

# Kartläggning av prehospital och mobil vård i Skåne

25 november 2022

# Innehåll

## Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

# Sammanfattning (1/3) – Insikter från kartläggning

Kartläggningen har identifierat **fler än 200 olika insatser/mobila vårdteam** som levererar någon form av prehospital eller mobil vård inom Region Skåne.<sup>1</sup> Detta är utöver de mobila resurser som finns i ex. kommunerna

Mobila vårdteam kopplade till vårdcentraler (81 st), mobila vårdteam kopplade till sjukhus (31 st), och ambulanser (68 st) står för majoriteten av de mobila resurserna, samt uppskattningsvis 60% av totala kostnader för mobila resurser. Dessa mobila resurser styrs från olika förvaltningar, inklusive förvaltningar med regionalt ansvar för samordning av en specifik vårdform (t.ex. primärvård, psykiatri) och sjukhusförvaltningar som samordnar ett brett spektrum av vårdformer inom ett specifikt geografiskt område

I dagsläget finns **begränsad samverkan mellan dessa resurser och den akuta prehospitalla larmkedjan**, även om lokal samverkan finns, såsom de mobila teams (ex. det geriatriska akutteamet i Helsingborg) som tar uppdrag efter samtal från ambulanspersonal

**SOS Alarm och Region Skånes Larmcentral ansvarar för larmkedjan**, och därmed 171 000 ambulansuttryckningar, med stöd från Regionalt Läkarstöd, som utför telefonkonsultationer åt ambulanssjukvården samt bistår Region Skånes Larmcentral som har patientsäkerhetsansvaret för Prio 2 och 3-ärenden i väntan på ambulans

Geografiskt är de **mobila resurserna överrepresenterade i västra Region Skåne**, dvs. från Malmö till Ängelholmsbukten, delvis på grund av högre befolkningstäthet samt närvaro av regionens 5 av 10 sjukhus (SUS Malmö, SUS Lund, Helsingborg, Landskrona, Ängelholm). Dessutom finns en **hög variation i antal invånare per vårdteam** som utgår från primärvården, från 4 000 invånare per mobilt vårdteam i (Båstad) till 52 000 invånare per mobilt vårdteam (Hässleholm)

De två främsta funktionerna som de mobila vårdteamerna fyller är:

- Åka ut vid akuta vårdinsatser, och därmed avlasta ambulansverksamheten samt akutmottagningar och beläggningar på sjukhus överlag (t.ex. olika ambulanstyper, single responders, räddningstjänst, mobila vårdteam utgående från sjukhus som bedriver akut-/internmedicinsk vård)
- Bedriva vård i hemmet pga. ex: underlätta för patient att slippa åka till vårdinrättning; möjliggöra utskrivning från sjukhus, brist på vårdplatser på sjukhus etc. Detta kan omfatta ex. specialiserad öppenvård men även ex. läkemedelsgenomgångar.

Flera utvecklingsarbeten pågår avseende prehospitalla och mobila insatser, t.ex. pågående pilot med lättvårdsambulans, pilot i Ystad för onkologiska patienter och 'mellanvårdsform' som håller på att utvecklas i Landskrona

1. Exklusive Skånetrafikens resurser för sjuktransport

# Sammanfattning (2/3) – Identifierade utmaningar

Utmaningar i dagens system kopplar i stor utsträckning an till **svag styrning & samordning av de prehospitala samt mobila insatserna**. Detta bidrar bland annat till **fragmentering och att vårdutbudet inte är regionalt jämnt** i länet

Angelägna utmaningar för de prehospitala och mobila resurserna är sammanfattningsvis:

Akut prehospital vård (larmkedjan)

- 1) Bristfällig medicinsk kompetens i triagering i inledande/första samtal anses leda till överprioritering
- 2) Larmkedjans uppdelning mellan olika vårdgivare leder till visst dubbelarbete
- 3) Larmcentralens palett är uppdelad och begränsad vilket försvårar matchning av resurs utefter vårdbehov
- 4) Direktiv 65 leder till att ambulansresurser används till bärhjälp
- 5) Samordning samt uppföljningssätt och -frekvens skiljer sig åt mellan de privata och offentliga ambulansdistrikten

Mobila team utgående från vårdcentraler

- 7) Ojämnt utbyggd mobil vård på primärvårdsnivå med stora variationer i utformning och samverkan
- 8) Den förstärkta läkarmedverkan och teamsamverkan som beskrivs i HS-avtalet upplevs sällan kunna ges till patient från vårdcentralerna
- 9) Svaga incitament, begränsad samverkan och utmanande för närmare 170 vårdcentraler att själva leverera enligt den mobila vårdformen – särskilt att kunna säkra mer akuta punktinsatser

Mobila team utgående från sjukhus

- 10) Förvirring kring ansvar och roller tvärs huvudmän pga. många varierande upplägg i den mobila vården från sjukhusen
- 11) Ej regionalt jämnt avseende sjukhusens mobila vårdutbud, med stor spridning
- 12) Oklar kostnadseffektivitet och indikationer att den mobila vården inte alltid utförs på "rätt" vårdnivå
- 13) Läkarstödet från sjukhusen är oklar i HS-avtalet och försvårar samverkan med primärvården

# Sammanfattning (3/3) – Föreslagna åtgärder

Utifrån genomförd kartläggning lämnas sex huvudsakliga rekommendationer:

- A. Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens** – larmcentralen samlas under en organisation med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor). Syftet är att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet, så att rätt resurs fördelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering
- B. Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet** – en bredare palett av resurser föreslås för att möjliggöra att patienter kan vårdas på rätt vårdnivå, exempelvis bör larmcentralen kunna dirigera liggande sjuktransport samt mobil vårdresurs från vårdcentral eller sjukhus (t.ex. bedömningsbil). Dessutom föreslås möjlighet till telefonuppföljning av ärende (när annan resurs en ambulans dirigeras) och förutsättningar att, i ökad utsträckning, nyttja data, t.ex. gemensamma journalsystem
- C. Samordning och uppföljning av ambulansverksamheter föreslås stärkas** – förslag att säkra starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheterna i egen resp. privat regi. Två alternativ föreslås:
- Förtydliga det centraliserade samordningsuppdraget, samt säkerställ tydligt ansvar för styrning och samlad kvalitetsuppföljning (utfall, avvikelser, mm) med hjälp av data som levereras av respektive ambulansverksamhet, t.ex. kvartalsvis
  - Säkra att en separat nämnd styr, utvecklar, följer upp, och sköter verksamhetsuppföljning (inklusive avtalsuppföljning) tvärs både den offentliga och privata ambulansverksamheten
- D. Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans** – Direktiv 65 ersätts med ett tydligt uppdrag till Skånetrafiken, inklusive a) anställning av personal efter fys-test som är lämpade för tyngre lyft, b) utbildning ledd av arbetsterapeut och fysioterapeut i bland annat lyftteknik och ergonomi samt c) Fordon och utrustning (exempelvis trappklättrare och lyfthjälpmiddel) med dubbelbemanning som med förtur används för uppdrag som i dagsläget hänvisas till ambulanssjukvården enligt Direktiv 65
- E. Stärkt, sammanhållen mobil vård för de med störst vårdbehov** (detta omfattar att stärka 'basen', dvs. allmänmedicinska, elektiva mobila insatser, och 'spetsen' med mer akuta, ibland avancerade mobila insatser – Tre huvudsakliga alternativ beaktas (samtliga med för- och nackdelar som bör utredas vidare):
- 1A. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från sjukhusen
  - 1B. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från Förvaltning Primärvård ('Mellanvård')
  - 2. Läkarmedverkan (hela eller delar av) i kommunal primärvård lyfts från förfrågningsunderlag (FFU) till separat ny vårdform' genom ex. ny LOV/LOU som kan tillgodose mobila vårdbehov (elektiv & akut 24/7)
- F. Stärkt styrning och samordning av de mobila resurserna** – utformning av ytterligare nya sjukhusbaserade team ska koordineras genom implementering av process för skapande av nya team, dvs. om behovet av mobilt sjukhusteam upplevs i verksamheten så ska efterfrågan, utformning och resurseffektiviteten belysas och presenteras för förvaltningschefen, som i sin tur tar med sig förslaget till Koncernledningen (KL) där beslut fattas

# Innehåll

Sammanfattning

## **Kartläggningens syfte och metod**

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

# Bakgrund och syfte

## Omställningen till god och nära vård gör att prehospital och mobil vård behöver integreras i vårdkedjan

Prehospital vård runtom i Sverige är i förändring, med koppling till omställningen till god och nära vård

Även Region Skåne eftersträvar ett skifte *från* att se den akuta prehospitala och mobila vården som fristående verksamheter *till en integrerad del* av hälso- och sjukvårdssystemet

## Mångfald av mobila resurser gör det svårt att få ihop helheten i Region Skåne

I linje med utvecklingen mot öppenvård, nära eller hemma hos patienten, har olika typer av mobila team eller mobila resurser uppkommit i Region Skåne

Region Skåne har många olika prehospitala samt mobila resurser att tillgå, men begränsad översikt samt begränsad styrning och samordning kring dessa

Givet detta utmanande att kunna koppla ihop den prehospitala vården till en helhet

## En kartläggning för att få ett helhetsperspektiv på all prehospital och mobil vård och identifiera åtgärder

För att i den långsiktiga utvecklingen kunna skapa en flexibel vård med patienten i fokus har Region Skåne låtit genomföra en kartläggning av all prehospital och mobil vård inom regionen

Utifrån kartläggningen lämnas ett antal förbättringsförslag avseende bl.a. struktur och ansvarsfördelning

# Utredningen har utgått från tre distinkta analysområden

## Akut prehospital vård ("larmkedjan")

*Patientsäkert och effektivt akut prehospitalt bemötande när akuta insatser behövs:*

- **Styrning och ledning** av hela larmkedjan
- **Organisation** av larmoperatörer och ambulans
- **Planering och resursoptimering**, ex. optimering av vilken resurs som larmas ut i varje ärende

## Samverkan mellan larmkedjan och dagens och framtidens mobila resurser

*Integration av vårdkedjor och transparens kring de resurser som kan nyttjas för att behandla varje patient på rätt vårdnivå och rätt plats:*

- **Vårdkarta tillgänglig för olika aktörer**, ändamålsenligt spektrum av insatser tillgänglig för larmkedjan för att kunna optimera vårdnivå
- **Förutsättningar för effektiv samverkan mellan parter**, ex. möjligheter till informationsdelning mellan aktörer och effektiva ersättningsmodeller som ger delade incitament
- **Styrning och uppföljning**, för att möjliggöra effektiva arbetssätt över tid tvärs alla aktörer

## Mobila resurser (elektiva och akuta)

*God och tillgänglig vård nära patienten i syfte t.ex. att ge färre inskrivningar över tid och öka möjlighet till utskrivning från slutenvård:*

- **Jämlikt utbud**, regionalt och utifrån patientbehov
- **Kostnadseffektivt utbud**, i linje med långsiktig strategi att bygga ut primärvården men med akuta insatser vid behov
- **Stödjande styrning/organisation**, ex. tydligare ansvarig huvudman



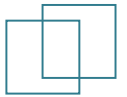
# Uppdragsbeskrivning och avgränsning

## Uppdragsbeskrivning – arbetets inriktning



- A** Kartläggning av all befintlig mobil vård, dess resurser, kompetenser och verksamhetsinriktning på olika vårdnivåer inom det skånska hälso- och sjukvårdssystemet. Detta ska ske med aktiv medverkan från berörda verksamheter, utgående från analys av patientens/invånarens behov
- B** Belysa nuläge och lämna förslag till utformning av och **ansvarsfördelning i den samlade larmkedjan** i effektivt samspel mellan Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm AB, med syftet att förbättra
- C** Belysa nuläge och föreslå lämpliga åtgärder för effektivisering, avseende gränssnitt och **uppgiftsfördelning mellan ambulanssjukvården och Skånetrafiken**, framför allt vad gäller sjuktransporter, överflyttningsresor, bärhjälp etc.
- D** Identifiera och föreslå åtgärdsområden med nya verksamhets- och samverkanslösningar som kan bidra till **utvecklingen av den prehospitala vården till en integrerad del av framtidens hälsosystem** och där Region Skånes **samlade resurser används på bästa sätt** för att möta den enskilde patientens behov med rätt kompetens på rätt nivå
- E** Utarbeta förslag till en tydlig struktur och **ansvarsfördelning** för hur den långsiktiga utvecklingen av den framtida samlade utvidgade **prehospitala vården ska drivas** framåt, med alla dess olika aktörer och samverkansytor
- F** Identifiera områden och konkreta åtgärdsförslag som i det kortare perspektivet kan bidra i rätt riktning som stöd för den önskade långsiktiga utvecklingen

## Avgränsning

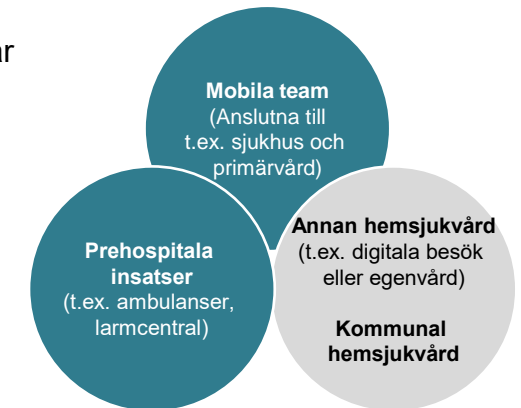


Kartläggningens fokus har varit den **fysiska prehospitala och mobila vården**. Detta omfattar både akut och elektiv vård **utanför** vårdinrättning såsom sjukhus och vårdcentral

Kartläggningen har avgränsats till att **inte inkludera ex. digital/virtuell vård, övervakning/telemetri, sjukvårdsrådgivning över telefon utöver 1177 (som ingår) eller egenvård**

Kartläggningen fokuserar på **somatik** och **psykiatri**, och har endast översiktligt omfattat **habilitering** (ex. hjälpmedelsutprovning i hemmet)

Med undantag för ett par utvalda intervjuer med MAS:ar för att förstå tillgången på regional hemsjukvård har **kommunal hemsjukvård inte ingått i uppdraget**, men vidare utredning med fokus på kommunal hemsjukvård föreslås att genomföras för att kunna belysa framtida samarbetsytor



# En mängd olika källor har nyttjats under arbetets gång



**Dokumentanalys. Tidigare rapporter och dokument** kring prehospital och mobil vård i Skåne, t.ex.

- 2020 - "Granskning av prehospital vård"
- 2021 - "Översyn av prehospital vård i Skåne"
- 2021 - "Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt "Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam""



**Intervjuer med ~70 intressenter tvärs bl.a. Region Skånes förvaltningar samt samarbetspartners**, t.ex. enhetschefer, utvecklingschefer, läkare, sjuksköterskor, hälso och sjukvårdsstrateger, områdeschefer, kommuner



**Enkät med 38 frågor** rörande prehospital- och mobil vård som besvarades av 100+ respondenter tvärs Region Skånes förvaltningar samt samarbetspartners (Skånetrafiken, PreMedic AB, SOS Alarm)



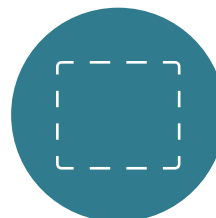
**Hälso och sjukvårdsdata från Region Skåne** (t.ex. vårdinsatser, finansiering) samt andra relevanta aktörer (t.ex. SOS Alarm) och andra regioner (t.ex. VGR, Uppsala, Stockholm)



**Fysiskt besök och observation av operatörer hos Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm** den 23:e september 2022






**Externt åberopad expertis från verksamheter i det svenska hälso- och sjukvårdsområdet** (t.ex. Socialstyrelsen, SKR, verksamhetschefer vid andra regioner etc.)








**Offentliga data och rapporter, expertis** inom motsvarande frågeställningar internationellt hos McKinsey

# Fler än 70 företrädare inom och utanför regionen har intervjuats i arbetet (1/2)

Verksamhet	Namn	Roll	Enhet	Uppföljningssamtal <sup>1</sup>	
Sjukhus		Catarina Ellehuus Hilmersson	Enhetschef akutläkarna	Lasarettet i Ystad (LiY)	✓
		Marie Busch	Verksamhetsutvecklare	Lasarettet i Ystad (LiY)	
		Emma Herlin	Enhetschef mobila teamet	Ängelholms sjukhus	✓
		Lina Hjärpe Skoglund	Medicinskt ansvarig läkare	Ängelholms sjukhus	
		Caroline Mellberg	Verksamhetschef	Ängelholms sjukhus	
		Susann Nilsson	Områdeschef	Skånes universitetssjukhus (SUS)	
		Kristina Drott	Sektionschef	Skånes universitetssjukhus (SUS)	
		Malin Axelsson	Områdeschef	Skånes universitetssjukhus (SUS)	
		Jenny Hellfalk	Verksamhetschef Urologi	Skånes universitetssjukhus (SUS)	
		Rickard Claesson	Sjukhuschef	Lasarettet i Landskrona	
		Marco Brizzi	Sjukhuschef	Lasarettet i Trelleborg (LiT)	
		Per Wihlborg	Överläkare	Lasarettet i Trelleborg (LiT)	✓
		Caroline Lindahl	Sjukhuschef	Hässleholms sjukhus	
		David Petranek	tf Verksamhetschef Närsjukvården	Hässleholms sjukhus	✓
		Katarina Johnsson	Biträdande Förvaltningschef	Skånes universitetssjukhus (SUS)	
		Linn Kennedy	Områdeschef	Skånes universitetssjukhus (SUS)	✓
		Oskar Hammar	VC akut- och internmedicin	Skånes universitetssjukhus (SUS)	✓
		Katharina Borgström	Enhetschef vårdproduktion	Skånes universitetssjukhus (SUS)	
		Karol Biegus	Läkarchef	Helsingborgs lasarett	✓
		Viktor Bergendal	Läkare i mobila teamet	Helsingborgs lasarett	
Anna Wendelin	Sjuksköterska i mobila teamet	Helsingborgs lasarett			
Larmcentral		Linda Bergqvist	Ambulansdirigent och teamledare	SOS Alarm AB	
		Martin Jemarson	Platschef Malmö	SOS Alarm AB	✓
		Knut Olanders	MLA	SOS Alarm AB	
		Peter Bergström	KAM. Ansvarig strategiska kundrelationer	SOS Alarm AB	
		Niklas Axelsson	KAM	SOS Alarm AB	
		Camilla Nylén	Verksamhetschef vård	SOS Alarm AB	
		Hans Blomberg	Medicinskt ledningsansvarig läkare	Sjukvårdens Larmcentral Uppsala	✓
		Per Örminge	Medicinskt ledningsansvarig överläkare	Sjukvårdens Larmcentral VGR	✓
		Janne Kauto	Strategisk koordinator prehospital vård	HSF Region Stockholm	
		Primärvården		Ingrid B Vesterberg	Primärvårdschef ASIH
Johannes Luoto	Läkare/Verksamhetsansvarig			Hälsomedicinskt centrum	✓
Marie Borgand	Primärvårdschef Primärvården Mellersta Skåne			Primärvården	✓
Jan Bleckert	Chefläkare			Primärvården	
Björn Widlund	Verksamhetschef Tomelilla			Primärvården	
Camilla Danielsson	Verksamhetschef Hässleholm			Primärvården	
Sofia Ljung	Förvaltningschef			Primärvården	✓
Anette Forsberg	Utvecklingsledare			Västra Götalandsregionen	

1. Intervjuade har varit delaktiga i uppföljningssamtal och/eller hjälpt till att utforma materialet i rapporten

# Fler än 70 företrädare inom och utanför regionen har intervjuats i arbetet (2/2)

Verksamhet	Namn	Roll	Enhet	Uppföljningssamtal <sup>1</sup>
<b>Ambulans</b> 	Magnus Olsson	Verksamhetschef	Distrikt 2 PreMedic	✓
	Johan Aspelung	Medicinskt ansvarig	Distrikt 2 PreMedic	
	Roger Nihlén	Verksamhetschef	Medicinsk Service	
	Tomas Nyman	Bitr Verksamhetschef	Medicinsk Service	
	Åsa Granquist	Medicinskt ansvarig	Medicinsk Service	✓
	Jeanette Brink	Verksamhetschef	Distrikt 4 PreMedic	✓
	Poul Kongstad	Medicinskt ansvarig	Distrikt 4 PreMedic	
<b>Kommun</b> 	Towe Bildtgård	Enhetschef	Höganäs kommun	
	Evelina Nilsson	Strateg/HS-koordinator	Malmö kommun	
	Elina Opasiak	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Malmö kommun	
	Emma Englander	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Vård och omsorgsförvaltningen, Lunds kommun	
	My Nordström	Sektionschef	Malmö - Funktionstödsförvaltningen	
	Kristina Flodfält	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Simrishamn kommun	
<b>Koncernkontoret/ Regionservice/ Medicinsk Service</b> 	Karin Torell	Enhetschef	Patientsäkerhet Övergripande	
	Åsa Rudin	Chefläkare	Medicinsk Service, RLS och Region Skånes larmcentral	
	Liselott Rehn	Verksamhetschef	RLS (Regionalt läkarstöd)	✓
	Joanna Linde	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Koncernkontoret	✓
	Susanne Svensson	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Koncernkontoret	✓
	Mari Månsson	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Koncernkontoret	✓
	Ulla Block Francke	Utvecklingschef	Regionservice	
	Liselotte Johnsson	Utvecklare	Regionservice	
	Magnus Trönell	Verksamhetschef	Regionservice	
	Jan Harling	IT strateg	Regionservice	
Louise Roberts	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Koncernkontoret	✓	
Greger Linander	Hälsa- och sjukvårdsstrateg	Koncernkontoret	✓	
<b>Psykiatri</b> 	Therese Åkergren	Vuxenpsykiatrimottagning psykos	Psykiatri	✓
	Linda Welin	BUP verksamhetschef	Psykiatri	
	Marie-Louise Selmer	Enhetschef Mobila teamet Malmö	Psykiatri	
	Gunnar Moustgaard	Medicinsk rådgivare	Prehospital verksamhet/Psykiatriambulans	
	Tove Hovold	Chefsöverläkare	Prehospital verksamhet/Psykiatriambulans	
	Petra Bovide	Verksamhetschef	Habiliteringen	
	Gunilla Ahlgren	Enhetschef Barnrehab Skåne	Habiliteringen	
<b>Övrigt</b> 	Josefine Cederblad	Verksamhetschef	Falck läkarbilar	
	Lenart Skoog	Medicinskt ansvarig	Falck läkarbilar	
	Ulrika Stålnacke	Områdeschef	Skånetrafiken (Sjukresor)	
	Lotta Ellberg	Affärsutvecklare	Skånetrafiken (Sjukresor)	
	Birgitta Pleijel	Utredare	Socialstyrelsen	
	Bruno Ziegler	Medicinsk sakkunnig	Socialstyrelsen	
	Patrik Rydén	Associate professor	Umeå Universitet, projekt Prehospital Resursoptimering	

1. Intervjuade har varit delaktiga i uppföljningssamtal och/eller hjälpt till att utforma materialet i rapporten

# Enkät - demografi

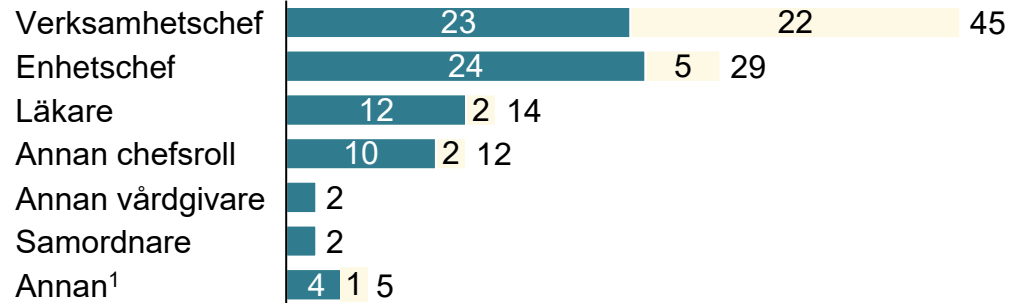
■ Offentlig ■ Privat

## Nyckeltal

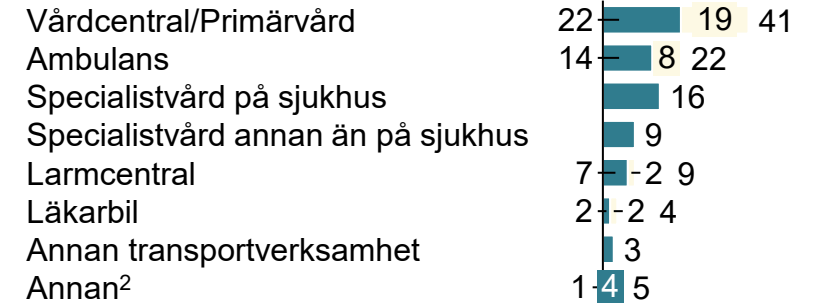
109 respondenter som besvarat 38 frågor gällande:

- Vilken prehospital- och mobil vård som tillhandahålls, t.ex. antal patienter, typ av vård, ändamål, samarbeten
- Syn på ändamålsenlighet i den prehospitala och mobila vård som tillhandahålls
- Förslag på åtgärder för att förbättra integrering av prehospital och mobil vård

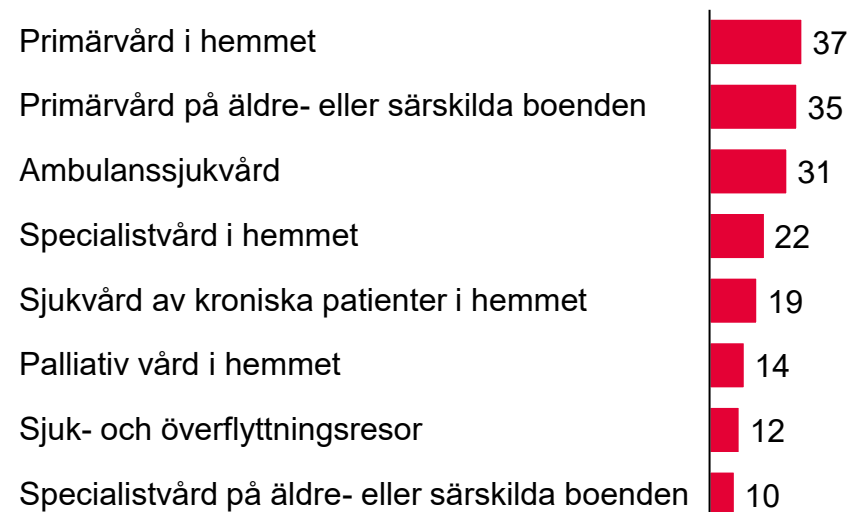
## Roll svarande, antal svar



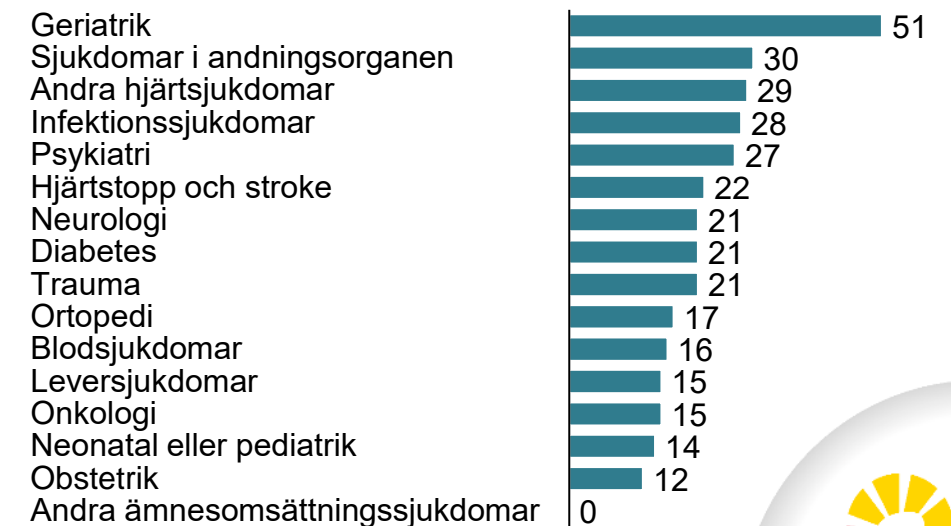
## Arbetsplats svarande, antal svar



## Typ av vård, antal svar (överlapp förekommer)



## Patientgrupp som företräds, antal svar (överlapp förekommer)



1. Sjuksköterska, Affärsutvecklare, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Driftansvarig fordon utrustning VO ambulans, Verksamhetsutvecklare

2. Utgår från sjukhuset men ligger under Primärvården. Koncernkontoret, Larmcentral och ambulanssjukvård, ambulans och larmcentral, Ambulans, 1177 och larmcentral

Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

**Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne**

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

# Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

## Förändrad demografi med ökande andel äldre och förflyttning till god och nära vård och med primärvården som nav

Växande grupp äldre i Skåne, med allt större och mer komplexa vårdbehov

Äldre över 75 år driver nästan en fjärdedel av kostnaderna men utgör enbart 10% av invånarna

Fram till 2040 uppskattas >70% av den totala kostnadsökningen om 3,7 miljarder SEK komma från invånare >65 år

## Möjligheten att undvika inläggningar och förkorta tid i slutenvård genom mobil vård är fortsatt stor

Bristande resurser och kapacitet inom primärvården, med t.ex. svag läkarmedverkan i SÄBO där enbart ~50% av svarande uppger att de upplever god tillgänglighet till läkare

Undvikbar vård har minskat stadigt de senaste åren, men samtidigt finns potential att fortsatt förebygga slutenvård. Socialstyrelsen uppskattar att ca 10 000 invånare >65 år i Skåne skrivs in vid sjukhus per år för "påverkbar vård" som ev. kunnat förebyggas genom t.ex. stärkt öppenvård

Oplanerade återinskrivningar för patienter >65 år är även högre för Region Skåne än för riket i övrigt

## En bred flora av prehospitala och mobila resurser finns i Region Skåne idag, men ännu mer resurser krävs i framtiden

Kartläggningen har identifierat fler än 200 olika insatser/mobila vårdteam som levererar någon form av prehospital eller mobil vård inom Region Skåne (exkl. sjuktransport), utöver kommunens insatser

Indikationer finns att behov av insatser är större än vad som tillhandahålls idag. Behovet av vård enligt mobil vårdform enligt HS-avtalet uppskattas grovt till ~30 000, medan enbart ~7000 patienter är inskrivna per givet tillfälle

Prehospitala och mobila vårdteam finns huvudsakligen för patienter med åldersrelaterade och psykiatriska diagnoser, och det är även för dessa grupper som behoven anses vara störst framöver

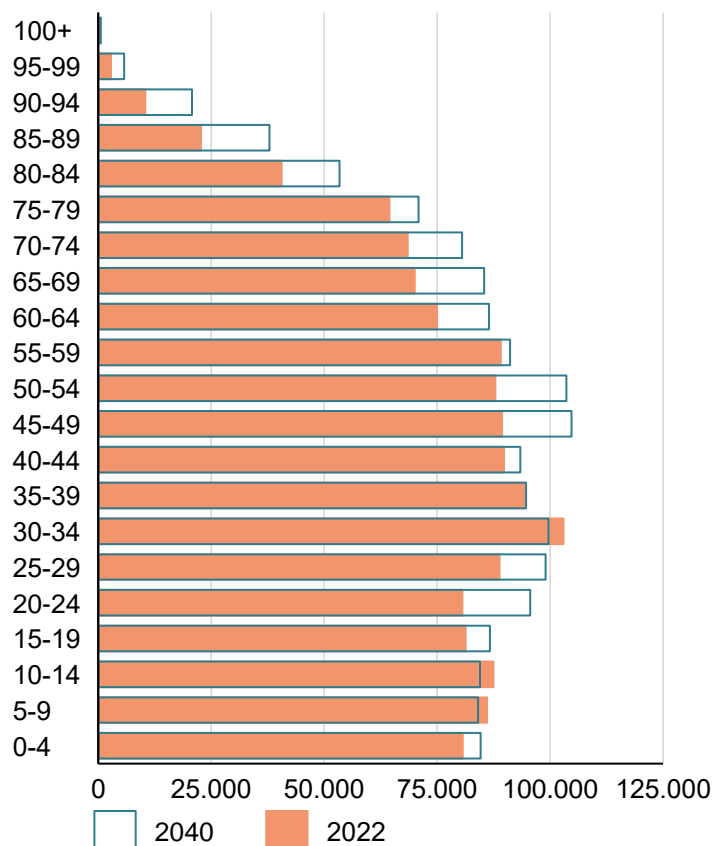


**Sammantaget är behovet av insatser i mobil och nära vård fortsatt stort, och de insatser som föreslås bör ej vara inkrementella till sin natur utan se till hur vårdformen kan utökas brett i Region Skåne**

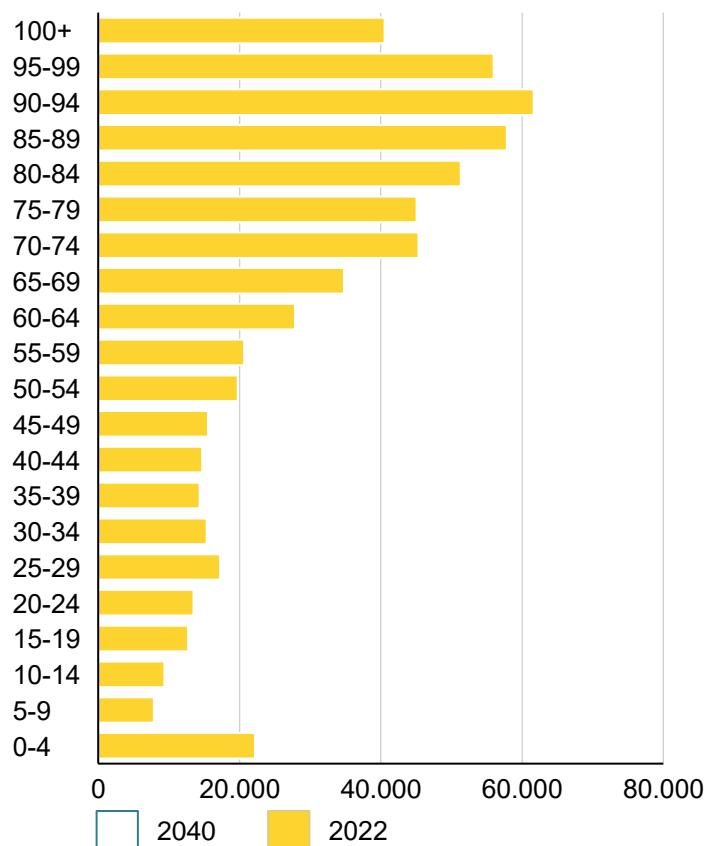
# De mest sjuka äldre är relativt få sett till antalet, men står för merparten av vårdkonsumtionen i idag och i framtiden

ILLUSTRATIVT

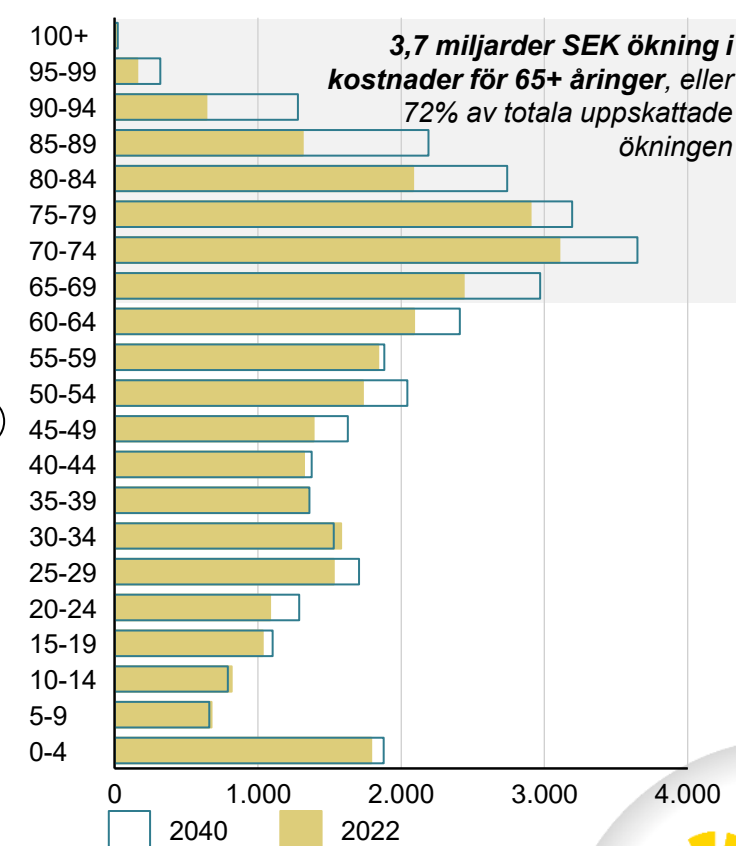
## Antal invånare Skåne, per åldersgrupp



## Kostnad/utgifter vård per person i åldersgrupp i Region Skåne<sup>1</sup>, SEK



## Total kostnad per åldersgrupp i Region Skåne, mSEK



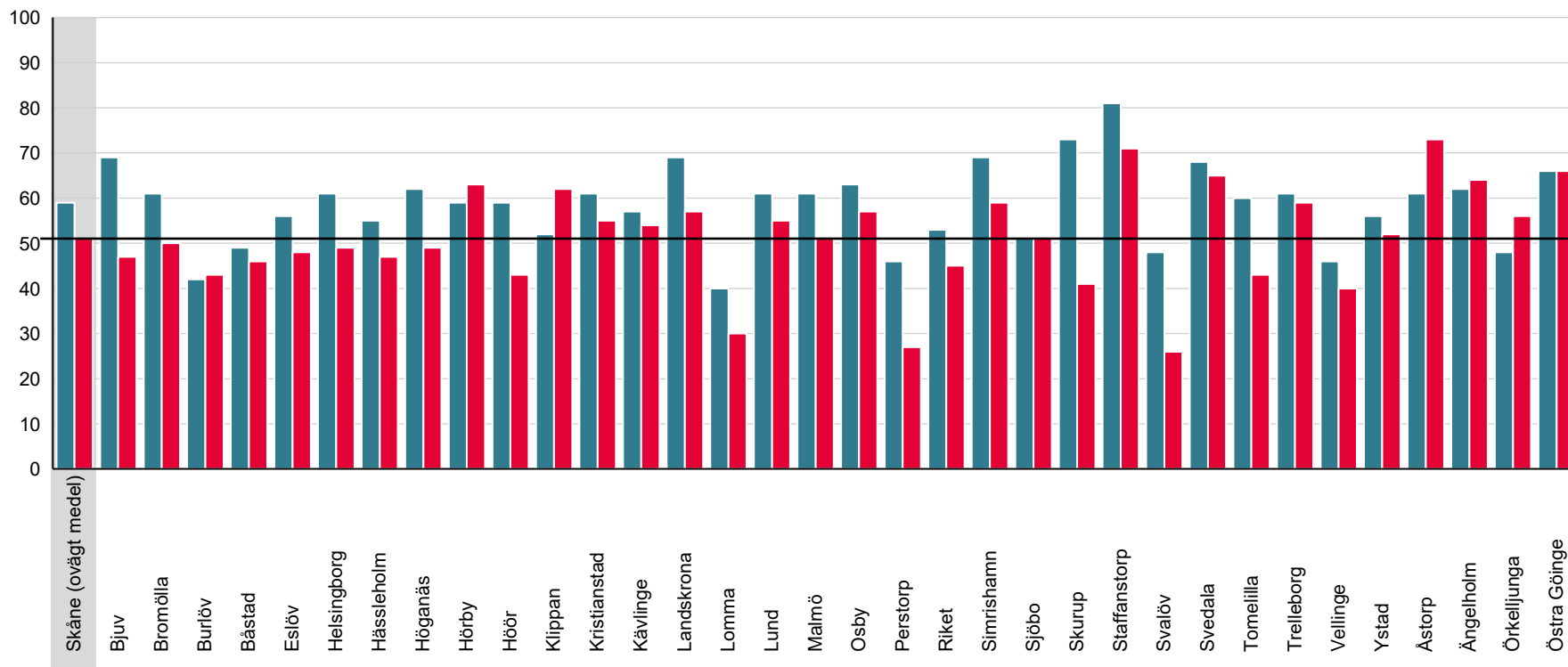
1. Kostnader helår 2019 per person för att undvika Covid-effekt 2020-2021. Sannolikt underskattas därmed kostnaderna i figuren för 2022, och är i realiteten högre  
 Källa: Region Skåne, SCB, [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0401\\_BE0401A/BefProgRegFakN/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0401_BE0401A/BefProgRegFakN/), hämtad 2022-09-10



# Bara omkring hälften av brukare i SÄBO i Skåne svarade 2022 att det finns god läkartillgänglighet vid behov

2020 2022

## Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg, möjlighet att träffa läkare vid behov, andel (%)<sup>1</sup>



Ca 50% av tillfrågade SÄBO-brukare i Skåne har svarat att det finns god läkartillgänglighet vid behov. Detta i linje med rikssnittet

Stora lokala variationer, i ex. Lomma, Perstorp och Svalöv har <30% uppgivit att de upplever god läkartillgänglighet

Överlag anses tillgänglighet ha försämrats mellan 2020 till 2022 (minskning i 27 kommuner) – dock var 2020 mer positivt för flera indikatorer i brukarundersökningen än tidigare år

1. **Definition: Andel personer (respondenter) 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare (F22).**

**Täljare:** Antal personer på särskilt boende som besvarat frågan Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov? positivt.

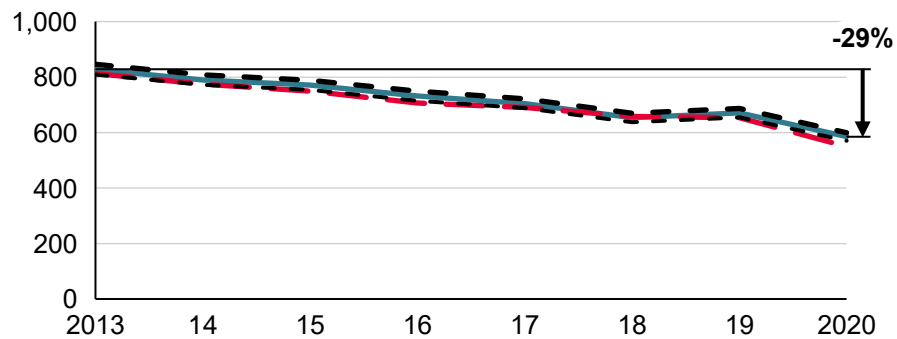
**Nämnare:** Antal boende som svarat på frågan. Svartalternativen på enkätfrågan är: a) Mycket lätt; b) Ganska lätt; c) Varken lätt eller svårt; d) Ganska svårt; e) Mycket svårt; f) Vet inte/Ingen åsikt. Som positivt svar räknas svaren mycket lätt och ganska lätt. Svaret vet inte/ingen åsikt räknas inte med i resultatet.

2. Försiktighet bör vidtas vid tolkning av mättet då antalet respondenter per boende/enhete ofta är relativt litet i brukarundersökningar

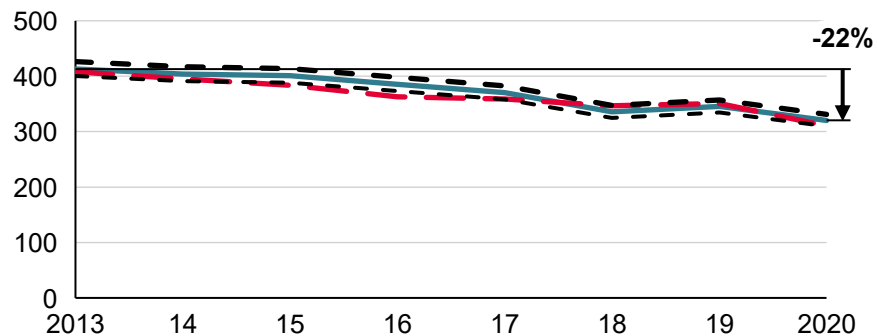
Källa: Kolada, Brukarbedömning Äldreomsorg, från Socialstyrelsens rikstäckande enkätundersökning "Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden". Socialstyrelsen. För resultat på verksamhetsnivå - minst sju svarande per verksamhet.

