



# Utvärdering av projektet Samordningstjänst för äldre

Ett samverkansprojekt mellan Järfälla kommun,  
Upplands-Bro kommun samt Stockholms läns landsting

Håkan Uvhagen och Helene Brodin

Fotografier: Yanan Li

## Förändring pågår

Ett projekt eller en process som leder fram till ny kunskap, kanske en ny arbetsmetod, blir intressant först när den används i praktiken. När resultatet kommer den äldre personen till del. Detta ställningstagande har varit vägledande vid definieringen av FOU äldre norrs tre projektfaser.

Genomgående i projektfaserna fokuserar vi på implementering och användning av ny kunskap. Innehållet baseras på sådant som i forskningen och av oss bedöms ha stor betydelse för att vi ska lyckas nå ut med våra resultat, men inte minst för att uppnå reell förändring.

Genom att på ett strukturerat sätt använda befintlig och ny kunskap ökar möjligheterna att skapa hållbara projekt och processer till nytta för äldrevården och äldreomsorgen som i förlängningen ska komma den äldre personen till del.

Häng på – läs mer! Förändring pågår!

Eva Henriksen  
Verksamhetschef för FOU äldre norr  
April 2010



## FOU äldre norr

FOU äldre norr är en samäggt forsknings- och utvecklingsenhet där de sex kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Upplands-Bro och Upplands Väsby, samt Stockholms läns landsting utgör ägarna. Verksamheten syftar till att möjliggöra praktisk nytta och ge ökad livskvalitet för den äldre personen genom forskningsbaserad kunskap. Den äldre personens behov och önskemål samt verksamheternas gemensamma erfarenheter inom vård och omsorg ska tas tillvara. En lokalt förankrad kunskaps- och metodutveckling är grunden för FOU äldre norr.

”Förändring pågår” är FOU äldre norrs kännetecken. Det innebär att vi ständigt arbetar i en föränderlig miljö där utveckling och reflektion går hand i hand med ett kritiskt förhållningssätt i syfte att öka våra kunskaper och förbättra vård och omsorg om den äldre personen. Verksamheten omfattar hela FoU-området av forskning, utvecklingsarbete, utvärdering och utbildning med den äldre personens hälsa och välbefinnande i fokus. FOU äldre norr verkar utifrån en helhetssyn på vård och omsorg om äldre för att utveckla samverkan mellan huvudmännen, olika personalgrupper, mellan offentliga och privata vårdgivare, samt mellan forskning och arbetslivet.



[www.foualdrenorr.se](http://www.foualdrenorr.se)

## **Författarpresentation**

Håkan Uvhagen, fil mag., Folkhälsovetenskap

Helene Brodin, fil dr., Ekonomisk historia

# Innehållsförteckning

Förändring pågår .....	3
FOU äldre norr .....	5
Författarpresentation .....	6
Sammanfattning .....	9
Inledning och bakgrund .....	11
Projektet Samordningstjänst för äldre personer i Järfälla och Upplands-Bro kommun .....	12
Syfte .....	12
Frageställningar .....	13
Metod .....	13
Deltagare .....	13
Utvärdering och analys .....	15
Kommunikationsflödet i samordningstjänsten .....	15
Vårdkonsumtionsdata .....	15
Intervjuer .....	15
Statistiska metoder .....	16
Kvalitativa metoder .....	16
Etiska aspekter .....	16
Deltagarnas tid i projektet .....	18
Kommunikationsflödet i samordningstjänsten .....	18
Kontakter .....	19
Användning av etablerade vård- och omsorgsstrukturer .....	21
Åtgärder .....	21
Vårdkonsumtion under projektperioden .....	24
Besök på akutmottagning samt direktintag på geriatrisk klinik .....	25
Hembesök av husläkare .....	26
Hembesök av läkarresurs från projektet .....	26
Resultat och diskussion om upplevelser av projektets tjänster .....	26
Kontakter och sjukdomsbild påverkar användandet .....	27
Sambandscentral och kunskapskälla .....	28
Vårdcentralerna .....	28
Trygghet och kvarboende .....	29
Samordningstjänsten ur hemtjänstpersonalens perspektiv .....	30
Diskussion kommunikationsflöde och vårdkonsumtion .....	31
Användning av samordningstjänsten .....	31
Kontakter .....	31
Etablerade strukturer för vård- och omsorgsinsatser .....	32
Åtgärder .....	32

Vårdkonsumtion .....	33
Besök på akutmottagning .....	33
Direktintag på geriatrisk klinik.....	33
Hembesök av läkare .....	34
Sammanfattande diskussion och slutsatser.....	34
Referenser .....	36



## Sammanfattning

I projektet "Samordningstjänst för äldre" har befintliga kommunala och landstingsfinansierade verksamheter gemensamt etablerat en samordningstjänst för att stärka och samordna omsorgsamt hälso- och sjukvårdsresurserna om den enskilda multisviktande äldre personen. Avsikten var att hälso- och sjukvården samt omsorgen ska fungera och uppfattas som en helhet av de äldre personerna/patienterna och deras anhöriga/närstående, oberoende om resurserna kommer från kommunen eller landstinget. Totalt har 56 personer ingått i tjänsten. Inklusionskriterierna var att personen var beviljad minst 50 hemtjänsttimmar eller 50 timmar anhörigvård per månad det senaste året. Detta i kombination med att de gjort minst tre besök på akutmottagning under 12 månader innan inskrivning i tjänsten eller minst två besök på akutmottagning under 6 månader innan inskrivning. Våren 2008 fick FOU äldre norr i uppdrag att utvärdera samordningstjänsten.

Utvärderingen har studerat:

1. Kommunikationsflödet i och användningen av samordningstjänsten
2. Hälso- och sjukvårdskonsumtion under projektperioden
3. Upplevelser av de tjänster som samordningstjänsten erbjuder

Metoden har varit studie av registrerad kommunikationsdata. Vårdkonsumtionen har följts med hjälp av Stockholms läns landstings VAL-databaser. Intervjuer har även utförts med de medverkande äldre personerna, deras anhöriga och hemtjänstpersonal.

Resultatet visar att samordningstjänsten har använts i varierande utsträckning av de inskrivna personerna eller av personer i deras närhet. Det är ett fåtal personer som varit högkonsumenter av tjänsten. Vanligaste åtgärden var hembesök av samordningssjuksköterskan eller av sjuksköterska från ASiH. I regel genomförde samordningssjuksköterskan flera åtgärder åt gången.

Någon skillnad i antal akutbesök och antal direktintag på geriatrisk klinik före och under projektet mellan grupperna har ej kunnat påvisas. Dock finns uttalade effekter på individnivå genom intervjuerna. En stor begränsning med projektet är den korta projekttiden och att antalet medverkande är begränsat. Detta gör det svårt att dra definitiva och entydiga slutsatser om projektets effekter.

I flertalet intervjuer framkommer att samordningstjänsten har bidragit till ökad känsla av trygghet genom att vara en direktkontakt med hälso- och sjukvården. Detta i sin tur har bidragit till att de hjälpbehövande i sin tur kunnat bo kvar i ordinära boendet. Trots att de flesta intervjuade menar att hemtjänsten är det huvudsakliga bidraget till att de kan bo kvar i sitt ordinära boende, så har samordningstjänsten bidragit både med trygghet och till att man orkat med vardagen i hemmet.

Hemtjänstpersonalen uppger att de upplever samordningstjänsten som något som underlättar deras arbete och de uttrycker att själva vetskapen om att de kan ringa och rådfråga sjukvårdskunnig personal när akuta situationer inträffar innebär att de inte behöver ringa efter ambulans så fort hälsotillståndet för deras kunder förändras.

Att samordningstjänsten i vissa fall använts i begränsad omfattning betyder enligt de intervjuade personerna inte att tjänsten inte varit till nytta. Vetskapen om att kunna kontakta

samordningssjuksköterskan och att kunna få ett snabbt stöd och ett snabbt hembesök har sannolikt påverkat deras upplevelse av trygghet.

De medverkande äldre personerna befinner sig i en komplex livssituation med många vårdkontakter och stort omsorgsbehov. Det är en heterogen grupp med olika behov som varierar över tid. Detta ger argument för att en så pass skör grupp som de äldre personerna i detta projekt behöver en mer differentierad tjänst av hälso- och sjukvård och omsorg i allmänhet.

Användningen av tjänsten och komplexiteten i handläggning av olika åtgärder tyder på att behovet av tillgänglighet och samordning av tjänster är stort för denna målgrupp.

Antalet äldre personer kommer att öka avsevärt inom några år och därmed behovet av hälso- och sjukvård samt omsorg. Äldre personer kommer i större utsträckning i framtiden att få sina hälso- och sjukvård och sina omsorgsbehov tillgodosedda i sitt ordinarie boende framför på vård- och omsorgsboende och/eller på sjukhus. Mycket talar för att hälso- och sjuksjukvårdens och omsorgens resurser inte kommer att räcka till om vi inte finner nya vägar att möta denna växande grupp av sköra äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov på ett mer rationellt och ändamålsenligt sätt än att som idag ofta åka in till akutsjukhusens akutmottagningar.

Att stödja de äldre personerna, deras närstående och hemtjänsten i vården och omsorgen i hemmet och erbjuda riktade tjänster kommer sannolikt att bli avgörande för framtida utveckling. Samordningstjänst för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov är en ett möjligt sätt att erbjuda detta stöd.



## Inledning och bakgrund

Idag lever de flesta pensionärer ett friskt och aktivt liv högt upp i åldrarna, men sjukdom och ålderdom tillsammans medför att gruppen äldre-äldre (>82år) har ett behov av en sammansatt vård och omsorg där de olika samhällsinsatserna samverkar för att ge individen en god livskvalitet hela livet. En sammansatt vård och omsorg innebär insatser från personer från skiftande yrken och lagstiftningar och som medför att olika huvudmän blir berörda. Dessa ofta omfattande insatser från samhällets sida följs sällan upp eller utvärderas. Att utvärdera komplexa insatser är svårt, dels på grund av olika lagrum och huvudmannansvar samt att det ofta är både komplicerade sjukdoms- och behandlingsförlopp och många olika omsorgsinsatser som behövs. Dock är det centralt med en sammanhållen bedömning och planering för den enskilde individen och dennes anhöriga/närstående. Från praktiken (hälso- och sjukvården och omsorgen) vittnar många medarbetare om brister i samordning och samverkan mellan både huvudmän och olika vård- och omsorgsgivare (Akner 2004; Gurner & Thorslund, 2003; SBU, 2003; Rapport Sollentuna kommun 2006).

För målgruppen äldre personer med sammansatta och komplexa vårdbehov, saknas idag ett tydligt definierat samordningsansvar. Enligt professor Yngve Gustavsson har äldre personer över 85 år ökat sin sjukvårdskonsumtion med 35 procent de senaste 10 åren. Han hävdar att det ofta är bristen på god organisation av vård- och omsorgsinsatser kring de äldre som starkt bidrar till den improduktiva vård som vi har idag (Äldre i Centrum, nr 1 2010). Forskningen framhåller att den kliniska handläggningen av äldre personer ofta är uppdelad och osammanhängande (Akner, 2004; Gurner & Thorslund, 2003). Detta leder bland annat ofta till bristande kvalitet och kontinuitet i vård- och omsorgsinsatser samt otillräckliga utskrivnings- och uppföljningsrutiner efter sjukhusvård.

Den äldre personens eller anhörigas/närståendes möjlighet att medverka och framförallt att kunna påverka beslut som rör vård- och omsorgsinsatser är ofta i praktiken begränsade. I kombination med bristande informationsöverföring mellan olika vårdgivare är risken stor att vården och omsorgen inte utgår från den äldre personen och därmed inte heller uppfattas som en helhet,

varande i en sammanhållen vårdkedja eller vårdnätverk kring den äldre personen. Detta ger konsekvenser för upplevd trygghet för de äldre personerna, deras anhöriga/närstående och involverad personal. Önskvärt idag är att äldre personer ska känna trygghet att kunna bo kvar hemma i sin bostad så länge som möjligt, oavsett vård och/eller omsorgsbehov. Att vistas i sin invanda miljö bland anhöriga och närstående är för de flesta människor faktorer för att bevara hälsa och god livskvalitet.

Flera försök har gjorts för att utveckla olika samordningslösningar utifrån ovanstående beskrivna situation. Under 2006 och 2007 utvecklades en modell i nordvästra Stockholms län (projektnamn Hemgeriatrik) där vård- och omsorgsresurser samordnades i ett team och där en samordningssjuksköterska (dirigent) stod för den första kontakten med vårdtagaren. Resultaten från Hemgeriatrikprojektet visade en tydlig bild av att gruppen äldre personer med sammansatta vård- och omsorgsbehov står för omfattande behov och därmed nyttjande av vård- och omsorgstjänster (Uvhagen et al., 2007). Det är påtagligt att olika behov hos de äldre personerna kräver individuella lösningar samt inte endast hög kompetens hos vård- och omsorgspersonalen utan även att personal kring den äldre personen har god förmåga att samverka.

