



Nära vård i hemmet för äldre

INSPIRATION FÖR DIG SOM ARBETAR INOM
VÅRD OCH OMSORG



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Nära vård i hemmet för äldre

INSPIRATION FÖR DIG SOM ARBETAR INOM VÅRD OCH OMSORG



Upplysningar om innehållet:
Maj Rom, maj.rom@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021
ISBN: 978-91-7585-918-7
Text: Beda Andersson och Rebecka Strandberg
Illustration: Kristine Widlert
Produktion: Advant
Tryck: LTAB, 2021

Förord

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har genomfört flera initiativ kring vård och omsorg för äldre. Bland annat satsningen Bättre liv för sjuka äldre 2010–2014 som var en stor nationell satsning för att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Under 2018–2020 tilldelades även SKR medel från regeringen för att stödja införandet av den nya lagstiftningen kring Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I arbetet genomfördes bland annat workshops med verksamhetsrepresentanter och en rapport kring svårigheter och framgångsfaktorer med vård och omsorg i hemmet släpptes.

En central del i SKR:s arbete med att stödja omställningen till Nära vård är att sprida de många utvecklingsarbeten som pågår i kommuner och regioner. Vi publicerar här en samling exempel på inspirerande arbetssätt inom vård och omsorg i hemmet för äldre personer. Konsultföretaget Governo har anlitats som stöd i framtagandet av denna skrift – som utgör en del av SKR:s arbete med att stödja utvecklingen av Nära vård.

Under framtagandet av denna skrift, hösten 2020, påverkades hela den svenska hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen av den pågående covid-19 pandemin. På grund av den unika situationen och de tuffa förutsättningarna som detta innebar hamnade frågor kring vård och omsorg i hemmet för äldre i ett nytt ljus. De allra sjukaste och sköraste äldre mår oftast bäst av att slippa förflyttas om hälso- och sjukvården kan ges på ett säkert sätt i boendet. Men varje situation är unik varför individuella bedömningar alltid måste ligga till grund för medicinska beslut.

Det primära syftet med denna skrift är att erbjuda verksamma inom vård och omsorg ett tillgängligt och inspirerande material som kan ge ökad kunskap och engagemang för den fortsatta utvecklingen av vård och omsorg i hemmet.

Stockholm i februari 2021

Lisbeth Löpare Johansson
Samordnare Nära vård
Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

- 6 Inledning
- 7 Inspiration och ett stöd till dig som arbetar inom vård och omsorg

- 8 **Kapitel 1. Mobila team**
- 8 Mobila närvårdsteamet, (MiNT) i Region Jämtland Härjedalen
- 11 ALMA-teamet i Region Östergötland

- 15 **Kapitel 2. Egenmonitorering**
- 15 Digitalt hjälpmedel som stöd i egenvård
- 18 Egenmonitorering i Region Jämtland Härjedalen

- 22 **Kapitel 3. Samskapande**
- 22 Levande bibliotek i Region Jönköpings län

- 27 **Kapitel 4. Gemensamt lärande**
- 27 Esther SimLab – praktisk träning och lärande tillsammans

- 31 **Kapitel 5. Beslutsstöd**
- 31 Beslutsstöd – en del av samverkansmodellen ViSam

- 35 **Kapitel 6. Förebyggande arbete**
- 35 Förebyggande team i Töreboda
- 39 Proaktiv hälsostyrning

- 43 **Kapitel 7. Rehabilitering i hemmet**
- 43 Intensiv hemrehabilitering i Eskilstuna kommun

- 47 **Kapitel 8. Välfärdsteknik**
- 47 Bollnäs kommun satsar på digital välfärdsteknik i äldreomsorgen

- 52 **Kapitel 9. Digital konsultation**
- 52 Omvårdnad via videosamtal
- 55 Stöd för behandling av svårläkta sår

- 59 **Avslutande diskussion**
- 60 Nyckeln till ett lyckat förbättringsarbete

- 63 **För mer läsning**

Inledning

En skrift för att inspirera och vägleda i omställningen mot en god och nära vård

SKR:s målbild för en god och nära vård:

- › utgår från individuella förutsättningar och behov
- › bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- › bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Var femte svensk är 65 år eller äldre, även om andelen kraftigt varierar mellan kommunerna. Personer med minst två kroniska sjukdomar står för drygt hälften av hälso- och sjukvårdens totala kostnader och i den äldre delen av befolkningen har cirka 66 procent minst två kroniska sjukdomar.¹ I och med den demografiska utvecklingen vi ser i Sverige idag ökar även andelen äldre i betydligt högre takt än den arbetsföra delen av befolkningen i samhället.

Allt fler människor får vård och omsorg i sitt eget hem. De flesta personer som får vård och omsorg i hemmet är 65 år och äldre och har ofta komplexa vårdbehov. Härmed blir regionernas och kommunernas arbete för att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv hemma allt viktigare – att tillsammans skapa förutsättningar för en säker vård och omsorg, där ingen hamnar på sjukhus i onödan.

Not. 1. SOU 2016:2, Effektiv vård.

I internationella jämförelser visar svensk hälso- och sjukvård på goda resultat av hög medicinsk kvalitet. Dock visar det även på brister gällande kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet. I takt med att hälso- och sjukvården ställer om mot en mer nära, personcentrerad och samordnad vård ställs allt högre krav på att utvecklingsarbete sker i nära samverkan mellan olika verksamheter och enheter, mellan regioner och kommuner och inte minst – tillsammans med patienterna.

Inspiration och ett stöd till dig som arbetar inom vård och omsorg

I de arbetssätt och koncept som beskrivs har fokus varit på vård och omsorg i hemmet för äldre. Skriften har ingen ambition att vara vetenskaplig eller heltäckande utan ska snarare fungera som en samling exempel för inspiration. Vidare har inga utvärderingar genomförts för respektive arbetssätt i framtagandet av denna skrift. I de fall det funnits tillgängligt, har utvärderingar som verksamheterna själva genomfört eller i samverkan med lärosäten, tagits i beaktan.

Underlag för detta arbete bygger på dokumentstudier samt intervjuer med representanter från verksamheten och, i de fall det varit möjligt, intervjuer med patienter, brukare och anhöriga. I slutet kan ni finna en lista över de organisationer som representeras bland intervjupersonerna.

Den här skriften är en berättelse om några av de många satsningar för att utveckla vården och omsorgen om äldre personer som sker runt om i landet. En berättelse som syftar till att beskriva olika sätt att göra för att i samskapande med den vård och omsorg finns till för, förändra och förbättra för att möta framtiden.

Det pågår en rad olika utvecklingsinsatser som på olika sätt ska bidra till ökad självständighet, delaktighet och inflytande för den enskilde brukaren, patienten och dess anhöriga. I följande avsnitt kommer ni få möjlighet att läsa mer om några av dessa.

Mobila team

Ett mobilt team består av fasta medarbetare som gör besök i hemmet till riktade patientgrupper. Arbetet sker mobilt och har ingen fysisk sjukhusmottagning. Teamet är ofta multiprofessionellt och arbetar tillsammans i tät samverkan. Detta koncept är ett komplement till den basala vården med syfte att ge extra stöd till vald målgrupp. Mobila team finns idag på många platser runt om i landet, men teamens syfte och fokus skiljer sig åt. Exempelvis arbetar några för att äldre ska slippa åka till akutmottagning medan andra kan ha fokus på palliativ vård i tidig fas. Gemensamt för många mobila team är att äldre personer utgör den främsta målgruppen. Teamen ger ofta god effekt men utmaningen är att detta sätt att bedriva vård är kostsamt därför är det extra viktigt att noggrant identifiera målgrupp i arbetet.

Mobila närvårdsteamet, (MiNT) i Region Jämtland Härjedalen

Hur kan vi nå ut till och förbättra för de mest sjuka äldre som har många vårdkontakter omkring sig? Den frågan blev startskottet för att bygga upp det mobila närvårdsteamet (MiNT) i Region Jämtland Härjedalen.

Det mobila teamet som samordnar och arbetar brett för att se till helheten

Regionen och kommunerna hade tidigare arbetat för att tillsammans hitta en modell för att arbeta med de multisjuka äldre på ett bättre sätt via ett gemensamt projekt Geriatriskt stöd. När det arbetet avslutades togs beslut om ett nytt projekt i regionens regi med uppdraget att arbeta fram en modell för ett mobilt närvårdsteam med fokus på patienter som både har många vårdkontakter och diagnoser.

Arbetet med att bygga upp det mobila närvårdsteamet startade tidigt under 2017 till viss del med hjälp av medel som samtliga regioner fick genom överenskommelsen mellan stat och SKR för stöd till bättre resursutnyttjande i hälso-

och sjukvården. Fram till 2018 bedrevs arbetet i projektform. Sedan januari 2019 är MiNT inte längre ett projekt, utan en del i den ordinarie verksamheten.

Sättet att bygga upp teamet utgick från samma modell som sedan tidigare användes i Skaraborg, där Region Jämtland Härjedalen även gjorde studiebesök. Samma modell används numera också på flera håll runt om i landet.

Syftet med MiNT är att skapa trygghet för multisjuka, främst äldre, som befinner sig i ett instabilt läge. All legitimerad personal inom sjukhus, primärvård och kommun kan, när de ser stora behov av samordning för en patient, skicka en varselblankett om det till teamet. Teamet gör sedan hembesök oavsett var i länet patienten bor. Ibland fungerar teamet som ett konsultativt stöd till ordinarie verksamheten och ibland ansluts patienten till teamet. För att bli ansluten till MiNT finns ett antal kriterier som ska uppfyllas för att säkerställa att det handlar om en patient med stora behov. Insatsen kan vara så lång som det behövs och det finns ingen satt tidsgräns för hur länge en patient kan vara ansluten till MiNT. Om beslut tas att inte ansluta patienten rapporteras det till den som ”varslade”, med förslag till fortsatt handläggning.

I teamet arbetar två specialistsjuksköterskor på heltid samt två specialistläkare på halvtid. Under projekttiden fanns även en projektledare på deltid tillgänglig. Teamet åker hem till patienterna och tillsammans går man igenom aktuell läkemedelshantering och vad som står i journalen för att se vad som behöver göras. Teamet arbetar brett för att ta in helheten och patientens hela livssituation. När det gäller de äldre och multisjuka finns exempelvis ofta utmaningar i hanteringen av läkemedel när många olika läkare har skrivit ut olika läkemedel, utan att någon har sett till helhetsperspektivet.

Tanken från början var att teamet skulle ha cirka 25 anslutna patienter åt gången, och det är även ungefär så som det ser ut idag. Rent organisatoriskt tillhör teamet den specialiserade vården inom medicinkliniken på sjukhuset i Östersund.

”Idag är det en fast verksamhet som vilken annan som helst – och de har fullt upp.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Att se till helheten och skapa trygghet

Den kanske största nyttan för både patienten och för verksamheten ligger i själva samordningen. Arbetssättet innebär en möjlighet att gå på djupet och bena i sammanhanget och hur patientens totala situation ser ut – för att utifrån det stödjande där det behövs. Teamet arbetar proaktivt och utgår från individens symtom och situation istället för baserat på diagnos. I det arbetet ingår även riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Ledstjärnan är att ge en individanpassad, trygg, bred och samordnad vård – att ge vård där helhetssynen och generalistperspektivet är viktigt.

Den uppföljning som regionen gjorde under projekttiden visar bland annat att för de patienter som ansluts till det mobila teamet minskar antalet ambulans-transporter, vårdbesök och vård dygn mycket tydligt. Beräknat på antagandet att teamet har 22 patienter anslutna uppskattas här värdet av minskad vårdkonsumtion till cirka 6 miljoner kronor per år. Detta kan jämföras med att kostnaden för att driva MiNT är 2,5 miljoner kronor per år². I uppföljningen beskrivs också att enbart införandet av teamet inte har tillräckligt stor påverkan på det totala antalet besök eller vård dygn för att det ska möjliggöra en minskad bemanning inom dessa delar av vården. Men tillsammans med andra åtgärder som genomförs har det Mobila närvårdsteamet bidragit till att det varit möjligt att exempelvis minska nyttjandet av inhyrda sjuksköterskor på sjukhuset.

Patienterna upplever ett mer lättillgängligt och samlat stöd. Många av de som blir anslutna till MiNT har tidigare erfarenheter av att de inte fått hjälp efter behov och åkt ut och in på sjukhus. Det samlade stödet i MiNT kan leda till att de i vissa situationer kan slippa åka in till sjukhus och istället få rätt vård och stöd hemma. Detta i sin tur leder till en minskad oro och en ökad känsla av trygghet.

”När min mamma anslöts så blev det lite som natt och dag från hur det var och hon kunde trappa ner sin medicinering. Tidigare fick vi ha dialog med fem olika läkare – men när MiNT kom in så blev det istället en helhet runt henne.”

Närstående till en patient som tidigare var ansluten till MiNT

Att våga satsa

Ledningens stöd har varit en mycket viktig förutsättning i uppbyggnaden av MiNT. Det har funnits ett mod hos beslutsfattarna som vågat satsa och att testa detta sätt att arbeta, trots att det kräver mycket resurser för att komma igång. Här har det alltså varit centralt att tro på arbetssättet och på att denna satsning verkligen lönar sig i längden.

Det har också varit viktigt att ha en avsatt resurs som projektledare som har varit en eldsjäl som hela tiden har drivit frågan och skapat en struktur.

Även en etablerad samverkan med kommunen har varit viktig och här har inspiration kunnat tas från arbetssättet inom det palliativa teamet. De utmaningar som finns idag handlar främst om gränsdragningen mellan MiNT och kommunernas hemsjukvård – och de förväntningar som där finns på varandra.

Ett råd för andra som vill bygga upp liknande sätt att arbeta är att våga ställa om och satsa, trots att man inte säkert vet hur det kommer att fungera.

”Var inte rädd för att misslyckas! Våra pengar var egentligen slut men då vågade regionen satsa ändå.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Not. 2. Uppföljning Mobila närvårdsteamet (MiNT), sid 3.

ALMA-teamet i Region Östergötland

Hur kan vi så långt det går undvika att skicka de mest sköra äldre patienterna till akuten? Det var diskussionen kring den frågan som ledde fram till idén om det mobila teamet, som idag kallas ALMA-teamet, i Region Östergötland.

Med ett fokus på de mest sköra äldre patienterna

Idag finns ett särskilt äldrevårdsteam, ALMA-teamet, som gör akuta medicinska bedömningar i patientens hem eller på kommunalt vård- och omsorgsboende i regionen.

Starten till ALMA var egentligen en liten del i ett större projekt där man tittade på akuta flöden i en av de tre länsdelarna. I samband med det arbetet intervjuades många personer från olika yrkesgrupper och verksamheter och där framkom att det fanns en frustration över att allt för ofta behöva skicka de äldre patienterna till akuten för att det inte fanns något annat alternativ. Arbetet med teamet startade upp 2011 genom en arbetsgrupp där många delar av verksamheten var representerade: rehab, psykiatrin, slutenvården, biståndshandläggare, akuten och primärvården.

Idag är ALMA i praktiken ett ganska litet team som är organiserat som en del i den medicinska specialistkliniken vid lasarettet i Motala och utgår från sjukhusets palliativa team. I teamet arbetar en sjuksköterska och en läkare åt gången, de finns tillgängliga dag- och kvällstid på vardagar samt dagtid på helger. Upptagningsområdet för teamet utgörs av västra länsdelen som består av fem kommuner och där det idag finns 10 vårdcentraler. Teamet jobbar mycket nära kommunens sjuksköterskor.

”Sjuksköterskan i kommunen är den viktigaste delen i teamet och är våra ögon ute hos patienten.”

Medarbetare Region Östergötland

Tanken med ALMA är att när patientens medicinska tillstånd försämras och hen inte kan ta sig till vårdcentralen så gör det mobila teamet istället en läkarbedömning i patientens hem. Vid behov ges sedan behandling i hemmet. Målet är att det ska ge förutsättningar för en trygg och säker vård där patienten förhoppningsvis kan vara kvar i hemmet och kan undvika akutmottagningen eller inläggning på sjukhus.

Målgruppen för insatser från ALMA-teamet är äldre multisjuka personer. Åldersgränsen är därför 65 år och de som kan bli aktuella för teamet är de mest sköra patienterna med flera diagnoser och som har störst behov av vård och omsorg. För de äldre patienter som endast har en specifik diagnos är det bättre att ha kontakt med sin läkare som är specialiserad på just den sjukdomen.

”Det är de allra sköraste patienterna vi får och det var de vi ville jobba med – så vi har nått målgruppen.”

Medarbetare i Region Östergötland

ALMA-teamet hanterar inte situationer som är mycket brådskande och det kan inte vara mer akut än att patienten kan vänta några timmar till någon dag

Så arbetar ALMA-teamet

När sjuksköterskan i hemsjukvården möter en patient från målgruppen och ser ett behov av en medicinsk bedömning av läkare, kontaktar hen ansvarig distriktsläkare. Om distriktsläkaren då inte har möjlighet att göra en bedömning, föreslås kontakt med ALMA-teamet. Innan kontakten med teamet har det också alltid först gjorts ett besök hemma hos patienten.

ALMA-teamet gör, tillsammans med sjuksköterskan i hemsjukvården, en medicinsk bedömning hemma hos patienten och utifrån det planeras det för eventuella åtgärder och insatser. Om behov finns så ansluts patienten till ALMA-teamet, men om patienten behöver medicinsk slutenvård görs istället en direktinläggning på medicinska specialistklinikerna på Motala lasarett.

