

Utvärdering av Närsjukvårdsteamet i Örebro

Patienter och närståendes
perspektiv

Utvärdering av närsjukvårdsteamet i Örebro
Patienter och närståendes perspektiv

Kjerstin Larsson Fil. Dr. Forskningshandledare
Eva Carlsson Med. Dr. Forskningshandledare
Universitetssjukvårdens forskningscentrum

2020- 04 02

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
1. Bakgrund	3
2. Områdesöversikt.....	5
3. Teoretiska utgångspunkter	6
3.1 Trygg och samordnad vård.....	7
3.2 Personcentrerad vård	7
3.3 Interprofessionellt samarbete	9
4. Syfte	9
5. Metod.....	9
5.1 Intervjuer	10
5.1.1 Inklusion av deltagare.....	10
6. Resultat	11
6.1 Intervjuer med patienter.....	11
6.1.1 Erfarenheter från tidigare hemsjukvård	11
6.1.2 Upplevelser av närsjukvårdsteamets insatser	11
6.1.3 Delaktighet	13
6.1.4 Kvällar och helger.....	13
6.1.5 Får du den hjälp som du behöver?	13
6.2 Intervjuer med närstående.....	13
6.2.1 Erfarenheter från tidigare insatser från hemsjukvård/hemtjänst	13
6.2.2 Orsaker till insatser från närsjukvårdsteamet ur de närståendes perspektiv	14
6.2.3 Kontakt med primärvård och akutsjukvård	15
6.2.4 Närståendes upplevelse av insatserna från närsjukvårdsteamet.....	16
6.2.5 Stöd till närstående.....	18
7. Diskussion	19
7.1 Trygg och samordnad vård.....	19
7.2 Personcentrerad vård	20
7.3 Interprofessionellt samarbete	21
8. Slutsatser.....	22
9. Referenser	23

Sammanfattning

Utvärderingsuppdraget att utvärdera närsjukvårdens verksamhet gavs av Gränslös samarbete som är en politikergruppen bestående av representanter från Örebro kommun och Region Örebro län. Syftet var att få kunskaper om hur de äldre och deras närstående upplever att vården kompletteras med insatser från ett mobilt närsjukvårdsteam. Särskilt med fokus på teamets målsättning att ge individanpassad, trygg och samordnad vård där helhetssyn leder till att vården optimeras i hemmet för den enskilde. Kvalitativ metod använts där data har samlats in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna har transkriberats, analyserats och kategoriserats.

Sammanfattningsvis beskrev både patienter och närstående att närsjukvårdsteamet hade gett dem en stor trygghet genom att ta ett helhetsgrepp över den sjukes situation, genom att vara tillgängliga och genom en god kommunikation både med patienten och med den närstående. En annan viktig aspekt var att sjuksköterskorna och läkarna i närsjukvårdsteamet upplevdes ha en hög kompetens och smidiga kontaktvägar till andra specialister inom sjukhuset. Både patienter och närstående uttryckte oro för hur det skulle bli när patienten inte längre behövde närsjukvårdsteamets kompetens. En negativ faktor som lyftes fram var att närsjukvårdsteamet inte finns tillgängliga på kvällar och helger. Många av de intervjuade beskrev avsaknaden av vårdkedja där patienter med komplexa vårdbehov bollades mellan olika läkare och vårdnivåer. Ingen beskrev att de hade erbjudits eller deltagit i Samordnad individuell vårdplanering (SIP) enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

1. Bakgrund

Det finns ett behov av en verksamhet som har ansvar för att hålla ihop hela vårdkedjan för patienter/brukare med omfattande behov av omsorg och sjukvård, där insatser kan vara aktuella både från äldreomsorgen, primärvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården. Detta har blivit allt tydligare de senaste åren. En mobil närsjukvård för äldre personer med omfattande behov har drivits i projektform i samarbete mellan Örebro kommun och Region Örebro sedan 1 september 2017 och permanentades i juni 2019. Initiativet till att starta Mobila närsjukvårdsteamet togs av politikergruppen Gränslöst samarbete. Även inom närsjukvårdsområdena väster och norr har mobila närsjukvårdsteam skapas enligt snarlik modell som den i Örebro.

Idag finns flera olika verksamheter, både inom Örebro kommun och inom Region Örebro län, som ska komplettera och stödja hemsjukvårdens insatser. Exempel på detta är Geriatriska kliniken Öppenvårdsteam och ASIH (avancerad sjukvård i

hemmet, före detta LAH), Medicinska kliniken USÖ s Akutvårdsavdelning (AVA), Örebro kommuns korttidsboende Tullhuset samt palliativa trygghetsplatser på Skebäcksgården. Erfarenheterna visar dock att de befintliga verksamheterna som ska stödja och komplettera hemsjukvårdens insatser inte är tillräckliga.

Dessa behov och inspiration från andra regioner i landet ledde till att Region Örebro län och Örebro kommun tillsammans startade ett treårigt projekt med ett mobilt multiprofessionellt närsvårdsteam för äldre personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård. Teamet består av läkare, sjuksköterskor och vårdadministratör. Tillgång finns till kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut från befintliga verksamheter (Örebro kommun och Region Örebro län). Enligt planeringen ansvarar närsvårdsteamet för 20 - 25 inskrivna personer. Arbetet sker i den enskilda personens hem tillsammans med ordinarie hemsjukvårdspersonal, men det medicinska ansvaret för vården övergår till närsvårdsteamet under den period som närsvårdsteamet är inkopplat. Närsvårdsteamet arbetar dagtid, måndag t. o. m. fredag och på kvällar och helger går den ordinarie hemsjukvården in med insatser.

Arbetsättet är symptomorienterat i stället för diagnosorienterat, vilket ska syfta till ett mer personcentrerat arbetsätt. Närsvårdsteamet ska kunna ge access till placering på korttidsplats eller sjukhusplats. Det mobila närsvårdsteamet har en stark koppling till kommunens hemsjukvårdsorganisation och arbetar tillsammans med respektive persons hemsjukvårdsteam. Närsvårdsteamet kan också enkelt och utan remissförfarande kontakta specialister inom regionens somatiska och psykiatriska kliniker för råd och stöd.

Det personcentrerade arbetsättet, med stark delaktighet för både individen/patienten och den närstående, förväntades bli avgörande för projektets resultat. Dessutom skulle närsvårdsteamet stärka samverkan mellan regionorganisationen och kommunen. Målgruppen är personer som har kommunal hemsjukvård med ett omfattande vårdbehov. Hemsjukvårdens resurser skulle upplevas som otillräckliga för individens behov av t.ex. täta hembesök, täta medicinska bedömningar och mer omfattande behandling. En annan viktig faktor var upprepade besök på akutmottagningen samt korta vårdtillfällen på sjukhus.