Projektet Hemgeriatrik möjliggjorde en ökad tillgänglighet av bedömningar i hemmet, av geriatriker, distriktssköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska. I uppföljning av projektet intervjuades deltagarna och flera av de äldre personerna som hade berörts av insatserna uttryckte en känsla av ökad trygghet. Att veta att de kunde få hjälp när som helst på dygnet och att det var en person som svarade närhelst de ringde. Dock visade den utvärderingen på brister i hur personalen samverkade utifrån ett organisations- och ledningsperspektiv.

Under 2008 fattades beslut från Stockholms läns landsting, HSN-f (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning), Järfälla kommun och Upplands-Bro kommun att genomföra ett nytt projekt kallat "Samordningstjänst för äldre", med samma inriktning som Hemgeriatrik. Det som skiljer projekten åt är bland annat att Samordningstjänsten har fler inskrivna personer, förändrande inklusionskriterier samt annan patientansvarig läkare än Hemgeriatrik. En

styrgrupp tillsattes med representation från HSN-f, Jakobsbergsgeriatriken, Järfälla kommun, Upplands-Bro kommun samt FOU äldre norr. Syftet med projektet vara att pröva modell för att stärka och samordna resurserna kring äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg.

Våren 2008 fick FOU äldre norr i uppdrag att utvärdera projektet.

## Projektet Samordningstjänst för äldre personer i Järfälla och Upplands-Bro kommun

Samordningstjänsten är ett samverkansprojekt mellan Jakobsbergsgeriatriken, Stockholms läns landsting, SLL, och kommunerna Järfälla och Upplands-Bro. Projektägare var Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, SLL, Järfälla kommun samt Upplands-Bro kommun.

I projektet skulle befintliga vård- och omsorgsresurser etablera en samordningstjänst för att stärka och samordna resurserna kring den enskilde äldre personen. Samordningen koordinerades av en samordningssjuksköterska. Avsikten var att vården och omsorgen skulle fungera och uppfattas som en helhet av de äldre personerna/patienterna och deras anhöriga/närstående, oberoende om resurserna kommer från kommunen eller landstinget.

Tjänsten tillhandahöll hög tillgänglighet för akuta bedömningar och åtgärder i hemmet av samtliga aktörer. Vidare erbjöd tjänsten möjligheten till utökade hemtjänstinsatser, jourtid, samordning mellan vård- och omsorgsverksamheter samt konsultbedömningar med andra yrkesgrupper. Den enskilde medverkande äldre personen erbjöds möjligheten att behålla den hemtjänst- och sjukvårdspersonal som han/hon var bekant med sen tidigare.

Tjänsten baserades således på befintliga vård- och omsorgsstrukturer inom landstinget och kommunerna med tillägget av en samordningssjuksköterska. Husläkaransvaret var oförändrat kvar hos respektive medverkandes husläkare.

För att bli inkluderad i projektet och få tillgång till projektets tjänster krävdes att den äldre personen

accepterade medverka och att bli inskriven i projektet. Vid inskrivningen i projektet lämnades en pärm med information om Samordningstjänsten hemma hos den äldre personen. Samordningssjuksköterskan gick igenom pärmen med deltagaren. De medverkande personerna fick ett telefonnummer som dagtid gick till samordningssjuksköterskan och kvälls- och nattetid kopplades samma nummer automatiskt till ansvarig sjuksköterska på ASIH (Avancerad Sjukvård i Hemmet). Utöver den äldre personen/deltagaren själv kunde även dennes anhöriga/närstående och/eller aktuell vård- och omsorgsgivare vid behov använda sig av tjänsten, dvs ringa till samordningssjuksköterskan för hjälp eller råd.

Projektet genomfördes av en projektledare för Sll i form av samordningssjuksköterska som anställdes vid Jakobsbergsgeriatriken samt två projektledare från respektive kommun. Inklusion av deltagare till samordningstjänsten gjordes löpande under projektets gång av samordningssjuksköterskan, från och med 2008-09-01 till 2009-06-30. Deltagarna i projektet identifierades genom sökning i register hos de medverkande parterna som gjordes av respektive verksamhets projektledare. Personerna/deltagarna i projektet, erbjöds att medverka via ett personligt brev, personliga möten eller via telefonsamtal. Ett undertecknat medgivande inhämtades från samtliga medverkande äldre personer. Projektet pågick till 2009-11-30 alternativt avslutades för medverkande personer om de flyttade till vård- och omsorgsboende, eller flyttade till annan kommun eller vid dödsfall.

## Syfte

Syftet med utvärderingen är att undersöka effekter av samordningstjänsten. Effekter studeras utifrån antal besök på akutmottagning, antal direktintag på geriatrik klinik samt antal hembesök av husläkare respektive läkarresurs från projektet.

Syftet är också att beskriva kommunikationsflödet i samordningstjänsten samt de inskrivna deltagarnas respektive hemtjänstpersonalens upplevelser av samordningstjänsten.

## Frågeställningar

Följande huvudsakliga frågeområden och frågeställningar ligger till grund för utvärderingen:

1. Kommunikationsflödet i samordningstjänsten
  - 1.1. Antal kontakter med samordningssjuksköterskan?
  - 1.2. Orsaker till kontakt med samordningssjuksköterskan?
  - 1.3. Användning av etablerade vård- och omsorgsstrukturer?
  - 1.4. Åtgärder efter kontakt med samordningssjuksköterskan?
2. Vårdkonsumtion under projektperioden
  - 2.1. Hur många besök på akutmottagning gjordes under projekttiden jämfört med samma tidsperiod före projektet?
  - 2.2. Hur många direktintag på geriatrisk klinik gjordes under projekttiden jämfört med samma tidsperiod före projektet?
  - 2.3. Hur många hembesök utfördes av husläkare respektive extra läkarresurs från projektet under projektet jämfört med före projektet?
3. Upplevelser av projektets tjänster
  - 3.1. Hur upplevde medverkande äldre personer och deras närstående projektets tjänster?

- 3.2. Hur upplevde hemtjänsten projektets tjänster?
- 3.3. Möjliggjorde medverkan i projektet ett längre kvarboende i ordinärt boende?

## Metod

### Deltagare

Målgruppen för samordningstjänsten var äldre personer, 65 år eller äldre, boende i Järfälla kommun eller Upplands-Bro kommun och som beviljats minst 50 hemtjänsttimmar per månad och/eller 50 timmar anhörigvård per månad samt var listade på någon husläkarmottagning inom kommunerna. Denna grupp uppgick vid projektets start till cirka 200 personer.

Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per person i de två kommunerna uppgick 2008 till 22 timmar respektive 24 timmar samt 2009 till 13 timmar respektive 26 timmar.

För att besvara utvärderingens frågeställningar och undersöka eventuella effekter av samordningstjänsten delades gruppen in i två interventionsgrupper och två jämförelsegrupper (figur 1).

**Interventionsgrupp 1**

Interventionsgrupp 1 bestod av personer som utöver ovanstående kriterier har en historik med tre eller fler besök på akutmottagning 12 månader innan inklusion i projektet eller två eller fler besök på akutmottagning 6 månader innan inklusion och som erbjudits och tackat ja till samordningstjänsten. Denna grupp uppgick till 24 personer.

**Jämförelsegrupp 1**

Jämförelsegrupp 1 har samma inklusionskriterier som interventionsgrupp 1 med undantaget att de inte tackat ja till medverkan. Denna grupp uppgick till 29 personer.

**Interventionsgrupp 2**

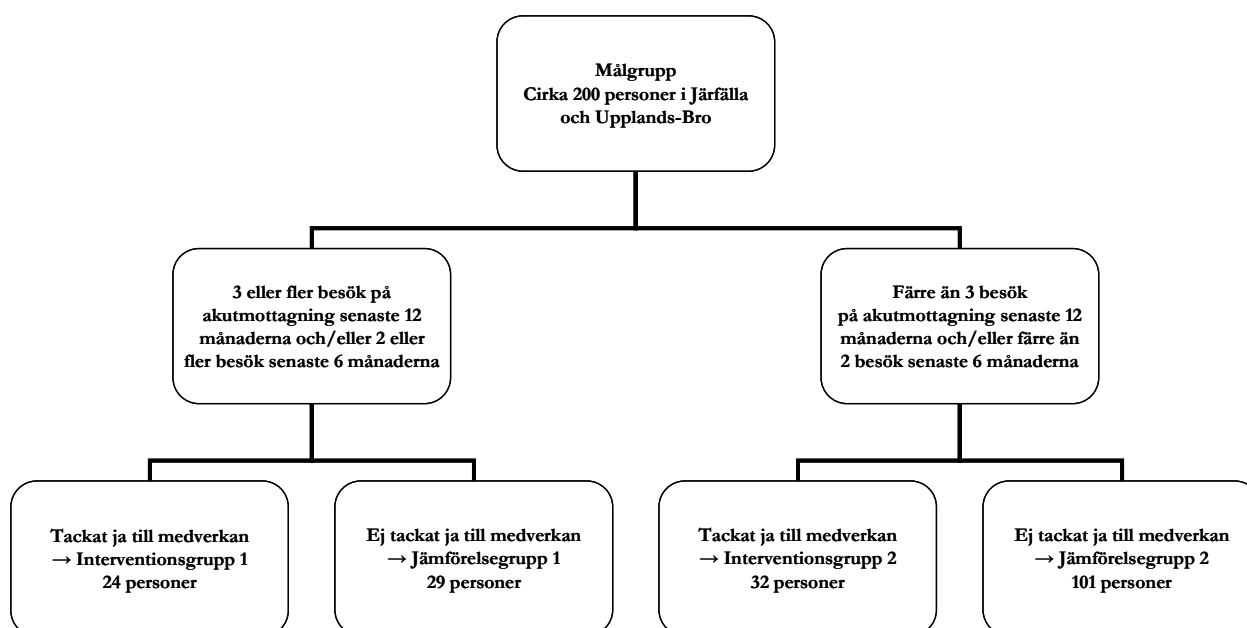
Interventionsgrupp 2 bestod av personer som utöver ovanstående kriterier har en historik med färre än 3 besök på akutmottagning 12 månader innan inklusion i projektet eller färre än två besök på akutmottagning sex månader innan inklusion och som erbjudits och tackat ja till samordningstjänsten. Denna uppgick till 32 personer.

**Jämförelsegrupp 2**

Jämförelsegrupp 2 inkluderar personer med samma kriterier som interventionsgrupp 2 med undantaget att de inte tackat ja till medverkan. Denna grupp uppgick till 101 personer.

Jämförelsegrupp 1 och 2 identifierades utifrån data som erhöles från medverkande kommuner. En teoretisk genomsnittlig tid i projektet genererades för jämförelsegruppen baserat på inklusion 2008-09-01 och projektavslut 2009-11-30 alternativt tidigare avslut på samma grund som interventionsgruppen. Genom VAL-databaserna (VAL-databaserna beskrivs under Utvärdering och analys) kunde grupptillhörighet identifieras för personerna i jämförelsegrupperna.

Av de 56 personerna i interventionsgrupp 1 och 2 kom 44 personer från Järfälla kommun och 12 personer från Upplands-Bro kommun. I jämförelsegrupp 1 och 2 var motsvarande siffror 121 personer från Järfälla kommun och 9 personer från Upplands-Bro kommun.



**Figur 1.** Sammanfattande flödesschema för uppdelning i de fyra olika grupperna.

## Utvärdering och analys

### Kommunikationsflödet i samordningstjänsten

Samtlig kommunikation i projektet som skett med samordningssjuksköterskan har löpande registrerats av samordningssjuksköterskan i en dokumentationsmall i verksamhetens journalsystem. Analys av data från dokumentationsmallen har genomförts efter projektavslut, 2009-11-30.

### Vårdkonsumtionsdata

För uppföljning av vårdkonsumtion har Stockholms läns landsting ett sammanhållet informationssystem, de s.k. VAL-databaserna. VAL-databaserna är uppföljningsdatabaser, där detaljerade uppgifter om all köpt vård samlas. VAL består av ett antal statistikdatabaser innehållande data som hämtats från andra system inom landstinget. För att kunna besvara frågeställningar rörande vårdkonsumtion före och under projektperioden har analys av data från VAL-databaser genomförts.

