

Mobil sjukvård – en del i en helhet

Slutrapport

Mobil sjukvård – en del i en helhet

Slutrapport

Mia Tavander

Jan Sundelius

2023-10-02

Innehåll

1.	Sammanfattning	5
2.	Definitioner	7
3.	Bakgrund	7
4.	Uppdraget.....	9
4.1	Uppdragsdirektiv.....	9
4.1.1	Syfte	9
4.1.2	Mål/Leverans	9
4.1.3	Avgränsning.....	10
4.1.4	Tidsplan	10
4.1.5	Organisation	10
4.1.6	Kommunikationsplan	11
5.	Förankring och kartläggning	11
5.1	Information och förankring.....	11
5.2	Intressentanalys	11
5.3	Kartläggning	11
5.3.1	Tvärprofessionell workshop.....	12
5.3.2	Uppgifter från vårdcentraler.....	12
5.3.3	Uppgifter från mobila närsjukvårdsteam	12
5.3.4	Workshop områdesledning Nära vård.....	12
5.3.5	Nationellt webinarium – Omvärld	12
5.3.6	Övriga dialoger	13
6.	Resultat	14
6.1	Målbild mobil sjukvård på primärvårdsnivå	15
6.2	Målgrupp och behov	15
6.3	Mobilt utbud	20
6.4	Praktiska förutsättningar.....	26
6.5	Kontaktvägar mellan verksamheter.....	28
6.6	Patientnära samarbete	30
6.7	Samverkan mellan verksamheter och huvudmän	32
6.8	Ledning, styrning och utveckling tillsammans	36
6.9	Uppföljning och utvärdering.....	39
7.	Reflektioner och prioriterade åtgärdsförslag	41

8.	Bilagor	43
	Bilaga 1: Uppdragsdirektiv Mobil sjukvård - en del i en helhet	43
	Bilaga 2: Kommunikationsplan	43
	Bilaga 3: Sammanfattning intressentanalys	43
	Bilaga 4: Sammanfattning tvärprofessionell workshop	43
	Bilaga 5: Sammanfattning besök mobila närsjukvårdsteam	43
	Bilaga 6: Sammanfattning besök på vårdcentraler	43
	Bilaga 7: Sammanfattning workshop områdesledning Nära vård	43
	Bilaga 8: Patientfall som använts under uppdraget	43

1. Sammanfattning

Den hälso- och sjukvård som ges i hemmet behöver utvecklas. En del av detta är möjligheten till mobil sjukvård. I region Örebro län görs hembesök av medarbetare från vårdcentral i samverkan med kommunens hemsjukvård. Som ett komplement finns flera olika mobila team för definierade målgrupper.

År 2019 genomfördes en utvärdering av närsjukvårdsteamet i Örebro. Den visade bl.a. att teamet bidragit till att patienterna kände en ökad trygghet, hade färre besök på akutmottagning och färre inläggningar i slutenvården. Det har dock inte genomförts någon kartläggning av hur stort behovet är av sjukvård i hemmet eller vilka resurser som skulle behövas. Det är inte heller klarlagt hur länets närsjukvårdsteam ska förhålla sig till vårdcentralernas uppdrag.

Syftet med detta uppdrag har varit att:

- Identifiera målgrupper för mobil sjukvård på primärvårdsnivå.
- Kartlägga nuläge.
- Beskriva målbild, strategier och förutsättningar för den mobila sjukvården.

Följande förslag har tagits fram som målbild för den mobila sjukvården i regionen:

Målbild

Ingen patient med kommunala insatser ska behöva åka in till sjukhuset om vården kan ges i hemmet!

- Vi tar ett gemensamt ansvar för patienten (kommuner, vårdcentraler och sjukhusverksamheter).
- Regionens och kommunernas primärvård är basen för sjukvård i hemmet.
- Vi har ett gemensamt mobilt utbud utifrån olika förutsättningar i länet.

Det föreslås att särskilda mobila lösningar/mobila team ska komplettera primärvården för att möta:

- Svårt sjuka och kroniskt instabila patienter.
- Patienter i behov av specialiserad palliativ vård.
- Behov av insatser som kräver särskild kompetens eller utrustning.
- Behov av ”akuta” bedömningar/insatser.

För att nå målbilden beskrivs många åtgärdsförslag i denna rapport. Nio av dessa bedöms som mest prioriterade. De redovisas nedan och är utan inbördes ordning:

1. **Gemensamt arbetssätt/kriterier för att identifiera patienter** där insatser i hemmet kan underlätta vård på rätt vårdnivå.

2. Upprätta **medicinska vårdplaner** för de mest sjuka och instabila patienterna.
3. Skapa förutsättningar för **fast läkarkontakt** på vårdcentralen.
4. **Dimensionering** av utbud utifrån identifierade målgrupper.
5. Bygga vidare på **befintliga mobila team** och **mobila verksamheter**.
6. Utforma särskilda mobila lösningar för **norra och södra länsdelarna**.
7. **Samlokalisering lokalt** av särskilda mobila lösningar/mobila team.
8. Säkra **hållbara kontaktvägar** mellan inblandade verksamheter.
9. System för **uppföljning och utvärdering** samt forum för **lärande och utveckling**.

Oavsett hur man väljer att organisera och utforma det mobila utbudet så behöver det bli en integrerad del av vård- och omsorgssystemet. Vårdcentralerna, sjukhusverksamheterna, ambulanssjukvården samt den kommunala vården och omsorgen behöver samspela för att ingen patient som har kommunala insatser ska behöva åka till sjukhus om vården kan ges i hemmet och målbilden uppnås.

2. Definitioner

Mobil sjukvård

Med mobil sjukvård menar vi i denna rapport alla mobila lösningar och insatser som ges i hemmet oavsett organisationsform. Begreppet mobila team används då vi specifikt beskriver dessa.

Primärvård

I denna rapport används begreppet primärvård för att beskriva den vårdnivå som regionen och kommunerna ansvarar för gemensamt. Primärvården ska svara för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser.¹

Sjukhusverksamheter

I rapporten används begreppet sjukhusverksamheter för de verksamheter som har sjukhus som utgångspunkt. Här inkluderas även ambulansverksamheten.

Patient

Vi använder begreppet patient i rapporten då det i sammanhanget handlar om invånaren som mottagare av hälso- och sjukvård.

3. 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. Det finns säkert flera anledningar till varför det under flera decennier diskuterats hur sjukvård i hemmet skall säkras utan att en långsiktigt hållbar strategi tagits fram och verkställt. Vård i hemmet är komplex där samarbete mellan flera verksamheter och huvudmän behöver fungera. De senaste åren har flera utredningar påtalat behovet av att förbättra den svenska vården vad gäller kontinuitet och tillgänglighet, inte minst i vården av de mest sjuka äldre. Det nationella arbetet med omställningen till en god och nära vård har aktualiserat frågan ytterligare. Omställningen handlar om att mer av sjukvårdens insatser bör ske i patientens hem när det gagnar patienten och är resurseffektivt. Ett sätt att svara upp mot detta inte bara i Region Örebro län utan i hela landet har varit att skapa så kallade mobila team. I många regioner har dessa team vuxit fram som fristående verksamheter. De har inte varit en integrerad del av någon befintlig verksamhet. År 2019 genomfördes en kartläggning av mobila team

¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 2 kap. 6§.

inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen.² Den kartläggningen visade att inte mindre än elva mobila team var i drift vid tidpunkten i regionen. Av dessa var två så kallade närsjukvårdsteam med delvis olika arbetssätt och där uppdragen tangerar vårdcentralernas uppdrag.

I april 2019 genomfördes en utvärdering av närsjukvårdsteamet i Örebro³. Den 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. De goda effekterna hade dock begränsats till ett mindre antal personer.

Det är inte kartlagt hur stort behovet av sjukvård i hemmet är eller vilka resurser som skulle behövas. Det är inte heller klarlagt gränsdragningar och ansvarsfördelning vad gäller uppdrag för länets närsjukvårdsteam i förhållande till vårdcentralernas uppdrag.

I kartlägningsrapporten från 2019 slås det fast att: ”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 öppenvård 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”.

Det är svårt att nämna mobil sjukvård utan att lägga viss tyngdpunkt på de mest sköra äldre. Vård och omsorg av denna grupp hamnade i strålkastarljuset under den pandemi som drabbade världen under 2020. I början av december 2020 hade fler än 7 000 personer i Sverige 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. I Coronakommissionens första utlåtande⁴ med fokus på äldreomsorgen lyftes flera brister fram. Dessa var bristande samordning, utmaningar med det dubbla huvudmannskapet, avsaknaden av en patientcentrerad sammanhållen journalföring, bristande bemanning och kompetens. Även IVO:s granskning av läkarinsatser på SÄBO under pandemin⁵ samt den rapport som beställdes av Region Örebro läns revisorer⁶, pekar på strukturella

² Kartläggning av mobila team inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen - Region Örebro län februari 2019

³ Utvärdering av mobila närsjukvårdsteamet i Örebro -Region Örebro län april 2019

⁴ Coronakommissionens delrapport 1, Äldreomsorgen under pandemin – SOU 2020:80

⁵ Tillsyn av Region Örebro läns ansvar när det gäller medicinsk vård och behandling av äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende - IVO, november 2020

⁶ Granskning av hemsjukvårdsinsatser⁶ med fokus på läkarmedverkan inom särskilda boenden - PWC, juni 2021

brister på olika nivåer. Mobil sjukvård är en vårdform som i hög grad kan vara aktuell för den grupp av patienter som tas upp i dessa utredningar och uppföljningar.

I hälso- och sjukvårdslagens tredje kapitel framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården⁷.

4. Uppdraget

4.1 Uppdragsdirektiv

Ett direktiv till detta uppdrag togs fram och beslutades av Hälso- och sjukvårdsdirektören i oktober 2021. Uppdragsdirektivet i sin helhet finns i bilaga 1.

4.1.1 Syfte

Syftet med uppdraget är att identifiera målgrupper för mobil sjukvård på primärvårdsnivå samt kartlägga nuläge. Målgruppen har i de flesta fall insatser från både kommun och region. Då krävs en samverkan mellan regionen och länets kommuner där vi är likvärdiga parter. Ansvarsfördelning och kommunikationsvägar mellan huvudmän och verksamheter gällande förebyggande, akuta och planerade insatser behöver redas ut. Det behövs för att kunna ta fram förslag på målbild och strategi för mobil sjukvård som del i ett hälso- och sjukvårdssystem I modellen behöver också hänsyn tas till varje länsdels unika förutsättningar. Syftet är vidare att tydliggöra vilka förutsättningar som behöver vara på plats för att kunna nå målbilden

4.1.2 Mål/Leverans

- Kartläggning av nuläge.
- Identifiera målgrupper för mobil sjukvård på primärvårdsnivå.
- Definiera vilka övergripande behov målgrupperna har.
- Förslag på målbild:
 - Säkerställa jämlikhet över länet.
 - Säkerställa ett hållbart samarbete med kommunal vård och omsorg.
 - Tydliggöra vårdcentralernas- och närsjukvårdsteamens uppdrag i relation till varandra samt till specialistvårdens- och ambulansverksamhetens uppdrag.
 - Tydliga och ändamålsenliga kommunikationsvägar för inblandade parter.
- Långsiktig strategi för att nå målbilden och förslag på kortsiktig interimslösning.

