

# Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal

---

Slutrapport 2019-04-01

Dag Norén  
Anders Rånlund

## Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning.....   | 2  |
| Bakgrund .....  | 5  |
| Utgångspunkter, syften och särskilda förutsättningar.....                                 | 6  |
| Angreppssätt och metoder.....   | 6  |
| HS-avtalet och viktiga grunder för genomförandet .....                                    | 8  |
| Organiseringen av läkarstödet .....   | 8  |
| Ackrediteringsvillkoren inom Hälsovalet.....  | 10 |
| Samverkansstruktur för att stödja genomförandet .....                                     | 11 |
| Målgrupperna.....   | 12 |
| Iakttagelser – så fungerar samverkan i ”halvtid” .....                                    | 14 |
| Okunskap om vad arbete i mobila vårdteam innebär.....                                     | 15 |
| Stödet för att etablera mobila vårdteam har fungerat dåligt .....                         | 16 |
| Målgrupperna flyter ihop .....  | 18 |
| Har vårdcentralerna tillräcklig kapacitet att samverka? .....                             | 18 |
| Läkarstödet från sjukhusen är oklar inom HS-avtalet .....                                 | 19 |
| Finns det resursmässiga incitament att samverka? .....                                    | 21 |
| Stödstrukturerna fungerar endast delvis .....   | 21 |
| Utan uppföljning ingen styrning.....  | 23 |
| Analys utifrån iakttagelser och slutsatser .....  | 24 |
| Rekommendationer.....   | 29 |
| Behåll den befintliga modellen för läkarstödet – men förstärk och utveckla den.....       | 29 |
| Rekommendation 1: Förstärk inriktningen och fokusera där teamsamverkan går trögt .....    | 29 |
| Rekommendation 2: Utveckla ett nytt angreppssätt för stödfunktioner och samverkansorgan . | 30 |
| Rekommendation 3: Stärk styrningen och uppföljningen.....                                 | 31 |
| Övriga viktiga rekommendationer .....   | 31 |
| Rekommendationer på sikt .....  | 33 |
| Intervjurespondenter .....  | 34 |
| Källförteckning.....  | 35 |

## Sammanfattning

Under 2016 etablerades Hälso- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) mellan de skånska kommunerna och Region Skåne. I avtalet finns en särskild Utvecklingsdel där samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen definieras utifrån tre målgrupper av behov: 1) Mest sjuka med långvarigt behov, 2) Tidvis sviktande med behov av tillfälliga insatser, och 3) Riskgrupper – med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande. Gentemot målgrupperna mest sjuka och tidvis sviktande beskrivs att parterna ska samverka på ett tätare sätt genom mobila vårdteam i patienternas olika boenden. Gruppen mest sjuka ska identifieras och skrivas in i de mobila vårdteamen för att mer varaktigt och med kontinuitet få hälso- och sjukvård i nära samverkan och utan de ”glapp” som ofta kan uppkomma i gränslinjen mellan skilda huvudmannaverksamheter. Potentialerna till betydligt bättre kvalitet och resursutnyttjande totalt sett med dessa teambaserade arbetsätt har kartlagts tidigare.

För att lyckas med detta nära samarbete är tillgången till läkarstöd i patienternas boenden mycket viktigt. Innan HS-avtalet introducerades i utförarverksamheterna utreddes alternativa modeller för hur detta läkarstöd skulle tillhandahållas. Slutligen landade valet på att läkarstödet bör erbjudas främst genom vårdcentralerna inom Hälsovalet. Skälen till detta var flera; bland annat att samverkan mellan primärvården och kommunerna i de lokala sammanhangen i grunden utgör naturliga förutsättningar för varaktiga relationer inom respektive kommun samt att det sedan tidigare finns sådana initiativ i olika områden.

Genomförandet av regiontäckande och etablerade samverkansteam enligt HS-avtalet är nu i ”halvtid” och så här långt har utvecklingen varit långsam och högst varierande. I vissa kommuner har man kommit relativt långt med utvecklingsarbetet men i de flesta går det alltför sakta, eller inte alls, framåt för att målsättningen med full etablering i slutet av år 2020 ska kunna uppnås. Av detta skäl har ett uppdrag givits att utvärdera den nuvarande modellen för läkarstöd. Utvärderingen har granskat frågan om hur läkarstödet fungerar utifrån ett bredare systemperspektiv, dvs. med resurser, styrning och verksamhetskultur samt med båda sjukvårdshuvudmännen (regionen och kommunerna i Skåne) som utgångspunkt i utvärderingen. Utvärderingen ska leda till en bedömning av om nuvarande modell för läkarstödet bedöms kunna uppfylla HS-avtalets intentioner. Om så inte är fallet ska rekommendationer lämnas om vilka mer eller mindre väsentliga justeringar som behöver göras eller om en ny modell för läkarstödet kan behöva utvecklas.

Utvärderingen har genomförts utifrån genomgångar av olika styrdokument, kartläggningar av utvecklingsläget för de mobila vårdteamen samt intervjuer med nyckelpersoner i samband med HS-avtalets tillkomst. Därefter har en serie av fördjupningsintervjuer gjorts med företrädare från vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården inom ett antal kommuner som täcker in de sex delregionerna. Vidare har några fördjupningsintervjuer med företrädare från region och kommuner inom två delregionala samverkansorgan skett. Utöver detta har en enkätundersökning genomförts för att bredare följa upp de frågeställningar och iakttagelser som kommit fram i intervjuerna. Slutligen har iakttagelserna analyserats utifrån en analysmodell med fokus på framgångs- och sambandsfaktorer inom interaktiv samverkan kring patientgrupper med komplexa behov.

I samband med HS-avtalets tillkomst formulerades ett antal viktiga förutsättningar för att åstadkomma en bättre och tätare teamsamverkan kring den berörda målgruppen. Som utvärderingen visar har flera av dessa stödande och uppföljande insatser inte realiserats så som det var tänkt. Detta innebär dock att det fortfarande finns möjlighet att genomföra dessa insatser och därmed öka förutsättningarna att nå målet om en fungerande teamsamverkan i regionen till och med år 2020.

*Den grundläggande rekommendationen är att den nuvarande modellen med läkarstöd genom Hälsovalet behålls men att ett antal kritiska aktiviteter skyndsamt resursätts och genomförs.* I grunden utgör lokal förankring och etablerandet av nära samverkansrelationer i patienterna fysiska boendemiljö den bästa förutsättningen för att skapa kontinuitet. Detta framgår också tydligt av kontakterna med utförverksamheterna i denna utvärdering. Att i detta läge ersätta det pågående arbetet med att etablera samverkan i mobila team med t.ex. en ny modell för riktat läkarstöd i en särskild organisation framstår som ineffektivt. Det skulle heller inte vara i enlighet med hur man i allt större utsträckning väljer att arbeta med samverkan kring de mest sjuka patienterna i andra delar av landet.

För att den befintliga modellen med läkarstödet genom vårdcentralerna ska kunna nå målsättningarna lyfter denna utvärdering fram tre viktiga rekommendationer som behöver initieras omgående och på ett samordnat sätt:

### *1. Förstärk inriktningen och fokusera där teamsamverkan går trögt*

Det finns en outnyttjad potential i att mer påtagligt förstärka vad de grundläggande idéerna med HS-avtalet är liksom vad verklig teamsamverkan innebär och vilka resultat den kan åstadkomma. I grunden finns det en positiv syn på samverkan inom mobila vårdteam bland vårdcentraler och hemsjukvård. Däremot finns det en påfallande okunskap om vad detta innebär och framför allt hur man kommer igång och etablerar detta arbete på ett mer bestående sätt. De lokala samarbetsgrupper som ännu är i början av sitt utvecklingsarbete behöver ett mer aktivt stöd. Prioriterade åtgärder, framförallt i de kommuner där samverkan ännu inte kommit igång ordentligt, är exempelvis att ordna spridningsmöten och "uppstarts-workshops", bidra med coachningsinsatser samt i övrigt stödja med "bästa-praktik-exempel", vägledning och processbeskrivningar.

### *2. Utveckla ett nytt angreppssätt för stödfunktioner och samverkansorgan*

Den andra stora potentialen ligger i att bättre utnyttja de stödstrukturer, särskilt de delregionala samverkansorganen, på det sätt som HS-avtalet avsåg. Detta för att med hög aktivitet och kompetens kunna utföra de stödjande insatser till de lokala samarbetsgrupperna som rekommenderas ovan. De delregionala samverkansorganen bör kopplas mer tydligt till de lokala utvecklingsarbeten som bedrivs och ägna mindre tid åt gränssnittsfrågor på övergripande nivå. Nära bevakning och uppföljning av de lokala utvecklingsinitiativen gör det möjligt att mer aktivt och operativt lösa de problem som ofta uppstår i det mobila teamsamarbetet. Centrala åtgärder är exempelvis att bedriva en form av löpande följeutvärdering, agera aktivt i en roll av facilitering och tillsammans med verksamheterna lösa de "knäckfrågor" som uppkommer.

### *3. Stärk styrningen och uppföljningen*

De två rekommendationerna ovan kan beskrivas som påverkan genom "mjuk" styrning. De är dock viktiga och kommer om de genomförs väl att vara effektiva. Det finns dock även en outnyttjad potential i användningen av den "hårdare" styrningen i form av mål, krav och resursfördelning. I ackrediteringsvillkoren för vårdcentralerna inom Hälsovalet finns förvisso relativt tydliga krav på hur arbetet med mobila vårdteam ska gå till. Problemet är att uppföljningen av dessa villkor inte genomförs med någon större kraft. De ersättningsvillkor som är riktade direkt mot samverkan i team är dessutom inte speciellt incitamentsskapande. Här finns således en outnyttjad potential för Region Skåne att tydliggöra vad man önskar och förväntar sig av såväl de privata som offentliga vårdcentralerna. Som villkoren är uttryckta, och tillämpade, idag finns det en uppenbar risk att vårdcentralerna uppfattar en motsättning mellan att hålla igång mottagningsverksamheterna på vårdcentralerna med god täckningsgrad, och att tillhandahålla läkarstödet i de mobila vårdteamen med god kontinuitet. Med tanke på den stora effektiviseringspotentialen med mobila vårdteam är det utvärderingens bedömning att det finns skäl att höja de relativt låga ersättningarna för mobilt teamsamarbete och besök. Förändringarna i styrningen bör göras så att läkarresurserna i de mobila

vårdteamen tillhandahålls av så få läkare som möjligt, något som skulle öka effektiviteten i teamsamverkan ytterligare. En mycket tydlig framgångsfaktor för teamen är att det är en eller ett fåtal läkare från varje vårdcentral som fokuserar sin arbetstid på detta.

En annan viktig slutsats i utvärderingen är att de olika *mobila sjukhuskopplade teamen också är betydelsefulla, av flera skäl*. Detta dels för möjligheten att förstärka kopplingen till sjukhusvården när den behövs, dels för att förbättra kapaciteten i läkarstödet. De allra mest sjuka patienterna kan vara mycket tidskrävande och innebära att läkarstödet från vårdcentralerna inte räcker till för övriga patienter inom behovsgrupperna. Väl fungerande mobila sjukhuskopplade team inriktade på denna patientgrupp skulle bidra till att förbättra denna kritiska kapacitet. För att åstadkomma detta vore det dock en fördel om det etablerades en gemensam "Skåne-modell" för mobila team med utgångspunkt från sjukhusen.

I de mobila vårdteamen sammanblandas idag de två målgrupperna mest sjuka och tillfälligt sviktande. Detta är inget större problem för verksamheterna men det fortsatta spridningsarbetet skulle underlättas om *grunden för de mobila vårdteamen skulle definieras som patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård*. Då följs tröskelprincipen och läkarstödet ges till dessa patienter enligt lag utan att olika kriterier behöver diskuteras mellan parterna. Målgruppen tillfälligt sviktande är dock motiverad att ha kvar då där finns patienter som ännu inte är i kommunala hemsjukvårdsinsatser men som i perioder av betydande svikt kan behöva ha stöd i hemmet genom mobila insatser från vårdcentralerna.

*Vårdcentralernas ansvar för att tillhandahålla läkarstöd* inom de mobila vårdteamen mellan klockan 17.00 till 18.00, alltså efter att vårdcentralerna stängt, *bör justeras så att ansvaret följer öppettiderna*. Denna timme bedöms ha liten praktisk betydelse för den kommunala hemsjukvården som oftast väljer att istället invänta möjligheten att efter klockan 18.00 nyttja det upphandlade mobila läkarstödet för övrig tid på dygnet. Nu innebär detta krav en organisering av ett stöd som ofta inte används, men samtidigt skapar irritation och besvär för vårdcentralerna.

*För att få effektivitet i läkarstödet till de mobila vårdteamen är det av stor vikt att fortsättningsvis samverka nära med kommunerna kring denna fråga* och få in ett kommunalt perspektiv på frågan och lösningarna. Det framgår tydligt att god användning av läkarstödet är att teamsamverkan är på riktigt och att man har en gemensam syn om hur detta stöd används bäst i samverkan. Det är tydligt att detta är något som båda parter har mycket att vinna på.

*Slutligen ges en rekommendation om att det på sikt kan behövas en översyn och en dimensionering av vilka resursbehov som läkarstödet behöver täcka inom de mobila vårdteamen*. Med befintliga nyckeltal kan en sådan dimensionering göras. Syftet med detta är ytterst att utveckla mobila vårdteam som kan erbjuda en jämlik vård över hela Skåne för målgrupperna. Vårdcentraler som av olika skäl har svårigheter att erbjuda ett tillräckligt läkarstöd skulle kunna erbjudas en generisk samverkansmodell. En sådan modell skulle möjliggöra för flera vårdcentraler att samarbeta kring en eller flera mobila vårdteams-läkare utifrån ackrediteringsvillkoren och utan snedfördelningar i de ekonomiska ersättningarna.

## Bakgrund

De skånska kommunerna i samarbete med Region Skåne etablerade i slutet av april 2016 ett gemensamt "avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne". Avtalet benämns vanligen "Hälso- och sjukvårdsavtalet" eller "HS-avtalet"<sup>1</sup>. Detta avtal var en förnyelse av ett tidigare ingått regionövergripande hälso- och sjukvårdsavtal. Avtalet mellan de skånska huvudmännen inom hälso- och sjukvården kan beskrivas som närmast unikt i Sverige då det även innehåller en så kallad utvecklingsdel. I denna förbinder sig parterna att gemensamt utveckla mer personcentrerade och teambaserade arbetsätt med fokus på de grupper av sjuka som har stora behov eller, i egenskapen av så kallade riskgrupper, kan komma att få stora behov inom den hälso- och sjukvård som både kommunerna och regionen ansvarar för.

En bakgrund till att utvecklingsdelen i avtalet kom till var att läget i Skåne, i kombination med en bedömd omvärldsutveckling, pekade på att de krävdes nya angreppssätt för att bättre omhänderta de mest sjuka och de periodvis sviktande patienterna. Denna grupp patienter är företrädesvis äldre och utgör en grupp som kan förväntas öka väsentligt i antal<sup>2</sup>. Kärnpunkten i att få till ett effektivare omhändertagande av denna grupp är att få till en bättre samverkan mellan kommunernas hemsjukvård och det läkarstöd som Region Skåne ansvarar för genom både primärvården och de specialistkompetenser som är knutna till sjukhusen. Att hemsjukvården kan bli en allt viktigare samverkansarena för att höja kvaliteten i vården liksom att effektivisera resursanvändningen drivs även på av digitaliseringen som gör det möjligt att organisera om traditionella arbetsätt och förbättra informationsdelningen.

En viktig del i denna utveckling av en mer "nära vård" beskrivs ofta som att skapa en ny form av tätare teamsamverkan mellan professionsgrupper och över de huvudmannagränser som finns mellan kommunernas och regionens ansvar och kostnader för hälso- och sjukvården. Inom HS-avtalet är därför en central fråga hur läkarstödet från regionen ska kunna tillhandahållas på ett mer optimalt sätt till de patienter som också finns inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Grunderna i HS-avtalet utgår från de krav som lagstiftningen redan ställer på aktörerna. Men HS-avtalets samtidiga ambitioner med att ta ett nytt tag kring denna "gränssnittsproblematik" utmanar på samma gång. Från kommunernas sida har det sedan länge funnits en oro för att regionen ska föra över alltmer patienter från sjukhus och andra vårdinrättningar och därmed lägga ett tyngre och mer omfattande ansvar och kostnader för hälso- och sjukvården hos kommunerna. Å andra sidan finns det flertalet kartläggningar som visar att dagens arbetsätt, med ständiga ansvarsväxlingar mellan kommuner och region kring ansvaret för de mer sjuka patienternas hälso- och sjukvård, driver fram ökade kostnader på sikt för båda huvudmännen. Dessutom försämras den sammantagna vårdkvaliteten för patienter och anhöriga på ett i grunden onödigt sätt.

