



# Uppföljning av HS-avtalet - presentation 18 maj 2021

KEFU, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet

# Delar i kommande slutrapport

## Del A (innan sommaren):

- Etablering, spridningsmönster
  - Registerdata 2017-2020
- Medarbetares perspektiv
  - Enkät 2017, 2018 och 2020 (medarbetare)
  - Intervjuer 2017-2020 (medarbetare)
- Organisatoriskt ledning/stöd
  - Enkät 2018-2019 (delregionala samverkansorgan)
  - Intervjuer 2018-2019 (delregionala), 2017-2020 (medarbetare)

## Del B (efter sommaren):

- Kostnadseffekter

# Del B

## Kostnadseffekter

# HS-avtalet och kostnadseffekter på regional och kommunal nivå

## Översikt:

- Slutanalysen av regiondata ej påbörjad då data för 2019 ej (!) finns tillgänglig ännu (info uppdaterad 2021-05-10)
- Frågor har ställts till 20 vård- och omsorgsekonomer
- Data finns nu (äntligen) för Helsingborg
- Studien i Malmö stad genomförs nu

# Kostnadseffekt för kommuner

## Översikt:

- Det går inte att identifiera några effekter av inskrivning MVT på kostnaderna för äldreomsorgen utifrån offentlig statistik.
- Frågor om kostnadseffekter har skickats till de 20 kommuner med störst andel inskrivna. 14 har svarat. Några till på ingång.
- Ingen av respondenterna kan skönja någon väsentlig effekt.

## Vanliga svar:

- HS-avtalet i sig har inte medfört någon större kostnadsökning i nuläget, då det ännu inte skett några större förändringar i praktiken.
- Det finns patienter inskrivna i mobilt team men vi har inget speciellt mobilt team i XX kommun och vi har heller inte märkt någon skillnad i arbetssättet kring våra multisjuka äldre sedan detta infördes.
- Svårt att bedöma ekonomiska konsekvenser. Dock kan jag säga med säkerhet att det inte har inneburit högre kostnader för kommunen.
- Nej. Vi kan inte arbeta fullt ut med nära vård. Saknar personal.
- Nej. I XX kommun ligger vi rätt lång efter och inskrivning i MVT, innebär därför en marginell skillnad för kommunen eftersom det inte finns något organiserat läkarstöd från Region.
- Mobilt vårdteam påverkar inte våra kostnader i dagsläget. Som det ser ut nu får vi hembesök på kontorstid inte så stor skillnad mot tidigare. Vårdtagarna skickas till sjukhus vid akuta bekymmer.

# Helsingborg

- I Helsingborg pågår arbetet att analysera 113 individer som bor i ordinärt boende och är inskrivna i mobilt vårdteam.
- Jämfört med månaden innan inskrivning i vårdformen går kommunens insatser upp månaden efter inskrivning för att sedan falla tillbaka något 6 månader senare. Dock stor skillnad beroende på yrkeskategori.
- Insatser från Sjuksköterska enligt HSL går upp månaden efter inskrivning för att sedan falla tillbaka till samma nivå som innan inskrivning sex månader senare.
- Insatser från Omvårdnadspersonal går upp månaden efter inskrivning för att sex månader senare fortfarande ligga kvar på en hög nivå (jämfört med månaden innan inskrivning).
- När data finns, tar vi fram Regionens insatser för samma individer.
- Utmanande frågor: Är det vårdformens effekter? Naturlig utveckling på händelse? Reaktivt beteende?

# Angränsande projekt i Malmö

- "Separat" men mycket närliggande projekt att mäta resurser förinskrivna/inte inskrivna personer i Malmö
  - Etikansökan godkänd
  - Instrument för att mäta är framtaget
  - Databesamling genomförs nu. Klar i juni.
  - Metod: Kommunens sjuksköterskor har valt ut inskrivna individer och inte inskrivna individer (fast med liknande profil). Varje yrkeskategori mäter sin tid kopplat till individ under 2 veckor. Detta skapar möjlighet att analysera effekten av en inskrivning (om mätningen fungerar).
  - Analys under sommar/höst 2021