Under tiden patienten är ansluten till teamet planeras insatser och uppföljning i samråd mellan ALMA-teamet och sjuksköterskan i hemsjukvården. Åtgärderna utförs sedan av ansvarig sjuksköterska. När situationen är stabil avslutas patienten från ALMA och rapporteras över till distriktsläkare eller annan fast vårdkontakt.

Det finns ingen fast tidsgräns för hur länge en patient kan vara ansluten i ALMA-teamet, utan det är patientens behov som styr. Det handlar ändå om en begränsad period, oftast 1–2 veckor, men kan även vara upp till 3–4 månader. I snitt gör teamet 1,5 besök per patient. Teamet kan också få tillbaka samma patient vid flera tillfällen.

Det lilla teamet ger trygghet och möjlighet att lära känna varandra

En av de största nyttorna med ALMA-teamet är att de har möjlighet att göra en direktinläggning för de patienter som försämras, vilket betyder att de då inte behöver gå via akuten. Det är någonting som upplevs som mycket positivt och som en trygghet, både för patienten och för verksamheten. Detta innebär också att teamet är tillgängliga och lätta att nå för snabba bedömningar och fokus ligger på att lösa problemet här och nu.

Generellt är en stor nytta för patienterna att en anslutning till ALMA bidrar till att de mer sällan själva behöver uppsöka vården. Regionen har också följt upp upplevelsen hos anhöriga och de är ofta mycket nöjda med att de får hembesök av läkare.

”Vi fick kontakt med ALMA-teamet via vårdcentralen. Då blev min mamma inskriven och upplevde det positivt. Fick besök av läkare i hemmet och behövde inte ta sig till vårdcentralen. Det var en bonus!”

Anhörig till patient inskriven i ALMA-teamet

Någonting som också upplevs som en stor nytta är den kontinuitet som ALMA-teamet innebär för vårdkontaktarna runt den äldre sköra patienten. Eftersom teamet är litet är det lättare att lära känna varandra och patienterna slipper få många olika personer på besök i sitt hem.

”Det har varit i stort sett samma läkare som kommer, det är två som har varvat och de har lärt känna min mamma. Det har varit en och samma sjuksköterska, det är väldigt bra.”

Anhörig till patient inskriven i ALMA-teamet

När det gäller att följa upp och utvärdera resultatet av arbetet med ALMA-teamet så har några av regionens ST-läkare undersökt detta. Resultaten visar att besöken på akutmottagning minskar för de som är 85+ och de som kommer från vård- och omsorgsboende.

Att skapa förutsättningar för trygghet

Den kanske viktigaste förutsättningen för att lyckas med arbetet har för regionen varit att de har skapat trygghet för alla inblandade, patienter och verksamheterna. När sjuksköterskan känner sig ha tillräckligt stöd så kan denne ofta känna att de vågar ha kvar patienten hemma.

Sedan krävs hårt arbete, tålamod och uthållighet för de som arbetar i teamet – och för att lyckas med det är det viktigt med engagerade chefer som tror på arbetet.

”Gäller att under längre tid skapa bra rykte och förtroende hos kollegor runtom i kommunerna. Att finnas tillgänglig och hjälpa till, då vinner man folks förtroende.”

Medarbetare Region Östergötland

Att upptagningsområdet är ett stor geografiskt område skapar utmaningar i och med att det finns många vårdcentraler, särskilt om det är en stor personalomsättning. Alla kommunsjuksköterskor behöver veta om att teamet finns och vilka patienter som kan anslutas för att nå ut till så många som möjligt i målgruppen.

De som har hemsjukvård är också en lättare grupp att nå ut till då de har kontakt med sjuksköterska i hemsjukvården. Men för de som inte har hemsjukvård blir det svårare då ALMA inte får kännedom om de personerna på samma sätt. Eftersom ingen känner till dom, så kan de inte fångas upp till teamet – och riskerar då att hamna på akuten.

För att på ett bra sätt kunna ta hand om de äldre och mest sköra patienterna i deras hem är tillgängligheten till läkare, kontinuiteten och att jobba tillsammans med sjuksköterskan i hemsjukvården det viktigaste. Att bygga upp ett sådant arbetssätt bör med fördel göras med utgångspunkt i patientens behov och utgå från vårdcentralerna. I regionen kan man också se att särskilda äldremottagningar startar på flera vårdcentraler.

”I de bästa av världar skulle teamet inte behöva finnas. Framtiden är inte att vi ska bygga upp stora ALMA-team. Basen ska vara utifrån respektive vårdcentral.”

Medarbetare Region Östergötland

För andra som är intresserade av att börja arbeta på liknande sätt som i ALMA-teamet vill regionen ge råd om att det är viktigt att hitta de medarbetare som är intresserade av att arbeta med den här patientgruppen och av att samverka med kommunala hälso- och sjukvården. De allra sköraste finns i hemsjukvården, så det är där som teamet behövs för att stötta med uppföljningar och besök.

Egenmonitorering

Egenvård syftar till åtgärder eller insatser som den enskilde själv, eller med stöd av närstående, kan vidta för att främja och bibehålla hälsa eller hantera sin sjukdom. Det möjliggör att i ökad utsträckning tillvarata individens kunskaper och erfarenheter samt för individen att lära sig mer om sin egen hälsa, exempelvis med hjälp av digitala stöd, som kan vägleda när det finns behov av att kontakta vården.³ Det kan vara svårt att mäta effekterna av åtgärder eller insatser inom egenvård, på samma sätt som för andra insatser som på olika sätt är en del i ett bredare förebyggande arbete. Men de potentiella vinsterna som ligger i ett främja och bibehålla hälsa är stora och ger nytta för såväl individ, verksamhet och samhället som helhet.

Digitalt hjälpmedel som stöd i egenvård

Region Sörmland hade länge arbetat för att på olika sätt förbättra situationen för personer med hjärtsvikt. I den här patientgruppen är många äldre och multisjuka och har därför ibland svårt att fullt ut hantera egenvården som behövs för att må så bra som möjligt med sin sjukdom. För att stötta och för enkla för den här gruppen startade arbetet med att erbjuda ett digitalt hjälpmedel som enkelt kan användas hemma.

Ett hjälpmedel för patienter med hjärtsvikt

I Region Sörmland erbjuds idag vissa patienter med hjärtsvikt ett hjälpmedel i form av en digital väg för att lära sig mer om sin sjukdom och vad hen kan göra för att må bättre i sin vardag.

Not. 3. Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSF 2009:6 definieras egenvård som: "hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen."

Den digitala vågen kommunicerar med tillhörande läsplatta. Målgruppen avgränsas till personer som bor hemma och som tidigare har fått utbildning och information om sjukdomen samt vad patienten själv kan göra för att må bättre, men som behöver ytterligare stöd för att kunna nyttja de möjligheter som finns. Det finns ingen åldersgräns för vilka patienter som ska erbjudas, men de flesta som använder den digitala vågen är äldre personer.

När ett behov av hjälpmedlet identifierats förs samtal med patienten för att stämna av hur hen ställer sig till den digitala vågen. Om patienten sedan önskar att testa hyr regionen den digitala vågen från leverantören och därefter läggs uppgifter in om aktuell medicinering samt normalvikt med referensvärden. Detta innebär att vågen då har information om gränsen för viktuppgång eller viktnedgång och de värden som kräver justeringar i urindrivande medicin. Leverantören gör själva installationen samt utbildar patienten i dennes hem om hur det praktiskt fungerar. Patienten väger sig sedan varje morgon och får i läsplattan meddelande vid till exempel snabb viktuppgång med ordination om ökad dos urindrivande läkemedel. Patienten får vid behov även meddelande om att kontakta sjuksköterska på hjärtsviktsmottagningen samt dennes kontaktuppgifter. Inne i plattan finns också tillgång till validerad mer generell information om hjärtsvikt, läkemedel, egenvård med mera.

Sedan cirka ett år tillbaka har drygt 100 personer den digitala vågen hemma hos sig, och totalt har 250 förskrivningar gjorts sedan starten 2015. Viktigt att nämna är också att även dessa patienter följs upp regelbundet på en hjärtsviktsmottagning.

Målet är inte att erbjuda hjälpmedlet till alla med hjärtsvikt (som riktmärke cirka 2–3 procent av hela befolkningen), utan snarare handlar det som att hitta rätt patienter där det verkligen används och gör nytta.

Att stärka patientens kunskap om sin hälsa och sjukdom

Region Sörmland har sedan länge arbetat med att på olika sätt förbättra för denna patientgrupp och en viktig del i detta har varit att starta särskilda hjärtsviktsmottagningar i primärvården, som nu finns på de flesta vårdcentraler. Bakgrunden till införandet av den digitala vågen var att regionen önskade hitta något digitalt verktyg för att arbeta mer personcentrerat med målgruppen.

Patienten svarar vid ett par tillfällen på en enkät med frågor om hur de upplever den digitala vågen. Resultatet av detta visar att det är vanligt att patienten efter ett halvår upplever sig ha fått en bättre förståelse för sin sjukdom och hälsa, sina symptom samt hur urindrivande medicinering påverkar och kan regleras. Vanligt är även att patienterna upplever en ökad trygghet och ett värde i att få daglig återkoppling. De flesta är sammantaget nöjda, och vissa patienter tycker också att det är värdefullt att få en tillgänglig dokumentation av sina värden – då det kan vara svårt att komma ihåg allt som sagts på ett vårdbesök när man sedan kommer hem.

”Jag känner mig mera säker. Det ger en trygghet. Jag måste säga att jag kan rekommendera detta till fler!”

Patient med den digitala vågen i hemmet

Alla patienter är dock inte lika nöjda eller ser samma värde i att fortsätta använda detta hjälpmedel och önskar därför avsluta efter provperioden om sex månader. Vissa av dessa har upplevt tekniska eller praktiska problem med användandet. Andra patienter som önskar avsluta ser att de, tack vara hjälpmedlet, har fått tillräcklig kunskap om sin egen sjukdom så att behovet inte längre finns.

Sjuksköterskorna på hjärtsviktsmottagningarna ser att de patienter som får den digitala vågen oftare hör av sig till mottagningen – men de hör av sig tidigare vid tecken på försämring, vilket innebär en oerhörd fördel för att kunna ge rätt behandling. Detta bidrar i förlängningen också till att dessa personer kan stanna kvar hemma och inte lika ofta behöver läggas in på sjukhus.

Företaget som levererar den digitala vågen presenterar också resultatet från kliniska studier av hur hjälpmedlet fungerar. Här finns fyra studier presenterade, som inkluderat 362 äldre patienter med hjärtsvikt. Dessa visar bland annat att slutenvårdsbehovet minskat med 38 procent⁴.

Fokus på patientgruppen – och en organisation som stöttar att det blir verklighet

Införandet av den digitala vågen stöttades av den inriktning som fanns i regionen i och med att hälso- och sjukvårdsledningen redan 2008 identifierade behovet av att ta hand om hjärtsviktspatienter på ett bättre sätt – och var beredd att satsa på det.

En central del i att det digitala hjälpmedlet idag fungerar så väl för många handlar om att patienten snabbt och enkelt kan höra av sig till given kontaktperson som känner patienten och har särskild kompetens om hjärtsvikt.

”Vi har skapat en organisation för vården kring hjärtsviktspatienter, vilket har varit en framgångsfaktor.”

Medarbetare i Region Sörmland

Sedan har det även varit en stor fördel att särskilda resurser har avsatts för införandet. I praktiken har det handlat om att en processledare som lagt 20 procent av sin arbetstid för detta och det har även funnits processtödjare tillgänglig i arbetet. En annan viktig del i själva införandet har varit att professionen själva har fått utforma arbetssättet och styra hur arbetet ska gå till.

Not. 4. https://careligo.se/klinisk_evidens.html.

Ett tips till de som är intresserade av att börja använda liknande digitala hjälpmedel är att se arbetet som en långsiktig satsning som kräver att tillräckliga resurser avsätts.

”Se det inte som en quick fix-lösning – identifiera rätt patienter och se till att man har ordentlig utbildning.”

Medarbetare i Region Sörmland

Möjlighet att vårdas i hemmet, även för den gruppen som är mer sjuka

Framtiden kommer sannolikt att innebära ökat fokus på olika digitala lösningar inom vården generellt och för denna målgrupp av hjärtsviktpatienter har eventuellt covid-19 pandemin påskyndat den här processen eftersom patientgruppen behöver skyddas. Här blir det således viktigt att förebygga och skydda så mycket som möjligt för att dessa patienter ska kunna fortsätta att vara hemma och vårdas där, istället för att behöva uppsöka vården.

Inga data som registreras till den digitala vägen går som indata till vården. Men, eftersom olika patienter har olika behov skulle det i framtiden eventuellt kunna bli aktuellt att utveckla arbetssättet så att sjuksköterskan vid behov kan få andra indata, till exempel för puls eller blodtryck – för att på så sätt kunna styra åtgärderna mer efter individuella behov.

Egenmonitorering i Region Jämtland Härjedalen

Att inom primärvården underlätta för kroniskt sjuka patienter blev drivkraften bakom arbetet med egenmonitorering i Region Jämtland Härjedalen. Det ledde till att man testade sig fram och utvecklade ett sätt att arbeta som innebar en möjlighet att mäta och följa sitt blodtryck, utan att rent fysiskt behöva infinna sig på hälsocentralen. Ett arbetssätt som sedan har spridits med möjlighet att följa flera vården så att fler personer som lever med kroniska sjukdomar kan få samma möjlighet.

En möjlighet att följa sina vården hemma för personer som lever med kronisk sjukdom

Det började med att man inom regionen under 2017 på allvar började fundera och diskutera kring de patienter som har kroniska sjukdomar och hur de tas om hand inom primärvården. Eftersom regionen inte visste hur intresset såg ut hos patienterna arrangerades öppet hus på en av regionens hälsocentraler för dialog med patienter med frågan om de ville vara med och utveckla arbetet med egenmonitorering. Då hade även kontakt tagits med en möjlig leverantör av en teknisk plattform.

”Vi måste kunna göra annorlunda med de patienter som lever med sin sjukdom 24/7.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Dialogen föll väl ut och egenmonitoreringen började sedan användas 2018 för patienter med hypertoni. Fler och fler patienter i denna grupp var intresserade av att testa då flera var nöjda och pratade med vänner och bekanta om möjligheten att mäta sitt blodtryck själv hemma och hur bra de tyckte att det fungerade. Under 2018 var arbetet organiserat i form av ett pilotprojekt, men blev sedan under 2019 ett ordinarie arbetssätt knutet till en hälsocentral.

Innan det blev aktuellt med egenmonitoreringen hemma pratade alltid distriktssköterskan med patienten för att känna av om det kunde vara lämpligt och om så var fallet blev patienten erbjuden att testa. Det arbetssättet används även idag – men från att ha använts endast för patientgruppen med hypertoni har möjligheten till egenmonitorering vidgats till patienter som lever med hjärtsvikt, KOL, och diabetes. Den tekniska plattformen används även för kommunikation mellan patient och vården. Patienten har en app (applikation) i telefonen som möjliggör att ställa frågor och få svar från sjuksköterskan via en chattfunktion.

Även om det inte finns någon formell övre åldersgräns att bli erbjudan egenmonitorering, så är många av kronikerna i länet äldre personer. I slutrapporten för pilotprojektet beskrivs som en bakgrund att upp till 85 procent av svenskarna över 65 år har en kronisk sjukdom. Totalt är drygt 400 personer från de olika patientgrupperna anslutna idag. Den största diagnosgruppen är hypertoni, därefter diabetes, sen hjärtsvikt och sist KOL.

En trygghet, ökad tillgänglighet och en tidsbesparing för såväl patient som medarbetare

Regionen har följt arbetet noggrant och gjort uppföljningar sedan start. Dessa visar att den mest övergripande nyttan som patienterna ser är att egenmonitoreringen har gett en känsla av ökad trygghet.

”Det upplevs som en trygghet att de inte behöver stressa iväg till hälsocentralen och ta blodtryck, som då heller inte blir rätt.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Patienterna upplever också att de själva får mer kontroll över situationen och lär sig mer om sin egen sjukdom och vad de själva kan göra för att må bättre. I slutrapporten för pilotprojektet beskrivs bland annat att en mycket hög andel av de patienter som deltagit i uppföljning anger att de skulle rekommendera tjänsten till andra, vilket är ett viktigt mått för att mäta patientens upplevelse.

Från verksamhetens perspektiv är detta arbetssätt även mycket tidseffektivt eftersom det leder till färre besök på hälsocentralen, men att de ändå får de vården som behövs för att ge en bra vård. Tidsvinsten blir alltså stor både för patienter och medarbetarna inom primärvården. Någonting som är extra värdefullt i och med covid-19 pandemin är att distriktssköterskorna kan utföra denna del av sitt jobb på distans – så länge du har uppkoppling så får du kontakt med appen.

Modet att testa nytt

Någonting som varit viktigt genom hela arbetet – från pilotprojekt till att bredda arbetssättet till fler patientgrupper – är att det i organisationen finns modiga chefer och medarbetare som vågar testa nya oprövade sätt att utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar. En förutsättning för arbetet har också varit att det har avsatts tillräcklig tid för att jobba med egenmonitoreringen.

”En framgångsfaktor att chefer och medarbetare törs kliva ut på nattgammal is och stå för det. Vi provar systematiskt och gör förarbete så gott vi kan, och så testar vi.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Någonting som också varit viktigt i Region Jämtland Härjedalen är att de har haft utsedda resurser och ansvariga för att arbeta med de tekniska delarna av införandet, för att säkerställa att de som arbetar närmast patienterna inte behöver lägga tid på det.

