

# **Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård**

***- samt vissa övriga mobila  
läkarinsatser utanför vårdinrättning***

## Innehåll

1 Bakgrund .....	3
2 Utgångspunkter och avgränsningar .....	3
3 Målgrupper, behov, krav och målsättningar .....	5
3.1 Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka .....	5
3.2 Utveckling av insatser och samverkan för tidvis sviktande .....	8
3.3 Upphandlad verksamhet för akuta hembesök av läkare.....	9
4 Krav och ansvarsfördelning.....	10
5 Processbeskrivning och arbetssätt för framtagande av alternativ för organisering .....	12
6 Organisering inom ramen för Hälsoval Skåne .....	14
6.1 Hur uppdraget skulle kunna lösas i praktiken.....	14
6.2 Sammanfattning av för- och nackdelar.....	17
7 Organisering inom ramen för egenregi med verksamhetsansvar i tre sjukvårdsförvaltningar .....	17
7.1 Organisering i sjukvårdsförvaltningarna .....	17
7.1. Sammanfattning av för- och nackdelar.....	18
8 Organisering inom ramen för egenregi med ett Skåneövergripande verksamhetsansvar förlagt till en av sjukvårdsförvaltningarna.....	19
8.1 Delregional samverkansstruktur som grund för organsiering .....	19
8.2. Sammanfattning av för- och nackdelar.....	21
9 Sammanvägning och val av organiseringsalternativ .....	22
10 Finansiering .....	22
Bilaga 1: Lokalisering, initial bemanning mm kopplat till organiseringsalternativ inom ramen för egenregi enligt avsnitt 8 .....	23
Bilaga 2: Tidsmässig räckvidd över Skåneyta, fördelad i 30-minutersintervall, från 5 sjukhus .....	27
Bilaga 3: Kontinuitet .....	32

## 1 Bakgrund

Arbetet med ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal påbörjades redan våren 2013. En politisk styrgrupp med representanter från Region Skåne och Skånes kommuner har lett detta arbete med stöd av en gemensam tjänstemannagrupp med representation från båda parter.

Kommunförbundet Skånes styrelse beslutade enhälligt 2016-02-26 att ställa sig bakom förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och rekommendera kommunerna att politiskt anta avtalet, och 2016-04-26 antogs det nya hälso- och sjukvårdsavtalet av regionfullmäktige. Avtalets syfte är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de vårdtagare som har behov av insatser från både Region Skåne och kommunerna och därigenom öka tryggheten och förtroendet för den samlade hälso- och sjukvården i Skåne. Avtalet är konstruerat så att det innehåller en gemensam utvecklingsplan som beskriver målgrupper och utvecklingsområden som parterna successivt ska arbeta tillsammans med under avtalsperioden.

De två utvecklingsområden som denna rapport fokuserar på omfattar utveckling av;

- teambaserad vårdform för de mest sjuka,
- insatser för tidvis sviktande.

Gemensamt för de personer som tillhör båda dessa målgrupper är att de har svårt att ta sig till vårdinrättningar – de faller varaktigt eller temporärt under den s.k. tröskelprincipen.<sup>1</sup>

Samtidigt är de, varaktigt eller temporärt, i behov av ett tätare och mer sammanhängande omhändertagande med ett mer riktat läkarstöd i hemmet. Sammanlagt uppskattas antalet personer med behov av ett förstärkt läkarstöd uppgå till 26 000 personer i en fullt utbyggd modell.<sup>2</sup> I rapporten presenteras förslag på hur ett sådant mer riktat läkarstöd skulle kunna åstadkommas och bli en del i en teambaserad vårdform tillsammans med kommunal vård för de mest sjuka med behov av vård i hemmiljö. Den gemensamma planering som krävs för att skapa den teambaserade vårdformen tillsammans med kommunerna påbörjas, i enlighet med regionfullmäktiges beslut, efter det att avtalsförslaget behandlats av respektive avtalspart. För att få största möjliga utväxling, och erhålla långsiktigt hållbara lösningar, är det viktigt att Region Skåne och kommunerna går i takt.

## 2 Utgångspunkter och avgränsningar

Flera arbetsgrupper, dialogmöten, uppföljningar och rapporter, både Region Skåneinterna och -externa, har belyst olika aspekter som ligger till grund för utformningen av det samlade förslag som här presenteras för hur ett mer riktat läkarstöd till de personer som är i behov av ett varaktigt eller temporärt läkarstöd i hemmet skulle kunna organiseras. Av stor vikt har

---

<sup>1</sup> Tröskelprincipen innebär att om patienten själv eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av Region Skåne finansierad öppenvård så är det Region Skåne som har vårdansvaret.

<sup>2</sup> För en närmare volymuppskattning, se avsnitt 3.1 respektive 3.2.

bedömts vara att modell för riktat läkarstöd i hemsjukvård ligger i linje med förslagen som redovisats i betänkandet Effektiv vård<sup>3</sup> samt rapporterna Hälso- och sjukvården och omsorgens viktiga paradigmskifte<sup>4</sup> respektive Målgrupper i fokus för samverkan<sup>5</sup>.

Allt sedan Ädelreformen och den skatteväxling som skedde i Skåne därefter är hemsjukvård ett kommunalt ansvar. Kommunen ger vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och omsorg enligt socialtjänstlagen. Kommunens vårdåtagande omfattar primärvårdsnivå, d.v.s. hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Kommunens vårdåtagande omfattar vidare enligt gällande grundöverenskommelse patienter som har varaktiga behov och/eller patienter som inte själva eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av Region Skåne finansierad öppenvårdsmottagning. Det är för denna grupp patienter, med varaktiga eller temporära behov av hemsjukvård, hembesök av läkare ska reserveras. Det kommunala ansvaret sträcker sig upp till och med sjuksköterskenivå. Läkarstöd till patienter och personal i hemsjukvården är Region Skånes ansvar. Den kommunala strukturen och det samarbete som sker mellan kommuner har fått vara vägledande för det ena de tre organiseringsalternativ som nedan presenteras.

I Region Skåne finns idag möjlighet att påkalla läkarstöd från en upphandlad verksamhet i samband med att personer som har svårigheter att klara den så kallade tröskelprincipen är i behov av icke planerbara vårdinsatser i hemmet. Den upphandlade verksamheten inkluderar även vårdintygsbedömningar och utfärdande av dödsbevis. Avtalet med den upphandlade verksamheten löper ut 2017-08-31 och ambitionen är att därefter på ett tydligare sätt än idag sammanföra uppdraget att utföra planerade och icke-planerade läkarinsatser gemensamt tillsammans med kommunerna. Om samma funktion har ansvar både för att utföra det kontinuerliga planerbara arbetet och att möta de behov som är akuta, bör den samlade planeringen kunna förbättras och de akuta behoven kunna reduceras på sikt.

Annan verksamhet i Region Skåne som idag bedriver vård i hemmet är ASiH. Enligt beslut är ASiH-verksamheternas huvudsakliga uppgift specialiserad palliativ vård. Vårdformen ASiH utför dock även punktinsatser av såväl kurativ som palliativ karaktär till patienter i hemmiljö samt ge konsultstöd till övriga vårdverksamheter, bland annat kommunal vård- och omsorgsverksamhet. En del av dessa punktinsatser och det konsultstöd som ASiH idag utför ryms inom den så kallade primärvårdsnivån och bör överföras till föreslagen vårdform. En nära

---

<sup>3</sup> SOU 2016:2,

<sup>4</sup> Implement Consulting Group, Hälso- och sjukvården och omsorgens viktiga paradigmskifte, februari 2015.

<sup>5</sup> Implement Consulting Group, Målgrupper i fokus för samverkan, slutrapport 10 mars 2016.

samverkan med ASiH för att uppnå effektiv resursanvändning och undvikande av dubbelfunktioner är därför nödvändig.

I hälso- och sjukvårdsavtalets utvecklingsdel finns ytterligare en prioriterad målgrupp; riskgruppen med behov av förebyggande insatser. Det handlar om personer med hög risk att utveckla allvarligare funktionsnedsättningar och därmed också hamna i ett omfattande och långvarigt vårdbehov. De har symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande för att därigenom förhindra behov av mer omfattande insatser. I dag upptäcks dessa alltför sent och ofta först när hälsan har hunnit försämrats och vård- och omsorgsbehoven ökat väsentligt. Det är därför av stor vikt att Region Skåne tillsammans med kommunerna finner ett gemensamt arbetssätt, bland annat utvecklar användbara kriterier, för att identifiera dessa individer i tid och tillhandahåller olika former av förebyggande åtgärder för egenvård eller andra stödjande insatser. För Region Skånes del har vårdcentralerna, inom ramen för sitt grunduppdrag, ansvar för såväl förebyggande som icke planerbara insatser riktade mot dessa riskgrupper. Så bör det även fortsättningsvis vara. Rapporten behandlar därför inte denna målgrupp vidare, men synliggör ansvarsfördelningen i avsnitt 4.

### **3 Målgrupper, behov, krav och målsättningar**

I detta avsnitt återges en beskrivning av de båda målgrupperna, övergripande behov och krav på verksamheten, inklusionskriterier samt utvecklingstakt och målsättningar. Verksamheten benämns härnäst mobil team, MT, och när enbart läkarresursen i MT avses anges denna som mobil läkare, ML.

#### **3.1 UTVECKLING AV TEAMBASERAD VÅRDFORM FÖR DE MEST SJUKA**

Den primära målgruppen för den nya, över huvudmannagränsen, gemensamma teambaserade vårdformen är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård som har ett omfattande, kontinuerligt och långvarigt vårdbehov. Gruppen består av personer som bor i kommunens särskilda boenden, på LSS-boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. Dessa olika patientgrupper behöver en tydlig kontinuitet i vårdkontaktarna och har därför behov av ett anpassat och fast organiserat vård- och omsorgsomhändertagande.

För denna grupp behövs en lösning i form av en särskild vårdform där man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö, MT. Mobil läkare från Region Skåne, ML, och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det teambaserade arbetssättet och ska svara för det gemensamma uppdraget att utföra insatser riktade mot de mest sjuka i hemsjukvården.

Läkarstödet ska successivt utformas så att en inställetid vid icke planerade hembesök kan ske inom 2 timmar dygnet runt veckans alla dagar och vid planerade hembesök inom 5 arbetsdagar. Sjuksköterskan från kommunen ska delta i dessa hembesök och blir i praktiken

den som i flertalet fall initierar hembesöket. Teamsamarbetet och insatserna kan också omfatta andra yrkeskategorier utifrån den enskildes vårdbehov.

Inskrivning i vårdformen MT är ett gemensamt beslut mellan respektive kommun och Region Skåne och förutsätter först att personen uppfyller fastställda inklusionskriterier och därefter att denne godkänner inskrivning och att en gemensam samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Målgruppen definieras utifrån följande inklusionskriterier, varav minst fyra måste vara uppfyllda för att patienten ska vara aktuell för inskrivning i MT;

- tre eller fler kroniska diagnoser,
- inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- erhåller hemsjukvård

Eftersom arbets sättet förväntas leda till att antalet inläggningar på sjukhus kommer att minska, behöver kriteriet ”inlagd på sjukhus tre gånger eller mer” kontinuerligt revideras. I målgruppen ingår alla som bor på särskilt boende (SÄBO) oavsett ålder. Dessa personer ska därmed erbjudas inskrivning oberoende av inklusionskriterierna. Personer som vistas på kommunal korttidsplats ska i likhet med personer på SÄBO erbjudas inskrivning. Eftersom vårdformen riktar sig till de mest sjuka ska 75-årsgränsen ses som ett riktmärke och yngre patienter som i övrigt uppfyller kriterierna ovan kan ingå. Beträffande barn gäller dock följande;

- barn och unga som har sitt stöd från barnkliniken/habiliteringen, ASiH och barnpsykiatrien omfattas inte av den nya vårdformen, utan ska ha fortsatt stöd på samma sätt som tidigare,
- barn och unga under 18 år som har hemsjukvård, till exempel vid boende enligt LSS 9:8, omfattas av den nya vårdformen.

