

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

Delrapport år 3
Final version 2020-05-11

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

Sammanfattning	4
1. Uppdragets utgångspunkter.....	6
1.1 Vad står det i HS-avtalet?	6
1.2 Övergripande organisering för att implementera vårdformen mobilt vårdteam	6
1.3 Vad ska vi följa upp?	7
1.4 Teoretiska utgångspunkter för vår analys	7
1.4.1 Om samverkan och behov av styrning och ledning	7
1.4.2 Om organisering av arbetet och behov av standardisering	9
1.4.3 Om begränsande och möjliggörande styrning	10
2. Genomförande	12
2.1 Förutsättningar för genomförande av uppföljningen år 2019	12
2.2 Metod	12
2.3 Data	13
2.3.1 Enkät till medarbetare	13
2.3.2 Registerdata från primärvården i Region Skåne	13
2.3.3 Data från Skånes kommuner	14
2.3.4 Kvalitativa fallstudier	14
2.3.5 Enkätstudie till delregionala samverkansorgan	15
3. Etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam.....	17
3.1 Vad vet vi om etablering av vårdformen under avtalets första tre år?.....	17
3.1.1 Analys av 2017-2019 års data.....	17
3.1.2 Sammanfattat om etablering under perioden 2017-2018	18
3.2 Vad samvarierar med av grad etablering enligt analys av registerdata?	19
3.2.1 Deskriptiv analys.....	19
3.2.2 Regressionsanalys med hänsyn till VC-egenskaper och delregion	23
3.2.3 Regressionsanalys med hänsyn till VC-egenskaper och lokalisering (kommun).....	27
3.2.4 Sammanfattat om samvariation mellan grad av implementering och olika faktorer	29
3.3 Vad vet vi om vårdformens funktion baserat på enkätdata?	31
4. Lärdomar om etablering och funktion från intressanta exempel.....	33
4.1 Urval av fall och frågor vid intervjuerna	33
4.2 Observationer från intervjuerna	33
4.2.1 Övergripande observationer	33
4.2.2 Vad samvarierar med av grad etablering enligt analys av intervjudata?	34
4.2.3. Vad vet vi om vårdformens funktion baserat på intervjudata?.....	36
4.2.4. Hur förbättra etablering och funktion?	38
5. Arbetet i de delregionala samverkansorganen	40
5.1 Frågor i enkäten	40
5.2 Uppfattningar om samverkan	41
5.3 Uppfattningar om arbetets effekter och inriktning	49
5.4 Fria kommentarer.....	50
6. Reflektioner	51
Referenser	54

<i>Appendix A – analys av enkätdata år ett och två (2017-2018)</i>	<i>56</i>
<i>Appendix B Fullständiga tabeller 3.9 och 3.10</i>	<i>68</i>

Sammanfattning

I hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) regleras sedan hösten 2016 vårdformen mobilt vårdteam. I avtalet står det att de mest sjuka som har återkommande vårdbehov kan erbjudas inskrivning i vårdformen. Gruppen mest sjuka med återkommande vårdbehov omfattar personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. I denna rapport redovisar vi uppföljningen av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam samt arbetet i de delregionala samverkansorganen under avtalets tre första år, dvs 2017-2019. En uppföljning av effekter av vårdformen är önskvärd men systematiskt insamlade data för detta ändamål saknas. Vidare försvåras en uppföljning av att det är svårt att isolera konsekvenser av vårdformen från andra förändringar som har skett under samma period, inte minst den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

I december år 2019 är vårdformen etablerad i åtminstone någon utsträckning vid vårdcentraler lokaliserade i 31 av de 33 skånska kommunerna och totalt sett vid drygt 80 procent av Skånes vårdcentraler, enligt registerdata från Region Skåne. I genomsnitt var 4,7 procent av alla listade personer som var 75 år eller äldre inskrivna i vårdformen vid denna tidpunkt och 8,6% av alla listade som var 80 år eller äldre. Andelen inskrivna varierar stort mellan enskilda vårdcentraler och mellan grupper av vårdcentraler med hänsyn till i vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad, vilket delregionalt samverkansorgan den omfattas av och ifall den drivs i privat eller offentlig regi. Andelen inskrivna är högre än genomsnittet vid vårdcentraler i kommuner som tillhör samverkansområdena sydväst, sydost och mellersta och lägre i nordöst och nordväst. Privata vårdcentraler har i genomsnitt en lägre andel inskrivna än offentliga vårdcentraler.

Eftersom arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå blir lokala förutsättningar avgörande för att vårdformen ska fungera. Upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommun och primärvård och kontinuitet i läkarkontakter sedan tidigare har stor betydelse för vårdformens etablering och funktion. Det finns en stor variation i hur vårdformen, inklusive läkarstödet, organiseras och bedrivs på lokal nivå, enligt resultat från enkät och intervjuer med medarbetare i kommuner och primärvård. Idealt ska läkarstödet kännetecknas av både god kontinuitet och god tillgänglighet. Att läkarstödet organiseras kring en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen är både det vanligaste sättet och den mest önskvärda formen enligt medarbetare i kommuner och primärvård.

Vår enkätstudie bland tjänstemän i delregionala samverkansorgan visar att det finns delvis olika uppfattningar mellan kommuner och Region Skåne respektive mellan olika delregionala samverkansorgan. Medan skillnader i uppfattningar mellan ledamöter från kommuner och Region Skåne minskat mellan 2018 och 2020 har de snarast blivit tydligare när det gäller ledamöter från olika delregionala samverkansorgan. Bäst uppfattningar om samverkan återfinns bland ledamöter i Malmö delregionala samverkansorgan.

Att det finns en stor variation i hur vårdformen organiseras på lokal nivå leder till att skåningarna erbjuds olika vård beroende på var de bor. En jämlik tillämpning av de mest effektiva lösningarna när det gäller vårdformen ställer krav på någon form av styrning ovanifrån som kan säkerställa att uppföljning och utvärderingar görs och att lärdomar kring de mest effektiva lösningarna sprids. En bättre balans mellan styrning ovanifrån och lokala frihetsgrader efterfrågas av medarbetare i kommun och primärvård. Det gäller både där etablering och funktion av vårdformen fungerat bra och där det har fungerat mindre bra. Styrning ovanifrån behövs för att främja jämlik vård och för att ge stöd för lärande och ett systematiskt förbättringsarbete som leder fram till effektiva lösningar. Lokala frihetsgrader behövs dock fortsatt för att anpassa lösningar till lokala förutsättningar och behov och för att skapa engagemang bland medarbetare. En angelägen fråga i utvecklingen av styrningen ovanifrån är att utveckla instrument och metoder för att studera konsekvenser och effekter för patienter, anhöriga och berörda vårdgivare av att införa mobila vårdteam. Det är först med utgångspunkt i erfarenheter som följts upp systematiskt som det finns förutsättningar för ökad kunskap om vilka lösningar som fungerar i olika sammanhang och hur dessa lösningar bäst kan implementeras.

1. Uppdragets utgångspunkter

1.1 Vad står det i HS-avtalet?

I hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) regleras sedan hösten 2016 vårdformen mobilt vårdteam. I avtalet står det att de mest sjuka som har återkommande vårdbehov kan erbjudas inskrivning i vårdformen. Gruppen mest sjuka med återkommande vårdbehov omfattar personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. För att få skrivas in i mobilt vårdteam måste personen uppfylla fyra av sex kriterier:

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

Personer som uppfyller dessa kriterier behöver en tydlig kontinuitet i vårdkontaktarna och har därför behov av ett väl anpassat och organiserat vård- och omsorgsomhändertagande. För denna grupp behövs en lösning där man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård i den enskildes boendemiljö. Läkare som arbetar på uppdrag från Region Skåne och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det mobila vårdteamet. Förutom läkare och sjuksköterska kopplas ytterligare professioner in efter patientens behov. Dessa kan vara till exempel arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal. En gemensam samordnad individuell plan (SIP) ska alltid upprättas och ligga till grund för inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam. Vid inskrivning i vårdformen ska alltid läkare från primärvård, sjuksköterska från kommun och patient/anhörig involveras. Vidare ska en särskild inskrivningsblankett alltid användas vid inskrivning i vårdformen.

1.2 Övergripande organisering för att implementera vårdformen mobilt vårdteam

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

- Nordvästra - Båstad, Ängelholm, Örkelljunga, Höganäs, Helsingborg, Åstorp, Bjuv, och Klippan (8)
- Nordöstra - Perstorp, Östra Göinge, Kristianstad, Hässleholm, Osby och Bromölla (6)

- Mellersta - Kävlinge, Lomma, Burlöv, Eslöv, Höör, Hörby, Lund, Staffanstorps, Landskrona och Svalöv¹ (10)
- Sydvästra - Vellinge, Trelleborg och Svedala (3)
- Sydöstra - Sjöbo, Tomelilla, Simrishamn, Skurup och Ystad (5)
- Malmö - Malmö (1)

Arbetet med att implementera den nya vårdformen är i mycket hög grad decentraliserat till i första hand lokal verksamhetsnivå (kommuner och primärvård) men även delregional samverkansnivå. På central nivå (central tjänstemannaberedning) hanteras en rad frågor av övergripande karaktär såsom gemensamma överenskommelser, utredningsuppdrag, utbildningar och metodstöd. En ny lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård 2017:612) innebär att mycket av arbetet under 2018 fokuserade utveckling och införande av nya rutiner. Detta arbete har fortsatt under 2019 och påverkar förutsättningarna för att arbeta enligt de intentioner som formulerades när HS-avtalet upprättades. Enligt en nationell utvärdering av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har den nya lagen bidragit till ökad planering utanför sjukhusen och ökad administration och arbetsbelastning i kommunerna och primärvården (Vårdanalys 2020).

1.3 Vad ska vi följa upp?

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

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

Genomförandet av uppdragets alla delar ska göras i samverkan mellan KEFU, Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. I denna delrapport redovisas den del av uppdraget som avser att följa upp vårdformens etablering och funktion (del 1). Delrapporten fokuserar i första hand uppföljning av avtalets tredje år, det vill säga år 2019. Resultat från uppföljningen av avtalets första och andra år redovisas i sammanfattningar och bilagor.

1.4 Teoretiska utgångspunkter för vår analys

1.4.1 Om samverkan och behov av styrning och ledning²

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

¹ Landskrona och Svalöv ingick i nordvästra fram till våren 2019

² Detta avsnitt är i princip oförändrat jämfört med samma avsnitt i delrapport från föregående år.

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

Tvärtemot vad som kan kännas intuitivt rimligt visar studier att samverkan mellan två parter som är olika kan vara enklare än samverkan mellan parter som är lika. Även informella maktförhållanden har betydelse. I en studie av samverkan kring äldres vård och omsorg i Göteborg av Löfström (2007) noteras t ex att samverkan mellan yrkesgrupper utvecklades i de fall auktoritetsförhållandena kunde beskrivas som asymmetriska (mellan sjukgymnaster/arbetsterapeuter och biståndsbedömare/hemtjänst). Om parterna var jämbördiga, däremot, utvecklades enbart en samordning i form av ansvarsuppdelning (mellan sjukgymnaster och arbetsterapeuter). En tänkbar förklaring är att samverkan mellan parter som uppfattar sig som jämbördiga kan vara mer utmanande för berörda individer och därmed svårare att uppnå.

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

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

Det vetenskapliga stödet för att olika externa interventioner kan förbättra interprofessionell samverkan är svagt (Reeves et al 2017). Det vetenskapliga stödet för olika team-utvecklande interventioner i den öppna vården är också svagare jämfört med den slutna vården. När

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

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

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

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

1.4.2 Om organisering av arbetet och behov av standardisering ³

Förutsättningarna för samverkan kan vara svårare i den öppna vården eftersom berörda medlemmar i sådana team kan ha olika fokus på teamets uppgift. Bäst förutsättningar finns om medarbetares patienter eller "caseloads" helt överlappar. I sådana fall finns bra

³ Detta avsnitt är i princip oförändrat jämfört med samma avsnitt i delrapport från föregående år.

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

Sett enbart till förutsättningar för att uppnå samverkan bör dedikerade läkarresurser till de mobila teamen ha fördelar framför en arbetsmodell där flera olika läkare medverkar. Vilken lösning som kan anses mest lämplig påverkas dock även av andra mål, avvägningar och förutsättningar. Brister när det gäller överlappande "caseload" och kontinuitet i läkarresurser (eller annan personal) till teamen kan åtminstone till en del hanteras genom utvecklade former för dokumentation och delning av information respektive en standardisering av arbetsrutiner. I det sammanhanget har form och struktur för den individuella vård- och omsorgsplanen en stor betydelse och kan kompensera för brister i kontinuiteten när det gäller personal.

1.4.3 Om begränsande och möjliggörande styrning

Arbetet med att implementera HS-avtalet är i stor utsträckning decentraliserat till lokal nivå (se 1.2). Det är därmed i hög grad enskilda kommuner och vårdcentraler som förväntas ta sig an uppdraget att implementera vårdformen på ett sätt som passar de lokala förutsättningarna bäst. Givet det upplägget kan man principiellt tänka sig två sätt som central och delregional nivå kan jobba med gemensamma överenskommelser, utredningsuppdrag, utbildningar och metodstöd för att ge stöd åt utvecklingen på verksamhetsnivån. Det första upplägget innebär att man tar fram tydliga dokument, rutiner och handlingsplaner för implementering och arbetssätt samt uppföljningsverktyg för att kunna följa och utvärdera vårdformen på ett likartat sätt i hela Skåne. Detta upplägg betonar verksamhetsnivåns ansvar för implementeringen medan lösningarna till stor del blir gemensamma. Det andra upplägget innebär att man i högre grad främjar lärande och utveckling underifrån genom att uppmuntra framtagande av egna, lokala lösningar. Det stöd som erbjuds fokuserar metodutveckling, förbättringsarbete, utveckling av arbetsformer samt att samla och dela goda exempel mellan kommuner och vårdcentraler kring hur man har tagit sig an och löst utmaningarna. Den första strategin är mer begränsande och syftar till att man ska arbeta på ett likartat sätt i hela Skåne.

Den andra strategin är mer möjliggörande och i mindre utsträckning styrande, vilket kan förväntas leda till att delvis olika lösningar provas i skilda kommuner. På längre sikt och i takt med vunna erfarenheter kan olikheter eventuellt jämnas ut.

De två uppläggen som beskrivs anknyter till hur styrningens roll teoretiskt beskrivits som begränsande eller möjliggörande (se Simons 1995; Simons 2000; Adler och Borys 1996; Ahrens och Chapman 2004). Något förenklat handlar begränsande styrsystem om att individer förväntas agera i enlighet med beslut som fattas högre upp i organisationen utan deras inblandning medan styrsystem uppmuntrar individer att vara delaktiga i beslut och processer. Möjliggörande styrning främjar lärande och utveckling i organisationen medan begränsande styrning handlar mer om att säkerställa att instruktioner efterlevs. Olika styrsystem används dock inte isolerat utan tillsammans i olika grad i olika organisationer för att kunna balansera olika målsättningar och förväntningar.

2. Genomförande

2.1 Förutsättningar för genomförande av uppföljningen år 2019

Uppföljningen av samverkansarbetet under avtalets första två år handlade i mycket hög utsträckning om att följa ett rörligt mål som ständigt förändrades. Vårdformen mobilt team började implementeras under 2017 på flera håll i Skåne. Parallellt har skett en kontinuerlig utveckling av arbetsformerna i den nya vårdformen. Detta arbete har fortsatt under 2019.

2.2 Metod

Arbetet med uppföljningen har även under 2019 skett i nära samverkan mellan KEFU och Central Tjänstemannaberedning. Vi har förfinat och återanvänt en del av de uppföljningsverktyg som vi tog fram i uppföljningen för år 2017 och 2018. Det gäller en ny enkät till delregionala samverkansorgan samt nya intervjuer med representanter från utvalda fall. I uppföljningen för år 2019 har vi dessutom arbetat med registerdata där vi jämför utvecklingen över tiden 2017 - 2019.

Liksom tidigare fokuserar uppföljningen att ge en så god bild som möjligt av vårdformens funktion och etablering. Vi har strävat efter såväl bredd som djup i data. Ett viktigt delsyfte tidigare år var att kartlägga framgångsfaktorer för etablering och funktion. I takt med att vårdformen har etablerats har skillnader i organisering och arbetsformer inom Skåne studerats i högre grad. Denna förskjutning har fortsatt under det tredje årets uppföljning där vi också jämför utvecklingen över tiden. För att kartlägga etablering, organisering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam under 2017-2019 har vi använt oss av både kvantitativa och kvalitativa metoder:

- Insamling och deskriptiv statistisk analys av svar på enkät om etablering, organisering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam genom enkät riktad till alla personer som omfattas eller kan komma att omfattas av arbetssättet mobilt vårdteam i Skånes kommuner och Region Skåne under 2017-2018 (se Appendix A).
- Deskriptiv statistisk analys av uppgifter om förekomst från Region Skånes vårdcentraler för 2017-2019.
- Statistisk analys av registerdata från Region Skåne för att studera samvariation mellan grad av implementering per vårdcentral och faktorer som representerar egenskaper hos respektive vårdcentral.
- Analys av uppgifter om förekomst från de skånska kommunerna saknas i årets uppföljning liksom i förra årets uppföljning. Tillgängliga uppgifter om antal inskrivna i vårdformen är osäkra och bedöms inte vara jämförbara mellan kommuner. Kommunförbundet Skåne gjorde ett försök att kartlägga förekomst av vårdformen ur ett kommun-perspektiv genom att skicka en fråga om antal inskrivna till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i respektive kommun per mail under hösten 2017.

Denna data använde vi för att analysera förekomst av vårdformen år 2017 sett ur kommunernas perspektiv. Denna data är dock inte heller komplett eftersom inte alla kommuner svarade på utskicket.

- Kvalitativ analys av fyra fall vad gäller erfarenheter av etablering och funktion som bedömts som särskilt intressanta. Material har insamlats genom intervjuer med sjuksköterskor i kommuner och läkare i Region Skåne.
- Insamling av enkätdata från delregionala samverkansorgan. Syftet var att kartlägga uppfattningar om grad av samverkan samt arbetets inriktning och effekter. Enkäten motsvarar till stora delar den enkätstudie som genomfördes år 2018, vilket möjliggör jämförelser över tiden.

2.3 Data

2.3.1 Enkät till medarbetare

I uppföljningen år ett och två har vi samlat in data om förekomst och erfarenheter från medarbetare inom Region Skåne och de skånska kommunerna som kan komma att arbeta i vårdformen genom en webbenkät. Denna mätning har inte genomförts under tredje årets uppföljning men kommer att göras igen under år fyra. Resultaten från de två gjorda mätningarna redovisas i Appendix A.

