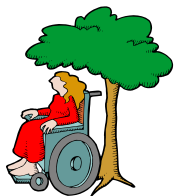


Kersti-projektet eller Vad är bäst för Kersti?

"Målet är att alla personer, 80 år eller äldre, boende i Falu kommun och som får vård och omsorg ska känna sig trygga med de insatser som ges av de offentliga vård- och omsorgsgivarna. Kersti ska känna att vi tillsammans ansvarar för att hon får den bästa möjliga vård vi kan ge utifrån de resurser som finns."



Ett samarbetsprojekt mellan Falu kommun,
Medicinkliniken Falu lasarett och Närsjukvården Falun
2004-2006



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Förord	4
Bakgrund	5
Mål	6
Metod	6
Beslut om rutiner	7
➤ Teamträffar	7
➤ Hemvårdspärm	7
➤ Medicinbakjouren – tillgänglig för Kerstifrågor	8
➤ Primärvårdens datajournal – tillgänglig på akuten	8
➤ Direktremiss till röntgen	8
➤ Läkemedelsrutiner	8
➤ Årligt läkarbesök för alla med Apo-dos	8
➤ Läkemedelsgenomgång i särskilt boende	9
➤ Kontaktmannaskap	9
➤ Tillgänglighet	9
➤ Ett telefonnummer till kommunens biståndsavdelning	9
Rekommendationer inför fortsatt arbete	9
➤ Vårdplaneringsteam i hemvården	9
➤ Fallförebyggande	10
➤ Nutrition	10
➤ Ett bemannat telefonnummer per vårdcentral	10
➤ Mobil doktor	10
➤ Inläggning på geriatriken	11
➤ Arbetsbyten	11
Områden som behöver fortsatt utvecklingsarbete	11
➤ Informationsöverföring från medicinkliniken	11
➤ Hur tar akuten hand om de gamla?	12
➤ Rehabilitering på medicinkliniken	12
➤ Överrapportering från arbetsterapeuter och sjukgymnaster på medicinkliniken	12
➤ Bristande rutiner för kontakt med primärvården under helger och för kontakt med ”kommunen” på kvällar och helger	13
Gemensam fortbildning - gemensamma arenor	13
➤ Fallförebyggande arbete	13
➤ Läkemedel och äldre	13
➤ Matsituationen i hemmet	14
➤ Medicinklinikens sjuksköterskor – distriktssköterskor	14
➤ Medicinklinikens läkare - distriktsläkare	14
➤ AT-läkarutbildning	14



Förändringar som skett under tiden	14
Erfarenheter.....	14
➤ Ledningens stöd.....	14
➤ Metod	15
➤ Finansiering.....	15
➤ Attityder och värderingar	15
Framtiden.....	16
➤ Kvalitetsindikatorer	16
➤ Organisation	16
➤ Nätverk.....	16
➤ Kersti som vårdkonsument.....	16
Slutsatser	17



Förord

Projekt Kersti har visat att samarbete över förvaltnings- och huvudmannaskapsgränser är möjligt.

Styrgruppen som har representerats av Medicinkliniken Falu lasarett, Närsjukvården och Falu kommun vill med den här redovisningen påvisa att ett brett samarbete på alla verksamhetsnivåer, med fokus på patienten/vårdtagaren, leder till en bättre kvalitativ verksamhet och mindre krångel för medborgaren.

Efter projektets avslutning kommer styrgruppen att ta ett aktivt ansvar för att med stöd av det upparbetade samarbetet som har skapats, fortsätta att förbättra och utveckla kvaliteten i vård och omsorg, så att "Kersti" kan erbjudas trygga och professionella insatser.

Falun den 23 januari 2007

Styrgruppen för Kersti-projektet

Lisbeth Isaksson
Närsjukvårdschef

Michael Köhler
Verksamhetschef
Medicinkliniken

Tommy Qvarfordth
Förvaltningschef
Omvårdnadsförvaltningen



Bakgrund

Vården av de äldre är ett stort och mångfacetterat arbetsfält, vilket ställer stora krav på samarbete mellan olika vårdaktörer, den äldre själv och hennes närstående. Detta är inte unikt för Falun utan många liknande projekt bedrivs runt om i Sverige. Svårigheterna i detta arbete är likartade, men pga de lokala förutsättningarna ser lösningarna olika ut.

