

Seniorhälsan i Göteborg

Analys av organiseringen
under pilotperioden 2012
och förslag till utvärdering
efter breddinförande
i Västra Götalandsregionen

Björn Trägårdh



Seniorhälsan i Göteborg

Analys av organiseringen under
pilotperioden 2012 och förslag till
utvärdering efter breddinförande
i Västra Götalandsregionen

Björn Trägårdh

© FoU i Väst/GR
Första upplagan september 2013
Layout: Infogruppen GR
Omslagsbild: Mostphotos
Tryckeri: Sandstens, Göteborg

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

Innehåll

Prolog	6
Uppdrag och utvärderingsfrågor	7
Metod och genomförande	7
Fortsättningen på rapporten.....	9
DEL A. EN BAKÅTBlick PÅ PILOTPROJEKTET I GÖTEBORG	10
1. Seniorhälsan som en del i sammanhållen vård för äldre	10
2. Seniorhälsans historiska rötter	14
Det amerikanska ursprunget	14
Svenska Seniorhälsoprojekt.....	15
Göteborgska föregångare.....	16
Seniorhälsopiloten som projekt.....	18
3. Seniorhälsan Modell 1 – med fokus på hälsofrämjande.....	20
4. Seniorhälsan Modell II – med fokus på riskidentifiering	24
DEL B. EN ANALYS AV SENIORHÄLSOPILOTEN 2012	26
5. Seniorhälsopiloten – några utmärkande drag	27
Sortering av seniorer	27
Standardiserad bedömning.....	27
Samordnat koncept med utrymme för avvikelser.....	28
Samordningsförsök med kommun och folktandvård.....	29
Tydlig styrning	30
Pilotens användning av begreppet senior.....	31
En sammanfattning av Göteborgspilotens kännetecken.....	32
6. Motiven – deras hållbarhet och hur de uppfattades.....	34
Aktörsuppfattningar om Seniorhälsan.....	36

7. Seniorhälsan som lösning på aktuella problem	39
a) Problemet är bristande kundorientering i offentligdriven primärvård.....	39
b) Problemet är diskriminering av äldre i förebyggande vård och omsorg	40
c) Problemet är effektivitetsbrist i vård och omsorg	41
d) Problemet är bristande konkurrensförmåga	42
e) Problemet är dålig måluppfyllnad av beställarförväntningar	43
Sammanfattning av Seniorhälsan som lösning av aktuella problem.....	43
8. Sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande insats?	45
9. Slutsatser utifrån analysen av Seniorhälsan	48
Svagheter med Modell I av Seniorhälsan	48
En hållbar Seniorhälsa – Modell II	50
 DEL C. FÖRSLAG INFÖR EN FRAMTIDA UTVÄRDERING.....	52
Typ av effektutvärdering	52
Utvärderingsfrågor	54
 Referenser	56

Prolog

Seniorhälsan är ett koncept särskilt riktat till den äldre delen av befolkningen och som i andra tappningar prövats vid andra tidpunkter och på andra platser, men 2012 nådde det Västra Götaland. Det drog igång som ”pilot”-projekt med genomförandestart i början av 2012 i två av Göteborgs primärvårdsområden, Hisingen och Centrum. Under året fattades beslut om att göra Seniorhälsan till en permanent funktion på regionens mer än 110 offentligdrivna vårdcentraler. Detta beslut fattades utan att invänta utvärderingen av den ”pilot” som 2012 ägde rum i Göteborg. Därmed gick piloten in i den avslutande ”överlämningsfasen” redan våren 2013.

Seniorhälsan är nytt i primärvården i den bemärkelsen att konceptet riktar sig till de äldre som man förut inte haft strukturerade insatser för, nämligen de som *inte* räknas som mycket eller kroniskt sjuka. De som inte tillhör dessa kända och redan sjuka äldre kan grovt delas in i a) de relativt *friska* och b) de som lever med *risk* att utveckla kronisk sjukdom eller på annat sätt bli allvarligt sjuka. Med hjälp av Seniorhälsan ska primärvården identifiera och vägleda personer i dessa grupper mot rätt vårdinstans beroende på hälsoläge. Därmed utökar och diversifierar primärvården sitt utbud i två dimensioner; dels en *marknadsutveckling* i form av nya målgrupper, dels en *produktutveckling* i form av ett nytt hälsokoncept. På kort sikt leder satsningen till ökade kostnader och ökad arbetsbörda, men på lång sikt hoppas ansvariga tjänstemän och politiker att denna satsning ska leda till såväl förbättrad hälsa för äldre som en effektivare och billigare hälso- och sjukvård. För att veta om så blir fallet, måste effekterna av Seniorhälsan utvärderas. En av flera förutsättningar som måste uppfyllas för att dessa förhoppningar ska förverkligas är att samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunernas vård och omsorg förbättras mot en väl sammanhållen vård och omsorg för äldre.

Uppdrag och utvärderingsfrågor

FoU i Väst/GR har ett uppdrag att medverka i forsknings- och utvecklingsinsatser i Göteborgsregionen. När Seniorhälsan först presenterades för kommunala intressenter, framställdes satsningen som att den i hög grad skulle beröra kommunernas vård- och omsorgsarbete med äldre. FoU i Väst/GR verkade därför för att en utvärdering skulle göras av den första perioden, så att olika intressenter kring Seniorhälsan fick ett underlag att bedöma satsningen i det framtida vård- och omsorgsarbetet för äldre. Särskilt framhövdes att utvärderingen skulle belysa Seniorhälsan ur två perspektiv. Det ena var *det primärkommunala perspektivet*: vad betyder Seniorhälsan för kommunernas vård- och omsorgsarbete för äldre? Vad innebär Seniorhälsan för en mer sammanhållen vård och omsorg i form av förbättrad samverkan mellan primärkommunala insatser och primärvårdsinsatser?

Det andra perspektivet var *uppskalningsperspektivet*. Tanken var ju att pilotperioden 2012 skulle användas till att i delar av Göteborg ta fram ett koncept för Seniorhälsan som kunde fungera som modell och förlaga för ett breddinförande på alla offentligdrivna vårdcentraler i Västra Götalandsregionen: vad man bör tänka på inför ett framtida breddinförande när det gäller utvärdering och uppföljning? Centrala frågor i denna rapport är därför:

- Vad kännetecknade Seniorhälsan under pilotperioden 2012?
- Vilken roll spelar Seniorhälsan för samverkan mellan primärvård och primärkommunal vård och omsorg?
- Vad bör man tänka på inför en framtida effektutvärdering av Seniorhälsan i hela Västra Götalandsregionen?

Metod och genomförande

Förväntningarna på utvärderingen krävde att utvärderaren satte sig in i bakgrunden till Seniorhälsan, följde händelseförloppet under hösten 2012 och efter hand avrapporterade iakttagelser och reflektioner. Från början kom det mest att handla om att utveckla uppdragsformuleringen till en utvärderingsdesign. Efter hand klarnade bilder och hypoteser som kontinuerligt fick ifrågasättas utifrån intryck på fältet och insikter vid skrivbordet. Utvärderingen har, med tanke på dess karaktär av pilotstudie, inte haft ett kvantitativt fokus. Istället har den utgått från och inspirerats av metodologiska ansatser såsom 'kvalitativ forskning'

(Silverman, 2006), 'intervjuforskning' (Gubrum & Holstein, 2002), 'grounded theory' (Charmaz, 2006), 'narrativ' (Czarniawska, 2004) och 'skuggteknik' (Czarniawska, 2007). I praktiken kom det att innebära fältarbete i form av deltagande på möten, genomförande av intervjuer och diskussioner om satsningen med praktikerna på fältet. Förankrings- och utvecklingsarbetet genomfördes till stor del i fasta grupper som träffades med några veckors mellanrum. Dessa var:

- en arbetsgrupp bestående av Seniorhälsans projektledare med utvärderaren som adjungerad,
- en 'Övergripande Samverkansgrupp' med högre mellanchefer för primärvårdens och de ingående stadsdelarnas vård och omsorg,
- 'Samverkansgrupp Centrum' respektive 'Samverkansgrupp Hisingen' bestående av mellanchefer samt
- ett 'Nätverk' bestående av distriktssköterskor på de vårdcentraler som ingick i piloten och som skulle organisera och genomföra de 'Samtal om Hälsa' som utgjorde basen i vårdcentralernas tilltänkta funktion "Seniorhälsan". Dessutom medverkade enhetschefer för kommunens vård och omsorg om äldre i de ingående stadsdelsförvaltningarna.

Utvärderaren deltog i dessa möten och avrapporterade mot slutet av hösten 2012 och början av 2013 sina iakttagelser och slutsatser för olika konstellationer, i januari 2013 också för ledningsgruppen för primärvården i Västra Götalandsregionen (VGR). Utöver detta mötesdeltagande genomfördes också ett tiotal intervjuer med deltagare i Nätverket, både enhetschefer i de ingående stadsdelarna och distriktssköterskor som var de som i praktiken höll i kontakterna med de äldre och genomförde kallelser, samtal, provtagningar och dokumentation. Syftet med dessa intervjuer var att få en uppfattning om vad de som närmast berördes i den kommunala verksamheten ansåg om design och effekter av Seniorhälsan och vad de som praktiskt arbetade med Seniorhälsan inom primärvården gjorde och vad de ansåg att insatserna ledde till. Genom att följa både vad chefer på en högre organisatorisk nivå diskuterade och beslutade på möten och vad de som direkt kom i kontakt med de äldre gjorde och såg för effekter skapade sig utvärderaren ett praktiskt underlag. Det ledde vidare till praktiskt skrivbordsarbete som att läsa dokument och uppgifter på internet som kunde kopplas till Seniorhälsan och att skriva och läsa igenom fältanteckningar. Parallellt skedde också en mer

akademisk process; att försöka ”lyfta” de praktiktäna erfarenheterna till en mer generell nivå och beakta både processen och produkten som exempel på ett utvecklings- och förändringsarbete.

De möten i olika konstellationer som jag deltog i var tidigt inriktade på att möjliggöra ett införande av Seniorhälsan i hela Västra Götalandsregionen. Grundkonceptet var klart redan innan det spreds på vårdcentraler i centrala och norra Göteborg och under 2012 handlade det om att förädla konceptet i pilotområdet – uppkomna problem löstes i takt med att de dök upp.

Under 2012 togs ett politiskt beslut om att införa Seniorhälsan på regionens alla vårdcentraler. Beslutet innebar att det inte blev någon tid över för kritisk granskning av pilotsatsningen och påföljande reflektion av för- och nackdelar inför ett brett införande av konceptet i hela Västra Götalandsregionen från våren 2013.

Implementeringsbeslutet utan föregående utvärdering av pilotsatsningen ökar behovet av en diskussion kring hur effekterna av Seniorhälsan ska mätas när det införts i hela regionen. Det ökar också behovet av en diskussion kring Seniorhälsans betydelse för en sammanhållen vård och omsorg om äldre, inte minst hur konceptet påverkar samverkan mellan primärvårdsinsatser och primärkommunala insatser. Nedan ges därför en allmän bakgrund till satsningen som en del av en sammanhållen vård för äldre.

Fortsättningen på rapporten

Rapporten är uppdelad i tre delar, där de två första är bakåtblickande och det tredje är framåtblickande.

- Del A är en kort beskrivning av Seniorhälsan 2012, dels i sin samhälleliga och historiska kontext, dels som ett utvecklingsarbete under testperioden.
- Del B analyserar centrala aspekter av utvecklingsarbetet med Seniorhälsan; dess utmärkande drag, motiven bakom satsningen, konceptet som lösning på aktuella problem och funktionens inriktning – handlar det om sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande verksamhet?
- Del C slutligen blickar framåt mot vad som, utifrån det som framkom i tidigare delar, bör finnas med i en framtida utvärdering av Seniorhälsan när den etablerats i hela regionen. ●

DEL A.

En bakåtblick på pilotprojektet i Göteborg

I. Seniorhälsan som en del i sammanhållen vård för äldre

Västra Götalands län var år 2013 närmare 300 000 personer 65 år eller äldre och prognosen är att denna grupp ökar snabbt. Fram till år 2020 beräknas de som är 65-79 år öka med 19 procent - den snabbast ökande åldersgruppen av alla – och de ännu äldre med 8 procent (Västra Götalandsregionen, 2011). Glädjande nog är många äldre i Sverige tämligen friska och klarar sig bra högt upp i åldern: bland de över 85 år anser över hälften att de har en god eller mycket god hälsa (SKL, 2008). SKL:s undersökning stärks av andra studier med liknande frågor. Upp till 80-årsåldern har väldigt många både vilja och förmåga att leva ett självständigt och aktivt liv (Kempe m.fl, 2012).

Men bilden av äldre personer i Sverige är tudelad. En bild är att vi lever längre och håller oss vitala högre upp i åldern. En annan bild är inte så positiv: mer än 60 procent av personer över 75 år uppskattas ha två eller fler kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes typ 2 eller KOL. Av de som är över 80 år har 40 procent stadig tillsyn – 25 procent har hemtjänst och 15 procent bor i särskilda boenden (VGR, 2011). Av de närmare 300 000 över 65 år i Västra Götalands län beräknas 50 000 tillhöra gruppen ”mest sjuka äldre”. De har ”omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom” enligt SKL:s definition och har ”behov av omfattande omsorg och/eller sjukvård”. Utredningar har visat att samhället har mycket kvar att göra innan man kan säga att de mest sjuka äldre är väl omhändertagna (SOU, 2010, SKL, 2012): exempelvis saknar många i gruppen en vårdplan och fast vårdkontakt, de missgynnas av vårdvalet

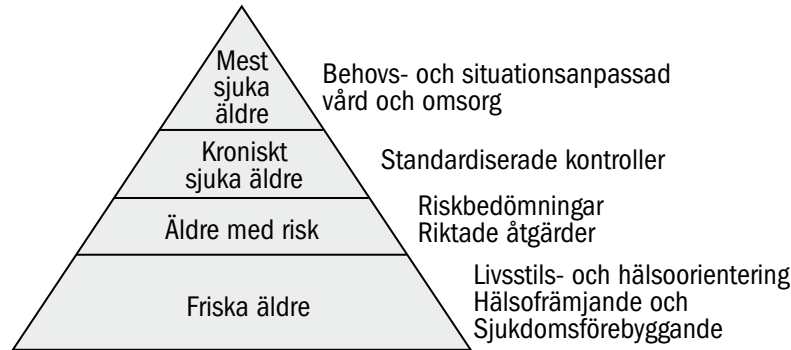
om de inte har en stark företrädare, landstingen har inga system för att identifiera äldre som ”mest sjuka” och mer än var sjunde av de mest sjuka äldre behandlas med hjälp av åtminstone ett direkt olämpligt läkemedel. Ovanpå detta finns påtagliga brister i samverkan mellan primärvården, sjukhusvården och kommunen. Exempelvis finns uträkningar som visar att nästan 10 procent av de mest sjuka äldre vårdas på sjukhus för tillstånd som kunde ha förebyggts av primärvården i samverkan med den kommunala vården och omsorgen. Och sjukhusvård är oerhört dyrt jämfört med primärvård: SKL räknar med att en genomsnittlig sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvård eller 105 hembesök av distriktssköterska (SKL, 2012). Även om det kan finnas anledning att ifrågasätta det trovärdiga i sådana kalkyler, finns det skäl att anta att de mest sjuka äldre skulle kunna slippa en hel del akuta sjukdomstillstånd, vård och omsorg skulle kunna bli mer effektiv och skattebidragen skulle kunna räcka till mer, om *förebyggande* vård och omsorg byggdes ut som en del i ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem.

