



LUND UNIVERSITY

Projektrapport ÄMMA

Äldre i Malmö Mobilt Akutteam

Stavenow, Lars; Hellberg, Jeanette; Wästberg, Birgitta; Stenevi Lundgren, Susanna

2014

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Stavenow, L., Hellberg, J., Wästberg, B., & Stenevi Lundgren, S. (2014). *Projektrapport ÄMMA: Äldre i Malmö Mobilt Akutteam*. Region Skåne.

Total number of authors:
4

Creative Commons License:
Ospecificerad

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Projektrapport ÄMMA

Äldre i Malmö Mobilt Akutteam



Författare

Lars Stavenow, docent, överläkare, projektledare
Jeanette Hellberg, sjuksköterska, teamledare
Birgitta Wästberg, chefsarbetsterapeut, dr med vet
Susanna Stenevi-Lundgren, chefssjukgymnast, dr med vet

Bakgrund

Patientgruppen mest sjuka äldre ("sköra äldre") upptar huvuddelen av vårdplatserna inom internmedicin och geriatrik. 15-30% blir återinlagda inom 30 dagar. En undersökning på medicinavdelningarna på SUS (Malmö och Lund) 2012 studerade hur stor andel av patienterna som inte hade behövt läggas in på sjukhus om adekvat medicinskt stöd hade kunnat erbjudas i ordinarie boendemiljö. Av 265 inlagda klassificerades 17% som "undvikbara" enligt uppsatta kriterier. Endast en tredjedel av dem som bedömdes som undvikbara hade genomgått läkarbedömning innan de kom till sjukhuset. Som väntat fann vi att den vanligaste orsaken till inläggningen var bristande möjlighet till medicinskt stöd/avsaknad av långsiktig medicinsk planering. Inläggningar på sjukhus för sköra äldre kan innebära risker i form av konfusion, trycksår, nutritionsproblem, vätskebalansrubbingar och vårdrelaterade infektioner. Dessutom inträffar ibland felaktigheter i informationsöverföringen i vårdens övergångar. Undvikbar slutenvård och återinläggningar är fokusområden i den nationella Äldresatsningen.

Det finns således flera medicinska och humanitära skäl till att i görligaste mån förhindra inläggning på sjukhus i samband med akut sjukdom hos sköra äldre och att i stället erbjuda alternativ i ordinarie boendemiljö. Det finns också argument i form av bättre resursutnyttjande och kostnadseffektivitet ("rätt vård på rätt plats").

Eva Thorén-Todoulos, divisionschef division 1, gav överläkare Lars Stavenow i uppdrag att ansöka om projektmedel från Koncernkontoret som var avsatta för ändamålet undvikbar slutenvård inom ramen för Äldresatsningen. Ansökan skulle utgå ifrån SUS men vara gemensam med offentliga Primärvården, då en egen förvaltning, och Malmö stad. Sedan flera år etablerade och välfungerande samarbetskanaler mellan sjukhuset, Primärvården och Malmö stad utnyttjades för att på kort tid författa en gemensam ansökan. Lars Stavenow blev projektledare och Marie Olsson, Primärvården, Pia Nilsson och Pia Hesselroth Tegel, Malmö stad, blev kontaktpersoner. Projektet har hela tiden stöttats från respektive högre ledningsnivå. Efter att projektmedel erhöles bildades en styrgrupp och en operativ grupp för projektet, båda trepartssammansatta. I den operativa gruppen har ett drygt tiotal olika stödpersoner deltagit i den inledande planeringen och projektet fick växa fram "bottom-up" med medverkan av samtliga huvudmän. Målsättning och patientkriterier fastställdes och en omfattande logistisk planering ägde rum.

Målsättning och målgrupp

Målsättningen var att öka trygghet och tillgänglighet till vård och bedömning i samband med akut sjukdom hos sköra äldre. Målet var också att undvika påfrestande transporter, minska konfusionsrisk genom att begränsa olika vårdmiljöer och erbjuda snabbare akut bedömning av hela patientens komplexa vårdbehov i ordinarie boendemiljö. Ett viktigt delmål var att utveckla samarbetet mellan sjukhus/Primärvård/kommun kring akut insjuknande hos de mest sjuka äldre och stimulera ömsesidig förståelse och lärande.

Målgruppen var sköra äldre (>65 år) med kända insatser från kommunen (SOL, HSL eller LSS) som blir akut försämrade fysiskt och/eller kognitivt och som har svårigheter att ta sig till vårdcentral eller sjukhus. Kriteriet var att det skulle finnas en sannolikhet att det gick att undvika inläggning på sjukhus eller besök på akutmottagningen genom insatser från teamet.

Planering och genomförande

Det bildades ett operativt team med handplockade läkare från slutenvården (varannan vecka) eller Primärvården (varannan vecka), en sjuksköterska från vardera slutenvården och kommunen samt biståndshandläggare och arbetsterapeut. De båda senare arbetar 75%. En av sjuksköterskorna är både teamledare och koordinator och handlägger alla inkommande förfrågningar. Verksamheten bedrivs under kontorstid på vardagar. Projektledare och teamledare utsågs och hela projektanslaget lades i en och samma pott för att täcka personalkostnader, utrustning, läkemedel, billeasing, parkeringskostnad, telefoni och it. Ledarskap, ekonomi, arbetsrutiner och administration har hanterats gränslöst i en horisontell process där teammedlemmarnas organisatoriska tillhörighet varit av mindre betydelse. Patientens behov har varit styrande. Malmö stad bestod

vid projektets början av 10 stadsdelar (motsvarande 10 självständiga kommuner) men genom en organisationsförändring minskades dessa till fem stadsområden. Kommunens medarbetare har haft mandat att verka och fatta beslut över stadsområdesgränserna och erfarenheterna av detta arbetssätt är mycket goda. Även Primärvården har förändrat sin organisation, se nedan. Under projektets första del deltog 3 av 10 stadsdelar som efter sommaren 2013 utökades till 3 av 5 stadsområden.

Arbetssätt och ledning

Alla inkommande samtal går via teamets koordinator. Begäran om vård måste komma från ordinarie vårdgivare, i regel sjuksköterska i hemsjukvård eller på vårdboende, efter att man förvissat sig om att ordinarie Primärvårdsläkare inte har möjlighet att göra ett akut hembesök. Det senare gick praktisk taget aldrig att få till stånd och detta ingår inte heller i Primärvårdens uppdrag. I nuläget sköts detta av Falcks hembesöksverksamhet. Efter att koordinatören bedömt förfrågan beslutas om patienten uppfyller målgruppens kriterier och om så är fallet gör teamet ett hembesök. Om ärendet är av enklare natur och hela teamets resurser inte behövs hänvisas patienten vidare till annan instans, oftast Falcks hembesöksbilar eller ordinarie vårdcentral.

Teamet är utrustat med material för omläggning, suturering, KAD, viss analysutrustning samt läkemedel. Möjligheter finns för intravenös behandling med diuretika och antibiotika, inhalationer i Pariboy, intravenös vätska och blodtransfusioner. Problemen med olika it- och journalsystem har hanterats genom att såväl slutenvården som Primärvården dokumenterar i ett och samma system (Melior) varefter det sker informationsutbyte via fax, remiss eller telefon. Kommunen har installerat dator på ÄMMA-expeditionen, som är belägen i anslutning till SUS akutmottagning i Malmö, för åtkomst till sitt eget system (Origo). Primärvården har både läs- och skrivbehörighet i Melior. En ny enhet öppnades i Melior, ”Mobilt Äldreteam i Malmö” (MoÄITM), där all dokumentation av teamets insatser finns samlade och lätt går att hitta, exempelvis om patienten senare inkommer till akutmottagningen. Dokumentation har skötts av teammedlemmarna själva men sekreterare (deltid) har nyligen rekryterats.

Projektet startades vecka 11 2013 och avslutades vecka 44 2013. Det gjordes uppehåll under sommarmånaderna då det inte gick att på kort tid rekrytera lämplig vårdpersonal. De veckor som bemannades av läkare från SUS slutenvård registrerades besöket i PASIS och SUS erhöll intäkten. När läkaren var från Primärvården registrerades besöket på aktuell vårdcentral efter att journalkopia faxats dit. Efter projektets slut då Primärvården blivit organisatoriskt ansvariga för den fortsatta verksamheten registreras alla besök på aktuell vårdcentral oavsett läkarens tillhörighet.

Under projektets gång har såväl styrgruppen som den operativa gruppen haft ett flertal möten. Under projekttiden har både Malmö stad (nya stadsområden) och Primärvården (från egen förvaltning till en division inom SUS) genomgått stora organisatoriska och i vissa fall personella förändringar utan att detta påverkat projektet. God kommunikation mellan olika personer i ledarställning har åstadkommit kontinuitet som varit en garant för att projektet kunnat fortgå utan tidsspill. Ett genomgående tydligt och konsekvent stöd av högsta förvaltningsledning har varit av avgörande betydelse.

Det praktiska arbetet och verksamheten har under projekttiden letts av chefskap från slutenvården men efter projektslut planeras överföring av chefskap och organisatorisk tillhörighet till Primärvården. Vi bedömer detta som naturligt, men av underordnad betydelse för den praktiska verksamheten. Betydelsen av långvarigt förtroendeskapande arbete ska inte underskattas. I Malmö finns en 12-årig tradition av formellt och informellt framgångsrikt organisationsövergripande samarbete som varit en förutsättning för den snabba implementeringen av ÄMMA.

Organisatoriskt har det skett en förändring från ledarskap i stuprör till ett fullt utvecklat horisontellt ledarskap som tveklöst fungerat utmärkt men som kräver förberedande förtroendeskapande arbete och god personkännedom och personliga relationer. Malmö stad har också utvecklat arbete och beslutsfattande över stadsområdesgränserna.

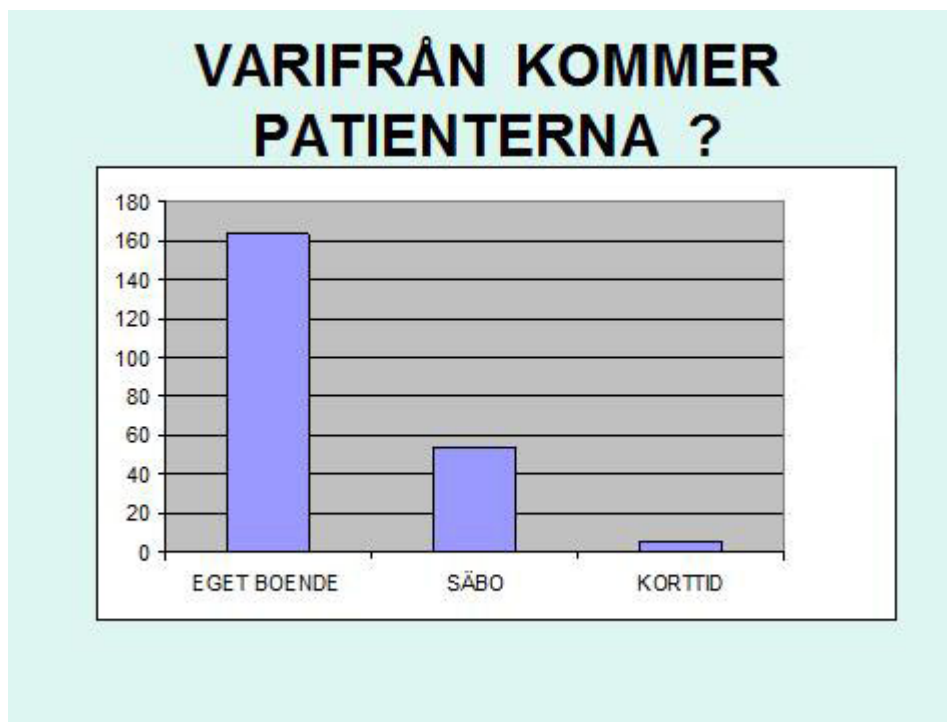
Teamet är väl sammansvetsat och fungerar gränslöst och helt integrerat. Nya teammedlemmar får en introduktion under en dag där också tankar kring pragmatiskt arbetssätt diskuteras. Instruktionerna till teamet har varit att det är viktigare att lösa problemet för patientens bästa än att följa PM och traditionellt arbetssätt. Gemensam arbetsplatsträff har startats.