Övriga barn kan bli aktuella för punktinsatser från ML förutsatt att patienten är i akut behov av sjukvård, dock ej livshotande, samt har stora svårigheter att själv eller med hjälp av ledsagare/assistans ta sig till sjukvårdsinrättning. I dessa fall skall alltid MT's vårdkoordinator kontaktas för bedömning och prioritering.<sup>6</sup>

De personer som periodvis eller mer permanent har stora svårigheter att ta sig till både somatiska och psykiatriska öppenvårdsmottagningar på grund av psykisk och/eller intellektuell funktionsnedsättning, snarare än rent fysiska hinder, kan betraktas som mest sjuka och ska kunna erbjudas stöd från denna teambaserade vårdform med samma krav på samordnad individuell planering som gäller för övriga som omfattas av vårdformen.

---

<sup>6</sup> Åren 2014 respektive 2015 genomfördes ca 180 hembesök årligen av Falcks hembesöksverksamhet riktad mot barn under 18 år. Diagnoserna dominerades av luftvägsinfektioner.

Insatserna avser i första hand somatiska tillstånd medan psykiatri/habiliteringsverksamheten har ansvar för psykiatriska sjukdomar/funktionsnedsättningar. Ansvarsfördelningen för den enskilde ska regleras i SIP.

Vårdcentraler och sjukhus ska bistå kommunerna i den patientinventering som ska genomföras för att kunna påbörja inskrivningsprocessen. Majoriteten av patienterna finns idag på SÄBO eller i eget boende där man åtnjuter hemsjukvård. Bedömningen är att den senare gruppen har det största behovet av ett förbättrat läkarstöd och en betydande del av dessa personer därför bör komma i fråga i de inledande faserna av inskrivningsprocessen.

Om en individ inskriven i MT skulle förbättras eller själv önska utskrivning skall så ske. För gruppen som helhet bedöms detta endast bli aktuellt undantagsvis.

Det övergripande utvecklingsmålet är att personer i Skånes samtliga kommuner med behov av en särskilt organiserad teambaserad vårdform ska ha tillgång till detta. En vårdform där såväl den enskilde, anhörig/närstående och vårdpersonal känner trygghet.

I enlighet med genomförandeplanering i utvecklingsplanen kopplad till nytt hälso- och sjukvårdsavtal kommer fokus under år 2016 framför allt att riktas mot att påbörja de gemensamma förberedelser som är en förutsättning för införandet av den nya teambaserade vårdformen. Så snart beslut angående läkarstödsmodell är fattat ska arbete med genomförandeplanering inledas tillsammans med kommunerna. Implementeringen är därutöver avsedd att ske stegvis enligt delregional planering med införandetakt utifrån de olika förutsättningar som finns i olika kommuner och delar av Skåne. Ett övergripande mål är att den nya teambaserade vårdformen MT vid utgången av år 2020 ska vara implementerad fullt ut i samtliga delar av Skåne. Redan under hösten 2016 ska uppbyggnad av Region Skånes läkarstöd, inklusive koordineringsfunktion, påbörjas. Anpassning av arbetssätt och utveckling av kommunernas sjuksköterskefunktion, som ska möta upp och delta vid läkarbesöket, påbörjas i takt med uppbyggnad av läkarstödet. Likaså ska de kommunala funktionerna för att fatta insatsbeslut kopplat till MT utvecklas och säkerställas. Behövliga utbildningsinsatser, såväl riktad mot läkare som mot kommunens personal, måste planeras och startas skyndsamt för att hantera de delvis nya utmaningar som arbetssättet kommer att kräva.

En uppskattning, utifrån dagens situation, av hur många patienter som kan bli aktuella för inskrivning i vårdformen MT innebär en volym av totalt 15 600 personer (1,2 procent av befolkningen) i ett fullt utbyggt system.<sup>7</sup> Av dessa finns 9 500 på särskilt boende, 5 000 i ordinärt boende och 1 100 på korttidsplats eller LSS-boende. Siffrorna är behäftade med stor

---

<sup>7</sup> Det totala antalet patienter som kan bli aktuella för någon form av insats från MT, d.v.s. inklusive temporära punktinsatser till personer som inte är i behov av inskrivning, uppskattas i nuläget till 26 000 i ett fullt utbyggt system.

osäkerhet och volymerna kan snabbt förändras, bl.a. till följd av hög mortalitet i dessa grupper.

### **3.2 UTVECKLING AV INSATSER OCH SAMVERKAN FÖR TIDVIS SVIKTANDE**

Målgruppen för dessa insatser är personer som har kommunal hemsjukvård och under längre perioder kan klara sig relativt väl med detta och en välordnad omsorg, men som har tillfälligt behov av en högre omhändertagandenivå för att minska undvikbar sjukhusvård. Det tillfälliga behovet kan uppstå vid akut försämring, eller i samband med återhämtning från sjukdom samt vid utskrivning från sjukhus.

Dessa personer ska erbjudas temporära insatser från den nya vårdformen MT som utvecklas för målgruppen med ett varaktigt vårdbehov. Personer i denna grupp ska inte vara inskrivna i MT utan även fortsatt ha sitt huvudsakliga stöd från vårdcentral. Vid upprepade behov av ML ska personen erbjudas inskrivning i MT.

Ur ett patientperspektiv är det angeläget att minimera vårdtiderna på sjukhus för denna målgrupp. Det främsta skälet är hänsynen till den enskildes möjligheter att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg. Sjukhusmiljön är inte heller optimal när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när den diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad.

Det är nödvändigt att skapa förutsättningar för att den enskilde i slutenvården, som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver insatser från den kommunala hemsjukvården, så säkert och effektivt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Detta ställer i sin tur krav på väl utvecklade och fungerande samarbetsformer mellan kommuner och Region Skåne och att ett väl fungerande läkarstöd är på plats till kommunens personal. Det är viktigt att parterna gör en gemensam vårdplanering. Om det i den slutna vården bedöms att en person, i samband med utskrivning, är i behov av ett temporärt stöd från MT ska MTs koordineringsfunktion meddelas snarast möjligt efter inskrivning i slutenvård. Ett delmål inom detta utvecklingsområde är att genom gemensamma rutiner och arbetsformer säkerställa en säker, trygg och effektiv överföring av vårdansvaret vid utskrivning från slutenvård.

Det övergripande utvecklingsmålet är att personer som tillfälligt sviktat ska kunna erbjudas temporära insatser från den nya vårdformen som utvecklas för målgruppen med ett varaktigt vårdbehov. Detta ska kunna ske i samtliga av Skånes kommuner. För målgruppen ska det skapas förplanerade vårdvägar som kan initieras när behov uppstår. För erhållande av insatser från MT riktad mot gruppen tidvis sviktande kan i regel samma kriterier tillämpas som de som styr inskrivning i MT, där dock koordinatorsfunktionen bör ha stor frihet att bedöma behovet och göra de undantag som är befogade. För individer tillhörande gruppen tillfälligt sviktande gäller att om de försämras, eller om vårdbehovet på annat sätt ökar, bör erbjudande om inskrivning i MT ske och en SIP upprättas.



Med utgångspunkt från dagens situation uppskattas volymen patienter med behov av temporära läkarstödsinsatser från vårdformen MT till att omfatta cirka 10 000 personer i ett fullt utbyggt system.<sup>8</sup> Dessa personer finns i huvudsak i ordinärt boende, varav en mindre andel i någon typ av LSS-boende. Även dessa siffror är dynamiska och förändras över tid, inte minst beror utvecklingen på i vilken form kommunerna väljer att erbjuda vård och omsorg.

### 3.3 UPPHANDLAD VERKSAMHET FÖR AKUTA HEMBESÖK AV LÄKARE

Region Skåne har sedan februari 2012 ett avtal med Falck Ambulans AB för akuta hembesök av läkare. Avtalet har efter förlängning en löptid fram till och med 2017-08-31 med möjlighet till förlängning 6 månader ytterligare. Bakgrunden till förlängningen är ”att tillgodose det behov som finns för Region Skånes befolkning och i syfte att säkra hembesöksverksamheten till dess uppbyggnad av mobila team kan fungera”.<sup>9</sup> När avtalet upphör finns en möjlighet att på ett tydligare sätt än idag sammanföra uppdragen att utföra planerade och icke-planerade läkarinsatser i ett gemensamt uppdrag tillsammans med kommunerna. Om samma funktion har ansvar både för att utföra det kontinuerliga planerbara arbetet och att möta de behov som är akuta, bör den samlade planeringen kunna förbättras och de akuta behoven kunna reduceras på sikt.

Kommunal hemsjukvård svarar idag för ca 70 procent av remisserna till eller påkallandet av Falcks läkarbilar. Övriga remitterande instanser är ambulanssjukvården, sjukvårdsrådgivningen, vårdcentralerna samt polis, häkte/anstalt, Migrationsverket och SOS-alarm. Majoriteten av hembesöken sker dagtid och kvällstid fram till kl. 21.00. Målgruppen utgörs av personer som har svårigheter att klara den så kallade tröskelprincipen och som är i behov av akuta vårdinsatser i hemmet, dock ej av blåljuskaraktär. Verksamheten inkluderar även vårdintygsbedömningar och utfärdande av dödsbevis. Sammanlagt gjordes 2015 cirka 15 700 hembesök, varav knappt 3 600 rörde konstaterande av dödsfall, och därtill gavs 7 700 telefonrådgivningar.

Genom att hålla samman uppdragen att utföra planerade och icke-planerade hembesök i samma funktion ökar inte bara möjligheten att reducera de akuta behoven utan det ger också utrymme för samordningsvinster för både Region Skåne och Skånes kommuner. För Region Skånes del blir uppdraget tydligare samtidigt som behovet av parallella organisationer för hembesök försvinner. För kommunernas del förenklas hanteringen genom att det är ett och samma läkarstöd som ska kontaktas oavsett hur brådskande ärendet är eller när på dygnet

---

<sup>8</sup> Det totala antalet patienter som kan bli aktuella för någon form av insats från MT, d.v.s. inklusive de 15 600 personer som är i behov av inskrivning, uppskattas i nuläget till 26 000 i ett fullt utbyggt system.

<sup>9</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, §123, 2016-05-27.

behovet uppstår. Samtidigt underlättas möjligheten till uppföljning efter besöket, in- och utskrivning från sjukhus och dessutom förstärks vårdkontinuiteten.

För att säkerställa att servicen till medborgare, myndigheter och vårdgrannar inte försämras i samband med att Falcks avtal upphör krävs, om inte en ny upphandling görs, en successiv uppbyggnad av en motsvarande verksamhet, inklusive utfärdande av dödsbevis och vårdintygsbedömningar. Målsättningen är att från september 2017 kunna erbjuda ett läkarstöd av minst samma kvalitet som den i nuläget existerande. En stegvis uppbyggnad av ML innebär i praktiken att en läkare successivt byts ut mot en annan för denna del av det totala ML-uppdraget, vilket inte är något som påverkar kommunerna eller de krav/förväntningar som Region Skåne har på dem i enlighet med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

#### 4 Krav och ansvarsfördelning

Innehållet i den särskilda vårdformen MT kan sammanfattas enligt följande:

- ML, koordinatorsfunktion för MT och kommunal sjuksköterska ska utveckla gemensamt teambaserat arbetssätt.
- Kriterier ger beslutsstöd för inskrivning och bedömning av temporära insatser.
- Teamkontinuitet och samarbete ger sammanhållen vårdkedja och trygghet för personer med behov av vård i hemmet.
- SIP har en central roll och värnar om framåtsyftande planering och är ett viktigt redskap för skapande av vårdkontinuitet
- Målgruppernas patienter ska kunna erbjudas akuta insatser i hemmet inom 2 timmar dygnet runt och planerade insatser  $\leq 5$  dagar
- Det ska finnas möjligheter till direktinläggning och förstärkta kommunala insatser vid behov
- För att säkerställa en jämlik vård i Skåne ska styrning i form av uppdrag till utförande organisation och uppföljning av verksamheten ske centralt.