Med denna bakgrund är det knappast konstigt att gruppen ’mest sjuka äldre’ är i fokus när det gäller satsningar på äldre. Nationellt märks detta i bland annat regeringens budgetproposition för 2011 där satsningar under mandatperioden 2011-14 görs för att förbättra samordningen i vård och omsorg för de mest sjuka äldre på sammanlagt 3,75 miljarder kronor. Satsningen avspeglas konkret i landets landsting och kommuner, som till exempel i VGR:s regionala handlingsplan för 2012-2014 och i regionens mer framåtblickande skrift ’Framtidens hälso- och sjukvård 2025. Det goda livet med Sveriges bästa hälso- och sjukvård’.

Men de satsningar som görs riktas inte bara till de mest sjuka äldre. I sjukvården kategoriseras personer över 65 år i fyra grupper, vilket illustreras med en pyramid, figur 1 på nästa sida (se exempelvis VGR, 2012).

Överst finns ’de mest sjuka äldre’, näst överst ’kroniskt sjuka’ som har minst en livslång sjukdom, därunder ’äldre med risk’ som riskerar att utveckla kroniska sjukdomar. Underst har vi gruppen ’äldre friska’ som kanske har diverse krämpor men inte är på väg att utveckla kronisk sjukdom. I VGR:s handlingsplan med fokus på de mest sjuka äldre resoneras det på följande sätt: Runt 65 procent av de som är 75 år eller äldre har fler än en kronisk sjukdom och här krävs botande, lindrande och/eller förebyggande insatser samt vägledning för att hitta rätt hjälp (VGR, 2012). Personer med risk för att utveckla kroniska sjukdomar bör

Figur 1: Indelning av äldre i fyra kategorier.



få riskbedömningar och riktade åtgärder för att hålla riskerna under kontroll. Friska äldre bör få stöd att kunna kontrollera sin hälsa och få livsstils- och hälsoorienterade insatser så att de så långt som möjligt kan förebygga ohälsa och sjukdom. Det innebär att hälso- och sjukvården över en femårsperiod ska erbjuda sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser till samtliga som är 65 år och äldre, inte bara de som är i direkt behov av, eller har uppenbara risker att snart behöva, sjukvårdsinsatser.

Tanken är att förebyggande insatser minskar risken för försämrad hälsa, vilket är bra både för de äldre och för samhällsekonomin. Kan tiden för insjuknande skjutas upp och tiden som kroniskt sjuk eller ”mest sjuk” minimeras, så är mycket vunnet. Det är i det här sammanhanget man ska se satsningen på Seniorhälsan. Den är en del i ett helhetsgrepp för att åstadkomma en samordnad hälso- och sjukvård och omsorg om den äldre delen av befolkningen. Pyramiden ovan ska inte ses som en statisk vandring nerifrån och uppåt i den nedåtgående karriären från frisk till mest sjuk äldre. Man kan exempelvis gå från frisk till mycket sjuk väldigt snabbt genom en serie olyckliga omständigheter, men man kan också gå från mycket sjuk till mindre sjuk och rent av bedömas vara frisk som ett resultat av mer lyckliga omständigheter och insatser. Även om döden till slut är oundviklig, behövs således insatser för alla grupper i pyramiden.

Seniorhälsan skall alltså ses som uttryck för ett helhetstänkande och en sys-

temsyn i vården och omsorgen av äldre, som *en del* av en stor och bred satsning på att förbättra och hålla samman vård och omsorg av äldre personer. Det innebär att flera aktörer än primärvården involveras i satsningen, inte minst berörs kommunernas äldreomsorg, folktandvården och sjukhusvården, vilka också fanns med som samverkanspartners under det första året. Gruppen äldre med kroniska sjukdomar och de mest sjuka äldre har sjukvården redan kontakt med. Seniorhälsan riktar sig därför till de för primärvården okända – de äldre som befinner sig på pyramidens två understa nivåer, de med hälsan i behåll och de som vid en undersökning kan visa sig löpa risk för att utveckla ohälsa och sjukdom.

I nästa avsnitt redovisas några av de verksamheter och försök som har föregått och påverkat Seniorhälsan i Västra Götaland. ●

2. Seniorhälsans historiska rötter

Seniorhälsan, så som den utformades i Göteborgspiloten, har föregångare som inspirerat dess utformning. Konceptet utvecklades och kom i bruk i USA för att senare provas i projektform i ett par svenska kommuner. Men inspiration finns också på närmare håll: på Hisingen i form av Hälsolyftet och i centrala Göteborg i form av äldresjuksköterskor.

Det amerikanska ursprunget

Enligt Annelie Hollo (2003) startade idén om Seniorhälsoliknande koncept i Seattle i nordvästra USA i slutet av 1990-talet¹. Huvudaktörerna var den ideella organisationen Senior Service i samarbete med Washington University i Seattle. Ramverket var ett program benämnt ”Senior Wellness” och inom detta utvecklades ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program kallat ”Health Enhancement Program”. Det programmet byggde på frivilligt deltagande bland kroniskt sjuka äldre samt ett nytt förhållningssätt hos vårdgivare och vårdtagare: istället för styrande vårdgivare och passiva vårdtagare skulle relationen bli mer dialoginriktad och jämlik – vårdgivarna skulle bli stödpersoner med utbildning i motiverande samtal till bemyndigade² vårdtagare som själva ville ta ansvar för sin hälsa. Man bildade team av olika professionella vårdgivare som inventerade och bedömde äldre med kroniska sjukdomar. Därefter gjordes hälsoprofiler och man diskuterade med de äldre hur hälsan kunde förstärkas. Utifrån detta skapades handlingsplaner med mål som skulle uppnås med stöd från teamen. De äldre erbjöds träning och andra sjukdomsförebyggande aktiviteter samt erbjöds att själva utbildas till coacher/stödpersoner efter avslutat program. Programmet har utvärderats i USA i relativt små och korta studier av bland andra Leveille m.fl. (1998). Den studien omfattade drygt 200 äldre med en medelålder på 83 år som följdes upp efter ett år i programmet och jämfördes med en kontrollgrupp. Studien visade att bland de som gått programmet, jämfört med kontrollgruppen, minskade antalet inläggningar på sjukhus med nästan 40 procent, antalet vård-dygn på sjukhus med över 70 procent och mängden psykofarmaka med drygt

1. <http://pweb1.rwjf.org/reports/grr/041129.htm>.

2. Det finns ingen riktigt bra term som översättning till engelskans ”empowerment”, men *bemyndigande* kommer kanske närmast.

35 procent. Det är sannolikt att denna och andra studier med positiva resultat bidrog till att programidén spreds.

Svenska Seniorhälsoprojekt

Sverige var det första landet utanför USA att ta till sig programidén. ”Seniorhälsa” prövades som projekt i början av 2000-talet i små grupper under kort tid; i Sundbyberg med 15 deltagare och i Karlstad med 20 deltagare, i båda fallen ettåriga projekt med målet att konceptet skulle implementeras i ordinär verksamhet om resultaten blev bra. Landstingsförbundet hjälpte till med bland annat språkträning så att projektaktiva kunde åka till USA på studieresor och göra översättningar av dokument till svenska. Det var inte svårt att värva deltagare, främst änkor med en medelålder på dryga 80 år. Syftet var dubbelt; a) att ge de äldre en bättre ålderdom och b) att minska sjukvårdskostnader genom att ge förutsättningar för deltagarna att kunna bo kvar hemma, inte hamna på sjukhus ”i onödan”, förebygga ohälsa och resurskrävande insatser som hemtjänst etc. Frivilliga äldre med god förmåga rekryterades som mentorer genom frivilligorganisationer som Röda Korset och tanken var att, som i USA, de som gått igenom programmet skulle rekryteras som mentorer för kommande kullar. Ungefär var tredje deltagare accepterade eller ville ha en mentor. Programmet var strukturerat med ett första besök hos distriktssköterska eller socionom där intresset att delta utreddes, följt av ett andra eller ibland flera besök där hälsan mättes och mål och handlingsplan sattes upp. Dessa följdes upp med hälsosamtal vid behov. Deltagarna organiserades också i grupper och träffades i ”Måndagsträffar” eller ”Seniorgrupper”, där deltagarna umgicks tillsammans med mentorer.

Piloterna utvärderades med bra resultatet för deltagarna – inläggningen på sjukhus och läkarbesöken minskade och deltagarnas, humor, fysik och allmänna hälsa förbättrades och båda huvudmålen ansågs därmed uppfyllda. Men evidensen är inte stark – de svenska projekten omfattade väldigt få äldre och de effektmätningar som gjordes var av enkel före-efter-karaktär utan jämförelser med kontrollgrupper. Utvärderarens slutsats om att programmet förhindrade en högre grad av de äldres hjälpberoende och en minskning av den totala sjukvårdskonsumtionen och färre flyttningar till särskilda boendeformer kanske stämmer, men kräver större studier och en mer genomtänkt utvärderingsdesign för att sägas ha vetenskapligt stöd. Ur ett ekonomiskt perspektiv har ju programmet också kostnader, vilka bör jämföras med en intäktssida bestående av minskade sjuk-

vårdskostnader. Efter det att projekten avslutats implementerades mindre delar av programmet, främst i Karlstad som behöll Seniorhälsoteamet och anhängstodet men i nya former. I Sundbyberg fortsatte deltagarna med Måndagsmöten en tid efter projektet. I stort dog programmet med upphörandet av projektmedel.

Det finns här anledning att göra några anmärkningar kring Seniorhälsans historiska föregångare:

- Urvalet av deltagare rörde inte alla äldre utan – i motsats till Seniorhälsan i Göteborgspiloten – bara de som var minst 75 år och som redan utvecklat minst en kronisk sjukdom eller ett funktionshinder.
- Deltagandet var frivilligt och det verkade inte svårt att hitta en grupp entusiastiska äldre som gärna deltog. Däremot verkar det trögare när programmet lanserades i större skala.
- Programmen verkade främst inrikta sig på *primär* prevention av typen livsstilsförändringar med träning, kostförbättring, organisering av samvaro etc., men inte på *sekundär* prevention som exempelvis träning i syfte att förbättra förutsättningarna inför en kommande operation eller på *tertiär* prevention när den äldre redan har en kronisk sjukdom som exempelvis diabetes och då få igång ett självhjälpsprogram.
- Det kan vara svårt att översätta amerikanska erfarenheter till svenska förhållanden. USA har ett helt annat sjukvårdssystem med försäkringslösningar som gör det väsensskilt från det svenska. Deltagarna i de amerikanska programmen fick betala för att få vara med, vilket också gör erfarenheterna svåra att översätta till svenska förhållanden. I USA finns vetenskapliga utvärderingar som visar på goda effekter både ur individuellt och samhälls-ekonomiskt perspektiv, motsvarande finns inte i Sverige. Men inte heller i USA har man mätt intäktssidan i form av minskad total sjukvårdskonsumtion mot de kostnader som programmen belastat, vilket är en förutsättning för en mer komplett effektutvärdering.

Göteborgska föregångare

Hälsolyftet var ett projekt som startades 2007 på Hisingen med syfte att fånga upp livsstilsrelaterade problem hos de som sökte vård på vårdcentralerna: det var alltså en bred satsning och ingen specialsatsning på äldre. Hälsolyftet hade också interna syften – att skapa struktur och kunskap i vårdcentralernas sjukdomsföre-

byggande och hälsofrämjande arbete samt att utveckla och förbättra samverkan mellan primärvård och kommuner eller andra aktörer. En kurs i hälsofrämjande och förebyggande metodik erbjöds berörda anställda med syfte att ge kunskaper i hälsofrämjande och preventivt arbete i primärvården såsom epidemiologi, folkhälsoarbete, nationella riktlinjer, hälsofrämjande förhållningssätt, evidens inom levnadsvaneområden, men också samverkan och tvärprofessionellt arbetssätt. Metoden utvecklades för att fånga upp de personer som utvecklat ett riskbeteende som kunde leda till ohälsa. Genom att ställa frågor till dem ville man få dem att reflektera över vald livsstil och annat som har effekt på hälsan. Arbetet strukturerades som en flerstegsraket. Först ställde en anställd på vårdcentralen – vanligtvis receptionisten när patienten kom till vårdcentralen – några snabba frågor om patientens livsstil och motivation till förändring. Vid behov fick patienten med sig frågor – självskattningar, och självinstruerande material som ledde fram till hälso- och riskprofiler – vilka var tänkta att inspirera till en hälsofrämjande process. Som stöd utvecklades foldrar med råd om egenvård beroende på vilken sjukdomsrisk patienten kom fram till var aktuell. Projektet framhöll att metoden gav självinsikt utan pekpinnar och utgick från att alla har ett egenansvar för sin hälsa, men att man kunde få stöd på vårdcentralen, av kommunen eller av frivilligorganisationer med anpassade åtgärder individuellt eller i grupp.