Mot slutet av projektet skedde en viss omorganisation då en styrgrupp på ledningsnivå bildades med Eva Thorén Todoulos, divisionschef division 1, Karin Träff Nordström, divisionschef division 5 och Eva Lundberg, enhetschef Malmö stad. Den operativa gruppen består av Lars Stavenow, projektledare, Marie Olsson, Pia Nilsson och Pia Hesselroth-Tegel.

Den operativa gruppen träffas var 6:e vecka och styrgrupp på ledningsnivå aktiveras vid behov. Alla aktörer arbetar med en gemensam vision och mot ett och samma mål, tendenser till revir- eller stuprörstänkande eller trög formalism har inte förekommit.

Resultat

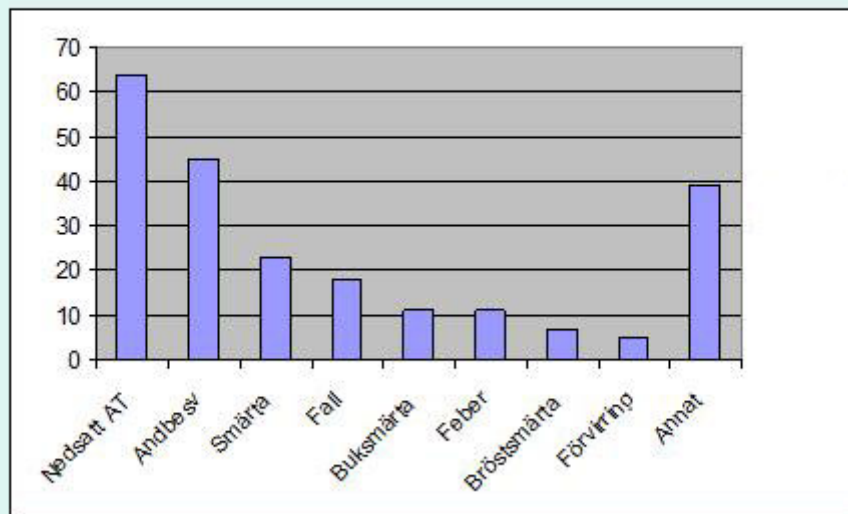
Under projekttiden (101 dagar) har teamet haft 223 primära hembesök, 50 återbesök och 16 ärenden på akutmottagningen (där uppföljande insats av teamet möjliggjort återgång till hemmet). Medeltal uppdrag per dag blir tre med fluktuationer mellan ett och sju. Efter projektslut 1/11 har antal uppdrag per dag ökat. Efter inkludering av hela Malmö stad handläggs mellan 5 och 10 uppdrag dagligen. 73 % av uppdragen kommer från eget boende, 24 % från särskilt boende och resterande del från korttidsplatser (Figur 1).



Figur 1.

Bland kontaktorsaker dominerar nedsatt allmäntillstånd, andningsbesvär, bensvullnad, bröstsmärta/annan smärta, infektioner, fall och förvirring (Figur 2).

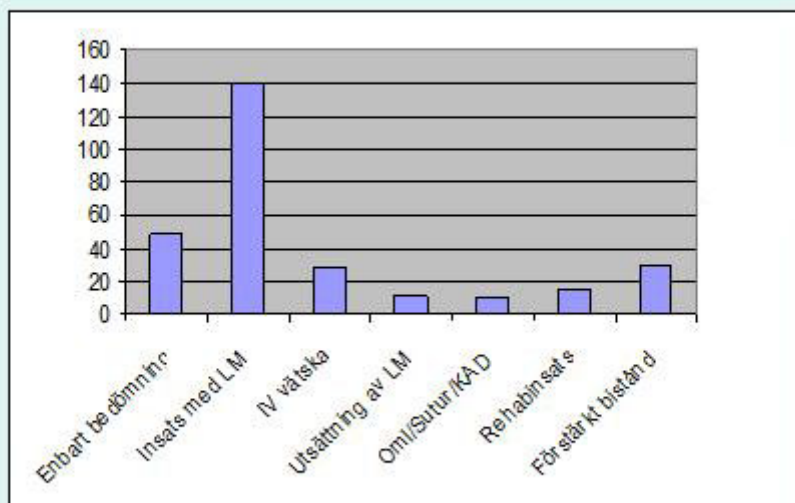
KONTAKTORSAK



Figur 2.

Den vanligaste åtgärden är bedömning och ordination av läkemedel/utsättande alternativt förändring av läkemedel. Vätska i.v., antibiotika i.v., inhalationer, omläggningar, suturering, behandling med KAD har getts i många fall. Påfallande vanlig åtgärd är blodtransfusioner (figur 3).

ÅTGÄRDER



Figur 3.

Förstärkt bistånd och hjälpmedel har blivit aktuellt i drygt 25% av fallen. I 93% av uppdragen kan insats erbjudas utan att patienten primärt behöver läggas in på sjukhus eller besöka akutmottagningen. Om inläggning bedöms nödvändig (7% av uppdragen) sker detta som regel i form av direktinläggning utan att passera akutmottagningen (tabell 1). En andel patienter återkommer till akutmottagningen inom 30 dagar från teamets besök. Denna andel uppgår till 22% av de primära hembesöken. I tabell 1 och 2 redovisas en analys av patienter som lagts in på sjukhus inom 30 dagar från det primära hembesöket av ÄMMA.

Tabell 1. Inlagda dag 1- 30 från hembesök

| Starka medicinska skäl * | Undvikbara ** | Direktinlagda *** | Ej inlagda |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 41 (18%) | 10 (4%) | 16 (7%) | 163 (71%) |

* Försämring av, eller nytt allvarligt, medicinskt tillstånd som omöjliggjort vård i eget boende.

** Inläggningar som kunde undvikits med bättre planering från ÄMMA eller bättre stöd från ordinarie vårdgivare

*** Inlagda dag 0-1 efter beslut av ÄMMA-teamet vid hembesöket.

71 % av de patienter som fått hembesök av ÄMMA läggs inte in på sjukhus de kommande 30 dagarna. Detta bedömer vi vara en tillfredsställande siffra med tanke på gruppens ålder och skörhet och att teamet blir kontaktat i samband med ett akut insjuknande som normalt skulle krävt transport till sjukhus. 7 % läggs in direkt på avdelning. Resterande 22 % läggs in någon gång i tidsintervallet 1 – 30 dagar efter hembesöket. Av dessa kommer hälften redan första veckan efter hembesöket och många redan första eller andra dagen. Den vanligaste tidiga inskrivningsorsaken är att insatt infektionsbehandling inte är tillräcklig utan patienten snabbt försämras. Bristande patientmedverkan var bidragande vid åtminstone tre tillfällen. I två fall var inskrivningarna planerade. 8 av patienterna avled i samband med det ineliggande vårdtillfället. Det är sannolikt att kombinationen av bättre kompetens och resurser hos ordinarie vårdgivare, förekomst av långsiktig planering (SIP) och bättre kännedom om ÄMMA i hela vårdkedjan hade kunnat förhindra några av ovanstående inläggningar, framför allt de där patienten skickas in i terminalt skede. Men i majoriteten av inskrivningarna bedöms patienterna så svårt akut sjuka att det i nuläget är orealistiskt med vård i det egna boendet.

Med målmedvetet informationsarbete är det ändå möjligt att hantera en större andel patienter hemma än vad som sker idag. Endast i enstaka fall bedömer vi att orsakerna till inläggning är av sådan karaktär att en primär inläggning på sjukhus, med efterföljande teambaserad planering, hade kunnat förhindra inläggning i de fall där det föreligger hållpunkter för akut allvarligt medicinskt tillstånd. Många av orsakerna är infektionsrelaterade och här är det osannolikt att en bättre planering hade kunnat förebygga förloppet.

I flera fall av de undvikbara inläggningarna noterade teamet att det saknades en SIP för patienten. Förslag om sådan skickades då till vårdcentralen. I några fall var stödet från ordinarie vårdgivare otillräckligt. En del inskickningar till sjukhuset skedde kvälls- eller helgtid av personal som inte primärt hade varit inblandade i hembesöket och som ibland inte nåtts av planeringen. Det går inte att få fram i exakt hur många fall läkarbedömning skett innan inskickning, men vår uppfattning är att detta skett i mindre än hälften av fallen. Bristande kännedom om ÄMMA kan också ha bidragit. I några fall hade kontakt med ÄMMA påföljande vardag sannolikt kunnat lösa problemet. Här finns en förbättringspotential.

Att målgruppen är den rätta bekräftas av att medelåldern är > 85 år och att 80% har högsta kommunala biståndsgraden (grad 4 på en 4-gradig skala). En betydande del av patienterna blir ändå inlagda på sjukhus under de kommande 30 dagarna men denna siffra skiljer sig inte påtagligt från patientgruppen i övrigt. Sannolikt behövs längre tid för att kunna se någon tydlig minskning av sjukhusinläggningar. Det bör också noteras att ÄMMA endast erbjuder punktinsatser i en stor komplex vårdkedja där alla länkar måste samverka. Vår bedömning är dock att man redan nu ser en klar kvalitetsförbättring för den sköra äldre patienten.

Alla patienter som erhållit hembesök rings upp efter 48 timmar för att kvalitetssäkra insatsen och undersöka upplevelsen av hembesöket.

Efter genomförd utvärdering (se nedan) bedömer vi att verksamheten kan ske på ett säkert sätt med en kvalitet som i flertalet fall inte är sämre än om patienten hade vårdats på sjukhus. Majoriteten av patienter, närstående och ordinarie vårdpersonal är mycket nöjda och trygga. Ett viktigt resultat är att det utvecklats en ökad förståelse mellan de olika huvudmännens medarbetare och deras uppgifter. Ett kontinuerligt lärande har ägt rum med begynnande spridning i de olika organisationerna. Teamet är väl sammansvetsat och planer finns att bredda rekryteringsunderlaget, framför allt av läkare, för att medverka till spridning av arbetssättet och göra bemanningen mindre sårbar. Det är viktigt att läkare och vårdpersonal med pragmatisk inställning och förmåga till kreativ problemlösning handplockas för uppgiften.

Tabell 2. Inlagda dag 1-30 med starka medicinska skäl

| Nummer | Dagar efter hembesök | Orsak |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 1 | 11 | Infektion i amputationsstump, sepsis |
| 2 | 25 | Leversjuk. Pneumoni. |
| 3 | 1 | Ileus. Bilat subduralhematom. |
| 4 | 1 | Pneumococcsepsis. |
| 5 | 1 | Hjärtsvikt. Akut hjärtinfarkt. |
| 6 | 8 | Hematemes. |
| 7 | 3 | Cholangit, pneumoni. |
| 8 | 9 | Svårbehandlad hyponatremi |
| 9 | 8 | Allvarlig hyponatremi (111 mmol/l) |
| 10 | 4 | Sviktande infektionsbehandling |
| 11 | 1 | Sviktande infektionsbehandling |
| 12 | 3 | Pneumoni. Sepsis. IVA vård. |
| 13 | 3 | Förvärrad hjärtsvikt. |
| 14 | 29 | Cholangit |
| 15 | 4 | Sviktande infektionsbeh, behov av pleuradrän. |
| 16 | 3 | Infektion i amputationsstump |
| 17 | 13 | Stor blödning från urinblådecancer |
| 18 | 4 | Sviktande infektionsbehandling |
| 19 | 4 | Hjärtsvikt. Bristande medverkan. |
| 20 | 24 | Pneumoni, försämring KOL |
| 21 | 1 | Diarré, dehydrering, otillräcklig vård i hemmet |
| 22 | 8 | Svårbehandlad KOL, resp insuff. |
| 23 | 2 | Sviktande infektionsbehandling |
| 24 | 4 | Cirkulationsstillestånd i hemmet. Man gör HLR. |
| 25 | 3 | Sviktande infektionsbehandling |
| 26 | 15 | Bäckenfraktur. Resp insuff, KOL. |
| 27 | 8 | Sviktande infektionsbehandling |
| 28 | 21 | Planerad inläggning för cancerbehandling |
| 29 | 8 | Svårbehandlad hyponatremi |
| 30 | 16 | Fall. Konfusion. Infektion. |
| 31 | 7 | Hjärtsv ikt. Psykos. Bristande medverkan. |
| 32 | 4 | KOL-exacerbation |
| 33 | 2 | KOL-exacerbation |
| 34 | 8 | Fallit. Öppen humerusfraktur. |
| 35 | 12 | Stroke |
| 36 | 11 | Kräkning, dehydrering, påbyggnad stroke |
| 37 | 9 | KOL-exacerbation, resp insuff, akut psykos |
| 38 | 1 | Sviktande infektionsbehandling |
| 39 | 17 | Planerad inläggning kir för borttagande av drän |
| 40 | 2 | Sviktande infektionsbehandling |
| 41 | 16 | Svåra smärtor. Akut konfusion. |

En viktig erfarenhet, och förmodligen avgörande faktor för ett framgångsrikt horisontellt arbetssätt och ledarskap, är betydelsen av sedan flera år upparbetade relationer och samverkansfora mellan de olika aktörerna. Om dessa förutsättningar inte föreligger kommer liknande projekt att bli mycket komplicerade att genomföra.