# Den påverkbara slutenvården har minskat över tid, men fortsatt potential att förebygga slutenvård

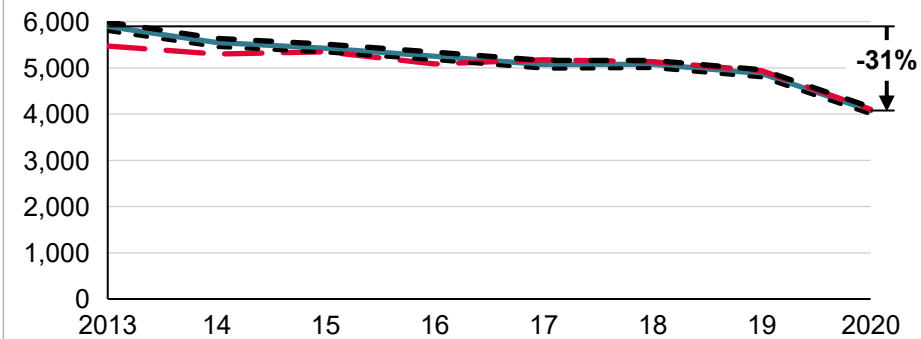
**Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom, antal personer per 100 000 invånare<sup>1</sup>**



**Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt i befolkningen, antal personer per 100 000 invånare<sup>3</sup>**



**Påverkbar slutenvård äldre, antal personer per 100 000 invånare (65 år eller äldre)<sup>2</sup>**



Vi uppfattar att patienter ibland behöver bli inskrivna hos oss på sjukhuset i onödan över ex. helgen

- Företrädare sjukhusbundet mobilt team

Skåne ligger i stort i nivå med riket och följer samma utveckling

Med en befolkning på 1,4 miljoner och ~20% över 65 år motsvarar den påverkbara slutenvård cirka ~10 000 invånare över 65 år (grovt räknat)

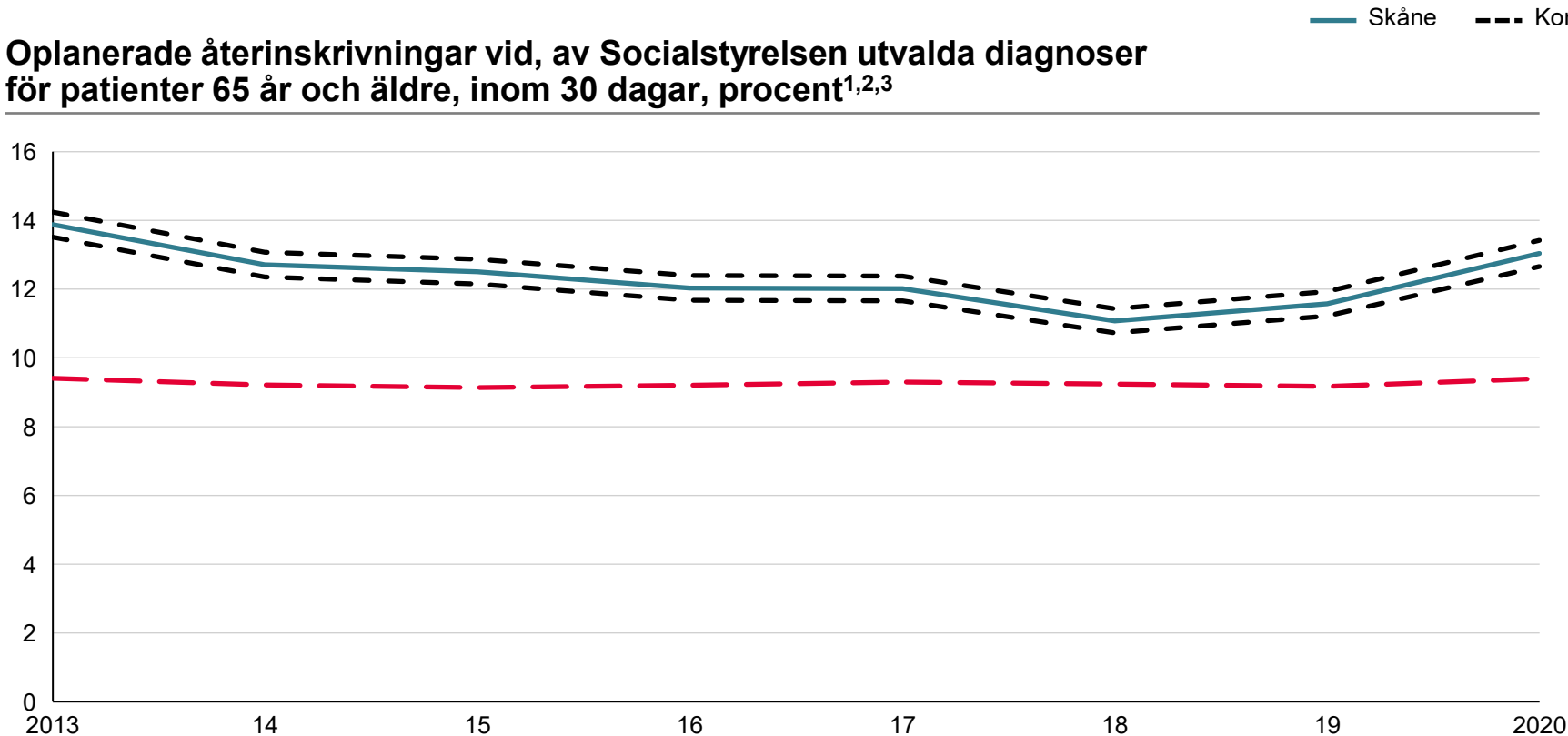
Slutenvårdsperioderna avser kroniska sjukdomstillstånd såsom hjärtsvikt, diabetes, astma och kol – tillstånd som i de flesta fall kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Antalet slutenvårdstillfällen kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården

Genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Även tillgången till slutenvårdsplatser kan påverka antalet inskrivningar i slutenvård

1. Definition: Täljare: Antal slutenvårdsperioder för patienter 20 år eller äldre med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL (för exakta urvalskriterier med koder för ICD10 och KVA se <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-12.pdf>). Nämnare: Antal i befolkning 20 år eller äldre (\*100 000). Slutenvårdsperioderna utgår av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus). Endagars vårdperioder räknas ej. Vårdtillfällen med hjärtgrepp ingår inte vid beräkning av undvikbar slutenvård för hjärtsvikt. Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna. Åldersstandardiserade värden.  
2. Definition: Täljare: Antal slutenvårdsperioder för patienter 65 år eller äldre med diagnos för hjärtinsufficiens, Urinvägsinfektion, Förmaksflimer, Pnemoni, KOL, Astma, Diabetes eller Kärlkramp (för exakta urvalskriterier med koder för ICD10 och KVA se <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-12.pdf>). Nämnare: Antal personer 65 år eller äldre i befolkningen (\*100 000). Åldersstandardiserade värden.  
3. Definition: Täljare: Antal slutenvårdsperioder för patienter 20 år eller äldre med diagnos för hjärtsvikt Huvuddiagnos: I110, I130, I132, I500, I501, I509 Hjärtoperationer, får inte förekomma i slutenvårdsperioden: KVA som börjar med F Nämnare: Antal (100 000) i befolkning 20 år eller äldre. Slutenvårdsperioderna utgår av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus). Endagars vårdperioder räknas ej. Vårdtillfällen med hjärtgrepp ingår inte vid beräkning av undvikbar slutenvård för hjärtsvikt. Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna. Åldersstandardiserade värden.

# Skåne har högre andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för utvalda diagnoser 65+ än riket

## Oplanerade återinskrivningar vid, av Socialstyrelsen utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre, inom 30 dagar, procent<sup>1,2,3</sup>



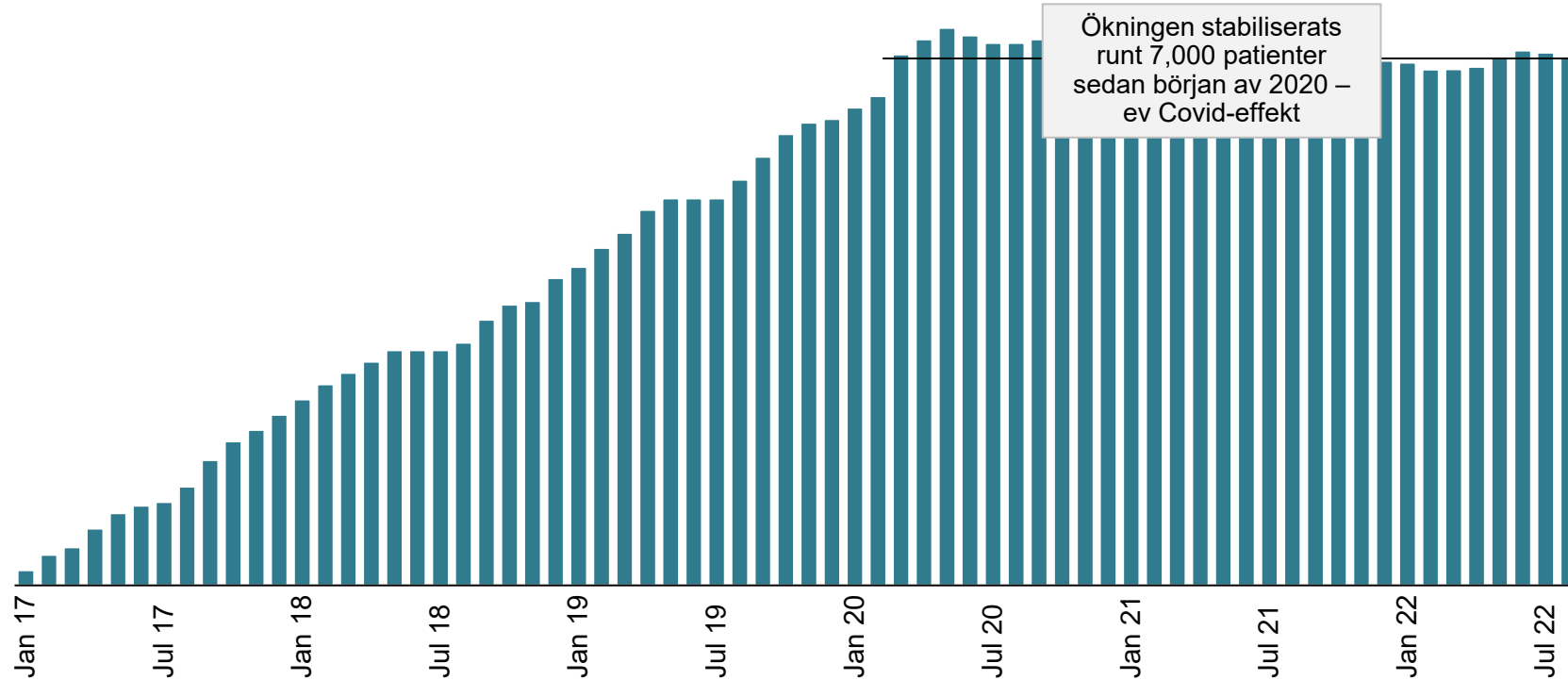
Indikatorn återinskrivning används ofta nationellt och internationellt som ett kvalitetsmått inom hälso- och sjukvårdssystem ('readmission rate'). Den avser att ge mått på effektiviteten och kvaliteten i processerna vid övergång från slutna vård till öppen vård och omsorg. Måttet kan även belysa ev. för tidig utskrivning från den slutna vården

I Socialstyrelsens uppföljning till omställningen till en nära vård framkommer att Skåne (~13,5%) ligger över genomsnittet för riket (<10%), en kvalitetsbrist som sannolikt är kostnadsdrivande

1. Täljare: Antal oplanerade återinskrivningar för valda sjukdomstillstånd (dvs. huvuddiagnos enligt någon av utvalda diagnoser för personer 65 år och äldre där tiden mellan utskrivning från vårdtillfälle 1 till återinskrivningen inom 30 dagar enligt valda diagnoser vid vårdtillfälle 2, (se Socialstyrelsen för utvalda diagnoser för vtf 1 respektive 2). Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för valda sjukdomstillstånd enligt vårdtillfälle 1 där patienten är utskriven.
2. En möjlig felkälla är att regionerna kan definiera planerad och oplanerad vård på olika sätt. Socialstyrelsen uppmanar regionerna att se över sin användning av variabeln så att den tolkas på det sätt som avses i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26).
3. Inkluderade diagnoser avser huvudsakligen diabetes, KOL, pneumoni, bronkit, urinvägsinfektion, akut tubulointerstitiell nefrit, cystit (ospecificerad), fraktur på lårbenshalsen och höften, förmaksflimmer, hjärtsvikt, med närliggande diagnoser. Förteckning över diagnoser vid vtf 1 resp. 2 finns här: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2020-1-6544-bilaga-indikatorbeskrivningar.pdf>

# Antalet inskrivna i mobil vårdform enligt HS-avtalet har avstannat vid omkring 7000 unika patienter...

## Antal inskrivna i vårdformen, 2017-2022



Antalet inskrivna i vårdformen ökade kontinuerligt från januari 2017 till början av 2020, varefter antalet inskrivna legat på jämn nivå

Vid 17 vårdcentraler finns fler än 100 inskrivna<sup>1</sup>

Vid 31 vårdcentraler<sup>2</sup> finns färre än 10 inskrivna

I genomsnitt omfattas 8,6% av alla listade vid vårdcentralerna som var 75 år eller äldre och 7,8% av alla listade som var 80 år eller äldre inskrivna i vårdformen

1. I maj 2022 - senaste tidpunkt med tillförlitlig data

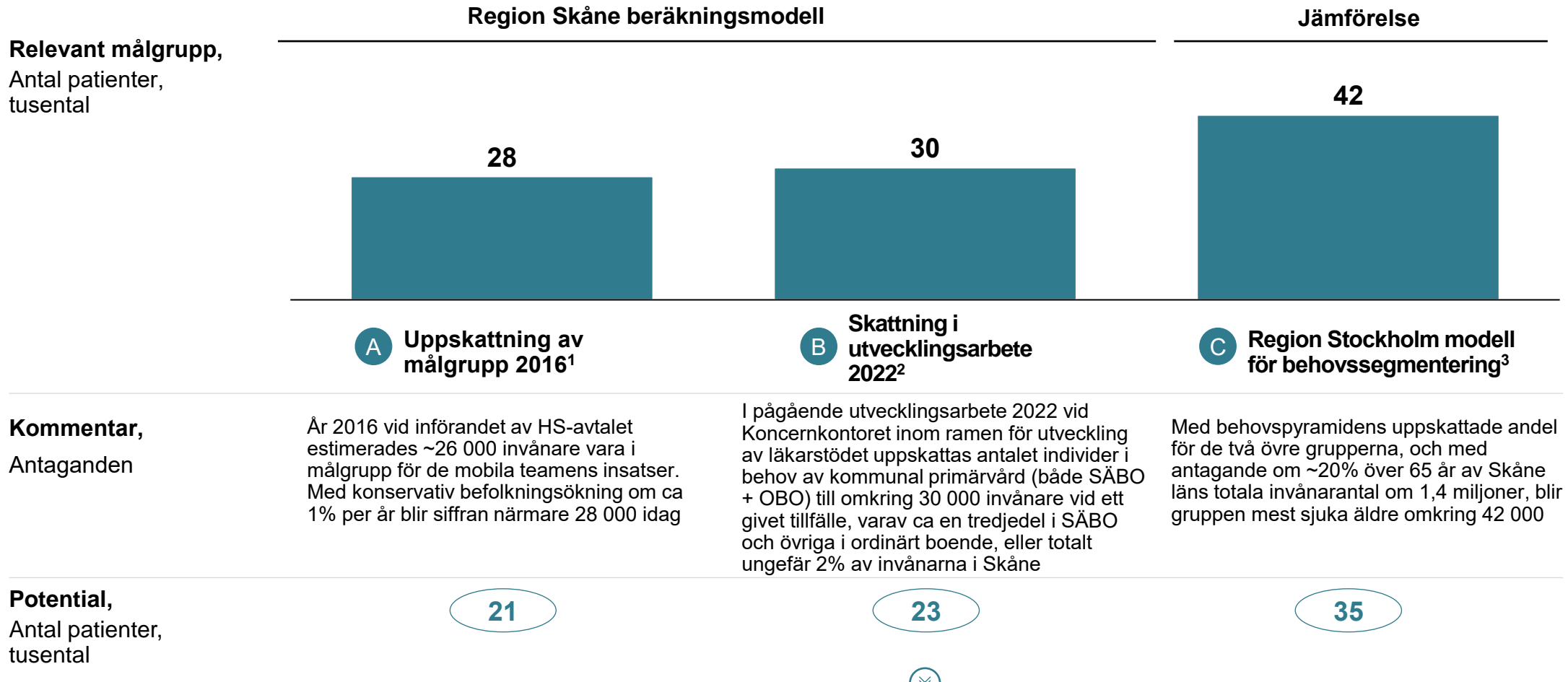
2. Totalt 141 vårdcentraler i datasetet. I september 2022 finns totalt 168 vårdcentraler

Källa: Region Skåne

# ...trots ett uppskattat totalbehov om cirka 30.000 patienter

Uppskattning av relevant målgrupp, Antal patienter, tusental

**x** = Potential dvs. gap till nuvarande nivå



**Behov av den mobila vårdformen enligt HS är uppskattningsvis ~30 000 invånare, jämfört med dagens nivå (~7 000 inskrivna patienter)**

1. I samband med HS-avtalets tillkomst

2. I samband med Region Skånes arbete med ny handlingsplan för läkarstöd

3. Etablerad modell för behovssegmentering, angreppssätt för sammanhållen seniorvård

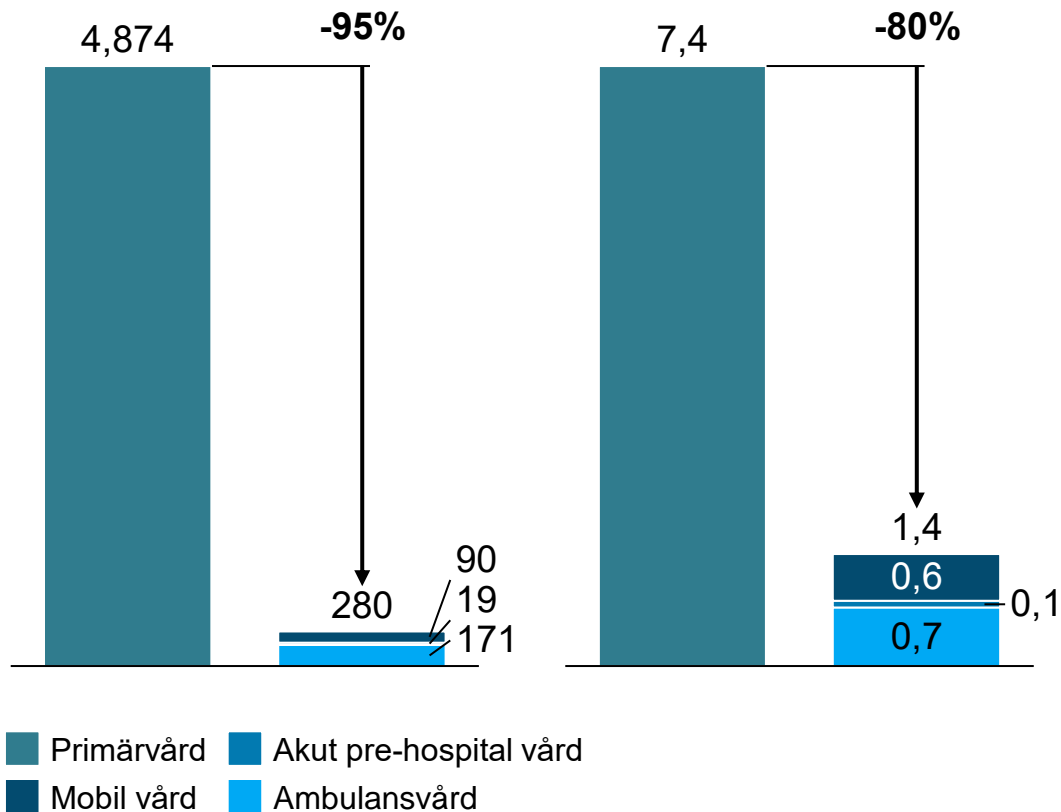
Källa: Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal 2019-04-01, SKR - Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer

# Mobil och prehospital vård motsvarar ca 5% av primärvårdens insatser och ca 20% av primärvårdens kostnader i Region Skåne

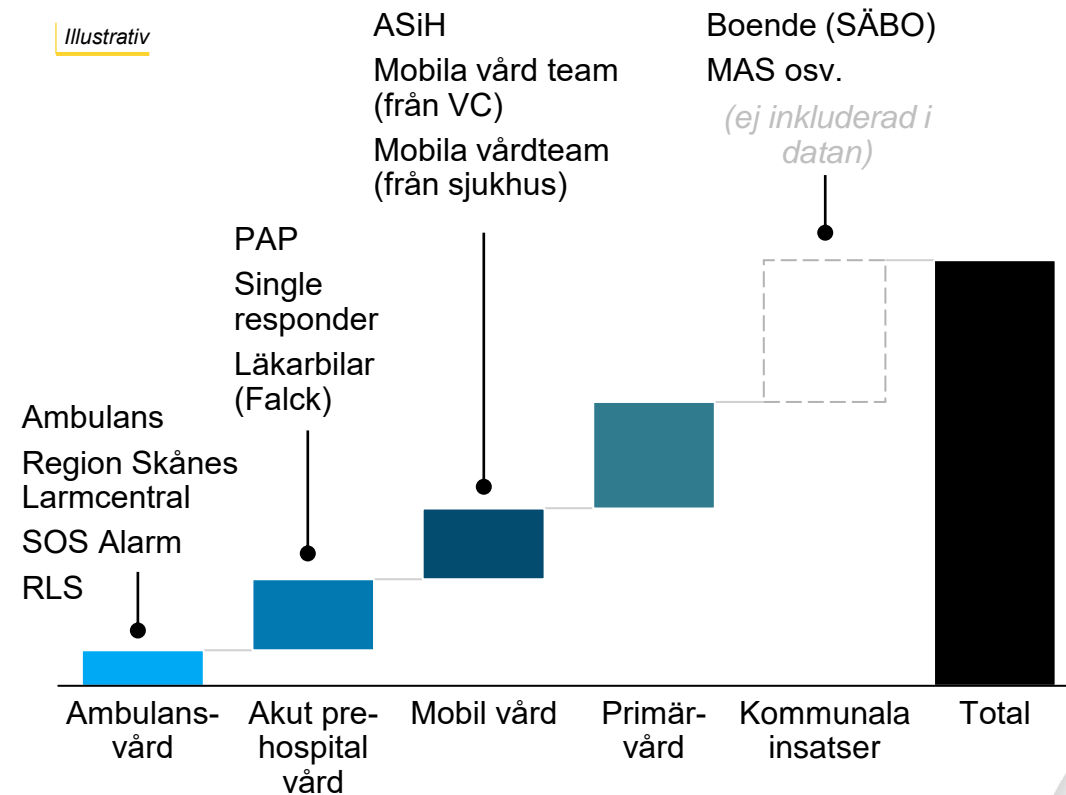
Vårdens insatser, tusental insatser

Vårdens kostnader, miljarder SEK

Vårdtrappans struktur, från akut till elektivt



Illustrativ



# Detaljerings av volym och kostnader för prehospitala och mobila insatser

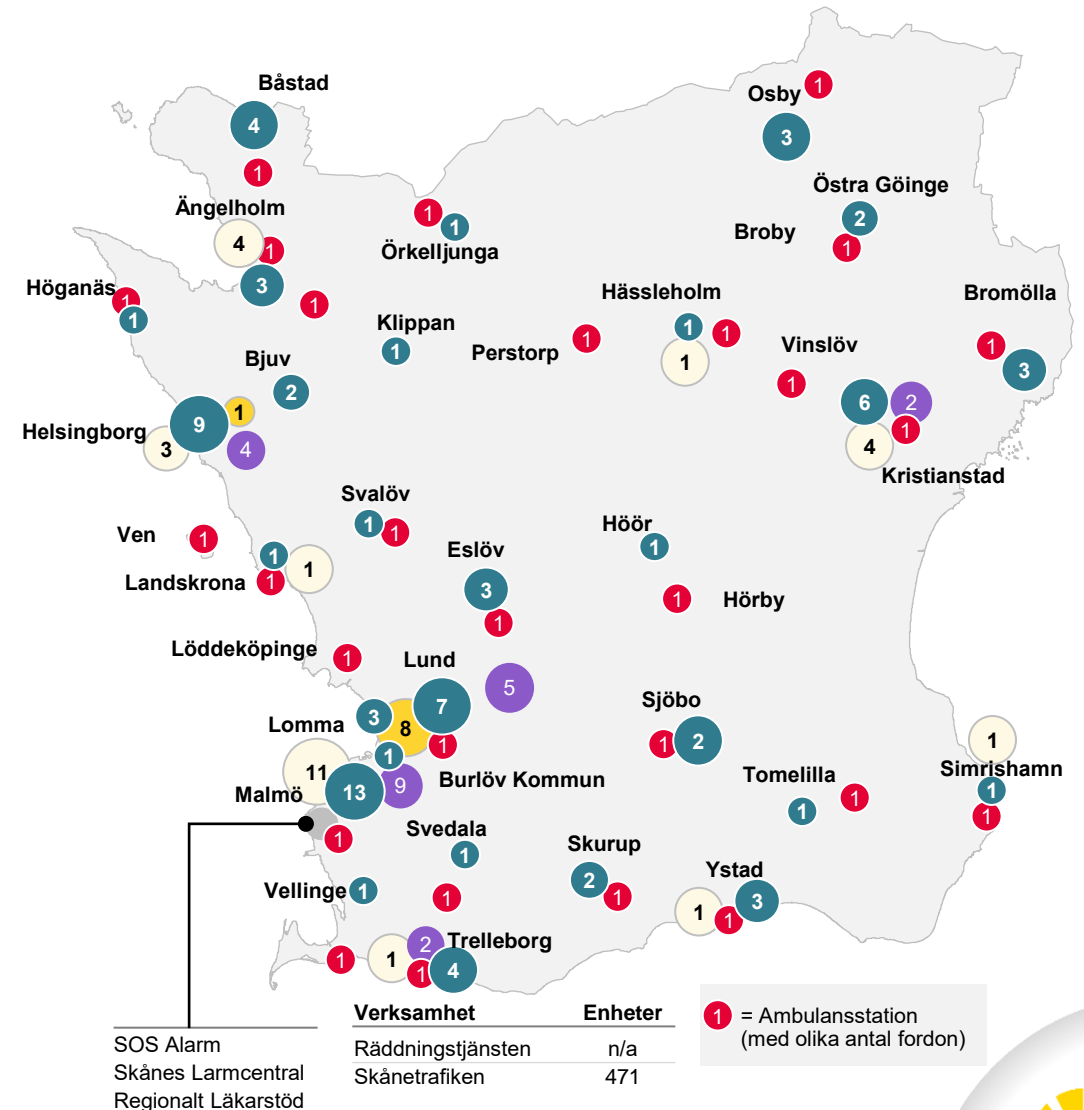
Mobil vårdenhets	Antal fordon eller teams, #	Styrning	Patientgrupp	Antal insatser/besök, #	Kostnad, helår	
					Total, mSEK	Per insats/besök, SEK
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <sup>1</sup>	Region	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre	~60,000 <sup>1</sup>	104 <sup>1</sup>	~1.733
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>1</sup>	Region	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"	~20,000 <sup>1</sup>	80 <sup>2</sup>	~4.000
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Region	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor	171,000 <sup>3</sup>	637 <sup>6</sup>	~3.725
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2 <sup>1</sup>	Region	Akuta psykiatriärenden	2,800 <sup>4</sup>	20 <sup>4</sup>	~7.143
Single responder	3 <sup>3,5</sup>	Region	Akutärenden – resurs via ambulansen		n/a	
Räddningstjänsten	n/a	Kommun	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport	3,250 <sup>6</sup>	8 <sup>6</sup>	~2.523
Skånetrafiken	471 <sup>7</sup>	Region	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag	31,634 <sup>6,7</sup>	27 <sup>6</sup>	~854
Läkarbilar (Falck)	9 <sup>8</sup>	Region	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.	17,351 <sup>8</sup>	72 <sup>9</sup>	~4.150
ASIH	20 <sup>1</sup>	Region	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn	10,337 <sup>10</sup>	392 <sup>1</sup>	~37.922 <sup>11</sup>
Psykiatri	22 <sup>1</sup>	Region	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)	31,000 <sup>1</sup>	n/a	
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>11</sup>	Region	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)	25,000 <sup>3</sup>	10 <sup>3</sup>	~388
<b>Total</b>	236	Skånetrafikens fordon ej inräknade		372,372	1,350	~6.938 genomsnitt

1. Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata); 2. Antagande: 4000 kr per hembesök (triangulerat från existerande teams kostnader); 3. källa: Medicinsk Service; 4. ~1,400 för 1 PAP ("PAP\_Ettårsuppföljning 2021"); 5. källa: PreMedic; 6. Prehospital vård.Slutrappport.211223, kompletterat med intervjuer augusti/september 2022; 7. Skånetrafikens årsrapport 2021, antal insatser är endast liggande transporter; 8. källa: Falck läkarbilar; 9. beräkning utifrån antal uppdrag och ersättning; 10. källa: Verksamhetsberättelse 2021, Primärvården Skåne; 11. 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda; 11. 24/7 verksamhet, svåra/multisjuka patienter, stora upptagningsområden, multidisciplinära team och långa hembesök pga den palliativa naturen av besöken anses vara drivande faktorer i den höga kostnaden per ASIH insats

# Många olika prehospitala och mobila insatser identifierade i Region Skåne

Mobil vårdenhet	Antal fordon/teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <sup>146<sup>1</sup></sup>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjäl, terrängtransport
Skånetrafiken	471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatrin	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)





# Över 200 olika prehospitala och mobila insatser identifierade i Region Skåne (2/2) – exkl. Skånetrafiken

Kartläggningen har identifierat fler än 200 olika insatser/mobila vårdteam som levererar någon form av prehospital eller mobil vård inom Region Skåne.<sup>1</sup> Detta är utöver de mobila resurser som finns i ex. kommunerna

Mobila vårdteam kopplade till vårdcentraler (81 st), mobila vårdteam kopplade till sjukhus (31 st), och ambulanser (68 st) står för majoriteten av de mobila resurserna, samt uppskattningsvis 60% av totala kostnader för mobila resurser. Dessa mobila resurser styrs från olika förvaltningar, inklusive regionala förvaltningar med ansvar för samordning av en specifik vårdform (t.ex. primärvård, psykiatri) och lokala sjukhusförvaltningar som samordnar ett brett spektrum av vårdformer

I dagsläget finns begränsad samverkan mellan dessa resurser och den akuta prehospitala larmkedjan, även om lokal samverkan finns, såsom de teams (ex. det geriatriska akutteamet i Helsingborg) som tar uppdrag efter samtal från ambulanspersonal

Geografiskt är de mobila resurserna överrepresenterade i västra Region Skånes, dvs. från Malmö till Ängelholmsbukten, delvis på grund av högre befolkningstäthet samt närvaro av regionens 5 av 10 sjukhus (SUS Malmö, SUS Lund, Helsingborg, Landskrona, Ängelholm). Dessutom finns en hög variation i antal invånare per vårdteam som utgår från primärvård, från 4 000 invånare per mobilt vårdteam (Båstad) till 52 000 invånare per mobilt vårdteam (Hässleholm)

De två främsta funktionerna som de mobila vårdteamerna fyller är:

- Åka ut vid akuta vårdinsatser, och därmed avlasta ambulansverksamheten samt akutmottagningar och beläggningar på sjukhus överlag (t.ex. olika ambulanstyper, single responders, räddningstjänst, mobila vårdteam utgående från sjukhus som bedriver akut-/internmedicinsk vård)
- Bedriva vård i hemmet pga. ex: underlätta för patient att slippa åka till vårdinrättning; möjliggöra utskrivning från sjukhus, brist på vårdplatser på sjukhus etc. Detta kan omfatta ex. specialiserad öppenvård men även ex. läkemedelsgenomgångar.

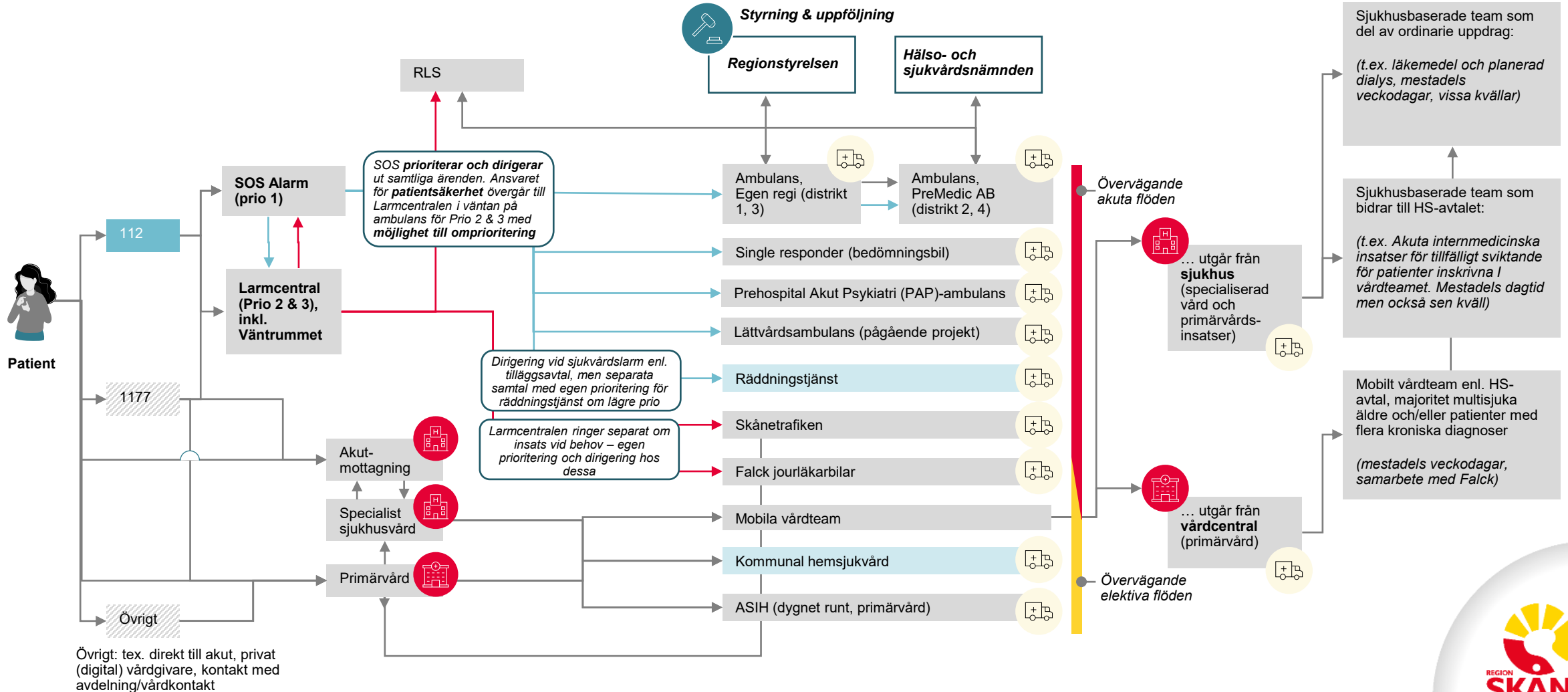
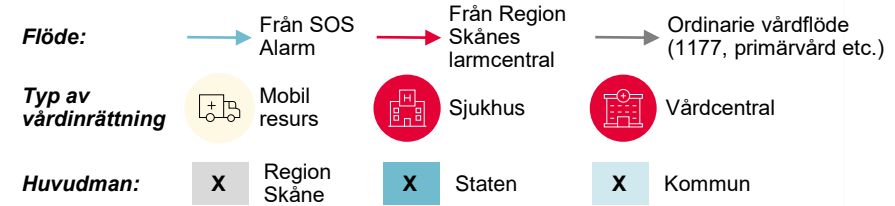
Flera utvecklingsarbeten pågår avseende prehospitala och mobila insatser, t.ex. pågående pilot med lättvårdsambulans, pilot i Ystad för onkologiska patienter och 'mellanvårdsform' som håller på att utvecklas i Landskrona

SOS Alarm och Region Skånes Larmcentral ansvarar för larmkedjan, och därmed 171 000 ambulansutryckningar, med stöd från Regionalt Läkarstöd, som utför telefonkonsultationer åt ambulanssjukvården samt bistår Region Skånes Larmcentral som har patientsäkerhetsansvaret för Prio 2 och 3-ärenden i väntan på ambulans

1. Exklusive Skånetrafikens resurser för sjuktransport

# Översikt av samspelet i vårdkedjan mellan mobila och prehospitala insatser

ILLUSTRATIVT



# Geriatrisk och andra åldersrelaterade diagnoser samt psykiatri är primär målgrupp för befintlig mobil vård idag

Q15: Vilka patientgrupper omhändertas främst genom prehospital- och mobil vård i din förvaltning/enhet?

- ✓ Befintligt (specialist-)team
- ✓ Indirekt adresserat genom bredare medicinska/geriatriska team<sup>1</sup>

## Utvärdering av respondenter, antal svar

## Befintliga resurser

## Insikter

Geriatrisk	71	✓ ASI, geriatriska team, vårdteam utgående från VC, BPSD-team
Sjukdomar i andningsorganen	47	✓ Lungmottagning (Ängelholm), KOL-patienter (Simrishamn)
Andra hjärtsjukdomar	44	✓ Ex. geriatrisk team (Ängelholm)
Infektionssjukdomar	44	✓ Infektion (SUS)
Psykiatri	35	✓ FACT/ACT team (Psykiatri)
Diabetes	30	✓ Ex. geriatrisk team (Ängelholm)
Neurologi	30	✓ Stroke/rehab (SUS)
Hjärtstopp och stroke	28	✓ Ambulans / räddningstjänst
Trauma	27	✓ Ambulans / räddningstjänst
Ortopedi	26	✓ Barnröntgen (SUS)
Blodsjukdomar	21	✓ Delvis baskologiskt team (Ystad)
Onkologi	21	✓ Baskologiskt team (Ystad)
Lever sjukdomar	19	✓ n/a
Andra ämnesomsättningssjukdomar	16	✓ n/a
Neonatal eller pediatrik	16	✓ Neonatal (SUS, Kristianstad, Helsingborg)
Obstetrik	13	✓ BB Hemma

**Geriatrisk nämns av respondenter i genomförd enkät som den främsta patientgrupp som omhändertas av mobila vårdteam följt av sjukdomar i andningsorgan, hjärtsjukdomar och infektionssjukdomar**

1. Exempelvis geriatriska team i Ängelholm, Helsingborg, Hässleholm men även ASI-team  
Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=108)

# ...och speciellt geriatrik och psykiatri utgör patientgrupper som uppfattas vara i behov av ytterligare resurser (1/2)

Q27: Finns det behov / patientgrupper där du ser att regionen borde investera mer resurser vad avser prehospital- och mobil vård

## Utvärdering av respondenter, antal svar

Psykiatri	21
Geriatrik	14
Ambulans	9
Palliativ vård	4
Bariatric	2
Hjärtsjukdomar	2
Sjuktransport	1
Pediatrik	1
Onkologi	1
Annan	34
Vet ej	18

- “ ” Patienter med primär psykossjukdom är en eftersatt grupp framförallt när det gäller heldygnsvård där de ofta "trängs undan" av andra grupper. Då brister på heldygnsvård är stor. Ett sätt att komma åt detta kunde vara team för avancerad vård i hemmet som är knutna till heldygnsvården för den grupp
- “ ” Ja, psykiatri behöver kunna erbjuda flexibla insatser till fler svårt sjuka patienter. Även äldrevård både somatisk och psykiatrisk behöver växla upp kring flexibilitet och mobila vårdinsatser.
- “ ” Psykiatriska patienter. Det borde finnas 3 Psykiatriambulanser i Skåne med placering Malmö, Helsingborg och Kristianstad och inte som idag enbart 1 st i Malmö.
- “ ” Fler enheter som arbetar med FACT och hembesök som vi - området vi täcker fysiskt samt mängden samverkansparter minskar tyvärr effektiviteten
- “ ” Patienter inom kommunens LSS-verksamhet. Patienter med psykiatriska behov för övrigt. I viss mån patienter med hemsjukvård som bor i eget boende.
- “ ” Patienter med psykisk ohälsa inför PAP i hela Skåne gärna med läkarbemannade bilar och att de allra sjukaste patienterna som vi ibland måste flytta på pga platsbrist får samma vård på vägarna som de har på avlägsnade sjukhus=en egen organisation för intrahospitala transporter kopplade till sjuktransport organisation, Om den skall ligga i VO ambulans regi eller ej är mindre väsentligt bara man ser till att bygga upp en fungerande organisation kring dessa patienter. Spinoff på detta är att akutambulanserna skall göra det som de är nämnde för=akuta uppdrag.
- “ ” Psykiatri i gränslandet mellan slutenvård och öppenvård

# ...och speciellt geriatrik och psykiatri utgör patientgrupper som uppfattas vara i behov av ytterligare resurser (2/2)

Q27: Finns det behov / patientgrupper där du ser att regionen borde investera mer resurser vad avser prehospital- och mobil vård

## Utvärdering av respondenter, antal svar

Psykiatri	21
Geriatrisk	14
Ambulans	9
Palliativ vård	4
Bariatrisk	2
Hjärtsjukdomar	2
Sjuktransport	1
Pediatrik	1
Onkologi	1
Annan	34
Vet ej	18

“ ” Absolut för multisjuka äldre! Om det är brist på läkare så ta in fler som kan jobba i mobila vårdteam kväll / helg som annars jobbar på sin vårdcentral dagtid. Egentligen vore det bäst att vi som läkare i det längsta kan ta hand om våra egna multisjuka listade på vårdcentralen som är i behov av prehospital vård.

“ ” Den mobila vården borde vara ett första hands alternativ för våra äldre, multisjuka patienter. Det borde vara en självklarhet att dessa patienter inte ska vara kvar på sjukhus om annat än för de akuta åtgärderna som inte kan anstå.

Genom att investera i den mobila vården hade vi frigjort vårdplatser för våra slutenvårdsavdelningar. Intravenösa läkemedel, syrgas, inhalationer osv kan även ges i hemmet.

För att detta ska fungera i realiteten behöver den mobila vården naturligtvis vara tillgänglig dygnet runt, samtidigt som patienten har kvar sin plats i sitt hem, med den omvårdnadspersonal som är van vid att ta med patienten. Det kan även vara patienter som har ett särskilt boende, där platserna annars står tomma (och kostar pengar) när patienten är inne på sjukhus.

### Förslag på åtgärder:

- Att vara noggrant uppmärksam på möjligheten på mobil vård redan i hemmet eller allra senast på akutmottagningen (=Kronisk sjuk/äldre patient = Tänk direkt Mobil Vård)
- Kunna erbjuda mobil vård utan att ha "stämt av" med patientens vårdcentral
- Ökat samarbete med kommunerna, där kommunens sjuksköterskor direkt har möjlighet att tillkalla obil vård vid behov, istället för att kontakta t ex ambulans eller vidare till akutmottagningen.

“ ” Multisjuka äldre, äldre på särskilt boende, patienter med förväntade vårdbehov/komplikationer (t.ex. cancerpatienter i cytostatika behandling)

“ ” Primärvårdspatienter som ej är i behov av akutsjukvård dock omedelbart behov av primärvård. Äldre, sköra patienter. Patienter med multisjuklighet tex. Primärvårdsresurser på jourtid, mobila primärvårdsresurser.

# Akut prehospital vård (Iarmkedjan)

## Kartläggning och föreslagna åtgärder

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- Föreslagna åtgärder

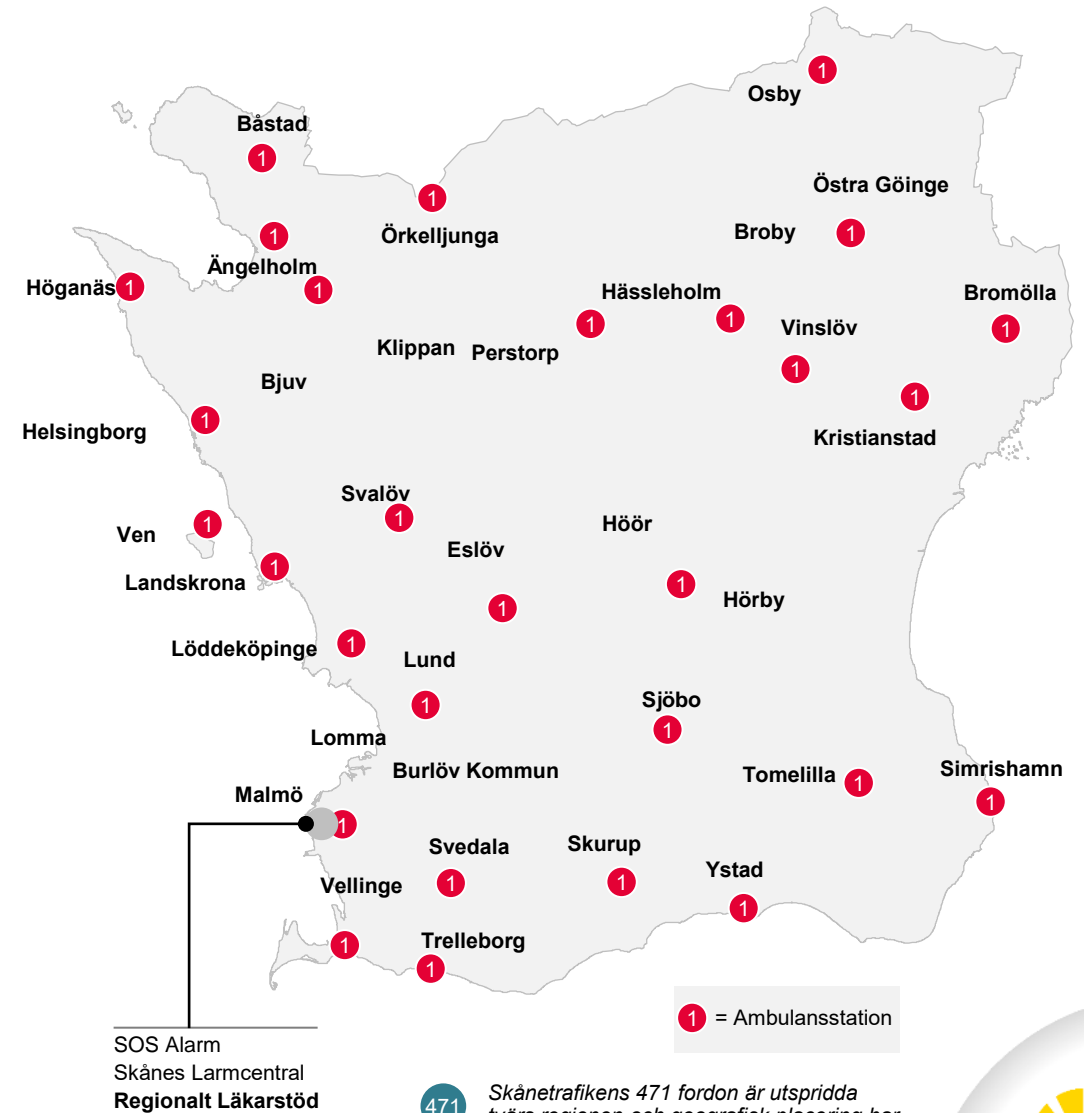
Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

# Geografisk placering av ambulansstationer

Mobil vårdenhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">146<sup>1</sup></span>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatsteam"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223; exklusive lättvård eller sjuktransport (1 i nordväst och 1 i sydväst) enheter
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)



**471** Skånetrafikens 471 fordon är utspridda tvärs regionen och geografisk placering har ej kartlagts i detalj



# Specifika utmaningar inom akuta vårdflödet inkluderar bristfällig triagering och avsaknad av bredare palett

## Utmaning

## Underliggande orsak

<b>1</b> <b>Bristfällig medicinsk kompetens i den initiala triageringen</b> anses leda till överprioritering och en stadigt ökande (3% årligen) mängd ambulansutryckningar och tendens till att dessa prioriteras högt (47% Prio 1 ärenden) jämfört med larmcentraler där enbart medicinskt utbildad personal triagerar (40-42%)	SOS Alarms sköter första linjens triagering genom larm-operatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Dessa har möjlighet att efter behov koppla in en sjuksköterska från SOS Alarm. Som regel kopplas dock medicinsk kompetens in först i andra ledet och då främst vid Prio 2 och 3-ärenden via Region Skånes Larmcentral
<b>2</b> <b>Larmkedjans uppdelning mellan olika aktörer</b> leder hos vissa patienter till dubbelarbete i triageringen, informationsförlust vid överlämning av ärenden mellan vårdgivare och försämrade möjligheter till uppföljning	Ansvar för larmkedjan är uppdelat mellan Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm vilket leder till att Prio 2 och 3 patienter ofta får prata med mer än en operatör
<b>3</b> <b>Larmcentralens palett är uppdelad och begränsad</b> vilket inte möjliggör en optimal matchning av resurs utefter vårdbehov med överanvändning av ambulans som konsekvens	Tillgången till olika resurser (ex. Falck) är uppdelad mellan Region Skånes larmcentral och SOS Alarm. Samtidigt finns det resurser för vilka ett behov föreligger men som inte är uppknutna till larmcentralen (ex. mobila vårdteam)
<b>4</b> <b>Direktiv 65 leder till att ambulansresurser används till bärhjälp</b> istället för ambulanssjukvård vilket även leder till försvårad planering för Skånetrafikens serviceresor	Idag ligger uppdraget hos ambulanssjukvården att hjälpa Skånetrafiken vid uppdrag som de inte kan eller ska utföra (Direktiv 65)
<b>5</b> <b>Samordning samt uppföljningssätt och -frekvens skiljer sig åt mellan de privata och offentliga ambulansverksamheterna</b> , med begränsad insyn i varandras utfall och uppföljning. Ingen sammanhållen rapportering lämnas och begränsad transparens mot ex. invånarna. Detta upplevs försvåra samarbete och enhetlig utformning	Ambulansverksamheten i egen regi (distrikt 1 & 3) ingår i förvaltning Medicinsk Service, vars styrning utgår direkt från Regionstyrelsen (RS)  Ambulansverksamheten i privat regi (distrikt 2 & 4) styrs av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), genom enheten för uppdragsstyrning vid Koncernkontoret som hanterar avtalsstyrning