2.3.2 Registerdata från primärvården i Region Skåne

I uppföljningen för det tredje året har vi i större utsträckning än de tidigare två åren använt registerdata för att analysera mönster gällande etablering och förekomst av vårdformen:

- Vårdcentralerna i Region Skåne rapporterar varje månad in statistik över antal inskrivna i vårdformen. Denna data har vi haft tillgång till för att analysera förekomst av vårdformen år 2017-2019 sett ur primärvårdens perspektiv.
- Vi har använt information om antal listade som är 75 år eller äldre respektive över 80 år eller äldre per vårdcentral för att skapa ett relativt mått av grad av implementering av vårdformen: **implementeringsgrad uttryckt som andel** inskrivna av alla listade vid vårdcentralerna i de båda åldersgrupperna för åren 2018 och 2019.
- Vi har **analyserat samvariation mellan olika faktorer och implementeringsgrad** per vårdcentral. De olika faktorerna representerar olika egenskaper hos vårdcentraler:
 - o Lokalisering (kommun)
 - o Tillhörighet till delregionalt samverkansorgan
 - o Storlek (antal listade)
 - o Åldersprofil hos listade (andel över 75 år av alla listade)
 - o Genomsnittlig socioekonomisk profil hos listade (CNI)
 - o Genomsnittlig vårdtyngd hos listade (ACG)
 - o Egenskap hos verksamhetschef (läkare eller annan profession)
 - o Privat eller offentlig vårdcentral

- Följsamhet till riktlinjer avseende äldre patienter (vaccinationstäckningsgrad säsongsinfluensa personer över 65 år)
- Grad av kontinuitet gentemot alla patienter (andel patienter som gjort minst tre besök och som fått träffa samma läkare vid minst hälften av besöken)
- Produktion uttryckt som antal besök per alla listade
- Karaktär av producerade besök uttryckt som andelen läkarbesök av alla besök som produceras
- Produktivitet uttryckt som utbetalt belopp viktat besök (läkarbesök = 1, alla andra besök = 0,4)
- Patientnöjdhet som mått på övergripande kvalitet (helhetsintryck enligt NPE)

2.3.3 Data från Skånes kommuner

Som vi rapporterat i delrapporterna för år ett och två saknas registerdata kring antal inskrivna i vårdformen samt genomförda SIPar från kommunernas sida i mycket stor utsträckning. I ett försök att kartlägga detta skickade Kommunförbundet Skåne en fråga om förekomst av vårdformen (antal inskrivna) till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i respektive kommun per mail under hösten 2017. Denna data hade vi tillgång till för att analysera förekomst av vårdformen år 2017 sett ur kommunernas perspektiv. Data var dock inte komplett eftersom inte alla kommuner svarade på utskicket. Under 2018 gjorde den centrala tjänstemannaberedningen en ny insats för att samla in enhetliga data från kommunerna och de lokala samverkansgrupperna om antal inskrivna i vårdformen genom en enkät. Dock har jämförbarheten i de uppgifter som samlats in inte kunnat säkerställas varför denna fråga inte redovisas i 2018 års rapport och inte heller i rapporten detta år.

2.3.4 Kvalitativa fallstudier

I syfte att studera erfarenheter av etablering och funktion samt hur arbetet i de mobila vårdteamen kan fungera har vi gjort fallstudier av några exempel som uppfattats som intressanta. De fallstudier som genomfördes under uppföljningens första år baserades på ett fåtal intervjuer med MAS samt allmänläkare i primärvård i tre fall. Vid val av fall att studera eftersträvade vi en spridning dels geografiskt och dels avseende i vilken utsträckning den nya vårdformen hade etablerats under avtalets första år. I Tomelilla fanns det många inskrivna redan tidigt under 2017. I Kristianstad fanns det inga inskrivna i slutet av 2017. I Höganäs kom arbetet igång under andra halvåret då ganska många skrevs in i vårdformen. Dessa tre fall studerade vi under 2017 (intervjuer i november) och följde upp under 2018 (intervjuer i oktober-november). Vid uppföljningen under 2018 intervjuades MAS och sjuksköterskor som arbetar i teamen. Vi lyckades dock inte boka in tid för intervju med läkare som jobbar i teamen. Under årets uppföljning har vi intervjuat personal i både kommun och primärvård i dessa tre fall (se tabell 2.1).

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

läkare. Uppföljningsintervjuer har gjorts med HS-koordinator samt utvecklingssekreterare vid Malmö stad under vintern 2019/2020.

De fyra fallen som studerats representerar geografisk spridning och spridning avseende tidpunkt då vårdformen började etablerats. Detta innebär i sin tur att sätt att organisera arbetet inom vårdformen har satt sig i olika grad (Högre utsträckning i Tomelilla, Höganäs och Malmö, Lägre utsträckning i Kristianstad). Fallen representerar också en variation i storlek på kommun och därmed antal aktörer som förväntas samverka och samordna sina insatser, där det finns många aktörer i Malmö och Kristianstad och få i Tomelilla och Höganäs. Få aktörer (vilket möjliggör personliga relationer mellan medarbetare i kommun och primärvård) lyftes fram som en framgångsfaktor för god funktion av vårdformen vid intervjuerna samtliga år.

Tabell 2.1 Vilka fall har vi studerat närmare år 2017-2019?

	När började implementering	Antal aktörer	Intervjupersoner år 1	Intervjupersoner år 2	Intervjupersoner år 3
Tomelilla	Tidigt år 1	Få	MAS och allmänläkare	MAS	MAS, 1 ssk ordinärt, 1 ssk särskilt boende, 1 allmänläkare
Höganäs	I slutet av år 1	Få	MAS	MAS och två 2 ssk på särskilt boende	1 ssk särskilt boende, 1 allmänläkare och 1 ssk primärvård
Kristianstad	I mitten av år 3	Många	MAS	MAS	MAS, 1 ssk ordinärt, 2 ssk särskilt boende samt jour, 1 allmänläkare och 1 ssk primärvård
Malmö	I mitten av år 2	Många		2 HS-ambassadörer/koordinatorer, 1 ssk på särskilt boende, 1 ssk och 1 läkare i team för ordinärt boende	1 projekt-koordinator för HS-avtalet, 1 utvecklingssekreterare

2.3.3 Enkätstudie till delregionala samverkansorgan

På samma sätt som under 2018 genomfördes en enkätstudie till tjänstemän i delregionala samverkansorgan. Enkäten skickades ut via mail i februari 2020 till 68 tjänstemän. Sammanlagt analyserades 23 inkomna enkätsvar från regionfinansierad hälso- och sjukvård och 21 svar från kommunala tjänstemän, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 65 procent vilket är högre än för 2018 års enkät. Även om den generella svarsfrekvensen är god jämfört med vad som förväntas för denna typ av undersökning finns stora variationer mellan olika

regionala samverkansorganen (se tabell 2.2). I ett fall (Sydost) har dessutom kontaktuppgifterna till tjänstemän inte varit kompletta vid utskick av enkäten. Dessa brister i underlaget innebär att särskilt skillnader mellan delregionala samverkansorgan är osäkra och ska tolkas försiktigt. I vår redovisning av resultaten jämförs i första hand resultaten för kommuner respektive Region Skåne samt för Malmö respektive övriga delregionala samverkansorgan som grupp.

Tabell 2.2. Enkätutskick år 2020 till tjänstemän i olika delregionala samverkansorgan.

Totalt	68	44 (65%)
Malmö	9	8
Mellersta	14	6
Nordost	15	7
Nordväst	16	11
Sydost	8	8
Sydväst	6	4

Enkäten är i huvudsak densamma som år 2018 vilket möjliggör övergripande jämförelse över tid. Frågorna baseras dels på samma frågor om samverkansgrad som ställs till vårdteamen, dels på frågor om arbetets effekter på samverkan i stort respektive etablering av vårdformen mobilt vårdteam samt önskvärda förutsättningar för det fortsatta arbetet.

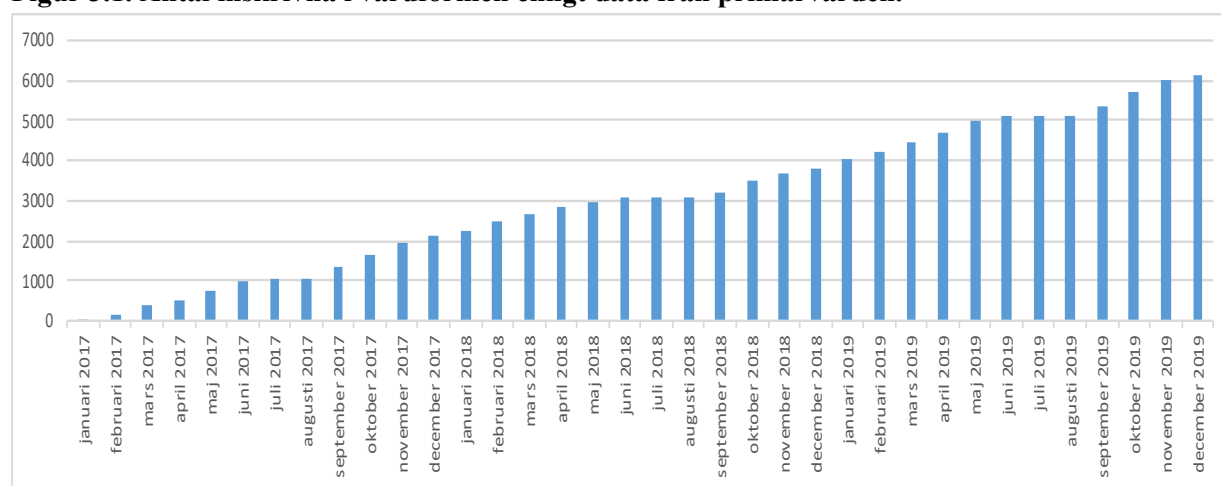
3. Etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam

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

3.1.1 Analys av 2017-2019 års data

Registerdata från primärvården visar att antalet inskrivna i vårdformen ökat kontinuerligt (figur 3.1). I december 2017 var 2 104 personer inskrivna, vilket kan jämföras med 3 798 och 6 101 personer samma månad 2018 respektive 2019. Det finns dock stora variationer mellan vårdcentralerna. Antalet vårdcentraler med åtminstone någon inskriven i vårdformen var 76 stycken i december 2017, 101 stycken i december 2018 och 128 stycken i december 2019. Vid 22 av de vårdcentraler som skrivit in åtminstone någon patient fanns det samtidigt färre än 10 inskrivna personer i december 2019. Vid 14 vårdcentraler⁴ fanns det 100 eller fler inskrivna personer i december 2019 och vid dessa återfanns totalt en tredjedel av samtliga inskrivna. I december 2018 utgjorde antalet inskrivna vid 10 av vårdcentralerna⁵ en tredjedel av de inskrivna personerna totalt sett.

Figur 3.1. Antal inskrivna i vårdformen enligt data från primärvården.



Enligt registerdata från primärvården finns det inskrivna personer i vårdformen vid vårdcentraler lokaliserade i 31 av de 33 skånska kommunerna i december 2019. Variationen har minskat men är fortsatt stor där vårdformen är etablerad i någon utsträckning: Vid vårdcentralerna som är lokaliserade i Malmö är sammanlagt närmare 1 200 personer

⁴ Dessa var Vårdcentralen Södervärn, Näsets Läkargrupp, Capio Vårdcentral Simrishamn, Vårdcentralen Knislinge, Vårdcentralen Ystad, Sveakliniken Svedala, Vårdcentralen Råå, Vårdcentralen Granen, Läkargruppen Munka-Ljungby, HMC Staffanstorp, Vårdcentralen Hörby, Vårdcentralen Kärråkra, Capio Göingekliniken, Vårdcentralen Landborgen. Vid Vårdcentralen Södervärn i Malmö är 252 personer inskrivna i december 2019, vilket förklaras av att denna vårdcentral ansvarar för hembesök till alla personer i ordinärt boende som skrivs in i vårdformen i Malmö.

⁵ Dessa var Capio Simrishamn, Näsets Läkargrupp, Vårdcentralen Ystad, Vårdcentralen Knislinge, Sveakliniken i Svedala, Vårdcentralen Råå, Läkargruppen Munka-Ljungby, Vårdcentralen Södervärn, Capio Nova Sjöstad och Vårdcentralen Sjöcrona.

inskrivna, i Helsingborg närmare 600 och i Lund drygt 400. I Eslöv, Hässleholm, Kristianstad, Landskrona, Vellinge, Trelleborg, Ystad och Simrishamn finns det mellan 200 och 300 sammanlagt inskrivna vid vårdcentralerna i respektive kommun. I Höganäs, Hörby, Staffanstorps, Svedala, Tomelilla, Ängelholm och Östra Göinge är mellan 100 och 200 personer sammanlagt inskrivna vid vårdcentralerna. I Bjuv, Burlöv, Båstad, Höör, Klippan, Kävlinge, Lomma, Osby, Sjöbo, Skurup, Svalöv, Åstorp och Örkelljunga är färre än sammanlagt 100 personer inskrivna vid vårdcentralerna. Notera att detta är absoluta tal och att hänsyn inte är tagen till skillnader i demografi mellan kommunerna eller vårdcentralers storlek. Vid vårdcentraler i två kommuner, Bromölla och Perstorp, finns inte någon inskriven i december 2019. Enligt företrädare för dessa kommuner har arbetet med vårdformen kommit igång under våren 2020; i det ena fallet har patienter skrivits in under våren och i det andra fallet har rutiner och processer för att påbörja inskrivning tagits fram.

3.1.2 Sammanfattat om etablering under perioden 2017-2018

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

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

Data från vår enkät från 2018 samt registerdata från primärvården för december 2018 visade att etableringen av vårdformen fortsatte under avtalets andra år:

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

Registerdata från primärvården för december 2019 visade att etableringen av vårdformen fortsatte ytterligare under avtalets tredje år:

- I december 2019 fanns vårdformen etablerad i någon utsträckning vid drygt 80 procent av Region Skånes vårdcentraler enligt registerdata primärvården.
- Vårdformen är etablerad i någon utsträckning vid vårdcentraler lokaliserade i alla Skånes kommuner utom två.
- Variationen avseende i vilken utsträckning som vårdformen var etablerad har minskat men är fortsatt stor. Antalet inskrivna vid Skånes vårdcentraler varierade mellan 0 och 252 (vid Vårdcentralen Södervärn, se fotnot 4) och aggregat till kommunnivå mellan 0 och 1194 (Malmö).
- Fullständig data från kommunerna saknades fortfarande.

3.2 Vad samvarierar med av grad etablering enligt analys av registerdata?

3.2.1 Deskriptiv analys

I tabell 3.1-3.6 redovisas antalet inskrivna per vårdcentral som en **andel** av alla listade patienter som är 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre för åren 2018 och 2019. Först redovisas genomsnittlig andel för alla vårdcentraler i respektive delregionalt samverkansorgan. Därefter redovisas genomsnittlig andel för alla vårdcentraler i respektive kommun. Till sist redovisas genomsnittlig andel för alla vårdcentraler uppdelat på offentliga och privata vårdgivare. I denna deskriptiva analys på aggregerad nivå ingår samtliga skånska vårdcentraler respektive år.

Analysen visar att

- i genomsnitt är 4,7 procent av alla listade vid vårdcentralerna som är 75 år eller äldre och 8,6 procent av alla listade som är 80 år eller äldre inskrivna i vårdformen;
- andelen inskrivna är högre än genomsnittet vid vårdcentraler i de geografiska områden som tillhör de delregionala samverkansorganen sydväst, sydost och mellersta:
- andelen inskrivna är högre vid offentliga än privata vårdcentraler

Tabell 3.1. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 75 år eller äldre uppdelat på delregionalt samverkansorgan.

	2018		2019	
Delregionalt samverkansorgan	Andel	Antal VC	Andel	Antal VC
VC i Malmö	1,4%	31	4,5%	34
VC i Mellersta	3,2%	27	5,6%	33
VC i Nordost	2,1%	25	3,8%	25
VC i Nordväst	3,2%	43	3,9%	39
VC i Sydost	7,9%	13	6,1%	13
VC i Sydväst	6,4%	9	6,8%	9
Totalt (alla VC)	3,2%	148	4,7%	153

Tabell 3.2. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 80 år eller äldre uppdelat på delregionalt samverkansorgan.

	2018		2019	
Delregionalt samverkansorgan	Andel	Antal VC	Andel	Antal VC
VC i Malmö	2,3%	31	7,8%	34
VC i Mellersta	6,0%	27	10,7%	33
VC i Nordost	3,6%	25	6,6%	25
VC i Nordväst	5,6%	43	7,0%	39
VC i Sydost	14,1%	13	11,0%	13
VC i Sydväst	12,3%	9	12,6%	9
Totalt (alla VC)	5,8%	148	8,6%	153

Tabell 3.3. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 75 år eller äldre uppdelat på vårdcentralens lokalisering (kommun).

Lokalisering	2018		2019	
	Andel	Antal VC	Andel	Antal VC
VC i Ängelholm	3,5%	5	3,3%	5
VC i Åstorp	0,9%	2	4,0%	2
VC i Båstad	0,0%	3	1,3%	3
VC i Bjuv	7,3%	3	7,0%	3
VC i Bromölla	0,0%	2	0,0%	2
VC i Burlöv	4,0%	1	4,7%	1
VC i Eslöv	5,1%	4	6,8%	4
VC i Hässleholm	2,9%	8	4,2%	8
VC i Helsingborg	2,9%	18	4,0%	19
VC i Höganäs	5,4%	2	4,6%	2
VC i Höör	6,8%	1	5,6%	1
VC i Hörby	6,6%	1	8,9%	1
VC i Kävlinge	1,3%	2	2,4%	2
VC i Klippan	0,8%	3	0,9%	3
VC i Kristianstad	0,5%	10	3,2%	10
VC i Landskrona	2,2%	4	5,0%	4
VC i Lomma	3,9%	3	7,3%	3
VC i Lund	2,6%	13	4,5%	13
VC i Malmö	1,4%	31	4,5%	34
VC i Örkelljunga	7,7%	2	6,9%	2
VC i Osby	0,6%	2	4,3%	2
VC i Östra Göinge	10,9%	2	10,2%	2
VC i Perstorp	0,0%	1	0,0%	1
VC i Simrishamn	8,5%	3	6,7%	3
VC i Sjöbo	3,3%	2	2,4%	2
VC i Skurup	4,2%	2	3,3%	2
VC i Staffanstorps	1,0%	2	9,1%	3
VC i Svalöv	6,1%	1	6,2%	1
VC i Svedala	9,6%	2	10,4%	2
VC i Tomelilla	12,0%	3	9,1%	3
VC i Trelleborg	5,5%	5	6,1%	5
VC i Vellinge	5,3%	2	4,8%	2
VC i Ystad	8,7%	3	6,7%	3
Totalt (alla VC)	3,2%	148	4,7%	153

Tabell 3.4. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 80 år eller äldre uppdelat på vårdcentralens lokalisering (kommun).

Lokalisering	2018		2019	
	Andel	Antal VC	Andel	Antal VC
VC i Ängelholm	5,9%	5	6,0%	5
VC i Åstorp	1,7%	2	7,8%	2
VC i Båstad	0,0%	3	2,3%	3
VC i Bjuv	13,5%	3	13,9%	3
VC i Bromölla	0,0%	2	0,0%	2
VC i Burlöv	6,9%	1	8,0%	1
VC i Eslöv	9,8%	4	12,6%	4
VC i Hässleholm	5,1%	8	7,3%	8
VC i Helsingborg	5,1%	18	7,0%	19
VC i Höganäs	10,0%	2	8,6%	2
VC i Höör	11,7%	1	9,7%	1
VC i Hörby	10,4%	1	14,2%	1
VC i Kävlinge	2,5%	2	4,7%	2
VC i Klippan	1,4%	3	1,5%	3
VC i Kristianstad	0,9%	10	5,5%	10
VC i Landskrona	3,9%	4	9,8%	4
VC i Lomma	7,9%	3	15,3%	3
VC i Lund	4,7%	13	8,5%	13
VC i Malmö	2,3%	31	7,8%	34
VC i Örkelljunga	13,6%	2	12,6%	2
VC i Osby	1,1%	2	7,2%	2
VC i Östra Göinge	18,9%	2	18,4%	2
VC i Perstorp	0,0%	1	0,0%	1
VC i Simrishamn	14,7%	3	12,2%	3
VC i Sjöbo	5,9%	2	4,4%	2
VC i Skurup	7,6%	2	6,1%	2
VC i Staffanstorps	1,9%	2	17,8%	3
VC i Svalöv	10,7%	1	11,2%	1
VC i Svedala	18,9%	2	19,4%	2
VC i Tomelilla	22,4%	3	17,0%	3
VC i Trelleborg	10,3%	5	11,1%	5
VC i Vellinge	10,4%	2	9,8%	2
VC i Ystad	14,9%	3	11,5%	3
Totalt (alla VC)	5,8%	148	8,6%	153

Tabell 3.5. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 75 år eller äldre uppdelat på privat/offentlig regi.

	2018		2019	
	Andel	Antal VC	Andel	Antal VC
Offentliga VC	3,4%	84	5,7%	84
Privata VC	3,0%	64	3,6%	69
Totalt (alla VC)	3,2%	133	4,7%	153

Tabell 3.6. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 80 år eller äldre uppdelat på privat/offentlig regi.