En annan erfarenhet är onödiga svårigheter, främst beträffande läsbarhet, dokumentation och uppföljning som uppstår på grund av olikheter i journalsystem och bristande it-stöd. Detta har varit den enskilt största negativa erfarenheten i projektet.

Av stor betydelse är teamets sammansättning av olika kompetenser som integrerat kan handlägga patientens hela komplexa behov. Avgörande är också kontaktytorna inåt mot slutenvården (direktinläggningar, arbetssätt, prover, läkemedel, kännedom om sjukhusets organisation och nätverk) och utåt mot Primärvård och kommunal vård och omsorg (nätverkskunskap för att säkra den fortsatta uppföljningen och vården). Kommunens medarbetare har haft mandat att arbeta och att fatta beslut över stadsområdesgränserna vilket avsevärt bidragit till ett effektivt arbetssätt. Det kanske viktigaste resultatet är erfarenheten att det går utmärkt att tillämpa ett horisontellt ledarskap, en horisontell verksamhet och hantera ekonomin gemensamt om det finns god vilja, upparbetat förtroende och relationer och rätt personkemi och inställning i teamet. Samsyn kring uppdrag och målsättning måste finnas.

Ekonomi

Projektmedel söktes och erhöles, 1 390 000 kronor. Dessa har i sin helhet funnits på ett SUS-konto, 81820, och använts för personalkostnader till medverkande aktörer (1.2 milj) medan återstoden använts till bil-leasing, parkering, telefoni, it, material, kostnader för utvärdering, förtäring i samband med enstaka möten. Projektets slutliga längd (21 veckor) bestämdes av tillgången på projektmedel. Kostnader för förbrukningsmaterial och läkemedel, laboratorieprover och enstaka röntgenundersökningar har belastat internmedicin eller akutmottagningen på SUS. Även om några exakta beräkningar inte går att göra kan man hypotetiskt anta hur de olika aktörerna i stora drag påverkas ekonomiskt i samband med en fortsättning av verksamheten.

Slutenvården: Viss kostnad tillkommer för läkemedel, material och laboratorieanalyser men dessa uppstår i de flesta fall ändå om patienten hade inkommit till sjukhus (>70% av patienterna kommer inte in inom 30 dagar). Teamet administrerar endast akuta läkemedel medan en uppföljande antibiotikakur eller smärtbehandling hanteras genom e-recept eller ändring i e-dos. Ett antal slutenvårdsplatser behöver inte beläggas. På så sätt kan slutenvården utnyttja befintliga platser bättre, bland annat genom att utlokalisering till annan avdelning minskas. Fullt utbyggd kan verksamheten leda till ett mindre behov av vårdplatser, uppskattningsvis och lågt räknat 10 vårdplatser om verksamheten skalas upp till att omfatta hela Malmö stad. Användandet av röntgen och laboratorieanalyser minskar något till följd av ett mer pragmatiskt och situationsanpassat arbetssätt.

Kommunen: Några fler patienter vårdas hemma i stället för att ligga på sjukhus vilket kan medföra visst merarbete och kostnader, medan behovet av vårdplanering på sjukhus minskar något. Malmö stad finansierar 3 av sina resurser i teamet. En del av deras arbete måste ändå utföras, men totalt sett sker en måttlig kostnadsökning för kommunen vilket dock kompenseras av en ökad kvalitet och ökad trygghet för patienter och vårdpersonal. Akut läkarstöd till kommunens personal förbättras i hög grad.

Primärvården: Fler akuta hembesök genererar intäkter och högre täckningsgradsersättning – vård på optimal nivå. Detta bidrar till finansieringen fortsättningsvis.

Fortsatt arbete

Efter projektslut den 3/11 2013 gick verksamheten direkt in i nästa fas. Organisatoriskt placerades verksamheten i Primärvården eftersom majoriteten av insatserna bedömdes ingå i Primärvårdens uppdrag. ÄMMA-teamet är nu en egen enhet under vårdcentralen Södervärn. Primärvården tjänsteköper läkare från sjukhuset

varannan vecka och finansierar personalkostnaderna via bättre täckningsgrad och en del medel för läkarstöd till kommunens sjuksköterskor, så kallade råd- och stöd. Detsamma gäller för kostnader rörande transport och parkering, it och telefoni. Slutenvården finansierar läkemedel och material samt laboratorieanalyser medan Malmö stad finansierar tre av sina egna resurser. Den slutliga finansieringsmodellen behöver diskuteras ytterligare men verksamheten är säkrad för hela 2014 med planer på fortsättning därefter. I samband med att verksamheten byggs ut till Malmö stads samtliga stadsområden februari 2014 kommer teamet att förstärkas med vardera en halvtids läkare respektive sjuksköterska. En fortsättning av det aktiva samarbetet med akutmottagningen SUS Malmö har lett till att rekryteringsunderlaget avseende läkare och sjuksköterskor har breddats vilket är en nödvändighet för att åstadkomma en långsiktigt hållbar och flexibel bemanning.

När verksamheten är utbyggd till hela Malmö stad bedömer vi att en stor grupp av de mest sjuka äldre fått ett tydligt alternativ till att vårdas på sjukhus vid akut sjukdom där trygghet och kvalitet bibehålls eller förbättras. De nackdelar och risker med sjukhusvistelse som finns undviks och potentialen för avlastning av sjukhusets slutenvård är uppenbar. Även akutmottagningen avlastas och långa väntetider för sköra äldre på akutmottagningen undviks. För den kommunala vården erbjuds trygghet och en förbättrad kvalitet eftersom möjligheterna till akut läkarbedömning och läkarstöd påtagligt förbättras. Patientnyttan förefaller således påtaglig. Förhoppningsvis kan också det framgångsrika arbetet i en horisontell process stimulera till att detta prövas inom liknande verksamheter.

På sikt behöver gränssnittet till avancerad hemsjukvård (ASIH) diskuteras. Redan nu kan samarbete kring patienter med avancerat vårdbehov, och som behöver upprepade akuta insatser, inledas. En kanal för snabb överfasning av dessa från ÄMMA-verksamhet till ASIH håller på att etableras och representanter från ASIH ska integreras i ÄMMAs operativa grupp. Samarbete med ambulansorganisationen startade vecka 8 och diskussionen om gränssnitt och samarbete med minnesklinikens demensteam har inletts. Vid planeringen av projektet deltog Falcks hembesöksverksamhet och sjukvårdsrådgivningen i diskussioner kring samarbete och gränssnitt.



Delar av ÄMMA-teamet anländer till ett hembesök i Malmö. Hemtjänsten öppnar dörren.

Foto: Roger Lundholm

ÄMMA-utvärdering

Utvärderingens upplägg diskuterades under hösten 2013 av projektledare, överläkare och docent Lars Stavenow, teamledare, leg sjuksköterska Jeanette Hellberg, chefsarbetsterapeut, dr med vet Birgitta Wästberg och chefssjukgymnast, dr med vet Susanna Stenevi Lundgren, samtliga från Skånes universitetssjukhus, samt lektor, dr med vet Magdalena Annersten Gershater från Malmö högskola. Lars Stavenow och Jeanette Hellberg hade erfarenheter från att arbeta i ÄMMA, medan Birgitta Wästberg, Susanna Stenevi Lundgren och Magdalena Annersten Gershater engagerades som oberoende utvärderare. Utgångspunkten för utvärderingen var att undersöka olika parter upplevelser av projektet Äldre i Malmö Mobilt Akutteam (ÄMMA) för att få en uppfattning om vad som kunde upplevas bra respektive dåligt/mindre bra. Gruppen kom fram till att följande upplägg skulle kunna ge den efterfrågade informationen

- enskilda intervjuer med patienter och deras närstående som fått besök av ÄMMA
- fokusgruppsintervjuer med personalen som arbetat i ÄMMA
- enkäter till personal som inte arbetat i ÄMMA, men berörts av deras arbete

Frågeområden och frågor för enskilda intervjuer, fokusgruppsintervjuer och enkäter diskuterades och formulerades av Lars Stavenow (LS), Birgitta Wästberg (BW), Susanna Stenevi Lundgren (SSL) och Magdalena Annersten Gershater (MAG). Gruppen diskuterade också möjliga urval för utvärderingen.

Intervjuer med patienter och närstående

Ett urval med 15-20 patienter ansågs som lämpligt för kunna ge olika upplevelser av ÄMMAs insatser. Kriterier för urvalet var att patienten skulle ha fått besök av akutteamet under hösten (för att komma ihåg besöket) och ha tillräcklig kognitiv funktion och hörsel för att det skulle gå att genomföra en intervju. Teamledaren för ÄMMA, Jeanette Hellberg (JH), gjorde urvalet och kontaktade de 25 patienter som uppfyllde kriterierna för att informera om intervjustudien och fråga om han/hon var villig att bli intervjuad av en oberoende forskare. Sex patienter ville inte vara med på grund av dålig ork eller att de inte kom ihåg akutteamets besök. Nitton patienter samtyckte till att bli kontaktade. Namn, födelseår och telefonnummer lämnades till Birgitta Wästberg (BW), som ringde och informerade om intervjustudien och frågade om patienten var villig att svara på några frågor om hur han/hon upplevt akutteamets arbete och bemötande. BW erbjöd sig att göra intervjuerna i hemmet. Om patienten var tveksam till hembesök eller hellre ville svara på frågorna per telefon gjordes intervjun per telefon. Även närståendes upplevelser var intressanta. BW frågade då hon ringde om någon närstående varit med vid akutteamets besök och om det i så fall gick bra att intervjua dem också.

Intervjuguiden (Bilaga 1) innehöll 17 frågor och följdfrågor ställdes då något område behövde fördjupas. Frågorna var öppna, det vill säga att det fanns inga svarsalternativ utan den intervjuade fick svara med egna ord. Samma frågor användes för de närstående som för patienterna. Stor vikt lades vid att den intervjuade skulle känna sig trygg och respekterad vid intervjutillfället i hemmet eller per telefon. Frivilligheten betonades och den intervjuade fick muntlig information om intervjustudien och vid hembesök även skriftlig information och kontaktuppgifter till projektledaren (LS) och intervjuaren (BW). Intervjuerna genomfördes i november-december 2013. De tog mellan 6 och 35 minuter (mediantid 16 minuter). Intervjuerna som gjordes i hemmet spelades in digitalt med ett kodnummer som identifikation och skrevs ut av sekreterare. Vad gäller telefonintervjuerna så skrev intervjuaren ner svaren efterhand och även dessa intervjuer fick ett kodnummer som identifikation. Tidsåtgången för telefonintervjuerna registrerades inte. Resultatet av alla intervjuerna har sammanställts av BW och SSL och presenteras på gruppnivå, ingen enskild person kan identifieras.

