



report

Leading Health Care nr 10 2012

Vad gör primärvården för äldre med *komplexa behov?*

Arbetsätt och samverkan vid åtta
mottagningar i Region Skåne samt
implikationer för landsting och kommuner

Författare: Anders Anell & Anna H Glenngård



Vad gör primärvården *för äldre* med komplexa behov?

*Arbetsätt och samverkan vid åtta
mottagningar i Region Skåne samt implikationer
för landsting och kommuner*

Anders Anell & Anna H Glenngård

Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick i juni 2011 ett regeringsuppdrag inom ramen för den äldresatsning som görs under mandatperioden. Syftet var att påbörja arbetet med att utarbeta ersättningsmodeller för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Resultatet av detta första steg blev antologin ”På väg mot en värdefull styrning” (LHC 2012:1), som utifrån olika infallsvinklar belyste hur dagens styrning påverkar de mest sjuka äldres situation.

2012 fick LHC förnyat uppdrag för att gå vidare med empiriska studier som kan ligga till grund för en utveckling av ersättningssystemen. Denna rapport är den tredje av fyra som tillsammans kommer att ge underlag till att utforma nya principer för den ekonomiska styrningen – principer som utgår från brukarnas, snarare än verksamheternas, behov.

I en tredje fas är ambitionen att omforma principerna till mer praktiskt inriktade råd kring utformningen och tillämpningen av ersättningsmodeller och ersättningssystem.

Mot bakgrund av en delstudie i projektets tidigare fas fortsätter Anders Anell, Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet, tillsammans med Anna H Glenngård, Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet och Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), spaningarna kring primärvårdens roll i vården av de mest sjuka äldre. Denna gång jämförs arbetssätt och samverkan vid åtta mottagningar och deras vårdgrannar i Skåne för att utforska hur ”goda arbetssätt” påverkar vården.

Studien visar på att arbetssättens skiljer sig i flera dimensioner, men något tydligt samband mellan arbetssätt och äldres vårddagar på sjukhus kan inte fastställas. Resultaten tyder på att våra traditionella indikatorer på vårdkonsumtion, som huvudsakligen fokuserar snävt på slutenvården, är tveksamma som styrmedel. Det behövs andra åtgärder för att i rättan tid identifiera de patienter som är i behov av preventiva insatser. En tanke som lanseras är att utnyttja exempelvis kommunens sjuksköterskor som horisontell kompetens och låta dem bedöma och koordinera en större del av den äldres behov av vård.

Vi vill rikta ett stort tack till Anders Anell och Anna H Glenngård för arbetet med denna gedigna rapport. Tack också till Magnus Kåregård, Medicinsk rådgivare, Avdelningen för hälso- och sjukvård, Region Skåne, och Annelie Granquist, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS), Fosie Stadsdelsförvaltning, Malmö för faktagranskning av rapporten.

Trevlig läsning!

Stockholm i december 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Anna Krohwinkel Karlsson, Ek Dr
Forskningsledare
Stiftelsen Leading Health Care

Sammanfattning

I denna studie jämförs arbetssätt och samverkan för äldre med komplexa vårdbehov vid åtta mottagningar inom primärvården i Region Skåne. Studien baseras på intervjuer vid mottagningar samt berörda vårdgrannar, i första hand i form av kommunal vård och omsorg. Syftet var att identifiera ”goda arbetssätt” och diskutera hur dessa kan spridas genom ekonomisk styrning.

Studien identifierar delvis olika arbetssätt mellan mottagningarna. Det finns dock inget entydigt samband mellan olika arbetssätt och utfall i form av äldres vårdkonsumtion på sjukhus. Skillnader i vårdkonsumtion tycks i lika hög grad påverkas av socioekonomiska förutsättningar bland de listade patienterna och av vårdmottagningarnas lokalisering. Resultaten betyder inte att olika arbetssätt är betydelselösa. Det behövs dock många fler enheter och/eller andra utfallsmått för att påvisa eventuella samband. En viktig följd av slutsatserna är att resultatindikatorer i form av mått på vårdkonsumtionen är tveksamma som utgångspunkt för målrelaterad ersättning på vårdgivarnivå, eftersom de i hög grad påverkas av faktorer som mottagningar inte kan kontrollera. I avsaknad av tillförlitliga objektiva resultatmått kan det hävdas att subjektiva indikatorer på resultat, som kommunens bedömning av primärvårdens arbetssätt, är ett bra alternativ.

En ekonomisk styrning kan också kopplas till intermediära resultatmått som kontinuitet, och processmått som individuella vård- och omsorgsplaner i samverkan med kommuner. Studien visar på ett generellt missnöje hos kommunens sjuksköterskor över bristen på närmare samverkan med primärvårdens läkare, utifrån en helhetssituation för de äldre. En möjlig åtgärd för att öka intresset för individuella vård- och omsorgsplaner i primärvården är att öka nivån på den extra ersättningen för insatsen, inom ramen för målrelaterad ersättning. Detta löser dock inte problemet med att primärvården kan ha svårt att bedöma för vilka patienter, och när, som insatsen ska sättas in. Detta skulle kunna utnyttjas i en lösning där kommunerna agerar som mer aktiva beställare av läkarinsatser från primärvården. Mera spekulativt finns möjligheter att skapa en delvis ny vårdvalsmarknad för vård av äldre med komplexa vårdbehov, där mobila team tillåts konkurrera med befintliga mottagningar om uppdragen.

Indikatorer på kvalitet och resultat används allt mer som underlag för målrelaterad ersättning i en traditionell hierarkisk struktur. Problem i sammanhanget är att resultatindikatorer ofta är osäkra på vårdgivarnivån, samtidigt som processindikatorer är trubbiga och riskerar att främja en protokollstyrd vård. Genom att utnyttja horisontell kompetens (i denna studie sjuksköterskor i kommunerna), som har förutsättningar att bedöma behov av insatser och kvaliteten i genomförandet, finns möjligheter att undvika åtminstone en del av problemen.

Innehåll

Bakgrund och sammanhang	9
<i>Förbättrad vård för äldre med komplexa vårdbehov är en global utmaning</i>	9
<i>Vad kan primärvården göra?</i>	10
<i>Vad betyder ekonomiska incitament?</i>	11
Studiens syften	14
<i>Metod och data</i>	14
Beskrivning av studerade vårdcentraler	17
<i>Hur identifierar man äldre med komplexa vårdbehov ("case-finding")?</i>	18
<i>Hur arbetar man med patienterna ("case-management")?</i>	19
Jämförelse mellan vårdcentralerna	26
<i>Skillnader i utfallsmått mellan mottagningar</i>	27
Slutsatser och reflektioner	31
<i>Implikationer för uppdrag, ersättningsystem och ansvarsutkrävning</i>	32
Referenser	37
Appendix: Intervjuguide	38
Om Leading Health Care	40
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	40
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	40
LHC:s publikationer	41







Bakgrund och sammanhang

I en tidigare Leading Health Care-rapport¹ analyserades data från Region Skåne om hur det genomsnittliga antalet vård dagar per person för de mest sjuka äldre varierade bland listade vid olika mottagningar i primärvården. Sammanfattningsvis visade analysen att det fanns förhållandevis stor variation i den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen för äldre med komplexa vårdbehov, beroende på vid vilken mottagning de var listade. Till stor del kunde variationerna förklaras av slumpen. Mottagningar med få listade personer ur gruppen mest sjuka äldre hade större sannolikhet att redovisa både höga och låga extremvärden. För mottagningar som listade många individer innebar ”de stora talens lag” att spridningen inte var lika stor. Den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen varierade också beroende på mottagningars geografiska lokalisering. Det skulle kunna bero på att vården fungerar mer eller mindre väl i olika geografiska distrikt (utbudsfaktorer), men det kan också bero på skillnader i befolkningens socioekonomiska profil mellan olika distrikt, som leder till olika behov av slutenvård och/eller olika förutsättningar för att åstadkomma kontinuitet gentemot patienter (efterfrågefaktorer).

En ytterligare möjlig förklaring bakom variationerna, som inte studerades i föregående rapport, är att primärvård och kommuner tillämpar olika arbetssätt gentemot äldre och är olika framgångsrika när det gäller att samverka och undvika onödig slutenvård. Det är variationer i arbetssätten och samverkan mellan primärvård och kommuner som föreliggande studie fokuserar på. Studien baseras på intervjuer med åtta mottagningar i primärvården i Region Skåne, samt uppföljande intervjuer med vårdgrannar, främst i form av kommunal vård men även sjukhus. Vilka skillnader finns i arbetsformer mellan mottagningar, och vilka samverkansproblem kan primärvården och kommunens sjuksköterskor identifiera? Har arbetsformer och uppfattningar om problem någon betydelse för utfallen, inklusive konsumtion av sjukhusvård bland de mest sjuka äldre? Det övergripande syftet är dels att försöka identifiera arbetssätt som åstadkommer en bättre vård och omsorg för äldre med komplexa behov, dels att diskutera möjligheterna att främja en spridning av ”goda arbetssätt” genom ekonomisk styrning med fokus på målrelaterad ersättning.

Förbättrad vård för äldre med komplexa vårdbehov är en global utmaning

Förbättrade insatser och koordinering av vård för äldre patienter med många kroniska sjukdomar har beskrivits som en av de mest centrala utmaningarna för hälso- och sjukvården i olika länder.² Bristande och svagt koordinerade insatser skapar inte bara försämrad hälsa bland äldre, utan också onödiga återbesök på sjukhusens akutmottagningar och undvikbar slutenvård. Kostnaderna i sjukhusvården blir därigenom högre än vad som är nödvändigt. Information i Öppna jämförelser visar att en stor andel av alla tillgängliga vårdplatser vid de svenska sjukhusen upptas av undvikbar slutenvård, motsvarande 10-15 procent av tillgäng-

1 Anell A (2012) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A & Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. Leading Health Care: Stockholm.

2 Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, et al. (2011) Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*; 68: 112-127.

liga vårdplatser.³ En stor andel av de berörda patienterna är äldre med kroniska sjukdomar. Onödiga besök och inläggningar på sjukhus är också i sig en riskfaktor för äldre personer. Sjukhusmiljön kan skapa förvirring, funktionsnedsättningar och komplikationer som inte är relaterade till den ursprungliga orsaken för besöket.⁴ Bristande insatser och dålig koordinering av vård för äldre kan därför betraktas som en ”ond spiral”, där problem orsakar ytterligare problem i form av successivt sämre hälsa och onödigt merarbete.