Trots ett genomtänkt och väl processat framtagande av HS-avtalet har den hittillsvarande uppföljningen pekat på att genomförandet av avtalet går trögt<sup>3</sup>. Enligt HS-avtalets målsättningar ska

---

<sup>1</sup> Fortsättningsvis inom denna rapport används termen "HS-avtalet" när referenser görs till denna överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen i Skåne.

<sup>2</sup> Andelen äldre i Skåne bedöms öka med cirka 15 procent men den stora utmaningen för Skåne demografiskt är dock att de allra äldsta (80 år och äldre) ökar med hela 25 procent fram till år 2025 vilket är bland de högsta ökningstakterna i landet, "Skånes befolkningsprognos 2014-2023", Avdelningen för regional utveckling, Stab/Enheten för samhällsanalys, 2014-08-20, Region Skåne.

<sup>3</sup> Revisionsrapporterna för Skånes revisorer "Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Capire, juni 2018, samt dito "Slutlig och jämförande rapport", Capire, september 2018, Delrapport 1 inom följeforskningsinsatsen "Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt Uppföljning och etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam", KEFU Ekonomihögskolan Lunds Universitet, 2018-04-10.

vårdformen Mobilt vårdteam (MVT) vara fullt ut etablerad i Skåne mot slutet av år 2020. Nu när ungefär hälften av denna etableringsperiod har förflutit framstår en mycket splittrad bild av införandet av mobila vårdteam i Skåne. Etableringen har gått bra på sina håll, medan den varit närmast obefintlig i andra delar av regionen.

Som en halvtidsavstämning har därför denna utvärderingsrapport tagits fram med fokus på att särskilt granska hur läkarstödet enligt HS-avtalet har fungerat i samverkan med kommunernas hälso- och sjukvård. Utvärderingen ska leda till slutsatser om modellen för läkarstödet bör justeras eller till och med tänkas om. Förslag till rekommendationer för att komma framåt i frågan ska finnas med i utvärderingen. Utvärderingen har bedrivits på uppdrag av Koncernkontoret Region Skåne och genomförts av utredarna Dag Norén (uppdragsledare) och Anders Rånlund mellan september 2018 och februari 2019.

### Utgångspunkter, syften och särskilda förutsättningar

För att genomföra detta utvärderingsuppdrag har en ansats formulerats som innebär att det är nödvändigt att granska frågan om läkarstödet inom HS-avtalet inte bara specifikt utan även ur ett större systemperspektiv. Detta innefattar bland annat viktiga förutsättningar som resurser, styrning och verksamhetskultur samt med båda sjukvårdshuvudmännen (regionen och kommunerna i Skåne) som utgångspunkt i utvärderingen.

Frågan om läkarstödet möjligheter att fungera i enlighet med HS-avtalets intentioner är komplex och beroende av en mängd olika faktorer. Därför är ambitionen med denna utvärdering att försöka skapa en överblick över ett flertal faktorer som behöver samverka utifrån både regionala och lokala perspektiv. För detta används i utvärderingen en modell för att strukturera våra observationer och förhoppningsvis underlätta för insikter om vad som är viktigt att hantera fortsättningsvis.

Syftet med denna utvärdering är enligt uppdragsbestämningen att:

- 1) Granska om den nuvarande modellen för läkarstödet till den kommunala hälso- och sjukvården, som främst bedrivs genom vårdcentralerna inom Hälsovalet, bedöms kunna fortsätta att utvecklas vidare mot intentionerna genom HS-avtalet.
- 2) Bedöma om mer eller mindre väsentliga justeringar behöver göras, eller om en ny modell kan behöva utvecklas för läkarstödet.

Resultatet ska vara vägledande för hur man i nästa steg behöver agera för att komma framåt enligt målsättningarna.

### Angreppssätt och metoder

Utvärderingsstudien har bedrivits i fem steg under en period av fem månader.

Steg 1: För att få en bild av bakgrunden, nuläget och vad som kan vara realistiskt att uppnå i detta läge av "halvtid" för HS-avtalet genomfördes fyra inledande djupintervjuer med nyckelpersoner i samband med HS-avtalets tillkomst (från Region Skåne samt representanter från de skånska kommunerna genom Kommunförbundet Skåne). Viktiga styrdokument som exempelvis avtalsdokument, ackrediteringsvillkoren inom Hälsovalet, verksamhetsplaner inom delregionerna och även lokalt har studerats. Vidare har de uppföljningar som finns tillgängliga, genom exempelvis insatser av följeforskningen samt revisionsrapporter, granskats för att få en inblick i bakgrunden liksom nuvarande läge.

Steg 2: Fördjupningsintervjuer med fokus på den praktiska samverkan mellan vårdcentralerna inom Hälsovalet och den kommunala hälso- och sjukvården genomfördes med verksamhetschefer från privata och offentliga vårdcentraler samt med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom varje

studerad kommun. Den geografiska indelningen för intervjuerna syftade till att fånga hur samverkansrelationerna har utvecklats i praktiken utifrån HS-avtalets intentioner.

Ett förberedande test av fördjupningsintervjuer genomfördes initialt med en kommun inom den mellersta delregionen inom Skåne. Syftet var att testa fördjupningsfrågornas relevans och om tillkommande frågor var viktiga att fånga in.

Efter detta genomfördes fördjupande intervjuer inom fyra kommunområden som var och en ingår sydvästra, sydöstra, nordvästra och nordöstra delregionerna i Skåne utifrån de olika samverkansområden som beskrivs i HS-avtalet.

Steg 3: Parallellt med steg 2 genomfördes intervjuer med fyra tjänstemanna-representanter (två från regionsidan och två från kommunsidan) från två delregionala samverkansorgan med olika samverkansförutsättningar – delregionerna Malmö och Nordväst (varav den senare omfattar kommunerna Båstad, Bjuv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga, Klippan, Helsingborg, Höganäs, Landskrona och Svalöv<sup>4</sup>). Syftet med dessa tillkommande djupintervjuer var att förstå hur de stödjande samverkansorganen inom HS-avtalet agerar och kommunicerar med de lokala samverkansgrupperna bestående av representanter från utförarverksamheterna.

Steg 4: I nästföljande steg, utifrån de föregående 24 djupintervjuerna, utformades en web-enkät för att undersöka de resultat som framkommit på bredare front<sup>5</sup>. Enkätfrågorna utifrån olika områden samt med möjligheter att lämna öppna svar inom varje frågeområde skickades ut till samtliga vårdcentralers verksamhetschefer liksom samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom de 33 kommunerna. Svarsfrekvensen uppgår till 62 procent.

Steg 5: I det avslutande steget har ett analysarbete bedrivits genom att observationer utifrån syftet har grupperats med hjälp av en kartläggnings- och analysmodell som bygger på fem kritiska samverkanskomponenter för att lyckas i interorganisatorisk samverkan med fokus på hälso- och sjukvård till grupper med komplexa behov<sup>6</sup>. I detta steg har vi återgått till att på nytt studera de viktigaste styrdokumenterna från steg 1 för att bedöma möjligheter till olika åtgärder. Ett ytterligare led i bedömningen av möjliga åtgärder har varit att hämta in så kallad "bästa-praktik" inom och utanför Skåne.

I ett andra steg av det fördjupade analysarbetet har ett antal rekommendationer utarbetats med avsikt att få samverkan inom de mobila vårdteamen att bli mer effektiv utifrån målsättningarna i HS-avtalet.

---

<sup>4</sup> Genom en administrativ omorganisation inom förvaltningen SUS kommer Landskrona kommun och Svalövs kommun att fortsättningsvis tillhöra Mellersta delregionen.

<sup>5</sup> En särskild rapport från enkätundersökningen utgör en bilaga till denna utvärderingsrapport.

<sup>6</sup> Analysmodellen grunder och struktur beskrivs närmare under avsnittet "Analys utifrån iakttagelser och slutsatser".



## HS-avtalet och viktiga grunder för genomförandet

HS-avtalet började formellt gälla från den 1 september 2016 men i praktiken blev avtalet skarpt först den 1 januari 2017 då nya uppdrag till verksamheterna trädde i kraft. Avtalet består av tre delar och gäller tills vidare<sup>7</sup>. Del A, *Grundöverenskommelsen*, följer den ofta förekommande "tröskelprincipen" som tillämpas i de flesta regioner i Sverige. Denna innebär en uppdelning av ansvar för patienterna beroende på om dessa kan ta sig till regionens öppna mottagningar för sjukvård, med eller utan assistans. När detta inte är fallet har den kommunala hälso- och sjukvården ansvar för patienterna i deras boende. För läkarstödet har regionen fortsatt ansvar oavsett boendeform. Som alla ansvarsgränser utgör denna uppdelning många gånger en problematik. Ofta framförs från olika håll, främst från kommunala företrädare men även patienter och anhöriga, att denna uppdelning kan ställa till problem med kvalitet och kontinuitet i vårdens omhändertagande över tid.

Del B i HS-avtalet benämns som *Utvecklingsplanen* och är ett försök att hantera de brister i samarbetet mellan huvudmännen som hittills kunnat konstateras. Denna ambitionshöjning syftar till att utveckla en ny samverkansform som bemöter problemen med att läkarstödet är skilt från den kommunala hälso- och sjukvården. I de diskussioner mellan huvudmännen som ledde fram till HS-avtalet framfördes att det behövs ett utökat "vårdtagarfokus" för att förbättra samverkan<sup>8</sup>. En viktig anledning som framfördes var det stadigt ökande vård- och omsorgstrycket av allt fler äldre i befolkningen. För att bemöta denna resursutmaning behöver samverkan inom hemsjukvården utvecklas bättre mellan sjukvårdshuvudmännen. De etablerade arbetsformerna kring grupper av de mest sjuka, med ständiga ansvarsväxlingar och återkommande transporter av patienter mellan sjukhus, öppenvårdsmottagningar och hemmet, ses inte som en passande vård för denna målgrupp. Genom HS-avtalets fokus på reell vårdssamverkan kring tre olika målgrupper, de mest sjuka, de tidvis sviktande samt riskgrupper, benämndes samverkansavtalet av olika chefsföreträdare som en ny "vårdform" i Skåne<sup>9</sup>.

Del C i Hälso- och sjukvårdsavtalet är en beskrivning av en till genomförandet kopplad samverkansstruktur för att leda, rådgöra och följa upp arbetet utifrån det regionövergripande Hälso- och sjukvårdsavtalet. Bedömningen gjordes att det behövdes en särskild samverkansstruktur för att kunna driva det strategiska och operativa arbetet - som kommer med ett tydligare fokus på att gemensamt mellan huvudmännen, och med anpassning utifrån olika lokala förutsättningar, nå nya och tätare samverkansformer enligt Utvecklingsplanen.

HS-avtalet lyfter också fram en detaljerad beskrivning av hur uppföljning ska ske utifrån olika perspektiv och med ett årligt genomförande. Behovet av uppföljning beskrivs som centralt för att kartlägga utvecklingen och om stegvisa förbättringar och resultat enligt intentionerna uppkommer. Underlagen från uppföljningar är viktiga för att samverkansorganen ska arbeta med rätt frågor och kunna prioritera kring vad som är viktigast.

### Organiseringen av läkarstödet

En viktig fråga för att få HS-avtalet att fungera var hur läkarstödet till den kommunala hälso- och sjukvården skulle tillhandahållas så att ambitionerna med tätare samverkan och ökat gemensamt patientfokus skulle kunna bli verklighet. Från kommunernas sida fanns hela tiden en skepsis om

<sup>7</sup> Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

<sup>8</sup> "Konceptuellt underlag för kommande hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och Region Skåne", Tjänstemannagruppen för nytt hälso- och sjukvårdsavtal, 2014-06-12

<sup>9</sup> Särskild kartläggning av hälso- och sjukvården i Skåne genom intervjuer inom rapporten "Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – Om utvecklingskraft i landsting och regioner", Socialstyrelsen, maj 2017

läkarstödet verkligen skulle bli bättre med det nya avtalet, eller om avtalet bara skulle innebära att hemsjukvården skulle få ta hand om ännu fler svårt sjuka som annars skulle befinna sig på sjukhusen. Denna skepsis ledde till att HS-avtalets villkor skärptes under förhandlingarna med exempelvis kravet att läkarstöd till hemsjukvården skulle kunna ges inom två timmar i akutsituationer (såvida inte annat överenskommit mellan parterna).

Med de tidigare allmänna erfarenheterna av vårdcentralernas kapacitet att tillhandahålla läkarstöd till den kommunala hemsjukvården fanns det en delad oro bland de som beredde HS-avtalet för hur läkarstödet skulle kunna säkras. En utredning inom Region Skåne beskrev och analyserade olika modeller för att tillhandahålla läkarstödet<sup>10</sup>. Fyra alternativ skisserades:

- 1) Läkarstödet på primärvårdsnivå organiseras särskilt inom de tre sjukvårdsförvaltningarna; eventuellt inom respektive primärvårdsdivision eller som egen enhet.
- 2) Läkarstödet på primärvårdsnivå centraliseras till en av sjukvårdsförvaltningarna för att erbjudas till samtliga delregioner i Skåne; eventuellt inom en primärvårds- eller närsjukvårdsdivision eller som linje inom ASIH.
- 3) Läkarstödet upphandlas av en extern aktör eller erbjuds genom en bolagisering inom Region Skåne.
- 4) Läkarstödet organiseras genom Hälsovalet; innebärande att vårdcentralerna inom LOV (lagen om valfrihet, dvs. patienternas kundval) har ansvaret för detta.

Det tredje alternativet (läkarstöd genom extern aktör eller bolagisering) valdes bort på ett tidigt stadium då det inte ansågs "ha någon naturlig relation till vårdkedjan". Tillräckliga förutsättningar och incitament saknades för en samverkan som involverade hela vårdssystemet.<sup>11</sup>

Inom utredningsarbetet fanns tankar om ett förstahandsalternativ som gick ut på att läkarstödet skulle kunna ha bäst chanser att bli välfungerande om det var särskilt fokuserat på uppgiften att samverka med hemsjukvården. Idén om ett "riktat läkarstöd", det vill säga ett fokuserat och avgränsat uppdrag om en tät teamsamverkan med kommunerna riktad till de mest sjuka och sviktande, stärktes av att den uppmärksammade SOU-utredningen "Effektiv vård" offentliggjordes vid samma tid med just beskrivningar av en "riktad primärvård" till de mest sjuka<sup>12</sup>.

Det slutliga valet av modell för läkarstödet inom HS-avtalet föll dock på alternativet att organisera detta inom ramen för Hälsoval Skåne. Skälen till detta var flera. Bland annat ville man inte bryta upp den existerande lokala samverkan som fanns inom vissa områden. Vårdcentralsledningarna såg sig också som den naturliga parten att bedriva vård av de mest sjuka i deras närmiljö med kommunerna. Om de mest sjuka och sviktande patienterna skulle lyftas ut ur uppdragen för vårdcentralerna skulle det även påverka ersättningsvillkoren inom Hälsovalet negativt.

I Region Skånes utredning om möjliga modeller för läkarstödet beskrevs vikten av att etablera vissa stödfunktioner för att få läkarstödet genom mobila vårdteamen att fungera<sup>13</sup>. Detta gällde främst behovet av en samordning för att de många olika kommunala verksamheterna skulle kunna få "en väg in" till läkarstödet – en tydlig och direkt kontakt till vårdcentralerna. Vidare behövdes det någon form av gemensam styrning för att uppnå en jämlik vård inom regionen. Antalet medarbetare i

<sup>10</sup> "Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård – samt vissa övriga mobila läkartjänster utanför vårdinrättning", Lars Stavenow, Region Skåne, 2016-07-26

<sup>11</sup> Ibid

<sup>12</sup> "Effektiv vård", Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

<sup>13</sup> "Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård – samt vissa övriga mobila läkartjänster utanför vårdinrättning", Lars Stavenow, Region Skåne, 2016-07-26

teamen fick heller inte bli för stort då detta skulle försvåra de för teamarbetet viktiga personliga relationerna och kontakterna liksom kännedomen om patienterna.

