

Uppföljning av HS-avtalet - presentation 4 juni 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):

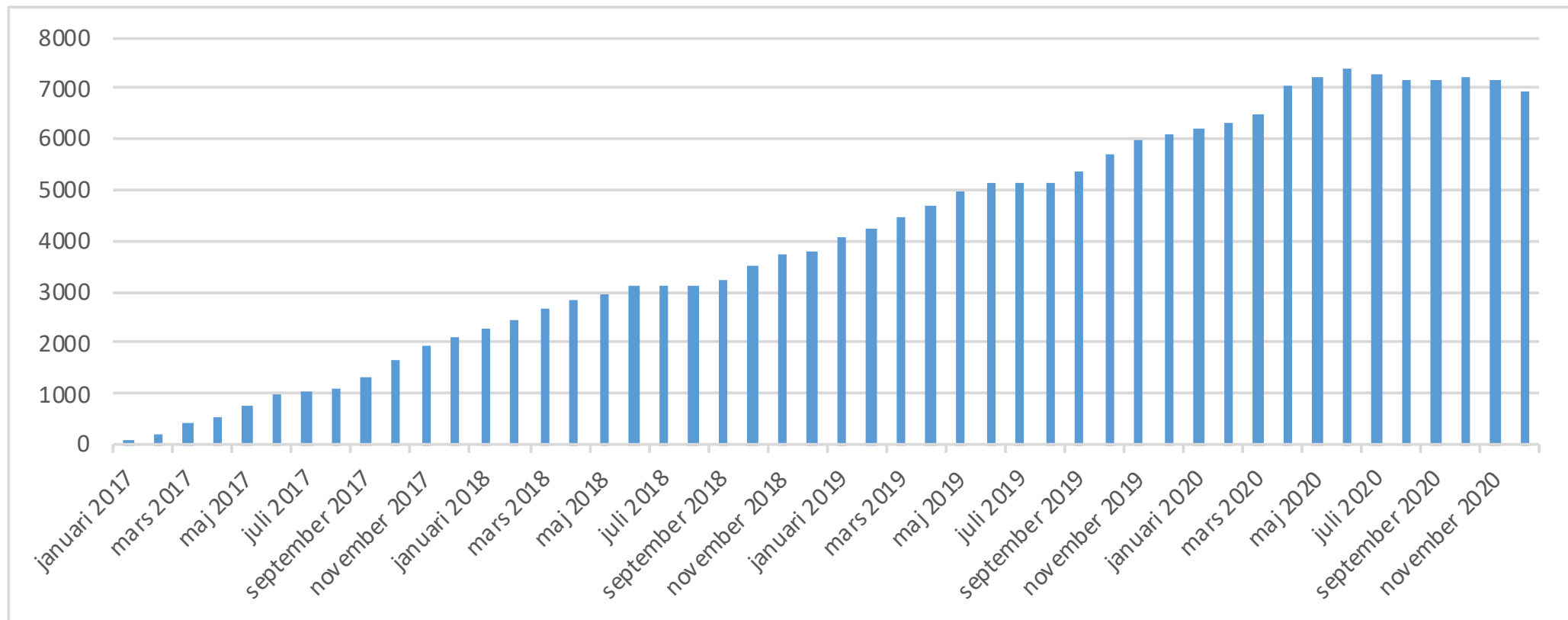
- Kostnadseffekter
 - Registerdata 2017-2019 (region & kommuner)

