

Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt ”Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam”

Delrapport år 2
2019-05-07

Anna Häger Glenngård och Anders Anell
KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds Universitet

Table of Contents

1. Uppdragets utgångspunkter	3
1.1 Vad står det i HS-avtalet?	3
1.2 Övergripande organisering för att implementera vårdformen mobilt vårdteam	3
1.3 Vad ska vi följa upp?	4
1.4 Teoretiska utgångspunkter för vår analys	4
1.4.1 Om samverkan och behov av styrning och ledning	4
1.4.2 Om organisering av arbetet och behov av standardisering	6
2. Genomförande	8
2.1 Förutsättningar för genomförande av uppföljningen år 2018	8
2.2 Metod	8
2.3 Data	9
2.3.1 Enkät till medarbetare	9
2.3.2 Registerdata från primärvården i Region Skåne	10
2.3.3 Data från Skånes kommuner	10
2.3.4 Kvalitativa fallstudier	10
2.3.5 Enkätstudie och intervjuer till delregionala samverkansorgan	11
3. Etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam	12
3.1 Vad vet vi om etablering av vårdformen under avtalets första två år?	12
3.1.1 Analys av 2018 års data	12
3.1.2 Jämförelse med 2017	13
3.2 Vad vet vi om vårdformens funktion under avtalets första två år?	14
3.2.1 Analys av 2018 års data	14
3.2.2 Jämförelse med år 2017	19
3.3 Om organisering av läkarstöd	20
3.4 Planerat fortsatt arbete med vårdformen och behov av stöd	21
3.5 Övriga kommentarer om arbetet inom vårdformen mobilt vårdteam	23
4. Lärdomar om etablering och funktion – intressanta exempel	25
5. Arbetet i de delregionala samverkansorganen	27
5.1 Frågor i enkäten	27
5.2 Uppfattningar om samverkan varierar	27
5.3 Uppfattningar om arbetets effekter och inriktning	32
5.4 Fria kommentarer och intervjuer	34
6. Reflektioner	36
Referenser	39

1. Uppdragets utgångspunkter

1.1 Vad står det i HS-avtalet?

I hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna regleras sedan hösten 2016 vårdformen mobilt vårdteam. I avtalet står det att de mest sjuka med återkommande vårdbehov kan erbjudas inskrivning i vårdformen. Gruppen mest sjuka med återkommande vårdbehov består av personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. Dessa personer behöver en tydlig kontinuitet i vårdkontakterna och har därför behov av ett anpassat och väl 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 boendemiljö. Läkare som arbetar på uppdrag från Region Skåne och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det mobila vårdteamet och ska svara för det gemensamma uppdraget att vårda de mest sjuka i olika boenden. Förutom läkare och sjuksköterska kopplas ytterligare professioner på utefter patientens behov. Dessa kan vara till exempel arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal. För att få skrivas in i mobilt vårdteam måste personen uppfylla fyra av sex kriterier:

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

En gemensam samordnad individuell plan (SIP) ska alltid upprättas och ligga till grund för inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam. Vid inskrivning i vårdformen ska alltid läkare från primärvård, sjuksköterska från kommun och patient/anhörig involveras. Vidare ska en särskild inskrivningsblankett alltid användas vid inskrivning i vårdformen.

1.2 Övergripande organisering för att implementera vårdformen mobilt vårdteam

Den övergripande organiseringen för arbetet med att ge stöd för och implementera den nya vårdformen bygger på samverkan på både central och delregional nivå mellan tjänstemän och politiker. På central nivå finns ett Centralt samverkansorgan (politiker) samt en Central tjänstemannaberedning (tjänstemän). På delregional nivå finns det sex delregionala samverkansorgan där även representanter för från branschrådet för privata vårdgivare ingår:

- Nordvästra, där kommunerna Båstad, Ängelholm, Örkelljunga, Höganäs, Helsingborg, Åstorp, Bjuv, Landskrona, Svalöv¹ och Klippan ingår.
- Nordöstra, där Perstorp, Östra Göinge, Kristianstad, Hässleholm, Osby och Bromölla ingår.
- Mellersta, där Kävlinge, Lomma, Burlöv, Eslöv, Höör, Hörby, Lund och Staffanstorp ingår.
- Sydvästra, där Vellinge, Trelleborg och Svedala ingår.
- Sydöstra, där Sjöbo, Tomelilla, Simrishamn, Skurup och Ystad ingår.

¹ Landskrona och Svalöv ingår i mellersta från våren 2019

- Malmö.

Arbetet med att implementera den nya vårdformen är i mycket hög grad decentraliserat till i första hand lokal (kommuner och primärvård) men även delregional (delregionala samverkansorganen) nivå. På central nivå (central tjänstemannaberedning) hanteras en rad frågor av övergripande karaktär såsom gemensamma överenskommelser, utredningsuppdrag, utbildningar och metodstöd. Rutin kring lag om samverkan vid ustskrining har till exempel utgjort mycket insatser under 2018.

1.3 Vad ska vi följa upp?

KEFU har fått uppdraget att följa upp implementeringen av den nya vårdformen mobilt vårdteam under 2017-2020 i tre delar:

- Del 1: Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam.
- Del 2: HS-avtalets kostnadsutveckling.
- Del 3: Effekter av vårdformens etablering och funktion.

Genomförandet av uppdraget alla delar ska göras i samverkan mellan KEFU, Region Skåne och Kommunförbundet Skåne.

I denna delrapport redovisas den del av uppdraget som avser att följa upp vårdformens etablering och funktion för avtalets andra år, det vill säga år 2018.

1.4 Teoretiska utgångspunkter för vår analys

1.4.1 Om samverkan och behov av styrning och ledning

Samverkan kan definieras som ett gränsöverskridande gemensamt arbete. Gränserna kan t ex avse professioner/yrken (interprofessionellt), organisatoriska enheter (interorganisatoriskt) eller huvudmän (intersektoriellt). Ett huvuddrag i internationell forskning om samverkan mera generellt är dels att det är svårt (eftersom många hinder kan identifieras) dels att det är riskfyllt (eftersom samverkan tar tid och att effekterna är osäkra). Två tongivande forskare på området ger det allmänna rådet att enbart pröva samverkan i de fall det verkligen är nödvändigt (Huxham & Vangen 2005).

Axelsson & Bihari Axelsson (2007) sammanfattar forskningen kring olika hinder för samverkan inom vård och omsorg genom att skilja mellan strukturella och kulturella hinder. Strukturella hinder är förekomsten av olika regelsystem, ansvarsområden, finansieringslösningar, budgetar, informationssystem och administrativa gränsdragningar. Kulturella hinder avser olika sätt att se på patienter och brukare, olika utbildningar, samt olika språkbruk, attityder och värderingar. Strukturella och kulturella hinder hänger också samman och kan förstärka varandra. Olika former av revirbevakande beteende kan t.ex. ha sin grund i både försvarande av budgetar och ansvarsområden och den egna kunskapen och yrkesrollen.

Tvärtemot vad som kanske känns intuitivt rimligt visar studier att samverkan mellan två parter som är olika kan vara enklare än samverkan mellan parter som är lika. I en studie av samverkan kring äldres vård och omsorg i Göteborg av Löfström (2007) noteras också att samverkan mellan yrkesgrupper utvecklades i de fall auktoritetsförhållandena kunde beskrivas som asymmetriska (mellan sjukgymnaster/arbetsterapeuter och

biståndsbedömare/hemtjänst). Om parterna var jämbördiga, däremot, utvecklades enbart en samordning i form av ansvarsuppdelning (mellan sjukgymnaster och arbetsterapeuter). En tänkbar förklaring är att samverkan mellan jämbördiga parter kan vara mer utmanande för berörda individer och därmed svårare att uppnå.

Flera studier har identifierat att samverkan är en process som utvecklas i olika faser. En klassisk modell som använts i flera sammanhang är Tuckman (1965) som beskrev fyra faser i utvecklingen av multidisciplinära team: forming, storming, norming, performing. Senare forskare har föreslagit en indelning i andra faser, t.ex. formering, implementering och vidareutveckling (Lorange & Roos 1992). Gemensamt är dock uppfattningen att samverkan efter en initial period av optimism och intresse vanligtvis genomgår en kritisk fas när de olika synsätten och målen ska samordnas. Dessa faser kan i sin tur kopplats samman med olika krav på ledarskap (Axelsson & Bihari Axelsson 2006).

För att ge stöd åt samverkan är det angeläget att följa upp i vilken grad olika faser och målsättningar uppnås. Derneckere m fl (2011) föreslår 19 indikatorer som kan användas för att följa upp graden av teambaserat arbete i vården. De mest relevanta indikatorerna när det gäller uppföljning av vårdformen mobilt vårdteam är "team relations", "quality of team leadership", "culture/climate for teamwork", "team perceived coordination of the care process" och "team vision". Dessa indikatorer kan omsättas till påståenden i en enkät som medlemmar i teambaserad vård får ta ställning till. På så sätt kan effekter av olika insatser över tid studeras. Den uppmätta graden av teambaserat arbete skulle också kunna ge information om vilken typ av stöd och ledarskap som krävs vid olika tidpunkter. Det vetenskapliga stödet för att olika externa interventioner kan förbättra interprofessionell samverkan är dock tyvärr svagt (Reeves et al 2017). Det vetenskapliga stödet för olika team-utvecklande interventioner i den öppna vården är också svagare jämfört med den slutna vården.

När samverkan väl uppstår är det vanligare att man dokumenterar positiva effekter i form av att personalen upplever bättre samverkan, än att vården och omsorgen till patienter och brukare blivit annorlunda. I de fall man konstaterat positiva effekter för patienter och brukare är upplevelsen av samverkan inte lika stark som när den beskrivs av berörd personal (Anell & Mattisson 2009). Ett annat problem är att samverkansinsatser kanske inte träffar rätt målgrupp. I många fall tycks samverkansinsatser sättas in för sent sett i patienternas och brukarnas perspektiv. Om samverkan sätts in sent så är det sannolikt svårare att uppnå positiva effekter. Ett tidigt identifierande av sammansatta behov är sannolikt viktigt för att uppnå hög effektivitet vid samverkan. Samtidigt kräver sådana tidiga insatser att personer med sammansatta behov kan identifieras på ett träffsäkert sätt.

En central fråga i samverkansambitioner är hur skillnader i mål, synsätt och prioriteringar mellan ingående parter ska hanteras. Samverkansbehov uppstår i huvudsak mellan organisationer som har olika och kompletterande kompetens, och dessa har högst troligt delvis olika syn på patienter och brukare och delvis skilda målsättningar. Forskare verkar överens om att effektiv samverkan kräver ömsesidigt förtroende och gemensamma mål, eller åtminstone att de medverkande parternas bevekelsegrunder för att se positivt på samverkan inte kolliderar. Om inte de egna målen till en del uppnås finns en risk att parter väljer att avstå från samverkan eller att man intar en mer passiv inställning.

Ett generellt problem mot denna bakgrund är att samverkan inte alltid sker inom de områden där det finns störst behov av insatser. Om graden av samverkansaktiviteter styrs av lokala intressen finns risk för att samverkan uppstår inom de områden där det är enklast, snarare än inom de områden där det verkligen behövs. I detta avseende kan också ett dilemma identifieras. Å ena sidan är det positivt med utveckling underifrån med stöd av 'eldsjälar' för att skapa samverkan. Å andra sidan finns ingen garanti för att en sådan process leder till samverkan inom de områden och för de individer där det verkligen behövs.

Graden av frivilliga samverkansaktiviteter kan också kopplas samman med en organisations "readiness for change" (Weiner m fl 2008). Både bland praktiker och forskare har noterats att en sådan "readiness" är en viktig faktor för all typ av förändring, även när det gäller samverkan med andra. Förutom att olikheter i detta avseende kan påverka förändringstakten mot nya former av samverkan kan även resultaten påverkas. Det är rimligt att anta att samverkan utvecklas enklare och med bättre resultat bland de vårdgivare som själva ser behoven och vilka vinster som kan uppnås. Det kan vara svårare att uppnå samverkan och positiva resultat efterhand som även andra vårdgivare engageras.

1.4.2 Om organisering av arbetet och behov av standardisering

Förutsättningarna för samverkan kan vara svårare i den öppna vården eftersom berörda medlemmar i sådana team kan ha olika fokus på teamets uppgift. Bäst förutsättningar finns om medarbetares patienter eller "caseloads" helt överlappar. I sådana fall finns bra förutsättningar att utveckla gemensamma mål och skapa motivation till samverkan (Miller et al 2018). Om medarbetare enbart till en mindre del arbetar med gemensamma patienter saknas dessa förutsättningar. Det kan då vara svårt att få enskilda medarbetare att investera den tid och kraft det tar att utveckla samverkan. Mobila team för äldre bemannas av sjuksköterskor från kommunen som enbart eller till mycket stor del arbetar med dessa patienter och därför har fullt fokus på patientgruppens förutsättningar. Bland läkare, däremot, kan insatserna för patientgruppen variera tidsmässigt beroende på hur arbetet organiseras. En möjlighet är t ex att vårdcentraler avsätter särskilda dedikerade läkarinsatser för arbetet, vilket innebär att insatserna i vårdformen mobilt team är koncentrerad till en eller åtminstone få läkare. I så fall finns en bättre överlappning i "caseload" vilket även bör ge bättre förutsättningar att utveckla gemensamma mål och investeringar i samverkan. En annan möjlighet är att varje läkare på en vårdcentral tar hand om insatser i vårdformen mobilt vårdteam för "sina" listade individer. I sådana fall kommer läkares och sjuksköterskors "caseload" i vårdformen mobilt vårdteam att ha stor skillnader. Det blir då mera utmanande att utveckla gemensamma mål vilket kan skapa frustration bland inte minst kommunens sjuksköterskor. Det kan vara svårare att få läkare att investera den tid och de resurser som krävs för att nå en bra samverkan inom vårdformen mobilt vårdteam, mot bakgrund av att det finns många parallella krav.

Sett enbart till förutsättningar för att uppnå samverkan bör dedikerade läkarresurser till de mobila teamen ha fördelar framför en arbetsmodell där flera olika läkare medverkar. Vilken lösning som kan anses mest lämplig påverkas dock även av andra mål, avvägningar och förutsättningar. Brister när det gäller överlappande "caseload" och kontinuitet i läkarresurser (eller annan personal) till teamen kan åtminstone till en del hanteras genom

utvecklade former för dokumentation och delning av information respektive en standardisering av arbetsrutiner. I det sammanhanget har form och struktur för den individuella vård- och omsorgsplanen en stor betydelse och kan kompensera för brister i kontinuiteten när det gäller personal.