Många äldre som är i behov av vård och omsorg kommer ofta i kontakt med flera olika delar av vården. Olika yrkesgrupper blir engagerade och många möten sker med "Kersti" (vårdtagaren/patienten). Problem uppstår av och till i omhändertagandet och i informationsöverföringen, inom och mellan organisationerna (kommun och landsting). Vi har ofta avgränsat oss kring vår egen verksamhet och organisation, inte sett helheten och inte utvecklat vad som faktiskt är bäst för "Kersti". Mycket arbete har skett utifrån ett personalperspektiv.

De olika enheterna och huvudmännen ger idag vård och omsorg till en stor grupp äldre människor med flera olika sjukdomar. De äldres behov varierar mycket och kräver i hög grad samverkan mellan olika yrkeskategorier och olika enheter, bl a inom landstingen och inom kommunerna. Vård och omsorg bör anpassas i första hand efter vårdtagarens behov.

Medicinkliniken, Falu lasarett, påtalade att denna patientgrupp inte fick ett optimalt omhändertagande och att vi inte hade något bra forum för att diskutera problem som uppstår. Ett studiebesök i Eksjö och "Esther-projektet" inspirerade till att förbättra och utveckla samarbetet mellan de olika huvudmännen i Falun. En tvärorganisatorisk och tvärprofessionell grupp samlades med syfte att utveckla omhändertagandet för boende inom Falu kommun. Med detta samarbete ville vi ha ett helhetstänkande genom hela vårdkedjan för att nå trygghet för den äldre befolkningen och erbjuda vård på rätt nivå.

Huvudpersonen i projektet är "Kersti", en fiktiv invånare boende i Falu kommun, 81 år och ensamboende i lägenhet. Hon används som exempel i projektets förändrings- och förbättringsarbete. Ledstjärnan i allt arbete är frågan: "Vad är bäst för Kersti?" Vi strävar mot att all vårdpersonal, oavsett profession, ska ha en gemensam syn på omhändertagandet av Kersti. Att vi arbetar inom olika organisationer får inte utgöra något hinder för samarbete.



Falun kommun har en befolkning på ca 56 000 invånare. Drygt 3 000 av dem är 80 år och äldre. Drygt hälften av dem är i behov av vård och omsorg på något sätt.

Det totala antalet ålderspensionärer kommer att öka fram till år 2015 (se tabell 1) i Dalarna. Den största ökningen står 40-talisterna för, men prognosen pekar på att gruppen 90 år och äldre också ökar markant.

Tabell 1. Befolkningsprognos för Dalarna 2001-2015 (Källa SCB)

Ålder vid årsslut	År 2001	År 2005	År 2010	År 2015
65-69	13 037	13 938	17 845	19 363
70-74	12 740	11 982	12 817	16 334
75-79	11 807	11 002	10 379	11 196
80-84	9 699	9 188	8 385	8 115
85-89	5 061	5 550	5 539	5 212
90-94	1 854	2 049	2 353	2 408
95-w	371	490	593	711
Totalt	54 569	54 199	57 911	63 339

Mål

Projektets övergripande mål var att alla personer, 80 år eller äldre, boende i Falun kommun och som får vård och omsorg ska känna sig trygga med de insatser som ges av de offentliga vård- och omsorgsgivarna. Kersti ska känna att vi tillsammans ansvarar för att hon får den bästa möjliga vård vi kan ge utifrån de resurser som finns.

Detta mål har sedan delats upp i mindre delmål, vilka projektet arbetat vidare med.

Metod

En styrgrupp till projektet bildades med medicinklinikens chef, närsjukvårdschef samt kommunens chef för omvårdnadsförvaltningen. Till projektgruppen utsågs chefer och ledare inom de tre organisationerna, med skiftande yrkesbakgrund. Projektledare och projektsekreterare kom båda från primärvården.

Initialt i projektet anordnades två workshops med deltagare från närsjukvården i Falun, medicinkliniken samt kommunen. Utifrån en gemensam berättelse och ett rollspel utkristalliserade sig ett antal områden som man valde att arbeta vidare med. Fyra arbets-



grupper bildades; Funktion, Information, Kontinuitet samt Tillgänglighet. Gruppledarna hämtades från projektgruppen och de fick själva rekrytera medlemmar till respektive grupp. Arbetsgrupperna fick i uppdrag att ta ansvar för definierade problemområden. I flera fall bildades ytterligare arbetsgrupper för att arbeta vidare med specifika problem. Arbetsgruppsträffarna präglades av delaktighet och engagemang. Projektsekreterare har varit med i alla arbetsgrupper, skrivit protokoll samt samordnat insatserna.