I många fall är möjligheten att erhålla förstärkta kommunala insatser enligt SoL avgörande för möjligheterna att hantera akuta försämringar i patienternas eget boende och därför måste kommunerna snarast påbörja en diskussion om hur detta skulle kunna organiseras i enskild kommun eller via samverkan mellan kommuner.<sup>10</sup>

En patient tillhörande den mest sjuka gruppen som försämras akut har mer sällan behov av ytterligare diagnostik eller övervakning på en akutmottagning efter det att läkarbedömning gjorts av läkaren i MT. Akutmottagningar är dessutom en olämplig vistelsemiljö för målgruppen. Därför ska direktinläggning på lämplig vårdavdelning vara regel i de fall

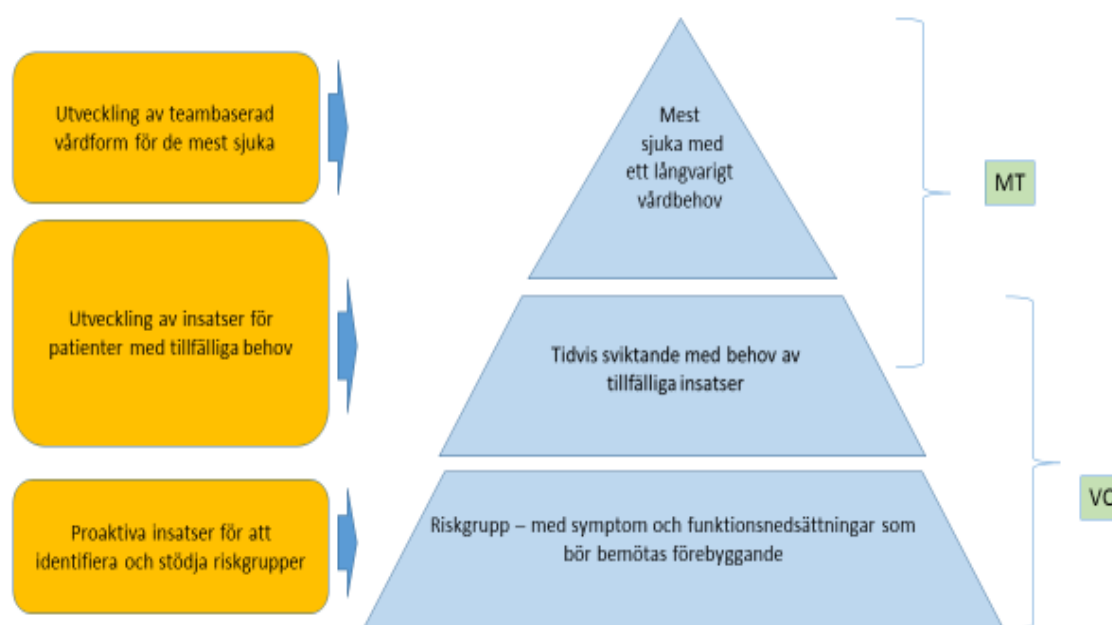
---

<sup>10</sup> Se avsnitt 2.4. Genomförandeplan från avtalsstart hösten 2016-2017 angående arbete med ”kommunernas organisation för att fatta insatsbeslut” i Del B, Utvecklingsplan 2016-2020 till Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, 2016-01-19.

sjukhusvård bedöms nödvändig. Det ska därför vara en viktig del av utvecklingsarbetet att sjukhusen avsevärt utvecklar sin logistik kring direktinläggningar dygnet runt alla veckans dagar för att möjliggöra att målsättningen uppnås.

Utöver ovanstående krav på MT ska ML, om inen ny upphandling görs, från september 2017 kunna erbjuda ett läkarstöd av minst samma kvalitet som den i nuläget existerande upphandlade hembesöksverksamheten.

Vad gäller ansvarsfördelningen, oberoende av organiseringsalternativ, för avtalets särskilt utpekade målgrupper mellan MT och vårdcentralerna så kan den illustreras i följande figur:



I samband med inskrivning i MT övertar MT medicinskt ansvar för samtliga akuta och planerade insatser för de inskrivna patienterna. MT har fullt grundläggande medicinskt behandlingsansvar för hela den inskrivna gruppen mest sjuka med långvariga vårdbehov (den övre triangeln i figur Y), inklusive läkemedel och hjälpmedel, men patienten är fortsatt listad på vårdcentralen. Avseende läkemedel och hjälpmedel gäller att kostnadsansvar följer behandlingsansvar för Region Skånes finansierade verksamheter, i övrigt gäller Hjälpmedelshandboken. I de fall patienten förbättras så att utskrivning från MT blir aktuell ska det medicinska ansvaret för patienter som så önskar föras över till valfri vårdenhet.

Akuta hembesök av läkare är endast aktuella för patienter som inte klarar den s.k. tröskelprincipen. Patientens svårigheter att klara tröskelprincipen kan vara känd sedan tidigare eller vara nyttkomna i samband med akut sjukdom/skada. Akuta hembesök för gruppen temporärt sviktande (ej inskrivna) kan skötas av enskild vårdcentral eller av MT. Arbetsfördelningen mellan enskild vårdcentral och MT kan regleras i SIP eller på annat sätt.

Om läkare från enskild vårdcentral ska utföra hembesöket ska detta ske inom samma tidsintervall som gäller för MT. Om läkare på enskild vårdcentral har svårigheter att uppfylla krav på tidsinställelse ska patienten erbjudas insatser från MT.

För att underlätta för kommun som påkallar behov av akut läkarstöd ska kommunen ges möjlighet att via gemensam central koordinatorsfunktion erhålla läkarstöd oavsett om patienten är inskriven i MT eller inte. På så vis skapas "en ingång", via ett gemensamt välkänt telefonnummer, för kommunal legitimerad vårdpersonal. Vid svårigheter att nå enskild vårdcentral ska koordinator omgående kontakta MT. Koordinatorsfunktionen ska samordna det mobila akuta och planerade arbetet samt ansvara för telefonrådgivning avseende problematik kring målgruppen till såväl Region Skånes som kommunernas legitimerade vårdpersonal. Kompetensen i koordinatorsfunktionen ska vara sjuksköterska.

Tydliga beslutsstöd måste utvecklas tillsammans med kommunerna. Först och främst behöver rutiner som reglerar inskrivningsprocessen finnas. Dessa ska vara baserade på gällande inskrivningskriterier och reglera praktikaliteter kring inskrivning i MT. En annan typ av beslutsstöd ska vara till vägledning för vårdpersonal i akuta situationer för att underlätta beslut om rätt vårdnivå och relevanta insatser. Dessa beslutsstöd ska vara ett komplement till SIP.

## **5 Processbeskrivning och arbetssätt för framtagande av alternativ för organisering**

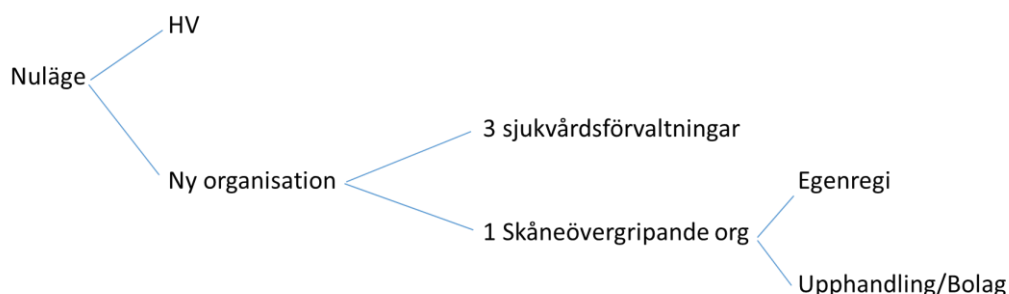
Fyra alternativa modeller för att organisera övergripande verksamhetsansvar har prövats tillsammans med referensgruppen. Samtliga alternativ förutsätter en regionövergripande samordningsfunktion. För att få en jämlik vård i Skåne ansvarar den regionövergripande funktionen för att ta fram uppdrag för verksamheten samt att följa upp denna. Samtliga alternativ förutsätter att koordineringsansvaret (en väg in) ligger på respektive sjukvårdsförvaltning.

- A. Det ena organiseringsalternativet innebär att verksamhetsansvaret förläggs till de tre sjukvårdsförvaltningarna. Vårdinnehållet ska motsvara primärvårdsnivå men förvaltningarna kan antingen förläggas till primärvårdsdivisionerna alternativt avgör förvaltningarna organisatorisk placering.
- B. Det andra organiseringsalternativet innebär att verksamhetsansvaret samlas i en av sjukvårdsförvaltningarna. Liksom i ovanstående alternativ ska vårdinnehållet motsvara primärvårdsnivå. Tänkbara alternativ är att samla verksamheten i en primärvårdsdivision, i en närsvårdsdivision/motsvarande eller att organisera verksamheten i linje parallellt med ASiH.
- C. Ett tredje organiseringsalternativ är att samla hela hembesöksverksamheten i en ny upphandlad verksamhet/bolagisering.
- D. Ett fjärde alternativ är organisering inom Hälsoval Skåne.

De olika alternativen har varit föremål för beskrivningar av för- och nackdelar tillsammans med referensgruppen. Inkomna argument har värderats och prioriterats av processledningsgruppen utifrån följande hierarki: Patientperspektivet – hela hälso- och sjukvårdssystemets perspektiv – den enskilda verksamhetens perspektiv. Med referensgruppen har också diskuterats några viktiga huvudprinciper:

- Omedelbar tillgänglighet vid behov
- Regiongemensam modell
- Jämlik vård
- Producentneutralitet
- Patientens val – lagreglerat fritt vårdval enligt LOV
- ”Avlistning” ska ej tillämpas
- En väg in för kommunen
- Kontinuitet – administrativ: Kunskap om tidigare överväganden och planering
- Kontinuitet – så liten personkrets som möjligt runt patienten
- Minimera störningar av pågående positiva samarbeten
- Minimera konkurrens om läkare
- Minimera alltför plötsliga effekter på vårdcentralerna avseende verksamhet och ekonomi
- Möjligheter för stegvis utbyggnad

Alternativen har konstruerats utifrån en nulägesituation där en modell innebär en utveckling av nuvarande ackrediteringssystem för vårdcentral i Hälsoval Skåne och en annan modell bygger på en helt eller delvis ny organisation. Den senare modellen kan organiseras på några olika sätt i enlighet med följande schematiska beskrivning:



Organisering via upphandling/bolagisering (alternativ C) utgår pga:

- Ingen naturlig relation till vårdkedjan – mindre incitament för samverkan

- Svårare att takta med kommunerna
- Svårare med stegvis utbyggnad
- Stor förändring som påverkar direkt
- Upphandling tar tid och kostar
- Läkarutbildning + forskning?
- Kommunal kompetensutveckling?

Efter sammanvägning av olika synpunkter kvarstår tre huvudalternativ vilka beskrivs i avsnitten 6, 7 och 8 nedan.

## **6 Organisering inom ramen för Hälsoval Skåne**

Förslaget bygger på följande förutsättningar:

- Organiseras inom ramen för ackrediteringssystemet, ackrediteringsvillkor anpassas i enlighet med krav i hälso- och sjukvårdsavtalet
- Regional styrning genom skall-krav i ackrediteringsvillkor samt regional uppföljning
- Verksamhetsansvar på respektive vårdcentral
- Bemanningansvar på respektive vårdcentral

Alternativet innebär en utveckling av ackrediteringsvillkoren i syfte att uppnå målsättningarna i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet. Enskild vårdcentral kan uppfylla målsättningarna i samverkan med flera enheter. För att klara uppdraget kan vårdcentralerna samordna sina insatser, främst för akuta men ibland även för planerade hembesök, på samma sätt som flertalet vårdcentraler idag samordnar sig i kvälls- och helgmottagningar. Hur samordningen sker avgörs av lokala förutsättningar och vårdcentralernas egna val. Varje vårdcentral är en självständig part och har att förhålla sig till skall-krav i enlighet med gällande ackrediteringsvillkor. Frågor rörande hur respektive vårdcentral väljer att lösa sitt uppdrag har uppdragsgivaren/Region Skåne inte möjlighet att i detalj styra. Det finns dock behov av samordning gällande utbildning, verksamhetsutveckling, övergripande samarbetsfrågor, verksamhetskoordinering, taktning med kommunerna med flera.