# 1. Akuta vårdflödet triageras av SOS Alarm i samarbete med Region Skånes Larmcentral

## Beskrivning

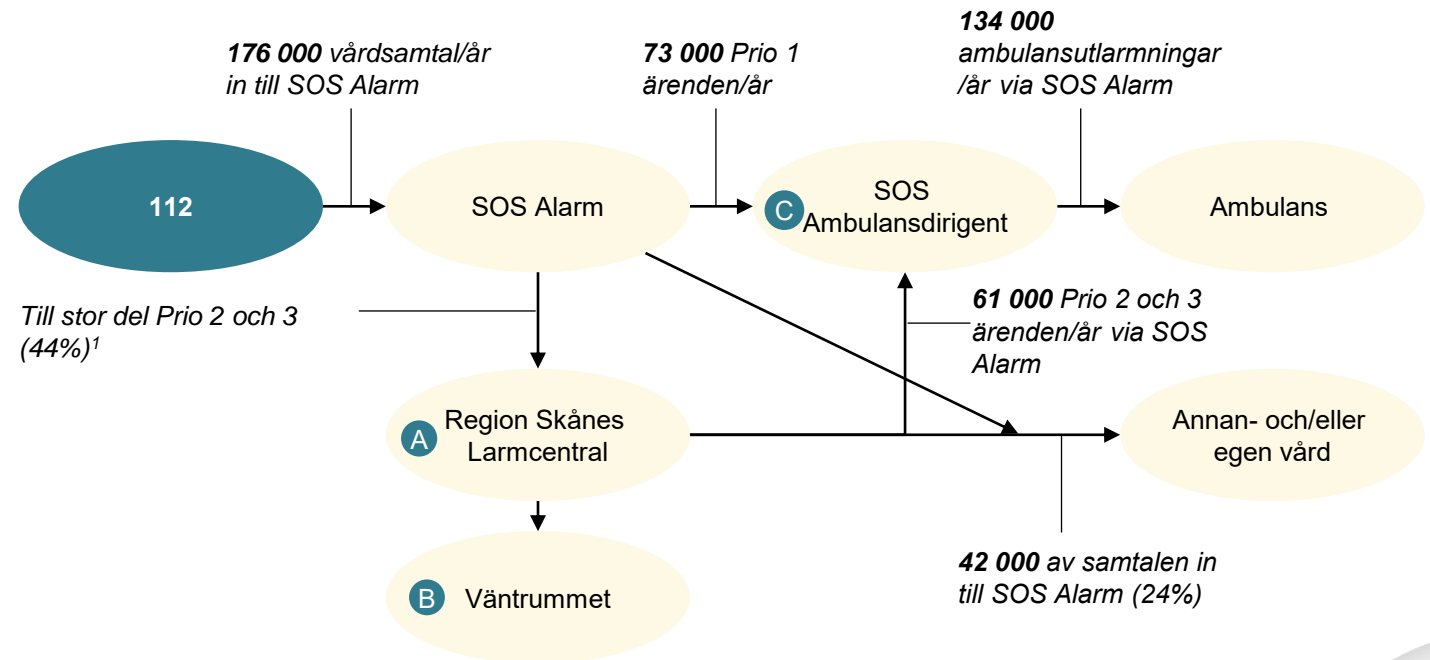
I Region Skåne triageras samtliga samtal av SOS Alarm. De som bedöms vara Prio 2 eller 3 (44%) skickas vidare till Region Skånes Larmcentral (RSLc) för som ansvarar för patientsäkerheten i väntan på ambulans

**A** RSLc bemannas av legitimerad sjukvårdspersonal. Dessa gör en ny bedömning av de flesta<sup>1</sup> patienter som prioriterats till Prio 2 eller 3<sup>2</sup>. Dessa har möjlighet att ändra prioritet och avgöra om ambulans behövs eller om annan resurs/vårdinstans är lämpligare

**B** I väntan på ambulans placeras patienten i "väntrummet". RSLc ansvarar för patientsäkerheten under tiden patienten befinner sig där och gör med jämna mellanrum uppföljning via telefonkontakt med patienten

I de fall RSLc inte hinner bedöma en patient inom en förbestämd tidsrymd (har förändrats över tid) så hamnar ärendet åter hos SOS Alarm som larmar ut ambulans (när denna finns tillgänglig) enligt sin initiala bedömning. Detta skapar en redundans för RSLc

**C** Ambulansdirigering sköts helt och hållet av SOS Alarm

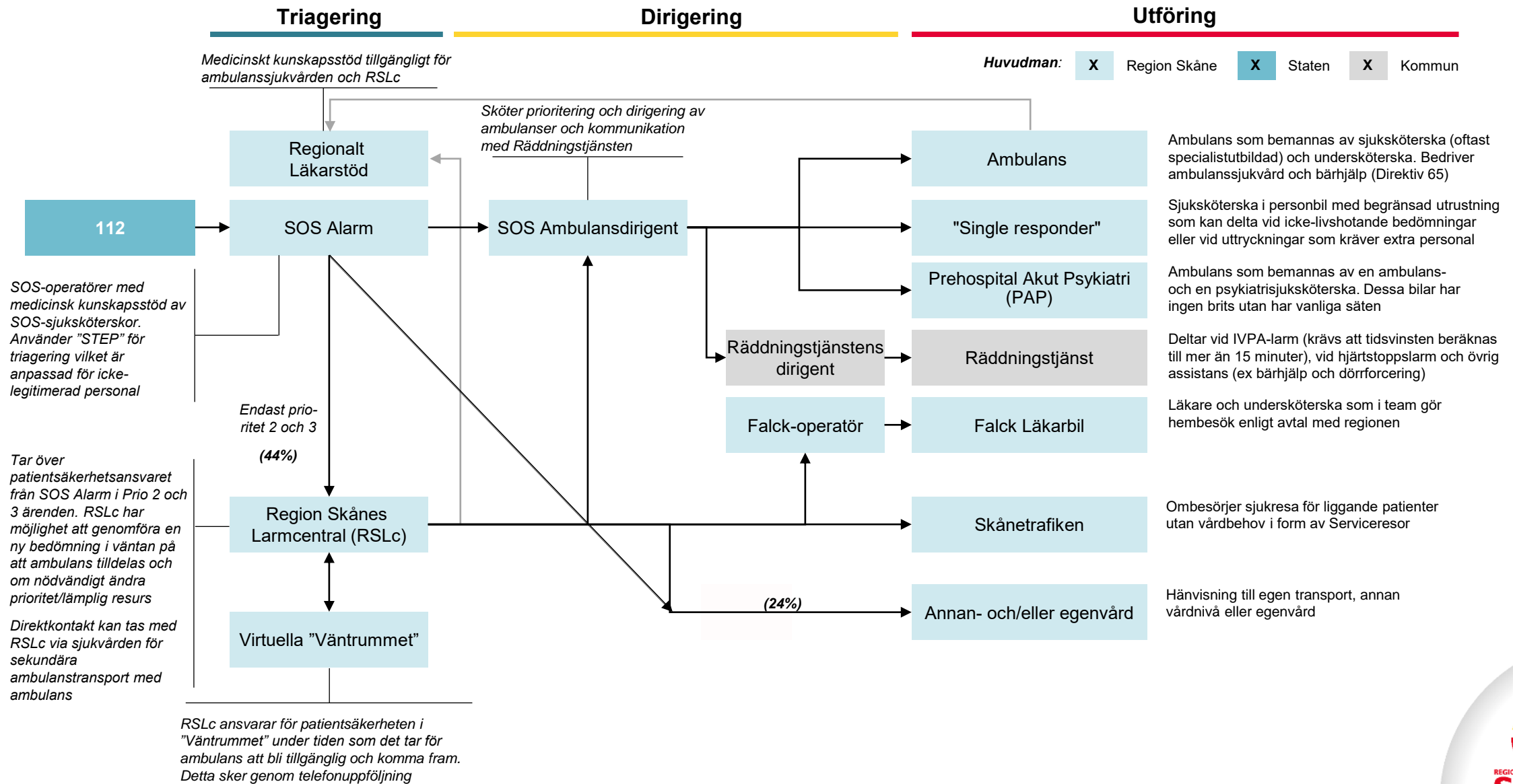


1. Varierar beroende på bland annat bemanning och aktuella riktlinjer

2. Varierar beroende tillgänglighet av ambulanser. Vid dålig tillgänglighet Prio 2A och 2B. Vid god tillgänglighet främst Prio 2B och 3

Källor: Expertintervjuer, Region Skåne & SOS Alarm

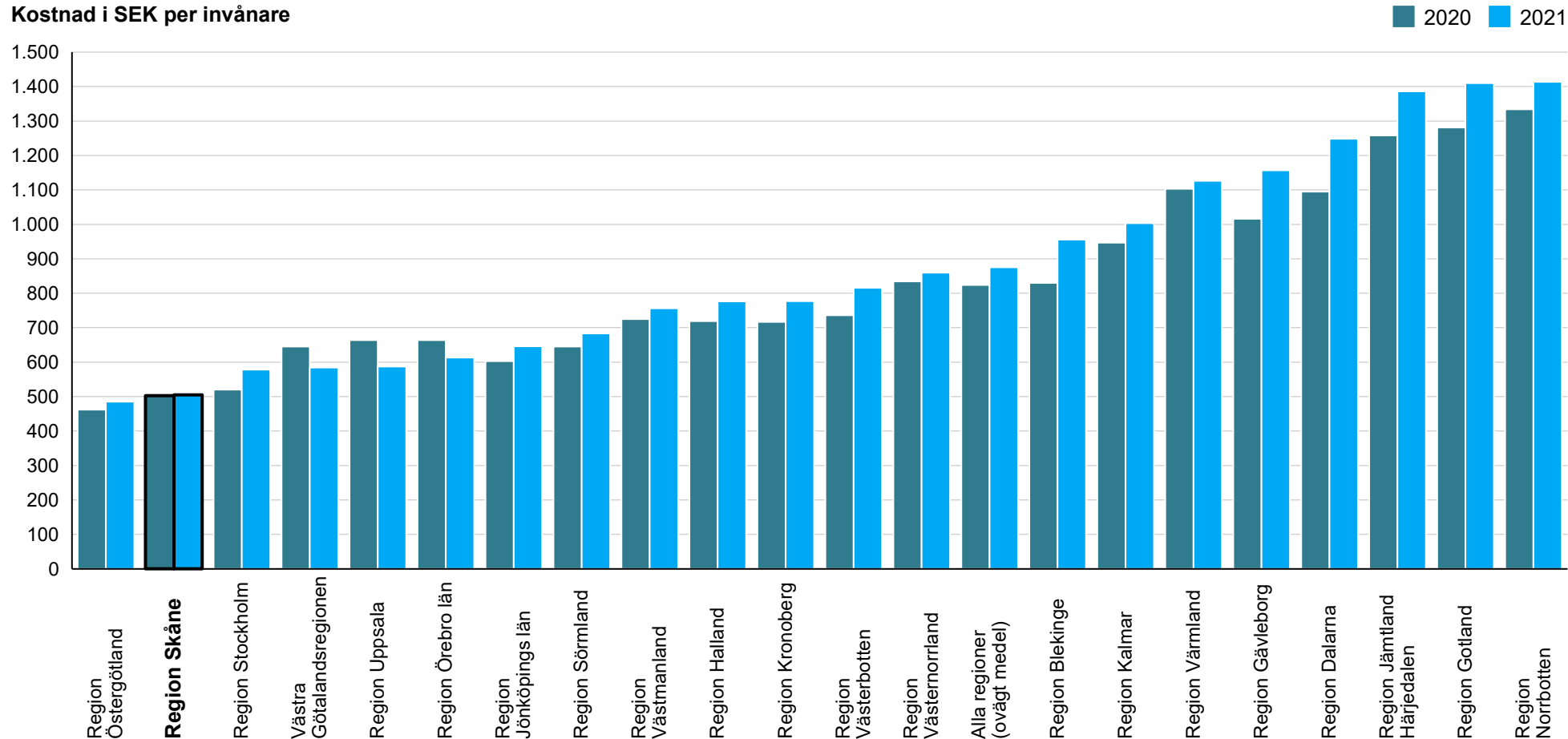
# 1. Patientens resa leder från 112 till relevant mobil resurs



# 1. Region Skåne har jämförelsevis lägre kostnader för sin ambulans- och sjuktransportverksamhet än andra regioner

## Nettokostnad för ambulans- och sjuktransporter i Sveriges regioner

Kostnad i SEK per invånare



### Insikter

**Ambulanssjukvården i Region Skåne har relativt sett lägre kostnader än andra regioner**

Eventuellt kan konkurrens mellan ambulanssjukvården i egen regi och ambulanssjukvården på entreprenad kan vara en bidragande faktor

Ett flertalet andra faktorer förväntas vara bidragande, exempelvis geografiska förutsättningar samt demografi

# 1. Målet om mediantid på 20 minuter för Prio 1 överlag uppfyllt, men geografiska variationer finns

Även om målet på mediantid under 20 minuter i huvudsak är uppfyllt finns skillnader i tillgänglighet mellan olika delar av Skåne, beroende på geografiska förutsättningar och skiftande befolkningstäthet



## Uppföljning av tillgänglighetsmål per distrikt<sup>1</sup>

 <90%

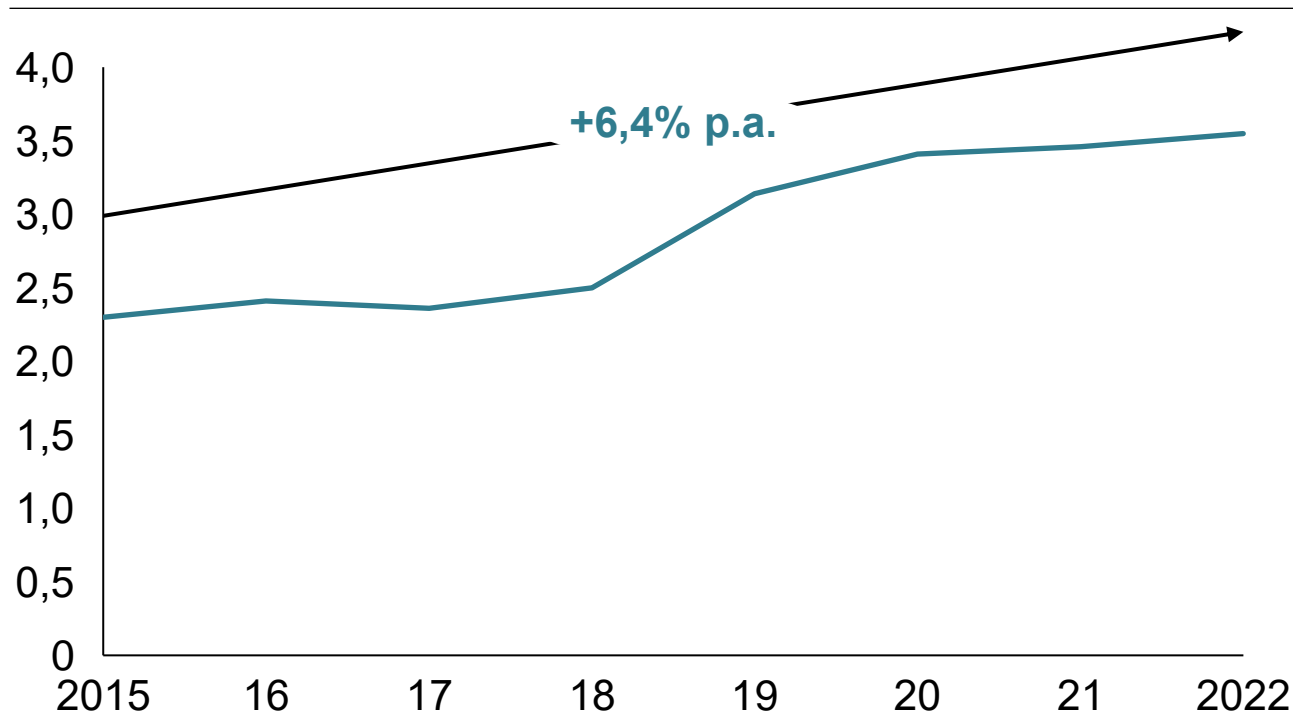
Kommundistrikt 1/2/3/4, 2021-01 till 2021-12	Antal uppdrag	Tillgäng- lighetsmål inom 20	Kommundistrikt 1/2/3/4, 2021-01 till 2021-12	Antal uppdrag	Tillgäng- lighetsmål inom 20	Kommundistrikt 1/2/3/4, 2021-01 till 2021-12	Antal uppdrag	Tillgäng- lighetsmål inom 20	Kommundistrikt 1/2/3/4, 2021-01 till 2021-12	Antal uppdrag	Tillgäng- lighetsmål inom 20
Malmö	20,986	95,4%	Burlöv	1,308	93,4%	Bjuv	1,018	85,8%	Bromölla	885	88,0%
Svedala	1,182	90,2%	Eslöv	2,239	84,2%	Båstad	988	66,3%	Hässleholm	3,898	84,8%
Trelleborg	3,325	82,3%	Hörby	1,269	73,6%	Helsingborg	9,515	94,1%	Kristianstad	5,911	87,2%
Vellinge	1,908	85,7%	Höör	1,109	69,3%	Höganäs	1,530	87,5%	Osby	920	73,6%
Total	27,401	93,0%	Kävlinge	1,448	89,8%	Klippan	1,257	78,6%	Perstorp	573	73,5%
			Lomma	1,113	92,3%	Landskrona	3,328	92,8%	Simrishamn	1,454	85,1%
			Lund	6,111	92,7%	Svalöv	870	70,8%	Tomelilla	907	83,8%
			Sjöbo	1,329	78,3%	Åstorp	961	93,9%	Östra Göinge	1,076	86,0%
			Skurup	936	83,0%	Ängelholm	2,529	91,9%			
			Staffanstorps	1,200	92,2%	Örkelliunga	756	50,2%			
			Ystad	2,186	92,2%	Total	22,752	88,4%			
			Total	20,248	87,6%						

1. Tillgänglighetsmål beräknas på tiden från att ambulans tilldelas av SOS Alarm till första resurs är framme vid händelsen. Målet är att 90% av uppdragen ska vara framme inom 20 minuter. Endast ärenden med prioritet 1 förekommer i dessa tabeller. Uppdrag för andra landsting än Region Skåne är framtagna denna sammanställning.

Källa: Ambulansuppföljning Region Skåne för 2021-01 till 2021-12 (Framtagen 2022-01), <https://vardgivare.skane.se/siteassets/5.-uppfoljning/omraden/ambulanssjukvard/2021/lm-verksamhetsrapport-helar-2021.pdf>, siffror och information från tabell 2 på s. 6 i rapporten, hämtad 2022-08-31

# 1. Initiala bedömningsamtal till SOS Alarm tar allt längre tid att genomföra

Tid från samtal in till SOS Alarm till utlarmning av ambulans, minuter, 2015-2022<sup>1</sup>



1. I redovisad data, upp till max 5 sekunders skillnad mellan de olika distrikten, påverkar emellertid inte den övergripande analysen. År 2022 avser enbart perioden 2022-01 till 2022-06 och således ej helår
2. Detta är något som inte kan påverkas av ambulanssjukvården, men som syns i den redovisade tiden till patient

Källa: Ambulansuppföljning Region Skåne, 2015-2021 helårsrapporter, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/5-uppfoljning/omraden/ambulanssjukvard/2021/lm-verksamhetsrapport-helar-2021.pdf>, hämtad 2022-08-31

Från 2015 till 2022 har den genomsnittliga tiden från samtal in till SOS Alarm till utlarmning av ambulans i Skåne ökat från 2,3 minuter till 3,5 minuter<sup>2</sup>

De angivna tidsmålen och redovisningen av resultaten inkluderar handläggningstiden hos SOS Alarm och tidmätningen av insatstid startar när SOS Alarm identifierat ett ambulansbehov, vilket bör beaktas vid bedömning av redovisade resultat

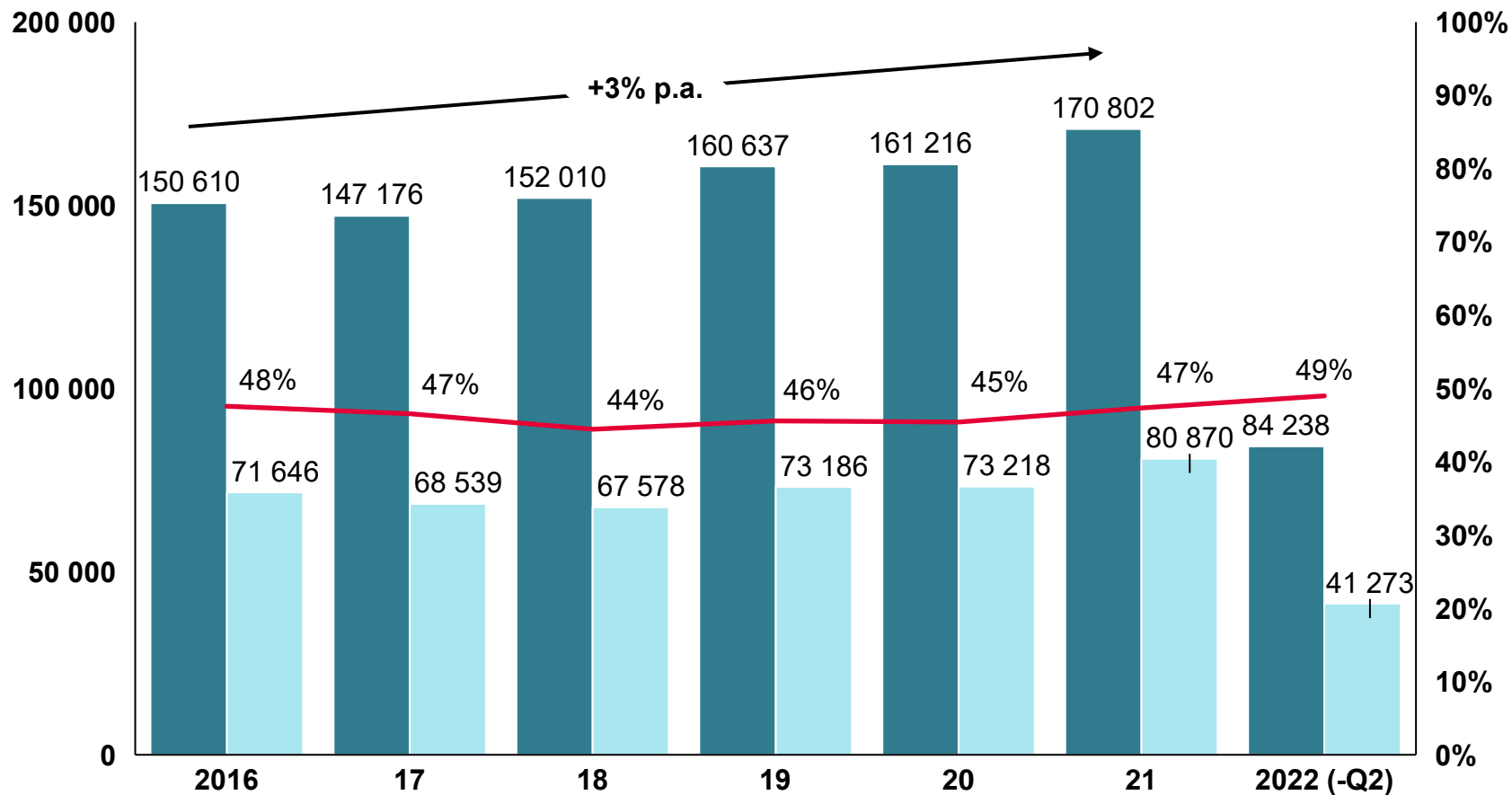
“ SOS behöver rätt kompetens för att snabbt kunna göra en träffsäker prioritering och dirigera ut resurserna

Tjänsteman, Koncernkontoret

# 1. Antalet ambulansärenden ökar över tid, och nästan hälften av utgörs av Prio 1

■ Antal uppdrag ■ Prio 1 — Andel Prio 1 (%)

Antal ambulansuppdrag och andelen Prio 1, '16-'21, antal ärenden, %



**Antalet ambulansuttryckningar i Region Skåne<sup>1</sup> ökar årligen samtidigt som andelen Prio 1 ligger konstant mellan 44-48%**

Data från 2022 (januari-juli) indikerar en oförändrad mängd utlarmningar med en ökad andel Prio 1-uppdrag (49%)

SOS införde i november 2021 ett nytt beslutsstöd (STEP)

*Inga tydliga samband har identifierats mellan inläggningar och andel Prio 1 ärenden över tid*

1. 134 000 av dessa går via SOS Alarm. Resterande 37 000 går via RSLc och utgörs till största del av ambulansbeställningar från sjukvården

Källor: Region Skåne, Medicinsk Service (220629)

# 1. Patient lämnas kvar hemma i 27% av utlarmade Prio 1-ärenden

27% av utlarmade Prio 1 med ambulans lämnas hemma, och andelen har ökat över tid

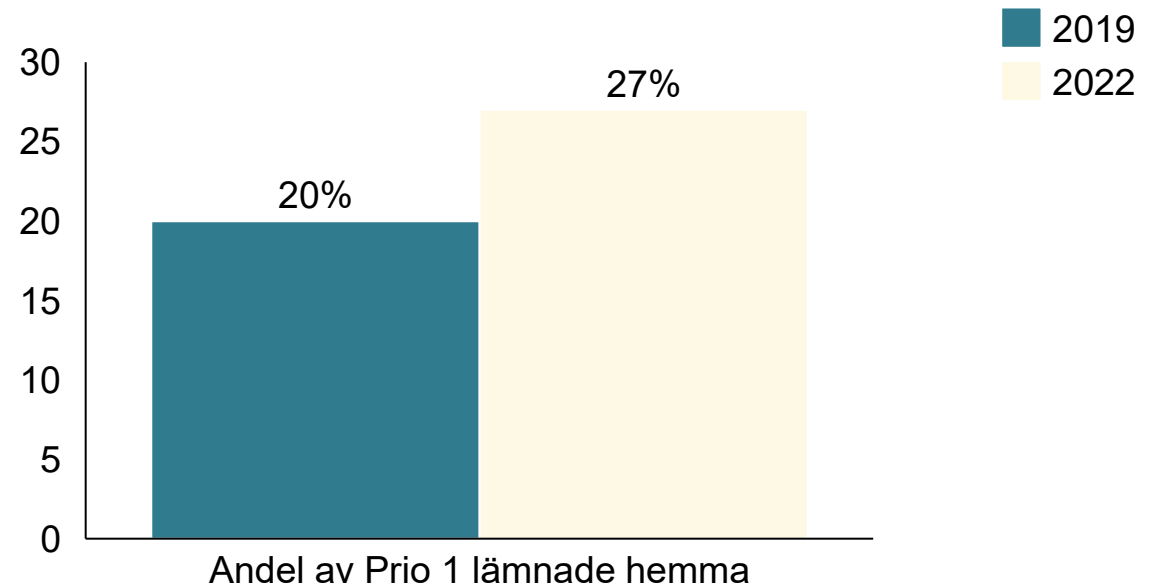
Ökningen kan delvis bero på ökad kompetens i ambulansen, med större möjligheter att genomföra olika vårdinsatser och bedömningar på plats

En annan del i förklaringen tros av verksamheten vara **bristande bedömning och prioritering** hos SOS Alarm och **brist på återkoppling från uttryckningen** som begränsar aktivt lärande

Detta leder till att oproportionerligt många larm slås ut som Prio 1



Andelen utlarmade Prio 1 som lämnats hemma, %




“ ” *Det finns en inbyggd minnesstörning i systemet. SOS får inte återkoppling vad som hänt med patienten och det finns inget aktivt lärande för att lära vad som blev 'rätt' respektive 'fel' vid uttryckningar*

Läkare, VO Ambulans



## 2. Olika arketyper finns för uppdelning av triagering och dirigerering

	Helt i regional regi och med hög medicinsk kompetens	Majoritet i regional regi och med hög medicinsk kompetens	Majoritet outsourcing utan krav på medicinsk kompetens	Fullt outsourcat <sup>1</sup> med krav på medicinsk kompetens
	 Region Uppsala	 VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	 REGION SKÅNE	 Region Stockholm
<b>Triagering</b>	Sker i <b>regionens regi</b> . Samtliga larmoperatörer är legitimerade sjuksköterskor	Sker i <b>regionens regi</b> <sup>5</sup> . Samtliga larmoperatörer är legitimerade sjuksköterskor <sup>2</sup>	Initial triagering sköts av <b>SOS Alarms</b> operatörer <sup>3</sup> utan krav på formell medicinsk utbildning. Bedöms ett ärende som Prio 2 eller 3 så gör <b>Region Skånes</b> larmoperatörer en ny bedömning (i vissa fall). Dessa består av legitimerad vårdpersonal	Sköts av <b>SOS Alarm</b> <sup>1</sup> . Larmoperatörer har blandad utbildning med krav på en majoritet av ärenden av sjuksköterska eller läkare, något som regionen upplever upplever att SOS Alarm inte levererar fullt ut <sup>4</sup>
<b>Dirigerering</b>	Sker i <b>regionens regi</b> av både sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare	Sköts av <b>SOS Alarm</b> efter den prioritet som larmoperatör beslutat	Sköts av <b>SOS Alarm</b> efter bedömning av SOS Alarms eller Region Skånes larmoperatörer	Sköts av <b>SOS Alarm</b> <sup>1</sup> baserat på de egna operatörernas bedömning
<b>Fördelar</b>	Beslut går lättare att verkställa tvärs hela larmkedjan med möjlighet till kontinuerlig utveckling och kvalitetssäkring	Legitimerad personal i triaget har minskat andelen samtal som leder till utlarmning av ambulans och ökat hänvisning till ex. mobila team	SOS Alarm säkerställer att patienter triageras även då Skånes Larmcentral har utmaningar med resursförsörjning	SOS Alarm har en sammanhållen larmkedja och en lång historik och erfarenhet och bättre förutsättning för redundans
<b>Nackdelar</b>	För liten verksamhet för att som enskild region ekonomiskt motivera en egen läkarresurs (införs gemensamt med Region Västmanland och Sörmland vid årsskiftet)	Synergieffekter tappas vid övergång mellan system och vårdgivare vilket ökar patientsäkerhetsrisken. Långvariga utmaningar med resurssättning och behov av redundans från SOS	Den nuvarande uppdelningen leder till utmaningar att genomföra strukturerad utvärdering tvärs hela vårdkedjan och ett visst dubbelarbete för operatörer	Regionens egna beräkningar visar att en larmcentral i egen regi hade sparat 450 mSEK årligen om de uppnår resultat på samma nivå som VGR <sup>3</sup>

1. Beslut är taget på att verksamheten återgår i regional regi 2024

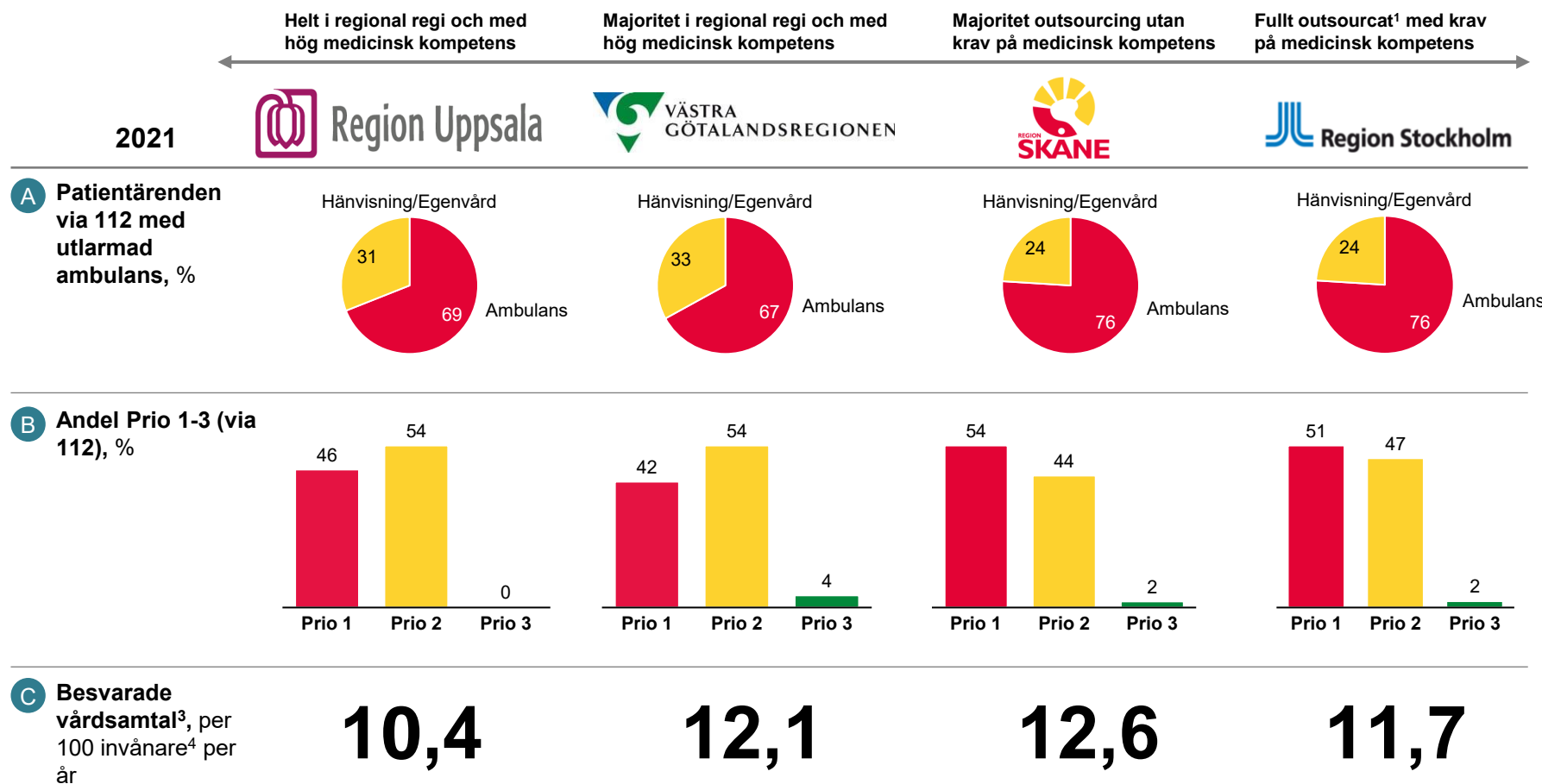
2. Samtliga sjuksköterskor minst tre års erfarenhet av akutsjukvård. Icke-akuta ambulansbeställningar från sjukvården och sjuktransporter triageras av undersköterskor, dessa samtal går ej via 112

3. SOS Alarm har sjuksköterskor tillgängliga som medicinsk resurs för larmoperatörer efter behov

4. Organisationsövertagande av prioriterings och dirigereringstjänsten till egen regi HSN 2022-0551

5. VGR har sedan övertag i regional regi haft utmaningar med att ta emot samtliga samtal och använder sig av SOS för redundans (i snitt besvaras 83% av anrop på månadsbasis mellan 2019-04 och 2022-08)

## 2. Kvalitetsmått varierar bland arketyper, med högre andel utlarmning och Prio 1 bland larmcentraler utan krav på formell medicinsk kompetens



### Insikter

- A** I regioner där larmcentralen har krav på medicinsk utbildning är **andelen utlarmningar lägre** (67-69%) jämfört med regioner som saknar krav (76%)
- B** Även **andelen prio 1 uppdrag är lägre** i regionen med krav på hög medicinsk kompetens (42-46% jämfört med 51-54%)

I dessa regioner (Uppsala & VGR) sker **triagering enbart av legitimerad sjukvårdspersonal**

Vid uppföljning har dessa larmcentraler kunnat visa att **utfallet för patienterna inte försämrats trots striktare triagering<sup>2</sup>**

- C** **Samtalsmängden per invånare till larmcentralerna är likvärdig tvärs storstadsregionerna** och bedöms inte påverka jämförelsen nämnvärt

1. Beslut är taget på att verksamheten återgår i regional regi 2024

2. Expertintervjuer och publicerad studie: "Using trigger tools to identify triage errors by ambulance dispatch nurses in Sweden: an observational study, BMJ open, mars 2020"

3. Enbart samtal via 112

4. SCB: Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2021 och befolkningsförändringar 2021

# 2. Andel uttryckningar har gått ned över tid för VGR och Uppsala

— Patientärenden med utlarmad ambulans prio 1-3 (%) ■ Patientärenden via 112 rörande sjukvård ■ Patientärenden via 112 med larmad ambulans prio 1-3

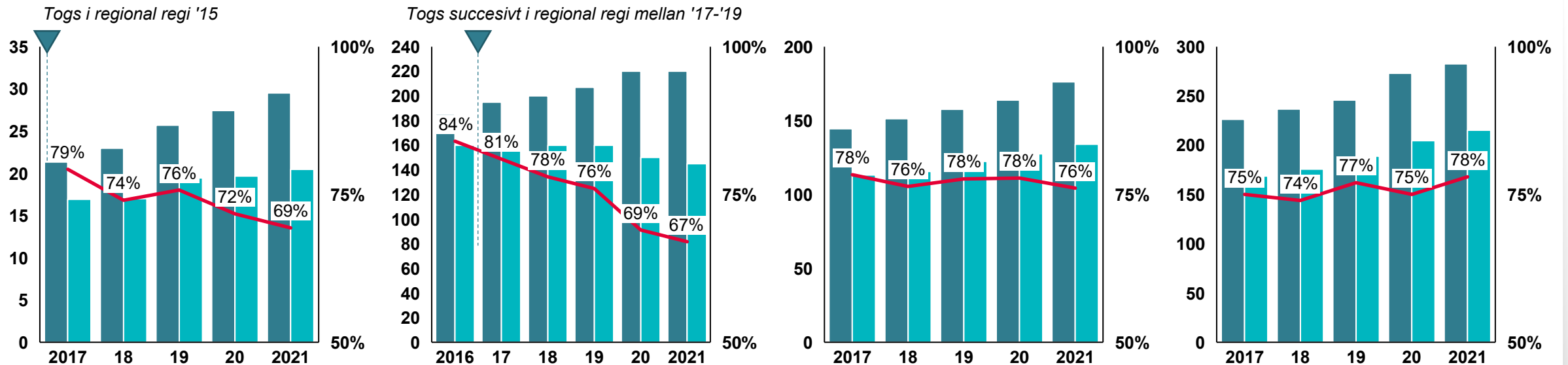
Helt i regional regi och med hög medicinsk kompetens

Majoritet i regional regi och med hög medicinsk kompetens

Majoritet outsourcing utan krav på medicinsk kompetens

Fullt outsourcat<sup>1</sup> med krav på medicinsk kompetens

Ärenden till 112 och ärenden där ambulans larmas ut, 2021, '000 ärenden, %



Larmcentralerna i VGR och Uppsala minskade andelen utlarmningar sedan driften övertogs från SOS Alarm. Uppföljning i Region Uppsala och VGR visar på oförändrad vårdkvalitet<sup>2</sup>

1. Beslut är taget på att verksamheten återgår i regional regi 2024
2. Baserat på regional uppföljning av avvikelser, lex Maria och i Uppsala även vetenskaplig studie

Källor: Expertintervjuer, Region Uppsala, VGR, SOS Alarm

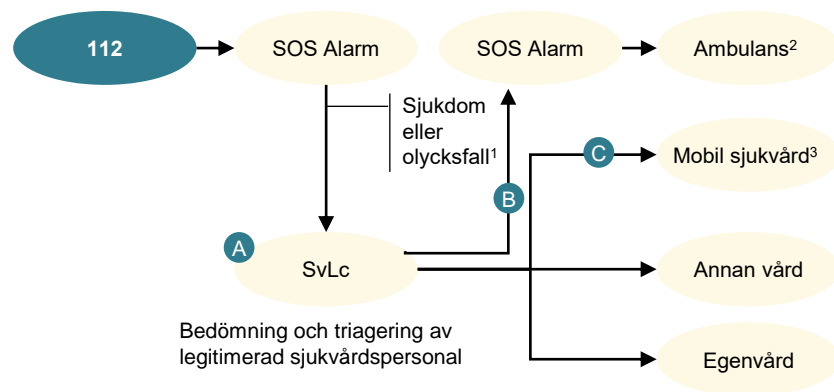


# 2. Djupdyk - Sjukvårdens Larmcentral i VGR

## Beskrivning

I VGR triageras sjukvårdssamtal som inkommer via 112 av Sjukvårdens Larmcentral i VGR (SvLc)

- A SvLc bemannas av legitimerad sjukvårdspersonal vilket ökar förutsättningarna för att göra en kvalificerad medicinsk bedömning av lämplig vårdnivå efter vårdbehov
- B Fastställs ett behov av ambulans så skickas ärendet vidare till SOS Alarm som sköter ambulansdirigering enligt den prioritet som SvLc bedömt är lämplig
- C Insatser har påbörjats för att knyta upp olika regionala mobila vårdteam. Ett exempel är samarbetet med det mobila akutvårdsteamet i Borås där en daglig avstämning sker och där teamet har möjlighet till direktinläggning på sjukhuset



1. Vid direkt livshotande fall larmas ambulans ut direkt av SOS Alarm
2. Prioritet enligt SvLc-personalens bedömning
3. I lämpliga fall och beroende på kapacitet hos mobila team. Beroende av att personal hos SvLc har god kännedom om hälso- och sjukvården i regionen
4. I VGR har man räknat med en schablonsumma om 5500 SEK å ambulansutryckning
5. Baserat på expertintervjuer

Källor: Expertintervjuer & VGR

## Utfall

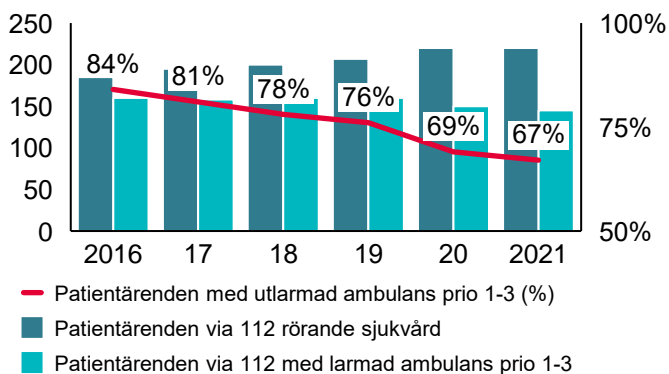
### Ökad transparens och uppföljningsmöjligheter

Regiondriva larmcentraler möjliggör systematisk uppföljning av vårdförlopp i syfte att utveckla och kvalitetssäkra verksamheten fortlöpande

### Minskat antal ambulansutryckningar

2021 hade det relativa antalet ambulansutryckningar minskat med 30 000 på årsbasis jämfört med 2016, vilket motsvarar en besparing på ca 165 mSEK årligen<sup>4</sup>. Detta har man bedömt gör ambulans- och akutsjukvården mer tillgänglig för patienterna med störst behov och överväger de ökade lönekostnaderna som en larmcentral bemannad av legitimerad personal innebär

### Ärenden via 112 och ärenden där ambulans larmas ut



## Förutsättningar för framgång<sup>5</sup>

### Starkt stöd från regional ledning och politiker

För verksamheten har politiska beslut som möjliggjort verksamhetens existens och allokering av kompetens och resurser från regionens ledning varit essentiella

### Kontinuerliga rekryteringsinsatser

Bemanningen av larmcentralen har sedan övertag varit en kontinuerlig utmaning och det är först 2022 som full bemanning uppnåtts. Den viktigaste rekryteringsmetoden har varit mun till mun mellan personal och kollegor vilket har kompletterats med en aktiv rekrytering i form av deltagande på rekryteringsmässor, strävan efter att skapa en attraktiv arbetsplats och kombinationstjänstgöringar (exempelvis ambulanssjukvård och larmcentral)

### Aktivt relationsbyggande med de regionala vårdteamen

I en pressad sjukvård har relationer som byggs på tillit och gemensamma mål om patientens bästa en förutsättning för att skapa ett nätverk som utgår från larmcentralen. Det långsiktiga målet är att i samråd med mobila vårdteam, koppla ihop patienter som ringer via 112 med vårdteam, istället för ett enbart ombesörja ambulanstransport till en akutmottagning

# 2. Djupdyk - Sjukvårdens Larmcentral i Uppsala

## Beskrivning

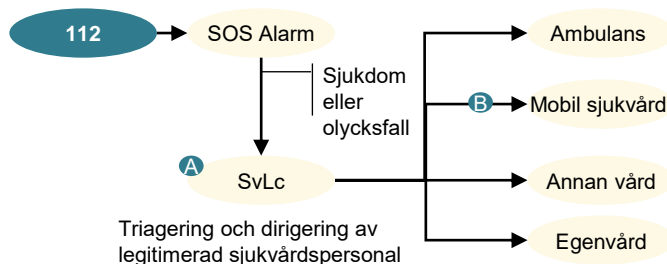
I Uppsala triageras och dirigeras sjukvårdssamtal som inkommer via 112 av Sjukvårdens Larmcentral i Uppsala (SvLc)

- A SvLc bemannas av legitimerad sjukvårdspersonal vilket ökar förutsättningarna för att göra en kvalificerad medicinsk bedömning av lämplig vårdnivå efter vårdbehov

Larmcentralen har ett tätt samarbete med Larmcentralerna i Västmanland och Sörmland, med möjlighet att triagera varandras patienter och därigenom skapa redundans. Detta möjliggörs genom en delad teknisk plattform tvärs regionerna och ett egenutvecklat system för vårdbedömningar, MBS, Medicinskt beslutstöd för ambulansdirigering, som är anpassat specifikt för legitimerad personal på larmcentral

- B Dirigering sker alltid (till skillnad från prioritering) inom respektive region för att säkerställa lokalkännedom

Insatser har påbörjats för att knyta upp olika regionala mobila vårdteam till SvLc med införande av en läkare på SVLc ansvar för medicinsk logistik och mandat att dirigera regionala resurser med hjälp av Raket



## Utfall

**Minskat antal ambulansutryckningar med bibehållen vårdkvalitet**

Antal ambulansutryckning har minskat med 15% första året med bibehållen sensitivitet<sup>2</sup> (i paritet med andra triageringssystem)

**Ökad transparens och uppföljningsmöjligheter**

En sammanhållen larm- och vårdkedja möjliggör att data från hela vårdkedjan samlas i en databas. Databasen utgör basen för forskning<sup>2</sup> och kontinuerlig utvärdering och kvalitetsutveckling av verksamheten för att successivt öka specificiteten i vårdbedömningarna utan att minska sensitivitet och därigenom riskera patientsäkerheten

**100% av alla sjukvårdssamtal besvaras i regionernas regi**

Region Uppsala, klarar genom sitt samarbete med Region Västmanland och Sörmland av att ta 100% av alla sjukvårdssamtal i regionen. 99,2% av samtalen besvaras inom 15 sekunder och 99,8% inom 30 sekunder (2021)

## Förutsättningar för framgång<sup>3</sup>

**Starkt stöd från regional ledning och politiker**

Ett kontinuerligt och starkt stöd från politiker i regionen oavsett partitillhörighet

**Incitament för övrig sjukvårds medverkan**

Organspecialister från regionens sjukhus involveras i riktlinjer och beslutstöd. Dessa är med och designar vårdkedjan och får således ett ägarskap i larmcentralen. Detta resulterar i ett gott samarbete mellan sjukhus och larmcentral

**Adekvat beslutstöd och dokumentation**

Ett system anpassat för legitimerad sjukvårdspersonal utgör ett relevant stöd och är designat för att göra journalföring så smidig och tidseffektiv som möjligt

**Ändamålsenlig och "lättjusterad" teknik**

Flexibel teknik i regionens regi gör att problem som uppmärksammas snabbt kan åtgärdas till att passa lokala behov och förutsättningar. Feedback från medarbetare kan implementeras och utvärderas agilt

1. Intern utvärdering av Region Uppsala 2. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e035004> 3. Baserat på expertintervjuer

Källor: Expertintervjuer, Region Uppsala



# 2. Djupdyk - Larmcentral i Stockholm (SOS Alarm)

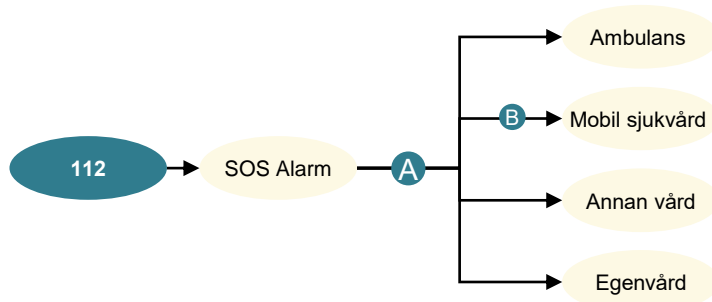
## Beskrivning

I Stockholm sköts hela larmkedjan från inkommande samtal, triagering och dirigering av SOS Alarm på uppdrag av regionen

- A Larmprocessen ska enligt upphandling skötas av legitimerade sjuksköterskor. Uppdraget löper ut 2024 med politiskt beslut om att larmcentralen ska övergå i egen regi

Paletten av vårdinsatser som larmcentralen har att erbjuda har från 2017, då den var begränsat till vägbunden ambulans, helikopter och läkarbil, utökats till att nu innehålla bland annat mobila vårdteam, jourläkarbilar, sjuktransporter, intensivvårds-, transport-, och psykiatriambulanser. De flesta av dessa är försedda med Raket vilket möjliggör en mer effektiv dirigering

- B I nuläget hanterar det "basala hemsjukvårdsteamet", som kan dirigeras av larmcentralen, enbart kateterstopp med ca 5 patienter dagligen som annars hade behövt uppsöka akutmottagning. Arbetet har påbörjats för att öka antalet mobila resurser och bredden av vad patienten kan få hjälp med i hemmet



## Utfall

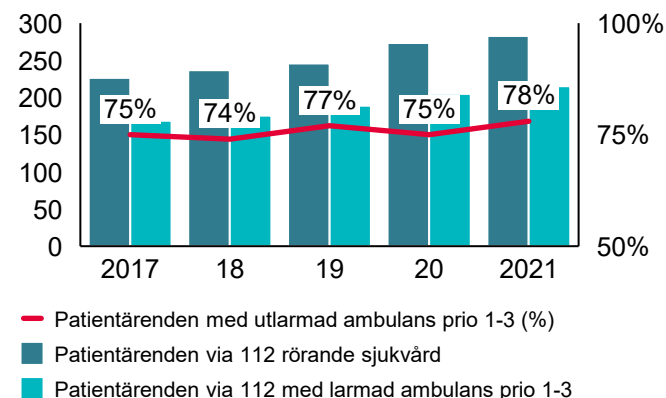
Larmcentralens palett har varit värdefull under pandemin

Särskilt möjligheten att dirigera sjuktransporter med anpassade resurser, och inte enbart ambulanser, har gjort att de ökade volymerna som sågs kunde hanterats utan att överbelasta ambulansverksamheten

**Andelen patientärenden som leder till utlarmad ambulans har ökat de senaste fem åren**

Sedan 2017 har andelen samtal som leder till utlarmning av ambulans ökat från 75% till 78% samtidigt som antalet ärenden ökat från 226 000 till 282 000

**Ärenden via 112 och ärenden där ambulans larmas ut**



## Larmcentralen tas över i egen regi 2024

Region Stockholm ser potential för upp till 500 mSEK i årliga besparingar<sup>1</sup>

Baserat på jämförelser med data från VGR och Region Uppsala, Västmanland och Sörmland. Uppnår man samma minskning i antalet utlarmade ambulanser som VGR så är besparingar på 450 mSEK årligen möjliga<sup>1</sup>. Möjlighet att erbjuda mångringare en mer skraddarsydd hjälp visar potential för ytterligare 80 mSEK årligen<sup>1</sup>

**Bättre förutsättningar för forskning och verksamhetsutveckling**

Regioner som har tagit över larmcentralen i egen regi upplever bättre förutsättningar att samla data från hela vårdkedjan och använda denna till att databaserat utveckla verksamheten fortlöpande. Ett samlat ägande möjliggör att detta kan ske agilt och utifrån den egna verksamhetens samlade behov.