⁷ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 3 kap. 1§.

- Praktiska och strategiska förutsättningar som behövs för att nå målbilden.
- Förslag på uppföljningsmodell på systemnivå.
- Ekonomisk analys (Har inte varit möjlig att genomföra inom ramen för uppdraget).

4.1.3 Avgränsning

Uppdraget har haft fokus på mobil sjukvård på primärvårdsnivå. Här ingår främst hembesök ifrån vårdcentral i samverkan med kommunal sjuksköterska och närsvårdssteam som finns i de olika länsdelarna. För att klargöra komplexiteten kommer även andra mobila team, ambulansverksamheten och andra sjukhusverksamheter att beröras men de är inte centrala i detta arbete. De mobila team som finns inom barnsjukvården och psykiatrisk vård har inte ingått i uppdraget.

4.1.4 Tidsplan

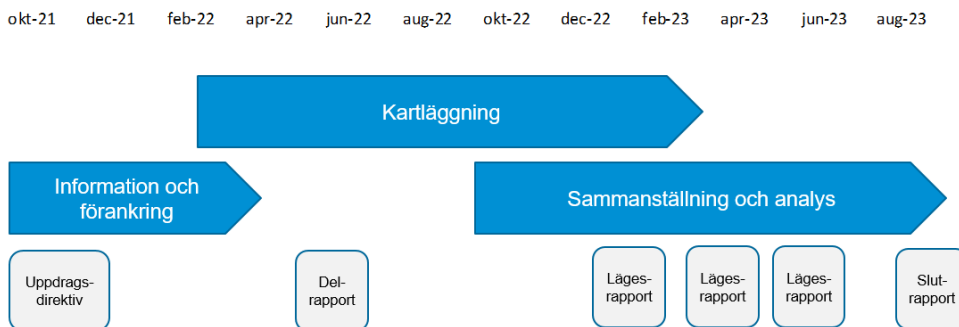


Bild 1: Övergripande tidsplan för uppdraget

I bilden ovan beskrivs den övergripande tidsplanen. Ursprungligen skulle uppdraget avslutas i januari 2023. Tidsplanen för uppdraget har dock förlängts vid ett par tillfällen under arbetets gång. De främsta skälen är omsättning i arbetsgruppen och att några aktiviteter som varit avgörande för resultatet, har behövt senareläggas.

4.1.5 Organisation

Uppdragsgivare

Jonas Claesson. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Avrapportering har även skett till:

Lena Adolfsson, områdeschef, Område nära vård

Martin Gunnarsson, områdeschef, Område specialiserad vård (fr.om våren 2023)

Arbetsgrupp

Jan Sundelius, samordnare för omställningen till nära vård

Mia Tavander, verksamhetsutvecklare

Madelene Andersson, medicinsk rådgivare t.o.m. aug 2022

Maria Nyström, medicinsk rådgivare fr.o.m. aug 2022

Anna Sand, verksamhetsutvecklare aug-dec 2022

Expertstöd

Internt - Ewa Slätmo, strateg

Omvärld - Dag Noren, konsult, Governo

4.1.6 Kommunikationsplan

Fokus på delaktighet har varit centralt under arbetet. Stor vikt har lagts på dialog med medarbetare och chefer inom både regionen och länets kommuner.

Kommunikationsplanen som helhet finns i bilaga 2.

5. Förankring och kartläggning

5.1 Information och förankring

Uppdraget inleddes med ett flertal informationsmöten till berörda verksamheter med syfte att göra uppdraget känt och samtidigt förbereda inför senare dialoger. Se kommunikationsplan bilaga 2.

5.2 Intressentanalys

Initialt genomfördes en intressentanalys med syftet att identifiera vinster, risker/utmaningar med uppdraget samt personer, funktioner och grupperingar som kunde vara viktiga att inkludera eller informera under arbetet. Sammanställning av intressentanalysen finns i bilaga 3.

5.3 Kartläggning

Kartläggning i 6 spår



Bild 2: Beskrivning av uppdragets kartläggningsfas

Under detta avsnitt beskrivs de aktiviteter som tillsammans har utgjort underlag för resultatredovisningen i avsnitt 6 nedan.

5.3.1 Tvärprofessionell workshop

I samarbete med projektet ”Ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet” bjöds utsedda medarbetare och första linjens chefer från hemsjukvården i Region Örebro län och länets kommuner in till gemensam workshop som anordnades vid fyra tillfällen. Fokus var samskapande av framtidens hälso- och sjukvård i hemmet utifrån ett verksamhetsnära och tvärprofessionellt perspektiv. Tillsammans fick deltagarna reflektera utifrån fyra patientresor med olika händelseförlopp och frågeställningar. Sammanfattning av workshop finns i bilaga 4.

5.3.2 Uppgifter från vårdcentraler

Samtliga vårdcentraler i länet erbjöds svara på en enkät med faktauppgifter. Därefter genomfördes besök på fyra av vårdcentralerna, en i varje länsdel. Vid besöken genomfördes en fördjupad dialog runt målgrupper, behov, insatser, samarbete och kommunikation samt praktiska förutsättningar vid hembesök. Sammanfattning av enkätresultat och besök finns i bilaga 5.

5.3.3 Uppgifter från mobila närsjukvårdsteam

Närsjukvårdsteamet i väster och Närsjukvårdsteamet i Örebro fick besvara en enkät med faktauppgifter som en förberedelse inför besöket.

Vi träffade teamen var för sig för en dialog utifrån deras erfarenheter av målgrupper, behov, insatser, samarbete och kommunikation samt praktiska förutsättningar vid hembesök. Sammanfattning av enkätresultat och besök finns i bilaga 6.

5.3.4 Workshop områdesledning Nära vård

I december 2022 genomfördes en workshop tillsammans med Område Nära vårds ledningsgrupper, där utgångspunkten var resultatet av den tidigare tvärprofessionella workshopen med medarbetare och första linjens chefer inom regionen och kommunerna. Syftet var att starta en dialog i ledningsgrupperna samt inhämta ytterligare underlag till uppdraget utifrån frågeställningarna:

Hur kan vi tillsammans komma vidare i arbetet med vård i hemmet av våra mest sköra äldre, både på **lång** och **kort sikt**?

- Vad behöver din verksamhet?
- Vad behöver du göra för att komma vidare?
- Vad kan ledningsgrupperna göra gemensamt?

Sammanfattning av workshop finns i bilaga 7.

5.3.5 Nationellt webinarium – Omvärld

I maj 2022 arrangerade vi ett nationellt webinarium med syfte att få en nationell omvärldsbild av det mobila arbetet och samtidigt skapa en möjlighet till fortsatt

nätverkande. Medarbetare och chefer från sex regioner/organisationer deltog (Örebro, Västmanland, VG-regionen (Skaraborg), Uppsala, TioHundra och Gävleborg). Huvuddelen av de mobila teamen fokuserar på äldre med en komplex sjukdomsbild och många sjukvårdskontakter. Det blev tydligt att teamens angreppssätt och sammansättning skiljer sig åt, liksom organisatorisk tillhörighet och samarbete med kommunen.

Identifierade gemensamma utmaningar:

- Svårt att få en stabil bemanning.
- Svårighet att göra verksamheten känd.
- Otydligt gränssnitt till primärvård.
- Den mobila vården behöver hänga ihop med annan vård.
- Svårighet att visa på effekt, men upplevelsen är att nyttan är god.

Möjligheten till direktinläggningar lyftes som en viktig framgångsfaktor av flera team.

Några exempel från andra regioner som framkom under webinariet.

Skaraborg: ”Uppföljning genom att personalen har skattat vad som skulle hänt med patienten om inte det mobila besöket gjorts.”

Tiohundra: ”Arbetar med modellen *Sjukhusets förlängda arm* -Möjlighet till direktinläggning. Uppföljning har visat minskat antal vårdtillfällen. Goda effekter på arbetsmiljön.”

5.3.6 Övriga dialoger

Dialoger har också förts med nyckelpersoner och grupperingar både internt i regionen, i närliggande kommuner och med arbetsgruppen för mobil sjukvård i Västmanland.

6. Resultat

Uppdraget var att ta fram en målbild och strategier för mobil sjukvård på primärvårdsnivå. Under genomlysningen har det blivit tydligt att det krävs ett bredare grepp för att lösa ut många av de förbättringsbehov som beskrivs i detta avsnitt. Det handlar om frågor där både kommuner, vårdcentraler och sjukhusverksamheter gemensamt måste ta ansvar.

De workshoppar, verksamhetsbesök och dialoger där vi mött både medarbetare och chefer utgör de viktigaste underlagen i resultatavsnittet. Dessa har kompletterats med mer hårda fakta i form av statistik där sådan har varit möjligt att få fram. Då den mobila sjukvården ofta befinner sig i skärningspunkten mellan huvudmännen och regionens egna verksamheter saknas ofta bra uppföljningsparametrar. Befintliga parametrar mäter oftast bara resultat i en verksamhet och följer inte patientflöden på det sätt som vore önskvärt för att kunna följa upp insatserna på ett ändamålsenligt sätt.

Resultatet är uppdelat under rubriksområden i bild nedan. Flera av de delar som beskrivs skulle kunna rymmas under flera rubriker men har placerats där de ger bäst sammanhang. Under rubrikerna finns en sammanfattande text samt i slutet en summering i punktform av nuläge och behov framåt. För att fånga dialoger med verksamhetsföreträdare kompletteras texten med citat. Några exempel från andra regioner som kan fungera som inspiration i det fortsatta arbetet lyfts fram i gråa textrutor.



Bild 3: Rubriksområden i resultatet

6.1 Målbild mobil sjukvård på primärvårdsnivå

Följande förslag har tagits fram som målbild för den mobila sjukvården i regionen:

Målbild

Ingen patient med kommunala insatser ska behöva åka in till sjukhuset om vården kan ges i hemmet!

- Vi tar ett gemensamt ansvar för patienten (kommuner, vårdcentraler och sjukhusverksamheter).
- Regionens och kommunernas primärvård är basen för sjukvård i hemmet.
- Vi har ett gemensamt mobilt utbud utifrån olika förutsättningar i länet.

Kopplat till målbilden har nedanstående bild tagits fram som beskriver vad som avses med ett gemensamt mobilt utbud utifrån olika målgruppers behov där primärvården är basen. Det mobila utbudet beskrivs utförligare under avsnitt 6.3.

