

# SAMLOKALISERAD SENIORMOTTAGNING

– ett samverkansprojekt mellan vårdcentral, rehab  
och Nacka kommun, med individen i fokus

Återrapportering av utveckling och utvärdering av uppstarten

SARA CEDERBOM  
ÅSA SKJUTAR

*Nestor FoU-centers skriftserie nr 1:2024*

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. Vi vill genom praktiktäna forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center  
Marinens väg 30, 136 40 Handen  
Hemsida: [www.nestorfou.se](http://www.nestorfou.se)  
tel: 08-777 99 16  
e-post: [adm@nestorfou.se](mailto:adm@nestorfou.se)

Rapporten kan laddas ner på  
[www.nestorfou.se](http://www.nestorfou.se)

ISBN 978-91-85347-48-3

Nestor FoU-center 2024

Författare: Sara Cederbom och Åsa Skjutar  
Titel: Samlokaliserad seniormottagning– ett samverkansprojekt mellan vårdcentral, rehab och Nacka kommun med individen i fokus  
Återrapportering av utveckling och utvärderingen av uppstarten

© Nestor FoU-center  
Citera oss gärna, men ange källan.

# Innehåll

Sammanfattning .....	4
Bakgrund .....	5
Utveckling av en samlokaliserad, tvärprofessionell seniormottagning .....	6
Syfte med projektet .....	7
Nestors uppdrag i projektet .....	7
Metod .....	7
Analys .....	8
Resultat .....	8
Målgruppen .....	9
Arbetsätt.....	10
Patient- och anhörigperspektiv .....	11
Tankar från seniorrepresentanter .....	13
Främjande och underlättande av samverkan.....	13
Förenkling och effektivisering för medarbetarna .....	14
Ökad känsla av gemenskap och flexibelt arbetsätt .....	14
Framgångsfaktorer och utmaningar att lösa .....	15
Diskussion – Vad behövs göras vidare för att utveckla mottagningen? .....	15
Målgruppen .....	16
Utveckling av arbetsätt och samverkan .....	16
Organisationsperspektiv.....	17
Uppföljning och utvärdering.....	17
Referenser .....	20

# Sammanfattning

Våren år 2023 beslutade Boo vårdcentral, Nacka Rehabcentrum och Nacka kommun att starta en samlokaliserad seniormottagning för att förenkla och förbättra vårdinsatserna för den äldre, 75+, som är i behov av tvärprofessionella insatser. Fungerar modellen är målet/visionen att implementera modellen på andra vårdcentraler lokalt och sprida kunskap om den regionalt.

Nestors uppdrag i projektet var att ge ett kunskapsbaserat stöd i processen samt beskriva och utvärdera uppstart och utveckling av mottagningen. I uppdraget ingick att beskriva: målgruppen, hur många som nåtts av den, vilka insatser det lett till, hur patienter/anhöriga och professionerna upplevde insatsen/arbets sättet och om det har lett upplevda förbättringar för målgruppen och professionen. Nestor deltog från start i september år 2023 till och med april år 2024.

Processtödet hade ett tydligt lärandefokus och förhållningssättet var agilt. Datainsamling har bestått av intervjuer och observationer. I tillägg har Nestor varit en kritisk vän samt bidragit med kunskaps fördjupning för teamet i olika teman. Dessutom identifierades och initierades erfarenhets- och kunskapsutbyte med andra professioner och verksamheter som exempelvis anhörigstöd, demenssjuksköterska och vårdkoordinatorer på Nacka geriatriken.

Konklusionen av uppstarten är att en samfinansierad, samlokaliserad och tvärprofessionell seniormottagning är en verksamhet som upplevs vara till positivt gagn ur såväl ett individ, medarbetar- och organisationsperspektiv. Genom seniormottagningens arbets sätt har behov av insatser kunnat samordnats och följas upp mer effektivt. Arbets sättet möjliggör att insatserna bli mer förebyggande och personcentrerade. Personer som tidigare ”fallit mellan stolarna” och mångsökarna har fångats upp bättre. Patienter och anhöriga som intervjuats uttrycker att de känner sig trygga och nöjda med de insatser de får eller fått hjälp med att få. Att slippa åka till vårdcentralen upplevs som mycket underlättande.

Framgångsfaktorer för att skapa en sådan här verksamhet bygger på en vilja att samverka, att vilja åstadkomma en förändring och att våga prova nytt. Det bygger också på att det finns medarbetare som vill och gillar att jobba i team, som vill dela med sig av sin kompetens och som framför allt har äldre personers behov och önskemål i fokus. Skilda IT- system för att dela information, samfinansiering och ekonomiska ersättningsmodeller är faktorer som behöver belysas och lösas för att möjliggöra att en sådan här form av verksamhet/samverkan ska kunna fungera långsiktigt.

Mer konkreta faktorer som kan utvecklas för att åstadkomma en ännu bättre och välfungerande seniormottagning är bland annat målgruppsidentifiering, att nyttja SIP som verktyg, strukturera ronderna, fortsätta utveckla samverkan med olika aktörer och göra en strukturerad plan för hur verksamheten skulle kunna permanentas.

# Bakgrund

Sedan år 2017 pågår omställningen God och nära vård (GONV) i Sverige som omfattar både regionala och kommunala vård- och omsorgsinsatser. Målet är att insatser ska ges mer lokalt och närmare patienterna. (Statens offentliga utredningar, 2019). Ur ett organisatoriskt perspektiv är primärvården navet, där den regionala hälso- och sjukvården och kommunen har ett delat ansvar. Omställningen - ses mer som en förändring av tankesättet mot ett mer personcentrerat vårdssystem som tillhandahåller lättillgänglig, rättvis, samordnad vård av hög kvalitet snarare än en förändring av själva systemet (Regeringsbeslut Bilaga till regeringsbeslut 2022-01-27 nr. I:2).