De medverkande äldre personernas tid i projektet varierade beroende på tid för inklusion och tid för projektavslut. Projektavslut kunde vara 2009-11-30 alternativt att deltagaren avled eller flyttat till ett vård- och omsorgsboende eller till en annan kommun. Vårdkonsumtionen studerades för den aktuella tidsperioden för varje individ. För att möjliggöra en jämförelse mellan grupperna relaterades varje individs vårdkonsumtion till "en månads konsumtion".

Deltagarnas vårdkonsumtion innan projektets start har studerats. De observerade perioderna motsvarar varje medverkande individs tid i projektet. Exempel: för den person som fanns med under åtta månader i projektet, studerades vårdkonsumtionen åtta månader innan inklusion i projektet.

Motsvarande analys har genomförts för jämförelsegruppen. Dock med skillnaden att samtliga personer i gruppen antas ha inkluderats vid samma tillfälle, 2008-09-01.

VAL-databaserna innehåller variabler som rör vårdkonsumtion. Även besökstyp, vårdgivare, vårdgren etc tydliggörs. Utifrån utvärderingens frågeställningar

gjordes en selektion av tillgänglig data från VAL-databaserna.

För att följa personernas totala vårdkonsumtion studerades samtliga registrerade vårdkontakter utifrån VAL-databaserna. Vid analys av total vårdkonsumtion exklusive vård kopplat till samordningstjänsten exkluderades data förenat med projektets kombikod (kombika = kombination inrättning klinik avdelning).

För att studera personernas antal besök på akutmottagning granskades kombikoder och vilken avdelning. Kombikoden är kopplad till vårdproducenten och avdelningstypen anger om det är en akutmottagning.

För att studera hur många gånger deltagarna varit föremål för direktintag på geriatrisk klinik, utifrån databasen, studerades den variabel som anger registrerat intagningsätt på geriatrisk klinik. Denna variabel baseras på den geriatriska kliniken egen registrering av intagningsform.

För att studera mängd hemsjukvård genomfördes en selektion av data utifrån variablerna; vårdgren (primärvård), besökstyp (hembesök) samt kombikatext för att identifiera involverade verksamheter (primärvård, ASiH samt besök av läkarjour).

För att studera antal hembesök som gjorts av husläkare granskades variablerna; vårdgren (primärvård), vårdgivare (läkare), besökstyp (hembesök) samt kombikatext för att identifiera läkarens vårdcentrals tillhörighet. All kombikatext som innehöll termen "hemsjukvård" exkluderades.

### Intervjuer

För att kunna besvara frågeställningar rörande deltagarnas upplevelser av projektets tjänster har intervjuer genomförts. Personerna/deltagarna för intervju valdes ut i dialog med samordningssjuksköterskan och kontaktades först av henne. Hon gjorde en förfrågan om de ville delta i utvärderingen av samordningstjänsten genom en intervju. Efter deras medgivande kontaktades intervjupersonerna först via brev och sedan via telefon för en bekräftelse på intresset att delta i utvärderingen. Såväl i brevet som vid telefonsamtalet informerades om att intervjun var frivillig och de uppgifter de lämnade skulle behandlas

konfidentiellt (det vill säga att inga "vårdgivare" eller annan person skulle få reda på vem som sagt vad eller när, all identifiering av intervjuerna skulle förstöras efteråt) samt att de när som helst kunde välja att avbryta intervjun. Av de tillfrågade personerna avböjde en projektdeltagare att medverka. Vidare gick det trots upprepade försök inte att komma i kontakt med en av deltagarnas närstående. Totalt sett har tio intervjuer genomförts inom ramen för denna utvärdering, varav nio med projektdeltagare och en med en närstående.

Samtliga intervjuer genomfördes i projektdeltagarnas hem och utgick från åtta frågor om hur de och deras närstående använder och upplever samordningstjänsten. Vid intervjutillfällena visade det sig att ett flertal projektdeltagare var för sjuka för att själva kunna besvara frågorna. En projektdeltagare hade förlorat talförmågan på grund av stroke och en annan deltagare hade minnessvårigheter i kombination med svår hjärtsvikt. Vid intervjutillfället kunde sistnämnda projektdeltagare inte heller medverka på grund av att han fallit som då gjort honom sängliggande i behov av starka smärtstillande läkemedel. Ytterligare tre projektdeltagare visade sig ha minnessvårigheter. Utfallet av dessa fem intervjutillfällen blev därför att de närstående till projektdeltagarna besvarade frågorna och sedan kompletterade projektdeltagarna de närståendes svar i den mån de kunde och orkade. Vid ett av intervjutillfällena medverkade också, förutom den närstående, en av de personliga assistenterna till projektdeltagaren.

Sammanfattningsvis har således fem av nio intervjuer med projektdeltagare i första hand genomförts med närstående och inte med projektdeltagarna själva. I mer än hälften av intervjuerna beskrivs därför i första hand de närståendes upplevelse och användning av samordningstjänsten och i andra hand projektdeltagarnas egna erfarenheter.

För att komplettera bilden av hur samordningstjänsten fungerar har även två personer från hemtjänsten intervjuats. Kriterierna för urval av personal från hemtjänsten var att de skulle ha kontaktat samordningstjänsten mer än en gång. Urvalet av intervjupersoner från hemtjänsten gjordes i dialog med samordningssjuksköterskan. Båda personerna som har intervjuats har arbetat inom hemtjänsten i mer än ett år. Intervjun med hemtjänstper-

sonalen genomfördes i grupp och utgick från fem frågor om hur personalen använder och upplever tjänsten.

## Statistiska metoder

Beskrivande data för kontinuerliga variabler redovisas med medelvärde, medianvärde samt med spridningsmått högsta och lägsta värde. Statistiska analyser för jämförelser mellan grupper och över tid analyserades med ickeparametriska metoder, Wilcoxon/Kruskal-Wallis Tests. Vid jämförelse inom varje grupp användes Wilcoxon Sign-Rank. Vid nominala data användes Fisher's Exact Test.

För att kunna jämföra de olika gruppernas konsumtion av vård har vårdkonsumtionen räknats fram per månad för varje individ. Antalet hembesök av husläkare till personerna i interventionsgrupperna och personerna i jämförelsegrupperna har studerats under perioden 1 januari 2008 till inklusion i projektet och under perioden från inklusion i projektet till projektets slut. Vid övriga studera variabler har personernas tid i projektet varit lika lång som den studerade tiden innan projektet.

## Kvalitativa metoder

Intervjuerna har analyserats tematisk. Efter medgivande från informanterna har samtliga intervjuer bandats. Intervjuerna har sedan lyssnats igenom och analyserats utifrån en deskriptiv innehållsanalys. En deskriptiv innehållsanalys är i huvudsak sammanfattande och beskrivande. Anledningen till att en deskriptiv innehållsanalys tillämpats i denna utvärdering är att intervjuerna i första hand har genomförts i kompletterande och informativt syfte. Transkriberingsfasen har därefter uteslutits och i stället har intervjuerna direkt efter genomlyssnande grupperats och delats in i enheter i syfte att söka efter gemensamma mönster och teman i svaren.

## Etiska aspekter

Detta är ett kvalitetsuppföljningsprojekt. Därför har inte etisk ansökan till etisk kommitté lämnats in. Sedvanliga sekretessföreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonal har beaktats samt konfidentialitet för de medverkande personerna, dvs inga namn eller data exponeras. Tillstånd för avidentifiering och omkodning av personnummer till VAL-databaserna har erhållits från jurist inom Stockholms läns landsting. Ansvarig tjänsteman



från respektive medverkande kommun har gett tillstånd att skapa jämförelsegruppen.

I projektet "Samordningstjänst för äldre i Järfälla kommun och Upplands-Bro kommun" informerades de medverkande äldre personerna om deras rättighet att de när som helst under projektets gång och utan att ange orsak kan avbryta sitt deltagande i såväl intervjuundersökningen eller i projektet som helhet. De medverkande personerna har skriftligen och muntligen tillfrågats och givit sitt medgivande om att projektet får tillgång till deras personuppgifter.



## Resultat kommunikationsflöde och vårdkonsumtion

### Deltagarnas tid i projektet

Totalt inkluderades 56 personer i samordningstjänsten under projekttiden. Deras medverkan i tid varierade. Detta beror på att inklusionsdatum och i vissa fall exklusionsdatum varierat mellan individerna. Även de 130 personer som ingår i jämförelsegrupperna uppvisade en varierad teoretisk tid i projektet, se tabell 1.

**Tabell 1.** Genomsnittlig tid i projektet för de olika grupperna, medelvärden (min-max).

Grupp	Interventionsgrupp 1	Interventionsgrupp 2	Jämförelsegrupp 1	Jämförelsegrupp 2
Antal personer	24	32	29	101
Genomsnittligt antal månader i projektet	8,1 (1,1–12,4)	8,5 (1,9–13,7)	14,0 (2,6–15,0)	13,2 (1,3–15,5)

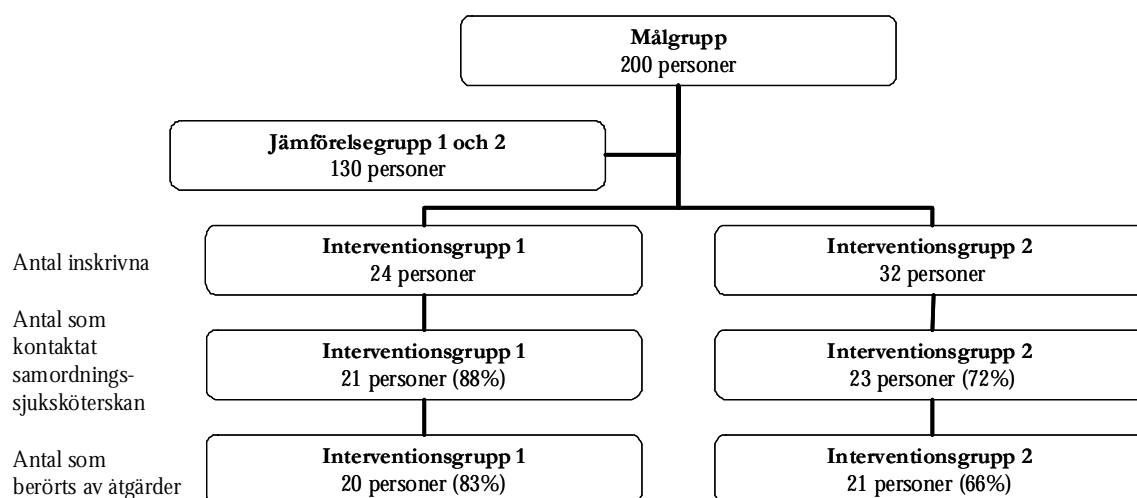
Den genomsnittliga tiden i projektet skiljde sig inte signifikant mellan personerna från interventionsgrupp 1 och interventionsgrupp 2. Ingen skillnad framträdde heller mellan män och kvinnor i interventionsgrupperna vad gäller genomsnittlig tid i projektet.

Den genomsnittliga tiden för jämförelsegrupp 1 och 2 var högre än för interventionsgrupp 1 och 2.

Innan projektets slut avbröt 16 personer (åtta personer hade avlidit, sex hade flyttat till vård- och omsorgsboende samt två hade flyttat från orten), 28%, från interventionsgrupp 1 och 2. Trettiotre personer (21 hade avlidit, 12 flyttat till vård- och omsorgsboende), 25%, från jämförelsegrupp 1 och 2 avbröt sin medverkan i projektet.

### Kommunikationsflödet i samordningstjänsten

Under projektperioden har kontakter tagits med samordningssjuksköterskan och en mängd olika åtgärder har genomförts. Figur 2 beskriver användningen av tjänsten inom respektive grupp.



**Figur 2.** Antal personer som deltog i projektet och som använde sig av samordningstjänsten.

I tabell 2 presenteras genomsnittligt antal kontakter och åtgärder per månad och individ där hänsyn tagits till de olika tiderna i projektet.

**Tabell 2.** Genomsnittligt antal kontakter och åtgärder per månad och individ, median (min-max).

	Interventionsgrupp 1 (n=24)	Interventionsgrupp 2 (n=32)
Antal som kontaktat samordningssjuksköterskan	21 (88%)	23 (72%)
Antal kontakter per individ och månad	1,0 (n=21) (0,1-6,2)	0,5 (n=23) (0,1-3,3)
Antal som berörts av åtgärder	20 (83%)	21 (66%)
Antal åtgärder per individ och månad	1,9 (n=20) (0,1-14,3)	0,5 (n=21) (0,1-5,8)

### Kontakter

Av de 56 personerna som var inskrivna i samordningstjänsten var det 44 personer som berördes genom kontakt med samordningssjuksköterskan, se tabell 2 ovan.