2. Genomförande

2.1 Förutsättningar för genomförande av uppföljningen år 2018

Liksom gällde för uppföljningen av arbetet under avtalets första år, gäller att uppföljningen under avtalets andra år har handlat om att följa en pågående process i många avseenden. Vårdformen mobilt team började implementeras under 2017 på flera håll i Skåne. Likaså påbörjades en utveckling av arbetsformer i den nya vårdformen under 2017. Implementering av vårdformen och utveckling av arbetsformer inom ramen för denna har fortsatt under 2018, vilket är det år som är föremål för analys i denna rapport.

2.2 Metod

Arbetet med uppföljningen har skett i nära samverkan mellan KEFU och Central Tjänstemannaberedning. Vi har under 2018 dels tagit fram nya uppföljningsverktyg (enkät till delregionala) och dels förfinat uppföljningsverktyg som vi tog fram 2017 (enkät till medarbetare samt intervjumall till fallstudier).

Liksom i uppföljningen av avtalets första år, har arbetet med uppföljningen av avtalet år 2018 präglats av syftet att ge en så god bild som möjligt av vårdformens funktion och etablering. Därför har vi arbetat med såväl bredd som djup i data under året. Ett viktigt delsyfte är ett var att kartlägga framgångsfaktorer för etablering och funktion. Detta har varit viktigt även år två men en viss förskjutning har skett mot att även kartlägga skillnader i organisering och arbetsformer i takt med att vårdformen har etablerats i större utsträckning. För att kartlägga etablering, organisering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam har vi använt oss av både kvantitativa och kvalitativa metoder enligt nedan:

- Insamling och analys av svar på enkät om etablering, organisering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam genom enkät riktad till alla personer som omfattas eller kan komma att omfattas av arbetssättet mobilt vårdteam i Skånes kommuner och Region Skåne. Inom ramen för uppföljningen år ett tog vi fram en enkät för att samla in uppgifter om förekomst och funktion till alla som omfattas eller kan komma att omfattas av arbetssättet mobilt vårdteam i Skånes kommuner och Region Skåne. Utgångspunkten vid framtagande av enkäten var de indikatorer för att följa upp graden av teambaserat arbete i vården som identifierats av Derneckere m fl (2011). Under år 2018 har vi vidareutvecklat enkäten med frågor om synen på hur läkarstödet organiseras och kan eller bör organiseras. Utgångspunkt för dessa frågor har varit att olika former av läkarstöd ger mer eller mindre överlappande "caseload", vilket kan anses som en viktig förutsättning för att utveckla gemensamma mål för samverkan och motivation till investering i förbättrad samverkan (Miller et al 2018).
- Analys av uppgifter om förekomst från Region Skånes vårdcentraler.
- Analys av uppgifter om förekomst från de skånska kommunerna saknas i årets uppföljning. Tillgängliga uppgifter om antal inskrivna i vårdformen är osäkra och bedöms inte vara jämförbara mellan kommuner fullt ut.

Analys av fyra fall vad gäller erfarenheter av etablering och funktion som bedömts som särskilt intressanta. Material har insamlats främst genom intervjuer med sjuksköterskor i kommuner och läkare i Region Skåne.

- Utöver uppföljning av vårdformens funktion och etablering har vi även genomfört en kartläggning bland tjänstemän i de delregionala samverkansorganen baserat på intervjuer och enkät. Syftet var i första hand att kartlägga uppfattningar om inriktning och effekter av samverkansorganens arbete. Mot den bakgrunden studerades även i vilken grad samverkansorganen själva ansåg att de uppnått en samverkan i sitt eget arbete.

2.3 Data

2.3.1 Enkät till medarbetare

I syfte att kartlägga etablering och funktion gällande vårdformen mobilt vårdteam var en utgångspunkt att samla in data om förekomst och erfarenheter från samtliga medarbetare inom Region Skåne och de skånska kommunerna som kan komma att arbeta i vårdformen. En begränsande faktor i detta sammanhang är att samlade kontaktuppgifter till dessa medarbetare inte är möjliga att få fram annat än genom lokala kontaktytor. Arbetsgången för att samla in data från dessa var därför att skicka en länk till enkäten till alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i samtliga skånska kommuner samt till verksamhetschefer vid samtliga vårdcentraler med följande uppmaning:

”Inom ramen för uppföljning av HS-avtalet ska vi undersöka förekomst och erfarenheter av att arbeta i mobilt vårdteam. Vi önskar att enkäten skickas vidare till alla medarbetare som arbetar eller kan komma att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam som omfattas av HS-avtalet. I enkäten finns inledningsvis mer information om vårdformen, syftet med enkäten och kontaktuppgifter om det uppstår frågor. Stort tack för hjälpen!”

Som en konsekvens av denna arbetsgång är det inte möjligt att få fram en svarsfrekvens eller att göra någon bortfallsanalys.

Enkäten skickades ut i första veckan i oktober 2018 och en påminnelse gick ut den sista veckan i oktober. I tabell 1 redovisas antal respondenter på 2018 års enkät i jämförelse med antal respondenter i 2017 års enkät. Bland kommunerna är det övervägande sjuksköterskor som svarat och bland vårdcentralerna är det övervägande läkare som har svarat. Notera att tabellen innehåller samtliga respondenter, det vill säga både de som deltar i vårdformen och de som inte deltar i vårdformen. Se vidare tabell 4 för information om de respondenter som uppgav att de deltar i vårdformen i någon utsträckning.

Tabell 1. Vem har svarat på 2018 års enkät till medarbetare (2017 års enkät i parentes)?

	Primärvård	Kommun	Alla
--	------------	--------	------

Antal respondenter	45 (54)	189 (229)	234 (283)
	från 34 (48) vårdcentraler	från 25 (31) kommuner	

2.3.2 Registerdata från primärvården i Region Skåne

Vårdcentralerna i Region Skåne rapporterar varje månad in statistik över antal inskrivna i vårdformen samt antal genomförda SIPar. Denna data har vi haft tillgång till för att analysera förekomst av vårdformen år 2017-2018 sett ur primärvårdens perspektiv.

2.3.3 Data från Skånes kommuner

Det saknas registerdata kring antal inskrivna i vårdformen samt genomförda SIPar från kommunernas sida. I ett försök att kartlägga detta skickade Kommunförbundet Skåne en fråga om förekomst av vårdformen (antal inskrivna) till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i respektive kommun per mail under hösten 2017. Denna data hade vi tillgång till för att analysera förekomst av vårdformen år 2017 sett ur kommunernas perspektiv. Data var dock inte komplett eftersom inte alla kommuner svarade på utskicket. Under 2018 gjorde den centrala tjänstemannaberedningen en ny insats för att samla in enhetlig data från kommunerna och de lokala samverkansgrupperna om antal inskrivna i vårdformen genom en enkät. Det råder dock fortsatt osäkerhet om innehåll och jämförbarhet i de uppgifter som har kommit in varför denna fråga inte redovisas i denna rapport utan behandlas ytterligare under 2019.

2.3.4 Kvalitativa fallstudier

I syfte att studera erfarenheter av etablering och funktion samt hur arbetet i de mobila vårdteamen kan fungera har vi gjort fallstudier av några exempel som uppfattats som intressanta. De fallstudier som genomfördes under uppföljningens första år baserades på ett fåtal intervjuer med MAS samt allmänläkare i primärvård i tre fall. Vid val av fall att studera eftersträvade vi en spridning dels geografiskt och dels avseende i vilken utsträckning den nya vårdformen hade etablerats under avtalets första år. I Tomelilla fanns det många inskrivna redan tidigt under 2017. I Kristianstad fanns det inga inskrivna i slutet av 2017. I Höganäs kom arbetet igång under andra halvåret då ganska många skrevs in i vårdformen. Dessa tre fall studerade vi under 2017 (intervjuer i november) och följde upp under 2018 (intervjuer i oktober-november). Vid uppföljningen under 2018 intervjuades MAS och sjuksköterskor som arbetar i teamen. Vi lyckades dock inte boka in tid för intervju med läkare som jobbar i teamen.

Under 2018 studerade vi även Malmö, som är ett exempel på en större kommun med många vårdcentraler. Här kom etableringen igång på ett strukturerat sätt under 2018. Intervjuer genomfördes under november-december 2018 med HS-koordinatorer, sjuksköterskor och läkare.

De fyra fallen som studerats representerar sammantaget en spridning dels geografiskt och dels avseende i vilken utsträckning den nya vårdformen har etablerats (i Kristianstad har vårdformen inte kommit igång under avtalets första två år) och dels en variation i storlek på kommun och därmed antal aktörer som förväntas samverka och samordna sina insatser, där det finns många aktörer i Malmö och Kristianstad och få i Tomelilla och Höganäs. Få aktörer

lyftes fram som en framgångsfaktor för etablering av vårdformen (för ett effektivt teamarbete) vid intervjuerna år 2017.

Tabell 2. Vilka fall har vi studerat närmare år 2018?

	Grad av etablering av vårdformen år 1-2	Antal aktörer	Intervjupersoner år 1	Intervjupersoner år 2
Tomelilla	Stor	Få	MAS och allmänläkare	MAS
Höganäs	Medel	Få	MAS	MAS och två ssk på särskilt boende
Kristianstad	Låg	Många	MAS	MAS
Malmö	Medel (kom igång år 2)	Många		Två HS-ambassadörer/koordinatorer, en ssk på särskilt boende, en ssk och en läkare i team för ordinärt boende

2.3.5 Enkätstudie och intervjuer till delregionala samverkansorgan

Intervjuer och enkätstudie till tjänstemän i delregionala samverkansorgan genomfördes under hösten 2018 enligt tabell 3. Sammanlagt analyserades 20 enkätsvar från regionfinansierad hälso- och sjukvård och 16 svar från kommunala tjänstemän. Dessa svar fördelades ojämnt mellan de sex regionala samverkansorganen, vilket ska observeras vid tolkning av svaren.

Tabell 3. Enkätutskick och intervjuer med tjänstemän i delregionala samverkansorgan.

	Enkätutskick	Analyserade svar	Intervjuer	Antal kommuner
Totalt	80	36 (45%)	9	33
Malmö	12	6 (50%)	2	1
Mellersta	16	10 (62%)	1	8
Nordost	15	6 (40%)	1,5*	6
Nordväst	18	6 (33%)	1,5*	10
Sydost	12	3 (25%)	2,5*	5
Sydväst	7	5 (71%)	0,5*	3
Region Skåne		20		
Kommuner		16		

* Några av de som intervjuats medverkar i två delregionala samverkansorgan

Intervjuer med tjänstemän var öppna och genomfördes i första hand för att ge möjligheter att tolka enkätsvar och ge en mera fyllig beskrivning av skillnader i förutsättningar och grad av samverkan mellan olika delregionala samverkansorgan. Enkäten är baserad dels på samma frågor om samverkan som ställs till vårdteamen, dels på frågor om arbetets effekter på samverkan i stort respektive etablering av vårdformen mobilt vårdteam samt önskvärda förutsättningar för det fortsatta arbetet.

3. Etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam

3.1 Vad vet vi om etablering av vårdformen under avtalets första två år?

3.1.1 Analys av 2018 års data

Av de 234 personer som svarade på enkäten uppgav 110 att de arbetar med vårdformen mobilt vårdteam i någon utsträckning i oktober 2018. I urvalet ingår respondenter från 34 vårdcentraler (av 156) och av svaren går att utläsa att vårdformen finns vid 21 av dessa. Av de 21 vårdcentralerna drivs 9 i privat regi. Vad gäller kommunerna finns respondenter från 25 (av 33) kommuner och 20 av dessa uppger att de arbetar i vårdformen (tabell 4). Arbetet i vårdformen sker i varierande utsträckning (figur 1).

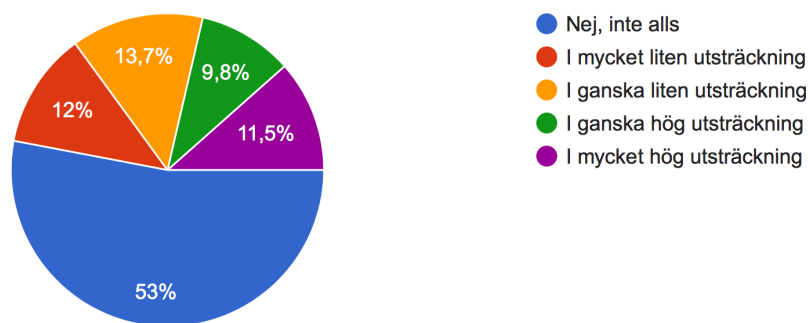
Tabell 4. Antal respondenter uppdelat på deltagande i vårdformen eller inte för 2018 års enkät (2017 års enkät i parentes).

	Primärvård	Kommun	Alla
Deltagande i vårdformen			
Deltar inte alls	24 (35)	100 (192)	124 (227)
Deltar i någon utsträckning	21 (19)	89 (37)	110 (56)
	från 21 (19) vårdcentraler	från 20 (14) kommuner	
Alla	45	189	234 (283)

Figur 1. Svar på frågan "Deltar du i något mobilt vårdteam?" (234 respondenter).