I en litteraturoversikt från år 2011 identifierades 35 vetenskapliga studier som analyserade sambanden mellan multisjuklighet hos äldre och resursutnyttjande i vården.⁵ I flera studier identifierades väsentligt ökade kostnader för varje tillkommande diagnos. En studie med data från Medicare år 1999 fann att sannolikheten för inskrivning på sjukhus för ”ambulatory care sensitive conditions” (i första hand högt blodtryck, diabetes, kroniska hjärtsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom samt astma) var 99 gånger högre för äldre med fyra diagnoser jämfört med äldre utan kronisk sjukdom.⁶ Andra studier från USA har visat att upp emot två tredjedelar av alla inskrivningar på sjukhus bland äldre som vistades på sjukhem kan betraktas som undvikbara.⁷ En hög andel undvikbar slutenvård bland särskilt äldre har även noterats i europeiska studier.⁸ Flera av dessa studier beskriver att det finns en stor potential att förbättra hälsan och reducera onödig sjukhusvård bland äldre genom bättre insatser i primärvården och på äldreboenden.⁴⁻⁵

Vad kan primärvården göra?

Det finns argument för att primärvården bör få ett större ansvar för koordinering av vård till äldre, men även motargument. Studier har visat att patienter med komplexa behov som är registrerade vid en primärvårdsenhet med kunskap om individers sjukdomshistoria och ett uttalat ansvar för koordinering av vård (ett s.k. ”medical home”) upplever färre brister i samverkan, en bättre relation med sin läkare och en högre patientnöjdhet.⁹ Den svenska primärvården skulle också i högre utsträckning kunna agera på tidiga symtom och förändringar, och på det sättet arbeta förebyggande. Det kräver dock att man kan identifiera de aktuella patienterna, vilket förutsätter adekvata kallelsesystem för riskpatienter, kontinuitet i patientrelationen och goda informationskanaler gentemot kommunal vård och sjukhusvård. Man måste också ha möjligheter till och intresse av att samordna de insatser som sätts in av kommuner och sjukhus. Om inte dessa krav och förutsättningar är uppfyllda är en koordinerande roll för primärvården mera tveksam.

3 Anell A (2011) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A & Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Ersättningsystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. Leading Health Care: Stockholm.

4 Gillick MR, Serrell NA & Gillick LS. (1982) Adverse consequences of hospitalisation in the elderly. *Social Science and Medicine*; 16: 1033-1038; Creditor MC. (1993) Hazards of hospitalisation of the elderly. *Ann Intern Med*; 118: 219-223; Graf C. (2008) Functional decline in hospitalized older patients. *Am J Nurs*; 106(1): 58-67.

5 Lejhnert T, Heider D, Heinrich S, et al. (2011) Review: Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*; 68: 387-420.

6 Wolff J L, Starfield B & Anderson G. (2002) Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archive of Internal Medicine*; 162: 2269-2276.

7 Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, et al. (2010) Potentially avoidable hospitalization of nursing home residents; frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc*; 58(4): 627-635.

8 Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. (2007) Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Services Research*; 30(8): 134.

9 Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. (2011) New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*; 30(12): 2437-2448.

Internationellt har olika insatser för äldre med komplexa vårdbehov beskrivits med begreppen ”case-finding” respektive ”case-management”. Den förstnämnda processen avser insatser för att identifiera riskpatienter som har behov av preventiva insatser. Den senare processen avser vilka insatser som sätts in och hur de samordnas. Det är uppenbart att primärvården inte ensam kan bidra till förbättringar när det gäller att identifiera riskpatienter och samordna insatserna kring dessa. Det finns förmodligen en stor potential i att utveckla samverkan med vårdpersonal i kommunerna, som i många fall träffar de äldre oftare än primärvården och därmed har bättre kunskaper om livssituationen och förekomsten av stöd från anhöriga. Samverkan med kommunal vård kan vara viktig både för att identifiera äldre med behov av preventiva insatser, och även för att koordinera insatserna när patienterna väl identifierats. En annan viktig samverkanspart är sjukhusvården. Primärvården, liksom den kommunala vården, behöver information när patienter skrivs ut från sjukhusen som utgångspunkt för fortsatt behandling och stöd. Sjukhusens specialister kan även behöva information från primärvården inför beslut om vilka insatser som ska sättas in. Återkommande akutbesök på sjukhus av en och samma patient kan ge signaler om att det behövs andra insatser i primärvård och/eller kommunal vård.

Viktiga förutsättningar för att skapa samverkan är att man definierat gemensamma mål för verksamheten och att deltagande parter har starka incitament att bidra till att målen nås. Samverkan underlättas även om det finns ett stort förtroende mellan parter, som byggs upp långsiktigt genom kontinuerliga relationer. Den enklaste formen av samverkan är ömsesidig anpassning mellan parter utifrån gemensamma mål. En sådan informell samverkan kan vara svår att uppnå i en situation som berör flera organisationer och många personer. I sådana situationer ställs krav på någon form av struktur för att ge stöd till samverkan, dvs. rutiner eller protokoll för hur man ska arbeta tillsammans givet de gemensamma målen. Ett strukturerat arbetssätt för att uppnå samverkan mellan primärvård och kommunal vård kan omfatta bl.a. regelbundna träffar med läkare på särskilda boenden för att diskutera rutiner och patientfall, eller gemensamma hembesök hos patienter/läkarbesök i särskilda boenden för planering av individuella vård- och omsorgsinsatser respektive läkemedelsgenomgångar. Genom individuell vård- och omsorgsplanering i samverkan kan insatserna för patienter individcentreras, samt att all den information och kompetens som finns tillgänglig för patienterna beaktas. Det finns en samlad dokumentation om vilka insatser som ska sättas in givet olika händelser och situationer.

Vad betyder ekonomiska incitament?

Den statliga satsningen på mest sjuka äldre under senare år syftar till att förbättra vården genom att ge landsting och kommuner ekonomiska incitament att arbeta på det sätt som överenskommelsen anger. Bland enskilda vårdgivare finns dock andra ekonomiska incitament, som kan ha större betydelse för arbetssätten.

Införandet av vårdval i primärvården har skapat nya relationer mellan vårdfinansiärer och vårdgivare och även ändrat förutsättningarna för samverkan mellan primärvård och vårdgrannar. Krav på samverkan med kommuner och specialistvård vid sjukhusen finns angivet i samtliga 21 landstings kravspecifikationer för primärvårdsenheter. Kraven är dock sällan

detaljerade, och möjligheterna att följa upp och utkräva ansvar av olika mottagningar är därmed begränsade. Det finns i praktiken stora variationer mellan olika vårdenheter avseende ambitionerna att samverka med andra.¹⁰ Möjligheter att utveckla en god samverkan påverkas även av personalbemanning och personalkontinuitet i både primärvård och kommunal vård och omsorg.

Sett till enbart de ekonomiska incitament som följer av vårdval och ersättningsprinciper finns anledning för mottagningar i primärvården att samverka med vårdgrannar i den utsträckning som sådana insatser minskar de egna kostnaderna och/eller leder till ökad patientupplevd kvalitet, så att inte individer väljer att lista sig på någon annan mottagning. De ekonomiska incitamenten att genomföra läkemedelsgenomgångar är förmodligen ganska höga eftersom denna åtgärd kan leda till högre patientupplevd kvalitet, men även (och kanske främst) reducerade läkemedelskostnader. De ekonomiska incitamenten att medverka i individuell vård- och omsorgsplanering tillsammans med kommunal vårdpersonal är mera oklara. En sådan medverkan leder ”enbart”, eller åtminstone i första hand, till att förbättra situationen för den kommunala vården och sjukhusvården. Det leder till ett potentiellt dilemma. Insatser hos primärvården i form av samverkan med kommunens vårdpersonal behövs för att skapa en bättre situation för de mest sjuka äldre. Fördelarna med sådana insatser tillfaller däremot i huvudsak andra i form av sjukhus och kommuner. Man kan här invända med att de äldre har möjlighet att välja någon annan mottagning om man är missnöjd med insatserna. I praktiken är det dock förmodligen få av de mest sjuka äldre som har intresse eller förutsättningar att välja någon annan mottagning än den man brukar få vård hos. Det ställer större krav på att ansvarsutkrävningen utgår från landstingen som finansierare av primärvården.

Självklart finns också professionella incitament bland allmänläkare och annan vårdpersonal som innebär att man vill göra gott och bidra till god hälsa, även om de ekonomiska incitamenten inte direkt skulle främja sådana insatser. De mest sjuka äldre är dock en vårdkrävande grupp och det är långt ifrån säkert att professionella ideal är tillräckliga för att skapa de prioriteringar och den samverkan som är önskvärd. Många allmänläkare tycks vilja, men inte kunna, prioritera vården av äldre med komplexa vårdbehov högre än idag, inte minst mot bakgrund av alla de andra krav som ställs på primärvården.¹¹

För att öka primärvårdens intresse och förutsättningar för att samverka med vårdgrannar kan de ekonomiska incitamenten ändras. En möjlighet som utnyttjas i flertalet landsting är t.ex. att ge extra ersättning för sådana insatser som bedöms vara värdefulla för äldre med komplexa vårdbehov, alternativt att man belönas beroende på vilka resultat som uppnås. Flera landsting ger exempelvis en extra ersättning för hembesök och läkemedelsgenomgångar. Det finns även exempel på landsting som ersätter för individuell vård- och omsorgsplanering. I Region Skåne ges fr.o.m. 2012 en extra ersättning till mottagningar i primärvården baserat på flera indikatorer som har koppling till insatser för äldre med komplexa vårdbehov:

10 SKL (2012) *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. SKL: Stockholm.

11 Se till exempel ledare i tidskriften *Distriktsläkaren* under 2012.

- Kontinuitet vad avser läkarkontakter
- Antal genomförda vård- och omsorgsplaner i samverkan (VOPS)
- Antal läkemedelsgenomgångar
- Besök på sjukhusens akutmottagningar per 1 000 listade 75 år och äldre som inte lett till inläggning
- Andel direktinläggningar från primärvård eller kommunal vård bland listade 75 år och äldre
- Antalet basala demensutredningar

Dessa insatser har bedömts leda till en bättre situation för äldre och även till potentiella reduceringar eller uppskjutna kostnader i kommunal och specialiserad vård. Den extra ersättningen kombineras i Region Skåne med ett system där kommunerna väljer den mottagning som skall svara för läkarinsatser i särskilda boenden. Syftet är att mottagningar ska få ekonomiska incitament att vara lyhörda för kommunernas önskemål vad gäller läkarinsatser och samverkan kring äldre med komplexa vårdbehov. Annars riskerar man att bli av med uppdraget och den ersättning som öronmärkts för läkarinsatser i kommunal vård. Det skulle i så fall även leda till färre listade patienter, eftersom många äldre i särskilda boenden i praktiken listar om sig hos den mottagning i primärvården som har ansvar för läkarinsatserna.