**Lokal kännedom och hög medicinsk kompetens ses som en förutsättning för mobil vård**

Trots avtal så sker larmprocessen i SOS regi primärt av internt utbildade operatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Detta har ifrågasatts av regionen som utöver medicinsk kompetens tror att personalen behöver lokalkännedom för att ha förutsättningar att dirigera optimalt. Ett beslut har tagits i regionen att återgå i egen regi 2024

1. Baserat på "Organisationsövertagande av prioriterings och dirigerings tjänsten till egen regi HSN 2022-0551"

Källor: Expertintervjuer, Region Stockholm, SOS Alarm

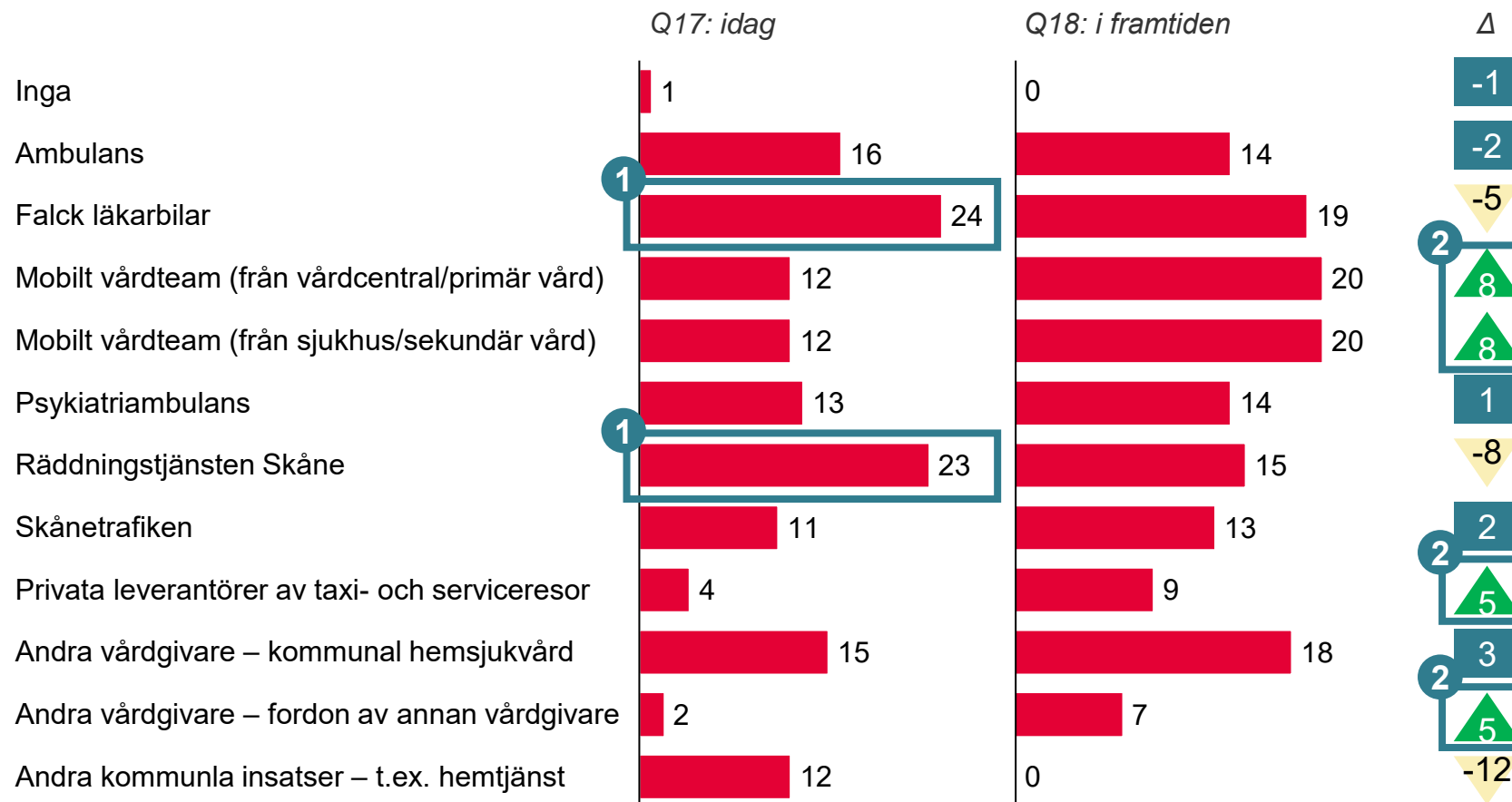
# 3. Ambulanssjukvården uttrycker ett behov av en bredare palett, speciellt mobila vårdteam och sjuktransport

Q17: Vilka aktörer samarbetar ni med idag för att bedriva prehospital- och mobil vård?

Q18: Vilka aktörer vill ni samarbeta med i framtiden för att bedriva bättre prehospital- och mobil vård?

- ▲ # Ökning i svar (>2)
- # # Lika antal svar (-2 till 2)
- ▼ # Minskning i svar (<-2)

## Utvärdering av respondenter, antal svar



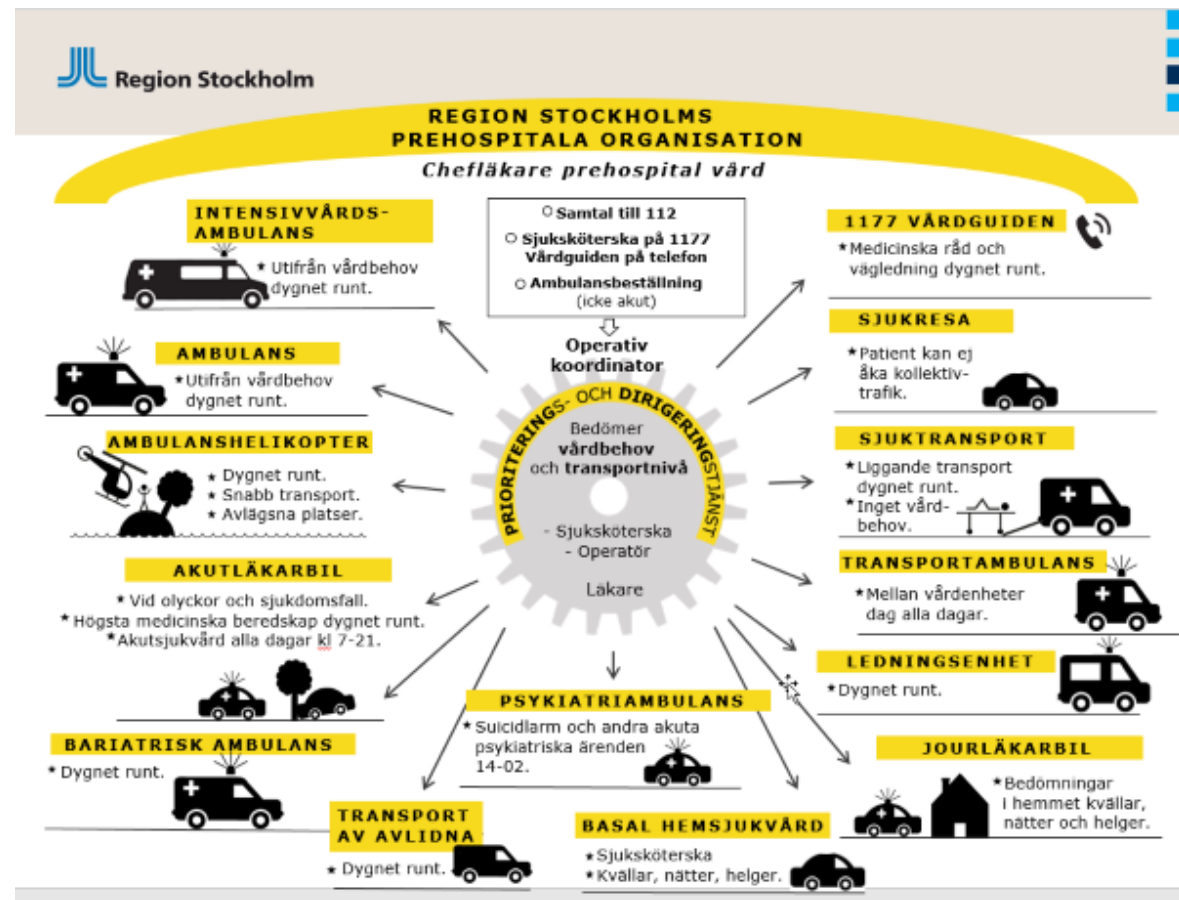
## Insikter

- 1** Främsta samarbeten för ambulansverksamheten sker med Falck läkarbilar samt räddningstjänst enligt respondenter från ambulansverksamheter
- 2** Respondenter som arbetar inom ambulans efterfrågar stärkta samarbeten i framtiden med mobila vårdteam och transportverksamhet baserat på störst skillnad i dagens läge och framtidens ambition

Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

# 3. Andra regioner har arbetat för bred palett - exempel Stockholm

Larmcentralen i Region Stockholm förfogar över en bred palett



Den prehospitala paletten har och fortsätter expandera

Paletten av vårdinsatser som larmcentralen har tillgång till har från 2017, då den var begränsat till vägbunden ambulans, helikopter och en läkarbil, utökats till att innehålla bl.a. vissa mobila vårdteam genom basal hemsjukvård, jourläkarbilar, sjuktransporter, intensivvårds-, transport-, och psykiatriambulanser. De flesta av dessa är försedda med Rakel (inkl. GPS) vilket möjliggör mer effektiv dirigerings

Regionen ser i nuläget över sin palett

**Paletten antas kunna nyttjas bättre av medicinskt utbildad personal med lokalkännedom**

En orsak till beslutet att larmcentralen ska övergå i regional regi 2024 är antagandet att detta kommer leda till bättre nyttjande av de resurser som finns

**En utökad palett inom Region Skånes akuta vårdflöde kan hjälpa till att begränsa antal ambulansutryckningar; förhindra onödiga inläggningar; förbättra vårdkontinuiteten för patienten och; öka den allmänna resurseffektiviteten**

“ Vad är nästa generations larmcentral? Vi kommer inte komma ifrån att antalet som ringer ökar. Samma sak sker globalt. Inte enbart i Sverige. Lösningen är inte fler ambulanser.

*Tjänsteman, Region Stockholm*



# 4. Direktiv 65 åberopar onödig medicinsk resurs och försvårar planering av hemtransport

## Utmaningar

### Både ambulanssjukvården och Skånetrafiken upplever utmaningar med Direktiv 65

Ambulanssjukvården upplever att personal med medicinsk kompetens används till bärhjälp för vilka de varken har resurser eller utbildning för

Skånetrafiken upplever utmaningar med planering och är väl medvetna om problematiken att medicinsk personal används till bärhjälp. Ambulanspersonal har mandat att uppmana lämpliga patienter till egen förflyttning, något som Skånetrafikens personal inte har kompetens att göra

## Förslag från verksamheten

### Ett tydligt uppdrag till Skånetrafiken med resurser som motsvarar behoven

- 1) Anställning av personal efter fys-test som är lämpade för tyngre lyft (görs idag vid anställning till ambulans)
- 2) Utbildning ledd av arbetsterapeut och fysioterapeut i bland annat lyftteknik och ergonomi
- 3) Fordon med dubbelbemanning som används med förtur för uppdrag som i dagsläget hänvisas till ambulanssjukvården enligt Direktiv 65

““

*Vi ser problematiken i att ambulanssjukvården utför detta [Direktiv 65]. För att vi skulle kunna ta över ansvaret behöver vi formellt få uppdraget och resurserna som behövs för att utföra det, bland annat dubbelbemannade fordon likt ambulansen*

## Möjligt utfall

### Rätt resurs och kompetens efter patientens behov

Om Skånetrafikens personal ges rätt förutsättningar så kan patientens behov tillgodoses på ett resurseffektivt sätt samtidigt som ambulanssjukvården kan prioritera sin kärnuppgift

Tjänsteman, Skånetrafiken

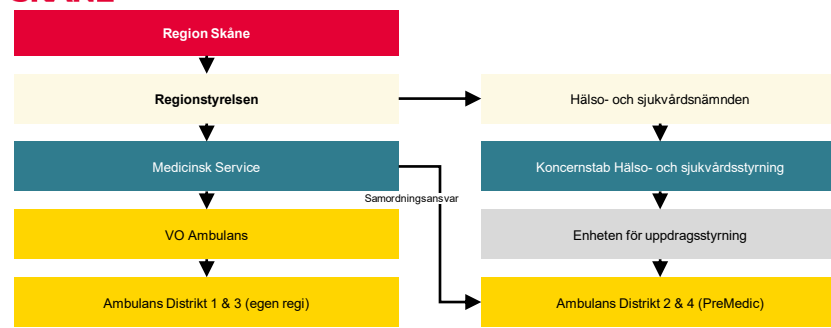
# 5. Olika styrning och uppföljning av ambulanssjukvården

## Styrning och ledning

Ambulansverksamheten i egen regi (**distrikt 1 & 3**) ingår i förvaltning **Medicinsk Service**, vars styrning utgår direkt från Regionstyrelsen (ingen nämnd)

Ambulansverksamheten i privat regi (**distrikt 2 och 4**) styrs av **hälso- och sjukvårdsnämnden**, genom enheten för uppdragsstyrning vid Koncernkontoret som hanterar all avtalsstyrning

En organisatorisk förändring är pågående, utifrån vilken ytterligare nämnd tillkommer



“ ” Det saknas en helhet i styrning och ledning av ambulanssjukvården. Vi tänker inte "Region Skåne"

Tjänsteman, Koncernkontoret

## Samordning

År 2017 överfördes **ansvaret för samordning** av all ambulanssjukvård från koncernkontoret till **Medicinsk Service**

Lednings- och samordningsansvaret beskrivs i Regiondirektörens beslut 2017-03-07<sup>2</sup> och innebär att Medicinsk Service och VO Ambulans ska främja regionövergripande gemensam kvalitet i samtliga ambulansdistrikt, genom:

- Regionala vårdprogram och riktlinjer,
- Viss uppföljning och kontroll av drift,
- Regional samordning,
- Övergripande resursplanering, driftsamordning och teknksamordning,

Som del av ovan anordnar Medicinsk Service gemensamma mötesplatser, ex. såsom "tisdagsmöten" för diskussioner mellan ambulansverksamheterna

En del av samverkan mellan distrikten är den *gränslösa dirigeringen*<sup>1</sup>, vilket ytterligare ökar behovet av en enhetlig målbild och samverkan mellan aktörer

“ ” Samordningsansvaret är otydligt, vilket gör att det blir svårt att veta om det är uppfyllt eller inte

Chefläkare, Medicinsk Service

“ ” Det är oerhört viktigt med samordning, men det hade varit enklare om allt hörde samman

Förvaltningschef, Medicinsk Service

## Uppföljning

Uppföljningsätt och -frekvens skiljer sig åt mellan de privata och offentliga ambulansdistrikten, med begränsad insyn i varandras utfall och uppföljning

- Egen regi följs upp **månadsvis** och rapporteras till Regionstyrelsen
- Privat regi följs upp **kvartalsvis** och rapporteras till HS-nämnden

Initiativ att skriva gemensamma vårdöverenskommelser för gemensam uppföljning har ej verkställts

VO Ambulans ska utifrån Regiondirektörens beslut även vara Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning behjälpliga med underlag till uppföljningarna med utförarna av ambulanssjukvården

“ ” Kunskapen om varandras verksamheter är låg – vi vet inte vad de andra distrikten följs upp på och de vet nog inte vad våra distrikt följs upp på

Tjänsteman, Koncernkontoret

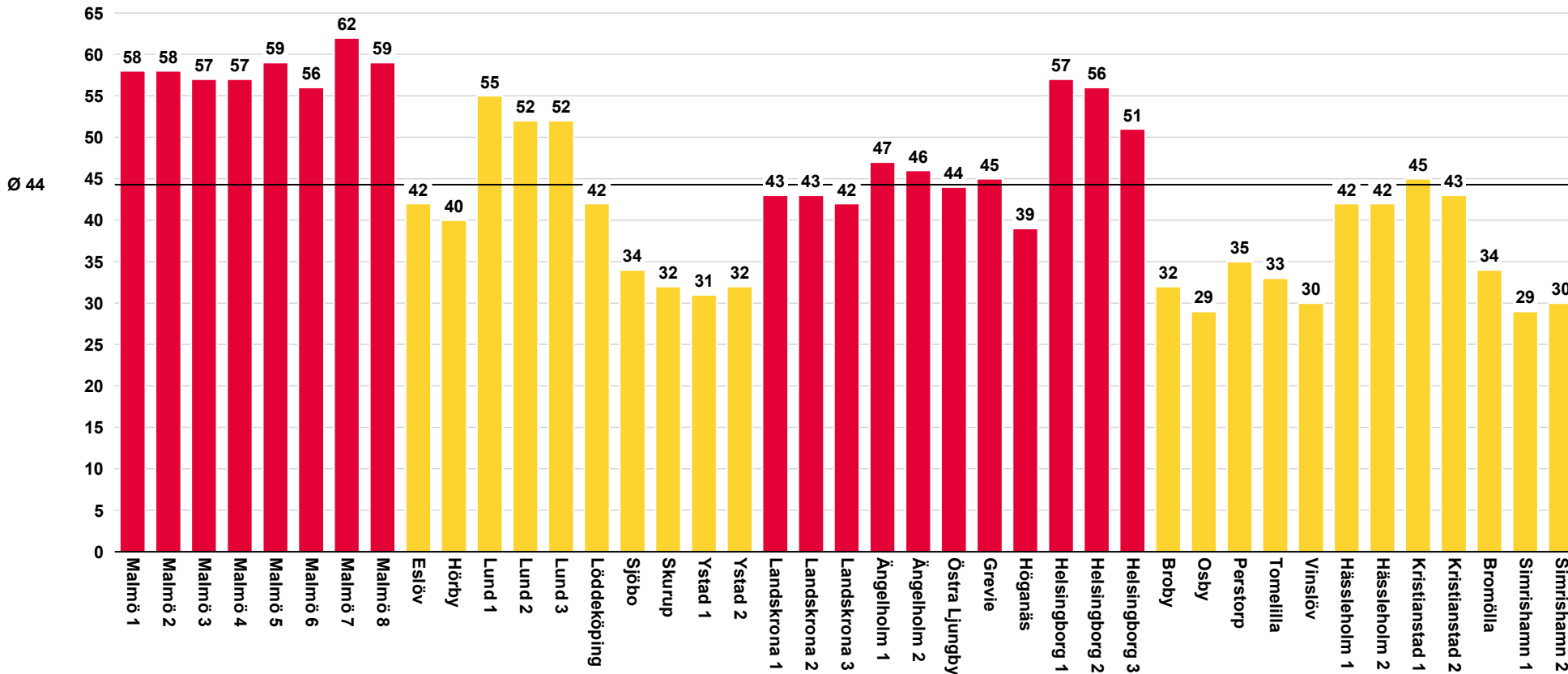
**Samordningsansvaret uppfattas mestadels vara tydligt, men särskilt de privata aktörerna upplever att de ej möjliggörs att involveras i resursplanering och driftsamordning samt att god samverkan på högre ledningsnivå saknas. Finns ej någon gemensam kvalitets- eller verksamhetsuppföljning till beslutsfattarna. Samordningen som skall ske eller gemensam rapportering upplevs inte ha kravställts tydligt**

1. Den gränslösa dirigeringen i Skåne innebär att inte alla uppdrag i ett visst kommundistrikt nödvändigtvis utförs av resurser från samma distrikt.  
2. Region Skåne, Beslut 2017-03-07, Förändringar i Region Skånes organisation av Prehospital vård 2018

# 5. Viss skillnad i beläggning mellan ambulansdistrikt i privat och offentlig regi

## Ambulansbeläggning<sup>1</sup> i Region Skåne

% beläggning på dygnsbilar i RS Q1-Q2 2022



■ Distrikt 1 & 3 (Region Skåne)

■ Distrikt 2 och 4 (Premedic)

Ambulansbeläggning i ambulansdistrikt i egen regi (1&3) tenderar att vara högre än distrikten som drivs av Premedic (2&4)

Data kan ha påverkats av olikheter i datainsamling i respektive verksamhet

1. Dagbilar, single responders och övriga resurser som inte går heldygn är exkluderade  
Källor: Ambulansbeläggning i Region Skåne Q1-Q2 2022 från VO Ambulans, Medicinsk Service

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

- Kartläggning och problembeskrivning

- **Föreslagna åtgärder**

Mobila resurser (elektiva och akuta)

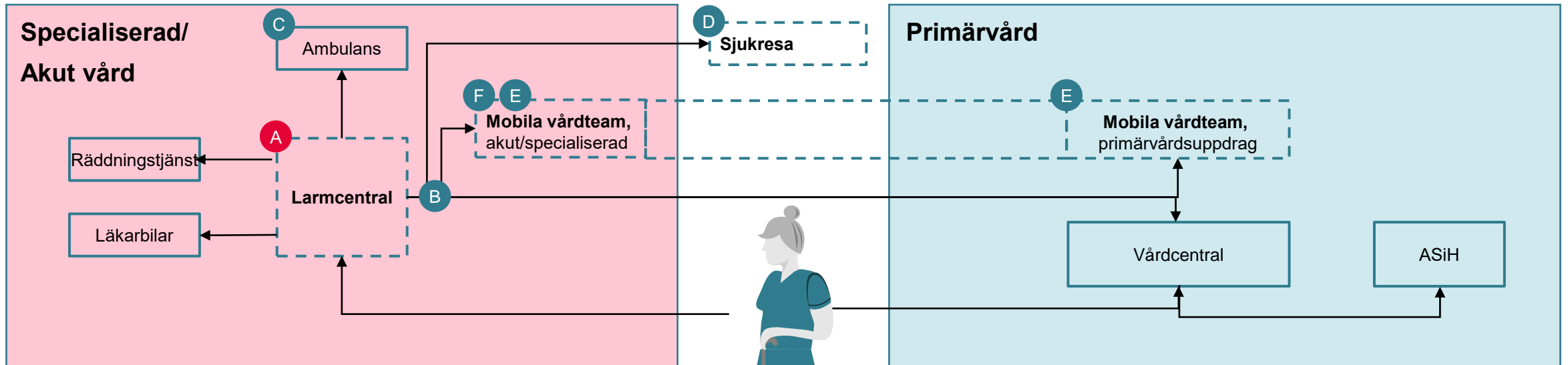
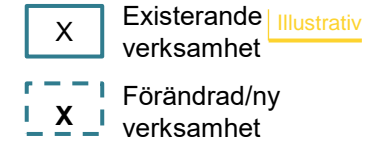
Appendix

# Summering av prioriterade åtgärder

Åtgärd	Beskrivning
<b>A Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens</b>	<p>Larmcentralen samlas under en organisation med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor). Syftet är att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet, så att rätt resurs fördelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering</p> <p>Ger bl.a. förutsättning för bredare palett (se åtgärd "B"). Uppnås liknande resultat som i VGR/Region Uppsala kan det leda till besparingar om 16 000 ambulansutryckningar (eller 10-20 mSEK<sup>1</sup> trots ökade personalkostnader (~85 anställda sjuksköterskor))</p>
<b>B Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet</b>	<p>En bredare palett av resurser föreslås för att möjliggöra att patienter kan vårdas på rätt vårdnivå, exempelvis bör larmcentralen kunna dirigera liggande sjuktransport samt mobil vårdresurs från vårdcentral eller sjukhus (t.ex. bedömningsbil). Dessutom föreslås möjlighet till telefonuppföljning av ärende (när annan resurs en ambulans dirigeras) och förutsättningar att, i ökad utsträckning, nyttja data, t.ex. gemensamma journalsystem</p> <p>Möjlighet till totala kostnadsminskningar på 45-65 mSEK<sup>1</sup> genom: a) besparing av ambulansuppdrag (~1 000 st/år) och besök till akutmottagning (~7 000) vid användning av nuvarande akut/internmedicin team som utgår från sjukhus samt b) ersättning av 20 000 ambulansuppdrag som utförs istället av liggande sjuktransport</p>
<b>C Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter</b>	<p>Skåne föreslås säkra starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheterna i egen resp. privat regi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Förtydliga det centraliserade samordningsuppdraget, samt säkerställ tydligt ansvar för styrning och samlad kvalitetsuppföljning (utfall, avvikelser, mm) med hjälp av data som levereras av respektive ambulansverksamhet, t.ex. kvartalsvis</li><li>Säkra att en separat enhet styr, utvecklar, följer upp, och sköter verksamhetsuppföljning (inklusive avtalsuppföljning) tvärs både den offentliga och privata ambulansverksamheten<ul style="list-style-type: none"><li>I dagens läge, där ambulanser i egen/privat regi organiseras under olika nämnder, bör sådan uppföljning ske på regional nivå</li><li>I ett möjligt framtida läge, där ambulanser i egen/privat regi organiseras under samma nämnd, kan sådan uppföljning ske av nämnden i fråga</li></ul></li></ul>
<b>D Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans</b>	<p>Direktiv 65 ersätts med ett tydligt uppdrag till Skånetrafiken, inklusive a) anställning av personal efter fys-test som är lämpade för tyngre lyft, b) utbildning ledd av arbetsterapeut och fysioterapeut i bland annat lyftteknik och ergonomi samt c) Fordon och utrustning (exempelvis trappklättrare och lyfthjälpmiddel) med dubbelbemanning som med förtur används för uppdrag som i dagsläget hänvisas till ambulanssjukvården enligt Direktiv 65</p>

1. Obs: Redovisade (preliminära) besparingar motsvarar en ökning i resurseffektivitet, dvs. åtgärden frigör resurser/personal som kan leda till förbättrad vårdkvalitet, ökad kapacitet/reduktans, bättre arbetsmiljö, osv. och kommer inte nödvändigtvis minska en specifik kostnad i resultaträkning

# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (framförallt geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)

# A. Översikt: Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens



## Summering av nuläge

### Larmkedjan i Skåne är uppdelad mellan SOS Alarm och Region Skånes Larmcentral (RSLC)

Larmoperatörer på SOS Alarm har idag inga krav på gymnasial eller formell medicinsk utbildning. På RSLC har samtlig personal en formell medicinsk utbildning

Flertalet regioner har de senaste åren övergått till att överta stora delar av eller hela larmkedjan i egen regi och infört krav på formell medicinsk utbildning i triageringen. Detta har lett till positiva utfall i form av minskat antal ambulansutlarmningar och lägre andel Prio 1-utlarmningar



## Utmaning

Antalet ambulansutlarmningar i Skåne har mellan 2016 och 2021 ökat från 151 000 till 171 000 (13% ökning). Av dessa triageras 134 000 via larmkedjan (resterande via sjukvården). **Eventuellt är 10-15% av dessa utlarmningar övertriagerade, onödiga och kostar regionen 60 mSEK årligen** vid jämförelse med VGR och Region Uppsala

Ambulansutlarmningar i Region Skåne idag **tenderar att vara av högre prioritet än regioner med larmcentral i egen regi.** Idag är cirka 49% av samtliga ambulansuppdrag i Region Skåne Prio 1 jämfört med 40% i Region Uppsala och 42% i VGR. **Detta riskerar att leda till att patienter med störst behov får vänta längre än nödvändigt**



## Förslag åtgärd (djupdyk följer kommande sidor)

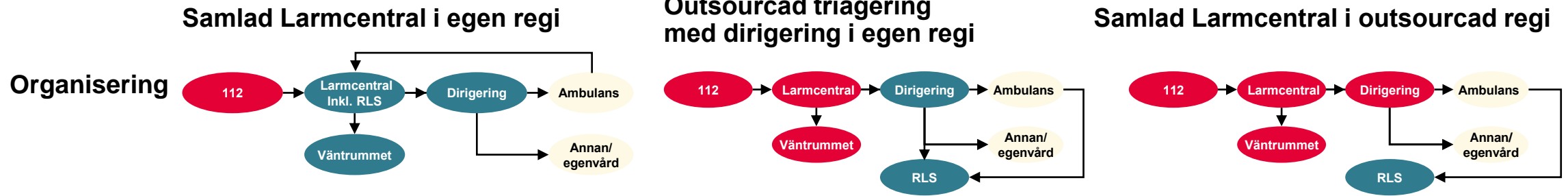
För att bemöta utmaningarna beaktas 3 huvudsakliga alternativ för en effektiv larmkedja med **bedömningen att följande förslag har störst potential för besparingar och förbättrat vårdutfall:**

- Samlad larmcentral med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor) för att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet så att rätt resurs avdelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska då finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering. Exempel från Region Uppsala och Västra Götalandsregionen (VGR) tyder på att ytterligare fördelar kommer från att larmcentral drivs i regional regi. Uppnås liknande resultat som i VGR/Region Uppsala så kan det leda till stävjade kostnadsökningar om 10-20 mSEK trots ökade personalkostnader. En larmcentral i samlad regi ger också förutsättning för en bredare och mer nyanserat palett (förslag följer)
- Andra möjliga alternativ med potential till ökad nytta omfattar:
- Outsourcad triagering med krav på formell medicinsk kompetens och dirigering i egen regi med lokalkännedom. Detta skulle kunna leda till att triagering förbättras och lokal kännedom av sjukvården tas tillvara på vid dirigering
  - Samlad larmcentral i outsourcad regi med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning. Detta har varit ambitionen i Region Stockholm men kraven har inte tillgodosetts av SOS Alarm, vilket kan tyda på att detta är svårt att genomföras av SOS Alarm pga. dess nationella täckning och arbetssätt/infrastruktur



# A. För- och nackdelar mellan olika alternativ för triagering och dirigering

■ SOS ■ Blandad Regi ■ Region Skåne



Organisering	Samlad Larmcentral i egen regi	Outsourcad triagering med dirigering i egen regi	Samlad Larmcentral i outsourcad regi
<b>Beskrivning</b>	Samlad larmcentral i egen regi med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning. RLS inkluderas med utvidgad roll i Larmcentralen	Outsourcad triagering med krav på formell medicinsk kompetens och dirigering i egen regi med lokalkännedom. RLS kvarstår som stöd för dirigering och Ambulanssjukvården	Samlad larmcentral i outsourcad regi med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning
<b>Fördelar</b>	<p>Ökad patientsäkerhet och uppföljningsmöjligheter genom förbättrad journaltillgång tvärs patientresan</p> <p>Möjlighet till besparingar i ambulansutryckningar om liknande resultat nås som i VGR/Uppsala</p> <p>En ökad medicinsk kompetens och god lokal kännedom ger dessutom förutsättning för optimalt nyttjande av en bredare och mer nyanserat palett</p>	<p>Skulle kunna leda till en mer kvalificerad medicinsk triagering och att lokal kännedom kommer till nytta vid dirigering av fall som inte är i uppenbart behov av ambulans utan där en mer nyanserad palett blir tillämplig</p>	<p>SOS har lång historik av att sköta larmkedja på nationell nivå och med nationell spridning lösa redundansbehov</p> <p>SOS har (erfarenhet av) all befintlig infrastruktur och processer</p> <p>Krav på ökad medicinsk kompetens kan ge förutsättningar för optimalt nyttjande bredare och mer nyanserat palett</p>
<b>Nackdelar</b>	<p>Rekrytering av personal förväntas bli utmanande</p> <p>En ensam larmcentral förväntas leda till att redundanssystem blir nödvändigt för vilken en definitiv lösning saknas</p> <p>Realiseras inte förväntningarna om färre ambulansutryckningar och en mer resurseffektiv palett så blir lösningen bli dyrare än beräknat</p>	<p>Ett oprövat upplägg där samordning mellan vårdutövare kan bli utmanande</p> <p>Uppdelningen mellan prioritering och dirigering riskerar att fortsatt leda till överprioritering och bristfälligt nyttjande av resurser utöver ambulans</p> <p>Fortsatt uppdelning av regi förväntas leda till lägre resurseffektivitet</p>	<p>Att ha hög medicinsk kompetens har varit ambitionen i Region Stockholms kontrakt med SOS Alarm, men kraven på formell medicinsk utbildning har inte nått målnivån historiskt trots att handlingsplaner funnits<sup>1</sup></p> <p>Upplägget försvårar integrerad journaltillgång och digital infrastruktur tvärs patientresan</p>

1. Tjänsteutlåtande "Organisationsövertagande av prioriterings- och dirigerings-tjänsten till egen regi" (HSN 2022-0551)



# A. Föreslagen åtgärd: Triagering och dirigering i egen regi

## Nytta



**Potential till nettobesparingar<sup>1</sup> om 10-20 mSEK årligen** vid flytt av triagering och dirigering i egen regi i form av reducerat antal ambulansutryckningar (16 000 st/år). Potential finns för ytterligare besparingar längre ner i larmkedjan<sup>2</sup>

### För patienten tillkommer fördelar i form av:

1. Ökade patientsäkerhet genom minskat informationsbortfall i överlämning mellan operatörer
2. Bättre förutsättning att matcha patienternas behov till rätt vårdnivå genom triagering av medicinsk utbildad personal
3. Högre kvalitet i prioritering och dirigering för patienten på grund av bättre uppföljningsmöjligheter inom larmkedjan
4. För patienten möjlighet att undvika onödiga ambulanstransporter, akutmottagningsbesök och inläggningar

### För ambulanspersonal tillkommer fördelar i form av:

Förbättrad arbetsmiljö i form av att en större andel uttryckningar leder till patientnytta

1. Sannolikt i form av uteblivna kostnadsökningar
2. Ytterligare besparingar förväntas vid utvidgat palett
3. Antagande att ökningen sker i proportion med personalökning och 0,5-2 mSEK i kostnad för dirigeringsmjukvara

Källa: Expertintervjuer, SOS Alarm, Region Skåne, VGR

## Förutsättningar & investeringar



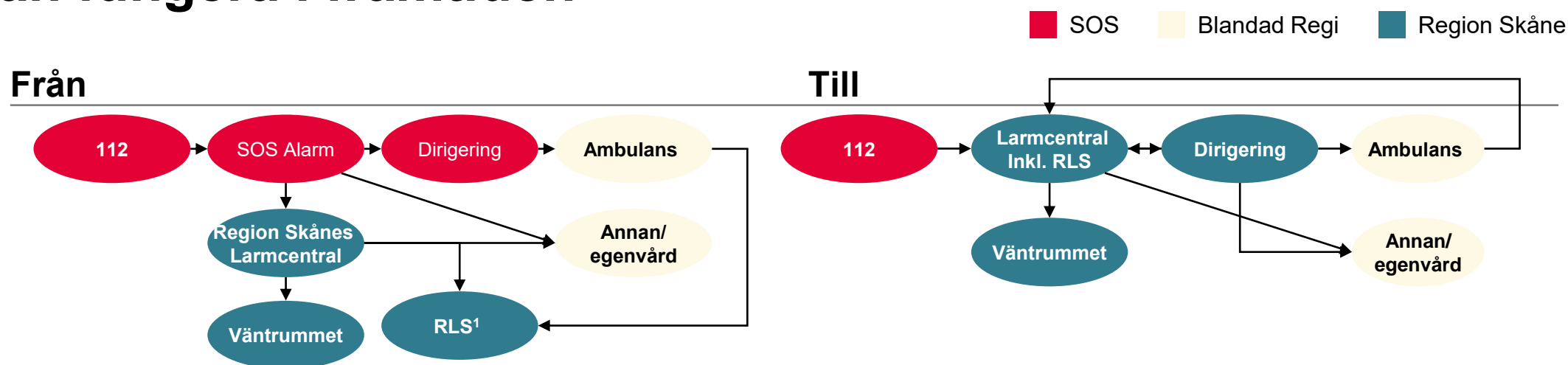
**Följande är nödvändigt för att övergå till egen regi utifrån erfarenheter vid Västra Götalandsregionen och Region Uppsala:**

1. Långsiktigt politiskt förankrat stöd – erfarenhet från VGR talar för att övergång tar flera år
2. Starkt stöd och långsiktighet i tjänstemannaledning
3. Redundanssystem för att säkerställa tillgänglighet av operatörer även vid tillfälliga ökning av samtalsmängd, t. ex. genom samarbete tvärs regioner
4. Proaktiva rekryteringsinsatser inklusive närvaro på mässor, diskussion med samarbetspartners kring rotationstjänster (ex. dagens ambulanssjukvård)
5. Starkt ledarskap, "eldsjälsdrivet" i övriga regioner

### Ökad bemanning, baserad på erfarenhet från Uppsala och VGR

- Givet samma relativa bemanning som VGR krävs 85 sjuksköterskor, 40 undersköterskor och 10 chefer/administrativ personal
- Lokal-, infrastruktur- och IT-kostnader förväntas öka från 0,6 mSEK till 10 mSEK<sup>2</sup> och övriga kostnader om 5 mSEK
- Detta skulle innebära en ökning med 87 mSEK jämfört med RSLc idag. Ställs detta i relation till dagens avtal med SOS Alarm som kostar 57 mSEK årligen, innebär en larmcentral i egen regi en årlig kostnadsökning uppgående till 30 mSEK men förväntas leda till nettobesparing genom minskat antal ambulansutryckningar och besparingar längre ner i larmkedjan
- För att optimalt nyttja en bredare palett föreslås att RLS utvidgas och integreras i larmcentralen uppgående till 15 mSEK

# A. Översikt av hur prehospital dirigering och prioritering i egen regi kan fungera i framtiden



## Styrning

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för den upphandlade verksamheten och Medicinsk Service för larmcentralen i egen regi

Medicinsk Service ansvarar för en larmcentral i egen regi

## Bemanning

SOS: Blandad lokal och nationell bemanning. RSLc<sup>3</sup>: 26 (varav 16 sjuksköterskor, 9 undersköterskor och 1 administrativ personal)

85 sjuksköterskor (triagering), 40 undersköterskor (dirigering) och 10 chefer och administrativ personal<sup>4</sup>

## Triagering

Triagering sköts av SOS-operatör med 6 veckors internutbildning (inga krav på formell medicinsk utbildning) med möjlighet till medicinsk stöd av SOS-sjuksköterskor efter behov. Prio 2 och 3 ärenden övertas av RSLc-operatör med formell medicinsk kompetens (ofta sjuksköterskor) Dessa tar över ansvaret för patientsäkerheten i väntan på ambulans, med möjlighet till omprioritering

Samtlig triagering sker av operatörer med krav på formell medicinsk utbildning och med triageringsverktyg som är anpassat för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och medicinska bedömningsförmåga. RLS används som medicinsk stöd

## Dirigering

Dirigering sköts av SOS Alarm-operatör

Dirigering sköts av undersköterskor med möjlighet till stöd från RLS som tar ett övergripande operativt ansvar för larmcentralens dirigering

1. Regionalt Läkarstöd
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden
3. Region Skånes Larmcentral
4. Baserat på data från VGR och Region Uppsala

Källa: Expertintervjuer, dokumentanalys

# A. Ökad nytta i form av förbättrade vårdutfall av en larmcentral i egen regi med ökad medicinsk kompetens

## Beskrivning

### Ökad patientsäkerhet genom förbättrad journaltillgång i larmkedjan

- En ökad medicinsk kompetens i triagering möjliggör tolkning och förståelse av journalinnehåll. Detta kan leda till att viktig medicinsk information finns tillgänglig och att en mer informerad bedömning kan göras tvärs hela larmkedjan med ökat patientsäkerhet som resultat
- Med medicinskt utbildad personal kan journalföring i larmkedjan ske säkert och med god medicinsk förankring redan vid första 112-samtal

### Uppföljning och forskning genom sammanhållen journalföring

- En larmkedja i egen regi möjliggör att den inkluderas i vårdkedjan som helhet vilket medför möjlighet till forskning och utvärdering av vårdförloppet från start till slut. Detta möjliggör daglig feedback till verksamheten och en stadig förbättring år för år. Det blir i större utsträckning möjligt att arbeta med avancerad analys och resursoptimering

## Exempel från andra regioner

### Exempel från Region Uppsala visar att larmcentralens journaltillgång möjliggör:

- Hopkoppling av patient och mobila vårdteam för en mer invånarcentrerad insats
- Information från larmkedjan kan nå patientens läkare i primär- och slutenvård och ligga till underlag för beslut och åtgärder



### I Region Halland har ambulanspersonal tillgång till samtliga journalsystem i regionen

Detta innebär en stor kontrast mot Region Skåne där ambulanspersonal inte har tillgång till något journalsystem över huvud taget



### Region Uppsala och VGR har möjlighet att följa upp och utvärdera

I Region Uppsala kan man systematiskt följa vad som sker med patienter som erbjuds eller nekas ambulansinsats. Med hjälp av detta kan brister i triagering både identifieras, åtgärdas och utvärderas. Detta är möjligt genom att data från larm- och vårdkedjan samlas i en databas



# A. Risker med övergång till triagering och dirigering i egen regi, och förutsättningar för att mitigera dessa

## Risker i samband med övergång till triagering och dirigering i egen regi:

**Bristande rekrytering av personal** har varit en utmaning i samtliga regioner som gått över i egen regi<sup>1</sup>. I VGR har det varit en konstant utmaning sedan övergång i egen regi (2017-2019). Dessa problem kvarstår än idag och vissa månader tar SOS upp till 30% av samtalen som VGR inte hinner med på grund av personalbrist. Särskilt utmanande är semestertider (likt övrig hälso- och sjukvård)

**Utan ett redundanssystem med annan larmcentral (region eller SOS)** riskerar man vid tillfälliga ökning av samtalsmängd att inte ha kapacitet för att besvara samtliga inkommande samtal. I VGR uppgår detta till mellan 5-31% på månadsbasis. Dessa samtal besvaras och handläggs idag istället av SOS som agerar redundans åt VGR

**Utan långsiktigt stöd från politiker och regionchefer riskerar en larmcentral i egen regi kosta mer än den besparar.** Investeringarna och ökade lönekostnader kommer krävas från start samtidigt som besparingar ses primärt i form av minskade kostnadsökningar i ambulanssjukvården. Vid för kortsiktig eller snäv utvärdering riskerar larmcentralen att felvärderas i relation till dess långsiktiga potential då besparing sker längre in i larmkedjan

## Förutsättningar för mitigering:

**Proaktiva rekryteringsinsatser** inklusive närvaro på mässor, diskussion med samarbetspartners kring rotationstjänster (ex. dagens ambulanssjukvård). En larmcentral uppdelade på olika orter i Skåne (exempelvis Malmö, Helsingborg och Kristianstad) skulle underlätta rekrytering genom minskade pendlingsavstånd för potentiell personal

**Ett redundanssystem** för att säkerställa tillgänglighet av operatörer och korta svarstiden även vid tillfälliga ökning av samtalsmängd. Detta kan lösas genom avtal med entreprenör eller genom samarbete tvärs regioner likt Region Uppsala, Sörmland och Västmanland. Lokalt kan redundans inom Skåne lösas genom att larmcentralen är uppdelad på 2-3 lokaler. Detta har fungerat väl för 1177 i Skåne och går i linje med ett förberett civilt försvar

**En bred förankring och utbrett stöd bland regionala politiker och chefer** kommer vara grundläggande för övergång till egen regi med tanke på ett sådant projekts omfattning och tidsrymd

“ ” *Det krävs driv från ledning, uttalat politiskt stöd och en mycket aktiv och ihärdig rekrytering för att starta en larmcentral i egen regi*