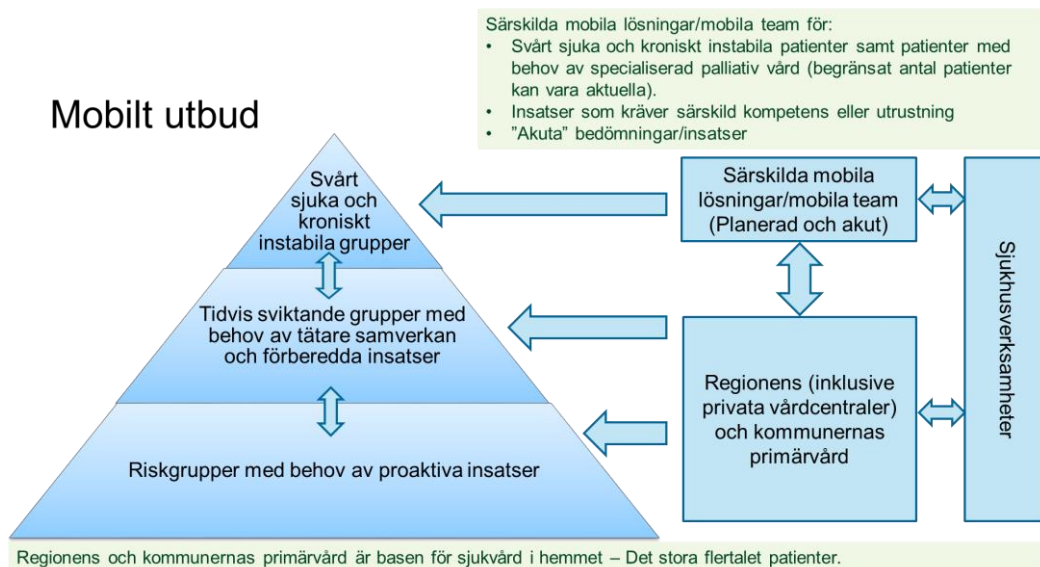


Bild 4: Förslag till mobilt utbud

6.2 Målgrupp och behov

För att illustrera målgruppen ges nedan en sammanfattning av de fallbeskrivningar som användes under workshop med verksamheterna. Fallen är påhittade men bygger på fall från verkligheten. Patientfallen i sin helhet finns i bilaga 8.



Lilian 74 år bor ensam och har ett alkoholberoende, KOL och en snabbt progredierande Alzheimers sjukdom. Hon protesterar alltid vilt när hälso- och sjukvården kontaktar henne i olika former och hon kommer inte att självständigt söka upp någon vårdinrättning. Det finns behov av kontinuitet i relationen till läkare och sjuksköterska för att skapa en bra allians och trygghet.

Soheil 91 år är änkeman och särbo. Plötsligt dör hans "hjärtedam" och Soheil blir förkrossad. Som om inte det var nog upptäcks förhöjt PSA, förmaksflimmer och njursvikt. Soheil hamnar på sjukhus pga influensa och kommer hem med en tre sidor lång medicinlista. Svår yrsel tillstöter och man ringer ambulans efter några dagar. Ytterligare försämring med hjärtinfarkt och hjärtsvikt tillkommer och Soheil vårdas på sjukhus flera gånger. Läkaren på vårdcentralen tycker att sjuksköterskan i kommunen hör av sig för sent vid försämring och sjuksköterskan tycker att läkaren är svår att få tag i.



Oskar 83 år är änkeman men har en engagerad familj som bor nära. Plötsligt ändras livet – Oskar bryter benet och han blir beroende av hemtjänst. I efterförloppet drabbas Oskar ytterligare och efter flera utredningar visar det sig att Oskar har tjocktarmscancer och sköts av kommunens sjuksköterska och vårdcentralens läkare tills han somnar in. Under utredningens gång är det uppenbart att samordningen inte fungerar inom regionens sjukvård. I slutskedet av Oskars liv blir läget kaotiskt av orsaker som har sin grund i bristande kontinuitet av läkare och sjuksköterska

Greta 85 år är beroende av sin ålderstigna make. Hennes minne sviktar och hon har diabetes och diverse andra "krämpor". En dag insjuknar maken och hennes trygga tillvaro rasar. Greta utvecklar hjärtsvikt och blir alltmer beroende av sjukvård i hemmet. På grund av bristande proaktivitet relaterad till bristande tid för planering blir Greta sjukare än vad hon hade behövt. Ambulans tillkallas några gånger. Det är uppenbart att det saknas trygghet för Greta.



Patienter med hemsjukvård

Tillförlitlig statistik för antal patienter med hemsjukvård i Örebro län är svår att få fram. Antalet registrerade aktuella hemsjukvårdspatienter i primärvårdens verksamhetssystem juli 2022-juni 2023 var 2 445 stycken. Denna statistik innehåller flera felkällor bland annat:

- Rutiner för inskrivning i samspel med den kommunala hemsjukvården varierar.
- Registrering i systemet görs inte på samma sätt (Ett par vårdcentraler har inte registrerat några hemsjukvårdspatienter).
- Hemsjukvård är en kronisk diagnos i systemet så det krävs handpåläggning för att avsluta patienter.

Siffrorna är låga i förhållande till manuellt insamlad statistik från kommunerna under våren 2023 som visade att antalet hemsjukvårdspatienter var 3 687 st. Dessa siffror säger dock inget om vilka behov eller omfattning av insatser patienterna har. En punktmätning av patienter med hemsjukvård i fem kommuner genomfördes november 2022 i samband med ny länsöverenskommelse för sjukvård i hemmet. Där kategoriseras patienter utifrån omfattning av hemsjukvård, identifierade risker och behov av samordning. Uppräkning av de fem kommunernas patienter till hela länet innebär att det finns cirka 3 400 patienter med hemsjukvård. Andelen personer med mest omfattande behov (avancerade insatser och eller palliativ vård) är få relativt sett (229 st), men står för en betydligt större andel av kostnaden utifrån utförd tid.

Statistik över antal registrerade hembesök av läkare från vårdcentral går att ta fram. Det går dock inte att särskilja vilka besök som görs till patienter inom hemsjukvården och vilka som görs till patienter på SÄBO. Siffrorna pekar på att det finns en variation mellan hur många hembesök som görs av de olika vårdcentralerna. Denna bild bekräftas av de enkätsvar vi fått i samband med de besök som genomförts på vårdcentralerna. Perioden januari-juni 2023 genomfördes 4 365 hembesök av läkare. Det är en ökning jämfört med samma period 2022 då 3 542 besök genomfördes. Sannolikt beror ökningen på fler registrerade hembesök snarare än att volymen har ökat i den omfattningen som siffrorna visar. I statistik för hembesök av andra yrkeskategorier går det inte att skilja ut besök riktade till den aktuella målgruppen.

Svårt sjuka och kroniskt instabila grupper

Statistik för antal patienter i kategorierna som beskrivs i pyramiden i föregående avsnitt finns inte tillgängliga för Örebro län.

Skattningar från andra regioner visar att antalet personer i toppen av pyramiden med behov av särskilda mobila insatser är relativt få. I Skaraborgs arbete med mobila team beräknades 0,2 procent av befolkningen vara svårt sjuka och kroniskt instabila patienter. Denna skattning har stämt även vid andra utvecklingsarbeten i Skåne och Västra Götaland. I Örebro län motsvarar detta cirka 600 personer.

I Västmanland och Västerbotten har man i sina pågående arbeten skattat hela målgruppen för hemsjukvård till 5 procent av antalet invånare 65 år och äldre.

Vanligen ligger nyckeltalen för målgruppen i spannet 3-5 procent. För Örebro län motsvarar 5 procent av antalet 65 år och äldre 3 400 invånare. Detta stämmer relativt väl med antalet personer med hemsjukvård i Örebro län.

I Örebro län saknas idag gemensamma arbetsätt och bedömningskriterier för att identifiera de patienter som har stora behov eller riskgrupper. Detta är viktigt för att ge medarbetarna enkla verktyg för att identifiera dessa patienter men också för att kunna skatta målgruppernas storlek. I några andra regioner finns bedömningskriterier framtagna som används i praktiskt arbete.

Exempel från Jönköpings län

I Jönköpings län används sedan flera år en algoritm (PREA60) som körs varje vecka i journalsystemet (Cosmic) och som med en hög sannolikhet kan förutsäga risken för att blir så sjuk att man kräver inläggning på sjukhus. Algoritmen bygger på en rad parametrar (kön, ålder, utvalda diagnoser och vårdåtgärder samt återinläggningar och andra vårdkontakter). Varje måndag morgon kan alla vårdcentraler i länet hämta upp en färdig lista för sina listade patienter. Det är ett verktyg som idag används av de flesta vårdcentraler för att identifiera de mest sjuka och lägga en vårdplan på alla dessa patienter.

Gemensamma bedömningskriterier skulle utöver möjligheten att identifiera patientgruppen, även skapa förutsättningar för att kunna göra en gemensam prioritering av de svårt sjuka och kroniskt instabila patienterna. Aktörerna behöver också snabba kontaktvägar till varandra för att gemensamt kunna sluta upp runt patienten. När en patient uppfyller vissa kriterier, skulle en signal av något slag framgå i de olika aktörernas verksamhetssystem. Ett slags ”Grönt kort” som ger snabb tillgång till de insatser som krävs, på liknande sätt som Tandvården arbetar med särskilt tandvårdsstöd⁸.

**Workshop
områdesledning:**
”Vi behöver skapa en
modell som stödjer
prioritering av patienter.”

Ett stöd i att identifiera de mest sjuka ger också underlag för att se vilka som är i störst behov av medicinska vårdplaner. Det ökar också möjligheterna att arbeta mer förebyggande för att motverka att patienten måste få vård på mer avancerad nivå.

Workshop medarbetare:
” Vi ligger steget efter
och jobbar reaktivt”

⁸ Region Örebro län – ”Tandvårdsstöd – anvisning”

Vikten av fungerande individuell planering där patienten är delaktig har lyfts vid upprepade tillfällen i dialoger med verksamheter. Bilden är entydig, att detta är ett område som behöver förbättras för många patienter som får sina insatser i hemmet. De mobila närsjukvårdsteamerna beskriver att en framgångsfaktor i deras arbete är medicinska behandlingsplaner. Detta skapar trygghet både för patienter, närstående och för teamet. Planerna förebygger onödiga sjukhusbesök och inläggningar.

Närsjukvårdsteam:
” Vi känner patienterna som är inskrivna och kan agera tidigt och förebygga försämring.”

Nuläge:

- Bristande statistik för den mobila sjukvårdens målgrupper.
- Gemensamma kriterier för att identifiera målgrupper med olika behov saknas.
- Bristande gemensam prioritering av patienter med samordningsbehov.
- Bristande individuell vårdplanering där patienten är delaktig.
- Bristande proaktivitet leder till att patienter vårdas på en högre vårdnivå än nödvändig.

Vad behövs:

- Gemensamt arbetssätt/kriterier för att identifiera patienter där insatser i hemmet kan underlätta vård på rätt vårdnivå.
- Former för gemensam prioritering av patienter med störst behov.
- Upprätta medicinska vårdplaner för de mest sjuka och instabila patienterna.