Resultat

Av de nitton patienter som kontaktades av intervjuaren BW gjordes tolv intervjuer med patienter, varav nio i hemmet och tre per telefon. Sju patienter kunde inte intervjuas; två hade avlidit, en var för dålig enligt den närstående, två kom inte ihåg besöket/var oklar, medan två patienter inte svarade i telefonen trots upprepade påringningar. Tabell 3 nedan visar hur intervjuerna fördelade sig.

Tabell 3. Fördelning av intervjuer med patienter och närstående bland urvalet

| Patient nr | Intervju pat | Intervju närstående | Kommentar till externt & internt bortfall i resultatet |
|------------|--------------|---------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 | - | - | Kom inte ihåg akutteamet |
| 2 | H | H | Patienten kom bara ihåg delar av akutteamets besök |
| 3 | - | T | Patienten för dålig för att intervjuas enligt anhörig |
| 4 | H | - | Patienten kom bara ihåg delar av akutteamets besök |
| 5 | T | - | |
| 6 | H | - | |
| 7 | H | - | |
| 8 | H | - | |
| 9 | - | - | Kom inte ihåg akutteamet |
| 10 | T | - | |
| 11 | - | - | Inget svar trots upprepade telefonpåringningar |
| 12 | H | H | |
| 13 | - | T | Patienten avliden |
| 14 | - | - | Patienten avliden |
| 15 | H | - | |
| 16 | T | - | |
| 17 | - | - | Inget svar trots upprepade telefonpåringningar |
| 18 | H | - | |
| 19 | H | - | |

Förklaring: H= intervju vid hembesök T= intervju per telefon

De som vid första telefonkontakten med Birgitta Wästberg inte alls kom ihåg besöket räknas som bortfall. De flesta kom ihåg besöket väl, men några av de intervjuade kom bara ihåg delar av akutteamets besök och åtgärder, detta kan bero på att patienten i flera fall var ordentligt medtagen och/eller att patienten hade kognitiv svikt. Som visas i tabellen ovan intervjuades fyra närstående: Tre av dem var maka/sambo och i ålder med sin partner, medan en var son. De som var maka/sambo hjälpte sin respektive partner och tog ett mycket stort ansvar för deras omvårdnad och vårdbehov. De närstående kom ihåg besöket mycket väl. Närstående till ytterligare två patienter hade varit med vid akutteamets besök, men i ett fall ville inte patienten att hon skulle intervjuas och i det andra fallet var det inte praktiskt möjligt.

För att få en uppfattning om fördelningen av ålder och kön på patienterna som intervjuats respektive inte kunde intervjuas visas detta i tabell 4 nedan.

Tabell 4. Ålder och kön på de patienter som kunde resp inte kunde intervjuas

| | Ålder | Kön: M/Kv |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Intervjuade patienter, $n=12$ | 81-97 år, medianålder 89.5 år | 2/10 |
| Bortfall, $n=7$ | 47-98 år, medianålder 87 år | 2/5 |

Resultatet av intervjuerna presenteras nedan under respektive fråga/rubrik. I vissa fall har flera frågor slagits ihop eftersom de berör liknande områden.

Skälet till att akutteamet kom hem till dig/er?

De skäl som uppgavs var migrän/kräkningar, lufttrösproblem/hosta, problem med lungorna, fick inte luft, svullna ben, smärta, urinvägsinfektion, kände sig konstig, mådde väldigt dåligt. Två patienter mindes inte och en svarade inte adekvat. Kompletterande svar från närstående som intervjuades ”utan” närståendeintervju var förstoppning respektive andningsproblem och svullnad i kroppen.

Hur kom du/ni i kontakt med akutteamet?

Fyra patienter svarade att de fått kontakt med akutteamet via distriktssköterskan eller sjuksköterskan och en via hemtjänst. En patient fick hjälp av akutteamet via vårdcentralen, efter att ha haft besök av ambulans som hänvisade till akutläkare, som i sin tur hänvisade till vårdcentralen. Ytterligare en fick kontakten via vårdcentralen enligt den närstående. Två patienter hade fått kontakten som en uppföljning efter en tids inläggning på sjukhus. Fyra patienter och en närstående kunde inte svara.



Carlo Fimiani och Adifete Jahiri undersöker en kvinna i hemmet.

Foto: Roger Lundholm

Hur var det att det kom personal hem till dig/din närstående?

Sju patienter svarade att det var jättebra/bra eller positivt. Ytterligare en menade att det var bra, men de kunde inte göra något, de fick skicka mig till sjukhuset. De andra fyra kom inte ihåg hur det kändes. De närstående tyckte att det var tryggt/trevligt/fantastiskt respektive att det behövdes, vilket uttrycktes som:

”Vi var tvungna att få hjälp, det gick inte längre”

Hur tycker du det var att det kom så många?

Åtta patienter svarade att det var bra/gjorde ingenting/inga problem, medan en nionde patient uttryckte: *”Så kom det en rad med läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeut och hälsade, så jag hade ett helt gäng framför sängen. Det kändes först lite konstigt att det kom så många och tittade på mig men så sa jag att jag är van vid stor publik...”*

En annan patient svarade att det var väldigt trevligt eftersom hon slapp åka in till akuten. Tre av de närstående tyckte att det var ok eller positivt. En av dem sa:

”Det var helt ok, de kunde vad NN behövde, de hade olika roller.”

En patient och en närstående uttryckte sig negativt: Patienten menade att hon inte hade velat ha så många, det hade räckt med en läkare med assistent. Den närstående tyckte att det var för mycket, det blev bättre när de två gick och en läkare och två sjuksköterskor var kvar. En patient kunde inte svara på frågan.

Fick du tydlig information från teamet om vilka personer som ingick och deras funktioner?

Åtta av patienterna svarade ja på frågan, en svarade nej och två kom inte ihåg. En sade sig inte riktigt ha förstått men kände igen läkaren. De fyra närstående svarade att de teammedlemmarna berättat vilka de var. En av dem sa också att de visat legitimation.

Hade du hellre velat åka till sjukhuset eller att din närstående hade åkt in till sjukhuset?

Elva av patienterna svarade ett klart nej på frågan, de tyckte det var bra att slippa åka in. En uttryckte: *"Nej min Gud det vill jag inte, jag vill vara hemma!"*

En annan menade att: *"Jag kan inte ta mig dit när jag är dålig."*

En av dem berättade att läkaren velat att hon skulle åka in, men hon hade stått på sig och stannat hemma, vilket hade gått bra. Den tolfte av de intervjuade patienterna svävade lite och menade att hon trodde att hon hellre hade velat åka in direkt. Akutteamets besök slutade med att hon blev inlagd på sjukhuset, men hon slapp gå via akutmottagningen. Tre av de närstående ville inte att deras nära skulle åka in till sjukhuset:

"Nej, absolut inte! Det hade vi fått nog av. Det var kväll och vi hade inte klarat att ta oss iväg!"

Den fjärde av de närstående uttryckte:

"Det hade varit bättre att komma på sjukhuset, då hade jag fått egen avlastning! Hade NN kommit på sjukhus hade det gått på två dygn, nu tog det tre dygn med personal och ..[behandling]. Men jag är ändå nöjd. [...] Jag måste veta att NN har det bra!"

Tyckte du att teamet lyssnade på dig/er och att de bemötte er vänligt och korrekt?

Alla var överens om att akutteamet lyssnade på dem och att de blev väl bemötta av teamet.

"Det var första gången jag kände mig riktigt nöjd, ska jag säga. Jag förstod vad de gjorde"

En patient tyckte dock att de varit lite för jäktade.

De närstående var överens om att teamet lyssnade på dem, vilket en av dem uttryckte:

"Ja de lyssnade både på NN och på mig, de gav ett väldigt förtroende."

De sa också att de blivit bra bemötta av akutteamet. En av dem tillade:

"... de hade bråttom, men de gjorde vad de skulle."

Upplever du att du/din närstående fick den vård och hjälp du/hon/han behövde?

Flertalet, nio patienter, tyckte att de fått den hjälp de behövde. Två patienter kunde inte svara och en patient menade att de kunde inte göra något, hon blev inlagd ändå (dock utan att behöva gå via akutmottagningen).

En av patienterna var också nöjd med efterförloppet:

"De ordnade så att jag fick gå till XX för fortsatt behandling."

Alla de närstående upplevde att deras nära fått den hjälp han/hon hade behövt.

Kände du dig trygg när teamet var där?

Elva patienter hade känt sig trygga när akutteamet var där, en person mindes inte. En sa:

"Det var första gången jag kände mig trygg."

De närstående hade alla känt sig trygga då akutteamet var där.

Hur kändes det när de lämnade dig/din närstående?

Sju patienter svarade att det var bra eller ok. De menade att akutteamet hade gjort vad de skulle och gett den information som behövdes. En patient tyckte inte om när teamet lämnade henne, hon ville inte att hemtjänst skulle ta över. Fyra patienter kunde inte svara på frågan. De närstående upplevde det på olika sätt. En kände att det var skönt, nu får han hjälp, medan en annan tyckte att det blev tomt. En tredje av dem tyckte att det var "sådär" – de hade velat kunna ringa direkt till akutteamet om det skulle behövas igen. Den fjärde tyckte inte alls att det fungerade med hemtjänsten som tog över.

Fick du tydlig information om vad som skulle hända när teamet lämnat dig?

Tre av de intervjuade patienterna visste att de fått information och kunde berätta vilken information de fått. Fyra kunde inte svara och de övriga fem svarade nej, dock med tillägg från två av dem att de kanske inte kom ihåg. En av de närstående kom inte heller ihåg, medan de andra visste att de fått information om vad som skulle hända efter att akutteamet hade lämnat dem. En nämnde att akutteamet hade rapporterat till distriktssköterskan och en annan att hemtjänsten skulle ta över.

Var det något som var särskilt bra?

Fyra patienter svarade att det allra bästa var att de slapp åka in till akutmottagningen/ sjukhuset och fick stanna kvar hemma, två tyckte att det bästa var att det var en läkare som kom hem. En svarade att akutteamet hade varit jättebra överhuvudtaget och en annan att teamet hade varit så måna om henne:

"De var mänskliga, de pratade med mig och de var måna om mig i allra högsta grad."

En patient tyckte att det bästa var att bli inlagd utan att behöva vara på akutmottagningen först. Tre kunde inte svara. Av de närstående svarade två att allting var bra, de var ett team. En tyckte att hon hade känt sig trygg och jämförde med den ordinarie personalen i kommunen. Den fjärde menade:

"Det bästa var att de såg NN som en individ, de brydde sig hela tiden, de var närvarande och visste NNs behov och var oerhört kunniga."

Var det något som inte var bra, skulle de ha gjort på något annat sätt eller gjort mera?

Ingen av de intervjuade patienterna tyckte att något med teamet hade varit dåligt eller inte varit bra. Däremot kom det fram en del synpunkter på annat som inte fungerat eller upplevts mindre bra, såsom att medicinen inte gick att hämta på apoteket förrän efter helgen, att avdelningen patienten hamnade på saknade viss utrustning. De svarande hade synpunkter på att kommunens hemsjukvård inte fungerade och att de inte var nöjda med vårdcentralens tillgänglighet, bemötande eller rutiner. Två patienter svarade inte på frågan. Ingen av de närstående tyckte att något varit dåligt, alla fyra svarade nej. Den ena tillade dock att det blivit lite för mycket när alla kom.

På frågorna om akutteamet skulle gjort på annat sätt eller gjort något mera, svarade de flesta nej. En patient visste inte och två svarade inte på frågorna. Av dem som tyckte att teamet skulle gjort på något annat sätt eller gjort mera, uttryckte en att hon hade velat ha mera tid på sig från att hon fick veta att de skulle komma tills de stod i dörren. Samtidigt menade hon att det var den som ringt efter akutteamet som skulle sagt till henne tidigare. Två patienter saknade en uppföljning från akutteamet. En patient tog upp att hon blivit förvånad över att få räkning hem för akutteamets besök när hon inte själv beställt hem dem. Tre av de närstående tyckte inte att teamet skulle gjort något annorlunda, medan den fjärde uttryckte att:

"Sjukhuset hade gett mig som anhörig andrum."

När det gällde om akutteamet skulle gjort mera så svarade tre närstående nej, medan den fjärde önskade att teamet skulle haft en längre behandlingsperiod.