Med Hälsovalet som modell för läkarstödet såg utredningen också risker med en alltför splittrad organisering av läkarstödet i små och stora vårdcentraler i både offentlig och privat regi med olika och självständiga ledningsstrukturer. Läkaruppdraget inom teamen borde inte delas av för många personer och att den mobila läkartjänsten så långt som möjligt bör renodlas från tjänstgöring inom vårdcentralernas mottagningsverksamheter. Utredningen föreslog även bildandet av ett kunskapscentrum för sjukvård i hemmet. Denna inriktning på att utveckla kunskaperna om en ny form av hemsjukvård återfinns även i HS-avtalet.

#### Ackrediteringsvillkoren inom Hälsovalet

Med vårdcentralerna som huvudsaklig grund för läkarstödet till den kommunala hemsjukvården blir ackrediteringsvillkoren inom Hälsoval Skåne (utifrån valfrihetssystemet enligt LOV) centrala för styrningen och de ekonomiska ersättningarna som ska stödja HS-avtalets målsättningar.

Valfrihetssystemets ackrediteringsvillkor reglerar de krav som samtliga vårdcentraler som vill verka i regionen måste uppfylla. Dessa villkor består dels av mål och krav på vårdcentralerna, dels av de ekonomiska förutsättningar som gäller för den verksamhet som beskrivs. I Hälsovalet ingår såväl privata som offentliga vårdcentraler. Eftersom samma villkor gäller alla deltagare inom ett valfrihetssystem innebär detta att regionen måste styra sin egen-regiverksamhet på samma sätt som den styr de privata aktörerna. Ackrediteringsvillkoren blir då det viktigaste formella verktyget för att styra vårdcentralernas incitament och deltagande i mobila vårdteam.

Att vårdcentraler ska arbeta i samverkan med den kommunala hemsjukvården framgår tydligt av ackrediteringsvillkoren och där hänvisas också till HS-avtalets skrivningar<sup>14</sup>. I förfrågningsunderlaget avseende 2019 framgår bl.a. att *”Läkare på vårdcentralen ska kontinuerligt medverka i den behandling som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården samt utföra hembesök vid varaktiga eller temporära behov.”* Dessutom slås där fast de grunder för mobila vårdteam som anges i HS-avtalet. Att alla vårdcentraler är skyldiga att samverka i mobila vårdteam står således klart. Regionen slår även fast att *”Leverantörens insatser avseende Mobilt vårdteam kommer att följas upp. Avvikelse som uppdragsgivaren inte bedömer motiverade kommer innebära att ersättning inte betalas ut eller återkrävs.”*

Eftersom ett valfrihetssystem begränsar möjligheten till andra typer av styrning får givetvis sammansättningen av den samlade ersättningen stor betydelse för aktörerna. Men kompletterande motiverande faktorer och kunskaper om nya arbetssätt kan också spela en viktig roll för ett lyckat resultat.

Frågan om hur regionen valt att ersätta insatserna inom de mobila vårdteamen är således central. Uppfattas, för det första, denna finansiering som att den täcker vårdcentralernas kostnader för att arbeta i teamen, och tycker vårdcentralerna, för det andra, att ersättningen är så pass attraktiv att de väljer att prioritera arbetet i team. I tabellen ges en översikt av de finansiella villkoren med början innan HS-avtalets etablering och hur ersättningarna inom ackrediteringsvillkoren förändrats därefter.

<sup>14</sup> ”Ackreditering och avtal för vårdcentral i Hälsoval Skåne”, Region Skåne, 2017

| År   | Inskrivning i team | MVT per månad | SIP  | Besök eget boende | Besök särskilt boende |
|------|--------------------|---------------|------|-------------------|-----------------------|
| 2016 | -                  | -             | 2000 | 3000              | 1500                  |
| 2017 | 1500               | 100           | 3000 | 3000              | 1500                  |
| 2018 | 1500               | 125           | 3000 | 2200              | 1100                  |
| 2019 | 1500               | 125           | 3000 | 2200              | 1100                  |

Som framgår av tabellen innebär införandet av mobilt vårdteam från 2017 att det infördes en engångsersättning på 1500 kr i samband med inskrivning i teamet. Dessutom utgick det en fast månadsersättning på 100 kr (senare 125 kr). Detta är den direkta incitamentsersättningen som utgår för mobilt vårdteam. Ersättningarna för insatser med samordnad individuell plan (SIP) och hembesök ingår visserligen i teamarbetet, men de är inte unika för detta. Vårdcentralerna fick dessa vid SIP och hembesök även innan HS-avtalet infördes och kan om de så vill fortfarande få dem utan att samverka inom mobilt vårdteam. Under de tre åren med möjlighet till ersättning för teamsamverkan har dessutom ersättningen för hembesök sänkts från och med 2018.

#### Samverkansstruktur för att stödja genomförandet

Att Utvecklingsplanens genomförande skulle generera frågor och problem kring samverkan som skulle behöva lösas mellan huvudmännen var uppenbart. Därför beskrevs i HS-avtalets del C en stödstruktur med uppgift att leda och följa upp samverkansarbetet enligt avtalets intentioner. Bedömningen var att det behövdes en stödjande samverkansstruktur för att kunna driva det strategiska och operativa arbetet med mobila team utifrån lokala förutsättningar.

Det Centrala samverkansorganet (CS) verkar regionövergripande, är icke beslutande, och samlar politiska representanter från Region Skåne och de skånska kommunerna. Partsgemensamma frågor, uppföljningar och avvikelser utifrån HS-avtalet, informationsutbyte och strategiarbete är uppgifterna på agendan. CS ska sammanträda sex gånger per år. Minst en gång per år ska var och en av de delregionala samverkansorganen kallas till mötet. Beredning av ärenden till CS sker genom en utsedd tjänstemannagrupp från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de skånska kommunerna.

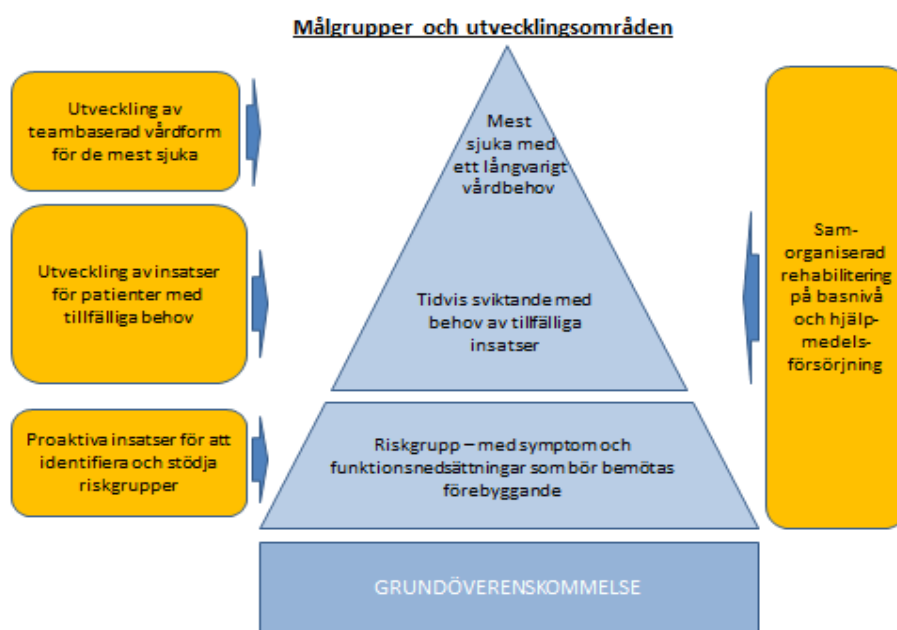
Sedan tidigare finns sex olika delregionala samverkansorgan som med HS-avtalet fick en central roll att följa utvecklingen av mobila vårdteam samt hantera avvikelser och problem som kan uppkomma<sup>15</sup>. Uppgifterna är desamma som för CS men med fokus på det lokala i samverkansarbetet och med särskild betoning på att stödja förankring och genomförande<sup>16</sup>. Deltagare i dessa organ är politiker och tjänstemän med ansvar för samverkansfrågor mellan parterna. De delregionala samverkansorganen beslutar fritt om lämplig mötesfrekvens. Tanken med samverkansstrukturerna är alltså att frågor som skapar problem på olika sätt, till exempel ansvarsroller, kostnader och samverkansrutiner, ska kunna lösas på så låg nivå som möjligt.

<sup>15</sup> De delregionala samverkansorganen är indelade geografiskt utifrån tidigare etablerade samverkansstrukturer och med följande kommunindelningar när HS-avtalet etablerades: 1) Malmö 2) Sydväst (Vellinge, Svedala, Trelleborg) 3) Sydost (Simrishamn, Tomelilla, Ystad, Sjöbo, Skurup) 4) Nordost (Kristianstad, Hässleholm, Bromölla, Perstorp, Osby, Östra Göinge) 5) Nordväst (Båstad, Bjuv, Åstorp, Ängelholm, Örkelljunga, Klippan, Helsingborg, Höganäs, Landskrona, Svalöv,) 6) Mellersta (Lund, Staffanstorps, Hörby, Höör, Kävlinge, Eslöv, Burlöv, Lomma)

<sup>16</sup> "Uppdragsbeskrivning för Delregionala samverkansorgan och Lokala samarbetsgrupper", Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-11-22

## Målgrupperna

Utvecklingsplanen inom HS-avtalet utgörs av fyra utvecklingsområden. Här beskrivs en ny typ av segmentering i målgrupper som inkluderar samtliga vårdtjänster och kompetenser som är aktuella i sammanhanget; somatisk vård, psykosocial/psykiatrisk vård och rehabilitering<sup>17</sup>. Målgrupperna är tre: 1) de mest sjuka med långvariga behov 2) tidvis sviktande med behov av tillfälliga insatser 3) riskgrupper med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande. Till varje målgrupp beskrivs vilken form av samverkan som ska utvecklas. Utöver detta visar utvecklingsplanen på en ytterligare målsättning, att utveckla en över huvudmannagränserna samordnad rehabilitering på basnivå som även inkluderar hjälpmedelsförsörjningen. Detta summerar till fyra utvecklingsuppdrag för avtalsparterna att driva i samverkan.



De bägge målgrupperna överst i pyramiden har bedömts till cirka 26 000 individer i Skåne. Av dessa har gruppen mest sjuka bedömts till cirka 15 600 patienter, varav cirka 9 500 bedöms finnas inom särskilt boende, cirka 5 000 inom ordinärt boende och cirka 1 100 i insatser på korttidsboenden<sup>18</sup>.

**Målgruppen mest sjuka** har långvariga och bestående behov. De flesta antas redan vara inskrivna i hemsjukvården och bor i ordinärt boende, särskilt boende eller finns tillfälligt på korttidsboende. Vårdformen utgörs av det nya teambaserade samarbetet mellan kommunal hemsjukvård och regionens hälso- och sjukvård. En patient blir inskriven i vårdformen mobilt vårdteam genom gemensamt beslut av respektive kommun och Region Skåne under förutsättning att minst fyra av följande inskrivningskriterier uppfylls<sup>19</sup>:

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna

<sup>17</sup> "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

<sup>18</sup> En inledande skattning av målgruppernas storlek finns i utredningen "Målgrupper i fokus för samverkan – bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer", Implement Consulting Group, mars 2016 samt med fördelningar på olika boendeformer i "Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård – samt vissa övriga mobila läkartjänster utanför vårdinrättning", Lars Stavenow, Region Skåne, 2016-07-26

<sup>19</sup> "Ibid

- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- Klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- Erhåller hemsjukvård

Vid inskrivning ska alltid samordnad individuell plan (SIP) utföras enligt regelverket. Enligt Utvecklingsplanen ska vårdformen enligt ovan vara fullt utvecklad och implementerad över hela Skåne vid utgången av år 2020.

**Målgruppen tidvis sviktande** har behov av tät samverkan och planerade insatser. Patienterna i denna målgrupp tillhör dock inte de mest sjuka utan antas svikta under perioder. Målgruppen finns ofta inom kommunal hemsjukvård. I de fall de inte gör det kan de ändå tillfälligtvis hamna under "tröskelprincipen" innebärande att de inte kan ta sig till mottagningar under perioder av svårare svikt. De ska erbjudas samma teambaserade vård som till de mest sjuka men avses inte bli inskrivna i vårdformen.

En period av tätare teamsamverkan mellan huvudmännen ska ge tillräcklig kvalitet i omhändertagandet och leda till att situationen kan stabiliseras. Onödig sjukhusvård ska förhindras och läkarinsatser inom hemsjukvården ska ses som icke-planerade insatser. SIP ska göras i aktuella sammanhang. Målsättningar och utvecklingstid för denna samarbetsmodell är desamma som för vårdformen riktad till de mest sjuka.

**De två översta målgrupperna** är de som för närvarande inkluderas i insatser genom de mobila vårdteamen. Det finns även en tredje målgrupp i utvecklingsplanen som utgör den bredaste och mest mångfacetterade gruppen av patienter; riskgrupper. Det är individer som kan bedömas ha hög risk för allvarigare funktions- och hälsonebaserade och som på kort eller lång sikt kan hamna i omfattande och långvarigt vårdbehov. Individerna kan i ett nuläge identifieras utifrån symptom eller begynnande funktionsnedsättningar; inte lika väl utifrån diagnoser och mer tydliga vårdkonsumtionsmönster. Dessa individers behov finns främst inom det hälsofrämjande uppdraget och Skånes utvecklingsavtal inbegriper här socialtjänstens insatser (enligt 3 kap 1 § SoL). Avtalet ger ingen särskild vägledning annat än att inklusionskriterier, beslutsstöd och arbetssätt ska påbörjas under 2017 och vara slutfört under 2020.

Utvecklingsplanen beskriver även ett behov av att utveckla en samorganiserad rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning. Detta är ett komplext område i ett samverkansperspektiv som ofta leder till otydligheter om ansvar och kostnader mellan kommunerna och regionen. Samordningsproblemen leder inte sällan till att detta viktiga område av stödjande kompetenser och hjälpmedel inte samspelar tillräckligt bra med vårdprocesserna. Enligt Utvecklingsavtalets skrivning finns det behov av att skapa en samordning av rehabiliteringen på basnivå och därutöver i bättre samspel med den specialiserade rehabilitering som erbjuds från sjukhusen. Sammantaget ska en funktion av samverkan inom rehabilitering och hjälpmedel utvecklas i samspel med de olika vårdformer som riktas till de tre målgrupperna enligt Utvecklingsplanen. Samma tidsplan och utvärdering under 2020 gäller inom detta område som för de andra områdena ovan.

## lakttagelser – så fungerar samverkan i ”halvtid”

Att införa en samverkansmodell mellan olika huvudmän som bygger på ett nära teamsamarbete är en uppenbar utmaning. Enligt HS-avtalet bedömdes implementeringen av det nya arbetssättet ta ett antal år. Fullt utbyggt och fungerande förväntas inte systemet vara förrän i slutet av år 2020. En annan viktig faktor angående implementeringen av mobila vårdteam som beskrivs i utgångspunkterna för HS-avtalet är att det är lämpligt att utvecklingen styrs så att den går i ungefärligen samma takt så långt möjligt över hela regionen. Den uppföljningsinformation som tagits in på olika sätt under det hittillsvarande implementeringsarbetet pekar på att detta varken går snabbt eller sker på ett jämnt sätt över Skåne-regionen.

I en enkätundersökning inom denna utvärdering riktad till verksamhetschefer för vårdcentraler och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna framgår att endast var femte svarande bedömer att åtminstone hälften av de patienter som bedöms ingå i målgruppen för mobila vårdteam faktiskt är inskrivna. 14 % av de svarande har inte skrivit in någon i mobila vårdteam. Här visar sig också en diskrepans i bedömningen mellan vårdcentralerna och hemsjukvården. 23 % av de svarande vårdcentralcheferna menar att man har skrivit in minst hälften av målgruppen. Inom hemsjukvården är motsvarande siffra endast 13 %.