När beslutet fattades om att starta det mobila närsvårdsteamet antogs en utvärderingsplan med fokus på patienternas och de närståendes upplevelser av att få insatser från närsvårdsteamet. Utvärderingsuppdraget har genomförts av ”Forum för äldreforskning och utveckling av vård och omsorg” (organisatorisk tillhörighet till Universitetssjukvårdens forskningscentrum, en verksamhet inom området FOU i

2. Områdesöversikt

Vård och omsorg av äldre personer med komplexa behov är ett växande uppdrag för Sveriges regioner och kommuner. Stora förändringar har skett inom svensk äldreomsorg för att möta detta allt mer omfattande uppdrag. Äldre personer som ofta har en komplex sjukdomsbild vårdas allt mer i hemmet. Detta ökar kraven på samverkan (Condelius m.fl. 2008). Det är ett känt problem att äldre patienter ofta skickas fram och tillbaka mellan olika vårdnivåer (Kirsebom m.fl. 2014). Samverkan mellan de olika huvudmännen över de organisatoriska, kulturella och juridiska gränssnitt som uppstår runt dessa patienter ställer krav på nya samarbetsformer. Detta uttrycks bl. a i Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) där krav ställs på fast vårdkontakt och samordnad individuell plan (SIP) för personer som behöver hjälp att samordna insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Andra stora, nationella arbeten som lyfter fram situationen för de mest sjuka äldre är regeringens kvalitetsplan för framtidens äldreomsorg (Skr 2017/2018: 280) och det stora arbete som pågår för att bygga Nära vård.

Nationella direktiv stöder och driver på utvecklingen mot ökade sjukvårdande insatser i hemmet i samverkan mellan huvudmännen. Regeringen betonar i sitt betänkande (SOU 2017:21) vikten av samverkan för den enskilde och att samhällets resurser används effektivare. SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) betonar vikten av att skapa gemensamma lösningar till en sammanhållen vård utifrån lokala förutsättningar samt att personens upplevelse och medicinsk kvalitet i vårdkedjan följs upp. En förändrad helhetssyn blir nödvändig vad gäller omhändertagandet som bygger på kvalitet, struktur samt likvärdig bedömning oavsett var i vårdkedjan personen befinner sig (SOU 2016:2).

En klar trend är att allt fler olika modeller av mobila team som erbjuder sjukvårdande behandling i hemmet prövas hos olika vårdgivare, två exempel är Skaraborgsmodellen och Borgholmsmodellen, Hemsjukhuset. De mobila team som etablerats har ofta ambitionen att samordna hela vårdkedjan för patienter/brukare med omfattande behov av vård och omsorg. Insatser kan då vara aktuella både från äldreomsorgen, primärvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården. Den bärande tanken är att om äldre personer med stora och komplexa vårdbehov får

¹ Forum 2.0- Samverkan för äldres hälsa och livsvillkor, är ett samarbete mellan Kommunerna i Örebro län, region Örebro län och Örebro universitet. Det finns en styrgrupp och en ledningsgrupp med representation från de samverkande parterna.

hembesök av ett multiprofessionellt team, istället för att åka till sjukhus eller vårdcentral, kan vårdkvaliteten öka samtidigt som besöken i akutsjukvården och antalet vård dagar på sjukhus minskar.

Skaraborgsmodellen har funnits i mer än fem år och har utvärderats nyligen. Utredarna konstaterade att arbetssättet ger mycket goda resultat beträffande bland annat vårdkonsumtion och hälsoekonomi men att modellen behöver stabiliseras beträffande ledning och samverkan. Uppföljning och utveckling av arbetssättet behöver förbättras och en breddinföring inom regionen kräver genomtänkt planering och implementeringsstöd (Västragötalandsregionen 2019a, b). Borgholmsmodellen lyfts fram av Sveriges kommuner och landsting som ett gott exempel på nära vård (Sveriges kommuner och landsting 2018). Studier som syftar till att förstå hur patienter, närstående och vårdgivare upplever vården i mobila team för multisjuka äldre i en svensk kontext har hittills gjorts i liten omfattning. För ett akut hembesöksteam i Uppsala har dock en utvärdering presenterats. Forskarna använde en kvalitativ ansats för att beskriva patienters och teampersonals upplevelser av vården (Pöder & Wadensten 2013). Närvården i Skaraborg beskrev de olika vårdformerna runt patienten i ett mobilt team som olika mikrosystem i känslig samverkan. Utifrån detta förklarades ömtåligheten i detta samarbete. Rapporten poängterade, att för att behålla de goda resultaten man uppnått och för att kunna sprida detta arbetssätt är det viktigt att på djupet förstå symbiosen i den samverkan som sker och vilka förutsättningar som är nödvändiga för att kunna upprätthålla den (Närvården Skaraborg 2013).

Örebro läns kommuner och Region Örebro län vill tillsammans skapa nya förutsättningar för ett gränslöst samarbete omkring insatser för äldre personer, där nya organisationsformer som bättre kan möta dagens och framtidens behov prövas. Målet med närsjukvårdsteamet är att ge en individanpassad, trygg och samordnad vård, där helhetssyn ska leda till att vården optimeras i hemmet för den enskilde personen. I den här rapporten behandlas närsjukvårdsteamet i Örebro kommun.

3. Teoretiska utgångspunkter

Både i Sverige och internationellt kommer den andel av befolkningen som är över 75 år att öka kraftigt under de närmaste decennierna. Världshälsoorganisationens (WHO) strategi för hälsosamt åldrande baseras på aktuell forskning och uttrycks i fem punkter (WHO-resolution WHA 69.3):

- engagemang och evidensbaserat stöd för hälsosamt åldrande
- anpassning av hälso- och sjukvårdssystem till de äldres behov och önskemål
- utveckling av system för vård vid långvariga behov

- utveckling av ”äldrevänliga” miljöer som stödjer äldre personers autonomi och hälsa
- förbättring och utveckling av mätmetoder för att bättre förstå åldrandet

Den äldre personen med omfattande vårdbehov behöver stöd från flera professioner och från olika länkar i vårdkedjan. Utifrån WHO:s fem fokusområden är viktiga aspekter av det stödet att vården är sammanhållen mellan olika vårdgivare, att den är personcentrerad och att den är baserad på interprofessionellt samarbete. Dessa aspekter av vårdorganisation har studerats i en mängd internationella studier. På senare tid har även det stora värdet av stöd till hälsofrämjande aktiviteter högt upp i åren uppmärksamats, och flera internationella nätverk har bildats, till exempel EU:s Healthy ageing där Folkhälsoinstitutet ingår.

Tre begrepp är centrala för denna studie, det gäller trygg och samordnad vård, personcentrerad vård och interprofessionellt samarbete. Det är komplexa begrepp som ofta är sammanflätade när politiker, ledare och forskare talar om vården av äldre personer med omfattande behov.

3.1 Trygg och samordnad vård

En sammanhållen vårdkedja ses allmänt som grunden för kvalitet i Hälso- och sjukvården (van Walraven C, Oake N, Jennings A & Foster AJ 2010). Tung evidens finns för att sammanhållen vård av den enskilda patienten har samband med högre vårdkvalitet, nöjdare patienter, bättre hälsa, och mer jämlik och kostnadseffektiv vård (Stange KC & Ferrer RL 2009, Waibel S, Henao D, Aller M-B, Vargas I & Vázquez M-L 2012). med färre oplanerade sjukhusinläggningar (Van Servellen G, Fongwa M & Mockus D’Errico E 2006). Internationellt används ofta begreppet *continuity of care* när vi i Sverige talar om sammanhållen vårdkedja.

För personer med omfattande vårdbehov finns ett lagstadgat krav på att hen ska erbjudas samordnad individuell plan (SIP) (SFS 2017:612) och en fast vårdkontakt (HSL 2017:30) Vårdcentralens läkare är ofta huvudansvarig för den medicinska behandlingen och är då av tradition den fasta vårdkontakten. Enligt aktuell lag och författning ska dock den vårdpersonal som anses lämplig, t ex beroende på långvarig rehabiliteringskontakt, ta ansvaret som fast vårdkontakt.