En grupp som i hög grad är i berörda och i behov av GONV är äldre som har behov av både vård- och sociala insatser. Genom att fokusera på personcentrerade, proaktiva, hälsofrämjande och samordnade insatser utnyttjas resurser effektivt. Samtidigt kan denna typ av åtgärder skapa god hälsa och välbefinnande hos individen och leda till ett välmående samhälle eftersom insatser och stöd som är anpassade till individen ger bättre resultat och är kostnadseffektivt för samhället (SKR 2023).

Insatserna för målgruppen äldre, kräver ofta att flera aktörer så som sjukhus, husläkarmottagningar, rehabiliteringsprofessioner, hemsjukvård och kommunal socialtjänst behöver samarbeta för att tillgodose de individuella hälso- och omsorgsbehoven. God samverkan där två eller fler aktörer gemensamt strävar mot god hälsa för patienterna är en grundförutsättning för GONV och genom samverkan organiseras den egna verksamheten i relation till andra aktörers verksamhet, för att kunna lösa uppgifter som inte går att hantera på egen hand (Blomqvist, Winblad 2023).

Ur patientens perspektiv är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet där individen ges möjlighet att efter förmåga och preferenser delta som en aktiv medskapare (Blomqvist, Winblad 2023). Det tycks dock vara svårt att finna former och arbetssätt för att skapa en fungerande samverkan kring nämnda målgrupp, vilket kan leda till både fysiska och psykiska negativa konsekvenser för individen. Utan samordning finns en risk att medicinska insatser blir försenade eller uteblir vilket kan leda till stress och oro för patienten (Blomqvist, Winblad 2023). Bristande samordning ger också negativa samhällsekonomiska konsekvenser i form av bland annat oplanerade återinläggningar i slutenvården samt onödiga vård- eller omsorgskontakter. En orsak till att samverkan ibland försvåras är de ansvarsuppdelningar, ibland kallade stuprör som finns mellan region och kommun. Internationell forskning visar dock att positiva effekter kan uppnås genom samverkansreformer, framför allt på individnivå i form av ökad patientnöjdhet och tillgänglighet (Jarling m.fl 2022).

Inom GONV talas det också om den sömlösa vården vilket innebär att individen ska uppleva ett sammanhängande vårdflöde utan att behöva tänka på vem som är huvudman, det vill säga

om det är kommunen eller regionen som utför tjänsten. För att åstadkomma en sömlös vård behövs samverkan mellan de involverade aktörerna och att arbeta teambaserat kan vara en nyckel till framgång. Att arbeta i team främjar att insatser blir personcentrerade och patientsäkra. (Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2017).

Ett sätt att kombinera samverkan och teamarbete är samlokalisering av medicinsk och social verksamhet. Arbetsättet har sedan 1970-talet provats i olika former (Swarthling och Swärdsudd 2010). Ett gott exempel är Vännäs kommun där primärvård, kommunens hemtjänst och hemsjukvård samlokaliseras, och är så än idag. Samlokaliseringen har lett till att de äldre har fått en bättre vård och omsorg och kundnöjdheten ökade, tack vare att hemtjänst och sjukvård formerat sig för att använda resurserna rätt och tillsammans göra de insatser som individen vill ha och behöver (SKR 2013). I dagsläget pågår det också utvecklings- och forskningsprojekt i samverkan mellan primärvård och kommun i både Uppsala och Östergötland för äldre personer med komplexa behov med huvudsakligt syfte att finna bra former för en sömlös vård och ett personcentrat arbetsätt.

## Utveckling av en samlokaliserad, tvärprofessionell seniormottagning

Våren år 2023 beslutade Boo vårdcentral, Nacka Rehabcentrum och Nacka kommun att starta ett lokalt projekt med en gemensam vision att tillsammans skapa ett tvärprofessionellt arbete för att kunna ge en sömlös personcentrerad vård. Målet är att leverera en god, nära och samordnad vård som stärker patientens hälsa. Bakgrunden var att aktörerna upplevde att i många processer sätts arbetsätt och flöden i första hand. Personalens tankar styr verksamheterna och patienten blir lätt en sekundär komponent vilket innebär att deras behov och önskemål blir ett antagande från vårdens sida. Trots en lång tradition av god samverkan i Nacka kommun har mycket arbete skett i parallella stuprör och information har inte alltid nått ut dit den ska. Utifrån visionen och målet kom idén om att utveckla och prova om samlokalisering av ett tvärprofessionellt team – en seniormottagning på Boo vårdcentral kunde vara en framgångsrik modell för att leverera en god, nära och samordnad vård. Målgrupp för projektet är personer, 75+, som är i behov av tvärprofessionella och samordnade insatser, som är listade på Boo vårdcentral.

Projektet har en styrgrupp som består av verksamhetschef för Boo vårdcentral, chef för Nacka RehabCentrum samt chef för äldreheten, Nacka kommun och projektet hålls ihop av en projektledare som är enhetschef på Boo vårdcentral. Till projektet hör även två seniorrepresentanter från lokala pensionärsorganisationerna PRO och SPF vars huvudsakliga syfte har varit att vara informationsspridare om projektet.

## Syfte med projektet

Syftet med en samlokaliserad seniormottagning är att förenkla och förbättra vårdinsatserna för den äldre, 75+, som är i behov av tvärprofessionella insatser. Fungerar modellen är visionen att implementera modellen på andra vårdcentraler lokalt och sprida kunskap om den regionalt.

## Nestors uppdrag i projektet

Nestors uppdrag i projektet har varit att stödja, följa och utvärdera utvecklingen av den tvärprofessionella och samlokaliserade Seniormottagningen från start i september år 2023 till och med april år 2024.