”Viktigt att det finns personer som löser detta med tekniken. De som arbetar med patienterna ska fokusera på patienterna.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

När det gäller tekniken så har det också underlättat att regionen under en längre tid har satsat på att ligga i framkant när det gäller digitalisering.

En osäkerhet tidigt i arbetet handlade om GDPR och hur den förordningen skulle påverka möjligheten till nya arbetssätt. Detta var någonting som visade sig kräva en hel del tid att lösa ut.

Egenmonitorering – en fråga för framtiden

Totalt är det drygt 400 personer som använder egenmonitoreringen i regionen idag. Målet från början var att 4 000 personer skulle ha anslutits till årsskiftet 2020/2021. Men på grund av att covid-19 pandemin bromsade in utvecklingen, så revideras målet till 1 600.

Generellt sett är frågor om egenvård och hur patienternas möjlighet till egenvård kan stärkas på olika sätt är en viktig fråga för framtiden. På så sätt ser Region Jämtland Härjedalen att de startade utvecklingen av egenmonitoreringen i rätt tid, då det nu även breddas till att bli aktuellt för andra delar av vården, exempelvis psykiatri.

När det gäller fortsatt forskning och kliniska studier arbetar exempelvis två ST-läkare i regionen med aktuella data från införande i sitt vetenskapliga arbete.

Avslutningsvis är ett råd från regionen till andra som är intresserade av att börja utveckla arbetet med egenmonitorering:

”Håll i och håll ut! Och var inte rädda, utan ha ett tillåtande arbetsklimat. Se det inte som ett misslyckande om ni inte är nöjda, se det som en lärdom och justera.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Samskapande

Samskapande innebär att medarbetare inom vård- och omsorg utvecklar verksamheten tillsammans med patienter, brukare och dess närstående. Det kan handla om olika yrkeskategorier som ingår i utvecklingsarbetet, men patienten eller brukaren finns alltid närvarande för att tillföra sitt perspektiv. Detta sätt att löpande utveckla och förbättra vården och omsorgen är därmed en del i utvecklingen mot en personcentrerad vård som utgår från individuella behov. Patientens/brukarens berättelse och erfarenheter blir här vägledande för utvecklingen.

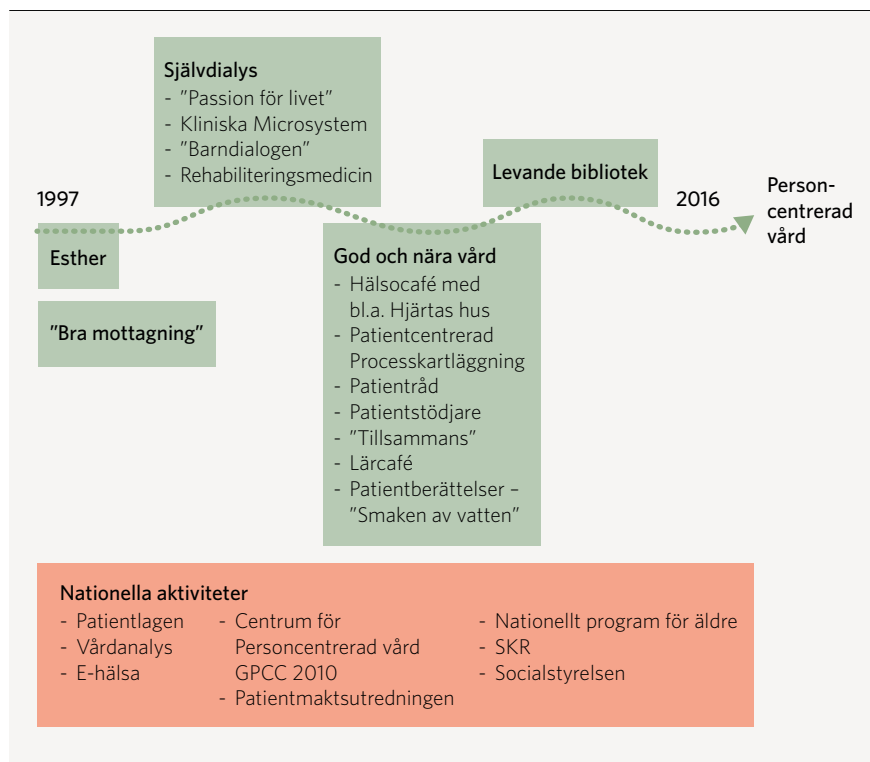
Levande bibliotek i Region Jönköpings län

Region Jönköpings län har under många år arbetat för att ställa om vården för att bli mer personcentrerad. Bland annat arbetar man med det som kallas hälsocafé – ett paraplybegrepp för mötesplatser och nätverk i gränslandet mellan hälso- och sjukvården och samhället. Inom hälsocaféet har sedan 2015 det Levande biblioteket byggts upp. Här kan den som har erfarenhet som patient eller närstående bidra i utvecklingen av hälso- och sjukvården i regionen.

En del i resan mot en personcentrerad vård

Levande bibliotek är en pusselbit i ett större arbete som regionen bedriver för att uppnå en personcentrerad vård som utgår från patienternas behov. En person med erfarenhet från vården som patient eller som närstående kan ha mycket att bidra med i utvecklingen av hälso- och sjukvård – och det är den insamlingen som det Levande biblioteket är tänkt att skapa.

FIGUR 1. Resan i Region Jönköpings län mot en personcentrerad vård



Det Levande biblioteket i Regionen Jönköpings län är idag en resurs med cirka 45 personer och är en av de mötesplatser och nätverk som tillsammans ingår i vad som kallas hälsocafé.

De personer som ingår i Levande bibliotek har antingen egen erfarenhet från vården som patient eller är närstående till någon som är eller har varit patient. Deltagande bygger på frivillighet och de som är med godkänner att hälso- och sjukvården kan ställa frågan om att vara med i exempelvis ett förbättringsarbete som bedöms kunna passa för den personen. Verksamheter som sedan önskar ha patientmedverkan för att utveckla och förbättra sin verksamhet kan vända sig till det Levande biblioteket för att undersöka möjligheten för en person att delta. De som är med i det Levande biblioteket förbinder sig inte att delta i ett visst antal projekt eller liknande, och är inte heller garanterade ett visst antal uppdrag. Grunden är att dessa personer vill bidra med sina erfarenheter, utifrån egna förutsättningar. Rent praktiskt kan det handla om att dela sina erfarenheter genom att delta i ett utvecklingsprojekt, på workshoppar, eller introduktionsutbildningar. För de som deltar

i utveckling av hälso- och sjukvården utgår en ersättning som bestäms av insatsens omfattning. Den betalas ut antingen för hel- eller halv dag, enligt gällande policy för arvodering i Region Jönköpings län.

I Levande biblioteket ingår som sagt både personer med erfarenhet som patient och de som har erfarenhet som närstående/anhörig till patient, men majoriteten är patienter eller personer som har tidigare erfarenheter från vården som patienter. Vägen till att ingå i det Levande biblioteket kan se lite olika ut och regionen får kontakt med dessa personer på olika sätt. Ibland hör personen av sig direkt till regionen och ibland är det verksamheten som fångar upp om det kan vara aktuellt och frågar en person om hen är intresserad. Ibland händer det att regionen behövt säga nej till en person som visat intresse. I dessa fall handlar det om att deras intresse är att endast framföra kritik och inte att delta konstruktivt till att förbättra vården.

”Deltagande måste vara för bådats bästa och det är viktigt att gå in i det med öppet sinne. Att delta både för sig själv och för att förbättra för andra patienter.”

Medarbetare i Region Jönköpings län

Av de cirka 45 personerna i det Levande biblioteket är många pensionärer. Oftast är det pensionärer som har lättast att bidra, eftersom de inte behöver inte ta ledigt från arbete för att delta. Uppskattningsvis har runt 70 procent av de som ingår i det Levande biblioteket deltagit i något förbättringsarbete.

Personerna som ingår kan vara delaktiga i frågor inom alla möjliga områden inom hälso- och sjukvården och på olika nivåer i vårdssystemet. Insatserna kan på olika sätt beröra vård och omsorg, exempelvis om äldre i hemmet. Under 2020 rör det sig bland annat om förbättrings- och designarbeten kring patientkontrakt, säker utskrivning och rehabiliteringsprocessen.

Att utveckla och förbättra vården

Deltagarna i det Levande biblioteket bidrar till utveckling och förbättring av vården på olika sätt. Levande bibliotek har även blivit en naturlig del i regionens arbete med god och nära vård och patientkontrakt. I utvecklingen av vården är det särskilt betydelsefullt att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården och i samhället i stort. Sedan starten 2015 har verksamheterna också blivit bättre på att efterfråga patienternas berättelser.

”Nu tänker verksamheterna på ett helt annat sätt. Vi ska inte skapa nya grejer utan att tänka in patient- och närstående från början i ett projekt!”

Medarbetare i Region Jönköpings län

Att få möjlighet att bidra upplevs oftast som värdefullt. Särskilt när det kan underlätta för framtida patient med samma sjukdom. För de som deltar beskrivs ofta nyttan i termer av att det känns bra att bidra till att förbättra, både för sig själv och för andra patienter och deras närstående.

”Det är inspirerande att vara med i utvecklingen som sker och vara med och berätta om hur det är i verkligheten.”

Deltagare i Levande bibliotek

För verksamheterna öppnar det Levande biblioteket upp nya perspektiv. Många som är verksamma inom vården ser att det är viktigt att föra in patientens perspektiv och stärka patientens ställning på olika sätt och att det Levande biblioteket kan bidra till det.

Det är också en nytta för verksamheten att det finns en samlad organisering av Levande bibliotek som kan förse verksamheterna med patientperspektivet när de ser behov. Det hade varit mer utmanande om varje verksamhet skulle bygga upp liknande koncept på egen hand för sin patientgrupp.

Viktigt med en samordnande resurs som håller ihop arbetet

Det är viktigt att det finns utsedda resurser som håller i och kan organisera arbetet. Exempelvis handlar det om att säkerställa att det finns en resurs som kan hjälpa till att ”matcha” behov från verksamheterna med patientföreträdare som kan vara intresserade av att bidra. För att kunna göra det är det viktigt att den samordnande funktionen intervjuar och verkligen lär känna de som deltar i Levande biblioteket.

Det är också centralt att personerna som deltar får inbjudan i god tid, får en bra introduktion till det förändringsarbete hen ska delta i samt tydlig information om hur det rent praktiskt ska gå till. Det är också viktigt att de får en kontaktperson att vända sig till samt möjlighet att förbereda sig inför en specifik aktivitet.

Arvoderingen till de som deltar kan vara en utmaning. Detta har hittills varit lite administrativt omständligt och standardiserat utifrån deltagande under halvdagar eller heldagar, utan möjlighet till timarvode. Under senare tid, med många korta webbmöten, har man därför istället slagit ihop flera deltaganden till en halvdag.

En annan utmaning är svårigheten att dela information och projektdokumentation med varandra i och med att alla har sina egna dokumentationssystem. Här krävs att man hittar en möjlighet till transparens genom exempelvis någon form av projektyta som möjliggör att verksamhet och patientrepresentant kan jobba tillsammans.

Ett större intresse för de levande biblioteken

I Region Jönköpings län har en viktig framgångsfaktor varit att ledningen har drivit på, länge har arbetat med att stärka patienternas ställning och är tydliga med att det ska göras i samverkan mellan olika aktörer. Mycket sker inom området och det Levande biblioteket blir här en naturlig del i arbetet med Nära vård och patientkontrakt.

Levande bibliotek finns även på andra platser runt om i landet (exempelvis Västra Götalandsregionen sedan 2010 och Region Östergötland som startar 2021). Många kontaktar Region Jönköpings län och önskar hjälp inför starten. Intresset har även varit stort från internationellt håll. För verksamheter som är intresserade är ett råd från regionen att öppna upp verksamheterna för patientmedverkan och inte vara rädda för att testa. Omställningen till en god och nära vård kommer kräva att verksamheterna förändrar arbetssätt och designar om vården på olika sätt. Ingen tjänst bör designas utan att den som använder tjänsten bjuds in och görs delaktig.

Gemensamt lärande

Det gemensamma lärandet handlar om att genom praktisk övning tillsammans träna och lära nytt med syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Det gemensamma lärandet bidrar till ett personcentrerat förhållningssätt då det utgår från patientens/brukarens behov. Arbetet kan organiseras enligt olika modeller och arbetssätt. Men, patienten och alla yrkeskategorier som på olika sätt finns runt patienten i dennes situation bör ingå i det gemensamma lärandet för att bidra med sina olika perspektiv, kunskaper och erfarenheter.

Esther SimLab – praktisk träning och lärande tillsammans

Esther SimLab är en modell som arbetats fram i Region Jönköpings län för att tillsammans med olika yrkeskategorier och patient träna på vård- och omsorgssituationer. Genom att samla medarbetare från slutenvården, primärvården och kommunen tillsammans med en patientrepresentant ger det ett tillfälle att träna i en säker miljö med fokus på kommunikation och samverkan.

Metod för att träna "icke-tekniska" färdigheter

I januari 2018 trädde en ny lag i kraft om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:162). Detta ställde nya krav på samordning – och innebar även att en ny yrkesroll skapades i form av vårdsamordnare. För att lära sig den nya lagen och anpassa verksamheten genomförde Region Jönköpings län bland annat workshops med medarbetarna. Här arbetade man exempelvis med att söka nya arbetssätt som kunde stärka och stödja samverkan i praktiken.

”Vi började ställa oss själva frågan – hur kan vi göra detta? Vi var vana vid att samskapa, och ville involvera patienten.”

Medarbetare i Region Jönköpings län

Som en del i arbetet gjordes också studiebesök på en verksamhet i Danmark där man tränade på just kommunikation och samverkan – och insåg då att det var viktigt att göra detta tillsammans med patienten. Genom ett antal pilotförsök testade man sig fram och utgick från den metodgrund som fanns inom Metodikum som är Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering⁵. Här fanns exempelvis redan en struktur för pedagogiskt upplägg.

Kärnan i Esther SimLab handlar om att tillsammans med patient träna praktiskt lärande av "icke-tekniska" färdigheter, där kommunikation och samverkan ingår. Förståelsen som skapas i träningsformen inom Esther SimLab utvecklar teamsamverkan, realiserar ett personcentrerat förhållnings-sätt och bidrar konkret till ökad möjlighet för bättre hälsa och jämlik vård.

FIGUR 2. Esther SimLab-modellen – praktisk träning



Not. 5. <https://plus.rjl.se/metodikum>.

Arbets sättet utgår från patientens situation och behov och målgruppen är densamma som för den nya lagen från 2018. Det vill säga de patienter som har fortsatta behov efter att ha blivit utskrivna från sjukhus (någonting som ofta är fallet för äldre personer). I grunden handlar metoden om att träna på att vända på situationen – istället för att utgå från vården, som i många fall är fragmentiserad, utgå från patientens perspektiv och göra denne delaktig.

Vem som helst kan egentligen initiera ett behov av att träna på en samverkan i en specifik typ av situation. Behovet kan exempelvis komma från en patient som upplevt en tidigare situation som inte blev bra eller från en arbetsterapeut som tar emot en patient som uttrycker att det inte blivit bra. Verksamheterna kan också påtala ett behov om man exempelvis ser att någonting behöver tränas inom vårdkedjan. Träningstillfällen har också varit en bra väg för att utforma den nya rollen för vårdsamordnare, som ska handla om att vara navet för patientens resa – från utskrivning till att hen är tillbaka hemma.

Träningstillfällen kan utföras på olika sätt i olika miljöer och sker alltid i samskapande med Esther eller en Esther-representant. "Esther" är en symbolisk person med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning mellan sjukhus, primärvård, hemvård och omsorg.

Alla som möter patienten i sin vardag ska vara med och träna. Figuren nedan illustrerar de olika moment som ingår i ett träningstillfälle. Det första steget kallas här för "behov och lärandemål" och det sista steget handlar om att ta fram en handlingsplan för det fortsatta arbetet.

Inledningsvis är förberedelserna viktiga och det handlar dels om att inventera vilka förkunskaper som behövs för träningen och dels om att bestämma vilka instruktörer som ska leda simuleringen. Dessutom vilka som ska vara observatörer, vilken Estherberättelse som ska användas som utgångspunkt i simuleringen samt inventera vilka olika verksamheter och yrkesroller som på olika sätt möter Esther. Innan själva träningstillfället är det också viktigt att ta fram 2–3 lärandemål som gruppen sedan reflekterar kring.

Esthermodellen innebär även att observatörer är med vid träningstillfällena, ofta kommer de från någon strategisk funktion inom verksamheten, men det kan också vara anhöriga/närstående representant. Genom att resonera och reflektera tillsammans är målet att utveckla och förbättra verksamheten.

Att stärka patientens perspektiv

För patienternas och brukarnas del ligger den största nyttan i att få bidra i processen och utvecklingen av vården och omsorgen med sin berättelse.

"Som patient blir man mer sedd – deltagarna får mer förståelse för hur jag som patient kan uppleva vissa situationer."

Patientrepresentant

Vid träningstillfällena övar alla gemensamt på att kommunicera, bemöta, sätta teamarbetet i fokus och realisera ett personcentrerat förhållningssätt – vilket stärker patientens ställning även i ett längre perspektiv.