Har du några andra synpunkter på akutteamets arbete?

Svar var att akutteamet var bra och att det borde fortsätta (7 patienter). Annat som kom fram var:

"Huvudsaken att de tar god tid på sig och inte verkar jäktade", respektive "Bra att de lyssnar på en",

"Jag vill gärna att ÄMMA kommer tillbaka om jag behöver det, jag vill inte till vårdcentralen eller akuten".

En patient tyckte att man själv skulle kunna kontakta ÄMMA utan att behöva gå via andra och att hemtjänsten skulle lära sig av akutteamet.

De närstående, som alla var nöjda med akutteamets arbete och insatser överlag, framförde olika synpunkter:

"NN hade förtroende för dem och var jättenöjd. Positivt och jättebra. Akutteamet borde utökas och hemtjänsten borde lära sig av dem."

"De skulle frågat hur vi tyckte att det gick, om vi behövde hjälp."

"Hade varit bra med lite skriftlig information exempelvis om vad som är viktigt att tänka på."

"Nästa gång hade de inte tid."

Andra synpunkter

Under de olika frågorna kom det också fram andra synpunkter som egentligen inte var svar på frågorna, men där patienter och närstående berättade om upplevda brister i hälso- och sjukvården; i kommunen, i Primärvården och på sjukhus, samt i hemtjänsten. Det var många olika händelser där det inte hade fungerat eller hade brustit rejält. En av de närstående uttryckte att hon hade bett om avlastningshjälp eftersom hon själv var sjuk, men att hon inte fått gehör för det. Patienter och närstående jämförde med akutteamet och menade att de hellre ville ha deras hjälp.

Sammanfattning och diskussion

Totalt sett var både patienterna och de närstående mycket nöjda med akutteamets insatser. Många lovordade deras arbete och flera av patienterna och de närstående menade att de hade inte klarat att sitta på akutmottagningen. De intervjuade patienterna var gamla (81-97 år, med en medianålder på 89,5 år) och hade flera olika sjukdomstillstånd som påverkade dem. Även de närstående som var fru/sambo var gamla och någon var själv sjuk. Synpunkter som kom fram under olika frågor var att både patienter och närstående kände sig väl bemötta och att teamet lyssnade på dem. Akutteamet ingav trygghet både på grund av att de upplevdes som kunniga, men också just för sitt bemötande när de kom hem till patienterna. Någon upplevde dock att de hade varit jäktade. Någon tyckte att de hade varit för många, medan de flesta inte hade känt det så. Det kom fram mycket upplevda brister i hälso-och sjukvården och i hemtjänsten. Man jämförde med akutteamet och tyckte att akutteamet fyllde en viktig funktion.

Valet av undersökningsmetod, att intervjua patienter och närstående som fått besök av akutteamet fungerade oftast bra. Svårigheter var att några inte mindes akutteamet och andra kom bara ihåg delar av teamets besök och arbete. Flertalet av dem som intervjuades kom dock ihåg det mesta av det som hänt. Intervjustudien ger en bild av hur akutteamets arbete har uppfattats av de intervjuade. Vi vet dock inte hur de som inte kom ihåg och alltså inte svarade på frågorna upplevt akutteamets arbete. Det hade varit intressant att få höra flera närståendes upplevelser, eftersom de ofta är involverade i vården och omvårdnaden av dem som är akutteamets målgrupp, men det var inte så många av de intervjuade som haft närstående med vid akutteamets besök.

Fokusgruppsintervjuer med personalen i akutteamet

För att undersöka hur ÄMMA-projektet upplevts av dem som arbetat i akutteamet och hur arbetet skulle kunna förbättras, valdes att göra fokusgruppsintervjuer. Två tillfällen för fokusgruppsintervjuer erbjöds dem som arbetat i akutteamet. Tre personer kunde inte vara med och fokusgruppsfrågorna skickades till dem som enkät för att besvaras enskilt.

Frågorna till fokusgrupperna bestod av 25 frågor förutom bakgrundsfrågor, bilaga 2. Alla frågor hanns dock inte med. Två timmar hade avsatts till varje fokusgruppsstillfälle. På grund av att alla inte kom på den avtalade tiden, blev den praktiska tiden kortare: 1 tim 50 min, respektive 1 tim 35 min. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes i slutet av november 2013 och de leddes av två forskare per grupp; vid fokusgrupp 1 var det chefsarbetsterapeut, dr med vet Birgitta Wästberg (BW) och chefssjukgymnast, dr med vet Susanna Ste-nevi Lundgren (SSL) och vid grupp 2 var det BW och leg sjukgymnast, dr med vet Ylva Ericsson, samtliga från Skånes universitetssjukhus. En av fokusgruppsledarna var moderator, det vill säga förde diskussionen och den andra var observatör och ställde följdfrågor om något behövde förtydligas, samt förde anteckningar om intervjusituationen. Sex respektive fem personer deltog i fokusgrupperna. En av dem som fått fokusgruppsfrågorna som enkät besvarade och skickade in dem, vilket gör att totalt tolv personer som arbetade i akutteamet besvarade och diskuterade frågorna. Deltagarna beskrivs i tabell 5 på nästa sida.

Tabell 5. Fokusgruppernas professioner, verksamhet, erfarenhet och kompetens

| Profession | Verksamhet | Antal år i yrket | Antal år i aktuell verksamhet ¹ | Specialistutb |
|--------------------------|------------|------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1 Läkare | Sjukhus | 38 | 28 | Internmedicin |
| 2 Läkare | Sjukhus | 27 | 2 | Invärtesmed, neurologi, psykiatri |
| 3 Läkare | Sjukhus | 9 | 2.5 | Internmedicin |
| 4 Läkare | Sjukhus | 27 | 10 | Invärtesmed, kardiologi, allmänmedicin |
| 5 Läkare | Primärvård | 3 | 2 | Pågående specialistutb. |
| 6 Läkare | Primärvård | 7 | 7 | Allmänmedicin |
| 7 Läkare | Primärvård | 7 | 5 | Pågående specialistutb. |
| 8 Ssk | Sjukhus | 20 | 20 | Vård av äldre |
| 9 Ssk | Primärvård | 14 | 2 | Triagesjuksköterska |
| 10 Ssk | Kommun | 14 | 8 | - |
| 11 Arbetsterapeut kommun | | 7 | 7 | - |
| 12 Biståndshand kommun | | 11 | 11 | - |

¹ Med aktuell verksamhet menas den verksamhet där man har sin ordinarie arbetsplats

Fokusgruppsintervjuerna hölls i ett avskilt rum på sjukhuset och spelades in digitalt. Ljudfilerna skrevs sedan ut av en sekreterare och resultatet har sammanställts av BW och SSL.

Resultat fokusgrupper

Resultatet presenteras nedan, ingen skillnad görs om svaren kommit från den ena eller andra fokusgrupperna eller från den person som besvarade frågorna som enkät i stället.

Rätt patienter för akutteamet

Personalen fick svara på vem de ansåg vara ”rätt” patienter för akutteamet och om de fick in de patienterna. Patienter där akutteamet kunde göra en insats ansågs vara äldre, multisjuka, svaga personer med akut vårdbehov som skulle få en väntetid på kanske 10-12 timmar på akutmottagningen för att de inte var högprioriterade/hade akut livshotande besvär. Det skulle vara patienter vars behov översteg det som den kommunala hemsjukvården kunde ge, men där akut inläggning skulle kunna undvikas. Några i personalen menade att de som hade svårt att ta sig till akutmottagningen eller till vårdcentralen var ÄMMA-projektets målgrupp och någon annan tillade att ”rätt” patienter var de som mårde bäst av att få vårdas i hemmet, exempelvis dementa personer. Genom akutteamets insatser skulle de slippa lämna hemmet. En i personalen menade att akutteamet skulle kunna rikta sig även till yngre personer med stort vårdbehov, till exempel de som bor i LSS-boende eller där det är olämpligt att ta sig till sjukhuset.

På frågan om de fick ”rätt” patienter, svarade en i personalen att det varierade i olika stadsområden, någon ute i kommunen ringde alltför snabbt, medan andra inte alls ringde. Någon svarade att en del av de patienter som blev föremål för akutteamets insatser hade kunnat skötas av Falck. Å andra sidan menade någon annan att det dagligen kom information från akutmottagningen om att de fått in patienter som hade varit lämpliga för akutteamet. Några tog upp att det behövdes mera information och bättre kommunikation mellan slutenvården, Primärvården och akutteamet. De flesta menade dock att ”ÄMMA-kriterierna” var ganska kända och överlag var det rätt patienter som akutteamet besökte. I de fall patienterna åkte till akutmottagningen så var det ett önskemål från patienten och/eller närstående.

Hur har det medicinska omhändertagandet, omvårdnaden, rehabiliteringen, respektive biståndshandläggningen fungerat?

På frågan om hur personalen upplevt att det medicinska omhändertagandet fungerat, gavs det lite olika svar. Flera tyckte att det fungerat mycket bra, att man kunnat ge många medicinska behandlingar i hemmet, till exempel hade teamet gett både dropp och blodtransfusion på plats. Någon annan menade att det fanns möjlig-



Carlo Fimiani
ringer och letar
efter en vårdplats
på sjukhuset
eftersom
patienten ska
läggas in. Adifete
Jahiri och
Jeanette Hellberg
dokumenterar.

Foto: Roger
Lundholm

heter att utveckla och förbättra tillgången till hjälpmedel, såsom ultraljud och röntgen, vilket kommenterades med att akutteamet borde använda sig mer av klinikens utrustning och kompetens. En personal framhöll vikten av att akutteamet sysslade med lindrande insatser vid akuta symptom och att eventuellt längre utredningar skulle skötas av Primärvården eller av sjukhusens slutenvård. En annan menade att det behövdes en nivå mellan Primärvården och akutmottagningen och att akutteamet fyllde ett behov som egentligen var Primärvårdens ansvarsområde. En personal poängterade att det var viktigt att utgå från vad som var viktigt för patienten och att det var livskvalitet för patienten att få stanna hemma.

När det gällde hur det fungerat med omvårdnaden, var alla samstämmiga i att det fungerat mycket bra. Flera poängterade att det var en hög servicenivå på sjuksköterskorna som ju kom från kommunen, sjukhuset respektive Primärvården. Det fungerade bra trots att de kom från olika arbetskulturer. Kommunssjuksköterskan är van att arbeta i patientens hem vilket gav en trygghet, sjuksköterskan från sjukhuset hade kännedom om sjukhusorganisationen och visste vem som skulle kontaktas och var läkemedelsförråden fanns. Genom att sjuksköterskorna fungerade bra, kunde läkarna koncentrera sig på sin roll.

När det gällde rehabiliteringen så upplevde personalen att den fungerat mycket bra. Arbetsterapeuten menade att det inte varit så mycket hjälpmedelsinsatser, men att hon brukade se över fallrisker i miljön vid hembesöket hos patienten. Flera av personalen menade att arbetsterapeuten upptäckte saker som inte de andra i teamet såg. Några menade att det övergripande samarbetet var bra och att de lärde av varandra. På frågan om hur biståndshandläggningen fungerat, menade personalen att det var en mycket viktig resurs när det behövdes. Några i gruppen poängterade att inläggning på sjukhus kunnat undvikas vid flera tillfällen genom att biståndshandläggaren kunnat bevilja akut bistånd och akut placering. Det framhölls att det var nytt i akutteamet att biståndshandläggaren arbetade över stadsdelsgränserna. En av personalen önskade att biståndshandläggaren skulle kunna ifrågasätta tidigare beslut och en annan menade att det nog var känsligt att "klampa in" på varandras beslut.

En sak som framhölls av flera personer var att personalen till ÄMMA handplockats utifrån intresse och lämplighet (pragmatiska och beslutsamma). Personalen upplevde att de arbetade som ett team som kunde arbeta med helheten, miljö, bistånd och medicinskt behov.