Inför ”halvtid” för HS-avtalets uppfyllande har en kartläggning nyligen genomförts av antalet inskrivna i mobila vårdteam fördelat på delregioner och vidare ner på kommun- och vårdcentralnivå<sup>20</sup>. Mätningen avser läget i oktober 2018 och resultaten är ännu preliminära med behov av kvalitetsgranskning. Vid detta tillfälle anges antal inskrivna, utifrån målgruppens bedömda storlek, i de 6 delregionerna vara mellan cirka 20 till 40 %. Undantagen delregion Malmö med endast drygt 10 % inskrivna och delregion Sydost som anger att i stort samtliga i målgruppen är inskrivna i mobila vårdteam. I de flesta delregionerna är en betydligt större andel i särskilt boende inskrivna jämfört med dem som finns i ordinärt boende. Inom LSS-boenden finns det mycket få inskrivna i mobila vårdteam men de bedöms samtidigt vara en liten målgrupp i sammanhanget.

Variationerna av antalet inskrivna är med andra ord mycket stor mellan delregionerna. Detta gäller även inom delregionerna där mindre kommuner kan ha skrivit in de flesta inom målgrupperna medan större kommuner har skrivit in mycket få. Inom delregionen Malmö finns samtidigt andra former av mobila vårdlösningar som utgör alternativa former till HS-avtalets tankar om mobila vårdteam. Samma sak gäller även i några av kommunerna inom delregion Nordväst där Hälsostaden Ängelholm erbjuder mobila vårdteam med utgångspunkt från Ängelholms sjukhus.

Annan uppföljningsinformation som pekar i samma riktning är t.ex. den första delrapporten i KEFU:s, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet, följeforskningsuppdrag med fokus på implementeringen av den nya vårdformen mobilt vårdteam. Under perioden 2017 till 2020 ska tre olika delstudier genomföras: Delrapport 1 med uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam, delrapport 2 med HS-avtalets kostnadsutveckling och delrapport 3 med effekter av vårdformens etablering och funktion. Hittills har delrapport 1 presenterats (april 2018) där man konstaterar en stor variation i etableringen av den nya vårdformen<sup>21</sup>. Det anges att på vissa håll har primärvården integrerat sig väl i samarbetet med kommunerna men i de flesta fall är det en begränsad utveckling eller inget samarbete av betydelse.

<sup>20</sup> ”Preliminär redovisning av halvtidsavstämningen för HS-avtalet årsskiftet 2018/2019”, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, februari 2019. Den preliminära kartläggningen är ännu ej kvalitetsgranskad och avslutad i sin helhet.

<sup>21</sup> ”Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam”, delrapport 1, Anna Häger Glenngård & Anders Anell, KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds universitet, 2018-04-10.

Vidare har revisionsrapporter tagits fram i två steg gällande HS-avtalet med fokus på ansvarsfördelning och utveckling enligt intentionerna<sup>22</sup>. Revisionen konstaterar att med nuvarande modell och arbetssätt för läkarstödet till den kommunala hälso- och sjukvården är det osäkert om vårdcentralerna inom Hälsovalet har den kapacitet som krävs för att klara sina åtaganden inom de mobila vårdteamen.

De båda externa utvärderingarna ovan indikerar att det kan behövas starkare styrning centralt för att HS-avtalets målsättningar ska kunna nås. Samtidigt har det varit en medveten strategi från den regionövergripande politiska ledningen att vara försiktiga och inte "toppstyra". Att utvecklingsarbetet måste bedrivas under ledning av verksamheterna själva är något som ofta framförts. Dock efterlyses i utvärderingsrapporterna initiativ, som troligtvis måste komma från övergripande regional eller delregional nivå, som underlättar för verksamheterna att genomföra sina åtaganden enligt HS-avtalet.

Det är denna bild av en långsam och ojämn implementering av mobila vårdteam som är det viktigaste skälet till att denna utvärdering görs. Vad beror det på att det inte har gått bättre att etablera detta nya arbetssätt i Skåne-regionen? I det följande redovisas de iakttagelser som gjorts inom utvärderingen utifrån HS-avtalets beslut om att etablera nya arbetsformer för god och nära teamsamverkan. Huvuddelen av källorna till detta är de intervjuer som genomförts med främst verksamhetsföreträdare inom primärvården och kommunerna samt med några tjänstemannarepresentanter från Region Skåne och kommuner för två av de delregionala samverkansorganen. Den webbenkät som genomförts har också legat till grund för insamlade observationer.

#### Okunskap om vad arbete i mobila vårdteam innebär

Utvärderingen pekar på att det på många håll i regionen finns olika syn på inriktningen av arbetet med att etablera teamsamverkan och att detta är en av de viktigaste anledningarna till att implementeringen av samverkan går trögt. I enkätundersökningen inom denna utvärdering instämmer helt eller delvis drygt 60 % av de svarande från hemsjukvården i påståendet att man möter ett bristande intresse från primärvården att samverka. Denna känsla av ointresse återfinns även på den andra sidan, men inte lika stark. Drygt 40 % av vårdcentralerna instämmer helt eller delvis i påståendet.

HS-avtalets ambition är att uppnå verklig teamsamverkan mellan personalen på vårdcentralerna och hemsjukvården. Så visar sig dock sällan vara fallet. Styrkan i tätare teamsamverkan är en potential som i de flesta fall inte har realiserats. Med en äkta teamsamverkan över "vårdgränserna" uppstår dokumenterat stora värden för patienter och anhöriga, liksom för inblandad vårdpersonal<sup>23</sup>. De resultat som framförs som möjliga att nå med dessa samverkande och patientcentrerade arbetssätt är längre perioder av stabilitet för dessa målgrupper, mer proaktiva inslag och betydligt mindre behov av sjukhusvård. Om detta finns stor samstämmighet bland utförarverksamheterna, även de som ännu är långt ifrån en riktig teamsamverkan. Även om många intervjuade (inom både vårdcentraler och kommuner) lyfter fram denna potential, särskilt när det finns erfarenheter från dessa former av tätare teamsamverkan, har man inte alltid förmått att förverkliga en sådan

<sup>22</sup> "Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Capire Consulting för Skånes revisorer, rapport, juni 2018 samt slutlig jämförande rapport, september 2018

<sup>23</sup> "Hälso- och sjukvårdens viktiga paradigmskifte", Implement Consulting Group, Rapport maj 2016, "Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila Palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare", HCM, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, 25 november 2013.



samverkan. Det är snarare så, som det beskrivits i något fall, att teamen, *”uppstår i stunden när samverkan ska ske för att sedan omgående upplösas igen”*.

Det finns många olika synsätt på vad det mobila vårdteamet egentligen är och hur det ska fungera. Detta gäller för medarbetare från både vårdcentraler och kommunernas hemsjukvårdsenheter. Exempelvis uppges i några fall att hemsjukvården inväntar *”det mobila vårdteamet från vårdcentralen”* och ser sig inte själv som ingående i detta vårdteam. I flera intervjusamtal framförs att man inte ser någon skillnad i samverkan före och efter HS-avtalets införande. Där samverkan är god (och har gett resultat utifrån HS-avtalets intentioner) påpekas det att så var fallet redan innan genom lokal samverkanskultur och erfarenheter. Det framförs att *”vi hade gjort detta även utan ett HS-avtal”*.

Läkarstödet från en vårdcentral hanteras ofta av merparten av de anställda läkarna. Mer sällan har vårdcentralerna fokuserat läkarstödet till ett fåtal läkare för att förbättra samverkan med hemsjukvården. Samtidigt talar mycket för att det senare möjliggör för betydligt effektivare teamsamverkan som också möjliggör fler patienter inskrivna i de mobila vårdteamen.

För vårdcentralerna finns det ofta en slitning i hur man ska se på begreppet kontinuitet. Å ena sidan har man den traditionella synen på den fasta läkarkontakten *”från vaggan till graven”*, där god personkännedom och lång kontakt med patienten skapar kontinuiteten. Å andra sidan finns det vårdcentraler som har definierat kontinuitet för patienterna som att läkarstödet till hemsjukvården kan hållas konstant och täcka de behov som uppstår i hemmet, samt att de läkare som mer avgränsat arbetar på detta sätt blir mer specialiserade på teamsamverkan och SIP. Med designerade läkare för de mobila vårdteamen slås inte kontinuiteten sönder av hög komplexitet i schemalaggnings- och prioritering av mottagningsverksamheten.

Att få till en god teamsamverkan med aktivt läkarstöd är inte helt enkelt i en vårdverksamhet som ska klara många behov och där insatsorienterade och enskilda konsultativa läkarinsatser är etablerade arbets sätt. Det finns också en tradition inom primärvården att uppdraget i läkarrollen som specialist i allmänmedicin är att arbeta med många olika patientgrupper och varierande arbets sätt. Dessa synsätt utmanar den tänkta inriktningen med att få läkarstödet väl integrerat i de mobila vårdteamen och med särskilt fokus på vissa svårare patientgrupper.

Att samarbetet i mobila vårdteam fungerat mycket bättre när vårdcentralerna har koncentrerat läkarstödet till den kommunala hemsjukvården till ett fåtal läkare vittnar både vårdcentraler och hemsjukvårdsenheter om. Denna fokusering av uppgiften till ett fåtal personer skapar lugn i verksamheterna; såväl inom vårdcentralens arbete med mottagningsbesöken som inom hemsjukvårdsenheterna. Detta lugn bidrar sedan till att förstärka samarbetet ytterligare genom relationsbyggande, personliga kontakter, vana av och trygghet i att arbeta i patienters hem och, som ofta påpekas, en särskild kunskap om att tillsammans arbeta bra med SIP som grund. Denna form av läkararbete beskrivs ibland som en *”egen logik”* eller en särskild specialitet. På motsvarande sätt behövs också en vana från hemsjukvården att arbeta på ett bra sätt med läkaren och övriga vårdcentralen, att förstå mer om när läkarinsatsen behövs och vad som kan redas ut på andra sätt genom kommunikation med andra medel än direktkontakt.

#### Stödet för att etablera mobila vårdteam har fungerat dåligt

HS-avtalet har målsättningar som innebär en tydlig förnyelse av hur hälso- och sjukvården bör bedrivas i samverkan mellan huvudmännen. Med ökade inslag av personcentrerade arbets sätt i samverkan kan man beskriva ambitionerna som en form av kulturförändring, framför allt utifrån att verksamhetskulturer och invanda arbets sätt kan behöva förändras. Hemsjukvården anges i avtalets

intentioner som en ny "vårdarena" och som understöds i sin utveckling av digitalisering och nya interprofessionella arbetsätt. För att ge kraft i denna "kulturrese" sågs behovet av tidiga gemensamma utbildningsinsatser, särskilt i samverkan mellan regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. I ett särskilt avsnitt i HS-avtalet om detta anges att *"en för parterna gemensam strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling i hemsjukvården är ytterligare en förutsättning för avtalet och för att den gemensamma avsiktsförklaringen ska kunna uppnås"*<sup>24</sup>. Det diskuterades även att någon form av gemensam utbildningsinstitution, med fokus på den "nya hemsjukvården" skulle etableras för att kompetensutveckling och inslag av samsyn. Dessa ambitioner, om gemensamma utbildningsinsatser med koppling till HS-avtalet, har dock inte genomförts<sup>25</sup>.

Ofta framförs i intervjuerna att det är eller har varit svårt att komma igång. Någon form av "starthjälp" menar man hade varit bra. I enkätundersökning till denna utvärdering anser man, framförallt bland vårdcentralerna (65 %), att det var otydligt hur HS-avtalet skulle genomföras. Inom kommunala hälso- och sjukvården verkar informationen ha gått fram bättre då endast 38 % av de svarande upplevde detta som otydligt<sup>26</sup>.

Att exempelvis få stöd genom olika vägledningar om rutiner, ledningssystem, goda exempel på samverkan, modeller för kontaktvägar ("en väg in") med mera är sådant som framförs. Det kan också tyckas som ett slöseri med arbetstid och kunskaper att inte bistå mer aktivt med olika "startpaket" eller liknande; särskilt när de involverade verksamheterna upplever tid som en stor bristvara. Att mängder av lokala samarbetsgrupper var och en behöver börja från grunden när utvecklingsarbetet ska påbörjas kan inte ses som optimalt – även med respekt för de lokala anpassningar som alltid behöver göras. Även betydligt mindre ambitiösa utbildnings- och kompetensutvecklingsinitiativ hade varit till stor nytta i lokala samarbetsgrupper. En uppföljning av utmaningarna i de lokala samarbetsgrupperna skulle exempelvis ha kunnat identifierat att en förenklad utbildningsinsats om "ledningssystem för nätverksorganisationer" skulle ha gjort stor nytta. Resultatet från intervjuundersökningen tyder på att ökat fokus på lärande hade varit önskvärt och skulle kunnat ha påskyndat utvecklingsarbetet och samverkan kring läkarstödet inom Hälsovalet.

Det som beskrivs ovan är sådana omständigheter som inte på något sätt har varit okända från början. Tvärtom har många av dessa utmaningar beskrivits i olika underlag som viktiga att hantera på olika sätt, strategiskt såväl som operativt<sup>27</sup>. Utmaningarna som beskrivs ovan är endast en del av de många prövningar som pekar på att förankringen och implementeringsstödet avvecklades för snabbt då HS-avtalets målsättningar om tätare samverkan introducerades. Dessa insatser hade förmodligen behövts fortsatt under en "inkörningsperiod" i de lokala samarbetsgrupper som tillkom med HS-avtalets genomförande. Omfattande erfarenheter men även forskning visar på att utförarverksamheterna behöver hitta sina egna samverkansformer<sup>28</sup>. Men en form av coachning och

<sup>24</sup> Avsnitt 4.3 "Kompetensutveckling", i "Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

<sup>25</sup> Vissa lokala utbildningsinsatser kan ha genomförts utifrån denna ambition utan vår kännedom. I intervjuerna har det inte framkommit att några sådana för HS-avtalet särskilda utbildningar har genomförts.

<sup>26</sup> Baseras på svar från verksamhetschefer för vårdcentraler och medicinskt ansvarig sjuksköterska inom kommunerna.

<sup>27</sup> Exempelvis i den tidigare nämnda utredningen om alternativa modeller för läkarstödet ("Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård – samt vissa övriga mobila läkartjänster utanför vårdinrättning", Lars Stavenow, Region Skåne, 2016-07-26)

<sup>28</sup> Av många olika källor nämns här "Mobil närvård - Följeutvärderingen", delrapporterna 2 och 3, Västra Götalandsregionen, augusti 2017 och april 2018. Delrapport 1 inom följeforskningen kring HS-avtalet redovisar en sammanfattande bild av forskningsläget i denna fråga ("Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt Uppföljning och etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam", KEFU Ekonomihögskolan Lunds Universitet, 2018-04-10)

processledning som "bevakar" att inriktningen hålls hade förmodligen underlättat och besparat mycket av de frustrationer som uppkommit och blommat ut i en onödig omfattning. Många av intervjurespondenterna vittnar om en lång period av förvirring och oklarhet om hur utvecklingsarbetet skulle kunna komma igång.

### Målgrupperna flyter ihop

Att ha en gemensam syn på vilken eller vilka som utgör målgrupperna för samverkan är mycket viktigt. Detta är dock långt ifrån självklart och olika synsätt på detta kan låsa eller begränsa samverkan på ett påtagligt sätt och under lång tid.

HS-avtalets speciella bidrag till utvecklingen är att man har använt en segmenteringsmodell för indelningen i olika målgrupper som i grunden verkar accepteras av alla oavsett utförarverksamhet. När de tre målgrupperna i fokus sätts i ett gemensamt sammanhang kan uppdelningen förstås bättre och vilka olika angreppssätt för samverkan som fungerar kan tydliggöras.

Längst upp i "målgruppspyramiden" är bilden av målgrupperna tydligare och det är inom främst den översta gruppen av mest sjuka som fokus för samverkan ligger idag. Vår bedömning är dock att de översta målgrupperna av mest sjuka samt tidvis sviktande lätt sammanblandas när de har tilldelats hemsjukvård. Detta är dock inget problem så länge "tröskelprincipen" hanteras rätt för patienterna och att läkarstödet i hemmet behövs vid olika tillfällen. Det finns dock observationer som pekar på att det finns olika syn mellan hemsjukvårdsenheter och vårdcentraler när läkarstöd behövs. När inarbetade relationer och teamsamverkan finns är denna fråga sällan ett problem men om personalrotationen är omfattande och personalen är mer oerfaren blir frågan svårare.