För verksamheten handlar det om nyttan och det stora värdet i att få se helheten – att få med det som ligger ”före” och ”efter” i vårdkedjan samt se hur verksamheten själv bidrar till hur situationen ser ut.

Att alla är med och tränar och reflekterar tillsammans kan på sikt också bidra till en ökad patientsäkerhet.

Sedan kan sägas att träningen kanske ger allra störst nytta och framgång när det handlar om en komplex verksamhet där flera organisationer och huvudmän är inblandade.

”Ju fler involverade personer, desto större effekt med träningsmodellen.”

Medarbetare i Region Jönköpings län

Förmedla erfarenheter och följa upp effekter

För att lyckas utveckla Esther SimLab har det varit viktigt att det funnits engagerade chefer på flera nivåer, som ser värdet av att träna samverkan och vill bli bättre där det finns behov. Här har också en framgångsfaktor varit att det funnits tydliga instruktioner för hur man ska göra, hur arbetet går till samt vilka instruktörer som finns att tillgå i verksamheterna.

Framöver planerar regionen att fortsätta arrangera träningstillfällen med nya fokus inom omställningen till Nära vård. I framtiden önskar regionen också kunna utvärdera och forska på effekterna av detta sätt att samskapa genom att träna på samverkan tillsammans.

Region Jönköpings län vill också förmedla sina erfarenheter och inspirera andra till gemensam träning i samverkan tillsammans med patient. Ett råd är då att planera testtillfällen noggrant. Det är viktigt att handplocka de personer som ska vara med och redan vid första tillfället ha med patientrepresentanter. Detta är viktigt för att tidigt skapa en positiv känsla, få upp energin och ge inspiration och få ett gott exempel att sprida vidare.

Beslutsstöd

Beslutsstöd syftar till att underlätta, ge struktur och hjälp vid behandling av enskilda patienter genom olika metoder som stödjer ställningstaganden. När personalen får stöd att i vardagen tillämpa bästa tillgängliga kunskap ökar patientsäkerheten. Beslutsstöd förutsätter att det finns rekommendationer eller beslutsalgoritmer utifrån den information eller de mätvärden som finns tillgängliga i situationen. Att använda sig av standardiserade beslutsstöd ska göra det lättare att göra rätt och svårare att göra fel.

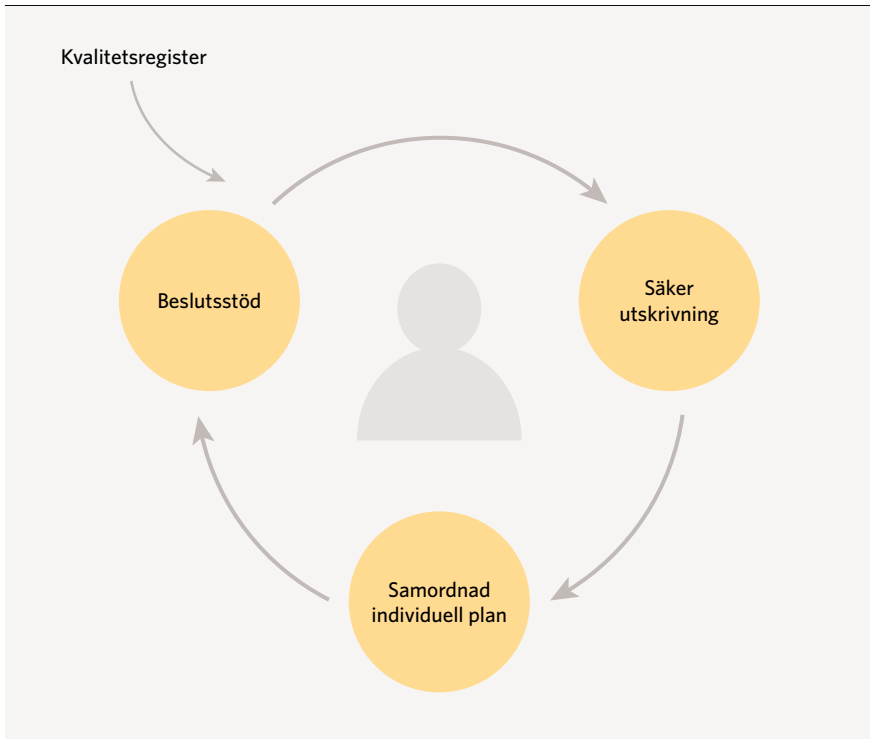
Beslutsstöd – en del av samverkansmodellen ViSam

Att ha en tydlig struktur och helhet i arbetet med de mest sjuka äldre och bidra till en sammanhållen vård och omsorg kräver nära samverkan mellan olika professioner och mellan kommun, primärvård och slutenvård. En viktig del i detta är en strukturerad bedömning som säkerställer att patienten får vård på rätt vårdnivå och att informationsöverföring till nästa vårdgivare säkras. Detta är något som Region Örebro län arbetat med tillsammans med länets kommuner inom samverkansmodellen för planering och informationsöverföring, ViSam.

Säkerställa optimal vårdnivå för den enskilde patienten

Samverkansmodellen ViSam antogs 2013 efter ett gediget jobb där över 100 personer från verksamheten, olika vårdgivare och patientföreträdare hade intervjuats. I arbetet blev det tydligt att samordnad individuell plan (SIP), säker utskrivning och beslutsstöd var tre kärnområden att arbeta vidare med. Dessa områden hade även identifierats i tidigare satsningar som gjorts men nu var det dags att knyta ihop säcken och få en helhet genom den så kallade ViSam-modellen, en samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Centralt i ViSam-modellen är det personcentrerade arbetssättet där patienten och dennes resurser står i centrum och att strukturerna inom ViSam ska stötta det praktiska genomförandet.

FIGUR 3. ViSam – Samverkansmodell för planering och informationsöverföring



Beslutsstödet, som är en av delarna inom ViSam, är ett instrument som används av sjuksköterskan i hemsjukvården för att avgöra vad som är den bästa vårdnivån för den enskilde patienten om hen hastigt eller oväntat försämras i sitt hälsotillstånd. I de fall hemsjukvårdens sjuksköterska inte varit på plats och ambulans har tillkallats ska ambulanspersonalen använda beslutsstödet i sin bedömning. Instrumentet är utformat som en checklista (finns även tillgänglig som app) som innehåller kontroll av vitalparametrar och patientens symtom, som tillsammans med sjuksköterskans egen kliniska bedömning styr valet av vårdnivå.

För sjuksköterskan i hemsjukvården innebär detta ett stöd i beslutet om den fortsatta vården för patienten bäst sker genom att vara kvar i hemmet, om distriktsläkare ska kontaktas eller om det finns behov av att tillkalla sjuktransport eller ambulans.

Genom att använda beslutsstödet säkras bedömningen av den enskildes behov och underlättar val av vårdnivå. Rapportering till nästa vårdnivå har även blivit mer strukturerad än tidigare delvis genom att kommunikationsverktyget SBAR nu används (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer) vid rapportering. Checklistan används även som stöd

för dokumentation i patientens journal och överrapportering av beslutstödet görs genom registrering i IT-stödet för samverkan som skickas som en bilaga tillsammans med vårdbegäran till akuten.

En variabel som tillkommit i beslutstödet är val av transportsätt, det vill säga om patienten behöver sjuktransport eller ambulans. Detta är något som efterfrågats från medarbetare så numer innefattar beslutstödet både vårdnivå och transport.

”Många har jobbat med säker utskrivning men då måste man också jobba med den säkra inskrivningen som kan börja redan vid köksbordet – och det är där beslutstödet kommer in.”

Medarbetare Region Örebro län

Idag används ViSam-modellen, eller delar av ViSam-modellen, i många delar av landet. Uppskattningsvis använder 170 kommuner beslutstödet. Appen som finns som digitalt stöd för handläggningen har ca 6 000–7 000 nedladdningar.

Trygghet för patienterna och vårdens medarbetare

Tidigare fanns en avsaknad på riktlinjer för hur en bedömning i hemmet skulle gå till. Beslutsstödet var därför ett efterlängtat instrument då bedömningen av en situation tidigare hade legat på den enskilde medarbetaren. När ett hälsotillstånd försämras är det viktigt att bedömningen sker på ett strukturerat sätt – att oavsett vilken sjuksköterska patienten träffar bedöms patienten utifrån samma struktur. Patienten får då en bedömning baserad på evidens, oberoende av sjuksköterskans erfarenhet.

Instrumentet har även bidragit till att underlätta samarbetet mellan kommun och region genom ett enhetligt arbetssätt och språkbruk som ligger till grund för bedömningen. Beslutsstödet möjliggör en mer strukturerad bedömning för att patienterna ska få bästa möjliga vård och även förbättrad dataöverföring till nästa vårdnivå. Det har även underlättat för sjuksköterskorna i kontakt med SOS-alarm och ambulanspersonal när de har vitalparametrarna att referera till i sin bedömning.

Beslutsstödet ger även en trygghet för sjuksköterskan som gör bedömningen genom vetskap att man har följt alla de steg som ska göras. Trygghet handlar även om att som patient inte behöva åka till sjukhus i onödan och det systematiska arbetssättet kan inge trygghet hos patienten och anhörig när sjuksköterskan kan kontrollera vitalparametrar och bekräfta om de är normala.

”Det är trygghetsskapande – bedömningsinstrumentet ger en trygghet för alla involverade.”

Medarbetare Region Örebro län

Rätt patienter till rätt vårdnivå

2016 genomfördes en studie som tittade närmare på beslutsstödet och inkluderade två av de tio kommunerna i länet. Studien visade att 94 procent av de äldre personerna som hänvisats vidare till sjukhus blev inlagda, jämfört med 60 procent i den mätning som genomfördes innan beslutsstödet infördes. Resultatet tyder därför på att det är rätt patienter som skickas till akuten från den kommunala hemsjukvården. Studien visade också att sjuksköterskor upplevde att de arbetade mer systematiskt, kommunicerade mer effektivt med andra parter och upplevde sig mer professionella när de använde beslutsstödet. Genom att hälso- och sjukvårdens medarbetare kan kommunicera mer optimalt minskar också risken för missförstånd och samtidigt stärks samarbetet. En pågående forskningsstudie via Örebro universitet tittar även på klinisk validering av beslutsstödet.

Kommunikation och påvisa effekterna av det förändrade arbetssättet

Det personcentrerade förhållningssättet lyfts fram som centralt i arbetet med ViSam-modellen och beslutsstödet. Att äldre personer inte ska behöva vårdas på en akutmottagning när de skulle kunna vara hemma och ha en så bra livskvalitet som möjligt. Arbetet har även inneburit en kulturförändring i verksamhetens språk genom att man istället för att prata som ”sina” patienter, brukare eller kunder, numera pratar om sina ”gemensamma” patienter och hur dessa kan få bästa möjliga sammanhållna vård och omsorg.

Det har även varit av betydelse i implementeringen att löpande kommunicera och visa på nyttorna med arbetssättet. För att lyckas med en beteendeförändring vid införandet av nya arbetssätt lyfts vikten av att visa de effekter som arbetssättet leder till.

”Utmaningen är att hålla i och ligga på hela tiden. Att visa på effekten är viktigt så att sjuksköterskan ser att det gör skillnad.”

Medarbetare Region Örebro län

I det fortsatta utvecklingsarbetet har även sjuksköterskor utbildats till så kallade instruktörer i beslutsstödet och kan därmed i sin tur genomföra fortbildning och utbilda nya medarbetare i verksamheterna. Att arbeta med train-the-trainer-modellen upplevs stärka hållbarheten i arbetet över tid.

Sammanfattningsvis summerar regionen att det krävs fokus på den enskildes delaktighet och behov, chefernas engagemang och delaktighet och ett ständigt pågående förbättringsarbete med ett strukturerat arbetssätt för lyckad omsättning i praktiken.

Förebyggande arbete

Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet består av tidiga insatser, innan ett behov uppstått av omsorg eller vård. För äldre personer handlar det om att öka förmågan till självständighet och möjliggöra ett tryggt liv hemma. Samtidigt som behov av insatser från äldreomsorgen i form av hemtjänst eller särskilt boende kan minska eller skjutas fram. I det förebyggande arbetet samverkar ofta kommunen och vårdcentral och i många fall innebär konceptet att besök görs i hemmet. En utmaning kan vara att identifiera vilka som har störst nytta av de förebyggande insatserna.

Förebyggande team i Töreboda

Västra Götalandsregionen och kommunerna i norra Skaraborg arbetar sedan tidigare i ett större projekt med syfte att flytta vården och omsorgen närmare invånarna. Som en del i detta arbete startade Töreboda kommun tillsammans med Närhälsan Töreboda vårdcentral och Närhälsan Töreboda rehabmottagning ett samarbete för att förebygga ohälsa och skjuta upp behov av vård och omsorg för äldre personer som bor hemma. I samverkan erbjuder de idag hälsofrämjande stöd och behandling för att den äldre ska må bra hemma, utifrån sina egna förutsättningar.

Tidiga insatser hos äldre för att bibehålla god hälsa

Det förebyggande teamet i Töreboda startade som ett pilotprojekt 2018 inom ramen för arbetet Nära vård i Norra Skaraborg. Arbetet började egentligen redan hösten 2017 då en arbetsgrupp med representanter från kommunen, vårdcentralen och närhälsans rehab började undersöka hur arbetssättet skulle kunna utvecklas och i april 2018 hade de sin första testpatient. Efter att projektet avslutats 2019 ingår teamet numera som en del i den ordinarie verksamheten.

Viktiga utgångspunkter i arbetet har från början varit att möta individen i dennes hem med förebyggande syfte att möta individernas behov av till exempel rehabilitering och hjälpmedel. Arbetssättet innebär i praktiken att ett multiprofessionellt team, med medarbetare från både regionen och kommunen, tillsammans gör besök hos äldre personer i deras hem för att göra en tidig bedömning av deras behov.

Teamet består av distriktssköterska, arbetsterapeut, och biståndshandläggare. Utifrån behov inkluderas även läkare, dietist, fysioterapeut, anhörigsamordnare eller kommunens öppna verksamheter i teamet. Deltagarna i teamet har avsatt tid varje vecka där tider bokas in för teamet att göra hembesök. Övrig tid arbetar de som vanligt med sina övriga arbetsuppgifter och uppdrag.

Målgruppen för teamet är äldre kommuninvånare som har behov av råd och stöd för att bibehålla sin hälsa och självständighet. Framst riktar de sig mot personer som inte har hemtjänst eller regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården.

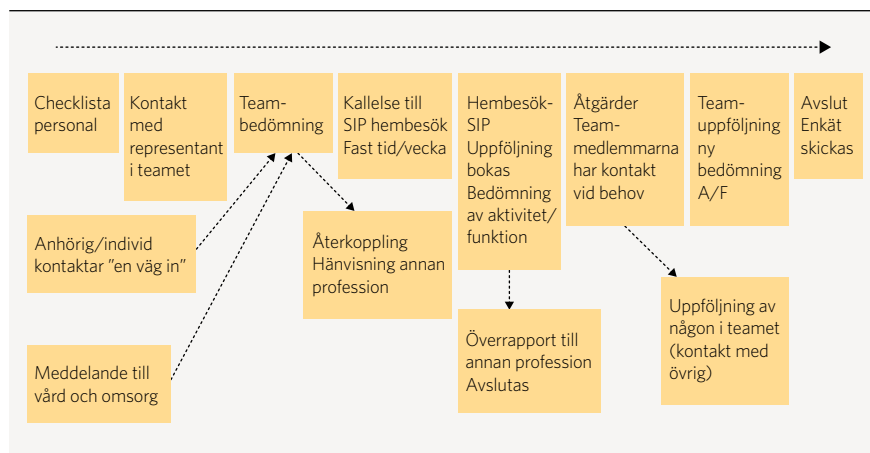
Från början arbetade man utifrån en åldersgräns på 67 år. Men det fick man backa från och numera utgår verksamheten från behovet och inte åldern.

Behovet om stöd från teamet kan fångas upp exempelvis genom att en invånare ringer biståndshandläggare och ber om stöd eller hör av sig till primärvården och önskar få hjälp, men inte riktigt kan sätta fingret på med vad. Det finns en checklista som medarbetare inom vård och omsorg kan använda sig av för att identifiera vilka individer som kan ha behov av att få besök av teamet. Denna handlar i huvudsak om att ringa in frågan om huruvida det har det skett en förändring i hur individen klarar sin vardag. För att bli aktuell ska personen i fråga inte ha pågående insatser, till exempel från hemtjänsten och ärendet kan heller inte vara akut. När det ser ut att finnas ett behov av stöd från det förebyggande teamet kallar distriktssköterska till en Samordnad Individuell Plan, SIP.

SIP:en görs sedan av distriktssköterskan tillsammans med övriga i teamet hemma hos individen. Den äldre får också alltid en papperskopia på vad teamet tillsammans med den äldre kommit fram till. För anhöriga är det bra att det finns kontaktuppgifter med telefonnummer om de undrar över någonting i efterhand. I samband med besöken lämnar teamet också information om vilka möjligheter som finns till stöd av olika slag.

Teamet har motiverande samtal med den äldre för att resonera kring vad som är viktigt för hen i vardagen och vad hen kan och vill kunna göra själv. Om det exempelvis handlar om att personen inte längre kan gå till affären kan teamet prata om möjligheten att få tillgång till en rullator för att kunna gå dit själv. Efter hembesöket görs en bedömning med beslut om eventuella åtgärder. Teamet erbjuder sedan ett uppföljningsbesök efter cirka 4–6 veckor där man tillsammans pratar om ifall det blev som det var tänkt. Vid uppföljningen är det samma personer från teamet som deltar och ibland är även anhöriga med.