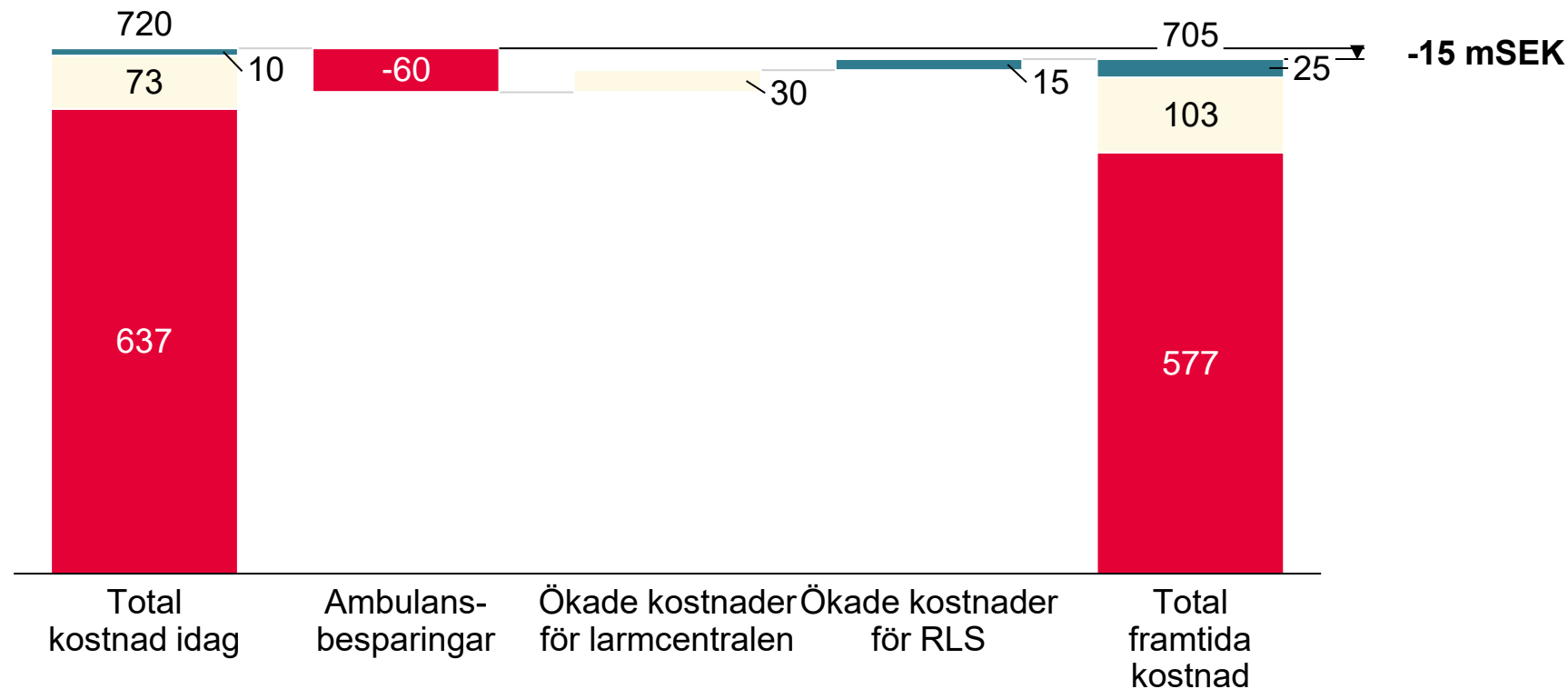
**Tjänsteman, Annan region**

1. Region Uppsala, Region Västmanland, Region Sörmland och Västra Götaland Region  
Källa: Expertintervjuer, VGR

# A. Trots ökade kostnader förväntas en larmcentral i samlad regi stävja kostnadsökning om 10-20 mSEK per år

■ RLS ■ Larmcentral ■ Ambulans

## Estimerad kostnadsförändring i larmkedjan, på årsbasis

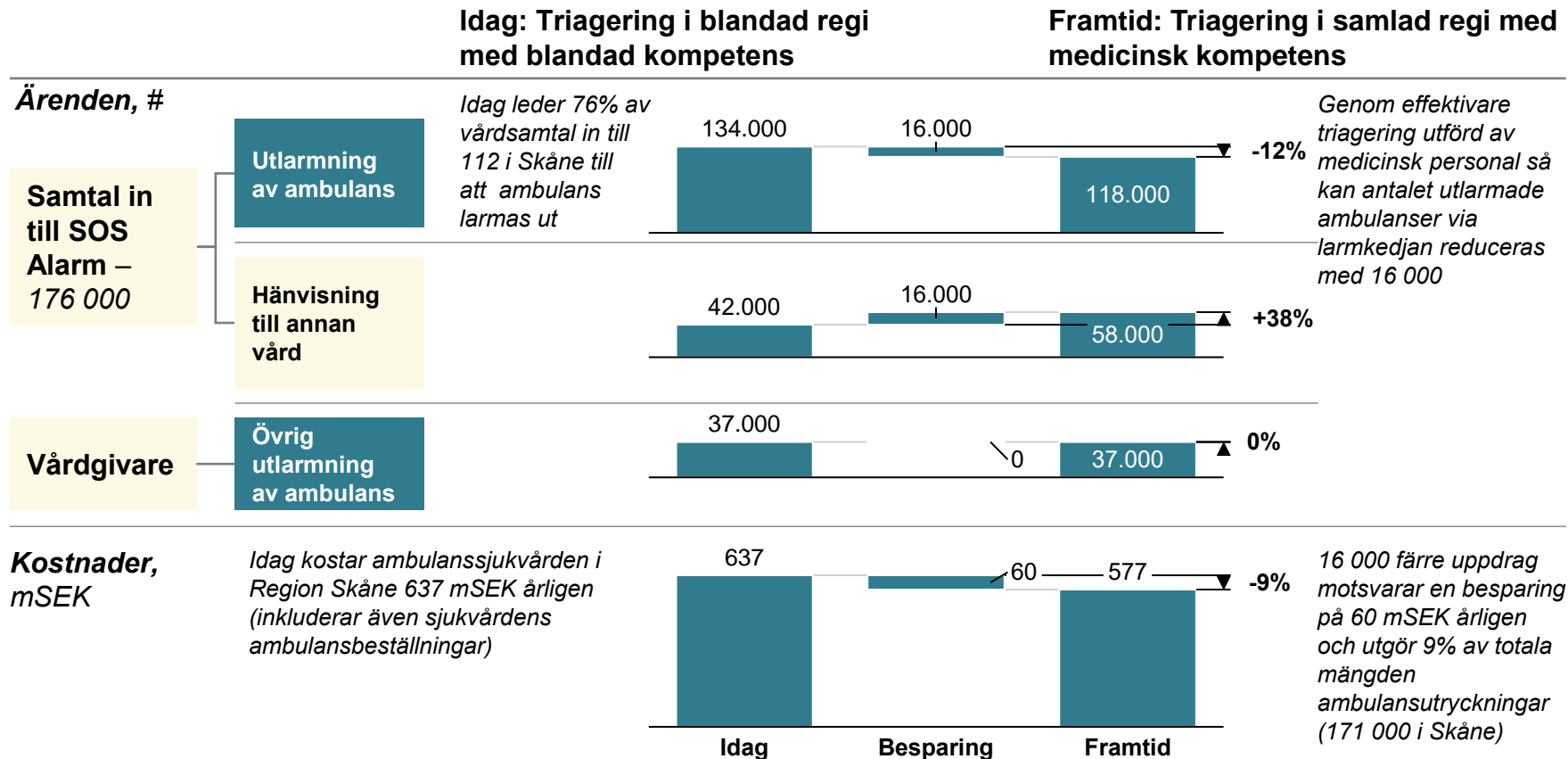


**En larmcentral i samlad regi förväntas leda till minskade kostnader på 10-20 mSEK/år**

Dagens kostnader för larmcentral, RLS och ambulanssjukvård uppgår till 720 mSEK/år

En larmcentral i samlad regi förväntas kosta 30 mSEK mer, kräva en utökning av RLS om 15 mSEK, och leda till uteblivna kostnadsökningar i ambulanssjukvården motsvarande 60 mSEK. Detta motsvarar nettobesparingar om 10-20 mSEK årligen

# A. Färre ambulansutlarmningar vid mer träffsäker medicinsk prioritering kan stävja kostnadsökning om 60 mSEK årligen



Genom att triagering sker av personal med krav på formell medicinsk kompetens bedöms antalet ambulansuttryckningar kunna reduceras (med bibehållen patientsäkerhet)<sup>2</sup>

En reduktion i andelen SOS samtal som resulterar i ambulansuttryckning i paritet med utfall i VGR och Uppsala motsvarar en minskning om 16.000 ärenden (eller 9% av totala 171.000 ambulansuppdrag)

En reduktion på 9% motsvarar 16.000 uttryckningar per år. Med en schablonsumma<sup>1</sup> på 3750 SEK per uttryckning så motsvarar detta besparingar på 60 mSEK/år

1. Baserat på en total kostnad för ambulanssjukvården idag motsvarande 637 mSEK och 170 000 uttryckningar årligen. 637 mSEK / 171 000 uppgår till ca 3750 SEK per ambulansuppdrag

2. Antalet besök på akut- eller vårdcentralsmottagningar förväntas inte påverkas nämnvärt då andelen transporter till akuten via ambulans historiskt ej påverkats trots ökad mängd ambulansutlarmningar via SOS

Källa: Expertintervjuer, Region Skåne och SOS Alarm

# A. En larmcentral i egen regi uppskattas medföra ökade kostnader om ytterligare 25-35 mSEK årligen före beräkning av hemtagningsvinster

■ Övriga kostnader

Kostnadsbrygga, mSEK

Antaganden

<b>Sjuksköterskor</b>	60	Totalt 85 sjuksköterskor <sup>1</sup> till en kostnad om 700 000 x 85 per år
<b>Undersköterskor</b>	18	Totalt 40 undersköterskor <sup>1</sup> till en kostnad om 450 000 x 40 per år. Innefattar bemanning för dirigering av liggande sjuktransport
<b>Chefer och administrativ personal</b>	-10	Ca 10 chefer och administrativ personal inkl. kontroller, verksamhetsutvecklare mm. skulle behövas till en estimerad snittkostnad om 1 mSEK x 10
<b>Personalkostnader, total</b>	88	Totala nya personalkostnader uppgår till 88 mSEK/år
<b>Infrastruktur</b>	-10	Larmcentralens infrastrukturkostnader antas kosta ca 10 mSEK baserat på estimat av dagens kostnader för SOS Alarm i Skåne
<b>Övriga kostnader</b>	-5	Övriga kostnader förväntas tillkomma om 5 mSEK, bland annat kostnader för FoU, och samordning med andra regioner med larmcentral i egen regi
<b>Totalt</b>	103	Totala kostnader för larmcentral i egen regi
<b>Ökade kostnader</b>	30	Ökade kostnader om 30 mSEK jämfört med Larmcentralen idag
<b>Dagens larmcentral</b>	73	Totala kostnader för Larmcentralen idag

**Ökade kostnader om 30 mSEK årligen**

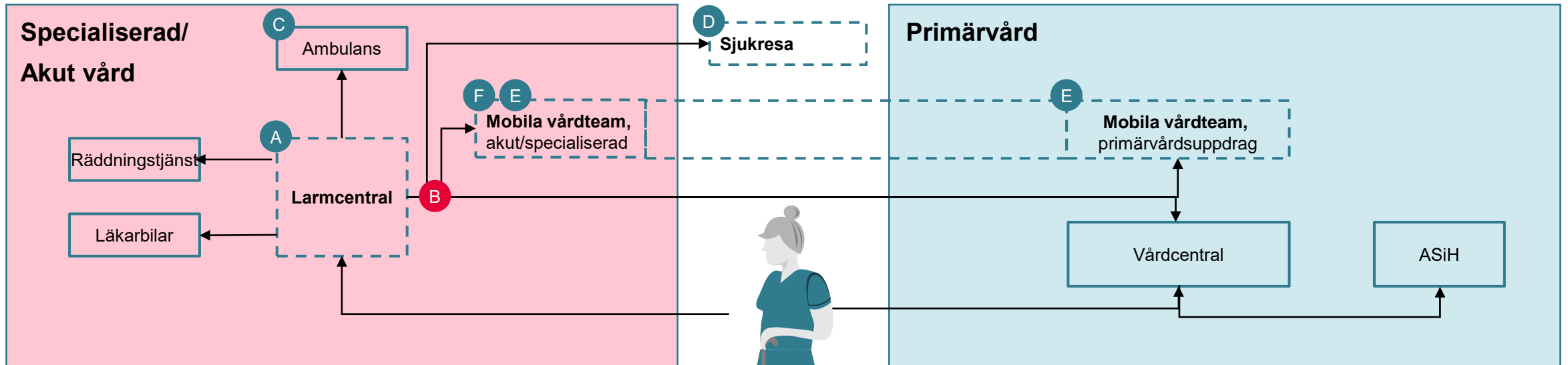
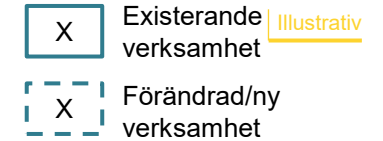
Totala personalkostnader för Larmcentralen uppskattas till 88 mSEK, kostnader för infrastruktur till 10 mSEK och övriga kostnader till 5 mSEK.

Totalt blir kostnaden 103 mSEK/år

1. Baserat på erfarenhet i VGR och anpassat efter Region Skånes population  
Källa: Expertintervjuer, VGR, Region Uppsala, Region Skåne, SOS



# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B **Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet**
- C Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)



# B. Översikt: Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet



## Summering av nuläge

En begränsad palett med uppdelning mellan SOS och RSLc

SOS Alarm förfogar idag över en palett bestående av vägburna ambulanser, i vissa fall "single responders", PAP-ambulanser<sup>1</sup>. Genom kontakt med räddningstjänsten kan även deras resurser kopplas in

RSLc har dels möjlighet att via SOS koppla in resurserna ovan men också Läkarbilar (Falck) och Skånetrafiken

Någon resurs likt liggande sjuktransport i Region Stockholm eller VGR finns i nuläget inte i Region Skåne<sup>2</sup>



## Utmaning

Ambulans dirigeras ut i ärenden som kan hanteras mer resurseffektivt

Från intervjuer och enkäter framgår att palettens uppdelning och begränsade omfattning leder till användning av ambulansresurser i ärenden där en effektivare resurs hade varit bättre lämpad. De två mest saknade resurserna är insatser av mobila vårdteam för bedömningar i hemmet och en liggande sjuktransport för patienter med mycket lindriga vårdbehov

Det framgår också att behov föreligger för att kunna koppla vidare samtal till 1177 och för ambulanssjukvården att kunna boka primärvårdsbesök åt patienter som man bedömt inte behöver akutsjukvård men som behöver följas upp i primärvården



## Förslag åtgärd (djupdyk följer kommande sidor)

En breddad och mer resurseffektiv palett för hela larmkedjan

Larmkedjan behöver en mer differentierad palett för att kunna möjliggöra insatser på rätt nivå med följande prioriterade åtgärder:

- 1) Mobila vårdteam med möjlighet till ex. akuta punktinsatser och uppföljningar** kopplas upp till larmcentralen. I första steget kan befintliga resurser knytas. Dessa kan dirigeras efter triagering av RSLc eller ambulanssjukvården
- 2) Inför liggande sjuktransport** i form av en sparsamt utrustad ambulans som bemannas av en ambulanssjukvårdare. Resursen används med fördel till patienter som har ett vårdbehov som gör dem olämpliga för att transporteras med av Skånetrafiken, men samtidigt inte är i behov av ambulanstransport som den ser ut idag

För att kunna möjliggöra övergången till samlad regi föreslås även att RLS verksamheten utökas, främst för att kunna ge stöd i triageringen, och därmed se till att tillämpad vårdinsats anpassas till patientens vårdbehov. Dessutom kan RLS bistå i styrning av medicinsk logistik samt som stöd i övergripande dirigering av medicinska resurser

Utöver dessa åtgärder föreslås ett närmare samarbete med 1177, möjlighet för ambulanssjukvården/RSLc att boka in patienter till vårdcentralsbesök, utökning av PAP-ambulansernas verksamhet och möjlighet att boka in besök till elektiva mobila vårdteam

1. Varierande tillgänglighet beroende på var i Skåne patienten befinner sig och tid på dygnet

2. Resursen sjuktransport finns enligt uppgifter från SOS Alarm, men bemannas av ambulanssjuksköterska och ambulanssjukvårdare. Resursen skiljer sig således minimalt mot en vanliga ambulans

Källa: Expertintervjuer

# B. Ambulansverksamheten och larmkedjan delar uppfattningen om behov av samlad- och bredare dirigerings

Fråga 26 i enkät: Kan du ge exempel på potentiella åtgärder som kan förbättra prehospita- och mobil vård, t.ex. genom förbättring av processer eller fortsatt integrering av vårdformen i det övergripande vårdsystemet?

Fråga 27 i enkät: Finns det övriga förbättringsidéer du vill dela med dig av och som kan leda till en förbättring av prehospita- och mobil vård?

Vad ambulansverksamheten säger...



Vad SOS Alarm/Region Skånes Larmcentral säger...



## Samlad regi

“ ” *Bättre triagering från SOS. Tydlig styrning från regionen gällande direktiv som styr verksamheten. **Att ha samma huvudman som styr uppdragen** och som ansvarar för arbetsmiljön*

“ ” *Central styrning av samtliga prehospitala resurser med utgångspunkt från RSLC*

“ ” *Höja kompetensen och utbildningskrav hos 112 som triagerar patienter via telefon*

## Bredare palett av resurser

“ ” *Rätt kompetens på rätt plats. Specialistutbildad personal ska inte köra lättvårdspatienter när resurserna är knappa*

“ ” *Att ambulanssjukvården ges möjlighet att vara med och styra vilken enhet som kör till vilken patient och ökad möjlighet till att medverka till patientstyrning*

“ ” *Öka tillgänglighet på sjukresor alternativt tillsätta annan typ av enhet för intrahospitala transporter som ej kräver medicinsk vård under transport eller där avsändande enhet skickar med personal som ex vid kuvöstransport och IVA-transport*

“ ” *Tydligare uppdrag till SOS Alarm med ansvar för hela vårdkedjan av utalarmering inkl ansvaret för det virtuella "väntrumsarbete"*

“ ” *Tydligare krav på SOS gällande kompetens i första linjen alternativt att regionen tar över denna, eller delar av denna, för att öka kvaliteten i prioriteringen av de symtom där högst felprioritet föreligger.*

“ ” *Att skapa en så sammanhållen kedja med så stor redundans som möjligt. Prioritera kvalificerad personal på positioner där de gör bästa nytta med hänsyn till den begränsade resurs de utgör.*

“ ” *Tydligare styrning och samverkan av/mellan regionens alla mobila enheter så att rätt resurs kommer till rätt patient*

“ ” *Möjlighet att beställa sjukresor samt att lägga uppdrag till Falcks läkarbilar samt kontaktuppgifter till olika mobila team inom regionen*

“ ” *Ökad tillgänglighet till primärvården (vårdcentraler). Idag är PV en "bromskloss" som leder till ökade köer hos 1177 VPT och onödiga besök på akutmottagningar*

# B. Föreslagen åtgärd: Vidga larmcentralens palett och funktion med bredare dirigeringsmöjligheter



## Nytta

Larmcentralen behöver en stärkt triagering för att möjliggöra att patienter vårdas på rätt vårdnivå, en mer differentierad palett för att kunna möjliggöra insatser på rätt nivå, samt att i ökad utsträckning nyttja ex. data för att underlätta adekvat triagering

**Grovt estimerat, finns potential till nettobesparingar om 45-65 mSEK vid:**

- 1) **Möjlighet att dirigera bedömningsbil/mobilt vårdteam<sup>1</sup> till patient med möjlighet till telefonuppföljning:** Besparar ambulansuppdrag (~1 000 st/år á 3750 SEK), besök till akutmottagning (~7 000 st/år á 5500 SEK). Efter kostnader (till höger i bild) beräknas besparingar till 5-15 mSEK
- 2) **Införande av liggande sjuktransport** för patienter med enbart minimalt vårdbehov, eller behov av stöd och omsorg, som behöver ligga eller sitta på bår under transport (i VGR ca 12% av samtliga ambulansuppdrag). 20 000 ambulansuppdrag kan istället utföras som liggande sjuktransportresurs. I VGR kostar dessa transporter 40% av en ambulansresa vilket i Region Skåne skulle innebära besparingar uppgående till 40-50 mSEK (20 000 st/år á 2255)

**För patienten tillkommer fördelar i form av:**

- 1) Patienter som idag hade bedömts av ambulans och i vissa fall tagits till akutmottagning trots tveksamt vårdbehov kan tryggt avvakta i hemmet i väntan på bedömning av mobilt vårdteam. Detta möjliggör för larm- och ambulanspersonal att lämna patienter hemma med tryggheten att en förnyad bedömning kommer att genomföras. Patienten kan oftare behandlas på en lägre och mer korrekt vårdnivå och i större utsträckning undvika besök på akutmottagning och i förlängningen inläggning på sjukhus
- 2) Sjuksköterskor som idag används till transport som lämpar sig för liggande sjuktransport (ca 12% av samtliga ambulansuppdrag) hade kunnat arbeta i en verksamhet där deras kompetens positivt påverkar utfallet för patienten. Detta kan vara både inom ambulanssjukvård eller annan verksamhet, exempelvis larmcentral, akutmottagning eller vårdavdelning



## Förutsättningar och investeringar

Ökade kostnader i form av investeringar/ökade kostnader **om 35-55 mSEK per år** vid:

- **Möjlighet att dirigera bedömningsbil/mobil vård till patient:** Dagens 6 bilar som är bemannade med läkare/sjuksköterska/undersköterska efter behov. Detta uppskattas kosta ~**25-35 mSEK**, motsvarande 2500-3275 SEK per ärende<sup>2</sup> och ca 10 000 ärenden per år (ca 6% av dagens ambulansvolym)
- **Införande av liggande sjuktransport:** Samma fordon som används för ambulanstransporter idag används till denna resurs. Möjlighet till mer begränsad utrustning och enbart bemannat av undersköterska leder till en kostnad motsvarande 40% av en ambulanstransport (20 000 á 1500). Totala kostnaden uppgår till 25-30 mSEK/år vilket är en minskning med 40-50 mSEK jämfört med idag
- **Utökning av RLS' roll:** Uppdraget för RLS utökas från enbart rådgivning till att dessutom innefatta en ny roll med övergripande ansvar för medicinsk logistik och ökad stöd i dirigeringsprocessen. Bemanning utökas från 1 heltids-läkare i tjänst 24/7 till 2-3st (beroende på antalet larmcentraler), med deltidstjänster för att kunna täcka övrig tid. Den ökade kostnaden uppskattas till **10-20 mSEK** baserad på jämförelse med dagens kostnad för RLS. (*Överväg namnbyte från RLS till annat (ex. Larmkedjans läkare) för att tydligt förmedla uppdragets uppdaterade omfattning*)

På kort sikt framförallt angeläget att knyta de internmedicinska/geriatriska teamen utgående från sjukhusen till larmcentralen (ex. pre-hospitala teamet i Trelleborg, geriatriska team i Ängelholm och Helsingborg). Dessa team kan utföra insatser såsom antibiotika i hemmet, intravenös vätska och i begränsad omfattning uppföljningar (hembesök eller telefonuppföljning där lämpligt). Infrastruktur som krävs är kännedom om vilka team som finns, vilka tider teamet är aktivt samt kontaktuppgifter (till samordnare alternativt direkt till teamet). I förlängningen kan samarbetet stärkas med t.ex. positioneringsutrustning (ex. Rakelterminaler) i bilarna

Liggande sjuktransport (med visst vårdbehov) finns i flertalet regioner (inkl. Region Stockholm och VGR). I dessa regioner används det för patienter med mindre vårdbehov, exempelvis transport där enbart syrgas krävs. Denna resurs kan bemannas av en ensam ambulansvårdare för resurseffektiv transport till, från och mellan vårdinrättningar



*En signifikant del av redovisade (preliminära) besparingar motsvarar en ökning i resurseffektivitet, dvs. åtgärden frigör resurser/personal som kan leda till förbättrad vårdkvalitet, ökad kapacitet/reduktion, bättre arbetsmiljö, osv. och kommer inte nödvändigtvis minska en specifik kostnad på balansräkningen*

1. Möjlighet för larmoperatör och ambulanspersonal att boka ett besök av akut mobilt vårdteam för patienter där man inte är helt säker på sin bedömning att patienten saknar ambulans-/akutmottagningsbehov.
2. Estimat baserade på data från ASIH (ca 2500 SEK/besök) och Falck (enligt avtal 3268 SEK per hembesök)

# B. Framtidens larmcentral får större möjligheter att säkra att patienter styrs till rätt nivå – och säkra adekvat vård till patient

PRELIMINÄRA ESTIMAT

## Beskrivning 'vidgad palett'

Idag saknas flera resurser vid larmcentralen som andra regioner/motsvarande verksamheter har tillgång till. Detta påverkar möjligheten att i Skåne från larmcentral och ambulans nyansera och styra vård efter vårdbehov

### Främsta insatser (kvantifierade):

- Mobila vårdteam – För punktinsatser (enligt förslag E) och andra åtgärder främst för Prio 2 och 3-ärenden där besök på akutmottagning och möjligtvis inläggning kan undvikas genom punktinsatser i hemmet. Ca 10 000 ärenden/år
- Liggande sjuktransport – för patienter med enbart minimalt vårdbehov eller behov av stöd och omsorg som behöver ligga eller sitta på bår under transport. Ca 20 000 ärenden/år

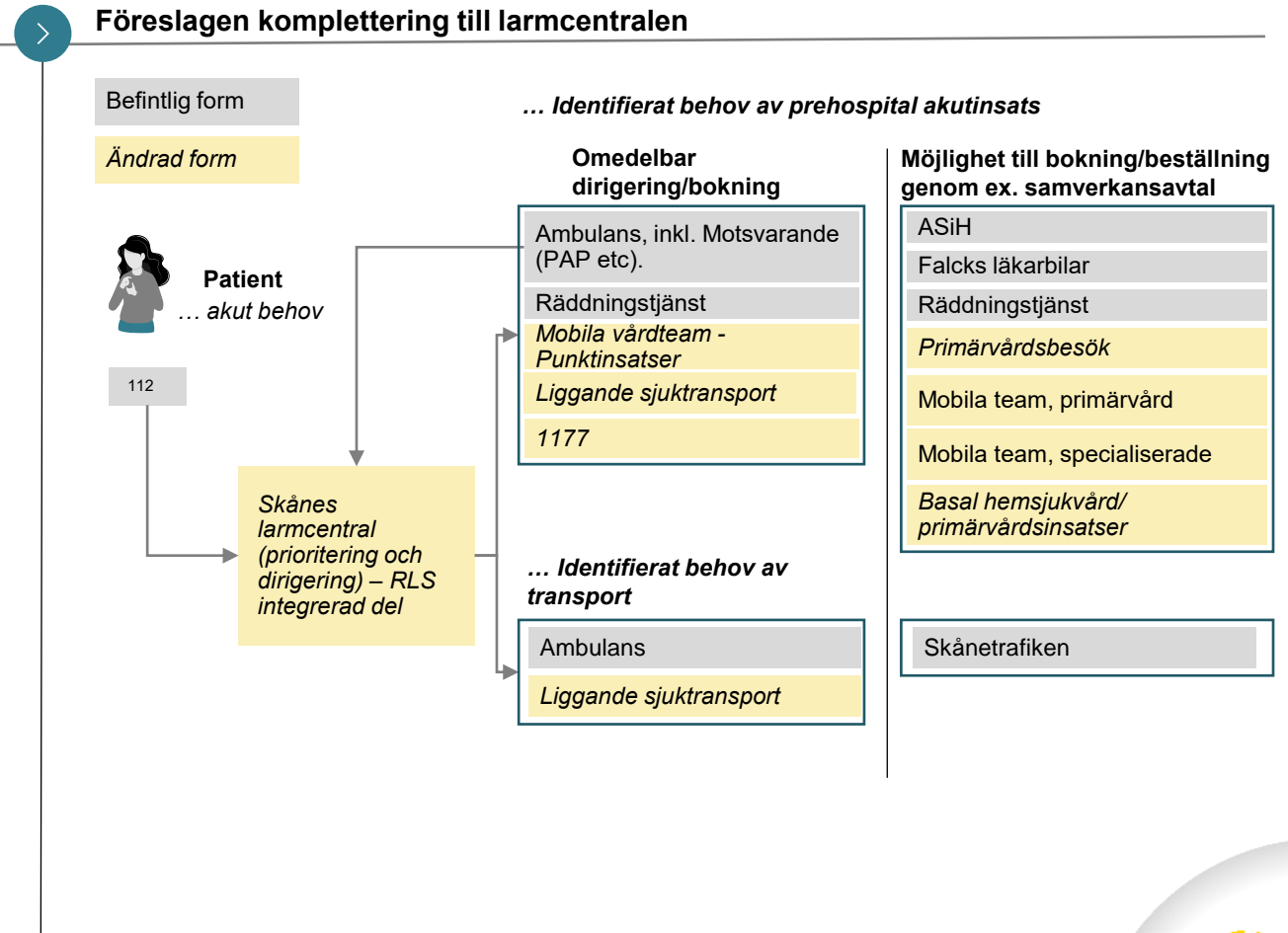
### Övriga insatser (ej mobila):

- 1177 – Dagens samarbete mellan RSLc och 1177 utökas och samtliga larmoperatörer ges möjlighet att koppla direkt (t.ex. med prioritering i kö-systemet) till 1177
- Möjlighet för ambulanspersonal/RSLc att direktboka in patienter till primärvården – ett återkommande förslag i intervjuer (pilotprojekt pågår i Region Uppsala)

### Möjliga framtida (ej kvantifierade)

- Psykiatri – PAP-ambulans bör utvärderas framöver både kvalitets- och kvantitetsmässigt
- Basal hemsjukvård/primärvårdsinsatser
- Mobila team utgående från sjukhus
- Mobila team utgående från primärvård
- Lättvårdsambulans

Källor: Expertintervjuer



# B. Antaganden om volym och kostnader: prioritering och dirigering i egen regi med dagens akuta mobila vårdteam

ILLUSTRATIVT

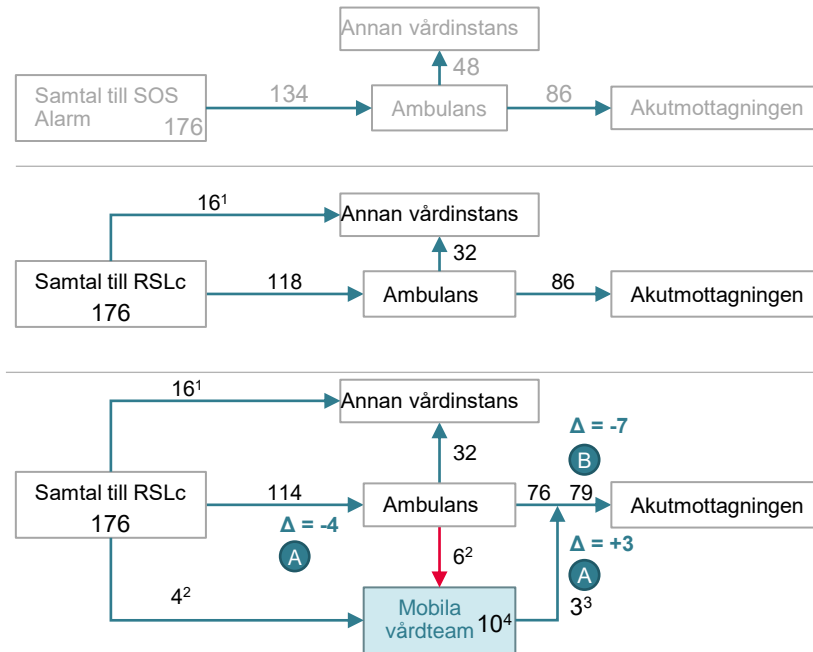
## Scenario:

1 Dagens läge

2 Prioritering och dirigering i egen regi (se åtgärd B)

3 Prioritering och dirigering i egen regi med dagens mobila vårdteam som genomför akuta punktinsatser

## Antaganden: Volym, patientärenden i tusentals



## Antaganden: kostnader

### Undvikna kostnader

Ambulansutryckningar

A ~1k × 3 750 SEK = ~3-5 mSEK

Besök akuten

B 7k × 5 500 SEK = ~35-40 mSEK

### Ökade kostnader

Mobilt vårdteam (per ärende)

10k<sup>4</sup> × 2 500-3 275 SEK<sup>5</sup> = ~25-35 mSEK

## Sammanfattning

Besparingar om 5-25 mSEK är möjliga genom samarbete med larmcentral i egen regi och dagens mobila vårdteam som genomför akuta punktinsatser

Upp till 28% av dagens ambulansbesök har potential att istället utföras av akuta mobila vårdteam enligt ny studie från Nederländerna (Sep 2022). Skalas dagens mobila vårdteam upp till dessa volymer (40-50 tusen besök/år) så föreligger potential för besparingar om 20-125 mSEK

Potential finns även att undvika slutenvårdstillfällen genom akuta mobila vårdteam. Denna potential har inte kvantifierats närmare och bedöms vara mycket beroende på de mobila teamens uppföljningsmöjligheter. Indikativ data från team i Ängelholm pekar på att upp till 85% av inläggning kan undvikas i vissa patientgrupper

**Ett scenario med prioritering och dirigering i egen regi samt akuta mobila team kan innebära kostnadsbesparing på 5-25 mSEK med dagens resurser**

1. Baserat på jämförelse med VGR. I illustrationen sjunker andelen vårdssamtal till SOS Alarm som resulterar i utlarmad ambulans från 134 000 (76%) till 118 000 (67%)
2. Estimat baserat på pilotprojekt i Växjö där 2/10 patienter hänvisats till mobil akutläkare via SOS (resterande 8/10 via ambulanssjukvården). I egen regi uppskattas denna andel kunna ökas till 4/10 genom höjd medicinsk kompetens (sjuksköterskor) och övergripande dirigering av läkare i form av RLS
3. Antagande baserat på pilotprojekt i Växjö där 2/3 av patienter som bedömdes av mobil akutläkare kunde lämnas kvar i hemmet (totalt 51 uppdrag)
4. Baserat på att det idag finns 6 akuta mobila vårdteam. Dessa antas kunna vara i drift 8 timmar per dag, behöva 90 minuter per patientärende och ha en nyttjandegrad om 85%
5. Estimat baserade på data från ASIH (ca 2500 SEK/besök) och Falck (enligt avtal 3268 SEK per hembesök)

Källor: Expertintervjuer, dokumentanalys, Falck, SOS Alarm



# B. Integrationen i vårdsystemet kräver bredare triagering vilket ställer krav på kompetens & data

## Nyttjandet av en bredare palett ställer högre krav

Bredare palett för larmkedjan och operatörerna innebär större utmaningar i triagering och att säkra att patienter styrs till rätt nivå för att i så liten grad som möjligt:

- Övertriagera: patienter triageras till högre vårdnivå än medicinskt motiverat – exempelvis patient åker ambulans till akuten där enkel uppföljning i hemmet hade varit lämpligare
- Undertriagera: patienter med högre vårdbehov dirigeras till lägre vård-nivå innebärandes en hög medicinsk risk för patienten.

Ett triageringssystem bör hellre övertriagera än undertriagera – men systemet kan också bli *för* försiktigt med sämre resurseffektivitet som följd (exempelvis ambulans skickas på samtliga samtal)

Regelbunden utvärdering av utfall innebär att triageringsverktygen och riktlinjerna kan uppdateras för att optimera triageringen, detta förutsätter dock att:

- Data kan samlas – helst från olika förvaltningar (exempelvis från slutenvården)
- Kompetens för att utvärdera datan finns



## Internationella exempel visar på goda resultat: Vårdkoordinationscentrum (VKC) Mellersta-Nederländerna

Living Lab: testar innovationer såsom digital triagering, e-konsulter eller telemonitoring av patient

Om så behövs finns utrymme att diskutera mellan olika medicinska specialister angående rätt vårdtyp/nivå



- 2 En "regiläkare" (specialistläkare) följer vårdkvaliteten i triageringen och erbjuder stöd till operatörer
- 3
- 4 VKC har insikt i- och översikt av samtliga vårdkapacitet och kan dirigera ambulansvård och räddningstjänst, samt hänvisa till primär-, hemsjuk- och specialistvård
- 5 VKC har insikt i antal tillgängliga sängar i särskilda boenden, kan kontakta hemsjukvård, och har inblick i antal patientbesök tvärs de olika akutmottagningar

- 1 Akuta vårdfrågor från patient<sup>1</sup> och vårdgivare hamnar på en centraliserad punkt genom olika vägar (app, telefon, osv)

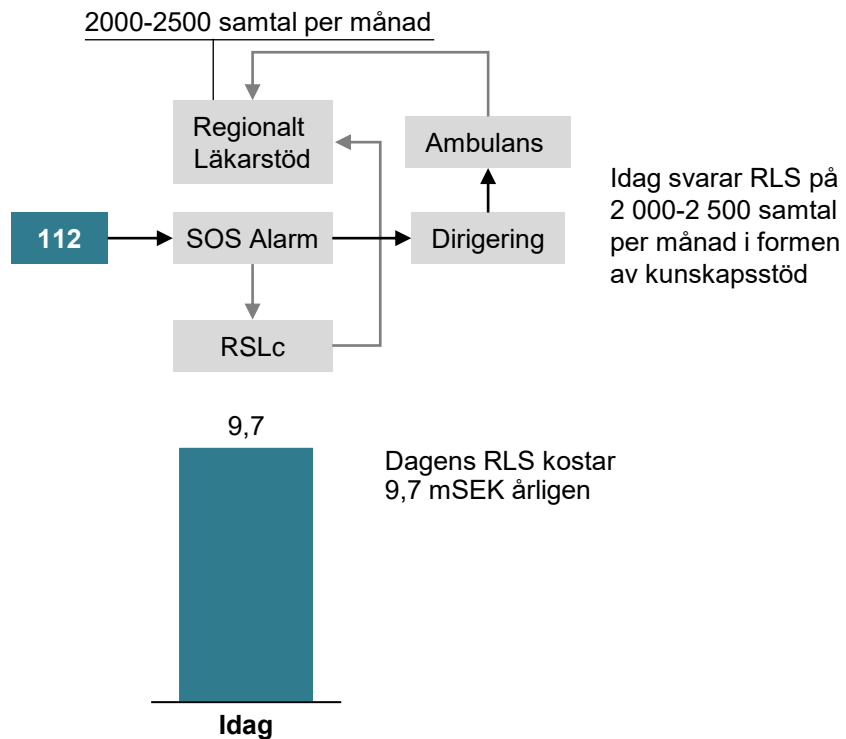
Genom multidisciplinär triagering bestäms vilken vård som krävs och vem som ska leverera vården

1. Patienter med akuta vårdfrågor som inte kan få tag i relevant vårdgivare på grund av tid och/eller väntetid

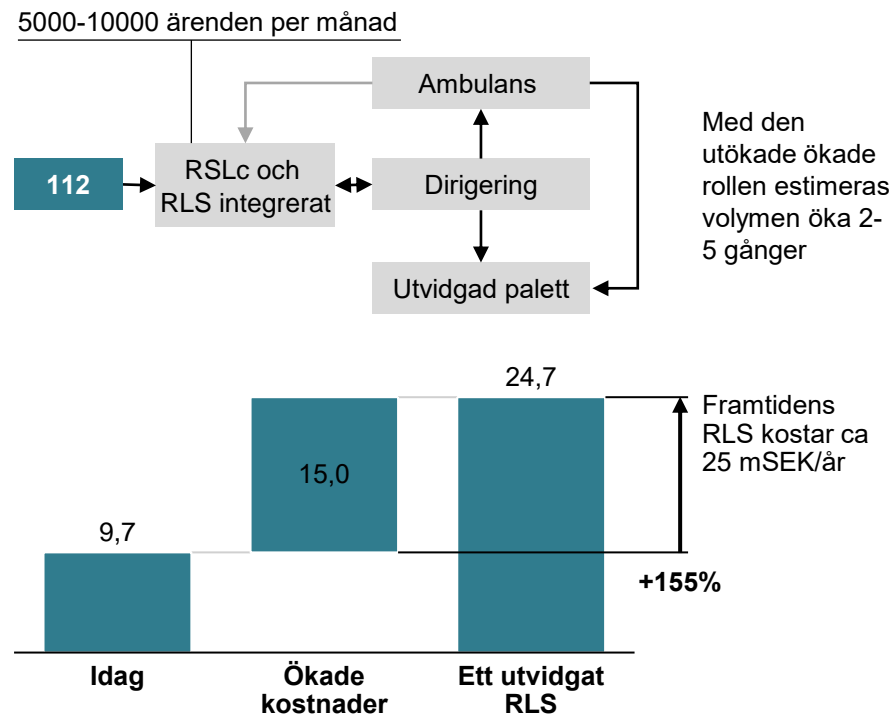
Källa: Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) Midden-Nederland

# B. Prehospital dirigering och prioritering i egen regi: Utökad roll för RLS

**Idag:**  
Medicinskt kunskapsstöd för ambulanssjukvården och RSLc



**Framtid:**  
Övergripande ansvar för medicinsk logistik med mandat att dirigera integrerat i RSLc



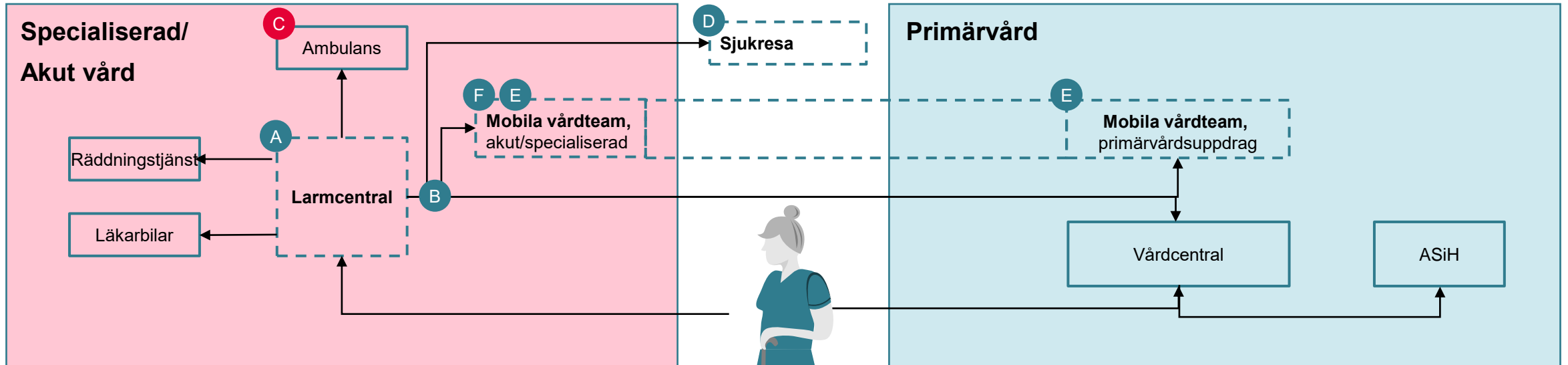
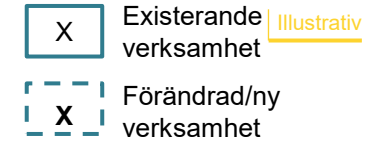
**Ett utökad RLS förväntas kosta 25 mSEK årligen** en ökning med 15 mSEK/år

Uppdraget för RLS utökas från enbart medicinsk rådgivning till att dessutom innefatta en ny i larmcentralen operativ roll med ökad ansvar för medicinsk logistik och mandat att övergripande styra larmcentralens dirigering

Det utökade uppdraget är en förutsättning för att optimalt nyttja den breddade och mer nyanserade palett som möjliggörs av triagering utförd av medicinsk personal. Läkare som bemannar denna operativa roll behöver besitta mycket god lokal kännedom av sjukvården i regionen

Det mer effektiva nyttjande av resurser som en utökad RLS möjliggör leder indirekt till besparingar i efterföljande led inom larm- och vårdkedjan

# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** **Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter**
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)



# C. Svag styrning anses medföra utmaningar

Intressenter inom ambulansverksamheten upplever en avsaknad av ett tydligt uppdrag och centraliserad styrning...

“ ” Viktigt att **definiera ambulansens uppdrag**, idag upplevs det som otydligt och fritt för samverkansparter att tolka vilket gör att personalen upplever att kompetens ej nyttjas på rätt sätt.

Enkät svar - offentlig ambulansverksamhet

“ ” [Förslag till åtgärd] att vi får igång **någon form av [centraliserad styrning]** igen inom det prehospitala. Samt tydligare direktiv kring transporter.

Enkät svar - privat ambulansverksamhet

“ ” Ska man i fortsättningen lägga ut delar av ambulanssjukvården på upphandling så ska det finnas en **central del inom Region Skåne som har ett samverkande och kontrollerande mandat**, allt för att vi kan stå bakom hög kvalitet och tillgänglighet för Region Skånes medborgare

Enkät svar - offentlig ambulansverksamhet

“ ” [Förslag till åtgärd] Tydligare **gemensam kravbild och uppföljning** av verksamheten.

Enkät svar - privat ambulansverksamhet

...som leder till minskad resurseffektivitet, vilket i sin tur drabbar vårdkvaliteten

“ ” Vi är ofta inte inblandade i samtal om utformning av ambulansverksamheten förrän i ett ganska sent skede [jämfört med offentlig verksamhet] [...] **jag tror [vårdinsatserna] kan bli bättre om vi utformar det tillsammans** och med hänsyn till de olikas förutsättningar

Privat ambulansverksamhet

“ ” Det ska finnas inskrivet, men det är otydligt för oss vad samordningsansvaret [för ambulansverksamheten] verkligen innebär [...] det **hämmer långsiktiga samverkan** [tvärs offentliga och privata aktörer] **och förbättringsarbeten**

Offentlig ambulansverksamhet

“ ” **Privata ambulansverksamheten kommer till oss med frågor** kring samordning som vi egentligen inte kan svara [...] vi ska bara följa efter avtal.