Arbetet har bedrivits med genombrottsmetoden. Genombrott är ett arbetssätt för systematiskt och lärandestyrt förbättringsarbete. Syftet är att ta fram och testa personalens egna förbättringsidéer på sin arbetsplats och därmed förbättra vården för vårdtagarna. Gruppens arbetsuppgifter är att kartlägga, prova förändringar, mäta och sedan sprida de förändringar som visar sig leda till förbättringar.

I flera delprojekt har projektsekreteraren genomfört intervjuer med Kersti och hennes anhöriga, för att få deras syn på de områden projektet arbetat med och vilken inverkan det haft på deras vård.

Beslut om rutiner

De beslut om rutiner som fattats under projekttiden har haft som mål att direkt eller indirekt förbättra Kerstis situation. Ett antal beslut har tagits av projektets styrgrupp, men beslut har även tagits av ledningen för primärvården, Falu kommun samt av deras samarbetsorgan:

➤ Teamträffar

En gemensam mötesplats för primärvård, hemtjänst och primärrehab har saknats, där man tillsammans kunnat lyfta frågor om enskilda patienter/vårdtagare. Teamträffar infördes i hela kommunen under 2006. Mötena ska präglas av ett vårdtagarperspektiv. En rutin har skrivits för att förtydliga dokumentationsansvaret och för att tydliggöra olika roller. Hemtjänstens samordnare håller i mötet, med stöd av enhetschefen. Nyckelpersoner är samordnare och distriktssköterska, men träffarna förutsätter medverkan från övrig hemtjänstpersonal, enhetschef och arbetsterapeut/sjukgymnast. All personal har ett eget yrkesansvar.

➤ Hemvårdspärm

Det är värdefullt för alla som vårdar Kersti att ha tillgång till aktuell information angående insatser och behandling. Därför har hemvårdspärmen åter tagits i bruk och uppdaterats. Den ska finnas hos alla som har hemsjukvårdsinsatser och även delas ut i sam-



band med vårdplanering i hemmet. Pärmen är ett viktigt kommunikationshjälpmedel för de personer som vårdar Kersti.

➤ **Medicinbakjouren - tillgänglig för Kerstifrågor**

Ibland ställs primärvårdens läkare inför akuta problem som de skulle behöva diskutera med en kollega på medicinkliniken. Det finns nu ett enkelt och snabbt sätt att nå dagbakjouren på medicinkliniken, för att diskutera frågor som berör Kersti. Det finns också möjlighet att få snabb tid till besök på medicinkliniken för Kersti eller snabbt planerad inläggning på kliniken, utan att behöva gå via akutmottagningen. Denna rutin gäller nu i hela landstinget.

➤ **Primärvårdens datajournal - tillgänglig på akuten**

När Kersti söker akutmottagningen efterfrågar läkare ibland primärvårdens journaler. De har nu getts möjlighet att läsa primärvårdens datajournaler på akuten under större delen av dygnet dvs då läkarsekreterare finns till hands.

➤ **Direktremiss till röntgen**

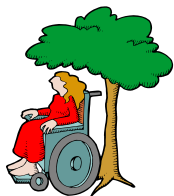
Äldre patienter som behöver en akut röntgen och som remitteras av distriktsläkare har tidigare tvingats besöka akutmottagningen först. Nu har distriktsläkarna möjlighet att skriva remiss direkt till röntgenavdelningen, utan att Kersti först måste uppsöka akutmottagningen.

➤ **Läkemedelsrutiner**

Distriktssköterskorna delade tidigare medicin utifrån handskrivna läkemedelslistor. En jämförelse gjordes mellan datajournalens läkemedelslista och de handskrivna listorna och överensstämmelsen var påfallande låg. Detta medförde att primärvården förändrade sitt arbetssätt och rutinen stramades upp. Handskrivna läkemedelslistor finns inte längre kvar och läkemedelslistorna i primärvårdens datajournaler ska hållas uppdaterade, för hemsjukvårdspatienter.