70 procent av de sökande på de åtta vårdcentralerna på Hisingen fick frågorna, varav cirka 1/3 – mellan 20 och 25 procent av alla sökanden på vårdcentralerna – gick vidare med att närmare försöka förbättra sin hälsa. En uppföljning med 2114 deltagare gjordes efter ett år utifrån två frågor: om projektet nådde motiverade riskpersoner och om hälsoförbättringar kunde noteras. En jämförelse med kontrollgruppen visade att en grupp deltog i Hälsolyftet i högre grad än andra, nämligen de vårdsökande som a) utvecklat risk för ohälsa och b) som var motiverade att göra en förändring. Också hälsoläget hos de som nappat på Hälsolyftet var signifikant bättre, exempelvis när det gällde vikt, blodtryck och upplevd hälsa. Båda frågorna fick således positiva svar. Någon särredovisning av äldre gjordes inte, men det är tydligt att Hälsolyftet inspirerat satsningen på Seniorhälsan. Inslagen av egenvård har dock tonats ner till förmån för en mer strukturerad process med tydligare styrning och ledning av vårdpersonalen.

Satsningen på äldresjuksköterskor i centrala Göteborg uppkom ur ett ettårigt projekt som Västra Götalandsregionen genomförde 2007. Dessa sjuksköterskor riktade sig särskilt till äldre för att möta deras speciella vårdbehov. Äldresjuk-

sköterskorna skulle arbeta flexibelt med betoning på hembesök. Det skulle leda till förbättringar av den medicinska vården, ökad trygghet och förbättrad tillgänglighet för den äldre och ge äldre en fast vårdkontakt. Utvärderingen visade på allmänt goda vitsord om funktionen och dess betydelse för äldre, men man kunde inte se några mätbara medicinska förbättringar eller minskad oplanerad vårdskonsumtion på sjukhus till följd av införande av äldresjuksköterskor under mätperioden. Satsningen på äldresjuksköterskor tycks ha påverkat Seniorhälsan på flera sätt, inte minst att bibehålla en särskild grupp sjuksköterskor med inriktning på äldre och att äldre ska ha en fast vårdkontakt.

Seniorhälsan i Västra Götaland hade alltså sina föregångare som inspirerat, men det är också en egen variant med specifika drag, vilken diskuteras i nästa avsnitt. Men då Seniorhälsan i Göteborg var tänkt som projekt, ska denna ”pilot” först betraktas ur ett projektperspektiv.

Seniorhälsopiloten som projekt

I projektlitteratur beskrivs projekt, sett ur ett processperspektiv, som indelat i ett antal faser från idé till avslutning enligt nedanstående modell:

Figur 2: Projektfaser.

Projektfaserna från idé till avslutning

1) Idéfas:

- Förundersökning (kanske i form av ”pilotprojekt”)
- Etablering och direktivdialog (grönt ljus)

2) Planeringsfas:

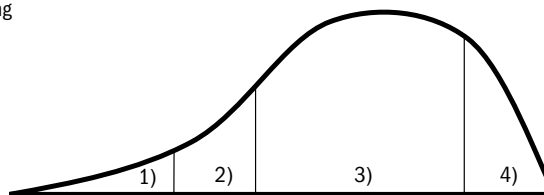
- Projektplanering inkl. projektets organisering

3) Genomförandefasen:

- Projektstart och genomförande

4) Avslutningsfasen:

- Utvärdering av resultatet
- Avslutning, avrapportering, överlämning



Figur 2 visar schematiskt ett idealförlopp av ett projekt, där den övre böjda kurvan avser att illustrera resursåtgången i de olika faserna. Som framgår antas den stora resursåtgången inträffa under genomförandefasen.

Redan i början av 2012 var ”piloten” för Seniorhälsan inne i fas 2, planeringsfasen. Den första fasen – idéfasen – hade redan avverkats; konceptet var i stora drag redan färdigt. De som under våren 2012 involverades i planeringsfasen, både i primärvården, kommunen och folktandvården, kom så att säga till dukat bord. Förutsättningarna var redan givna och samverkansmötena handlade främst om detaljplanering. Genomförandefasen avverkades under hösten 2012 med målet att ha ett färdigt koncept som kunde implementeras i hela regionen under våren 2013.

Avslutningsfasen konkretiserades något med beskedet att regionstyrelsen fattat beslut om breddinförande av Seniorhälsan i Västra Götalandsregionen från och med 2013. Det innebar att piloten i Göteborg skulle avslutas och resultaten överlämnas för implementering i full skala. Men exakt vad som skulle överlämnas från piloten till den offentligdrivna primärvården – 2013 omdöpt till Närhälsan – blev inte riktigt klarlagt under 2012, något som närmare diskuteras i den fortsatta texten. Det innebar en viss osäkerhet om vad som avsågs med Seniorhälsan och därmed vad som skulle implementeras, men framför allt hur effekterna av Seniorhälsan skulle utvärderas. ●

3. Seniorhälsan Modell 1 – med fokus på hälsofrämjande

Cirka 10 år efter de första försöken i Sverige gjordes alltså en större satsning på konceptet Seniorhälsan. Den skedde i form av ett projekt i mindre skala i delar av Göteborg för att efter ett års utvecklingsarbete implementeras i hela regionen. Göteborgsprojektet utgjordes av 13 vårdcentraler belägna inom primärvårdsområdena (PVO) 2 och 5, dvs. Hisingen och centrala Göteborg. Troliga orsaker till urvalet var att vårdcentralerna där haft tidigare erfarenheter av Hälsolyftet respektive äldresjuksköterskor samt att det fanns ett uppbyggt kontaktnät. Då Seniorhälsan betraktades som en interorganisatorisk angelägenhet involverades också kommunens vård och omsorg om äldre i motsvarande stadsdelar, dvs. Norra Hisingen, Västra Hisingen och Lundby på Hisingen samt Centrum och Majorna-Linné i centrala Göteborg. Till projektet kom också Folk tandvården att ansluta sig.

Hur såg då konceptet Seniorhälsan ut i den Göteborgska tappningen? Som beskrevs i inledningen tog den sin utgångspunkt i satsningen på en sammanhållen vård för äldre, där fokus låg på de mest sjuka äldre. Seniorhälsan skulle förebygga nyrekrytering till grupperna ”mest sjuka” och ”kroniskt sjuka” äldre och kan alltså ses som ett komplement till satsningen på redan sjuka äldre. Det uttalade syftet med Seniorhälsan på vårdcentral uttrycks i den officiella uppdragsbeskrivningen på följande sätt: ”Ge äldre förutsättningar att bibehålla/återfå hälsa samt bidra till trygghet för den äldre och dennes närstående om och när sjukvårdsbehov uppstår”. De primära målgrupperna för Seniorhälsan var således äldre som kunde antas tillhöra antingen gruppen ”Risk” – äldre med risk för att utveckla kroniska sjukdomar eller gruppen ”Frisk”) – äldre utan sådan överhängande risk – och ge dessa grupper förutsättningar att återfå respektive bibehålla hälsan. Genom att tidigt och i samverkan mellan primärvård, kommunal omsorg och sjukvård samt folk tandvård göra preventiva, förebyggande insatser, skulle flera mål nås: de äldre skulle besparas lidande och få möjlighet att leva aktivt och med bibehållen hälsa längre tid, samhället skulle uppfylla förväntningar och skyldigheter att bedriva ett förebyggande arbete också för medborgare som nått pensionsåldern och de totala kostnaderna för vård och omsorg om äldre skulle kunna reduceras. Modellen

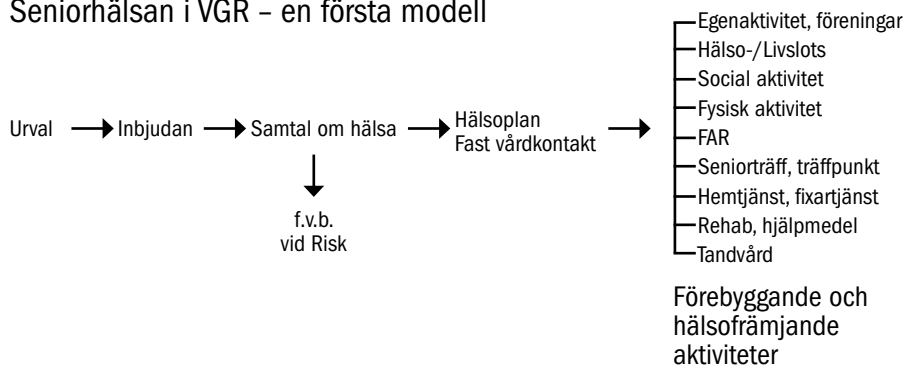
nedan (figur 3) ger en bild av Seniorhälsan så som konceptet presenterades under slutet av våren och början av hösten 2012.

Som framgår av figur 3 presenterades Seniorhälsan som ett antal steg som den äldre tänktes gå igenom:

- Det börjar med att vårdcentralen, tar fram aktuella kandidater utifrån de listade. För att det inte ska bli för många på en gång väljs vissa åldrar ut för varje månad, exempelvis alla som i september fyller 65, 70, 75, 80, 81, 82 etc. Under en femårsperiod hinner man då bjuda in samtliga personer som fyllt 65 år.
- Därefter sorteras de bort som redan är kända på vårdcentralen, dvs. de mest sjuka äldre eller som kroniskt sjuka.
- Övriga kan antas tillhöriga någon av grupperna Frisk eller Risk, vilka får en skriftlig inbjudan till ett ”Samtal om hälsa” på vårdcentralen mot en mindre avgift.
- De som tackar ja får en tid för besök samt en frågelista hemskickad om hur de skattar sin hälsa inom ett antal områden som berör både medicinska, sociala och psykologiska aspekter.
- Vid ”Samtal om hälsa” får den äldre träffa en distriktssköterska med särskilt uppdrag att arbeta med äldre. Utifrån en samtalsguide diskuteras den

Figur 3. Som Seniorhälsan presenterades i början av projektiden.

Seniorhälsan i VGR – en första modell



äldres tillstånd via en genomgång av olika hälsoområden, exempelvis den äldres sociala situation, fysiska och psykiska hälsa, kosthållning, konsumtion av alkohol, tobak och läkemedel. Därefter mäts den äldres blodsocker, blodtryck, längd, vikt och midjemått.

- Om denna information leder till att vårdgivaren bedömer att den äldre kan betraktas som en riskpatient, så sätts en tid upp för läkarbesök och en djupare riskbedömning.
- Om sådan risk inte verkar föreligga, går samtalet över till att formulera en Hälsoplan som den äldre får ta med sig.
- Vid behov kan också vårdgivaren hänvisa till lämpliga förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, inte minst i kommunal regi.
- Oavsett om den äldre bedöms som Risk eller Frisk avslutas samtalet med att den äldre erbjuds en fast vårdkontakt.

Denna modell har inslag från bland annat de föregångare som nämnts tidigare: Health Enhancement Program i västra USA, Seniorhälsa-projekten i Karlstad och Sundbyberg samt Hälsolyftet på Hisingen och Äldresköterskor i Centrum i Göteborg. För vårdcentralernas del innebar det en diversifiering; man gav sig in på en *ny marknad* – individuell inbjudan av hela årskullar – med en *ny produkt*– Seniorhälsan. Det var också en ofinansierad verksamhet som byggde på att de deltagande vårdcentralerna kunde inrymma aktiviteten utan extra tilldelning fram till dess att ett framtida beslut togs om att åtgärderna skulle in i VGR:s ”KOK-bok” – Krav- och kvalitetsboken – och därmed få ersättning från regionen.

Det var alltså den ovan beskrivna modellen av Seniorhälsan som presenterades, diskuterades och förfinades under hösten 2012. Arbetet organiserades i samverkansgrupper, nätverksgrupper och arbetsutskott. I en ”Övergripande samverkansgrupp” satt bland annat primärvårdsområdeschefer för de aktuella områdena, en chef för rehabilitering, sektionschefer för kommunens äldreomsorg i de aktuella stadsdelarna och projektledningen. För de båda primärvårdsområdena fanns också chefsgrupper, ”Samverkansgrupp Hisingen” och ”Samverkansgrupp Centrum”, båda med ytterligare några chefer. För de som var i direkt kontakt med de äldre fanns dessutom en ”Nätverksgrupp” bestående av de distriktsköterskor som fått i särskilt uppdrag att driva Seniorhälsan på sina respektive vårdcentraler och enhetschefer inom stadsdelarnas vård och äldreomsorg.

Hela verksamheten styrdes av ett litet Arbetsutskott bestående av projektledaren, dennes efterträdare, en representant från kommunen samt som adjungerad, utvärderaren. Mötestider väcktes fram, dagordningar med lägesrapporter och konceptinslag presenterades och diskuterades. ●

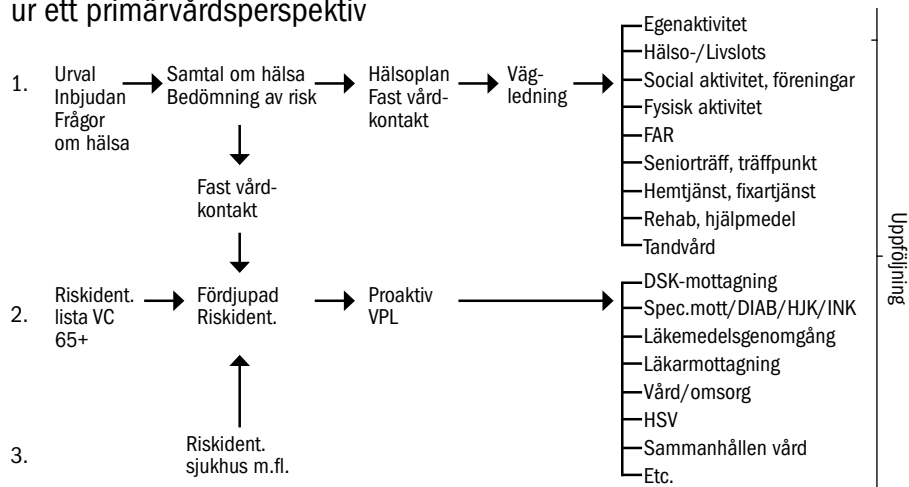
4. Seniorhälsan Modell II – med fokus på riskidentifiering

I avsnittet ovan redovisades en modell över Seniorhälsan så som den presenterades av projektledningen under större delen av 2012. Utvärderingen utgick från denna modell vid de presentationer och diskussioner som efterhand gjordes under året. Redan i ett tidigt skede väckte presentationerna en diskussion i projektledningen då modellen av Seniorhälsan, när den återgavs av en utomstående utvärderare, upplevdes som ofullständig och snedvriden. Dialogen mellan projektledning och utvärderare ledde efter hand fram till att Seniorhälsan borde presenteras på ett annat sätt, så som framgår av figuren nedan.