Om och när samverkansarbetet utvecklas vidare till att även inkludera riskgrupperna kommer definitionerna av målgruppen förmodligen att bli otydligare. Detta kan i så fall innebära att det också blir större oklarhet kring hur samverkan ska bedrivas och vilka professionsgrupper som blir mest relevanta i olika samverkanssammanhang. Observationen inom denna utvärderingen är att det finns en hög grad av samsyn kring de målgrupper som idag berörs av samarbetet. Målgruppsindelningen känns relevant oavsett vilken utförarverksamhet som företräds. Detta underlättar för möjligheterna till samverkan. Gränsen mellan de mest sjuka och de tidvis sviktande har i praktiken visat sig inte finnas. Eftersom samtliga berörda aktörer dock förefaller överens om att inkludera alla som uppfyller tröskelprincipen som ingående i målgruppen för mobila vårdteam blir detta i praktiken inget problem.

### Har vårdcentralerna tillräcklig kapacitet att samverka?

En fråga som återkommer med jämna mellanrum är den om tillräcklig kapacitet finns för att täcka det läkarstöd som behövs inom den kommunala hemsjukvården. Detta har framförts i våra intervjuer och även i revisionsgranskningarna av HS-avtalet<sup>29</sup>. På flera håll nämns att läkartjänster är vakanta med kapacitetsbrister som följd. Våra observationer pekar dock på att kapacitetsfrågan till stor del är beroende av vilka organisationslösningar som tillämpas för läkarstödet inom Hälsovalet. Där läkarstödet har koncentrerats till ett begränsat antal läkare är upplevelsen av kapacitetsbrist inte lika uppenbar. Mer samverkan utförs då genom inskrivningar och omhändertagande av patienter inom mobila vårdteam. Möjligheter att klara av både planerade och akuta insatser bättre ser också ut att komma av detta arbetssätt.<sup>30</sup> När enkätundersökningen inom denna utvärdering ställde frågan om

<sup>29</sup> "Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne", Capire Consulting för Skånes revisorer, rapport, juni 2018 samt slutlig jämförande rapport, september 2018

<sup>30</sup> Med den goda och nära samverkan anger respondenterna också att behovet av akutinsatser minskar på ett tydligt sätt i de flesta fall

att koncentrera hemsjukvårdspatienterna till så få läkare som möjligt svarade också en stor majoritet av vårdcentralcheferna att detta var en tydlig ambition.

Kapacitetsproblematiken kan även sammanhålla med att mindre vårdcentraler har svårt att koncentrera läkartjänster gentemot den kommunala hälso- och sjukvården. Ett sätt att klara denna organisering är att mindre vårdcentraler går ihop och samverkar om de inskrivna patienterna. Det framgår av enkätundersökningen att många vårdcentraler ställer sig positiva till att samverka mer med andra vårdcentraler i närområdet. Detta är en positiv signal som utgör en kontrast mot den bild som ibland lyfts fram att vårdcentraler har svårt att samarbeta med varandra på grund av den konkurrenssituation som finns om de listade patienterna. Genom nyckeltal över antalet patienter inom målgruppen som en läkare kan hantera i samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården skulle dessa behov kunna beräknas utifrån lokala förhållanden. För att därefter få ett samarbete att komma igång kan det behövas en generisk modell som underlättar för att komma igång och som klargör hur ersättningar hanteras på ett för inblandade vårdcentraler rättvist sätt.

Slutligen bör frågan om läkarstödet kapacitet också studeras utifrån det kommunala perspektivet. Ett flertal intervjupersoner uppger att den kommunala hemsjukvården exempelvis inte utnyttjar de läkartider som ställs till förfogande. Orsakerna kan bero på flera omständigheter, bland annat omfattande personalrotation där rutiner och inarbetade arbetssätt ständigt behöver "omstartas", ett motstånd baserat på tron att närmare samarbete med vårdcentralerna leder till kostnadsökningar samt kapacitetsproblem. Andra problem kan vara att kommunens personal inte har bra kommunikationsvägar in till vårdcentralerna. Dessa problem finns förmodligen inom flera olika ansvarsroller och nivåer inom kommunerna. Problemen brukar vanligen minska ju bättre samarbetet fungerar. Något som i sin tur anges påverka arbetsmiljön positivt och därmed intresset för personalen att vara kvar i sina tjänster.

För att samverkan ska fungera och initieras på ett bra sätt när den behövs lyftes funktionen med "en väg in" tidigt fram i förberedelsearbetet inför HS-avtalet implementering. Detta innebär att hemsjukvården på ett enkelt och direkt sätt ska kunna kontakta aktuell vårdcentral med frågor och inför läkarbesök i hemmet. Praktiskt kan det innebära ett direktnummer till en utsedd sjuksköterska på vårdcentralen. Med "en väg in"-kontakten ska också vårdcentralen kunna bedriva en koordineringsfunktion och planera för hur hembesöken ska genomföras på ett resurseffektivt sätt. Vissa vårdcentraler framför att detta kan bli ett betydande arbete som man inte har någon täckning för ekonomiskt. "En väg in"-funktionen skulle behöva tydliggöras utifrån vad som är "bästa praktik" för att dels utveckla bättre lösningar, dels sprida goda arbetssätt.

Där "en väg in"-funktionen finns svarar de flesta att detta arbetssätt fungerar till stora delar men enkätundersökningen visar att vårdcentralerna i allmänhet anser att funktionen fungerar bättre än vad kommunerna anser. I större kommuner med många vårdcentraler inblandade kan komplexiteten bli för stor med varierande rutiner för kontaktvägarna.

En särskild fråga som hänger ihop med vårdcentralernas ansvar att vara tillgängliga gäller den timme mellan kl. 17 och 18 på vardagarna där HS-avtalet stipulerar att varje vårdcentral fortsatt ska erbjuda hemsjukvården stöd och råd. Detta är ett villkor som förefaller ha väckt stor irritation bland vårdcentralerna som tvingats ordna svarsfunktioner efter den normala öppettiden men som i praktiken inte har utnyttjats i någon högre grad av hemsjukvården.

Läkarstödet från sjukhusen är oklar inom HS-avtalet

Flertalet av respondenterna, såväl från vårdcentraler som kommuner, skulle vilja ha en bättre samverkan med läkare från sjukhusen. Kommunerna ser dessa kontakter som viktiga i särskilt svåra

fall där konsultativa kontakter även per telefon skulle underlätta för hemsjukvården. Både vårdcentraler och kommuner ser ett behov av bättre kontakter med läkare från sjukhusen för att exempelvis direktinläggningar kan ske när så behövs. Enligt vår enkätundersökning är det dock knappt hälften av vårdcentralerna som anser att helt eller delvis finns etablerade former för att kunna genomföra direktinläggningar till sjukhus. Med en väl fungerande samverkan mellan vårdcentralen och hemsjukvården är en ofta förekommande bedömning att det mesta som behövs för även svårt sjuka patienter kan klaras av. Läkare från sjukhusen kan dock vara viktiga i särskilt krävande palliativ vård och för särskilda specialistkunskaper.

Den kanske viktigaste aspekten på sjukhusstödet ligger dock i kapacitetsfrågan, enligt vår bedömning. Med beslutet om att läkarstödet ska genomföras med Hälsovalet har läkarna från slutenvården hamnat vid sidan om i utvecklingsarbetet trots att det var tänkt att de skulle ingå i HS-avtalets strukturer. En utveckling pågår där de flesta av sjukhusen i Skåne prövar olika mobila lösningar av varierande slag, exempelvis team av läkare och specialistjuksköterskor som utför hembesöksarbete som påminner om ASIH eller team som arbetar mer fokuserat mot den kommunala hemsjukvården och i samverkan med vårdcentralerna<sup>31</sup>.

Utvecklingen av varierande upplägg med erbjudanden till både vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården har skapat en förvirring på olika håll. I vissa fall som exempelvis i nordvästra delregionen utför ett team från Hälsostaden Ängelholm en del av de insatser som var tänkt att utföras av vårdcentralerna. I Malmö, men även Mellersta delregionen, där man har kunskaper och erfarenheter av mobila vårdformer sedan länge är det liknande förhållanden.

Det finns en oklarhet vilken roll dessa sjukhusanknutna team bör ta. Logiskt sett kan tyckas att det är de allra mest sjuka ("toppen av toppen" i målgruppspyramiden) som borde stå i fokus. Dessa patienter kräver ofta ett mer intensivt läkarstöd med tidskrävande hembesök. Denna grupp avviker mest från den typ av behov som vårdcentralerna fokuserar på. Om mobila team från sjukhusen eller andra enheter skulle få en tydligare roll i detta sammanhang skulle det kunna avlasta vårdcentralerna. Det handlar inte bara om att olika specialistkunskaper är viktiga i olika skeden utan i stor utsträckning om kapacitetsfrågor; att läkarna från vårdcentralerna också kan hinna med patienter "nedströms" i målgruppssträngeln.

Det skulle också finnas en möjlighet att utnyttja ytterligare en fördelningslogik som bygger på att skilja akuta och planerade hembesök. Sjukhusanslutna team skulle då specialisera sig på dessa akutuppdrag i boenden medan vårdcentralerna koncentrerar sig på planerade insatser<sup>32</sup>. Även om denna senare fördelningslogik bättre kan passa med vårdcentralernas övriga uppdrag kan man inte bortse från värdet av att så långt som möjligt behålla patientkontinuiteten i nära samverkan mellan läkarna från vårdcentralerna och sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården oavsett om patientens behov är planerad vård eller akut vård. En nära teamsamverkan uppges också oftast minska behoven av akuta insatser och ger bättre möjligheter till den kommunala hemsjukvården att skapa stabilitet för patienten.

---

<sup>31</sup> Region Skåne genomför för närvarande en kartläggning av "sjukhusassocierade mobila team". Denna visar att samtliga sjukhus utom i Ystad och Kristianstad har mobila team i verksamhet men som varierar stort i inriktning och omfattning (preliminära ännu ej offentligt redovisade resultat).

<sup>32</sup> Erfarenheter av mobila akutteam med sjukhuskoppling har funnits sedan en tid genom ÄMMA-teamet i Malmö och utvärderats översiktligt med goda resultat ("Projektrapport ÄMMA: Äldre i Malmö Mobilt Akutteam", Skånes Universitetssjukhus

### Finns det resursmässiga incitament att samverka?

Som beskrivits tidigare i rapporten innebär LOV-systemet att samtliga vårdcentraler i Skåne styrs på samma sätt utifrån samma villkor och ersättningsnivåer. Detta innebär att dessa ackrediteringsvillkor blir mycket viktiga när det gäller huvudmannen Region Skånes möjligheter att ställa krav och skapa incitament för HS-avtalets genomförande.

Villkorens formuleringar av vad ackrediterade vårdcentraler ska göra när det gäller mobila vårdteam får sägas vara tydliga. En tydlighet finns det också när det gäller vad som händer om man inte följer de stipulerade kraven på teamarbete. För att denna typ av styrsignaler ska fungera förutsätts dock att vårdcentralerna följer dem, att de av egen övertygelse eller av rädsla för konsekvenser som förlorad ersättning betar sig som beställaren önskar. För att detta ska ske krävs ytterligare ett moment i styrningen, att det finns en reell risk för upptäckt, vilket i sin tur kräver en fungerande uppföljning. Ackrediteringsvillkoren innehåller skrivningar om att såväl uppföljning ska ske som vilken återrapportering som ska göras. Under utvärderingen har vi dock haft svårt att finna tecken på att något av detta faktiskt har skett i någon större utsträckning och än mindre på att några åtgärder vidtagits från beställarens sida.

När det gäller Region Skånes styrning av vårdcentralernas incitament att samarbeta i mobila vårdteam via olika ersättningar framstår det som att man har valt en mycket försiktig approach. Det är en blygsam extra ersättning som utgår för själva inskrivningen och teamarbetet. I enkätundersökningen anger över hälften av de svarande vårdcentralcheferna att ersättningen för att arbeta med patienter i mobila vårdteam inte motsvarar kostnaderna och i samband med våra intervjuer har det funnits mycket liten förståelse på vårdcentralerna för hur regionen resonerat när de formulerat ersättningsvillkoren på det sätt som de gjort.

Vårdcentralerna har egentligen redan såväl uppdrag som ersättning för att samarbeta nära med den kommunala hemsjukvården. Ska ambitionerna med förändrade arbetsätt och nära samverkan med kommunerna uppstå enligt HS-avtalet kan det dock behövas mer incitamentsskapande stöd i ersättningsystemen<sup>33</sup>. Kartläggningar har visat att det finns betydande potential till effektiviseringar genom tätare samverkan mellan läkarinsatser och kommunal hälso- och sjukvård. Detta leder till att det bör finnas utrymme för att ge förbättrade ersättningsnivåer även om det i dagsläget kan behövas ses som en form av investering<sup>34</sup>. Därmed skulle det finnas skäl för att använda ersättningsvillkoren på ett mer stödande sätt utifrån vad HS-avtalet syftar till.

### Stödstrukturerna fungerar endast delvis

De viktiga funktionerna för planering, ledning och uppföljning när det gäller att genomföra HS-avtalet anges ofta som svaga och otillräckliga av många av intervjupersonerna. Dessa funktioner av olika slag är mycket viktiga för att påverka och stödja den inriktning av utvecklingsarbetet som HS-avtalet syftar till.

Utvärderingen visar att de lokala samarbetsgrupperna inom varje kommun, som inkluderar verksamhetschefer och övriga företrädare från vårdcentraler och kommunens hälso- och sjukvård,

<sup>33</sup> Som exempel kan nämnas Västra Götalandsregionen som har infört mobila team i samverkan med kommunerna. Ersättningen för läkarbesök i eget boende är 6 gånger mottagningsersättning vilket blir 3 000 kr. Till detta tillkommer en ytterligare komponent om det finns planering för mobila hemsjukvårdsläkare tillsammans med kommunala hemsjukvården. Ersättningen baseras på samma grunder som listningsersättningen utifrån ålder och CNI men blir en ytterligare ersättning för mobil läkarverksamhet [https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/wardval-wardcentral/ersattningsmodell-vg-primarvard/](https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-wardcentral/ersattningsmodell-vg-primarvard/)

<sup>34</sup> "Målgrupper i fokus för samverkan – bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer", Implement Consulting Group, mars 2016

arbetar på mycket olika sätt där vissa har svårt att få planering och ledning i samverkan att fungera. Vanligtvis fungerar det bäst där man har en vana sedan tidigare av att samarbeta lokalt. På flera håll har det dock funnits stora samarbetsvårigheter och utvecklingsarbetet har därmed i stort sett stått still. Skälen kan exempelvis vara att man inväntar varandras initiativ, att samtalsklimatet är dåligt och misstänksamt. För att kunna komma framåt i sådana sammanhang behövs ofta någon form av ordnad processledning och stöd i utvecklingsarbetet – och då gärna en part som av de inblandade kan betraktas som neutral.

Så som vi uppfattar HS-avtalet ska de delregionala samverkansorganen, med initialt stöd av den tjänstemannaberedning som där ingår, vara ett stöd för att hjälpa till i situationer som dessa. I HS-avtalets Del C, där den regionövergripande samverkans- och samarbetsstrukturen beskrivs, betonas att de delregionala samverkansorganen ska ha som en av sina främsta uppgifter att verka med ett *”särskilt fokus på genomförande och förankring”*. Samverkansstrukturen som den redovisas i ett separat dokument, har dock en mer formell och juridisk karaktär med fokus på efterlevnad och uppfyllande av avtalsvillkor, hantering av avvikelser med mera<sup>35</sup>. I intervjusamtalen betonas att kontakten mellan den lokala och delregionala nivån är svag i många fall. Det beskrivs att cheferna som sitter i de delregionala samverkansorganen befinner sig på för hög hierarkisk nivå för att ha tillräckliga insikter i de operativa verksamheternas verklighet. Det uppfattas därför svårt att föra fram de frågor som återkommande skapar låsningar i de lokala samarbetsgrupperna.