➤ **Årligt läkarbesök för alla med Apo-dos**

Många äldre, multisjuka patienter får läkemedel utskrivna rutinmässigt eller recept utfärdade av flera olika läkare. Detta kan resultera i alltför stor, eller felaktig, läkemedelskonsumtion med risk för biverkningar och komplikationer, vilket många gånger leder till sjukhusvård. Dessa personer behöver träffa läkare för undersökning och genomgång av aktuella mediciner. Därför ska samtliga personer med Apo-dos årligen erbjudas ett läkarbesök med läkemedelsgenomgång.



➤ **Läkemedelsgenomgång i särskilt boende**

Även för personer som bor på kommunens särskilda boenden finns risk för att läkemedelsanvändningen inte är optimal för enskilda individer. Därför finns ett beslut som anger att regelbunden läkemedelsgenomgång årligen ska ske för alla som bor på särskilt boende.

➤ **Kontaktmannaskap**

I kommunen finns en uttalad policy om ökat brukarinflytande. Alla personer med hjälp från hemtjänsten ska ha en ansvarig kontaktperson, som Kersti kan vända sig till för att få hjälp med olika göromål eller kontakter. Denna person bör också stå för merparten av insatserna i hemmet.

➤ **Tillgänglighet**

För personal som arbetar med patientnära vård är det ibland viktigt att kunna nå andra yrkesgrupper snabbt. Målet är att all personal som arbetar nära Kersti ska kunna nå andra yrkesgrupper inom 10 minuter. För frågor som inte är akuta ska kontakt ändå kunna garanteras samma dag. Oavsett angelägenhetsgrad ska endast ett telefonsamtal krävas. Många frågor kan sparas och tas upp vid planerat möte eller telefonsamtal.

➤ **Ett telefonnummer till kommunens biståndsavdelning**

Det har varit svårt att nå kommunens biståndshandläggare på deras telefontider. För att förbättra detta har kommunen infört ett gemensamt telefonnummer till kommunens biståndsavdelning. Telefonen är bemannad under kontorstid.

Rekommendationer inför fortsatt arbete

Nedanstående områden har projektet arbetat med, men inte hunnit utvidga och slutföra. Dessa delprojekt har en tydlig fokusering på Kersti och testen har fallit väl ut. Projektgruppen rekommenderar fortsatt arbete inom följande fält:

➤ **Vårdplaneringsteam i hemvården**

Ett team bestående av distriktsläkare, distriktssköterska, sjukgymnast/arbetsterapeut och biståndshandläggare genomför vårdplanering i hemmet någon vecka efter utskrivning från medicinkliniken. Vårdplaneringen i hemvården ska ses som ett komplement till den vårdplanering som görs innan patienten skrivs ut från sjukhuset. Teamet kan även ta initiativ till vårdplanering i hemmet, vid svikt eller andra uppkomna problem som lämpligen bör lösas mångdisciplinärt. Projektgruppen rekommenderar arbetssättet, där frågan om teamets sammansättning får lösas lokalt, men där regelbundna, återkommande tider



måste finnas avsatta för detta arbete. I förlängningen bör detta arbete också innefatta personer som skrivs ut från andra kliniker.

➤ **Fallförebyggande**

Målet är att upptäcka personer i eget boende som har hög risk för fall, göra en gemensam bedömning, vidta åtgärder och sedan följa upp detta. Det innebär att larmpersonalen och hemtjänsten rapporterar samtliga fall. Rapporten faxas till resp. hemtjänstgrupp, uppgifterna registreras och dokumenteras. Vid varje teamträff granskas samtliga fallrapporter. Alla som faller två gånger eller mer inom en månad ska ha rätt att få en snabb tvärprofessionell bedömning. Bedömningen syftar till att ta reda på fallens orsak/orsaker och därmed förebygga nya fall. Beredskapen och kompetensen hos hela teamet, både hemtjänstpersonal och legitimerade yrkesgrupper, måste höjas och utbildning behövs för detta. Det är av stor vikt att de legitimerade yrkesgrupperna driver det fallförebyggande arbetet. Projektgruppen rekommenderar att detta arbete utvidgas till hela kommunen och blir en del av den ordinarie verksamheten.