### **6.1 HUR UPPDRAGET SKULLE KUNNA LÖSAS I PRAKTIKEN**

För att underlätta logistiken vad gäller kontakten mellan kommun och enskild vårdcentral rörande de patienter som bedöms vara i behov ett mer permanent förstärkt läkarstöd (inskrivna patienter) och gruppen tillfälligt sviktande (temporära punktinsatser) ska det inrättas en skånegemensam regionövergripande koordineringsfunktion som, förutom att påkalla akuta hembesök till patienterna, kan fungera som rådgivande och vara behjälplig med informationsöverföring. En sådan koordineringsfunktion skulle därmed kunna fungera som sambandscentral för prioritering, säkerställande av jämlik tillgång på läkarstöd i kommunal hemsjukvård och erbjuda goda möjligheter för ”en” kommunal ingång.

Koordineringsfunktionen ska vara producentneutral och anslutning till denna funktion ska

vara obligatorisk för samtliga vårdenheter med uppdrag riktade mot patienter med behov av kommunal hemsjukvård.

Beträffande vårdcentralernas förmåga och vilja att samordna sina insatser visar erfarenheter i samband med införandet av krav på kvälls- och helgmottagningar att det ser olika ut. För att öka möjligheten till effektiv koordinering, minska sårbarheten och för att uppnå ett så högt resursutnyttjande som möjligt finns behov av samordning så att utförarorganisationerna omfattar en tillräckligt stor volym.<sup>11</sup> Samtidigt måste enskild vårdcentral kunna garanteras att få ingå i en tillräckligt stor (volymmässigt) utförarorganisation.

Det bör eftersträvas att verksamheten organiseras på så sätt att varje vårdcentral kan delta på lika villkor. För att säkerställa såväl kvantitativ som kvalitativ läkartillgång krävs medverkan av sjukhusläkare. Dessas medverkan säkras genom skall-krav i förvaltningsuppdragen. På samma sätt regleras behov av annat stöd från sjukhusen såsom konsultstöd/medverkan av olika specialiserade sjukhuskompetenser vid behov, bakjoursstöd nätter och helger.

För att tjänstgöra i den mobila verksamheten rekommenderas specialistkompetens inom allmänmedicin, internmedicin eller geriatrik. För ST-läkare bör det finnas krav på minst 3 års tjänstgöring inom specialistområdet. För att säkerställa att störningar inte uppstår ska tjänstgöring i mobil verksamhet ej kombineras med annan samtidig verksamhet. Sannolikt kommer flertalet tjänstgörande läkare behålla del av sin tjänstgöring på vårdcentral eller sjukhus. För att främja kontinuitet ska det eftersträvas att tjänstgöring i mobil verksamhet sker i så långa sammanhängande pass som möjligt. Flexibla lösningar utefter patienternas behov bör eftersträvas. Läkare som redan idag ansvarar för regelbundet stöd till kommunala särskilda boenden och korttidsvård, och önskar vidareutveckla intresset för hemsjukvård, ska erbjudas möjlighet att fördjupa detta arbete, på hel- eller deltid, inom ramen för MT.

För att öka förutsättningarna att uppnå god kunskaps- och kompetensutveckling inom det växande området hemsjukvård skulle det kunna övervägas att, gemensamt med Skånes kommuner, bilda ett kunskapscentrum för hemsjukvård. Syftet skulle vara att stödja och genomföra utbildningar/kompetensutvecklande åtgärder, att stödja verksamhet inom kunskapsområdet vad gäller implementering av nya metoder samt vid utveckling och förbättring av vårdens processer.

Med hälso- och sjukvårdsavtalets utvecklingsplan följer krav på successiv utveckling och uppföljning. Ackrediteringsvillkor för Vårdcentral i Hälsoval Skåne ska därför justeras enligt följande krav:

- **2017-01-01 ska** vårdcentralen i samverkan med andra vårdcentraler, utföra **akuta** hembesök, kl. 08.00–19.00, vardagar till vårdcentralernas listade patienter i

---

<sup>11</sup> De minsta delregionala kommunala samverkansområdena omfattar ca 90 000 invånare.



definierade målgrupper. **Inställelsetiden är högst 2 timmar.** För akuta hembesök kan vårdcentralen under 2017 t.o.m. augusti månad även anlita den hembesöksverksamhet, som Region Skåne tecknat särskilt avtal med, i de fall hembesöken inte utförs av vårdcentralen.

- **2017-09-01 ska** vårdcentralen i samverkan med andra vårdcentraler, utföra **akuta** hembesök kl 08.00-21.00 vardagar samt lördag, söndag och helgdag 08.00-18.00 till vårdcentralernas listade patienter i definierade målgrupper. **Inställelsetiden är högst 2 timmar.** För akuta hembesök kan vårdcentralen under 2018 t.o.m. februari månad även anlita den hembesöksverksamhet, som Region Skåne tecknat särskilt avtal med, i de fall hembesöken inte utförs av vårdcentralen.
- **2018-03-01 ska** vårdcentralen i samverkan med andra vårdcentraler, utföra samtliga **akuta** hembesök dygnet runt, veckans alla dagar, till vårdcentralernas listade patienter i definierade målgrupper. **Inställelsetiden är högst 2 timmar.**
- **2017-01-01 ska** vårdcentralen själv erbjuda **planerade** hembesök till patienter som uppfyller tröskelvillkor inom 5 arbetsdagar för patienter som ej är inskrivna i mobil verksamhet. Praktisk samordning mellan vårdcentraler inleds successivt.
- **2017-07-01 ska** vårdcentralen i samverkan med andra vårdcentraler erbjuda **planerade** hembesök till patienter som uppfyller tröskelvillkor inom 5 arbetsdagar för patienter som är inskrivna i mobil verksamhet
- Hembesöksersättning **ska** från **2017-01-01** endast utgå för hembesök till patienter som uppfyller tröskelvillkor. Nivån på ersättningen justeras så att akuta och planerade hembesök i ordinärt boende och akuta besök på särskilt boende erhåller en viss ersättning medan planerade hembesök på särskilt boende erhåller en lägre ersättning.
- För patienter som inte uppfyller tröskelvillkor utgår SIP-ersättning till vårdcentralen som görs i patientens hemmiljö. Någon samtidig hembesöksersättning för patienter som erhåller SIP utgår ej.

Ovanstående upptrappingsmodell av akut hembesöksverksamhet för vårdcentral förutsätter att nuvarande avtal med befintlig upphandlad hembesöksverksamhet förlängs t.o.m. 2018-02-28 i enlighet med de möjligheter som avtalet ger.

Vårdcentralerna har idag uppdrag att för förtecknade patienter utfärda dödsbevis och dödsorsaksintyg samt att göra läkarbedömningar av behov av psykiatrisk tvångsvård och utfärdande av vårdintyg enligt lag om psykiatrisk tvångsvård. Från och med 2018-03-01 upphör nuvarande möjlighet att anlita den av Region Skåne upphandlade hembesöksverksamheten för utförande av intyg och uppdraget övergår till vårdcentral.



Noggrann uppföljning av vårdcentralernas förmåga att anpassa sig till nytt uppdrag, inklusive successivt övertagande av den upphandlade verksamhetens uppdrag, måste ske. Parallellt bör en utredning av behovet av ny upphandling göras.

## **6.2 SAMMANFATTNING AV FÖR- OCH NACKDELAR**

Det beskrivna alternativet med organisering inom ramen för Hälsoval Skåne har belysts tillsammans med referensgruppen varvid följande lyftes fram som de viktigaste gemensamma synpunkterna.

Fördelar:

- Kortare startsträcka pga befintlig samverkansstruktur
- Bibehåller upparbetade relationer
- Oförändrat vårdcentraluppdrag utan nya gränsdragningar
- Lättare få allmänläkarna med sig – mindre förändring
- Möjlighet till stegvis utveckling
- Underlättar utbildning av ST och AT-läkare
- Principerna för finansieringsmodell behöver inte ändras (uppdraget kan komma att kräva budgetanpassning alt omprioritering)

Nackdelar:

- Svårigheter att erbjuda likvärdig vård och lika servicenivå mot kommuner
- Svårare att rekrytera sjukhusläkare
- Svårighet att engagera fast kärna läkare som kan utveckla/driva nytt arbetssätt
- Svårigheter att hitta gemensam lösning för ersättning och arbetstidsvillkor för läkare
- Uppdraget kommer att delas av många läkare - längre väg till att utveckla rätt kompetens.
- MT blir inte en tydlig entitet
- Kan dagens modell leverera svar på de förväntningar som finns? Vilka signaler ges till kommunerna?
- Riskerar att bli en kostnadsineffektiv verksamhet om varje vårdcentral skall lösa sitt uppdrag

## **7 Organisering inom ramen för egenregi med verksamhetsansvar i tre sjukvårdsförvaltningar**

### **7.1 ORGANISERING I SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGARNA**

Ett andra alternativ till organisering är att läkarstödet utgår från en organisering i egen regi med verksamhetsansvar förlagt i de tre sjukvårdsförvaltningarna. Regionövergripande styrning sker i form av uppdrag till förvaltningarna och uppföljning. Förslaget med organisering i de tre sjukvårdsförvaltningarna bygger på följande förutsättningar:

- Verksamhetsansvaret förläggs i primärvårds- alternativ närsjukvårdsdivision i respektive förvaltning
- En regional samordningsgrupp skapas under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören
- Läkarbemanning bör ske i samarbete med privata och offentliga vårdcentraler, med beaktande av producentneutralitet, samt sjukhuskliniker

Utgångspunkten för detta alternativ är att patienternas möjlighet att få en kontinuitet i mötet med sjukvården ökar då verksamheterna kan erbjuda en mer sammanhållen process kommun-sjukhus, exempelvis blir processen för direktinläggning snabbare och mer smidig för patienten. Förslaget innebär även en ökad möjlighet att utnyttja verksamhetens totala resurser, bland annat i form av specialistläkare. Ökad dygnet runt beredskap och mindre risk för den problematik som uppstår för patienten i samband med att nya gränssnitt skapas. Bra möjlighet för jämlik vård då ansvaret inte är fördelat på allt för många enheter. Möjligheten att rekrytera och behålla personal ökar då det kan anses vara mer attraktivt att få arbeta med sin specialistkunskap i den mobila verksamheten men ändå ha sin grundanställning som specialist på sjukhuset. Organisationen följer den av Region Skåne fastställda geografiska strukturen vilket innebär en tydlighet i styrning och ledning. Förslaget bygger inte heller upp nya gränssnitt som försvårar en sammanhållen vårdprocessen för patienten.