Professioner i akutteamet

En fråga var om allas kompetens utnyttjas, en annan om deltagarna saknade någon kompetens. En person menade att arbetsterapeut inte behövdes i teamet, att hennes insats inte avgjorde om patienten kunde stanna i hemmet. De övriga menade dock att alla professioner behövdes. Man menade överlag att allas kompetens

användes och att man kompletterade varandra bra: *"Fem olika personer med olika angreppspunkt gör att man ser och kan behandla helheten"*.

Någon poängterade vikten av att vara två sjuksköterskor; en från sjukhuset och en från kommunen, båda med kännedom och kunskap om sina respektive ansvars- och arbetsområden. När det gällde den allmänmedicinska kompetensen kände någon att den utnyttjades för lite, en annan tyckte att den visst utnyttjades. Flera personer framhöll att de saknade en sekreterare som kunde vara behjälplig med administrativa uppgifter, såsom att skriva läkaranteckning och faxes. En person saknade it-stöd/support. Vid behov rapporterades sjukgymnastfrågor över av arbetsterapeuten i teamet. Flera poängterade att de värderade de andra i teamet och själv kände sig uppskattade. En person menade att kommunsjuksköterskan hade en större roll eftersom hon var van att arbeta i patientens hem.

Dokumentation

Som tidigare nämnts dokumenterade akutteamet sina insatser. På frågan om hur dokumentationen fungerat framkom många synpunkter och uttryckta känslor. Deltagarna såg omfattande brister i tillgång och åtkomst på datoruppkoppling både i bilen och i patientens hem. Detta gjorde att dokumentationen kunde vara tidsödande och patientosäker. Flera menade att de fick vänta att dokumentera tills de kom till kontoret, vilket inte var någon bra lösning. Någon ansåg att det skulle vara bättre att diktera än att försöka skriva själv på plats. Olika journalsystemen används i kommunen och på sjukhuset och de är inte kompatibla med varandra. Primärvården som har ett tredje journalssystem får använda samma system som används på sjukhuset, vilket var nytt för dem.

Ett akutkort användes för att dokumentera vad som gjorts och ett exemplar lämnades hos patienten och ett exemplar togs med till kontoret. Flera personer menade att akutkortet behövde förenklas, i nuläget var det för detaljerat. Detta kunde leda till att kvälls- och nattpersonal och annan berörd personal hade svårt att utläsa informationen, vilket i sin tur kunde resultera i "onödig" inläggning på sjukhus.

Förbättringsförslag var att ha en sekreterare på deltid i teamet och att man skulle kunna skriva i varandras journalsystem. Detta skulle göra dokumentationen säkrare och mera tidseffektiv.

Hur kommuniceras behov av uppföljningar av genomförda åtgärder?

Teamet dokumenterade skriftligt, man faxade och rapporterade muntligt till ansvariga kollegor. Akutteamet gjorde också egna telefonuppföljningar av varje patient inom 48 timmar. Vid enstaka tillfällen gjorde teamet uppföljningsbesök. Genom att kommunsjuksköterskan dokumenterade akutteamets besök i kommunens journalsystem kunde hon/han följa hur det gick för patienten.



Adifete Jahiri sätter dropp som hängs upp i taklampan.

Foto: Roger Lundholm

Läkemedelshanteringen

Även i läkemedelshanteringen framkom en del upplevda brister. Akutteamet ordinerade läkemedel då det behövdes och de kunde lämna ut akuta läkemedel. De hade tillgång till medicinförråd på sjukhuset när de läkemedel som fanns i kommunens förråd inte räckte. Om patienten behövde fortsatt läkemedelsbehandling fick patienten, närstående eller kommunens personal hämta ut det som behövdes på apoteket. Läkemedelsförsörjningen för de närmsta 1-2 dagarna kunde ofta säkras genom att teamet hade med sig vanliga läkemedel i sin väska. I de ena fokusgruppen framkom flera otrygghetsfaktorer. Flera av deltagarna menade att patientens tillgång till fortsatta läkemedel kändes osäker. Bristerna i it-stödet påverkade åtkomsten till läkemedelssystemet. Vidare fanns det en osäkerhet kring vem (akuttläkare eller Primärvårdsläkaren) som skulle göra vad då läkemedelsordinationen ändrades. En lista på vilka läkemedel som fanns i kommunens förråd efterfrågades. I den andra gruppen kände deltagarna sig trygga med läkemedelshanteringen; tydlig och rak kommunikation mellan berörda instanser, ordinationer dokumenterades på akutkortet, kommunsjuksköterskan dokumenterade och ordnade i kommunen, samt att allt dubbelkontrollerades.

Båda grupperna berättade att de ibland såg en del läkemedel som inte var bra för äldre sjuka personer hemma hos patienterna. Medan teamet var på plats kunde sjuksköterskorna rensa bland medicinburkarna, men det upplevdes osäkert hur det blev sedan.

Trygga att lämna patienten

De flesta i akutteamet menade att de kände sig trygga att lämna patienten då de gjort sina bedömningar och åtgärder. Det fanns dock en osäkerhet ibland att uppföljningar och läkemedelshandling inte skulle fungera eller då man inte fått svar på de prover man tagit. I något fall ville akutteamet placera en patient på ett korttidsbeoende, men patienten ville inte. I något annat fall hade patienten fått extra bistånd vilket kändes tryggt för akutteamet. I vissa fall har någon teamdeltagare gjort extra uppföljning av patienten. Man framhöll också att alternativet, att åka in till akutmottagningen, var förenat med risker för de äldre multisjuka.

Olika ekonomiska styrsystem och olika arbetskulturers påverkan på arbetet

Det fanns en samstämmighet i att de ekonomiska styrsystemen inte påverkade arbetet. Genom att man lagt alla pengarna i en pott satte man de ekonomiska styrsystemen ur funktion och akutteamet kunde arbeta pragmatiskt för patientens bästa utan att tänka på vem som betalade. Lite problem hade det dock varit i då patienten var listad på en privat vårdcentral. När det gällde att Primärvården skulle göra hembesök så tog någon i akutteamet upp att vårdcentralerna hade olika förutsättningar i form av distriktsläkartäthet och någon annan poängterade att Primärvårdschefen måste vara med på att prioritera hembesök om de ska kunna göra det.

Flera i akutteamet hade upplevt att de kom från olika arbetskulturer med olika arbetssätt, men alla i akutteamet poängterade att de arbetade tillsammans för patientens bästa och att de hjälptes åt. De såg det som en styrka att de hade olika bakgrund och hade kännedom om och var bra på olika saker. Arbetssättet hade också varit en lärandeprocess där de lärt av varandra och hur de kunde använda varandra. De såg det också som viktigt att akutteamet fick arbeta självständigt.

Att hela teamet kom på hembesök

När hela teamet kom på hembesök så innebar det att det kom fem personer: en läkare från sjukhuset eller Primärvården, två sjuksköterskor från kommunen respektive sjukhus/ Primärvård, arbetsterapeut och biståndshandläggare från kommunen. Akutteamet hade upplevt att det kunde vara problem att komma så många, framför allt om patienten och eventuell närstående inte var förberedda på det. Dels kunde patienten reagera på att de var fem stycken och ibland kunde läkaren känna det frustrerande att behöva vänta på att de andra skulle göra sina bedömningar/åtgärder.

Teamet hade efter en tid infört att alltid informera och fråga patienten om de kunde komma alla fem. Flera av personalen framhöll vinsterna med att de kom alla fem, några kunde undersöka patienten och någon annan kunde prata med närstående. De menade också att de hade möjlighet att vara flexibla, alla behövde inte följa med på alla hembesök. Teamet kunde bestämma utifrån patientens behov vilka som skulle åka med.

Merarbete för kommunen och Primärvården

Det skulle kunna vara så att akutteamets insatser lett till att kommunen eller Primärvården fått mer att göra. Akutteamet fick därför frågan om hur de såg på detta. En person menade att kommunen och Primärvården troligen fått mera att göra och en annan såg akutteamet som en stor hjälp till Primärvården. Båda personerna poängterade att hembesök och en del av akutteamets insatser egentligen var Primärvårdens ansvar men att de av resursskäl inte gjorde det. En person trodde inte att det lett till något merarbete.

Akutteamets värde

Alla var överens om det fanns ett stort värde med akutteamet. För patienter och närstående innebar det att de i de flesta fall slapp åka in till akutmottagningen, de kunde i stället behandlas värdigt och tryggt i sin hemmiljö. Tryggheten det innebar för patienten och eventuell närstående poängterades. För personalen i akutteamet har ÄMMA-projektet inneburit att de lärt av varandra och vet hur andra professioner arbetar och tänker. Flera av deltagarna menade att de fick en helt annan bild av patienternas problem när de kom hem till dem och såg hur de hade det. De var eniga om att det var god sjukvård att möta patienterna i hemmet.

Personalen var övertygade om att många av deras patienter hade kommit till akutmottagningen och att de hade tvingats vänta många timmar där som lågprioriterade, om inte akutteamet funnits. Uppföljningar som gjorts under ÄMMA-projektet har bekräftat detta. Sjukhuset har också kunnat skicka hem patienter tidigare genom att akutteamet kunnat göra uppföljande hembesök. Genom att akutmottagningen bidrog med en sjuksköterska till akutteamet fick de kunskap om akutteamets arbete och vinsterna med det.

Någon menade att det blir vinster för sjukvården när patienterna kan vistas hemma längre. En annan framhöll att akutteamet också innebar en trygghet för kommunen. Man menade också att det blir samhällsekonomiska vinster genom att akutmottagningen och sjukhuset avlastas och att patienten mår bättre om han/hon slipper åka till sjukhuset. Någon menade att det är en trend ute i Europa att vården flyttas hem till patienten.

Akutteamets fortsättning

Alla var överens om att akutteamet fyllde ett behov och att det ska fortsätta med samma arbetssätt som tidigare. Det upplevdes viktigt att kunna arbeta flexibelt för patientens bästa oavsett vilken verksamhet man kom från och att det goda samarbetet kan fortsätta! Olika förslag på utökning av verksamheten kom fram: Teamet borde utökas till två team där det ena börjar tidigare på morgonen och det andra arbetar längre på kvällen. Alla stadsdelarna i Malmö borde vara med, inte som det varit under projekttiden att vissa stadsdelar varit med.

Även ambulansverksamheten borde vara med och att akutteamet skulle vara till även för yngre patienter, till exempel palliativa patienter eller personer i LSS-boende som skulle gagnas av att slippa vara på akutmottagningen. Någon skulle vilja ha ett liknande samarbete med Minneskliniken som det mellan akutteamet och akutkliniken.

Förslag till förbättringar och förändringar: Bättre it-stöd! Tydligare kriterier på vilka patienter som ska vara akutteamspatienter. Bättre information om akutteamets arbete till de verksamheter som berörs. Bättre kommunikation med hemsjukvården. Anställa en sekreterare på deltid. Avveckla arbetsterapeuten i teamet. En läkare och en kommunsjuksköterska i varje bil, biståndshandläggare med vid behov och att insatserna koordineras av en sjuksköterska.

Under flera frågor kom det fram kritik mot Primärvården och kommunen. En person menade att om Primärvården tagit samma ansvar för sina patienter som akutteamet gjort så skulle inte akutteamet behövas. En annan menade att mycket av det som gjordes var Primärvårdens ansvar, men att patienten inte velat eller kunnat ta sig till vårdcentralen. Det kom också fram att det kunde upplevas frustrerande att se behov av utredningar eller medicinsaneringar som inte gjordes av Primärvården.

Flera personer tog upp bristande kompetens eller osäkerhet bland legitimerade sjuksköterskor på boendena i kommunen, till exempel när det gällde att sätta dropp. Man menade också att sjuksköterskorna på boen-

den skulle kunna göra en del bastester så att teamet inte skulle behöva åka ut på hembesök för detta. Flera personer upplevde att det fanns ett motstånd att göra detta ute på boendena. Man efterfrågade också ett bättre ansvarstagande bland de läkare som ansvarade för boendena.