I en del intervjuer med företrädare i de lokala samarbetsgrupperna visar det sig till och med att man inte känner till att det finns ett delregionalt samverkansorgan som ska vara behjälplig när det är svårt att förankra eller komma framåt i utvecklingsarbetet. I vår enkätundersökning svarar över 50 procent av respondenterna att samverkans- och samarbetsorgan inte stödjer utvecklingsarbetet. Av dessa svarar drygt 7 procent att man inte känner till detta stöd. Länken som beskrivs mellan lokala samarbetsgrupper och delregionala samverkansorgan finns inte etablerad inom vissa av delregionerna och det är oftast i dessa områden som utvecklingsarbetet förefaller gå trögare.

Det är möjligt att de delregionala samverkansorganen inte ser det som en huvuduppgift att engagera sig i samverkansarbetet på lokal nivå. Mycket av det arbete som utförs på delregional nivå ligger förmodligen mer på en övergripande policy- och avtalsnivå samt kring gränssnittsfrågor mellan huvudmännen – frågor som också är viktiga. Det hade dock säkerligen varit bra om de stödjande samverkansorganen hade haft närmare relationer med de lokala arbetsgrupperna och löpande följde upp utvecklingen lokalt inom delregionen samt på olika sätt bidrog till att coacha och processleda där utvecklingsarbetet *”kört fast”*.

I intervjuerna med företrädare från vårdcentraler och kommunala hemsjukvården, som också deltar i de lokala samarbetsgrupperna, framkommer att det hade varit till stor hjälp om det funnits mer av stöd för implementeringen av utvecklingsplanen. Detta kan exempelvis handla om olika praktiska vägledningar som beskrivningar av lämpliga ledningssystem för samverkan, *”bästa-praktik-exempel”* från andra områden som kan inspirera, olika lokala utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser med mera. Aktiviteter som både ger kunskap och motiverar till samverkan. Det kan även gälla mer grundläggande inslag som kunskaper om HS-avtalets intentioner på mer fördjupande och visionsbaserade grunder. Detta senare kan vara särskilt viktigt eftersom nya utförarverksamheter och medarbetare ständigt flödar in i de lokala samarbetsområdena. Som exempel kan nämnas ett

---

<sup>35</sup> ”Uppdragsbeskrivning för Delregionala samverkansorgan och Lokala samarbetsgrupper”, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-11-22

sammanhang där en större privat vårdaktör tar över flera vårdcentraler och för in egna etablerade principer för läkarstödet som inte går i linje med det dittills utförda utvecklingsarbetet.

Dessutom uppkommer, inte oväntat, återkommande frågor om hur mer specifika knäckfrågor ska hanteras. Det gäller exempelvis när läkare ska kontaktas eller när övriga resurser från vårdcentralen ska involveras istället för den kommunala hälso- och sjukvården. Oklarheter om kostnadsansvar anges vara ett stående problem utan lösning ”uppifrån”. Ofta gäller detta kostnader för förbrukningsmaterial. Andra vanligt förekommande frågor som skapar oklarheter och ibland motsättningar gäller arbetssätten kring SIP, kontaktvägarna som ”en väg in” samt en hel del icke dokumenterade rutiner som försvarar när teamet är mer poröst eller när nya medarbetare ska skolas in. Vårdokumentation är ofta ett stort problem inom hälso- och sjukvården men med informationssystemet ”Mina planer” underlättas delningen av vårdokumentation (om detta görs rätt och tydligt).

Det ses som ett problem att många av frågorna ovan inte får tydliga och etablerade lösningar. En intervjuperson uttryckte det som att *”det är klart irriterande och hindrar det utvecklingsfokus vi borde ha när man i 33 olika kommuner samtidigt ska behöva traggla med samma frågor om kostnadsansvar”.... ”den stora visionen fördunklas av de många små bagatellerna”*. De flesta av intervjupersonerna menar att man saknar en aktiv problemlösningsfunktion på högre nivå.

#### Utan uppföljning ingen styrning

I HS-avtalet beskrivs en relativt omfattande plan för uppföljning och utifrån olika perspektiv<sup>36</sup>. Detta ska ske årligen och beskrivs vara av stor vikt för att nå samsyn och för att kunna utveckla de nya samverkansmodellerna inkluderande läkarstödet så att utveckling kan gå i någorlunda gemensam takt i Skåne. Detta har dock inte fullföljts som tänkt och möjligtvis var ambitionen med uppföljningen för hög. Externa uppföljningar har hittills skett genom främst två insatser som redovisats tidigare och en intern som har precis genomförts med kartläggningar av antalet inskrivna i mobila vårdteam samt ett antal frågor om resultat av samverkansarbetet<sup>37</sup>.

En uppföljning hade dock kunnat ske på enklare sätt genom att aktivt följa hur det operativa utvecklingsarbetet fungerar genom de lokala samarbetsgrupperna. Detta skulle kunnat ha varit en uppgift för tjänstemän i de delregionala samverkansorganen – vilket samtidigt hade kopplat arbetet inom dessa samverkansorgan till de lokala grupperna. Med sådana insatser borde initiativ ha kunnat tagits betydligt tidigare vilket hade besparat rätt mycket av den frustration och de samverkansproblem som nu har funnits under en längre tid i relativt många lokala områden. De resultat som skulle kunnat ha kommit fram genom en tätare och mer verksamhetsnära uppföljning skulle kunnat ha använts med olika metoder för lärande uppföljning lokalt och delregionalt. Exempelvis hade kartläggningar av patientprocesser kunnat göras med olika metoder och lärande möten samt workshops. Under en längre tid har det istället cirkulerat uppgifter och antaganden om förhållanden i de lokala utvecklingsförsöken.

Kvantitativa uppgifter som antal inskrivningar i mobila vårdteam, genomförda SIP:ar och hembesök av läkare har till viss del tagits fram. Ytterligare data hade varit möjligt att få fram ur journal- och registerföringen. Faran med att förlita sig på denna typ av uppgifter är dock att det ger en ytlig bild av samverkan och samarbete. För att kunna följa upp om vårdcentralerna och hemsjukvården lyckas etablera verklig teamsamverkan måste även en uppföljning med kvalitativa inslag etableras.

<sup>36</sup> Avsnitt 6.1 ”Uppföljningsplan för avtalet”, Ibid

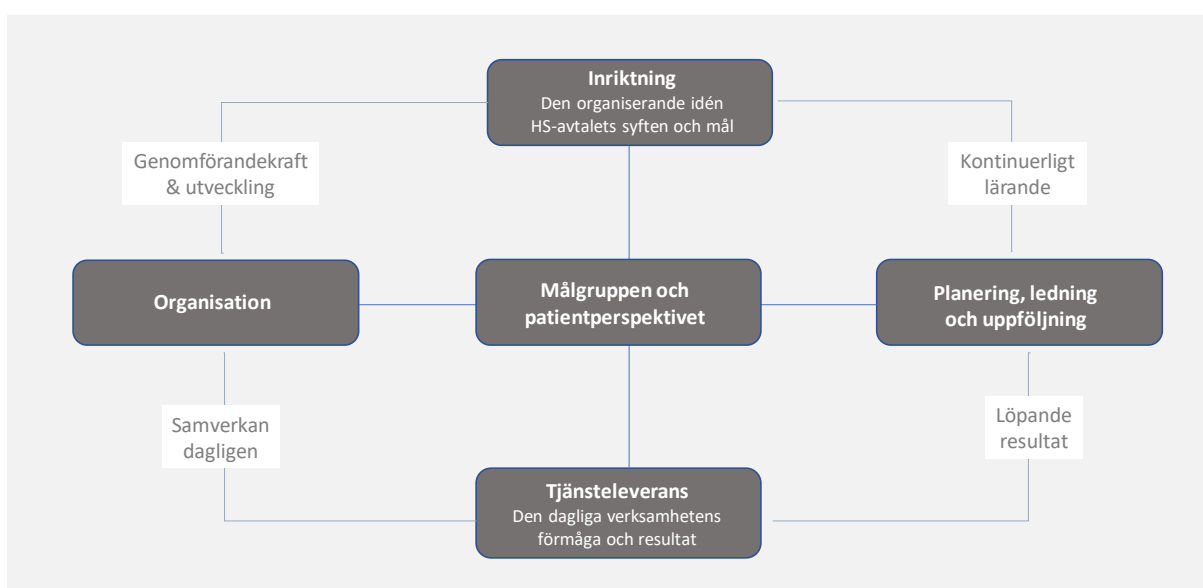
<sup>37</sup> De externa uppföljningarna genomfördes i april 2018 (KEFU) och i juni/september 2018 (revisionsrapport). Den interna kartläggningen blev klar med preliminära resultat i februari 2019.



## Analys utifrån iakttagelser och slutsatser

För att strukturera och få en överblick av de många olika iakttagelser som framkommit under denna utvärdering används nedan en översiktlig analysmodell. Den baseras på forskningsresultat om vad som är viktiga områden att hantera för att nå framgång i utvecklingsarbeten och där interaktiv samverkan är viktig<sup>38</sup>. Med modellen kan också viktiga samband, mellan olika faktorer eller områden, belysas mer överskådligt. Förhoppningen är att detta kan bidra till att diskutera framgångsfaktorer för att lyckas med utvecklingsarbete där samverkan är i fokus. De viktiga områdena för att nå framgång i utvecklingsarbetet beskrivs på följande sätt:

- **Målgruppen och patientperspektivet** – Delade bilder och kunskap om vilka som utgör målgruppen, och vilka behov och förväntningar som finns hos målgruppen. Grad av samsyn kring vad som utgör god kvalitet och effektivitet i samverkan kring målgruppen. Samstämmighet kring hur målgruppen fångas in och omhändertas inledningsvis och i fortsatta samverkansprocesser.



- **Inriktning** – Grad av samsyn och genomslag för utvecklingsarbetet liksom angreppssätt. Tydligt samband mellan den grundläggande idén och de resultat som ska uppnås för målgruppen samt de styrkedjor som tillämpas liksom hur eventuella målkonflikter ska kunna hanteras.
- **Organisation** – En kompetensuppställning och organisering som stödjer centrala processer, tydlighet avseende ansvar, roller och mandat, funktioner och bemanning, organisering för samverkan mellan ledning och operativt genomförande samt stödprocesser som exempelvis administrativa och kommunikativa verktyg.
- **Tjänsteleverans** – Hur de olika utförarverksamheterna samverkar dagligen (kommunala hemsjukvården, läkarstödet i hemsjukvården, slutenvården/sjukhusets specialistinsatser och eventuella andra enheter). Vidare hur vårdtjänsterna samlat motsvarar såväl behov och förväntningar hos målgruppen samt fastställd inriktning.

<sup>38</sup> Forskning som ligger till grund för modellen beskrivs bl.a. i publicerade studier inom Service Management (Designing Interactive Strategy; from value chain to value constellation, Normann/Ramirez) samt inslag utifrån kvalitetsutveckling baserat på Edwards Deming och organisatoriskt lärande baserat på Peter Senge m.fl. Utvärderingsmodellen har använts i ett flertal olika utvärderingsinsatser inom hälso- och sjukvård där samverkan mellan huvudmännen är i fokus.

- **Planering, ledning och uppföljning** – Planerings- och ledningssystem för hur inriktning och önskade resultat ska uppnås, strategiskt och operativt. Ledarskap som motiverar till att uppnå viktiga målsättningar. Struktur för uppföljning av resultat och för hur kunskap om resultat tas tillvara som lärande för verksamheterna.

Med analysmodellen ovan kan ett antal viktiga slutsatser dras kring läkarstödet och samarbetet utifrån HS-avtalet. Styrkan i sammanhanget är att **målgruppen och patientperspektivet** framstår som ett relativt tydligt fokus för samverkan. Detta gäller för de två översta målgrupperna i "behovstriangeln" som nu är aktuella för samverkan. Visserligen sammanblandas dessa två målgrupper av mest sjuka och sviktande patienter men det är de patienter som finns inom kommunal hälso- och sjukvård, som också behöver läkarstödet mer kontinuerligt i olika boendeformer, som är i fokus. Styrkan ligger i att det finns en samsyn mellan parterna om patienternas behov och att nära samverkan är viktigt för dessa målgrupper.

Däremot framstår **inriktningen**, det vill säga HS-avtalets intentioner och angreppssättet med mobila vårdteam, samt hur detta ska genomföras, som påtagligt otydligt i många fall. Det finns många olika synsätt på arbetssättet och med uppenbara konsekvenser i nästa steg av verksamheternas organisering. Med undantag för lokala områden där samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen sedan tidigare är väl utvecklad har det varit mycket svårt att få till den riktiga och bestående teamsamverkan som var tänkt med HS-avtalet. Kraften i teamsamverkan, och där läkarstödet har en viktig samspelsroll, har inte utvecklats i de flesta sammanhang. Skälen är flera men en av de viktigaste är att skillnaden med äkta teamsamverkan, genom etablerade personliga relationer och gemensam förankring i den lokala hemsjukvården, inte har lyfts fram som ett särskilt angreppssätt – ett angreppssätt som skiljer sig från det konsultativa arbetssättet där läkarinsatsen är just en särskild insats vid varje tillfälle. I det senare arbetssättet så uppstår "teamet" vid varje situation och upplöses direkt därefter. Med detta utnyttjas inte de krafter som uppstår i en verklig och löpande teamsamverkan. Detta har bidragit till att många verksamheter inte ser någon skillnad i form av resultat före och efter HS-avtalets etablering. En slutsats är därför att starkare fokus på *inriktningen* och den grundläggande idén för hur samverkan ska förbättras kan innebära en betydande potential för förbättringar och ge bättre resultat utifrån vad HS-avtalet syftar till<sup>39</sup>.

Att den grundläggande idén och inriktningen inte tydliggjorts tillräckligt har lett till att verksamheterna har behövt starta upp samverkan utifrån HS-avtalet med olika utgångspunkter, kunskaper och drivkrafter. Detta har bidragit till helt olika sätt att **organisera** samverkan och som en av de två viktigaste förklaringsfaktorerna till att utvecklingen av de mobila vårdteamen har haft en uppenbart begränsad utveckling hittills.

Som beskrivits tidigare är det uppenbart att i de fall där vissa läkare på en vårdcentral har fokuserat på att arbeta gentemot den kommunala hälso- och sjukvården i sin tjänstgöring så har det fungerat bättre med de mobila vårdteamen och med fler inskrivningar i dessa team. Där många läkare fördelas utifrån tillgänglighet till att utföra hembesöken har det fungerat mindre bra. När läkarinsatserna till kommunerna avgränsas till ett fåtal designerade läkare upplevs kapacitetsproblematikerna mindre. Koordineringen med "en-väg-in" underlättas vanligen för sjuksköterskorna i kommunen med dessa arbetssätt som bygger på kända kontakter och relationer. Med en begränsning av antalet kontakter inom ett tänkt team underlättas också för ett lärande interprofessionellt och mellan utförarverksamheterna om vad som är bra arbetssätt. Detta är viktigt också för att den kommunala

<sup>39</sup> Detta baseras bland annat på jämförande exempel som satsningen på Mobil Närvård i Västra Götaland där tydliga satsningar på inriktningen har gett goda resultat i samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård (följeutvärderingens Delrapport 2 (augusti 2017) och Delrapport 3 (april 2018)).

hälso- och sjukvården ska kunna arbeta effektivt och för att minska inblandningen av ytterligare läkarresurser som exempelvis det upphandlade mobila läkarstödet från Falck samt inläggningar på sjukhus. De senare läkarresurserna förekommer oftare när teamsamverkan är mer otydlig.

Det finns fog för att beskriva hembesöksverksamheten med läkarstöd som en egen "logik" eller form av specialitet där teamsamverkan och gemensam planering (genom SIP och andra arbetssätt) är särskilda kunskaper som inte är lika tydliga och fördjupade på samma sätt inom mottagningsverksamheterna på vårdcentralerna. I intervjustamtalen med vårdcentraler som har fokuserat läkarstödet till de mobila vårdteamen till en eller ett fåtal läkare anges också att denna organisering även leder till ett ökat "lugn" inne på vårdcentralen. Mottagningsverksamheten kan då bedrivas bättre och mer effektivt när hembesöksverksamheten är mer planerad och avskild från början. Kontakter med kommunen, patienter inom målgrupperna och deras anhöriga blir färre vilket också gynnar vårdcentralernas "inre arbete"<sup>40</sup>. Om inriktningen framåt lyfts upp och stärks i det fortsatta utvecklingsarbetet, såsom diskuteras ovan, är det naturligt att också än mer tydliggöra att högre effektivitet och betydligt bättre resultat kan nås med ett mer fokuserat läkarstöd till den kommunala hälso- och sjukvården.