Studiens syften

Oavsett vilka styrformer som används för att skapa samordnade insatser för äldre med komplexa vårdbehov, behövs kunskaper om sambanden mellan insatser och resultat. Utan sådana kunskaper är det svårt att koppla en särskild ersättning till relevanta indikatorer. Det går inte heller att utkräva ansvar genom direkt uppföljning och medicinsk revision.

I denna studie analyseras och jämförs åtta olika mottagningar i primärvården i Region Skåne med fokus på hur man arbetar själv, och hur man samverkar med främst kommunal vård och omsorg för att nå bättre vårdresultat för äldre med komplexa vårdbehov. Tre olika frågeställningar står i fokus:

- Vilken variation finns i arbetsformerna, inklusive formerna för samverkan med vårdgrannar?
- Vilka samverkansproblem kan olika aktörer identifiera?
- Finns någon samvariation mellan olika sätt att arbeta och samverka, och mått på äldres vårdkonsumtion på sjukhus?

Eftersom studien i huvudsak är explorativ och begränsad till åtta fall, görs ingen statistisk bedömning om samvariationen mellan olika arbetsformer och utfall för de äldre patienterna. De resultat som presenteras ska i första hand betraktas som hypoteser som ger underlag för större studier. De brister i samverkan som identifieras ger också underlag för en diskussion om hur man kan skapa alternativa lösningar vad gäller uppdrag och ersättningsystem i syfte att utveckla en bättre vård för äldre med komplexa vårdbehov.

Metod och data

Ett första steg i studien var att välja ut åtta mottagningar inom primärvården i Region Skåne. Urvalet inkluderar mottagningar med olika genomsnittlig slutenvårdskonsumtion per person bland listade äldre med komplexa vårdbehov.¹² Enbart mottagningar som listade fler än 150 äldre i målgruppen inkluderades, för att reducera slumpens inverkan på genomsnittlig vårdkonsumtion. Detta innebar att många små och privata mottagningar exkluderades från medverkan i studien. De mottagningar som valdes ut är genomgående förhållandevis stora (sammanlagt 8 000 – 14 000 listade individer), och endast en mottagning är privat. Studiens specifika resultat om olika arbetssätt är därför mer representativa för relativt stora offentliga mottagningar än för mottagningar generellt. I det slutliga urvalet togs också hänsyn till att olika distrikt i Region Skåne blev representerade, liksom vårdenheter lokaliserade såväl i som utanför större tätorter.

Sammanlagt har 24 personer intervjuats utifrån ett strukturerat frågeformulär. Samtliga intervjuer har genomförts av en av författarna (AHG) utan vetskap om utfallsmått för

¹² Underlag för urvalet baseras på den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen per person bland de ACG - tyngsta 1,7 procenten i Skånes befolkning 75 år och äldre. Samma principer användes i den tidigare Leading Health Care-rapporten för att studera variationer mellan vårdenheter.

respektive mottagning. Sammanställningen av resultaten från intervjuerna, inklusive jämförelser och rangordning av mottagningar, har därmed kunnat genomföras utan kunskaper om mottagningarnas utfall ("blindat"). Samtliga intervjuer med företrädare för primärvård (verksamhetschefer och/eller läkare med särskilt ansvar för äldre), och så gott som samtliga intervjuer med företrädare för kommunal vård (ansvariga sjuksköterskor och/eller chefer för äldreboenden), har spelats in på band, vilket möjliggjort fortsatt analys efter intervjuutfallet.

Utgångspunkten för intervjuerna var primärvårdens arbetssätt gentemot äldre med komplexa behov. Intervjuer med representanter för kommunal vård samt sjukhus har genomförts dels för att få en triangulering av de uppgifter som lämnats från primärvården, dels för att få vårdgrannars synpunkter på samverkansproblem. Viktiga frågeställningar i fallstudierna var dels förutsättningarna för att skapa god kontinuitet och tillgänglighet för berörda patienter, dels förekomsten av strukturer för att identifiera äldre patienter med komplexa vårdbehov och för att samordna insatser:

- Vilken personalbemanning har vårdenheter i primärvården och vilka är förutsättningarna för att skapa kontinuitet och god tillgänglighet för äldre patienter?
- Hur arbetar vårdenheter med att identifiera äldre patienter i behov av preventiva insatser? Vilka kallelsesystem finns?
- I vilken utsträckning samverkar vårdenheter med kommunal vård och sjukhusvård? Används t.ex. individuella vård- och omsorgsplaner i samverkan och läkemedelsgenomgångar? I vilken utsträckning finns kontinuitet i relationer och enkla kontaktvägar? Hur fungerar information i samband med utskrivning från sjukhus?
- Vilken information från kommuner och sjukhus får primärvården som kan ge underlag för att identifiera äldre med komplexa vårdbehov?
- Hur väl uppfyller vårdenheter mål avseende tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och samverkan för de mest sjuka äldre?

Beskrivningen av grunduppgifter om mottagningarna (storlek, ägande, lokalisering samt ACG- respektive CNI-vikt¹³) och kompletterande statistik om arbetssätten (kontinuitet i läkarbesök, samt antal läkemedelsgenomgångar och individuella vård- och omsorgsplaner som ersatts inom ramen för målrelaterad ersättning) baseras på uppgifter från Region Skåne. Sammanställningen av utfallsmått har hämtats från befintliga register och uppföljningar i Region Skåne. Förutom uppgifter om genomsnittlig slutenvårdskonsumtion per person bland de ACG-tyngsta 75 år och äldre används uppgifter om besök på sjukhusens akutmottagning utan inläggning bland listade 75 år och äldre.

Varje mottagning har haft möjligheter att faktagranska och kommentera beskrivningen och bedömningen av arbetsformer. Redovisningen av empiriskt material i rapporten sker anonymt där olika mottagningar getts fiktiva benämningar.

13 ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett sammanvägt mått på vårdtyngd utifrån listade individers diagnoser, ålder och kön. CNI (Care Need Index) är ett sammanvägt mått på listade individers socioekonomiska förutsättningar.



Beskrivning av studerade vårdcentraler

Samtliga åtta vårdcentraler i urvalet är förhållandevis stora mätt till antalet listade individer (tabell 1). De flesta mottagningar har en ACG-vikt som ligger nära genomsnittet, medan en större variation återfinns vad gäller CNI. Hälften av vårdcentralerna är lokaliserade i större tätorter. Lokalisering styr även vilket sjukhus som patienter besöker i de fall det behövs mer avancerad vård än vad primärvården kan erbjuda. Patienterna får i normalfallet sjukhusvård vid antingen närsjukhus, centralsjukhus eller universitetssjukhus.

Tabell 1. Storlek, ACG- respektive CNI-vikt, lokalisering samt karaktär på närmaste sjukhus för studerade mottagningar.

Mottagning	Storlek	ACG	CNI	Större tätort	Närmaste sjukhus
Tärnan	Ca 10 000	Medel	Medel	Nej	Närsjukhus
Doppingen	Ca 10 000	Högt	Lågt	Ja	Centralsjukhus
Måsen	Ca 10 000	Medel	Medel	Nej	Universitetssjukhus
Svalan	< 10 000	Medel	Medel	Nej	Närsjukhus
Lommen	Ca 10 000	Medel	Medel	Ja	Centralsjukhus
Vadaren	Ca 10 000	Medel	Högt	Ja	Universitetssjukhus
Svanen	Ca 10 000	Medel	Lågt	Nej	Universitetssjukhus
Falken	>10 000	Medel	Högt	Ja	Universitetssjukhus

Bemanningen bedöms som god vid sex mottagningar. Vid två mottagningar (Svalan och Falken) har man haft långvariga problem med att rekrytera allmänläkare. Personalomsättningen är låg eller mycket låg vid sex av mottagningarna i urvalet. I de två fall där personalomsättningen är högre, är den främsta orsaken pensionsavgångar under de senaste åren (Svalan och Lommen). Vad gäller kompetenser (personalkategorier) har samtliga mottagningar en bas av allmänläkare och distriktssköterskor, samt sjuksköterskor med specialistkompetens inom diabetes och astma/KOL. I några fall finns det läkare med andra specialistkompetenser utöver allmänmedicin, och i nästan alla fall finns det flera specialistkompetenser bland sjuksköterskor. Alla mottagningar i urvalet utom en är resurs till minst två särskilda boenden (tabell 2).

Tabell 2. Personalsituation och kommunala uppdrag vid studerade mottagningar.

Mottagning	Personalsituation	Resurs till särskilda boenden
Tärnan	Låg personalomsättning. God bemanning.	Tre boenden
Doppingen	Mycket låg personalomsättning. God bemanning.	Nej
Måsen	Låg personalomsättning. God bemanning.	Två boenden
Svalan	Viss personalomsättning. Underbemanning.	Tre boenden
Lommen	Ganska hög personalomsättning. God bemanning.	Två boenden
Vadaren	Låg personalomsättning. Bra bemanning.	Tre boenden
Svanen	Låg personalomsättning. Mycket bra bemanning.	Fyra boenden
Falken	Låg personalomsättning. Underbemanning.	Fem boenden

Hur identifierar man äldre med komplexa vårdbehov (”case-finding”)?