## **7.1. Sammanfattning av för- och nackdelar**

### Fördelar:

- Kända nätverk kommun och primärvård. Teamarbete finns utvecklat och inkört
- Viktigt med en regional samordningsfunktion som ser till att det är gemensamma rutiner, PM och dylikt, vilket också ger en möjlighet för samordning över förvaltningsgränserna jourtid. Funktionen ska värna om vård på lika villkor
- Säkerställer dygnet runt ansvar.
- Sannolikt något enklare att rekrytera sjukhusläkare till MT.
- Vårdkedjan runt patienten hålls samman, patientcentrerat
- Förlägga verksamhetsansvaret till de 3 förvaltningarna kan ge en större känsla av ett gemensamt ansvar.
- Bättre möjlighet för direktinläggningar

### Nackdelar:

- Förvaltningarna har olika förutsättningar
- Förvaltningarna saknar såväl upptagningsområden som befolkningsansvar
- Risk för intressekonflikter i förhållande till MT's uppdrag
- Samverkan över förvaltningsgränser kan försvåras
- Möjligheten att samordna koordineringsfunktion (och minska sårbarhet) reduceras
- Måste utformas producentneutralt

- Kan uppfattas som att egenregi har konkurrensfördelar i förhållande till privata vårdgivare

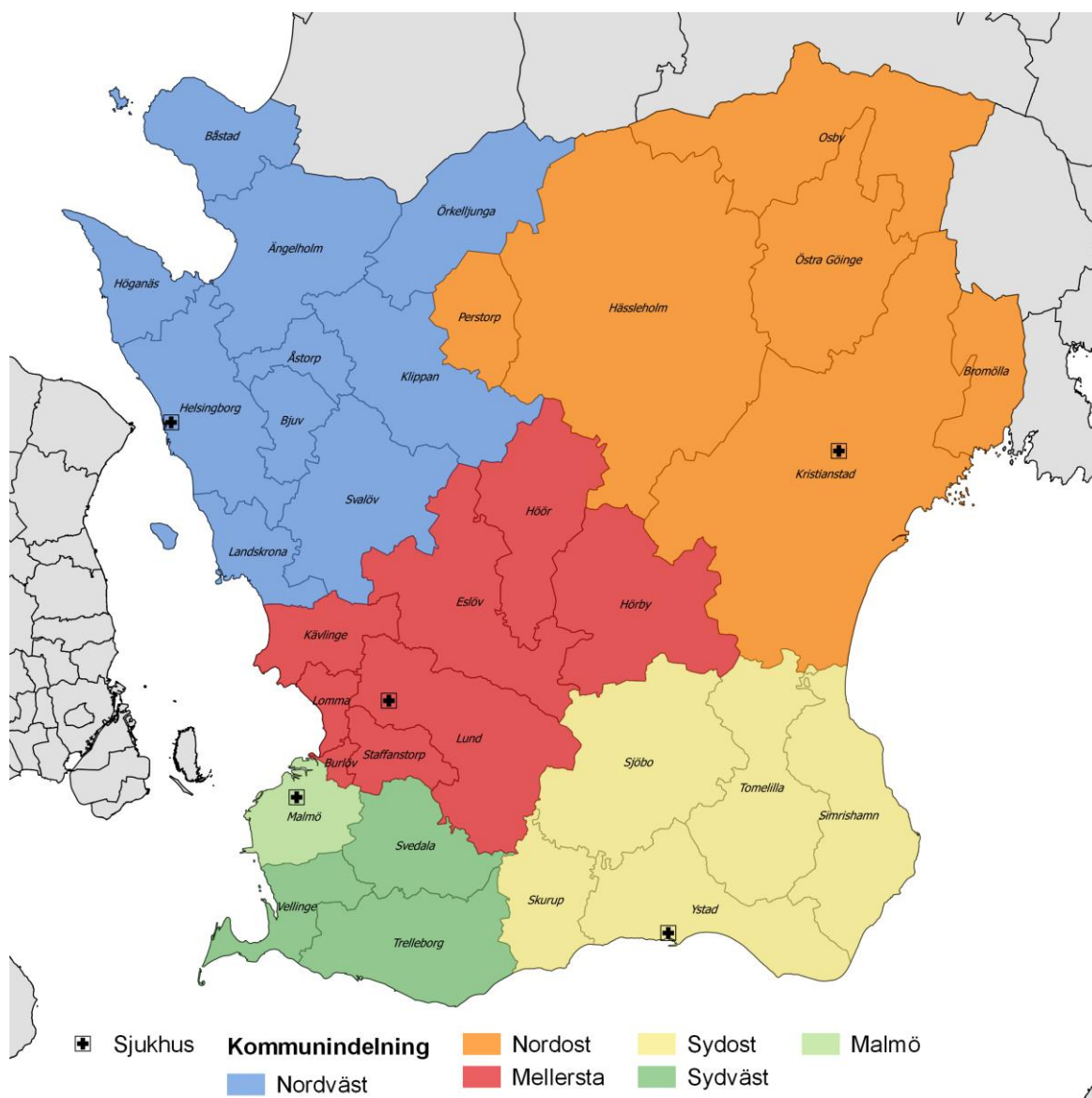
## **8 Organisering inom ramen för egenregi med ett Skåneövergripande verksamhetsansvar förlagt till en av sjukvårdsförvaltningarna**

Förslaget bygger på följande förutsättningar:

- EN Skånegemensam organisation med övergripande verksamhetsansvar förlagt till en av sjukvårdsförvaltningarna
- Fast bemanning med egna schemalagda specialistläkare för uppdraget samt intresserade ST-läkare
- Organiserar i noder i enlighet med kommunala samverkansstrukturen
- Varje nod har en verksamhetschef och eventuellt en egen koordinatorsfunktion (alternativt sker samverkan mellan noder)
- Gemensam kompetensutveckling och stimulering av forskning tillsammans med kommunerna

### **8.1 DELREGIONAL SAMVERKANSSTRUKTUR SOM GRUND FÖR ORGANISERING**

Skånes kommuner har en etablerad delregional samverkan sinsemellan, vilken framgår av hälso- och sjukvårdsavtalets del C och följande kartbild. Denna samverkansstruktur är inte helt förenlig vare sig med de skånska sjukhusens olika fördelade uppdrag eller hur respektive vårdcentralers listade patienter är folkbokförda. De skånska sjukvårdsförvaltningarna saknar upptagningsområden och befolkningsansvar, ingående verksamheter har olika omfattande uppdrag och fritt vård sökande råder i enlighet med gällande lagstiftning. Kommun som utgör, eller ingår i, respektive delregion har dock geografiskt avgränsat ansvar, både vad gäller hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och sociala insatser enligt Socialtjänstlagen, för egna invånare. Förslaget innebär att MT och ML organiseras i noder i enlighet med den kommunala delregionala indelning. Det geografiska område som varje delregion omfattar blir respektive nods primära ansvarsområde. Den delregionala indelning av med den kommunala samverkansstrukturen återges nedan:



Som ett alternativ skulle det med hänsyn till geografisk yta, befolkningsmängd och demografisk struktur kunna övervägas att initialt samordna organiseringen av läkarstödet till delregion sydväst med Malmö.

Varje nod bör ha en gemensam delregional ledningsgrupp där kommunal representation ingår. Gruppen hanterar praktiska frågor och lokala driftsfrågor. Det är här praktisk samverkan etableras och tillit utvecklas.

För att konsolidera verksamheten och utveckla ett behovsanpassat arbetssätt föreslås att det initialt rekryteras läkare (30-tal) som under året helt kan ägna sig åt den mobila verksamheten. Olika anställningsformer, i samarbete med förvaltningarna, är tänkbara.

Att etablera ett nytt arbetssätt, och bygga upp den ömsesidiga tillit som krävs för att skapa effektiva lösningar för målgrupperna och det skånska vårdssystemet som helhet, förutsätter att tid avsätts för dialog och samplanering med de kommuner som är huvudmän för de verksamheter som noderna ska stötta. Läkare som redan idag ansvarar för regelbundet stöd till kommunala särskilda boenden och korttidsvård, och önskar vidareutveckla intresset för hemsjukvård, ska erbjudas möjlighet att fördjupa detta arbete, på hel- eller deltid, inom ramen för MT.

Kontinuiteten (mot patienter och MTs samarbetspartners) stärks i organiseringsalternativet genom att en fast kärna läkare rekryteras för uppdraget. För vidare resonemang angående kontinuitet, se Bilaga 3.

## 8.2. SAMMANFATTNING AV FÖR- OCH NACKDELAR

Det beskrivna alternativet i en Skåneövergripande organisation i egenregi har belysts tillsammans med referensgruppen varvid följande lyftes fram som de viktigaste synpunkterna.

Fördelar:

- Skånegemensam enhetlighet med goda möjligheter till jämlik vård
- Lika förutsättningar i hela Skåne
- Främjar samarbete oberoende av geografiska gränser
- Högt signalvärde i att bygga nytt – patientgruppen prioriteras
- Stor och regionalt sammanhållen organisation – mindre sårbar
- Större tydlighet med EN chef
- Ny modell byggs tillsammans från början – EN tydlig motpart för kommunerna
- Möjligheter att gemensamt utveckla och följa upp hela hemsjukvårdsuppdraget
- Ger möjligheter att bygga en kostnadseffektiv verksamhet. Skalfördelar!

Nackdelar:

- Pågående samarbeten och relationer riskerar påverkas negativt
- Vårdcentralen behåller de mest sjuka och informerar inte om MT
- Risk för otydligare vårdkedja
- Fördelar saknas ur privat synvinkel
- Risk för att ny organisation konkurrerar med Hälsovalet / primärvården om läkarresurser.
- Risk att allmänläkarna stannar på VC och att MT får bemannas med enbart sjukhusläkare i kombination med hyrläkare
- Utbildning och handledning av ST-läkare behöver särskilt beaktas
- MT blir inte en naturlig del av alla förvaltningars verksamhet.
- Risk för ökade kostnader om ny administration behöver byggas.

## 9 Sammanvägning och val av organiseringsalternativ

Efter diskussion i referensgruppen beslutades att lägga fram samtliga ovan beskrivna organiseringsalternativ för politiskt ställningstagande. Noterbart är att det finns en tydlig oro, hos samtliga vårdaktörer, rörande vad paradigmskiftet kan komma att innebära såväl vad gäller utmaningen att möta patientbehoven som rena resursaspekter. De stora utmaningarna är läkartillgång och hur verksamheten på bästa sätt ska hållas samman och koordineras. Dessa utmaningar är svårbedömda och av varierande grad för de olika alternativen.

Den kvarstående huvudfrågan är således om det är möjligt att uppnå avtalets målsättningar genom att utveckla befintlig struktur inom ramen för Hälsoval Skåne eller om det i stället krävs en alternativ modell.

Efter överväganden i politisk styrgrupp har en majoritet enats om att gå vidare med förslaget om att organisera ett förstärkt läkarstöd till hemsjukvård inom ramen för Hälsoval Skåne och ett beslutsförslag i enlighet med detta har tagits fram. De viktigaste argumenten för Hälsovalsalternativet är möjligheten att bygga vidare på befintlig struktur och att inte rasera fungerande upparbetade relationer. Modellen erbjuder goda möjligheter till en stegvis utveckling.

## 10 Finansiering

En fördjupad ekonomisk analys som beskriver nuläge och ”nyläge” utifrån ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal har tagits fram. De resultat som framkommit pekar på att samordningen av vård och omsorg till de aktuella grupperna med stora och kommande stora behov är viktigt att lyckas med för att kunna hantera en kostnadsutveckling som, inte minst utifrån den demografiska utvecklingen, kommer att bli mycket påtaglig om verksamheterna fortsätter arbeta i ordinära former. Att inte lyckas med samordnade arbetsformer kommer på sikt att innebära att både kommuner och Region Skåne kommer i ett betydligt sämre läge för att hantera kostnadsutvecklingen. Analysen indikerar möjligheter till påfallande stora resurseffektiviseringar parallellt med kvalitetslyft.<sup>12</sup>

Detaljerad finansieringsmodell för att organisera ett förstärkt läkarstöd till hemsjukvård inom ramen för Hälsoval Skåne presenteras i samband med beslut om nya ackrediteringsvillkor och avtal för vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2017.