3.2 Personcentrerad vård

Patientcentrerad vård ingår mer eller mindre explicit i den sammanhållna vårdkedjan. På senare år har termen personcentrerad vård allt mer ersatt patientcentrerad vård för att betona att patienten är en medmänniska med många behov (Kogan AC, Wilber K & Mosqueda L 2016, Edvardsson D 2010, Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K & Ekman I 2013). Enligt Svensk sjuksköterskeförenings definition innebär personcentrerad vård ”att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning

av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person” (www.swenurse.se). Göteborgs centrum för personcentrerad vård (GPCC) vid Göteborgs universitet har en mer omfattande definition som är tillämpbar vid vården av den äldre personen med omfattande vårdbehov (Ekman I, Swedberg K, Taft C et al. 2011). Definitionen baseras på tre nyckelbegrepp: *partnerskap, patientberättelse och dokumentation*.

Partnerskap i juridisk mening innebär att två personer genom avtal förbinder sig att genomföra vissa åtaganden och att ett avtal sluts. Inom personcentrerad vård kan kontraktet översättas till en personlig hälsoplan, ett gemensamt dokument som ger stöd för hur vården skall genomföras och följas upp. Forskning har visat att den mertid som vårdpersonal behöver lägga på att lyssna till patienten och tillsammans med patienten och ev. närstående göra en hälsoplan betalar sig genom kortare vårdtid och högre tillfredsställelse för patienten.

Ett personcentrerat arbetssätt innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen blir medveten om den enskilda personens vilja, motiv och resurser genom att verkligen lyssna på patienters och närståendes berättelser: ”Det här är jag och detta vill jag berätta om mig, vad jag vill, och kan eller inte kan och behöver.” Kärnan i *patientberättelsen* är alltså patientens upplevelse och tolkning av sitt tillstånd, hur symtomen påverkar det dagliga livet och vilka resurser hen har i sin livssituation. Berättelsen ger underlag för hälsoplanen och kan i sig öka möjligheten att finna lindring av symtom. Att få hjälp att lyfta fram sina personliga resurser kan ytterligare bidra till läkningsprocessen. Att tvärtom bli ignorerad eller förminskad kan bidra till det motsatta.

Patientberättelsen och hälsoplanen *dokumenteras* i patientjournalen när personal och patient/närstående är överens om planen för den närmaste tiden (minuter, timmar eller dagar). Ett av huvudsyftena med detta är att patient och/eller närstående inte ska behöva upprepa det som tidigare berättats vid varje kontakt med personal. Informationen ska också finnas samlad och vara enkelt åtkomlig för alla parter.

Myndigheten för vårdanalys har tillsammans med European Observatory of Health Systems and Policy och ett stort antal forskare gjort kunskapssammanställningen *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges* (Nolde et al., kommande) och en rapport på svenska (Myndigheten för vårdanalys. Rapport 2018:8). I rapporten finns förslag till strategier för att uppnå en personcentrerad vård med utgångspunkt i tre perspektivförändringar:

- från att se patienten som en mottagare till en medskapare
- från fragmentisering av vården till helhetsperspektiv
- från färdiga lösningar till mer individanpassning

3.3 Interprofessionellt samarbete

En ytterligare aspekt av den sammanhållna vårdkedjan är det interprofessionella samarbetet. För den äldre personen med kronisk sjukdom och omfattande vård- och omsorgsbehov är det särskilt viktigt att få del av personcentrerad vård där alla relevanta professioner medverkar (Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, McKey CA & Akhtar-Danesh N 2016, World health organization 2005, Mulvale G, Embrett M & Razavi SD 2016). Många olika definitioner av interprofessionellt samarbete finns i litteraturen. Gemensamt för flertalet är att det rör sig om processer där olika medlemmar i hälso- och sjukvårdsteamet arbetar tillsammans för att uppnå ett gemensamt mål, vanligen en god vård för den enskilda patienten. Enligt Bookey-Bassett och medförfattares begreppsanalys kräver interprofessionellt samarbete medvetenhet om teammedlemmarnas respektive roller, gemensam utbildning, ett förtroendefullt klimat i teamet, allas förvissning om att interprofessionellt samarbete förbättrar vården samt stöd från chefer och ledare. Teamet bör regelbundet utvärdera hur deras samarbete påverkar utfallet för aktuella patienter i form av livskvalitet, kliniska resultat och vårdkostnader (Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, McKey CA & Akhtar-Danesh N 2016).

4. Syfte

Syftet med undersökningen är att få kunskaper om hur de äldre och deras närstående upplever att vården kompletteras med insatser från närsjukvårdsteamet, särskilt med fokus på teamets målsättning att ge en individanpassad, trygg och samordnad vård, där en helhetssyn leder till att vården optimeras i hemmet för den enskilde.

5. Metod

I utvärderingen har en kvalitativ metod använts och den lägger tonvikten mer på upplevelser och uppfattningar än på kvantifiering vid insamling och analys av data. Den kunskapssteoretiska ståndpunkten inom kvalitativ metod är tolkningsinriktad, vilket innebär att tonvikten ligger på förståelse av den sociala verkligheten och hur deltagarna i en viss miljö tolkar sin verklighet. (Bryman, 2012, Watt Boolsen, M. (2007). Det handlar om att studera vad som sker över tid och hur människor skapar innebörd och mening i sina liv. Verkligheten är subjektiv och behöver tolkas (Merriam 2006, Larsson S, Lilja J, Mannheimer K 2007).

Ett informationsbrev skickades till de personer som tackat ja till att delta i studien, där syftet och tillvägagångssätt med studien beskrevs. Vidare informerades respondenterna om risker och fördelar med att delta i studien, att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde avbryta utan att ange orsak, hur data hanterades

samt om sekretess. Uppgifter om ansvariga för studien samt kontaktuppgifter fanns med i brevet och deltagarna uppmanades att höra av sig om det fanns några oklarheter kring studien. En samtyckesblankett skickades även med tillsammans med informationsbrevet. Efter några dagar blev personerna uppringda av forskaren för att bestämma tid och plats för intervjun. Vid telefonsamtalet fick personerna muntlig information om studien på nytt. De första intervjuerna genomfördes i början av april och den sista i slutet av oktober 2019.

5.1 Intervjuer

Semistrukturerade intervjuer har gjorts med fem patienter (tre män och två kvinnor mellan 76 och 89 år) som var inskrivna i närsjukvårdsteamet vid intervjutillfället. Intervjun gjordes ca tre-fyra veckor efter att personen blev inskriven i närsjukvårdsteamet.

Alla intervjuerna med patienterna genomfördes i deltagarnas hem.

Intervjuer gjordes också med 14 närstående, (fem män och nio kvinnor, mellan 27 och 82 år). De hade följande relation till patienterna: fyra söner, tre döttrar, en särbo, en syster, en make, tre makar och en sonhustru. Av intervjuerna med närstående gjordes sex på UFC² och åtta i de närståendes hem. Intervjuerna som tog mellan 45 och 90 minuter spelades in på ljudinspelare och transkriberades ordagrant.