FIGUR 4. Arbetsprocessen för det förebyggande teamet i Töreboda



Sedan teamet startade verksamheten i april 2018 har det i september 2020 besökt knappt 100 personer. Några av dessa är personer som teamet har kommit tillbaka till efter att de sökt kontakt på nytt efter två år. I snitt gör teamet 1–2 besök varje vecka.

Tillgänglighet och självständighet

Under tiden arbetet bedrevs i form av ett projekt skickades en enkät ut till de äldre efter att de fått stöd från teamet. Resultatet visade att de äldre främst upplevde att de hade påverkats i positiv riktning när det gäller upplevd livskvalitet och hur de klarar sig själva i vardagen. Vissa svarade att de upplevde sin självständighet som oförändrad, vilket innebär att de behållit sin självständighet som är ett viktigt syfte.

En annan utgångspunkt för arbetet med det förebyggande teamet har varit att förenkla för invånarna att komma i kontakt med vård och omsorg. De som fått stödet upplever att de inte behöver ringa runt lika mycket. Nu kan kommunikationen gå direkt vidare till teamet och skapa en väg in för invånarna.

”Då kan jag kontakta dom på ett direktnummer – jag trodde inte att det skulle vara möjligt. Jag behöver inte sitta i kö – sjuksköterskan vet vem jag är och tvärtom.”

Närstående till person som fått stöd från det förebyggande teamet

För verksamhetens del innebär det förebyggande arbetet också att teamet avlastar övriga kollegor om de till exempel är osäkra på hur det för en person går att klara sig själv hemma. Om teamet åker hem till den personen kan detta i förlängningen också leda till att hemtjänst behöver beviljas.

För Töreboda kommun har man kunnat se att behovet av hemtjänst har minskat jämfört med ett par år sedan. Skillnaden är ganska stor – 76 årsarbetare för ett par år sedan jämfört med 58 årsarbetare idag. Det förebyggande teamet är inte den enda orsaken till detta, men tydligt är att de olika insatserna som gjorts för målgruppen har gett effekt. Primärvården märker också att det kommer färre telefonsamtal till distriktssköterskorna från de som brukar ringa ofta med frågor som bottnar i en oro – efter att de fått kontakt med det förebyggande teamet

En annan nytta för såväl den äldre personen som för verksamheterna är att det multiprofessionella teamet möjliggör ett personcentrerat förhållningssätt när teamet kan se till och hantera fler aspekter av individens situation samlat.

”Vi ser mycket när vi är hos patienten i dennes hem. Det är många ögon som ser många saker samtidigt, från olika perspektiv.”

Medarbetare i Region Västra Götalandsregionen

”Får alla bitar som anhörig – en helhet. De pratar med varandra, regionen och kommun, känns helt unikt att de samarbetar på det sätt de gör.”

Närstående till person som fått stöd från det förebyggande teamet

Att bygga teamet hållbart

En viktig framgångsfaktor för samverkan har varit att det sedan tidigare finns en lång tradition att samverka med varandra, vilket gjorde att det kändes självklart redan från början. En annan viktig faktor är att det funnits resurser i form av personer med ansvar att starta upp projektet, driva på och sedan hållit i när arbetssättet gått över till ordinarie verksamhet. Att ha dedikerade resurser som säkrar arbetssättet när projektet tar slut är särskilt viktigt för att det inte ska rinna ut i sanden. Implementeringen har rullat på bra och de som jobbar med teamet idag ser så många fördelar att de inte skulle vilja backa tillbaka till tidigare arbetssätt – vilket i sig blir en stor drivkraft.

Teamet har tidigare drivits som ett projekt under förutsättning att det ska bli ett hållbart ordinarie sätt att arbeta. Teamet har också byggts upp efter det och inte med hjälp av nyanställningar, utan har riggats utifrån tillgängliga resurser.

Förebyggande – i det långa loppet

Från början, innan de deltagande verksamheterna lärt känna varandra fanns det också utmaningar i samverkan. Men nu när alla parter har lärt känna varandra och varandras olika uppdrag och kompetenser så fungerar det väldigt bra och verksamheterna ser stora möjligheter. Inom primärvården har exempelvis verksamheten utvecklats för att lättare få tillgång till läkare i teamet som distriktssköterskan kan boka in för att följa med ut på hembesök.

En del i teamets uppdrag är också att sprida erfarenheter och kunskaper kring det förebyggande arbetet till grannkommunerna. Det här har dock inte varit helt lätt – vilket delvis kan bero på att de olika kommunerna har olika lokala förutsättningar att utgå från när det gäller till exempel befolkningstäthet och antal utförare av primärvård.

Ett råd från Töreboda till andra som är nyfikna på arbetssättet är att våga börja prata med varandra över verksamhetsgränserna. Det är viktigt att våga prata med varandra om hur ett team skulle kunna byggas upp och vilka förväntningar de har på varandra.

Det är också viktigt att tydliggöra att det är ett förebyggande arbete och inte ses som ett ytterligare, extra uppdrag att utföra – utan som någonting som i själva verket effektiviserar.

”Ibland kan det också vara olika kulturer i olika kommuner och olika hur man ser på myndighetsutövning. Tror att det kan finnas rädsla för att det kommer bli mer att göra.”

Medarbetare i Region Västra Götalandsregionen

Proaktiv hälsostyrning

Inom Region Gävleborg arbetar man särskilt med att identifiera den grupp av patienter som ofta är äldre, multisjuka, tar många olika typer av läkemedel och har ett behov av hjälp och stöd – så kallade sköra patienter. Att identifiera de här personerna blir en viktig grund för att sedan kunna kartlägga och göra riktade åtgärder för att just dessa personer ska må bättre och förhindra eller skjuta upp kommande vårdbehov.

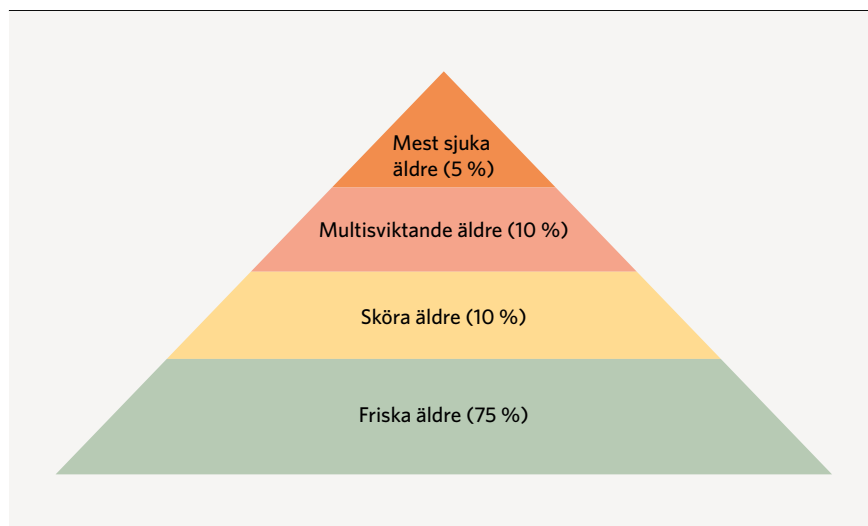
Styrs av behov – istället för av symtom och diagnos

Metoden proaktiv hälsostyrning kommer från början från begreppet aktiv hälsostyrning som är en internationellt validerad metod som går ut på att arbeta förebyggande och stödja utvalda grupper. I Region Gävleborg har man utvecklat denna metod för att utveckla sin egen modell för proaktiv hälsostyrning.

Bakgrunden var ett politiskt direktiv som hade sin utgångspunkt i att hitta arbetssätt för att genom screeningfrågor tidigt identifiera sköra patienter och göra insatser för att den gruppen inte ska bli sjuka i framtiden.

Denna strategi har sin bakgrund i att en liten andel av befolkningen i landet står för en stor del av sjukvårdens resurser. Detta, tillsammans med antagandet om att det till stor del går att förutsäga vem som kommer att ha stora behov av vård i framtiden, gör att det lönar sig både avseende kvalitet och ekonomi att göra riktade insatser för dessa grupper. Bilden illustrerar detta resonemang.

FIGUR 5. 65 år och äldre i Sverige



Primärvården i Gävle har utvecklat och förfinat arbetssättet och modellen för proaktiv hälsostyrning. I dag arbetar man utifrån ett arbetsflöde för sköra patienter – som bygger på grundtanken i proaktiv hälsostyrning. Enligt den ursprungliga modellen för proaktiv hälsostyrning skulle screeningfrågor ställas till alla personer över 65 år som man kom i kontakt med. Det har man idag gått ifrån eftersom det bland annat var svårt att ställa frågorna till mycket svårt sjuka patienter. Idag är det ingen åldersgräns för vilka som ingår i målgrupp sköra patienter, men det handlar ofta om äldre personer. Gruppen definieras i övrigt som personer som i många fall är multisjuka med multifarmakologi. De sköra patienterna har också ofta ett hjälpbehov, en föränderlig livssituation och upplever ofta otrygghet.

Verksamheterna har hittat egna modeller för att fånga upp de sköra patienterna, även om de idag inte arbetar lika brett som det initialt var tänkt (alla +65). Arbetet har fortfarande fokus på det som är kärnan i proaktiv hälsostyrning – att det är en strukturerad arbetsmetod för att göra tidiga insatser, utifrån enskilda individers behov.

”Vi har modifierat processen mer till ett arbetssätt i vardagen och anpassat efter varje individ.”

Medarbetare i Region Gävleborg

I korta drag ger arbetet möjlighet att identifiera behov av vård och stöd, och därefter planera och strukturera insatserna utifrån individuella behov. Alla yrkesgrupper som arbetar inom vården kring dessa personer har ett ansvar för att identifiera sköra patienter som har behov av proaktiv hälsostyrning. Identifieringen behöver inte ske med hjälp av screeningfrågor, som det först var tänkt, utan det kan till exempel också handla om att en patient kommer till en läkare och det i mötet framkommer att den personen har tilltagande minnesproblematik – då kan det bli en signal för att starta en kartläggning.

När personerna har identifierats finns olika arbetssätt som utvecklats lokalt på olika hälsocentraler. Men främst tas de sköra patienterna hand enligt ett utarbetat flöde. Det finns fler olika kartläggningsinstrument som kan användas för att komma fram till en individs behov och sätta in åtgärder utifrån det. HAD-screeninginstrument används för att identifiera ångest och depression. Ett annat vanligt exempel är Phase 20 som används för att identifiera symptom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar. Phase 20 används ofta i samband med läkemedelsgenomgångar, någonting som många gånger är en viktig del och som det nästan alltid finns behov av hos denna patientgrupp. Ibland behövs även provtagning och medicinsk utredning som åtgärd om det visar sig att patienten tagit fel läkemedel, kanske under en längre tid. Man arbetar även med Senior alert, som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt etcetera. Hälsosamtal erbjuds också, antingen som en del i kartläggningen eller som en efterföljande åtgärd.

En annan åtgärd som kan vara aktuell är mer insatser från äldreomsorgen, till exempel hemtjänst. Vad man kommer fram till sammanfattas sedan i en vårdplan eller en Samordnad Individuell plan (SIP) och vid behov utses en fast vårdkontakt. I nästa steg utförs sedan uppföljning av planen.

Mycket att vinna för individen, verksamheten och samhället

En viktig målsättning är att sätta in rätt åtgärder i ett tidigt skede, genom ett strukturerat arbetssätt. Det här kan i nästa steg succesivt minska de akuta insatserna, till förmån för de planerade insatserna. Patienterna får på så sätt en bättre livskvalité och fortsatt god hälsa.

Det finns stora vinster med det strukturerade förebyggande arbetet för både patienter och verksamheter – men även för samhället i ett större perspektiv. För den enskilda individen handlar det om ett minskat lidande eller bättre hälsa och för verksamheten en minskad resursåtgång och en möjlighet att planera verksamheten på ett smart sätt. På en samhällsnivå finns vinsterna sedan bland annat i minskade läkemedelskostnader och minskade sjukskrivningar.

I startskedet genomfördes arbetet i projektform och det var svårt att avsätta tid och samtidigt få ihop vardagen med övrigt arbete. Då låg en utmaning i att ställa om och se nyttan av att använda mycket av sin tid till det proaktiva arbetet – eftersom det lönar sig i det långa loppet.

”Vi vinner tid i senare skede och för patienterna gör det stor nytta. Men att möjliggöra den omställningen i en pressad vårdapparat är svårt – det var svårt då och det är svårt nu.”

Medarbetare i Region Gävleborg

Investera tidigt – det lönar sig i längden

En utmaning i verksamheterna är att inkludera alla medarbetare i arbetet med att identifiera de sköra patienterna. Vissa verksamheter har idag kommit längre i arbetet och andra har inte kommit igång i lika stor utsträckning.

För att lyckas är det viktigt att tydliggöra att ett strukturerat och proaktivt arbete med förebyggande insatser för denna grupp innebär att patienterna inte behöver återkomma kontinuerligt till vården. Genom att tidigt arbeta med utgångspunkt i modellen för proaktiv hälsostyrning med tidiga insatser och utnyttja flera professioner, så lönar sig arbetet och man får igen den tiden senare.

En framgångsfaktor för att regionen har kommit igång är ett tydligt krav från politiken att fokusera på det proaktiva. Under tiden har de som kanske först såg utmaningar fått tid på sig att se vinsterna på sikt och på så sätt har frågan fått mogna i verksamheterna.

En bra utgångspunkt för de som är i startgroparna för att styra om mot ett strukturerat proaktivt arbetssätt är att utgå från modellen om proaktiv hälsostyrning som ett hjälpmedel, och sedan anpassa den efter de egna förutsättningarna.

”Tänka personcentrerad vård och inte se modellen som någonting standardiserat, utan mer som ett flöde och ett verktyg. Utgå sedan från en palett med olika verktyg för att identifiera de behov patienten har.”

Medarbetare i Region Gävleborg

Rehabilitering i hemmet

Hemrehabilitering har fokus på teamarbete med involvering och delaktighet från brukaren. Målet är att med stöd av vård- och omsorgspersonal ge brukaren förutsättningar för att kunna klara sitt vardagsliv själv. Att arbeta utifrån rehabilitering i hemmet kräver mer resurser och tid i den inledande fasen men hämtas hem efteråt om behoven lyckas skjutas upp eller minskas.

Intensiv hemrehabilitering i Eskilstuna kommun

Med den demografiska utmaningen och en åldrande befolkning som bakgrund började Eskilstuna kommun fundera på om de kunde hitta arbetssätt där behovet av äldreomsorg eller särskilt boende (säbo) kunde skjutas upp och på så vis bidra till en ökad självständighet för brukarna. Idéer väcktes, studiebesök till Danmark genomfördes för inspiration och 2014 började arbetet med Intensiv hemrehabilitering (IHR) ta form.

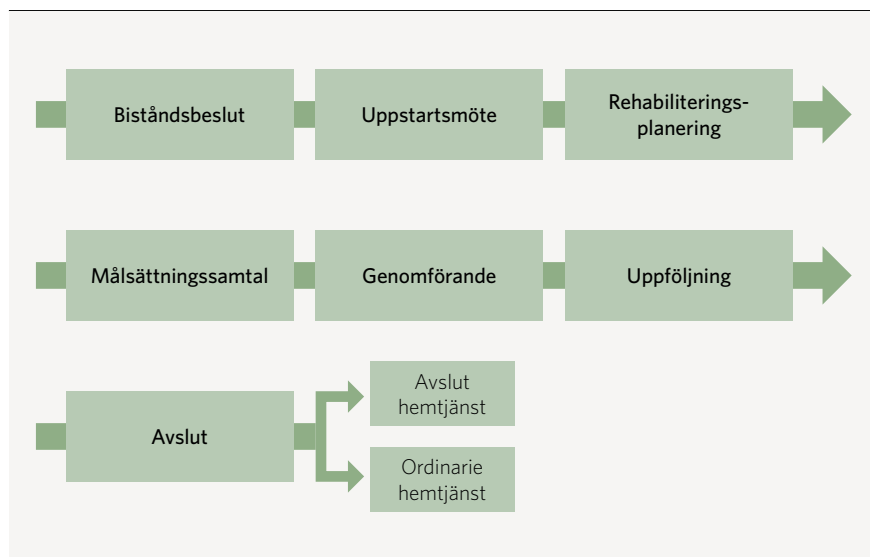
Möjliggöra för individer att bo kvar längre hemma

2014 startade arbetet och 2015 var teamet på plats. Teamet sitter i samma lokaler och består av undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, biståndshandläggare, beteendevetare och distriktssköterska. Syftet med IHR är att minska eller avsluta hemtjänstinsatserna och därmed skjuta fram vårdbehovet och möjliggöra för brukaren att bo kvar längre hemma. Detta tillsammans ämnar även bidra till att ökad livskvalitet.

”Fokus i arbetet har varit självständigheten och rehabiliteringen – det förebyggande arbetet.”

Medarbetare Eskilstuna kommun

FIGUR 6. Arbetsprocessen för intensiv hemrehabilitering, Eskilstuna kommun



Målgruppen i arbetet är personer som för första gången får biståndsbeslut om omvårdnad eller där det bedöms finnas rehabiliteringspotential som hemtjänstgruppen identifierat och då kan remittera vidare till IHR.