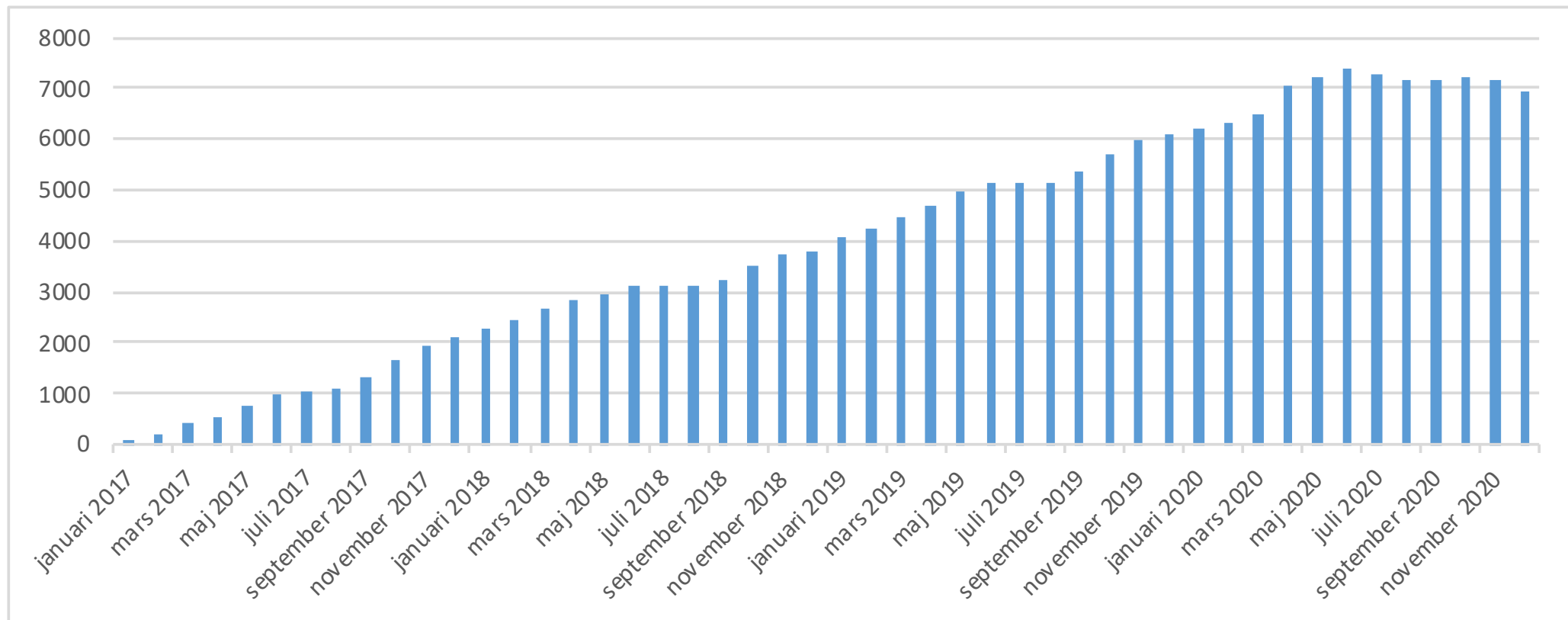
## **Del A**

# **Etablering, medarbetares perspektiv och implikationer för organisatoriskt ledning/stöd**



# Etablering

**Antal inskrivna i vårdformen enligt data från primärvården.**



# Spridningsmönster

Det fanns inskrivna personer vid vårdcentraler lokaliserade i 32 av de 33 skånska kommunerna i december 2020.

Inledningsvis fanns en geografisk koncentration till sydöstra hörnet av Skåne (kommunerna Ystad, Tomelilla och Simrishamn).

Lägre andel inskrivna vid privata vårdcentraler än offentliga – men det finns flera undantag.

Lägre andel inskrivna vid större vårdcentraler.

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.