I tabell 3 presenteras hur många kontakter som tagits med samordningssjuksköterskan under projektperioden 2008-09-01 till 2009-11-30 uppdelat på interventionsgrupp 1 och interventionsgrupp 2. Vidare tydliggörs vem som kontaktat samordningssjuksköterskan.

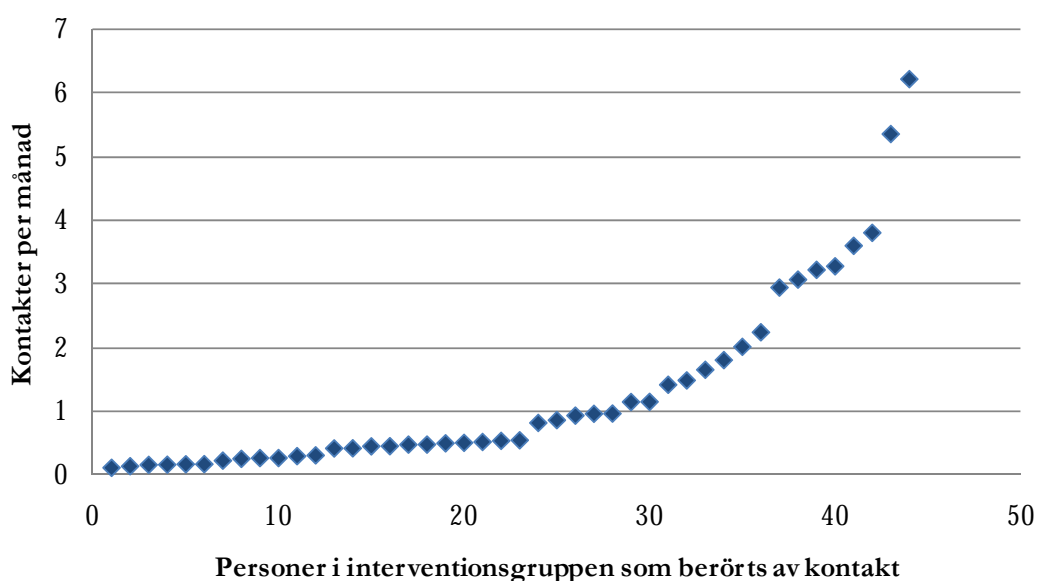
**Tabell 3.** Registrerade kontakter med samordningssjuksköterskan (antal kontakter=426).

Kontaktande person	Interventionsgrupp 1 (n=21)	Interventionsgrupp 2 (n=23)
Hemtjänst	117 (43%)	44 (28%)
Anhörig/närstående	72 (27%)	46 (30%)
Medverkande äldre person	42 (15%)	35 (23%)
Annan person	22 (8%)	16 (10%)
Distriktssköterska	13 (5%)	5 (3%)
Biståndshandläggare	4 (1%)	8 (5%)
Paramedicinare	1 (<1%)	-
Husläkare/läkare öppenvård	-	1 (%)
Totalt	271	155

Det framgår att en stor del av kontakterna utförts av hemtjänst och anhöriga. Andelen samtal som den äldre personen själv utfört uppgår till cirka 20%. Det finns skillnad i kontaktmönster mellan interventionsgrupp 1 och 2 där framför allt kontakt från hemtjänsten skiljer sig mellan grupperna.

Antal kontakter med samordningssjuksköterskan per medverkande äldre person skiljer sig individerna emellan. I tabell 2 tydliggörs antal kontakter per medverkande äldre personer i förhållande till personens tid i projektet. Data baseras på de personer som använt tjänsten att kontakta samordningssjuksköterskan. Personerna i interventionsgrupp 1 som berörts genom kontakt med samordningssjuksköterskan uppvisar nästan två gånger så många kontakter per individ och månad som personerna i interventionsgrupp 2.

I figur 3 illustreras spridningen av antal kontakter per individ och månad för de personer i interventionsgrupp 1 och 2 som berörts genom kontakt med samordningssjuksköterskan.



**Figur 3.** Spridningen av antal kontakter per individ och månad för de personer i interventionsgrupp 1 och 2 som berörts genom kontakt med samordningssjuksköterskan (n=44).

Majoriteten av kontakterna har skett via telefonsamtal. Av de 426 kontakterna har 364 kontakter (85%) utförts per telefon. Resterande 15% har skett på annat sätt, exempelvis vid möte med vård- och omsorgsgivare.

I tabell 4 presenteras, de av samordningssjuksköterskan bedömda, orsakerna till kontakt med samordningssjuksköterskan.

**Tabell 4.** Bedömda orsaker till kontakt med samordningssjuksköterskan.

Orsak till kontakt	Interventionsgrupp 1	Interventionsgrupp 2
Kroppsliga symtom	235 (87%)	97 (63%)
Annan orsak	17 (6%)	40 (26%)
Frågor kring hemtjänstinsatser	6 (2%)	9 (6%)
Frågor kring paramedicinska åtgärder	5 (2%)	5 (3%)
Svårt att nå etablerade strukturer	4 (1%)	3 (2%)
Psykosocialt	4 (1%)	1 (<1%)
Totalt	271	155

Det framgår att majoriteten av kontakterna primärt har bedömts handla om kroppsliga symtom hos den äldre personen. Detta förhållande är tydligare hos personerna i interventionsgrupp 1 (87%) än i interventionsgrupp 2 (63%).

### Användning av etablerade vård- och omsorgsstrukturer

Under projektets gång har samordningssjuksköterskan under dagtid dokumenterat om den äldre personens etablerade vård- och omsorgsstrukturer kontaktats (personens husläkare) innan projektets tjänster använts. I dokumentationen finns 146 tillfällen noterade då frågan ställts och dokumenterats. Det framgår att av dessa tillfällen har cirka två tredjedelar ej kontaktat etablerade vård- och omsorgsstrukturer innan de kontaktat samordningssjuksköterskan.

### Åtgärder

Av de 426 kontakter som tagits med samordningssjuksköterskan har 124 kontakter hanterats och avslutats av samordningssjuksköterskan utan att vidare åtgärder varit nödvändiga. Åtgärderna som resulterat utifrån de kontakter som inte avslutats tydliggörs i tabell 5. Antal åtgärder överstiger antal kontakter. Detta beror på att flera åtgärder kan ha genomförts baserat på en kontakt. Åtgärderna har berört 41 personer i interventionsgrupperna.

**Tabell 5.** Registrerade åtgärder vid kontakt med samordningssjuksköterskan (antal åtgärder=585).

Åtgärd	Interventionsgrupp 1 (n=20)	Interventionsgrupp 2 (n=21)
Hembesök av sjuksköterska ASiH	77 (20%)	29 (14%)
Hembesök av samordningssjuksköterska	60 (16%)	35 (17%)
Samordning med distriktssköterska	46 (12%)	16 (8%)
Konsultbedömning geriatriker/ASiH läkare	34 (9%)	12 (6%)
Konsultbedömning distriktssköterska	28 (7%)	26 (13%)
Samordning med annan part	21 (5%)	19 (9%)
Intagning på akutmottagning	19 (5%)	4 (2%)
Konsultbedömning av husläkare	17 (4%)	12 (6%)
Samordning med husläkare	17 (4%)	12 (6%)
Samordning med hemtjänst	17 (4%)	11 (5%)
Samordning med arbetsterapeut	8 (2%)	5 (2%)
Inskrivning på geriatrisk klinik	7 (2%)	1 (<1%)
Hembesök av geriatriker/ASiH läkare	6 (2%)	2 (1%)
Hembesök av distriktssköterska	5 (1%)	3 (1%)
Hembesök av hemtjänst	5 (1%)	1 (<1%)
Samordning med biståndshandläggare	4 (1%)	7 (3%)
Samordning med sjukgymnast	4 (1%)	2 (1%)
Samordning med geriatriker/ASiH läkare	4 (1%)	-
Intag på ASiH	2 (<1%)	5 (2%)
Hembesök av husläkare	2 (<1%)	-
Totalt	383	202

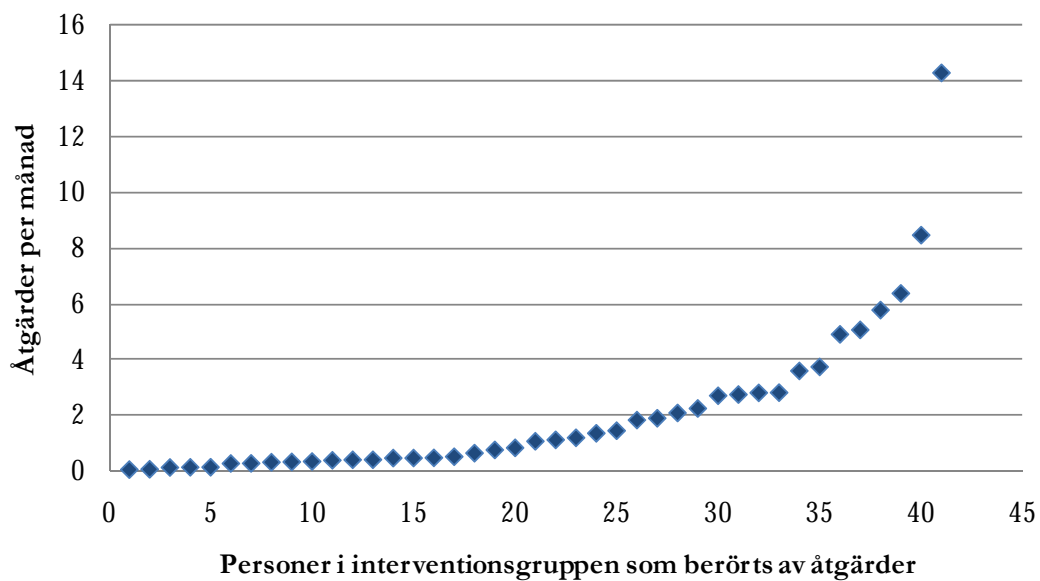
Ur dokumentationen framgår att antalet hembesök som gjorts av samordningssjuksköterskan och sjuksköterska från ASiH uppgår till totalt 201 hembesök vilket motsvarar cirka en tredjedel av åtgärderna. Dessa hembesök är fördelade på 30 personer i interventionsgruppen.

Samordning med olika yrkesgrupper står för cirka en tredjedel av åtgärderna, fördelat på 32 personer. Konsultbedömning har genomförts av olika yrkesgrupper vid cirka en femtedel av åtgärderna, fördelat på 30 personer.

Generellt visar data att personerna i interventionsgrupp 1 har fått fler åtgärder än personerna i interventionsgrupp 2.

Som tabell 2 tydliggör är antal åtgärder per medverkande äldre personer i förhållande till personens tid i projektet 1,9 åtgärder per månad för interventionsgrupp 1 och 0,5 åtgärder per månad för interventionsgrupp 2. Data baseras på de personer som berörs av åtgärder via kontakt med samordningssjuksköterskan.

I figur 4 illustreras spridningen av antal åtgärder per individ och månad för de personer i interventionsgruppen som berörs av åtgärder genom kontakt med samordningssjuksköterskan.



**Figur 4.** Spridningen av antal åtgärder per individ och månad för de personer i interventionsgrupp 1 och 2 som berörts av åtgärder genom kontakt med samordningssjuksköterskan (n=41).

## Vårdkonsumtion under projektperioden

I tabell 6 presenteras data från respektive grupp utifrån variablerna ålder, kön samt genomsnittlig vårdkonsumtion per individ och månad innan inklusion i projektet.

**Tabell 6.** Beskrivning av utgångsläget i de olika grupperna innan inklusion i projektet, medelvärden.

	Interv. 1 (n=24)	Jämf. 1 n=29)	p	Interv. 2 (n=32)	Jämf. 2 (n=101)	p
Genomsnittlig ålder	81,8	81,2	ns	82,3	81,8	ns
Könsfördelning (kvinnor/män)	18/6	15/14	ns	16/16	85/45	ns
Genomsnittlig total vårdkonsumtion per månad och individ	6,6	9,3	ns	7,6	4,0	<b>0,01</b>
Genomsnittligt antal besök på akut-mottagning per månad och individ	0,4	0,3	<b>0,01</b>	0,05	0,06	ns
Genomsnittligt antal direktintag på geriatrisk klinik per månad och individ	0,1	0,03	ns	0,02	0,01	ns
Genomsnittligt antal hemsjukvårds-besök per månad och individ	1,8	5,8	<b>0,01</b>	4,8	2,2	ns

Det framgår att interventionsgrupp 1 och jämförelsegrupp 1 signifikant skiljer sig åt med avseende på variablerna "genomsnittligt antal akutbesök" samt "genomsnittligt antal hemsjukvårdsbesök". Övriga analyserade variabler skiljde sig ej signifikant åt innan projektet.