Läkarstöd från sjukhusen efterfrågas i många sammanhang men det är oklart hur dessa skulle kunna bidra. När vårdcentralerna inom Hälsovalet blev den organisatoriska basen för läkarstödet inom HS-avtalet hamnade sjukhusen vid sidan om i en oklar roll. För närvarande pågår olika varianter av mobila teaminsatser, i mindre skala, från de flesta av Skånes sjukhus och det är mycket positivt att detta intresse finns. Men följden har blivit något av en organisatorisk mobil röra i sammanhanget med oklara förhållanden för kommunerna men även för vårdcentralerna i vissa områden. Läkarstödet från sjukhusen borde ges en tydligare roll i ett regionövergripande perspektiv och utifrån HS-avtalet. Detta är av vikt för att kunna använda läkarstödet generellt mer effektivt i regionen. En profilerad roll för mobila sjukhusläkare att ta hand om de svårast sjuka, särskilt inom hemsjukvården, skulle underlätta för den kapacitetsproblematik som uppstår för vårdcentralernas läkare när hembesöken för vissa patienter tar så mycket tid att de många andra hembesöksuppgifterna inte hinns med. Dessutom kan dessa svårast sjuka patienter behöva särskilda resurser och utrustning som sjukhusen förfogar över. Detta samspel mellan läkare från vårdcentralerna, läkare från sjukhusen och den kommunala hälso- och sjukvården är en potential att tydliggöra.

Inom området **tjänsteleverans** i analysmodellen avses den dagliga verksamheten och hur denna styrs. Inom detta område visar utvärderingen på vitt skilda arbetssätt och syn på uppgiften. Som nämnts tidigare finns det lokala samarbetsområden där man fortfarande avvaktar varandras initiativ och är oklar över hur arbetet med mobila vårdteam ska komma igång. Även inom samma lokala områden kan stora skillnader ses mellan vårdcentralernas angreppssätt. Detta förklaras förmodligen av skilda synsätt på uppgiften och om hur man ser på ansvar och ledarskap att ta sig an uppgifterna enligt HS-avtalet och ackrediteringsvillkoren.

Det finns exempel på privata vårdcentraler som ser möjligheter utifrån intäkter att vara mer aktiva med inskrivningar i mobila vårdteam och hembesök. Detta ska dock balanseras mot att många vårdcentraler anser att de extra ersättningarna för arbetet inom mobila vårdteam är låga i sammanhanget<sup>41</sup>. Någon tydlig uppdelning mellan privata och offentliga vårdcentraler på denna

---

<sup>40</sup> Dessa resultat bekräftas i en följeutvärderingsrapport inom Mobil Närvård Västra Götaland där arbetssätt och målgrupper är desamma som med de mobila vårdteamen i Skåne ("Intervjustudie: Vårdcentralerchefers syn på Mobil Närvård", augusti 2018)

<sup>41</sup> Samtidigt visar den genomförda web-undersökningen att drygt 30% av vårdcentralercheferna anser att ersättningen motsvarar kostnaderna

fråga kan dock inte ses. I intervjuer med vårdcentraler framkommer dock att det finns en uppenbar motsättning mellan kraven inom Hälsoavtalet på att 1) upprätthålla en hög tillgänglighet inom vårdcentralernas mottagningsverksamhet och med hög täckningsgrad lokalt, och 2) motsvara åtaganden mot den kommunala hälso- och sjukvården med kontinuitet i ett mobilt läkarstöd. De flesta vårdcentraler ser då mottagningsverksamheten som viktigare att "försvara" och det mobila läkarstödet till boenden kommer då i andra hand. Detta har på ett påtagligt sätt påverkat utvecklingen av de mobila vårdteamen. De vårdcentraler som arbetar bra med läkarstödet till kommunerna har minskat denna motsättning genom att tänka patientgruppsinriktat och hitta organisatoriska lösningar enligt vad som beskrivits ovan.

Detta leder till slutsatsen att ackrediteringsvillkoren kan behöva ses över så att mottagningsverksamheten inte lika tydligt hamnar i konflikt med uppdragen inom mobila vårdteam. Detta kan göras på flera sätt. Ett sätt är att höja ersättningarna för hembesök. I jämförelser med andra regioner förefaller dagens ersättningsnivåer för dessa insatser som relativt låga. Ersättningarna för hembesök skulle dessutom kunna sammankopplas med kravet på teamsamarbete tillsammans med kommunens personal<sup>42</sup>. Ett annat, eller parallellt sätt, är att sammankoppla höjda hembesöksersättningar med kravet på att läkarstödet till mobila vårdteam ska vara en avgränsad uppgift till ett mindre antal läkare. Ytterligare kombinationer och andra styrningsverktyg än ersättningar kan vara möjliga att använda för att nå samma fokusering och förbättrade möjligheter till att uppnå tänkta resultat.

Det som talar för ovanstående idéer om att använda skarpare styrning är att i samtliga samtal med professionsföreträdare så ser man nyttan av de teambaserade samverkansformerna mot de aktuella målgrupperna; och att detta egentligen är de bästa sätten att arbeta mot dessa grupper av sjuka och sviktande patienter. Det finns inga skilda synsätt eller idéer om att andra arbetssätt är bättre. Däremot har man skilda synsätt på om det finns kapacitet och förutsättningar för att arbeta på dessa sätt. I vissa områden finns också påtagliga resursbrister med vakanser inom läkartjänster och kommunala sjukskötersketjänster. Detta är en verklighet som också behöver hanteras. I utvärderingen är det dock uppenbart att olika former av styrning genom såväl ersättningar, tydligare krav på samverkan samt "mjukare" styrningsformer som exempelvis kunskaper och motivation, kan bidra med väsentliga förbättringar.

De viktiga stödjande funktionerna inom **planering, ledning och uppföljning** har beskrivits som relativt svaga och outvecklade, i de flesta sammanhang, i förhållande till uppgiften. Förutom frågan om hur läkarstödet har organiserats inom vårdcentralerna så tolkar vi detta område som den andra stora förklaringen till varför implementeringen av de mobila vårdteamen med läkarstödet har gått trögt<sup>43</sup>. Den komplexa uppgiften att komma igång med nya former av nära teamsamarverkan över huvudmannagränserna har i stort sett lämnats till lokala samarbetsgrupper, var och en för sig. Som nämnts tidigare finns det förutsättningar att komma framåt i denna "kulturförändring" om det finns en god samverkanshistoria och personliga relationer sedan tidigare. Där dessa förutsättningar inte finns är uppgiften mycket svår och med små chanser att nå de utsatta målen på drygt fyra år.

Den kulturförändring som ligger i botten och de motkrafter som också finns i sammanhanget skulle ha behövts lyftas tidigare. För denna uppgift var samverkansorganen tänkta liksom en aktiv

<sup>42</sup> Denna ersättningsmodell för "teambesök" infördes av Västra Götalandsregionen under 2018 för att förstärka samarbetet mellan läkarinsatser från vårdcentraler och kommunala hemsjukvården.

<sup>43</sup> Av de två viktigaste förklaringsfaktorerna har den andra beskrivits tidigare i detta kapitel som bristen på samsyn kring inriktningen och därmed med helt olika synsätt, kunskaper och drivkrafter i organiseringen av läkarstödet till den kommunala hälso- och sjukvården.

uppföljning utifrån olika perspektiv enligt HS-avtalet. Samverkansorganen, med vissa undantag, har istället blivit mer legalistiskt inriktade och tjänstgör mer som en form av "tvistedomstol" för verksamheterna. I många fall har kopplingen mellan samverkansorganen och de lokala samarbetsgrupperna varit obefintlig och "knäckfrågorna" på den operativa nivån har legat olösta och blockerat utvecklingen.

Utvärderingen pekar på att samverkansorganen, och då särskilt de delregionala organen, skulle behöva rikta in sina arbetssätt och resurser på att vara betydligt mer nära de lokala samarbetsgrupperna. Närheten kan uppstå genom att samverkansorganen mer betonar uppföljningsarbete och lärande på den operativa nivån och mindre på de mer övergripande gränssnittsfrågorna. Med ett ökat fokus på att lösa de operativa frågorna är antagandet att det också underlättar för att hitta lösningar på de mer övergripande gränssnittsfrågorna mellan huvudmännen - vilket är den uppgift som mest är i fokus idag för samverkansorganen<sup>44</sup>. Intervjurespondenterna anger att det skulle vara mycket positivt med ett angreppssätt där samverkansorganen mer aktivt stödjer utförarverksamheterna att komma framåt i sitt arbete. Men samtidigt med grunden att de lokala samarbetsgrupperna behöver hitta sina egna lösningar och att dessa inte kan dikteras fram "uppfifrån". Däremot kan samverkansorganen inom delregionen bidra med uppföljningsresultat, anordna lärande workshops samt ge metodstöd och inspiration i olika former.

### Översikt av analys och slutsatser



<sup>44</sup> Antagandet stöds av utvärderingar från andra liknande samverkansförsök inom Mobil Närvård Västra Götaland ("Delrapport 3", april 2018) och Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg ("Från idé till verklighet? Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg – sammanställning av resultat och utvärdering", HCM Health Care Management, december 2013).

## Rekommendationer

Utvärderingsarbetet som har bedrivits med denna studie visar på att många goda tankar redan har tänkts i och med HS-avtalets tillkomst. Det gäller målgruppsfokus och segmenteringen samt planerna för det utvecklingsarbete som är tänkt att åstadkommas. Vidare beskrivningarna av hur stödet ska formeras och verka för att de lokala samverkande verksamheterna ska klara sina uppgifter. Även ett flertal andra stödjande och utredande dokument kring HS-avtalet har lyft många av de utmaningar som nu kan ses och även föreslagit relevanta angreppssätt för att hantera dessa.

De problem som finns i "halvtid" för HS-avtalets genomförande kan sammanfattas med att många av dessa planer och råd av olika skäl inte har genomförts. När ansvaret för HS-avtalets genomförande överlämnades till de lokala samarbetsgrupperna drogs det tidigare stödet tillbaka lite för snabbt. Möjligen underskattades delvis komplexiteten i det som skulle åstadkommas och/eller så fanns det ett synsätt att nu var det bäst att verksamheterna själva skulle finna vägarna. Det tänkta stödet genom insatser av lärande och kunskapsutveckling mellan parterna, liksom det aktiva stödet från samverkansorganen till de lokala samarbetsgrupperna samt den aktiva uppföljningen utifrån olika perspektiv, utvecklades inte som det ursprungligen planerades. Till detta tillkommer att de krav som ackrediteringsvillkoren ställer ut för vårdcentralerna att samverka med teambaserade arbetsätt tillsammans med kommunerna inte heller har utnyttjats för att styra och påverka. Detta innebär att det fortfarande finns en god potential för att nå väsentligt bättre resultat genom att sätta dessa planer i verket – och nu i halvtid med en hög intensitet.

### Behåll den befintliga modellen för läkarstödet – men förstärk och utveckla den

Den grundläggande rekommendationen är därför att modellen med läkarstödet genom Hälsovalet behålls men att ett antal kritiska aktiviteter, varav flera finns med i de ursprungliga planerna, nu fokuseras och resurssätts på ett hållbart sätt. De effektiviseringar och kvalitetsvinster som är möjliga att åstadkomma genom en fördjupad teamsamverkan kring de mest sjuka och sviktande patienterna motiverar detta.

Resultat från andra mer storskaliga utvecklingsinitiativ, med fokus på samverkan mellan regioner och kommuner mot grupper med komplexa behov, visar på att lokal förankring och möjligheter till nära relationer i patienters och kanske även anhörigas närmiljö, har bäst förutsättningar för att skapa samverkansrelationer och kontinuitet. Detta återkommer också från intervjurespondenterna inom såväl kommunal som regional verksamhet. Att i detta läge bryta upp påbörjade utvecklingsarbeten och t.ex. skapa ett nytt och riktat läkarstöd från en eller flera särskilda organisationer skulle skapa en stor turbulens.

Istället ser vi en stor potential i att aktivt och kraftfullt tydliggöra den inriktning för läkarstödet som gäller och visa på lösningar och goda resultat genom att skapa både förutsättningar och kapacitet för en förnyad genomförandekraft lokalt. Detta bygger då på ett betydligt mer aktivt och operativt stöd till de lokala samarbetsgrupperna. Parallellt med detta bör uppföljning och styrning utifrån gällande villkor för läkarstödet genom HS-avtalet utnyttjas mer aktivt än vad som hittills gjorts.

För att fortsatt arbeta med den befintliga modellen för läkarstödet lämnas därför tre huvudrekommendationer nedan som bedöms viktiga att genomföra samordnat.

### Rekommendation 1: Förstärk inriktningen och fokusera där teamsamverkan går trögt

Det finns en outnyttjad potential i att mer påtagligt förstärka vad de grundläggande idéerna är med HS-avtalet, vad verklig eller äkta teamsamverkan innebär och hur denna kan realiseras genom de mobila vårdteamen. Det finns ett behov av dessa kunskaper på många håll. I utvärderingen framkommer tydligt att det i grunden inte finns något motstånd mot gränsöverskridande teamsamverkan i sig. Bristen på resultat beror snarare på att det exempelvis kan finnas en ömsesidig avvaktande attityd mellan parterna om vem som ska ta initiativet, att det är svårt att få till de "första

stegen” och att det helt enkelt inte finns tillräcklig motivation för att orka utveckla ett nytänkande med en samarbetspartner i en redan intensiv arbetssituation.

Utvecklingen i regionen är nu i halvtid i uppenbar otakt när det gäller att etablera en uthållig samverkan genom mobila vårdteam. I vissa områden har samverkan ännu inte kommit igång alls. Detta är problematiskt då det betonades särskilt i HS-avtalet att införandet så långt som möjligt skulle ske i gemensam takt över hela regionen. Av detta skäl är det viktigt att prioritera att hjälpa till i områden där man inte kommit igång med arbetet i mobila vårdteam.

Exempel på vad som kan göras är att anordna ”spridningsmöten” och ”coachningsinsatser” som lyfter den tänkta inriktningen och kopplar detta till praktiska inslag som underlättar för att få igång utvecklingsarbetet. Bästa praktik-exempel över hur organisering och funktioner utvecklats, vägledningar för arbetsätt och rutiner samt aktivt stöd i den operativa vardagen är några av de åtgärder som kan bidra på mer påtagliga sätt. Genom att exempelvis erbjuda ”uppstarts-workshops” finns det möjlighet att föra in kunskaper i kombination med motivation och engagemang.

Den bild som framkommit i denna utvärdering är att denna typ av stödåtgärder inte har erbjudits. Erfarenheter från att arbeta på dessa sätt är att det efter en inkörningsperiod ger reella resultat. När ett genuint samarbete i teamform uppnås skapar det olika former av självförstärkande effekter. Gradvis förbättras relationerna och förtroendet mellan arktörerna stabiliseras. Framför allt för den kommunala hälso- och sjukvården men även för vårdcentralerna förbättras arbetsmiljön påtagligt när teamsamverkan blir stabil och produktiv. Detta skapar med tiden högre attraktivitet för att arbeta inom mobila team för såväl sjuksköterskor som läkare.

#### Rekommendation 2: Utveckla ett nytt angreppssätt för stödfunktioner och samverkansorgan

Med utgångspunkt från de tankar som fanns i HS-avtalet från början bör ett nytt och mer operativt stöd utvecklas för att få mer fart i utvecklingsarbetet. Här ligger en stor outnyttjad potential som bör kunna förbättra förutsättningarna för att erbjuda ett väl fungerande läkarstöd enligt HS-avtalet. Aktiv och löpande följeutvärdering bör genomföras inom lokala samarbetsgrupper för att få fram såväl goda resultat för spridning som att identifiera de problem som utgör reella hinder för samverkan i de mobila vårdteamen och för läkarstödet uthållighet.