➤ **Nutrition**

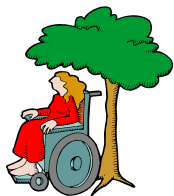
Många äldre personer äter otillräckligt eller "fel" mat, vilket kan få negativa konsekvenser för hälsa och välbefinnande. Projektgruppen föreslår att de personer som önskar få hjälp med maten i första hand erbjuds kommunens matdistribution. Personer som bedömts av distriktssköterska och biståndshandläggare vara i behov av ytterligare insatser, pga fel- eller undernäring, ska kunna få hjälp med matsituationen. Insatserna kan bestå av matplanering tillsammans med Kersti, inköp (gärna tillsammans med Kersti), matlagning samt möjlighet för personalen att vara sällskap och stöd vid måltiden. Ett alternativ kan vara att hemtjänsten hämtar mat från någon närbelägen restaurang.

➤ **Ett bemannat telefonnummer per vårdcentral**

Ett irritationsmoment för vårdpersonal är svårigheten att få tag i rätt person på t ex vårdcentralen. Projektgruppen anser att personal på sjukhuset och i kommunen endast ska behöva ringa ett telefonsamtal till vårdcentralen. Den som svarar ska antingen själv kunna svara på förfrågan eller se till att berörd person ringer upp. I primärvården har en ny telefonlista utarbetats utifrån dessa kriterier.

➤ **Mobil doktor**

För många äldre och svårt sjuka personer kan det vara svårt att komma till vårdcentralen för ett läkarbesök. Försök har gjorts med mobil doktor vilket innebär att distriktsläkare har möjlighet att göra, både akuta och planerade, hembesök under dagtid. Projektgruppen anser att arbetet ska utvidgas och vara en naturlig del i hemvårdsarbetet.



➤ **Inläggning på geriatriken**

Vid hembesöket kan den mobila doktorn göra bedömningen att det är aktuellt med inläggning på sjukhuset. Den mobila doktorn måste också fortsättningsvis ha möjlighet att lägga in patient direkt på geriatrisk avdelning.

➤ **Arbetsbyten**

Olika befattningshavare gör hembesök av skilda skäl, nästan samtidigt. En arbetsgrupp har prövat en modell med arbetsbyten för att undvika "onödigt" dubbelarbete t ex den person som ger insulin kan också hjälpa Kersti med enklare matlagning (medicinsk säkerhet = att insulin och mat ges av samma person). Mottot har varit "Bara en bil hem till Kersti, samtidigt". Arbetssättet resulterar i mer tid hos Kersti. Attityderna hos personalen är avgörande, tillsammans med ledningens engagemang och att det är ett ömsesidigt givande och tagande.

En faktor av stor betydelse för att detta arbete ska lyckas är en uttalad prioritering av hemsjukvården i primärvården. Positiva bieffekter som detta har lett till är bestämd telefontid, färre störningar, gemensamma träffpunkter, bättre samarbete och roligare arbete.

Projektgruppen önskar sprida detta arbetssätt. Ansvaret vilar hos distriktssköterska tillsammans med enhetschef att få till detta samarbete dvs beslutet måste ligga på arbetsledarnivå.

Områden som behöver fortsatt utvecklingsarbete

Dessa områden har projektet arbetat med till viss del men inte avslutat. Flera delområden belyser svårigheterna med informationsöverföring, men är viktiga för att Kersti ska känna sig trygg med den vård och de insatser som ges. Projektgruppen anser det angeläget att utvidga dessa områden för att vården kring Kersti ska förbättras.

➤ **Informationsöverföring från medicinkliniken**

Ett kvarstående problem är informationsöverföringen från medicinkliniken, både när det gäller läkare och sjuksköterskor.

Läkarna på medicinkliniken är ibland otydliga i sina epikriser gällande vilka ändringar som har gjorts i medicineringen och man är inte tillräckligt tydlig i att informera om vad man önskar att distriktsläkarna ska följa upp. På medicinkliniken har man försökt prioritera epikrishanteringen till patienter inskrivna i hemsjukvården.



Sjuksköterskorna på medicinkliniken är bra på att överföra både skriftlig och muntlig rapport till kommunens sjuksköterskor, men brister i sin rapportering till distriktssköterskorna i hemvården.

Förhoppningsvis kommer detta att bli bättre när systemet för utskrivningsklara patienter blir verklighet. Samverkansträffar mellan, i första hand, landstingssjuksköterskor i fråga om informationsöverföring behöver utvecklas.

➤ Hur tar akuten hand om de gamla?