Vid jämförelse mellan interventionsgrupp 2 och jämförelsegrupp 2 tydliggörs en signifikant skillnad mellan grupperna för variabeln "genomsnittlig total vårdkonsumtion". Övriga analyserade variabler skiljer sig ej signifikant åt innan projektet.

I nedanstående resultatet kommer utvecklingen av vårdkonsumtionen (före intervention jämfört med under intervention) inom interventionsgrupp 1, interventionsgrupp 2, jämförelsegrupp 1 samt inom jämförelsegrupp 2 att presenteras. Vidare kommer utvecklingen av vårdkonsumtion att jämföras mellan interventionsgrupp 1 och jämförelsegrupp 1 samt mellan interventionsgrupp 2 och jämförelsegrupp 2.



## Besök på akutmottagning samt direktintag på geriatrisk klinik

I tabell 7 presenteras utvecklingen i de olika grupperna avseende variablerna total vårdkonsumtion, total vårdkonsumtion exklusive samordningstjänsten, antal hemsjukvårdsbesök, antal besök på akutmottagning samt antal direktintag på geriatrisk klinik.

**Tabell 7.** Utvecklingen av konsumerad vård under projektet inom respektive interventionsgrupp och jämförelsegrupp, medelvärden per månad (min-max).

	Interv. 1			Interv. 2			Jämf. 1			Jämf. 2		
	Före	Under	p	Före	Under	p	Före	Under	p	Före	Under	p
Total vårdkonsumtion	6,6 (0,6-24,7)	9,2 (2,4-28,6)	<b>0,007</b>	7,6 (0,5-55,4)	11,6 (0,7-61,3)	ns	9,3 (1,3-39,4)	11,5 (0,2-44,3)	ns	4,0 (0-50,1)	4,7 (0-36,1)	<b>0,017</b>
Total vårdkonsumtion exkl samordningstjänsten	6,6 (0,6-24,7)	7,9 (1,9-28,0)	ns	7,6 (0,5-55,4)	11,1 (0,4-61,1)	ns	9,3 (1,3-39,4)	11,5 (0,2-44,3)	ns	4,0 (0-50,1)	4,7 (0-36,1)	<b>0,017</b>
Antal hemsjukvårdsbesök	1,8 (0-9,2)	2,8 (0-12,4)	ns	4,8 (0-51,6)	8,0 (0-59,2)	ns	5,8 (0-31,6)	8,1 (0-43,3)	ns	2,2 (0-48,0)	2,8 (0-33,6)	<b>0,01</b>
Antal besök på akutmottagning	0,4 (0-1,0)	0,3 (0-1,0)	ns	0,05 (0-0,2)	0,1 (0-1,4)	ns	0,3 (0,1-0,8)	0,2 (0-0,8)	<b>0,003</b>	0,06 (0-0,5)	0,1 (0-0,8)	<b>0,001</b>
Antal direktintag på geriatrisk klinik	0,1 (0-0,6)	0,1 (0-0,7)	ns	0,02 (0-0,5)	0,1 (0-2,3)	ns	0,03 (0-0,4)	0,05 (0-0,4)	ns	0,01 (0-0,1)	0,03 (0-0,5)	<b>0,010</b>

Vissa trender kan urskiljas inom respektive grupp. Den totala vårdkonsumtionen tenderade att öka i samtliga grupper. Ökningen är signifikant för interventionsgrupp 1 och jämförelsegrupp 2. Om de vårdtillfällen som är förknippad med samordningstjänsten tas bort vid analysen är skillnaden inom interventionsgrupp 1 inte längre signifikant.

Mängden hemsjukvård tenderade att öka i samtliga grupper, dock inte signifikant.

Inom interventionsgrupp 1 minskade det genomsnittliga antalet besök på akutmottagning per individ och månad under interventionen jämfört med innan, dock inte signifikant. Samma trend ses för jämförelsegrupp 1. För denna grupp är minskningen signifikant.

För interventionsgrupp 2 och jämförelsegrupp 2 är trenden den motsatta, en ökning av antal besök på akutmottagning per individ och månad under interventionen jämfört med innan. Ökningen är signifikant för jämförelsegrupp 2.

Samtliga grupper uppvisade en ökning av direktintag på geriatrisk klinik under interventionen jämfört med innan. Ökningen är signifikant för jämförelsegrupp 2.

Resultatet från analys av vårdkonsumtion före och under projektet mellan de olika grupperna indikerar att samordningstjänsten inte haft någon effekt vad gäller akutbesök och direktintag på geriatrisk klinik. Det finns ingen signifikant skillnad mellan utvecklingen hos interventionsgrupp 1 och 2 jämfört med utvecklingen hos jämförelsegrupp 1 och 2.

## Hembesök av husläkare

Antalet hembesök av husläkare till personerna i interventionsgrupperna och personerna i jämförelsegrupperna har studerats under perioden 1 januari 2008 till inklusion i projektet och under perioden från inklusion i projektet till projektets slut.

Det absoluta antalet hembesök till personerna i interventionsgrupp 1 och interventionsgrupp 2 uppgick till sex hembesök (fördelat på fem personer) mellan 2008-01-01 och projektstart. Det faktiska antalet under projektet är sex hembesök (fördelat på fyra personer).

För jämförelsegrupp 1 och jämförelsegrupp 2 uppgår det absoluta antalet hembesök till sex hembesök (fördelat på sex personer) mellan 2008-01-01 och inklusion i projektet. Det absoluta antalet hembesök under projektet är 18 hembesök (fördelat på åtta personer).

## Hembesök av läkarresurs från projektet

Data har analyserats med avseende på antal hembesök som utförts till personerna i interventionsgrupperna av läkarresurs kopplat till projektet under projektet. Totalt uppgick antalet till sju hembesök fördelat på sju personer (fyra från interventionsgrupp 1 och tre från interventionsgrupp 2).

## Resultat och diskussion om upplevelser av projektets tjänster

Av de 10 projektdeltagare och närstående som har intervjuats om hur de upplever och använder samordningstjänsten uppger nio personer att de har använt samordningstjänsten någon eller flera gånger. Tre av de närstående till projektdeltagarna säger sig ha använt tjänsten många gånger. När projektdeltagarna och/eller deras närstående ska beskriva tillfällena när de har använt tjänsten, återger de flesta en akut situation. Så här berättar exempelvis en av projektdeltagarna, som är ensamstående, om den gång som hon hade anledning att använda sig av tjänsten:

*Ja, det var när jag fick feber och blev sjuk, vilket jag sällan är (...). Då bad jag dom [hemtjänsten] sätta upp pårmen så jag kunde ringa på natten, och det gjorde jag då, för jag blev så dålig. Och dom kom ju fort, och det var helt*

*annorlunda än om jag hade ringt på någon husläkare (...). Just att dom inte är som läkare är: jaha, då får vi ringa efter en ambulans. Jag hatar att vara på sjukhus. Här kommer dom hem med en droppflaska och ställde den bredvid sängen, och det var ju det bästa av allt för mig.*

Att kunna få akut hjälp i hemmet och inte behöva åka in på sjukhus är något som de flesta projektdeltagare och närstående betonar som oerhört värdefullt. Framför allt närstående till projektdeltagare menar att samordningstjänsten underlättar deras vardag genom att de inte längre behöver kontakta akutmottagning för att få hjälp. Maken till en av projektdeltagarna berättar vilka problem de haft med vårdcentralen och hur samordningstjänsten innebär att de numera inte behöver åka in akut så fort hans fru blir dålig:

*Det är ju så här, jag menar, om du försöker få kontakt med din vårdcentral, så funkar det ju inte riktigt, va? Tidigare, i fjol, låg du [hans fru] på sjukhus åtta gånger, fyra gånger före den här tiden [då frun blev inskriven i projektet] och fyra gånger efter. Så det här har ju underlättat väldigt. Vi har kunnat ringa någon som svarar. För vårdcentralen, när du ringer dit, då hamnar du ju i en sån där telefonkö som säger vi ringer tillbaka fem på eftermiddagen, eller telefonkön är full, kom tillbaka i morgon. Då får man ju chansa på att åka in akut eller någonting sådant. Men numera, nu utnyttjar vi samordningstjänsten.*

Flera av de närstående till projektdeltagarna lyfter också fram att tjänsten är en trygghet som underlättar för dem som är anhörigvårdare. För dem som är anhörigvårdare verkar också samordningstjänsten fylla flera olika funktioner - som en rådgivning, som en förmedling av kontakter inom sjukvården eller som en sambandscentral som antingen gjort det möjligt att undvika eller som underlättat ett akutbesök. Maken till en av projektdeltagarna beskriver till exempel hur samordningstjänsten underlättat för henne som anhörigvårdare och för hennes man som har haft en stroke:

*Min man har ju sväljsvårigheter och då finns det ju risk att han sväljer fel, och då kan det ju bli lunginflammation, så att han har ju haft det några gånger. Så då har jag ju ringt, när han har andats så där väldigt, så där att det har bubblat riktigt i honom, och han har ju varit väldigt dålig. Som i somras, då fick han ju åka in till Danderyd och*

*ligga där en vecka, och det var ju dubbelsidig lunginflammation. Men då har jag för mig att jag ringde samordningstjänsten (...) Men det har ju varit flera gånger, men då var det väldigt akut. Så det var ju bra att dom kom hit. Men annars har jag ju ringt och några läkare från samordningstjänsten har varit här och lyssnat och skrivit ut medicin. Så det känns tryggare än om man bara skulle gå till vårdcentralen. För innan samordningstjänsten fanns åkte vi ju direkt till Danderyds sjukhus. En gång fick jag vänta åtta timmar, ja, det var ju inte klokt alltså, och min man var ju jättedålig (...) Det här är ju bättre, för då kan ju samordningstjänsten ringa och förbereda och ordna med ambulans och alltihopa.*

Tillgängligheten, möjligheten att alltid kunna ringa och direkt få hjälp från kompetent sjukvårdspersonal är även det något som såväl projektdeltagare som närstående betonar som det allra bästa med samordningstjänsten. Att de alltid får ett vänligt bemötande och blir tagna på allvar med sina problem är också något som samtliga lyfter fram som positivt med samordningstjänsten. Sambon till en av projektdeltagarna berättar här vilken trygghet det är för henne att känna att hon dygnet runt kan ringa samordningssjuksköterskan om eller när något inträffar:

*Hon var ju här i höstas för att då vart han plötsligt så här att, han hade fått någon medicin hos urologen som han skulle ta, en tablett varje kväll, och så plötsligt började han andas konstigt och så bar han sig väldigt underligt åt. Han ville bara sova och sov i 24 timmar. Då kontaktade jag samordningssjuksköterskan Lena och hon kom, och hon kom med doktorn med sig också, och så ordnade vi upp det problemet då. Och det är sådana gånger jag tycker det är väldigt bra att ha henne för henne kan man alltid nå eller hennes kollega.*

De flesta av de intervjuade projektdeltagarna och deras närstående beskriver samordningstjänsten som en verksamhet som har underlättat för dem genom att den skapar trygghet i vardagen och är en direktkontakt med sjukvården när det behövs. Förutom detta är också möjligheten att kunna ringa dygnet runt till en sjukvårdskunnig person och att kunna fråga om vad som helst de två faktorer som projektdeltagare och närstående anser vara det mest positiva med samordningstjänsten.

## Kontakter och sjukdomsbild påverkar användandet

Alla projektdeltagare som har intervjuats har inte använt sig av samordningstjänsten. Två av nio projektdeltagare uppger att de aldrig har haft anledning att ringa samordningssjuksköterskan. Så här säger exempelvis en av de projektdeltagare som aldrig har använt samordningstjänsten:

*Nej, jag vet överhuvudtaget inte att den existerar. Jag har förmodligen en pärm liggande med någonting (...) Jag har ju hittills vetat vad det har varit frågan om så att det har ju varit att gå upp till vårdcentralen här eller också, det har hänt, att jag fått remiss till akuten på Danderyd och själv har jag rest dit någon gång, faktiskt.*

Orsaken till att den här projektdeltagaren aldrig har ringt samordningssjuksköterskan är således dels att han varit medveten om vilket problem han har haft och dels att han vetat vart han ska vända sig för att få hjälp. I intervjun berättar han också att hans dotter bor i närheten och att han kan vända sig till henne om han behöver hjälp. Att han har en anhörig som bor i närheten som han kan vända sig till vid behov kan således vara en möjlig förklaring till varför just den här projektdeltagaren upplever att han inte har behövt använda sig av samordningstjänsten.