---

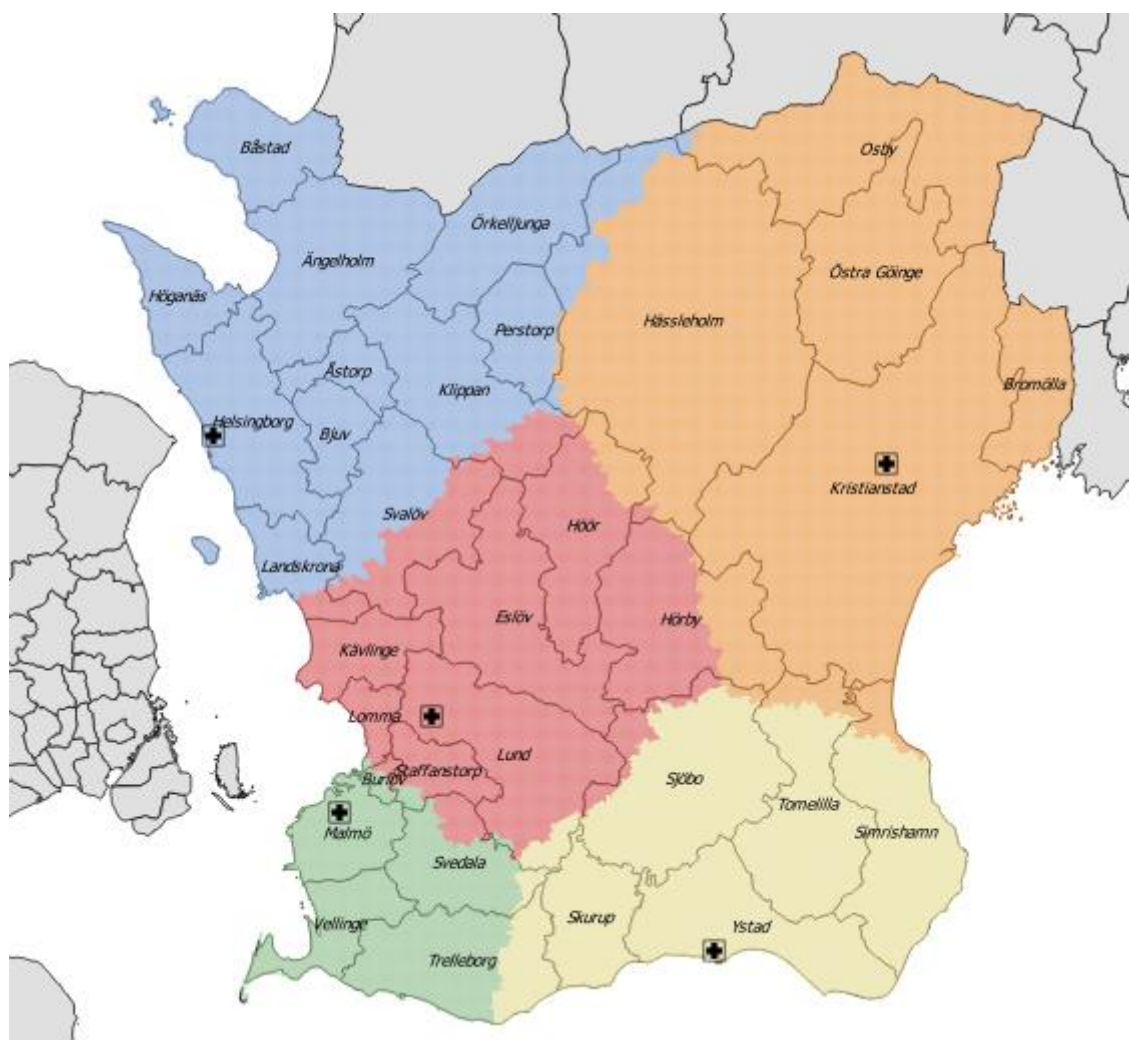
<sup>12</sup> Implement Consulting Group, Målgrupper i fokus för samverkan, slutrapport 10 mars 2016.



## **Bilaga 1: Lokalisering, initial bemanning mm kopplat till organiseringsalternativ inom ramen för egenregi enligt avsnitt 8**

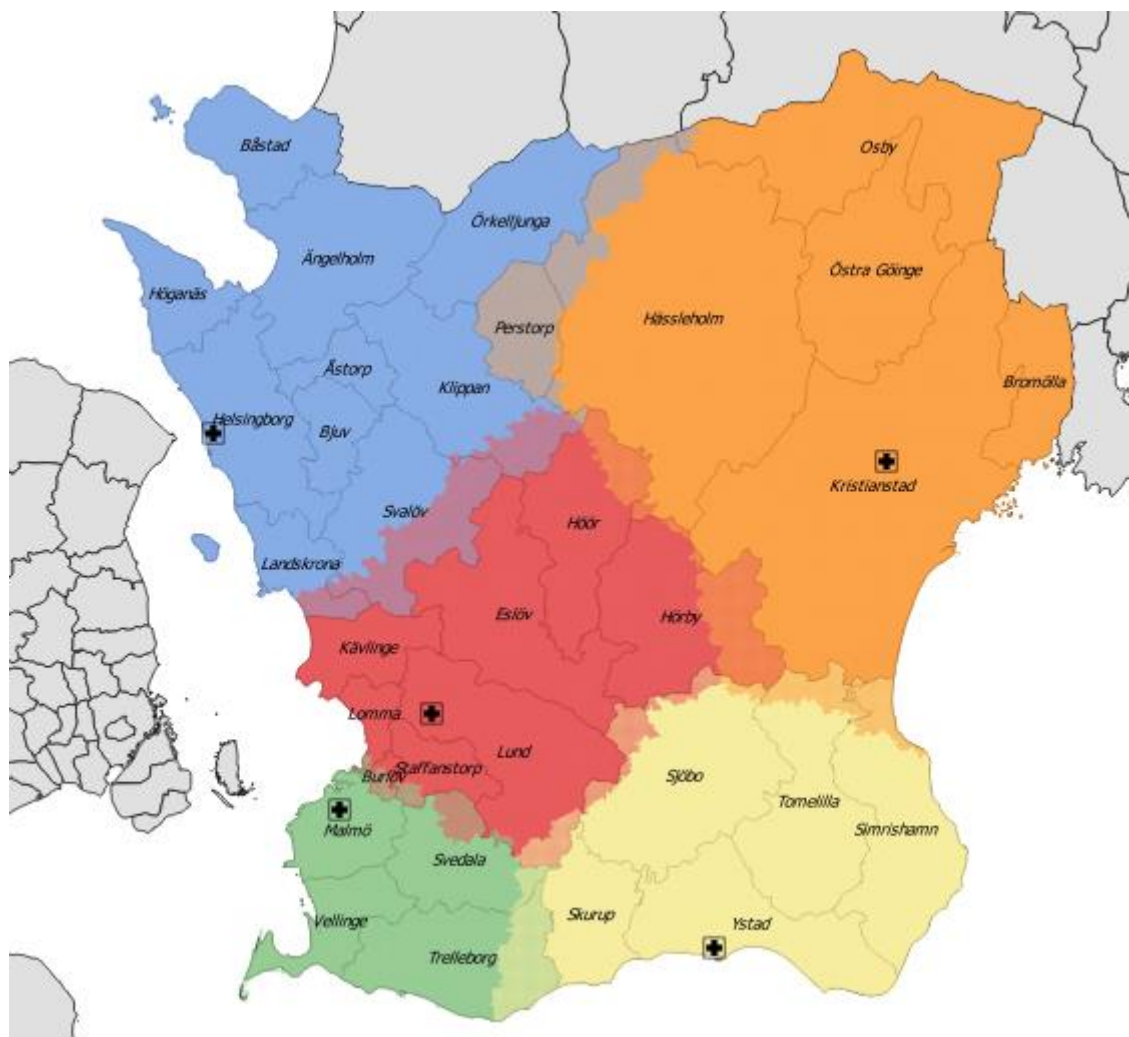
Läkarstödet föreslås geografiskt utgå från Malmö, Lund, Helsingborg, Kristianstad och Ystad där lokaler för ändamålet bör ligga i närheten av akutmottagningarna. Därigenom uppnås logistiska och praktiska fördelar, såväl gällande läkemedel, utrustning och akuta blodprover, som samarbete med sjukhusen avseende vårdplatser och bemanning.

I figuren nedan visas de fem sjukhusens s.k. närhetsområden, d.v.s. från vilket av de fem sjukhusen som det är närmast till olika geografiska positioner i Skåne. En position inom rött område nås närmast från sjukhuset i Lund, en position i blått område nås närmast av en bil från sjukhuset i Helsingborg etc.



I uppbyggnadsskedet, och under tider med både mer lågfrekvent och högfrekvent efterfrågan på läkarstöd förutsätts samarbete mellan noderna. I följande figur synliggörs hur de fem sjukhusens närhetsområden (föregående figur) harmonierar med den delregionala indelningen

(se avsnitt 8.1). Överlappande områden kan sannolikt förväntas bli föremål för ett mer frekvent samarbete. I Bilaga 2 återfinns redovisningar för vart och ett av de fem sjukhusens närhetsprinciper, d.v.s. räckvidd inom tidsintervall på 30 minuter.



Figur 7: Sjukhusens närhetsområden i förhållande till den delregionala samverkanstrukturen.

Noderna ska ha egna anställda läkare. Medicinska insatser i patienternas egna boenden ställer speciella krav på ett pragmatiskt förhållningssätt och på ett flexibelt situationsanpassat arbetssätt. Önskvärd kompetens är specialistkompetens inom allmänmedicin, internmedicin eller geriatrik, eller minst tre års erfarenhet som ST-läkare inom motsvarande områden. Därutöver kommer ett antal ytterligare kriterier att tillämpas då lämpligheten för arbete i mobil verksamhet ska bedömas. Ytterst ansvarig för dessa bedömningar, och därmed urvalet till den mobila verksamheten, är respektive nodansvarig verksamhetschef.

Läkare bör besitta följande egenskaper:



- God förmåga till teamsamverkan
- Ett generalistiskt förhållningssätt med förmåga att se patienternas hela problem
- God organisationskännedom, såväl om den egna som den kommunala
- God förmåga till att situationsanpassa sina beslut och sina åtgärder
- Kreativ problemlösningsförmåga
- Prestigelöshet och flexibilitet
- Trygg i sin yrkesroll och god tilltro till sina kliniska bedömningar
- Stort intresse för målgrupperna
- Körkort erfordras

Varje nod ska ha tillgång till en koordinatorsfunktion som ska samordna det mobila akuta och planerade arbetet samt ansvara för telefonrådgivning för problematik kring målgruppen. Kompetensen ska vara sjuksköterska och liknande personliga egenskaper som hos läkarna ska eftersträvas. Noderna ska ha egna anställda medicinska sekreterare. Det bör övervägas om dessa skulle kunna förlägga en del av sin arbetstid som medåkande i hembesöksbilarna. Förutom att de sedvanliga sekreteraruppgifterna som på så sätt utförs mera patientnära och i direkt anslutning till besöken så erhålls ett praktiskt stöd till läkaren i samband med hembesöken. För att kunna erbjuda detta arbetssätt fullt ut erfordras körkort.

För läkare som gör sin specialisttjänstgöring inom allmänmedicin, internmedicin och geriatrik ska verksamhetsförlagd utbildning/praktikplatser tillhandahållas inom samtliga MT-noder. Målsättningen är att samtliga utbildningsprogram för ST-läkare inom dessa specialiteter ska innehålla minst 3 månaders tjänstgöring inom mobil verksamhet. Då vård i hemmiljö blir allt vanligare bör även läkare inom andra specialiteter, med särskilt intresse för hemsjukvård, kunna erbjudas sidotjänstgöring inom MT.

Hemsjukvård är ett relativt obeforskat område och med hänsyn till det paradigmskifte som det nya hälso- och sjukvårdsavtalet lägger grund för är det av intresse att främja forskning som kan ge vetenskapliga underlag för bättre hälsa och välbefinnande hos den allt större del av befolkningen som får sina vård och omsorgsbehov tillgodosedda i hemmiljö. Uppbyggandet av forskningsverksamhet, som med fördel kan ske tillsammans kommunal verksamhet, föreslås bli en del av utvecklingsdelen i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

Tillsammans med läkarnas fackliga företrädare pågår diskussioner för att komma överens om arbetstider och ersättningsformer som innebär en bra arbetsmiljö och lämpliga incitament för bemanning av och tjänstgöring i verksamhetsformen.

I enlighet med regionfullmäktiges beslut om budgetmål för 2016 samt personalnämndens verksamhetsplan och internbudget pågår arbete med att inventera och planera för vidareutveckling av regioninterna resursteam.<sup>13</sup> Med resursteam är förhoppningen att kunna

---

<sup>13</sup> Personalnämnden, §7, 2016-05-25.

attrahera erfarna medarbetare med hög kompetens till ett mer flexibelt arbetssätt samt att minska beroendet av externa bemanningsföretag. Modellerna ska utformas så att de ger möjlighet till både enskilda arbetspass på kort varsel och längre vakansperioder. Dialog med Läkarförbundet pågår. Läkarförbundet medger genom överenskommelse att läkare kan arbeta extrapass utöver ordinarie arbetstid i en annan omfattning än vad som medges för sjuksköterskor då liknande överenskommelse saknas med Vårdförbundet. Möjligheten att låta ML utgöra pilotverksamhet i utvecklingen av gemensamma modeller för interna resursteam för läkare är under diskussion. Ett resursteam för läkare skulle kunna vara en bra modell för att säkerställa tillgång till kompetent personal för den mobila verksamheten. Frågan bedöms därmed vara angelägen.