6.3 Mobilt utbud

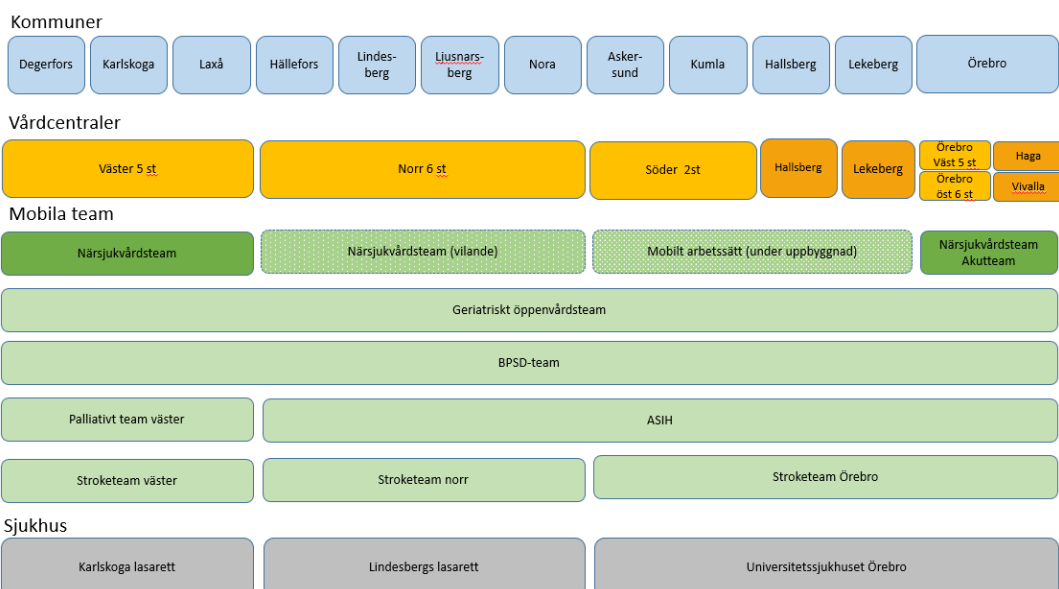


Bild 5: Aktörer i mobil sjukvård på primärvårdsnivå i Örebro län

Bilden ovan beskriver organisatorisk och geografisk indelning av de aktörer som är inblandade i den mobila sjukvården. Bilden kan ge en illusion av att det finns ett jämnt utbud i länet förutom avsaknaden av mobila team i norra och södra länsdelarna. Under arbetet med uppdraget har det dock blivit tydligt att förutsättningarna ser mycket olika ut mellan de inblandade verksamheterna.

Generellt om dagens mobila sjukvård

En identifierad svaghet i nuvarande arbetssätt är att insatserna som ges är reaktiva. Det framfördes av alla representanter vid den tvärprofessionella workshopen. En tidigare gemensam planering tillsammans med patienten skulle i många fall kunna skapa trygghet och förebygga vård på en högre nivå.

Av flera skäl som beskrivs vidare under avsnitt 6.4. nyttjas inte de digitala möjligheterna på ett sätt som skulle underlätta arbetet. Möjlighet för läkare att kunna möta patienten via digitala hjälpmedel skulle kunna underlätta där det är lämpligt. Detta gäller särskilt vid besök hos patienter i länets utkanter som är tidskrävande och förutsätter en god planering. Möjlighet till distansmonitorering av patienter skulle också kunna underlätta.

Kommunernas och regionens primärvård

Länets tolv kommuner har i grunden olika förutsättningar att bedriva sjukvård i hemmet relaterat till storlek, åldersstruktur, folkhälsa mm. Kompetensförsörjning och organisation av den egna verksamheten, exempelvis tillgång till särskilt boende påverkar också. Till det kommer att man behöver anpassa verksamheten efter tillgång till stöd från vårdcentraler, mobila team och sjukhusverksamheter. Detta har framkommit tydligt vid de besök som genomförts på vårdcentralerna. Bilden stärks ytterligare av mätningen av hemsjukvård i fem kommuner (se avsnitt 6.2). Mätningen visar att det finns en stor skillnad i vilka kategorier av patienter som får sjukvård i hemmet. Några kommuner har en övervikt av personer med lättare behov medan andra har en större andel personer med omfattande behov.

Workshop medarbetare:
” Våra invånare har olika förutsättningar beroende på var de bor.”

Vid våra besök hos vårdcentralerna framkom att utbudet när det gäller hembesök av läkare, ser olika ut på länets vårdcentraler. Alla vårdcentraler har läkare som gör hembesök hos hemsjukvårdspatienter. Det sker dock i olika omfattning och till olika patientgrupper. Ett tydligt exempel är den palliativa vården. Där har det framkommit att palliativa patienter i högre grad får besök av läkare från vårdcentralen i kommunerna med begränsad eller ingen tillgång till ett palliativt team.

I den enkät som skickades ut till samtliga vårdcentraler inför våra besök uppgav drygt 60 procent att de upplever att de saknar tillräckliga resurser för hembesök. Huvudorsaken är vårdcentralernas brist på fasta läkare. Vårdcentralernas uppdrag mot hela befolkningen och den utökning av uppdraget som skett över tid påverkar också möjligheterna att prioritera hembesök. Vårdcentralerna bedriver en mer avancerad sjukvård idag än för 20 år sedan samtidigt som krav på förebyggande insatser också har ökat. Med detta sagt är bilden som framkommit under utredningen att vårdcentralerna prioriterar dessa målgrupper utifrån förutsättningarna, men det är en utmaning.

Workshop medarbetare:
” Läkare får prioritera fyra äldre på vårdcentralen eller ett hembesök.”

Mobila team

Mobila närsjukvårdsteam finns i västra länsdelen och i Örebro kommun. I norra länsdelen har försök gjorts med att starta ett mobilt närsjukvårdsteam men projektet avslutades. I södra länsdelen har man vid två tillfällen tagit fram förslag på mobilt arbetssätt. Det senaste förslaget att närsjukvårdsteamet i Örebro även skulle svara för södra länsdelen är inte verkställt.

Närsjukvårdsteamet i Örebro och väster har båda en planerad och en akut verksamhet. Båda teamen vänder sig idag till multisjuka patienter som har svårt att ta sig till vårdcentralen. Initialt fanns en avgränsning till personer över 65 år men i väster är nu ålderskriteriet borta och i Örebro görs individuell prövning om en yngre person har behov. Teamet i Örebro är verksamt under kontorstid vardagar medan teamet i väster även arbetar med akuta insatser dagtid under helger.

Närsjukvårdsteamet har haft ett ojämnt inflöde av patienter. Ett skäl till detta är att de under perioder inte varit fullt bemannade på läkarsidan. Ett annat skäl är att det har tagit tid för närsjukvårdsteamet att bli etablerade verksamheter. Mycket tid har gått åt för att göra verksamheten känd hos samarbetspartners.

Både de uppföljningar och erfarenheter av regionens egna team⁹ och från liknande verksamheter¹⁰ i andra regioner visar på att insatserna har goda effekter.

För patienten

- Ökad trygghet.
- Möjlighet att kunna vara kvar hemma i högre utsträckning.
- Minskat antal vårdkontakter.

För hälso- och sjukvårdssystemet

- Minskat behov av vårdplatser.
- Minskat antal besök på andra vårdinrättningar.
- Minskad arbetsbörda för personal i form av omprövningar – flytt mellan vårdinrättningar.
- Minskade kostnader.

Mobila närsjukvårdsteam ifrågasätts ibland utifrån att de upplevs vara resurskrävande och ger effekt bara för ett fåtal patienter. En annan invändning är att det finns för lite evidens för dessa verksamheter. Ett argument vi mött är också att den ordinarie verksamheten med en annan fördelning av resurser skulle kunna utföra alla mobila insatser.

Dessa invändningar behöver tas på allvar och hanteras. Samtidigt kan det konstateras att vi historiskt inte klarat av att ge dessa målgrupper hälso- och sjukvård på ett tillräckligt bra sätt med nuvarande organisation och arbetssätt. Vi behöver hitta sätt att

Närsjukvårdsteam:
” Vi har möjlighet att vid våra besök se helheten; samordna insatser, göra klart, avsluta, planera nästa steg och följa upp”

⁹ Region Örebro län, Utvärdering av mobila närsjukvårdsteamet i Örebro 2019

¹⁰ Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus Exempel med kostnadsberäkningar, Dag Norén, november 2020

möta de mest sårbara målgrupperna som utgör en liten del av befolkningen men står för en stor del av vårdens insatser och således kostnader. Frågan är inte om vi ska göra något utan hur vi ska utforma vården för att den ska vara av god kvalitet och kostnadseffektiv.

För att mobila vårdlösningar ska drivas kostnadseffektivt krävs att den särskilda resurs som avsätts har ett tillräckligt antal patienter.

I uppdraget ingick inte att specifikt granska länets palliativa team. Under genomlysningen har det blivit tydligt att de palliativa teamens och närsjukvårdsteamens uppdrag tangerar varandra. Såväl när det gäller patientgrupper som möjlighet att samverka praktiskt. Det finns två mobila team för palliativ vård i länet. Palliativa teamet som utgår från Karlskoga lasarett och serverar västra länsdelen och Teamet för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), som utgår från Geriatriska kliniken vid USÖ med uppdrag mot resten av länet. Stora avstånd gör att möjligheterna för ASIH att göra hembesök framför allt avgränsas till patienter i Örebro kommun. I kommunerna i norra och södra länsdelen innebär detta att vårdcentralerna får ett större ansvar för patienter även med mer omfattande palliativ vård.

På Geriatriska kliniken finns ytterligare två mobila team. Ett geriatriskt öppenvårdsteam samt ett BPSD-team som båda har ett länsuppdrag. Även de har svårigheter att nå ut till alla länets kommuner.

Länet har tre mobila stroketeam. De vänder sig huvudsakligen till en annan målgrupp. De möter främst äldre personer som inte är aktuella för mer omfattande insatser. (Se bild 5)

Sjukhusverksamheter

Uppdraget omfattade ursprungligen inte de verksamheter som finns på eller utgår från länets sjukhus. Under uppdragets genomförande har det blivit alltmer tydligt att sjukhusverksamheterna, även de som inte har en direkt koppling till närsjukvårdsteamerna behöver involveras mer i fortsatt arbete.

Ambulansverksamheten är en viktig mobil resurs och samarbetspartner både för mobila team och för primärvården. Företrädare för ambulansverksamheten har därför medverkat i intressentanalys och vid workshop. De ambulanssjuksköterskor som finns på SOS-alarm lyfts som viktiga för att dirigera patienter rätt i systemet. Arbetet underlättas av tillgång till närsjukvårdsteam. Ett arbetssätt som kan utvecklas ytterligare.

Andra viktiga samarbetspartners inom sjukhusverksamheterna som identifierats är akutmottagningarna och övriga öppenvårdsverksamheter. Två viktiga pusselbitar för samarbete runt patienter i hemmet är möjlighet till direktinläggning (se avsnitt 6.7.) och förenklade kontaktvägar mellan primärvård, mobila team och sjukhusverksamheterna (se avsnitt 6.5.).