Koncernkontoret

# C. Översikt: starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheter och samordning av sjukhusbundna mobila team

## Summering av nuläge



Olika styrning av ambulansverksamhet i distrikt 1 & 3 resp. distrikt 2 & 4 (direkt under Regionstyrelsen resp. HSN)

**Medicinsk Service/VO Ambulans har ett samordningsansvar**, ex. viss uppföljning och kontroll av drift, resursplanering, driftsamordning och teknksamordning

Avtalsuppföljningen ligger sedan 2017 på Koncernkontoret för de privata aktörerna, medan övrig samordning och styrning ska ske från VO Ambulans

## Utmaning



Samordningsansvaret uppfattas mestadels vara tydligt, men särskilt de privata aktörerna upplever att de ej involveras i

resursplanering och driftsamordning, samt att god samverkan på högre ledningsnivå saknas

Finns ej någon gemensam kvalitets- eller verksamhetsuppföljning till beslutsfattarna

Samordningen som skall ske eller gemensam rapportering anses inte tydligt ha kravställts

## Förslag åtgärd (djupdyk följer kommande sidor)



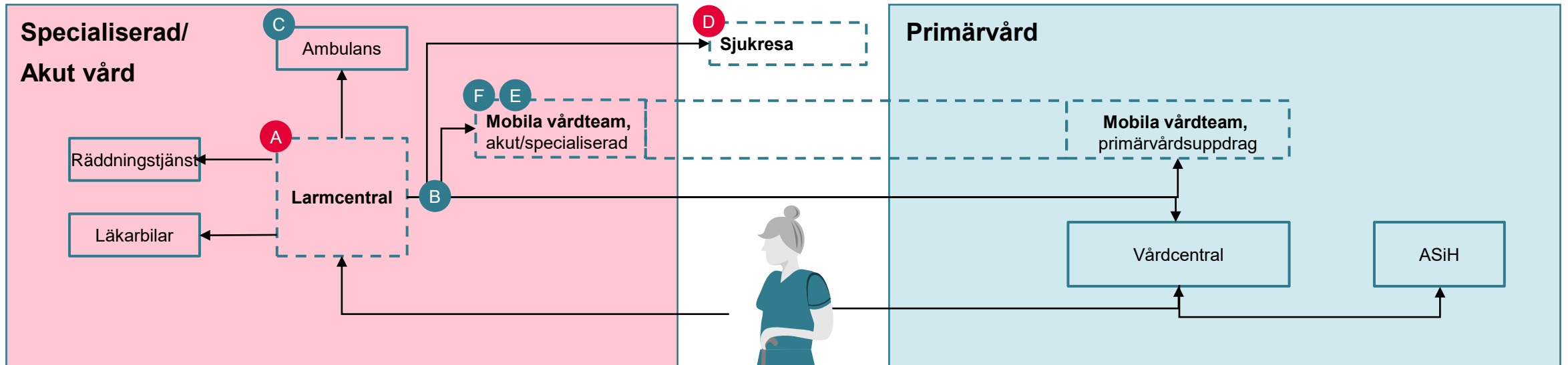
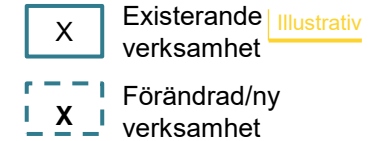
**Förslag att säkra starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheterna i egen resp. privat regi. Två alternativ föreslås:**

- A. Förtydliga det **centraliserade samordningsuppdraget, samt säkerställ tydligt ansvar för styrning och samlad kvalitetsuppföljning** (utfall, avvikelser, mm) med hjälp av data som levereras av respektive ambulansverksamhet, t.ex. kvartalsvis
- B. **Säkra att en separat nämnd styr, utvecklar, följer upp, och sköter verksamhetsuppföljning** (inklusive avtalsuppföljning) tvärs både den offentliga och privata ambulansverksamheten
  - i. I dagens läge, där ambulanser i egen och privat regi organiseras under olika nämnder, bör sådan uppföljning ske på regional nivå
  - ii. I ett möjligt framtida läge, där ambulanser i egen och privat regi organiseras under samma nämnd, kan sådan uppföljning ske av nämnden i fråga

*Överväg att skriva vårdöverenskommelse/avtal mellan egen regi-ambulansverksamheten och nämnden, för att ännu tydligare specificera vad som skall levereras, följas upp och förtydliga samordningsansvaret*

*Vid önskemål om ytterligare styrning för att säkra mer enhetlig styrning tvärs ambulansverksamheterna i Skåne är det också möjligt att överväga att bolagisera den privata verksamheten i eget bolag (likt Region Stockholm med AISAB). Dock bör samordningsansvaret först stärkas*

# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)

# D. Översikt: Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans



## Summering av nuläge

Idag ligger uppdraget hos ambulanssjukvården att hjälpa Skånetrafiken vid uppdrag som de inte kan eller ska utföra (Direktiv 65). Totalt rör detta sig om 335 uppdrag per år (2021), motsvarande ca 0,2% av totala antalet ambulansutryckningar

Uppdraget rör patienter som bor mer än tre trappor upp eller som tillsammans med bären (10-40 kg) väger mer än 150 kg, och som inte kan gå eller åka hiss. Dessa patienter bärs in i sin bostad av ambulanssjukvården idag

Hjälp från ambulanssjukvården enligt Direktiv 65 kan enbart bokas samma dag enligt ambulanssjukvårdens rutiner

I Serviceresors senaste upphandling fanns inlagt ett fordon med dubbelbemanning för att kunna hantera Direktiv 65 uppdrag. Upphandlingen som helhet har överklagats



## Utmaning

**Både ambulanssjukvården och Skånetrafiken upplever utmaningar med Direktiv 65:**

- Ambulanssjukvården upplever att ambulans och personal med medicinsk kompetens används till bärhjälp för vilka de varken har resurser eller utbildning för, vilket leder till en försämrad arbetsmiljö och risker för patienten
- Skånetrafiken upplever i sin tur problem med planering och är väl medvetna om problematiken med att medicinsk personal används till bärhjälp.
- Ambulanspersonal har mandat att uppmana lämpliga patienter till egen förflyttning, något som Skånetrafikens personal inte har befogenhet att göra på grund av avsaknad av medicinsk kompetens för att göra en bedömning om det är lämpligt



## Förslag åtgärd (djupdyk följer nästa sida)

**Ersätt Direktiv 65 med ett tydligt uppdrag till Skånetrafiken:**

- Anställning av personal efter fys-test som är lämpade för tyngre lyft
- Utbildning ledd av arbetsterapeut och fysioterapeut i bland annat lyftteknik och ergonomi
- Fordon och utrustning (exempelvis trappklättrare och lyfthjälpmiddel) med dubbelbemanning som med förtur används för uppdrag som i dagsläget hänvisas till ambulanssjukvården enligt Direktiv 65

Detta kan tillhandahållas genom anställning alternativt upphandling

Antal uppdrag beräknas till i snitt ett per dag. Övrig tid kan resursen användas till ordinarie serviceresor

# D. Föreslagen åtgärd: Uppdrag till Skånetrafiken för att ersätta Direktiv 65

## Nytta



Potential till nettobesparingar om **0,65 mSEK<sup>1</sup> årligen** i form av reducerat antal ambulansutryckningar (335 år 2021)

**För patienten tillkommer fördelar i form av att uppdrag som kräver bärhjälp in i bostaden kan planeras i förväg**, likt Skånetrafikens övriga serviceresor

**Bättre arbetsmiljö för medicinsk personal** genom att onödiga tunga lyft undviks, vilket minskar risken för arbetsskador

## Förutsättningar & investeringar



**Skånetrafiken tilldelas uppdraget som idag omfattas av Direktiv 65 till en årlig kostnad om 0,65 mSEK**

- Befintliga fordon som används för uppdraget idag kan fortsätta användas vilket inte medför ökade kostnader
- Dubbelbemanning innebär ökade utgifter i form av en ytterligare chaufför jämfört med dagens transporter. Kostnaden för detta uppskattas till 0,5 mSEK per år
- Utrustning och utbildning beräknas kosta 0,15 mSEK per år
- När resursen inte utför uppdrag enligt Direktiv 65 så utförs sedvanliga serviceresor



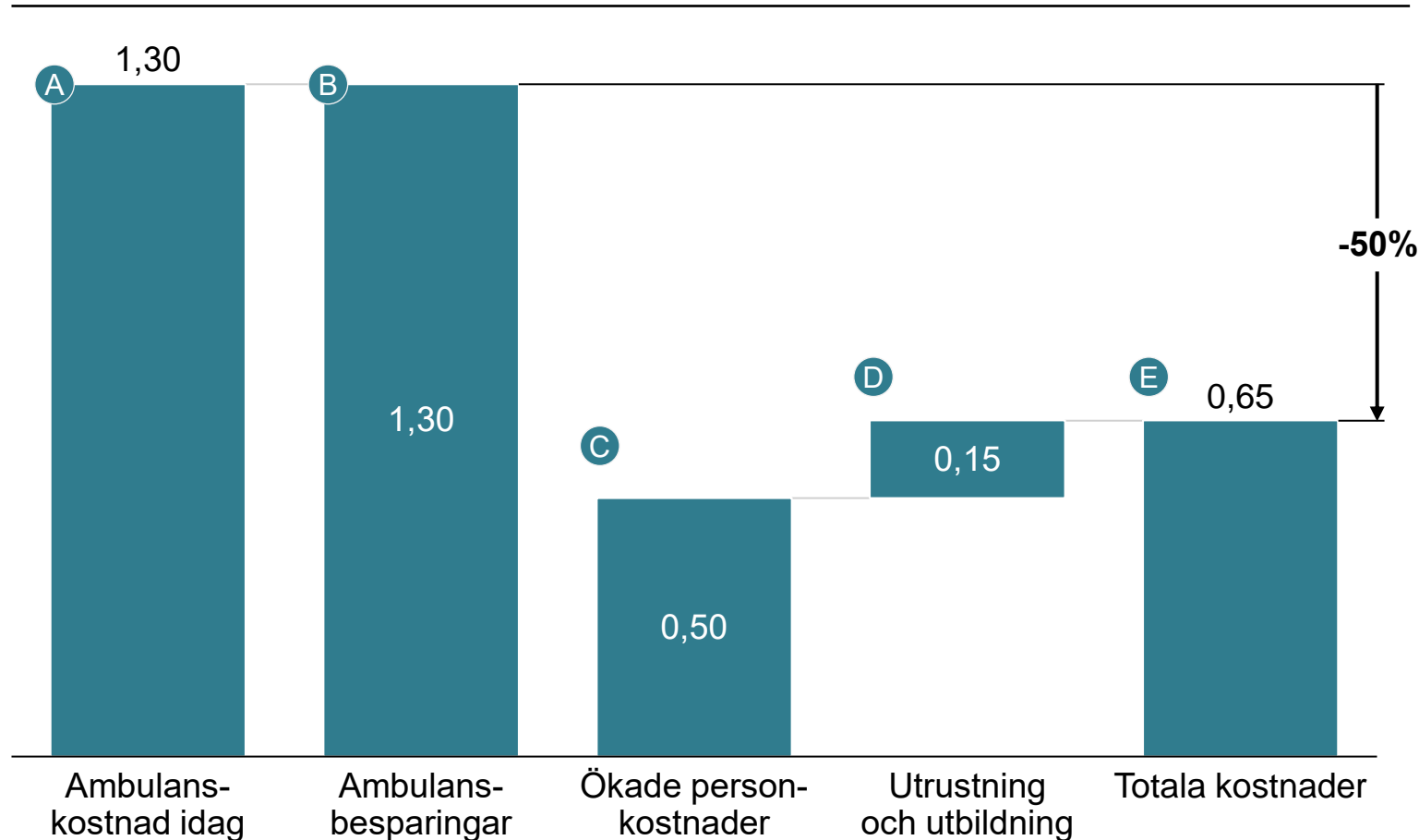
*Det kanske absolut viktigaste att förändra kommande tid är Direktiv 65*

**Tjänsteman, Koncernkontoret**

1. 335 färre ambulansutryckningar till en schablonsumma á 3750 SEK per utryckning  
Källor: Skånetrafiken, Ambulanssjukvården

# D. Skånetrafikens övertagande av Direktiv 65 har potential att bespara 0,65 mSEK årligen

Estimerad kostnadsförändring för bärhjälp, mSEK per år



Nettobesparingar om 0,65 mSEK/år

- A Dagens ambulanskostnader för Direktiv 65 uppgår till 1,3 mSEK<sup>1</sup>
- B Genom att uppdraget läggs på Skånetrafiken försvinner denna
- C Dubbelbemanning av fordon innebär en dubblering i personalkostnad för resursen vilket beräknas till 0,5 mSEK
- D Utrustning för säker transport av patient uppför trappor och utbildning av personal beräknas till 0,15 mSEK/år
- E Totalt leder ett övertag av Direktiv 65 i Skånetrafikens regi till besparingar om ~0,65 mSEK (nettobesparingar om 50%)

1. 335 uttryckningar årligen á 3750 SEK  
Källor: Skånetrafiken, Ambulanssjukvården

# Mobila resurser (elektiva och akuta)

## Kartläggning och föreslagna åtgärder



# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- **Mobila team utgående från vårdcentraler**

- Mobila team utgående från sjukhus

- Läkarbilar

- ASIH

- Psykiatri

- Föreslagna åtgärder

Appendix

# Översikt - geografisk placering av mobila och prehospitala vårdteam

Mobil vårdenhhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">146<sup>1</sup></span>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatsteam"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatrin	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)



- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam. Översikt av vårdcentral som fått ersättning men ej åberoper egen resurs återfinns i appendix
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)

# Översikt av mobila vårdteam utgående från vårdcentraler

## Beskrivning

### Reglering/styrning:

Mobila vårdform för de mest sjuka och tidvis sviktande **regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet** mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) sedan hösten 2016. Vårdformen innebär att de **mest sjuka med återkommande vårdbehov** kan erbjudas inskrivning i vårdformen. Detta innefattar personer som bor i kommunens **särskilda boenden** men också individer i **ordinärt boende**

### Patienturval:

För att få skrivas in i mobilt vårdteam måste personen ha, eller vara i behov av, kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser<sup>2</sup>.

En gemensam **samordnad individuell plan (SIP)** ska alltid upprättas och ligga till grund för inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam. Initiativet till SIP kan komma från många håll (primärvård, kommunen, specialistvården)

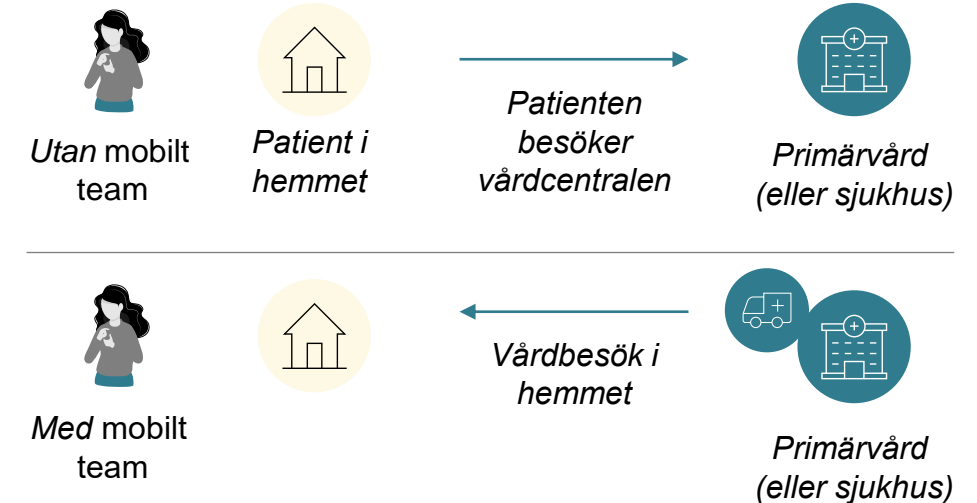
### Utformning:

Dessa mobila vårdteam team är ofta bemannade **med läkare från primärvården** och sköterska (distriktssköterska) från **kommunens hemsjukvård**.

Hembesöken utförs antingen av listade distriktsläkare alternativt en utav, av vårdcentralen designerade, hemsjukvårdsläkare

Om medicinskt motiverat – ska teamet kunna göra **icke-planerade hembesök inom 2 timmar**<sup>1</sup>. På många orter ombesörjs sådana besök av teamet själv men ibland finns mer lokala lösningar – exempelvis i Malmö/Lund görs sådana besök ofta utav det ”mobila vårdteamet för akuta punktinsatser” utgående från SUS

## Vårdförlopp



### Delade resurser - Södra och Mellersta Skåne

Det före detta ÄMMA-projektet som startades i Malmö för ~8+ år sedan har sedan dess vuxit till att bli en av Skånes största samarbetsprojekt gällande mobil vård. Som en följd effekt föddes även ett mobilt vårdteam i Mellersta Skåne, och i dagsläget levererar teamen i Södra- och Mellersta Skåne mobil vård på uppdrag av 24, respektive 18, olika vårdcentraler (se *detta kapitel för detaljerad lista*)

1. Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19  
2. Tidigare använda kriterier innehöll till exempel: >3 kroniska diagnoser; >75 år; och/eller >3 inläggningar på ett år.

# Ojämnt utbyggt system och svaga incitament utgör utmaningar för mobila vårdteam utgående från vårdcentral

## Utmaning

## Underliggande orsak

**6** Ojämnt utbyggt mobil vård på primärvårdsnivå med stora variationer i utformning och samverkan. Stor variation i utveckling, 141 (av 168) vårdcentraler med patienter inskrivna i vårdformen och allt ifrån 1 till 200 patienter per vårdcentral. Motsvarar 5x variation kommuner emellan

Utbyggnad av vårdformen har skett långsamt och fragmenterat/decentraliserat på lokal nivå med begränsat stöd och utan "generisk modell" för respektive vårdcentral att utgå från. Hjulet uppfinns därmed gång på gång

Potential finns för bl.a. mer stöd/coachning samt tydlighet till vårdgivarna

På ställen där inga/begränsade mobila vårdteam finns förses vården istället genom kortsiktigare, och i vissa fall, dyrare prehospitäl/mobila resurser, t.ex. Falck och Ambulans

**7** Den förstärkta läkarmedverkan och teamsamverkan som beskrivs i HS-avtalet upplevs sällan kunna ges till patient från vårdcentralerna

Bidragande orsaker omfattar kompetensförsörjningsutmaningar (ex. vakanser), fortsatt bristande samverkan mellan huvudmännen samt ersättning & incitament (se nedan)

Ersättning för den mobila vårdformen enligt HS lämnas med begränsad formell/"hård" styrning och uppföljning

Mobil vårdform enligt HS anses av många vara en 'pappersprodukt' med relativt begränsad reell effekt

**8** Svaga incitament, begränsad samverkan och utmanande för närmare 170 vårdcentraler att själva leverera enligt den mobila vårdformen – särskilt att kunna säkra mer akuta punktinsatser

Tidigare utvecklingsarbeten (ex. på uppdrag av Regiondirektören 2020) har identifierat att ersättningsnivåerna skulle behöva höjas för kapitering och punktinsatser. I dagsläget ges extraersättning om 125 kr extra per inskriven per månad samt 1500 kronor vid inskrivning i vårdformen (och ytterligare medel för hembesök i SÄBO/OBO), och tidigare arbete 2020 fann att ca 550 kr per månad skulle krävas

Flera i arbetet framhåller att ex. kompetensförsörjningsutmaningar sannolikt kvarstår även om ersättningen höjs, och att det är utmanande att kombinera mottagningsverksamhet med mer akut beredskap för de mindre vårdcentralerna. Särskilt anses mer akuta punktinsatser och/eller mer avancerade insatser utmanande att tillgodose

# 6. Geografisk placering av mobila vårdteam utgående från vårdcentraler tyder på stor variation av utbud mellan kommuner

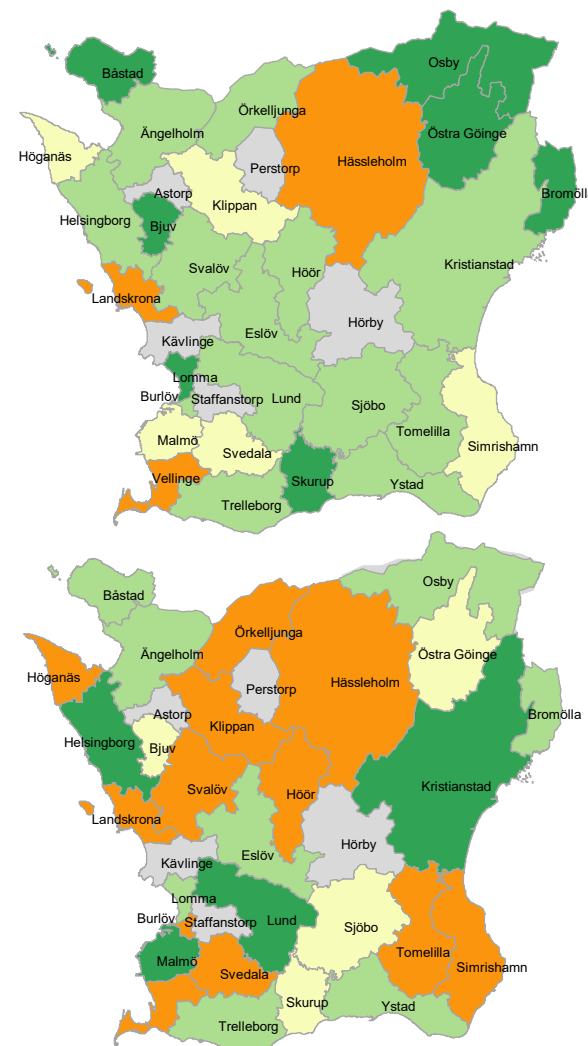
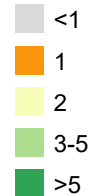
Kommun:	Mobila team <sup>1,2</sup> :	Mobila team i regional drift:	Befolkning per team:	Befolkning per team (>65 år):
Malmö	13	7	27 000	4 000
Helsingborg	9	5	17 000	3 000
Lund	7	6	18 000	3 000
Kristianstad	6	4	14 000	3 000
Båstad	4	1	4 000	1 000
Trelleborg	4	3	12 000	3 000
Eslöv	3	1	12 000	2 000
Osby	3	1	4 000	1 000
Ystad	3	2	11 000	3 000
Ängelholm	3	2	15 000	4 000
Lomma	3	1	8 000	2 000
Bromölla	3	0	4 000	1 000
Östra Göinge	2	2	7 000	2 000
Skurup	2	1	8 000	2 000
Sjöbo	2	1	10 000	2 000
Bjuv	2	1	8 000	2 000
Vellinge	1	0	37 000	9 000
Höganäs	1	1	28 000	8 000
Hässleholm	1	1	52 000	13 000
Hörby	1	1	17 000	4 000
Tomelilla	1	1	14 000	4 000
Simrishamn	1	0	19 000	7 000
Landskrona	1	1	46 000	10 000
Klippan	1	1	18 000	4 000
Örkelljunga	1	0	10 000	3 000
Burlöv	1	1	20 000	3 000
Svalöv	1	1	14 000	3 000
Svedala	1	1	23 000	4 000
Kävlinge	0	0	-	-
Hörby	0	0	-	-
Perstorp	0	0	-	-
Åstorp	0	0	-	-
Staffanstorp	0	0	-	-
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>47</b>	<b>17 000</b>	<b>4 000</b>

(genomsnitt)

Antal invånare >65 år per mobilt team



Mobila team per kommun:



Betydande skillnad i förekomst av mobila team mellan kommunerna

Genomsnittlig befolkning per team varierar stort, från 1 000 till 13 000 invånare (>65 år) per team

Flertalet stora (till ytan) kommuner med bara 0-1 mobilt team (Hörby, Hässleholm, Sjöbo)

I viss mån kan invånare vara inskriven i mobilt team i annan kommun än i hemkommun, vilket ej fångas av datan

1. Återfunna i dataset: Kartläggning av Mobila Vårdteam och övriga hembesöksverksamheter i Regio...\_190402\_uppdaterad.xlsx. Ej heltäckande – kartläggning pågår  
 2. Hembesök av enskild läkare (t.ex. till SÄBO) ej räknat som "mobilt team"

Källa: Statistiska centralbyrån

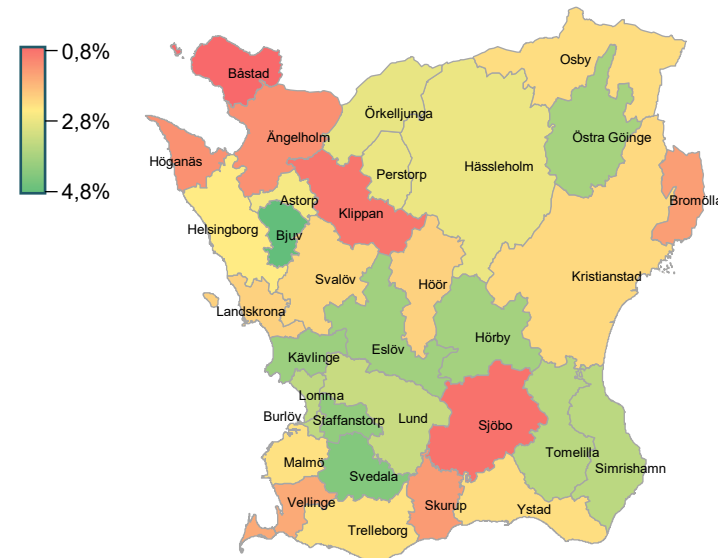
# 6. Sett till antal inskrivningar i vårdformen finns ojämlikheter som inte kan förklaras av olika demografi

Patienter inskriven i mobilt vårdteam sett från...

... vårdcentralerna<sup>1</sup>

Vårdcentral:	Antal listade:
Hälsomedicinskt center Bjärred	199
Vårdcentralen Södervärn	79
Näsets Läkargrupp	77
Vårdcentralen Landborgen	64
Vårdcentralen Granen	63
Vårdcentralen Ystad	62
Vårdcentralen Knislinge	61
Vårdcentralen Kävlinge	59
Vårdcentralen Hörby	59
Läkargruppen Munka-Ljungby	58
Capio Vårdcentral Ystad	57
Vårdcentralen Kärråkra	57
Sveakliniken i Svedala	56
Capio Vårdcentral Simrishamn	55
Vårdcentralen Råå	54
Vårdcentralen Dalby	53
Vårdcentralen Södertull	52
Vårdcentralen Brösarp	49
...	...
<b>Totalt:</b>	<b>1 214</b>

... de skånska kommunerna<sup>1</sup>



Antal inskrivna  
invånare som del av  
äldre befolkningen

(ett lågt värde indikerar att  
relativt få invånare är  
inskrivna i förhållande till  
storleken på den äldre  
befolkningen i kommunen)



Antal invånare inskrivna i  
mobil vårdform  
hemmahörande i kommunen

Antal invånare >75 år  
boende i kommunen

De 18 vårdcentraler med flest listade i mobilt vårdteam står för **31% av alla listade**, vilket utgör en minskning från 39%<sup>2</sup>, detta indikerar en jämnare spridning mellan enheter

**5x variabilitet** i andel äldre befolkning inskriven i mobilt vårdteam mellan olika kommuner – kan reflektera en skillnad i hur pass utbredd vårdformen är

1. Antal inskrivna i vårdformen maj 2022 samt antal >75år boende i kommunen Källa: registerdata samt SCB  
2. Slutrapport: "Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam"



# 6. Vissa mobila team i sydvästra Skåne som utgår från vårdcentraler är kopplade till resursenheter

<b>Resursenhet</b>	Den gemensamma verksamhet, med flera ingående Enheter, som efter godkännande samverkar runt ett särskilt uppdrag, exempelvis fysiska eller digitala vårdtjänster.
--------------------	---

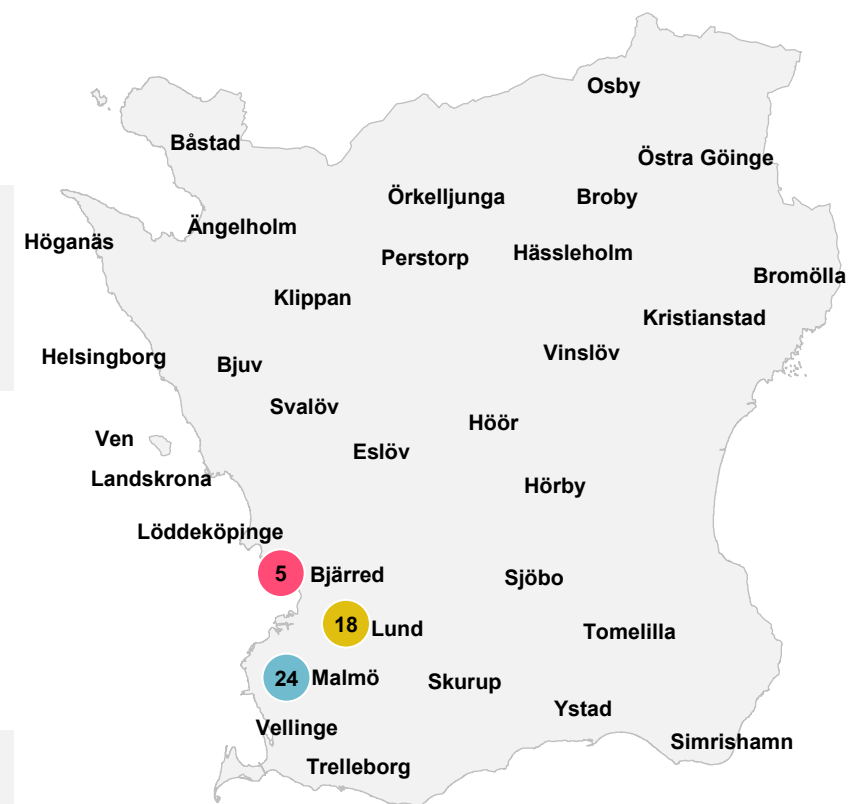
Vårdcentral	Resursenhet som vårdcentralen är kopplad till
Vårdcentralen Bunkeflo	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Capio Vårdcentral Västra Hamnen	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Capio Vårdcentral Limhamn	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Capio Vårdcentral Malmö Centrum	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Södervärn	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Granen	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Oxie	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Lundbergsgatan	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Kroksbäck	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Gullviksborg	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Kryddgården	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Sorgenfri	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Eden	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Fosietorp	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Lunden	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Borgmästaregården	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Husie	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Fågelbacken	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Lindeborg	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Multi-Clinic	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Ellenbogen	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Vårdcentralen Limhamn	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Victoria Vård & Hälsa (Kalkbrottet)	Mobilt Vårdteam Södra Skåne
Capio Vårdcentral Bunkeflo-Hyllie	Mobilt Vårdteam Södra Skåne

Vårdcentral	Resursenhet som vårdcentralen är kopplad till
Vårdcentralen Arlöv	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Dalby	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Norra Fäladen	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Kävlinge	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Linero - Östra Torn	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Löddeköpinge	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Lomma	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Måsen	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Nöbbelöv	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Södra Sandby	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Sankt Lars	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Södertull	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Staffanstorp	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Höör	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Hörby	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Kärråkra	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Tåbelund	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Vårdcentralen Getingen	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne
Hälsomedicinskt Center Hjärup	HMC Seniorhälsa i Bjärred - Mobilt Vårdteam
Hälsomedicinskt Center i Landskrona	HMC Seniorhälsa i Bjärred - Mobilt Vårdteam
Hälsomedicinskt Center i Lomma	HMC Seniorhälsa i Bjärred - Mobilt Vårdteam
Hälsomedicinskt center i Staffanstorp	HMC Seniorhälsa i Bjärred - Mobilt Vårdteam
Hälsomedicinskt Center Vårdcentral i Bjärred	HMC Seniorhälsa i Bjärred - Mobilt Vårdteam

En del vårdcentraler är kopplade (med separat avtal) till en resursenhet som gör hembesök å vårdcentralens vägnar

Utgör en privat verksamhet specifikt inriktad på äldre vård, utan "vanlig" mottagningsverksamhet på dessa 5 vårdcentraler

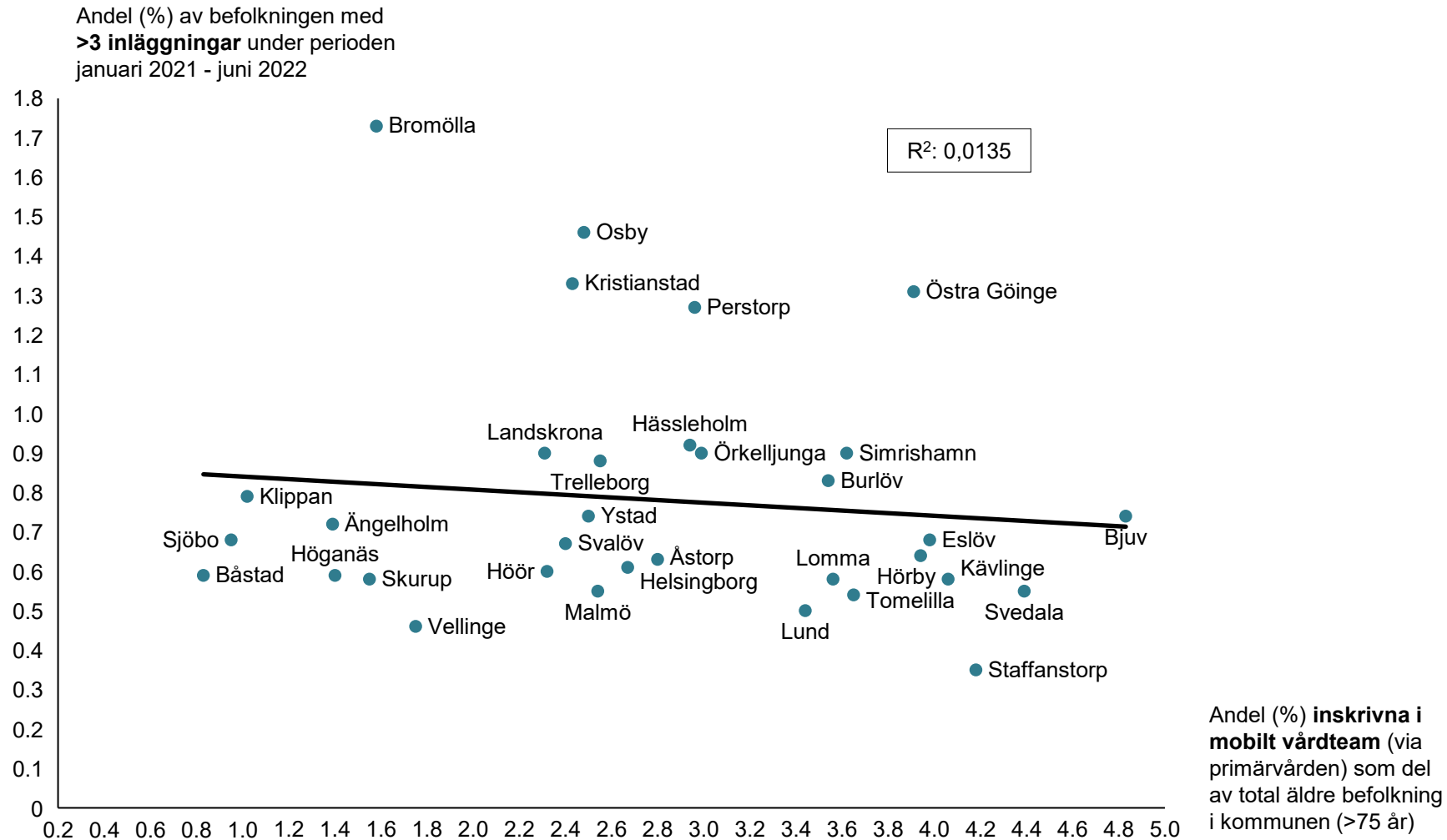
# Antal vårdcentraler som är kopplade till respektive team



MVT Södra och Mellersta utgår ifrån SUS Malmö/Lund och bemannas delvis av läkare från sjukhusen



# 6. Svårt att se samband mellan inläggningar och andel inskrivna i mobil vårdform – troligen på grund av låg grad av täckning



## Insikter

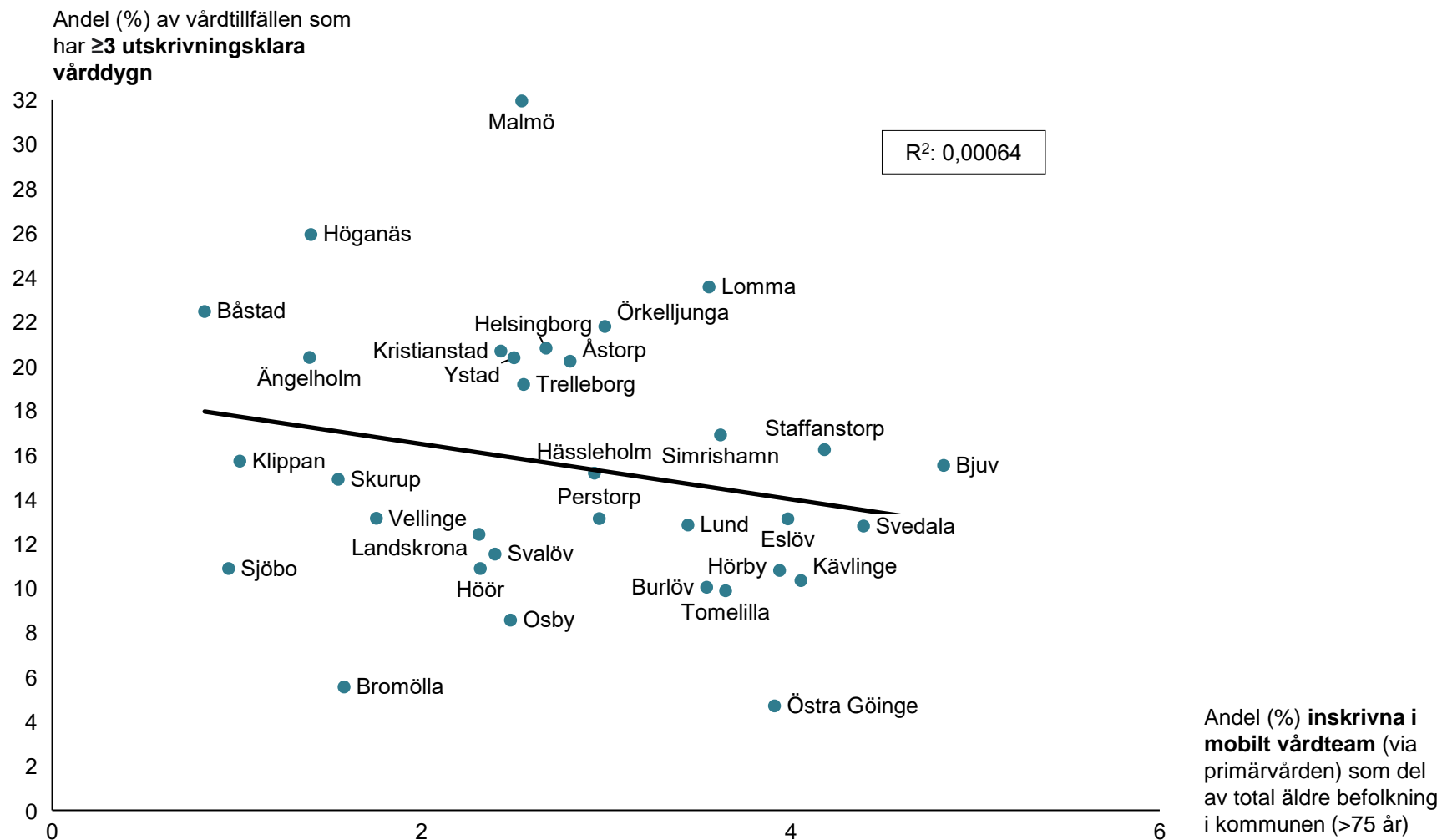
Sannolikt täcks för få patienter av mobila insatser för att ge effekter som syns i data som beskriver sjukhusinläggningar

- Trots ovanstående uppger företrädare lokalt att de ser positiva, mätbara effekter på t.ex. minskade slutenvårdstillfällen och ambulansuttryckningar

Andra faktorer kan vidare påverka/överskugga utfallsmått, exempelvis:

- Variationer i kommunens demografi och socioekonomi
- Primärvårdens tolkning utav mobila vårdteam och varians i vården som ges

## 6. Svårt att se samband mellan $\geq 3$ utskrivningsklara vårddyggn och andel inskrivna i mobil vårdform – troligen på grund av låg grad av täckning



### Insikter

Sannolikt täcks för få patienter av mobila insatser för att ge effekter som syns i data som beskriver utskrivningar

Andra faktorer kan vidare påverka/överskugga utfallsmått, exempelvis:

- Variationer i kommunens demografi och socioekonomi
- Kommunernas förmåga och incitament att ta hem patienterna från slutenvården

“ ”  
*Vi vet att vissa kommuner optimerar arbetet med utskrivningar*

**Tjänsteman,  
Koncernkontoret**

# 7. Upplevelse att mobil vård enligt HS-avtal i begränsad utsträckning uppfylls för de inskrivna

## Exempel ur HS-avtalet, s. 21

“ ” Läkarestödet ska succesivt utformas så att en **inställelsetid vid icke planerade hembesök kan ske inom 2 timmar och vid planerade hembesök inom 5 arbetsdagar**



**Sjuksköterskan från kommunen ska delta i dessa hembesök.**

Teamsamarbetet och insatserna kan också omfatta andra yrkeskategorier utifrån den enskildes vårdbehov

## Vad vi har hört:

“ ” *Det är svårt att nå fram till vårdcentralen, och om man når fram, är det svårt att ordna med akuta besök*

**Representant, sjukhusbundet mobilt team**

“ ” *Patienterna kan vara äldre och sköra och orkar inte ta sig in till vårdcentralen och vårdcentralen har inte resurser att åka ut och möta dem*

**Chef, sjukhusklinik**

“ ” *I vårt upptagningsområde har vi inte sett något mobilt vårdteam som faktiskt jobbar som det var tänkt i avtalet. Vi uppfattar att det på många sätt är en pappersprodukt*

**Verksamhetschef, sjukhus**

“ ” *Vi har hälsoval vilket gör det svårt att starta mobila resurser utan att det kostar väldigt mycket pengar. Det blir fragmenterat utan incitament att samverka*

**Verksamhetschef, primärvård**

“ ” *Viljan finns där, men det är svårt att få till riktig samverkan som den 'är tänkt' i vårdformen, där företrädare från de två huvudmännen verkligen samverkar*

**Tjänsteman, Koncernkontoret**

# 8. Ersättningsmodellen för mobilt vårdteam enligt HS upplevs inte som nog incitament för att främja den mobila vårdformen

## Ersättningsmodellen

Utöver kapitering och prestationsbaserad ersättning finns specifik ersättning för mobilt vårdteam

### Specifik ersättning mobilt vårdteam:

- Engångsersättning "8.2.3 Initial listning Mobilt Vårdteam" - 1 500 kr
- Månadsersättning "8.2.3 Listning Mobilt Vårdteam" – 125 kr / månad

### Kapiteringsersättning ("listningsersättning"):

Viktas utefter flera faktorer såsom patientens:

- Hälsotillstånd (mätt genom ACG<sup>2</sup>)
- Ålder & kön
- Socioekonomiska förutsättningar (mätt genom CNI<sup>3</sup>)
- Vårdtagande (benämnt som aktiv/passiv<sup>4</sup>)

### Prestationsbaserad ersättning:

- Hembesök (läkare): 1100 kr om SÄBO och 2200 kr om ORBO<sup>5</sup> (oavsett MVT eller inte)

## Räkneexempel

Ersättning till vårdcentral för äldre multisjuk patient (som kan vara lämplig kandidat för mobilt vårdteam)

### Inte inskriven i Mobilt vårdteam



Årlig kapitering: 10 000 – 12 000 kr  
4 hembesök: 4 x 2 200 kr = 8 800 kr

Årlig ersättning till vc:  
~19 000 -21 000 kr

### Inskrivnen i Mobilt vårdteam



Årlig kapitering: 10 000 – 12 000 kr  
4 hembesök: 4 x 2 200 kr = 8 800 kr

Inskrivning<sup>6</sup>: 1 500 kr

Månadsersättning: 12 x 125 kr = 1 500 kr

Årlig ersättning till vc:  
~22 000 -24 000 kr

+15%  
högre ersättning



Intervjupersoner uppger att vårdcentraler uppfattar att den extra ersättningen inte står i proportion till uppdraget och därmed inte väljer att skriva in i mobil vårdform enligt HS

Andra tjänstemän konstaterar att stärkt ersättning inte kommer att göra skillnad då strukturella kompetensförsörjnings-utmaningar kvarstår

I ett projekt 2020 på uppdrag av regiondirektören avseende förbättrad implementering räknade en av arbetsgrupperna fram att månadsersättningen behövde uppgå till 550 kr (2020 års penningvärde) och var lågt satt

“ ” Det behövs högre ersättningar för att skapa incitament, både kapitering och för själva insatser. Ersättningen för SIP har halverats, samtidigt som vi har hög inflation och dyrare kostnader

- Chef, Vårdcentral

1. Hälsö- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna  
2. ACG = Adjusted Clinical Groups  
3. CNI = Care Need Index  
4. Patient räknas som "aktiv" om hen haft kvalificerad vårdkontakt med listad vårdcentral senaste 18 månaderna  
5. ORBO = ordinarie boende  
6. Engångsersättning vid inskrivningstillfället

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- Mobila team utgående från vårdcentraler

- **Mobila team utgående från sjukhus**

- Läkarbilar

- ASIH

- Psykiatri

- Föreslagna åtgärder

Appendix

# Översikt - geografisk placering av mobila och prehospitala vårdteam

Mobil vårdenhet	Antal fordon/teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <sup>1</sup>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsats-team"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddningstjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)



- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personal-brist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulans-resurs)

# Varierande upplägg och oklar kostnadseffektivitet utgör utmaningar kopplade till sjukhusbunden mobil vård

## Utmaning

## Underliggande orsak

- |   |   |
|---|---|
| <p>9 <b>Sjukhusens många varierande upplägg för mobil vård med olika erbjudanden till vårdcentraler</b> och den kommunala hemsjukvården bidrar till <b>förvirring kring ansvar och roller</b>, för t.ex. kommunsköterskorna men även ledning och invånare</p>                                     | <p>Sjukhusen fattar själva beslut vid uppstart av nya mobila vårdteam. Det finns ingen särskild 'beslutsgång' eller gemensam process för utveckling av nya sjukhusbundna mobila vårdteam</p> <p>Avsaknad av standardisering och central styrning har gett upphov till många olika mobila resurser som skiljer sig i utformning, finansiering, patientpopulation, med mera. Utveckling av teamen har skett organiskt, ofta genom piloter med projektfinansiering</p> <p>Förvirringen gäller inte bara sjukhusens team utan den mobila vården i stort</p> |
| <p>10 <b>Ej regionalt jämlikt avseende sjukhusens mobila vårdutbud</b>, med stor spridning. Exempelvis utgår 25 av 31 sjukhusbundna teams från västra Skåne</p>   | <p>Se ovan, de mobila teamen drivs ofta lokalt som enskilda projekt, utan regional styrning eller dimensioneringsanalys avseende vilken mobil vård som bör tillhandahållas från sjukhusen samt för vilka patientgrupper</p>   |
| <p>11 <b>Oklar kostnadseffektivitet och indikationer</b> att den mobila vården <b>inte alltid utförs på "rätt" vårdnivå</b>. Ex. indikationer att läkare ibland "vikarierar" för primärvård eller åker ut när sjuksköterskor kunnat räcka. Finns också risk att urholka kontinuiteten inom PV</p> | <p>Begränsade insikter sammanställda kring kostnadseffektivitet för mobil vård; utbredd samsyn att mobil vård sparar vård dygn och ökar patientnyttan – men begränsad utgångspunkt i evidens</p> <p>Kompetensförsörjningsutmaningar inom primärvården bidrar till att sjukhusbundna team ibland "ställer upp" med mobila insatser</p>   |
| <p>12 <b>Läkarstödet från sjukhusen är oklar i HS-avtalet</b>, vilket försvårar samverkan med primärvården</p>  | <p>Med beslutet om att läkarstödet ska genomföras med Hälsovalet har läkarna från slutenvården hamnat vid sidan om i utvecklingsarbetet trots att det var tänkt att de skulle ingå i HS-avtalets strukturer (beskrivs även i utvärdering av HS).</p> <p>HS-avtalet omfattar enbart ersättning till primärvården för primärvårdens hembesök. Ersättningen från HS-avtalet täcker inte sjukhusens kostnader för mer avancerad vård i hemmet eller mer akuta bedömningar</p>   |



# 9. Vården som erbjuds via mobila vårdteam utgående från sjukhusen kan grovt indelas i tre modeller

Modell	Vårdförlopp	Exempel på verksamheter
<p><b>1 "Sjukhus-i-hemmet"</b></p> <p>Inneliggande vårdtillfälle förkortas/undviks genom att patienten skrivs ut tidigare alternativt kopplas till teamet prehospitalt. Oftare kortare vårdtillfällen och mer intensiv uppföljning/behandling</p>	<p>Ambulans kopplar in team      Patienten skrivs ut från avdelning</p> <p>Teamet möter patienten i hemmet</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prehospitalt team via Trelleborgs lasarett</li><li>• Mobilt sjukhusteam Malmö</li></ul>
<p><b>2 "Mellanvård"-team:</b></p> <p>Behovet kan identifieras på sjukhuset eller i primärvården. Erbjuder i stort liknande vård som ASIH, korttidsboende eller SÄBO</p>	<p>Kopplas upp till mobilt team</p> <p>Primärvården</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geriatriskt team Ängelholm (200 dygn)</li><li>• Geriatriskt team Helsingborg</li></ul>
<p><b>3 Förlängning av öppenvård/specialistteam:</b></p> <p>Följer sina egna patienter, exempelvis patienter med i dialys-behandling, med hembesök istället för mottagningsbesök</p>	<p>Möter sina patienter i hemmiljö</p> <p>Specialist-klinik</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dialys Lund</li><li>• Neonatalt team Helsingborg</li><li>• Lungmottagning</li></ul>