Arbetsgången för att identifiera äldre patienter med komplexa vårdbehov beskrevs på olika sätt av intervjuade verksamhetschefer och ansvariga läkare. På Doppingen bokar läkare alltid in ett nytt återbesök i samband med besök som en kroniskt sjuk patient gör. På det sättet garanteras en kontinuitet i läkarrelationen och att patienten får minst ett planerat besök per år. I samtliga andra fall arbetar man med kallelse- och bevakningslistor för att säkra att patienter med stora behov får minst ett besök per år (tabell 3). Dessa listor omfattar två grupper av individer. Den första gruppen baseras på kriterier kopplade till diagnos och ålder. Patienter med diabetes ingår i gruppen hos samtliga mottagningar. Patienter med lungsjukdom (astma/KOL), hjärtsvikt och demens kallas i varierande utsträckning. I två fall kallas bredare grupper; samtliga individer över 80 år på Tärnan respektive samtliga individer som har kronisk medicinering på Svanen. Den andra gruppen som kallas regelbundet omfattar individer som bedöms som sköra och därför inte kan förväntas ta hand om sin sjukdom eller söka vård själva. I det fallet finns bevakningslistor så att patienter kallas till regelbundna kontroller eller får ett hembesök i ordinärt eller särskilt boende minst en gång per år. Bedömningen av vilka sköra patienter som ska finnas på bevakningslistan görs av läkare, eventuellt på inrådan av kommunens sjuksköterskor.

Tabell 3. Bevakningslistor och kallelsesystem vid studerade mottagningar.

Mottagningar	Bevakningslistor och kallelsesystem
Tärnan	Kallar enligt bevakningslista samt alla med hjärtsjukdom, diabetes, lungsjukdom och alla över 80 år för kontroll minst en gång per år.
Doppingen	Har inga bevakningslistor. Kallar inga patienter baserat på t.ex. diagnos eller ålder men bokar alltid återbesök vid varje besök. I praktiken får alla med kronisk sjukdom som besökt vårdcentralen minst ett besök per år inbokad.
Måsen	Kallar enligt bevakningslista samt alla med hjärtsjukdom och diabetes för kontroll minst en gång per år.
Svalan	Kallar enligt bevakningslista samt alla med astma/KOL, hjärtsvikt och diabetes för kontroll minst en gång per år.
Lommen	Kallar enligt bevakningslista samt alla med diabetes, lungsjukdom och demens för kontroll minst en gång per år.
Vadaren	Kallar enligt bevakningslista samt alla med diabetes för kontroll minst en gång per år.
Svanen	Kallar enligt bevakningslista samt alla med diabetes och med kronisk medicinering för kontroll minst en gång per år.
Falken	Kallar enligt bevakningslista samt alla med diabetes och demens för kontroll minst en gång per år.

Hur arbetar man med patienterna ("case-management")?

Beskrivningen av hur man arbetar med patienterna avser dels primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet gentemot patienter, dels samverkan mellan primärvård och vårdgrannar. I första hand fokuserar denna studie på samverkan mellan primärvård och vård- och omsorgspersonal i kommunen.

Primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet gentemot patienterna

Den vanligaste ingången till mottagningen är kontakt med en sjuksköterska som lotsar patienten vidare till rätt vårdnivå vid varje enskilt tillfälle (s.k. triagering). På Doppingen bokas patienterna in på ett läkarbesök direkt, utan att vårdbehovet först bedöms av sjuksköterska. I samtliga andra fall är det en sjuksköterska som avgör om ett läkarbesök ska bokas in (tabell 4).

Vid samtliga vårdcentraler strävar man efter att individer som är äldre och har flera kroniska sjukdomar ska ha en fast läkarkontakt. I de fall man har problem med personalomsättning eller läkarbemanning försöker man i mesta möjliga mån ge patienter med stora behov en fast kontakt, medan patienter med kortvariga besvär kan få träffa olika personal vid olika besök. De allra flesta patienterna på särskilda boenden är i praktiken listade vid den mottagning som läkarstödet utgår från. Kommunens vårdpersonal får inte aktivt rekommendera individer att byta vårdcentral, men i förlängningen väljer de flesta att lista sig på den mottagning där allmänläkaren som gör regelbundna besök arbetar. Detta stärker kontinuiteten i läkarkontakten gentemot såväl kommunens vårdpersonal som patienterna på de särskilda boendena.

Vid samtliga vårdcentraler utom Doppingen finns det en struktur för planerade hembesök och besök på särskilda boenden. I tre av fallen finns även en struktur för akuta hembesök, eller akuta besök på särskilda boenden mellan de planerade besöken. Akuta besök prioriteras dock i mån av kapacitet under vårdcentralens ordinarie öppettider. I de fall akuta besök utanför mottagningen inte kan erbjudas hänvisas kommunernas vård- och omsorgspersonal till det läkarstöd via jourbil som upphandlats gemensamt för Region Skåne. Ett generellt problem med detta läkarstöd, som i stort sett samtliga intervjuade påtalar, är bristen på kontinuitet och möjligheter att ta ett helhetsperspektiv till följd av att flera olika läkare är involverade.

Övergripande bedömer de som intervjuats att tillgängligheten är bättre för äldre patienter som bor i särskilt boende eller är tillräckligt friska för att själva kunna uppsöka mottagningen. För patienter i särskilda boenden finns fasta strukturer och rutiner för daglig tillsyn och planerade besök med regelbundna intervaller. Tillgängligheten är sämre för äldre patienter i ordinärt boende utan kommunal omsorg och med begränsade möjligheter att själva ta sig till mottagningen.

Tabell 4. Triagering, tillgänglighet och kontinuitet gentemot patienter.

Mottagning	Triagering	Tillgänglighet gentemot patient	Kontinuitet gentemot patient
Tärnan	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet mån-fre. Telefontid samt öppen mottagning hela dagen till sjuksköterska. Akuttider till läkare finns varje dag. Struktur för planerade och akuta hembesök finns.	Träffar nästan alltid samma läkare/sjuksköterska vid planerade besök och oftast vid akuta besök. Fast läkare vid varje boende. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.
Doppingen	Läkare bokar återbesök själva. Sekreterare svarar i telefon och bokar tid till önskad personal utan triagering.	Öppet alla dagar. Telefontid till sjuksköterska under hela öppettiden. Akuttider till alla läkare finns varje dag. En läkarresurs som bara tar akuta besök. Ingen struktur för hembesök finns.	Alla patienter har fast läkarkontakt. Träffar alltid samma läkare/sjuksköterska vid återbesök/planerade besök. Vid akuta besök får patienten i princip alltid kontakt med sin läkare senast dagen efter. Om man inte vill vänta får man träffa annan läkare samma dag.
Måsen	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet alla dagar. Telefontid till sjuksköterska under hela öppettiden. Akuttider till läkare finns varje dag. En läkarresurs som bara tar akuta besök. Struktur för planerade och akuta hembesök finns.	Alla patienter har fast läkarkontakt. Planerade besök, och i stor utsträckning även akuta, sker hos egna läkaren. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.
Svalan	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet mån-fre. Får träffa sköterska om inte doktor finns tillgänglig. Det finns struktur för akuta besök men resursbrist. Struktur för planerade hembesök finns.	Försöker ge alla patienter fast kontakt. Måste dock anlita hyrläkare tidvis. Sätter inhyrda på icke-kroniker i mesta möjliga mån. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.
Lommen	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet mån-fre. Telefontid till sjuksköterska hela dagen och till distriktssköterska en timme på förmiddagen. Akuttider till läkare finns varje dag. Struktur för planerade hembesök finns.	Patienter har en fast läkarkontakt. Kan vara svårt att få sin fasta läkare vid akuta besök eftersom många jobbar deltid. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.
Vadaren	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet mån-fre. Telefontid samt öppen mottagning hela dagen till sjuksköterska. Öppen mottagning till distriktssköterska en timme på förmiddagen. Akuttider till läkare finns varje dag. Struktur för planerade hembesök finns.	Kontinuiteten är god gentemot patienter vid besök och man arbetar med att lista över till specifika läkare. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.
Svanen	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet mån-fre. Telefontid varje dag. Akuttider till alla läkare finns varje dag. En läkarresurs som bara tar akuta besök. Struktur för planerade och akuta hembesök finns.	Kontinuiteten är god gentemot äldre multisjuka patienter. Man strävar efter att alla i gruppen ska ha en fast långvarig relation till sin läkare. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.
Falken	Sjuksköterska som triagerar.	Öppet mån-fre. Telefontid samt öppen mottagning hela dagen till sjuksköterska. Öppen mottagning till distriktssköterska en timme på förmiddagen. Akuttider till läkare finns varje dag. Struktur för planerade hembesök, och i viss mån akuta besök, finns.	Kontinuiteten är god gentemot äldre multisjuka patienter. Man strävar efter att alla i gruppen ska ha en fast, långvarig relation till sin läkare. Nästan alla patienter vid särskilda boenden är listade på mottagningen.

Samverkan mellan primärvård och kommunal vård

Tillgängligheten och kontinuiteten vad gäller läkarstödet gentemot kommunens sjuksköterskor bedöms i samtliga fall som god eller mycket god. Enligt uppgifter från intervjuer med kommunernas vårdpersonal går det vanligtvis snabbt att komma i kontakt med önskad läkare för att få råd och stöd. Personkännedomen mellan primärvård och kommun bedöms som god i de flesta av fallen. Samtliga sju mottagningar som har fast läkarstöd till äldreboenden gör planerade besök på fasta tider, som mest två gånger per vecka och som minst en gång varannan vecka. På Lommen och Svalan finns en struktur med fasta tider avsatta för rådgivning för kommunens personal som arbetar med patienter i ordinärt boende. Bakgrunden till denna åtgärd är brister i personalbemanningen. Enligt kommunens sjuksköterskor är den tid som finns avsatt för rådgivning på dessa fasta tider bristfällig (tabell 5).

Tabell 5. Tillgänglighet och kontinuitet gentemot kommunens vårdpersonal.