Mobilt utbud framåt och tänkbar dimensionering

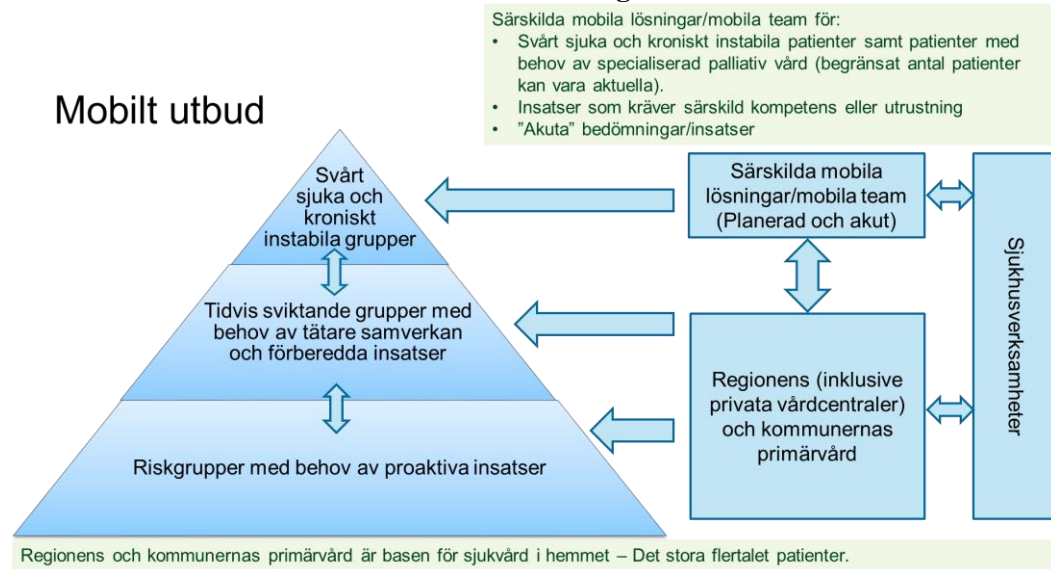


Bild 4: Förslag till mobilt utbud (Samma bild som på sidan 15)

Genomlysningen visar att det mobila utbudet i nuläget inte är jämnt över länet. Bilden ovan beskriver ett förslag på hur det mobila utbudet i hela länet bör se ut framöver för att ge patienterna en god hälso- och sjukvård. Vår bedömning är att regionens och kommunernas primärvård behöver vara basen i arbetet och fortsatt ta ansvaret för det stora flertalet patienter i målgruppen. För de svårt sjuka och kroniskt instabila patienterna i toppen av pyramiden, där vi även räknar in patienter med behov av specialiserad palliativ vård, krävs särskilt avsatt resurs i form av mobila team eller likvärdig mobil lösning. De särskilda mobila lösningarna kan också användas för akuta bedömningar på det sätt som befintliga närsjukvårdsteamerna arbetar idag. Även punktinsatser hos personer med mindre omfattande behov kan vara aktuella om det finns behov av den medicintekniska utrustning eller särskild kompetens som teamen har.

En viktig fråga är förstås hur utbudet ska dimensioneras. Detta behöver utredas vidare men för att få en uppfattning av vad som krävs kan vi ta stöd av andra regioners utvecklingsarbete (Västra Götaland, Västmanland och Västerbotten). Där har man gjort följande uppskattningar:

För de svårt sjuka och kroniskt instabila patienterna kan ett team med läkare och två sjuksköterskor klara av en befolkning på ca 100 000 invånare. Detta gäller när man tar ett helhetsansvar för patienten. Det innefattar alltså inte resurs för akuta uppdrag eller specialiserad palliativ vård. Omräknat till Örebro län skulle detta i dag innebära tre mobila närsjukvårdsteam.

Det finns exempel från andra regioner där man avsatt en resurs på vårdcentralen. Det har varit i form av mobil hemsjukvårdsläkare som samarbetar med kommunens sjuksköterska runt hemsjukvårdspatienterna. Där har man beräknat att en läkare kan ansvara för 150-200 patienter. Det skulle i vår region i nuläget innebära en resurs motsvarande 15-20 läkare från primärvården.

Nuläge:

- Vi ligger ofta steget efter - många av våra insatser är reaktiva.
- Ojämlighet gällande hembesök från vårdcentraler och mobila team.
- Primärvården har stora utmaningar avseende kompetensförsörjning.
- De mobila närsjukvårdsteamens arbetssätt möjliggör besök där man kan göra klart och avsluta eller planera nästa steg.
- Ojämnt inflöde av patienter till mobila närsjukvårdsteam.
- Ojämlig palliativ vård i länet.

Vad behövs:

- Kunna möta behov genom förebyggande, planerade eller akuta hembesök.
- Erbjudna alternativ till fysiska besök när det är möjligt.
- Säkerställa en hållbarhet över dygnet och en jämlikhet över länet.
- Möjlighet till direktinläggning på fasta vårdplatser i kommun och region.

- Dimensionering av utbud utifrån identifierade målgrupper.
- Regionens och kommunernas primärvård utgör basen i systemet.
- Särskilda mobila lösningar/mobila team för:
 - Svårt sjuka och kroniskt instabila patienter samt patienter i behov av specialiserad palliativ vård.
 - Insatser som kräver särskild kompetens eller utrustning.
 - ”Akuta” bedömningar/insatser.
- Bygga vidare på befintliga mobila team och mobila verksamheter.
- Utforma särskilda mobila lösningar för norra och södra länsdelarna.

6.4 Praktiska förutsättningar

De praktiska förutsättningarna för hembesök skiljer sig åt för de mobila teamen och vårdcentralerna inom flera områden.

Gemensamt är dock de stora digitala utmaningarna. De flesta medarbetare avstår från att använda digital utrustning vid hembesök eftersom uppkopplingen tar tid och en heltäckande mobiltäckning saknas.

Mobiltäckningen påverkas till viss del av vilken leverantör som används. Region Örebro län använder Tele2 som har en del täckningsbrister, se [täckningskarta](#). Enligt objektspecialisten för telefoni i Örebro kommun är Telia den leverantör på marknaden som har bäst täckning, men har samtidigt dyrare abonnemang. Även Örebro kommun använder Tele2. Sjuksköterskor inom kommunen som arbetar i områden med dålig täckning har möjlighet att byta till Telia för att underlätta det digitala arbetet.

Enheten för digitala vårdmiljöer beskriver att vårt journalsystem dessutom av säkerhetsskäl kopplar ner direkt om uppkopplingen inte är stabil, vilket också påverkar möjligheten att ta del av journalinformation vid hembesök.

Närsjukvårdsteam:
”Vi har oftast inte datorer med.
Det är svajig uppkoppling när vi
är hemma hos patienten.”

För att kunna genomföra fler insatser digitalt, tex digitala vårdmöten, distansmonitorering m.m. krävs anpassad digital utrustning förutom en god uppkoppling. Här kan vi se en stor utvecklingspotential. Ett

utvecklingsarbete som behöver genomföras tillsammans med IT-kompetens.

Under uppbyggnaden av de mobila teamen i väster och Örebro har medarbetarna lagt mycket tid och kraft på att skapa bra praktiska förutsättningar gällande utrustning/medicinteknisk utrustning, underhåll av bilar, tvätthantering m.m. De vårdcentraler som vi har besökt har löst hembesöksuppdraget utifrån de förutsättningar som finns på respektive enhet. Det kan innebära användning av privata kläder och tvätt av ytterkläder och ryggsäckar hemma.

En guide för lämplig utrustning/medicinteknisk utrustning utifrån vårdnivå önskas. De mobila teamens erfarenheter bör tas tillvara i utformningen av ett ”baspaket för hembesök”. Baspaketet kan sedan anpassas utifrån specifika behov i respektive verksamhet.

Vi kan se att de mobila teamens arbete underlättas av att bilarna är anpassade för den utrustning som används vid hembesöken samt att basutrustningen kan förvaras i bilarna. För det krävs garageplatser alternativt parkering med motorvärmare i anslutning till teamets lokaler. Att parkera bilarna vid hembesök i tätort har visat sig vara både utmanande och tidskrävande. Fri parkering på kommunens mark vore därför önskvärt. Även stöd med underhåll av bilar genom serviceavtal skapar förutsättningar för mer tid till kärnuppdraget.

Närsjukvårdsteam:

”Parkering är svårt med appar, trasiga automater mm. Tidigare hade vi tillstånd för att stå på kommunal mark.”

Vid våra besök på vårdcentraler och i de mobila teamen blir det också tydligt att säkerheten runt hembesök varierar. Parallellt med vår genomlysning har en rutin runt säkerhet vid hembesök tagits fram¹¹. Den kan vara ett bra stöd för att skapa en trygg arbetsmiljö för de medarbetare som gör hembesök.

Nuläge:

- De flesta avstår från att använda digital uppkoppling vid hembesök.
- Digital basutrustning finns men utrustning för digitala vårdmöten saknas.
- De mobila närsjukvårdsteamerna har god kunskap om vilken utrustning inklusive medicinteknisk utrustning som behövs.
- En gemensam utrustningslista för hembesök från såväl team som vårdcentral saknas.
- Stora svårigheter med parkering vid hembesök i tätorterna.
- Varierande rutiner för säkerhet vid hembesök.

Vad behövs:

- Utrustning och mobiltäckning för att möjliggöra fler digitala insatser.
- Åtkomst till dokumentation gällande patienten på distans.
- Guide för lämplig utrustning/medicinteknisk utrustning utifrån vårdnivå.
- Anpassad utrustning i bilar.
- Säkerställa säkerhet vid hembesök.
- Se över parkering och garageplatser.

¹¹ ”Hot och våld i samband med hembesök” (824248 R2)

6.5 Kontaktvägar mellan verksamheter

För att kunna ta ansvar för de mest sköra patienterna och säkerställa att vården hålls ihop och ges på ”rätt” vårdnivå är samverkan en förutsättning. Kommunens och regionens primärvård, mobila team och sjukhusverksamheter behöver ha arbetssätt som säkerställer att medarbetare snabbt och enkelt kan nå varandra.

Vi saknar idag en välfungerande ”intern infrastruktur” för kommunikation och informationsöverföring gällande vården av de mest sjuka patienterna. Det medför att mycket tid åtgår till att navigera i systemet för att få kontakt med varandra både internt i regionen och mellan region och kommun. Det är tid som varken är värdeskapande för patienten eller kostnadseffektivt för verksamheten. Det skapar också en stor frustration hos medarbetarna.

Workshop medarbetare:

”Kontakt mellan vårdcentral och slutenvård skaver”

Vårdcentral:

”Kontinuitet i personalgrupperna, tydliga rutiner för kontakt och uppdaterade kontaktuppgifter underlättar samarbetet runt patienten”

För att kunna agera snabbt behöver tydliga rutiner för kontaktvägar och uppdaterade kontaktuppgifter som ej är personbundna, finnas tillgängliga. Ett första steg är att inventera vilka kontaktytor som används idag inom respektive verksamhet. Inventeringen behöver också omfatta vilka kontaktytor som skulle behövas för att underlätta det förebyggande, planerade och akuta omhändertagandet av patienten. Därefter kan formerna för kommunikation och informationsöverföring utvecklas. I Region Jönköping har fyra olika spår med kontaktvägar tagits fram, tre spår från primärvård till slutenvård och ett spår från slutenvård till primärvård. Detta som ett första steg innan även den kommunala vården kopplas på, se mer information i den grå informationsrutan nedan.