Många mobila team verkar inom flera av ovan "modeller"

1. Hemsjukvård
2. Williams, S et al. (2022). Early supported discharge for older adults admitted to hospital with medical complaints: a systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics, 22(1), 302.
3. Vård-relaterade infektioner

# 9. Styrningen av mobila vårdteam varierar stort mellan olika enheter

Exempel från 3 olika mobila team

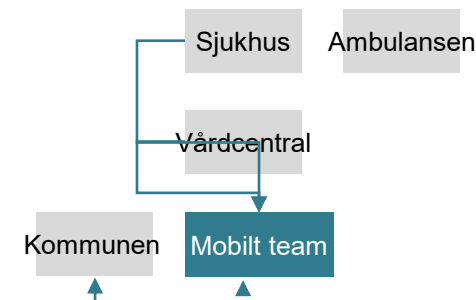
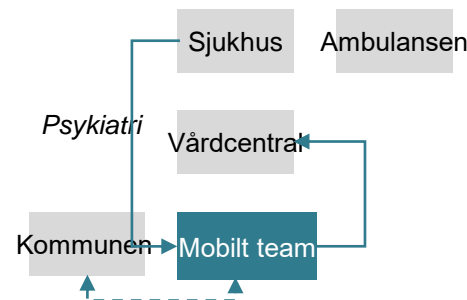
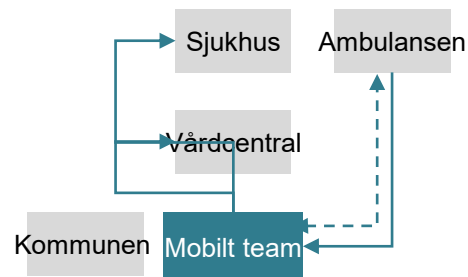
— Patientflöde (ex. remiss)    - - - Samarbete

	<b>Prehospitalt team</b>	<b>Mobila psykosteam</b>	<b>Geriatriskt team</b>
	Trelleborg	Hässleholm & Kristianstad	Ängelholm
<b>Fas</b>	pilot sedan våren 2022	etablerad vårdform med flera team i Skåne	verksamhet i 8+ år
<b>Finansiering/organisation</b>	<b>projektfinansiering</b> , del av och bemannas utifrån akutmottagningen, Trelleborgs lasarett	<b>självfinansierad</b> (del av Psykiatri-budget)	<b>delvis vidarefakturerad</b> (Internmedicins budget men fakturerar primärvården)
<b>Patienter/diagnoser</b>	patienter boende i närområdet som ambulans beslutat att ta till akutmottagningen	inskrivna patienter i psykiatri	Geriatriska patienter, ofta multi-sjuka
<b>Insatser</b>	bedömningar och behandling i hemmet & uppföljning. Tar helt patientansvar under vårdtillfället	bedömningar i hemmet, uppföljningar. Tar patientansvar för psykiatriska vården tillsammans med kliniken	Tar över PAL från primärvården.
<b>Samverkan</b>	ambulansen	med kommunala insatser och rättspsykiatri	tätt samarbete med kommunala insatser

**Stor variation i de olika teams som kartlagts** längs flera relevanta aspekter

Finansiering skiljer sig från budget till mer projektfinansiering

Olika samarbetspartners idag samt olika relevant för teamen att utveckla nya samarbeten



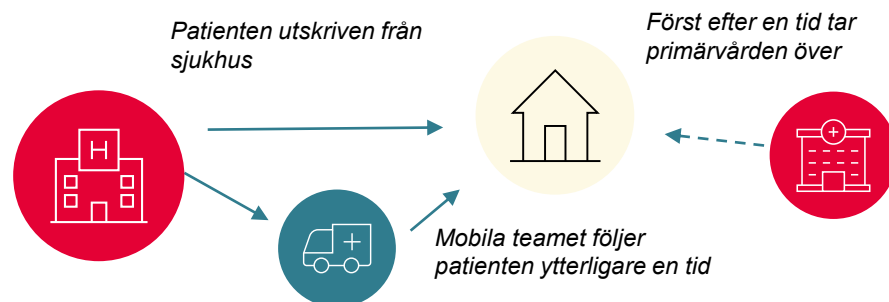
# 9. Flertal mobila teams utgående från sjukhuset har uppstått som reaktion på begränsad tillgänglighet i primärvården

## Exempel: Sjukhusteam Hässleholm

4 veckor efter utskrivning från ineliggande vårdtillfälle så är sjukhuset ansvariga för uppföljningar / provtagning

På grund av begränsad tillgänglighet för uppföljning i primärvården följer sjukhuset patienten första tiden i hemmet efter utskrivning

Detta görs genom mobilt vårdteam utgående och bekostats av sjukhuset



“”

*Stor del av den mobila vården vi gör idag kan egentligen klassas som primärvårdsuppdrag*

**Verksamhetschef,  
sjukhus**

“”

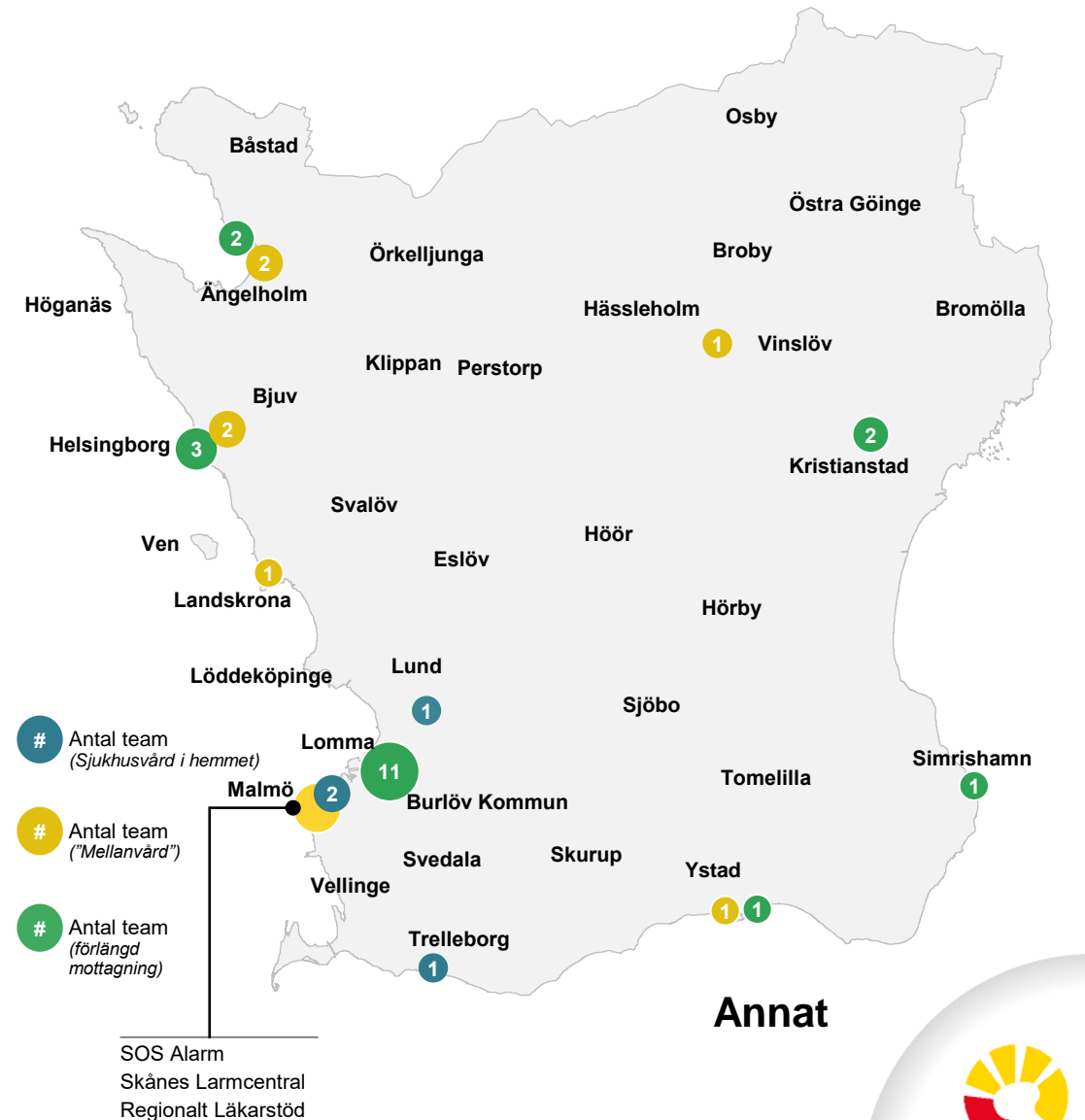
*Viktigt att sjukhusets mobila vård avlastar sjukhuset/akuten och inte primärvården*

**Enhetschef, sjukhus**

# 10. Täckning av sjukhusteamen varierar tvärs olika modeller och kommuner

● Intervjuade hösten 2022

Sjukhus:	Verksamhet:	Arketyper:		
		1	2	3
SUS	Barnröntgen			✓
	Infektion			✓
	Neonatal Lund			✓
	Neonatal Malmö			✓
	Njur Malmö			✓
	MVT akuta punktinsatser Mellersta	✓		
	MVT akuta punktinsatser Södra	✓		
	Mobilt sjukhusteam Malmö	✓		
	Njur/Dialys Lund			✓
	VO Urologi		2	✓
	Neuro/stroke			✓
	Kvinnosjukvård			✓
	Minnesmottagning			✓
	Landskrona	Internmedicin <sup>2</sup>	✓	✓
Trelleborg	Akutmedicin/medicin	✓		
Ystad	Bas-onkologi <sup>2</sup>	✓	✓	
	Neuro/stroke			✓
Ängelholm	Geriatrisk	✓	✓	
	Lungmottagning			✓
	BPSD-team			✓
Helsingborg	Geriatrisk		✓	
	Neonatal			✓
	Neuro/stroke			✓
	Gyn-mottagning			✓
Kristianstad	CSK Neonatal			✓
	Minnesmottagning			✓
Hässleholm	Mobilt vårdteam	✓	✓	
Simrishamns närsjukhus	KOL-patienter (Syrgassjuksköterska)			✓
<b>Totalt:</b>				<b>31</b>



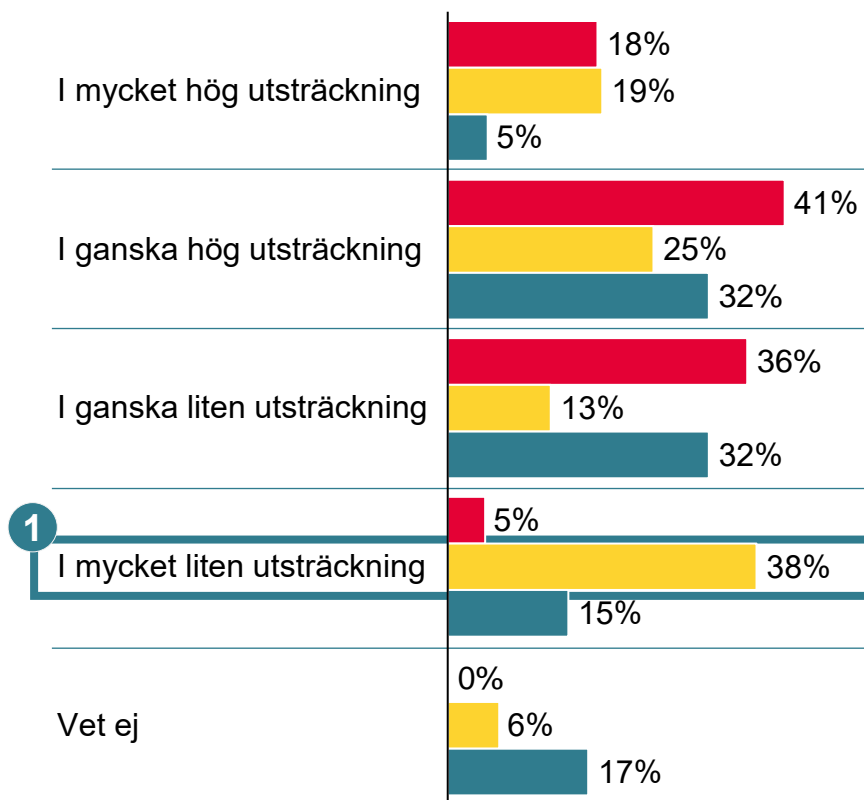
1. Kartläggning hösten 2022 (intervjuer, enkäter, registerdata)

2. Planerad uppstart hösten 2022

# 10. Enkät svar styrker upplevd avsaknad av regional styrning

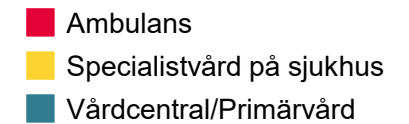
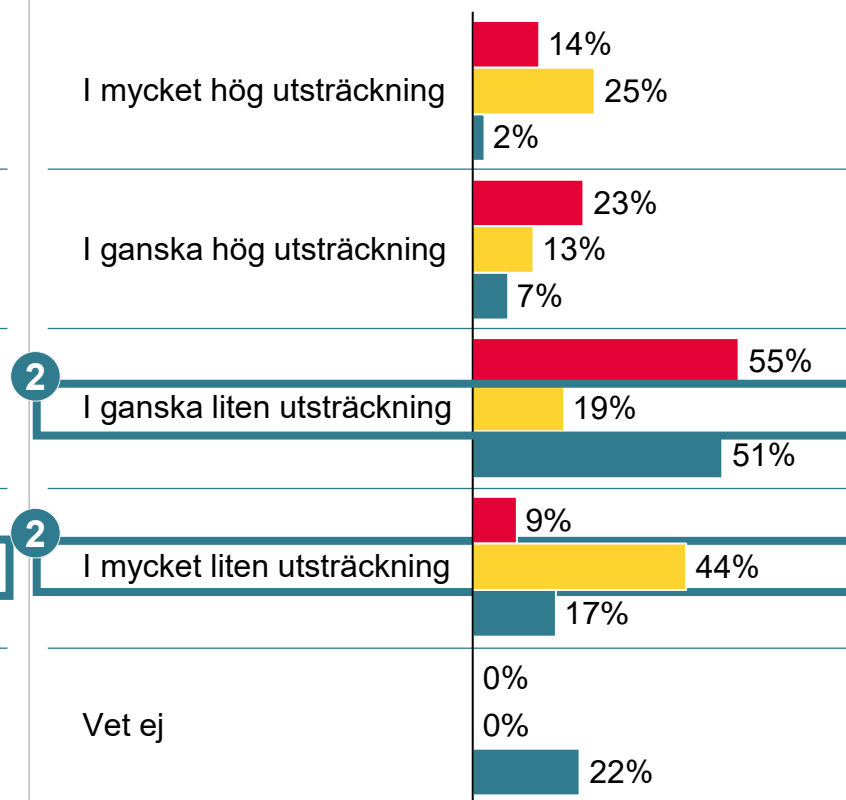
Q25: Den **regionala styrningen** av prehospital- och mobil vård fungerar väl inom min förvaltning (t.ex. tydliga regionala direktiv, utvecklingsarbete, och målsenlig styrning från regionen).

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q26: Det finns en adekvat **resurssättning** (t.ex. tillgänglighet av utbildad personal och material, tillräcklig ersättning för utförd vård) för att bedriva prehospital- och mobil vård.

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

- 1** Regionala styrningen av mobil vård anses vara minst välfungerande bland specialistvård i sjukhus, med 38% av respondenter som håller med påståendet "i mycket liten utsträckning"
- 2** Även resurssättningen anses vara mest bristfällig bland specialistvård i sjukhus, med nästan 2/3:e delar som inte instämmer med påståendet om adekvat resurssättning

# 11. Dessutom upplevs mobil vård utgående från sjukhusen inte som resurseffektiv - få besök och hög kostnad per besök

● Intervjuade hösten 2022

Sjukhus:	Verksamhet:	Antal team:	Volym:		Uppskattad årskostnad, SEK	Kostnader <sup>10</sup> , per:		Kompetenser			Öppettider: Vardagar (om ej annat anges)
			Inskrivna patienter:	Antal besök:		Ärende, SEK	Besök, SEK	Läkare:	SSK:	Annan:	
SUS	Barnröntgen	1	n/a	0-1/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a			USK, Rtg-SSK	
	Infektion	1	n/a	0-1/v <sup>2</sup>	n/a	n/a	n/a			MT	Dagtid
	Neonatal Lund	1	11	10-30/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a		✓		8:00-16:00
	Neonatal Malmö	1	7	20/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a		✓		
	Njur Malmö	1	n/a	2/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a	✓	✓	ArbT	8:00-16:00
	● MVT akuta punktinsatser Mellersta	1	n/a	30/v <sup>4</sup>	10 mkr	n/a	~4,5 tkr <sup>11</sup>	✓	✓		8:00-16:30 <sup>6</sup>
	● MVT akuta punktinsatser Malmö <sup>7</sup>	1	351-400 <sup>4</sup>	50-100/v <sup>4</sup>	19 mkr	n/a	4 - 8 tkr <sup>12</sup>	✓	✓		8:00-16:30 <sup>6</sup>
	● Mobilt sjukhusteam Malmö	1	~10 <sup>4</sup>	50-100/v <sup>4</sup>	28 mkr <sup>8</sup>	14 tkr <sup>8</sup>	5 - 11 tkr <sup>12</sup>	✓	✓		Dygnet runt (ej besök 22-7)
	Njur/Dialys Lund	1	n/a	1-2/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a			MT	
	● VO Urologi	2	0	n/a	1,5 mkr	n/a	n/a		✓		8:00-16:00
Neuro/stroke	1	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a					
Landskrona	● Internmedicin <sup>5</sup>	1	n/a	n/a	n/a	n/a	✓				
Trelleborg	● Akutmedicin/medicin	1	n/a	1-10/v <sup>4</sup>	n/a	n/a	n/a	✓	✓	USK	8:00-16:00
Ystad	● Bas-onkologi <sup>2</sup>	1	1	10-20/v <sup>4</sup>	n/a	n/a	n/a	✓	✓		8:00-16:00 (M-S) <sup>14</sup>
	Neuro/stroke	1	<20 <sup>4</sup>	1-10/v <sup>4</sup>	n/a	n/a	n/a				
Ängelholm	● Geriatrik	2	40 <sup>4</sup>	20/v <sup>4</sup>	5 mkr	60 tkr <sup>9</sup>	~5 tkr <sup>9</sup>	✓	✓		8:00-17:00
	Lungmottagning	1	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		✓		
	● BPSD-team	1	0	25/v <sup>4</sup>	n/a	n/a	n/a				
Helsingborg	● Geriatrik	1	0	25-50/v <sup>4</sup>	7 mkr	n/a	3-6 tkr <sup>13</sup>	✓	✓	ArbT,FysT	8:00-16:30
	Neonatal	1	90 <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a	n/a				
	Neuro/stroke	1	6 <sup>3</sup>	10/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a	✓	✓	ArbT,FysT	8:00-15:30
Kristianstad	CSK Neonatal	1	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a				
Hässleholm	● Mobilt vårdteam	1	<20 <sup>4</sup>	25-50/v <sup>4</sup>	2,7 mkr	n/a	1-2 tkr <sup>13</sup>	✓	✓	USK	7:30-16:00
Simrishamns närsjukhus	KOL-patienter (Syrgassjuksköterska)	1	n/a	0-1/v <sup>3</sup>	n/a	n/a	n/a		✓		
<b>Totalt:</b>		<b>26</b>									

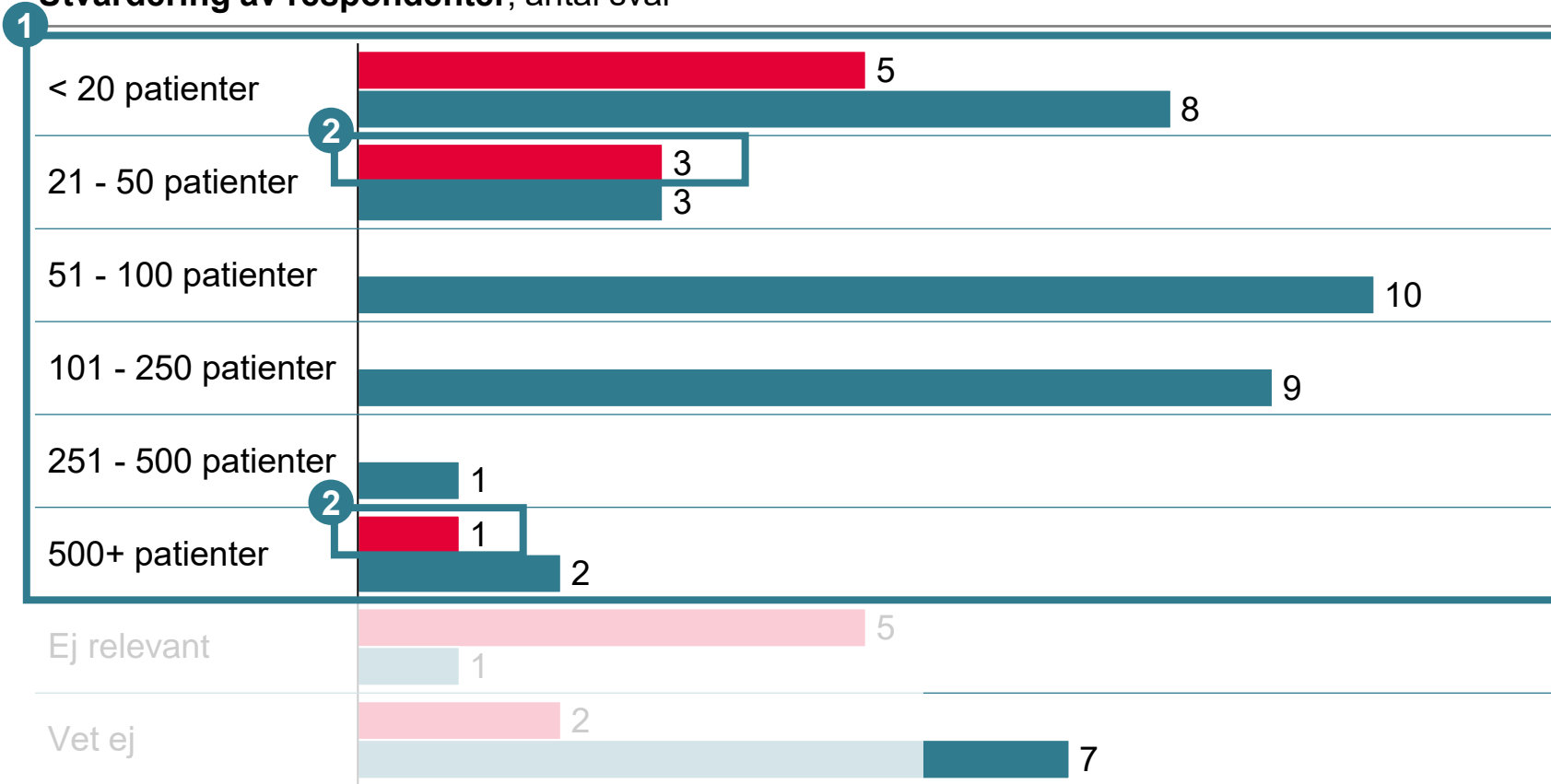
1. Utgående från Sjukhusen-sammanställning-190405 och kompletterat med intervjuer hösten 2022; 2. Reparation av utrustning (hemrespirator). Medicinsk teknik avsätter ca 20 timmar / år; 3. Källa: kartläggning (2019); 4. Källa: kartläggning (2022) (intervjuer, enkät, registerdata); 5. Pågående uppstart hösten 2022; 6. kl 17-21 vardagar och 10-21 helgdagar tar Kvälls- och helgmottagningarna över och kan göra hembesök; 7. Gör både akuta punktinsatser samt tar över patientansvar för utvalda i ordinarie boende (tas över från vårdcentralen) – därav svårt att räkna ut kostnad per patient; 8. Grov uppskattning vid 21 vårdplatser. 28 mkr / (365\*21) = 3600 kr per vårddygn. Med en uppskattad vårdtid om 4 dygn blir kostnad per patient ~14,000; 9. Årskostnad delat på antal patientärenden per år (~80) eller antal besök per år (20/v); 10. kostnader kan delas per patientärende (relevant för de team som skriver in patienter) och per hembesök (mer relevant för punktinsats-team); 11. Teamet gjorde 1504 akuta punktinsatser dagtid och 731 besök kvällar och helger (2021); 12. teamets totala årskostnad / 50-100 besök per vecka; 13. teamets totala årskostnad / 25-50 besök per vecka, 14. i steg 2 08-22, 15.

# 11. Oftast är färre än 50 patienter inskrivna i mobila sjukhusteam, vilket tyder på att ett begränsat behov täcks

Q10: Hur många patienter är inskrivna i någon form av prehospital- och mobil vård, (t.ex. ambulans, hemsjukvård i primär- och specialistvård, läkarbilar) ungefärligt, på din förvaltning/enhet?

## Utvärdering av respondenter, antal svar

■ Specialistvård på sjukhus ■ Vårdcentral/Primärvård



## Insikter

- 1 De flesta av mobila team som utgår från sjukhus anger ha färre än 50 patienter inskrivna, som tyder på ett begränsat omfång av verksamheten och potential avsaknad av resurseffektivitet. Antal patienter som är inskrivna är betydligt större inom Primärvård
- 2 De enheter där fler än 20 patienter är inskrivna avser
  - Ängelholm sjukhusets geriatriska team (21-50)
  - Psykiatri, Malmö sjukhus (21-50)
  - Psykiatri, öppenvård tvärs regionen, (21-50)
  - Psykiatri, öppenvårdsmottagning Hässleholm & Kristianstad (500+ patienter)



# 11. Exempel: Hälften av besöken från Malmö Akuta Punktinsatsteam gjordes i SÄBO

**Mobilt vårdteam Malmö samarbetar med Mobilt Team Akuta Punktinsatser** som utgår från SUS. Teamet bemannas med läkare från internmedicin SUS samt sjuksköterska från kommun eller primärvård. Ej bemannat helger, men samarbete finns med kväll- och helgmottagningen.

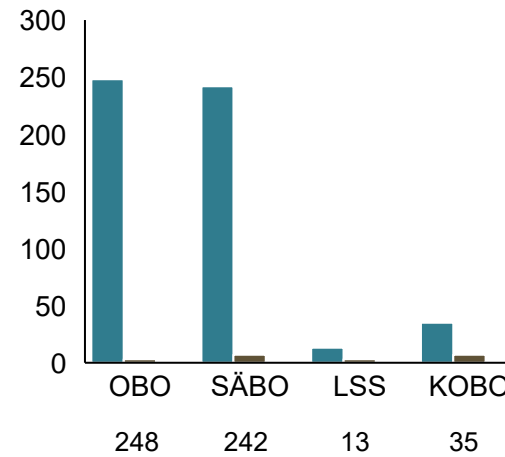
Akuta punktinsatsteamet är tänkt att besöka patient när läkare på vårdcentral ej har möjlighet att göra hembesök samt ta emot remisser/insatser som sjuksköterska på SÄBO inte kan utföra (blodgivning, intravenös antibiotika)

Vid en översyn observerades att cirka hälften av Akuta Punktinsatsteamets besök dagtid var till boende vid SÄBO. Detta indikerar att kontinuiteten för patienten på SÄBO är bristfällig och att vårdcentralens läkare tappar kunskap om vad som händer

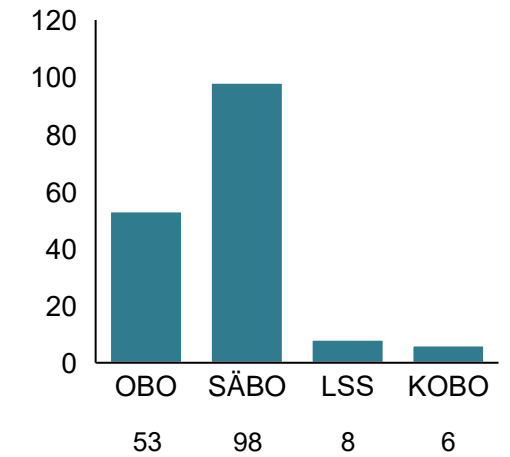
OBO (ordinärt boende) innebär istället ofta att man inte har en fast läkare på vårdcentralen. Man kanske bara t.ex. har hjälp med att dela dosetten. Där kan punktinsatsteamet göra hembesök hos tidvis sviktande patienter utan att det på samma sätt påverkar kontinuiteten

Akuta Punktinsatser (dagtid)  
1 Jan -> 31/8 - 2021

Hembesök 538



Aterbesök 165



“ ”

*I en genomlysning i Malmö av mobila vårdteam förra hösten framkom att punktinsatsteamet står för en stor del av hembesöken på SÄBO. Det är vårdcentralläkarens ansvar att sköta patienterna på SÄBO. Ofta har vårdcentralen inte tid och då får punktinsatsteamet rycka ut i stället. Det borde bara vara så i undantagsfall*

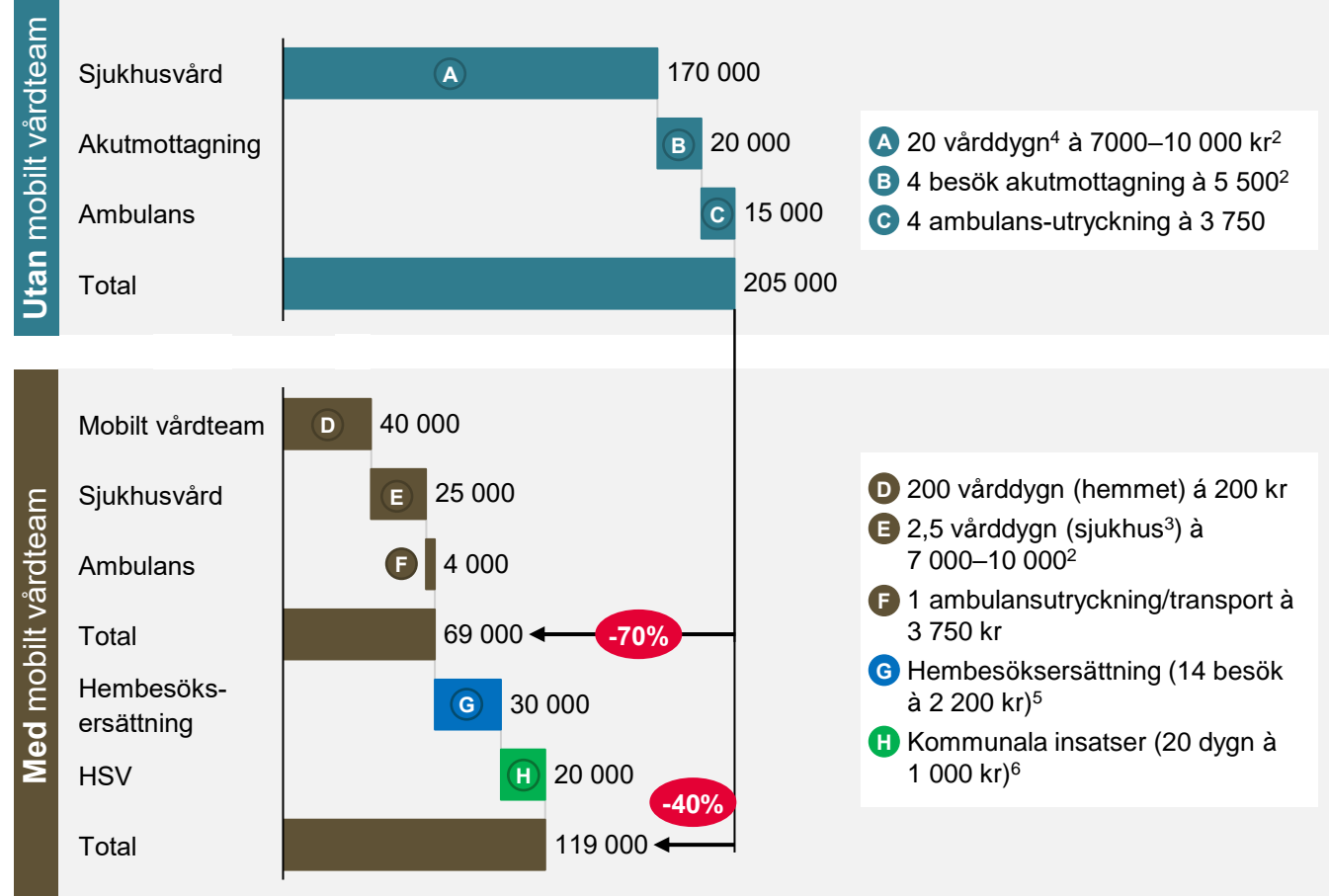
**Chef, Vårdproduktion**

# 11. Mobilt vårdteam Ängelholm: Indikationer att mobila team kan öka patientupplevd kvalitet och kostnadseffektivitet

## Om Mobilt vårdteam Ängelholm

- 2 team, bestående av läkare och sjuksköterska
- Patienter skrivs in i teamet och patientansvaret tas över från vårdcentralen
- Teamet utför också akuta punktbesök hos icke-listade patienter (efter samtal från kommunens distriktssköterska)
- Nettokostnad ~3 mSEK / år<sup>1</sup>, ~200 kr / dygn
- 40 patienter inskrivna i snitt, med tak om max 40 st
- Teamet genomför ~20 hembesök totalt/vecka och följer patienten i genomsnitt 200 vård dygn. Totalt ca ~14 000 vård dygn under 1 år
- Arbetar kontorstid men gör, tillsammans med kommunens distriktssköterska, ofta vårdplaner inför helger

Jämförelsen baserar sig på en "genomsnittlig" patient inskriven i vårdformen och ett hypotetiskt scenario om samma patient ej varit inskriven



## Nuläge Skåne

Vid jämförelse av kostnader (inneliggande vård, vård i hemmet, besök på akuten, ambulansutryckningar) framkommer att inskrivning i Geriatriskt team Ängelholm kan **minska vårdkostnader med 70%** för relevant patientgrupp, driven av en minskning i antal vård dygn, färre ambulansutryckningar, och färre besök till akutmottagningen

För patienterna innebär teamet också **kontinuitet, trygghet och patientnöjdhet**

För sjukhuset kan **vårdplatser frigöras** och "crowding" minskas



1. Från Utvärderingsrapport Hälsostaden (2016) redovisar nettokostnad 2,7 mSEK för Geriatriska team (2 team). 5,6 mSEK personalkostnader – 2,9 mSEK ersättning för hembesök  
 2. Södra Regionvårdsnämnden 2021-11-12

3. 2,5 vård dygn (i genomsnitt) är när patienten behöver sjukhusets resurser (t.ex. Kirurgi, ortopedi, radiologi) som ej kan tillgodoses via teamet i hemmet

4. En patient som är tillräckligt sjuk för geriatrisk team uppskattas vara i behov av ~20 dygn på sjukhuset (under de 200 vård dygn patienten annars är inskriven i teamet)

5. Hembesöksersättning som geriatriska teamet fakturerar vårdcentralen för. I genomsnitt 28 veckors inneliggande och hembesök varannan vecka

6. För de dagarna patienten annars hade varit inneliggande (uppskattningsvis 20 dygn). Schablonkostnad 1 000 kr / dygn, men kan vara högre. MAS:ar som intervjuats i arbete kunde inte säga säkert på belopp. I ex. denna källa

(<https://goteborgsregionen.se/kunskapsbank/vadkostardetattvardpatienterikommunalvardochomsorg.5.55c7f6a917cc221ffc558a1.html#:~:text=Kostnaderna%20varierar%20kraftigt,102%20och%205%20967%20kronor>) varierar kostnaden mellan

1 102 kronor och 5967 kronor med högre kostnader vid kortare insatser

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- Mobila team utgående från vårdcentraler

- Mobila team utgående från sjukhus

- **Läkarbilar**

- ASIH

- Psykiatri

- Föreslagna åtgärder

Appendix

# Geografisk placering av läkarbilar

Mobil vårdenhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">146<sup>1</sup></span>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatsteam"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)



# Vanliga vårdflöden för Falck inkluderar hembesök, telefonrådgivning, och LPT

## Beskrivning

Falck Läkarbilar utför i Region Skåne fyra huvudsakliga uppgifter:

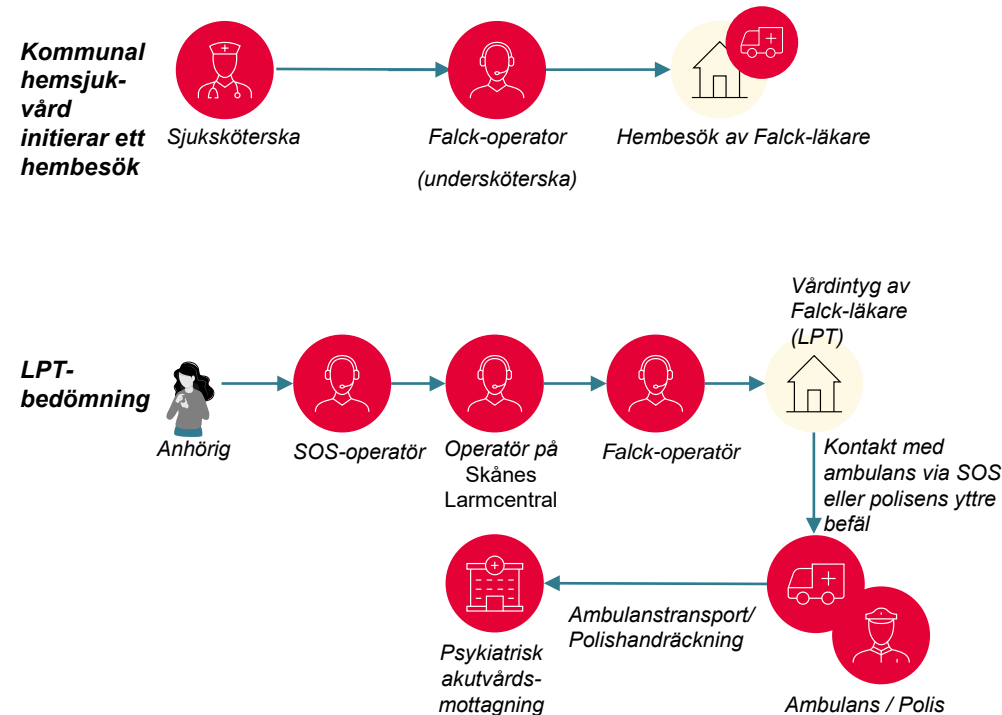
- 1) Hembesök dygnet runt, året runt för patienter oavsett ålder som är i behov av sjukvård, men inte livshotande tillstånd, och som inte kan eller bör ta sig till en sjukvårdsinrättning. För patienter som är inskrivna i Mobilt vårdteam uifrån HS-avtalet gäller ovanstående endast jourtid
- 2) Telefonrådgivning av läkare till sjuksköterskor iden kommunala hälso- och sjukvården på jourtid, dvs när vårdcentralerna ej har öppet
- 3) Hembesök i samband med konstaterande av dödsfall dödsfall
- 4) Hembesök vid bedömning och utfärdande av vårdintyg enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Varje Falck-bil bemannas av en läkare (nästan samtliga är specialister i allmänmedicin) och en undersköterska. Totalt finns 9 läkarbilar i Skåne och bemanningen anpassas dynamiskt efter behov. Totalt ingår 40 läkare i Falcks "pool". Läkarna har tillgång till PMO och "Mina Planer"

Inställningstiden är 4-8 timmar för hembesök. Konstaterande av dödsfall och vårdintygsbedömningar prioriteras och brukar genomföras inom 1-2 timmar. Region Skåne betalar per uppfört uppdrag, utan fast avgift eller garanterade volymer

Källor: Falck och Region Skåne (Avtal hembesök av läkare)

## Typiska vårdförlopp



## Citat

“ ” Det finns ett stort behov av Falck idag. Vårdcentralerna klarar inte uppgifterna på egen hand. Stöttning från Falck behövs

Tjänsteman, Region Skåne

“ ” Överlag ett positivt samarbete. Vi har en kontinuerlig kontakt, få avvikelser och god kontinuitet från deras sida

Tjänsteman, Region Skåne

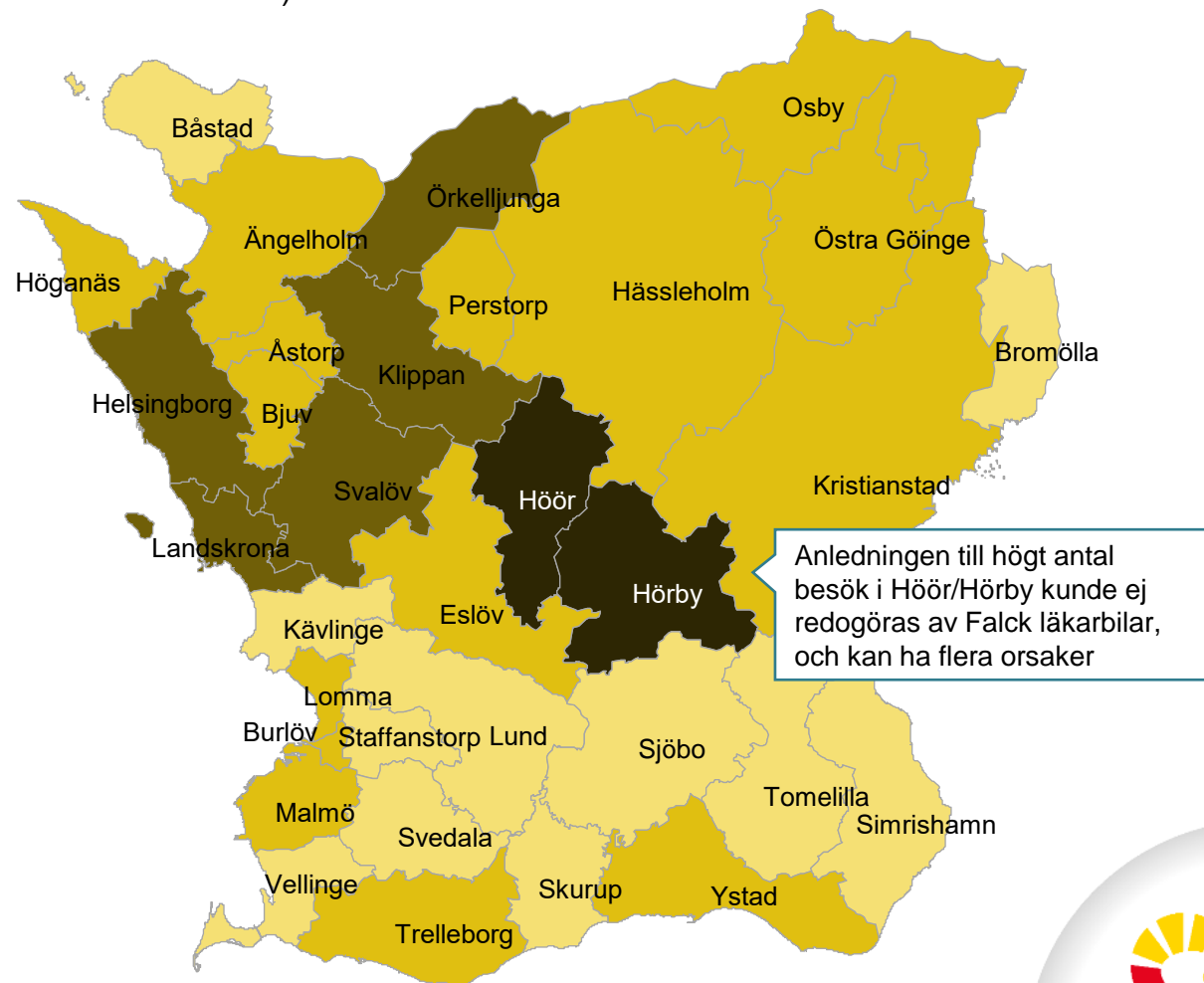
# Falcks mobila vårdinsatser per kommun högst i mellersta skåne

Kommun	Hembesök	Invånare 2020	Besök / 100inv
Hörby	387	15 745	2,46
Höör	361	16 954	2,13
Landskrona	806	46 488	1,73
Klippan	306	17 783	1,72
Örkelljunga	172	10 499	1,64
Helsingborg	2 372	150 109	1,58
Svalöv	225	14 412	1,56
Ängelholm	629	43 633	1,44
Osby	183	13 269	1,38
Trelleborg	625	46 231	1,35
Höganäs	371	27 589	1,34
Bjuv	213	15 842	1,34
Hässleholm	703	52 309	1,34
Perstorp	100	7 565	1,32
Åstorp	214	16 308	1,31
Kristianstad	1 119	86 641	1,29
Malmö	4 422	351 749	1,26
Burlöv	241	19 753	1,22
Eslöv	379	34 593	1,1
Östra Göing	161	14 941	1,08
Lomma	257	24 638	1,04
Ystad	318	31 560	1,01
Båstad	144	15 636	0,92
Simrishamn	172	19 267	0,89
Staffanstorp	234	26 242	0,89
Lund	1 102	127 376	0,87
Sjöbo	164	19 497	0,84
Vellinge	311	37 452	0,83
Bromölla	92	12 650	0,73
Svedala	157	23 222	0,68
Tomelilla	84	13 712	0,61
Skurup	95	16 419	0,58
Kävlinge	179	32 341	0,55

## Antal besök:

(Besök/100 invånare)