I uppdraget ingick att beskriva processen, målgruppen, hur många som nåtts av den, vilka insatser det lett till, hur patienten/anhöriga och professionen upplevde insatsen/arbetsättet och om det har lett upplevda förbättringar för målgruppen och professionen. Utvärderingen syftade också till att utgöra en grund för ställningstagande huruvida modellen skulle kunna ingå i ordinarie verksamhet. Utöver ovanstående önskades att följande frågeställningar skulle besvaras:

- Hur genomfördes samlokaliseringen (d v s vilka aktörer och målgrupper involveras, hur organiseras och fördelas arbete och resurser, vilka insatser leder det till och eventuella svårigheter i genomförandet)?
- Hur upplevde patienter/anhöriga att få tillgång till Seniormottagningen– nöjdhet, vet vem de ska vända sig till, känner trygghet i att ha ”en” ingång, känner de sig delaktiga i de insatser de får?
- Upplevdes samlokaliseringen främja och underlätta samverkan?
- Upplevdes samlokaliseringen förenkla och effektivisera arbetet för medarbetarna?
- Upplevdes samlokaliseringen leda till ökad känsla av gemenskap och flexibelt arbetsätt?
- Vilka framgångsfaktorer identifierades för att arbetsättet/modellen ska fungera som önskat?
- Vad finns det för tänkbara indikatorer att använda för verksamheten vid fortsatt uppföljning/utvärdering?

## Metod

Processtöd och datainsamling skedde parallellt mellan september år 2023 till och med april år 2024 och bestod av följande:

- Telefonintervjuer med teammedarbetarna vid uppstart samt efter att projektet pågått cirka sex månader.
- Nio telefonintervjuer med patienter, varav en anhörig, för att fånga deras uppfattning om den hjälp/insatser de fått genom kontakt med Seniormottagningen.
- Planerade observationer av fem teamronder omfattande cirka 1 timme per tillfälle.

- Spontana observationer av hur teamet på Seniorsmottagningen interagerar både internt och med andra aktörer utanför tiden för teamronden.
- Genomförande av processtöd i form av tre projektmöten med lärandeaktiviteter:
  1. Presentera och diskutera utvecklingen Seniorsmottagningens arbetssätt utifrån analysen av uppstartsintervjuerna
  2. Ge kunskap om omställningen God och Nära vård, bland annat med exempel från andra regioner.
  3. Erfarenhetsutbyte och utveckling av samverkan med vårdkoordinatorerna på Capio Geriatrik Nacka (Nackageriatriken).
- Omvärldsanalys genom samtal med olika samverkansaktörer som vårdkoordinatorer inom slutenvård, Lilla Horisonten, anhörigkonsulent och demenssköterska.
- Anonymiserad registrering/statistik för beskrivning av den nådda målgruppen avseende ålder, kön, identifiering av inskrivnings-väg till Seniorsmottagningen, längd på inskriven på Seniorsmottagningen etc.
- Diskussion/reflektion med styrgruppen med fokus på övergripande diskussioner om utveckling av mottagningen, arbetssätt, uppföljning och plan för hur mottagningen skulle kunna permanentas.

## Analys

Analysmaterial bestod av transkriberade intervjuer, anteckningar från observationsdeltagande i projektmöten och teamrond samt samtal med projektledare och styrgrupp samt samtal med identifierade samverkansaktörer. Analysen utgick från projektets syfte och frågeställningar och är en manifest, textnära analys av data (Graneheim och Lundman 2004).

## Etik

Vid all datainsamling informerades deltagarna om att noteringar gjordes vid exempelvis teamrond och vid intervjuer att de spelades in. Innan start av intervjuer informerades de om att det var helt frivilligt att delta samt vilka frågor deltagaren ville besvara.

## Resultat

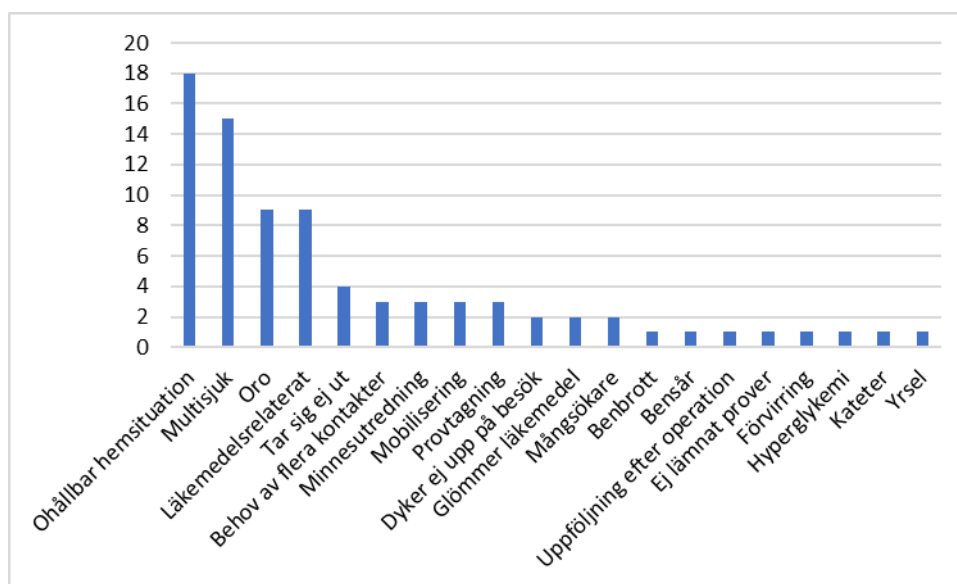
Resultatet beskrivs utifrån följden i syfte och frågeställningarna. Sammantaget upplever alla aktörer att de i sin yrkesutövning ibland stöter på patientfall som är mer komplexa än andra och det är dessa fall som av olika anledningar visat sig särskilt lämpliga för Seniorsmottagningen. Patienter och deras anhöriga upplever också att livssituationen ibland blir mycket komplex till följd av sjukdom, omfattande hjälpbehov och okunskap kring hur sjukvårds- och socialförsäkringssystemet fungerar. Även i dessa fall visade det sig att seniorsmottagningen fyllde en viktig funktion.