Mottagning	Tillgänglighet gentemot kommun	Kontinuitet gentemot kommun
Tärnan	Det finns flera kontaktvägar för kommunens personal. De har nummer direkt till läkare och om ingen svarar där ringer man sjuksköterska. Vip-nummer till sjuksköterska finns. Fax används också. Det finns struktur för akuta besök vid boenden och i hemmet utanför ordinarie planerade besök.	Det finns fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs varje vecka på varje boende. Personkännedomen är mycket god.
Doppingen	Tillgängligheten gentemot kommun och andra är god. Det är lätt att komma fram på telefon. Det är dock en brist att kommunens personal inte har nummer direkt till läkare och inte några fast avsatta tider för att träffa läkare.	Kontinuiteten är god. Läkarna på vårdcentralen har patienter spridda över många områden och därför är det många sköterskor som är inblandade. Personkännedomen är god.
Måsen	Det finns flera kontaktvägar för kommunens personal. De har nummer direkt till läkare och om ingen svarar där ringer man sekreterare eller sjuksköterska. Vip-nummer till sjuksköterska finns. Man träffar alla läkare vid vårdcentralen varje vecka på fast tid för vårdlag. Fax används också. Det finns struktur för akuta besök vid boenden och i hemmet utanför ordinarie planerade besök.	Fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs varje vecka på varje boende. Personkännedomen är mycket god.
Svalan	Det finns flera kontaktvägar för kommunens personal. Vanligast är att man ringer till vanliga telefonväxeln där sjuksköterska tar emot och sedan ringer läkaren upp. Man har möjlighet att träffa läkare vid vårdcentralen på fasta tider tre ggr varje vecka för genomgång av specifika problem. Fax används också.	Fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs varannan vecka på varje boende. Personkännedomen är god.
Lommen	Det finns flera kontaktvägar för kommunens personal. Vanligast är att man ringer. Kommunens sköterskor har egen linje in, där sjuksköterska svarar. Fax används i akuta fall.	Fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs varannan vecka.
Vadaren	Det finns flera kontaktvägar för kommunens personal. De har nummer direkt till läkare och om ingen svarar där ringer man sekreterare eller sjuksköterska. Vip-nummer till sjuksköterska finns. Fax används också.	Fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs varje vecka på varje boende. Personkännedomen är god.
Svanen	Det finns flera kontaktvägar för kommunens personal. De har nummer direkt till läkare och om ingen svarar där ringer man sekreterare eller sjuksköterska. Vip-nummer till sjuksköterska finns. Fax används i akuta fall. Det finns struktur för akuta besök vid boenden och i hemmet utanför ordinarie planerade besök.	Fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs två gånger varje vecka på varje boende. Personkännedomen är mycket god.
Falken	Det finns flera kontaktvägar för kommunens sjuksköterskor. Vanligast är att man ringer. De har nummer direkt till läkare och om ingen svarar där ringer man sjuksköterska. Kommunens sköterskor har vip-nummer till sjuksköterska. Fax används också.	Fast läkarstöd för varje boende. Planerade besök görs varje vecka på varje boende. Personkännedomen är mycket god.

I samtliga undersökta fall utom Doppingen samverkar personal i kommuner och personal i primärvård regelbundet i olika forum (tabell 6). I två fall finns forum för regelbunden samverkan där även sjukhus deltar. I dessa forum diskuteras vanligtvis frågor och rutiner på en övergripande nivå. Vid intervjuerna med primärvården framkom en bild av att samarbetet med kommunens personal är en viktig och prioriterad del i arbetet med äldre patienter med många diagnoser. Det finns en strävan efter att ta ett helhetsgrepp kring patienter utifrån individens situation. Rutiner för att arbeta med läkemedelsgenomgångar samt vård- och omsorgsplaneringar utifrån individens helhetssituation finns utarbetade (Tabell 6, kolumn två). Uppfattningarna om samverkan utifrån den äldre individens helhetssituation var generellt sett mindre positiv från kommunernas sida (tabell 6, kolumn tre). Även om samarbetet mellan kommun och primärvård ansågs fungera väl blir det enligt kommunens sjuksköterskor ofta ett avgränsat omhändertagande av patienten vid varje besök, som fokuserar på aktuella problem. Det är mera sällan som det finns tid att ta ett helhetsgrepp om patienterna. Det blir därför i praktiken kommunens vårdpersonal som koordinerar individens behov av både vård och omsorg, menade de intervjuade sjuksköterskorna.

Samverkan och koordinering utifrån individens situation ansågs fungera bättre för individer i särskilt boende jämfört med för individer i ordinärt boende. Överlag ansågs rutiner för att både fånga upp individens behov och ta hand om individer fungera väl vid särskilda boenden. Det finns fasta planerade tider då kommunens personal får träffa läkare från primärvården och läkare kan även göra akuta besök på boenden vid behov. Vid ordinärt boende saknas rutiner för att fånga upp behov när de uppstår, och strukturerna för omhändertagandet av patienterna är inte lika väl utarbetade. Det finns i betydligt mindre utsträckning regelbundna tider då kommunens sjuksköterskor kan diskutera patienter med primärvårdens läkare. Möjligheten till hembesök för patienter i ordinärt boende är också mera begränsade.

Omsorgsplaneringar där kommunens personal är involverad görs regelbundet. Från kommunernas sida framhölls att vård- och omsorgsplaneringar i samverkan skulle vara värdefullt i deras arbete med svårt sjuka äldre individer. Sådana planeringar med dokumentation om vilka åtgärder som bör vidtas i olika situationer görs dock i liten utsträckning eller inte alls, enligt personal från såväl primärvård som kommun. På Svanen har läkare i primärvården börjat arbeta med individuella vård- och omsorgsplaner i samverkan (VOPS) och på flera andra mottagningar har ett sådant arbete initierats (Svalan, Vadaren, Måsen, Lommen, Tärnan). Läkemedelsgenomgångar görs mer regelbundet vid flertalet av de studerade mottagningarna, i många fall tillsammans med apotekare. Flera intervjuade i primärvården ansåg att felaktig läkemedelsanvändning var den största enskilda hälsoriskerna för äldre patienter med många diagnoser.

Tabell 6. Samverkan och koordinering tillsammans med kommuner vid studerade mottagningar.

Mottagning	Struktur för övergripande samverkan	Arbete med samverkan och koordinering kring enskilda patienter – enligt primärvård	Arbete med samverkan och koordinering kring enskilda patienter – enligt kommun
Tärnan	Ja – både mellan primärvård och kommun samt mellan primärvård, kommun och sjukhus.	En gång om året görs en vård- och omsorgsgenomgång samt en läkemedelsgenomgång med apotekare för varje patient, men inga formella VOPS:ar.	Rutinerna för att ta ett helhetsgrepp kring patientens situation är mycket bristfälliga, särskilt gentemot patienter som bor i eget boende. Det är kommunen som koordinerar omhändertagandet av patienter.
Doppingen	Nej	Arbetar inte med vård- och omsorgsplanering tillsammans med andra. Går igenom ordinerade läkemedel regelbundet men inte tillsammans med apotekare i nuläget.	Bristande rutiner för att arbeta förebyggande och samordnat. Det är kommunen som tar ansvaret för att koordinera omhändertagandet av patienter.
Måsen	Ja – mellan kommun och primärvård.	Man arbetar mycket tillsammans med kommunens personal och planerar utifrån patientens helhetsituation. Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet men inga formella VOPS:ar ännu.	Arbetsätt och rutiner fungerar mycket bra, men det finns sällan tid för primärvården att ta ett helhetsgrepp om patienten i praktiken. Det blir ofta ett avgränsat omhändertagande kopplat till ett specifikt problem vid varje möte.
Svalan	Ja – mellan kommun och primärvård.	Man arbetar i team inom mottagningen, och mellan primärvård och kommun. Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet med apotekare. Arbete med att ta fram rutiner för VOPS:ar är initierat.	Det är en brist att primärvårdens läkare inte har tid att ha en helhetssyn kring patienten, utan man arbetar med akuta eller halvakuta problem vid varje möte. Läkarna träffar inte heller patienterna tillräckligt ofta. I livets slutskede fungerar det bättre.
Lommen	Ja – mellan kommun och primärvård.	Arbetar mycket tillsammans med kommunens personal kring att identifiera behov. Man arbetar med läkemedelsgenomgångar regelbundet och har inlett arbete med formella VOPS:ar.	Förebyggande arbete med vård- och omsorgsplanering prioriteras inte. Vid varje tillfälle patienten träffar läkare ligger fokus i första hand på specifika problem, även om helhetsperspektivet finns med i bedömningen.
Vadaren	Ja – mellan kommun och primärvård.	Arbetar mycket med kommunens personal och gör läkemedelsgenomgångar samt vård/omsorgsplaneringar. Håller på att ta fram rutiner för VOPS:ar.	Arbetsätt och rutiner fungerar mycket bra, men det blir ofta ett avgränsat omhändertagande kopplat till ett specifikt problem vid varje möte med patienten. Primärvården hinner inte ta ett helhetsgrepp kring varje individ.
Svanen	Ja – mellan kommun och primärvård.	Läkemedelsgenomgångar görs för alla äldre multisjuka patienter. Det finns en väl utarbetad rutin. Det finns också en rutin för att arbeta med samordning av vård och omsorg för mest sjuka äldre. Arbete i liten utsträckning med formella VOPS:ar.	Arbetsätt och rutiner fungerar mycket bra. Arbetet med planering och samordning av vård och omsorg görs, men dokumenteras inte formellt. Koordinering och planering av insatser utifrån individers situation kan bli bättre, i synnerhet gentemot individer i ordnärt boende.
Falken	Ja – både mellan primärvård och kommun samt mellan primärvård, kommun och sjukhus.	Man arbetar mycket tillsammans med kommunens personal och planerar utifrån patientens helhetsituation. Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet men inga VOPS:ar.	Arbetsätt och rutiner fungerar mycket bra, men koordinering och planering av insatser utifrån individers situation kan bli bättre, i synnerhet gentemot individer i ordnärt boende.

Informationsöverföring och kompetensbehov

Informationsöverföringen mellan primärvård och kommun ansågs överlag fungera väl. Informationsöverföringen fungerar enligt uppgifter från de intervjuade däremot sämre mellan primärvård och sjukhus. Undantag finns i de fall primärvården kan läsa slutenvårdens journaler. Epikrisen från sjukhusen i samband med utskrivning upplevs komma sent till primärvården, ofta när det formella ansvaret i praktiken redan övergått till primärvården.

