

# Mobil sjukvård – en del i en helhet

## 1 Uppdragsdirektiv

### 1.1 Bakgrund

Sjukvård i hemmet har bedrivits sedan länge på primärvårdsnivå där läkare och distrikts-/kommunsköterska ofta utgjort det team som besökt patienten i hemmet. Avsaknaden av strategi och prioritering för detta arbete är inte ett nytt problem. Familjemedicinska institutet (FAMMI) gjorde 2006 en undersökning av två vårdcentraler och fann att de insatser som gjordes i hemmet av läkare var främst av ad hoc karaktär och initierades först när distriktsköterskan upplevde problem eller bedömde att behov fanns. Det finns säkerligen flera anledningar till varför det under flera decennier diskuterats hur sjukvård i hemmet skall säkras utan att en långsiktigt hållbar strategi tagits fram och verkstälts. Vård i hemmet är en komplex verksamhet där samarbete mellan flera huvudmän behöver fungera. De senaste åren har flera utredningar påtalat behovet av att förbättra den svenska vårdens kontinuitet och tillgänglighet, inte minst i vården av de mest sjuka äldre. Ett sätt att svara upp mot detta inte bara i region Örebro län utan i hela landet har varit skapandet av så kallade mobila team. I kartläggning av mobila team inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som genomfördes 2019 beskrivs att inte mindre än elva mobila team var i drift i region Örebro län, ett flertal relativt nystartade. Ytterligare fyra var då under uppstart. Av dess team är tre så kallade närsjukvårdsteam med delvis olika arbetssätt och där uppdragen tangerar det uppdrag vårdcentralerna har idag.

I april 2019 gjordes en utvärdering av närsjukvårdsteamet i Örebro som kompletterades med en fördjupad studie runt patienternas upplevelse. I utvärderingen konstaterades att teamet bidragit till ökad trygghet, bättre samordning av insatser, färre besök på akutmottagning och färre inläggningar på sjukhuset för de som varit inskrivna i teamet. Däremot har de goda effekterna begränsats till ett mindre antal personer. Det är inte kartlagt hur stort behovet av sjukvård i hemmet egentligen är eller vilka resurser som skulle behövas.

Det är inte heller klarlagt idag hur länets närsjukvårdsteam skall förhålla sig i relation till vårdcentralernas helhetsuppdrag.

I kartlägningsrapporten 190213 slås det fast: *"Mobila team kan vara en bra lösning för vissa målgrupper men bör komplettera och inte ersätta vårdcentralers och öppenvårdsmottagningars ansvar att bedriva vård i hemmet när det gynnar patientens behov och bidrar till en effektiv vård. Alla verksamheter som bedriver öppen vård måste arbeta med att hitta mobila lösningar för att uppnå en god och nära vård. Ett av flera sätt kan vara att organisera sig i team men det är ingen universallösning*

### 1.1.1 I ljuset av pandemi

Det är svårt att prata om mobil sjukvård utan att lägga viss tyngdpunkt på de mest sköra äldre. Vård och omsorg av denna grupp har hamnat i strålkastarljuset under den pandemi som drabbade världen under 2020. I början av december 2020 hade i Sverige fler än 7 000 människor avlidit med diagnosen covid-19. Av dessa personer var nära 90 procent 70 år eller äldre. Hälften av dem bodde i särskilt boende och knappt 30 procent hade hemtjänst. Samtidigt som den största anledningen till det höga antalet avlidna och smittade inom hemsjukvården var kopplat till smittspridningen i samhället blev de brister som fanns på systemnivå tydliga. Bristande samordning, utmaningar med det dubbla huvudmannskapet såsom avsaknaden av en patientcentrerad sammanhållen journalföring och bristande bemanning och kompetens lyfts fram i Coronakommissionens första utlåtande med fokus på äldreomsorgen. Även den IVO-granskning av läkarinsatser på SÄBO under pandemin samt revisionsrapporten "Granskning av hemsjukvårdsinsatser med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden", beställd av region Örebro läns revisorer, pekar på strukturella brister på olika nivåer. Mobil sjukvård berör i allra högsta grad den grupp av patienter som omfattas av de vårdformer dessa utredningar och uppföljningar. Sannolikt kan ett samlat grepp om denna vårdform medföra positiva effekter på fler områden i den basala hälso och sjukvården.

## 2 Avgränsning

I länet finns för närvarande över tio mobila team som agerar på olika organisatoriska sjukvårdsnivåer. Denna genomlysning avser att fokusera på mobil sjukvård på primärvårdsnivå. Här ingår främst hembesök ifrån vårdcentral i samverkan med kommunal sjuksköterska och närsjukvårdsteam som finns i de olika länsdelarna. För att klargöra komplexiteten kommer även andra verksamheter att beröras men inte ligga i fokus. Hit hör andra mobila team och även ambulansverksamheten.

## 3 Syfte

Syftet med genomlysningen är att identifiera målgrupper för mobil vård på primärvårdsnivå samt kartlägga nuläge. Då målgruppen i de flesta fall har insatser från två huvudmän krävs en samverkan med länets kommuner där vi är likvärdiga parter. Ansvarsfördelning och kommunikationsvägar mellan huvudmän och verksamheter gällande proaktiva, akuta och planerade insatser behöver redas ut. Detta för att kunna ta fram förslag på målbild och strategi för mobil sjukvård som del i ett system med hänsyn taget till varje länsdels unika förutsättningar. Syftet är vidare att tydliggöra vilka förutsättningar som behöver vara på plats för att kunna nå uppsatt målbild.

## 4 Mål/leverans

- Kartläggning av nuläge
- Identifiera målgrupper för mobil sjukvård på primärvårdsnivå och definiera vilka övergripande behov de har
- Förslag på målbild
  - Säkerställa jämlikhet över länet - gemensamt mål – lokalt anpassade lösningar
  - Säkerställa ett hållbart samarbete med kommunal vård och omsorg
  - Vårdcentralernas- och närsjukvårdsteamens uppdrag i relation till varandra och till specialistvårdens- och ambulansverksamhetens uppdrag.
  - Kommunikationsvägar för inblandade parter
- Långsiktig strategi för att nå målbild
- Förslag på kortsiktig interimslösning
- Praktiska och strategiska förutsättningar som behöver säkerställas för att nå målbilden
- Förslag på uppföljningsmodell på systemnivå
- Ekonomisk analys

## **5 Metod**

- Inventering av kunskapsläge
- Kartläggning av nuläge
- Omvärldsbevakning
- Direktkommunikation av patienter och verksamhetsföreträdare
- Ta stöd av uppföljningsmodell som tagits fram via SKR och Leading Health Care
- Risk- och konsekvensanalys
- Ekonomisk analys

## **6 Uppdragsägare**

Ägare av uppdraget är Hälso och sjukvårdsdirektör Jonas Claesson.

Styrgrupp är Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Rapportering kommer även att ske löpande till Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg för att säkerställa samverkan med kommunerna.

## **7 Uppdragsledare**

Ansvariga för uppdraget är en arbetsgrupp bestående av:

Madelene Andersson, medicinsk rådgivare

Jan Sundelius, samordnare Nära vård

Mia Tavander, verksamhetsutvecklare

## **8 Tidplan, aktivitetslista och kommunikationsplan**

*Kompletteras efter avstämning med uppdragsägare.*