## Målgruppen

Mellan september år 2023 och april år 2024 hade Seniorsmottagningen sammanlagt haft 83 inskrivna patienter. Av dessa var 45 kvinnor och 28 män. Medelåldern var 84 år med en spridning på 65–99 år. De flesta av patienterna remitterades till Seniorsmottagningen på grund av någon form av oro över personens hälsosituation och/eller hemsituation. En majoritet av patienterna levde med någon form av kognitiv svikt, dock var den inte alltid utredd. Många av patienterna var också multisjuka samt upplevde oro i någon form. I tillägg var det också ett stort antal patienter som hade svårigheter relaterade till sin läkemedelsadministration.

Tabell 1: Diagram över kontaktorsak



Teamet på Seniorsmottagningen uppfattar att de fångar rätt målgrupper och beskriver några huvudtyper:

- Personer som inte sökt vård trots att de haft behov under en längre tid. När patienten väl uppmärksammas finns behov av många samordnade insatser. I denna grupp ses många personer med outredd kognitiv svikt.
- Personer som vid personligt besök på vårdcentralen gett intryck av en ordnad hemsituation och god compliance till läkemedel, men som senare genom exempelvis provtagnings eller hembesök uppmärksammas som mycket sköra och med stor risk för inläggning i slutenvården.
- Personer som ofta söker vård genom att exempelvis ringa vårdcentralen, kommunen, 112 eller 1177 samt söker sig till akutsmottagningen vid upprepade tillfällen.
- Personer som tidigare varit självständiga men akut hamnat i en svår livssituation, ibland tillfälligt till följd av exempelvis en skada eller sjukdom. Den här gruppen behöver samordnade insatser men vet sällan själva vilken instans de ska kontakta eller vad de har rätt att få hjälp med.

Seniormottagningen har en åldersgräns på 75 år och den var satt för att rikta resurserna mot sköra äldre. Teamet på Seniormottagningen ser dock tydligt att det finns personer som är under 75 år som också skulle kunna ha stor nytta av samordnade insatser och de har även vid några särskilda fall gett insatser till personer under 75 år.

## Arbetsätt

I detta avsnitt beskrivs hur samlokaliseringen genomfördes (d v s vilka aktörer och målgrupper som involveras, hur arbete och resurser organiseras och fördelas, vilka insatser det leder till och eventuella svårigheter i genomförandet).

Teamet på Seniormottagningen består av sju personer som alla arbetar deltid inom uppdraget.

- En projektledare/enhetschef/intensivsjukvårdsjuksköterska från Boo vårdcentral
- En distriktssjuksköterska från Boo vårdcentral
- En biståndshandläggare från Nacka kommun
- En fysioterapeut från Nacka RehabCentrum
- En arbetsterapeut från Nacka RehabCentrum
- Två läkare från Boo vårdcentralers hemsjukvård

På onsdagar träffas Seniormottagningens sjuksköterskor och läkare för renodlat medicinskt rondarbete med genomgång av inkomna remisser och prioritering av ärenden. Hur ärendena inkommer till Seniormottagningen varierar men kan exempelvis komma via:

- Boo vårdcentralers äldretelefon dit äldre personer kan ringa in via en direktlinje och få personlig kontakt med sjuksköterska.
- IT-systemet Lifecare SP, som används av aktörer i Region Stockholm i samband med utskrivningsprocessen från slutenvården.
- Husläkare på Boo vårdcentral som önskar hjälp med samordning av insatser.
- Medarbetarna på Seniormottagningen har uppmärksammat en patient som behöver samordnade teaminsatser.

En eftermiddag i veckan, på torsdagar träffas sedan hela teamet i Seniormottagningen på Boo vårdcentral. Teamet inleder med en timmes gemensam rond och planering där de hanterar mellan 6–26 patientärenden med allt ifrån korta informationsutbyten till mer omfattande planering. Efter rondan åker teamet i olika konstellationer ut på gemensamma hembesök. Initialt fanns en tanke om att patienterna skulle kunna komma på mottagningsbesök men det visade sig redan några veckor efter uppstarten att patientens behov bäst kunde uppmärksammas genom hembesök. Påföljande vecka tas respektive ärende upp igen och teamet diskuterar insatta åtgärder och den fortsatta planeringen. När de samordnade insatserna anses fungera som planerat avslutas ärendet och personen hanteras vidare av äldreomsorgen på Boo vårdcentral eller remitteras tillbaka till husläkaren eller skrivs in i hemsjukvården.

Vilken typ av åtgärder som genomförs av Seniormottagningen är individanpassat. Genom att hembesöken är teambaserade sker det ofta flera åtgärder vid ett besök och det har exempelvis varit:

- Medicinsk genomgång
- Provtagning
- Läkemedelsadministrering
- Ansökan om kommunala åtgärder som exempelvis hemtjänst, dagverksamhet eller särskilt boende.
- Hemrehabilitering med exempelvis fallförebyggande åtgärder, träning och hjälpmedelsförskrivning.
- Kognitiv utredning

Vid uppföljande intervjuer med teamet på Seniormottagningen framkom det -att det också genomfördes hembesök utanför den ordinarie tiden på torsdagseftermiddagar. Anledningen var bland annat för att inte fördröja akuta åtgärder eller för att tillgodose patienternas önskemål om lämplig tid för hembesök.

## Patient- och anhörigperspektiv

Det här avsnittet beskriver hur nio patienter och en anhörig upplevt Seniormottagningen. Frågeställningen vid projektstarten var: Hur upplever patienter/anhöriga att få tillgång till seniormottagningen – nöjdhet, vet vem de ska vända sig till, känner trygghet i att ha ”en” ingång, känner de sig delaktiga i de insatser de får? Resultatet kan sammanfattas i att seniormottagningen upplevs positivt och underlättande i det informanterna upplever som en svår tid.

### Upplevelse av seniormottagningen

Flera av patienterna som intervjuats har nyligen upplevt sjukdom eller skada på ett sätt som medfört att den dagliga förmågan att klara sig självständigt förändrats drastiskt. När behovet av hjälp med allt i från inköp av mat, läkemedelsadministration och förflyttning i- och ur bostaden ökar innebär det att patienten ofta behöver ha kontakt med flera aktörer; vårdcentralen, kommunen och primärvårdsrehab. Att helt förstå hur systemet fungerar, vem som gör vad hur olika insatser initieras kan vara svårt och även för den som förstår så kräver det tid och ork för både patienter och anhöriga att koordinera insatserna. Informanterna upplever kontakten med Seniormottagningen som nära på helt optimal. Det enda hinder som någon enstaka patienten fortfarande upplever är svårigheten att komma i kontakt med läkaren.