1. Deltar du i något mobilt vårdteam?

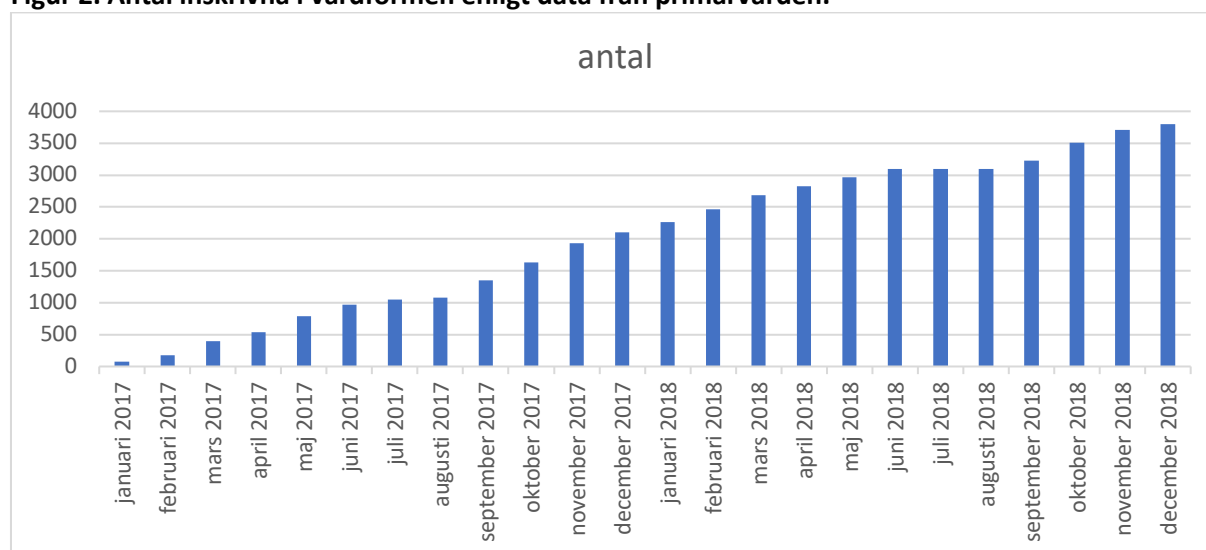
234 svar



Registerdata från primärvården för 2017 visar att antalet inskrivna ökade från 71 personer i januari 2017 till 2 104 personer i december 2017 och 3 798 personer i december 2018 (figur 2). Den omfattning man arbetar i vårdformen varierar stort mellan vårdcentralerna. 10 av vårdcentralerna (Capio Simrishamn, Näsets Läkargrupp, Vårdcentralen Ystad, Vårdcentralen

Knislinge, Sveakliniken i Svedala, Vårdcentralen Råå, Läkargruppen Munka-Ljungy, Vårdcentralen Södervärn, Capio Nova Sjöstaden och Vårdcentralen Sjöcrona) står för en tredjedel av de inskrivna personerna. Antalet vårdcentraler med någon inskriven i vårdformen var 10 stycken i januari 2017, 76 stycken i december 2017 och 101 stycken i december 2018. Vid 26 vårdcentraler som deltar i vårdformen finns det färre än 10 inskrivna personer. Vi sju vårdcentraler finns det fler än 100 inskrivna personer.

Figur 2. Antal inskrivna i vårdformen enligt data från primärvården.



Enligt registerdata från primärvården finns det inskrivna personer i vårdformen i 31 av de 33 skånska kommunerna. Variationen är stor där vårdformen är etablerad i någon utsträckning; från 10 eller färre inskrivna personer i Bromölla, Åstorp och Osby till över 300 inskrivna i Helsingborg och Malmö. I Vellinge, Trelleborg, Ystad och Simrishamn finns det över 200 inskrivna i respektive kommun. Notera att detta är absoluta tal och att hänsyn inte är tagen till skillnader i demografi mellan kommunerna.

3.1.2 Jämförelse med 2017

Sammanfattningsvis visade data från vår enkät samt registerdata från primärvården och uppgifter från kommunerna avseende år 2017 att:

- Vårdformen var etablerad i någon utsträckning vid hälften av Region Skånes vårdcentraler.
- Vårdformen var etablerad i någon utsträckning i hälften av Skånes kommuner. Fullständiga data från kommunerna saknades dock.
- Det fanns en stor variation avseende i vilken utsträckning som vårdformen är etablerad i såväl kommuner och primärvård. Variationen var stor gällande förekomst av vårdformen. Antalet inskrivna vid Skånes vårdcentraler varierade mellan 0 och nästan 300.
- Det fanns en geografisk koncentration till sydöstra hörnet av Skåne (kommunerna Ystad, Tomelilla och Simrishamn) vad gäller antal inskrivna.
- Data om etablering av vårdformen indikerade bristande samsyn mellan primärvård och kommuner där primärvården redovisade fler inskrivna.

Data från december 2018 visar att etableringen av vårdformen har fortsatt under avtalets andra år:

- I december 2018 finns vårdformen etablerad i någon utsträckning vid två tredjedelar av Region Skånes vårdcentraler.
- Vårdformen var etablerad i någon utsträckning i nästan alla Skånes kommuner. Fullständiga data från kommunerna saknas dock fortfarande.
- Variationen avseende i vilken utsträckning som vårdformen är etablerad är fortsatt stor i såväl kommuner och primärvård. Antalet inskrivna vid Skånes vårdcentraler varierade mellan 0 och nästan 200 och i kommunerna mellan 0 och nästan 300.
- Fullständig data från kommunerna saknas fortfarande.

3.2 Vad vet vi om vårdformens funktion under avtalets första två år?

3.2.1 Analys av 2018 års data

I detta avsnitt redovisas olika aspekter om vårdformens funktion. Redovisningen bygger på svar från dem som svarade att de deltar i något mobilt vårdteam i någon utsträckning i vår enkät till medarbetare inom Region Skåne och de skånska kommunerna som kan komma att arbeta i vårdformen (tabell 5). Bland de kommuner som angivit att de deltar i mycket hög utsträckning finns Höganäs, Landskrona, Lund, Malmö, Tomelilla, Ystad, Östra Göinge och bland de som angivit mycket eller ganska hög utsträckning finns dessa samt Eslöv, Höör och Örskälljunga.

Tabell 5. Respondenter som svarat att de deltar i vårdformen i någon utsträckning i 2018 års enkät (2017 års enkät i parentes).

	Primärvård	Kommun	Alla
Deltar i någon utsträckning, respondenter	21 (19)	89 (37)	110 (56)
Representerar	21 (19) vårdcentraler varav 9 privata	20 (14) kommuner	
Grad av deltagande i vårdformen (%)			
Mycket liten utsträckning	29% (26%)	28% (24%)	28% (25%)
Ganska liten utsträckning	38% (11%)	26% (24%)	28% (20%)
Ganska hög utsträckning	29% (16%)	19% (43%)	21% (34%)
Mycket hög utsträckning	5% (47%)	27% (8%)	22% (21%)

Rutiner vid inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam

Vid inskrivning i vårdformen ska alltid läkare från primärvård, sjuksköterska från kommun och patient/anhörig involveras. I praktiken sker detta nästan alltid enligt svaren i vår enkät från 2018. Jämförelse med 2017 års enkät i parentes:

- Läkare vid vårdcentral i 94% (98%) av fallen.
- Sjuksköterska i kommun i 98% (93%) av fallen.

- Patient och/eller anhörig i 97% (89%) av fallen.

Vid inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam ska en särskild bedömnings- och inskrivningsblankett alltid användas. I praktiken sker detta i 80% av fallen enligt svaren i vår enkät år 2018 att jämföra med 65% år 2017. De orsaker som angavs i de fall då blanketten inte används var likartade år 2017 och 2018: att det saknas kunskap om att blanketten finns, att det finns en annan fungerande rutin och/eller blankett samt en åsikt om att det räcker med SIP.

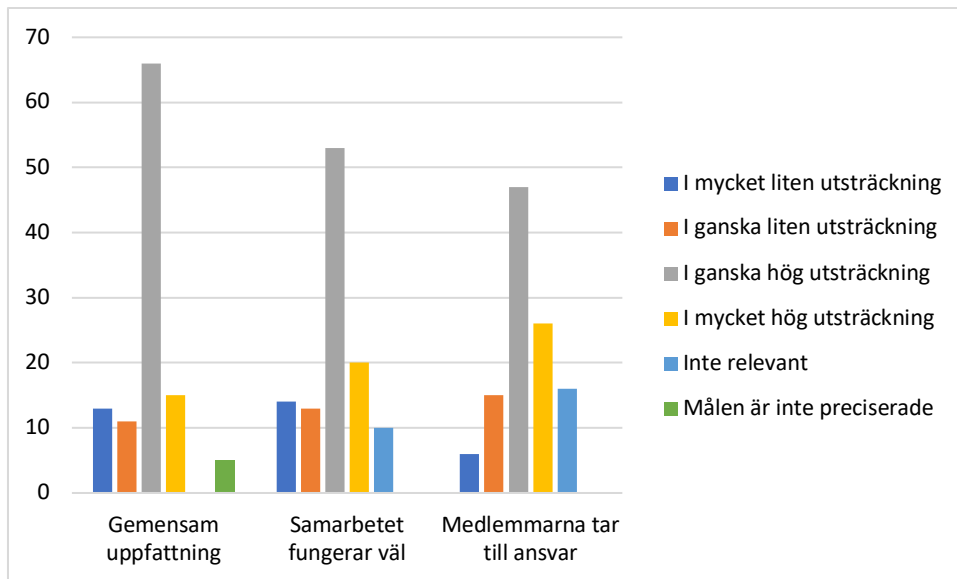
Samverkan och samarbete i de mobila vårdteamen

På frågan *"Upplever Du att teamets/teamens medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med vårdformen mobilt vårdteam?"* svarade 74% (57%) i mycket eller ganska hög utsträckning. Erfarenheterna var likartade bland respondenter från primärvården och kommunerna i enkäterna båda åren.

På frågan *"Upplever Du att medlemmarna i teamet/teamen tar sitt ansvar och genomför uppdraget?"* svarade 67% (64%) i mycket eller ganska hög utsträckning. Erfarenheterna var något mer positiva i primärvården än i kommunerna i svaren båda åren.

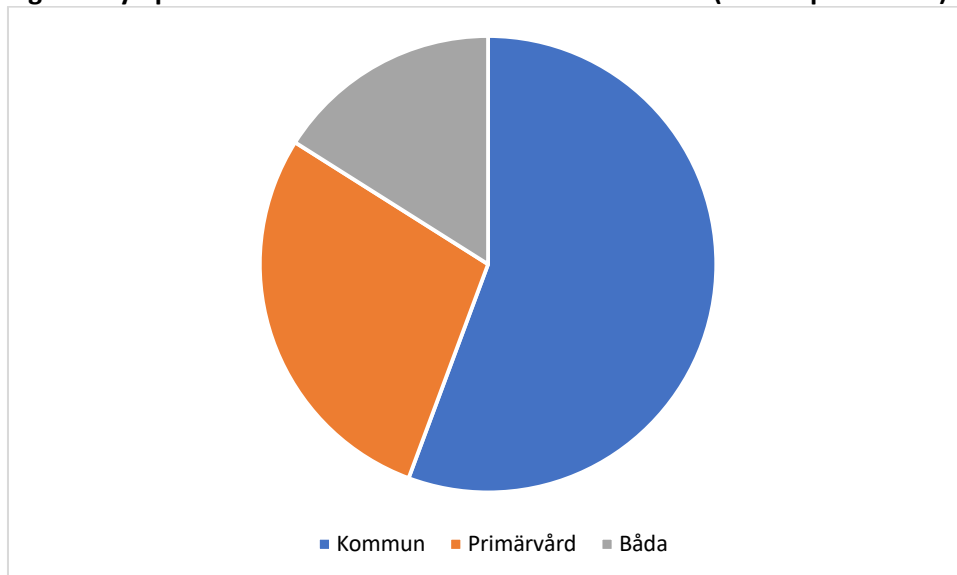
På frågan *"Upplever Du att samarbetet inom teamet/teamen fungerat väl som helhet?"* svarade 65% (53%) i mycket eller ganska hög utsträckning. Erfarenheterna var något mer positiva i primärvården än i kommunerna i svaren båda åren. De hinder som angavs i de fall som samarbetet i teamet inte fungerar var likartade år 2017 och 2018: att kompetens kring vårdformen saknas, att det är brist på personal och brist på tid i verksamheterna.

Figur 3. Erfarenheter av vårdformen mobilt vårdteam avseende gemensam uppfattning om mål, syn på samarbete och ansvarstagande (110 respondenter).



Också svar på frågan "Vem/vilken organisation är "navet" i det/de mobila vårdteamet?" visar på en relativt god samsyn mellan medarbetare i kommuner och primärvård. Svaren på denna fråga skiljde sig inte åt mellan respondenter från primärvård och kommuner. Svartalternativen var "Medarbetare i kommunen", "Medarbetare i primärvården" samt ett fritt svarsalternativ (figur 4). 107 respondenter besvarade denna fråga. Bland de tre som inte varade angav två "Vet ej" och en "Vet ej, det är väl en del i problemet".

Figur 4. Syn på vem som är navet i de mobila vårdteamen (107 respondenter).



Finns det konkreta förbättringar till följd av arbete i vårdformen?

På frågan "Finns exempel på konkreta förbättringar i arbetsätt/rutiner som följd av arbete i vårdformen mobilt vårdteam?" svarade 49% (55%) ja. De exempel på konkreta förbättringar som angavs både 2017 och 2018 var tydligare SIP, bättre tillgänglighet och kontinuitet samt bättre samordning och beredskap kring patienten. I 2018 års enkät angavs också en

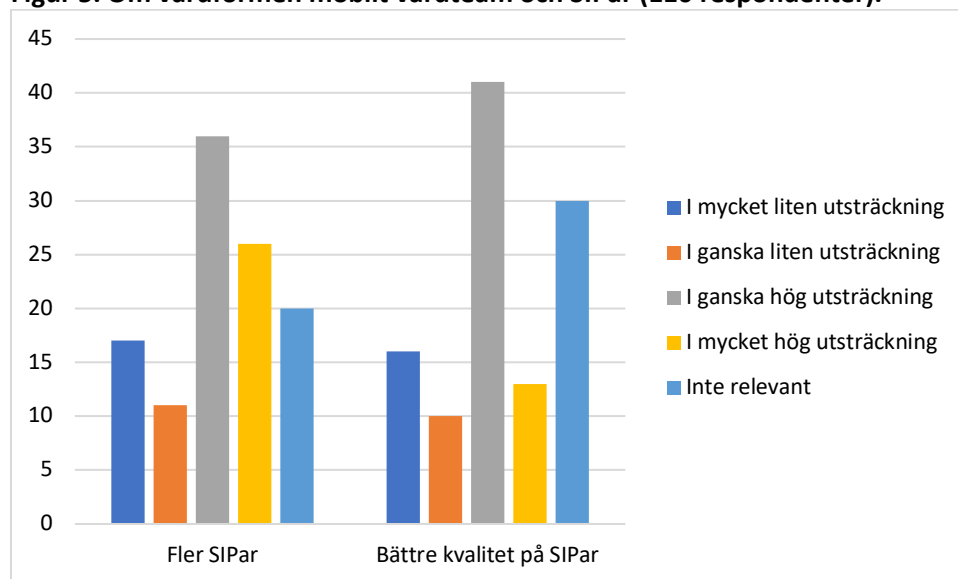
förbättrad samverkan mellan olika yrkeskategorier (nätverksträffar), att ansvarsfördelningen blir tydligare, en god tillgänglighet till läkare och god kontinuitet mellan personal i kommun och primärvård, att patient och anhöriga blir tryggare och att vårdformen kan leda till färre besök och onödig inläggning på sjukhus.