	2018		2019	
	Andel	Antal VC	Andel	Antal VC
Offentliga VC	6,1%	84	10,0%	84
Privata VC	5,4%	64	6,9%	69
Totalt (alla VC)	5,8%	148	8,6%	153

3.2.2 Regressionsanalys med hänsyn till VC-egenskaper och delregion

I regressionsanalyserna i detta avsnitt (tabell 3.7-3.8) redovisas resultat från regressionsanalyser av andelen inskrivna bland listade som är 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre vid respektive vårdcentral med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt vilket delregionalt samverkansorgan som vårdcentralen tillhör. Övergripande kan noteras att förklaringsgraden i respektive regressionsmodell (justerat R^2 ⁶) är låg, vilket betyder att de faktorer som inkluderas i analysen endast förklarar en liten del av variationen i implementeringsgrad. Antalet observationer (N) i varje modell är 268. Varje års data (2018 och 2019) för respektive vårdcentral räknas som en observation. Utöver att vårdcentraler har exkluderats i analyserna på grund av ofullständiga data har Vårdcentralen Södervärn exkluderats eftersom den utgör ett extremfall.

Analyserna visar att det finns en positiv samvariation mellan andelen inskrivna vid vårdcentralerna och

- att tillhöra samverkansorgan sydost och sydväst;
- tid i meningen att det är en väsentligt högre andel inskrivna 2019 jämfört med 2018;

⁶ R^2 -värdet förklarar hur mycket av variationen (variansen) i andel inskrivna som kan förklaras av de oberoende variablerna som ingår i modellen. För varje oberoende variabel redovisas regressionskoefficienten (standardiserat beta-värde) och signifikansnivå (p-värde). Regressionskoefficienten visar vilken samvariation som finns mellan de olika egenskaperna hos vårdcentralerna samt vilken delregion de tillhör och andel inskrivna. En positiv koefficient indikerar en positiv samvariation vilket innebär att när den oberoende variabeln ökar så ökar också andelen inskrivna. En negativ koefficient indikerar en negativ samvariation. Enkelt uttryckt samvarierar den variabel med högst värde på regressionskoefficienten i störst utsträckning med andelen inskrivna.

- att verksamhetschefen är läkare (endast signifikant på 10% nivå).

Analyserna visar att det finns en negativ samvariation mellan andelen inskriva vid vårdcentralerna och

- antal listade i meningen att större vårdcentraler tenderar att ha en lägre andel inskrivna;
- att vårdcentralen drivs i privat regi, vilket betyder att privata vårdcentraler har en lägre andel inskrivna.

Analyserna visar att det inte föreligger någon statistiskt säkerställd samvariation mellan andelen inskrivna vid vårdcentralerna och

- egenskaper i den listade befolkningen, dvs andelen äldre listade, genomsnittlig vårdtyngd mätt med ACG och genomsnittlig socioekonomisk profil bland listade mätt med CNI;
- följsamhet till riktlinjer för omhändertagande av äldre mätt som andel äldre som vaccineras mot säsongsinfluensa;
- grad av kontinuitet i kontakter med alla patienter;
- olika mått på produktion och produktivitet;
- patientupplevd kvalitet.

Tabell 3.7. Regressionsmodell: analys av andel inskrivna vid vårdcentralerna som är 75 år eller äldre med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt delregion.

	Stand. Beta	Sig.
(Constant)		.273
Storlek (Antal_listade)	-.150	.035
Andel_listade_over75	-.121	.268
CNI	-.042	.614
ACG	.126	.205
Chef_lakare (1=ja)	.111	.073
Privat (1=ja)	-.156	.014
Kontinuitet_process	.004	.954
Andel_vaccinerade	.023	.777
Oviktade_besök_per_listad	-.001	.992
Andel_läkarbesök_av_alla_besök	-.102	.185
Utbet_ers_per_viktat_besök	.039	.728
HelhetsintryckNPE	-.095	.155
Mellersta	.072	.329
Nordost	-.067	.335
Sydost	.217	.001
Sydväst	.169	.010
Malmö	-.085	.269
ÅR2019	.141	.037
a Beroende variabel: Andel_inskrivna_75elleräldre		
Justerat R2 = .123, N=288 vårdcentraler (Södervärn exkluderad)		

Tabell 3.8. Regressionsmodell: analys av andel inskrivna vid vårdcentralerna som är 80 år eller äldre med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt delregion.

	Stand. Beta	Sig.
(Constant)		.264
Storlek (Antal_listade)	-.173	.015
Andel_listade_over75	-.151	.168
CNI	-.052	.531
ACG	.141	.156
Chef_lakare (1=ja)	.088	.153
Privat (1=ja)	-.130	.039
Kontinuitet_process	.004	.953
Andel_vaccinerade	.031	.697
Oviktade_besök_per_listad	-.036	.751
Andel_läkarbesök_av_alla_besök	-.112	.144
Utbet_ers_per_viktat_besök	.012	.917
HelhetsintryckNPE	-.080	.232
Mellersta	.092	.206
Nordost	-.075	.276
Sydost	.212	.001
Sydväst	.190	.004
Malmö	-.079	.305
ÅR2019	.149	.027
Beroende variabel: Andel_inskrivna_80årelleräldre		
Justerat R2 = .128, N=278 vårdcentraler (Södervärn exkluderad)		

3.2.3 Regressionsanalys med hänsyn till VC-egenskaper och lokalisering (kommun)

I regressionsanalyserna i detta avsnitt (tabell 3.9-3.10) redovisas resultat från regressionsanalyser av andelen inskrivna bland listade som är 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre vid vårdcentralerna med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt i vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad. Övergripande kan noteras att förklaringsgraden i respektive regressionsmodell (justerat R²) är högre än för modellerna med delregionalt samverkansorgan men fortsatt låg. Antalet observationer (N) i varje modell är 268 vårdcentraler även i dessa modeller. Notera att vi redovisar regressionsmodellerna utan kommuner i tabellerna eftersom de i annat fall blir allt för skrymmande. De fullständiga tabellerna redovisas i Appendix B.

Analyserna visar att det finns en positiv samvariation mellan andelen inskrivna vid vårdcentralerna och

- tid i meningen att det är en väsentligt högre andel inskrivna 2019 jämfört med 2018;
- lokalisering i Eslöv, Östra Göinge, Simrishamn, Ystad, Tomelilla, Bjuv, Lomma, Örskelljunga, Staffanstorps, Svedala, och Trelleborg.

Analyserna visar att det finns en negativ samvariation mellan andelen inskrivna vid vårdcentralerna och

- antal listade i meningen att större vårdcentraler tenderar att ha en lägre andel inskrivna (endast bland personer som är 80 eller äldre och endast signifikant på 10% nivå);
- att vårdcentralen drivs i privat regi.

Analyserna av egenskaper och vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad i visar att det inte föreligger någon statistiskt säkerställd samvariation mellan andelen inskrivna och

- egenskaper i den listade befolkningen, dvs andelen äldre listade, genomsnittlig vårdtyngd mätt med ACG och genomsnittlig socioekonomisk profil bland listade mätt med CNI;
- följsamhet till riktlinjer för omhändertagande av äldre mätt som andel äldre som vaccinerats mot säsongsinfluensa;
- grad av kontinuitet i kontakter med alla patienter;
- olika mått på produktion och produktivitet;
- patientupplevd kvalitet;
- ifall verksamhetschefen är läkare eller har annan professionell bakgrund.

Tabell 3.9. Regressionsmodell: analys av andel inskrivna vid vårdcentralerna som är 75 år eller äldre med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt lokalisering (se appendix B för fullständig modell).

	Stand. Beta	Sig.
(Constant)		.536
Storlek (Antal_listade)	-.107	.156
Andel_listade_over75	-.159	.189
CNI	-.089	.292
ACG	.110	.293
Chef_lakare (1=ja)	.076	.211
Privat (1=ja)	-.193	.003
Kontinuitet_process	.034	.615
Andel_vaccinerade	.006	.946
Oviktade_besök_per_listad	.096	.431
Andel_läkarbesök_av_alla_besök	-.053	.488
Utbet_ers_per_viktat_besök	.107	.363
HelhetsintryckNPE	-.107	.137
ÅR2019	.155	.024
Beroende Variabel: Andel_inskrivna_75årelleräldre		
Justerat R2 = .215, N=268 vårdcentraler (Södervärn exkluderad)		

Tabell 3.10. Regressionsmodell: analys av andel inskrivna vid vårdcentralerna som är 80 år eller äldre med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt lokalisering (se appendix B för fullständig modell).

	Stand. Beta	Sig.
(Constant)		.550
Storlek (Antal_listade)	-.132	.076
Andel_listade_over75	-.187	.120
CNI	-.094	.266
ACG	.129	.213
Chef_lakare (1=ja)	.046	.446
Privat (1=ja)	-.166	.010
Kontinuitet_process	.041	.542
Andel_vaccinerade	.011	.892
Oviktade_besök_per_listad	.065	.594
Andel_läkarbesök_av_alla_besök	-.062	.419
Utbet_ers_per_viktat_besök	.088	.451
HelhetsintryckNPE	-.095	.182
ÅR2019	.162	.017
Beroende Variabel: Andel_inskrivna_80årelleräldre		
Justerat R2 = .226, N=268 vårdcentraler (Södervärn exkluderad)		

3.2.4 Sammanfattat om samvariation mellan grad av implementering och olika faktorer

Vår analys av registerdata för samtliga vårdcentraler i Skåne visar att antalet inskrivna per vårdcentral som en **andel** av alla listade patienter som är 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre för åren 2018 och 2019 varierar. En markant ökning av antalet och andelen inskrivna syns mellan 2018 och 2019. *I genomsnitt är 3,3 procent respektive 4,7 procent av alla listade som är 75 år eller äldre inskrivna under 2018 respektive 2019. Motsvarande siffror för alla listade som är 80 år eller äldre är 5,8 procent respektive 8,6 procent.* Denna andel varierar stort mellan enskilda vårdcentraler och mellan grupper av vårdcentraler med hänsyn till i vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad, vilket delregionalt samverkansorgan den omfattas av och ifall den drivs i privat eller offentlig regi. *Vårdcentralerna som tillhör samverkansorganen i Sydost och Sydväst har en högre andel inskrivna under både 2018 och 2019 jämfört med vårdcentraler i andra samverkansorgan.* Detta samband kvarstår i regressionsanalyserna då vi tar hänsyn till ytterligare faktorer. Noteras bör dock att andelen inskrivna sjönk mellan 2018 och 2019 i sydost. Vad gäller andelen som är 80 år eller äldre ligger även vårdcentraler som tillhör samverkansorganet mellersta högre under 2019. *Den största ökningen av andelen inskrivna mellan 2018 och 2019 har däremot skett i Malmö.*

Privata vårdcentraler har i genomsnitt en lägre andel inskrivna än offentliga vårdcentraler. Denna skillnad har förstärkts mellan år 2018 och 2019. Sambandet kvarstår även då hänsyn tas till genomsnittlig vårdtyngd och andra faktorer för vårdcentralerna i våra regressionsanalyser. *Det finns dock privata vårdcentraler men betydligt högre andel inskrivna än genomsnittet*, såsom Capios vårdcentraler i Tomelilla, Simrishamn, Ystad och Östra Göinge, Garnisonens läkargrupp i Helsingborg, Hälsomedicinskt center i Lomma och Landskrona, Läkargruppen Munka-Ljungby i Ängelholm, Solklart Vård i Bjuv och Örkelljunga samt och Sveakliniken i Svedala.

Våra analyser visar att det finns en positiv samvariation mellan andelen inskrivna vid vårdcentralerna och lokalisering i någon av kommunerna Eslöv, Östra Göinge, Simrishamn, Ystad, Tomelilla, Bjuv, Lomma, Örkelljunga, Staffanstorp, Svedala, och Trelleborg. *Flera av de kommuner där vårdcentralerna har en signifikant högre andel inskrivna än genomsnittet tillhör ett delregionalt samverkansorgan med stor andel inskrivna totalt sett men det finns exempel på sådana kommuner i samtliga delregioner (tabell 3.11).* De kommuner där vårdcentraler har en hög andel inskrivna och samtidigt tillhör ett delregionalt samverkansorgan med en låg andel inskrivna är intressanta att studera vidare för att se vilka faktorer som bidragit till att implementera vårdformen.

Tabell 3.11. Genomsnittlig andel inskrivna av listade vid vårdcentralerna (VC) som är 75 respektive 80 år eller äldre uppdelat på lokalisering och delregion.

Andel inskrivna år 2019					
Delregionalt samverkansorgan	Andel 75+	Andel 80+	Lokalisering av VC	Andel 75+	Andel 80+
Malmö	4,5%	7,8%	VC i Malmö	4,5%	7,8%
Mellersta	5,6%	10,7%	VC i Burlöv	4,7%	8,0%
			VC i Eslöv	6,8%	12,6%
			VC i Höör	5,6%	9,7%
			VC i Hörby	8,9%	14,2%
			VC i Kävlinge	2,4%	4,7%
			VC i Landskrona	5,0%	9,8%
			VC i Lomma	7,3%	15,3%
			VC i Lund	4,5%	8,5%
			VC i Staffanstorps	9,1%	17,8%
			VC i Svalöv	6,2%	11,2%
Nordöstra	3,8%	6,6%	VC i Bromölla	0,0%	0,0%
			VC i Hässleholm	4,2%	7,3%
			VC i Kristianstad	3,2%	5,5%
			VC i Osby	4,3%	7,2%
			VC i Östra Göinge	10,2%	18,4%
			VC i Perstorp	0,0%	0,0%
Nordvästra	3,9%	7,0%	VC i Ängelholm	3,3%	6,0%
			VC i Åstorp	4,0%	7,8%
			VC i Båstad	1,3%	2,3%
			VC i Bjuv	7,0%	13,9%
			VC i Helsingborg	4,0%	7,0%
			VC i Höganäs	4,6%	8,6%
			VC i Klippan	0,9%	1,5%
			VC i Örkelljunga	6,9%	12,6%
Sydöstra	6,1%	11,0%	VC i Simrishamn	6,7%	12,2%
			VC i Sjöbo	2,4%	4,4%
			VC i Skurup	3,3%	6,1%
			VC i Tomelilla	9,1%	17,0%
			VC i Ystad	6,7%	11,5%
Sydvästra	6,8%	12,6%	VC i Svedala	10,4%	19,4%
			VC i Trelleborg	6,1%	11,1%
			VC i Vellinge	4,8%	9,8%
Total	4,7%	8,6%	Totalt (alla VC)	4,7%	8,6%

I vilken kommun som vårdcentraler är lokaliserade samt vilket delregionalt samverkansorgan de tillhör tycks förklara mer av variationen i andel inskrivna bland vårdcentralerna än egenskaper hos individuella vårdcentraler. Vi finner en negativ samvariation mellan storlek, mätt som antal listade, och andelen inskrivna bland listade som är 75 eller äldre respektive 80 år eller äldre. Det betyder att större vårdcentraler tenderar att skriva in en lägre andel i den aktuella åldersgruppen i vårdformen. Däremot ser vi ingen samvariation mellan egenskaper i den listade befolkningen, mätt som andelen äldre listade, genomsnittlig vårdtyngd (ACG) eller genomsnittlig socioekonomisk profil bland listade (CNI) och andelen inskrivna.

Utöver totalt antal listade och privat eller offentlig regi ser vi över huvud taget generellt liten eller ingen samvariation mellan egenskaper hos individuella vårdcentraler och andelen inskrivna (vi finner en positiv samvariation på 10%-nivån mellan andelen inskriva och att verksamhetschefen är läkare i en av fyra modeller). De faktorer som speglar hur arbetet bedrivs vid vårdcentralerna är inte statistiskt signifikanta i någon av våra modeller: Vi ser ingen samvariation mellan andelen inskrivna och följsamhet till riktlinjer för omhändertagande av äldre mätt som andel äldre som vaccineras mot säsongsinfluensa eller grad av kontinuitet i kontakter med alla patienter. Vi ser heller ingen samvariation mellan andelen inskrivna och något av våra mått på produktion eller produktivitet vid vårdcentralerna. Avslutningsvis syns heller ingen samvariation mellan andelen inskrivna i de aktuella åldersgrupperna och patientupplevd kvalitet.

3.3 Vad vet vi om vårdformens funktion baserat på enkätdata?

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

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

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

- Det fortsatt fanns goda rutiner vad gäller vilka aktörer som medverkar och att rätt blankett nu användes i större utsträckning.

- Samsyn gällande frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam *ökade* under avtalets andra år.
- En något lägre andel tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten under avtalets andra år.
- Arbete i vårdformen leder till att det görs fler SIPar. En större andel (49% jämfört med 38%) bland de som svarade 2018 ansåg att vårdformen leder förbättrad kvalitet och ändamålsenlighet i SIPar.
- Resultaten om vårdformens funktion, baserat på enkäten som gjord inom ramen för denna rapport, ligger i linje med vad som framkom i fritextsvar i svar på den enkät som centrala tjänstemannaberedningen riktat till kommunerna och de lokala samverkansorganen under året.

Se Appendix A för en fullständig redovisning av enkätsvar avseende etablering och funktion under avtalets första två år.

4. Lärdomar om etablering och funktion från intressanta exempel

4.1 Urval av fall och frågor vid intervjuerna

I syfte att studera erfarenheter av etablering och funktion samt hur arbetet i de mobila vårdteamen kan fungera har vi gjort fallstudier av några exempel som uppfattats som intressanta. Vi har studerat fyra fall: Tomelilla, Höganäs, Kristianstad och Malmö. De fyra fallen representerar geografisk spridning och spridning avseende tidpunkt då vårdformen började etablerats. Detta innebär i sin tur att sätt att organisera arbetet inom vårdformen har etablerat sig i olika grad (Högre utsträckning i Tomelilla, Höganäs och Malmö, Lägre utsträckning i Kristianstad). Fallen representerar också en variation i storlek på kommun och därmed antal aktörer som förväntas samverka och samordna sina insatser. Det finns många aktörer i särskilt Malmö men även i Kristianstad och få i Tomelilla och Höganäs.

Vi har genomfört intervjuer med personer som arbetar i vårdformen (läkare i primärvård och sjuksköterskor i kommunerna) samt personer som arbetar med vårdformen på en mer övergripande nivå i respektive kommun (MAS och/eller HS-koordinator) (se tabell 2.1). Vid intervjuerna har vi fokuserat på vårdformens etablering, funktion och konsekvenser för berörda medarbetare, de inskrivna personerna och deras anhöriga. Vi har ställt öppna frågor där intervjupersoner har ombetts reflektera över:

- sina erfarenheter av vårdformen överlag;
- hur själva etableringen eller införandet av vårdformen gått till;
- vilken typ av stöd (om något) de har fått något stöd för att etablera vårdformen;
- vad som fungerar bra och mindre bra vad gäller både etablering och funktion/arbetsätt;
- konsekvenser av vårdformen för patienter, anhöriga och medarbetare som arbetar i vårdformen;
- om det finns en gemensam uppfattning om målet med vårdformen som delas av medarbetare i kommun och primärvård och vad är den i så fall;
- hur läkarstödet organiseras och hur det idealt skulle organiseras;
- tankar om hur vårdformen och samverkan kan utvecklas och/eller förändras.

4.2 Observationer från intervjuerna

4.2.1 Övergripande observationer

En första övergripande observation är att det är svårt att identifiera effekter av vårdformen. En anledning är att andra förändringar som rör samma patientgrupp har skett under samma tidsperiod som vårdformen har etablerats. Den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har till exempel inneburit mycket större konsekvenser för medarbetare i kommuner och regionen än vad HS-avtalet har gjort. Det menar åtminstone samtliga intervjuade personer. Det var genomgående svårt för de intervjuade personerna att hålla isär konsekvenser av vårdformen och de andra förändringar som skett – såväl i termer av ändrade arbetsformer som i termer av konsekvenser för patienter. Samtidigt menade många intervjuade att den nya vårdformen inte lett till några förändringar alls för patienter eller medarbetare.