MT måste ha lätt tillgång till dokumentation från slutenvården och vårdcentralerna. Dokumentation som genereras av MT ska också snabbt kunna nås från slutenvården och vårdcentralerna. För den aktuella patientgruppen bedöms behovet mot slutenvården vara väl så viktiga. Då det finns beslut om att konsolidera journalsystemen Melior och PMO genom uppgradering av Melior så bör MT-verksamheten i avvaktan på gemensam lösning basera sin dokumentation på befintlig Meliorlösning.

I dag är det medicinska innehållet och den konkreta medicinska planeringen i SIP bristfällig och behöver utvecklas avsevärt för att SIP ska kunna fylla funktionen som ett kraftfullt och viktigt planeringsinstrument i enlighet med patientens vilja. Ett alternativ kan vara att skapa lättillgängliga medicinska vårdplaner som ett komplement till SIP. SIP, inklusive medicinsk vårdplan, kommer också att bli en viktig del för att uppnå kontinuitet i vården.<sup>14</sup>

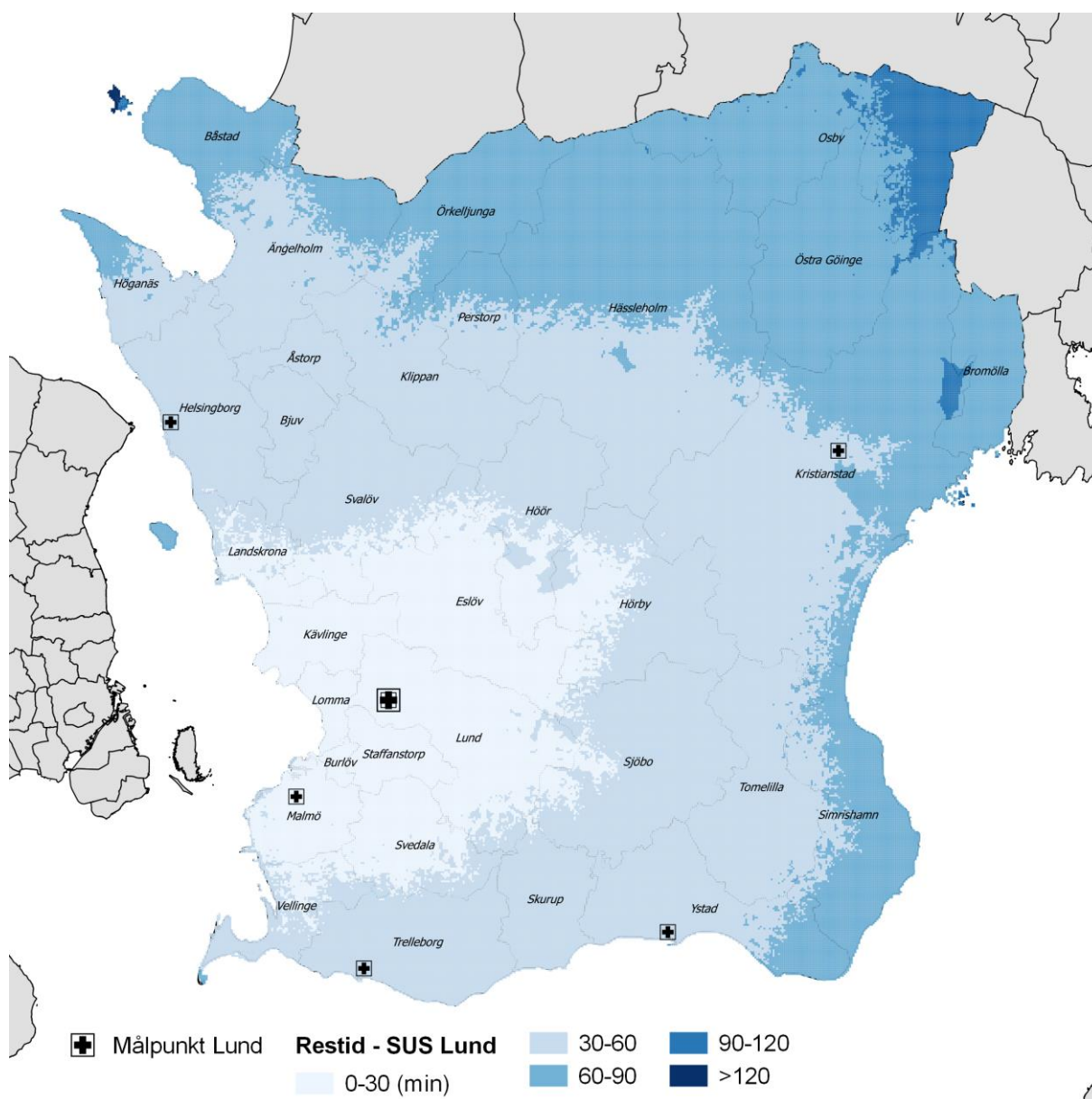
Enkla, men samtidigt kraftfulla, mobila IT-lösningar måste ovillkorligen finnas att tillgå så att såväl journalåtkomst som dokumentation, remisskrivande, e-recept etc blir möjligt och funktionellt i den mobila miljön. Bärbara datorer/paddor utrustade med SSD-disk och 4G-kort samt smarttelefoner med GPS-funktion som både visar befintlig position för hemmabas och guidar till målposition är ett minimikrav.

---

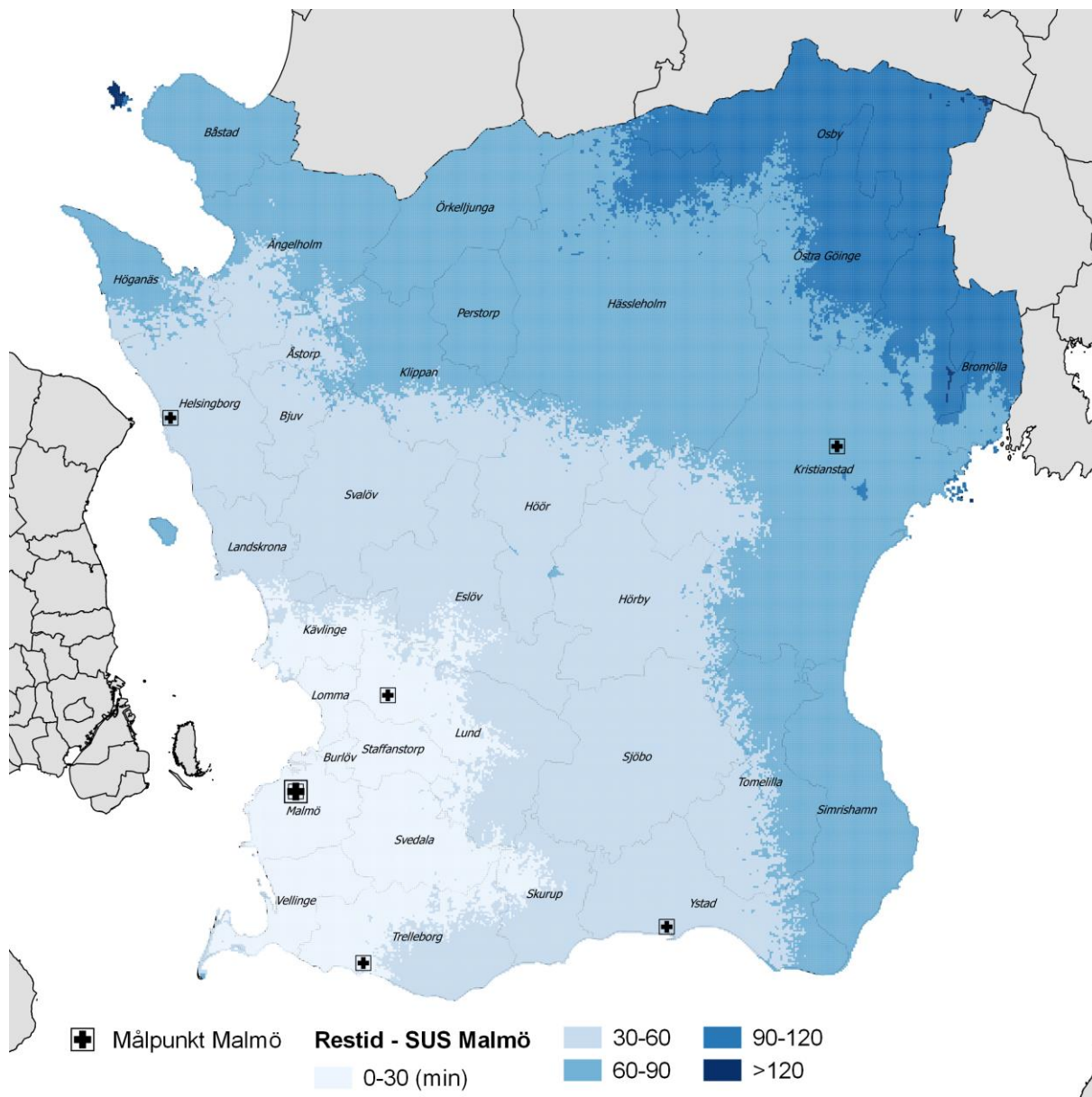
<sup>14</sup> En arbetsgrupp är etablerad för att arbeta fram ett förslag som möjliggör gemensam dokumentation och åtkomst av medicinsk vårdplan.

## Bilaga 2: Tidsmässig räckvidd över Skåneyta, fördelad i 30-minutersintervall, från 5 sjukhus

Av redovisade kartbilder framgår hur lång tid det tar att transportera sig med bil, utifrån befintligt vägnät och i enlighet med gällande hastighetsbegränsningar, mellan respektive sjukhus och olika geografiska positioner i Skåne. Kartorna baseras på pixlar där varje pixel motsvaras av en 250-metersruta. Som framgår av kartbilderna är det SUS Lund som, med sin geografiska position, med snabbast restid når störst andel av Skåneytan. Notera dock att man från samtliga fem sjukhus når så gott som hela Skåne inom 2 timmar (exklusive Hallands väderö samt öar i Ivösjön).