Med förhoppningen att snabbt kunna arbeta bort insatserna, arbetar IHR-teamet intensivt med en snabb uppstart. Processen inleds med uppstartsmöte tillsammans med brukaren och efterföljande rehabiliteringsplanering där samtliga professioner samtalar om brukarens status och samordnar sin bild. Efter cirka två veckor genomförs ett målsättningsamtal tillsammans med brukaren där fokus ligger på brukarens egna önskemål och förväntningar på rehabiliteringen. Beteendevetare som finns med i teamet kan agera som stöd för motiverande samtal vid formulering av målsättning med brukaren.

IHR-teamet arbetar sedan med brukaren utifrån de uppsatta målen och rehabiliteringsplanen. Fokus i alla insatser och moment är att öka brukarens egen fysiska, psykiska och sociala förmåga utifrån dennes mål.

IHR-teamets insatser genomförs antingen till dess att målen är uppnådda och individen kan leva ett självständigt liv utan kommunala insatser eller efter att tre månader passerat. Finns då fortsatt behov av hemtjänst övergår brukaren till ordinarie hemtjänst.

Eskilstuna kommun lyfter fram flera delar som unikt i deras arbete med IHR. Dels det interprofessionella teamet som arbetar intensivt och målinriktat där man prioriterar tid, kontinuitet och delaktighet med brukarna. Samt att fokus även är på ökad självständighet och hälsofrämjande arbetssätt med ett brett fokus på hälsa.

Arbetsättet har tagits fram i samverkan med ett forskarteam på Mälardalens högskola. Med hjälp av de forskare som deltog i projektet fick teamet utbildning där de bland annat fick lära sig nya hälsoperspektiv och motiverande samtal.

Teamet blev permanent 2017 och under 2020 har verksamheten fördubblats. IHR-Teamet har haft cirka 15–20 inskrivna brukare under projekttiden men sedan projektet avslutats och teamet ökat har kapaciteten tilltagit.

Helhetssyn som skapar grund för självständighet och ökad livskvalité

Mälardalens högskola har varit med sedan starten och bedrivit forskningsprojekt som kartlägger multidimensionell hälsa bland äldre vuxna (65+) som fått IHR jämfört med en kontrollgrupp som fått traditionella omsorgsinsatser. Projektet avsåg även belysa äldres perspektiv på insatserna och teamets beskrivningar av rehabiliteringsåtgärderna.

Inom målgruppen 65–79 år har behovet av hemtjänst minskat med 87 procent. Vid bredare jämförelse mellan IHR och ordinarie hemtjänst syns också resultat gällande andel personer som avslutat hemtjänst inom ett år:

- Med IHR: 57 procent, varav 20 procent har flyttat in i säbo.
- Med ordinarie hemtjänst: 39 procent, varav 40 procent har flyttat in i säbo.

I uppföljningar med brukare har det även lyfts fram att insatserna bidragit till känsla av delaktighet genom sin egen målformulering samt ökad motivation. Det har även upplevts positivt med kontinuiteten med ett sammanhållet team som kommer under perioden brukaren är ansluten till IHR.

Medarbetarna har upplevt att arbetsättet bidragit till ett lärande i teamet och närhet till alla professioner vilket också bidragit till ett ökat förtroende mellan professionerna. Det har även upplevts positivt att tid avsatts för samverkan och att arbetet sker utifrån tydliga mål under begränsad tid.

Att ta tillvara på lärdomar

Efter dubbleringen av teamet under 2020 följer den inte helt ovanliga utmaningen vid breddande av arbetsätt – att få det att fungera lika bra i större skala och att få ut nyttan av de lärdomar som dragits och den kompetenshöjning som skett under arbetets gång. Kommunen arbetar därför nu med att titta på hur man bäst kan sprida och tillvarata teamets kompetens i brett perspektiv och vad som är bäst för brukaren utifrån ett samlat arbete med flera insatser, inte bara IHR-insatserna, utan helheten.

Medskick från kommunen är vikten av att hålla ut i mer än ett år och att man måste våga tänka och satsa långsiktigt. Det är först efter ett par år som man kan räkna hem de olika effekterna. En förutsättning för detta, som kommunen lyfter, är en modig politik som vill arbeta förebyggande. I kommunen finns en tioårig inriktningsplan som ledstång i det långsiktiga arbetet och som bidrar till en samsyn för att våga satsa och fördela resurser.

Att teamet delat lokaler har även lyfts fram som en positiv faktor av medarbetarna. Det har varit en viktig förutsättning för att lyckas få ihop teamet, bygga förtroende och lära av varandra.

”Förtroendet för varandras professioner har stärkts. Samlokaliseringen lyfts fram som positivt av personalen. De sitter tillsammans – alla finns där och alla blir viktiga.”

Medarbetare Eskilstuna kommun

En central del som lyfts för lyckad omsättning i praktiken av IHR är att avsätta tid för målsättningsamtalen tillsammans med brukaren för att stärka delaktighet och motivation. Det har även varit positivt att koppla på forskningen för att få större insikt och förståelse för om man gör rätt saker och vilket värde det skapar.

IHR en del i kommunens arbete mot en god och nära vård

Arbetet utgår ifrån brukarens önskan om ett självständigt, oberoende och tryggt liv och som stärker brukarens självständighet, förbättrar livsvillkor och fördröjer behov av insatser. IHR är här en pusselbit i kommunens fortsatta arbete med förflyttning mot en god och nära vård. Med stöd från de resultat som kommunen dragit från arbetet med IHR har kommunen bedrivit ett aktivt arbete i organisationen där man tittat på hur man med hjälp av förändrade arbetssätt kan möta de utmaningar man står inför.

Utvecklingsarbetet fortsätter, utöver dubbleringen av IHR-teamet, där flera satsningar nu görs. Bland annat:

- ▶ Stärkt teamsamverkan i hemtjänsten – Utifrån de goda erfarenheterna av teamarbete inom IHR förstärks nu ordinarie hemtjänst med arbetsterapeuter, fysioterapeuter, biståndshandläggare, sjuksköterskor och undersköterskor. Fokus på rehabiliterande arbetssätt och brukarens egna förmågor.
- ▶ Korttidsvistelse förändras – Beslut om korttidsvistelse efter sjukhusvistelse tas bort. Resultat från arbetet med IHR visar att mycket stöd inledningsvis resulterar i att patienterna klarar sig bättre hemma och vården kan förskjutas hit och behovet av korttidsplatser därmed minskar.
- ▶ Etablerande av Nära vård-team – Arbetet med nära vårdteamet är samfinansierat av kommunen och Region Sörmland. Det multiprofessionella teamet startade 2019 för de mest sjuka äldre i hemmet och ska bidra till att skapa en trygg och säker vård för att människor ska slippa åka mellan olika vårdinstanser och läggas in på sjukhus i onödan.

Välfärdsteknik

För att lyckas ställa om och vara i takt med tiden är tillvaratagandet av möjligheterna med digitalisering och AI en viktig förutsättning i samhället i stort. Här är vården och omsorgen inget undantag och runt om i landet sker breddinförande av teknik som stöd inom vård och omsorg. Införandet av välfärdsteknik behöver i sig inte innebära någon förbättring om inte arbetssätt och processer samtidigt förändras och anpassas till de möjligheter som ny teknik kan ge. Rätt använd finns möjlighet att öka självständigheten för brukaren och att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna.

Bollnäs kommun satsar på digital välfärdsteknik i äldreomsorgen

I Bollnäs kommun märks den demografiska utvecklingen med ökat antal äldre med behov av vård och omsorg samtidigt som antalet händer som ska utföra vården minskar. Kommunen satsar därför på digitaliserad omvårdnad där anställdas kompetens, i kombination med den senaste tekniken, innebär en äldreomsorg av hög kvalitet.

Kommunen har under en längre tid arbetat aktivt med att införa olika former av digital teknik för att underlätta för sina brukare, anhöriga och personal. Bollnäs kommun definierar välfärdsteknik som digital teknik som kan användas för att bibehålla eller öka delaktigheten, självständigheten, aktiviteten och tryggheten för en person med funktionsnedsättning. Ambitionen med välfärdsteknik i kommunen bidrar även till att stärka Bollnäs äldreomsorgs värdegrund 'Att bli sedd, hörd och respekterad för den jag är. Att känna trygghet och delaktighet i min vardag.'

"Vi vill stötta brukare att klara sig själv så långt det bara går."

Medarbetare Bollnäs kommun

Den verksamhet där kommunen främst sett störst nytta med välfärdsteknik är inom äldreomsorgen, men flera av de arbetssätt och verktyg som införts är möjliga att använda i fler verksamheter, exempelvis LSS-boenden.

Här beskrivs kommunens arbete med två exempel; tillsyn via kamera och närståendetjänsten.

Digital nattillsyn

Med digital tillsyn får personen sova ostört och ändå känna en trygghet i att någon tittar till under natten. Vid tillsynen används en kamera som placerats på lämplig plats i bostaden. Vid en tidpunkt, som man kommit överens om tillsammans med brukaren, kopplar behörig medarbetare från hemtjänsten upp sig mot kameran och gör tillsyn. Hemtjänsten kan göra tillsyn via surfplatta eller telefon. Om brukaren inte är i sängen vid det första tillfället så görs ytterligare en tillsyn efter 15 minuter. Om personen inte är i sängen vid andra tillsynen gör medarbetare från hemtjänsten ett hembesök. Är brukaren beviljad insatsen tillsyn så sker det numera i första hand via kamera om brukaren inte har behov av annat stöd under natten, exempelvis hjälp med toalettbesök.

”Personalen kan titta på bilden under 30 sekunder. Många trodde innan att det inte skulle gå att göra en ordentlig tillsyn med så kort tid men det har räckt gott och väl.”

Medarbetare Bollnäs kommun

Kommunen började i liten skala 2015 med 8–10 kameror utplacerade hos brukare med behov av tillsyn. Idag har kommunen 38 kameror i bruk vilket innebär att cirka 80 procent av brukarna inom målgruppen har tillsyn via kamera. Spridningen av digital nattillsyn i kommunerna har ökat de senaste åren. Enligt en enkät genomförd av Socialstyrelsen 2020 redovisar 66 procent av kommunerna att de använder digital nattillsyn för personer i ordinärt boende och att det i dessa kommuner används cirka 2200 kameror totalt. Även om många kommuner infört tekniken visar detta att det finns utrymme för att erbjuda digital nattillsyn till fler.

Möjliggör ostörd nattsömn och bättre arbetsmiljö för omsorgens medarbetare

Övergången till tillsyn via kamera i Bollnäs kommun har inneburit flera nyttor såväl för brukarna som för medarbetarna. Brukaren får tillsyn vilket inger trygghet men utan att behöva bli störd i sin nattsömn och det möjliggör även för medarbetarna att prioritera de personer som behöver den mänskliga kontakten. Arbetssättet kan även bidra till lägre risk för fallskador. Vid fysiska besök finns annars risk att brukaren vaknar och blir orolig vid ljudet av nycklar eller dörrar som öppnas och stängs, och då går upp för att se vad som

händer och ramlar. Tillsyn via kamera ger även en ökad flexibilitet att anpassa tillsynen efter individuella behov då de inte behöver anpassas utifrån ett körschema. Att medarbetarna kan göra färre tidskrävande resor bidrar till att resurserna kan användas på ett mer effektivt sätt såväl som att det är positivt för medarbetarnas arbetsmiljö, verksamhetens ekonomi och miljön.

”Jag känner mig trygg, fri och självständig då jag vet att OM jag kliver upp på natten och skulle ramla, så vet jag att personal kommer om dom inte ser mig i sängen.”

Brukare som har tillsyn via kamera

Kommunikation och resurser som driver arbetet framåt

Vid implementeringen i kommunen anordnades ett uppstartsmöte med bland annat enhetschefer, nattpersonal och omvårdnadspersonal där de tillsammans tittade på tekniken. Till en början fanns en viss oro från medarbetare att den digitala tillsynen bara var en ögonblicksbild utan ljudupptagning och det fördes även diskussioner kring integriteten i denna typ av tillsyn. Vikten av att informera och föra dialog lyfts därför som central och som en av huvudanledningarna till att arbetssättet började rulla på efter ett par år. Lokalradion och lokalteve gjorde även reportage när kommunen startade arbetet 2015 vilket bidrog till att sprida information till allmänheten om arbetet tidigt i processen.

”Det ska smältas i många hjärtan och det behöver ta sin tid.”

Medarbetare Bollnäs kommun

En projektledare som förvaltar systemet och driver på implementeringen och en modell att arbeta utefter lyfts som viktiga förutsättningar. Att ha med IT-kompetensen från start i projekt med välfärdsteknik lyfts även det som en styrka. En utmaning, utifrån kommunens erfarenhet, kan vara att identifiera gränsen när det inte längre är ett projekt utan arbetet ska gå över i ordinarie drift.

Att ha ledningen med sig, från politikerna och genom hela organisationen, lyfts också som en viktig framgångsfaktor. I arbetet med välfärdsteknik i kommunen har även förhållningssättet att införa brett i verksamheterna från start genomsyrats från politiken. Exempelvis i det planerade arbetet med införandet av läkemedelsrobot planeras ett breddinförande från start.

”Vi har inte haft inställningen att vi bara ska prova eller testa – utan det har handlat om att ’Det här ska vi införa!’ ”

Medarbetare Bollnäs kommun

Att hitta personer som är intresserade kan också bidra som en hävstång i arbetet. Därför är det viktigt att börja med de som deltar frivilligt och i verksamheter där det finns drivna chefer – då leder det till ringar på vattnet.

”Har en personalgrupp som inte är rädd för att testa tekniken, utan vill hela tiden testa nytt.”

Medarbetare Bollnäs kommun

Närståendetjänsten

Närståendetjänsten är till för att anhöriga ska kunna vara delaktiga i sin närståendes besök och insatser från hemtjänsten. Bollnäs kommun var först ut som pilot när leverantören tog fram denna tjänst 2015 och startade då med sex anhöriga som visade intresse.

Anhöriga får via en e-tjänst ansöka om att de vill ha tillgång till närståendetjänsten. För att ansluta sig krävs att personen det gäller ger sitt medgivande. Hemtjänstgruppen tar då med sig underlag till brukaren för skriftligt medgivande samt information om vad det innebär.

”Vi har inte fått nej från någon brukare och det är enkelt och kostnadsfritt att använda för anhöriga.”

Medarbetare i Bollnäs kommun

Efter godkännande kan den närstående med hjälp av BankID logga in på en hemsida via dator, mobiltelefon eller surfplatta och få information om när hemtjänsten varit hos ens närstående, vilka insatser som utförts och om en insats har avböjts, samt vem som är kontaktperson och kontaktuppgifter till denne. Idag är cirka 30 anhöriga anslutna till tjänsten och det finns potential för ökat antal användare i kommunen.

Bland både anhöriga och brukare upplevs tjänsten som positiv. För brukaren och anhöriga är det en trygghet att anhöriga kan se vad som händer och vad som är på gång. Det ger också möjlighet för anhöriga att följa upp insatserna om den närstående exempelvis valt att avböja en insats eller att planera telefonsamtal och besök utifrån insatserna den dagen.

Från verksamhetens perspektiv har man märkt en skillnad i att färre samtal görs till enhetschefer från anhöriga som undrar vilka insatser som gjorts eller inte gjorts då detta synliggörs i plattformen.

En svårighet i arbetet har varit att nå ut med information om att denna tjänst finns. Kommunen har arbetat mycket med att informera om tjänsten, tryckt upp material och varit med i lokalradion, men trycker på att det bästa är om det blir ringar på vattnet när ordet sprider sig från nöjda personer som nyttjar tjänsten.

Den fortsatta utvecklingen av välfärdsteknik i kommunen

Kommunen har formerat en välfärdsteknikgrupp med bland annat handläggare, arbetsterapeuter och enhetschefer. Gruppen omvärldsbevakar, bereder ärenden och tar fram underlag till ledningen inför beslut. Arbetet med välfärdsteknik fortsätter och under 2020 planeras även införande av läkemedelsrobot, hygienrobot och GPS-larm.

I syfte att öka den digitala kompetensen och ge personalen stöd ute i verksamheterna utbildar även kommunen omvårdnadspersonal till teknikcoacher via medel beviljade från omställningsfonden. Idag finns cirka 20 utbildade teknikcoacher och en förhoppning om att detta kommer att bli ett framgångskoncept i kommunens fortsatta arbete.

Andra exempel från kommunen

Utöver närståendetjänsten och tillsyn via kamera har kommunen flera andra satsningar som implementerats i verksamheten. Nedan ges några exempel:

- Vendlet – Motoriserat lakan för sängliggande brukare. Vendlet innebär ökad välbefinnande för brukaren och en bättre arbetsmiljö för personalen.
- Digitala trygghetstelefoner – Möjliggör för brukaren att komma i kontakt med kommunens omvårdnadspersonal dygnet runt.
- Nyckelfria lås – Möjliggör för hemtjänstens personal att öppna och låsa brukarens dörr med hjälp av en mobiltelefon.
- Upplevelsecykel – Med hjälp av cykel, dator och bildskärm kan brukaren cykla och samtidigt se och uppleva platser som hen kanske längtar tillbaka till eller vill uppleva.
- Sängsor – En sensor att placera i brukarens säng som ger en bild av brukarens sömn- och aktivitetsmönster. Möjliggör att anpassa omvårdnaden utifrån brukarens behov utifrån exempelvis medicinering och anpassa tiden för besök från hemtjänst/nattpatrull.
- Kontinensbedömning – System som registrerar en individs urinläckage. Detta möjliggör en bättre anpassning av kontinensskydd för individen.