Workshop områdesledning:

”Identifiera vilka kontaktytor som är mest angelägna att prioritera samverkan med.”

Närsjukvårdsteam:

”Samarbete och kommunikationsvägar med kommunerna bygger i hög grad på person och relation, vilket bidrar till en stor variation i kvaliteten.”

Sömlösa vårdövergångar i Jönköpings län

Hösten 2022 breddinfördes en modell för att skapa bättre samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården. I modellen finns fyra spår som samtliga avser läkarkontakter:

1. Akut bakjournskoordinator per klinik och sjukhus
 - Möjliggöra direktinläggning.
 - Skapa möjlighet för snabbt mottagningsbesök i den specialiserade vården.
 - Underlätta dialog med radiologen för snabb diagnostik
 - använda akutmottagningen till det den är ämnad för- akut utredningsenhet.
1. Subakut ”on-demand” konsult i den specialiserade vården
 - Ökad tillgänglighet.
 - Möjlighet att påskynda utredning genom att direkt beställa undersökningar på uppgifter lämnade i dialog med primärvårdsläkare.
 - Ha möjlighet att koordinera patient till den specialiserade vårdens mottagningar subakut/elektivt eller direktinläggning.
2. Elektiv multidisciplinär konferens
 - Skapa regiongemensam rutin för digitalt möte mellan primärvårdsläkare och läkare i den specialiserade vården (inkluderande patienten/anhöriga när det behövs).
3. Tillgänglig primärvård
 - Ökad tillgänglighet för den specialiserade vårdens läkare att ha dialog med läkare i primärvården.

Nuläge:

- Intern ”infrastruktur” för kommunikation och informationsöverföring brister.

Vad behövs:

- Identifiera viktiga kontaktytor för samverkan mellan mobila team/lösningar, kommuner, vårdcentraler och sjukhusverksamheter.
- Säkra hållbara kontaktvägar mellan inblandade verksamheter.
 - Tydliga rutiner för kontakt och uppdaterade kontaktuppgifter.

6.6 Patientnära samarbete

Möjlighet att kunna arbeta tillsammans med patienten i team över organisationsgränser är en viktig förutsättning för den mobila sjukvården. Ett begrepp som fått fäste i detta sammanhang är så kallade ”äkta team”. I utdraget ur artikeln nedan med exempel från Storbritannien beskrivs utmaningar med teamarbete och fördelar med äkta eller riktiga team.

Workshop medarbetare:
”På sjukhuset kan man få en snabb bedömning av teamet med kurator, arbetsterapeut, dietist och fysioterapeut. Var är det teamet i hemmet?”

Får patienten äkta samarbete eller ett pseudoteam?



Vid många diagnoser framhålls teamarbete som grunden för god vård av hög kvalitet. Men hur vet man om det är ett riktigt samarbete som sker, och inte bara att olika professioner finns i huset? Inom den brittiska hälso- och sjukvården, NHS, gjordes en enkät där 90 procent av de anställda svarade att de arbetade i team. Fast när man ställde följdfrågor (Har ditt team tydliga mål? Jobbar ni tätt tillsammans för att uppnå de målen? Möts ni regelbundet för att utvärdera era resultat?) såg bilden annorlunda ut. De som svarade nej på en eller flera frågor klassades som pseudoteam (50 %), medan de som svarade ja på alla frågorna klassades som riktiga team. Sedan utvärderades sjukhusvården utifrån vilken typ av team som varit på plats. Studien visade att ju fler som jobbade i riktiga team desto bättre blev patientsäkerheten och arbetsmiljön. Dessutom minskade dödligheten.

Lois Steen, chefredaktör och ansvarig utgivare Foto: Gustav Gräll

Bild 6: Ledare ur tidningen Fysioterapi 2022-05-31

Att skapa äkta team kan vara svårt även då medarbetare i teamen finns i samma lokaler. Det blir särskilda utmaningar i de fall då teamen behöver formas av professioner från olika verksamheter och huvudmän. Vilka som ingår i teamet behöver också anpassas efter individens behov och kan därmed variera över tid.

Workshop medarbetare:
”Vi ligger steget efter. Vi jobbar reaktivt”

Vid våra dialoger med verksamheterna framkom att teamarbetet ofta blir för reaktivt. Teamet måste finnas nära patienten när behov finns. I detta sammanhang är det viktigt att tidigt få med rehabiliteringsprofessionerna för att kunna arbeta mer förebyggande.

Mobila team har sina personalresurser samlade. Det är en fördel och ger bättre förutsättningar att arbeta på det sätt som kännetecknar ett äkta team. Men även här behövs tillgång till andra professioner som rehabiliteringspersonal, kurator, dietist,

som vanligtvis inte ingår i mobila team. Detta talar för att samlokalisering av verksamheter med tillgång till andra professioner är önskvärt.

För att förbättra teamsamverkan runt patienten över verksamhets- och huvudmannagränser behöver digitala kontakter och mötesformer användas i högre grad. Återkommande digitala ronder mellan vårdcentral och kommunens hemsjukvård kan med fördel kompletteras med representanter från mobila team och specialistsjukvård vid behov.

Vikten av brist på kontinuitet vad gäller läkare har lyfts som ett problem från de mobila teamen, vårdcentralerna och kommunerna. På vårdcentralerna handlar det om en generell brist på läkare som kan göra hembesök men också om behovet av en fast läkare som känner patienten. Att komma tillrätta med bristen på fasta läkare i primärvården är ett långsiktigt arbete som behöver bedrivas brett. I den rapport som presenterades av arbetsgruppen för ”Nationellt riktvärde, fast läkarkontakt i primärvården” finns förslag som ligger i linje med utvecklingen av den mobila sjukvården.

De befintliga närsjukvårdsteamerna har också begränsats av att man under perioder inte haft full bemanning av läkare. En fast läkare knuten till teamet anses som en förutsättning. Däremot finns en skillnad i hur närsjukvårdsteamerna använder läkarresursen i samband med hembesök. I väster genomförs de flesta hembesöken av sjuksköterska och läkare kopplas in vid behov. I Örebro är läkaren oftare med vid hembesöken. Någon utvärdering av vilket arbetssätt som är bäst finns inte.

I samband med ny lag om samverkan vid utskrivning skapades en ny roll som vårdsamordnare vid vårdcentralerna. Syftet var att säkra krav på fast vårdkontakt i regionens öppenvård. Alla fyra vårdcentraler som fick riktade besök lyfter fram vårdsamordnarens roll som viktig för att kunna samordna patientens vård. Vårdsamordnarrollen angavs också viktig som kontaktväg in till vårdcentralen för samarbetspartners. Det finns en potential att använda vårdsamordnaren i ett tidigare skede än att enbart samordna patientens vård efter en sjukhusvistelse.

Nuläge:

- Resurser finns inte alltid nära patienten när det behövs.
- Begränsad möjlighet till hembesök av läkare.
- Vårdsamordnaren har en viktig roll.

Vad behövs:

- Stärka teamsamverkan runt de patienter som har störst behov.
- Tillgång till rehabiliteringspersonal, dietist och kurator vid behov.
- Digitala lösningar för att underlätta teamarbetet.
- Skapa förutsättningar för fast läkarkontakt på vårdcentralen.
- Säkra fast vårdkontakt med samordningsansvar i primärvården – utveckla vårdssamordnarrollen.
- Fast läkare kopplad till mobila team och tillgång till sjukhusläkare i hemmet (digitalt).
- Samordning av olika mobila insatser/aktörer.

6.7 Samverkan mellan verksamheter och huvudmän

Intern samverkan i regionen

Primärvårdens samarbete med mobila närsjukvårdsteamerna och de palliativa teamerna fungerar bra i Örebro och i den västra länsdelen där de finns geografiskt nära. Som tidigare beskrivits när ASIH och de två geriatriska teamerna i Örebro inte ut till länets alla delar. Här behöver kontaktytor och samarbetsformer utvecklas.

Såväl vårdcentralerna som de mobila närsjukvårdsteamerna anger att samarbetet med de olika sjukhusklinikerna varierar. Med flera kliniker fungerar samarbete och kontaktvägar bra men inte överallt. För att stärka samarbetet skulle en modell liknande den i Jönköpings län med tydliga kontaktvägar och struktur för samarbetet gagna patienterna och spara tid för verksamheterna, se avsnitt 6.5.

En konkret del som behövs för att den mobila sjukvården ska fungera är att det finns möjlighet för distriktsläkare eller läkare i mobila team till direktinläggning. Det kan vara direktinläggning på sjukhus alternativt på kommunal korttidsplats när patienten sviktat. Det kan handla om patienter som har insatser i hemmet eller patienter som försämras eller behöver extra insatser efter utskrivning från sjukhus. Direktinläggning finns och fungerar idag bland annat för närsjukvårdsteamens patienter på Geriatriska kliniken, Verksamhetsområde hjärt-lungmedicin och Verksamhetsområde medicin inklusive AVA. Möjlighet till direktinläggning behöver med största sannolikhet utökas och finnas vid alla sjukhus. Även på de kommunala korttidsplatserna där detta alternativ är bäst för patienten.

Vid utveckling av den mobila sjukvården är det angeläget med samordning av olika aktörer och insatser för en bra vård för patienten och för att använda resurserna optimalt. Ett mer utvecklat samarbete mellan ambulansen, de mobila teamerna och

vårdcentralerna gällande hembesök efterfrågas av alla parter. Behovet av samordning via en gemensam dirigering av de mobila resurserna är också något som har uppmärksammats under utredningen.

Såväl primärvården som de mobila teamen beskriver en svårighet att få stöd från psykiatrin vid vård av patienter med psykiatrisk problematik. Någon fördjupad analys av detta har inte varit möjlig att göra under denna utredning men är ett viktigt område att arbeta vidare med.

Samverkan med länets kommuner

Samverkan mellan regionen och länets kommuner behöver ske på de tre nivåer som beskrivs i bild nedan.

Makronivå: Chefer med övergripande ansvar t ex. chef för regionens primärvård , social- och vård/omsorgschefer i kommunerna. Har det systemövergripande ansvaret, sätter kurs för den strategiska inriktningen. Håller fast i målen. Tar fram vägledande principer.

Mesonivå: Verksamhetschefer inom regionen/privata utförare och kommunerna (med "taktiskt" stöd från facilitatorer). Etablerings- och genomförandeansvaret. Löser ut övergripande frågor. Fungerar som länken mellan strategisk inriktning och operativt verkställande.

Mikronivå: Verksamhetsnära chefer och professionsgrupper från utförarverksamheterna. Verkställande och löpande driftsansvar genom lokalt förankrade samordningsgrupper mellan region och kommun.