### Tillgänglighet

Informanterna uttrycker att de är tacksamma över att de fått ett direktnummer för att komma i kontakt med distriktssjuksköterskan på Boo vårdcentralens äldremottagning. Denna mottagning kan sedan vid behov koppla in hela teamet på Seniormottagningen. Informanterna lyfter också att det är mycket bra att distriktssjuksköterskan vid behov ger råd om vilka andra

kontakter som behöver initieras för att få hemsituationen att fungera så bra som möjligt. Vidare framkommer det att informanterna upplever det som enkelt att bara behöva ta en kontakt och det sedan 'automatiskt' kommer ännu fler åtgärder som exempelvis möte med biståndshandläggare, rehabilitering eller hjälpmedel. Några av informanterna förstår att det bakom kulisserna sker planering och samverkan, vilket de uttrycker är otroligt bra, tryggt och uppskattat.

När informanterna tillfrågades om hur det går att komma i kontakt med vårdcentralen var det några som uttryckte att de initialt önskade direktkontakt med läkare, men att det kunde vara svårt att få tag på dem. Problemet som informanterna uppfattade det var att det inte går att få direktnummer till läkarna och att de endast kan nås via den något krångliga flervalstelefonen. Ett intressant fynd är dock att dessa informanter efter hand ändrat uppfattning. Efter att ha fått kontakt med teamet på Seniorsmottningen uppfattar de att de fått en slags direktkontakt med läkare och de ser inte längre behov av ett direktnummer. Om de behöver kontakt med läkare så kan de enkelt skicka meddelande om det via exempelvis distriktssjuksköterskan och kan då lita på att meddelandet går fram.

Alla informanter beskriver att tillgängligheten upplevs som god tack vare att det är Seniorsmottningen som är proaktiv genom att ringa upp och komma på hembesök. I grunden tycker de att det är bra att ta sig i väg till vårdcentralen eller andra instanser men att det i en svår livssituation är mycket uppskattat och underlättande att kunna få hjälp i hemmet. Datasamlingen skedde under vintern, år 2023–2024, vilken var mycket besvärlig med stora snömängder och nedsatt framkomlighet. Det blev under denna period extra tydligt att hembesöken skapar tillgänglighet utifrån individernas behov.

### **Delaktighet, bemötande och inflytande**

Eftersom en viktig del av god och nära vård är att patienterna är delaktiga i sin vård tillfrågades informanterna om detta. Det visade sig dock att begreppet delaktighet var något svårt att förstå och därmed svårt att besvara. Delaktighet kan dock yttra sig på flera sätt och informanterna berörde under intervjuerna aspekter som inflytande, attityder och bemötande samt självkänsla och självbestämmande. Alla uttrycker att de känner sig nöjda med den hjälp de fått. De tycker sig ha blivit vänligt och respektfullt bemötta och förefaller några gånger förvånade över att det går att få hembesök av personer som de i vanliga fall kan ha svårt att få kontakt med. Exempelvis uttrycker en äldre man och hans hustru att det varit fantastiskt att få prata ordentligt med en läkare och syftar då på att det i vanliga fall vid ett vårdcentralsbesök inte finns samma tid att få prata färdigt. Några andra informanter förmedlar att de fått vara med och bestämma hur lång kontakten ska vara samt hur kontakten ska ske; via hembesök, på vårdcentralen eller via telefonuppföljning.

När Seniorsmottningen slutfört olika åtgärder har de efter hand glesat ut kontakten och exempelvis gjort telefonuppföljningar, något som förefaller ha haft en stor och viktig effekt. Informanterna beskriver hur de känner sig hörda och sedda genom dessa telefonsamtal, någon

som kan deras situation bryr sig och undrar hur det går. Delaktigheten formas av en kontinuerlig öppen och rak dialog samt att varje samtal avslutas med en påminnelse om rätt till inflytande och självbestämmande - *Hör av dig, ring oss om det är något.*

## Tankar från seniorrepresentanter

Som referenspersoner har två seniorrepresentanter funnits med i projektet. De representerar SPF Seniorerna och Pensionärernas riksorganisation (PRO) och har intervjuats om seniormottagningen som övergripande idé samt utvecklingspotential av vården av äldre i stort. Det mest framträdande temat från dessa intervjuer handlade om tillgänglighet till vård och då framförallt hur en äldre person kan komma i kontakt med vårdcentralen, primärvårdsrehab eller kommunen. Att inte lätt kunna komma fram på telefon upplevs som ett avvisande vilket kan leda till att en individ inte söker mer vård. Det ansågs vara av största vikt att kunna ringa till olika instanser och då få ett personligt svar. Vidare belystes den väl kända problematiken med att vården är utformad enligt stuprör och utifrån utförarnas perspektiv. De lyfte att politiska beslut och vården i stort formas av personer i arbetsför ålder. Men, hur kan dessa personer som aldrig själva varit äldre veta vad äldre behöver, undrade en seniorrepresentant. De menade att äldre måste involveras i beslut som exempelvis handlar om hur vård- och omsorgsinsatser utformas och att de äldre ses som medskapare i alla led.

## Främjande och underlättande av samverkan

Samverkan är ett medel för att nå insikt och förståelse för att uppnå samma mål. Teammedlemmarna på Seniormottagningen upplever att det som en följd av samlokaliseringen har blivit betydligt enklare att ta kontakt med varandra. Innan samlokaliseringen tog aktörerna endast kontakt med varandra i extrema fall. Nu när de ses personligen så har tröskeln för att ställa en fråga sänkts. Det har vid observationer kunnat noteras att teammedlemmarna ofta stämmer av fler saker med varandra; de ber om en kort second opinion, dubbelkollar att de har rätt information samt ger återkoppling på vad som hänt sedan sist. Informationsöverföringen sker snabbt och effektivt.