Den bristfälliga kommunikationen mellan primärvård och sjukhus lyftes fram som ett viktigt problem av sjuksköterskorna i kommunen. I praktiken ansågs det bli sjuksköterskor i kommunen som får utgöra länken mellan läkare i primärvård och läkare vid sjukhus. Denna brist skapar merarbete och gör att kommunens sjuksköterskor upplever att de får ta ett stort ansvar. Arbetet med såväl medicinskt omhändertagande som omvårdnad hamnar hos kommunens sjuksköterskor. Det innebär i sin tur att sjuksköterskor behöver information inte enbart från den omvårdnadsepikris som är ämnade för dem själva, utan även information från den medicinska epikris som är ämnad för läkare i primärvården.

Ett annat problem som lyftes av sjuksköterskor i kommunerna var att det saknas relevant specialistkompetens bland läkare i primärvården, ett problem som upplevs öka i takt med att hemsjukvården blir allt mer avancerad. Det vanligaste exemplet som lyftes fram var behov av ytterligare kompetens inom smärtlindring/palliativ vård i livets slutskede. Befintliga mobila team med läkare med specialistkompetens inom palliativ vård/smärtlindring, sjuksköterskor och kuratorer bedömdes fungera väl. Möjligheten att få detta stöd ansågs dock begränsat. Andra exempel som lyftes fram där kommunens sjuksköterskor ansåg det finnas behov av fördjupad kompetens var sårvård/hud, psykiatri samt njurdialys i hemmet.



Jämförelse mellan vårdcentralerna

Jämförelse och rangordning av arbetssätten i de åtta olika fallen baseras på en samlad bedömning av den information som samlats in via intervjuer, samt statistik om kontinuitet och antalet läkemedelsgenomgångar och individuella vård- och omsorgsplaner under 2012 (januari-juni avseende kontinuitet och januari-september avseende övriga indikatorer). Det har funnits en strävan att så objektivt som möjligt fastställa skillnader mellan mottagningar, bl.a. genom att sammanställningen inklusive rangordningen mellan mottagningar gjorts blindat av en av författarna (AHG). Rangordningen påverkas dock av de kriterier som använts och hur dessa viktats. I vår jämförelse och rangordning har vi utgått från att alla de dimensioner som bedömts har samma betydelse, dvs. de har getts samma vikt. Vidare har följande kriterier använts vid bedömning av olika dimensioner:

- Vid bedömning av struktur för att identifiera äldre patienter med komplexa behov beaktas grad av uppsökande insatser sett till bredden av den grupp som kallas till regelbundna kontroller.
- Vid bedömning av grad av kontinuitet gentemot patient beaktas förekomst av fast läkarstöd till särskilda boenden, om patienter har en fast läkarkontakt vid återkommande besök samt statistik om i vilken grad patienter som har besökt mottagningen tre eller fler gånger under perioden januari till juni 2012 fått träffa samma läkare mer än hälften av gångerna.
- Vid bedömning av grad av tillgänglighet gentemot patient beaktas öppethållande, telefon-tider, förekomst av öppen mottagning/rådgivning, struktur för akuta besök på vårdcentralen samt förekomst av planerade och akuta hembesök och besök i särskilda boenden.
- Vid bedömning av samordning och koordinering (utifrån patienters helhetssituation) beaktas arbete med individuella vård- och omsorgsplaner och läkemedelsgenomgångar enligt intervjuerna, statistiska uppgifter (justerat för antal listade), samt primärvårdens och kommunens bedömning av grad av samverkan och koordinering utifrån individens situation. Eftersom synen på detta arbete skilde sig åt mellan de intervjuade i kommun respektive primärvård redovisas de olika bedömningarna separat.
- Vid bedömning av samverkan beaktas grad av tillgänglighet och kontinuitet gentemot kommunens personal samt förekomst av forum för regelbunden samverkan.
- I bedömningen av tillgänglighet och kontinuitet gentemot kommunens personal beaktas strukturer för planerade och akuta besök vid boenden, kontaktvägar för kommunens sjuksköterskor till primärvårdens läkare, samt personkännedom mellan primärvården och kommunen.

För varje dimension har mottagningarna bedömts utifrån en 3-gradig skala, där 1 är sämst och 3 är bäst. Som framgår av tabell 7 ger bedömningen information både om vilka dimensioner som anses fungera mer eller mindre väl i genomsnitt, samt vilken spridning som finns mellan mottagningar i en och samma dimension. Samverkan och koordinering kring patienter fungerar t.ex. genomgående ganska dåligt enligt kommunernas uppfattning, medan tillgänglighet och kontinuitet vad gäller läkarstöd fungerar bra eller mycket bra vid olika mottagningar.

Tabell 7. Samlad jämförelse av vårdcentraler.

	Identifiera patienter	Kontinuitet mot patient		Tillgänglighet mot patient	Struktur för samverkan	Tillgänglighet och kontinuitet gentemot kommun	Samverkan/ koordinering utifrån individers behov				Summa
		Enligt pv	Statistik (3 besök samma läkare, %)				Enligt pv	Enligt kommun	VOPS	Läke-medels-genomgång	
Tärnan	3	3	1	3	3	3	3	1	-	2	22
Doppingen	2	3	2	2	1	3	1	1	-	-	15
Måsen	2	3	2	3	3	3	2	1	-	-	19
Svalan	2	2	1	1	1	2	2	1	-	2	14
Lommen	2	2	1	1	2	2	2	1	1	3	17
Vadaren	1	2	2	2	2	3	2	1	-	3	18
Svanen	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	27
Falken	2	2	1	2	3	3	2	2	-	1	18

Som framgår av sammanställningen i tabell 7 finns främst en mottagning med höga poäng: Svanen. Denna mottagning får goda betyg i alla dimensioner, vilket inte är fallet för någon annan mottagning. Svanen får också relativt högt betyg vad gäller samverkan och koordinering utifrån individers behov enligt kommunens uppfattning. Näst bäst är Tärnan, som dock har sämre betyg från kommunen och dessutom svagare statistik avseende kontinuitet, samt inga registrerade individuella vård- och omsorgsplaner.

Skillnader i utfallsmått mellan mottagningar

Utfallsmått vad avser konsumtion av sjukhusvård bland äldre med komplexa behov omfattar två indikatorer:

- Genomsnittligt antal vårddagar per person bland de ACG-tyngsta 75 år och äldre.
- Antalet besök på akutsjukhusens mottagningar som inte lett till inläggning per 1 000 listade patienter 75 år och äldre.

För båda måtten antas att en god kontinuitet och tillgänglighet i primärvården och en god samverkan mellan primärvård, kommunal vård och omsorg samt sjukhus leder till färre besök på akutsjukhusens mottagningar och färre vårddagar i genomsnitt. Indikatorerna är långt ifrån optimala men är de enda som funnits tillgängliga. Genomsnittligt antal vårddagar är t.ex. inte justerat för vad som kan betraktas som undvikbart eller inte, och kan påverkas av äldre med långa vårdtider. Statistiken är inte heller justerad för mottagningarnas olika ACG- respektive CNI-vikter.

Utfallen för listade patienter vid de åtta mottagningarna (avrundade uppgifter för att bevara anonymitet) redovisas i tabell 8, inklusive uppgifter om ACG- och CNI-vikter för mottag-

ningens samlade lista. Mottagningarna har placerats så att den mottagning som fick bäst rangordning i jämförelsen av arbetssätt för äldre med komplexa vårdbehov, enligt föregående avsnitt, hamnar överst i tabellen.

Tabell 8. Utfallsmått avseende listade äldres konsumtion av vård vid sjukhusen samt ACG- och CNI-vikt för studerade mottagningar.

Mottagning	Genomsnittliga slutenvårdsdagar per person år 2011 och 2012	Besök utan inläggning (antal per 1 000 i gruppen 75 år och äldre) t.o.m. september 2012	ACG	CNI
Svanen	5 resp. 6	150	Medel	Lågt
Tärnan	10 resp. 8	200	Medel	Medel
Måsen	7 resp. 8	150	Medel	Medel
Falken	11 resp. 8	400	Medel	Högt
Vadaren	11 resp. 9	400	Medel	Högt
Lommen	7 resp. 6	350	Medel	Medel
Doppingen	5 resp. 4	250	Högt	Lågt
Svalan	9 resp. 5	400	Medel	Medel

Som framgår finns ingen uppenbar samvariation mellan de mottagningar som rankades som bäst i vår jämförelse av arbetssätt och samverkan med kommunen (de översta mottagningarna i tabell 8) och den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen för de mest sjuka äldre. Sett till det alternativa utfallsmåttet ”antal besök på sjukhusens mottagningar per 1 000 listade 75 år och äldre som inte lett till inläggning” har tre av fyra mottagningar med lägst antal besök också bäst vård av äldre med komplexa vårdbehov enligt vår jämförelse: Svanen, Måsen, Tärnan och Doppingen. Det går att argumentera för att denna indikator över besök är mera tillförlitlig och relevant, eftersom antalet slutenvårdsdagar i större utsträckning kan påverkas av extremfall (äldre med lång vårdtid på sjukhus). Samvariationen mellan arbetssätt och antalet besök är dock inte entydig och kan bero på slumpen, eftersom det är få fall som studerats. Antalet besök skulle i lika stor grad kunna förklaras av olika mottagningars CNI-vikt. Samvariationen i detta avseende är som framgår av tabell 8 mer entydig. De fyra enheter som har lägst antal besök har också lägst CNI-vikt, dvs. de mottagningar som har enklast förutsättningar sett till listades socioekonomiska tillhörighet, redovisar lägst antal besök vid sjukhusens mottagningar som inte leder till inläggningar per 1 000 patienter 75 år och äldre.

En hypotes utifrån studien är att slumpen och de socioekonomiska förutsättningarna bland listade i hög grad påverkar de observerade variationerna i konsumtion av sjukhusvård. Betydelsen av socioekonomiska förutsättningar kan vara direkt, genom att patienter söker vård senare och därför har högre sannolikhet för inläggning och längre vårdtider respektive fler akuta besök utan inläggning. Sambandet kan också vara indirekt, genom att vårdutbudet eller förutsättningarna för samverkan mellan vårdgrannar på något sätt är sämre i områden med svaga socioekonomiska förutsättningar. Denna hypotes innebär i förlängningen att det behövs mycket större material för att studera betydelsen av olika arbetssätt i primärvården, inklusive samverkan med kommunerna, så att man kan justera för slumpens inverkan och olika socioekonomiska förutsättningar. Dessa slutsatser ska inte tolkas som att primärvårdens

arbetsätt och samverkan med kommunerna inte har någon stor betydelse. Konklusionen är snarare att skillnaderna i arbetsätt inte var tillräckligt stora eller utslagsgivande för att kunna ge svar på frågan utifrån våra åtta fall.