Den andra projektdeltagaren som uppger att hon aldrig har använt sig av samordningstjänsten har talsvårigheter till följd av en stroke. Denna projektdeltagare säger att om hon plötsligt får ont kan hon tänka sig att ringa samordningstjänsten, men att det är problematiskt för henne att ringa eftersom hon har svårt för att uttala längre meningar. Därför uppger hon att hon vanligtvis trycker på larmet om hon behöver hjälp.

Ytterligare tre projektdeltagare uppger att de endast har använt sig av samordningstjänsten en eller två gånger. Orsaken till detta kan vara att de har etablerade kontakter med primärvården och/eller hemtjänsten som fungerar väl. Maken till en av projektdeltagarna, som endast använt sig av tjänsten två gånger, beskriver deras användande av samordningstjänsten så här:

*Det är ju inte på något vis en normal rutin, utan jag vet någon gång när det varit nått problem, så har väl antingen hemtjänsten, eller också distriktssköterskan, påmint om att*

*ni kan väl ringa den här samordningstjänsten och fråga hur ni ska göra. Men som jag sa förut, det har ju inte varit aktuellt mer än ett par gånger. Det är lite för kort tid att säga någonting om den egentligen, för oss åtminstone. Det är kanske fler som utnyttjar den mer, men vi har ju de här löpande kontakterna som vi hade förut, så att för det mesta går det ju den vägen. Som när du [makan] behöver recept och sånt där, det ordnar ju distriktssjuksköterskan.*

Att projektdeltagarna inte har använt samordningstjänsten, eller endast använt den någon enstaka gång, betyder emellertid inte att de anser den vara onödig. Även de som aldrig använt samordningstjänsten, eller endast använt den någon enstaka gång, beskriver de ändå samordningstjänsten som en säkerhetslina som ger dem trygghet i vardagen. Makan till en av projektdeltagarna, som endast ringt samordningstjänsten en gång, säger exempelvis så här om sin nuvarande situation och om framtiden:

*Beroende på hur framtiden ser ut så tycker jag ju att det är väldigt bra. För just den här kategorin jag tillhör, eller många andra, vi är ju fler och fler som blir äldre i samhället, så att jag tycker det skulle vara väldigt bra att den fick var kvar. För att det är ju många som vårdar anhöriga, och ibland blir man ju ställd inför en plötslig situation, så att jag tycker det är jättebra.*

I likhet med henne betonar också flera av de närstående till projektdeltagarna att enbart vetskapen om att de har tjänsten, med de möjligheter som den erbjuder, gör att de upplever ett lugn inför de akuta situationer som kan uppstå i hemmet när man är anhörigvårdare. Att veta att man inte behöver fastna i en telefonkö, eller måste sitta ett dygn på en akutmottagning, är således något som samtliga intervjuade lyfter fram som mycket värdefullt med samordningstjänsten.

### **Sambandscentral och kunskapskälla**

Såväl projektdeltagare som deras närstående uppger att de använder samordningstjänsten på flera olika sätt. Vissa har ringt samordningstjänsten när de har behövt hjälp med att ordna saker, som att boka tid hos en specialistläkare eller komma i kontakt med olika vårdgivare. Makan till en av projektdeltagarna, som dog under den tid hon var med i projektet, säger exempelvis så här om den tid som han och hans fru var med i projektet:

*Ja, det var ju så att man kunde ju alltid få ringa och prata med dom och få tips om hur man skulle gå vidare, va, genom sjukvården, och dom gjorde också det att dom ordnade och skickade efter ambulans och såna här saker och att man kom till rätt kontakt, det tyckte jag var väldigt skönt (...). Jo, det tyckte jag var fint. Superfint. Dom var väldigt snälla och fina och strukturerade att kunna förklara vad man skulle göra.*

Både projektdeltagare och deras närstående beskriver också hur de, i likhet med maken ovan, ofta har ringt samordningstjänsten för att få råd. Sambon till en av projektdeltagarna beskriver exempelvis vilket stöd samordningstjänsten är för henne, eftersom hennes man tar så många olika mediciner och får biverkningar av detta:

*Och den har varit bra att ha, för att när jag ringer Lena, sjuksköterskan där, så behöver hon inte komma hit. Jag får råd utav henne om det behövs (...) Än så länge har det kunnat gå på det viset men hon kommer gärna också och tittar till och förklarar för mig saker och ting eftersom han inte kommer ihåg från 11 till middagen. Hon kommer gärna och förklarar hur medicinerna fungerar för han har ju fruktansvärt mycket mediciner.*

Projektdeltagarna och deras närstående använder således samordningstjänsten på flera olika sätt. Dels för att kunna få direkt hjälp vid akuta situationer, dels för att kunna få indirekt hjälp med kontakter och/eller enbart råd, tips och stöd. Att tjänsten erbjuder båda dessa användningsområden värderas högt av de intervjuade.

### **Vårdcentralerna**

Ett tema som återkommer i flera av intervjuerna med projektdeltagarna och deras närstående är problem med vårdcentralerna. Att vårdcentralerna är svåra att komma i kontakt med uppger flera av de intervjuade som den huvudsakliga orsaken till att man tackade ja till att delta i projektet. En ensamstående och multisjuk projektdeltagare säger så här om hur hon reagerade på förfrågan om att vara med i projektet:

*Jag blev frälst med detsamma, för det tar en halv dag att nå en läkare och ingen går att nå på natten.*

Makan till en av projektdeltagarna berättar också om en incident, där läkaren på vårdcentralen helt nonchalerade

henne. Efter många om och men skulle hon äntligen få hjälp av vårdcentralen att åtgärda sin mans urinvägsinfektion. När hon väl kom till vårdcentralen för att lämna in ett urinprov från sin man, struntade emellertid läkaren helt i detta, trots att hon blivit uppmanad att lämna in ett urinprov från sin man. Som hon själv beskriver det blev hon väldigt upprörd över detta beteende hos läkaren, eftersom hennes man är förlamad och har blöja. Att få ett urinprov från honom innebär således mycket merarbete för henne. Då läkaren på vårdcentralen nonchalerade henne, valde hon istället att kontakta samordningssjuksköterskan som hjälpte henne vidare genom sjukvårdskedjan så att hennes man slutligen kunde få penicillin.

Ytterligare två projektdeltagare berättar att vårdcentralerna antingen har varit dåligt informerade om samordningstjänsten eller så har de inte alls velat samarbeta omkring den. Att vårdcentralerna inte velat samarbeta eller inte har varit informerade om projektet är också den enda egentliga kritik som projektdeltagarna och deras närstående lyfter fram i beskrivningarna av samordningstjänsten. För två av projektdeltagarna har även vårdcentralernas okunskap och/eller ovilja att samarbeta omkring projektet orsakat problem. Maken till en av projektdeltagarna berättar exempelvis om ett tillfälle när vårdcentralen helt vägrade samarbeta med samordningstjänsten:

*...det här hände den 18:e augusti och det var då vårdcentralen satte sig på tvären. Hon på samordningstjänsten, nu kommer jag inte ihåg vad hon heter (...) hon ringde ju till vårdcentralen och då uppstod en diskussion mellan vårdcentralen och Jakobsbergs sjukhus om dom hade resurser på Jakobsbergs sjukhus, och så ringde dom till mig och sa: hur går det för er nu då? Och så började dom diskutera med mig vilka resurser som Jakobsbergs sjukhus hade. Och då undrar man ju, va fan är det här? Och då skickade den här samordningstjänsten en ASiH-läkare hit som mätte och hade sig och kom fram till samma resultat [som tidigare, dvs att maken skulle läggas in på Jakobsbergs sjukhus]. Och det beror ju på det att min fru hade månaden innan haft en hjärtinfarkt, och då satte man in alla blodtrycksdämpande mediciner, så att hon fick ju...hon hade ju väldigt lågt blodtryck. Och det har vi ju märkt, och det har ju kanske inte med samordningstjänsten att göra, men du [makan] har ju åtminstone tre gånger legat inne på sjukhus för*

*felmedicinering. Det började egentligen så, va, i början på året att du [makan] hade felmedicinering. Och det är rätt så lustigt. Vad man är ute efter, det är ju att det ska finnas någon som tar hand om patienten, och det ska ju vara vårdcentralen, men jag tycker inte att det funkar. Åtminstone inte med den här vårdcentralen.*

För just det här paret har vårdcentralens motvilja att samarbeta om samordningstjänsten också inneburit att de vänder sig till samordningstjänsten i alla sjukvårdsärenden, oavsett vilken typ av sjukvård de är i behov av.

### Trygghet och kvarboende

Det mest frekventa begrepp som samtliga projektdeltagare och närstående använder när de ska beskriva vad samordningstjänsten betyder för dem är trygghet. Trygghetsaspekten dyker även upp i olika sammanhang. Som tidigare nämnts är ett sådant tillfälle när tryggheten diskuteras de närståendes upplevelse av att kunna känna ett lugn inför de akuta situationer som kan uppstå i hemmet när man vårdar någon som är svårt sjuk. Maken till en av projektdeltagarna, som dog under den tid hon var med i projektet, sammanfattar sina upplevelser på följande vis:

*Jag tycker det är oerhört värdefullt och perfekt att ha det där i ryggen, så att säga. Det är som att man kan känna sig trygg att man bara kan kontakta ett nummer, det är ju superbra, och få service därifrån och hjälp man behöver, det är ju jättefint. Det är ju bra personal också, det betyder ju mycket att man sköter det på rätt sätt och jobbar bra.*

Eftersom samordningstjänsten skapar en sådan trygghet, uttrycker också samtliga projektdeltagare och närstående en förhoppning om att tjänsten ska få finnas kvar för dem även i framtiden. Sambon till en av projektdeltagarna beskriver exempelvis sin syn på vad samordningstjänsten kan betyda för henne i framtiden så här:

*Även om jag inte utnyttjar den till fullo, som kanske många gör, så är den så skön att ha i botten och i ärlighetens namn så måste jag säga att min man kommer att bli sämre (...) därför är det en trygghet att ha den här. Så det hoppas jag verkligen, att den blir permanent, så att man kan få ha den här hjälpen och det stödet kvar.*

Känslan av att samordningstjänsten, med allt vad den innebär i form av råd, stöd, service och hjälp, innebär en

trygghet inför en framtid som är oviss. Denna aspekt är ett ytterligare återkommande tema i intervjuerna. Samtliga personer som har intervjuats i denna utvärdering bär på en mer eller mindre tydligt formulerad insikt om att antingen deras egen, eller deras partners, hälsa kommer att försämrans inom en inte alltför oöverskådlig framtid. Det är också utifrån denna insikt - om vilken trygghet samordningstjänsten kan innebära i framtiden, för sin egen och/eller sin partners del - som projektdeltagarna och deras närstående uttrycker önskemål om att samordningstjänsten ska få finnas kvar.

Att samordningstjänsten skapar trygghetskänslor som i sin tur gör det möjligt att bo kvar i sitt ordinära boende är ett tredje tema som kommer fram i flertalet intervjuer. Trots att de flesta menar att hemtjänsten är den huvudsakliga orsaken till att de kan bo kvar i sitt ordinära boende, så bidrar samordningstjänsten både med trygghet och till att man orkar med vardagen i hemmet. Maken till en av projektdeltagarna beskriver samordningstjänstens inverkan på deras möjligheter att bo kvar i ordinarie boende på följande sätt:

*Och sedan bidrar ju då den här tjänsten, att vi får det mycket lugnare och vi får ju hjälp, va, på ett helt annat sätt. Alltså, visst bidrar den. Och vi har ju då, beroende på att vi har ju då rätt många timmar, och det är sjukdomar på assistenterna och allting, så har vi ju väldigt olika kvalitet på assistenter. Det finns ju dom som är både undersköterska och allting till dom som är bara hemmafruar som har det som extrajobb, och för dom är ju det här ett väldigt stöd. Att kunna ringa någon. Så att det bidrar ju till att vi kan bo kvar hemma längre.*

Även om projektdeltagarna och deras närstående uppger att hemtjänsten är den primära orsaken till att de kan och orkar bo kvar i sitt ordinära boende, beskriver således flera av de intervjuade att samordningstjänsten underlättar och bidrar till möjligheten att bo kvar i det egna hemmet. De främsta faktorerna som bidrar till kvarboende som projektdeltagarna och deras närstående lyfter fram är här att samordningstjänsten är möjlig att kontakta oavsett tidpunkt på dygnet och att man kan få stöd, hjälp och råd i vitt skilda frågor.

## Samordningstjänsten ur hemtjänstpersonalens perspektiv

För att komplettera projektdeltagarnas och de närståendes bild av hur samordningstjänsten fungerar har även två personer från hemtjänstpersonalen intervjuats i denna utvärdering. Hemtjänstpersonalens beskrivning av hur de använder och upplever samordningstjänsten liknar i hög grad projektdeltagarnas och de närståendes berättelser.