# Syn på samverkan

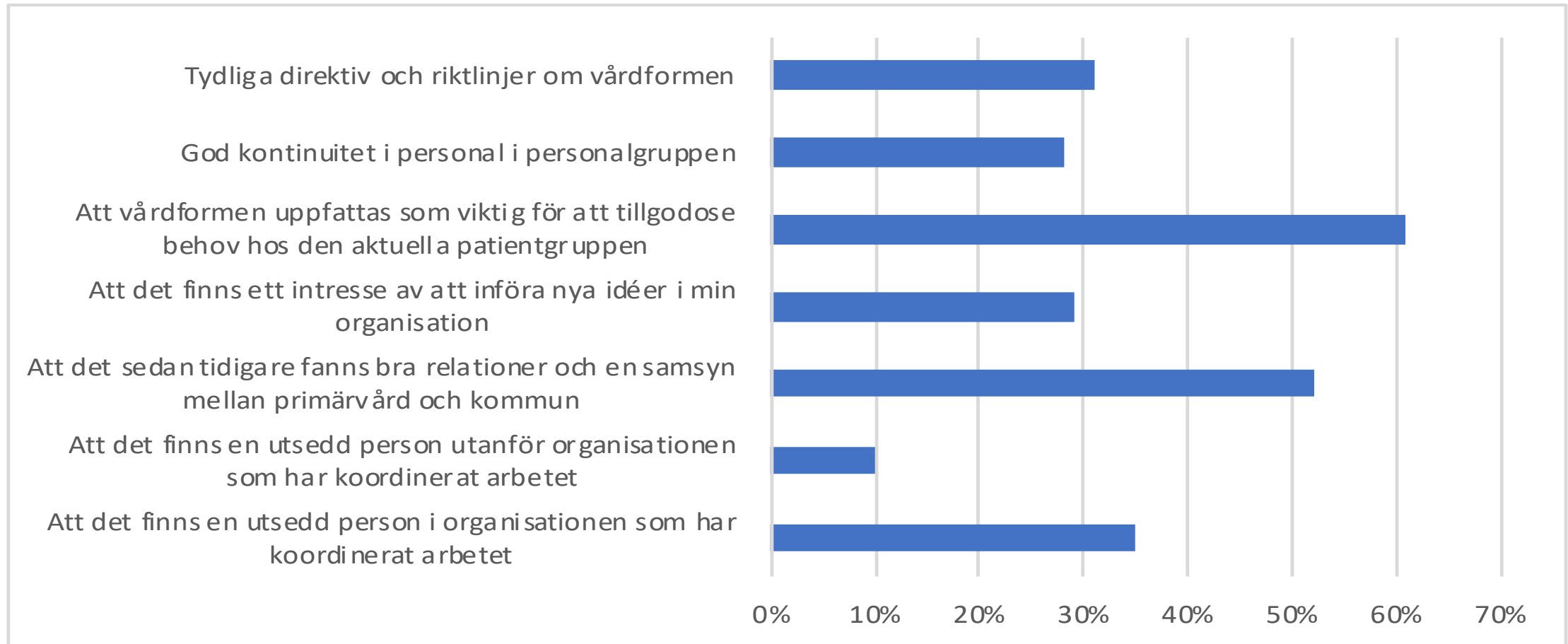
Fråga/påstående i enkäten	Andel som instämmer		
	2017	2018	2020
Upplever Du att teamets/teamens medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med vårdformen mobilt vårdteam?	57%	74%	56%
Upplever Du att medlemmarna i teamet/teamen tar sitt ansvar och genomför uppdraget?	64%	67%	68%
Upplever Du att samarbetet inom teamet/teamen fungerat väl som helhet?	53%	65%	64%
Antal respondenter (endast de som svarat att de arbetar i mobila vårdteam)	56	110	122

# Uppfattningar om konsekvenser

Fråga/påstående i enkäten	Andel som instämmer		
	2017	2018	2020
Finns exempel på konkreta förbättringar i arbetssätt/rutiner som följd av arbete i vårdformen mobilt vårdteam?	55%	49%	38%
Anser du att vårdformen mobilt vårdteam hjälper dig att prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?	58%	53%	54%
Antal respondenter (endast de som svarat att de arbetar i mobila vårdteam)	56	110	122