På frågan "Anser du att vårdformen mobilt vårdteam hjälper dig att prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?" svarade 53% (58%) ja. De orsaker som angavs både 2017 och 2018 var att det finns en helhetsbild över patienten, en tydlighet (strukturer och rutiner samt syfte och mål med vården) kring hur patienten ska tas omhand då olika situationer uppstår, att vårdformen skapar förtroende mellan medarbetare och anhöriga samt att SIPen blir tydligare då den görs i samband med inskrivning i vårdformen.

Konsekvens för SIP av arbete i vårdformen

Erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam var att det görs fler SIPar och att kvaliteten på SIPar till viss del blir bättre (figur 5). På frågan "Anser du att det görs fler SIP på grund av deltagande i vårdformen mobilt vårdteam?" svarade 56% (59% 2017) i ganska eller mycket hög utsträckning. På frågan "Tycker du att arbete i mobilt vårdteam leder till att kvaliteten på SIP blir bättre?" svarade 49% (38% 2017) i ganska eller mycket hög utsträckning.

Figur 5. Om vårdformen mobilt vårdteam och SIPar (110 respondenter).



Nyckelord i svaren på den öppna frågan "Vad innebär god kvalitet på SIP för dig?" var patientcentrering, förberedelse, planering, tydlighet, trygghet och ansvarsfördelning.

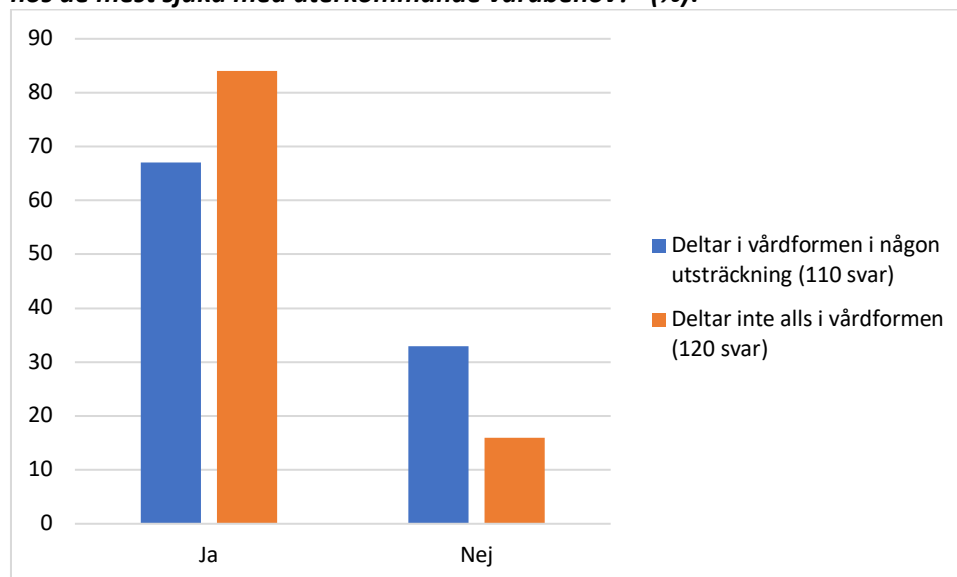
Exempel på svar listas nedan:

- Att alla har tagit del av den och satt sig in i patientens önskemål och behov
- Tydliga mål med vården som är förankrade med alla
- Att alla som ska vara med också är med
- Patienternas önskemål är utgångspunkt och olika huvudmän bidrar med olika delar för att uppnå målsättningen med en tydlig ansvarsfördelning.

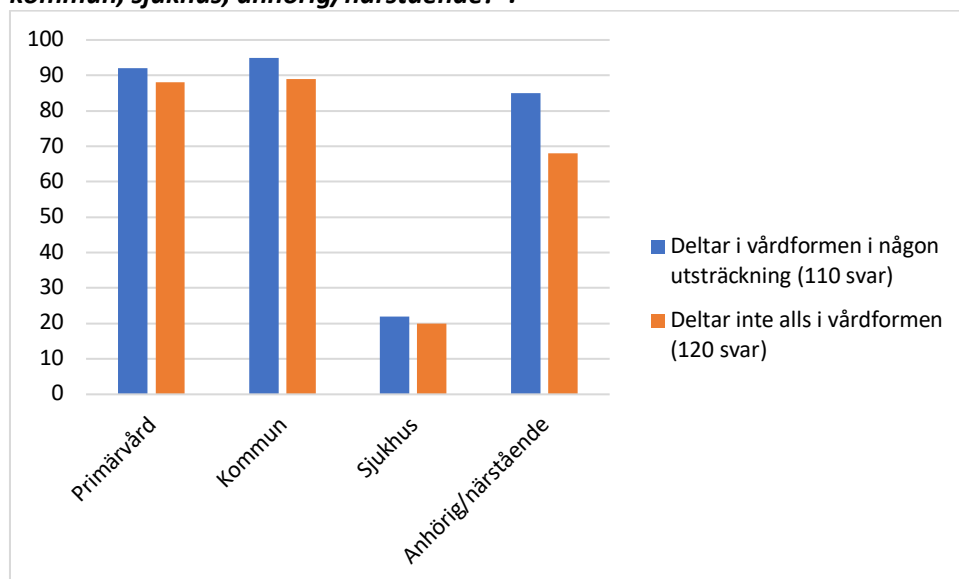
- Att i största möjliga mån undvika sjukhus. Patienten ska kunna behandlas i hemmet. Det ska vara tydligt vem som ansvarar för vad.
- En planering som håller och att alla håller den.
- Att en handlingsplan finns för återkommande problem.
- Tydlighet, framförhållning, patientens godkännande.
- Ett levande dokument som tillför patienten livskvalitet.
- Engagemang.
- Samordna insatserna för patienten.
- Trygg patient och anhöriga.
- Tillgänglighet, kontinuitet, samverkan, helhetsbild, individanpassning.
- Vårdplanering i nutid och framtid
- Att anhöriga känner trygghet
- Tydlig ansvarsfördelning
- Att alla vet vad som ska göras i olika situationer

I syfte att ytterligare analysera ifall erfarenheterna av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam hänger samman med vad som kan betraktas som god kvalitet på en SIP analyserade vi svaren på frågorna "Anser du att SIP hjälper dig att prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?" och "I ditt arbete med SIP, involveras alltid företrädare för primärvård, kommun, anhörig/närstående?" med hänsyn till ifall respondenten deltog i vårdformen eller inte. Utifrån svaren är det svårt att säga något om ifall det finns ett samband mellan att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam och SIPens ändamålsenlighet respektive att involvera företrädare för primärvård, kommun och anhörig/närstående vid upprättande av SIP.

Figur 6. Svar på frågan "Anser du att SIP hjälper dig prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?" (%).



Figur 7. Svar på frågan "I ditt arbete med SIP, involveras alltid företrädare för primärvård, kommun, sjukhus, anhörig/närstående?"



3.2.2 Jämförelse med år 2017

Sammanfattningsvis visade vår enkätdata om erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017 bland medarbetare i kommuner och primärvård att:

- Det fanns goda rutiner vid inskrivning i vårdformen vad gäller vilka aktörer som medverkar men att det fanns brister vad gäller att använda rätt blankett.
- Upplevelsen av samverkan och samarbete var god bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017.
- Det verkade finnas en god samsyn på frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017.
- En majoritet av de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten.
- Arbete i vårdformen ledde till att det görs fler SIPar och till viss del en förbättrad kvalitet och ändamålsenlighet i SIPar.

Svaren på 2018 års enkät om erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam bland medarbetare i kommuner och primärvård visar att:

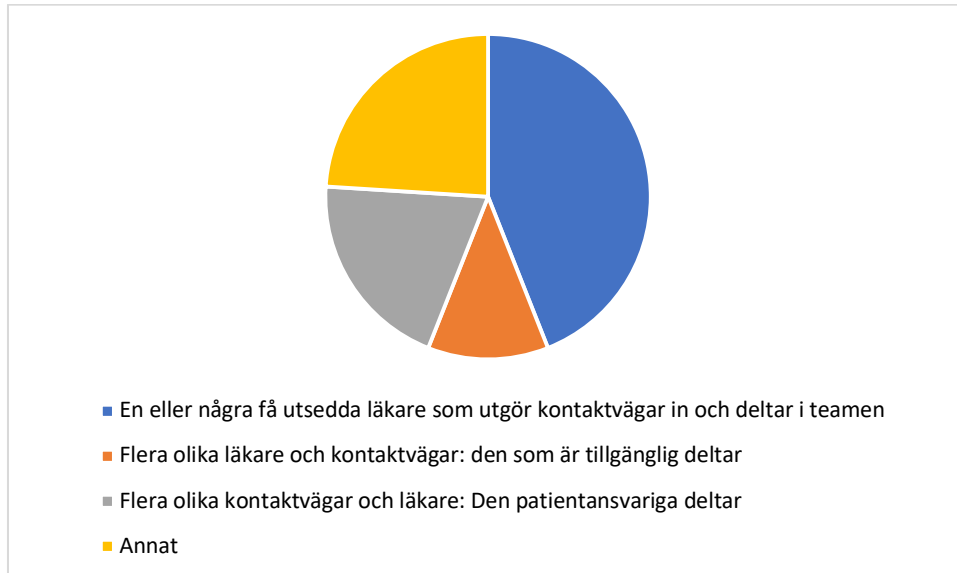
- Det fortsatt finns goda rutiner vad gäller vilka aktörer som medverkar och att rätt blankett nu används i *större* utsträckning.
- Samsyn gällande frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam *ökade* under avtalets andra år.
- En något lägre andel tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten under avtalets andra år.
- Arbete i vårdformen leder till att det görs fler SIPar. En större andel (49% jämfört med 38%) bland de som svarade 2018 ansåg att vårdformen leder förbättrad kvalitet och ändamålsenlighet i SIPar.
- Resultaten om vårdformens funktion, baserat på enkäten som gjort inom ramen för denna rapport, ligger i linje med vad som framkom i fritextsvar i svar på den enkät

som centrala tjänstemannaberedningen riktat till kommunerna och de lokala samverkansorganen under året.

3.3 Om organisering av läkarstöd

Enligt enkätsvaren är det vanligaste sättet att organisera läkarstödet gentemot kommunen att utse en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen (Figur 8). Det näst vanligaste sättet är att den läkare som är tillgänglig för stunden vid respektive vårdcentral deltar, vilket innebär att flera olika läkare och kontaktvägar finns. Det tredje vanligaste sättet är också att flera läkare deltar och är kontaktvägar in då den patientansvariga läkaren deltar i respektive team.

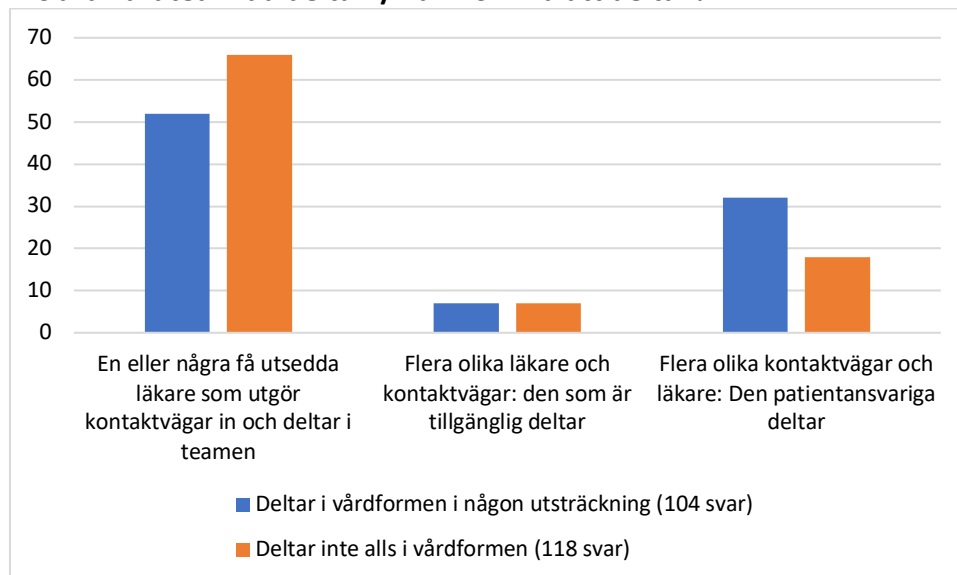
Figur 8. Svar på frågan “Hur är läkarstödet organiserat i det/de mobila vårdteam du deltar i?”



Annat = vet ej; olika för olika vårdcentraler; finns inte något konkret upplägg

Att läkarstödet organiseras kring en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen är också den mest önskvärda formen enligt svaren i enkäten (Figur 9). Bland de som deltar i teamen svarar drygt hälften att denna form är den mest önskvärda medan två tredjedelar bland de respondenter som idag inte deltar i arbetsformen tycker den är mest önskvärd. Det näst mest önskvärda sättet att organisera läkarstödet är att den läkare som är patientansvarig deltar, vilket innebär att flera olika läkare och kontaktvägar finns men att kontinuiteten blir god gentemot patienter och personal. Inga tydliga samband mellan önskemål om hur läkarstöd ska organiseras och hur läkarstödet för närvarande organiseras eller mellan respondenter från kommun eller primärvård syns i materialet.

Figur 9. Svar på frågan (%) "Hur skulle du önska att läkarstödet var organiserat i det/de mobila vårdteam du deltar i/ kan komma att delta i?"



På frågan "Vilka aspekter är viktigast vad gäller läkarstödet i de mobila vårdteamen? Ange de tre viktigaste." framkom sex aspekter som ansågs vara viktiga bland de 109 respondenterna som besvarat frågan:

- En eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in och deltar i teamen (49%)
- En samordnad väg för kommunen in i primärvården (45%)
- God tillgänglighet till läkarstöd (80%)
- Läkaren känner patienten väl (45%)
- Läkaren är påläst om patienten (62%)
- Läkaren känner väl till rutiner kring vårdformen (58%)

Övriga kommentarer om läkarstöd handlade främst om att det saknas direktnummer och att det saknas möjlighet till direktinläggning.