Generellt sett beskriver hemtjänstpersonalen samordningstjänsten som något som underlättar deras arbete. De faktorer som hemtjänstpersonalen upplever som det som underlättar mest i deras arbete är att det är alltid någon som svarar när de ringer och att samordningstjänsten är snabbt på plats om något har inträffat:

*Jag har använt den några gånger faktiskt, hos två kunder som jag varit hos eller mest en. Jag har ringt och det har gått fort. Dom har kommit på plats och det är skönt för att annars – vi brukar stanna så länge tills någon dyker upp och det är jättejobbigt.*

I likhet med projektdeltagarna och deras närstående, beskriver också hemtjänstpersonalen hur de kontaktar samordningstjänsten i en rad olika ärenden, från att fråga om råd när det gäller mediciner till att deras kunder har ramlat i hemmet:

*Det har hänt att vi har frågat om någon fått extra medicin, att vi har frågat vad ska man göra? Ska man skicka in dom eller inte? Om andningen är konstig eller om dom ramlat eller är svullen - det är allt möjligt.*

Även hemtjänstpersonalen beskriver hur svårt det kan vara att komma i kontakt med vårdcentralerna om det är något som de behöver fråga om eller ordna med:

*Ibland ringer vi distriktssköterskan också, men man kommer inte fram. Dom svarar inte i telefon och dom har så mycket att göra. Och då är ju första tanken att vi ringer till samordningstjänsten. Vi vet att dom kan hjälpa också så på det viset känner vi oss också säkra och trygga, på något sätt.*

Att det alltid går att komma i kontakt med någon från samordningstjänsten gör därför att hemtjänstpersonalen upplever tjänsten som en tjänst som skapar trygghet i

arbetet. Hemtjänstpersonalen menar också att vetskapen om att de kan ringa och rådfråga sjukvårdskunnig personal när akuta situationer inträffar innebär att de inte längre behöver ringa en ambulans så fort hälsotillståndet för deras kunder försämras. Så här jämför exempelvis en av hemtjänstpersonalen sina upplevelser av tiden före och tiden med samordningstjänsten:

*Ja, alltså, det första man har gjort själv innan det här [samordningstjänsten], det första jag har gjort - jag bara tryckte på larmet (...) om det är akut [då är det] ambulansen som gäller. För jag skulle inte säga jag behöver hjälp med larmtjänsten, det skulle inte fungera i alla fall. Så det har bara blivit ambulansen som gäller. Vissa gånger, dom har kommit och kollat (...) det var onödigt faktiskt (...) Man kan inte, alltså, bedöma så där. Vi har inte den erfarenheten att bedöma. Vi bara ser, att vi tycker att det inte är som det ska (...) Det underlättar också att man vet att man kan prata med någon och få ett direkt svar och dom kan komma så fort dom kan. Det är också en lättnad, tror jag, när man själv är osäker att bedöma - att man vet att dom kan sitt jobb.*

Sammanfattningsvis menar den hemtjänstpersonal som har intervjuats i denna utvärdering att samordningstjänsten både underlättar deras arbete och innebär en trygghet för såväl dem som för deras kunder. Av den anledningen önskar också hemtjänstpersonalen att samordningstjänsten kunde fortsätta i permanent form.

## Diskussion kommunikationsflöde och vårdkonsumtion

### Användning av samordningstjänsten

#### Kontakter

Som kommunikationsdatan visar har tjänsten använts i varierande utsträckning; en del har inte alls kontaktat samordningstjänsten medan andra har haft en mer frekvent kontakt. Sett till fördelningen av antal kontakter med samordningssjuksköterskan är det relativt få högkonsumenter. Samma trend vad gäller antal kontakter sågs i projekt Hemgeriatrik där enstaka personer använde tjänsten i stor utsträckning.

Varför används inte tjänsten mer? En förklaring som framträder i några intervjuer är att de etablerade kontakterna med husläkare och distriktssköterska fungerar bra. En annan förklaring kan vara att de medverkande personerna har ett varierande behov som återspeglas genom varierad användning av tjänsten. Ytterligare en förklaring kan vara att information, påminnelse om tjänstens förekomst varit i för liten utsträckning eller att de inte fullt ut har förstått innebörden av tjänsten. Denna situation framträdde även i projektet Hemgeriatrik. En viktig fråga är hur de inskrivna personerna fått kontinuerlig information och påminnelser om att samordningstjänsten finns och vad den innebär? I händelse av att personerna i projektet inte påmint på ett sätt som passar dem finns det en risk för att de studerande effekterna i denna utvärdering inte reflekterar samordningstjänstens effekt utan påverkas av en bristande implementering.

En begränsad användning kan även delvis förklaras av den relativt korta projekttiden. Att etablera nya vanor och förändra beteende tar tid. Ytterligare en viktig aspekt är om projektets tjänster är rätt för målgruppen alternativt om målgruppen är den rätta för projektet. Kanske hade användningen av tjänsten ökat om andra eller kompletterande inklusionskriterier använts.

Generellt uppvisar interventionsgrupp 1 fler kontakter än interventionsgrupp 2, både vad gäller antal personer som kontaktat samordningssjuksköterskan samt antal kontakter per månad och individ. Relaterat till en månad och per individ är antalet kontakter nästan det dubbla. Detta kan förklaras med att interventionsgrupp 1 har ett större vård- och omsorgsbehov än interventionsgrupp 2 utifrån inklusionskriterierna till de olika grupperna.

Att tjänsten använts begränsat ska inte tolkas som om den inte haft betydelse. Som flera av de intervjuade personerna uttrycker har vetskapen om att tjänsten finns och att någon alltid svarar medfört en ökad känsla av trygghet. Det är rimligt att anta att en ökad trygghet kan leda till en minskad vårdkonsumtion, utöver en ökad livskvalitet. En minskad vårdkonsumtion kan dock inte ses i denna utvärdering för interventionsgrupp 1 och 2. Med tanke på personernas vård- och omsorgsbehov är det dock ett väntat resultat.

Den grupp som använt tjänsten i störst utsträckning är hemtjänsten, därefter anhöriga. Det förefaller som om tjänsten fyllt en viktig funktion för dessa grupper vad gäller frågor av medicinsk karaktär. Jämfört med projektet Hemgeriatrik där den äldre personen själv stod för majoriteten av kontakterna. En avgörande skillnad jämfört med Hemgeriatrik är att personerna inskrivna i samordningstjänsten har betydligt större vård- och omsorgsbehov. Detta kan medföra att man själv inte orkar eller kan använda tjänsten. Denna situation framträder även i intervjuerna. Att hemtjänsten väljer att använda tjänsten har potentiellt många fördelar, dels för den äldre personen, för omsorgen och för vården. Hemtjänstpersonalen uttrycker i intervjuerna att möjligheten att få råd och stöd av samordningssjuksköterskan bidrar till att de kan utföra ett bättre arbete och att de i vissa fall kan undvika att ringa efter ambulans. Ur ett vårdperspektiv kan detta innebära färre besök på akutmottagning av personer med tillstånd som kan lösas i hemmet eller på annan vårdnivå. Genom hemtjänstens kontakt med samordningssjuksköterskan kan den äldre personen få snabb hjälp i sitt hem på ett sätt som annars är komplicerat. Att få kontakt med distriktssköterskan eller husläkare i en akut situation uppges i intervjuerna vara svårt.

Kommunikationsdata visar att tjänsten använts av betydligt fler personer än endast den medverkande. Detta är en positiv utveckling som möjliggör bättre utväxling och större nyttjande av projektets tjänster. Att kunna vara ett stöd för fler än den inskrivna personen är en viktig framgångsfaktor för projektet.

Majoriteten av bedömda orsakerna till kontakt är kroppsliga symptom, i synnerhet för interventionsgrupp 1 men även för interventionsgrupp 2. Resultatet är positivt för projektet som helhet då detta stödjer projektets syfte. Att få råd och få diskutera med kunnig personal har förutsättningar att skapa ökad trygghet vilket kan i förlängningen ge lägre akutvårdskonsumtion. Dock är det svårt att med tanke på den begränsade tiden för samordningstjänsten samt den förhållande lilla (dock komplexa) grupp inskrivna i projektet ge ett entydigt svar på om tjänsten sparar vårdkonsumtion. Resultatet speglar sannolikt de medverkande personernas stora vård- och omsorgsbehov. I projektet Hemgeriatrik, där de medverkande personerna generellt hade mindre vård- och omsorgsbehov, var huvuddelen av samtalen av

social karaktär. Att personerna väljer att kontakta samordningssjuksköterskan vid kroppsliga symptom är intressant. Kroppsliga symptom är förknippa oftast med primärvården och husläkaren. Att ett stort antal kontakter ändå handlar om kroppsliga symptom stärker bilden av att primärvården upplevs som svår att nå och att dessa befintliga vårdstrukturer ofta går förbi vid tillgång till samordningstjänsten.

### Etablerade strukturer för vård- och omsorgsinsatser

Projektet baseras på befintliga vård- och omsorgsstrukturer där husläkaren och vårdcentralen är den primära kontaktytan för de medverkande personerna. Utifrån registrerad data har dock inte husläkaren alltid kontaktats innan kontakt tagits med samordningstjänsten. I majoriteten av fallen har samordningstjänsten kontaktats direkt. Flera av de intervjuade personerna menar att det är ett rationellt val; det upplevs som svårt att komma i kontakt med husläkaren vid brådskande ärenden. Det framkommer även i vissa intervjuer att kontakten med primärvården fungerat väl. Att involvera primärvården och utveckla incitament för att engagera sig i projektet är sannolikt en nyckelfaktor om etablerade strukturer ska utgöra basen för en samordningstjänst.

### Åtgärder

Av de kontakter som tas med samordningssjuksköterskan resulterar cirka två tredjedelar i någon form av åtgärd. En tredjedel av kontakterna hanteras och avslutas av samordningssjuksköterskan. Då behov av kontakt uppenbarligen finns är en viktig fråga var dessa kontakter skulle tas om samordningstjänsten inte erbjuds. Att få kontakt och att bli väl bemött har förutsättningar att minska behovet av akuta vård- och omsorgsinsatser.

Bilden av åtgärder som är förknippade med samordningstjänsten motsvarar bilden av antal kontakter; interventionsgrupp 1 har genomsnittligt betydligt fler åtgärder per månad och individ än interventionsgrupp 2 och det är relativt få högkonsumenter av åtgärder. Den vanligaste åtgärden som kontakterna renderade var hembesök av samordningssjuksköterskan eller av sjuksköterska från ASiH. Flera kontakter har resulterat i hembesök jourtid av sjuksköterska från ASiH. Detta tyder på att det har varit viktigt med beredskap och bemanning dygnet runt. Vad är det för behov som samordningssjuksköterskan svara upp mot? De flesta



kontakterna handlade om kroppsliga symtom och majoriteten av kontakterna utfördes av anhöriga. I och med att de inskrivna personerna har omfattande vård- och omsorgsbehov är det sannolikt nödvändigt att besöka dem för att arbeta i linje med projektets intentioner.

De registrerade åtgärderna ger en känsla för komplexiteten i de olika situationerna. I regel är åtgärderna fler per tillfälle och är av olika natur; hembesök, konsultation, samordning etc. Att handläggningen är så pass komplex antyder att behovet av samordning är stort för målgruppen.

### Vårdkonsumtion

Utvecklingen av studerade vårdkonsumtionsvariabler är intressant. Data visar en generell trend med ökad total vårdkonsumtion för samtliga grupper men där antal besök på akutmottagning minskat för interventionsgrupp 1 och jämförelsegrupp 1 samtidigt som den ökat för interventionsgrupp 2 och jämförelsegrupp 2. Den ökade vårdkonsumtionen kan förklaras med att de medverkande personerna blir äldre (Akner, 2004). Hög ålder är den största riskfaktorn för sjuklighet och därmed också för sjukvårdskonsumtion. Större delen av en människas totala sjukvårdskonsumtion sker det sista levnadsåret och i flera fall de sista månaderna i livet (Rundgren & Dehlin, 2004). Hög ålder i sig ökar även förekomst av multipla samtida sjukdomar (ibid).

### Besök på akutmottagning

Resultatet av analysen av antal besök på akutmottagning ger en komplex och icke helt enkel bild av samordningstjänstens effekt. Inom interventionsgrupp 1 är trenden att antal besök på akutmottagning minskar. Minskningens storlek är dock begränsad och den kliniska relevansen tveksam. Denna grupp är den som erhållit flest åtgärder och haft mest kontakt med samordningssjuksköterskan. Då inklusionskriterierna för interventionsgrupp 1 bland annat var att de hade en historik av hög akutvårdskonsumtion samt att syftet med projektet var att minska antalet akutbesök är denna utveckling väntad. Utvecklingen stöds av de intervjuade personernas upplevelser av projektet.