Äldre patienter som söker akutmottagningen utan att gå via primärvården riskerar att få vänta länge på sin tur. Ofta blir de därefter inlagda på medicinkliniken därför att de är gamla och sjuka. Vid en inventering framkom att det ibland råder delade meningar mellan distriktsläkare och internmedicinare om vilka patienter som behöver sjukhusvård. Många personer skulle kunna vårdas hemma om tillräckliga resurser gick att få "akut".

➤ Rehabilitering på medicinkliniken

Många patienter som vårdats på medicinkliniken har inte haft kontakt med arbetsterapeut eller sjukgymnast, trots att mottagande vårdgivare ser ett uppenbart behov av det. Detta kan bero på att rehabpersonal inte rutinmässigt bedömer äldre multisjuka patienter som är inskrivna på medicinkliniken (undantag strokeenheten), utan det krävs ett remissförfarande av avdelningens läkare eller sjuksköterska till arbetsterapeut resp sjukgymnast. På grund av korta vårdtider och kanske bristande kunskap så fångas inte alla patienter upp som har behov av detta, utan hamnar i en gråzon där det är otydligt vem som har ansvaret för bedömning och hjälpmedel.

Om den primära bedömningen av rehabinsatser och hjälpmedel för Kersti ska flyttas till nästa vårdnivå, dvs kommunen eller primärvården, måste man tydliggöra och diskutera detta.

Det är projektgruppens uppfattning att frågan om behov och resurser av rehabilitering vid medicinkliniken måste belysas och diskuteras ytterligare, särskilt när det gäller de arbetsterapeutiska insatserna.

➤ Överrapportering från arbetsterapeuter och sjukgymnaster på medicinkliniken

För personer som kommer till korttidsenhet eller särskilt boende saknas ibland överrapportering samt hjälpmedel. Detta sammanhänger troligen med ovanstående problematik,



dvs det finns en gråzon där många äldre multisjuka inte kommer i kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast vid medicinkliniken och där ansvaret för insatserna är oklart.

Ett arbete för att utveckla kommunikation och tydliga rutiner för överrapportering mellan rehabpersonal har fortgått under 2006.

➤ **Bristande rutiner för kontakt med primärvården under helger och för kontakt med "kommunen" på kvällar och helger.**

Fortfarande saknas väl fungerande rutiner för kontakter med primärvård och kommun utanför kontorstid. Detta problem är i nuläget inte så stort, men kan väntas bli större om trycket ökar ytterligare på vården.

Gemensam fortbildning - gemensamma arenor

Projektgruppen anser det vara av stor vikt att det finns gemensamma arenor för personalen att mötas på. Det handlar t ex om utbildningstillfällen och andra formella eller informella mötesplatser. När olika personalkategorier från olika delar av vården får möjlighet att träffas och diskutera utifrån en gemensam fråga: "Vad är bäst för Kersti" ges också möjlighet till bättre samverkan och förändrad syn på den äldres behov.

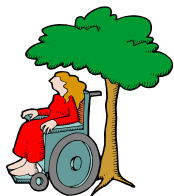
Utbildningsinsatser för hemtjänstpersonalen är av stor betydelse, då det är de som träffar Kersti mest och som är vårdens "ögon". Det är också viktigt att stimulera, motivera och uppvärdera deras arbete. Teamträffarna utgör ett viktigt forum för detta.

➤ **Fallförebyggande arbete**

I arbetet med fallförebyggande arbete har utbildning anordnats vid flera tillfällen, för de personer som omfattats av genombrottsprojektet. Efter de första tillfällena har utbildningen getts av distriktsläkare, distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast till hemtjänstpersonalen i det egna teamet. Ett grundmaterial för utbildning finns utarbetat.

➤ **Läkemedel och äldre**

Personalen inom hemtjänst och primärvård har deltagit i utbildning om läkemedel och äldre. Föreläsningen berörde fysiologiska förändringar, biverkningar och vanliga läkemedelsgrupper. Deltagarna fick också ett antal fall att diskutera i grupp.



➤ **Matsituationen i hemmet**

Utbildning kring nutritionsfrågor bland de äldre har utarbetats, men tyvärr inte hunnit prövas inom projektets ram.

➤ **Medicinklinikens sjuksköterskor - distriktssköterskor**

Två träffar har ägt rum mellan representanter från medicinklinikens sjuksköterskor och primärvårdens distriktssköterskor i Falun. Det har varit viktigt att få förståelse för varandras situation och att diskutera kring hur man kan underlätta kontakter och rapportering sinsemellan.