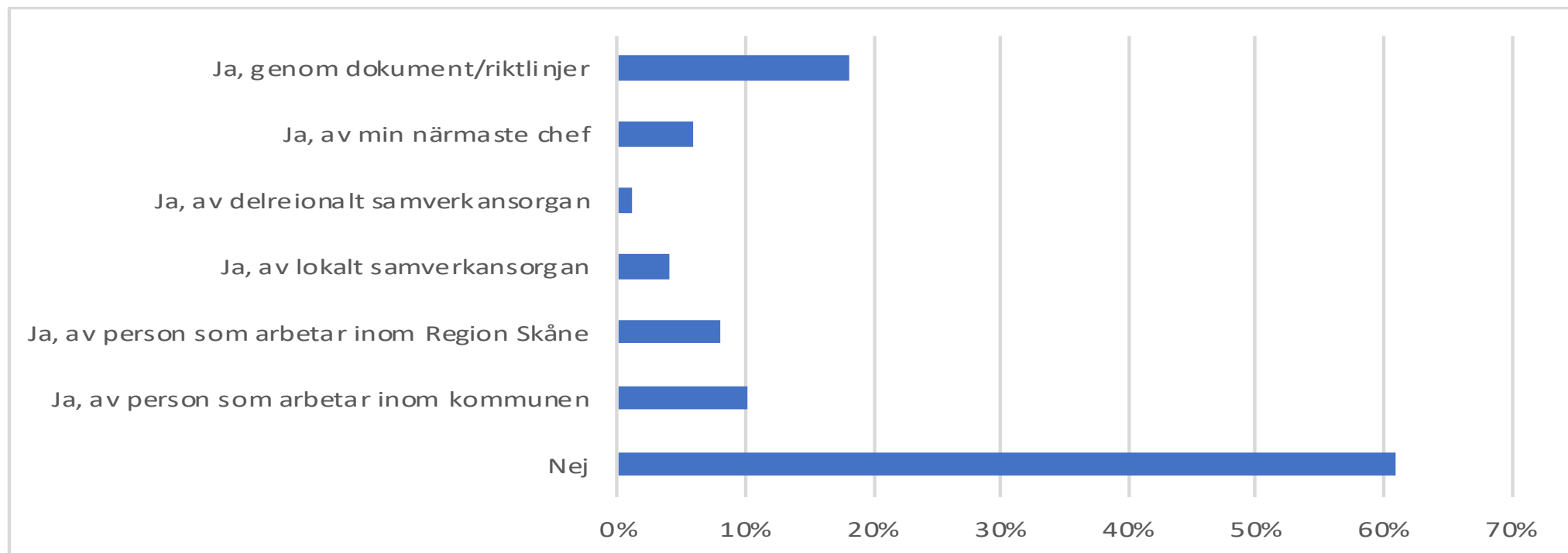
På frågan ”Anser du att SIP hjälper dig att prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?” svarade 83 procent ja år 2017, 67 procent år 2018 och 84 procent år 2020.

# Faktorer som underlättat införandet



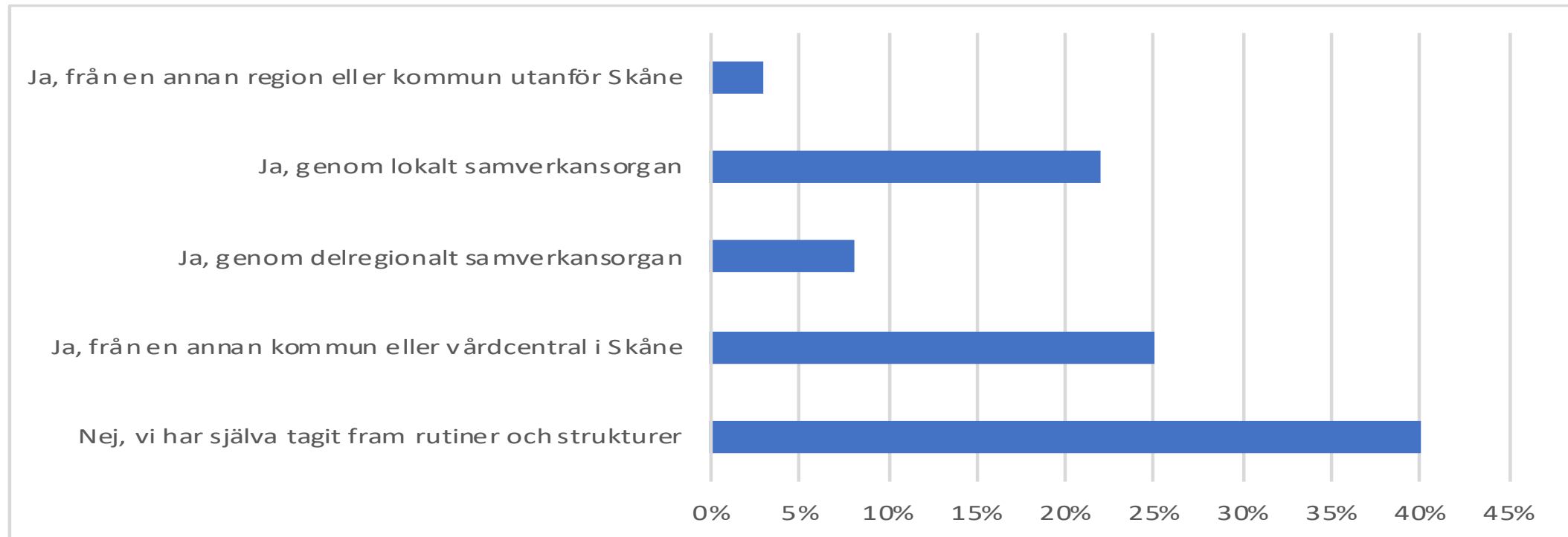
# Upplevelser av stöd vid införande

Har det/de mobila vårdteam som du deltar i fått något särskilt stöd/hjälp för utvecklingsarbetet?