I framtida studier finns också behov av bättre utfallsmått än de som använts i denna studie. Studien visar att statistik om både besök och vård dagar är osäkra som indikatorer på resultat om de inte korrigeras för slump och socioekonomiska förutsättningar. Det är därför tveksamt om denna typ av utfallsmått bör används inom ramen för målrelaterad ersättning på vårdgivar nivå. I avsaknad av bra, objektiva resultatmått kan hävdas att subjektiva resultatmått som kommunens bedömning av primärvårdens arbetsätt och insatser mot äldre med komplexa vårdbehov är ett bättre alternativ. Kommunens sjuksköterskor har förmodligen bäst kunskaper om de äldres behov och situation, och får dessutom information från både sjukhus, primärvård och anhöriga. I vår studie kan då konstateras att Svanen och Falken skiljer sig från mängden. Svanen är också den mottagning som fick bäst rangordning överlag och presterade väl i alla de dimensioner som studerades.



Slutsatser och reflektioner

Vår undersökning har till viss del lyckats identifiera skillnader i arbetssätt mellan de åtta olika mottagningar som studerats, trots att ersättningsprinciperna och kraven på mottagningarna är identiska. På en övergripande nivå finns stora likheter i arbetssätten mellan de sju offentliga mottagningarna i urvalet. I samtliga fall finns en struktur för samverkan med kommunerna, och man ger läkarstöd till vanligtvis flera särskilda boenden. Även om arbetssätten inte är så olika finns skillnader i ambitionsnivå, som delvis men inte enbart tycks ha en koppling till personalbemanningen och möjligheten att skapa kontinuitet vad avser läkare. Den privata mottagning som studerats har i liten utsträckning ambitioner att samverka med kommunerna. Ambitionen att nå hög kontinuitet och tillgänglighet mot listade patienter är dock lika hög som hos de bästa offentliga mottagningarna. Den privata mottagningen har också bra resultat för sina listade patienter sett till utfallsmåtten antal besök på sjukhusens akutmottagning utan inläggning, samt genomsnittlig slutenvårdskonsumtion. Det är dock osäkert i vilken grad detta utfall kan förklaras av arbetssättet. Jämförelse med utfall för de offentliga mottagningarna försvåras av att den privata mottagningen inte fungerar som läkarstöd för särskilda boenden, vilket kan påverka vilka äldre man listar och därmed konsumtionen av sjukhusvård.

Studien visar att det finns generella samverkansproblem mellan primärvård och kommunal vård och omsorg, liksom mellan primärvård och sjukhus. I de flesta av de studerade fallen är kommunens sjuksköterskor förhållandevis nöjda med personkännedomen inom primärvården och möjligheten att snabbt få läkarstöd i en enskild och ofta akut situation. Man är emellertid generellt missnöjd med bristen på närmare samverkan med primärvårdens läkare utifrån en helhetssituation för de äldre patienterna. Ett annat utbrett missnöje gäller att kommunerna i praktiken anser att man får ta ett (alltför) stort ansvar för att koordinera de äldre patienternas medicinska vård, bl. a. eftersom samverkan mellan primärvården och sjukhusen i samband med utskrivning av patienter inte anses fungera väl. Det bristfälliga samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård medför merarbete för kommunens personal. I praktiken blir det ofta sjuksköterskor i kommunen som utgör länken mellan läkare i primärvård och läkare vid sjukhus. Vid intervjuer med läkare på sjukhus framkom att läkarkontinuiteten i primärvården betraktas som den enskilt viktigaste faktorn för att kommunikationen och processen vid utskrivning av patienter från slutenvård ska fungera väl.

I korthet önskar kommunens sjuksköterskor mer närvaro av primärvårdens läkare, både i samband med utskrivning och genom fler individuella vård- och omsorgsplaner där det dokumenteras vilka insatser som ska sättas in i olika situationer. I praktiken är det endast kommunens sjuksköterskor som träffar både patient, anhöriga, primärvårdens läkare och vårdpersonal på sjukhusen. Därför har kommunens sjuksköterskor många gånger bättre förutsättningar att samordna de vård- och omsorgsinsatser som behövs kring den enskilde patienten, än vad primärvårdens läkare har. Det formella ansvaret för ordinationer och att samordna och koordinera vården vilar däremot på primärvården. Arbete med samordnande arbete utifrån den enskilda individens behov och helhetssituation tycks dock inte prioriteras av primärvårdens läkare i den utsträckning som önskas av kommunernas sjuksköterskor.

Ett mera långsiktigt problem som kommunerna identifierar är behovet av mer specialiserad kompetens utanför sjukhusen, i takt med att vårdbehoven bland de äldre som kommunen ansvarar för ökar. Det finns en bristande kompetens i primärvården vad gäller t.ex. palliativ vård och smärtlindring i livets slutskede. Det särskilda mobila stöd för denna typ av vård som utgår från sjukhusen anses fungera väl, men är inte tillräckligt omfattande. Rutiner för att fånga upp och ta hand om vårdbehov bland sköra äldre som bor i ordinärt boende och inte har kommunal hemsjukvård saknas också i stor utsträckning.

Implikationer för uppdrag, ersättningssystem och ansvarsutkrävning

Mottagningar i primärvården omges av en mängd krav och förväntningar från både statliga myndigheter, landsting/regioner respektive patienter. Företrädare för mottagningar kan förväntas prioritera bland dessa krav och förväntningar utifrån dels egna målsättningar och incitament, dels utifrån förekomsten av en tydlig ansvarsutkrävning. Krav och förväntningar som stämmer väl med egna målsättningar och professionella ideal får förmodligen stort genomslag även om ansvarsutkrävningen inte är tydlig.

Om inte utfallsmått som återspeglar vårdkonsumtion är bra resultatindikatorer för målrelaterad ersättning på vårdgivarnivå, finns möjligheter att använda olika former av intermediära resultatmått och processmått som alternativ. Exempel på sådana mått är kontinuitet respektive antal individuella vård- och omsorgsplaner i samverkan. Som konstaterats i rapporten genomförs formella vård- och omsorgsplaner sparsamt bland de åtta studerade mottagningarna. Statistik från andra mottagningar i Region Skåne visar att urvalet inte är något undantag i detta avseende. Det är mycket få mottagningar som kommit igång med individuella vård- och omsorgsplaner som dokumenteras formellt. Mottagningars strikt ekonomiska incitament att genomföra individuella vård- och omsorgsplaner i samverkan med kommunal vårdpersonal är också tveksamma. Den särskilda ersättning som utgår för sådana insatser har uppenbarligen inte varit tillräcklig för att få igång verksamheten. Förmodligen leder individuella vård- och omsorgsplaner i samverkan främst till förbättringar för kommunal vård och omsorg respektive sjukhusen, snarare än för primärvården. Åtgärden stämmer inte heller helt överens med professionella ideal, som snarast förordar avgränsning gentemot andra professioner och yrkesgrupper än en nära samverkan.¹⁴ Ansvarsutkrävningen från berörda äldre individer med komplexa vårdbehov är också mycket svag. Bland äldre med komplexa vårdbehov är rörligheten när det gäller att välja någon annan mottagning sannolikt extremt låg, eftersom man prioriterar kontinuitet i relation med läkare och vårdpersonal i primärvården. Sannolikheten för att man skulle lista om sig på en annan mottagning till följd av att man inte fått en individuell vård- och omsorgsplan är således liten.

En möjlig åtgärd för att öka intresset för individuella vård- och omsorgsplaner i primärvården är att öka nivån på den extra ersättningen för sådana insatser inom ramen för den målrelaterade ersättningen. Detta löser dock inte problemet med att primärvården kan ha svårt att bedöma för vilka patienter, och när, som insatsen ska sättas in. Som konstaterats i rapporten är det snarast kommunernas vårdpersonal som har kunskaper om behoven av samverkansplaner för äldre med komplexa vårdbehov på särskilda boenden och i kommunal hemsjukvård.

¹⁴ Anell A. & Mattisson O. (2009) *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt*. Studentlitteratur: Lund.

Detta skulle kunna utnyttjas i en lösning där kommunerna agerar som mer aktiva beställare av läkarinsatser från primärvården. En höjd ersättning per genomförd individuell vård- och omsorgsplan i samverkan skulle kunna kombineras med att det är kommunernas sjuksköterskor som avgör när en sådan plan behövs, och att man också måste godkänna resultaten. Ett sådant utnyttjande av befintlig horisontell kompetens skulle kunna öka träffsäkerheten så att samverkansplaner inte görs slentrianmässigt. Risken för en ”protokollstyrd vård” reduceras.¹⁵ Kraven på kostnadskontroll kan i första hand hanteras genom att målgruppen – äldre med komplexa vårdbehov – trots allt är begränsad.

Formellt finns idag möjligheter för kommunerna i Skåne att välja leverantör av läkarinsatser vid särskilda boenden. Denna möjlighet tycks inte vara väl känd, eller är åtminstone inte något som utnyttjas fullt ut. De flesta berörda kommuner som intervjuats förefaller missnöjda med att primärvården inte deltar i individuella vård- och omsorgsplaner i större utsträckning, samt att primärvården inte deltar vid utskrivning av patienter från slutenvården. Men ändå behåller man den befintliga relationen, vanligtvis med en offentlig vårdcentral som ligger nära det särskilda boendet. Man kan tänka sig flera olika åtgärder för att stärka kommunernas roll som beställare av läkarinsatser från primärvården. En första åtgärd är att man tydliggör kommunernas möjligheter att välja en annan leverantör av läkarinsatser, och informerar om skillnader mellan hur mottagningar arbetar. Om fler i kommunerna får information om att andra mottagningar faktiskt jobbar på andra sätt, kan kraven på primärvården öka.