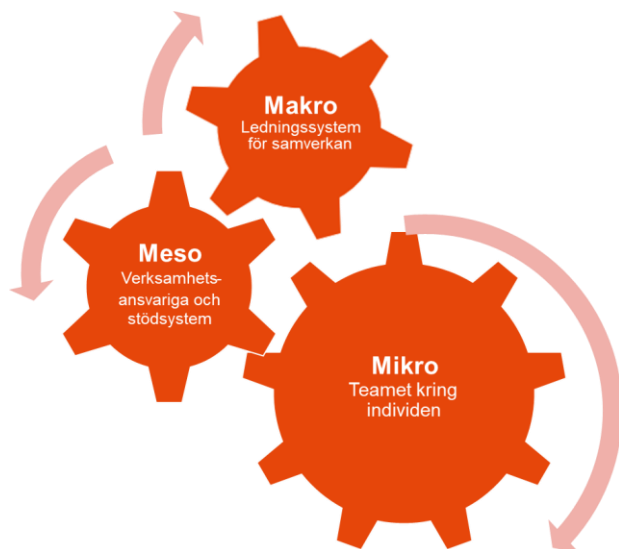


Bild 7: Beskrivning av nivåer för samverkan¹²

I länet finns utarbetade samverkansgrupperingar på Makronivå (chefsgrupper för samverkan) och Mesonivå (länsdelsgrupper). Utifrån det som framkommit under

¹² Sveriges kommuner och regioner – Stödmaterial Gemensam plan primärvård
www.skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard

utredningen ser vi att det är Mikronivån (medarbetare och chefer nära patienten) som behöver stärkas. Det handlar inte om att skapa nya fasta grupperingar. I första hand bör man bygga på den struktur som finns och förstärka befintliga grupper för samverkan i länsdelar och lokalt på kommunnivå.

Regelbundna samverkansträffar på ledningsnivå mellan vårdcentral och kommun finns i någon form kopplat till alla vårdcentraler i länet. Men bilden är att de fungerar olika. Omsättning på chefer och andra professioner gör att det är svårt att bygga de långsiktiga relationer som är en viktig del i samverkan. Såväl vårdcentral som kommun saknar i många fall sjukhusverksamheterna i de operativa samverkansgrupperingarna. Forum där professionerna möts över verksamhets- och huvudmannagränser utanför det direkta patientarbetet efterfrågas också.

Workshop medarbetare:

”Vi saknar kunskap om varandra och varandras förutsättningar. Vi arbetar i stuprör och träffas bara när vi diskuterar den enskilde – vid överlämning eller när någonting tillstöter.”

Ett hinder för samverkan mellan vårdcentral och hemsjukvården finns i Örebro. Där skiljer sig hemsjukvårdens upptagningsområde i vissa fall från vårdcentralens upptagningsområde. En ytterligare utmaning som återkommande har lyfts i

Workshop medarbetare:

”Vi behöver ha forum där vi träffas. Det är först då vi kan samordna oss, prioritera, hitta gemensamma lösningar och förhoppningsvis bli ett äkta team.”

dialogerna är svårighet att få kontakt med biståndshandläggare. Det anges vara långa svarstider när patienten behöver omvårdnadsinsatser enligt socialtjänstlagen.

Att få fungerande forum för samverkan kan vara en utmaning. Att mötas över huvudmannagränserna har ett värde för att bygga relationer och en gemensam kultur. Möten bör vara forum för gemensamt lärande och utveckling och behöver ha ett

Workshop Områdesledning:

”Förändra kulturen. Var bjussiga! Utgå ifrån vad vi kan göra för att underlätta för varandra”

innehåll som är värdeskapande. Ett sätt är att arbeta systematiskt utifrån fallbeskrivningar. Det har provats med framgång i den norra länsdelen i det man kallar för ”månadens patient”. Grupperingarna kan också användas för lärande utifrån data som en del i den uppföljningsmodell som beskrivs under avsnitt 6.9.

Ett alternativ till att skapa nya fasta grupperingar är att skapa tillfälliga arbetsgrupper runt teman där medarbetare från inblandade verksamheter involveras.

Gemensamma utbildningar är också ett bra sätt för medarbetare att mötas över verksamhetsgränser. Då mobil sjukvård är en gemensam angelägenhet är det ett lämpligt område att ha gemensamma utbildningar runt. Vi behöver fundera på hur kompetensutvecklingen ska ske tillsammans när vi gemensamt hanterar svårt sjuka patienter hemma. Kan kommunen ta del av regionens KTC-verksamhet¹³ i högre grad?

Ett återkommande önskemål i dialoger med verksamheterna är ett gemensamt system för dokumentation mellan huvudmännen. Avsaknaden av ett gemensamt dokumentationssystem hindrar samverkan, påverkar patientsäkerheten och innebär dubbelarbete. Denna fråga tar tid att lösa. Det finns både juridiska hinder och begränsningar i befintliga verksamhetssystem för att kunna dela information. Att hitta bättre lösningar bör vara prioriterat i det långsiktiga arbetet. Inte minst för patienternas skull. Ett sådant arbete bör utgå från vilka möjligheter som finns och inte från alla hinder.

Nuläge:

- Vårdcentralernas samarbete med de olika mobila teamen fungerar bra där de finns nära.
- Samarbetet mellan primärvården och sjukhusklinikerna varierar.
- Möjlighet till direktinläggning finns och fungerar bra på några kliniker.
- Svårigheter att få stöd vid vård av patienter med psykiatrisk problematik.
- Svårt att få kontakt med biståndshandläggare och långa svarstider.
- Samverkansform på ledningsnivå mellan region och kommun finns.
- Det saknas forum där professionerna möts över verksamhets- och huvudmannagränser utanför det direkta patientarbetet.

Vad behövs:

- Ökad samverkan sjukhusverksamhet, vårdcentraler och mobila team:
 - Säkerställa platser för direktinläggning.
 - Utveckla samordning och samarbete mellan de mobila resurserna
- Samverka med kommunerna:
 - Skapa gemensamma lokala forum för samverkan där medarbetare nära patienterna möts.
 - Gemensam kompetensutveckling.
 - Gemensam dokumentation mellan region och kommunerna.

¹³ KTC= Kliniskt träningscentrum

6.8 Ledning, styrning och utveckling tillsammans

Utveckling av mobila arbetssätt bygger på att vi går från insatseffektivitet som utgår från nuvarande verksamheter till systemeffektivitet som utgår från patienten.

Omställningen illustreras i bilden nedan.

Mobila arbetssätt bidrar till en omställning från insats- till systemeffektivitet

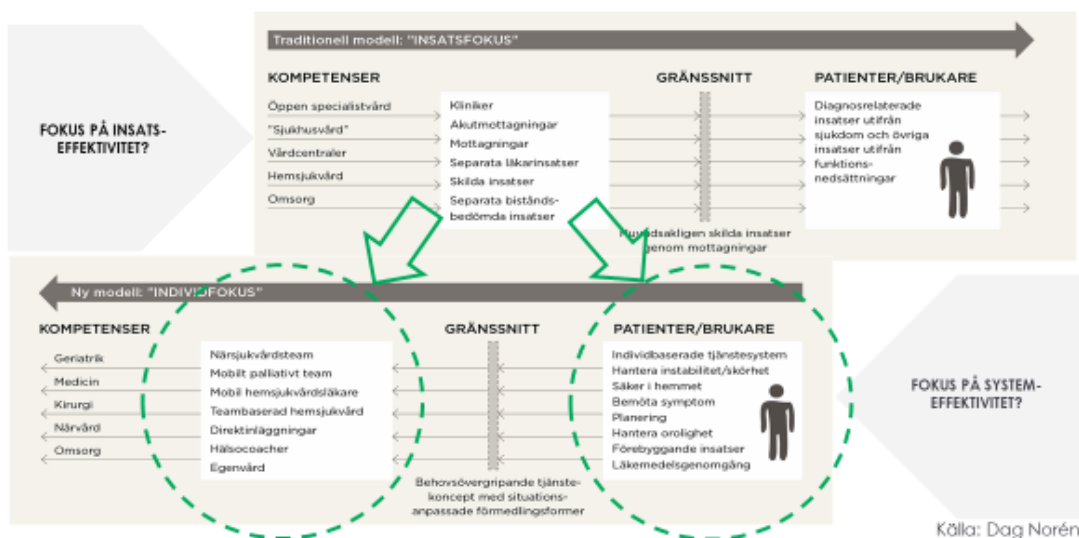


Bild 8: Omställning från insatseffektivitet till systemeffektivitet

Denna omställning kommer kräva att ledning, styrning och utveckling sker gemensamt mellan verksamheter och huvudmän och inte var för sig.

Befintliga mobila team

I den västra länsdelen har man samlokaliserat de mobila enheterna. Man har goda erfarenheter av detta. Det finns planer på samlokalisering i Örebro, kopplat till Geriatriska kliniken. Detta skulle vara en vinst för det mobila närsjukvårdsteamet som idag finns på det kommunala korttidsboendet Tullhuset. De båda befintliga teamen lyfter att närheten till sjukhus är viktigt.

Närsjukvårdsteam
"Det är sårbart med små enheter. Bättre med ett större uppdrag och fler medarbetare samlade."

Erfarenheter från närsjukvårdsteamet i väster är att samlokalisering av flera team lokalt ger samordningsvinster såsom:

- Samnyttjande av kompetens.
- Samarbete runt gemensamma patienter.
- Samarbete vid semester och frånvaro samt runt bilar, utrustning, behandlingsrum/läkemedelsrum, telefonpassning etc.

Det kan vara svårt för samarbetspartners att känna till de olika teamens uppdrag. En samlokalisering skulle kunna lösa ut detta problem genom att det kan finnas en ingång som kan slussa rätt.

Närsjukvårdsteamens kompetensutveckling bygger idag på att man lär av varandra och själva söker kunskap. Ett mer systematiskt arbete med kompetensutveckling skulle behövas för att ta del av den senaste kunskapen. Vissa utbildningsinsatser skulle med fördel kunna samordnas med andra mobila team, primärvårdens medarbetare och kommunerna.

Utveckling av det mobila utbudet

En synpunkt som framkommit vid flera tillfällen är att dagens mobila närsjukvårdsteam kanske inte är lösningen i hela länet. Det gäller de delar av länet som saknar mobila närsjukvårdsteam och har begränsad tillgång till palliativa team. Långa avstånd är en aspekt som lyfts som argument för att lösningen kanske behöver finnas mer lokalt.

Vårdcentral:

”Är team lösningen? Det tar mycket tid att transportera sig. Hög kompetensen hos kommunssköterska och läkare på vårdcentralen. Vi vill göra det här tillsammans men med mer resurser.”

Workshop Områdesledning:

”Vi vill testa att göra förändringar på en vårdcentral där det finns förutsättningar.”

Från vårdcentralerna och dess ledning lyfts tydligt att det finns en vilja att utveckla möjligheten till hembesök tillsammans med kommunerna. De upplever att styrningen av verksamheten via hälsovalssystemet kan vara ett hinder för att testa nya arbetssätt i verksamheterna.

Ett önskemål är att via styrning och finansiering underlätta att testa nytt.

Förutsättningar att kunna testa nya arbetssätt blir viktigt kopplat till de diskussioner som förs i norra och södra länsdelen runt mobila lösningar.