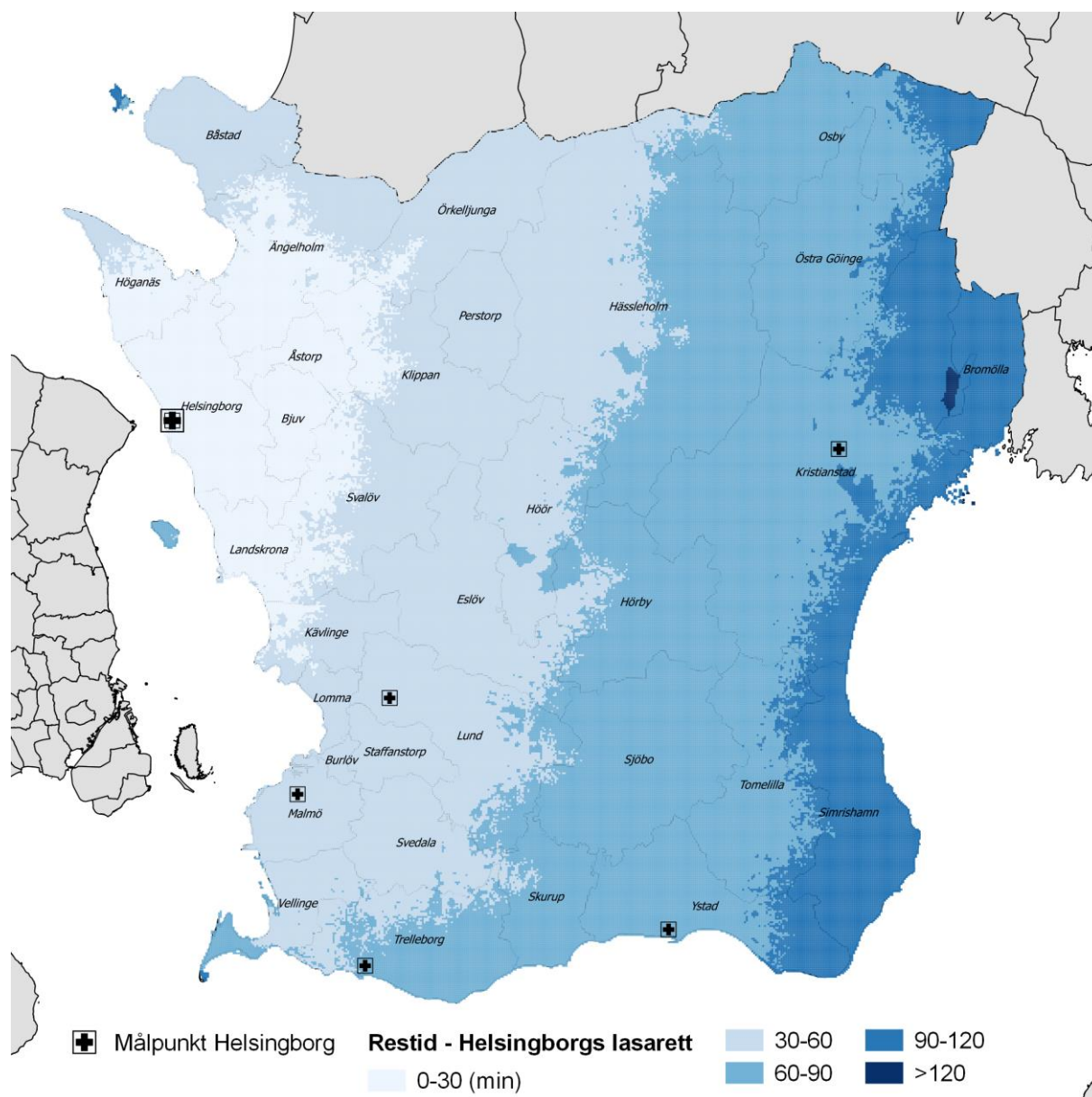


Tidsmässig räckvidd, graderad i 30-minutersintervall, med utgångspunkt från SUS Lund.

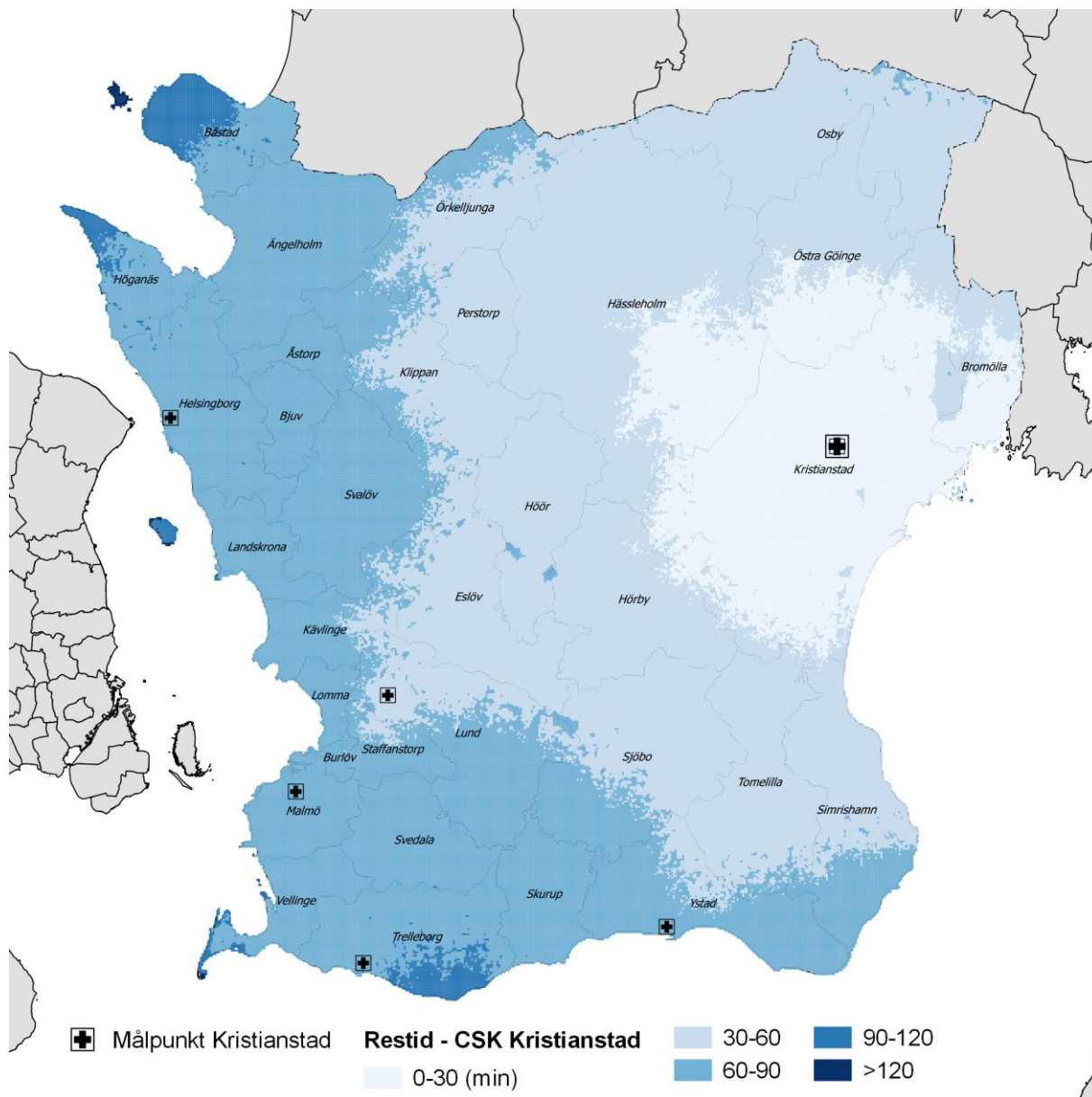


Tidsmässig räckvidd, graderad i 30-minutersintervall, med utgångspunkt från SUS Malmö.

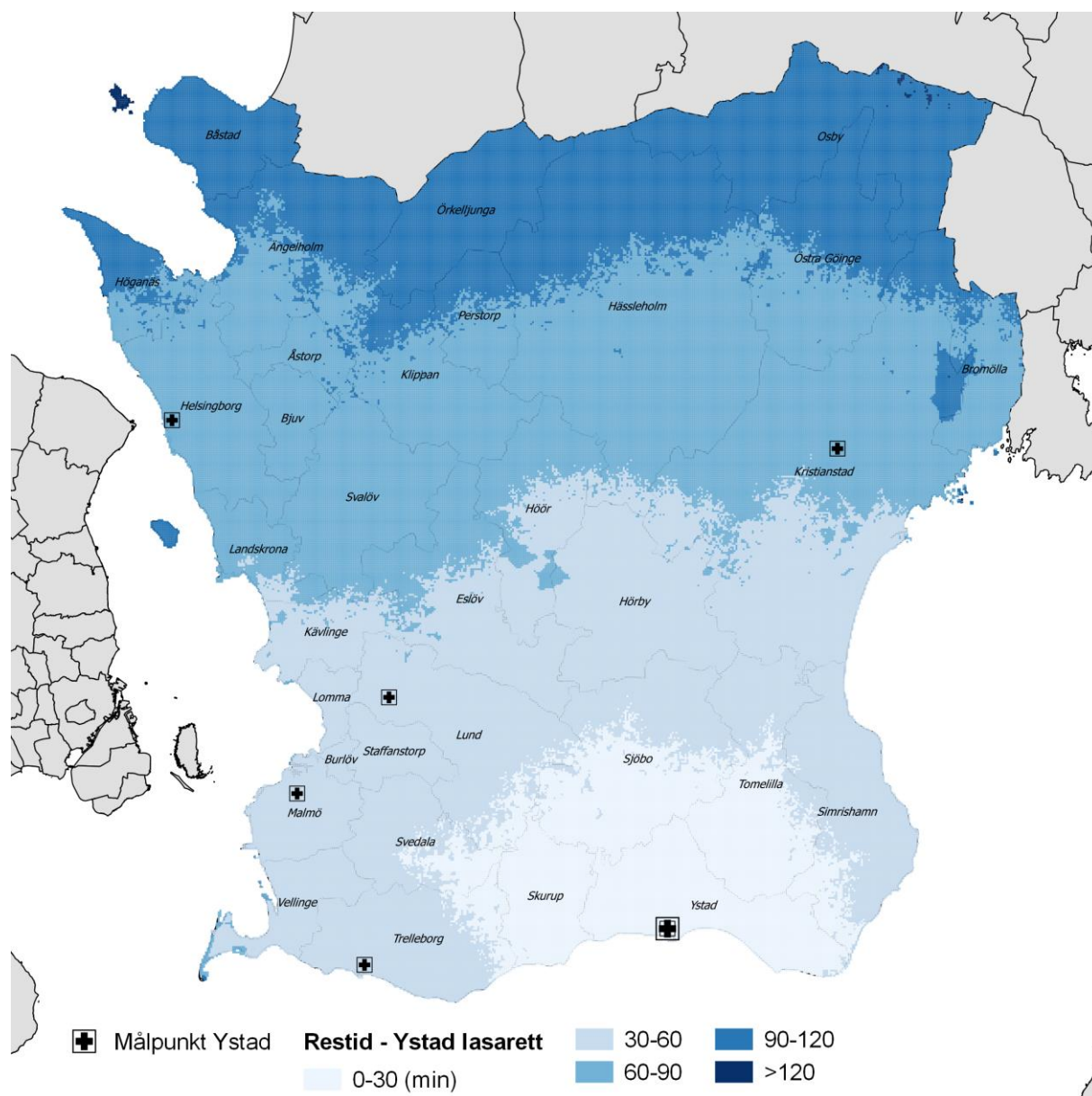




Tidsmässig räckvidd, graderad i 30-minutersintervall, med utgångspunkt från Helsingborgs lasarett.



Tidsmässig räckvidd, graderad i 30-minutersintervall, med utgångspunkt från Centralsjukhuset i Kristianstad.



*Tidsmässig räckvidd, graderad i 30-minutersintervall, med utgångspunkt från lasarettet i Ystad..*

### **Bilaga 3: Kontinuitet**

Kontinuiteten (mot patienter och MTs samarbetspartners) stärks i organiseringsalternativet genom att en fast kärna läkare rekryteras för uppdraget. I vårdsammanhang diskuteras flera typer av kontinuitet:

- Teknisk kontinuitet – att det som görs för patienten dokumenteras väl, enkelt, säkert och åtkomligt för de som är eller kan behöva bli involverade i den fortsatta vården.
- Administrativ kontinuitet – finns funktion som ansvarar för att hålla samman patientens vård eller kan användas som ingång för att avisera vårdbehov.
- Personlig kontinuitet – patienten träffar eller har kontakt med samma personer/team varje gång och det finns ett personligt ansvar för vårdpersonalen beträffande den specifika patientens vård.

En viktig aspekt i begreppet personlig kontinuitet är möjligheten att skapa relationer mellan den multiprofessionella vård- och omsorgspersonal som tillsammans ska ombesörja patientens samlade behov (teamkontinuitet). Effektivt samarbete över professionsgränser försvåras när en aktör, läkaren, utgör en del som kommer och går i teamet. Dagens system medför att brukare/patienter som har ett team som utgår från det kommunala ansvaret, och den kommunala vårdpersonalen, har många olika läkare att förhålla sig till och det blir svårt att planera verksamheten i sammanhållna team. Kontinuitet är viktig i relation till patienten men även viktigt för att ett team ska fungera optimalt. Denna teamkontinuitet, med mänskligt samspel inom teamet, kan inte fullt ut kompenseras av teknisk och administrativ kontinuitet.

Genom att erbjuda patienter med behov av hemsjukvård och kommunal vård- och omsorgspersonal, ett riktat läkarstöd som en del i ett gemensamt team med kommunal vårdpersonal ökar förutsättningarna att stärka kontinuiteten i vården. På så vis minskar risken att allas ansvar blir ingen ansvar. Det senare gäller inte minst den växande grupp brukare/patienter med kommunala vård- och omsorgsbehov som lever i ordinärt boende.