Mera omfattande och alternativa åtgärder skulle kunna vara att skapa särskilda mobila vårdteam, som inriktar sig på att vara en resurs för kommunens vårdpersonal och äldre med komplexa vårdbehov. En parallell kan dras till de akutbilar som utnyttjas under jourtid i Skåne och på andra håll, dock med den viktiga skillnaden att mobila läkare med särskilt ansvar för äldre med komplexa vårdbehov måste svara för kontinuitet och en nära samverkan med kommunens vårdpersonal. För gruppen mest sjuka äldre är samverkan med kommunerna mycket centralt, liksom besök på särskilda boenden och i hemmet. Det finns däremot ett mera begränsat behov av egna fysiska mottagningar. Som noterats i rapporten pekar flera sjuksköterskor i kommunerna även på behovet av ökad kompetens i vården till äldre utanför sjukhusen, särskilt smärtlindring/palliativ vård och sårvård. Forskare har lyft fram behovet av att generellt stärka den geriatriska kompetensen.¹⁶ Mobila primärvårdsteam som fokuserar på äldre med komplexa vårdbehov skulle eventuellt kunna ha bättre möjligheter att bygga upp en relevant kompetens, jämfört med allmänläkare på vanliga mottagningar som dessutom ska svara för all annan typ av vård.

Mera spekulativt finns möjligheter att skapa en delvis ny vårdvalsmarknad för vård till äldre med komplexa vårdbehov, där vård- och omsorgsansvaret (upp till läkarinsatser) ligger hos kommunerna. En ny typ av mobila leverantörer skulle då tillåtas att avgränsa sina insatser och konkurrera med befintliga mottagningar om uppdrag från kommunerna, och de följdlistningar av äldre med komplexa vårdbehov som detta kan leda till. Det finns naturligtvis ingen möjlighet för kommunerna att tvinga äldre på särskilda boenden eller i kommunal hemsjukvård att lista om sig på de mottagningar som valts för läkarstöd gentemot kommunens vårdpersonal.

15 Anell A. (2010) *Vården i vården – Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.*

16 Akner, G., m. fl. "Vården av äldre måste bli bättre", SvD 28 oktober 2012

I praktiken är det dock många äldre på särskilda boenden som listar om sig till dessa mottagningar redan idag, eftersom man då får enklare tillgång till läkarinsatser genom planerade besök. Med möjligheter till förbättrade läkarinsatser lär det knappast blir färre.

Det är långt ifrån säkert att befintliga mottagningar i primärvården skulle se positivt på konkurrens från en ny typ av aktörer, som kan fokusera på en specifik grupp patienter där det inte finns några krav på att investera i fysiska mottagningar. En del allmänläkare och mottagningar kan möjligen se positivt på förändringen, eftersom äldre med komplexa vårdbehov bedöms som en alltför krävande patientgrupp som man inte riktigt har tid för. Det finns också en stor kvarstående utmaning för befintliga mottagningar att utveckla former för ”case-finding” och ”case-management” för de äldre patienter med komplexa vårdbehov som inte omfattas av kommunernas ansvar. Andra studier har visat att det främst är i gruppen av äldre som inte tillhör de mest sjuka som det finns bäst förutsättningar att arbeta förebyggande.¹⁷ En del allmänläkare och annan vårdpersonal kan också tycka att det skulle vara intressant att fokusera på vård av äldre med komplexa vårdbehov för egen del, även inom ramen för en ny form av mobila vårdgivare. Ytterligare andra allmänläkare och mottagningar kan tycka att samverkan med kommunernas vård- och omsorgspersonal för äldre med komplexa vårdbehov absolut tillhör allmänmedicinens kärna. Möjligen kan det räcka med hotet om att en ny typ av mobila primärvårdsteam kan etablera sig för att befintliga mottagningar ska förbättra sina insatser mot äldre med komplexa vårdbehov och därmed klara uppdraget.

¹⁷ Socialstyrelsen (2011) *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.





Referenser

- Anell, A & Mattisson, O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Studentlitteratur: Lund.
- Anell A. (2010) Vården i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.
- Anell A (2012) Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre. I Krohwinkel Karlsson A & Winberg H, eds. På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. Leading Health Care: Stockholm.
- Akner G, m. fl. "Vården av äldre måste bli bättre", SvD 28 oktober 2012
- Gillick MR, Serrell NA, Gillick LS. (1982) Adverse consequences of hospitalisation in the elderly. *Social Science and Medicine*; 16: 1033-1038
- Lejhner T, Heider D, Heinrich S, et al. (2011) Review: Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*; 68: 387-420.
- Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, et al. (2010) Potentially avoidable hospitalization of nursing home residents; frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc*; 58(4): 627-635.
- Rizza P, Bianco A, Pavia M & Angelillo IF. (2007) Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Services Research*; 30(8): 134.
- Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. (2011) New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*; 30(12): 2437-2448.
- Singer, SJ, Burgers J, Friedberg, M, et al. (2011) Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*; 68: 112-127.
- SKL (2012) Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. SKL: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011) Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wolff J L, Starfield B & Anderson G. (2002) Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*; 162: 2269-2276.

Appendix: Intervjuguide

Den intervjuguide som presenteras nedan har använts vid samtliga intervjuer med företrädare för primärvården, kommuner och sjukhus. Vid intervjuerna har tre frågeblock berörts: övergripande frågor, fallbeskrivningar samt bedömning av olika aspekter enligt en femgradig Likert-skala. Vid intervjuer med företrädare för primärvården har samtliga frågor använts. Vid intervjuer med företrädare för kommun och sjukhus har frågor som berör deras arbete samt samarbetet med primärvården använts.

Övergripande frågor

Hur identifieras individerna i gruppen?

- Hur definierar/hittar ni individerna i gruppen mest sjuka äldre?
- Hur prioriteras arbetet med multisjuka i relation till annat arbete på vårdcentralen? Hur görs detta i praktiken?
- Finns det tillräckligt med tid vid besök att bedöma ur ett helhetsperspektiv (eller blir det sjukdomsspecifikt)?

Hur går det till när ni jobbar med gruppen mest sjuka äldre?

- Hur tänker/agerar man för att fånga upp tidiga symtom? Vad är kommunala vårdens roll?
- Finns det fasta rutiner/SOP:ar eller utgår man från varje enskild person/fall?
- Hur fungerar VOPS:ar, läkemedelsgenomgångar, fallskadeprevention etc.? Vilka avser det? Vem är med (kommunen och anhöriga)?
- Hur fungerar det med planerade och akuta hembesök?
- Hur skapas trygghet för individen? Finns ett bästa sätt eller är det olika för olika individer?
- Finns det forum för regelbunden samverkan?

Angående kontinuitet/tillgänglighet gentemot patienten.

- Är vårdcentralen fullbemannad? Personalomsättning?
- Har patienter en fast vårdkontakt? Är det lätt för patienter att komma i kontakt med läkare/ssk?
- Finns det struktur för akuta hembesök/besök på boenden vid behov?

Angående kontinuitet/samordning/tillgänglighet gentemot kommunens personal.

- Är personkännedomen god gentemot kommunen?
- Finns ett fast läkarstöd för äldreboenden? Vilka tider?
- Är det så att äldre på boenden ofta listar om sig så att den fasta läkaren blir en resurs inte bara till äldreboendets personal (rutiner, frågor etc.) utan även i enskilda patientfall?

- Finns det en enkel telefoningång åt båda håll?
- Hur fungerar informationsöverföringen? Tillgång till dokumentation?

Angående kontinuitet/samordning/tillgänglighet gentemot personal vid sjukhus.

- Är personkännedomen gentemot slutenvård/akutsjukvård god?
- Har ni en fast kontakt i slutenvården för rådgivning/konsultation?
- Finns möjlighet för direkta inläggningar (gräddfil) som inte går via akuten? Finns det någon vid sjukhuset som man kan diskutera med? Finns det en enkel telefoningång åt båda håll?
- Kan ni läsa slutenvårdens journaler? Hur fungerar informationsöverföringen?

Några fall som ska illustrera arbetssätt

Om en patient själv blir akut sjuk – hur gör hon/han då?

Hur går det till när någon på ett boende behöver hjälp?

Vad gör omsorgspersonalen när de märker att någon är sjuk?

Hur fungerar det när sjukhus skriver ut patienten?

Kompletterande frågor om bedömning av arbetssätt enligt skalan 1-5

Grad av struktur i processen med arbetet/ rutinerna/arbetsgången för att identifiera individer i patientgruppen?

1=helt ostrukturerat (patienterna ramlar in); 5=mycket strukturerat (screena mellan behov)

Grad av kontinuitet gentemot individer i patientgruppen (relationen mellan primärvård och patienten)?

1=mycket låg (träffar olika läkare/ssk varje gång); 5=mycket hög (har en fast vårdkontakt)

Grad av kontinuitet gentemot annan vård/omsorgspersonal (relationen mellan primärvård och andra vårdgivare)?

1=mycket låg (mkt låg personkännedom); 5=mycket hög (har en fast kontakt)

Grad av tillgänglighet (snabbt/enkelt att få hjälp och information vid behov) gentemot patient?

1=mycket låg (svårt att komma fram); 5=mycket hög (tillgänglig 24/7)

Grad av tillgänglighet (snabbt/enkelt få att hjälp och information när man har patient med symtom) gentemot annan vård/omsorgspersonal?

1=mycket låg (svårt att komma fram); 5=mycket hög (tillgänglig 24/7)

Grad av koordination utifrån individers situation?

1=mycket låg (ad hoc); 5=mycket hög (alla har en VOPS, läkemedelsgenomgång, etc. i samråd med annan vård och omsorg samt anhöriga)

Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makronivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningsetik. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Thoresson, Karin: *När samverkan brister: Patientnämndsärenden som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre.* LHC Report Nr 9 2012.

Fernler, Karin: *Nya perspektiv på implementering: Vad är ”god” implementering och kan det stödjas?* LHC Report Nr 8 2012.

Lee, Francis: *Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturöversikter.* LHC Report Nr 7 2012.

Tyrstrup, Mats: *Styrning med förhinder: Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor.* LHC Report Nr 6 2012.

Hagbjer, Eva: *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningsystemens utformning.* LHC Report Nr 5 2012.

Brattström, Anna: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling.* LHC Report Nr 4 2012.

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra.* LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar.* LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre.* LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningsystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldrevården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer. LHC Report Nr 2 2011.*

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen. LHC Report Nr 1 2011.*

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa! LHC Report Nr 1 2010.*

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. *Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.*

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value.* Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: *Heart Center Varde. Undervisningscase.*

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång* Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om.* Stockholm: IFL och EFI.





Leading Health Care