Finansiering

Finansiering av verksamheterna i den mobila sjukvården följer olika logiker. Närsjukvårdsteamerna finansieras via anslag i hälso och sjukvårdsförvaltningens budget medan vårdcentralerna finansieras via kapitering och målrelaterad ersättning via hälsovalssystemet. De mobila teamen stöttar ofta, men inte alltid, patienten på samma vårdnivå som vårdcentralerna. Vårdcentralen träder in i större utsträckning om team

saknas i länsdelen. Så länge det mobila utbudet är ojämnt fördelat i länet kan finansieringen och den arbetsinsats som utförs upplevas som orättvis.

I syfte att öka incitament för hembesök infördes en besöksersättning för sjuksköterskor i primärvården. Vårdsamordnarna gör hembesök till den aktuella målgruppen. Men i flera fall är vårdsamordnaren inte sjuksköterska och då utgår ingen ersättning till vårdcentralen vid dessa hembesök.

De båda närsjukvårdsteamerna finansieras på olika sätt. I väster finansieras teamet helt av regionen och i Örebro sker en samfinansiering av teamet mellan region och kommun. Det finns fördelar med båda sätten att finansiera. Ledning och styrning blir enklare då en huvudman har ansvar medan ett gemensamt ägande kan stärka det gemensamma ansvaret.

De aspekter som beskrivits runt styrning och finansiering är viktiga att beakta i fortsatt utveckling av den mobila sjukvården och i den pågående översynen av Krav- och kvalitetsboken (KOK-boken) för vårdcentralerna.

Nuläge:

- Små enheter är sårbara.
- Det finns goda erfarenheter av samarbete och samlokalisering av mobila verksamheter.
- De mobila teamerna saknar systematisk kompetensutveckling.
- Olika finansieringsmodeller av teamerna (anslag) och vårdcentralerna (kapitering och målrelaterad ersättning).
- Olika sätt att finansiera teamerna (internt finansierat av regionen i väster och samfinansierat tillsammans med kommunen i Örebro).

Vad behövs:

- Samla flera mobila verksamheter lokalt för att nå samordningsvinster - närheten till sjukhus är viktig.
- En väg in till mobila verksamheter.
- Regelbundna utbildnings-/utvecklingsträffar mellan mobila verksamheter
- Utrymme att testa nytt.
- Styrning och finansiering av den mobila sjukvården behöver beaktas i arbetet med revidering av KOK-boken.

6.9 Uppföljning och utvärdering

Svårigheter att följa upp den mobila sjukvården har beskrivits tidigare i denna rapport. Data för att följa hela målgruppen med sjukvård i hemmet är bristfälliga. Bra underlag för primärvårdens insatser saknas både i regionens och i kommunernas uppföljning. En systematisk och kontinuerlig uppföljning av de mobila teamens verksamhet saknas också. Att ta fram kontinuerlig statistik för antal inskrivningar och antal besök kräver idag en manuell registrering och sammanställning. Det görs inte heller någon regelbunden uppföljning av effekter för patienterna eller effekter på alternativ vårdkonsumtion.

Hösten 2021 genomförde Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro (CAMTÖ) en genomgång av ett antal studier som gjorts av kliniska effekter av mobila team inom geriatrik¹⁴. Slutsatserna var att de rapporterade kliniska effekterna av sjukvård via mobila team för multisjuka hemmaboende äldre var motstridiga och att de flesta studier inte var tillförlitliga. Även kostnadseffektiviteten varierade. Mobila team kan innebära högre kostnader enligt de påträffade studierna. De studier som beskrivs i rapporten har genomförts i andra regioner och i andra länder där yttre förutsättningar och organisering av teamen kan se annorlunda ut än i vårt län. Därför är de inte helt jämförbara med de team som byggts upp i Örebro län. Studien stärker dock bilden av att följeutvärdering behöver stärkas och mer följeforskning behövs runt dessa verksamheter.

Utvärdering i Västra Götaland¹⁵ pekar på att insatserna från teamen när de fungerar kan ge en minskning av inläggningarna för patienterna med 60% efter inskrivning i teamen. Detta är liknande siffror som kom fram när närsjukvårdsteamet i Örebro utvärderades. För att dessa effekter ska uppnås krävs att man kan se att kostnaden för teamen uppvägs av minskade kostnader på annan vårdkonsumtion.

Det finns behov av att hitta en modell för löpande uppföljning och utvärdering av effekter för målgruppen och resurseffektivitet som är realistisk att tillämpa.

¹⁴Klinisk och hälsoekonomisk effekt av mobila team för geriatriska patienter i hemmet – en systematisk översikt, CAMTÖ, HTA-rapport 2021:47

¹⁵Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus Exempel med kostnadsberäkningar, Dag Norén, november 2020

I Västmanlands modell för införandestöd¹ har man använt en modell för utvärdering som skulle kunna tillämpas.

Huvudkomponenterna i utvärderingsmodellen är:

- Kontinuerlig uppföljning av vårdkonsumtionsmönster hos patienterna före och efter inskrivning i teamet.
- Patienterfarenheter.
- Medarbetarsynpunkter.

Den viktigaste delen i Västmanlands modell är att uppföljningen ska leda till lärande. Man har skapat forum där data lyfts upp och bearbetas för lärande hos alla parter. Från parterna ingår systemledning, verksamhetsledning och professionsgrupper runt patienterna.

I vårt län kan de samverkansgrupperingar som beskrivs under avsnitt 6.7. med fördel användas för ett gemensamt lärande då det är angeläget att få med den kommunala vården och omsorgen.

En förutsättning för att kunna göra gemensamma analyser är att underlag plockas fram regelbundet och sammanställs. Verksamheterna kan även behöva stöd i analys. I den mån det är möjligt ska data kunna hämtas ur verksamhetssystem och tillgängliggöras för berörda parter. Dessa insatser kräver att resurs avsätts till arbetet.

Frågor som behöver tydliggöras:

- Vad ska följas upp?
- Vem tar ut resultat?
- Hur kan medarbetare göras delaktiga i orsaksanalys och framtagande av åtgärdsförslag?
- Vem prioriterar och fattar beslut om åtgärder?
- Vem efterfrågar resultat och följer upp åtgärderna?

Nuläge:

- Data för att följa hela målgruppen med sjukvård i hemmet är bristfälliga.
- En systematisk och kontinuerlig uppföljning av de mobila teamens verksamhet saknas.

Vad behövs:

- System för uppföljning och utvärdering samt forum för lärande och utveckling:
 - Realistisk modell för löpande uppföljning och utvärdering av effekter för målgruppen och resurseffektivitet.
 - Plattform för gemensam uppföljning med kommunerna.
 - Följeforskning – Effekter för patienter, medarbetare, styrning, ekonomi etc.

7. Reflektioner och prioriterade åtgärdsförslag

Uppdraget var att ta fram en målbild och strategier för mobil sjukvård på primärvårdsnivå. Under genomlysningen har det blivit tydligt att det krävs ett bredare grepp för att lösa ut många av de förbättringsbehov som beskrivs. Det handlar om frågor där både kommuner, vårdcentraler och sjukhusverksamheter inklusive ambulansverksamheten gemensamt måste ta ansvar. Alla vi mött under genomlysningen har värnat om målgruppen och det har funnits en stor angelägenhet att diskutera dessa frågor och en vilja att utveckla den mobila sjukvården.

De åtgärdsförslag som ges i rapporten har bäring inom fler områden än mobil sjukvård. Det fortsatta arbetet behöver därför samordnas med andra pågående uppdrag och hänsyn behöver också tas till det svåra ekonomiska läget.

I resultatdelen beskrivs många förbättringsförslag för att nå målbilden. De åtgärder som vi ser är mest angelägna att prioritera är utan inbördes ordning:

1. **Gemensamt arbetssätt/kriterier för att identifiera patienter** där insatser i hemmet kan underlätta vård på rätt vårdnivå.
 - Gemensamma enkla bedömningskriterier för att möjliggöra en gemensam prioritering.
2. Upprätta **medicinska vårdplaner** för de mest sjuka och instabila patienterna.
3. Skapa förutsättningar för **fast läkarkontakt** på vårdcentralen.
 - Säkra kontinuitet för patienter med behov av hembesök.

4. **Dimensionering av utbud** utifrån identifierade målgrupper (se bild 4).
 - Se över för att åstadkomma en rimlig och hållbar bemanning.
 - Möjlighet till direktinläggning på fasta vårdplatser i kommun och region.

5. Bygga vidare på **befintliga mobila team** och **mobila verksamheter** (ambulansen m.fl.).
 - För svårt sjuka och kroniskt instabila patienter samt patienter med behov av specialiserad palliativ vård.
 - Både akut och planerad verksamhet.
 - Enas om gemensamt utbud med lokala lösningar.

6. Utforma särskilda mobila lösningar för **norra och södra länsdelarna**.
 - Ett första steg för att nå en mer jämlik vård för svårt sjuka och kroniskt instabila patienter är att hitta mobila lösningar i de länsdelar som idag saknar mobila närsjukvårdsteam.

7. **Samlokalisering lokalt** av särskilda mobila lösningar/mobila team
 - Närhet till sjukhus underlättar arbetet.

8. Säkra **hållbara kontaktvägar** mellan inblandade verksamheter
 - Ta fram struktur och säkra kontinuitet.

9. System för **uppföljning och utvärdering** samt forum för **lärande och utveckling**.
 - Bygga på befintliga grupperingar.
 - En grund för delaktighet och verksamhetsdrivna lösningar.

Ett system i balans med exempelvis en optimalt bemannad primärvård, balans i in och utflöde från sjukhus samt tillräckligt antal platser på kommunernas särskilda boenden skulle förmodligen minska behovet av särskilda mobila lösningar/team. Där är vi inte inom en överskådlig framtid. Särskilda mobila lösningar kan skapa trygghet genom att erbjuda en kontinuitet och hög tillgänglighet. Det har inte alla vårdcentraler och kommuner möjlighet att erbjuda i nuläget.

Hittills har arbetet runt mobila team bedrivits som öar. De team som vuxit fram har skapats lokalt och inte i ett länsperspektiv. Vår bedömning är att det behövs ett gemensamt grepp i vår organisation för utvecklingen av den mobila sjukvården för att skapa ett mer jämlikt utbud över länet.

Oavsett hur man väljer att organisera och utforma det mobila utbudet som beskrivits i denna rapport så behöver det bli en del i en helhet. Alla delar i systemet,

vårdcentralerna, sjukhusverksamheterna inklusive ambulansverksamheten samt den kommunala vården och omsorgen behöver samspela. Effekterna av mobila lösningar/team kommer inte att uppnås om detta samspel inte fungerar. Som en del i omställningen till Nära vård krävs ett skifte från att se den mobila vården som fristående verksamheter till en integrerad del av hälso-och sjukvårdssystemet.

8. Bilagor

Bilaga 1: Uppdragsdirektiv Mobil sjukvård - en del i en helhet

Bilaga 2: Kommunikationsplan

Bilaga 3: Sammanfattning intressentanalys

Bilaga 4: Sammanfattning tvärprofessionell workshop

Bilaga 5: Sammanfattning besök mobila närsjukvårdsteam

Bilaga 6: Sammanfattning besök på vårdcentraler

Bilaga 7: Sammanfattning workshop områdesledning Nära vård

Bilaga 8: Patientfall som använts under uppdraget