3.4 Planerat fortsatt arbete med vårdformen och behov av stöd

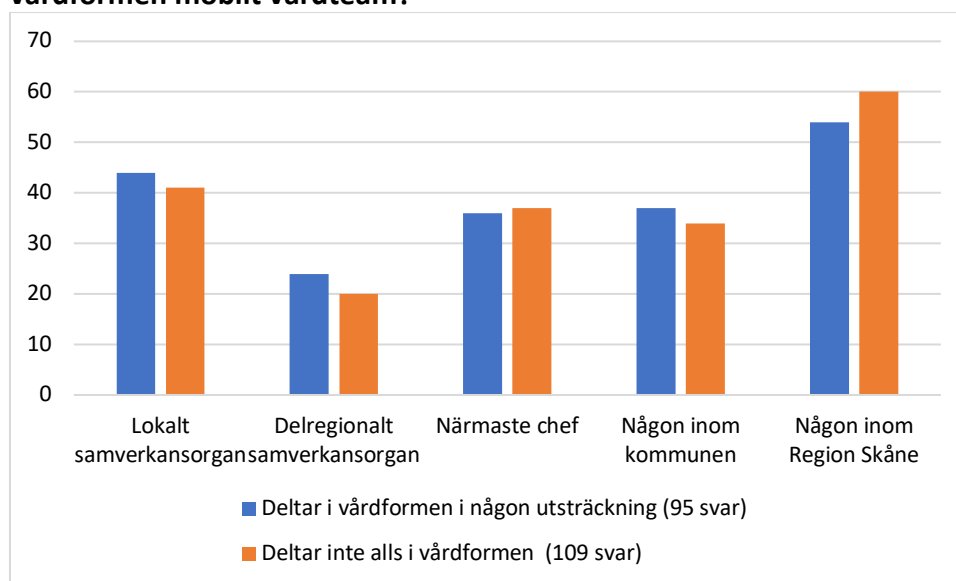
På frågan "Har det/de mobila vårdteam de deltar i fått något särskilt stöd/hjälp för utvecklingsarbetet?" svarade 28% "Nej", 29% "Ja, av person som arbetar inom kommunen", 18% "Ja, av person som arbetar i Region Skåne", 15% "Ja, av min närmaste chef", 14% "Ja, av lokalt samverkansorgan" och 7% "Ja, av delregionalt samverkansorgan". På frågan "Om det/de mobila vårdteam du deltar i fått något särskilt stöd/hjälp för utvecklingsarbetet, vilken typ av stöd?" svarade 38 personer. Den typ av stöd som lyftes fram var:

- Regelbundna lokala samverkansmöten

- Utbildning i SIP
- Att en utsedd person eller HS-ambassadör som driver utvecklingen av HS-avtalet i kommunen
- Att det finns tydliga direktiv/rutiner/strukturer för hur arbetet ska bedrivas
- Att det finns en gemensam målbild för vårdformen
- Att närmaste chef/MAS/HS-ambassadör har informerat om hur medarbetare ska gå tillväga i vårdformen

Svaren på frågan "Från vem behöver ni stöd och hjälp under 2019 för att utveckla vårdformen mobilt vårdteam?" var likartade mellan de som deltog och de som inte deltog i vårdformen.

Figur 10. Svar på frågan "Från vem behöver ni stöd och hjälp under 2019 för att utveckla vårdformen mobilt vårdteam?"



På frågan "Finns det en planerad agenda för det fortsatta arbetet med vårdformen mobilt vårdteam under 2019?" svarade 69% "Ja" bland de respondenter som deltog i vårdformen i någon utsträckning. Svaren på den öppna frågan "Om det finns en planerad agenda för det fortsatta arbetet med vårdformen mobilt vårdteam under 2019, på vilket sätt?" vittnar om en planerad samordning mellan olika aktörer och införande av olika rutiner och strukturer:

- SIP/inskrivning på bestämd dag
- Regelbunden uppföljning i lokala samverkansmöten
- Projekt med digitalt stöd pga läkarbrist
- Skriva in fler i eget boende.
- Lokalt nedskrivna överenskommelse med delmål fram till 2020

Svaren på den öppna frågan "Vilken typ av stöd och hjälp behöver ni under 2019 för att fortsätta utveckla vårdformen mobilt vårdteam?" kan i hög grad sorteras in under några teman:

- Tid. Mer tid till utbildning. Mer tid till vårdformen.
- Läkarestöd. Bättre tillgänglighet och bättre kontinuitet.
- Tydligare strukturer och rutiner. Precisering av uppdraget.
- Tydligare ansvarsfördelning. Precisering av vilken huvudman som ansvarar för vad.
- Information och informationsutbyte. Erfarenhet från att använda vårdformen. Fler gemensamma workshops.
- Utbildning och fortbildningsdagar om vårdformen och SIP.

3.5 Övriga kommentarer om arbetet inom vårdformen mobilt vårdteam

Övergripande tycks det finnas en god samsyn vad gäller mobilt vårdteam bland medarbetare som deltar i vårdformen. Svaren på den öppna frågan "Övriga kommentarer om arbetet inom vårdformen mobilt vårdteam?" vittnar dock om att det finns en variation vad gäller hur bra arbetet fungerar.

Några svar vittnar om att arbetet ännu inte kommit igång:

"Hoppas på en bra start under hösten 2018."

"Har ännu inte hänt mycket. Fortfarande mest en pappersprodukt. Dags att faktiskt genomföra i verkligheten."

"Ser fram emot när vårdformen är implementerad och fungerande."

"Vad är mobilt vårdteam? Har inte förstått det. Ska läkare komma ut till patient?"

Några svar vittnar om god samsyn mellan olika aktörer och ett förbättrat omhändertagande av vårdtagare:

"Vi är helt nöjda och tycker vi kommit oerhört långt. Enklare för personal som arbetar på obekvämtid hur de ska agera och prioritera då det händer saker."

"Bättre vård för våra äldre utanför sjukhuset."

"Hög kvalitet på vården när samverkan fungerar, nära till läkarestöd av dr som känner/känner till patienten. Patienten behandlas på rätt vårdnivå."

"Bra verktyg."

"Positivt att detta finns."

"När det fungerar underlättas troligen vård och behandling och den som är sjuk mår bättre."

"Mycket roligt arbete när man får till ett bra teamarbete. Patienten får mycket högre kvalitet på sin vård och sitt liv."

"Detta arbetssätt skapar stor glädje och möjlighet till god samverkan och ett samarbete som gynnar vårt gemensamma intresse, dvs våra PATIENTER."

"Mycket positivt och underlättat arbetet otroligt för de patienter som har omfattande medicinskt och omvårdnadsbehov."

Några svar vittnar om bristande samsyn mellan olika aktörer:

"Har fått känslan av att den offentliga VÅC medvetet avvaktar inskrivning i mobila vårdteam, dvs har en dold agenda."

"Inuläget anser jag att det ej är en fördel för vårdtagaren att vara inskriven i Mobilt Vårdteam då primärvårdsläkare ej kan upprätthålla vad de ska göra."

"I dagsläget är det inte en fördel för patienten att vara inskriven i mobila teamet. Falcks läkare kan då ej kontaktas därmed dröjer det längre tills patienten kan få hembesök av läkare. SIP kan i vissa fall försvåra för patienten att få åka akut till sjukhus."

"Kommunen inte i fas i innehållet i HS avtalet. tar för lång tid och för många lokala rutiner som förhindrar omvårdnaden i hemmet av kommunal sjuksköterska."

Några svar tyder på att införandet av vårdformen inte nödvändigtvis leder till stora skillnader i omhändertagandet av de aktuella patienterna:

"I vår kommun fanns redan denna arbetsform med hembesök vid behov innan, så vi ser inte någon tydlig förbättring nu, men troligen framöver då vi får fler patienter med ökade vårdinsatser. Vi har gått igenom alla och skrivit in dem ändå."

"Jag upplever inte att det utgör någon skillnad i mitt arbete."

"Påverkar inte mig i mina insatser som arbetsterapeut. Patienten får samma rehabilitering oavsett om hen ingår i mobilt vårdteam eller inte."

"Hade redan innan mobilt vårdteam startade ett väl fungerande sippande och dessa läkare har jag sedan träffat på sip om mobilt vårdteam."

4. Lärdomar om etablering och funktion – intressanta exempel

De fyra fallen som studerats representerar en spridning dels geografiskt och dels avseende i vilken utsträckning den nya vårdformen har etablerats (i Kristianstad har vårdformen inte kommit igång under avtalets första två år medan den kom igång i stor utsträckning i Tomelilla redan tidigt år ett och i Höganäs under slutet av år ett) och dels en variation i storlek på kommun och därmed antal aktörer som förväntas samverka och samordna sina insatser, där det finns många aktörer i Malmö och Kristianstad och få i Tomelilla och Höganäs.

1. Det finns åtminstone två sätt att ta sig an en etablering av vårdformen. Det ena angreppssättet är att många i målgruppen skrivs in direkt men att det innebär en liten eller utebliven förändring för patienten att delta i vårdformen. Höganäs och Tomelilla är exempel på detta: I Höganäs kom man igång och skrev in många från slutet av 2017 men eftersom det råder brist på läkare i primärvården erbjuds patienterna som är inskrivna sedan vård i den takt som går. Vidare har arbetet med att skriva in personer utanför särskilt boende inte kommit igång. I Höganäs var 127 personer inskrivna i december 2017 och 146 i december 2018. Tomelilla skrev in alla i målgruppen direkt under 2017 men det verkar inte ha inneburit någon skillnad för patienterna. Det fungerade bra med hembesök och tillgång till läkare redan innan vårdformen etablerades. Vidare tycks arbetet ha stannat av i detta fall. I Tomelilla är det färre inskrivna i december 2018 (183 personer) än i december 2017 (234 personer). Eller skriver man i den takt man förmår och då blir det verkligen skillnad för de som är inskrivna (Malmö, även Lund men inte ett studerat fall). I Malmö var 40 personer inskrivna i december 2017 och 300 i december 2018.
2. Goda relationer och arbetssätt sedan tidigare förenklar etableringen av vårdformen (Malmö, Tomelilla och Höganäs). Då det sedan tidigare finns upparbetade relationer mellan medarbetare i kommun och primärvård blir det lättare att införa en förändring som ställer krav på samverkan mellan dessa. Detta hänger samman med att det redan finns gemensamma mål och förväntningar mellan medarbetarna även om de har olika organisatorisk tillhörighet (Malmö och Tomelilla samt Höganäs för särskilt boende). En bärande punkt här är ett lokalt engagemang som drivkraft i (sam)arbetet. På samma sätt är en bristande samsyn ett hinder för att komma igång med vårdformen, till exempel att vårdcentraler vill jobba på olika sätt medan kommunen vill ha en ingång till primärvården (Kristianstad, även Hässleholm men inte ett studerat fall).
3. Tydliga roller och ansvarsfördelning förenklar samverkan mellan medarbetare i kommun och primärvård. Tydliga roller och ansvarsfördelning blir också ett resultat av en välfungerande samverkan. Då vet personal i primärvård respektive kommun vad som förväntas av dem själva respektive den andra parten.
4. Etablering och funktionen av vårdformen förenklas om det finns en utsedd koordinator som driver arbetet och känner att hen äger agendan för utvecklingen. (MAS i Höganäs, HS-ambassadörer i Malmö)

5. Avsatt "öronmärkt" tid för de läkare som arbetar i vårdformen förbättrar funktionen i de mobila teamen. Kontinuitet och tillgänglighet är återkommande nyckelord i de fall där vårdformen mobilt team fungerar väl. Här är tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården viktig. En fast läkarkontakt med god kännedom om de inskrivna patienterna men också med en upparbetad relation gentemot medarbetare i kommunen möjliggör ett proaktivt arbetssätt som gagnar både patienter och vårdpersonal. Vetskap om att det finns inbokad tid och ett enkelt sätt att nå medicinskt ansvarig läkare skapar en trygghet hos patienter och personal och minskar behovet av att söka vård på sjukhus. Då tillgänglighet till läkare är bristfällig upplevs kontinuitet som mindre viktig (Höganäs) men där det fungerar bättre (Tomelilla och Malmö) upplevs både kontinuitet och tillgänglighet som avgörande.

6. Att bygga på det som är etablerat verkar vara en nyckel till att lyckas med att etablera vårdformen. Detta innebär att arbeta med det som finns vilket förutsätter flexibilitet och en hög grad av decentralisering i beslutsfattande kring hur vårdformen ska etableras. I Höganäs började sjuksköterskor i kommunen och läkare i primärvården att skriva in patienter i särskilt boende eftersom de hade en fungerande rutin för samverkan där och tanken var att sedan skala upp etableringen till patienter i ordinärt boende. I Tomelilla började sjuksköterskor i kommunen och läkare i primärvården skriva in patienter i den aktuella patientgruppen i samband med en redan upparbetad rutin kring årliga genomgångar av vårdplaner för sköra äldre patienter. I Malmö finns olika arbetssätt för att möta behov i särskilt boende (läkare från VC där alla är listade) och ordinärt boende (sex team för hela Malmö, tre idag och tre på gång). Sättet att organisera vårdformen för ordinärt boende bygger på de sedan tidigare etablerade s.k. Emma-teamen med ett geografiskt områdesansvar. Sättet att organisera vårdformen för särskilt boende bygger på att den vårdcentral som har ansvar för respektive boende deltar i teamet.

5. Arbetet i de delregionala samverkansorganen

5.1 Frågor i enkäten

Frågor om samverkansgrad omfattade i princip samma typ av frågor som har ställts till vårdteamen:

- Upplever Du att deltagare i delregionala samverkansorganet har en gemensam uppfattning om målet med samverkan?
- Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?
- Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?
- I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?
- Vem är "navet" i det delregionala samverkansorganet?

Respondenter ombads dessutom att ta ställning till ett antal påståenden om inriktningen på samverkansorganets arbete och dess effekter.