Intervjuguiden konstruerades med övergripande teman och följdfrågor för att få så fylliga berättelser som möjligt. Temana handlade om de intervjuades tidigare erfarenheter från hemsjukvård/hemvård, orsaker till inskrivning i närsjukvårdsteamet, upplevelser av att vara inskriven i teamet och hur vården fungerade, om man upplevde någon skillnad mot att vara inskriven i hemsjukvården kontra närsjukvårdsteamet samt om de intervjuade upplevde att de fått det stöd de behövde av teamet. I resultatredovisningen har de intervjuade fått fingerade namn.

5.1.1 Inklusion av deltagare

Inklusionskriterier för patienter i undersökningen var att de skulle vara inskrivna i närsjukvårdsteamet och att de inte hade några kognitiva funktionshinder, samt att de orkade med att genomföra en intervju utifrån sitt hälsotillstånd. Exklusionskriterier var om deltagarna hade kommunikationssvårigheter, såsom svårigheter med att tala och förstå innehållet i ett samtal.

Inklusionskriterier för de närstående var annorlunda. Ett strategiskt urval gjordes med en jämn könsfördelning och med individer som var unga/äldre, barn/partners, aktiva närstående/sjuka närstående.

² Universitetssjukvårdens forskningscentrum

6. Resultat

Flertalet av de intervjuade patienterna hade andnings- och smärtproblem av olika orsaker som skapade ångest och stort lidande för patienten och stor oro hos den närstående. Multisjuklighet och komplex medicinerings som inte hade samordnats tidigare var vanligt. Några av patienterna var i behov av näringsdropp och blodtransfusion samt omläggning av svårläkta sår. Flera av patienterna utreddes gällande omfattande läkemedelsbehandling. I resultatredovisningen nedan har de intervjuade fått fingerade namn.

6.1 Intervjuer med patienter

6.1.1 Erfarenheter från tidigare hemsjukvård

De intervjuade patienterna hade svårt att skilja mellan hemsjukvården och närsjukvårdsteamet. Några hade haft hemsjukvård länge, andra kortare tid, ytterligare andra hade svårt att minnas hur länge. Vem som hade initierat inskrivningen i närsjukvårdsteamet var oklart för flera av de intervjuade, i något fall var det distriktsläkaren, i något fall hade en närstående hört talas om teamet.

Flera beskrev svårigheter med kontakten, både med hemsjukvården och med vårdcentralen, och att de ofta blev uppmanade att åka till akutmottagningen när de beskrev sina problem. Någon respondent beskrev att den närstående hade behövt strida för att patienten skulle få vård. Det beskrevs som en långsam process att kontakta hemsjukvårds-sjuksköterskan som skulle göra sin bedömning och sedan kontakta läkaren på vårdcentralen. Ofta tog det ett dygn att få svar och då uppmanades ofta patienten ändå att åka till akutmottagningen. En patient upplevde att hemsjukvården fungerade bra, tills hen fick uppleva närsjukvårdsteamets helhetsomhändertagande. Den största skillnaden mot hemsjukvården var att närsjukvårdsteamets läkare kom hem till patienten och kunde ta sig tid att prata.

Att fortsatt behöva anlita hemsjukvården på kvällen, nätter och helger beskrev av några respondenter som den enda nackdelen med mobila närsjukvårdsteamet.

6.1.2 Upplevelser av närsjukvårdsteamets insatser

Att se över och justera den omfattande och komplexa läkemedelsbehandling som flertalet respondenter hade, beskrevs som en mycket viktig insats från närsjukvårdsteamets läkare. Man upplevde att detta var den första läkaren som hade tagit ett helhetsgrepp om läkemedelsbehandlingen. Flera patienter beskrev att de hade haft många biverkningar och att de nu mådde mycket bättre efter medicinjusteringen, någon beskrev att hen hade blivit mer stabil i sin diabetes. Även sådan behandling beskrevs som de tidigare hade behövt vara ineliggande på sjukhuset för, t ex

blodtransfusioner och intravenös behandling. Det var skönt att kunna få sådan behandling i hemmet. En patient hade fått nattventilator och blivit mycket piggare. Flera patienter beskrev att närsjukvårdsteamets läkare såg hela människan och hade identifierat orsaker till patientens problem som ingen tidigare läkare hade uppfattat. En aspekt av det interprofessionella arbetet som lyftes fram var att läkaren tog stöd av apotekare för att hitta bästa läkemedelsbehandlingen.

När han [läkaren] fick hand om mig så var han då i kontakt med, för det första. Apotekare för att kolla det här med mina mediciner. Och då rättade han ju till det som ... Vissa mediciner kan ju ta bort effekten av andra (Kristina).

Alla respondenterna uttryckte att de var mycket nöjda med närsjukvårdsteamet och att de hade mycket stort förtroende för närsjukvårdsteamets medlemmar. De upplevde att närsjukvårdsteamets sjuksköterskor och läkare lärde känna patienten väl, att de var både kunniga, tålmodiga och att de inte gav upp, t ex avseende ett svårt läkt sår som till slut läkte.

Ja, så mycket som jag har legat på lasarettet så ... Det går inte att beskriva hur bra det är. Och det är två sköterskor som alternerar. De jobbar sex veckor i taget och så är det två läkare som jag har kontakt med... Man lär ju känna människorna och de lär känna mig och mina svagheter (Kristina).

Förtroendet för närsjukvårdsteamet, att de var så tillgängliga och att de kände patienten väl innebar stor trygghet för patienterna – och för deras närstående. Flertalet uttryckte oro för att det skulle bli som förut igen när de inte längre fick tillhöra närsjukvårdsteamet. Att de åter skulle få lov att tillbringa många timmar på akutmottagningen och att ingen skulle ta ett sådant helhetsgrepp som närsjukvårdsteamet gjorde.

”Den mest positiva tiden sedan jag blev sjuk /.../ Nu har de gjort mig för bra, och jag har sagt att ... jag kanske har någonstans där jag har ont eller så. Jag har sagt att ni får Nobelpriset om jag får vara kvar (Sonja).

Trots att alla deltagande patienter tidigare hade sökt akutmottagningen ofta var det bara en som nu angav att hen hade tvingats söka akut nattetid en gång. En respondent beskrev hur hen tidigare ofta blivit akut inlagd ett par dagar och att vårdpersonal och läkare då endast hade haft ögon för ”sitt område”. Ingen tog något helhetsgrepp trots att patienten återkom ofta till avdelningen.

Jag hade inte suttit här om de inte hade funnits. Den saken är fullständigt klar (Kristina).

En aspekt av det höga förtroende som uttrycktes var närsjukvårdsteamets medlemmars höga kompetens, en annan att läkaren kommer hem till patienten och att undersökningar och behandlingar kunde utföras där.

6.1.3 Delaktighet

Det var inte så lätt att tala om upplevelser av delaktighet i vården. Flertalet patienter upplevde inte direkt att de hade kunnat påverka vården men var nöjda med de utredningar och den vård och kontakt som gavs från närsjukvårdsteamet. En patient beskrev att hen hade sagt nej till läkemedel som hen visste att hen inte tålde. En annan upplevde att hen hade inflytande och insyn i vad temat gjorde och hur de tänkte. Att den närstående också involverades och informerades upplevdes som positivt.

6.1.4 Kvällar och helger

Den nackdel med närsjukvårdsteamet som lyftes fram av alla deltagare var att de bara arbetade kontorstid. Även om man hade kvar sin gamla kontakt med hemsjukvården och hade trygghetslarm så ville man gärna att närsjukvårdsteamet skulle arbeta åtminstone kvällar.