I och med att teammedlemmarna lärt känna varandra samt fått större kunskap om ytterligare aktörer i Nacka kommun har de också allt oftare kopplat in dessa. Exempelvis har teamet på Seniormottagningen knutit kontakt med kommunens demenssjuksköterska, anhörigkonsulent, geriatrikens vårdsamordnare samt syn- och hörselinstruktör. I förlängningen leder detta till att patienten i högre grad kan ta del av de resurser som finns, samtidigt som ansvaret fördelas till rätt instans. Teammedlemmarna har också börjat fungera som informationsöverförare till sina kollegor i samma yrke. Genom ökad kunskap om hur regionen respektive kommunen fungerar kan korrekt information spridas till hela arbetsgrupper. Ett framträdande exempel är teamets ökade förståelse för hur kommunen arbetar när en person vill ansöka om korttidsboende och särskilt boende.

## Förenkling och effektivisering för medarbetarna

Arbetsättet på Seniormottagningen beskrivs av teammedlemmarna som effektivt, och det av flera anledningar. Först och främst upplever de att samordningen internt mellan varandra har förbättrats avsevärt. Under rondarbetet uppstår verbalt tänkande där alla delar information och genom att diskutera olika åtgärder kan de snabbt prioritera och komma till beslut. Teammedlemmarna beskriver det som att det ofta går enkelt och snabbt att föreslå en plan. Det sker även en form av tyst samordning, genom att lyssna in vad de andra i teamet har för information kan en annan teammedlem snabbt förstå vad den behöver sätta inför åtgärder eller att den behöver avvakta andra åtgärder innan den initierar sitt arbete.

Det som också förenklar arbetet, särskilt i komplexa ärendena är att genom det samlokaliserade teamet vet alla hela tiden vad de andra gör i ett ärende. Teamet stöttar varandra i svåra situationer. På ett hembesök kan exempelvis en teammedlem ta sig an patienten medan en annan tar anhöriga åt sidan och kartlägger deras situation och eventuellt behov av stöd.

Genom den ökade kunskapen om varandras roller och vad respektive aktör kan bistå med kan teammedlemmarna på hembesök också i viss mån ta på sig varandras glasögon för att inhämta eller ge information till patienter och anhöriga. Det blir lättare för alla i teamet att veta vad i hemsituationen som bör uppmärksammas och det blir enklare att besvara frågor när det finns en trygghet i att det som förmedlas är korrekt. Teammedlemmarna är varandras förlängda arm där de både tar emot och skickar uppdrag från/åt kollegor.

## Ökad känsla av gemenskap och flexibelt arbetsätt

Alla teammedlemmar upplever arbetet på Seniormottagningen som positivt. De beskriver i intervjuer att de känner sig vara en del av ett sammansvetsat team, att de har kul på jobbet och att det är en stor vinst att genomföra gemensamma hembesök. Observationer av teamets arbete visar på liknande resultat; alla förefaller uttrycka sig fritt, ha tillit till varandra, där alla drar nytta av varandra för att lösa komplexa problem. Ett väl fungerande teamarbete gör att medarbetarna trivs.

Genom tät teamsamverkan har varje profession, som tidigare endast verkade i sitt eget stuprör, nu fått en fördjupad bild av patientens totala situation och dennes patientresa. En helhet har blivit synlig. Det i sin tur har lett till att respektive teammedlem uppfattar att de nu ännu bättre kan anpassa sig till patientens önskemål i sin helhet. Respektive aktör anpassar sig också i högre grad till varandras förutsättningar och resurser. Exempelvis diskuterar teamet strategier som vad som bör göras först, vem som är bäst lämpad att ta kontakt med patienten eller vilka personer som kan stötta varandra bäst vid ett svårt hembesök.

## Framgångsfaktorer och utmaningar att lösa

Framgångsfaktorer som identifierats som lyckosamma för utvecklingen av denna verksamhet är en vilja att samverka, att vilja åstadkomma en förändring och att våga prova nytt.

Grundegenskaper som haft stor betydelse för att teamet blivit välfungerade är att de vill och gillar jobba i team, att de vill dela med sig av sin kompetens, vilja att lära mer om andra och framför allt att de har den äldre personen och hens behov och önskemål i fokus. Andra exempel på framgångsfaktorer, som varit nycklar i utvecklingen av arbetssättet på Seniorsmottagningen är:

- God förståelse av det geriatriska uppdraget och dess komplexitet
- Direktkommunikation med en låg tröskel för att utbyta information.
- Chefer som vågar och vill prova nya arbetsformer

Vid intervjuer med teamet, både vid start och uppföljning, fanns det en tydlig samsyn kring att det här projektet kommer vara framgångsrikt, några egentliga farhågor och utmaningar sågs inte utöver att man var orolig för att inte räkna till för det behov som finns. Under uppstartsfasen blev det dock tydligt att nuvarande ersättningsmodell som finns för primärvårdsrehab försvårar samverkansarbete då det idag inte ges någon specifik ersättning för att delta på ronder såsom seniorsmottagningen är uppbyggd. Teamet identifierade också att det också ibland varit svårt att hitta gemensamma tider för hembesök om det inte kunde ske på torsdag eftermiddag. Andra utmaningar/farhågor man funderade över var vad som händer om någon slutar. Utmaningar som är mer svårlösta är att man inte har tillgång till varandras journalsystem, vilket försvårar kommunikation och informationsöverföring. I de uppföljande intervjuerna lyfte alla farhågan kring vad som sker när projektiden är slut.

Frågeställningen om tänkbara indikatorer för fortsatt uppföljning och utvärdering lyfts sist i diskussionen.