Modell II i figur 4 nedan presenterades för första gången på ett ledningsgruppsmöte för primärvården i VGR i januari 2013. Den sades vara välbekant för både primärvårdsledningen och projektledningen, men i entusiasmen att presentera ett nytt och mer hälsoorienterat arbetssätt hade fokus på riskidentifiering tonats ner

Figur 4. Modell II av Seniorhälsan i VGR, fortfarande ur ett primärvårdsperspektiv.

En andra, nygammal modell Seniorhälsan ur ett primärvårdsperspektiv



under pilotåret 2012. Det är fortfarande en modell som har sitt fokus på primärvården snarare än gränssnittet mellan primärvård och vård och omsorg i kommunal regi, till och med i ännu högre grad än Modell I, då tilläggen är helt inriktade på hälso- och sjukvården. Med tilläggen i punkt 2 och 3 i Modell II ovan *förflyttas fokus* från Samtal om Hälsa med seniorer som i många fall karakteriserades som friska och välmående till identifiering av de äldre som utvecklat sjukdomssymptom, alltså seniorer med ”risk”. Modell II stämmer bättre in i satsningarna på de mest sjuka äldre och en sammanhållen vård och omsorg för äldre, något som regeringen givit uttryck för och som konkretiserats i VGR:s handlingsplan ”Det goda Livet”.

Denna mer beskrivande bakåtblick på den göteborgska piloten av Seniorhälsan följs i den nedanstående texten av en mer analyserande del, där syftet är att fånga de grundläggande dragen av piloten. Detta bildar i sin tur bakgrund till vad man bör tänka på inför utvärdering och uppföljning av effekterna då Seniorhälsan fått genomslag i hela Västra Götaland. ●

DEL B.

En analys av Seniorhälsopiloten 2012

Analysdelen omfattar fyra avsnitt. Det första mejslar ut några viktiga karaktistika som kännetecknade Seniorhälsan i sin Göteborgstappning under 2012. Det andra avsnittet diskuterar hur Seniorhälsan motiverades av de som drev projektet – varför borde Seniorhälsan bli en permanent funktion i primärvården? Det tredje avsnittet behandlar Seniorhälsans tänkbara långsiktiga effekter – vilka problem är Seniorhälsan en lösning på? Slutligen förs i det avslutande avsnittet en öppen diskussion om primärvårdens uppgifter utifrån Seniorhälsopiloten – är primärvården en lämplig kandidat för att bedriva hälsofrämjande arbete eller bör man bli vid sin läst och ägna sig åt de traditionella uppgifterna att bota, lindra och förebygga sjukdom?

5. Seniorhälsopiloten – några utmärkande drag

Hur såg de grundläggande komponenterna i Göteborgspiloten av Seniorhälsan ut? *Vad* och *hur* man gjorde analyseras under sex rubriker – sortering, standardisering, samordnat koncept, samverkansförsök, tydlig styrning och användning av begreppet senior.

Sortering av seniorer

Alla professionella organisationer ägnar avsevärd tid och kraft åt sortering och kategorisering (se exempelvis Mintzberg, 1979). Det gällde inte minst i Göteborgspilotens variant av funktionen Seniorhälsa som, både strukturellt och processuellt, kunde liknas vid en sorteringsmaskin. Utgångspunkten var den äldrepyramid som fanns med i inledningsavsnittet. Seniorhälsan utgick från att de två översta lagren, de mest sjuka och de kroniskt sjuka äldre, redan var kända och omhändertagna i vård- och omsorgssystemet och därför riktades fokus mot den stora massan äldre som delades in i Frisk och Risk. I början av processen ägnade sig därför distriktssköterskorna åt att vaska fram dessa kategorier av listade äldre. Därefter handlade det om att sortera dessa i kategorierna Frisk och Risk vid samtalet om hälsa.

Om den äldre visade sig vara hyfsat frisk och vital blev huvudåtgärderna att skriva något i en hälsoplan, erbjuda en fast vårdkontakt och vid behov hänvisa till lämpliga aktiviteter, exempelvis i kommunal regi. Om däremot den äldre visade sig bära på risker att utveckla sjukdom handlade det om att identifiera risken, bedöma vilken åtgärd som närmast borde följa och vid behov motivera den äldre att fullfölja vådrekommendationen.

Standardiserad bedömning

Samtalet om hälsa var tänkt som en snabb och billig massåtgärd. Inom ramen för Seniorhälsan kostade samtalet bara 50 kronor för den äldre mot normalt det tredubbla, men det fick ta högst 30 minuter. För att detta skulle vara möjligt och samtidigt ge säkra resultat, utvecklade man standardiserade formulär – frågeguide, samtalsguide och hälsoplan. Här uppkom en del friktioner. Få sköterskor sa sig kunna klara av arbetet på så kort tid. Flera sköterskor ställde sig dessutom

tveksamma till att låta samtalet styras av standardfrågorna; de var inspirerade av ”personcentrerad vård” som utgår från att patientens behov och synpunkter ska vara styrande. En del av frågorna upplevdes också som känsliga att beröra. Det stora problemet var dock om äldre med risk att utveckla sjukdom skulle attraheras av inbjudan att komma på samtal om sin hälsa – svarsfrekvensen visade sig generellt vara låg och av de som kom var flertalet friska. Det beteendet stämde väl med allmänna erfarenheter inom hälso- och sjukvården – människor som lever med tilltagande besvär orsakade av hälsofarliga levnadsvanor är många gånger föga benägna att söka hjälp, då man fruktar både att tala om det, att få obehagliga besked och att utsättas för besvärlig behandling.

Samordnat koncept med utrymme för avvikelser

Ett konstant inslag under utvecklingsfasen av Seniorhälsan var att projektledningen påpekade hur viktigt det var att samma saker gjordes på alla de deltagande vårdcentralerna, annars skulle det gemensamma konceptet snart urvattnas och upplevas som lokala påfund. Alla verkade förstå detta krav på byråkratisk standardisering. Samtidigt fick projektledningen en jämn ström med påpekanden om att det gjordes olika saker på vårdcentralerna och frågor om det kunde godkännas. Det kunde exempelvis röra sig om avvikelser från frågeguiderna, längden på tiden som samtalen tog eller att låta den äldres upplevda behov styra samtalet snarare än att identifiera aktuell hälsostatus. Regelmässigt godkändes sådana avvikelser. På ytan såg ledningsbeteendet ut som en paradox, som uttryck för otydligt och motsägelsefyllt ledarskap. Men ur ett managementperspektiv är det snarare uttryck för klokskap. Den i management dominerande teoribildningen under senare år, neo-institutionell teori, hävdar att alla organisationer lever under tryck att på samma gång leva upp till motsägelsefulla förväntningar från omvärlden, inte minst att både vara *effektiva* och *legitima* utifrån rådande normer och värderingar (se exempelvis Powell & DiMaggio, 1991). Legitimiteten krävde att Seniorhälsan uppfattades som ett sammanhållet och likadant koncept, samma funktion fanns på alla vårdcentraler och utbudet var detsamma oavsett vilken vårdcentral man var listad på. Det kan också ses som uttryck för den byråkratiska hybridform som går under benämningen ’soft bureaucracy’. Styhre (2009) sammanfattade några studier som använt detta begrepp. En av dessa var den som Jermier m.fl. (1991) gjorde av amerikansk polis där de noterade att de enskilda medarbetarna såg på sin uppgift på väldigt olika sätt, trots att arbetet var hög-

gradigt formaliserat och styrt av standards och rutiner. I en annan studie hävdade Courpasson (2000) att decentraliserade organisationer, som behöver standardisera sina aktiviteter och hålla fast vid centraliserat beslutsfattande, blir mer effektiva genom att decentralisera arbetet och hur det utförs, dvs. i praktiken vara 'soft bureaucracies'.

Seniorhälsan i Göteborgspiloten skulle alltså *uppfattas* som lika överallt och vara tillräckligt lika för att man skulle kunna mäta vad man gjorde och i förlängningen få ersättningar för detta, men också för att man skulle kunna jämföra Seniorhälsan på olika vårdcentraler så att man kunde utvärdera och förbättra funktionen. Allt detta är centralt för att *uppfattas som legitim* utifrån rådande värderingar om hur en effektiv och värdefull organisation ska se ut. Men då de listade såg olika ut och hade olika synpunkter på vad som borde göras och de anställda på de olika vårdcentralerna utgick från sina egna erfarenheter och kunskaper, så utvecklade man olika varianter av Seniorhälsan. Detta minskade friktionerna mot såväl listade som personalen på vårdcentralerna och gav goda förutsättningar för *effektiv* verksamhet. Samtidigt kan man, på grundvalen av pilotförsöket i Göteborg med relativt likartade förutsättningar på de olika vårdcentralerna, förutsäga att Seniorhälsan kommer att praktiseras tämligen olika när den implementeras i Västra Götalandsregionen med de olika förutsättningar som finns i de 49 kommunerna.

Samordningsförsök med kommun och folktandvård

Tidigare i rapporten finns beskrivningar av hur kommunen och folktandvården bjöds in och deltog i samverkansgrupper för att utveckla Seniorhälsan. Det var aldrig någon tvekan om att det var primärvården som "ägde" Seniorhälsan under pilotåret, men samtidigt var primärvården noga med att påpeka att kommunen och folktandvården var viktiga samverkanspartners – de utgjorde lösningar på eventuella behov som de äldre kunde visa sig ha vid samtalen om hälsa. Från ett kommunalt perspektiv betraktades Seniorhälsan mer som primärvårdens förebyggandeaktivitet för äldre och därmed ett tillägg till den mängd preventiva och förebyggande aktiviteter som man hade utvecklat och drev i egen regi.

Det kommunala perspektivet fick dock inget fäste under Seniorhälsans första år. Kommunala företrädare ansåg att primärvården gärna ville att kommunen hade på Seniorhälsan och andra primärvårdsinitiativ, medan de inte var lika pigga på att ställa upp på motsvarande kommunala initiativ. Ett exempel på detta var

att kommunen utvecklade konceptet ”Seniorträffar”, som utvärderats av forskare vid Vårdalinstitutet utifrån en RCT-design och med statistiskt säkerställda positiva resultat (se Gustafsson m.fl, 2012). I ”Seniorträffar” förutsattes att en sjuksköterska deltog, men vid frågan om primärvården kunde avsätta sjuksköterskor för ett sådant deltagande blev svaret tämligen avvisande då ersättning för sådant deltagande inte utgick.

Samverkan utgick alltså från ett primärvårdsperspektiv, där kommunal vård och äldreomsorg och folktandvård betraktades som tjänster vilka de listade kunde hänvisas till vid behov. Samverkansmötena kännetecknades mer av ’intern marknadsföring’ av Seniorkonceptet än av verklig samverkan – agendan fokuserade på att finkalibrera detaljer snarare än att brett diskutera och utveckla konceptet. Inte heller aktiviteterna runt de äldre samordnades eller påverkades nämnvärt av det faktum att Seniorhälsan fanns på vårdcentralerna.

Frågan är vilket behov det fanns av samverkan, något som ofta används som lösning av all slags problem. Men forskningen talar snarast för att samverkan är mycket svårt att åstadkomma, särskilt mellan aktörer som tillhör olika identiteter, organisationer och huvudmän. Det handlar snarare om att komma överens om gemensamma regler för en väl fungerande ’samexistens’ (Trägårdh, 1997). För den enskilde samverkansaktören är den egna organisationens perspektiv en normal utgångspunkt. Försök till samverkan brukar i praktiken handla om att mötas vid den gemensamma gräns som kan uppstå mellan organisationer när man exempelvis delar ansvar för en målgrupps hälsotillstånd och där bli klar över vad man gör och vill göra själv i relation till vad andra gör och vill göra (Löfström, 2010). Så har det också gått till i Seniorhälsopiloten 2012. Samverkan ska istället ses ur ett kundperspektiv – det ska från brukarhåll *upplevas* som en sammanhållen vård och omsorg. Det behöver inte nödvändigtvis betyda att man vare sig samarbetar eller samverkar i någon större utsträckning.

Tydlig styrning

Som framgått har Göteborgspiloten av Seniorhälsan haft sina föregångare och konceptet var redan fyllt med ett innehåll. Det blev därför naturligt för projektledningen att ägna krafterna åt att finkalibrera aktiviteterna och marknadsföra konceptet. I praktiken handlade möten och överläggningar om små justeringar och tillägg till ett redan färdigplanerat koncept. Det minskade både osäkerheten och handlingsutrymmet för de som drogs in i satsningen. Processen känneteck-

nades av hög fart. Konceptet skulle vara utprovat och färdigt för uppskalning till regionstorlek redan 2013. Distriktsköterskor och de äldre skulle på 30 minuter klara av hälsningsceremonier, hälsostatus, hälso- eller vårdplaner, provtagningar, klargörande av fast vårdkontakt och eventuella frågor.

Det är långt ifrån säkert att sådana snabba top-down-förändringar blir så framgångsrika. Forskning kring organisationsutveckling rekommenderar att snabbfilen används av ledningar i vissa situationer, inte i alla. Det gäller exempelvis om de beslut som fattas innebär direkta nackdelar för de som berörs av förändringsarbetet, exempelvis uppsägningar eller löneminskningar för berörd personal – då finns ingen anledning att bedriva ett långdraget förändringsarbete med stort medinflytande (Targama, 1978). Men Seniorhälsan ska väl inte ses som förändringsarbete med negativa följder för personal och äldre, utan något som lämpar sig väl för ett brett deltagande där många aktörer kan engagera sig och medverka i utvecklingsarbetet.

Den internationellt erkände strategiforskaren Henry Mintzberg (1994) pekade också på gapet mellan det som ledningar planerar och det som sedan implementeras. Planerad förändring blir sällan realiserad, utan planerna utgör snarast en faktor i den mylla av faktorer som påverkar vad det blir. Ett mer realistiskt sätt att se på strategisk förändring är att aktiviteter och verksamheter växer fram efter hand beroende på vad ledningen har tänkt sig, hur de anställda tolkar signalerna och sedan handlar, hur ”kunderna” tolkar tjänsterna och vad de vill, hur konkurrenter och samverkanspartners reagerar och agerar på de nya initiativen etc. De aktiviteter och verksamheter som ur denna mylla av faktorer visar sig fungera väl lever vidare, medan annat tynar bort. Om ledningen utvecklar en sådan framväxande strategimedvetenhet och agerar därefter, ökar förutsättningarna för att Seniorhälsan kan etableras som en väl fungerande funktion i en mer sammanhållen vård och omsorg för äldre.