En andra övergripande observation är att eftersom arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat blir lokala förutsättningar helt avgörande för att vårdformen ska fungera. De intervjuade personerna menade att informella faktorer – främst upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommun och primärvård och kontinuitet i läkarkontakter sedan tidigare – är mera betydelsefulla i det vardagliga arbetet med patienter än formella (HS-)avtal. Många menade att där det fungerat väl tidigare fungerar det väl nu också. Avtalet har i dessa fall mest inneburit onödig administration. På samma sätt menade andra att där det inte fungerade tidigare fungerar det inte nu heller. Ett nytt avtal löser i sig inte brist på läkarresurser eller skapar goda relationer. Där samverkan sedan tidigare fungerat väl efterfrågas heller inte formella strukturer och rutiner i samma utsträckning eller av samma anledning som där samverkan sedan tidigare inte har fungerat väl. I den mån formella strukturer och rutiner efterfrågas där samverkan fungerar väl är det mot bakgrund att det finns en risk att vården blir ojämlig i Skåne då olika lösningar implementeras på olika ställen. I den mån formella strukturer och rutiner efterfrågas där samverkan fungerar mindre väl är det för att kompensera för brist på goda och personliga relationer och arbetssätt, som i högre utsträckning bygger på informella rutiner. Formella strukturer och rutiner efterfrågas alltså i de fall som personliga relationer inte räcker till.

En tredje övergripande observation, som följer av den andra observationen, är att det finns flera olika sätt att ta sig an etableringen av vårdformen. Detta hänger samman med att en nyckel till att lyckas med att etablera vårdformen och fylla den med ett innehåll som gagnar patient och anhöriga är att bygga på det som redan är etablerat lokalt, enligt de intervjuade. Flexibilitet och en hög grad av decentralisering i beslutsfattande kring hur vårdformen ska etableras blir då viktigt. Samtidigt innebär detta att variationen i regionen riskerar att bli så stor att skåningarna erbjuds olika vård beroende på var de bor.

En fjärde övergripande observation är att samtliga intervjuade medarbetare i kommun och primärvård tycker att vårdformen i sig innebär ett bra sätt att ta omhand patienter i den aktuella gruppen. Detta gäller oavsett ifall implementering har lett till några förändringar i praktiken eller inte.

4.2.2 Vad samvarierar med av grad etablering enligt analys av intervjudata?

Resultaten visar också såväl etablering och funktionen av vårdformen förenklas om det finns en utsedd koordinator som driver arbetet och känner att hen äger agendan för utvecklingen (MAS i Höganäs, HS-ambassadörer i Malmö). På samma sätt försvåras etablering och funktion där det inte finns någon som äger agendan (Kristianstad).

I Tomelilla byggde man på det som fanns sedan tidigare och skrev in patienter löpande med start redan 2017. Sjuksköterskor i kommunen och läkare i primärvården skrev in patienter i både ordinärt och särskilt boende i samband med en redan upparbetad rutin kring årliga genomgångar av vårdplaner för sköra äldre patienter. Här skrevs i princip alla i målgruppen in reda första året. Samsynen mellan medarbetare i kommun och primärvård kring hur vården för de aktuella patienterna bör bedrivas, inklusive utformning av läkarstöd, var i det närmaste

fullständig. Kommunens medarbetare är nöjda med att det är en läkare från varje vårdcentral som är avsatt till arbetet. Från primärvårdens sida menade de att problem med undanträngning för andra patientgrupper då de avsätter en hel läkarresurs till att arbeta i vårdformen är ett relativt litet problem. Den intervjuade läkaren menade att *”Om vi har en läkare avsedd till detta tas den ju helt upp. Men detta är ju egentligen vårt viktigaste uppdrag. Så det är rätt prioriterat. Men det kräver en viss volym. Malmö har stora volymer med olika områden. Om det ska tillämpas i andra områden måste flera vårdcentraler samverka.”*

Också i Höganäs byggde man på det som fanns sedan tidigare och skrev in undan för undan med start redan första året. I Höganäs började sjuksköterskor i kommunen och läkare i primärvården att skriva in patienter i särskilt boende varje vecka i samband med att läkare från primärvården gjorde rond eftersom de hade en fungerande rutin för samverkan där. Tanken var att sedan skala upp etableringen till patienter i ordinärt boende men detta har inte skett då primärvården inte kan säkerställa kontakt med läkare inom utlovad tid (två timmar). Bilden av att det är brist på läkare i primärvård som hindrar en vidare etablering av vårdformen var samstämmig mellan medarbetare i kommun och primärvård. Från kommunens sida efterfrågades en samordnad kontakt med läkare och från primärvårdens sida menade man att resurserna inte räcker till för att öronmärka en läkare till att arbeta i vårdformen. Medarbetare i både kommun och primärvård efterlyste större enhetlighet i Skåne och uttryckte farhågor för att vården blir ojämlig då den nya vårdformen implementeras och fylls med innehåll på olika sätt i regionen.

I Kristianstad tog det längre tid att komma igång med vårdformen. Någon enstaka patient skrevs in i vårdformen under 2018. Bristande samsyn mellan kommun och primärvård har varit ett hinder för att komma igång med vårdformen, till exempel att vårdcentraler vill jobba på olika sätt medan kommunen vill ha en ingång till primärvården. Under våren-sommaren 2019 kom man igång med implementeringen i större skala. Patienter i både ordinärt och särskilt boende skrivs in nu. Kommunens medarbetare styr i stor utsträckning vem som skrivs in. De utgår från sjukdomshistoria och har en egen checklista för att se till kriterierna för inskrivning är uppfyllda innan de kallar läkare från primärvården samt anhöriga till SIP. Intrycket från intervjuerna är det fanns goda relationer och fungerande rutiner i delar av kommunen men inte i andra och att detta i sin tur påverkar implementering (och funktion) av den nya vårdformen. Från kommunens sida efterfrågas en enkel väg in i primärvården och en tydlighet kring vad SIP formellt innebär för alla. Från primärvårdens sida efterfrågas en annan kompetens bland kommunens sjuksköterskor så att sjuksköterskor i kommun och primärvård pratar samma språk. Det pågår ett arbete för att skapa enhetlighet och rutiner i hela kommunen som startades år 2020.

Även i den största kommunen Malmö byggde man på det som fanns sedan tidigare. Här fanns det dock en uttalad strategi att vänta med att skriva in personer i vårdformen till dess att strukturer fanns på plats som ansågs säkerställa att det verkligen skulle gå att leva upp till utfästelserna i HS-avtalet. Detta gällde i synnerhet tillgång till läkarstöd för hembesök. I Malmö finns olika arbetssätt för att möta behov i särskilt boende (läkare från VC där alla är listade) och ordinärt boende (sex team för hela Malmö som ansvarar för olika geografiska

områden). Sättet att organisera vårdformen för ordinärt boende bygger på de sedan tidigare etablerade s.k. ÄMMA-teamen⁷ med ett geografiskt områdesansvar. Sättet att organisera vårdformen för särskilt boende bygger på att den vårdcentral som har ansvar för respektive boende deltar i teamet.

4.2.3. Vad vet vi om vårdformens funktion baserat på intervjudata?

Tydliga roller och ansvarsfördelning förenklar samverkan mellan medarbetare i kommun och primärvård. Tydliga roller och ansvarsfördelning blir också ett resultat av en välfungerande samverkan. Då vet personal i primärvård respektive kommun vad som förväntas av dem själva respektive den andra parten. Detta bygger på strukturer och rutiner som kommit till underifrån, i många fall informella sådana.

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

En snabb etablering av vårdformen i meningen att många skrivs in snabbt har av många lyfts fram som något positivt i sig. Resultat från våra intervjuer tyder på att en snabb eller långsam etablering i sig inte hänger ihop konsekvenser av vårdformen i termer av en förändring i omhändertagandet av de inskrivna patienterna. Resultaten visar också att ju fler aktörer som är inblandade, desto svårare är det att ge en enhetlig bild av hur vårdformen upplevs bland medarbetare.

I Tomelilla etablerades vårdformen snabbt i både ordinärt och särskilt boende men har inte lett till några förändringar för patienterna enligt de intervjuade personerna. Det är i sig inte något problem eftersom patienterna hade ett mycket gott omhändertagande både före och efter implementeringen av vårdformen. Tomelilla lyftes tidigt upp som ett framgångsexempel vad gäller etablering av vårdformen. I princip alla i målgruppen skrevs in relativt tidigt. Statistik visar att något färre är inskrivna under 2019 jämfört med 2018 vilket innebär att man skrev in i högre takt inledningsvis. Såväl läkare i primärvården som sjuksköterskor i kommunen beskrev att det inte innebär någon skillnad för patienten att vara inskriven eller inte, vilket kan förklara varför man inte fortsatt skriva in i samma höga takt. Här har hembesök från läkare i primärvården fungerat väl sedan tidigare för patienter i både ordinärt och särskilt boende. Det

⁷ Äldre i Malmö Mobilt Akutteam

finns avsedda läkare på vårdcentralerna som arbetar i vårdformen. Det finns historiskt goda relationer mellan kommunens och primärvårdens medarbetare. Såväl de intervjuade sjuksköterskorna i kommunen som läkare i primärvård beskrev varandra som generösa och beredda att bjuda till för att saker ska fungera smidigt. *”Det finns inte några problem med gränsdragningsstrider”* uttryckte en person det som. Inställningen är att patienten ska tas om hand i hemmet i mesta möjliga mån och att sjukhusvård ska användas i minsta möjliga mån. De intervjuade medarbetarna i kommun och primärvård vittnade också om ett stort förtroende för varandras kompetens att göra sin del av arbetet med och runt patienten. Den nya vårdformen har inte lett till någon konkret förändring för patientgruppen men däremot till ökad administration för medarbetare i kommun och primärvård. Alla som intervjuades instämde i att vårdformen i princip innebär ett bra arbetssätt. I Tomelilla har det dock mest medfört onödigt administration eftersom de inte arbetar på ett annat sätt nu jämfört med tidigare innan HS-avtalet. Sedan tidigare fanns det för alla patienter med hemsjukvård en väl utarbetad rutin med individuella vårdplaner som uppdaterades varje år. Nu arbetar de med både en uppdaterad vårdplan och en SIP för att skriva in i vårdformen. SIPen anses inte fylla den funktion som vårdplanen gör och tillför endast begränsad nytta för medarbetare och patient.

I Höganäs etablerades vårdformen snabbt i särskilt boende. Däremot går det trögare i ordinärt boende. Vårdformen har inte heller i Höganäs lett till några förändringar för patienter eller medarbetare, enligt de intervjuade personerna. I särskilt boende fungerar omhändertagandet och läkarstödet relativt väl, vilket det gjorde även innan vårdformen infördes. Den främsta orsaken till att vårdformen inte införts i lika hög grad i ordinärt boende är brist på läkarstöd, menar medarbetare i kommunen. Den bilden bekräftas av medarbetare i primärvården som menar att det inte finns ett tillräckligt stort underlag av patienter för att kunna sätta av en hel läkarresurs till vårdformen.

I Kristianstad etablerades vårdformen senare. Här skrevs någon enstaka patient in under 2018 och först från mitten av 2019 har patienter skrivits in mer rutinmässigt. Intervjuer med medarbetare i kommunen ger lite olika bild av vilka konsekvenser vårdformen har inneburit. Intrycket är att det i vissa områden inte skett någon förändring. Samtidigt upplevs inte det som något problem eftersom omhändertagande och läkarstöd var gott sedan tidigare. Detta gäller främst patienter på särskilt boende där samarbetet med läkare på den vårdcentral som ansvarar för boendet fungerar väl. Fördelen är dock att SIPen har blivit tydligare i samband med inskrivning i vårdformen, menar sjuksköterskorna i kommunen. I andra fall verkar samverkan fungera sämre såväl före som efter implementeringen. En sjuksköterska uttryckte det som att *”Hembesök inom två timmar fungerar lika dåligt nu som innan”*. En sjuksköterska som delade sin tid mellan demensboende och kväll/helg i hela kommunen uttryckte en stor frustration över att det är krångligt att kontakta primärvården då olika nummer gäller både för olika vårdcentraler och olika tider på dygnet. Vissa har öppet till 17 och andra till 18 och olika telefonnummer gäller till samma vårdcentral för olika tider. Konsekvensen blir att kommunens sjuksköterskor inte kontaktar vårdcentralerna mellan 17 och 18 utan väntar till efter 18 då det finns *ett* nummer till Falck. Därför ser inte vårdcentralerna att det faktiskt finns ett behov av läkarstöd mellan 17 och 18 och anstränger sig inte för att införa bättre rutiner. På

andra håll verkar det ha inneburit större skillnad att skriva in i vårdformen. En sjuksköterska berättade att det hade gått lättare att få kontakt med läkare i primärvården för ett akut/opplanerat hembesök i ordinärt boende vid det (enda) tillfälle som varit aktuellt sedan de börjat skriva in patienter i området där hen arbetade. En annan sjuksköterska som arbetade på ett särskilt boende menade att den nya vårdformen inneburit en stor förändring, *”det har blivit förändring vid inskrivning – snabbare kontroller, snabbare kontakt och snabbare besök nu”*.

I Malmö kom etableringen igång under 2018. I december 2017 var 40 personer inskrivna; i december 2018 var siffran 300 och i december 2019 var 1200 inskrivna. Utgångspunkten har varit att skriva in i den takt man förmår uppfylla utfästelserna i avtalet och det innebär en skillnad för de som blir inskrivna. Under 2018 uttryckte de intervjuade personerna som arbetar i vårdformen att de var mycket nöjda med funktionen. De menade att det innebar en stor trygghet för såväl personal som patienter att vara inskriven i vårdformen och att läkarstödet fungerade mycket bra. Resultat från uppföljningsintervjuerna under 2019/2020 indikerar att tillgången till läkarstöd inom utsatt tid inte fungerar lika väl när nu ett större antal personer har skrivits in. Det tycks vara svårt att hålla uppe funktionen i teamen då vårdformen omfattar fler personer. Den fortsatta utvecklingen av rutiner och arbetsformer samt effekter för personer som skrivs in kommer att följas upp i ett särskilt projekt under 2020.

4.2.4. Hur förbättra etablering och funktion?

Ett större inslag av formell styrning efterfrågas av medarbetare i kommun och primärvård både där etablering och funktion av vårdformen fungerar bra och där det fungerar mindre bra. Anledningen till att tydligare strukturer och rutiner efterfrågas varierar dock mellan fall där samverkan fungerar bra respektive mindre bra.

En tydligare styrning i termer av formella strukturer och rutiner efterfrågas framförallt i de fall där det inte fanns upparbetade goda relationer och arbetssätt sedan tidigare. Flera av de intervjuade medarbetarna önskade ta del av lösningar eller ”goda exempel” som tagits fram av andra snarare än att alla förväntas uppfinna en egen variant av vårdformen i varje enskilt fall. I Kristianstad har ett arbete påbörjats där erfarenheter och lösningar på utmaningar ska kunna spridas på ett strukturerat sätt. En sjuksköterska i kommunen berättade att de arbetar med att skapa rutiner kring SIP och hur man kan jobba i vårdteamet och sprida dessa genom att hålla föreläsningar för medarbetare i kommunen i syfte att skapa enhetlighet i hela kommunen. Detta arbete var dock inte allmänt känt bland övriga intervjuade medarbetare i kommunen eller bland medarbetare vid vårdcentraler i kommunen.

I avsaknad av informella rutiner och gränssnitt som skapats baserat på ett gott samarbete och personliga relationer efterfrågas också tydligare information om ansvarsfördelning och gränssnitt mellan kommunens och regionens insatser. Flera av de intervjuade berättade att det upplevs som besvärligt att medarbetare från kommun och primärvård har olika syn på vem som formellt ansvarar för vad. De menade att diskussioner om gränssnitt och formellt ansvar tar mycket utrymme i möten som egentligen borde fokusera på hur omhändertagandet av patienter ska göras på bästa sätt. En medarbetare i Kristianstad kommun uttryckte det som att *”vi måste bryta kommunalt-regionalt. Alla måste träffas och inte bara på chefsnivå. Inte bara*

läkare i primärvård och sjuksköterska i kommun. Lättare att samarbeta om vi pratar samma språk.” Alla intervjuade medarbetare i kommun och primärvård delade den bilden. Att inte ”prata samma språk” beskrevs som ett hinder för god funktion av vårdformen. En medarbetare i primärvården berättade att hen ”skulle vilja ha tydligare riktlinjer och tydligare beskrivning av lägsta nivå. [Vi borde] antingen ha samma huvudman eller ha tydliga riktlinjer.”

I de fall samverkan mellan huvudmännen och omhändertagandet av patienter upplevs fungera väl (och även fungerade väl tidigare innan HS-avtalet) upplevs avsaknaden av formell styrning inte som problematisk, enligt de intervjuade medarbetarna. I de fall där informella rutiner och gränssnitt skapats baserat på ett gott samarbete och personliga relationer sedan tidigare saknade medarbetare i kommun och primärvård generellt inte en mer formell styrning för att få till en god etablering och funktion av vårdformen i den egna verksamheten. Däremot menade flera att ett större inslag av formell styrning är önskvärt mot bakgrund av att det annars finns en risk att den vård som erbjuds skåningarna blir ojämlik. Bilden från några av de intervjuade personerna är att arbete med att det ska bli mer lika över Skåne har initierats på flera håll, bland annat i Kristianstad och Tomelilla. Dessa var dock inte kända av alla intervjuade medarbetare i primärvården och än mindre kända bland medarbetare i kommunerna.

5. Arbetet i de delregionala samverkansorganen

5.1 Frågor i enkäten

Frågor om samverkansgrad omfattade i huvudsak samma frågor som ställdes i 2018 års enkät:

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

Utöver dessa tidigare frågor inkluderades en ny fråga som berörde samverkan mellan delregionala och centrala samverkansorganet:

- Om det finns behov av stöd i det delregionala samverkansorganets arbete från centralt samverkansorgan, upplever du då att detta går att få?

Respondenter ombads att ta ställning till ett antal påståenden om inriktningen på samverkansorganets arbete och dess effekter på samma sätt som i 2018 års enkät:

- Det delregionala samverkansorganet arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för en bättre vård till de mest sjuka med återkommande vårdbehov.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam.

Dessutom inkluderades två nya påståenden med utgångspunkt i resultaten från 2018 års enkät:

- Det delregionala samverkansorganet har haft liten betydelse för utvecklingen på verksamhetsnivå.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till att sprida ”goda exempel” när det gäller samverkan.