## Diskussion – Vad behövs göras vidare för att utveckla mottagningen?

Att åstadkomma god och nära vård, på riktigt är en utmaning. Resultatet från denna rapport indikerar att en samlokaliserad tvärprofessionell seniorsmottagning är en verksamhet som fångar in just de äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov som tidigare “fallit mellan stolarna”. Resultatet indikerar också att arbetssättet lett till det styrgruppen önskade, att leverera en nära, personcentrerad, sömlös och samordnad vård och omsorg. Utifrån dessa resultat har det tagits beslut om att förlänga Seniorsmottagningen som projekt året ut, vilket gör det möjligt att utveckla mottagning ytterligare och planera för att mottagningen kan bli en del av ordinarie verksamhet.

Som ett övergripande stöd i utvecklingen av mottagningen skickar vi med Region Jönköpings kloka ord som de använder i sina processer för att åstadkomma en god och nära vård; *'Ta ansvar för ditt steg, ge feedback till steget före och underlätta för nästa steg'*. Med det sagt finns det dock alltid anledning att fundera över ständiga förbättringar och vad som skulle kunna öka effektiviteten och nöjdheten på alla plan. I det här avsnittet beskrivs hur Seniorsmottagningen skulle kunna utvecklas ytterligare. Förslagen är uppdelade, men bör också ses som en helhet för vad som krävs för att få till övergripande förändringar.

## Målgruppen

Det är tydligt att arbetssättet som skapats och de insatser som ges ligger i linje med vad en god och nära vård och omsorg ska grunda sig i. Det vill säga arbetssätt och insatser är personcentrerade, samordnade, proaktiva, förebyggande och hälsofrämjande. Likaså har teamet på seniorsmottagningen ringat in den målgrupp som man ville nå, de med komplexa behov som kräver samordning av insatser mellan primärvård och kommun.

Steg som behöver tas för att kunna ge fler individer som behöver samordnad vård och omsorgsinsatser är att;

- Vårdcentral och kommunen behöver göra fördjupade analyser för att identifiera de som är i behov av samordnade insatser.
- Att aktörerna har samsyn om och har definierat vad som avses med *en individ med komplexa behov*, vilka de är.
- Säkerställa att individer med komplexa behov har fast vårdkontakt och omsorgskontakt
- Öppna upp åldersgränsen att gälla andra personer än de >74 år
- Använda SIP som verktyg i arbetet med att identifiera behov och strukturera samordningen mellan involverade aktörer, vilket också kan stärka personens och anhörigas aktiva roll och delaktighet i sin vård och omsorg.

## Utveckling av arbetssätt och samverkan

En betydande faktor för att utveckla samordningen mellan vård- och omsorgsaktörerna var att det skapades ett gemensamt synsätt och ett relationsbyggande med gemensam planering och helhetsbild av den äldres behov. Det öppna klimatet i gruppen där idéer kan lyftas samt den ökade förståelse vad god och nära vård kan innebära i ett brett perspektiv har genererat många förslag på hur teamet, arbetssättet och samverkan lokalt kan utvecklas:

- Strukturera ronderna genom exempelvis en kort checklista med punkter för att tydliggöra arbetssätt och möjliggöra att arbetssättet kan överföras till andra.
- Fördjupa den medicinska delen på ronderna med genomgång av patienternas medicinska bakgrund, medicinska behov för att öka kunskap och förståelse för hur det medicinska statuset kan påverka personens hälsa och funktion. Om läkemedelsgenomgång inte är gjord enligt rutin skall detta göras.



- Avsätt tid för reflektion tillsammans med styrgruppen för att regelbundet stämma av förutsättningar, om arbetssättets utveckling och seniormottagningen är på rätt väg.
- Utveckla samverkan med ytterligare aktörer som exempelvis beroendeenheten, psykosociala teamet och vårdkoordinator vid olika sjukhus. Teamet upplever vid tiden för datainsamlingen inte att dess kärna behöver utökas med fler professioner men ser att kunskap om andra aktörer samt möjligheten att involvera dem som konsulter ibland skulle kunna ha positiv inverkan.
- Utveckla samverkan med hemtjänst.
- Nyttja klustermötena för informationsspridning och kunskapsöverföring om varandras uppdrag/verksamheter.
- Utbilda i “tidiga tecken/varningssignaler” för att fånga upp patienter som är antingen icke-sökare eller mångsökare.
- Information och utbildning internt om seniormottagningen för att sprida tanken om god och nära vård samt för att uppmana all personal på vårdcentralen att ta remittera patienter till seniormottagningen.

## Organisationsperspektiv

Projektet genomförs i stort utan extra medel. Ett prioriterat arbete för styrgruppen är nu att skapa en plan för hur seniormottagningen kan bli permanent verksamhet.

För att denna typ samverkansinsats ska kunna bli långsiktigt hållbar, lokalt och framför allt regionalt, skulle ersättningssystem, avtal och vårdval behöva en genomlysning för att undersöka hur de faciliterar aktörernas möjligheter att leverera god och nära vård och omsorg. Förslagen nedan skulle kunna leda till att arbetssättet kan spridas till fler.

- Ge möjlighet att fortsätta utveckla arbetssättet med seniormottagningen. Exempelvis finns en idé om att prova om delar av teamet, distriktssjuksköterska och biståndshandläggare genom en *öppen mottagning* på Boo vård-central kan nå ännu fler patienter, anhöriga och läkare på vårdcentralen i behov av hjälp med samordning av insatser.
- På regional nivå undersöka hur andra vårdcentraler/primärvårdsenheter skulle kunna starta upp liknande Seniormottagningar på tilläggsuppdrag eller annat sätt.
- Påkalla behov av översyn av ersättningsmodell för att möjliggöra samverkan så att exempelvis primärvårdsrehab kan få ersättning för deltagande på seniormottagningens samordnande ronder

## Uppföljning och utvärdering

Att följa upp och utvärdera komplexa verksamheter är en utmaning. För att få veta hur en komplex verksamhet fungerar, når sina mål, behöver både kvantitativa och kvalitativa metoder användas. I projektet skapades en mall för verksamheten att registrera antal patienter och insatser. Mycket data finns i olika verksamhetssystem där olika parametrar kan följas upp. Effekterna av seniormottagningens arbete och dess resursanvändning skulle kunna utvärderas

ytterligare genom: användande av bedömningsinstrument samt kontinuerlig statistikuppföljning.