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

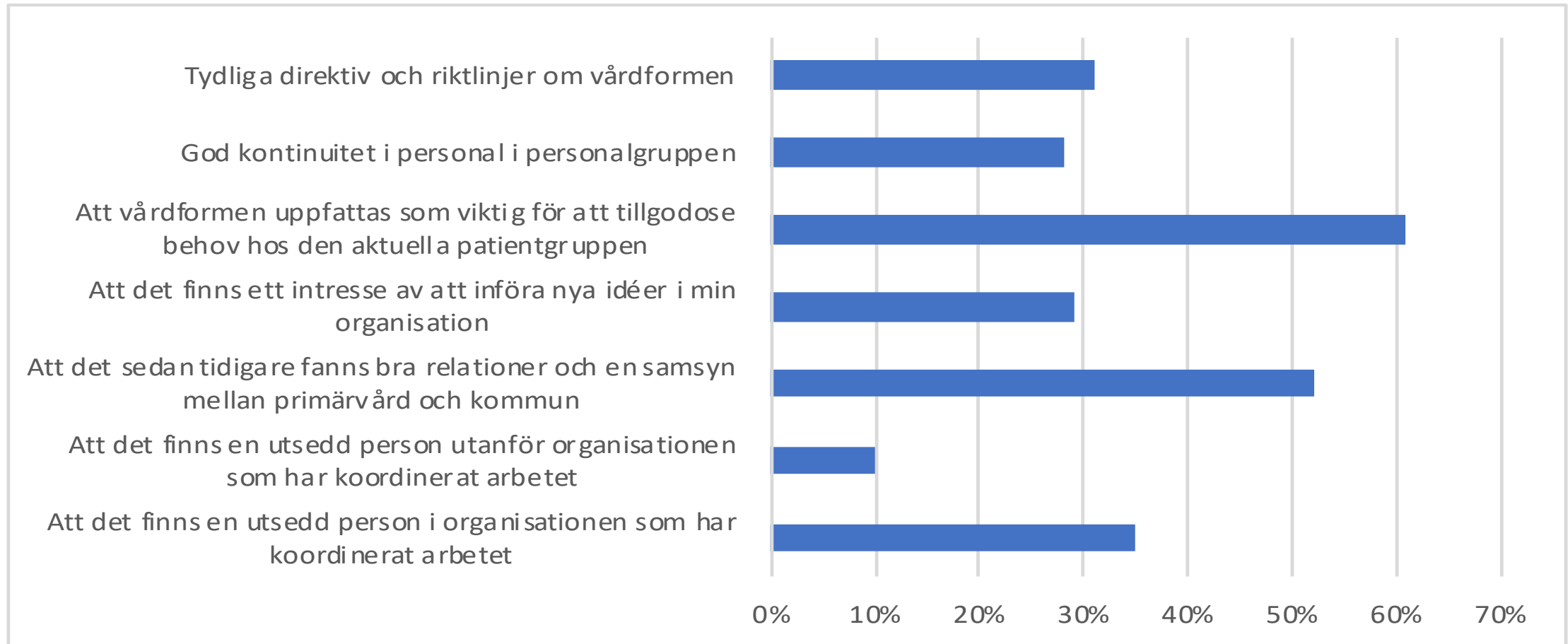
Fråga/påstående i enkäten	Andel som instämmer		
	2017	2018	2020
Upplever Du att teamets/teamens medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med vårdformen mobilt vårdteam?	57%	74%	56%
Upplever Du att medlemmarna i teamet/teamen tar sitt ansvar och genomför uppdraget?	64%	67%	68%
Upplever Du att samarbetet inom teamet/teamen fungerat väl som helhet?	53%	65%	64%
Antal respondenter (endast de som svarat att de arbetar i mobila vårdteam)	56 (20%)	110 (47%)	122 (49%)

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

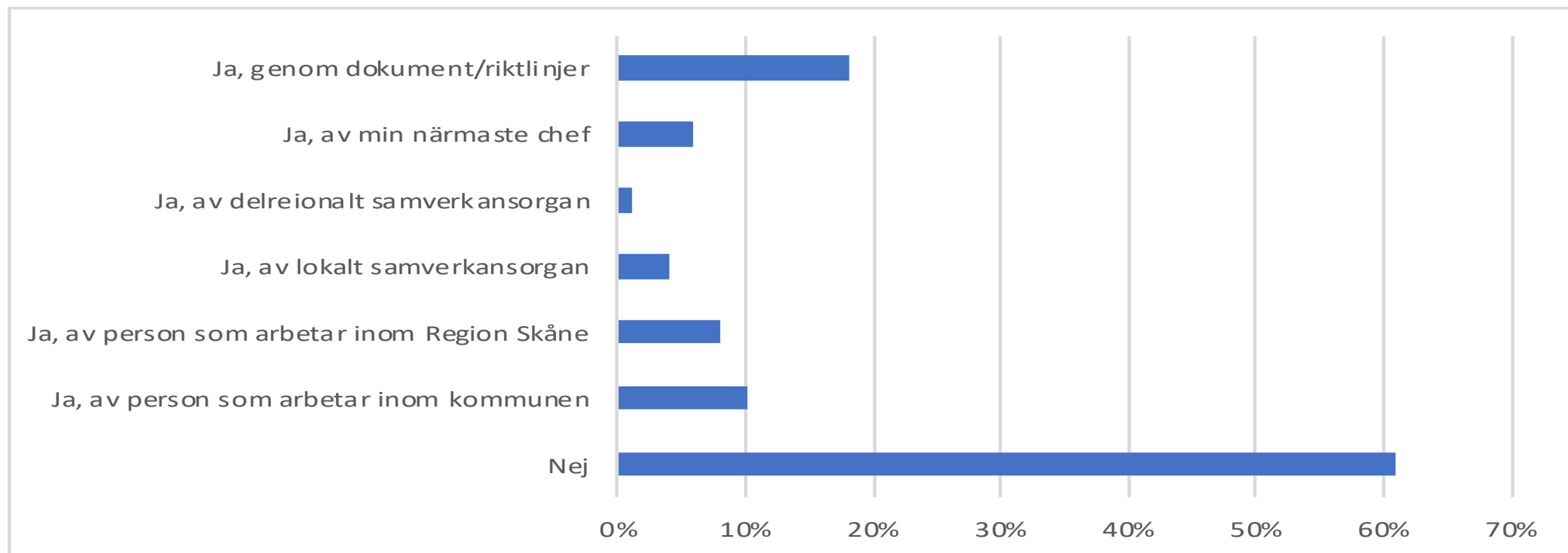
På frågan ”Anser du att SIP hjälper dig att prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov?” svarade 83 procent ja år 2017, 67 procent år 2018 och 84 procent år 2020.