Två tidigare påståenden om prioritering av egna mål och fokusområden respektive vikten av gemensamma strategier och fokusområden ströks. Dessa ersattes med ett påstående där alternativ ställdes direkt mot varandra:

- Det är viktigare att varje delregionalt samverkansorgan har möjlighet att prioritera egna fokusområden utifrån lokala förutsättningar, snarare än att man arbetar utifrån

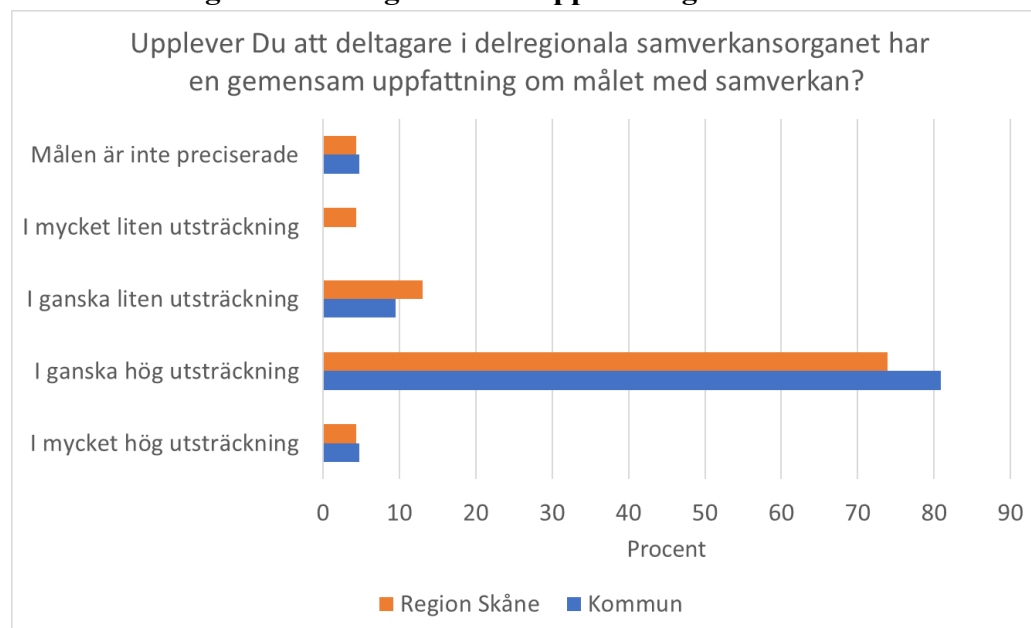
gemensamma prioriteringar och fokusområden för att nå målen i Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Enkätsvaren redovisas deskriptivt med avseende på skillnader i uppfattningar mellan tjänstemän från kommuner respektive Region Skåne, skillnader jämfört med resultaten från 2018 års enkät samt skillnader mellan olika delregionala samverkansorgan.

5.2 Uppfattningar om samverkan

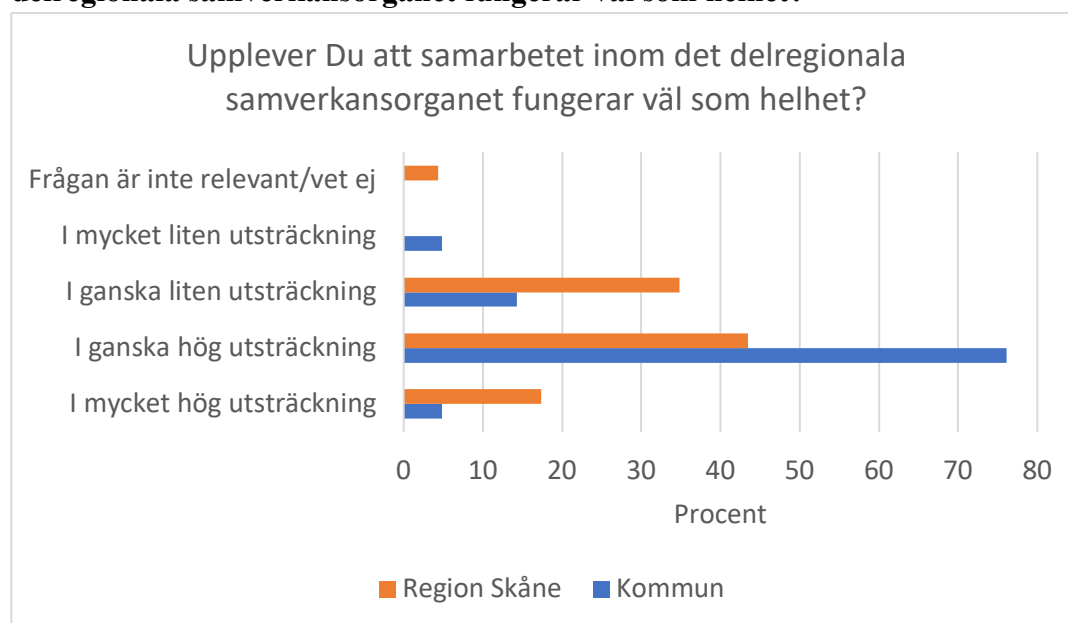
En klar majoritet av de tjänstemän som besvarat enkäten upplever ”i ganska hög utsträckning” att det finns en gemensam uppfattning om målet med samverkan, se figur 5.1. Det finns inga större skillnader mellan svar från kommuner respektive Region Skåne i dessa avseenden. Jämfört med enkätsvar från 2018 har antalet tjänstemän som anger alternativet ”i ganska hög utsträckning” ökat med 10 procentenheter. Andelen tjänstemän som anger de andra svarsalternativen, främst ”i mycket hög utsträckning”, har minskat i motsvarande grad.

Figur 5.1. Svarsfördelning på frågan ”Upplever Du att deltagare i delregionala samverkansorganet har en gemensam uppfattning om målet med samverkan?”

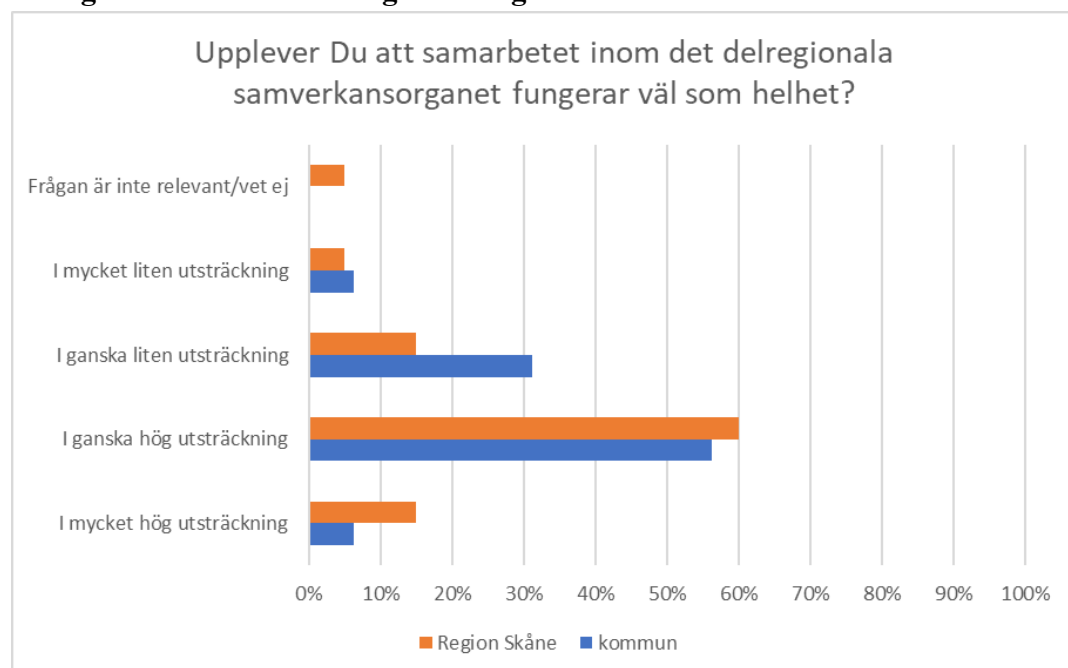


Medan det i hög grad finns en gemensam bild när det gäller uppfattningar om målet med samverkan har skillnaderna när det gäller om samverkan fungerar väl som helhet ökat. Bland tjänstemän från Region Skåne har andelen som anger ”i ganska liten utsträckning” ökat medan andelen som anger ”i ganska hög utsträckning” minskat. Bland tjänstemän från kommuner ses ett tydligt omvänt mönster, se figur 5.2-5.3.

Figur 5.2. Svarsfördelning år 2020 på frågan ”Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?”

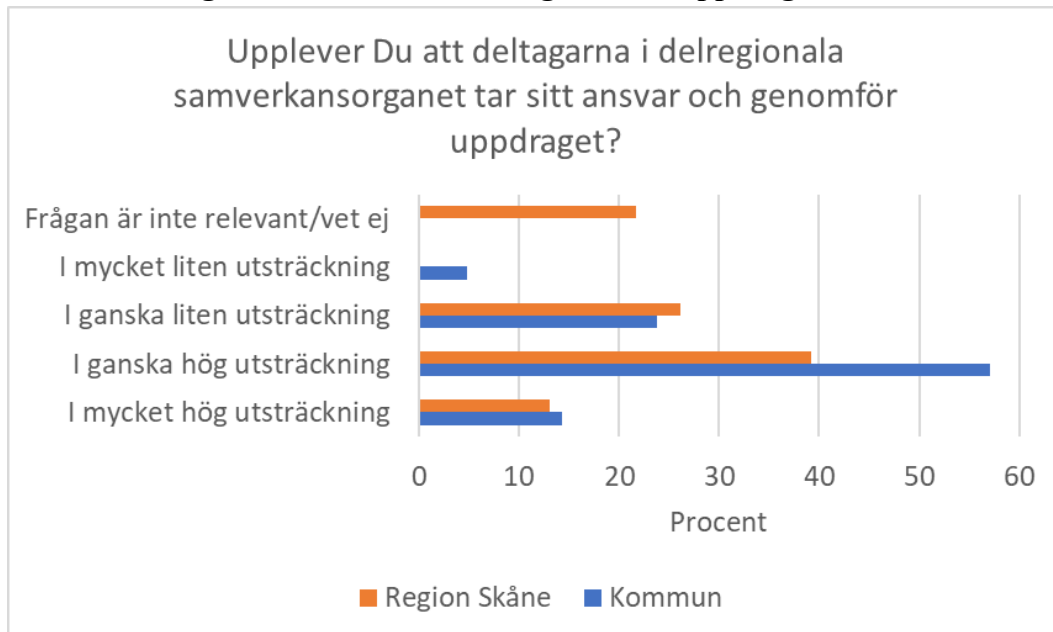


Figur 5.3. Svarsfördelning år 2018 på frågan ”Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?”

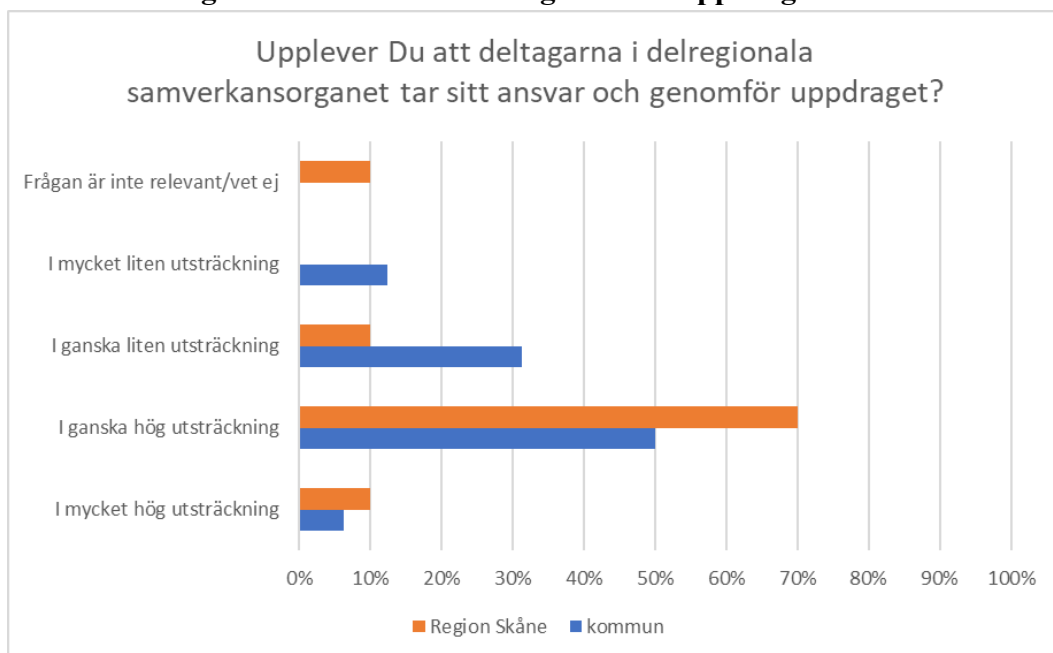


Samma skillnader i svar från kommuner respektive Region Skåne finns när det gäller uppfattningar om deltagarna i samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget. Mer positiva svar kan noteras från kommunens tjänstemän år 2020 jämfört med år 2018 medan den omvända trenden finns i svaren från Region Skåne, se figur 5.4-5.5. Det ska noteras att flera tjänstemän från Region Skåne svarat ”frågan är inte relevant/vet ej”.

Figur 5.4. Svarsfördelning år 2020 på frågan ”Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?”

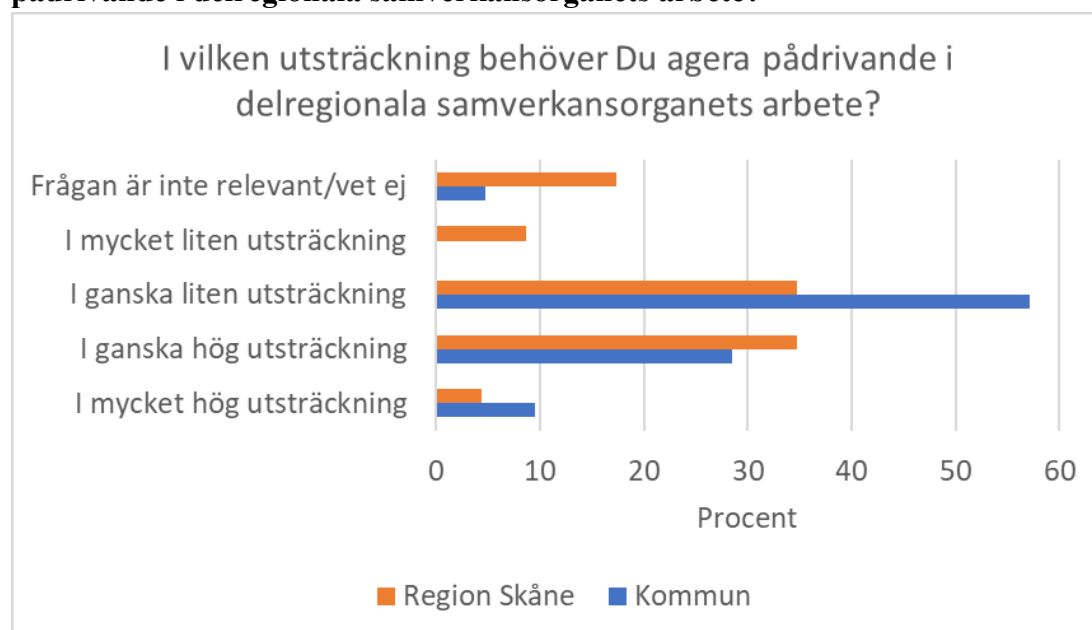


Figur 5.5. Svarsfördelning år 2018 på frågan ”Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?”

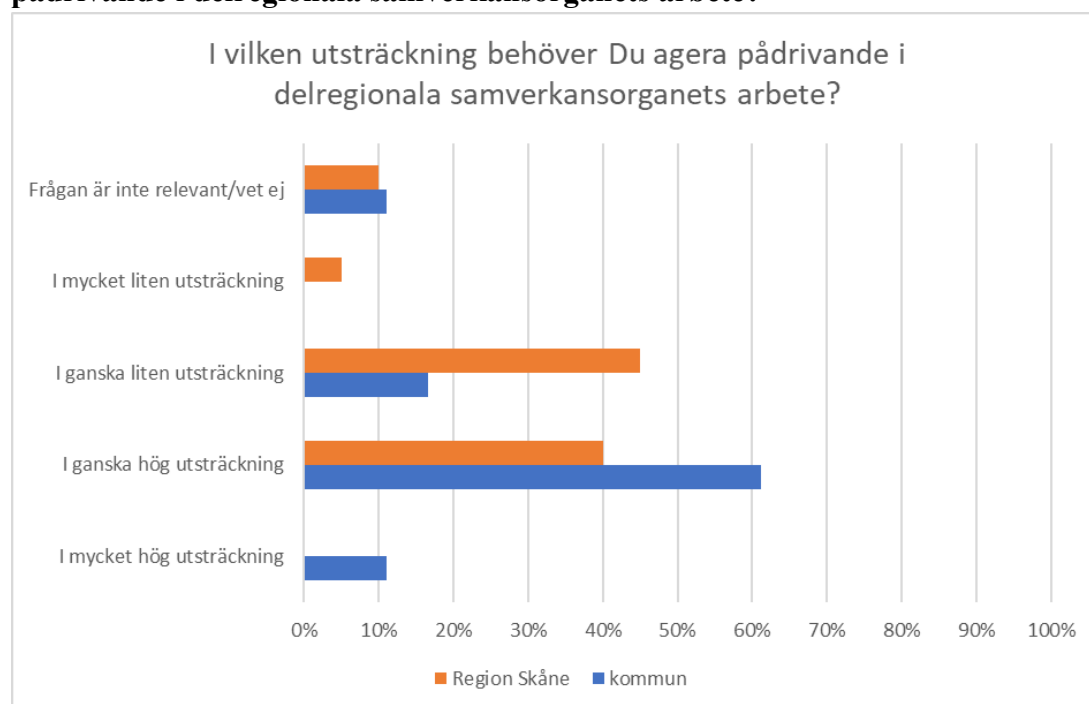


När det gäller frågan om man själv behöver agera pådrivande i arbetet kan en förändring i svaren noteras främst från kommunerna. I jämförelse med svaren från år 2018 är det en högre andel som anser att man ”i ganska liten utsträckning” behöver agera pådrivande, se figur 5.6-5.7. Notera att flera tjänstemän från Region Skåne svarat ”frågan är inte relevant/vet ej”.

Figur 5.6. Svarsfördelning år 2020 på frågan ”I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?”

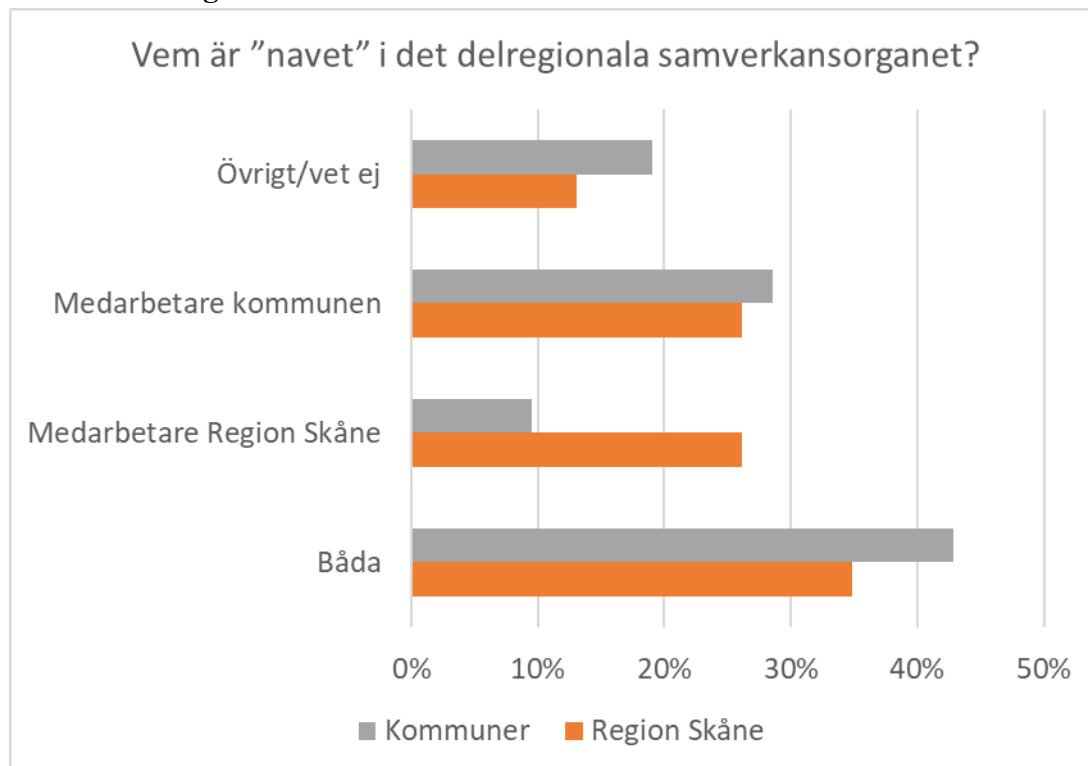


Figur 5.7. Svarsfördelning år 2018 på frågan ”I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?”