Avseende indikatorer har både Socialstyrelsen, SKR och Primärvårds kvalitét, PvQ, tagit fram indikatorer för uppföljning av omställningen till en god och nära vård och för samverkande vård i hemmet. Ur ett nationellt perspektiv är det än så länge svårt att ta ut data för uppföljning då det är svårt att särskilja specifika grupper ur systemen. För att det ska bli relevanta indikatorer för just seniormottagningens verksamhet behöver styrgrupp tillsammans med teamet arbeta fram och troligen utveckla indikatorer som är relevanta för just denna verksamhet. Indikatorerna behöver också en särskild kod i vårddokumentationssystemen för att uppföljning ska vara möjlig.

Nedan följer förslag på tänkbara indikatorer:

- Tillgänglighet - är det lätt att komma i kontakt med vård/kommun, ta sig dit
- Kontinuitet – fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, fast omsorgskontakt
- Påverkbara besök i slutenvården
- Antal patienter med dokumenterad medicinsk vårdplan
- Antal patienter med upprättad rehabiliteringsplan
- Antal patienter med antal olämpliga läkemedel
- Antal patienter med fördjupad läkemedelsgenomgång
- Samordning av insatser (teamarbetet)
- Patienten upplever att insatserna samordnas
- Mätning av personcentrerat arbetssätt (finns frågeformulär)
- Antal tvärprofessionella hembesök
- Antal SIP:ar
- Patienten upplever att det är lätt att komma i kontakt med teamet/vårdcentralen
- Upplever patient/kund att vården är samordnad
- Upplever sig patient/kund vara informerad och delaktig i beslut kring planering/insatser
- Om behov finns, har patienten fått en SIP

Modell och verktyg för att få svar på "hur.et", den kvalitativa delen så kan med fördel så kallad dialoguppföljning användas. Genom att vid "utskrivning/avslut från seniormottagning" ställa några uppföljande frågor till patienten om hur de tycker att det har fungerat eller inte fungerar. Lika viktigt är det att dessa frågor ställs till berörda aktörer/verksamheter som är involverade i personens vård och omsorg för att veta att samverka och samordningen fungerar som önskat.

Slutorden blir att seniormottagningen som verksamhet fyller en viktig funktion som saknats för att identifiera och hjälpa personer med komplexa behov som kräver samordning. Vi hoppas att denna rapport blir ett stöd för fortsatt utveckling och utvärdering av verksamheten

under kvarvarande projektid och ger inspiration till andra som funderar på liknande initiativ för att stärka en nära, samordnad vård och omsorg.

# Referenser

Blomqvist P, Winblad U (2023) *Samverkan kring multisjuka äldre; lärdomar från praktik och forskning*. SNS Förlag, 2023. ISBN 978-91-89754-05-8

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.

Kolada (u.å). *Indikatorer Nära vård - Från fokus på organisation till fokus på person och relation*. Hämtad 240524 från

<https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?focus=16765&report=168393>

Jarling A, Rydström I, Fransson EI, Nyström M, Dalheim-Englund AC, Ernsth Bravell M. Relationships first: Formal and informal home care of older adults in Sweden. *Health Soc Care Community*. 2022 Sep;30(5):e3207-e3218

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Sveriges Region i Samverkan, 2023. *Kunskapsstöd primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård i hemmet. Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård*.

<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.54d69727188bdd63e1ab20/1695127626846/Samverkande-halso-och-sjukvard-i-hemmet.pdf>

Regeringsbeslut 2022-01-27 nr. I:2 Bilaga. Regeringskansliet., Sveriges kommuner och regioner. *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

[https://www.regeringen.se/contentassets/0017bfa6b48748d9b13065eb7099b7d9/ok-god-och-nara-var-d-s2022\\_00607.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/0017bfa6b48748d9b13065eb7099b7d9/ok-god-och-nara-var-d-s2022_00607.pdf)

Socialstyrelsen (u.å). *Uppföljning av omställningen till god och nära vård*. Hämtad 240524 från

[https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-var-d/uppfoljning/?utm\\_campaign=nyhetsbrev230912&utm\\_medium=email&utm\\_source=apsis#anchor\\_787f7ff7-3dc8](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-var-d/uppfoljning/?utm_campaign=nyhetsbrev230912&utm_medium=email&utm_source=apsis#anchor_787f7ff7-3dc8)

Statens offentliga utredningar (2019:29). *God och nära vård - Vård i samverkan*. Stockholm: Socialdepartementet; 2019.

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. *Teamarbete och förbättringskunskap - två kärnkompetenser för god och säker vård*. 2013; rev 2017.)

<https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd8b0/1584345577416/Teamarbete%20och%20f%C3%B6rb%C3%A4ttringskunskap.pdf>

Sveriges kommuner och regioner, SKR (u.å.). *Indikatorer Nära vård*. Hämtad 240524 från

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning/indikatorer.62596.html>

Sveriges kommuner och regioner, SKR. 19 sätt att samverka bättre. En rapport om försöksverksamheter för de mest sjuka äldre 2010-2013. Sveriges kommuner och landsting. 2013. (citerad 230831)

<https://skr.se/download/18.45167e4317e2b341b24ab776/1642670208670/7585-009-2.pdf>

Sveriges kommuner och regioner, SKR. Nästa steg I omställningen till Nära vård. Årsberättelse 2022 och 2023. Citerad 230807) <https://rapporter.skr.se/nasta-steg-i-omstallningen-till-nara-vard.html>

Swartling PG, Svärdsudd K. *Samverkan mellan primärvård och socialtjänst och primärvårdsforskningens framväxt*. Social medicinsk Tidskrift 5-6/2010



Nestor FoU-center  
Marinens väg 30, 136 40 Handen  
[www.nestorfou.se](http://www.nestorfou.se)  
tel: 08-777 99 16