Samma trend ses hos jämförelsegrupp 1, där minskningen även är signifikant. Det kan finnas olika orsaker

som påverkar antal besök på akutmottagning för både interventionsgrupp 1 och jämförelsegrupp 1 och som pågått parallellt med samordningstjänsten. En tänkbar förklaring kan vara att personerna i interventionsgrupp 1 och jämförelsegrupp 1 under projektets gång blivit "för sjuka", exempelvis utvecklad demenssjukdom, för att konsumera akutvård.

För interventionsgrupp 2 och jämförelsegrupp 2 är trenden den omvända, en signifikant ökning av antal besök på akutmottagning. Trenden med en ökning av den totala vårdkonsumtionen ger stöd till uppfattningen att personerna i grupperna utvecklat ett ökat vårdbehov under projektets gång vilket skulle kunna förklara ökningen av akutvårdskonsumtion. Interventionsgrupp 2 har använt sig av samordningstjänsten i mindre utsträckning än interventionsgrupp 1. En högre användning av tjänsten för interventionsgrupp 2 skulle möjligen ha gett ett annat resultat.

Ett syfte med samordningstjänsten var att minska antalet besök på akutmottagning. Men, detta är inte samma sak som att antalet besök på akutmottagning ska minimeras utan optimeras. Flera vårdssituationer kräver akut sjukvård. Dessa besök ska samordningstjänsten i stället underlätta vilket har skett i projektet. I intervjuerna med anhöriga och medverkande äldre personer framträder situationer där samordningssjuksköterskan enligt de intervjuade personerna underlättat deras besök på akutmottagningen. Utifrån detta resultat blir det inte helt enkelt att direkt uttala sig om tjänstens påverkan på antalet besök på akutmottagningen. Det är möjligt att flera av besöken under projektperioden var högst motiverade varför en jämförelse med perioden innan blir svår. För att i större utsträckning kunna uttala sig om projektets eventuella påverkan och trenderna inom respektive grupp krävs en granskning av berörda personers journaler. Projektet har inte sökt etiskt tillstånd för att kunna genomföra journalgranskningar inom ramen för denna utvärdering.

### Direktintag på geriatrisk klinik

Antal direktintag på geriatrisk klinik tenderar att öka inom varje grupp, men även här är utvecklingens storlek begränsad och den kliniska relevansen inte helt enkel att uttala sig om. Att antal direktintag ökar för interventionsgrupperna är väntat; det var en del av syftet med samordningstjänsten. Men i och med att samma

utveckling ses inom jämförelsegrupperna är det inte möjligt att hävda att utvecklingen i interventionsgrupperna beror på samordningstjänsten. Ett välkänt faktum inom forskningen är att ett projekt ofta ger "ringar på vattnet" eller andra "spinn-off-effekter" dvs att rykten om projekt och medvetenhet om projekt som görs kan medföra att andra inom en klinik eller enhet ibland tar efter nya metoder eller rutiner.

Även här är det möjligt att det kan finnas ytterligare företeelser som påverkar antal direktintag på geriatrisk klinik för samtliga grupper och som pågått parallellt med samordningstjänsten, så som förändrade ersättningsmodeller för de geriatriska klinikerna.

### Hembesök av läkare

Antalet hembesök från läkarresursen i projektet samt antalet hembesök från husläkare är mycket få. Det är inte möjligt att dra några tydliga slutsatser huruvida samordningstjänsten påverkat antalet hembesök som husläkarna gjort. Med tanke på de få antal hembesöken av läkarresurs från projektet är det befogat att ställa frågan om denna tjänst verkligen behövs. Om så, varför har den då inte använts vid fler tillfällen? Läkarresursen har dock bidragit till och varit betydelsefull genom de många konsultationerna inom samordningstjänsten.

## Sammanfattande diskussion och slutsatser

Utvärderingen av projektet Samordningstjänst för äldre personer kan inte påvisa någon skillnad i antal akutbesök och antal direktintag på geriatrisk klinik före och under projektet mellan grupperna. Tjänsten har använts av en majoritet av deltagarna och de intervjuade personerna upplever att tjänsten haft stor betydelse för deras upplevelse av trygghet och deras möjlighet till kvarboende i ordinärt boende. En stor begränsning med projektet är den korta projekttiden och att antalet medverkande är begränsat. Detta gör det svårt att dra definitiva och entydiga slutsatser om projektets effekter.

Samordningstjänsten har använts i varierande utsträckning av huvudparten av de inskrivna personerna eller av personer i deras närhet. Det är ett fåtal inskrivna personer som varit högkonsumenter av tjänsten. Antal kontakter och antal åtgärder är fler för inter-

ventionsgrupp 1 än för interventionsgrupp 2. Vanligaste bedömda orsaken till kontakt var kroppsliga symtom hos den äldre personen. Vanligaste åtgärden var hembesök av samordningssjuksköterskan eller av sjuksköterska från ASiH. Användningen av tjänsten och komplexiteten i handläggning av olika åtgärder tyder på att behovet av lättillgänglig samordning finns för denna målgrupp. En utmaning som framträder i intervjuerna och i kommunikationsdata är involveringen av primärvården och husläkarna. Framtida projekt bör designas så att samtliga medverkande vård- och omsorgstagare och vård- och omsorgsverksamheter upplever fördelar av engagemang.

Att samordningstjänsten i vissa fall använts i begränsad omfattning betyder enligt de intervjuade personerna inte att tjänsten inte varit till nytta. Vetskapen om att kunna kontakta samordningssjuksköterskan och att kunna få ett snabbt stöd och eventuellt ett snabbt hembesök har sannolikt påverkat deras upplevelse av trygghet. I flertalet intervjuer framkommer att samordningstjänsten skapar trygghetskänslor som i sin tur gör det möjligt att bo kvar i ordinära boendet. Trots att de flesta intervjuade menar att hemtjänsten är den huvudsakliga orsaken till att de kan bo kvar i sitt ordinära boende, så bidrar samordningstjänsten både med trygghet och till att man orkar med vardagen i hemmet. De främsta faktorerna som bidrar till kvarboende är att samordningstjänsten är möjlig att kontakta oavsett tidpunkt på dygnet och att man kan få stöd, hjälp och råd i alla möjliga och omöjliga frågor.

Hemtjänstpersonalen upplever samordningstjänsten som något som underlättar deras arbete. De faktorer som hemtjänstpersonalen lyfter fram som det som underlättar mest i deras arbete är att det är alltid någon som svarar när de ringer och att samordningstjänsten är snabbt på plats om något har inträffat. Hemtjänstpersonalen menar också att vetskapen om att de kan ringa och rådfråga sjukvårdskunnig personal när akuta situationer inträffar innebär att de inte längre behöver ringa en ambulans så fort hälsotillståndet för deras kunder försämras.

De flesta av de intervjuade projektdeltagarna och deras närstående beskriver att samordningstjänsten har underlättat för dem genom att skapa trygghet i vardagen och vara en direktkontakt med sjukvården när det behövs. Förutom detta är också möjligheten att kunna ringa dygnet runt till en sjukvårdskunnig person och att kunna

fråga om vad som helst de två faktorer som projekt-deltagare och närstående anser vara det mest positiva med samordningstjänsten. Att de alltid får ett vänligt bemötande och blir tagna på allvar med sina problem är också något som samtliga lyfter fram som positivt med samordningstjänsten.

Vad man bör komma ihåg är att gruppen som har inkluderats i projektet är en skör grupp av äldre personer som med tiden inte blir friskare eller mindre vårdkrävande utan snarare tvärtom. Om projektet har kunnat senarelägga vårdkonsumtion eller flytt till äldreboende går inte att uttala sig om heller i detta skede. Gruppen som inkluderats är för liten samt den tid som projektet pågått är för kort för att tydligt kunna uttala sig om tydliga och mätbara effekter på gruppnivå. Dock finns uttalade effekter på individnivå genom intervjuerna.

Utvärderingen tyder på att de medverkande äldre personerna befinner sig i en komplex livssituation med många vårdkontakter och stort omsorgsbehov. En viktig fråga är om det är möjligt att uppnå en synbar förändring vad gäller antal besök på akutmottagning och antal direktintag på geriatrisk klinik genom samordningstjänsten under en begränsad projektperiod. Att uppnå en beteendeförändring för så väl den medverkande personen som för involverad vård- och omsorgspersonal tar tid. Utvärdering av effekter är alltid beroende av hur framgångsrik implementeringen varit. Spekulativt finns det en fara att utvärderingens resultat i viss omfattning speglar implementeringsproblematiken snarare än interventionens effekt. Flera av de intervjuade personerna uttrycker sig positivt om tjänsten och beskriver viktiga konsekvenser så som upplevelser av ökad trygghet, ökad möjlighet att bo kvar i ordinarie boende och mindre behov av att uppsöka akutsjukvården. Men, en central fråga är om projektet har potential att påverka den studerade vårdkonsumtionen eller om effekterna överskuggas av de äldre personernas mycket komplexa vård- och omsorgs- samt livssituation.

Utvärderingen visar en stor spridning vad gäller användning av samordningstjänsten (antal kontakter och antal åtgärder) samt alla mått relaterat till vårdkonsumtionen. Vidare framgår att enskilda personers vårdkonsumtion varierar kraftigt över tid, ofta med en ökning av vårdkonsumtionen under projektet. Resultatet talar för en heterogen grupp med olika behov som varierar över tid,

trots de gemensamma inklusionskriterierna i samordningstjänsten. Detta ger argument för att en så pass skör grupp av äldre personer behöver en mer differentierad tjänst av vård och omsorg i allmänhet.

Utvärderingens resultat ger argument för en utveckling av tjänsten genom en breddning av målgruppen. Fokus är fortfarande den äldre personen men dennes anhöriga/närstående bör involveras i större utsträckning, dvs redan i planering såväl som i genomförandefasen. Även hemtjänst personal bör involveras tydligare. Detta innebär målanpassad information och involvering och att tydligare medvetandegöra för dem att tjänsten finns och vad den kan innebära.

Ur intervjuerna framträder att för dem som är anhörigvårdare verkar samordningstjänsten fylla flera olika funktioner - som en rådgivning, som en förmedling av kontakter inom sjukvården eller som en sambandscentral som antingen gjort det möjligt att undvika eller som underlättat ett besök på akutmottagning. Sett till kommunikationsdata är det denna grupp som redan idag kontaktar samordningssjuksköterskan i stor utsträckning. De inskrivna personerna har stora vård- och omsorgsbehov. Det kan vara så att de själva inte orkar sköta sina vårdkontakter utan får stöd av anhöriga/närstående. Utifrån detta perspektiv är det sannolikt att det är anhöriga/närstående som initierar besök på akutmottagning. Så, genom att adressera tjänsten även till dem ökar möjligheten att optimera antal besök på akutmottagning.

Andelen äldre personer kommer att öka avsevärt inom några år och därmed behovet av vård och omsorg. Trenden är att äldre personer i större utsträckning i framtiden kommer få sina vård- och omsorgsbehov tillgodosedda i sitt ordinarie boende framför på vård- och omsorgsboende och/eller på sjukhus (Stockholms läns landsting, 2009). Mycket talar för att sjukvårdens och omsorgens resurser inte kommer att räcka till om vi inte finner nya vägar att möta denna växande grupp sköra äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov på ett mer rationellt och ändamålsenligt sätt än att åka in till akutmottagningen. Att stödja de äldre personerna, deras närstående och hemtjänsten i vården och omsorgen i hemmet och erbjuda riktade tjänster kommer sannolikt att bli avgörande för framtida utveckling. Samordningstjänst för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov skulle kunna vara ett möjligt sätt att erbjuda detta stöd.

## Referenser

1. Akner, G (2004). Multisjuklighet hos äldre. Liberförlag, Stockholm.
2. Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Natur och Kultur, Falun.
3. Rundgren Å & Dehlin O. (2004). Äldresjukvård medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter. Studentlitteratur, Lund.
4. Sollentuna kommun, Rapport Dnr 2007/39 VON. 719. Helhetssyn med den äldre i centrum.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2003). Evidensbaserad äldrevård. Stockholm
6. Stockholms läns landsting, HSN-f (2009). Framtidens hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting 2008-2025.
7. Uvhagen, H., Henriksen, E. & Boström, E. (2006). Dirigent finns! Uppföljning av projektet Hemgeriatrik. Stockholms läns landsting och Järfälla kommun.