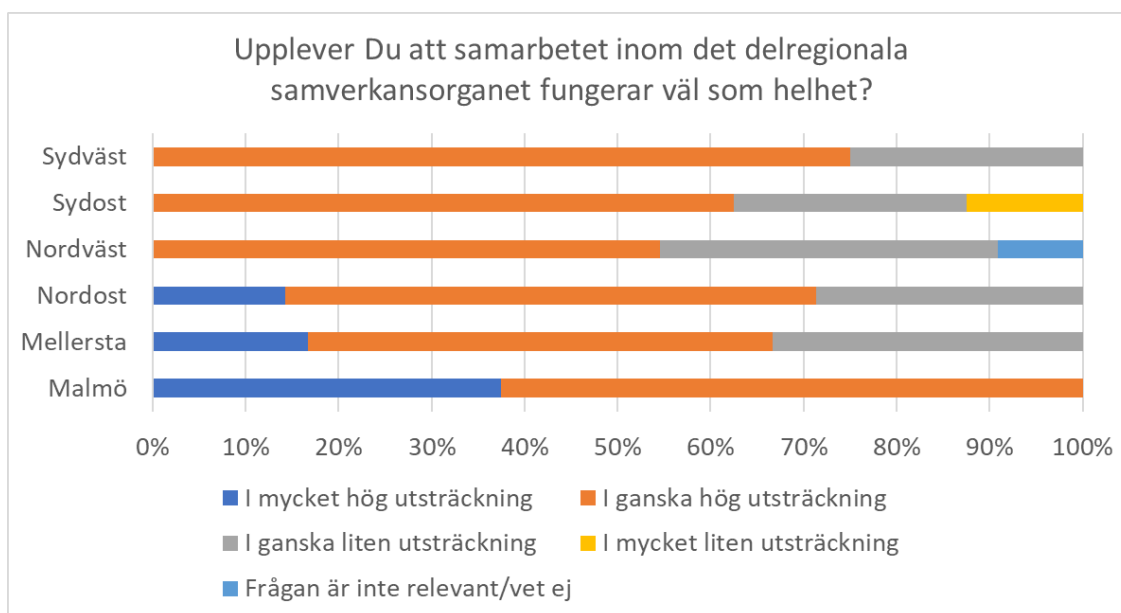
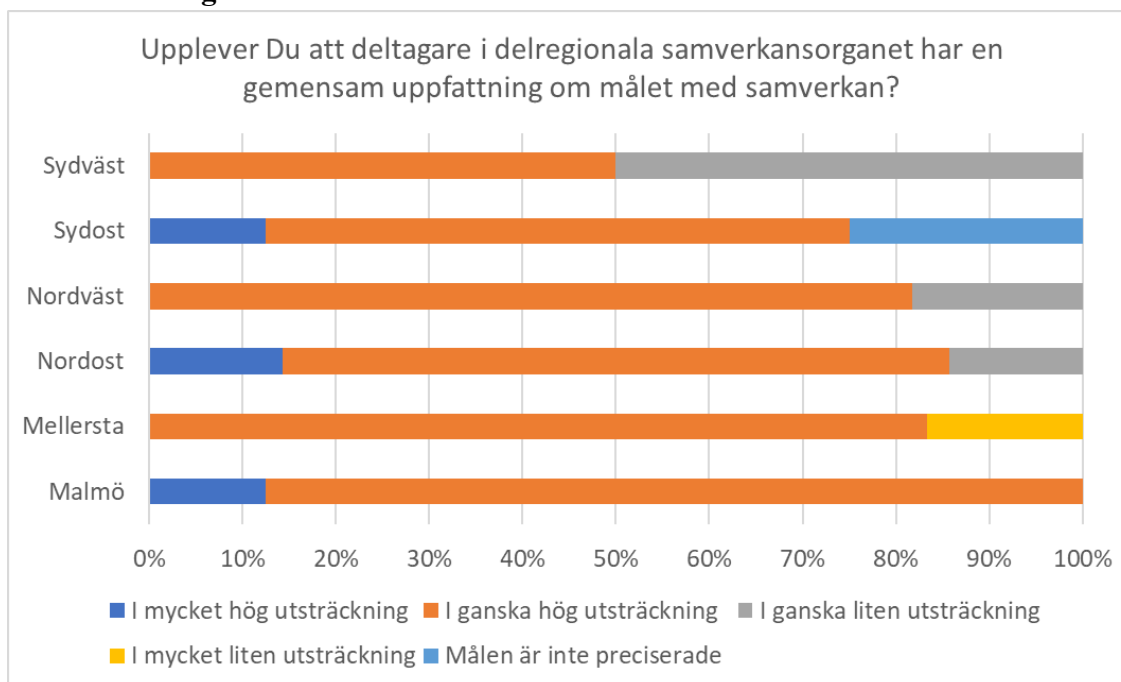
Det finns inga tydliga skillnader i uppfattningar om vem som är navet i samverkansorganet jämfört med 2018 års enkät. De flesta anser att ”båda” parter är drivande följt av medarbetare från kommunerna. Liksom i 2018 års enkät svarar tjänstemän från Region Skåne i högre grad än kommuner att Region Skåne är navet, se figur 5.8.

Figur 5.8. Svarsfördelning år 2020 på frågan ”Vem är ”navet” i det delregionala samverkansorganet?”

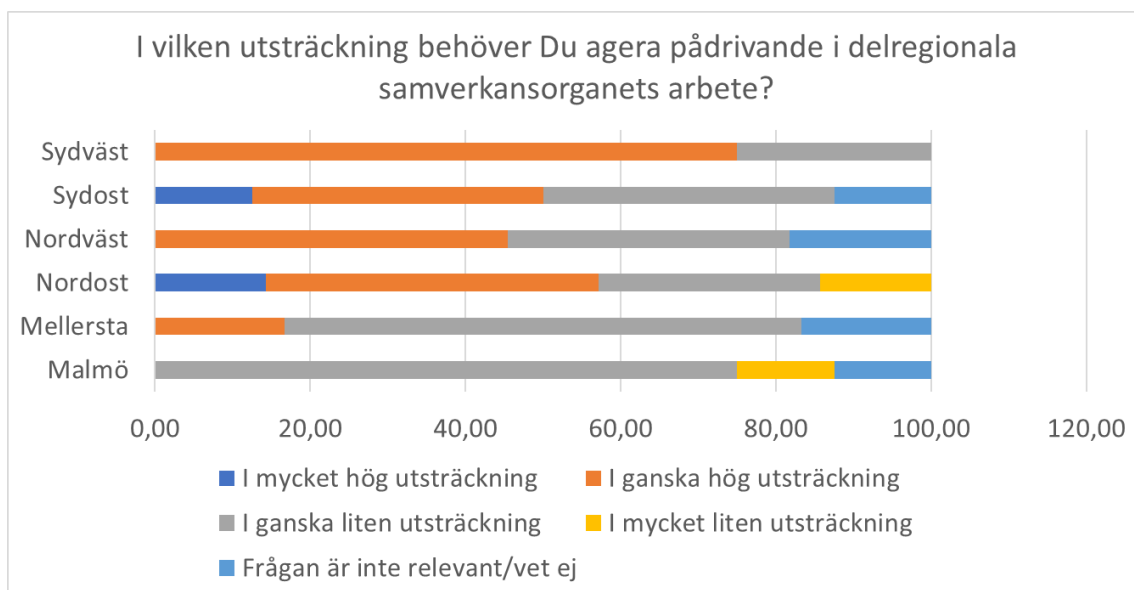
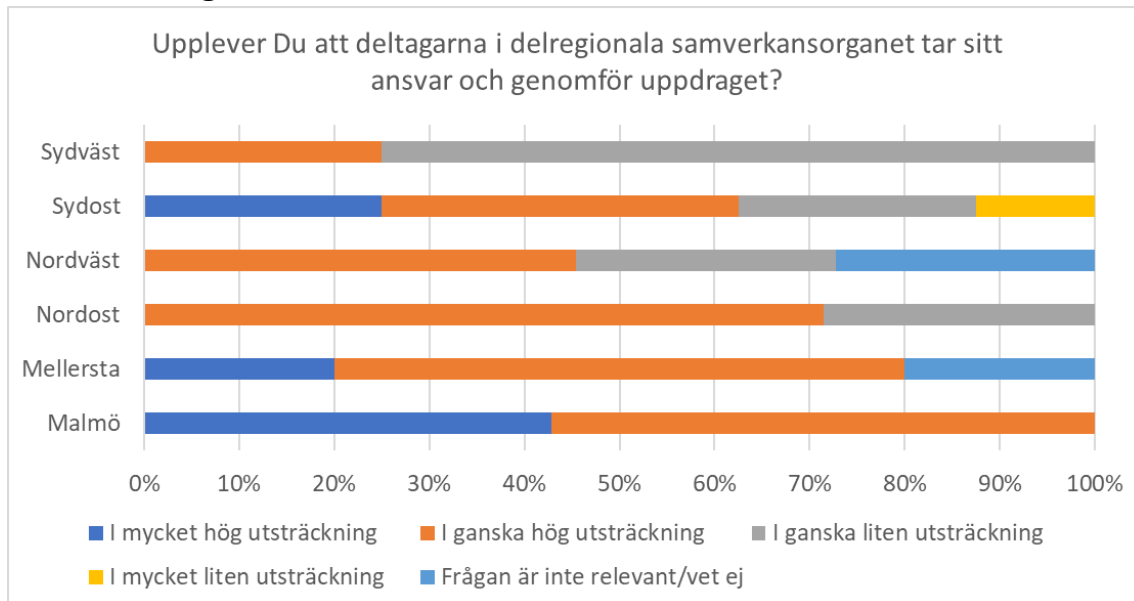


Vid jämförelse av svar mellan de sex delregionala samverkansorganen finns tydliga skillnader mellan delregionala samverkansorgan, se figur 5.9-5.10. Bäst samverkan återfinns liksom år 2018 i Malmö medan utvecklingen när det gäller övriga delregionala samverkansorgan varierar. Osäkerheten när det gäller jämförelser mellan 2018 och 2020 är dock högre för övriga samverkansorgan pga olikheter i svarsfrekvenserna och brister i kontaktuppgifter för tjänstemän när det gäller Sydost. Från Malmö finns indikationer på att samverkan nått en ny fas. Det finns i lägre grad upplevelser av en gemensam uppfattning om målet med samverkan. Samtidigt upplever flera respondenter i Malmö, liksom år 2018, att samverkan fungerar väl som helhet och att deltagare tar sitt ansvar och genomför uppdraget. Vidare anser deltagare från Malmö att de i lägre grad än år 2018 själva behöver agera pådrivande i arbetet.

Figur 5.9. Svarsfördelning år 2020 uppdelat på respektive delregionalt samverkansorgan.

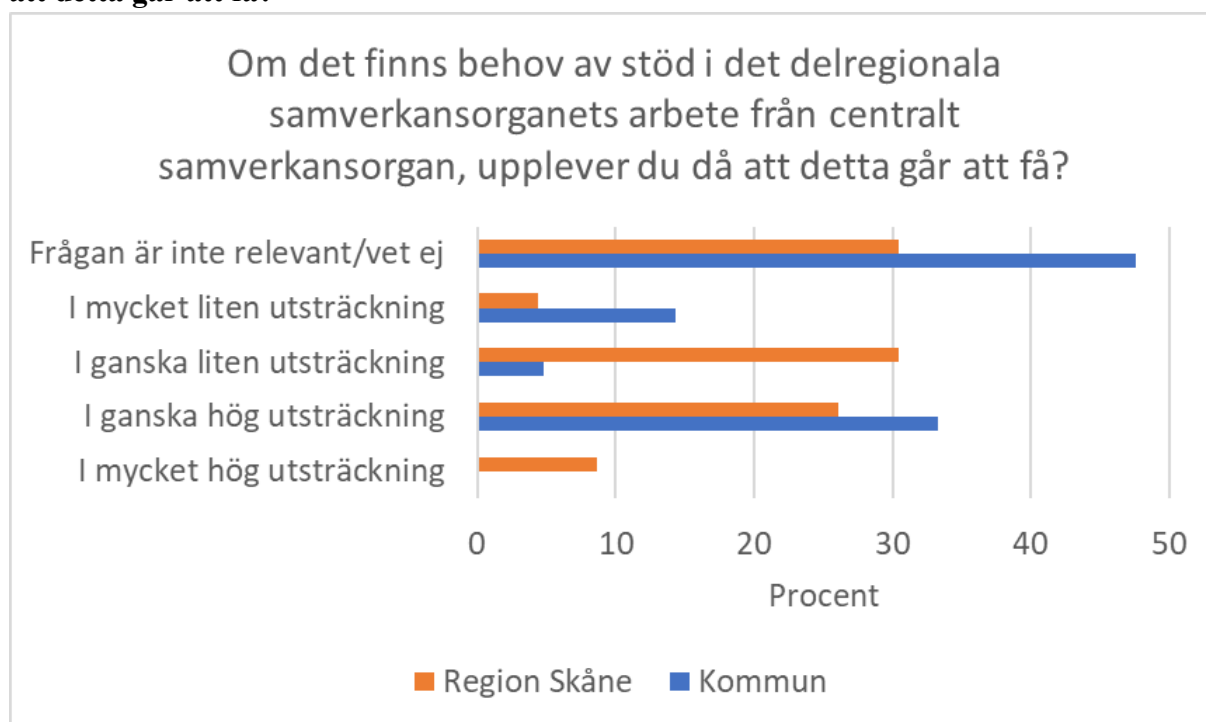


Figur 5.10. Svarsfördelning år 2020 uppdelat på respektive delregionalt samverkansorgan.



När det gäller frågan om möjligheter att få stöd från centrala samverkansorganet har en stor andel svarat ”frågan är inte relevant/vet ej”, se figur 5.11. Det gäller särskilt från kommunerna. Vi har därför valt att inte redovisa svaren uppdelat på delregionala samverkansorgan.

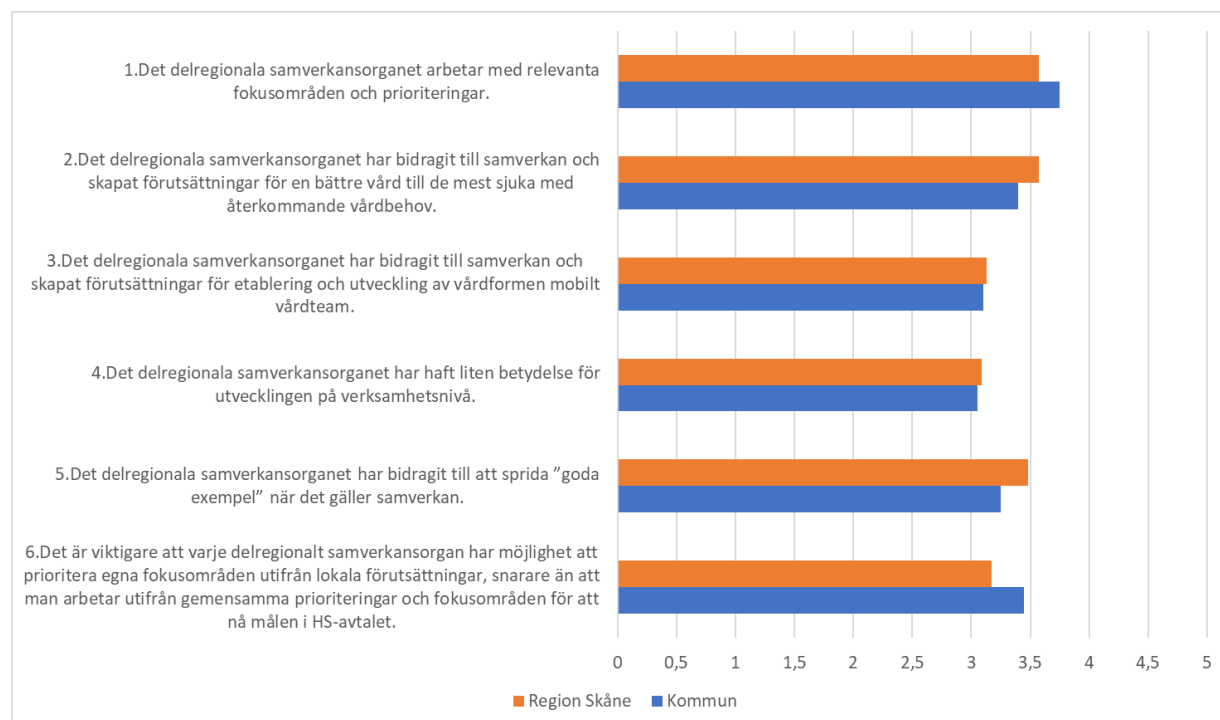
Figur 5.11. Svarsfördelning år 2020 på frågan ” Om det finns behov av stöd i det delregionala samverkansorganets arbete från centralt samverkansorgan, upplever du då att detta går att få?”



5.3 Uppfattningar om arbetets effekter och inriktning

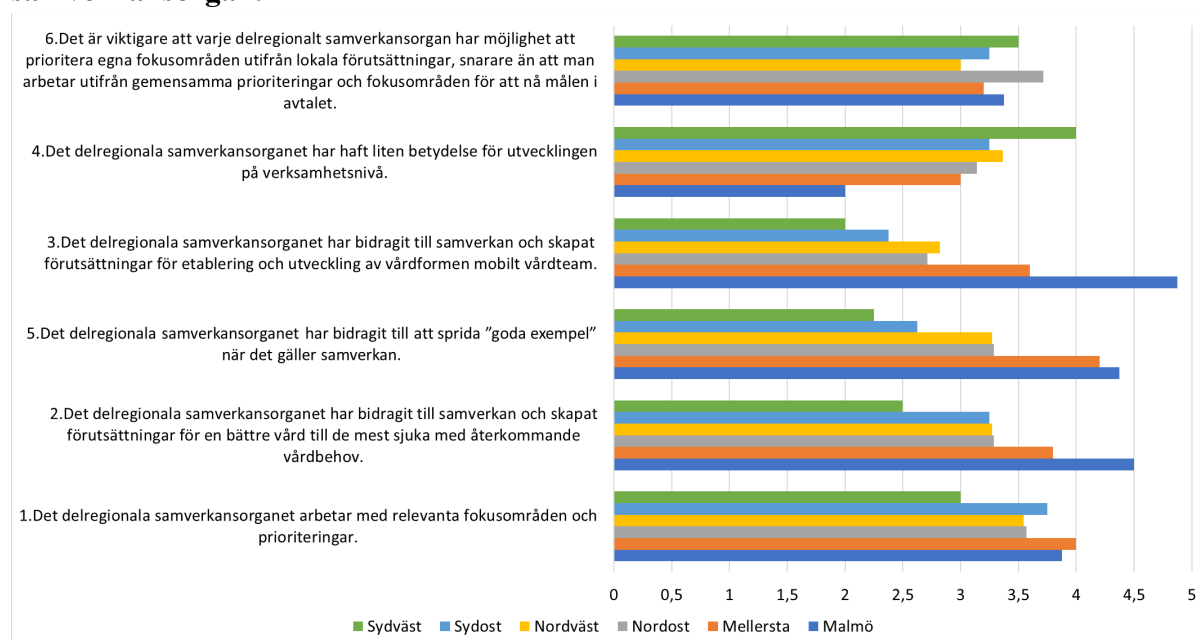
Frågor som avser uppfattningar om arbetets effekter och inriktning har liksom år 2018 formulerats som påståenden som respondenter har fått ta ställning till. Svarsalternativen har bestått av en Likert-skala där 1 motsvarar ”instämmer inte alls” och 5 motsvarar ”instämmer helt och hållet”. Som framgår av figur 5.12 finns inga större skillnader i uppfattningar mellan kommuner och Region Skåne år 2020. I resultaten från 2018 års enkät fanns större skillnader där medarbetare från Region Skåne i högre grad än medarbetare från kommuner instämde i påstående tre ”Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam”. Den samlade andelen respondenter som instämmer i att det finns en effekt på utvecklingen av mobilt vårdteam är också något högre år 2020 än år 2018. I övrigt återfinns samma mönster i svaren som i svaren år 2018. Medarbetare instämmer i högre grad att delregionala samverkansorgan arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar och i lägre grad att arbetet haft effekt i verksamheten. Den lägre andelen som anser att det finns en effekt på utvecklingen av mobilt vårdteam kan delvis förklaras med att påståendet är svårare att bedöma. Svaren blir mer positiva när det gäller om samverkansorganet bidragit till att sprida ”goda exempel”, vilket kan anses enklare att bedöma. Svaren på det nya påståendet där gemensamma eller delregionala prioriteringar och fokusområden ställdes direkt mot varandra ger ingen tydlig bild. Kommunerna instämmer i något högre grad att det är viktigare att kunna prioritera egna fokusområden utifrån lokala förutsättningar.