Närsjukvårdsteamets medlemmar brukade ringa på fredagen för att stämma av inför helgen. Det upplevdes mycket positivt, även för den närstående.

6.1.5 Får du den hjälp som du behöver?

På frågan om de intervjuade patienterna fick den hjälp de behövde svarade alla ja, med tillägget ovan angående kvällar, nätter och helger. Någon av dem uttryckte att hen hade velat träffa läkare oftare. Flera uttryckte att närsjukvårdsteamets sjuksköterskor hade högre kompetens än hemsjukvårdens. Ett område som togs upp i flera sammanhang var bristerna i kommunikation mellan kommunen och närsjukvårdsteamet. Ett exempel belyses nedan.

De [kommunen] kunde inte möta mina behov. Hemtjänsten förstod inte att de skulle ringa till närsjukvårdsteamet utan de ringde och beställde en ambulans och så hamnade jag på AKM och AVA. De skulle ha ringt till närsjukvårdsteamet i stället (Sven).

6.2 Intervjuer med närstående

Tio av de 14 närstående som intervjuades uppgav att deras familjemedlem/patienten hade haft eller hade hemtjänst/hemsjukvård. Flera närstående hade svårt att se skillnaden mellan kommunala insatser och närsjukvårdsteamet.

6.2.1 Erfarenheter från tidigare insatser från hemsjukvård/hemtjänst

Flera av de närstående var nöjda med insatserna och kommunikationen med sjuksköterskorna i hemsjukvården. Några lyfte speciellt insatser från arbetsterapeuter

och möjligheten att få bostadsanpassning. Flera upplevde också att samverkan mellan närsjukvårdsteamet, hemsjukvården och hemtjänsten fungerade bra.

Det framkom även att man ansåg att det inte finns tillräckligt med kompetens i den kommunala vården och att det saknades kompetens gällande äldre frågor inom primärvården. Erfarenheter framkom även av att sjuksköterskorna i hemsjukvården inte var så intresserade av att lyssna på närstående och att de ofta var stressade. Hemsjukvårdens sjuksköterskor ville inte besöka patienten när den närstående upplevde en försämring och de upplevdes ha en passiv inställning till sjukdomens behandling. Detta resulterade i många besök på akutmottagningen. De närstående uttryckte att det ständigt är olika personal i den kommunala vården och omsorgen och att det är svårt att vara delaktig när sjuksköterskan inte känner patienten eller den närstående. Några upplevde att sjuksköterskorna i hemsjukvården inte lyssnar på närstående, som ”Anna” nedan.

Jag bad hemsjukvården att titta på mammas svullna ben men det hände inget. Hon svarade att hon går hem till patienter vid behov och hon ansåg inte att det fanns behov. Om mamma hade kommit till sjukhuset tidigare hade det blivit mindre komplikationer, hon behövde vätskas ur Hon hade vätska i lungsäcken (Anna).

Flertalet av de närstående upplevde att det finns en kompetensskillnad mellan hemsjukvården och närsjukvården. I närsjukvården uppfattade flera att personalen är handplockade och att de har mer specialistkompetens. Från kommunen upplevde man att det kom många olika personer som skulle hjälpa patienten medan närsjukvårdsteamet bestod av ett lite antal sjuksköterskor och läkare. Vidare upplevde man att det är svårt att ringa till kommunen. Där blir man bara vidarekopplad och ingen vet vad kollegerna heter. På närsjukvårdsteamet svarar de direkt och de känner patienterna så de vet vad man pratar om.

Man kan säga att man fått en närmare kontakt med närsjukvården än med hemsjukvården. Man vågar prata och säga vad man tycker och tänker (Svea)

6.2.2 Orsaker till insatser från närsjukvårdsteamet ur de närståendes perspektiv

Några av de närstående visste inte riktigt hur de kommit i kontakt med närsjukvårdsteamet men troligen på grund av upprepade besök på akutmottagningen och korta vårdepisoder på USÖ. Ett exempel på hur kontakt med närsjukvårdsteamet etablerades beskrevs av Oskar. Patienten hade fått svåra biverkningar av sina mediciner och en läkemedelsgenomgång hölls i hemmet av läkare från vårdcentralen och sjuksköterska från hemsjukvården. De kontaktade sedan närsjukvårdsteamet som tog över och utredde patientens läkemedelsbehandling. Den närstående uppskattade mycket att patienten inte behövde åka till vårdcentralen och sjukhuset för medicinutredningen. En annan närstående beskrev hur de fick kontakt med

närsjukvårdsteamet genom att läkare på akutmottagningen tog initiativ då patienten hade sökt akutmottagningen en mängd gånger på uppmaning från vårdcentralen.

Den läkaren sa att nu får det vara nog, jag kommer kontakta din läkare om att du behöver skrivas över till något team som kan komma hem till dig och ta hand om dig hemma. Och jag tänkte ju samma sak. Jag ringde också till vårdcentralen och tryckte på samma sak och sjuksköterskor i hemsjukvården lyfte ju också det här. (Helena)

Flertalet närstående beskrev omfattande läkemedelsbehandling som inte var samordnad tidigare. När närsjukvårdsteamet blev inkopplade konsulterade läkaren i teamet klinisk apotekare för att hitta bästa möjliga läkemedelsbehandling för patienten. Det gällde t ex diabetes- och smärtbehandling. Flera patienter försågs också med Apodos för att underlätta medicineringsen.

6.2.3 Kontakt med primärvård och akutsjukvård

De närstående beskrev problem att få kontakt med hemsjukvården och vårdcentralen. Oftast blev det en långdragen process när hemsjukvårdens sjuksköterska skulle kontakta läkaren på vårdcentralen och det blev inte alltid någon återkoppling till patienten och närstående.

Några närstående beskrev att läkare eller sjuksköterska på vårdcentralen uppmanade patienten och den närstående att åka till akutmottagningen och på akuten blev läkarna arga för att inte distriktsläkaren tog sitt ansvar för patienten. De beskrev att patienter med t ex hjärtsvikt fått åka till akuten för svullnad och vätska i kroppen, något som de närstående upplevde att de borde fått hjälp med på vårdcentralen. En annan närstående upplevde att de inte blev tagna på allvar på akuten. De hade åkt till akuten men patienten blev inte utredd utan fick bara nya mediciner. Läkaren på akuten trodde att det var KOL men patienten hade fått flera proppar i lungan.

Han åkte till akuten någon gång varje månad och var inlagd på sjukhuset också, dels för att han hade ramlat och dels för att han var deprimerad. Han tyckte inte att han fick någon hjälp och det blev ingen förändring..... Han har inte varit på sjukhuset sedan han blev inskriven i närsjukvården (Svea).

En annan närstående beskrev att det var jobbigt att hela tiden vara med och ifrågasätta, det förekom både vid besök på vårdcentral och på akuten. Den stora skillnaden mellan hemsjukvården och närsjukvårdsteamet upplevdes gälla helhetssynen, intresset och inställningen till patienten. Personalen i närsjukvårdsteamet beskrevs som hängivna sitt arbete medan personalen i hemsjukvården och hemtjänsten skötte sitt jobb och gick sedan.