Pilotens användning av begreppet senior

Sverige ligger i världstoppen när det gäller medelålder. 2010 var medellivslängden för män 79 år och för kvinnor 83 år, men medelåldern stiger tämligen raskt och kan förväntas vara klart högre om bara 10 år. Det är mot den här bakgrunden som kombinationen av äldreforskare och framtidsforskare ifrågasätter idén om att man är ”äldre” när man är i 60-årsåldern. I takt med att man är ung högre upp i åldern blir man också medelålders och äldre högre upp i åldrarna. Ett nytt

begrepp – ”yngre-äldre” – börjar användas för att beskriva tämligen pigga och krya 60- och 70-åringar, som ett sätt att särskilja ett nytt segment (se Kempe m fl, 2012). De skiljer sig klart från de som i vård och omsorg kallas ”äldre-äldre”, ofta de från 80 år och uppåt då vård- och omsorgsbehovet ökar. Det är här vi återfinner stora delar av gruppen ”mest sjuka äldre” och ”kroniskt sjuka”, även om kategorierna också innehåller många yngre personer.

Seniorhälsan vänder sig till alla som har fyllt 65 år, även om inbjudan till samtal om hälsa intensifieras till en årlig inbjudan för dem som fyllt 80 år och uppåt. Men är det klokt att ur ett folkhälsoperspektiv inkludera alla över 65 år i en satsning på äldre? Som framgick ovan finns det skäl att betrakta stora delar av 60- och 70-åringar, som ”äldre medelålders”, särskilt om man blickar några år framåt. Många av dessa är friska och pigga, kanske i högre grad än de något yngre som sliter med heltidsjobb, ungdomar som inte flyttar hemifrån och allt annat som belastar dem mitt i livet. 65-årsdagen tenderar i allt mindre grad bli en vattendelare i livet, där man övergår från att vara aktiv medborgare till en passiv pensionärstillvaro. Det är också allt färre som går från heltidsarbete till heltidspension den dagen. Genomsnittsåldern för pension var 2010 63,2 år, men två år senare var den uppe i 63,7 år. Under det senaste decenniet har antalet svenska medborgare som jobbar mellan 66 och 71 år fördubblats och utgör nu 10 procent i den ålderskategorin och siffran ökar stadigt (SCB, 2012).

Bilden är alltså splittrad, en del förtidspensioneras långt före 65 år, andra jobbar långt upp i åldern. Typ av arbete, arbetsförmåga och hälsa är till stor del en klassfråga. Massor av ”yngre-äldre” är flitiga motionärer och håller själva bra koll på sin egen hälsa eller med hjälp av gym, apotek eller andra aktörer på hälsomarknaden. Det är svårt att hitta motiv för en förebyggande hälsofunktion på vårdcentraler för dessa personer. Andra ”yngre-äldre” har en diger sjukdomshistoria redan i tidig ålder och problemen förvärras för varje år. Ur ett folkhälsoperspektiv vore det nog klokt att betänka till vilka en satsning på förebyggande vård och omsorg bör erbjudas, eftersom skattekonorna man kan göra insatser för är klart begränsade, i än högre grad om man blickar framåt.

En sammanfattning av Göteborgspilotens kännetecken

Funktionen Seniorhälsan på vårdcentral kan betraktas som en snabbsortering, utifrån grovkategorierna ”Frisk” och ”Risk”. Genomförda intervjuer med distriktsköterskor talade för att en viss variation uppkom på de olika vårdcentralerna när

det gällde hur man tillämpade konceptet. Kommunens representanter i Seniorhälsans olika projektgrupper gav uttryck för att de spelade biroller i utvecklingsarbetet, samverkan till trots var detta först och främst en primärvårdssatsning. Som sådan kännetecknades den av uppifrånstyrning utifrån ett färdigtänkt koncept, som bara ansågs behöva finjusteras för att kunna implementeras i full skala. Dessa justeringar prövades ut på vårdcentraler som alla låg i två storstadsdistrikt.

Utifrån ett brukarperspektiv fick Seniorhälsan en stillsam start under pilotåret 2012 med relativt få äldre som nappade på inbjudan. Flertalet bedömdes av vårdgivarna som ”Friska”, vilket ledde till att de fick en ’hälsoplan’, erbjöds en fast vårdkontakt och hänvisades i vissa fall till kommunala aktiviteter. En minoritet av dem som kom till samtal om hälsa identifierades leva med ”Risk” och i de fall sådana identifierades fungerade konceptet väl.

Genomgången av Göteborgspiloten visar på en mycket snabb implementering av ett koncept som inte riktigt provats ut och utvärderats, vare sig det gäller effekterna på målgruppens hälsa eller som en del av en sammanhållen vård för äldre. Seniorhälsans ”sökmotor” var inriktad på alla som fyllt 65 år. Det finns anledning att reflektera över om inte satsningen borde lagt fokus på att söka upp den del av målgruppen som lever med risker vilka kan identifieras under ett samtal om hälsa. ●

6. Motiven – deras hållbarhet och hur de uppfattades

Eftersom Seniorhälsan var en ny och redan färdigtänkt företeelse på vårdcentraler och för kommunens och folktandvårdens anställda, så blev det naturligt att projektledningen för Seniorhälsan ägnade en del tid på möten att förklara *varför* en satsning på konceptet gjordes. Då framkom flera motiv, men de mest upprepade och betonade var följande:

- Då äldre efterfrågar mer förebyggande insatser i primärvården, ska vi som är *kundorienterade* tillfredsställa denna efterfrågan.
- Också äldre har rätt till förebyggande vård och primärvården ska verka för *rättvisa*.
- Vård och omsorg finansieras av skattebetalarna och det finns gränser för skatteuttag. Samtidigt står vård och omsorg för stora utmaningar att leverera flera tjänster med hög kvalitet. Därför måste vård och omsorg utgå från kärva *ekonomiska* förutsättningar och drivas *effektivt*.

Inget av dessa tre motiv bör förvåna. Det *första* motivet är starkt kopplat till det fria vårdvalet, vilket troligen inneburit att också primärvården har fått börja vandra från produktionsorientering till kundorientering i enlighet med det som beskrivs och ibland förespråkas i Service Management och New Public Management (se exempelvis Normann, 1983; Lundin och Söderholm, 1997; Hugesmark, 1994; Levin & Normann, 2000; Berlin och Kastberg, 2011). Har alltså Seniorhälsans kundorientering sin rot i vad de äldre i samhället verkligen efterfrågar av offentlig vård och omsorg? Det är en öppen fråga. Piloten i Göteborg föregicks av ett antal ”kundundersökningar” med pensionärsgrupper, men någon sammanställning av detta material finns inte tillgängligt.

Det *andra* motivet – att en seniorhälsa bör inrättas därför att också äldre har *rätt* till sjukdomsförebyggande insatser – bygger på logiken att sådana insatser *redan finns* för alla andra åldersgrupper – förebyggande barnhälsovård för förskolebarn, skolhälsovård för elever, företagshälsovård för yrkesarbetande – och därför är det inte mer än rätt att man också efter arbetslivet får motsvarande insatser på det allmännas bekostnad. Tanken på rättigheter går lite på tvärs mot den svenska traditionen, som mer betonar samhällets *skyldigheter* gentemot sina

medborgare (se bland annat Trägårdh, 1995). Men även om vi utgår från tanken på att staten har skyldigheter gentemot sina medborgare, så bör dessa skyldigheter inte diskriminera äldre. Det gäller särskilt om skyldighetsargumentet kan förstärkas av ett ekonomiskt argument – en satsning på förebyggande insatser för äldre är inte bara en skyldighet för samhället och en rättighet som äldre har. Det kan också medföra sänkta kostnader och är således mycket *lönsam!* Det för oss över till det tredje motivet.

Det *tredje* och starkaste argumentet för inrättandet av Seniorhälsan är alltså av ekonomisk art. Som beskrevs i inledningen har sambandet mellan kostnader för primärvård och mer intensiv slutenvård utretts och slutsatsen blir att satsningar på förebyggande insatser för äldre i primärvård och kommunal omsorg kan leda till stora besparingar i vård och omsorgssystemet *som helhet* genom att den dyra slutenvården på sjukhus avlastas. En ”bieffekt” av detta är också att de äldre besparas onödigt lidande, något som kan kopplas till de två första motiven. Finns det evidens för att Seniorhälsan och andra liknande förebyggande insatser verkligen leder till en effektivare vård och omsorg? De rapporter som tagits fram av SKL och som diskuterades i inledningsavsnittet, visar att inläggningar på sjukhus och äldreboenden är oerhört dyra jämfört med primärvårdsbesök.

Men sådana generella sjukvårdsekonomiska beräkningar är inte samma sak som att det finns evidens för att satsningarna lönar sig. Nästan alla samhällsekonomiska kalkyler, oavsett samhällsområde, brukar visa att proaktiva aktiviteter lönar sig på sikt jämfört med att ta kostnaderna för akuta insatser när det är ”för sent” (se exempelvis Jensen och Trägårdh, 2012). De svenska Seniorhälsoprojekten i Karlstad och Sundbyberg utvärderades utifrån en enkel före-efter-design, vars resultat ska tas med en nypa salt (se avsnitt 3). Att de äldre säger sig må bättre och att läkarbesök och inläggningar på sjukhus minskar under projektiden och en tid därefter är förväntade resultat och säger inte mycket om den långsiktiga effekten. Utvärderingen av det amerikanska programmet var av mer omfattande slag med en större ”experimentgrupp” och jämförbara kontrollgrupper. Också den visade på positiva resultat med kraftig sänkning av belastningen på sjukhusvården – exempelvis hade antalet vårddygn på sjukhus minskat med 70 procent efter ett år i programmet. Man ska dock vara försiktig med att överföra amerikanska erfarenheter till svenska förhållanden, inte minst eftersom sjukvårdssystemen är mycket olika.

Sammantaget kan därför sägas att de tre mest uttalade motiven för att inrätta

Seniorhälsan i det permanenta primärvårdsutbudet inte är så övertygande som det först synes vara – det är när detta skrivs ännu en öppen fråga om de ska anses hållbara. Men *uttalade* motiv för att implementera något nytt är en sak, vad som är *bakomliggande* motiv till att det ska finnas till och hur det nya *uppfattas* är ofta en annan sak. Det gäller också Seniorhälsan.

Aktörsuppfattningar om Seniorhälsan

Med en historia som mycket erfaren och drivande chef inom primärvården visste projektledaren värdet av intern marknadsföring när ett nytt koncept skall introduceras, prövas och implementeras. Bland det viktigaste i sådan intern marknadsföring är att förklara den förändring som är på gång med övertygande och entydiga motiv (Alvesson, 2000). Men trots att de aktiva i projektet flera gånger hört de uttalade motiven för Seniorhälsan, så visade det sig att var och en hade sin bild av Seniorhälsan och varför den skulle finnas till. Figur 5 visar några av de vanligaste förklaringarna.

Figur 5: Uppfattningar om bakomliggande motiv för Seniorhälsan hos de aktiva hösten 2012.

Seniorhälsan – en mångfacetterad lösning på flera problem?



Som figur 5 visar uppfattades Seniorhälsan olika av olika aktörer. Distriktssköterskor som skötte det operativa genomförandet på vårdcentralerna betonade Seniorhälsan som en snabbkoll av de äldres hälsotillstånd. Att det skulle vara en funktion som alla anställda på vårdcentralen var involverade i upplevde de inte, då det normala var att en distriktssköterska med lite administrativt stöd själv skötte ruljangsen. Bland kommunanställda inom vård och äldreomsorg såg man Seniorhälsan som ett sätt att antligen kanske få igång ett fungerande samarbete med primärvården. Även om det tidigare fanns mötesplatser där primärvård och äldreomsorg möttes, så uppfattades samverkan som svagt utvecklad. Men kanske kunde Seniorhälsan, som ju ändå var primärvårdens egen idé, innebära ett större intresse från primärvården att samverka med kommunen?

Högre mellanchefer inom primärvård och äldreomsorg betonade mer övergripande motiv bakom Seniorhälsan. Den sågs mer som ett steg i ett paradigmskifte mot att arbeta mer preventivt och därmed minska behovet av akutvård. Seniorhälsan betraktades av dessa också som en saknad pusselbit i arbetet att få till en mer samlad vård för äldre.

Häri döljer sig alltså en motsättning som inte är ovanlig i förändringsarbete: en ledning som har sina motiv för att dra igång ett förändringsarbete och ”ledda” som inte riktigt är lyhörda för att ta till sig den officiella motivbilden, utan snarare styrs av de erfarenheter som bildas av den egna praktiken. Något ”objektivt” svar på Seniorhälsans faktiska motiv existerar knappast. Organisationer förväntas agera rationellt, samtidigt som de utsätts för ett ständigt tryck på förändring, vilket gör organisationer svårstyrda (Brunsson, 2006). De flesta ledare försöker framställa tydliga och klara målsättningar och motiv, men de som ska förverkliga idéerna agerar utifrån en mängd olika styrsignaler, inte minst den praktik man själv lever i och medskapar. Om man lägger ihop de olika föreställningarna om Seniorhälsan, blir bilden långtifrån entydig, den blir snarare mångtydig. Enligt en del organisationsforskare (se exempelvis Hedberg m.fl, 1976) kan det vara en poäng att medvetet skapa halvförvirrande koncept. Det gäller särskilt i tider av förändring, då det är viktigt att få de anställda att ta eget ansvar för sina föreställningar och handlingar och inte bara mekaniskt överta föreställningar från ledningen om vad som bör göras. Men i Seniorhälsans fall har ledningen knappast eftersträvat att skapa ett ”halvförvirrande koncept”, utan snarare entydighet och följsamhet. Det behöver inte innebära att bristande entydighet ska betraktas som något dåligt. Man bör nog betrakta den palett av synpunkter på Seniorhälsan

som en oavsiktlig följd av något som var tänkt annorlunda (se exempelvis Ash et al, 2007). Sådana oavsiktliga konsekvenser eller bieffekter blir ibland positiva och leder till bättre utfall än om sådana inte uppkommit. Alla behöver inte ha samma uppfattning om varför Seniorhälsan bör bedrivas, viktigare för motivation är att enskilda aktörer ser värde av Seniorhälsan utifrån sin roll och position.