Figur 5.12. Svarsfördelning år 2020 mellan företrädare för kommun respektive Region Skåne för olika påståenden om arbetets inriktning och effekter.



Det finns inte heller några tydliga skillnader mellan olika delregionala samverkansorgan i synen på vikten av att kunna prioritera egna fokusområden, se påstående sex i figur 5.13. Däremot finns stora och delvis förväntade variationer i svaren för övriga påståenden. Skillnaderna mellan i synnerhet Malmö och övriga delregionala samverkansorgan är också tydligare än i 2018 års resultat. I Malmö är det en högre andel som instämmer i att arbetet haft effekter och att man bidragit till att sprida ”goda exempel”. Man anser också i högre grad att man arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar. Liksom i 2018 års enkät har även Mellersta samverkansorganet en relativt positiv bild av effekter och arbetets inriktning.

Figur 5.13. Svarsandelar för påståenden om arbetets effekter och inriktning uppdelat på samverkansorgan.



5.4 Fria kommentarer

Flera fria kommentarer i enkätsvaren anger att frågor och påståenden varit svåra att svara på. I 2018 års enkät fanns inga sådana fria kommentarer. Detta återspeglas också i att det är fler respondenter som valt alternativet ”frågan är inte relevant/vet ej”. Några respondenter kommenterar att man är nya deltagare i samverkansorganet med liten erfarenhet av möten. Några pekar på omorganisationer som haft effekt på vem som deltar. Flera har uppfattningen att aktiviteten varit låg under 2019 och efterlyser mer av gemensam ”verkstad”. Några lyfter fram att många frågor är operativa och måste lösas verksamhetsnära snarare än på övergripande och politisk nivå.

6. Reflektioner

I denna rapport redovisar vi uppföljningen av vårdformen mobilt vårdteam som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) sedan hösten 2016. Uppföljningen avser avtalets tre första år. Liksom i uppföljningarna för de första två åren har vi främst fokuserat på vårdformens etablering och funktion samt arbetet i de delregionala samverkansorganen. En uppföljning av effekter av vårdformen är önskvärd men systematiskt insamlade data för detta ändamål saknas. Vidare försvåras en uppföljning av att det är svårt att isolera konsekvenser av vårdformen från andra förändringar som har skett under samma period, inte minst den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

I december år 2019 är vårdformen etablerad i åtminstone någon utsträckning vid drygt 80 procent av Skånes vårdcentraler. Vårdformen är etablerad vid vårdcentraler i 31 av de 33 skånska kommunerna. Det finns stora variationer avseende i vilken utsträckning som vårdformen är etablerad. I december 2019 var i genomsnitt 4,7 procent av alla listade personer vid vårdcentralerna som var 75 år eller äldre inskrivna i vårdformen och 8,6% av alla listade som var 80 år eller äldre. En analys av registerdata från primärvården visar att denna andel varierar stort mellan enskilda vårdcentraler och mellan grupper av vårdcentraler med hänsyn till i vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad, vilket delregionalt samverkansorgan den omfattas av och ifall den drivs i privat eller offentlig regi. Andelen inskrivna var högre än genomsnittet vid vårdcentraler lokaliserade i kommuner som tillhör samverkansområdena sydväst, sydost och mellersta och lägre i nordöst och nordväst. Många – men inte alla – kommuner med en signifikant högre andel inskrivna än genomsnittet bland vårdcentralerna tillhör ett delregionalt samverkansorgan med stor andel inskrivna totalt sett. Privata vårdcentraler har i genomsnitt en lägre andel inskrivna än offentliga vårdcentraler men det finns privata vårdcentraler med en betydligt högre andel inskrivna än genomsnittet.

Det finns en stor variation inte bara avseende i vilken grad som vårdformen är etablerad utan även gällande hur arbetet bedrivs. Eftersom arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå blir lokala förutsättningar avgörande för att vårdformen ska fungera. Detta har flera konsekvenser. En första konsekvens är att upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommun och primärvård och kontinuitet i läkarkontakter sedan tidigare har stor betydelse för vårdformens etablering och funktion. Där det finns en utsedd koordinator och där samverkan och omhändertagandet av personer i den aktuella patientgruppen fungerat väl tidigare fungerar det väl nu också. Där det inte fungerade tidigare tenderar det att inte fungera nu heller. En andra konsekvens är att variationen i hur vårdformen organiseras på lokal verksamhetsnivå är stor, inklusive utformning av läkarstöd. Att läkarstödet organiseras kring en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen är både det vanligaste sättet och den mest önskvärda formen enligt svaren från vår enkätstudie till medarbetare i kommuner och primärvård år 2018. Våra intervjuer med medarbetare i kommuner och primärvård bekräftar den bilden och visar att det är viktigt att åstadkomma en situation där stödet från läkare i primärvården upplevs som stabilt. Idealt ska läkarstödet kännetecknas av både god

kontinuitet och god tillgänglighet. Tillgänglighet upplevs vara överordnat kontinuitet bland de kommunala sjuksköterskor som tillfrågats, men detta kan snarast vara uttryck för att det finns generella brister. I de fall som kommunens sjuksköterskor upplever att det finns brister i läkarstödet finns en önskan om god tillgänglighet i första hand och god kontinuitet i andra hand. Att det finns en stor variation i hur vårdformen organiseras på lokal nivå leder till att skåningarna erbjuds olika vård beroende på var de bor. Detta kan leda till att vården uppfattas som ojämlig. En tredje konsekvens av att arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat är att det inte byggs upp någon kunskap om vilka av alla lokala lösningar som kan anses mest effektiva. Denna brist förstärks av bristfällig systematisk uppföljning av olika lösningar och vad dessa kan tänkas leda till. I stället för att ta del av andras lösningar och ”goda exempel” måste arbetsformer och sätt att organisera vårdformen tas fram i varje enskilt fall i mycket hög utsträckning.

En jämlig tillämpning av de mest effektiva lösningarna när det gäller vårdformen ställer krav på någon form av styrning ovanifrån som kan säkerställa att uppföljning och utvärderingar görs och att lärdomar kring de mest effektiva lösningarna sprids. En bättre balans mellan styrning ovanifrån och lokala frihetsgrader efterfrågas av medarbetare i kommun och primärvård. Det gäller både där etablering och funktion av vårdformen fungerat bra och där det har fungerat mindre bra. Argumenten bakom att tydligare strukturer och rutiner efterfrågas varierar dock. I de fall det tidigare har saknats upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommun och primärvård, inklusive kontinuitet i läkarkontakterna, efterfrågas en tydligare styrning ”uppiifrån” för att underlätta etableringen av vårdformen. I de fall samverkan fungerat bra även tidigare efterfrågas större inslag av formell styrning mot bakgrund av att det annars finns en risk att den vård som erbjuds skåningarna blir ojämlig.

Vår enkätstudie bland tjänstemän i delregionala samverkansorgan visar liksom motsvarande enkätstudie år 2018 att det finns delvis olika uppfattningar mellan kommuner och Region Skåne respektive mellan olika delregionala samverkansorgan. Medan skillnader i uppfattningar mellan kommuner och Region Skåne minskat mellan 2018 och 2020 har de snarast blivit tydligare när det gäller olika delregionala samverkansorgan. Bäst uppfattningar om samverkan återfinns liksom år 2018 i Malmö medan utvecklingen när det gäller övriga delregionala samverkansorgan varierar. I Malmö är det också en högre andel som instämmer i att arbetet haft effekter och att man bidragit till att sprida ”goda exempel”. Man anser också i högre grad att man arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar. Liksom i resultatredovisningen när det gäller 2018 års resultat ska dock påpekas att en bra samverkan på delregional samverkansnivå inte nödvändigtvis hänger samman med samverkan på verksamhetsnivån (och omvänt).

En klar majoritet av tjänstemännen som besvarat enkäten upplever ”i ganska hög utsträckning” att det finns en gemensam uppfattning om målet med samverkan. Jämfört med enkätsvaren 2018 har dock färre angett alternativet ”i mycket hög utsträckning” som svar på frågan om gemensam uppfattning om målet. Denna skillnad behöver inte tolkas som något negativt utan kan ses som en naturlig utveckling i en samverkansprocess. Efterhand som aktörer samverkar ökar kunskaperna om hur synen på målen skiljer sig. Sett till andra frågor i

enkäten finns indikationer mera samstämmig syn. Flera svarande från kommunerna förefaller nöjda med hur samverkan fungerar och fler anser att man själv i lägre grad behöver driva på utvecklingen jämfört med 2018. När det gäller uppfattningar om effekter av arbetet fanns större skillnader år 2018 där medarbetare från Region Skåne i högre grad än medarbetare från kommuner instämde i påståendet ”Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam”. Den samlade andelen respondenter som instämmer i att det finns en effekt på utvecklingen av mobilt vårdteam är dock något högre år 2020 än år 2018. I övrigt återfinns samma mönster i svaren som år 2018. Medarbetare instämmer i högre grad att delregionala samverkansorgan arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar och att samverkansorganet bidragit till att sprida ”goda exempel”, medan man instämmer i lägre grad att arbetet haft effekt på utvecklingen av mobilt vårdteam. I flera fria kommentarer nämns att aktiviteten varit lägre år 2019. Flera deltagare förefaller också nya vilket kan ha bidragit till att fler har besvarat frågor med ”vet ej” eller liknande svarsalternativ.

Sammantaget pekar resultaten av uppföljningen på att det blir alltmer angeläget att balansera styrning ovanifrån med utveckling av vårdformen nära verksamheter. Denna balans kan även kopplas samman med olika målsättningar. Styrning ovanifrån behövs för att främja jämlik vård och för att ge stöd för lärande och ett systematiskt förbättringsarbete som leder fram till effektiva lösningar. Lokala frihetsgrader behövs dock fortsatt för att anpassa lösningar till lokala förutsättningar och behov och för att skapa engagemang bland medarbetare. En angelägen fråga i utvecklingen av styrningen ovanifrån är att utveckla instrument och metoder för att studera konsekvenser och effekter för patienter, anhöriga och berörda vårdgivare av att införa mobila vårdteam. Det är först med utgångspunkt i erfarenheter som följs upp systematiskt som det finns förutsättningar för ökad kunskap om vilka lösningar som fungerar i olika sammanhang och hur dessa lösningar bäst kan implementeras.

Referenser

- Adler, PS, and Borys, B. (1996), Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Ahrens T, Chapman CE. Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain. *Contemporary Accounting Research* 2004;21(2): 271–301.
- Anell A, Mattisson O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Studentlitteratur: Lund.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2006): Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*; 21(1): 75-88.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2007): Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Deneckere et al (2011) Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: Results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions*; 34(3): 258-277.
- Huxham C, Vangen S. (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
- Lorange P, Roos J (1992): *Strategic Alliances: Formation, Implementation and Evolution*. Oxford: Blackwell.
- Löfström C. (2007): Samverkan kring äldres vård och omsorg – två försöksverksamheter. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller CJ, et al. (2018) A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Services Research*; 18: 146.
- Reeves et al (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD000072.
- Simons R. (1995) *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Tuckman B. (1965): Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*; 63(6): 384-389.

Vårdanalys 2020:4. Laga efter läge. Slutrapport om genomförande av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Stockholm: Vårdanalys.

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

Appendix A – analys av enkätdata år ett och två (2017-2018)

Inom ramen för uppföljningen år ett utvecklades en enkät för att samla in uppgifter om förekomst och funktion. Enkäten riktades till alla som omfattas eller kan komma att omfattas av arbetssättet mobilt vårdteam i Skånes kommuner och Region Skåne. Utgångspunkten vid framtagande av enkäten var de indikatorer för att följa upp graden av teambaserat arbete i vården som identifierats av Derneckere m fl (2011). Under år 2018 vidareutvecklades enkäten med frågor om synen på hur läkarstödet organiseras och kan eller bör organiseras. Utgångspunkt för dessa frågor har varit att olika former av läkarstöd ger mer eller mindre överlappande "caseload", vilket kan anses som en viktig förutsättning för att utveckla gemensamma mål för samverkan och motivation till investering i förbättrad samverkan (Miller et al 2018).

A.1 Vad vet vi om vårdformens funktion under avtalets första två år?

A.1.1 Analys av 2018 års data

I detta avsnitt redovisas olika aspekter om vårdformens funktion. Redovisningen bygger på svar från dem som svarade att de deltar i något mobilt vårdteam i någon utsträckning i vår enkät till medarbetare inom Region Skåne och de skånska kommunerna som kan komma att arbeta i vårdformen (tabell A1). Bland de kommuner som angivit att de deltar i mycket hög utsträckning finns Höganäs, Landskrona, Lund, Malmö, Tomelilla, Ystad, Östra Göinge och bland de som angivit mycket eller ganska hög utsträckning finns dessa samt Eslöv, Höör och Örskellunga.

Tabell A1. Respondenter som svarat att de deltar i vårdformen i någon utsträckning i 2018 års enkät (2017 års enkät i parentes).

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

Rutiner vid inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam

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

- Läkare vid vårdcentral i 94% (98%) av fallen.
- Sjuksköterska i kommun i 98% (93%) av fallen.
- Patient och/eller anhörig i 97% (89%) av fallen.

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

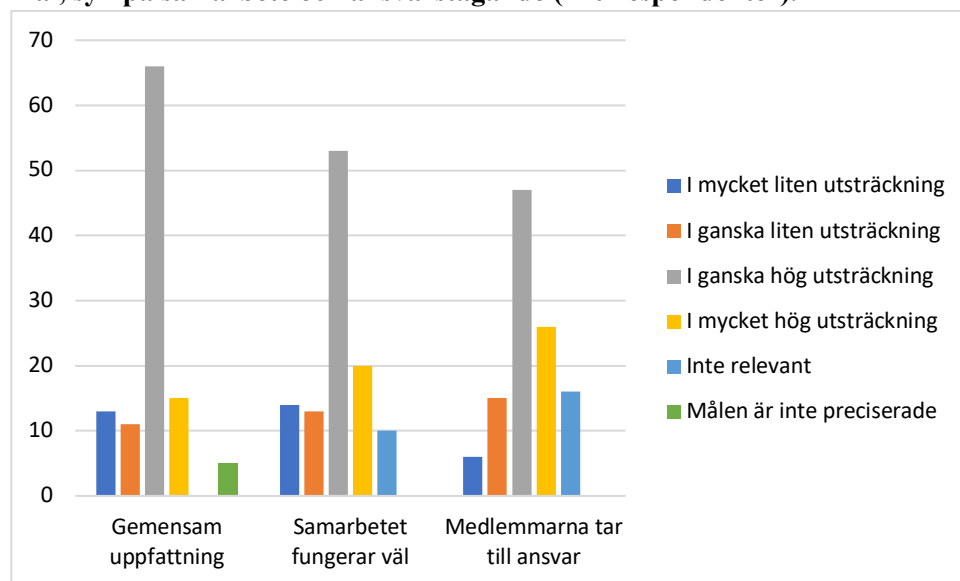
Samverkan och samarbete i de mobila vårdteamen

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

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

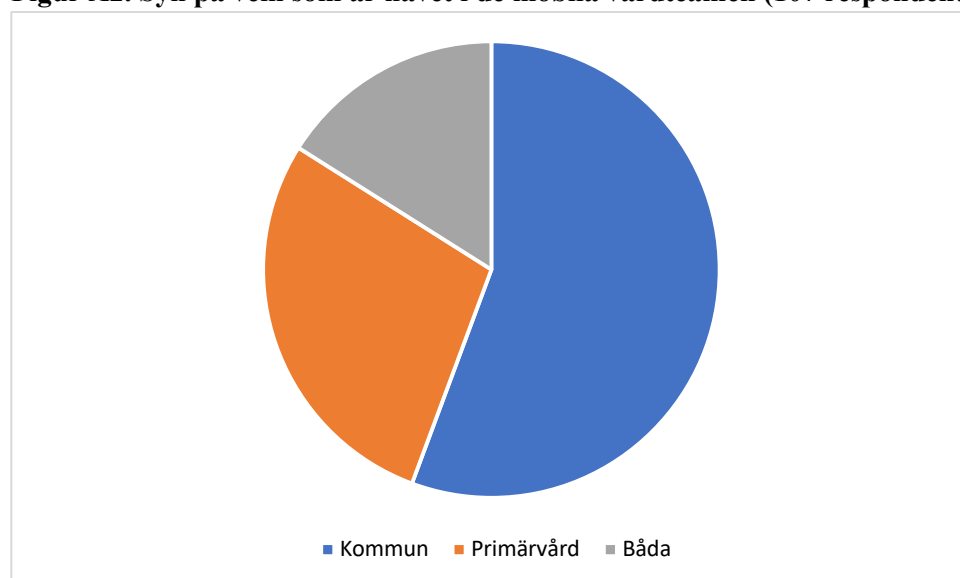
På frågan *"Upplever Du att samarbetet inom teamet/teamen fungerat väl som helhet?"* svarade 65% (53%) i mycket eller ganska hög utsträckning. Erfarenheterna var något mer positiva i primärvården än i kommunerna i svaren båda åren. De hinder som angavs i de fall som samarbetet i teamet inte fungerar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

Figur A1. Erfarenheter av vårdformen mobilt vårdteam avseende gemensam uppfattning om mål, syn på samarbete och ansvarstagande (110 respondenter).



Också svar på frågan *”Vem/vilken organisation är ”navet” i det/de mobila vårdteamet?”* visar på en relativt god samsyn mellan medarbetare i kommuner och primärvård. Svaren på denna fråga skiljde sig inte åt mellan respondenter från primärvård och kommuner. Svarsalternativen var ”Medarbetare i kommunen”, ”Medarbetare i primärvården” samt ett fritt svarsalternativ (figur A2). 107 respondenter besvarade denna fråga. Bland de tre som inte varade angav två ”Vet ej” och en ”Vet ej, det är väl en del i problemet”.

Figur A2. Syn på vem som är navet i de mobila vårdteamen (107 respondenter).



Finns det konkreta förbättringar till följd av arbete i vårdformen?