Den befintliga strukturen för samverkansorganen är en bra organisation. Den behöver dock kopplas till det operativa utvecklingsarbetet på lokal nivå, och med delvis nya angreppssätt. Med ett löpande utvärderingsarbete som grund kan en aktuell problembild för utvecklingsarbetet åstadkommas. Med denna som grund kan stödjande aktiviteter som aktiv facilitering och hjälp till problemlösning, förmedling av kunskaper samt spridning av goda råd och vägledningar erbjudas. Ett större kunskapsutbyte mellan lokala samarbetsgrupper och team ger inspiration och minskar behovet av att lösa likartade problem upprepade gånger. Med detta stöd bör möten med betoning på lärande, och som involverar de viktiga intressenterna, hållas delregionalt och kanske även regionalt med viss frekvens. Vidare bör exempelvis träffar arrangeras över regionen för olika professionsgrupper som mobila vårdteamsläkare, kommunens personal samt mobila sjukhusläkare. Dessa professionsträffar bör syfta till att mer fördjupat sprida kunskaper och erfarenheter mellan nyckelpersoner i utvecklingsarbetet. Erfarenheten talar för att välplanerade och bra genomförda möten som dessa får bra deltagande även om den tillgängliga arbetstiden upplevs som ansträngd<sup>45</sup>. Sammantaget innebär detta att det övergripande stödet växlar arbetsätt med mindre av avtalsfokus till att mer stödja framåtrörelse och insamling av resultat.

<sup>45</sup> ”Delrapport 3”, april 2018 inom följeutvärderingen Mobil Närvård Västra Götaland

### Rekommendation 3: Stärk styrningen och uppföljningen

De ovanstående två rekommendationerna kan beskrivas som viktiga inslag av en ”mjuk” styrning. Men dessa bedöms bli mer verkningsfulla om även en mer ”hård” och konkret styrning används parallellt.

När det gäller Region Skånes styrning av vårdcentralerna är det genom ackrediteringsvillkoren inom Hälsovalet som möjligheterna finns till denna styrning. Som framgått inom denna utvärdering innehåller ackrediteringsvillkoren relativt tydliga krav på vårdcentralerna att de ska bedriva teamsamverkan med hemsjukvården. Men det framgår också att den uppföljning som beskrivs inom villkoren inte utförs med någon större kraft, vilket vi bedömer är en viktig orsak till att många vårdcentraler inte följer dessa krav. Med en förbättrad uppföljning kan avvikelserna ses tydligare och även användas mer konstruktivt för att visa var förbättringar kan göras. Detta förutsätter dock att eventuella avvikelser återkopplas till utförarna i enlighet med ackrediteringsvillkorens premisser.

Även ersättningsnivåerna är dock ett verktyg som bör bli skarpare. Genom att höja ersättningen för åtgärder som är direkt knutna till arbete i mobila vårdteam finns möjligheter att, i kombination med ovanstående föreslagna åtgärder, förbättra resultaten för samverkan. Den höjda ersättningen kan ske genom att minska motsvarande ersättning för andra delar av vårdcentralernas uppdrag. En sådan åtgärd skulle förstås kunna få negativa effekter för uppgifter som får sänkt ersättning. Vi menar dock att om mobila vårdteam är av sådan betydelse för vården av de mest sjuka patienterna som det uttrycks i HS-avtalet, är det också naturligt att skapa incitament för att etablera denna vårdform genom ersättningsvillkoren. Det vore dock inte orimligt att under en period även motivera en viss höjning av den samlade ersättningen, med förstärkning av ersättningar för teamsamverkan, med tanke på att det är väl belagt att uppbyggnad och etablering av välfungerande teamsamverkan ger relativt goda resursvinster i det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet. För regionen leder teamarbetet till betydligt effektivare användning av läkarinsatserna, till mindre sjukhusvård och på sikt även färre läkarbesök totalt sett. Detta trots att målgrupperna ofta är i en utveckling av ökande sjuklighet.

Det är av stor betydelse för en god teamsamverkan att läkarstödet i de mobila vårdteamen bör koncentreras till så få läkare som möjligt. Det har tydligt visat sig vara en framgångsfaktor att en eller ett fåtal läkare per vårdcentral fokuserar sin tid på detta arbete. Som framgått av denna utvärdering finns det övertygande skäl för att tillämpa denna ordning. Den kan åstadkommas genom ökade kunskaper och förbättrat stöd för detta, så som beskrivits ovan. Men vi ser också en potential i att tydliggöra detta genom kraven i ackrediteringsvillkoren, och även genom ersättningsystemet. Det finns idag inbyggda motsättningar för vårdcentralerna mellan att bedriva mottagningsverksamheten med hög tillgänglighet och god täckningsgrad visavi att bedriva läkarstödet i de mobila vårdteamen med hög tillgänglighet. Denna motsättning anser vi behöver mildras eller lyftas bort.

### Övriga viktiga rekommendationer

*Mobila sjukhusverksamheter* bör involveras som en viktig del i läkarstödet genom att utveckla en mer profilerad och regiongemensam roll, som är attraktiv för den somatiska specialistvården över regionen. Sjukhusens resurser är viktiga för att kunna erbjuda sjukhusvård med förenklade procedurer och direktinläggningar när så behövs. Den är också viktig att involvera för att genomföra bra vårdplaneringar för komplexa patienter.

Slutligen är den också viktig för att klara kapaciteten för regionens samlade läkarstöd till målgrupperna av de mest sjuka. Det finns en naturlig roll att fylla för mobila sjukhusteam när de allra mest sjuka patienterna behöver mer omfattande vård, särskilt i livets slutskede, och att denna vård så långt som möjligt kan göras i boendemiljön. Hembesök av denna art är ofta mycket tidskrävande



och vi bedömer att mobilt läkarstöd från sjukhus är en förutsättning för att vårdcentralernas läkarstöd till de mobila vårdteamen ska kunna ske fullt ut. Det innebär också att läkarkontinuiteten övergripande blir så bra som möjligt även om detta kan innebära att läkarkontakten växlar mellan vårdcentralens läkare till sjukhusets läkare i vissa fall. Denna utveckling bör kunna styras genom närmare samverkan mellan förvaltningsområdena men samtidigt är det viktigt att sjukhusledningarna, på samma sätt som vårdcentralerna, ser nyttan av teamsamverkan med kommunerna (och vårdcentralerna) i mer tydliga och gemensamma former. Av dessa skäl bör kunskaper om inriktningen och verklig teamsamverkan samt stödjande funktioner och samverkansorgan även rikta sina ansträngningar åt detta håll.

*Kategoriseringen av de två målgrupperna mest sjuka och tillfälligt sviktande skulle kunna förenklas.* Genom att etablera ett tydligt målgruppsfokus har HS-avtalet skapat en tydlighet som har underlättat för genomförandet av mobila vårdteam. När vi studerar erfarenheterna av två års arbete med dessa målgrupper ses möjligheter att ytterligare tydliggöra och förenkla för vårdcentraler och hemsjukvård. Det visar sig i praktiken att man vid inskrivningen i mobila vårdteam i mycket liten grad har lyckats, eller ens försökt, skilja på kategorierna de mest sjuka och de tillfälligt sviktande. Den gräns som flertalet mobila vårdteam förefaller ha utgått från är istället tröskelprincipen, dvs. om patienten är inskriven i den kommunala hemsjukvården. Genom att definiera målgruppen för mobila vårdteam som patienter i hemsjukvård skulle en tydligare avgränsning skapas som skulle underlätta diskussioner och undvika oklarheter om vilka patienter som berörs av teamsamverkan. Dels skulle definitionen överensstämma med lagstiftningens definition av när primärvården är skyldig att stödja med kompetens över sjuksköterskenivå i patientens hem, dels skulle man slippa diskutera de sex inskrivningskriterierna för om en patient är aktuell för mobila vårdteam. Intrycket är att denna målgruppshantering inte är ett större problem idag men kan komma att skapa oklarheter när implementeringsarbetet fördjupas. Målgruppen tidvis sviktande bör dock finnas kvar som en egen målgrupp. Detta därför att det finns patientgrupper som inte är inskrivna i hemsjukvården men som dock sviktat periodvis. Målgruppen, som i vissa sammanhang har benämnts som "vårdens debutanter" är en viktig målgrupp att fokusera på då det med rätt och proaktivt genomförda insatser finns goda möjligheter att förhindra en eskalering av ett ökande vårdbehov. Det gäller exempelvis erbjudandet av läkarstöd i hemmet i perioder av svikt.

*Ansaret för läkarstöd mellan klockan 17 och 18 bör justeras* så att det följer vårdcentralernas normala öppettider. Som framgått av utvärderingen förefaller kravet på att vårdcentralerna ska ha beredskap att ge läkarstöd timmen efter stängningstid på vardagar ha haft liten praktisk betydelse för hemsjukvården. Däremot har det skapat irritation och krävt organisering av ett stöd som sällan behövs. I syfte att skapa en mobil närvård som passar så väl in som möjligt i primärvårdens normala rutiner finner vi det värt att överväga att avskaffa detta krav på vårdcentralerna.

*Fortsätt att värna implementeringen av läkarstödet i nära samverkan med kommunerna.* Läkarstödet kan ses som en angelägenhet för Region Skåne att hantera men för att det ska fungera väl är kunskaper och perspektiv från kommunala sidan av yttersta vikt. I denna utvärdering kan det konstateras att den kommunala hemsjukvården också har styrnings- och bemanningsproblem att hantera. Lösningar behöver finnas i olika lokala samspel för att läkarstödet ska fungera effektivt utifrån vårdcentralernas resurser. De mest effektiva lösningarna kommer om en nära teamsamverkan kan uppstå vilket kan ge mycket goda effekter för samtliga involverade. I det fortsatta lokala samarbetet är det därför viktigt att odla en form av samordningskultur mellan huvudmännen och komma bort från gränssnittspolitik.

### Rekommendationer på sikt

Utöver de direkta åtgärder som vi föreslår genomförs skyndsamt, finns det också viktiga åtgärder att vidta i ett längre tidsperspektiv. En av de viktigare bedömer vi är att utföra en *dimensionering* av vilka resursbehov som läkarstödet behöver bidra med till de mobila vårdteamen inom varje delregion. Med detta menas en bedömning av hur många läkartjänster som behövs i de lokala teamen baserat på nyckeltal utifrån antalet patienter inom målgrupperna. Med denna dimensionering bör då en bild framträda över vilka vårdcentraler som kan klara denna uppgift utifrån sin bemanning. För att kunna utveckla en jämlik vård i Skåne, vad avser de mobila vårdteamen, kan mindre vårdcentraler dock mer systematiskt behöva samarbeta kring ett antal läkartjänster till de mobila vårdteamen. Detta för att också kunna bemöta kraven på kontinuitet i bemanningen. De aktuella målgrupperna av mest sjuka respektive sviktande kan ungefärligen fastställas inom varje kommun. Av nyckeltal framtagna i andra sammanhang kan en läkartjänst inom mobila team, i god samverkan med kommunala hälso- och sjukvården, hantera omkring 250 patienter inom målgrupperna med god kontinuitet<sup>46</sup>. Denna kartläggning och dimensionering skulle samtidigt kunna profilera och tydliggöra vilka behov som kan finnas av mobila team från sjukhusen inom varje delregion.

Med detta arbete bör en generisk samverkansmodell tas fram som ett erbjudande till stöd för de vårdcentraler som är aktuella i sammanhanget. Modellen ska underlätta att enkelt kunna utveckla en samarbetsmodell kring mobila läkartjänster som kan vara ekonomiskt rättvis och stödja att kraven i ackrediteringsvillkoren bemöts.

---

<sup>46</sup> Detta nyckeltal av 250 patienter per "hemsjukvårdsläkare" baseras på kartläggningar inom Västra Götaland där ett samarbete i mobila team utförs gentemot samma målgrupper "Intervjustudie: Vårdcentralchefers syn på Mobil Närvård", augusti 2018). Liknande uppgifter eller andra lämpliga nyckeltal kan finnas från de mobila team som är verksamma i Skåne.

## Intervjurespondenter

Annette Andersson, biträdande Verksamhetschef, Solljungahälsan, Örkelljunga

Pia Andorff, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Eslövs kommun

Ulf Borgkvist, Verksamhetschef, Vårdcentralen Ystad, Region Skåne

Emma Borgstrand, Chefsjuksköterska, Division Primärvård, Skånevård Sund, Region Skåne

Linda Björklund, Verksamhetschef, Vårdcentralen Näsby, Kristianstad

Karin Eklund, Verksamhetschef, Eslövs vårdcentral, Region Skåne

Titti Gohed, Strateg, Hälsa och social välfärd, Kommunförbundet Skåne

Helen Hansson Malmgren, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Vellinge kommun

Krister Johansson, Verksamhetschef, Vårdcentralen Örkelljunga, Region Skåne

Kajsa Köllerfors, Verksamhetschef, Brahehälsan, Eslöv

Dick Larsson, Verksamhetschef, Kristianstadskliniken, Kristianstad

Jörgen Levin, Enhetschef Äldresjukvård, Nästets läkargrupp, Vellinge

Carina Lindkvist, Avdelningschef, Hälsa och social välfärd, Kommunförbundet Skåne

Åsa Lundblad, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ystads kommun

Christina Nilsson, Verksamhetschef, Capio Nova, Ystad

Pia Nilsson, Strategiska avdelningen HVOF, Utvecklingssekreterare för Hälsa- och sjukvårdsstrategiska frågor för Malmö stad, Enhetschef för FoU kvalitet och utbildning, Hälsa. Vård och omsorg, Malmö stad

Henrik Owman, Verksamhetschef, Vårdcentralen Vellinge, Region Skåne

Louise Roberts, Hälsa- och sjukvårdsstrateg, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Koncernkontoret, Region Skåne

Ingela Roth, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Örkelljunga kommun

Stefan Segerman, Utredare/HS-strateg, Omsorgsförvaltningen, Landskrona stad

Lars Stavenow, Rådgivare, Koncernkontoret, Region Skåne

Eva Thorén Todoulos, Hälsa- och sjukvårdsstrateg, Skånes universitetssjukvård, Region Skåne

Anders Wallner, Hälsa- och sjukvårdsstrateg, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne

Katarzyna Wisniewska, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Kristianstad kommun

## Källförteckning

Akreditering och avtal för vårdcentral i Hälsoval Skåne, Region Skåne, 2017

Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

Effektiv vård, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

Ekonomisk analys för Skånes kommuner av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal avseende hemsjukvård för de Mest sjuka, 2015-01-09

From Value Chain to Value Constellations: Designing interactive strategy, Richard Normann & Rafael Ramirez, Harvard Business Review, July 1993

Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – rapport till Region Skånes revisorer, Capire Consulting, juni 2018

Granskning av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – slutlig jämförande rapport, Capire Consulting, september 2018

Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte, Implement Consulting Group, andra upplagan, maj 2016, augusti 2018

Intervjustudie: Vårdcentralschefers syn på Mobil Närvård, följeutvärderingen, Västra Götalandsregionen

Konceptuellt underlag för kommande hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och Region Skåne, Tjänstemannagruppen för ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal, 2014-06-12

Krav- och kvalitetsbok, Förfrågningsunderlag Vårdval Vårdcentral 2019, Västra Götalandsregionen

Mobil Närvård – Följeutvärderingen, Delrapport 2, Västra Götalandsregionen, augusti 2017

Mobil Närvård – Följeutvärderingen, Delrapport 3, Västra Götalandsregionen, april 2018

Målgrupper i fokus för samverkan; bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer, Region Skåne, Implement Consulting Group, mars 2016

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal, Beslutsförslag, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2014-06-23

Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013

Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård – samt vissa övriga mobila tjänster utanför vårdinrättning, Lars Stavenow, Region Skåne, 2016-07-26

Från idé till verklighet? Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg – sammanställning av resultat och utvärdering, HCM Health Care Management, december 2013

Projektrapport ÄMMA – Äldre i Malmö Mobilt Akutteam, Skånes Universitetssjukhus, Lars Stavenow m.fl. 2014

Skånes befolkningsprognos 2014-2023, Avdelningen för regional utveckling, Stab/Enheten för samhällsanalys, 2014-08-20, Region Skåne

Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – om utvecklingskraft i landsting och regioner, Socialstyrelsen, 2017

Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt ”Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam, Delrapport år 1, Anna Häger Glenngård & Anders Anell, KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds universitet, 2018-04-10

Uppdragsbeskrivning för Delregionala samverkansorgan och Lokala samarbetsgrupper, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-11-22