Faktorer som underlättat införandet



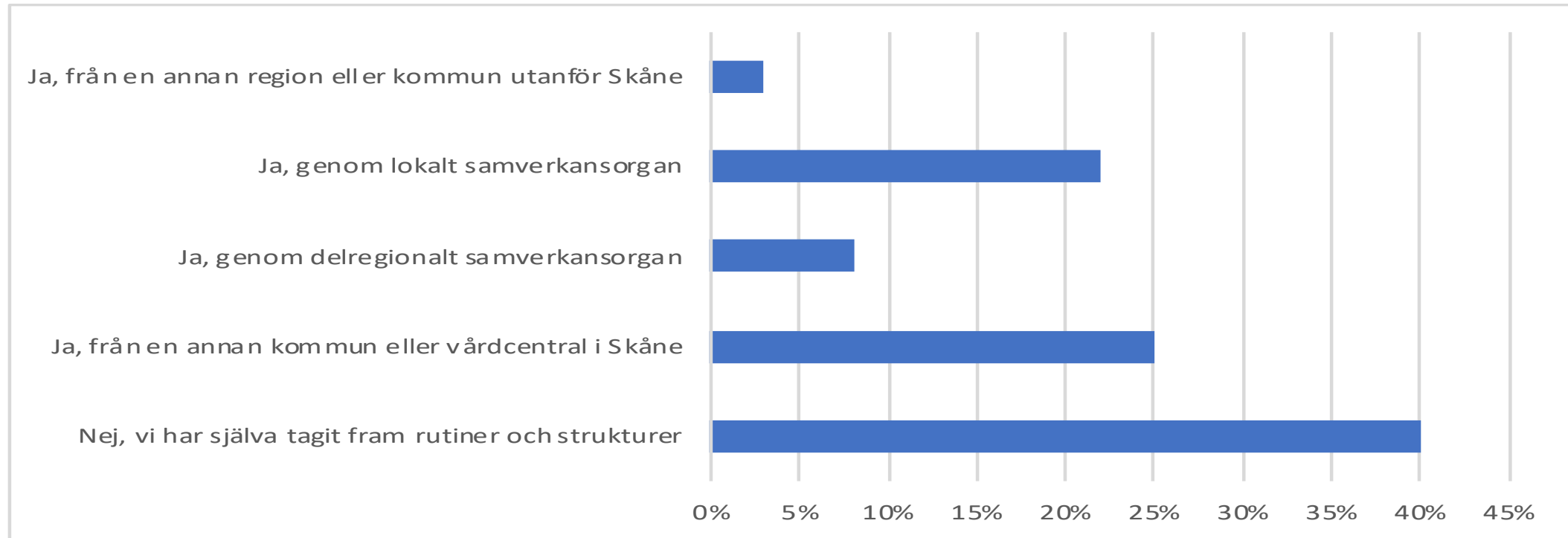
Upplevelser av stöd vid införande

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 arbetssätt, i synnerhet
 - att vårdformen upplevts som viktig för att tillgodose behov hos den aktuella patientgruppen, och
 - att det sedan tidigare fanns upparbetade bra relationer och samsyn mellan medarbetare i kommun och primärvård.

Spridning och implementering

- De flesta har utvecklat arbetssätt själva, överlag har erfarenheter delats med andra i liten utsträckning.
- Det finns stora skillnader i hur interventionen spridits och implementerats
 - 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

Mer stöd “uppifrån” önskas

- Önskat stöd, ffa ökad tydlighet, önskas både där det fungerar väl och mindre väl.
 - Där det inte fungerar väl (varken före eller efter HS-avtalet) efterfrågas en tydligare styrning uppifrån för att underlätta etableringen av vårdformen.
 - Där det fungerar väl (ofta både före och efter HS-avtalet) efterfrågas större inslag av formell styrning för att motverka att den vård som erbjuds skåningarna blir ojämlik.
 - Samtidigt med dessa önskemål finns också en bild av att styrdokument behöver förankras lokalt och att det finns möjligheter till lokal anpassning efter förutsättningarna.

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)
- Flertalet medarbetare anger att man utvecklar vårdformen själva utan stöd
 - Stöd från centrala, delregionala och lokala samverkansorgan förefaller begränsat
- Olikheter i spridning och implementering medför geografiska 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

Hur 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 respektive 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/arbetssätt/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

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 2021-06-04)
- 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
 - Datainsamling 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

Tack för uppmärksamheten!

Frågor och funderingar?