Om man lägger samman de olika motivbilderna blir argumenten för Seniorhälsan inte svagare, bara mer sammansatt. Ska då Seniorhälsan ses som svar/lösning på *många* olika slags problem? Vilka av dessa problem kan Seniorhälsan i så fall lösa? Det är ämnet för nästa avsnitt. ●

7. Seniorhälsan som lösning på aktuella problem

Organisationer har en tendens att vara lösningsdrivna snarare än problemdrivna (se exempelvis Andersson, 2006). Det beror till stor del på att världen vimlar av lockande koncept som skulle kunna användas för att lösa aktuella organisationsproblem. I tider av utvecklad cyberrymd färdas de blixtnabbt över jorden (Czarniawska och Joerges, 1996). När det gäller Seniorhälsan utvecklades konceptet på andra sidan jorden, men även det amerikanska "Health Enhancement Program" hade säkert sina förebilder. Efter en mellanlandning som projekt i Värmland och i en förort till Stockholm blev Västra Götalandsregionen först i Sverige med att tillämpa konceptet storskaligt. Som beskrevs i förra avsnittet var Seniorhälsans tre mest uttalade motiv kundorientering, rättvisa (eller samhällsskyldigheter) och ekonomi/effektivitet. Bakom dessa motiv kan man utläsa uttalade problem som kan beskrivas på följande sätt:

a) Problemet är bristande kundorientering i offentligdriven primärvård

Ett bärande motiv för Seniorhälsan är att det skulle finnas en efterfrågan från seniorer på en särskild förebyggande funktion i primärvården som inte tillgodosetts. Bakom det motivet döljer sig alltså problemet bristande kundorientering. Den offentligdrivna vården är en del av en offentlig sektor som under decennier haft monopol och etablerat en utbudsstyrd produktionsorientering som medborgarna har fått acceptera eller protesterat mot vid röstning i allmänna val. Det motsvarar vad Hirschman (1970) kallade *loyalty* respektive *voice*, vilka ur ett kundperspektiv är tämligen svaga strategier. I och med det fria vårdvalet förstärks den tredje möjliga kundstrategin, nämligen *exit*. I den svenska kontexten innebär det att medborgare fritt kan välja vårdleverantör, exempelvis lämna en vårdcentral som man är missnöjd med, för att istället lista sig hos en som bättre motsvarar ens förväntningar. I en sådan konkurrensutsatt miljö gäller det att lyssna på kundförväntningar, om man ska få tillräckligt med listade patienter och därmed överleva som vårdcentral.

I avsnitt 6 diskuterades om äldre verkligen efterfrågar mer förebyggande vård på vårdcentraler. Men *om* de gör det, kan man säga att Seniorhälsan blir ett syn-

ligt bevis på att den offentligdrivna vården nu ersätter traditionell produktionsorientering med en modern kundorientering. På det sättet hoppas primärvårdsledningen att Seniorhälsan blir en del av lösningen på det konkurrensproblem som uppstod i och med införandet av det fria vårdvalet.

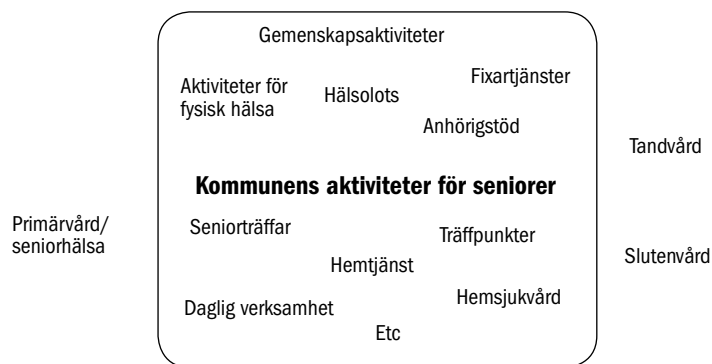
b) Problemet är diskriminering av äldre i förebyggande vård och omsorg

Ett andra bärande motiv för Seniorhälsan är att äldre hittills inte har haft rätt till förebyggande hälso- och sjukvård i samma utsträckning som andra åldersgrupper. Bakom detta motiv döljer sig problemet med ett diskriminerande utbud av offentligfinansierade insatser – äldre har inte fått samma förebyggande insatser som andra åldersgrupper – vilket kan sägas vara oacceptabelt i en välfärdsstat. Seniorhälsan löser detta rättviseproblem.

Men om man vidgar synfältet till *hela* den offentliga sektorn, så har kommunerna under lång tid levererat mängder med förebyggande insatser för äldre, se figur 6. Ett halvt uttalat syfte med Seniorhälsan är att primärvården ska öka sin andel av förebyggande aktiviteter. Men även med fullt utbyggd Seniorhälsa, så framstår primärvården som ett *komplement till kommunernas* förebyggande vård

Figur 6. Seniorhälsan som komplement till det kommunala utbudet.

Förebyggande aktiviteter för äldre – ett kommunalt perspektiv



och omsorg snarare än tvärtom. Det blir med detta perspektiv också mycket tveksamt om problemet är att äldre diskrimineras när det gäller förebyggande insatser i relation till andra åldersgrupper. Snarare tycks äldre ha ett rikare utbud att välja på än andra, jämförbart med och överträffande det som riktas till barn och unga. I exempelvis Lundby stadsdelsförvaltning på Hisingen i Göteborg var åtta sidor i höstprogrammet direkt riktade till seniorer, medan aktiviteter riktade till barn och unga tillsammans fick fyra sidor. Dessutom finns ett utbud av förebyggande aktiviteter utanför den offentliga sektorn, alltifrån ideella föreningar till gym. De som missgynnas här är de som av ohälsoskäl inte kan ta del av detta utbud, men för dem är andra åtgärder primära.

c) Problemet är effektivitetsbrist i vård och omsorg

Det tredje uttalade motivet för att införa Seniorhälsan är åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg och förbättra effektiviteten i vårdsystemet. Bakom detta motiv döljer sig alltså en uppfattning som nämnts tidigare i rapporten om en påtaglig effektivitetsbrist inom vård- och omsorgssystemet. Som alla komplexa system har också vård och omsorg om äldre potential att förbättra effektiviteten. I detta sammanhang har Seniorhälsan främst motiverats med att funktionen på sikt kommer att minska antalet ”onödiga” sjukhusvistelser för äldre. Äldre står för en mycket stor del av kostnaderna för vård och omsorg, vilket motiverar etablerandet av en funktion i en relativt billig del av systemet och som förebygger överutnyttjande av dyra resurser.

Som diskuterats ovan visar utvärderingar av tidigare försök med Seniorhälsa i såväl Sverige som utomlands att den har varit lönsam. Vad man ska komma ihåg innan man hävdar att detta gäller för Seniorhälsan i Västra Götaland är följande:

- satsningen i VGR är *delvis annorlunda* än tidigare satsningar på andra ställen och måste därför bevisa sitt eget värde,
- innan en effektutvärdering kan göras krävs att verksamheten nått en viss *volym*, så att resultaten statistiskt kan säkerställas,
- för att bevisa påståenden om Seniorhälsans förmåga att minska dyr sjukvård bör RCT-design användas (randomized controlled tests), då en sådan har stark *legitimitet* inom sjukvården som den mest pålitliga designen samt
- det räcker inte att visa att Seniorhälsan minskar kostnaderna för sjukhusvård, utan satsningen måste reducera den *totala* kostnaden för vård och

omsorg. Det innebär en K/I-design, där kostnaden för utveckling och drift av Seniorhälsan ställs mot de besparingar som satsningen innebär i form av minskad, dyr sjukvård. Effektivitetsargumentet måste alltså bevisas empiriskt genom utvärdering.

Härmed har de tre mest uttalade motiven för Seniorhälsan värderats. Diskussionen visar att det i försöksskedet är för tidigt att hävda att Seniorhälsan löser de nämnda problemen, det handlar mer om *förhoppningar* än evidensbaserad kunskap. Men det tycks finnas ytterligare, mer outtalade, motiv till att skapa en Seniorhälsofunktion inom den offentligdrivna primärvården i VGR. Bakom dessa motiv finns också mer eller mindre outtalade problem, vilka redovisas nedan.

d) Problemet är bristande konkurrensförmåga

Detta problem gränsar till problemet ovan om bristande kundorientering i offentligvården. Men här sätts fokus på den konkurrens om ”listade” som uppstått i och med det fria vårdvalet. På kort tid har den offentligdrivna primärvårdens närmast monopolliknande position ersatts med kraftig konkurrens av privatdrivna vårdcentraler. Det har inneburit ett konkurrens klimat på både offentligdrivna och privatdrivna vårdcentraler – det gäller att pressa kostnader och öka intäkter genom att erbjuda ett lockande men kostnadseffektivt utbud, så att många listar sig. Det är långtifrån osannolikt att Seniorhälsan här har ett av sina främsta motiv och detta är fullt legitimt på en konkurrensutsatt marknad.

Men frågan är om Seniorhälsan kommer att bli det dragplåster för äldre som initiativtagare och beslutsfattare hoppas. Under hösten 2012 visade det sig att bara runt 10-15 procent av de äldre som fick en inbjudan om ett Samtal om hälsa antog erbjudandet. Framtiden kommer att visa om intresset kommer att öka, något som måste ske för att Seniorhälsan ska fylla sin funktion som förstärkare i konkurrensen. En snabb kontroll av hur företrädare för privatdrivna vårdcentraler ställer sig till att starta egna Seniorhälsofunktioner säger att intresset är lågt och tron på Seniorhälsa som konkurrensfaktor är svag. Det här är åter en öppen fråga som bör undersökas empiriskt.

e) Problemet är dålig måluppfyllnad av beställarförväntningar

Ett argument som uttalats vid interna möten runt Seniorhälsan gränsar till problemet ovan om diskriminering av äldre när det gäller förebyggande vård. Men här handlar det om att uppfylla förväntningar från *beställarna* av vården, nämligen

politikerna. En synpunkt, som ofta fått gillande nickar på möten, är när någon hävdar att ”det ligger ju i vårt *uppdrag* att bedriva mer förebyggande vård och omsorg”. Här kan ingen säga emot, det gäller såväl anställda inom primärvård som folktandvård och kommun.

Precis som öppen konkurrens, är uppdrag från beställare en högst legitim och närmast tvingande orsak att dra igång en förebyggande verksamhet som Seniorhälsan. Valet handlar snarast om *vilken* förebyggande verksamhet som motsvarar beställarnas förväntningar. För att Seniorhälsan ska motsvara ställda förväntningar på att vara en förebyggande verksamhet, så måste den lösa problemen som nämnts ovan. Som visats är detta i nuläget långt ifrån självklart.

Sammanfattning av Seniorhälsan som lösning av aktuella problem

Avsnittet landar i frågetecken kring motiv och problemlösningsförmåga när det gäller Seniorhälsan. Det väcker frågan om hur beslutsfattare i politiken och tjänstemannakåren resonerat när de bestämt sig för att etablera Seniorhälsan på regionens samtliga vårdcentraler. Men redan på 1950-talet visade nobelpristagaren Herbert Simon utifrån begreppet ”bounded rationality” (begränsad rationalitet) att vi inte är så rationella som vi vill tro (Simon, 1957) och där utgör inte organisationsledningar eller politiker några undantag. Andra organisationsforskare (Cohen, March and Olsen, 1972) föreslog några år senare att många organisationer kan beskrivas som organiserade anarkier. De kännetecknas av oklara idéer om vad man ska prioritera, hur man ska nå sina mål och otydliga gränser, exempelvis vilka som är medlemmar i organisationen och vilka som står utanför. I dessa organisationer kännetecknas beslutsfattande av en stor portion slumpmässighet. Ofta fattas beslut när ett antal ingredienser råkar sammanfalla: en lösning i form av exempelvis ett organisationskoncept är på tapeten, ett eller flera problem har diskuterats och som kan kopplas ihop med den aktuella lösningen, en eller flera beslutsfattare som har intresse att koppla ihop problemen med lösningen finns på plats vid ett lämpligt beslutstillfälle. Avgörande för beslutet är snarare bra timing än rationell analys av den aktuella lösningens förmåga att lösa de problem som är aktuella.

Hur tillämplig är sådan timing för att förstå beslutet att införa Seniorhälsan i hela Västra Götaland? Politiskt styrda organisationer har starka drag av att vara ”organiserade anarkier”. Prioriteringar är ofta problematiska, det är svårt

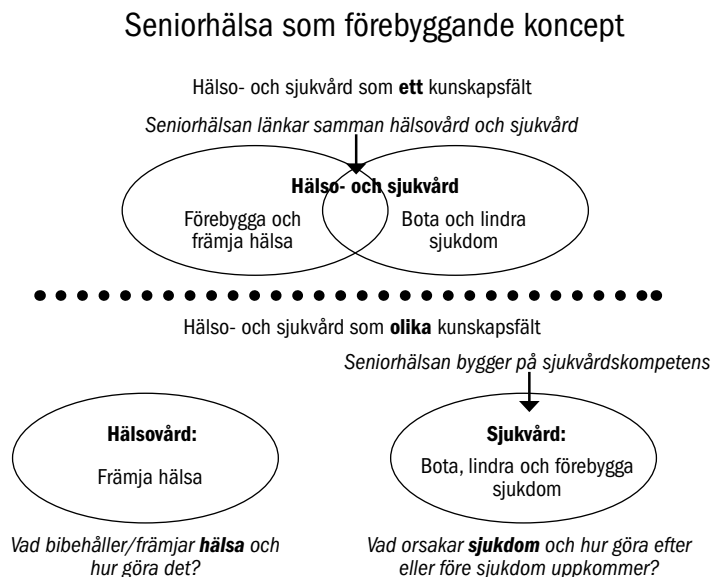
att veta vilka satsningar som bör göras, hur nya satsningar ska genomföras och hur besluten går till är också ofta oklart och komplext. Beslutet att inte utvärdera ”piloten” i Göteborg kan här få sin förklaring, då en sådan skulle kunna försvåra ett ’vältimat’ förändringsarbete.