➤ **Medicinklinikens läkare - distriktsläkare**

Till det forum på CKF (Centrum för Klinisk Forskning, Dalarna) som distriktsläkarna har en gång i månaden, har medicinklinikens läkare inbjudits. Distriktsläkarna träffas och utbyter erfarenheter samt fortbildas. Förhoppningsvis kan detta leda till givande diskussioner och fortsatta regelbundna träffar där samarbete och samverkan kring övergripande patientfrågor kan tas upp.

➤ **AT-läkarutbildning**

I AT-utbildningen inryms nu också en del som handlar om äldre patienter i primärvård och kommun. Det är viktigt att AT-läkarna förstår vilka resurser som finns och hur kontaktvägarna mot öppenvården ser ut.

Förändringar som skett under tiden

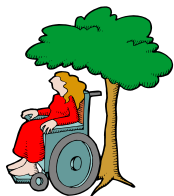
Under projekttiden har ett antal förändringar skett, som påverkar vården av Kersti, t ex har en minskning skett av antalet platser i särskilt boende och geriatriska vårdplatser har lagts ner. Däremot har antalet hemtjänsttimmar ökat markant.

Erfarenheter

Några av projektledningens erfarenheter som vi vill dela med oss av:

➤ **Ledningens stöd**

Viktiga faktorer för att lyckas i detta projekt har varit att "ledningen" uttalat sitt fulla stöd för arbetet vilket är en absolut förutsättning för ett stort samverkansprojekt. Projektet har också uppmärksamats i de politiska leden, i både landsting och kommun.



På deras möten ställs idag också frågan "Vad är bäst för Kersti"? Även massmedia har uppmärksammat goda exempel som projektet gett upphov till.

Arbetet har präglats av stor handlingsfrihet, inom lagens ramar och inom befintlig budget.

➤ **Metod**

Genombrottsmetoden har varit en bra metod i detta utvecklingsarbete som berör så många personer och olika organisationer. En annan viktig aspekt har varit gruppens sammansättning, dvs många yrkeskategorier från olika vårdnivåer och organisationer. Vi har till viss del uppnått en samsyn på hur vi på bästa sätt ska arbeta för Kersti. Fokus på patienten/vårdtagaren som Kersti-projektet har gett, genomsyrar idag verksamheten mer och mer. Många har varit delaktiga i projektet genom de workshops som inledde projektet. Arbetet i de olika arbetsgrupperna, som hela tiden utökats med nya medarbetare, har också resulterat i delaktighet. Nyfikenheten har gett ringar på vattnet.

Resultaten och hur arbetet fortskridit har bl a avrapporterats vid Inspirationsdagar för all berörd personal, tjänstemän och politiker samt vid nationella konferenser.

➤ **Finansiering**

Projektet har finansierats av medicinkliniken, närsjukvården och Falu kommun. Alla deltagare har fått möjlighet att arbeta med projektet inom ordinarie verksamhet, utom projektsekreterare som varit anställd på halvtid. Projektsekreterarens arbetsuppgifter har till stor del bestått av att delta i de olika arbetsgrupperna, samordna aktiviteter, förebygga dubbelarbete, inspirera och föra arbetet framåt.

Kostnaderna har till största delen bestått av projektsekreterarens lön, kostnader för workshops och inspirationsdagar, resor, konferenser mm.

➤ **Attityder och värderingar**

Under projekttiden har en attityd- och värderingsförändring skett hos många. Från början talades det mycket om "vi och dom", men en förändring har skett mot ett "vi-perspektiv". Frågan "Vad är bäst för Kersti?" präglar numera många möten och det har blivit enklare att ha ett konstruktivt, fruktbart och utvecklande arbete.

Kerstis situation förbättras och hennes roll stärks genom att vi utgår från henne och hennes behov istället för från våra organisationer. Många åtgärder får då en "patient-stärkande effekt", ett exempel är vårdplanering i hemmet.



Framtiden

Att sja om framtiden är inte lätt. Vi vet dock att arbetet med äldre, multisjuka patienter måste fortsätta och att vi måste ta ansvar för att den utvecklingen blir så positiv som möjligt. För Kersti är det viktigt att bemötas med respekt utifrån sina behov, att hon kan känna sig trygg och respekterad och uppleva att hon behandlas med värdighet. Personalen måste få känna att de gör ett arbete med god kvalitet och att de har en bra utbildning för detta. Det är också viktigt att personalen upplever en "vi-anda" tillsammans med övriga personer som deltar i vården kring Kersti.