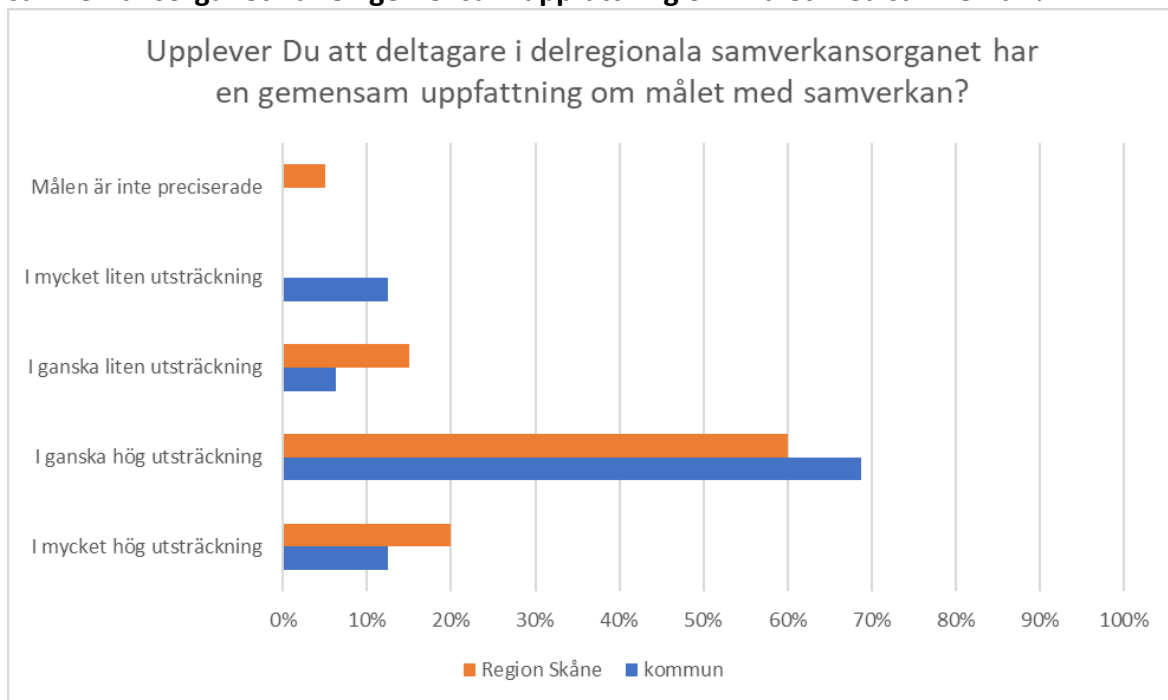
- Det delregionala samverkansorganet arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för en bättre vård till de mest sjuka med återkommande vårdbehov.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam.
- Det är viktigt att varje delregionalt samverkansorgan har möjlighet att prioritera egna mål och fokusområden utifrån lokala förutsättningar.
- Det är viktigt att alla delregionala samverkansorgan arbetar utifrån en gemensam strategi och gemensamma fokusområden för att nå målen i Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Enkätsvaren analyserades i första hand med avseende på skillnader i uppfattningar mellan tjänstemän från kommun respektive Region Skåne samt mellan de sex samverkansorganen.

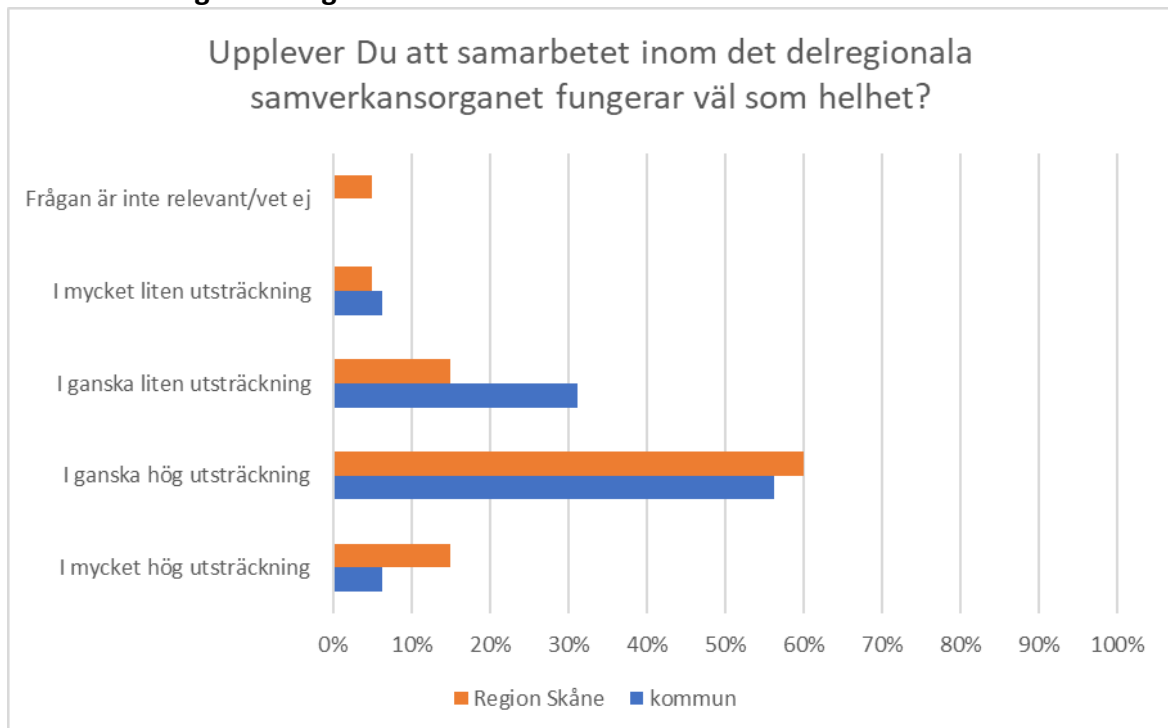
5.2 Uppfattningar om samverkan varierar

En majoritet av de tjänstemän som besvarat enkäten upplever i ganska hög utsträckning att det finns en gemensam uppfattning om målet med samverkan och att det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet, se figur 11-12. Det finns inga stora skillnader mellan svar från kommuner respektive Region Skåne i dessa avseenden.

Figur 11. Svarsfördelning på frågan "Upplever Du att deltagare i delregionala samverkansorganet har en gemensam uppfattning om målet med samverkan?"



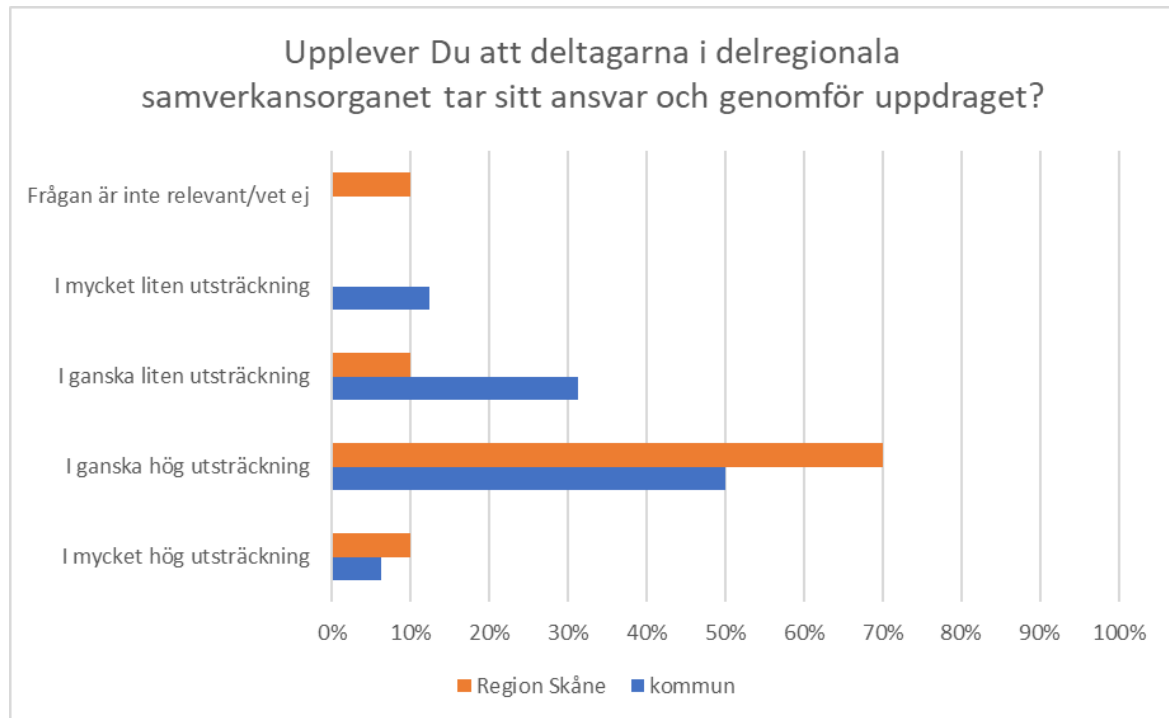
Figur 12. Svarsfördelning på frågan "Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?"



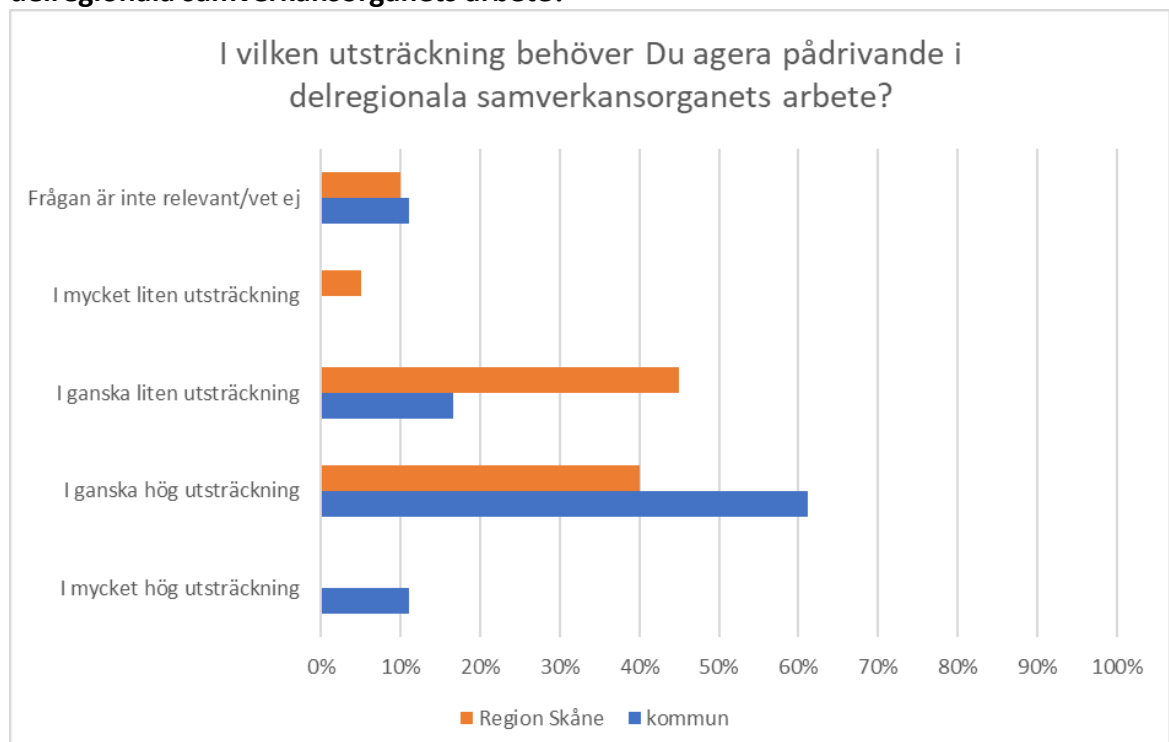
Det finns dock skillnader mellan kommuner och Region Skåne när det gäller uppfattningar om deltagarna i samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget samt i vilken grad man anser sig behöva agera pådrivande i arbetet. Som framgår av figur 13 och 14 anser

kommunala företrädare i högre grad att deltagare inte tar sitt ansvar och de anser även att de i högre grad behöver agera pådrivande.

Figur 13. Svarsfördelning på frågan "Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?"

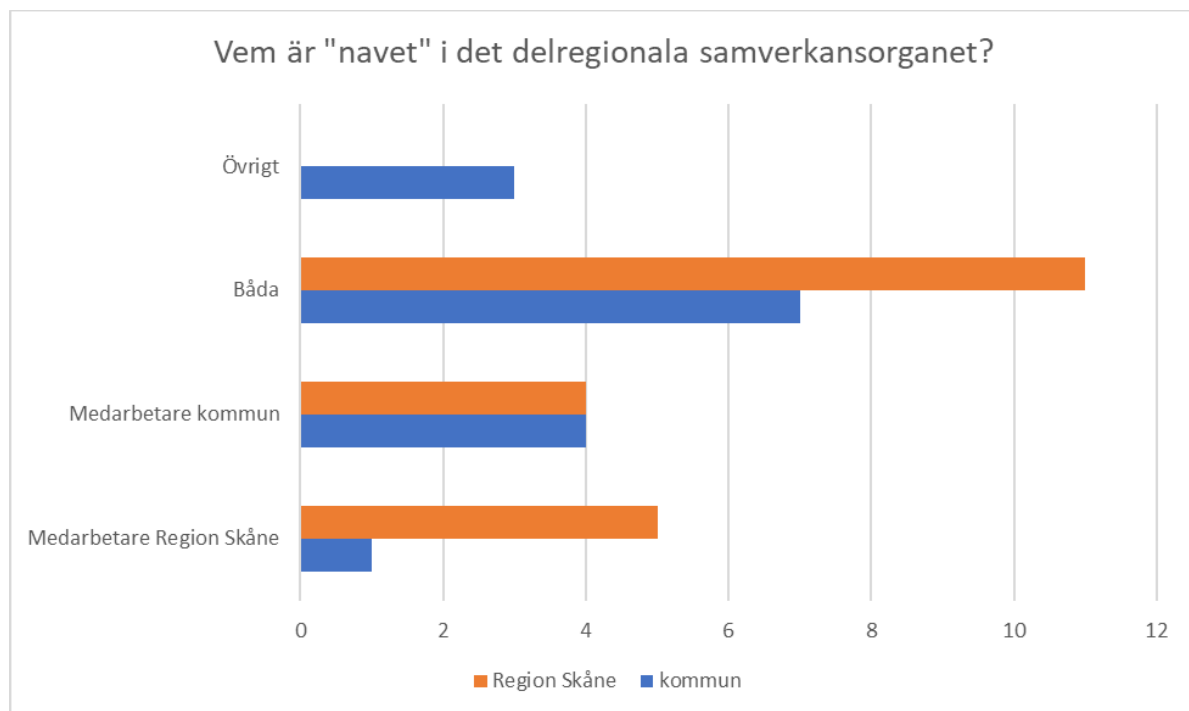


Figur 14. Svarsfördelning på frågan "I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?"