Digital konsultation

Användandet av digitalt stöd vid vårdbesök ökar runt om i landet. Enkel tillgänglighet till kompetens möjliggör bedömningar utan att patienten behöver transporteras. För vårdens medarbetare kan digitala konsultationer möjliggöra ett mer flexibelt arbetssätt då medarbetare som har geografiska avstånd mellan varandra lättare kan konsultera varandra. Med digitala verktyg möjliggörs även foto och video som kan vara stöd för medarbetare att bedöma olika situationer. Digitala konsultationer kan ske live, exempelvis genom videosamtal, men också via andra typer av plattformar där motparten kan återkoppla på förfrågningar när det passar individen.

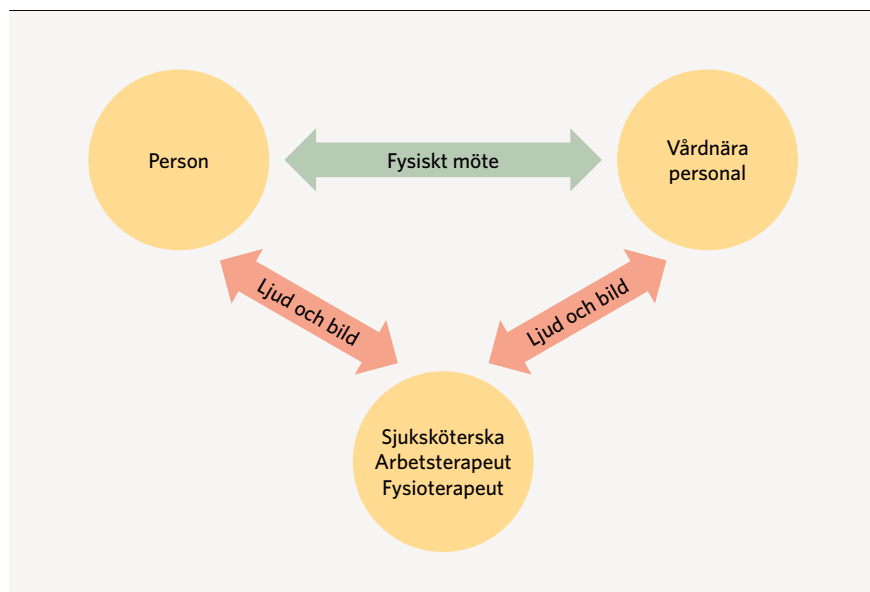
Omvårdnad via videosamtal

Långa avstånd och otillräckliga resurser för att möta den demografiska utvecklingen var några av anledningarna till att Skellefteå kommun började titta på hur de kunde jobba med digital konsultation som ett sätt att tillvarata medarbetarnas kompetens och tid på ett mer effektivt sätt.

Effektivare användning av resurser

Med visionen Leva livet bäst möjligt och Jag vill kunna klara mig själv vill Skellefteå kommun skapa mervärde för människans fortsatta livsresa, där ett självständigt liv är centralt. Den digitala resan för att utveckla arbetssätt inom vård, omsorg och stöd pågår i Skellefteå och i nämnden har det fattats beslut om digitalt först, det vill säga verksamhetsutveckling av vård, omsorg och stöd med stöd av digitala lösningar. 2018 kom tankarna i verksamheten kring digital konsultation som en möjliggörare utifrån bland annat de långa avstånd som finns i kommunen och började då att testa arbetssättet med hjälp av duoappen. Våren 2019 stod man inför en sommarperiod med brist på sjuksköterskor och fick ytterligare skäl till att börja bredda arbetet med digital konsultation.

FIGUR 7. Digital konsultation, Skellefteå kommun



Videosamtal initieras idag av hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunen. Den vårdnära personalen finns med tillsammans med brukaren/patienten innan, under och efter samtalet. Samtalet möjliggör att individen kan få en akut sjuksköterskebedömning i hemmet med stöd av vårdnära personal. Detta gäller även kontakt med rehabpersonal, till exempel vid hjälpmedel som inte fungerar som de ska. Målgruppen i arbetet är individer och medarbetare i såväl hemtjänst som vård och omsorgsboende.

Samtal där duoappen används handlar om både stora och små frågor. Allt ifrån en tablett som tappats på golvet, till att bedöma rodnader på huden eller att instruera medarbetare vid en sårömläggning.

Snabbare stöd, säkrare bedömning och stöd i prioriteringar

Vilket är då syftet och nyttan med digital konsultation i Skellefteå?

- › Snabbare stöd till brukaren/patienten samt medarbetare inom vård- och omsorg istället för att vänta på fysiskt besök
 - i de fall det går att lösa med vägledning på distans
 - i de fall åtgärden innebär till exempel ambulans till lasarett då denna kan tillkallas snabbare.
- › Säkrare bedömning (för hälso och sjukvårdspersonal) om ett hembesök behöver göras och hur brådskande det är samt vad som då eventuellt behöver tas med i form av utrustning.
- › Enklare kunna prioritera vilka ärenden som är mest brådskande.

Ett videosamtal som verktyg ger möjlighet att se något som medarbetare annars skulle fått beskrivet. Det ger också möjlighet att som patient få bättre kontakt med sjuksköterskan vid samtalet.

”Hitta smarta arbetssätt för att frigöra tid till det vi vill lägga tid på och de som behöver det bäst.”

Medarbetare i Skellefteå kommun

En uppföljning bland ett urval av medarbetarna har gjorts som visar att användandet av duoappen har kommit igång men att det finns potential i att öka användandet. 61 procent av respondenterna svarade att den digitala konsultationen ersatte ett fysiskt besök i direkt anslutning till samtalet. 23 procent bedömer att möjligheten att ha fått se individen/situationen via video troligtvis bidrar till att kunna göra en annan bedömning.

Börja någonstans - att gå från ord till handling

Vikten av förankring och att ha med sig chefer och ledning hela vägen i förändringsarbete lyfts som en viktig förutsättning. Från en modig politik och ledning som fattat beslut om digitalt först, till chefer på enheten som ska äga frågan och informera och stötta medarbetare i de förändrade arbetssätten. Det är en av förutsättningarna som lyfts för en lyckad omsättning i praktiken.

Införandet av digital konsultation handlar dels om förändrade arbetssätt och ett förändrat beteende i vardagen – helt enkelt att komma ihåg duoappen som verktyg. Det handlar även om fungerande teknik för att undvika frustration och hinder för användandet. En utmaning som lyfts med tekniken var att medarbetare på vård- och omsorgsboende inte heller hade egna tjänstetelefoner och att uppkopplingen ibland ställt till det – vilket gjort att kommunen successivt fått hantera dessa utmaningar under året och säkrat tillgången till mobiltelefoner.

Att sprida exempel och använda sig av positiva krafter är även något förvaltningen arbetar med och kommer fortsätta arbeta med. Vård- och omsorgschefen skickar kontinuerligt ut nyhetsbrev till alla medarbetare som inkluderar goda exempel som ett sätt att visa uppskattning och ambitionsriktning samt peppa och motivera verksamheten. Det tar tid att få digital konsultation att bli ett naturligt arbetssätt i vardagen och vikten av att hålla i och hålla ut lyfts som central.

”Det tar lång tid att gå från ord till handling – från några till alla.”

Medarbetare i Skellefteå kommun

En annan viktig förutsättning är att brukarna/patienterna och anhöriga är informerade om att videosamtal kan komma att inträffa och att individen på så sätt känner sig delaktig.

Slutligen är ett av medskicken från Skellefteå kommun att det är viktigt av att våga testa. Om man får en idé – testa i mindre skala! Detta arbetssätt kräver inga stora investeringar och är lättanvänt för medarbetarna.

Vid start behövs:

- › minst en mobiltelefon finns tillgänglig för medarbetare att använda vid digital konsultation (ju fler mobiltelefoner ju enklare logistik)
- › appen DUO är aktiverad och telefonnumret är verifierat
- › medarbetarna är informerade och har testat att ringa varandra
- › brukarna/patienterna (och anhöriga) är informerade.

”Börja någonstans. Ibland tror jag att vi gör det för stort – att alla måste börja samtidigt eller så. Småskaliga tester och sedan sprida goda exempel. Det behöver inte vara så avancerat alla gånger.”

Medarbetare i Skellefteå kommun

Kommunens arbete med utveckling av vården och omsorgen, där digital konsultation är en pusselbit av flera, fortsätter. För framtiden planeras införande av digital konsultation på LSS-boenden och att marknadsföra arbetssättet mer i verksamheterna för att på så sätt öka användandet. Det kommer också fortsättningsvis att prioriteras att förfina och förbättra arbetssättet samt fortsätta sprida goda exempel.

Stöd för behandling av svårläkta sår

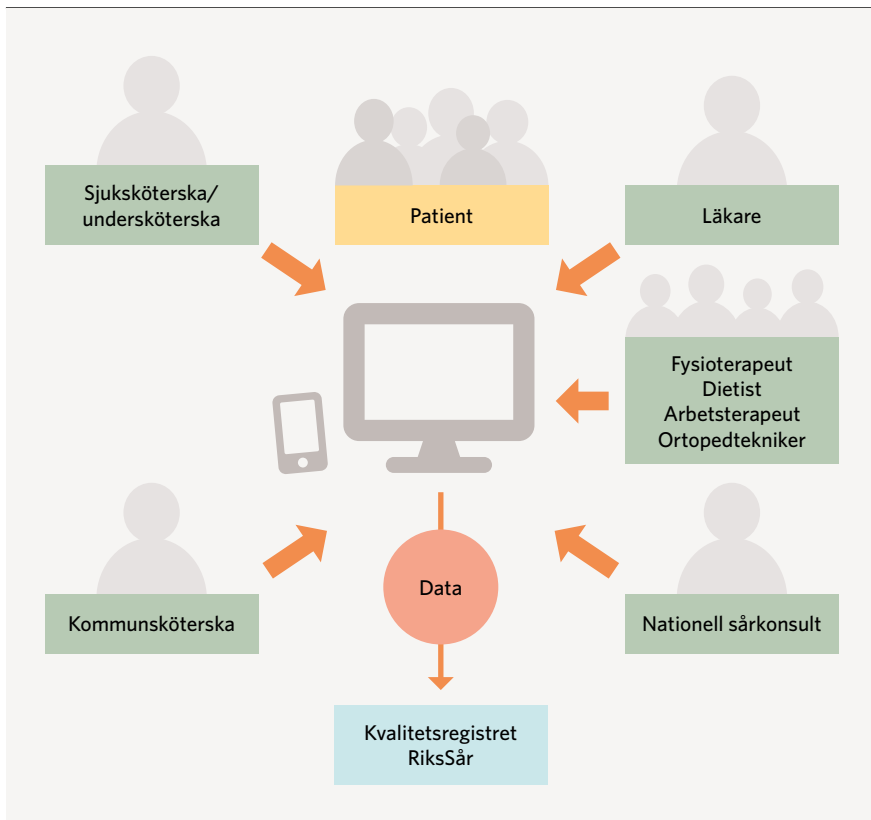
Behandling av svårläkta sår är en avancerad och tidskrävande uppgift, som ofta pågår under lång tid. För patienter med svårläkta sår kan det leda till en vardag med smärta, nedsatt livskvalitet och omotiverade antibiotikakurer. Inom vården har det saknats struktur för multidisciplinärt teamarbete, kompetensförsörjning och tillgång till expertis inom området, samtidigt som det sker dryga 20 avvikelser per dag i landet där patienter i denna grupp inte får den hjälp de behöver. Mot denna bakgrund startade RiksSår upp ett arbete med syftet att introducera ett nationellt dialog- och kunskapsstöd för att förbättra vården för denna patientgrupp som ofta är äldre, multisjuka och med kroniska sjukdomar.

Nationellt dialog- och kunskapsstöd

Nationella kvalitetsregistret RiksSår har sedan några år tillbaka uppmärksammat användarnas behov och önskemål om ett digitalt stödverktyg kopplat till kvalitetsregistret. Därför har RiksSår tillsammans med en leverantör sedan 2016 initierat tre projekt med appen Dermicus Wound. Syftet med projekten var bland annat att inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård utveckla och stödja snabb och kostnadseffektiv sårläggning med proaktiva åtgärder, ökat samarbete över vårdgivargränser och kompetensutveckling för sårteamet genom interaktivt lärande i samband med konsultationer.

Dialog- och kunskapsstödet används genom att medarbetare som möter patienten tar foto och anamnes som förs in i appen Dermicus Wound. Denna data överförs till en plattform där medarbetare på enheten tillsammans kan följa patientens sårbehandlingsprocess och vid behov få direktkontakt med anknuten sårspecialist för konsultation. Den inkopplade sårspecialisten får då ett mejl om att det finns ett nytt fall att granska och kan genom plattformen ge respons på eventuella frågor och på den fortsatta behandlingen. Uppgifterna i appen förs även automatiskt över till nationella kvalitetsregistret RiksSår.

FIGUR 8. Dialog- och kunskapsstöd, RiksSår



Kortare sårläggningstider och kontinuerligt lärande i vardagen

Två av de studier som genomförts av RiksSår och leverantören finansierades av Vinnova och en studie var ett samarbetsprojekt med SKR som en del i arbetet med god och nära vård. Under dessa studier har cirka 500 bedömningar gjorts på totalt 177 patienter. I SKR-projektet testades plattformen i 16 kommuner med koppling till 11 vårdcentraler.

I de genomförda studierna har arbetssättet visat på flera nyttor för patienterna, bland annat minskad smärta och ökad livskvalitet. En utvärdering av användarnas upplevelser och engagemang inför implementering av stödet har även gjorts och erfarenheterna sammanställs nu i en doktorsavhandling som beräknas läggas fram i slutet av 2021.

Region Jämtland Härjedalen har testat arbetssättet med dialog- och kunskapsstödet på flera av regionens hälsocentraler och kommunala enheter tillsammans med en anknuten sårkonsult på sjukhuset. Av erfarenheter därifrån upplevs bland annat en ökad trygghet i patientmötet när behandlande sjuksköterska kan visa att beslut är underbyggda utifrån konsultation med sårspecialist. Sjuksköterskan har även kunnat visa bilderna för patienterna och på det sättet kunnat engagera patienterna i sårläggningssprocessen, vilket bidragit till ökad motivation i den fortsatta behandlingen.

Utvecklingsarbetet visar att arbetssättet även har resulterat i flera nyttor för verksamheterna. Dels att den behandlande sjuksköterskan har fått ökad tillgång till specialistkompetens samt att samarbetet mellan kommunen, primärvården och specialistvården stärkts. Den automatiska överföringen till kvalitetsregistret sparar även tid för vårdens medarbetare. Erfarenheter från Region Jämtland Härjedalen visar att dialog- och kunskapsstödet även varit ett stöd i sjuksköterskans dokumentation där bilderna gör det möjligt att följa utvecklingen av såret.

En annan styrka med det nya arbetssättet, som uppmärksammats av erfarenheterna i Region Jämtland Härjedalen, är lärandet i vardagen. När sjuksköterskan får konsultation av sårspecialist via plattformen lär hen sig genom svaren och arbetssättet bidrar därmed till kontinuerlig kompetensutveckling.

”När sin fulla potential om man har engagerade personer på andra sidan som kan ge konsultationer och svara på frågor. Jag utvecklas jättemycket och har och fått massa ny kunskap. Det tror jag också höjer kvalitén.”

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen

Forskningen visar även att om man använder RiksSårs struktur för svårsläkta sår kan det minska sårläggningstiden med 60 procent (från 146 till 63 dagar) samt minska antibiotikabehandling (från 71 procent till 29 procent). Det visar också att det finns en årlig nationell besparingspotential på 950 miljoner kronor i personalkostnader och 110 miljoner i omlägningsmaterial.

Kommunikation och förankring

Implementering kan ta tid och vikten av att hålla i och hålla ut lyfts därför som en viktig förutsättning i arbetet. Det krävs en vilja att satsa från ledningen då införandet förutsätter resurser och tid – men det är en investering som lönar sig på sikt.

I Region Jämtland Härjedalen, där utbildningsinsatser nu har inletts för att bredda arbetssättet, lyfts kommunikation som en nyckel för att möta eventuell oro och frågor hos medarbetarna – att i kommunikationen förmedla att medarbetarna har sina egna patienter och att arbetssättet inte ska leda till mer jobb utan vara ett stöd som underlättar arbetet i vardagen. Även vikten av att i utbildningen ha en förståelse för och bemöta olika grader av teknikvana bland medarbetare lyfts som en viktig aspekt att ha med sig i planeringen.

En annan viktig erfarenhet är att kunna arbeta parallellt med flera grupper samtidigt vid implementering. Dels utbilda sjuksköterskor som kommer använda sig av verktyget i vardagen i det patientnära arbetet och samtidigt få med sig och utbilda läkarna så att det finns mottagare som kan ge konsultationer i verktyget.

Ett tips till de som är intresserade av att testa arbetssättet är att identifiera verksamheter som är positivt inställda och börja med dessa. Att få med sig de ambassadörer som finns och på det sättet få ökad spridning.

”Prova en gång så får du se hur det funkar! Börja med en patient. Börja med ett fall som du tycker är knepigt och se om du kan lösa det.”