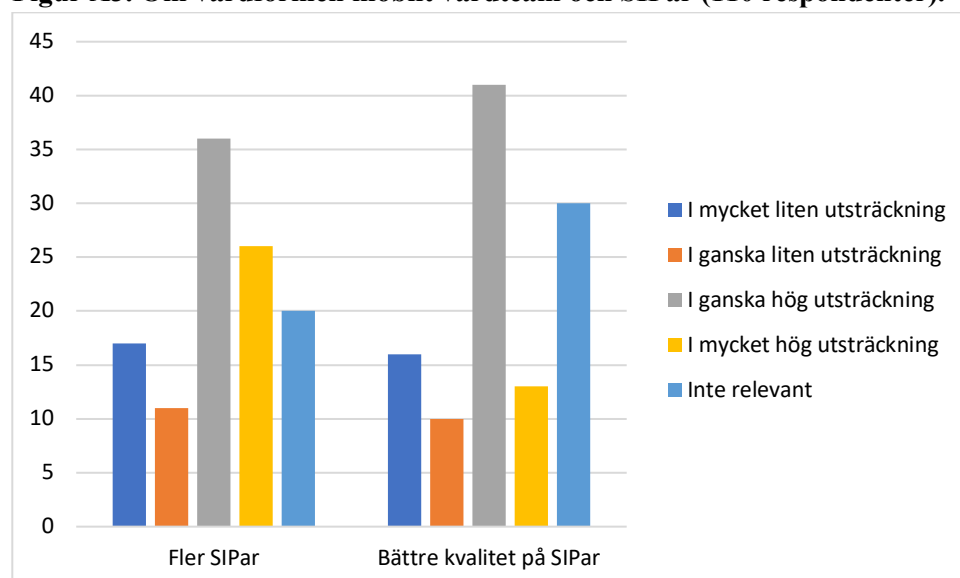
På frågan *"Finns exempel på konkreta förbättringar i arbetssätt/rutiner som följd av arbete i vårdformen mobilt vårdteam?"* svarade 49% (55%) ja. De exempel på konkreta förbättringar som angavs både 2017 och 2018 var tydligare SIP, bättre tillgänglighet och kontinuitet samt bättre samordning och beredskap kring patienten. I 2018 års enkät angavs också en förbättrad samverkan mellan olika yrkeskategorier (nätverksträffar), att ansvarsfördelningen blir tydligare, en god tillgänglighet till läkare och god kontinuitet mellan personal i kommun och primärvård, att patient och anhöriga blir tryggare och att vårdformen kan leda till färre besök och onödig inläggning på sjukhus.

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

Konsekvens för SIP av arbete i vårdformen

Erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam var att det görs fler SIPar och att kvaliteten på SIPar till viss del blir bättre (figur A3). På frågan *"Anser du att det görs fler SIP på grund av deltagande i vårdformen mobilt vårdteam?"* svarade 56% (59% 2017) i ganska eller mycket hög utsträckning. På frågan *"Tycker du att arbete i mobilt vårdteam leder till att kvaliteten på SIP blir bättre?"* svarade 49% (38% 2017) i ganska eller mycket hög utsträckning.

Figur A3. Om vårdformen mobilt vårdteam och SIPar (110 respondenter).

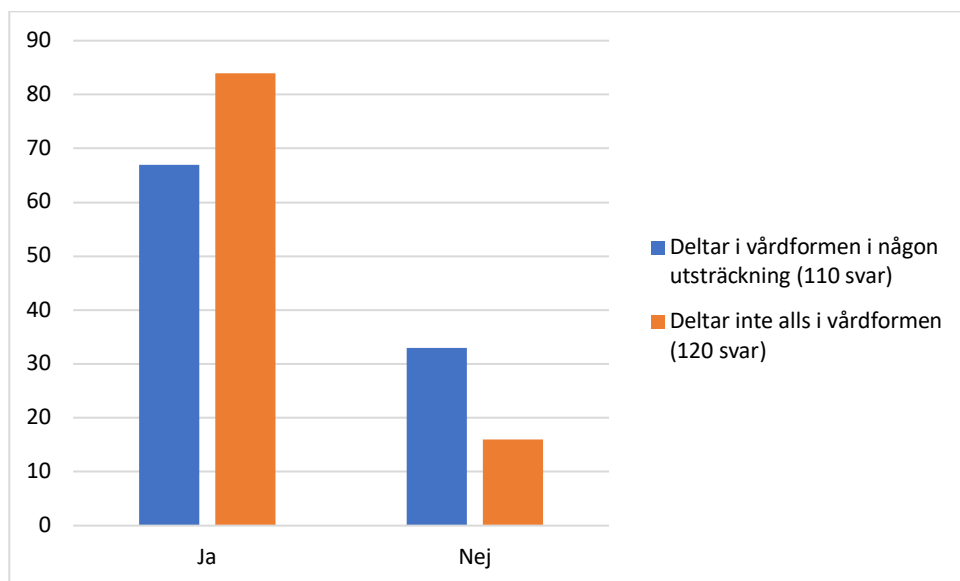


Nyckelord i svaren på den öppna frågan ”Vad innebär god kvalitet på SIP för dig?” var patientcentrering, förberedelse, planering, tydlighet, trygghet och ansvarsfördelning. Exempel på svar listas nedan:

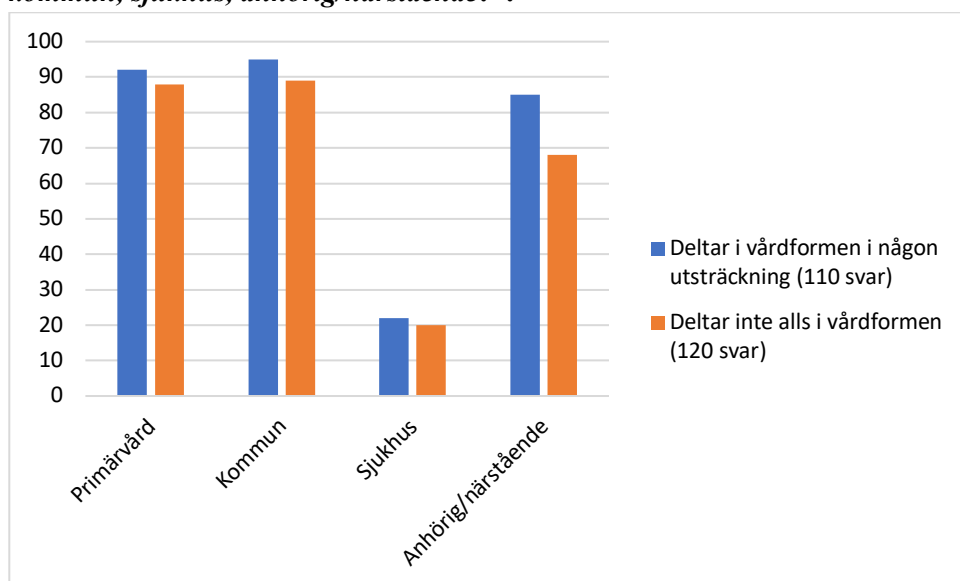
- Att alla har tagit del av den och satt sig in i patientens önskemål och behov
- Tydliga mål med vården som är förankrade med alla
- Att alla som ska vara med också är med
- Patienternas önskemål är utgångspunkt och olika huvudmän bidrar med olika delar för att uppnå målsättningen med en tydlig ansvarsfördelning.
- Att i största möjliga mån undvika sjukhus. Patienten ska kunna behandlas i hemmet. Det ska vara tydligt vem som ansvarar för vad.
- En planering som håller och att alla håller den.
- Att en handlingsplan finns för återkommande problem.
- Tydlighet, framförhållning, patientens godkännande.
- Ett levande dokument som tillför patienten livskvalitet.
- Engagemang.
- Samordna insatserna för patienten.
- Trygg patient och anhöriga.
- Tillgänglighet, kontinuitet, samverkan, helhetsbild, individanpassning.
- Vårdplanering i nutid och framtid
- Att anhöriga känner trygghet
- Tydlig ansvarsfördelning
- Att alla vet vad som ska göras i olika situationer

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

Figur A4. Svar på frågan ”Anser du att SIP hjälper dig prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?” (%).



Figur A5. Svar på frågan "I ditt arbete med SIP, involveras alltid företrädare för primärvård, kommun, sjukhus, anhörig/närstående?"



A.1.2 Jämförelse med år 2017

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

- Det fanns goda rutiner vid inskrivning i vårdformen vad gäller vilka aktörer som medverkar men att det fanns brister vad gäller att använda rätt blankett.
- Upplevelsen av samverkan och samarbete var god bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017.

- Det verkade finnas en god samsyn på frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017.
- En majoritet av de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten.
- Arbete i vårdformen ledde till att det görs fler SIPar och till viss del en förbättrad kvalitet och ändamålsenlighet i SIPar.

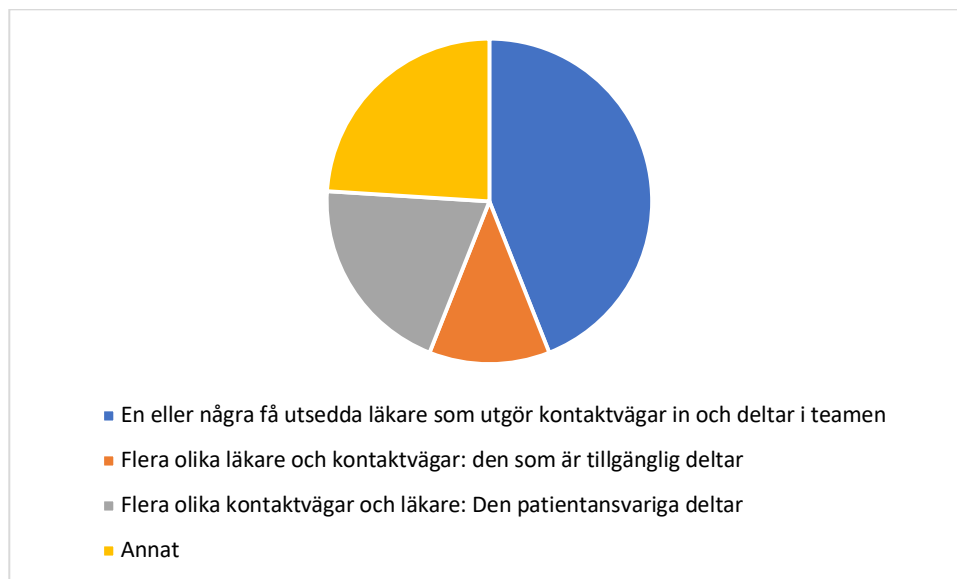
Svaren på 2018 års enkät om erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam bland medarbetare i kommuner och primärvård visar att:

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

A.2 Om organisering av läkarstöd

Enligt enkätsvaren är det vanligaste sättet att organisera läkarstödet gentemot kommunen att utse en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen (Figur A6). Det näst vanligaste sättet är att den läkare som är tillgänglig för stunden vid respektive vårdcentral deltar, vilket innebär att flera olika läkare och kontaktvägar finns. Det tredje vanligaste sättet är också att flera läkare deltar och är kontaktvägar in då den patientansvariga läkaren deltar i respektive team.

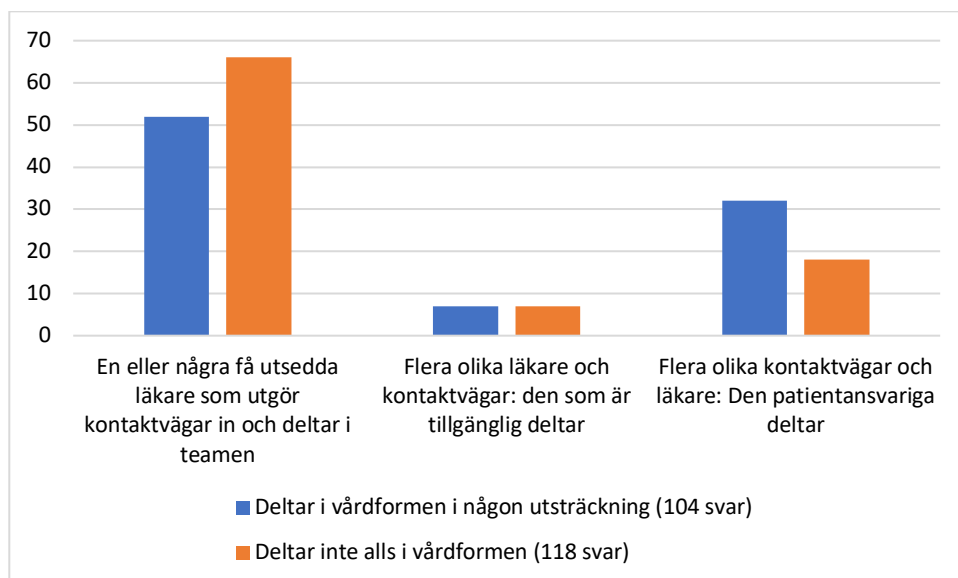
Figur A6. Svar på frågan "Hur är läkarstödet organiserat i det/de mobila vårdteam du deltar i?"



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

Att läkarstödet organiseras kring en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen är också den mest önskvärda formen enligt svaren i enkäten (Figur A7). Bland de som deltar i teamen svarar drygt hälften att denna form är den mest önskvärda medan två tredjedelar bland de respondenter som idag inte deltar i arbetsformen tycker den är mest önskvärd. Det näst mest önskvärda sättet att organisera läkarstödet är att den läkare som är patientansvarig deltar, vilket innebär att flera olika läkare och kontaktvägar finns men att kontinuiteten blir god gentemot patienter och personal. Inga tydliga samband mellan önskemål om hur läkarstöd ska organiseras och hur läkarstödet för närvarande organiseras eller mellan respondenter från kommun eller primärvård syns i materialet.

Figur A7. Svar på frågan (%) "Hur skulle du önska att läkarstödet var organiserat i det/de mobila vårdteam du deltar i/ kan komma att delta i?"



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

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

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

A.3 Planerat fortsatt arbete med vårdformen och behov av stöd

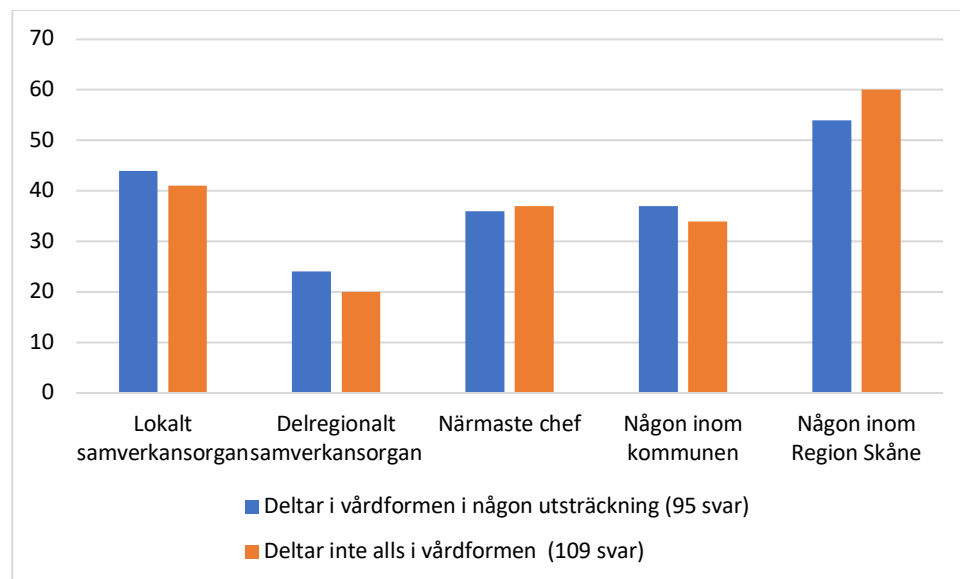
På frågan ”Har det/de mobila vårdteam de deltar i fått något särskilt stöd/hjälp för utvecklingsarbetet?” svarade 28% ”Nej”, 29% ”Ja, av person som arbetar inom kommunen”, 18% ”Ja, av person som arbetar i Region Skåne”, 15% ”Ja, av min närmaste chef”, 14% ”Ja, av lokalt samverkansorgan” och 7% ”Ja, av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

- Regelbundna lokala samverkansmöten
- Utbildning i SIP
- Att en utsedd person eller HS-ambassadör som driver utvecklingen av HS-avtalet i kommunen

- Att det finns tydliga direktiv/rutiner/strukturer för hur arbetet ska bedrivas
- Att det finns en gemensam målbild för vårdformen
- Att närmaste chef/MAS/HS-ambassadör har informerat om hur medarbetare ska gå tillväga i vårdformen

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

Figur A8. Svar på frågan ”Från vem behöver ni stöd och hjälp under 2019 för att utveckla vårdformen mobilt vårdteam?”



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

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

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

- Tid. Mer tid till utbildning. Mer tid till vårdformen.

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

A.4 Övriga kommentarer om arbetet inom vårdformen mobilt vårdteam

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

Några svar vittnar om att arbetet ännu inte kommit igång:

"Hoppas på en bra start under hösten 2018."

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

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

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

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

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

"Bättre vård för våra äldre utanför sjukhuset."

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

"Bra verktyg."

"Positivt att detta finns."

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

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

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

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

Några svar vittnar om bristande samsyn mellan olika aktörer:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Appendix B Fullständiga tabeller 3.9 och 3.10

Tabell 3.9. Regressionsmodell: analys av andel inskrivna vid vårdcentralerna som är 75 år eller äldre med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt lokalisering (kommun).

	Stand. Beta	Sig.
(Constant)		.536
Antal_listade	-.107	.156
Andel_listade_over75	-.159	.189
CNI	-.089	.292
ACG	.110	.293
Chef_lakare	.076	.211
Privat	-.193	.003
Kontinuitet_process	.034	.615
Andel_vaccinerade	.006	.946
Oviktade_besök_per_listad	.096	.431
Andel_läkarbesök_av_alla_besök	-.053	.488
Utbet_ers_per_viktat_besök	.107	.363
HelhetsintryckNPE	-.107	.137
Helsingborg	.083	.237
Eslöv	.129	.035
Båstad	-.037	.556
Östra_Göinge	.221	.000
Lund	.047	.519
Klippan	-.069	.235
Kristianstad	-.013	.843
Landskrona	.039	.511
Ängelholm	.060	.346
Hässleholm	.035	.618
Simrishamn	.195	.003
Ystad	.183	.003
Skurup	.022	.697
Sjöbo	.010	.867
Tomelilla	.254	.000
Bjuv	.132	.029
Åstorp	-.018	.753
Bromölla	-.073	.274
Osby	-.001	.988
Staffanstorp	.113	.054
Lomma	.109	.073
Trelleborg	.126	.044
Vellinge	.090	.141
Örkelljunga	.140	.020

Svedala	.206	.001
Burlöv	.023	.668
Hörby	.069	.224
Höör	-.001	.990
Kävlinge	-.029	.619
Perstorp	-.057	.320
Svalöv	.061	.268
Höganäs	.077	.197
ÅR2019	.155	.024
Beroende Variabel: Andel_inskrivna_75årelleräldre		
Justerat R2 = .215, N=268 vårdcentraler (Södervärn exkluderad)		

Tabell 3.10. Regressionsmodell: analys av andel inskrivna vid vårdcentralerna som är 80 år eller äldre med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt lokalisering (kommun).

	Stand. Beta	Sig.
(Constant)		.550
Antal_listade	-.132	.076
Andel_listade_over75	-.187	.120
CNI	-.094	.266
ACG	.129	.213
Chef_lakare	.046	.446
Privat	-.166	.010
Kontinuitet_process	.041	.542
Andel_vaccinerade	.011	.892
Oviktade_besök_per_listad	.065	.594
Andel_läkarbesök_av_alla_besök	-.062	.419
Utbet_ers_per_viktat_besök	.088	.451
HelhetsintryckNPE	-.095	.182
Helsingborg	.074	.291
Eslöv	.133	.028
Båstad	-.044	.487
Östra_Göinge	.209	.000
Lund	.055	.444
Klippan	-.075	.196
Kristianstad	-.023	.726
Landskrona	.043	.455
Ängelholm	.054	.400
Hässleholm	.028	.686
Simrishamn	.179	.006
Ystad	.172	.006
Skurup	.020	.732

Sjöbo	.010	.861
Tomelilla	.262	.000
Bjuv	.139	.020
Åstorp	-.013	.819
Bromölla	-.074	.261
Osby	-.008	.880
Staffanstorps	.124	.034
Lomma	.133	.028
Trelleborg	.130	.037
Vellinge	.115	.060
Örkelljunga	.133	.026
Svedala	.218	.000
Burlöv	.024	.651
Hörby	.054	.337
Höör	-.001	.979
Kävlinge	-.023	.688
Perstorp	-.055	.332
Svalöv	.060	.272
Höganäs	.090	.130
ÅR2019	.162	.017
Beroende Variabel: Andel_inskrivna_80årelleräldre		
Justerat R2 = .226, N=268 vårdcentraler (Södervärn exkluderad)		

Notera att endast de kommuner där de föreligger en samvariation inkluderas i tabellen.