Sammanfattning och diskussion

Alla var överens om värdet av akutteamets insatser för patienter och sjukvården samt för samhället och att det fyllde ett stort behov. Man var också rörande överens om att arbetet behövde fortsätta och att det skulle ske med samma arbetsätt som hittills, det vill säga i team där man kan arbeta gränslöst (oberoende av vilken organisation man kom från) utifrån akutteamets uppdrag med patientens bästa som mål. Det upplevdes som viktigt att de som arbetar i akutteamet är intresserade av att arbeta med målgruppen och kan arbeta flexibelt och pragmatiskt. De flesta ville att teamet skulle fortsätta med samma professioner som tidigare, att allas kompetenser behövdes. Det var en styrka att vara olika professioner med olika verksamhetstillhörighet, man kompletterade varandra. Målgruppen, äldre multisjuka patienter var rätt, men skulle kunna utökas till att också omfatta vissa yngre. Man tyckte överlag att arbetet hade fungerat mycket bra, men vissa saker kunde bli bättre.

De största problemen fanns inom it-stödet och dokumentationen. It-lösningen fungerade inte och dokumentationen med olika journalsystem gjorde det svårarbetat. Akutkorterna som användes borde förenklas.

Läkemedelshanteringen fungerade inte optimalt, det fanns framför allt en osäkerhet i hur det gick för patienten då akutteamet hade lämnat patienten.

Resultatet av fokusgruppsintervjuerna talar entydigt för att akutteamet ska fortsätta, samt att det är viktigt att de kan arbeta flexibelt och pragmatiskt som ett team med patientens bästa för ögonen. Vikten av att personalen som ska arbeta i akutteamet har erfarenhet och är intresserade av målgruppen och arbetssättet, var alla också överens om. Det som behövde bli bättre var framför allt it-stödet och dokumentationen.

För att ta reda på personalens erfarenheter och upplevelser av att arbeta i akutteamet valde vi fokusgruppsintervjuer. Det är en metod som dels är tidsbesparande jämfört med enskilda intervjuer, men som framför allt ger riklig information genom att deltagarna hjälper varandra att se olika infallsvinklar i den diskussion som uppstår. Fokusgruppsintervjuerna gav svar på hur tolv personer som arbetat i akutteamet upplevde detta och vilka förbättringar som skulle kunna göras.

Enkäter till sjuksköterskor i kommunen

Teamledaren för ÄMMA, Jeanette Hellberg, lämnade en lista med namn och mailadress till de sjuksköterskor i kommunen som varit i kontakt med akutteamet, totalt 17 stycken. De hade inte arbetat i ÄMMA-projektet, men berörts av arbetet så till vida att deras patienter fått hjälp av akutteamet. Enkäter skickades ut till sjuksköterskorna av Birgitta Wästberg (BW). Förutom några frågor om den svarandes bakgrund, innehöll enkäterna tio frågor, varav två var följdfrågor. Fem av frågorna hade fasta svarsalternativ och fem var frågor där den svarande själv fick formulera sina svar, bilaga 3. Enkäterna skickades ut digitalt och de svarande kunde välja att besvara och skicka enkäten på papper så att de förblev anonyma, eller skicka in den digitalt till BW. En påminnelse skickades.

Svar inkom från 13 sjuksköterskor i kommunen, varav två angett distriktssköterska som profession. De svarandes ålder och arbetad tid beskrivs i tabell 6 nedan.

Tabell 6. Ålder och arbetad tid hos dem som besvarade enkäten, $n=13$

| | Antal år: lägst – högst | (median) |
|----------------------------|-------------------------|----------|
| Ålder | 26 – 63 | (46) år |
| Arbetad tid i yrket | 2,5 – 34 | (11) år |
| Arbetad tid i Malmö kommun | 1 – 34 | (5) år |

Resultat enkäter

Hur har du uppfattat akutteamets arbete?

Samtliga svarande var mycket positiva till akutteamets arbete. De fick skatta hur de upplevt responsen vid kontakter med akutteamet, hur de upplevt deras insatser och generellt hur de uppfattat deras arbete på en femgradig skala. Svarsalternativen och svaren presenteras nedan i tabell 7.

Tabell 7. Antal svar per fråga om hur man uppfattat akutteamets arbete, $n=13$

| Fråga | Svarsalternativ | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-------------------------|---------------|---------------|
| | Mycket bra | Ganska bra | Varken bra eller dåligt | Ganska dåligt | Mycket dåligt |
| Hur har du upplevt responsen när ni kontaktat det mobila akutteamet? | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hur har du upplevt insatserna som mobila akutteamet gjort? | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Överlag, hur har du upplevt det mobila akutteamets arbete? | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Har akutteamet underlättat ditt arbete - i så fall hur?

En fråga var om akutteamet hade underlättat i deras arbete, tre svarsalternativ fanns. Samtliga tretton personer svarade att det hade "underlättat mycket". Ingen svarade att det "underlättat lite" eller "inte alls". En följdfråga var hur det underlättat, vilken besvarades med att de kommer snabbt och att patienten fått snabb bedömning, diagnos och behandling. Sjuksköterskorna ansåg att de fick hjälp i bedömningar och att teamets arbete sparade tid för dem och för patienter och anhöriga.

Mer än hälften av de svarande poängterade vikten av att teamet tog hand om allt, från diagnosticering till behandling och åtgärder, att de dokumenterade och samordnade insatserna som behövdes, samt att de gav bra återkoppling till kommunens hälso- och sjukvård. Det var bra att patienten fick bedömning i hemmet och att de i de flesta fall slapp åka in till akuten. Patienterna har inte alltid kraft att åka in till akuten, närstående och vårdpersonal i kommunen hinner inte heller följa med. En person skrev att en patient som behövde läggas in på sjukhus kunde få plats utan att behöva gå via akuten. Akutteamet ansågs som kunniga och kompetenta. En närstående var mycket nöjd med att snabbt kunna få hjälp från alla professioner vid akuta problem.

Har akutteamet gett dig merarbete och har det i så fall varit bra eller dåligt?

Akutteamets arbete skulle kunna ge merarbete för kommunens sjuksköterskor genom att de ordinerade undersökningar och/eller åtgärder som skulle göras i kommunens hälso- och sjukvård. Sjuksköterskor fick därför frågan om de tyckte att de fått mer att göra. Tolv personer svarade "Nej, inte alls", en person angav "Ja, lite". Ingen svarade "Ja, mycket". Den person som svarat "Ja lite", skrev att vårdtagare som var dementa och som ordinerats dropp behövde extra tillsyn, alltså någon som fanns hos vårdtagaren hela tiden droppet gick in. Detta var svårt om man var ensam sjuksköterska i huset.

Vad har varit bra respektive inte bra?

Elva av de svarande besvarade frågan om vad som varit bra. Här återkom svar om att teamet kom och agerade snabbt, att de gjorde alla åtgärder som kunde göras för stunden och att vårdtagarna slapp åka till akuten och belasta sjukhuset. Flera sjuksköterskor tog upp akutteamets bemötande mot patienter, närstående och kommunens personal; de var positiva, glada och flexibla. Teamet ansågs som kunniga och förstående med god kunskap om den äldre patientens situation. De var bra för och uppskattade av vårdtagarna och en ovärderlig hjälp för sjuksköterskorna i kommunen. En svarande tog upp att behandlande läkare kontaktade och informerade närstående. Vidare framkom att det var bra att alla professioner fanns med i teamet och att det var lätt att få tag i dem. En person svarade att hela konceptet var jättebra.



Adifete Jahiri och Jeanette Hellberg förbereder en patient för inläggning. Hon blir direktinlagd och slipper åka via vårdcentral eller akutmottagning. Foto: Roger Lundholm

Tre sjuksköterskor angav sådant som inte var bra. Här framkom att akutteamet inte arbetade på helger och storhelger, att de vid något tillfälle haft fullt upp och inte kunnat ta flera insatser, samt att deras insats inneburit extra tillsyn till en vårdtagare. Fyra andra svarade att det inte fanns något eller att de inte kunde komma på något som inte var bra. De övriga sex sjuksköterskorna besvarade inte frågan.

Övriga synpunkter

Sista enkätfrågan gav möjlighet att ge andra synpunkter. Nio av de svarande fyllde i frågan. Här framkom att det man var mycket nöjd med ÄMMA-projektet; det var ett mycket bra och funktionellt projekt som gjorde att inläggning/akutbesök kunde undvikas, att det var en stor hjälp för patienter, närstående och hemsjukvården, som kände sig trygga med akutteamets insatser. En person skrev att det hade varit bra om akutteamet permanentades, en annan menade att det hade varit bra om det fanns på helgerna också. En sjuksköterska skrev att det vore bra om teamet kunde utökas till att omfatta dem som inte riskerar inläggning på sjukhus eftersom det är svårt att få hembesök av läkare på vårdcentralen och alla patienter inte vill till vårdcentralen.

Sammanfattning och diskussion om enkätfrågor

På det hela taget var de kommunala sjuksköterskor som besvarat enkäterna mycket nöjda med akutteamets arbete. Det som lyftes fram var att patienten fick tillgång till bedömningar och åtgärder från olika professioner snabbt, att allt samordnades, att de provtagningar och åtgärder som var möjliga gjordes direkt i hemmet, samt att akutteamet dokumenterade och rapporterade till kommunens hälso och sjukvård. Sjuksköterskorna skrev att de litade på teamet som de uppfattade som kompetent och flexibelt. Mindre bra var att man hade behövt kalla in extrapersonal då akutteamet ordinerat dropp för en vårdtagare på ett vårdboende, att teamet hade fullt upp vid ett tillfälle och inte kunde komma, samt att de inte arbetade helger. En skrev under övriga synpunkter att teamet borde arbeta även helger. Ett annat önskemål var att akutteamet skulle omfatta även dem som inte riskerade inläggning på sjukhus, eftersom det inte var möjligt att få hembesök av en Primärvårdsläkare eller att vårdtagaren inte ville ta sig dit.

Enkätsvaren ger en bild av vad de som svarat tycker. Det var en liten grupp på tretton personer. Vad de övriga tycker vet vi inte, men de samstämmiga svaren ger anledning att tro att de flesta är positiva. Enkätsvaren talar för att akutteamet ska fortsätta eftersom arbetet underlättar för patienter, närstående och för kommunens sjuksköterskor. Inga synpunkter framkom om att akutteamets arbetssätt skulle förändras, man framhöll tvärtom teamets kvaliteter. Flera önskade att akutteamet skulle utökas till att finnas på helgerna också.

Sammanfattning och diskussion av ÄMMA-arbetet

Likheter finns i svaren från patient/närståendeintervjuer, fokusgrupper med teamet och personalenkäter. Samtliga var överens om att teamet fyller ett behov som dagens sjukvård inte förmår leva upp till. Teamet ger snabb tillgång till kompetent hjälp i samband med akut sjukdom hos sköra äldre. Man erbjuder ett helhetskoncept i form av bedömning, behandling och provtagning med hjälp av ett multiprofessionellt team som kan hantera hela det komplexa behovet. Detta underlättar för såväl patient, närstående som ordinarie vårdpersonal. Patienten och närstående upplever det mycket ansträngande att sitta på akutmottagningen medan vårdpersonalen speciellt uppskattar det snabba kompetenta stödet.

Teamet upplevdes som kompetent och lyssnande och bemötandet uppfattades som mycket positivt och samtliga inblandade upplevde stor trygghet. Att det kom 4-5 personer uppfattades positivt av vårdpersonalen eftersom flera olika kompetenser kunde erbjudas. Teamet själv uppfattar det mycket värdefullt att arbeta tvärprofessionellt. Endast enstaka patienter upplevde det jobbigt att det kom så många men den åsikten förekom nästan inte alls efter att koordinatören rutinemässigt började informera i förväg om teamet. Samtliga aktörer i teamet, patienter, närstående samt ordinarie vårdpersonal vill att teamet ska fortsätta och det finns starka önskemål om utvidgning till kvällar och helg.