I hälso- och sjukvården har man i uppdrag att ägna sig mer åt förebyggande insatser. Men vilken slags förebyggande verksamheter bör den offentligdrivna primärvården satsa på? Det är ämnet för det nästföljande avsnittet. ●

8. Sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande insats?

Primärvården är en väsentlig del av den svenska hälso- och sjukvården. Stora förhoppningar ställs till dess förmåga att förebygga uppkomst av sjukdom och få befolkningen att både behålla och förbättra sin hälsa. Den förhoppningen grundar sig på föreställningen att hälso- och sjukvård utgör *ett* kunskapsfält med två sammanflätade inriktningar – hälsovård *och* sjukvård. Med en sådan utgångspunkt kan Seniorhälsan ses som en sammanhållande länk mellan hälsovård och sjukvård, då den både ger hälsovård till den som identifieras som ”Frisk” och hänvisar till sjukvård för den med ”Risk” i enlighet med den övre delen av nedanstående figur 7.

Figur 7. Två sätt att se på hälso- och sjukvården och konsekvenserna för Seniorhälsan.



Det finns dock anledning att ifrågasätta en sådan föreställning, både utifrån vad som hände under pilotåret för Seniorhälsan och utifrån en generell bedömning av den svenska hälso- och sjukvårdens kompetensområde. Som beskrivits tidigare identifierades de flesta av de få seniorer som nappade på ”Samtal om hälsa” som friska, utan tydliga tecken på att utveckla sjukdom. Det ledde till att en ”Hälsoplan” fylldes i och överlämnades till senioren, tillsammans med besked om fast vårdkontakt och eventuellt en hänvisning till kommunala aktiviteter för äldre i stadsdelen. Hälsoplanen ansågs uppenbarligen som sekundär i relation till den noga diskuterade hälsobedömningen som skulle avslöja om senioren höll på att utveckla risk för sjukdom. Innehållet i Hälsoplanen diskuterades knappast alls och den var också mycket tunn, två sidor med rubriker för datum, vårdgivare, vad man kom fram till, provtagningsresultat, rekommenderade aktiviteter, namn på fast vårdkontakt och slutligen ”övriga kontakter”. Bara två av dessa kan anses ha med en hälsoplan att göra, nämligen ”Detta kom vi fram till” och ”Aktiviteter”.

I de intervjuer som gjordes med de ansvariga distriktssköterskorna framkom att hälsoplanen behandlades tämligen styvmoderligt, det var ingenting man lade särskild vikt vid. Det centrala vid samtalet om hälsa handlade istället om att bedöma seniorenns tillstånd och risk att utveckla ohälsa och sjukdom genom att identifiera brister i exempelvis den fysiska, psykiska eller sociala situationen och att mäta blodtryck, blodsocker, midjemått etc. Det sköterskorna främst ägnade sig åt var just vad de var utbildade och vana att göra – identifiera risker och se till att den äldre fick den vård och omsorg som krävdes för att inte riskerna skulle utvecklas till större problem.

Den praktiska hanteringen av Seniorhälsan på vårdcentralerna är exempel på vad vårdutbildad personal är utbildad och kompetent i – att *bota, lindra och i viss mån förebygga sjukdom* så som den undre delen av figur 7 visar. Den grundläggande fråga som håller samman detta kunskapsfält kan formuleras på följande sätt: *vad orsakar sjukdom och vad bör man göra före, under och efter att sådan har uppkommit?* Kunskap och kompetens i *hälsovård* är däremot betydligt svagare utvecklad: Där kan den grundläggande frågan uttryckas på följande sätt: *vad bibehåller och främjar hälsa och hur gör man det?* Dessa frågor har varit skolmedicinens kärnfrågor och det finns få, evidensbaserade svar på dessa. På senare tid har studier ensidigt visat på hälsoeffekter av beteenden av vissa slag, exempelvis värdet av motion eller viss kost och på den basen kan legitimerade vårdgivare ge exempelvis fysiska aktiviteter på recept (”FAR”) eller rekommendation om viss

kost för diabetespatienter. Men i stort sett är den evidensbaserade kunskapen om vad som bibehåller och främjar hälsa i sin linda, särskilt om man jämför med den evidensbaserade kunskapen om vad som orsakar sjukdom och hur man kan bota och lindra.

Frågan om primärvården ska ägna sig åt sjukvård eller hälsovård har också under lång tid splittrat primärvårdspersonalen. I en studie av primärvårdscentralerna i Ale kommun (Trägårdh, 1988), visade det sig att personalen på några vårdcentraler var eniga om vårdcentralens inriktning mot traditionell bot och lindring av de åkommor och sjukdomar, som patienterna sökte för. På andra vårdcentraler var personalen lika enig i att man borde fokusera krafterna på ett mer uppsökande, upplysande och förebyggande folkhälsoarbete. Dessa motsättningar blockerade all samverkan i ledningsgruppen – viljan att ge efter eller kompromissa var låg, då frågan rörde själva inriktningen på arbetet. Frågan ställde inte professionsgrupper mot varandra som läkare mot sjuksköterskor, utan snarare vårdcentraler mot varandra där personalen som helhet delade grundsyn. Studien kunde inte ge svar på om detta mönster var representativt också utanför Ale kommun, men det är tydligt att frågan om primärvårdens inriktning är känslig bland de sjukvårdsutbildade både på operativ nivå och ledningsnivå.

Pilotåret för Seniorhälsan visade att vårdgivarna – i det här fallet distriktssköterskorna – ägnade Samtalen om hälsa till riskidentifiering och, när risker kunde identifieras, att hjälpa de äldre vidare i vårdsystemet så att dessa risker kunde minskas eller elimineras. Inriktningen var alltså att bota, lindra och förebygga sjukdom snarare än att främja hälsa. I praktiken uppfattade man att primärvården som en del av den svenska hälso- och sjukvården, skulle ägna sig åt att bota, lindra och förebygga sjukdom, men inte nödvändigtvis att främja hälsa.

På hälsomarknaden agerar en mängd aktörer, inte minst privata och ideella aktörer i företag, föreningar, gym, hälsocoaching etc. Här finns mängder med entusiasm, men sämre med evidens om generella och specifika effekter. Övergången från Modell I till Modell II av Seniorhälsan (se avsnitt 4 och 5) är också ett uttryck för att primärvården bygger vidare på sin redan etablerade kunskapsbas, den att bota, lindra och förebygga sjukdom. ●

9. Slutsatser utifrån analysen av Seniorhälsan

Seniorhälsan, så som den utformades under större delen av pilotperioden 2012, kan ses som ett uttryck för den entusiasm som kännetecknar nutidens hälso-trend. Också i VGR:s styrdokument för sjukvården som ”Det goda livet” och ”Framtidens hälso- och sjukvård” speglas denna trend. Det är i sig inte konstigt, dels är trenden stark i samhället och dels är primärvården den del av sjukvården som först och främst har ett förebyggande uppdrag, vilket kan tolkas som ett hälsofrämjande uppdrag.

Svagheter med Modell I av Seniorhälsan

Utbildning i sjukvård och arbete i den svenska sjukvården handlar nästan uteslutande om att bota, lindra och förebygga sjukdom. Det uttrycks väl i VGR:s handlingsplan ”Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland: ”Utifrån den enskildes perspektiv är målet: ’Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg’.”

I figur 1 (se avsnitt 2) presenterades ”ålderspyramiden” uppdelad på fyra grupper med ”mest sjuka äldre” högst upp och ”friska äldre” i pyramidens bas. I den ska Seniorhälsan säkerställa att alla som fyllt 65 år ges insatser i syfte att behålla och stärka sin hälsa. De friska äldre ska få ”livsstils- och hälsoorientering, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande” insatser. Att också inkorporera de friska äldre i det uppdrag som hälso- och sjukvården har, är tveksamt ur flera synpunkter:

- Hälso- och sjukvården är väl rustad för att bota, lindra och förebygga sjukdom, men klart sämre rustad att ta sig an hälsopromotion.
- Det finns stora och ouppfyllda behov av en god och sammanhållen vård hos de *redan sjuka äldre* och de som har uppenbara *risker* att utveckla allvarliga sjukdomar. Hela satsningen på de mest sjuka äldre är ett uttryck för detta. Insatser för friska äldre riskerar att urvattna möjligheterna att förbättra vården för de sjuka äldre, inte minst för de mest sjuka.
- Det finns gott om aktörer på hälsomarknaden som sjukvården kan hänvisa friska äldre till. Kommunerna har sedan länge arbetat upp ett ofta impone-

rande utbud av aktiviteter som syftar till att bibehålla äldre personers vitalitet och hälsa. Det ligger i kommunernas helhetsansvar för invånarna. Utöver kommunala insatser finns gott om privata aktörer och ideella organisationer som verkar för hälso- och friskvård i alla dess former. Här kan hälso- och sjukvården bidra genom att, när man kommer i kontakt med friska äldre, ge sjukdomsförebyggande råd och hänvisa till lämpliga hälso- och friskvårdsaktörer.

- Äldre med påtaglig risk att utveckla sjukdom är en dold och svagt bearbetad grupp i äldrevården. Här har Seniorhälsan en viktig funktion att fylla om funktionen inriktas på riskidentifiering och påföljande åtgärder.

I regionens styrdokument framgår att man avser att skapa förutsättningar för att ta sig an de sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande utmaningarna. Såväl medarbetare som chefer ska de närmast följande åren ges en generell kunskaps- och kompetenshöjning om effekterna av hälsofrämjande insatser. Basutbildning och vidareutbildning ska erbjudas och regionen ska tillhandahålla utbildningar i MI (motiverande samtalsteknik). Samtidigt ska hela sjukvårdssystemet ställas in på att klara detta uppdrag. Exempelvis ska årsredovisningar och regionala jämförelser omfatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom vården, avtal/ersättningsformer och hälsoekonomiska analyser ska utgöra styrinstrument mot en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård och vårdens journalsystem ska utvecklas så att det blir enkelt att genom indikatorer göra uppföljningar.

Mot bakgrund av vad som hände under Seniorhälsans pilotår är det uppenbart att det finns en skriande obalans mellan å ena sidan regionens mål och handlingsplaner och å andra sidan hälso- och sjukvårdens faktiska kapacitet i form av kompetens och resurser när det gäller framför allt hälsofrämjande insatser. Hälso- och sjukvården har en mycket lång och komplicerad resa att göra innan man skaffat sig kompetens och resurser för att agera som en hälsofrämjande organisation. De åtgärder som föreslås för att bygga upp en sådan kompetens är bara ett första steg. Det innebär att den organisatoriska stress som redan kännetecknar hälso- och sjukvården kommer, om detta fortsätter, att nå nya höjder och skillnaden mellan å ena sidan planer och mål och å andra sidan det man gör, kommer att bli allt mer påtaglig.

En hållbar Seniorhälsa – Modell II

Synpunkterna ovan kan, när det gäller Seniorhälsan, sammanfattas i en rekommendation att konstruera om konceptet. Utåt kan Seniorhälsan, om det anses viktigt ur marknadsförings- och imageskäl, framstå som en hälsofrämjande satsning för personer som har fyllt 65 år. I praktiken bör Seniorhälsan främst handla om att i primärvården utveckla kompetens att nå äldre med tecken på risk att utveckla sjukdom, identifiera dessa risker och genom lämpliga åtgärder i samverkan med patienten reducera risken. Det innebär en omkonstruktion av ”äldrepyramiden” i relation till hälso- och sjukvårdens uppdrag enligt figur 8 nedan.

Pyramiden består nu av tre grupper i stället för fyra. De tre grupper som finns kvar i pyramiden består av sjuka äldre eller äldre som riskerar att utveckla sjukdom. För de två översta grupperna, de mest sjuka och de kroniskt sjuka, finns redan ett intensivt pågående arbete som dock har allvarliga brister, både när det gäller direkta insatser och när det gäller att åstadkomma sammanhållen vård tillsammans med andra vårdaktörer. Här behövs ett klart fokus på att komma tillrätta med bristerna.

Figur 8. Modell II av äldrepyramiden utifrån hälso- och sjukvårdens uppdrag.



För den tredje gruppen, äldre med risk att utveckla sjukdom, är insatser fortfarande outvecklade. Vad man har är *kunskap och instrument* att göra riskbedömningar och på den grundvalen ta fortsatta steg för att den äldre ska kunna skjuta upp sjukdomsdebuten. Vad man inte har är främst *kunskap* om vilka äldre med risk är och *förmåga att komma i kontakt* med dessa.

Det är med all sannolikhet ingen slump att så få äldre med risk svarade an på inbjudan till samtal om hälsa. Äldre med risk att utveckla kroniska sjukdomar lever i många fall med en inte så hälsosam livsstil som de inte är så benägna att ändra på och ibland inte heller är fullt medvetna om. Det har under Seniorhälsans första år framkommit att en del anställda inom primärvården är övertygade om att äldre med risk att utveckla sjukdom inte upplever primärvården som så "hotfull" att ta kontakt med som exempelvis kommunen med sin socialtjänst. Det är tveksamt om det finns grund för en sådan övertygelse. Det är mer troligt att äldre med en hälsohotande livsstil ser primärvården som en del av en kontrollapparat, vilken kan ha intresse av att försöka styra och förändra deras sätt att leva, så som den tyska debattören Julie Zeh beskrev i sin bok "Corpus delicti" (Zeh, 2010).

Det finns organisationer som skaffat sig kompetens kring hur man på frivillig väg får personer, som med sin livsstil utvecklat risk att utveckla allvarlig sjukdom, att söka vård. De finns i allmänhet utanför hälso- och sjukvårdssystemet och är i många fall ideella organisationer. Exempel på sådana är Länkarna, Spelberoendes förening, Anonyma alkoholister, Riksförbundet för ett narkotikafritt samhälle, Brukarföreningen Vägen Tillbaka, Viktväktarna och KRIS. I ett utvecklingsarbete kunde det vara klokt att reflektera över om dessa eller andra liknande organisationer kan fungera som inspiratörer för att nå och påverka äldre som lever med risk att utveckla sjukdom. ●

DEL C.

Förslag inför en framtida utvärdering

Det finns ett politiskt beslut på att införa Seniorhälsan i hela regionen från och med 2013. Då det handlar om en ny och oprövad verksamhet är det rimligt att redan tidigt planera för en utvärdering och uppföljning. I texten ovan har synpunkter på vad en sådan bör innehålla redan framförts och sammanfattas bara här i några punkter.