Ja det märks ju verkligen att det inte blir personcentrerat om man ska säga, det blir ju verkligen att komma dit och göra sitt jobb och gå liksom (Karin).

De närstående uttryckte att sjuksköterskorna och läkarna i närsjukvårdsteamet är mer medvetna om patienternas problematik och sjukdomsbild och tar tag i helheten på ett annat sätt än vad vårdcentralen gör. Att läkarna i närsjukvårdsteamet gör hembesök upplevdes som mycket värdefullt. De närstående uttryckte att de slapp hela byråkratin inom primärvården när läkaren kommer hem till dem. De uppskattade att det går snabbt att få hjälp från närsjukvårdsteamet och det är stor skillnad om de jämför med att få hjälp via vårdcentralen.

Även läkare på vårdcentralen kan ju göra hembesök, menade en närstående, men det sker väldigt sällan. Det beror mycket på den enskilda läkaren. Det blir otrolig skillnad i kvalitet för patienten om läkaren besöker hen i hemmet. Man uppfattade också att det blir stor skillnad för sjuksköterskorna i hemsjukvården om de har en läkare som kan göra hembesök. Fungerar inte samarbetet med ansvarig läkare på vårdcentralen trodde de närstående att det var svårt att vara sjuksköterska i hemsjukvården. Vårdcentralerna behöver ha ett flexiblere system som är mer anpassat till patienterna, menade några närstående.

Att slippa mellansteget med typ (vårdcentral) om jag då tar exemplet i vintras när mamma jätteandfådd till slut fick en akut tid på vårdcentralen. Först åka dit, sitta och vänta, sen åka därifrån till röntgen på USÖ, från röntgen till akuten. Ligga på akuten innan man (dels har tid) och innan man fattar beslut om det blir att man ska vara kvar eller åka hem och då om man är 96 år så är, det var ju jobbigt för mig, men det var ju naturligtvis jättetufft för mamma så. Det här slipper man ju... i stort sett (Anna)

Flera av de närstående upplevde att ingen tagit helhetsansvaret för patienterna när de besöker vårdcentraler, akuten eller vårdavdelningar inom hälso- och sjukvården, utan de hänvisar till varandra. Några av de intervjuade menar att den största skillnaden mellan närsjukvårdsteamet, hemsjukvård och vårdcentralen är att närsjukvårdsteamet har en hög kompetens när det gäller äldrevården och att de kan ta snabba informella kontakter med andra specialister för att lösa patientens problem.

6.2.4 Närståendes upplevelse av insatserna från närsjukvårdsteamet

Samtliga intervjuade tyckte att det fungerade bra med närsjukvårdsteamet. Flera uttrycker oro för hur det ska bli för patienten när de inte längre får vara inskrivna i närsjukvårdsteamet. De lyfte särskilt aspekter av närsjukvårdsteamets arbetssätt såsom närhet, planering och kommunikation och att även de närstående fick återkoppling från teamet. Flera närstående beskrev att det är viktigt med direkt

kommunikation och de upplevde stor trygghet i att deras närstående fick hjälp från närsvårdsteamet.

Värdet av kontinuitet, att veta vem som kommer och att det oftast är samma personer som kommer på hembesöken betonades, liksom att patienten kan ringa till närsvårdsteamet om det är något de är oroliga för eller undrar över. Man upplevde att sjuksköterskorna och läkarna i närsvårdsteamet är lätta att få tag på och att de alltid ringer upp om man hade lämnat ett meddelande.

Det, jag tror att det är kontinuiteten, dels att de hör av sig till mamma och att hon känner att hon kan ringa dit med om det är någonting. Och att (de) kan komma så ofta och att det kan komma med en läkare också (Helena).

Några närstående upplevde att sjuksköterskorna och läkarna i närsvårdsteamet visar stor respekt för patienten. De har tid att sitta ned och lyssna, samtalar med patienten och involverar de närstående. De är genuint intresserade av patienten och deras situation.

Han kan få bjuda på en kopp kaffe och liksom känna att han styr situationen när det är liksom i hans hem. Och jag tror att, och de lyssnar på honom. Jag, jag tror det är väldigt bra att det, att de avsätter liksom den här tiden. Det är inte en tio minuters rond liksom på en vårdavdelning. Det blir liksom för honom de kommer, de sätter kanske en timme och sedan sitter de där... och liksom kan se en mer helhet och inte bara en person som ligger på en säng liksom (Karin).

Som beskrevs ovan, upplevde flertalet närstående att närsvårdsteamets sjuksköterskor och läkare hade hög kompetens. Man upplevde också att de hade större befogenheter än hemsjukvården, vilket upplevs positivt. Den högre kompetensen och helhetstänkandet skapade hög kvalitet – professionellt och medmänskligt – som generade stort förtroende för hela teamet.

Flertalet av de närstående beskrev betydelsen av att närsvårdsteamet har ett helhetsgrepp över patienternas situation. Äldre personer har ofta en multiproblematik vilket gör att de i vanliga fall blir hänvisade till olika specialiteter. Närsvårdsteamet utreder patientens alla problem och de tar ansvar för helheten. De lär känna patienten och närstående och det skapade trygghet både för patienten och för de närstående.

Det finns läkare med som kan mycket och har erfarenhet. Min far är allergisk mot vissa mediciner de har haft kontakt med farmaceut för att kunna hitta rätt preparat. De provar sig fram för att hitta rätt medicin. De är noggranna. Pappa känner sig trygg framförallt. Innan vi fick hjälp vilade ansvaret på mig och jag skulle avgöra hur pass dålig han var och om vi behövde åka till

*läkare eller sjukhuset. Nu ser hemtjänsten det och larmar
sjuksköterskan (Oskar)*

Ytterligare en aspekt av närsjukvårdsteamets arbetssätt var att patienten inte behövde besöka akutmottagningen sedan de blivit inskrivna i närsjukvårdsteamet. De närstående upplevde att deras familjemedlem/patienten nu visste vad hen skulle göra vid försämring.

Jag tror att de är väldigt stor trygghet för honom faktiskt. Att, ja en stor anledning till att han inte är på akuten så ofta, eller att han inte åker till akuten över huvud taget. För att han vet att det finns hjälp att få hemma. (Karin)

6.2.5 Stöd till närstående

Upplevelsorna av att ha en familjemedlem eller närstående som behövde omfattande vård och omsorg varierade. Några intervjuade bodde tillsammans med den sjuke och hade en större belastning än de som bodde skilda åt. Som närstående är man ofta ensam och har ett stort ansvar som blir tyngre när den sjuke blir sämre. Flera av de intervjuade beskrev att det var svårt att orka tänka på sig själv och sina egna behov.

De frågar ju mig också hur jag mår och så att jag ska orka med också. Det är ju en stor påfrestning för mig också. Det avlastar mig och jag känner att jag kan lita på dem. De har specialistkunskap inom äldreområdet och det har inte vårdcentralen (Oskar).

Merparten av de närstående upplevde att sjuksköterskorna och läkarna i närsjukvårdsteamet var bra samtalspartners och var nöjda med det stödet. Några upplevde att de kände sig som en i teamet, att de var delaktiga och att kommunikationen fungerade bra. Andra kände sig inte så delaktiga men var ändå nöjda. Även de som inte var så delaktiga upplevde att de kunde ringa till närsjukvårdsteamet när som helst och bli lyssnade på.