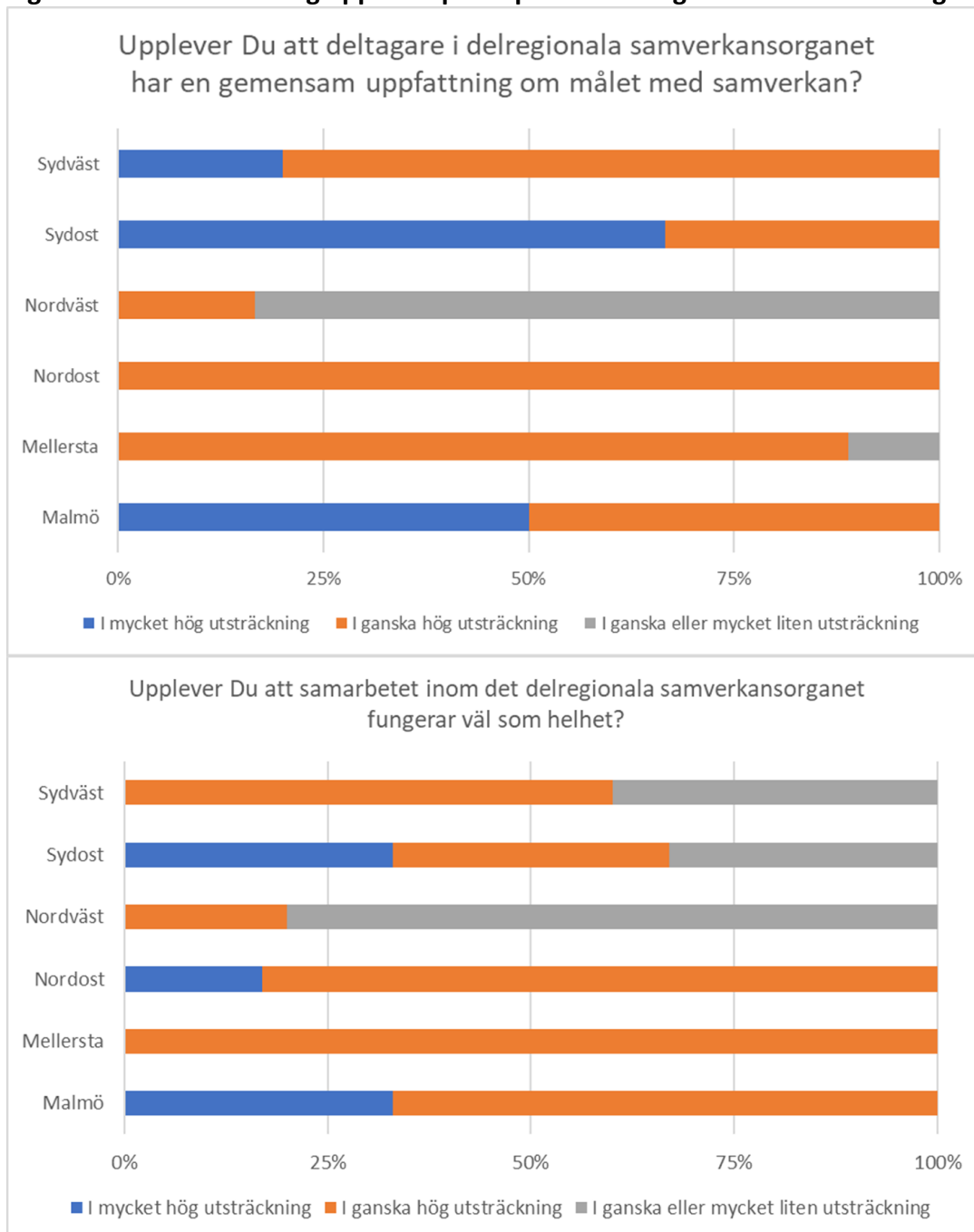
Det finns också skillnader när det gäller uppfattningar om vem som är navet i samverkansorganet, se figur 15. Företrädare från Region Skåne som besvarat enkäten anger högre grad än kommuner att både kommuner och Region Skåne är navet eller att medarbetare i Region Skåne är navet. I fria kommentarer från de kommunala företrädare som besvarat frågan med "övrigt" anges att tjänstemän från den centrala samverkansberedningen är drivande, att det inte finns ett fungerande delregionalt samverkansorgan med en agenda som bygger på beredningarnas förberedelser samt att "ingen" är drivande.

Figur 15. Svarsfördelning på frågan "Vem är "navet" i det delregionala samverkansorganet?"

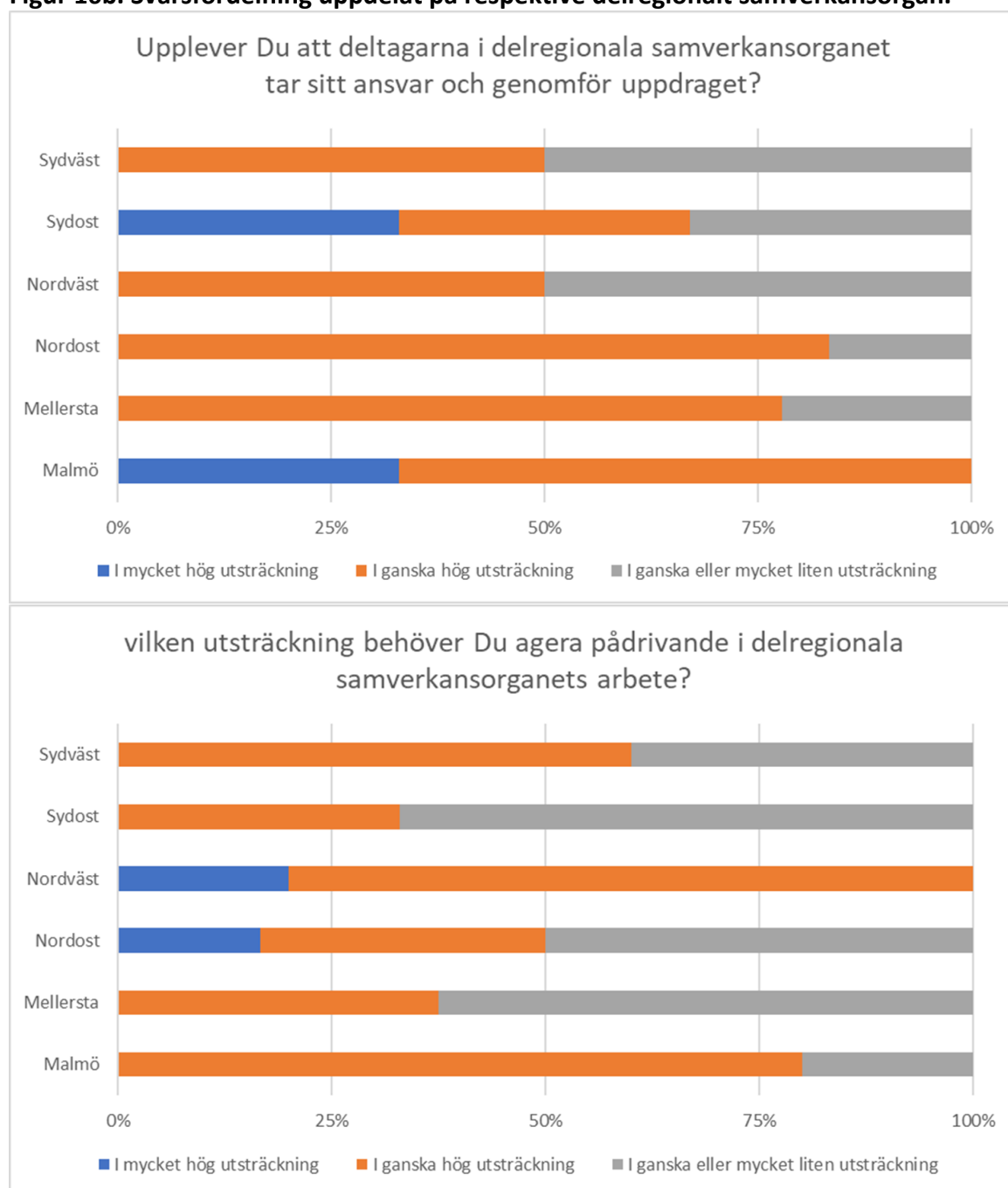


Vid jämförelse av svar mellan de sex delregionala samverkansorganen finns tydliga skillnader enligt de enkätsvar som lämnats, se figur 16. Bäst samverkan återfinns i Malmö medan sämst samverkan återfinns i Nordväst. Dessa skillnader samvarierar med antalet kommuner i respektive samverkansorgan. Den mera negativa bild som delvis framkommer från kommuner skulle alltså kunna förklaras av att flera kommuner tillhör samverkansorgan som omfattar många kommuner, och att samverkan i dessa samverkansorgan uppfattas fungera sämre.

Figur 16a. Svartsfördelning uppdelat på respektive delregionalt samverkansorgan.



Figur 16b. Svartsfördelning uppdelat på respektive delregionalt samverkansorgan.

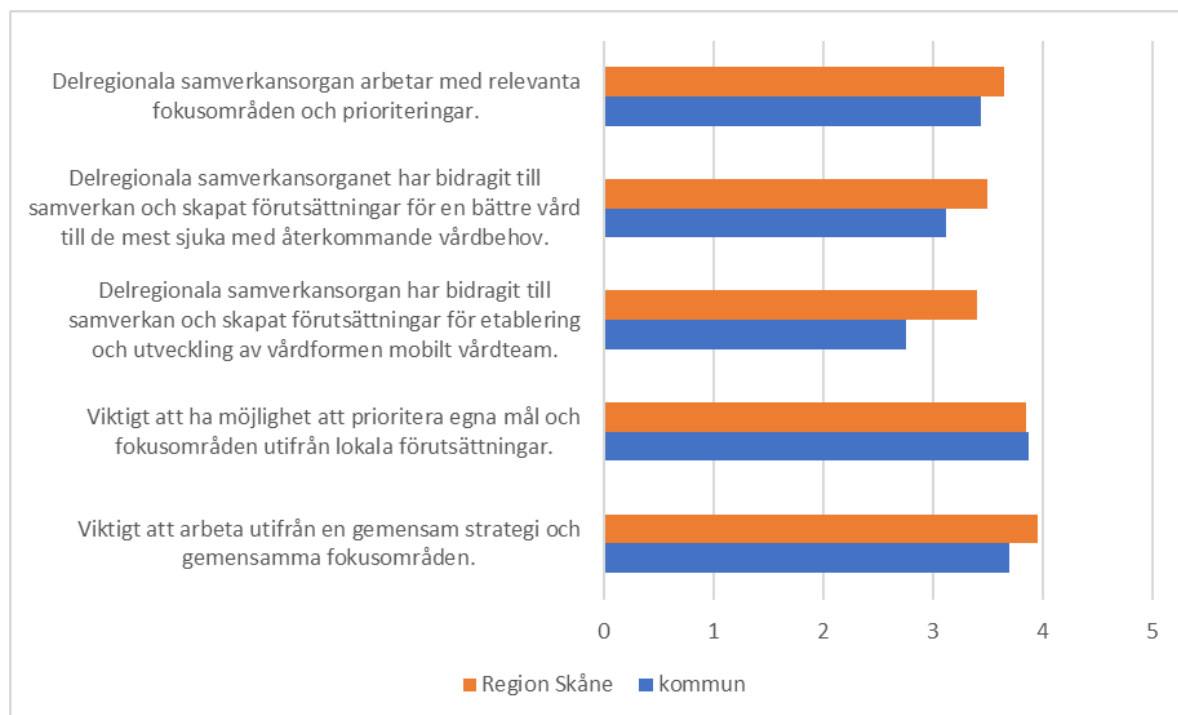


5.3 Uppfattningar om arbetets effekter och inriktning

Motsvarande skillnader mellan svar från kommuner respektive Region Skåne, och främst mellan olika samverkansorgan, återfinns i svaren på påståenden om arbetets inriktning och effekter. Som framgår av figur 17 anser kommunala företrädare i lägre grad än företrädare från Region Skåne att samverkansorganen bidragit till etablering av vårdformen mobilt vårdteam. Respondenter har fått besvara varje påstående utifrån en Likert-skala där 1

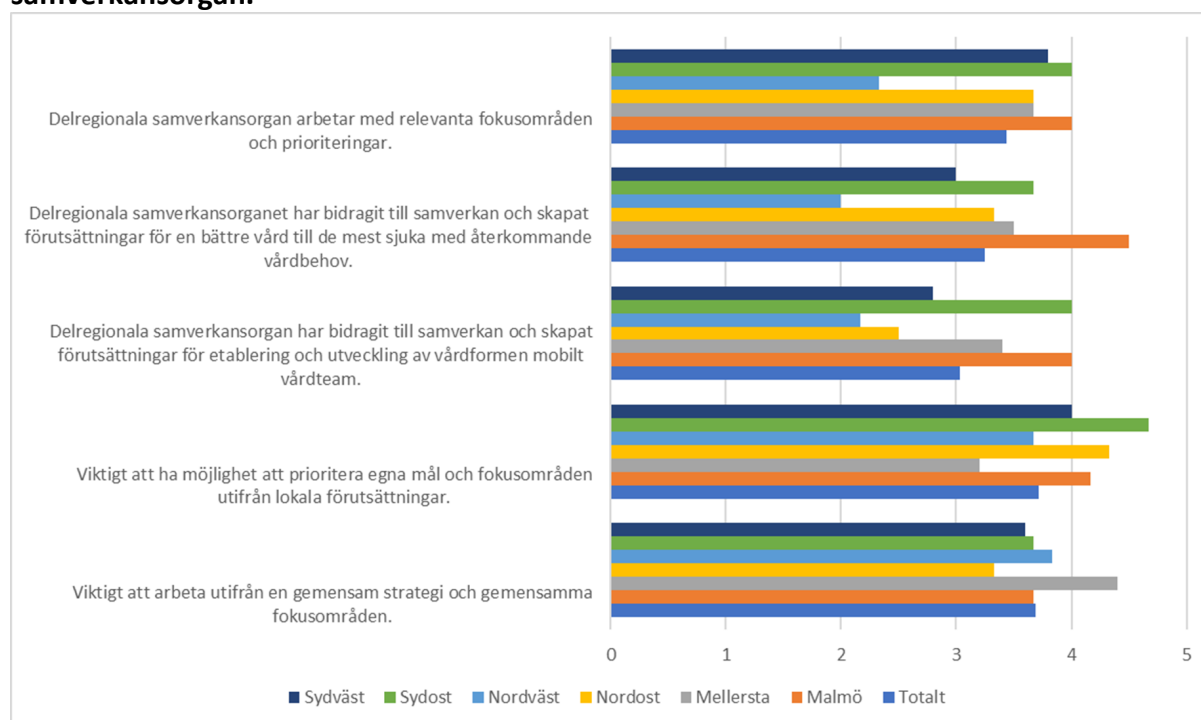
motsvarar ”instämmer inte alls” och 5 motsvarar ”stämmer helt och hållet”. Det genomsnittliga svaret på påstående om etablering av vårdformen är lägre än 3 vilket kan tolkas som att den genomsnittliga uppfattningen bland respondenterna är att påståendet är svagt underbyggt. Påståenden om att samverkansorganen arbetar med relevanta prioriteringar och fokusområden samt har bidragit till samverkan mera generellt anses mera underbyggda. Samtidigt är det få respondenter som instämmer helt och hållet. Svaren på frågor om fokusområden och prioriteringar bör vara gemensamma eller fastställas lokalt är svårtolkade. En möjlig tolkning är att behovet av lokal anpassning är stort samtidigt som det även finns anledning att kraftsamla inom en gemensam strategi som anger gemensamma övergripande fokusområden.