Aktörspecifika synpunkter

Patienter och närstående

- + Speciellt uppskattas att slippa ta sig till akutmottagningen/sjukhuset
- + Mycket bra bemötande från hela teamet, som såg "hela" människan och hans/hennes olika behov
- Teamet hade ibland bråttom och var många (enstaka synpunkter)

ÄMMA-teamet

- + Horisontellt gränslöst arbete
- + Multiprofessionellt utbud
- + Patientfokus
- + Lärande, ökad förståelse
- It, dokumentation
- Säkring av läkemedelshantering upplevdes ibland något otrygg

Ordinarie vårdpersonal

- + Snabb tillgång till kompetent läkarstöd.
- + Snabb tillgång till övriga kompetenser, provtagning och akut behandling
- + Bra dokumentation och rapportering till kommunens hälso- och sjukvård
- Dropp/blodtransfusion har någon enstaka gång krävs extrapersonal på SÄBO
- Teamet finns inte att tillgå på helger

Metodologiska synpunkter

Fokusgrupper menar vi är ett bra sätt att ta tillvara teamets erfarenheter. Någon större skillnad i synsätt mellan de två olika fokusgrupperna fanns inte. Antalet besvarade enkäter från vårdpersonalen var relativt litet men då svaren var väldigt samstämmiga bedömer vi resultaten trovärdiga. Det största metodologiska problemet hänför sig till själva patientgruppen. Många är svårt sjuka och/eller kognitivt nedsatta vilket gör att de ofta inte klarar av att svara på frågor eller har glömt teamets tidigare insatser. Flera hinner avlida innan vi får möjlighet till uppföljning. Allt detta gör att bortfallet är stort och urvalet relativt litet men även här är svaren så pass samstämmiga att de kan bedömas som trovärdiga. Det hade varit önskvärt med fler svar från närstående men det finns inte så ofta tillgång till dessa vid besöken. De tydligt positiva effekterna av teamets arbete framkommer samstämmigt i samband med intervjuerna/enkäterna både inom varje aktörskategori och som likhet i svaren mellan de olika aktörerna. Detta menar vi ger en bra trovärdighet till resultaten trots

relativt små urval och högt (patienterna) bortfall.

Sammanfattning - fördelar

- Delar av slutenvården för sköra äldre överförs till öppenvård genom insatser från ett treparts-sammansatt team (slutenvård/Primärvård/kommun).
- Projektet visar tydligt att verksamheten riktas mot de sköraste äldre med störst vårdbehov
- Sköra äldre erbjuds ett alternativ med en trygg och säker vård i eget boende.
- Patient och ordinarie vårdpersonal får snabb tillgång till kompetent läkarstöd och multiprofessionellt stöd
- Teamet tillgodoser ett behov som dagens sjukvårdsorganisation ej förmår leva upp till
- Slutenvården och sjukhusets akutmottagning avlastas och risker i samband med sjukhusvistelse undviks
- Teamsamverkan ger möjlighet att erbjuda medicinska- och omvårdnadsinsatser samt bistånd och rehabinsats direkt på plats i förhållande till det komplexa helhetsbehovet
- Teamets sammansättning medför kontaktvägar och organisationskännedom mot såväl Primärvård som slutenvård och kommunal vård. Detta har avgörande betydelse för arbetssätt, logistik och uppföljning
- Tidigare etablerat samarbete mellan sjukhus/Primärvård/kommun på övergripande nivå har utvecklats till att omfatta även den praktiska operativa nivån. Arbete i ”stuprör” har ersatts med att akut hembesöksverksamhet till sköra äldre bedrivs i en horisontell process omfattande såväl ledarskap, ekonomi som verksamhet.
- Malmö stad omfattar 5 stadsområden, vardera jämförbara med 5 större kommuner. I teamet medverkande kompetenser arbetar och fattar beslut över stadsområdesgränserna gällande såväl kommunal sjukvård som bistånd och hjälpmedel.
- Verksamheten sätter fingret på vilka faktorer som är viktiga för att åstadkomma äkta samverkan i praktiken. Verksamheten leder till ett kontinuerligt lärande över gränserna och ytterligare förbättrade relationer och förståelse.

Sammanfattning - förbättringsmöjligheter

- Dokumentation och it-stöd behöver förbättras och förenklas
- Sekreteraresurs (20%) behöver tillföras (beslutat)
- Gränssnitt till angränsande verksamheter behöver förtydligas (ASIH, Primärvården, kommunal hemsjukvård, ambulansorganisationen och Falck hembesöksbilar). Ännu mer information och dialog behövs
- Struktur för bemanning och långsiktig rekrytering måste införas
- Verksamheten måste organiseras på ett sådant sätt att fluktuationer, såväl uppåt som neråt, i antal uppdrag dag till dag kan hanteras
- Utvidgning till helg och kvällar önskvärt

Bilaga 1 ÄMMA-utvärdering: Enskilda intervjuer med patient och närstående

1. Vad upplevde du var skälet till att teamet kom hem till dig/er?
2. Var det du själv som sökte hjälp eller var det någon annan? Vem i så fall?
(Om du själv sökte hjälp, vart vände du dig?)
3. Hur tyckte du det var att det kom personal hem till dig/er?
4. Hur tyckte du det var att det kom så många hem till dig/er?
5. Fick du tydlig information från teamet vilka olika personer som ingick och vilken funktion eller roll de hade?
6. Hade du hellre velat åka till sjukhuset?
7. Tyckte du att de lyssnade på dig/er?
8. Tyckte du att teamet bemötte dig/er vänligt och korrekt?
9. Upplever du att du/din närstående fick den vård och hjälp du/ni behövde?
10. Kände du dig trygg när teamet var där?
11. Hur kändes det när de lämnade dig/er?
12. Fick du tydlig information om vad som skulle hända efter att teamet lämnat dig/er?
13. Var det något som var särskilt bra?
14. Var det något som inte var bra eller som var dåligt?
15. Önskar du att de skulle ha gjort något på ett annat sätt?
16. Önskar du att de skulle ha gjort något mera?
17. Har du några andra synpunkter på insatsen/teamets arbete?

Bilaga 2 Fokusgrupper med ÄMMA-teamet

Profession, anställd kommun/PV/SUS, antal år i yrket, antal år på aktuell arbetsplats, specialistutbildning eller annan specialkompetens?

1. Vem är rätt patienter för ÄMMA-teamet?
2. Får ni ”rätt” patienter?
3. Hur har det medicinska omhändertagandet fungerat?
4. Hur har det fungerat med omvårdnaden?
5. Hur har det fungerat med rehabiliteringen?
6. Hur har det fungerat med biståndshandläggningen?
7. Hur har ni löst dokumentationen?
 - Hur fungerar det?
 - Förslag till förbättringar?
8. Känns läkemedelshandlingen säker och trygg?
 - Hur har ni hanterat detta?
 - Vad är viktigt?
 - Förslag till förbättringar?
9. Känner du dig trygg att lämna patienten när ni går ut från hembesöket? Utveckla!
10. Hur kommunicerar ni då uppföljningar av genomförda åtgärder behöver göras?
11. Du som är kommunanställd - hur har du upplevt att arbeta över stadsdelsgränserna?
12. Tycker du att de ekonomiska styrsystemen har påverkat hur du arbetar/prioriterar i arbetet? Utveckla!
13. Olika målsättningar och uppdrag i kommun, PV och SUS – har de påverkat teamets arbete? Utveckla!
14. Upplever du att ni har olika arbetskultur i kommunen/PV/SUS?
 - Om ja, på vilket sätt?
15. Hur känns det för dig att ni kommer hela teamet på hembesöket?
16. Har du känt att dina insatser varit värderade av de andra i teamet? Utveckla!
17. Är det ”rätt” professioner som arbetar i teamet?
 - Utnyttjar teamet alla professioners kompetens?
 - Saknar du någon profession i teamet?
18. Upplever du att ÄMMA ger merarbete i form av ökade arbetsinsatser för kommun och PV för patient NN efteråt? Utveckla!
19. Hur har du upplevt att arbeta i ÄMMA-projektet?
 - Vad har varit (särskilt) bra?
 - Vad har inte varit bra eller varit dåligt?
20. Ger ÄMMA-projektet några värden, och i så fall vilka:
 - för patient/närstående?
 - för personalen som arbetar i teamet?
 - för akutmottagningen?
21. Kan du se några värden med ÄMMA-projektet på samhällsnivå? Utveckla!
22. Tycker du att ÄMMA ska fortsätta?
 - I så fall, hur ska ÄMMA-insatserna kunna förbättras?
 - Om inte, varför inte?
 - Kan urvalet av patienter till ÄMMA-teamet förbättras?
 - Kan du utveckla hur i så fall?
 - Ser du att det finns förutsättningar för att ÄMMA ska kunna fortsätta? Utveckla!
23. Kan du se några hinder för det fortsatta arbetet?
 - Finns det några hot mot att verksamheten fortsätter? Utveckla!
24. Vilka tror du är de största utmaningarna om ÄMMA ska implementeras som en del i ordinarie verksamhet?
25. Utifrån dina erfarenheter – vad är viktigt att vi ska ta med oss i det framtida arbetet?

Bilaga 3 Utvärdering av Äldre i Malmö Mobilt Akutteam (ÄMMA)

ÄMMA har bedrivit som projekt i Malmö under våren och hösten 2013 i samverkan mellan Malmö kommun, primärvården och Skånes universitetssjukhus Malmö. Verksamheten har riktats mot de mest sjuka äldre och syftat till att erbjuda ett förbättrat medicinskt stöd i de äldres ordinarie boendemiljö.

För att undersöka hur ÄMMA har upplevts kommer projektet att utvärderas ur olika perspektiv

- Patienter och deras närstående
- Personal som arbetat i ÄMMA
- Vårdpersonal som arbetat i verksamheter som berörts av ÄMMA:s arbete

Vi vänder oss nu till dig som arbetat i verksamheter som berörts av ÄMMAs arbete och behöver din hjälp för att ta reda på hur du har upplevt arbetet. Vi skulle därför vara tacksamma om du kan svara på frågorna i den bifogade enkäten och skicka svaren senast 31 december till Birgitta Wästberg, Lasarettsgatan 9 vån 3, 221 85 Lund, eller digitalt till birgitta.wastberg@skane.se

Om inte raderna räcker till, fortsätt gärna på baksidan.

Varje svar är viktigt för att vi ska få en så bred bild som möjligt av hur ÄMMAs arbete har upplevts. Enkätsvaren kommer att sammanställas av oberoende forskare och redovisas på gruppnivå så att ingen enskild medarbetare kan identifieras. Du besvarar enkäten anonymt, men vi behöver uppgifter om din ålder, profession, arbetad tid samt arbetsgivare för att kunna beskriva gruppen som besvarat enkäterna.

Stort tack på förhand för din hjälp!

.....
Lars Stavenow
Överläkare, docent
Skånes universitetssjukhus
Tel 040 33 19 40

.....
Birgitta Wästberg
Chefsarbetsterapeut, dr med vet
Skånes universitetssjukhus
0768 87 12 53

ÄMMA – utvärdering: Enkäter till vårdpersonal

Ålder: år

Anställd f n: Malmö kommun Primärvård SUS Annan, vilken.....

Profession/yrke:

Arbetad tid i yrket: år, varavår hos aktuell arbetsgivare

1. Hur har du upplevt responsen när ni kontaktat det mobila akutteamet?

Mycket bra Ganska bra Varken bra eller dåligt Ganska dåligt Mycket dåligt

2. Hur har du upplevt insatserna som mobila akutteamet gjort?

Mycket bra Ganska bra Varken bra eller dåligt Ganska dåligt Mycket dåligt

3. Har det mobila akutteamets arbete underlättat för dig i ditt arbete?

Ja mycket Ja lite Nej inte alls

3b. Om ja, hur har det underlättat?.....

.....

4. Har det mobila akutteamets arbete gett dig merarbete?

Ja mycket Ja lite Nej inte alls

4b. Om ja, har det varit bra eller dåligt och på vilket sätt?

.....

5. Överlag, hur har du upplevt det mobila akutteamets arbete

Mycket bra Ganska bra Varken bra eller dåligt Ganska dåligt Mycket dåligt

6. Vad har varit bra?

.....

7. Vad har inte varit bra?

.....

8. Andra synpunkter:

.....

Tack för din medverkan!



Adifete Jahiri, Jeanette Hellberg och Carlo Fimian i ÄMMA-teamet är på väg till bilen efter ett hembesök i Malmö.

Foto: Roger Lundholm

Kontakt
www.skane.se/sus
lars.e.stavenow@skane.se