Som redovisats ovan innebar närsjukvårdsteamets helhetsgrepp att de närstående kände en stor trygghet. Några beskrev också att de hade fått en ny frihet och kunde tänka lite på sig själva. De behövde inte längre samordna vårdkontakter och strida för patienten. Flera av de närstående beskrev att de haft en tuff period av att vara närstående till en så svårt sjuk person.

Hade jag inte fått hjälp från närsvården då hade jag gått in i väggen. För det kände jag att det var på väg, ett tag. Men då dök de upp lite oftare och jag började känna mig trygg (Svea).

Några av de intervjuade beskrev hur värdefullt det var att sjuksköterskorna och läkarna i närsvården tar sig tid till att prata separat med den närstående. De är intresserade av att höra de närståendes upplevelse och synpunkter. En närstående

beskriver hur hen uppskattade när läkaren ringde upp hen och tog sig tid att förklara den närståendes tillstånd och hur vården planerades framöver.

Så det var ju liksom, då måste ju hon ha sagt det till honom att hon vill prata med mig, och det kändes också väldigt bra. Att hon tog sig tid och förklarade för mig, vi pratade i typ 20 minuter, hon tog sig tid och verkligen förklarade vad de tänker och vad de planerar framåt och (Karin)

Sammanfattningsvis beskrev både patienter och närstående att närsjukvårdsteamet hade gett dem en stor trygghet genom att ta ett helhetsgrepp över den sjukas situation, genom att vara tillgängliga och genom en god kommunikation både med patienten och med den närstående. En annan viktig aspekt var att sjuksköterskorna och läkarna i närsjukvårdsteamet upplevdes ha en hög kompetens och smidiga kontaktvägar till andra specialister inom sjukhuset. Både patienter och närstående uttryckte oro för hur det skulle bli när patienten inte längre behövde närsjukvårdsteamets kompetens. En negativ faktor som lyftes fram var att närsjukvårdsteamet inte finns tillgängliga på kvällar och helger. Många av de intervjuade beskrev avsaknaden av vårdkedja där patienter med komplexa vårdbehov bollades mellan olika läkare och vårdnivåer. Ingen beskrev att de hade erbjudits eller deltagit i Samordnad individuell vårdplanering (SIP) enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

7. Diskussion

7.1 Trygg och samordnad vård

En sammanhållen vårdkedja ses som grunden för en god hälso- och sjukvård med hög kvalitet (van Walraven C. m. fl. 2010, Socialstyrelsen 2019, Oikonomou E, Chatburn E, Higham H, Murray J, Lawton R & Vincent C 2019). I vår utvärdering beskrev respondenterna att de upplevde att vårdkedjan inte fungerade på ett tillfredställande sätt. Både patienterna och de närstående beskrev svårigheter med kontakten med hemsjukvården och vårdcentralen. Det resulterade ofta i att patienterna blev hänvisade till akutmottagningen istället för att få hjälp via vårdcentralen. Detta beskriver Kirsebom. m.fl (2014) som ett känt problem; att multisjuka äldre skickas mellan olika specialiteter och vårdnivåer, vilket medför att ingen tar ett helhetsgrepp i vårdkedjan över patientens problematik.

Respondenterna upplevde en stor skillnad när de fick vård av närsjukvårdsteamet jämfört med hemsjukvården. Det som skattades högst av både patienter och närstående var att närsjukvårdsteamet såg till hela människan och till helheten. Patienterna upplevde att teamets läkare kunde identifiera hela deras problematik och ge adekvat behandling. Att behandling och vård sker i hemmet var också

betydelsefullt så att patienterna inte behöver bollas mellan olika kliniker och specialister. Forskning har visat att en samordnad vård kan ge färre oplanerade sjukhusinläggningar (van Servellen G, Fongwa M & Mockus D'Errico E 2006, Berntsen GKR, Dalbakk M, Hurley JS, Bergmo T et al. 2019)). Resultatet i denna utvärdering visar att endast en patient har åkt till akutmottagningen under tiden som de varit inskrivna i närsjukvårdsteamet.

En forskargrupp ledd av Carl van Walraven (2010) visar i en studie att sammanhållen vård för patienter genererar en mer jämlik och bättre hälsa för patienten och en bättre vårdkvalitet. Närsjukvårdsteamets arbetssätt i Örebro bidrar till en sammanhållande vårdkedja för den äldre patienten. Enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) ska personer med omfattande vårdbehov erbjudas en SIP och en fast vårdkontakt. När patienten blir inskriven i närsjukvårdsteamet övergår vårdansvaret till teamet. En viktig aspekt av arbetssättet är att involvera närstående utifrån patientens och den närståendes önskemål. På så sätt, och då teamet endast består av ett fåtal personer, skapas en värdefull kontinuitet. Närsjukvårdens arbetssätt överensstämmer också med WHO:s strategi för hälsosamt åldrande (WHO- resolution 67/13) och speciellt två av deras punkter: ”Anpassning av hälso- och sjukvårdssystem till de äldres behov och önskemål samt utveckling av äldrevänliga miljöer som stöder äldre personers autonomi och hälsa”

7.2 Personcentrerad vård

Patienterna upplever stor trygghet med närsjukvårdsteamet. Personalen och patienterna lär känna varandra och det finns en stor tillit till närsjukvårdens kompetens. Enligt Svensk sjuksköterskeförening innebär personcentrerad vård ”att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning av hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder just för denna enskilda person”. Utifrån respondenternas beskrivningar tolkar vi det som att närsjukvårdsteamet har den enskildes upplevelser och tolkningar av ohälsa i centrum för sitt arbete. De närstående upplever att närsjukvårdens personal visar stor respekt för patienterna och att de tar sig tid att sitta ned och lyssna, samtala med patienten om deras problem samt involverar närstående i behandlingen. De närstående får återkoppling på vad som är planerat och hur hälsotillståndet är. Ekman m.fl. (2011) visar i sin studie att när vårdpersonalen tar sig tid att lyssna på patienten och närstående så blir effekterna en kortare vårdtid och högre tillfredsställelse för patienten.

Närsjukvårdens läkare och sjuksköterskor är mer medvetna och kunniga gällande patientens problematik och sjukdomsbild än vårdcentralernas personal, menar respondenterna. Det går snabbt att få hjälp och de upplevs som mycket kunniga inom äldrevården. Det som uppskattas mest är att läkarna och sjuksköterskorna gör

hembesök och att vården och behandlingen sker i hemmet. Närsjukvårdsteamet tar ett helhetsansvar för patienterna, ser dem som individer och utgår från det i planeringen av vårdinsatser. Ekman m.fl. (2011) beskriver att kärnan i personcentrerad vård är patientens egen berättelse, deras tolkning och upplevelse av sina symtom och vilka resurser hen har och hur det påverkar det dagliga livet.

Som närstående har man ett stort ansvar för den sjuke och det är svårt att tänka på egna behov, speciellt om man bor tillsammans med den sjuke. En närstående beskriver det som att hen varit nära att gå in i väggen och själv bli sjuk. Flera uppger att de inte hade orkat längre om inte deras äldre närstående hade blivit erbjuden närsjukvårdsteamet. De närstående uppger att de får stöd av närsjukvårdsteamet och att de är bra samtalspartners. En av de närstående menar att hen fått mera frihet och kan börja tänka lite på sig själv och sina egna behov.