Figur 17. Svarsfördelning mellan företrädare för kommun respektive Region Skåne för olika påståenden om arbetets inriktning och effekter.



Variationerna mellan de sex delregionala samverkansorganen är delvis förväntade utifrån den variation i svar som finns när det gäller uppfattningar om samverkan. Det kan noteras att Malmö har högst andel som instämmer på frågor om arbetets relevans och effekter, medan Nordvästra samverkansorganet har lägst andel, se figur 18. I figuren finns även andra variationer i svar som inte helt stämmer med hypotesen att antalet kommuner i respektive samverkansorgan påverkar utfallen. Respondenter från Mellersta instämmer i högre grad att samverkansorganet haft effekter både generellt och för etableringen av vårdformen mobilt vårdteam, trots att åtta kommuner omfattas. I Nordost anges i högre grad att samverkansorganet haft effekter på samverkan generellt än för etableringen av vårdformen.

Figur 18. Svartsandelar för påståenden om arbetets effekter och inriktning uppdelat på samverkansorgan.



5.4 Fria kommentarer och intervjuer

Såväl fria kommentarer i enkätsvaren som de intervjuer som genomförts pekar på komplexa förutsättningar och en svårarbetad struktur. Flera delregionala samverkansorgan har under lång tid arbetat med att finna rätt arbetsformer utifrån HS-avtalet. Samverkan är dock inget nytt. I Malmö finns enligt uppgifter från intervjuade väl utvecklade samverkansformer sedan tidigare, som man kunnat bygga vidare på. Även på flera andra håll är uppfattningen att det funnits en samverkan tidigare. Det nya avtalet har då betraktats som ett "störmoment" av några, som innebär att man fått utveckla nya samverkansformer, alternativt att HS-avtalet gett möjligheter till en nystart.

En gemensam målbild som samtliga parter kan ställa sig bakom, acceptera och arbeta utifrån anses av flertalet som den viktigaste faktorn bakom framgång när det gäller samverkan. Förutsättningarna för att uppnå en sådan normering varierar mellan de olika samverkansorganen. Det finns stora skillnader i antalet kommuner som medverkar i respektive samverkansorgan, men även storleken på de kommuner som omfattas skiljer sig. Flera intervjuade menar att de personer som deltagit i samverkansorganen inledningsvis varierade, vilket försvårade en utveckling av gemensamma synsätt och mål. Oavsett storlek kan kommuner också ha olika traditioner och uppfattas vara mer eller mindre formella och regelstyrda. En allmän uppfattning är att samverkan främjas där det finns personkännedom. I små kommuner kan samverkan utvecklas mera informellt men kan å andra sidan bli mer personberoende.

Det konkreta arbetet med att ge stöd till etableringen av vårdformen har utvecklats från att fokusera antalet SIPar till en inriktning på verksamhetens kvalitet. Hur väl detta arbete lyckas beror dock på förutsättningar på operativ nivå, snarare än på arbetet i delregionala eller centrala samverkanorganen, menar flertalet intervjuade. Av stor betydelse för den operativa

utvecklingen av SIPar är tillgången på läkare. Flera av de som intervjuats menar att den nya lagen om utskrivningsklara haft stort fokus under 2018. Det gäller både den operativa nivån där nya rutiner måste utvecklas och diskussionerna inom delregionala samverkansorgan.

Det finns olika uppfattningar om hur väl samverkansorganet fungerar och hur långt man kommit, vilket även motsvarar resultaten från enkätsvaren. På några håll finns uppfattningar att arenor för möten mellan kommuner och Region Skåne tenderar att bli "gnälliga". Man har en gemensam uppfattning om problemen men "det händer inget". Några anser att det kan vara svårt att lyfta problem från den operativa nivån i syfte att skapa en övergripande lösning eftersom förutsättningarna varierar mellan kommuner och geografiska områden. Motsvarande gäller för Skåne som helhet mot bakgrund av variationer i regionens 33 kommuner. Det ger anledning att försöka lösa eventuella problem så nära verksamheten som möjligt, och att det skapas stöd och förutsättningar för en sådan utveckling på central och delregional samverkansnivå.

Några intervjuade poängterar att upplevda brister i samverkan på delregional nivå inte nödvändigtvis återspeglar brister på operativ nivå. Samverkan på operativ nivå är viktigast och det finns olika vägar att nå framgång. Fortsatt stöd och insatser från både delregionalt och centralt samverkansorgan bör beakta detta, menar man. I det sammanhanget lyfts att det kan vara angeläget att skapa en gemensam uppföljningsmodell och utveckla stödet för arbete på operativ nivå. Några menar att diskussioner i delregionala samverkansorgan i alltför hög grad fokuserar HS-avtalet och att man i större utsträckning borde diskutera gemensamma framtidsfrågor som går utöver HS-avtalet.

6. Reflektioner

I denna rapport redovisar vi uppföljningen av vårdformen mobilt vårdteam som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna sedan hösten 2016. Uppföljningen avser avtalets två första år. I uppföljningen har vi främst fokuserat på vårdformens etablering och funktion eftersom data som visar på effekter av densamma saknas. Vi har också gjort en uppföljning av samverkansgraden i delregionala samverkansorgan samt uppfattningar om arbetets inriktning och effekter bland dess ledamöter.

Sammanfattningsvis visar uppföljningen under de första två åren att skånska kommuner och primärvård kommit olika långt med etablering av vårdformen. Antalet inskrivna i vårdformen varierar stort mellan kommuner och mellan vårdcentraler. En annan övergripande slutsats är att det finns olika sätt att organisera arbetet för att uppnå god funktion i vårdformen, till exempel avseende organisering av läkarstöd och sätt att organisera vårdformen för personer i ordinärt boende. Detta noterades redan i 2017 års uppföljning och har bekräftats genom enkät och intervjuer under årets uppföljning. Det finns anledning att studera närmare vilka implikationer olika former av organisering har för berörd personal och inte minst om effekterna för patienter och anhöriga varierar.

Något vi konstaterade inledningsvis i rapporten är att medverkan från läkare kan organiseras på olika sätt. En modell är att en särskild läkare arbetar dedikerat med mobila team medan en annan arbetsmodell är att många olika läkare delar på uppgiften. I den förra modellen finns bättre förutsättningar för att utveckla relationer och en gemensam syn på mål och framtidsplaner i teamet genom att teamets medarbetare får överlappande "caseload". Om varje medarbetare har stort fokus på berörda patienter kan behovet av formella strukturer, processer och standardiserade arbetsätt tänkas vara mindre. I den andra arbetsmodellen där många läkare delar på uppgiften blir förutsättningarna för informell samverkan baserat på personliga relationer sämre. Det innebär i sin tur att behovet av standardiserade arbetsformer, strukturer och information som delas mera formellt ökar.

Uppföljningen visar också på att det finns en variation i hur arbetet i vårdformen bedrivs. Att läkarstödet organiseras kring en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen är både det vanligaste sättet och den mest önskvärda formen enligt svaren i enkäten. Näst vanligast och näst mest önskat sätt att organisera läkarstödet är att olika läkare deltar i arbetet och att det då är den läkare som känner patienten bäst (inte bara den som är tillgänglig för stunden) som deltar i arbetet. Svaren från enkäten och våra intervjuer pekar sammantaget på att det är viktigt att åstadkomma en situation där stödet från läkare i primärvården upplevs som stabilt och kännetecknas av både god kontinuitet och god tillgänglighet. Tillgänglighet upplevs vara överordnat kontinuitet bland de kommunala sjuksköterskor som tillfrågats, men detta kan snarast vara uttryck för att det finns generella brister. I de fall som kommunens sjuksköterskor upplever att det finns brister i läkarstödet finns en önskan om god tillgänglighet i första hand och god kontinuitet i andra hand. Då god tillgänglighet finns etablerat uppfattas även god kontinuitet som viktigt. Bland de 109 personer som besvarade frågan "Vilka aspekter är viktigast vad gäller läkarstödet i de mobila vårdteamen? Ange de tre viktigaste." angav 80% god tillgänglighet, 62% att läkaren är påläst om patienten och 58% att läkaren känner väl till rutiner kring vårdformen.

Data från vår enkät till medarbetare som omfattas av vårdformen visar att det överlag finns en god samsyn bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som har börjat arbeta i vårdformen. De medarbetare vi intervjuat i fall som kommit långt i etableringen av vårdformen menar också att goda relationer och redan etablerade arbetssätt, och därmed en möjlighet att bygga på rutiner som redan finns, kan betraktas som framgångsfaktorer för god etablering av vårdformen.

Behov av övergripande (struktur-)stöd för fortsatt etablering av vårdformen varierar mellan vårdcentraler och mellan kommuner, beroende på hur långt arbetet kommit på lokal nivå och på vilket sätt man tagit sig an etablering av vårdformen. I arbetet med övergripande stöd är det viktigt att beakta att det finns en potentiell konflikt mellan påtvingad etablering och god funktion. Som vi konstaterade inledningsvis i den här rapporten (och i föregående års delrapport) är det rimligt att anta att samverkan utvecklas enklare och med bättre resultat bland de vårdgivare som själva ser behoven och vilka vinster som kan uppnås. Det är sannolikt svårare att uppnå samverkan och positiva resultat efterhand som även andra vårdgivare med en mindre positiv grundsyn ska engageras. Dock kan det vara så att samverkan uppstår inom de områden där det är enklast, snarare än inom de områden där det verkligen behövs när agendan för införande ägs lokalt. Det kan därför finnas goda skäl att främja etablering av vårdformen från mer en central nivå i de områden där lokala drivkrafter inte räcker för att få uppnå god samverkan. Ett problem i detta sammanhang är att det vetenskapliga stödet för att olika externa interventioner kan förbättra interprofessionell samverkan är svagt (Reeves et al 2017). Vidare kan det vara så att konsekvenserna av att delta i vårdformen skiljer sig åt beroende på vilket sätt man tagit sig an etablering av vårdformen: Att skriva in många och sedan erbjuda vård i den takt man förmår eller att skriva in patienter i den takt man förmår att erbjuda vård på det sätt som beskrivs i HS-avtalet. Utan information om hur deltagande i vårdformen uppfattas av patienter och anhöriga går det dock inte att bedöma huruvida sådana skillnader har någon betydelse för kvaliteten i omhändertagandet av patienter. En viktig slutsats i denna rapport som avser år 2018, liksom vi lyfte fram i delrapporten för år 2017, är därför att det är viktigt att ta fram instrument och metoder för att mäta konsekvenser av att införa mobila vårdteam för patienter och anhöriga.

Vår uppföljning av samverkansgrad samt arbetets inriktning och effekter bland delregionala samverkansorganen visar att det finns variationer som delvis kan förklaras av strukturella förutsättningar. Antalet kommuner varierar liksom även storleken på de kommuner som omfattas. En gemensam målbild som samtliga parter kan ställa sig bakom, acceptera och arbeta utifrån anses som den viktigaste faktorn till framgång när det gäller samverkan. Förutsättningarna för att uppnå en sådan normering varierar. Samverkan upplevs fungera bäst i Malmö och sämre i samverkansorgan som omfattar flera kommuner. Men även bland samverkansorgan som omfattar flera kommuner finns olika uppfattningar om samverkansgrad respektive om delregionala samverkansorganets betydelse. Vår uppföljning av delregionala samverkansorgan omfattar inte vilken betydelse arbetet har haft för operativ nivå. Det finns anledning att anta att arbetet på operativ nivå kan fungera väl även om det finns brister i delregionala samverkansorganets arbete. Omvänt behöver inte ett väl fungerande delregionalt samverkansarbete återspegla att samverkan fungerar även på operativ nivå. Samverkan på operativ nivå är viktigast och det finns sannolikt olika vägar att

nå framgång. I det sammanhanget kan det vara angeläget att skapa en gemensam uppföljningsmodell som kan användas av delregionala och centrala samverkansorgan för att utveckla stöd för arbetet på operativ nivå och identifiera verksamheter som kan anses mer eller mindre framgångsrika. Även utifrån detta perspektiv är det angeläget att ta fram instrument och metoder för att mäta konsekvenser av att införa av mobila vårdteam för patienter och anhöriga. Med utgångspunkter i erfarenheter som följts upp systematiskt finns förutsättningar för successivt lärande om vilka lösningar som fungerar mer eller mindre bra och hur lösningar bäst kan implementeras.

Referenser

Anell A, Mattisson O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Studentlitteratur: Lund.

Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2006): Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*; 21(1): 75-88.

Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2007): Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Deneckere et al (2011) Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: Results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions*; 34(3): 258-277.

Huxham C, Vangen S. (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.

Lorange P, Roos J (1992): *Strategic Alliances: Formation, Implementation and Evolution*. Oxford: Blackwell.

Löfström C. (2007): Samverkan kring äldres vård och omsorg – två försöksverksamheter. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.

Miller CJ, et al. (2018) A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Services Research*; 18: 146.

Reeves et al (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD000072.

Tuckman B. (1965): Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*; 63(6): 384-389.

Weiner B, Amick H, Lee SY: Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Med Care Res Rev*. 2008; 65(4):379-436.