# Upplevelser av stöd vid införande

Har ni tagit del av andras erfarenheter när ni har infört vårdformen på er arbetsplats?



# Samstämmig bild från enkäter och intervjuer

- Vårdformen i sig är ett bra sätt att ta omhand patienter i den aktuella gruppen men effekten av införande är begränsad – där det fungerade bra innan fungerar det bra även efter och där det inte fungerade bra innan är det problem även efter införandet.
- Många olika faktorer underlättar respektive försvårar införandet av teambaserade arbetsätt.
- De flesta har utvecklat arbetsätt själva, överlag har erfarenheter delats med andra i liten utsträckning.
- Önskat stöd, ffa ökad tydlighet, önskas både där det fungerar väl och mindre väl.



# Reflektioner om organisatorisk ledning och stöd

- Inskrivning i mobilt vårdteam och arbetssätt kan beskrivas som intervention
- Vissa delar av interventionen är standardiserad, men inte det väsentliga innehållet
  - Inskrivningskriterier, patient-/anhörig ska involveras, bedömnings- och inskrivningsblankett
  - Det egentliga innehållet svårt att standardisera (medarbetares intentioner, relationer, kvalitet i genomförandet etc)
- Det finns stora skillnader i hur interventionen spridits
  - I vilken grad man skriver in i mobilt vårdteam
  - Om man utvecklat rutiner först eller skrivit in många först och därefter utvecklat rutiner
  - Överlag finns god följsamhet till de standards som finns (kriterier, patient-/anhörig involvering, blankett)
  - Skiftande uppfattning om det kvalitativa innehållet (det som är svårt att standardisera)
  - Skiftande uppfattningar om interventionen gör skillnad för patienter/anhöriga
- Flertalet medarbetare anger att man utvecklar vårdformen själva utan stöd
  - Stöd från centrala eller delregionala samverkansorgan förefaller begränsat (men kan finnas indirekt genom stöd från lokalt samverkansorgan)
- Olikheter i spridning och "uptake" medför regionala ojämlikheter
  - Skiftande mönster i antal inskrivna, det som är mätbart
  - Skiftande uppfattningar om kvalitet och effekt även i de fall äldre skrivits in
  - Flertalet intervjuade lyfter brist på "utvecklingskraft" och ojämlik vård som problem

# Åtgärder för att främja utvecklingskraft och jämlikhet

- Viktigt att kommunicera vad huvudmännen önskar långsiktighet
  - Är frågan prioriterad? Vad vill man? Hur ska man styra för att nå målen?
- Överväg möjligheter att förtydliga interventionens innehåll
  - T ex krav på fast läkarstöd som kan arbeta enligt vårdformens intentioner
  - Men förtydliga med förankring i berörda professioner och vad som har fungerat i praktiken ("goda exempel")
  - Även med förtydliganden kommer det att krävas lokalt utvecklingsarbete, t ex att kraven på fast läkarstöd kan mötas på olika sätt i storstad resp landsbygd
- Säkerställ långsiktig uppföljning av vårdformen och dess effekter
  - Stärk patient-/brukarperspektiv! Vilka erfarenheter har man? Gör det någon skillnad?
- Säkerställ ökad transparens utifrån uppföljningsresultaten
  - Jämförelser regionalt och över tid; spridning/arbetsätt/kvalitet
- Ge stöd åt kollegial granskning och dialog
  - Använd uppföljning/jämförelser och "berättelser" från patienter/anhöriga för att initiera utveckling
  - Reflektioner främjas i professionell dialog och där egna erfarenheter får ta plats
- Främja klinisk forskning om interventionens utformning och effekter
  - Vetenskapligt underlag är begränsat och förmodligen avgörande för långsiktig spridning
  - Behövs för lokal utveckling av vårdformen; för att den ska bli "träffsäker" (behovsanpassad) och kostnadseffektiv



Tack för uppmärksamheten!

Frågor och funderingar?