➤ **Kvalitetsindikatorer**

På nationell nivå arbetas det med att ta fram kvalitetsindikatorer för äldrevård/ hemvård. Det är angeläget att vi följer det arbetet framöver och om möjligt även är med i frontlinjen för utarbetandet av nya indikatorer.

➤ **Organisation**

Hemvård som bedrivs av flera olika huvudmän utgör ett stort hinder i vård och omsorg av Kersti. Mycket av det arbete som har bedrivits skulle underlätta en ev omorganisation, med kommunen som huvudman för hemvården.

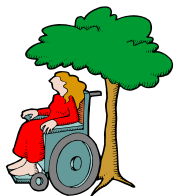
➤ **Nätverk**

Ett nätverk har bildats, med företrädare från Eksjö (Esther), Örebro (Hilma) och Falun (Kersti). Avsikten är att även andra intresserade ska kunna delta i detta nätverk. De övergripande frågorna är gemensamma, men lösningarna kan se olika ut och vi har mycket att lära av varandra.

➤ **Kersti som vårdkonsument**

Det finns anledning att tro att Kersti kommer att bli en alltmera krävande vårdkonsument i takt med att kraven bland de äldre kommer att öka, utbyggnaden av informationsteknologin mm. Med olika metoder måste vården ta reda på vad Kersti önskar och behöver - vad som är kvalitet i det enskilda fallet. Behoven varierar med ålder, hälsotillstånd, tidigare upplevelser, etc.

Vi behöver hålla oss à jour med IT-utvecklingen och sträva efter att tillmötesgå efterfrågan på ny teknik, som kan vara ett hjälpmedel både för Kersti som vårdkonsument men också för personalen.



Slutsatser

Arbetet med Kersti-projektet har ökat medvetenheten om betydelsen av samarbete i alla led, såväl hos personalen vilka arbetar nära Kersti, som hos tjänstemän och politiker. Alla har blivit mera medvetna om vikten av att ha ett mera vårddagarrelaterat tankesätt.

Fokus på Kersti måste hela tiden vara utgångspunkten i det fortsatta arbetet. Målet som sattes vid projektets start måste fortsätta vara ledstjärna i arbetet med de äldre, även efter projekttidens slut.

Allt fler äldre personer vårdas i sina hem, vilket betyder att de äldres behov i ökad utsträckning måste kunna tillgodoses i hemmen. En stor öppenhet för förändringar i efterfrågan på vård och omsorg liksom förändringar i samhällets strukturer måste finnas. De äldre, multisjuka personerna är en svag grupp i samhället, de behöver stärkas och behöver få tillgång till en egen arena i vården.

Det är av stor vikt att deras intressen tillgodoses och att generella behov uppmärksammas. I gränssnittet mellan olika vårdgivare finns alltid en risk för att Kersti "faller mellan stolarna", därför att osäkerhet råder om ansvarsförhållanden, oklara överrapporteringsrutiner etc. I det fortsatta arbetet måste SAM-gruppen (samarbetsorgan mellan närsjukvården, Falu kommun och numera även länssjukvården) ta sitt ansvar för detta och utse en person som ansvarar för samarbetsfrågorna, med mandat från både kommun och landsting. När det gäller äldre multisjuka personer måste frågan: "Vad är bäst för Kersti?" hållas levande.

Arbetet med Kersti måste drivas vidare med nya arbetsgrupper utifrån de behov som framkommer och som SAM-gruppen prioriterar.

Redan fattade beslut måste kontinuerligt följas upp och ansvarig person för detta ska utses. Ett sätt att hålla intresset vid liv och att skapa delaktighet hos personalen är att ha en årlig presentation av vad som skett med samarbetsfrågorna, med fokus på vad som är bäst för Kersti.



Projekt Kersti

Falu kommun - Medicinkliniken Falu lasarett - Närsjukvården Falun

Ett stort och varmt tack till alla som på olika sätt har bidragit med sitt kunnande och sin tid i projektet, för Kerstis bästa.



Ytterligare information kan erhållas från:

Lena Olai
Projektsekreterare
lena.olai@ltdalarna.se

Stina von Post
Projektledare
kristina.vonpost@ltdalarna.se

Projektets hemsida:
www.ltdalarna.se/projektkersti