Typ av effektutvärdering

Förespråkare för evidensbaserad kunskap brukar hävda att interventionsstudier ger mycket säkrare kunskap om effekten av olika insatser än vanliga observationsstudier som denna rapport kan sägas vara exempel på. Blir det möjligt att gå från observationsstudier till interventionsstudier i syfte att testa effekterna, då Seniorhälsan införs i hela Västra Götalandsregionen? Den typ av effektstudier som anses mest tillförlitlig i åtminstone den medicinska forskningen, är interventionsstudier av RCT-typ med randomiserade experiment- och kontrollgrupper. Dessa förutsätter att det redan finns en etablerad klientpopulation med en viss problematik som behandlas med en viss typ av standardintervention, exempelvis personer med högt blodtryck som får blodtryckssänkande medicin. Redan här uppstår ett grundläggande problem när det gäller framtida RCT-studier av Seniorhälsan: populationen personer som fyllt 65 år kan knappast betraktas som en population med likartad problematik och som dessutom redan utsätts för en standardintervention, en population där man sedan kan plocka ut likvärdiga experiment- och kontrollgrupper vilka utsätts för olika typer av interventioner i syfte att mäta effektskillnader.

Centralt för tillförlitligheten är att de grupper som slumpas till experimentgrupp respektive kontrollgrupp är likvärdiga, så att det inte finns okända faktorer

som skapar snedfördelning. Båda grupperna utsätts för interventioner där det ena alternativet inte antas vara sämre än det andra. Här finns två varianter:

1. Två interventionsalternativ, som antas vara likvärdiga, jämförs med varandra, exempelvis de som får insatser i Seniorhälsan jämförs med de som får andra typer av likvärdiga insatser.
2. Tilläggsintervention som jämförs med standardintervention, exempelvis seniorer som får insatser i Seniorhälsan jämförs med de som inte får dessa insatser utan bara ordinär standardintervention.

Båda alternativen förutsätter att de som genomför utvärderingen kan slumpa seniorer till den ena eller andra gruppen, men hela idén med Seniorhälsan förutsätter att seniorerna frivilligt kan tacka ja eller nej till erbjudandet. Det är inte möjligt att göra en interventionsstudie med likvärdiga grupper, så länge seniorerna själva gör valet att tacka ja eller nej till inbjudan. Också på andra sätt blir de beskrivna alternativen problematiska i fallet Seniorhälsan:

- Alternativ 1 förutsätter att seniorer slumpas in till två likvärdiga ”behandlingsalternativ”. Något alternativ till Seniorhälsan har inte tagits fram och att avstå från deltagande i Seniorhälsan kan inte anses likvärdigt med att delta.
- Alternativ 2 är något mer tillämpligt, då Seniorhälsan kan ses som en tilläggsintervention. Men vad ska då anses vara ”ordinär standardintervention” för populationen seniorer födda samma månad och år?

Förutsättningarna för en renodlat RCT-studie verkar närmast obefintliga. Man kan då välja en enklare typ av utvärdering. Närmast till hands verkar vara att slumpa några av de som valt att tacka ja till att delta i Seniorhälsan till en experimentgrupp och fråga om de vill medverka i en effektutvärdering och sedan slumpvis välja ut individer som inte hörsammat inbjudan att delta ur motsvarande åldersgrupp och be dem att medverka i studien. Här får man räkna med bortfall som minskar tillförlitligheten som delvis kan kompenseras med en bortfallsanalys. Kunskaper om effekter från en sådan studie har lägre grad av evidens. Det troliga utfallet är att utvärderarna rapporterar positiva upplevda effekter hos de som ingår i experimentgruppen. Men orsakerna kan vara svåra att fastställa. Det kan bero på att de som tackar ja till Seniorhälsan skiljer sig systematiskt från de som tackar nej. De kan också utsättas för mer positiv uppmärksamhet under tiden de deltar, vilket kan vara orsaken till att det uppkommer positiva effekter.

Sådana resultat ska alltså inte övertolkas utan utsättas för en kritisk granskning.

Även om bara en enklare och mindre tillförlitlig effektutvärdering kan genomföras, kan den ha ett stort värde förutsatt att man är uppmärksam på dess begränsningar. Nästa fråga blir då vad det är som ska utvärderas. De frågor som är intressanta att ställa handlar inte bara om Seniorhälsans hälsoeffekter på seniorer. De handlar också om Seniorhälsan bidrar till bättre effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet och om samverkan för en bättre sammanhållen vård och omsorg om äldre. Utifrån den här rapporten rekommenderas att nedanstående utvärderingsfrågor blir föremål för behandling.

Utvärderingsfrågor om Seniorhälsans effekter på seniorer

Seniorhälsan syftar till att bidra till att seniorer kan bibehålla, alternativt återfå, sin hälsa. Under pilotperioden kunde några sådana effekter inte noteras, men de undersöktes inte heller då underlaget var för litet och tiden för kort. Förslag till utvärderingsfråga:

- *Finns en signifikant skillnad i upplevelsen att bibehålla, alternativt återfå, hälsa hos de som tackat ja till Seniorhälsan i förhållande till de som inte antagit erbjudandet?*

Seniorhälsan syftar till att identifiera och åtgärda hälsorisker hos seniorer som annars inte hade kommit i kontakt med hälso- och sjukvården. Under pilotperioden 2012 var det rätt få sådana hälsorisker som kunde identifieras och åtgärdas. Förslag till utvärderingsfrågor:

- *Jämfört med kontrollgrupp – hur många hälsorisker identifieras genom Seniorhälsan? Hur många åtgärdas?*

Seniorhälsan syftar till att ge seniorer samma rätt till förebyggande insatser som andra åldersgrupper har. Pilotperioden 2012 gav ingen stark indikation att seniorer efterfrågade en sådan insats. Förslag till utvärderingsfråga:

- *Hur stor del av de seniorer som erbjuds samtal om hälsa antar erbjudandet?*

Utvärderingsfrågor om Seniorhälsans organisatoriska effekter

Seniorhälsan syftar till bidra till att seniorer upplever primärvårdens tjänster som mer attraktiva, så att resultatet blir att de vid kontakter med hälso- och sjukvården i första hand vänder sig till primärvården. Under pilotperioden kunde några

sådana effekter inte noteras, men de undersöktes inte heller då underlaget var för litet och tiden för kort. Förslag till utvärderingsfråga:

- *Upplevs primärvården som det naturliga förstavalet när seniorer behöver ha vårdkontakt i högre utsträckning hos de som utnyttjat Seniorhälsan jämfört med de som inte utnyttjat Seniorhälsan?*

Seniorhälsan syftar till att ändra vårdströmmarna, så att seniorer i ökad utsträckning först vänder sig till primärvården och sin fasta vårdkontakt innan det eventuellt blir aktuellt med besök eller inläggning på sjukhus eller annan slutenvård. Här gäller samma sak som ovan: Under pilotperioden kunde några sådana effekter inte noteras, men de undersöktes inte heller då underlaget var för litet och tiden för kort. Förslag till utvärderingsfråga:

- *Blir effekten en statistiskt säkerställd skillnad i utnyttjande av primärvård respektive sjukhusvård mellan de som deltagit i Seniorhälsan jämfört med de som inte gjort det?*

Seniorhälsan syftar till att reducera de totala sjukvårdskostnaderna genom att seniorer i ökad utsträckning utnyttjar primärvård och i mindre utsträckning belastar den dyrare sjukhusvården och annan slutenvård. Inte heller denna ambition kunde utvärderas under pilotåret 2012. Förslag till utvärderingsfråga:

- *Blir effekten en statistiskt säkerställd skillnad när det gäller totala vård- och omsorgskostnader mellan de som deltagit i Seniorhälsan jämfört med de som inte gjort det)?*

Seniorhälsan syftar till att fungera som arena för samverkan med kommunernas verksamheter. Det är en god ambition, då samverkan över huvudmannagränser traditionellt sett har varit svagt utvecklad och behöver förstärkas. Men pilotperioden 2012 gav inga starka indikationer om att Seniorhälsan blev en sådan arena. Förslag till utvärderingsfråga:

- *På vilket sätt påverkas samverkan mellan primärvård och kommunal verksamhet av Seniorhälsan? ●*

Referenser

- Alvesson, M. (2000), *Ledning av kunskapsföretag. En studie av ett datakonsultföretag*. Norstedts Juridik AB. Stockholm.
- Andersson, M. (2006), *Botvids väg till rätt vård: Planering av ett interorganisatoriskt vårdkedjeprosjekt*. Licentiatavhandling, Mälardalens högskola, Ekonomihögskolan. Mälardalen University Press.
- Ash, J., Berg, M. and Coiera, E. (2004), Some Unintended Consequences of Information Technology in Health Care: The Nature of Patient Care Information System-related Errors. *Journal of American Medical Information Association*, Vol.11, pp. 104-112.
- Berlin, J. och Kastberg, G. (2011), *Styrning av hälso- och sjukvård*. Liber. Malmö.
- Brunsson, N. (2006), *Mechanisms of Hope. Maintaining the dream of rationality in Organizations*. Copenhagen Business School Press. Malmö.
- Charmaz, K. (2006), *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage. Thousand Oaks, California, USA.
- Czarniawska, B. (2004), *Narratives in social science research*. SAGE. London.
- Czarniawska, Barbara. Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies. Liber: Malmö, 2007.
- Czarniawska, B. och Joerges, B. (1996), Travels of ideas (s. 13-48), i Czarniawska, B. och Sevón, G., *Translating Organizational Change*. De Gruyter. Berlin.
- Cohen, M., March, J. & Olsen, J. (1972), A garbage can model of organizational choice, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 14, Issue 1, 1972.
- Courpasson, D. (2000), Managerial strategies and of domination. Power in soft bureaucracies. *Organization Studies*, vol. 21, pp. 141-161.
- Gustafsson, S, Wilhelmson, K, Eklund, K, Gosman-Hedström, G, Zidén, L, Kronlöf, G, Højgaard, B, Slinde, F, Rothenberg, E, Landahl, S, Dahlin-Ivanoff, S. (2012), Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term-results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. *Journal of American Geriatric Society*, Vol. 60, Issue 3, pp. 447-54.

- Hedberg, B., och Jönsson, S. (1976), Designing semi-confusing information systems for organizations in changing environments. *Organizations and Society*, Vol. 3, Issue 1, pp 47-64.
- Hirschman, A. (1970), Exit, voice and loyalty – responses to decline in firms, organizations and states. *The Journal of Finance*, Vol 25, Issue 5, pp. 1194-1195.
- Hollo, A. (2003), *Seniorhälsa – ett svenskt pilotprojekt*. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.
- Hugemark, A (1994), *Den fängslade marknaden. Ekonomiska experter om välfärdsstaten*. Studentlitteratur. Lund.
- Jensen, C. och Trägårdh, B. (2012), *Temporära organisationer för permanenta problem. Om implementering av samverkansprojekt för unga vuxna som står långt från arbetsmarknaden*. Temagruppen Unga i arbetslivet. Rapport 1:2012. Stockholm.
- Jermier, J., Slocum, J., Fry, L. & Gaines, J. (1991), Organizational subcultures in a soft bureaucracy: resistance behind the myth and façade of an official culture. *Organization Science*, vol. 2, pp. 170-194.
- Kempe, M., Furth, T., Ljung, B. (2012), Framtidens äldre, Kairos Future.
- Leveille, S.G. et al (1998), Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults. A randomized trial of community-based partnership with primary care. *Journal of Geriatric Society*, vol. 46, pp 1191-1198.
- Levin, B., Normann, R. (2000), *Vårdens chans – en modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Ekerlids förlag. Falun.
- Lundin, R. och Söderholm, A. (1997), *Ledning för förnyelse i landsting. Strategiska projekt i komplexa organisationer*. Nerenius och Santérus förlag. Stockholm.
- Löfström, M. (2010), *Samverkan och gränser. Studier av samverkansprojekt i offentlig sektor*. Doktorsavhandling. Skrifter från Högskolan i Borås. Intellecta Infolog.
- Mintzberg, H. (1989), *Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations*. The Free Press. New York.
- Mintzberg, H. (1994), *The rise and fall of strategic management*. The Free Press. New York.
- Normann, R. (1983), *Service management. Ledning och strategi i tjänsteproduktion*. Stockholm. Liber.
- Powell, W. & DiMaggio, P. (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*. The University of Chicago Press. Chicago.
- Silverman, David. Interpreting qualitative data. London: SAGE, 1993, 2001 or 2006.
- Simon, H. (1957) *Administrative Behavior*. McMillan. New York.

- SKL (2008), Aktuellt på äldreområdet 2008.
- Styhre, A. (2009), *Byråkrati – teoretiker, kritiker och försvarare*. Liber. Malmö.
- Targama, A. (1978), *Former för administrativt utvecklingsarbete*. Doktorsavhandling. Bas förlag. Göteborg.
- Trägårdh, B. (1997), *Samverkan och samexistens. Om relationer mellan operativa chefer*. Bas förlag. Göteborg.
- Trägårdh, L. (1995), *Civilt samhälle kontra offentlig sektor*. SNS Förlag. Stockholm.
- Trägårdh, B. (1988) Lärande organisation eller blockerat lärande? En studie av samverkan mellan läkare och läkare-chefer *Arbetsvetenskapliga Kollegiet i Göteborg*.
- Västra Götalandsregionen (2012), Regional handlingsplan 2012 – 2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre. Reviderad version.
- Zeh, J. (2010), *Corpus delicti*, Weyler Förlag.

Internetlänkar

SCB: <http://www.rekryteringskanalen.se/Jobbnyheter/fler-jobbar-70-ar.html>

Seniorhälsan startade i projektform inom primärvården i Göteborg under 2012. Hälsosamtal erbjuds på vårdcentraler till personer över 65 år. De mest betonade motiven bakom satsningen var:

- att eftersom äldre efterfrågar mer förebyggande insatser i primärvården måste denna efterfrågan tillfredsställas
- att det är en rättvisefråga att även äldre får rätt till förebyggande vård
- att de ekonomiska förutsättningarna i vården är kärva och verksamheten därför måste drivas effektivt.

I denna rapport analyseras bakgrunden till, motiven för och genomförandet av projektet under 2012 och början av 2013. Resultaten är användbara inte endast i den fortsatta utvecklingen av Seniorhälsan utan vid start av projekt i stora och komplexa verksamheter över huvud taget.

2013 påbörjades införande av Seniorhälsan på alla vårdcentraler i Västra Götalandsregionen och därför avslutas rapporten med en rekommendation om vad en framtida effektutvärdering av Seniorhälsan bör innehålla.

Björn Trädgårdh är docent i företagsekonomi och verksam vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet.



FoU_i**väst** GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 50 00

Fax 031-335 51 17 • e-post fou@grkom.se • www.grkom.se/fouivast