Representant, RiksSår

Framtiden för RiksSårs dialog- och kunskapsstöd

RiksSår arbetar nu med framtagandet av processkartor för primärvården och kommunerna i arbetet som ett stöd för att stärka strukturen för de som vill ansluta sig och implementera arbetssättet. Det betonas dock att det är viktigt att fundera över hur man vill jobba med detta på hemmaplan utifrån de förutsättningar som finns och inte se det som en färdig paketlösning.

Region Blekinge har även visat intresse att vara värd för en nationell rådgivande virtuell konsultverksamhet genom Sårcentrum Blekinge där sårkonsulter kan ge råd och rekommendationer digitalt vid komplicerade patientfall.

Slutligen har Sveriges arbete väckt intresse internationellt och appen lanserades i oktober 2020 av EWMA (European Wound Management Association) som ett positivt exempel på ett välfungerande stöd med säker och högkvalitativ dokumentation av diagnos, behandlingsstrategier och uppföljning vid sårsläkning.

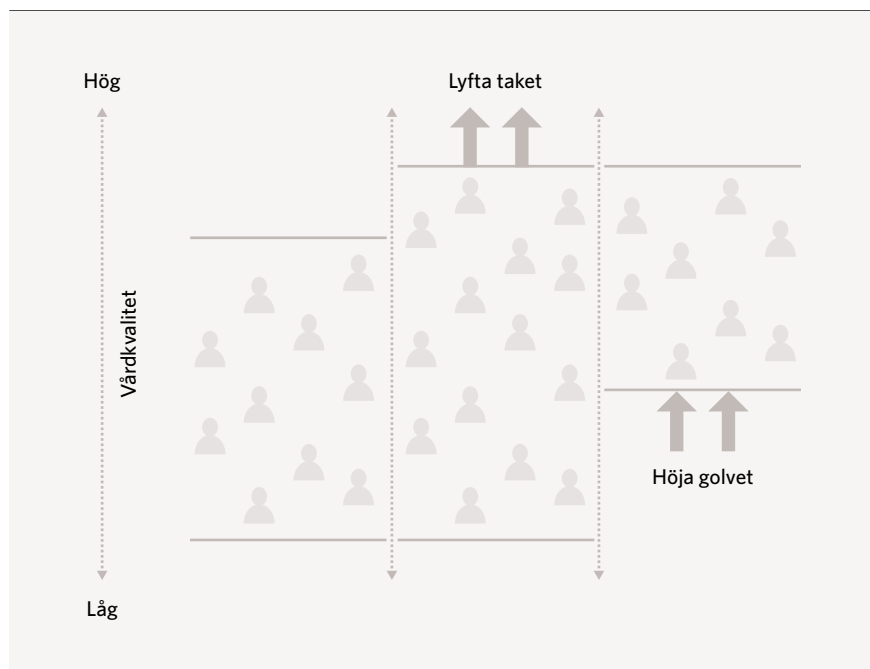
”Jag tror att inom fem år så finns det i hela landet – kanske inte helt i alla regioner – men i varje region tror jag att det i alla fall finns några enheter som är kopplade.”

Representant RiksSår

Avslutande diskussion

I denna skrift beskrivs ett antal koncept för att utveckla och förbättra vården och omsorgen för äldre personer i hemmet. Vi har sett ett flertal exempel på där det fungerar väl och går i linje med den pågående omställningen mot en nära vård där patienten är medskapare.

FIGUR 9. Att gå från några till alla



Källa: Förlagan till bilden ovan är från patient patientsäkerhetsutredningen (2008:17), men kan också ses illustrera en utmaning i utvecklingen av vård och omsorg i hemmet.

Den stora utmaningen framåt handlar om att få en spridning för dessa koncept – eller med andra ord att ”gå från några till alla”. Att lyfta taket och därmed få en högre vårdkvalitet inom några mer avgränsade eller specialiserade områden kan vara problematiskt då det inte alltid är möjligt att sprida de goda exemplen. Innan ett projekt startar gäller det att tänka efter hur det kan spridas i större skala. För att få en god effekt och en jämlik vård och omsorg är det därför viktigt att samtidigt höja golvet för kvaliteten i verksamheterna och ge nytta för de breda målgrupperna i utvecklingsarbetet.

Innan man tar steget att sprida förändrade arbetssätt i stor skala måste det vara säkerställt att det nya arbetssättet ger fördelar både för patienterna och systemet. Vi behöver mäta för att veta att vi får de förväntade effekterna av de förändrade arbetssätten för att vara säkra på vilken väg vi ska gå.

Vi kan konstatera att redogörelsen för uppföljning, resultat och effektivitet i de beskrivna arbetssätten skiljer sig åt. Följeforskning under utvecklingsarbetet är en framgångsfaktor. Några arbetssätt är även av en mer omfattande och komplex karaktär – vilket gör att det påverkar styrning och arbetssätt inom flera verksamheter och effekterna blir därmed svårare att härleda.

Det kan även vara en utmaning att mäta effekterna av insatser inom exempelvis egenmonitorering och det förebyggande arbetet, men ofta handlar det om att mäta och följa upp eventuella variationer i behovet av insatser från vård- och omsorg. De potentiella vinsterna som ligger i att främja och bibehålla hälsa är dock generellt stora och ger nytta för såväl individ, verksamhet och samhället som helhet.

Oavsett de utmaningar som finns med att mäta och följa resultat och effekter är det viktigt att planera för hur uppföljning ska ske i tidigt stadie. Detta för att kunna se att de insatser som görs leder till förväntade resultat eller om något behöver justeras under resans gång.

Nyckeln till ett lyckat förbättringsarbete

Många förbättringsarbeten pågår runt om i landet – något denna skrift är ett tydligt bevis på. Men vad är det då som får regioner och kommuner att faktiskt lyckas förbättra vården och omsorgen som våra äldre kan få i hemmet? I de intervjuer som genomförts finns vissa återkommande mönster för vad som lyfts som framgångsfaktorer för att göra verklighet av det nya sättet att arbeta.

Det handlar dels om att dra nytta av den kunskap och det engagemang som finns i verksamheten. Ett exempel på detta är att flera av de intervjuade organisationerna har valt att låta verksamheter där det finns en uttalad vilja och ett engagemang för förändring inom utvecklingsområdet, ta ledningen och testa. Att ta tillvara på de positiva krafterna i en organisation lyfts också som en framgångsfaktor i form av att sprida goda exempel och jobba med ambassadörskap.

Utifrån vilja och engagemang lyfts även vikten av ledningen och politiken. Politiker och ledande tjänstemän ansvarar för att skapa förutsättningar för medarbetarna att kunna bedriva en god vård och omsorg. Utifrån detta perspektiv återkommer ordet modig – att ha en modig politik och ledning som tror på utvecklingsarbetet och som vågar satsa – även på långsiktiga satsningar där det kan dröja innan effekterna blir synliga. För detta krävs även att det finns mandat och resurser i verksamheten att arbeta utifrån den viljeriktning eller målbild som kommunen eller regionen har.

Att lyckas med komplext förändringsarbete kräver även en uthållighet och att hela tiden driva på. För att lyckas med detta nämner flera vikten av att ha en dedikerad person eller grupp som samordnar och projektleder arbetet – och att inte vara rädd för att vrida om i de fall det inte blev som tänkt från början.

Flera personer lyfter även vikten av att patienten och brukaren görs delaktig och att möjliggöra för att dennes kompetens och förmågor tas tillvara. I och med den omställning som sker mot en god och nära vård kan vi se hur kompetens allt mer ”flyttas hem” när vårdpersonal allt oftare stöttar individen där, men också genom att patientens egen kompetens utnyttjas i större utsträckning och ges möjlighet att vara medskapare i den egna vården. Flera personer beskriver hur digitala verktyg kan erbjuda möjligheter att arbeta på nya sätt för att involvera patienterna mer i vården, exempelvis de beskrivna arbetssätten med egenmonitorering i Region Sörmland och Region Jämtland Härjedalen i denna skrift.

Något som också upplevs bidra till stor nytta är samordning och teamarbete över verksamhetsgränser och att tillvarata varandras kompetenser. Genom att prata om förväntningar, lära känna varandras olika uppdrag och kompetenser bidrar det till effektivare arbetssätt där man tar tillvara på varandras ögon och öron hemma hos patienten. Inom ALMA-teamet beskrivs exempelvis sjuksköterskan i hemsjukvården som en av de viktigaste delarna i teamet då hen är hemma hos patienten och kan identifiera behov som finns. Sjuksköterskan i hemsjukvården är ofta ensam i sin roll hemma hos den äldre och då är det också viktigt att det finns strukturer och arbetssätt för att möjliggöra ökad trygghet för sjuksköterskan i sin roll och förutsättningar att ge en god och säker vård, exempelvis genom beslutsstöd och säkrad läkarmedverkan i hemsjukvården. Att möjliggöra för konsultationer mellan olika verksamheter och yrkeskategorier är därför centralt. Dessa kan, som vi sett exempel på i denna skrift, ske både genom olika digitala plattformar, via videosamtal eller fysiskt.

Som en del av omställningen mot en god och nära vård pågår en kulturförändring mot en mer personcentrerad vård. För att bidra till trygghet och ett självständigt liv behöver vi utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar och behov för att skapa värde.

Slutligen, för att summera det som flera av de intervjuade verksamhetsrepresentanterna lyft i samtalen, kan det vara av värde att reflektera över följande:

- › Modiga chefer, ledning och politik – Är utvecklingsarbetet förankrat i ledningen som också tror på att arbetssättet kan bidra till att skapa nytta? Då har ni bra grundplatta för det fortsatta arbetet om cheferna tror på förändringen.
- › Mandat och resurser – Har ni säkerställt att det finns mandat att bedriva utvecklingsarbetet och att ni tillsatt resurser som kan ansvara för att driva och samordna arbetet? Bra, då har ni personer på plats som har tid avsatt att hålla ihop arbetet.
- › Personcentrerat förhållningssätt – Har ni involverat brukarna/patienterna i arbetet? Säkerställ god vård och omsorg utifrån individens perspektiv genom att skapa tillsammans, hela tiden med patientens och brukarens perspektiv i centrum.
- › Samordning och teamarbete – Identifiera vilka verksamheter som arbetar närmast patienten eller brukaren i vardagen. Har ni påbörjat gemensamma diskussioner kring hur ni tillsammans på bästa sätt kan säkra god och säker vård för era gemensamma patienter? Om personen har hemsjukvård, hur ger vi sjuksköterskorna i hemsjukvården trygghet och rätt förutsättningar?
- › Sprid goda exempel – Har ni medarbetare och verksamheter som brinner extra för frågan och är villiga att testa? Låt dem ta täten. Använd er av goda exempel och ambassadörer i verksamheten för att sprida arbetssättet till andra.
- › Sist men inte minst – håll i och håll ut. Förändringar av arbetssätt och beteenden i vardagen tar tid, så ha tålamod. Ställ er frågan om ni skapat förutsättningar för ett långsiktigt och hållbart arbete med stöttande strukturer och resurser som kan hålla i arbetet.

Vi vill avsluta med att rikta ett stort tack till de verksamhetsrepresentanter, brukare, patienter och anhöriga som bidragit med sin tid och underlag till denna skrift.

Intervjuade organisationer

- › Bollnäs kommun
- › Eskilstuna kommun
- › Region Gävleborg
- › Region Jämtland Härjedalen
- › Region Jönköpings län
- › Region Sörmland
- › Region Örebro län
- › Region Östergötland
- › RiksSår
- › Skellefteå Kommun
- › Töreboda kommun
- › Västra Götalandsregionen

För mer läsning

Om du skulle vara intresserad av att fördjupa dig i mer läsning kring ämnet kommer här lite tips för vidare läsning:

Övergripande

Nordens välfärdscenter, Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden, <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1352727/FULLTEXT01.pdf>

SKR, Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer, <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-830-2.pdf?issuosl=ignore>

Socialstyrelsen, Digitala vårdtjänster – Övergripande principer för vård och behandling, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf>

Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6603.pdf>

Mobila team

Region Östergötland, Om medicinska specialistkliniken i Motala <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/halso-och-sjukvard/Narsjukvarden-i-vastra-Ostergotland/Medicinska-specialistkliniken-i-Motala/>

Region Jämtland Härjedalen, Om mobila närvårdsteamet <https://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivarepartners/halsoochsjukvard/mobilanarvardssteamet.4.5cb276d015c70fd989f43d7b.html>

Egenmonitorering

Region Jämtland Härjedalen, Kroniskt sjuka ska få bättre vård, <https://www.youtube.com/watch?v=fYGMJqVeKAc>

Region Jämtland Härjedalen, Slutrapport per 181231 för pilotprojekt angående utveckling av den nära vården med egenvårdsstöd. Självmätning med digital kommunikation för personer med kronisk sjukdom. <https://www.regionjh.se/download/18.49a2773c16dcb98b171fa3/1572259230829/Hemmonitering%20Ragunda.pdf>

Region Sörmland, Om hjärtsviktsprocessen, <https://www.nllplus.se/publika/ns/stns/Expertgrupp%20Hj%C3%A4rtsvikt/L%C3%A4nsdag%20Hj%C3%A4rtsvikt%202019/Presentationer/MARIA%20LILJEROOS/Hj%C3%A4rtsviktprocessen%20Sunderbyn%202019%20ML.pdf>

Samskapande

Region Jönköpings län, Om levande bibliotek, <https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13>

Region Jönköpings län, Om hälsocafé <https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44762&nodeType=13>

Gemensamt lärande

Region Jönköpings län, Om Ester SimLab file:///M:/1.%20Kunder/SKR%20-%20Sveriges%20kommuner%20och%20regioner/2020%20Koncept-samling%20v%C3%A5rd%20och%20omsorg%20i%20hemmet/3.%20Datainsamling/9.%20L%C3%A4rande/Esther%20SimLab,%20Region%20J%C3%B6nk%C3%B6pings%20l%C3%A4n.html

Beslutsstöd

Region Örebro län, ViSam Samverkansmodell för planering och informationsöverföring, <https://www.visamregionorebro.se/>

Kihlgren et al. BMC Nursing, A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people, <https://bm-cnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0184-0>

Förebyggande arbete

Om förebyggande team i Töreboda <https://www.narhalsan.se/hitta-mottagning/toreboda/forebyggande-team-toreboda/>

Region Gävleborg, Gävleborg bäst i landet på minskade fallolyckor <https://www.regiongavleborg.se/nyheter/gavleborg-bast-i-landet-pa-minskade-fallolyckor/>

Hemrehabilitering

Eskestuna kommun, Intensiv hemrehabilitering, IHR, <https://www.eskestuna.se/omsorg-och-stod/aldreomsorg-och-senior/hjalp-i-hemmet/hemtjanst/intensiv-hemrehabilitering-ibr.html>

Lena-Karin Gustafsson, Gunnel Östlund, Viktoria Zander, Manus L Elfström, Els-Marie Anbäcken, Best fit caring skills of an interprofessional team in short-term goaldirected reablement; older adults perceptions, <https://doi.org/10.1111/scs.12650>

Gunnel Östlund, Viktoria Zander, Lena-Karin Gustafsson, Manus L Elfström, Els-Marie Anbäcken, Older adults' experiences of a reablement process. "To be treated like an adult, and ask for what I want and how I want it", <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1666525>

Lena-Karin Gustafsson, Gunnel Östlund, Viktoria Zander, Manus L Elfström, Els-Marie Anbäcken, Working with short-term goal-directed reablement with older adults: Strengthened by a collaborative approach, <https://doi.org/10.1177/2057158519850974>

Välfärdsteknik

Socialstyrelsen, E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6779.pdf>

Bollnäs kommun, Välfärdsteknik i äldreomsorgen, <https://bollnas.se/index.php/vaelfaerdsteknik-i-aeldreomsorgen>

Bollnäs kommun, Bollnäs – möjligheternas kommun, http://www.sebroschyr.se/Bollnas_Kommun_Vard_och_Omsorg/WebView/

Digital konsultation

SBU, Svårläkta sår hos äldre – Prevention och behandling, https://www.sbu.se/contentassets/198b277c682b437dbaa411b5439c020/svarlakta_sar_aldre_2014.pdf

RiksSår, Röster om RiksSår, <https://www.youtube.com/watch?v=gMfbrHJObg4>

RiksSår, Årsrapport 2019 – Svenska nationella kvalitetsregistret för patienter med ben-, fot-, och trycksår, <http://utbildning.karlskronait.se/UploadedDocs/%C3%85rsrapport%202019.pdf>

RiksSår, RiksSår, <https://www.youtube.com/watch?v=Td-6bHNfBa0&t=4s>

RiksSår, RiksSårs Beslutsstöd, <https://www.youtube.com/watch?v=Ez4bLTix5bI&t=1s>

Nära vård i hemmet för äldre

INSPIRATION FÖR DIG SOM ARBETAR INOM VÅRD OCH OMSORG

Allt fler människor får vård och omsorg i sitt eget hem. De flesta personer som får vård och omsorg i hemmet är 65 år och äldre och har ofta komplexa vårdbehov. Därför blir regionernas och kommunernas arbete för att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv hemma allt viktigare – att tillsammans skapa förutsättningar för en säker och nära vård och omsorg, där ingen hamnar på sjukhus i onödan.

Runt om i landet har det utvecklats arbetssätt och metoder för att erbjuda en trygg och säker vård och omsorg i hemmet. Några av dessa är beskrivna i den här skriften som lärande exempel.

Den här skriften vänder sig till verksamma inom vård och omsorg i syfte att ge ökad kunskap och engagemang för den fortsatta utvecklingen av vård och omsorg i hemmet.