Ett stöd i fortsatt arbete med att utveckla det personcentrerade förhållningssättet finns hos Myndigheten för vårdanalys (2018:8) som har tagit fram strategier för hur man uppnår en personcentrerad vård utifrån tre perspektiv.

1. Från att se patienten som en mottagare till en medskapare.
2. Från fragmentering av vården till helhetsperspektiv.
3. Från färdiga lösningar till mer individanpassning.

De genomförda intervjuerna visar att närsjukvårdsteamet, mer eller mindre medvetet, arbetar enligt dessa strategier.

7.3 Interprofessionellt samarbete

Patienter med omfattande vårdbehov behöver dels stöd från flera professioner i vårdkedjan dels att vården är sammanhållen. För att få en fungerande vårdkedja är det interprofessionella samarbetet viktigt (Boockey-Bassett S, Markle-Reid M, McKey CA & Akhtar-Danesh N 2016, World health organization 2005, Mulvale G, Embrett M & Razavi SD 2016). Närsjukvårdsteamet består av läkare och sjuksköterskor med bred kompetens. De har även tillgång till fysioterapeut och klinisk apotekare från regionorganisationen samt arbetsterapeut från kommunen. Vid behov kan också andra specialiteter inom hälso- och sjukvården kontaktas på ett informellt sätt för att lösa patientens problem.

En mycket uppskattade effekt av det interprofessionella arbetssättet är att patienten kan medicinsk behandling som annars oftast inte är möjlig i hemmet, t ex intravenös behandling och blodtransfusion, och slippa bli inlagd på sjukhus.

Många multisjuka äldre har komplex läkemedelsbehandling med läkemedel som an motverka varandra och ge biverkningar. Flera av de patienter som intervjuats beskriver betydelsen av att närsjukvårdsteamet har provat ut och gjort

medicinjusteringar. Effekten beskrivs ofta som att patienterna blivit mycket piggare och slipper biverkningar.

8. Slutsatser

Det fanns en stor oro för att bli utskriven från närsjukvårdsteamet, både bland patienter och närstående. Det beskrevs som att komma tillbaka till en oflexibel och byråkratisk organisation, vilket flera upplevde med hemsjukvården och vårdcentralerna. Det fanns en önskan att närsjukvårdsteamet skulle arbeta framförallt kvällar men också helger. Örebro kommun och Region Örebro län har genom närsjukvårdsteamet skapat en ny organisationsform för att kunna ge en mer individanpassad, samordnad och trygg vård, där helhetssynen för den enskilde individen är i fokus samt att vården och omsorgen ska ges i hemmet. Deltagarna i denna utvärdering bekräftar att syftet med närsjukvårdsteamet har uppnåtts ur deras perspektiv. Deras oro för att åter hamna i en betydligt sämre vårdssituation vid utskrivning från teamet måste också tas på allvar.

9. Referenser

Berntsen GKR, Dalbakk M, Hurley JS, Bergmo T, Solbakken B, Spansvoll L, Bellika JG, Skrøvseth SO, Brattland T & Rumpsfeld M (2019). *Person-centered, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial*. BMC health services research, 19:682.

Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, McKey CA & Akhtar-Danesh N (2016). *Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis*. Journal of advanced nursing, 73(1):71-84.

Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Condelius A, Edberg A, Jakobsson U, Hallberg I. 2008 Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr*; 46: 41-55.

Edvardsson D (2010). *Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter*. I: Edvardsson D, red. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.

Ekman I, Swedberg K, Taft C et al. (2011). *Person-centered care – ready for prime time*. European journal of cardiovascular nursing, 10(4):248-251.

GPCC

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE & McKendry R (2003). *Continuity of care: a multidisciplinary review*. BMJ, 327:1219–21.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

<https://gpcc.gu.se>.

Kirsebom M, Hedström M, Wadensten B, Pöder U. 2014. The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr*. 58 (1):115-120.

Kirsebom M, Hedström M, Wadensten B, Pöder U. 2014. The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr*. 58 (1):115-120.

Kogan AC, Wilber K & Mosqueda L (2016). *Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a literature review*. Journal of American geriatrics society, 64:e1-e7.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612)

Larsson, S, Lilja, J & Mannheimer, K. (2007). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

- Merriam, S.B. (2006). *Fallstudier som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Morgan S, Pullon S & McKinlay E (2017). *Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review*. *International journal of nursing studies*, 52:1217-1230.
- Mulvale G, Embrett M & Razavi SD (2016). 'Gearing up' to improve *interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework*. *BMC Family practice*, 17:83
- Myndigheten för vårdanalys. Rapport 2018:8 *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*.
- Närvården i Västra Skaraborg: 2013. *Utvärdering och ekonomisk analys av nya vårdmodeller, slutrapport HCM 25 november*.
- Oikonomou E, Chatburn E, Higham H, Murray J, Lawton R & Vincent C (2019). *Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people*. *BMC health services research*, 19:505.
- Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K & Ekman I (2013). *Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review*. *Journal of clinical nursing*, 22(3-4):456-465.
- Pöder U, Wadensten B. (2013) *Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet*. Hämtad 20180906 från:
- Rutqvist M. (2013). Slutrapport för projekt kring de mest sjuka äldre. Mobila hembesöksteamet i Uppsala. Landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun*. Hämtad 20180906 från: <https://www.region uppsala.se/Global/LLK/MHT%20-%20%20SKL%20slutrapport%20aug%202013.pdf>
- Socialstyrelsen (2019). Att kunna följa patientens väg genom vården. Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess. Rapport februari 2019. Hämtad från www.socialstyrelsen.se 2020-03-29.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare-resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 20161105 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---sou-2016-2.pdf>
- SOU 2017:21 *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Stockholm 2017. Hämtad 20180911 från https://www.regeringen.se/4969b7/contentassets/9378aff4b35a427c99b772345af79539/sou-2017_21_webb_del1.pdf.
- SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*. Hämtad 20180911 från: https://www.regeringen.se/49c941/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-var-d--en-primarvardsreform_sou-2018_39.pdf
- Stange KC & Ferrer RL (2009). *The paradox of primary care*. *Annals of family medicine*, 7:293-299.

Sveriges kommuner och landsting (2018). Nära vård i Borgholm. Hämtad från www.webbutik.skr.se 2020-03-29.

Van Servellen G, Fongwa M & Mockus D'Errico E (2006). *Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review*. *Nursing & health sciences*, 8:185-195.

van Walraven C, Oake N, Jennings A & Foster AJ (2010). *The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review*. *Journal of Evaluation in clinical practice*, 16(5):947-956.

Västra Götalandsregionen (2019). Slutrapport. Breddinförande av mobil närvård. Dnr: HS 2019-00305.

Västra Götalandsregionen. Norén D & Segerberg A (2019). Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen. Slutrapport april 2019. Hämtad från www.vgregion.se 2020-02-29.

Waibel S, Henao D, Aller M-B, Vargas I & Vázquez M-L (2012). *What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies*. *International journal of quality in health care*, 24(1):39-48.

Watt Boolsen, M. (2007). *Kvalitativa analyser. Forskningsprocess, människa, samhälle*. Malmö. Gleerup.

WHO-resolution WHA 69.3 (2016). The global strategy and action plan on ageing and health 2016 – 2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. Hämtad från www.who.int 2020-03-29.

World health organization (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. World health organization, Geneve. Hämtad från www.who.int 2019-07-30.

www.swenurse.se.