<1,0
  1,0-1,5
  1,5-2,0
  >2,0

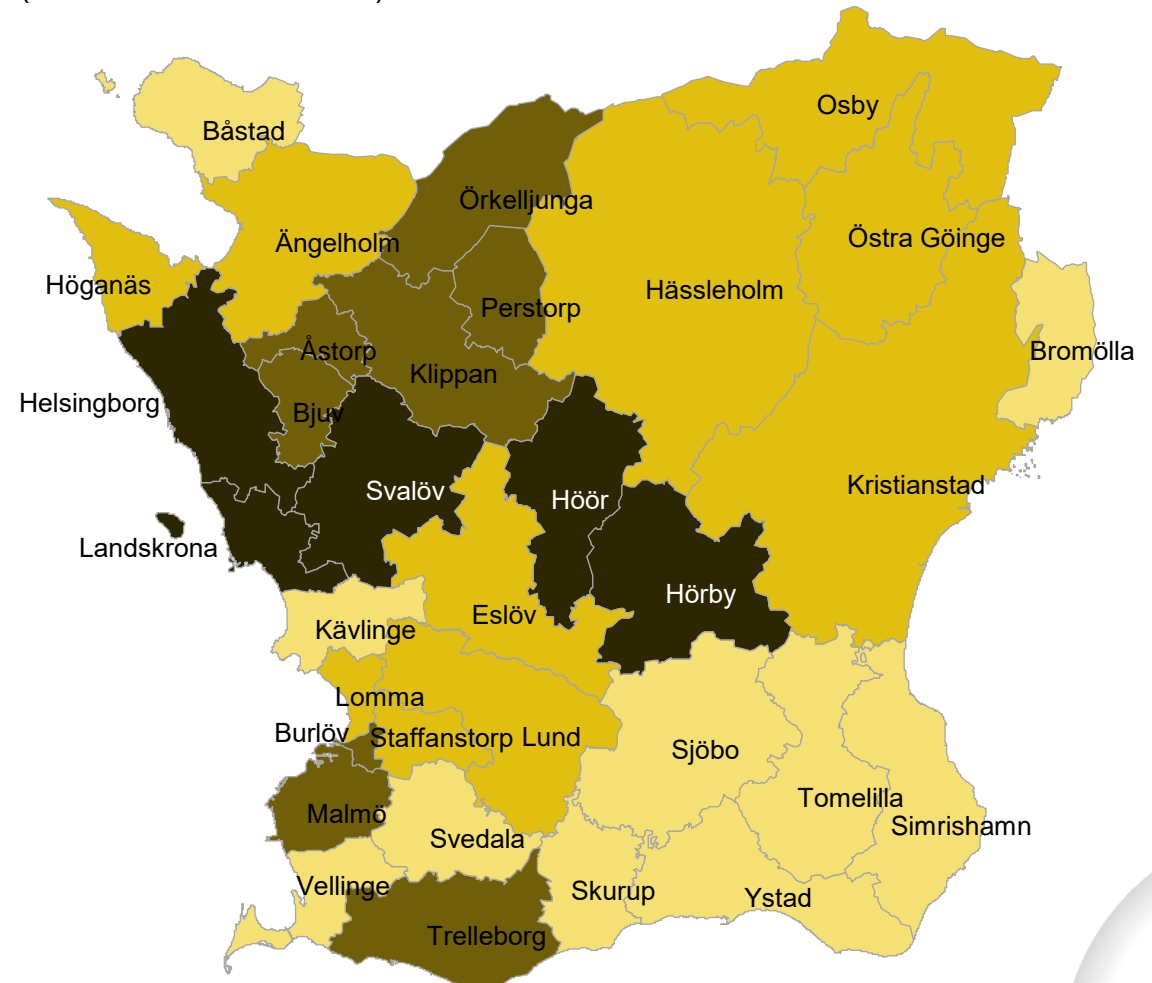


# Sett till invånare över 65 år är Falcks aktivitet högre i västra Skåne

Kommun	Hembesök	Invånare 2020 65+	Besök / 100inv 65+
Hörby	387	3 720	10,4
Höör	361	3 802	9,5
Svalöv	225	2 731	8,2
Helsingborg	2 372	29 185	8,1
Landskrona	806	9 972	8,1
Malmö	4 422	55 242	8,0
Klippan	306	4 094	7,5
Åstorp	214	2 948	7,3
Bjuv	213	3 044	7,0
Burlöv	241	3 456	7,0
Örkelljunga	172	2 553	6,7
Trelleborg	625	10 237	6,1
Perstorp	100	1 666	6,0
Ängelholm	629	10 832	5,8
Eslöv	379	6 632	5,7
Kristianstad	1 119	19 625	5,7
Hässleholm	703	12 594	5,6
Osby	183	3 470	5,3
Lund	1 102	22 519	4,9
Staffanstorp	234	4 824	4,9
Lomma	257	5 337	4,8
Höganäs	371	7 728	4,8
Östra Göinge	161	3 419	4,7
Svedala	157	4 170	3,8
Vellinge	311	8 814	3,5
Sjöbo	164	4 689	3,5
Ystad	318	9 149	3,5
Bromölla	92	3 188	2,9
Kävlinge	179	6 208	2,9
Båstad	144	5 043	2,9
Skurup	95	3 498	2,7
Simrishamn	172	6 923	2,5
Tomelilla	84	3 657	2,3

## Antal besök:

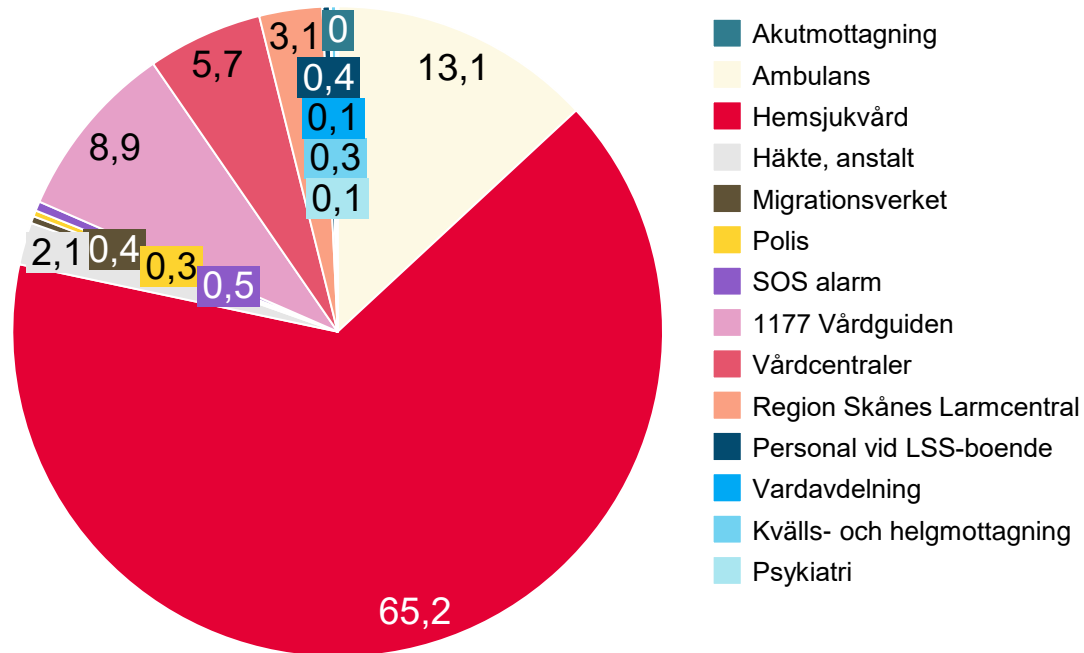
(Besök/100 invånare 65+)





# Hembesök av Falck görs primärt på begäran av hemsjukvården, där primärvårdens begränsade tillgänglighet uppges vara ett skäl

Andel remitterter för Hembesök till Falck, per verksamhet, 2021, procent



## 65% av hembesök utförda av Falck gäller förfrågningar från hemsjukvården

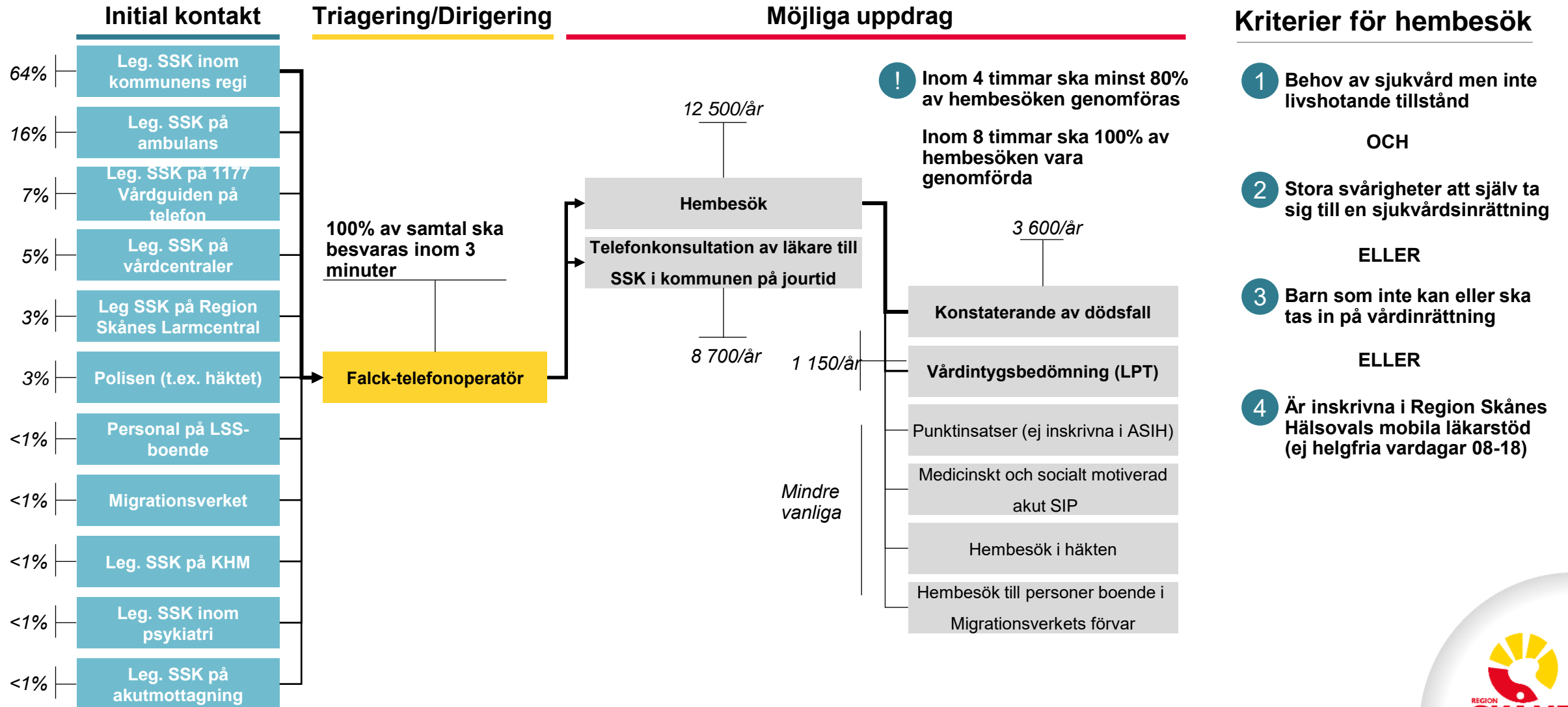
- Ca 45% av utförda uppdrag sker dagtid (mellan 07-17) vilket indikerar att det föreligger ett behov även dagtid som primärvården sannolikt inte kan tillgodose
- Övriga ärenden utförda av Falck inkluderar, dödsfall (68% genom hemsjukvård) och vårdintygsbedömningar (40% genom hemsjukvård)

“ ”

*Vi ringer först till primärvården, men de kan nästan aldrig göra ett hembesök [...] då ringer vi till Falck*

**Ssk, kommunal hemsjukvård**

# Läkarbilar utför både hembesök och telefonkonsultation, och kriterier inkluderar behov av icke-livshotande sjukvård



# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- Mobila team utgående från vårdcentraler

- Mobila team utgående från sjukhus

- Läkarbilar

- **ASIH**

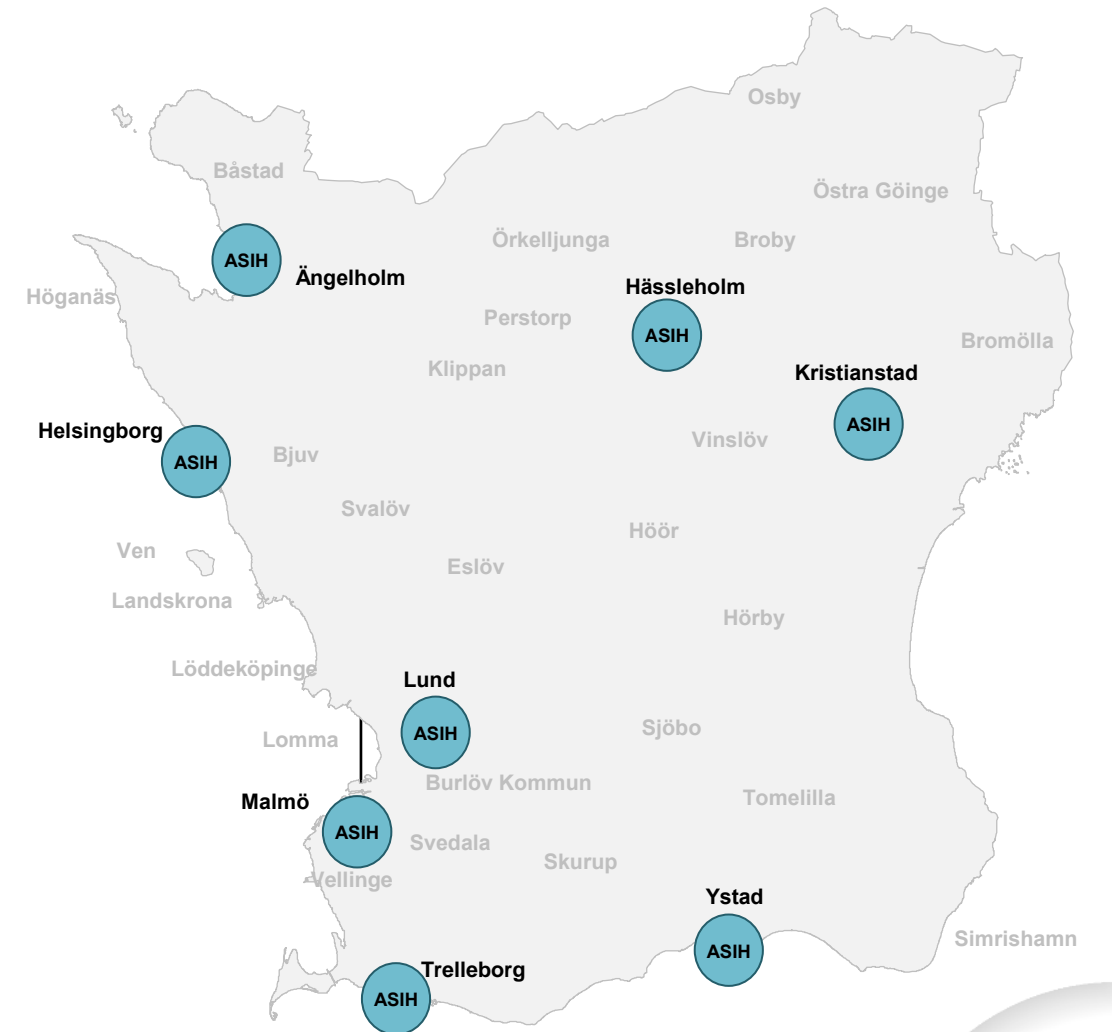
- Psykiatri

- Föreslagna åtgärder

Appendix

# Geografisk placering av mobil specialiserad palliativ vård (ASIH)

Mobil vårdenhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 <sup>1</sup>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH <sup>7</sup>	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)



Totalt sett finns 20 ASIH-team i Skåne, som utgår ifrån 8 olika enheter. Antal team per enhet beror på geografiskt område och kan variera

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personal-brist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulans-resurs)
- Avancerad sjukvård i hemmet

# Översikt av ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet) i Region Skåne

## Beskrivning



### Vårdinnehåll/patientgrupper

- Riktat sig framförallt till allvarligt sjuka eller palliativa patienter med omfattande vårdbehov. Patientgrupper omfattar cancer men även t.ex. hjärtsvikt, kol, ALS
- Genom ASiH är det också möjligt att under en begränsad tid erbjuda alternativ till sjukhusvård, där vissa punktinsatser införs i hemmet
- Vården kan omfatta allt utom större operationer och röntgen
- Skåne en av få regioner vars ASiH med vuxeninriktning också tar emot palliativa barn



### Patientresa/inskrivning

- Remiss från vårdavdelning/sjukhuskliniker/kommunens-SS
- Även möjligt med egenremiss från närstående, men skriver bara in patienter där brytpunktssamtal redan genomförts



### Organisation

- Tillhör Primärvårdsförvaltningen sedan 2013
- Funnits i delar av Skåne sedan 1997, och är i dagsläget en av de mobila erfarenheter med längst erfarenhet
- Finns på 8 orter, med totalt 20 teams. Antal per utgångspunkt är beroende av hur stort geografiskt område som aktuell ASiH har i sitt uppdrag
- Teamens uppbyggnad och uppdrag är lika i hela Skåne.



### Samverkan

- Tät samverkan med alla 33 kommuner
- Samverkar med ambulanssjukvården, med möjlighet att dela behandlingsbegränsningar
- Informerar patienter och närstående att de ska berätta att de är ASiH-anslutna om de ringer till 112, men i huvudsak ringer patienten direkt till ASiH vid akuta tillstånd



### Tillgänglighet

- ASiH finns tillgängligt 24/7, 365 dagar om året. Merparten av insatserna sker dagtid
- Använder "1 väg in", med samma nummer för patienter
- Läkartillgång och konsultverksamhet dygnet runt



### Kompetenser

- Basen utgörs av läkare och sjuksköterskor och kompletteras efter patientens behov med rehabpersonal så som fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Alla funktioner i teamen utför även individuella besök



### Finansiering

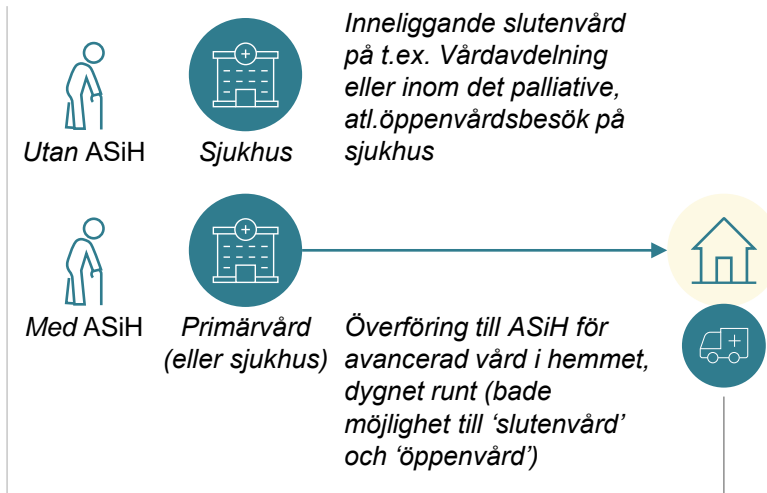
- Anslagsfinansiering



### Pågående utvecklingsarbete

- Arbetar för att få ihop en helhet mellan Hälsovalet och ASiH
- Testar att utveckla "ASiH+", att använda ASiH som modell för utbyggd primärvård i Landskrona

## Vårdförlopp



Teamen har ansvar för helt anslutna patienter där ASiH-läkarna är medicinskt ansvariga, samt utför avancerade punktinsatser på uppdrag av annan medicinskt ansvarig läkare (sjukhus, hälsoval)



Nu ser hela primärvården sig som en; det är inte längre 'vi och dom'

**Primärvårdschef, Palliativ vård och ASiH**



Andra verksamheter kan lära av ASiH – lär av det som fungerar

**Primärvårdschef, Palliativ vård och ASiH**

# ASiH beskrivs som en välfungerande verksamhet i intervjuer

## Vad vi har hört



**Etablerad** modell med hög **kompetens** för mobil vård med lång historia

## Citat

“” ASiH skulle kunna fylla glappet [avancerade insatser i hemmet istället för akuten] – de har både kompetensen och erfarenheten

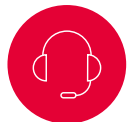
**Enhetschef, sjukhus**



**Resurseffektivitet** för de insatser som är “sällan-insatser” i andra delar av primärvården

“” För de mer avancerade sakerna – som blodtransfusion – kan ASiH eller annat team göra det mer resurseffektivt än vårdcentralerna. De kan arbeta upp volym i ”sällan-fallen”

**Verksamhetschef, vårdcentral**



**Verksamhet** dygnet runt med möjlighet med “**en väg in**” för patienter och anhöriga

“” Det svarar alltid en person hos oss, dygnet runt. Våra patienter ringer till oss först

**Primärvårdschef, Palliativ vård och ASiH**



Från vissa enheter upplevs att ASiH i vissa tider och områden **inte är tillgängliga** för de akuta uppdragen

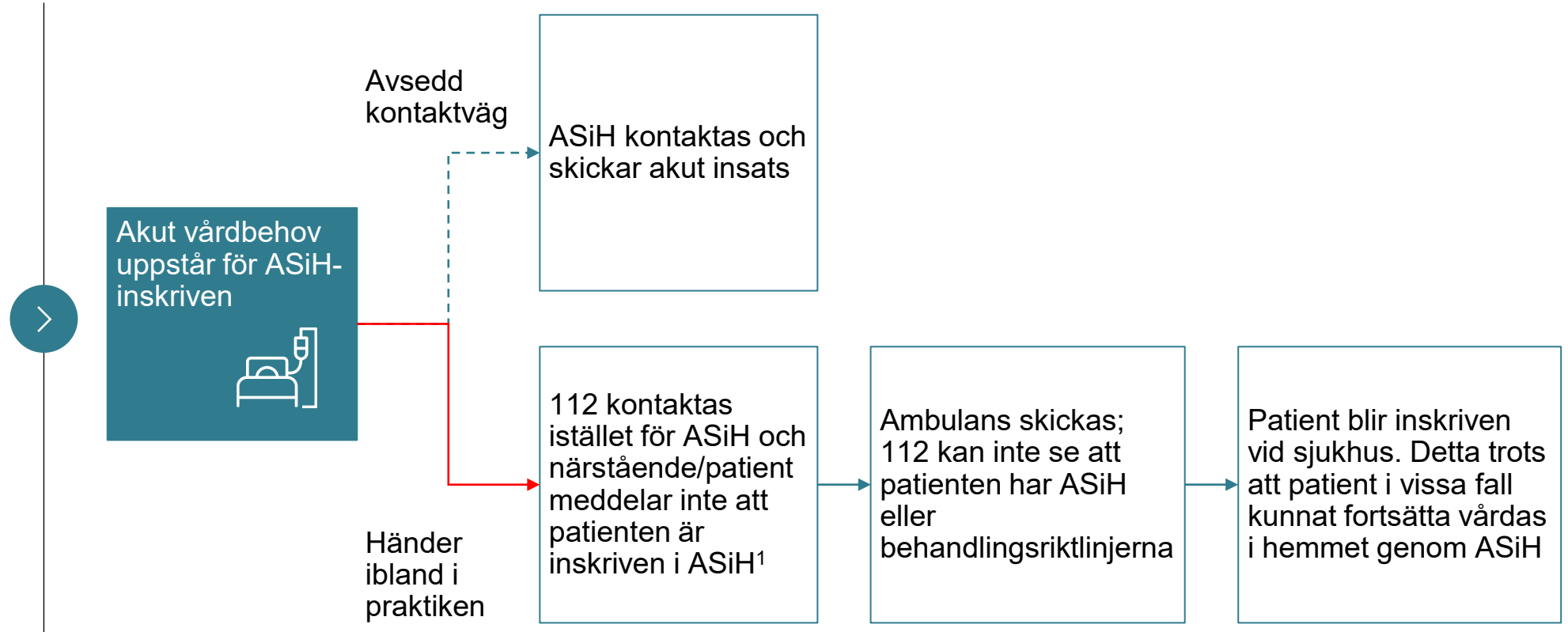
“” ASiH har idag redan det uppdraget [akuta punktinsatser i hemmet] men klarar det inte alltid uppdraget bl.a. p.g.a. att de inte har full bemanning

**Enhetschef, sjukhus**

# Bristfällig info till SOS Alarm/larmcentralen om ASiH-insatser leder ibland till inskrivningar

ASiH-inskrivna skrivs ibland in vid sjukhus trots att vård fortsatt kunnat ges i hemmet då framförallt närstående, ovetande om ASiH-insatsen, ibland söker hjälp akut vid 112 utan att delge 112 om den pågående ASiH-insatsen

För det mesta fungerar akuta ärenden för ASiH-inskrivna dock väl<sup>2</sup>



1. I de fall patienter är inskrivna i ASiH eller deras närstående ringer till 112 uppmanas de berätta att patienten ifråga har ASiH

2. Patienter och närstående uppmanas kontakta ASiH vid försämring alt. uppge för 112 att patient har ASiH

Källa: Region Skåne, Primärvårdsförvaltningen (delad skriftlig dokumentation och information genom intervjuer)



# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- Mobila team utgående från vårdcentraler

- Mobila team utgående från sjukhus

- Läkarbilar



- ASIH

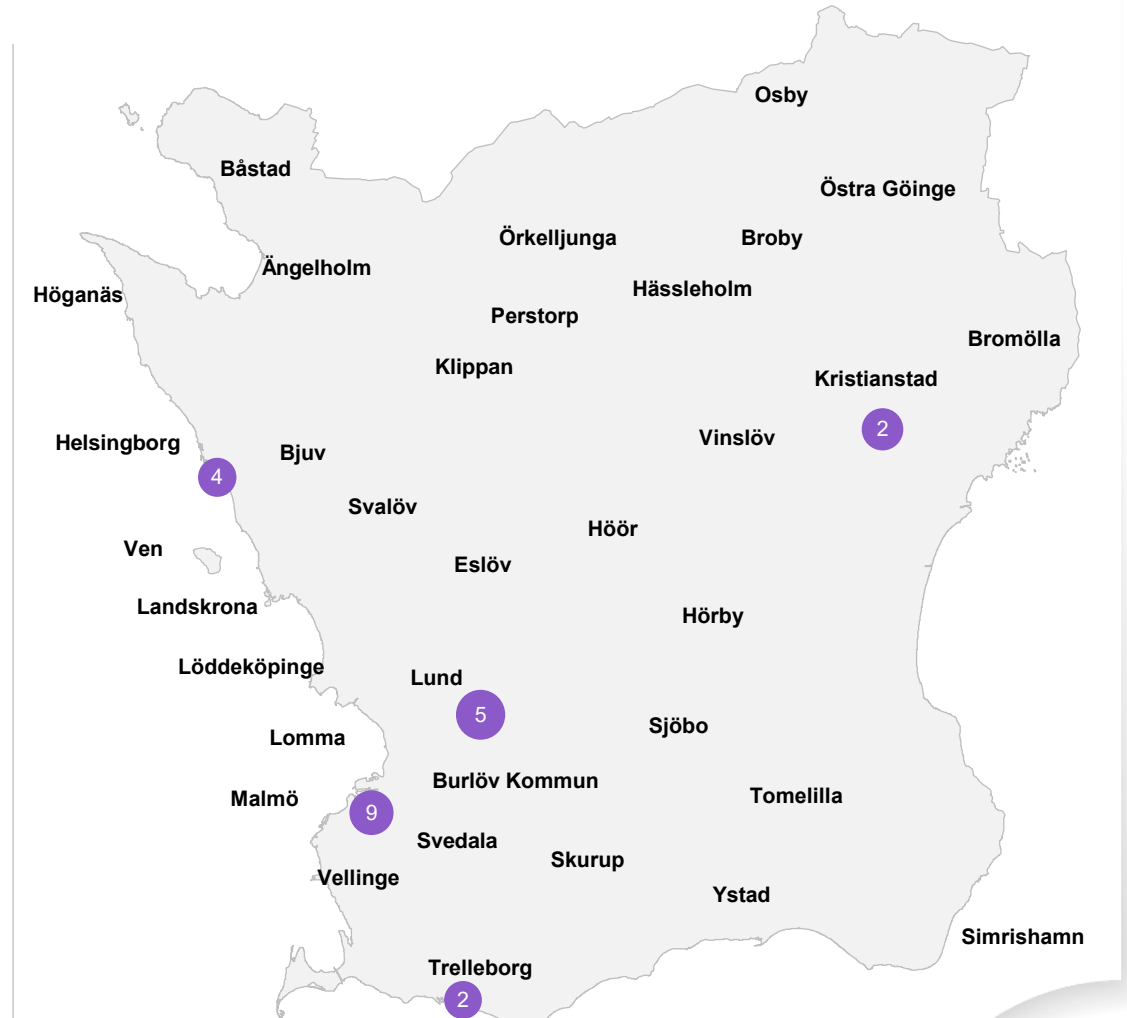
- **Psykiatri**

- Föreslagna åtgärder

Appendix

# Geografisk placering av mobila resurser utgående från förvaltning Psykiatri, Habilitering och Hjälpmedel<sup>7</sup>

Mobil vårdenhet	Antal fordon/teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81  146 <sup>1</sup>	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 <sup>2</sup>	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 <sup>3</sup>	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 <sup>6</sup>	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	 471 <sup>4</sup>	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) <sup>5</sup>	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)



- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personal-brist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulans-resurs)
- Med fokus på de psykiatriska vårdteamen. Habilitering översiktligt analyserats men ej varit i fokus i kartläggningen av den prehospitala och mobila vården. Psykiatri redovisas separat då det faller under annan förvaltning än somatiken

# Det finns stor variation av psykiatriska team med varierad täckning

Mobila psykiatriska team är typiskt **antigen breda (allmän-psykiatriska) eller inriktade mot psykos-sjukdomar** och tillämpar någon av metoderna:

**FACT** - (Flexible Assertive Community Treatment) är ett heltäckande psykiatriskt program för att möta patienternas behov på ett återhämtningsinriktat och effektivt sätt

**ACT** - metoden Assertive Community Treatment (ACT) innebär aktivt uppsökande behandling och rehabilitering i hemmiljö eller ute i samhället

Ort	Team			
	FACT Psykosteam	FACT allmänpsyk	ACT	FACT (rättspsyk <sup>1</sup> )
Malmö	5	1	1	3
Lund	3		1	
Helsingborg	3	1		
Kristianstad	2			
Trelleborg	1	1		
<b>Totalt</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

22



3 Rättspsykiatriska team i uppstart är ej utplacerade på kartan

1. Rättspsykiatrisk ÖV i uppstart – exakt placering ej känd  
Source: Representanter för psykiatri i Skåne och vardgivare.skane.se

# Översikt av mobila vårdteam utgående från psykiatri

## Beskrivning

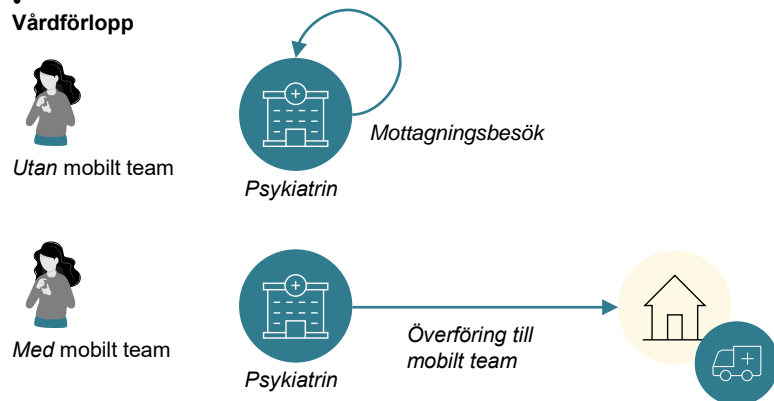
Mobila vårdteam eller insatser som utgår ifrån någon utav förvaltningen psykiatris enheter och **utför psykiatriska vårdinsatser hemma hos patienter** som har behov av en samordnad, tillgänglig, individanpassad och trygg vård i ordinarie boendemiljö.

De mobila resurser som finns kan indelas i:

- FACT<sup>1</sup>-team (varav 14 psykos-team och 3 allmän-psykiatriska team)
- ACT<sup>2</sup>-team
- Team via rättspsykiatrisk öppenvård, samt
- Mobila resurser/team via BUP

Psykiatriska teamens upplägg liknar det för mobila vårdteam som utgår från vårdcentral eller sjukhus, men samordnas och styrs från regionens förvaltning för Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

### Vårdförlopp



Dessa mobila vårdteam team är ofta bemannade med ssk/skötare, men medicinskt ansvar ligger hos läkaren inom psykiatri

Mobila team ger vårdgivarna möjlighet att möta patienten i dess sociala och hem-miljö, ett extra värdefullt inslag vid behandling av psykiatrisk sjukdom

Vårdbehovet identifieras oftast på den psykiatriska kliniken/enhet som patienten utreds eller behandlas via, detta möjliggör korta kommunikationsvägar mellan vårdgivarna

1. Flexible Assertive Community Treatment
2. Assertive Community Treatment

## Vad vi har hört

Uppläggen utgör en **förlängning av den psykiatriska öppenvården**

“ ”

*Enligt 7-dagars principen ska vi träffa patienten inom 7 dagar efter utskrivning. Detta hade inte varit möjligt utan mobila teamet*

**Enhetschef, Psykiatri**

Utmaning att **bygga kännedom om teamet** och i vilka fall de kan kopplas in för att möjliggöra vård i hemmet

“ ”

*Det är en utmaningen att läkare, som ofta roterar runt mycket, inte vet att vi som resurs finns*

**Enhetschef, Psykiatri**

De mobila teamen **möjliggör bättre samarbete med kommunala insatser**

“ ”

*Vi samarbetar mycket med kommunen/socialpsykiatri då patienterna ofta också har andra insatser såsom boendestöd*

**Verksamhetschef, Psykiatri**

**Äldrepsykiatri nämns i primärvården** som ett område där det efterfrågas bättre samverkan och mobila team

“ ”

*För just de äldre och de dementa finns ett glapp mellan kommunen, psykiatri och primärvården*

**Enhetschef, Vårdcentral**

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- Kartläggning och problembeskrivning

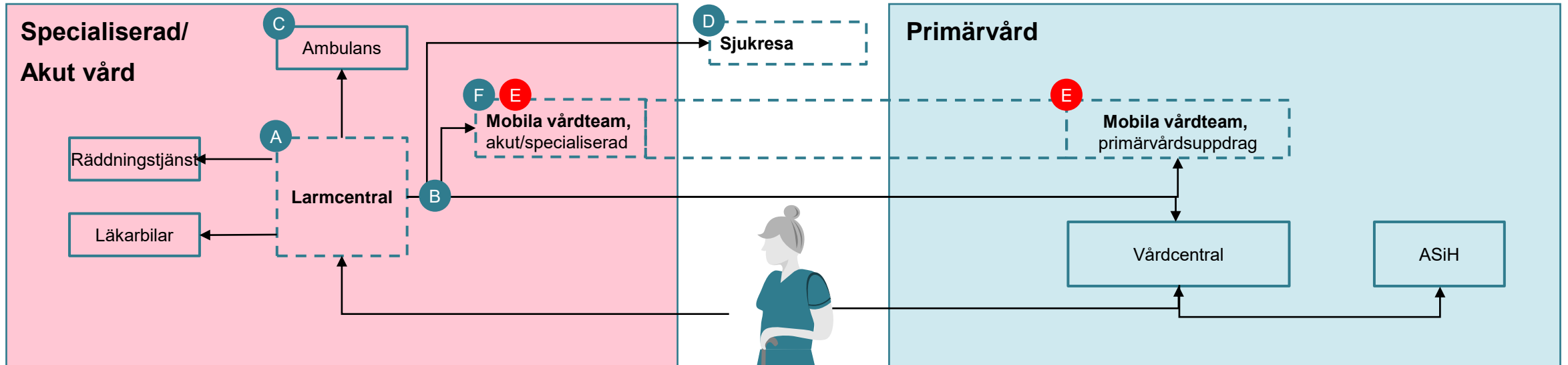
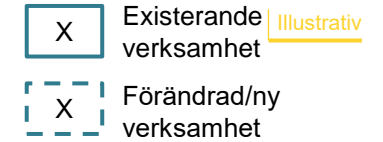
- **Föreslagna åtgärder**

Appendix

# Summering av prioriterade åtgärder

Åtgärd	Beskrivning
<b>E</b> Stärkt, sammanhållen mobil vård för de med störst vårdbehov, med primärvården som bas och spetskompetens vid behov	<p>Tre huvudsakliga alternativ beaktas, samtliga med för- och nackdelar, för att svara mot identifierade behov:</p> <p><b>1A. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från sjukhusen.</b> Patient med hemsjukvård skrivs vid behov in i tydligare kravställd mobil vårdform, där vårdcentralen alltid agerar som 'first point of contact'. Vid (akuta/mer komplexa/sällan-/out of hours'-) behov kan särskilda mobila teams kopplas in via sjukhusen, utformad enligt geografiska upptagningsområden</p> <p><b>1B. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från Förvaltning Primärvård ('Mellanvård').</b> Patient med hemsjukvård skrivs vid behov in i tydligare kravställd mobil vårdform, där vårdcentralen alltid agerar som 'first point of contact'. Akuta mobila punktinsatser, intensifierad uppföljning eller konsultstöd utförs av 'Mellanvårdsorganisation' under Förvaltning Primärvård. Kommunens sköterska vet vem som ansvarar för patienten och kan – dygnet runt – nå någon från teamen. Befintliga sjukhusbundna team med inriktning mot geriatrik/internmedicinska/akutmedicinska punktinsatser kan knytas till nya mellanvårdsformen</p> <p><b>2. Läkarmedverkan (hela eller delar av) i kommunal primärvård lyfts från FFU till separat ny vårdform' genom ex. ny LOV/LOU som kan tillgodose mobila vårdbehov (elektiv &amp; akut 24/7) -</b> Invånare med behov av hemsjukvård kan ges möjlighet att skrivas ut från vårdcentral till ny egen verksamhet som verkar utanför hälsovals-FFU som centralt har hela patientansvaret. Ny mobil verksamhet skapas med möjlighet till insatser 24/7, och som tar hela kapiteringen samt ytterligare medel för extrainsatser. Kommunens sköterska kan – dygnet runt – nå någon från teamen, som har tätt samarbete med sjukhuset (ex. läkarbemanning, direkt-inläggning)</p>
<b>F</b> Stärkt styrning och samordning av de mobila resurserna	<p>Utformning av ytterligare nya sjukhusbaserade team ska koordineras genom implementering av process för skapande av nya team, dvs. om behovet av mobilt sjukhusteam upplevs i verksamheten så ska efterfrågan, utformning och resurseffektiviteten belysas och presenteras för Förvaltningschefen, som i sin tur tar med sig förslaget till Koncernledningen (KL) där beslut fattas</p>

# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs



**Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov**

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)



# Bakgrund: Merparten av insatser till invånare inskrivna i mobil vårdform enligt HS kan ske på primärvårdsnivå

Vårdbehov för gruppen med kommunal hemsjukvård<sup>1</sup>

Kategori, vårdinsatser	Insatser, exempel	Vårdnivå
<p>Illustrativ översikt av vårdbehov, fördelning insatser</p> <p><b>80-90%</b></p> <p><b>Elektiv/subakut vård – kan genomföras i hemmet av vårdcentral under kontorstid och/eller kvälls- och helgmottagning</b>, men kräver ex. skärpt implementering av HS samt ev. stärkta förutsättningar för vårdcentralerna</p>	<p>Läkemedelsgenomgång</p> <p>Vårdplanering/SIP</p> <p>Årskontroller med rutinundersökning</p> <p>Undersökning efter fall</p> <p>Bedömning vid försämring/feber</p> <p>Sårbedömning</p>	<p> Ska ske på primärvårdsnivå – bör styras genom primärvården</p>
<p><b>Akuta punktinsatser – kan genomföras i hemmet men vårdcentral i befintligt Hälsoval-FFU har svårt att genomföra</b>, ex. pga. 'sällaninsatser'/låg volym, tid på dygnet ('out of hours'), samt fortsatt svårighet att säkra omedelbar akut tillgänglighet inom VC. Punktinsatsbehov finns både på PV- och SV-nivå</p> <p>Vissa HS-teams enl. A kan dock ha möjlighet.</p>	<p>Ovan punkter, om akut och out-of-office</p> <p>EKG</p> <p>Furix IV / vätskedrivande</p> <p>Blodtransfusion</p> <p>Intravenös antibiotika</p>	<p> Kräver i regel mobila team med högre tillgänglighet/kompetens än vårdcentralernas kapacitet. <b>Kan behövas samlad resurs som stöttar vårdcentralerna<sup>2</sup> pga. annars utmanande att säkra med dagens upplägg</b></p>
<p><b>Behov sjukhusvård – ej lämpligt vårda behov i hemmet</b> ex. instabil patient där möjlighet att snabbt kunna eskalera vårdnivån krävs, alternativt frekventa besök</p> <p><b>5-10%</b></p> <p><b>5-10%</b></p>	<p>Ovan typ av insatser men patienter med behov av:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frekventa besök (&gt;4/dag),</li> <li>• medicinsk övervakning, och/eller</li> <li>• komplicerade samsjuklighet</li> </ul>	

Merparten av vårdbehovet för de mest sköra äldre är på primärvårdsnivå, vilket indikerar att **primärvården bör utgöra navet**

1. Utifrån intervjuer med företrädare från professionen. Figuren är illustrativ  
 2. Falck finns idag för att göra akuta punktinsatser men inte ex. blodtransfusion Falck kan tekniskt sett genomföra fler punktinsatser/uppföljningar. Ingår ej i dagens avtal.

# E. Översikt: Stärkt, sammanhållen mobil vård för de med störst vårdbehov, med primärvården som bas



## Summering av nuläge

En väl fungerande mobil primärvård kan öka patientupplevd vårdkvalitet och förebygga slutenvård. I Skåne ~10k påverkbara SLV-dygn<sup>2</sup> för personer 65+, enl. Socialstyrelsens data. **Primärvården ska vara navet i vården**

**Mobil vårdform för inskrivna i kommunal hemsjukvård, utgående från vårdcentralerna**, regleras i FFU utifrån HS-avtalet. ~7000 patienter inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam enl. HS vid en given tidpunkt<sup>1</sup>

**Olika varianter av mobil vård i gränlandet primärvård-slutenvård ('mellanvård')** har uppstått runtom regionen drivet av behov av bl.a. behov av akuta punktinsatser i hemmet samt minskat antal vårdplatser. Existerande team har ofta osäker finansiering och är pilotbaserade. Ojämnt utbyggt tvärs regionen, och småskaliga projekt

**I flera regioner, ex. Västmanland och Örebro, har närvårdsteams startat som brygga mellan kommuner vs region**



## Utmaning

**Mobila vårdteam utifrån primärvården ojämnt utbredd – från 1 till 5% av kommunens äldre<sup>3</sup>. Av 168 vårdcentraler har ~80 egna vårdteam**, trots att >140 vårdcentraler fått ersättning för vårdformen

Behovet av mobila vårdteam – med uppskattningar om **2-3x fler patienter i behov** av insats - indikerar att vårdform ej tillräckligt utbyggd / ej fått tillräcklig spridning

**Tidigare utvärderingar och intervjuer visar att vårdcentralerna har svårt att klara uppdraget** för den mobila vårdformen enligt HS, exempelvis kring tillgänglighet för hembesök. Svårt för enskilda vårdcentraler att lyckas med enskilda behandlingar i hemmet

**Utöver utmaningar att leverera 'basen', saknas det idag vårdform som kan brygga gapet mellan primärvård och slutenvård**, ex. att med kort inställelsetid kunna ge insatser såsom blodtransfusion etc. som primärvårdens mobila vårdteam i dagsläget har utmaningar att tillgodose



## Förslag åtgärd (djupdyk följer på kommande sidor)

**HS-avtalet i dagens form föreslås ej behållas**

**Mobil vård för de mest sjuka (äldre) föreslås stärkas. Detta omfattar att stärka a) 'basen' (dvs. allmänmedicinska, elektiva mobila insatser) på primärvårdsnivå, och b) 'spetsen', med mer akuta, ibland avancerade mobila insatser.** Tre huvudsakliga alternativ beaktas, samtliga med för- och nackdelar, för att svara mot identifierade behov:

- **1A. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från sjukhusen**
- **1B. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från Förvaltning Primärvård ('Mellanvård')**
- **2. Läkarmedverkan (hela eller delar av) i kommunal primärvård lyfts från FFU till separat ny vårdform** genom ex. ny LOV/LOU som kan tillgodose mobila vårdbehov (elektiv & akut 24/7)

HS-avtalet med mobil vårdform genom vårdcentralerna som nav i 1A och 1B ovan kan stärkas på flera olika sätt, ex. för alla eller ett urval, alternativt stärka vad som ingår.

Ovan alternativ har alla förtjänster och utmaningar, men bör beaktas mot bakgrunden att den mobila primärvården idag är förenad med utmaningar. Vilket alternativ som är mest lämpligt beror bl.a. på genomförbarhet, preferenser och bör utredas fortsatt

# E. För adekvat täckning av mobil primärvård finns två huvudsakliga designval att ta ställning till



## Mobila vårdteam enligt HS-avtal ("basen/bredden")

*Alternativ till utformning i FFU av läkarmedverkan i kommunal primärvård enl. HS-avtal:*

- I **Stärks** - FFU:n<sup>1</sup>/vårdriktlinjer till vårdcentralerna revideras. Olika grader av förändring är möjlig, från att stärka basen (mer uppföljning, tydliggöranden av skullkrav etc.) till att ex. genom tilläggsuppdrag främja 'mobila äldrecentraler'
- II **Oförändrat** - FFU behålls i sin nuvarande form, utan nämnvärda förändringar
- III **Slopas** – Intention enl. HS gäller fortsatt men ny vårdform skapas utanför FFU:n genom ex. ny LOV eller tilläggsuppdrag.<sup>2</sup> Även möjligt att bryta ut delar ur FFU (ex. läkarmedverkan i ordinärt boende)



## Specialiserade mobila teams ("spetsen/akuta insatser")

*Alternativ för styrning av specialiserade 'när vårdsteam' som stöd:*

- I **Sjukhusstyrd** – de sjukhusbundna teamen för akuta punktinsatser/internmedicin kopplas tydligare till vårdcentralerna och får ett tydligare uppdrag att kunna stötta med ex. akuta punktinsatser/konsulttelefon
- II **Primärvårdsstyrd** - ny organisation etableras inom Förvaltning Primärvård som ansvarar för punktinsatsteam ('Mellanvård') och att komplettera vårdcentralerna i deras mobila arbete

1. Förfrågningsunderlaget

2. Innebär inte att vårdcentraler helt slutar göra hembesök - planerade hembesök (ex. för SIP) kvarstår som del av vårdcentralernas grunduppdrag

# E. Beaktat alternativ tvärs dessa 2 dimensioner ses 3 möjliga alternativ för riktning framåt



Specialiserade mobila teams utgående från...



Mobila vårdteam utgående från vårdcentral...<sup>1</sup>

Stärks i FFU<sup>2</sup>

Behålls som i dagsläget i FFU

Slopas i FFU

Sjukhusen

1A Stärkt HS-avtal genom FFU, med vissa mobila vårdinsatser från sjukhusen

Mobila vårdteam från vårdcentraler i befintlig form men kompletteras med teams från sjukhusen eller från ny verksamhet inom primärvården

Mobila vårdteam från vårdcentraler ersätts med sjukhusteams

**Sannolikt ej önskvärt alternativ:**  
*Utbyggnad av mobil och nära vård bör ske med primärvården som bas*

Förvaltning  
Primärvård

1B Stärkt HS-avtal genom FFU och separat PV-verksamhet ('Mellanvård')

**Sannolikt ej önskvärt alternativ:**  
*Flera utvärderingar pekar på att mobil vård genom nuvarande HS-avtal och FFU inte fungerar ändamålsenligt*

2 Separat verksamhet/ny vårdform genom ex. genom ny LOV

Många olika upplägg av mobil vård observeras i dagens system – försvårar överblick och kvalitetssäkring



(Tidig) utredning Koncernkontoret – fokus kommunal primärvård

Landskrona pilotprojekt 

1. Åsytter mobil vårdform enligt HS-avtal  
2. FFU = förfrågningsunderlag

# E. Tre huvudalternativ för att kunna stärka den mobila vården

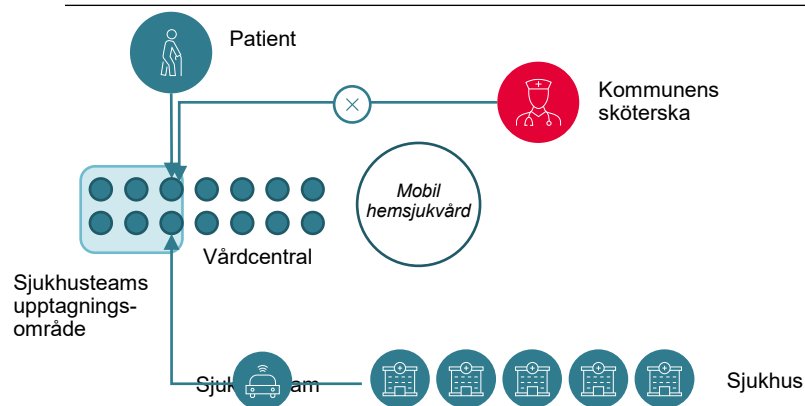
## 1A HS-avtal, med möjlighet till akuta punktinsatser från sjukhusen

Mobil vårdform enligt HS vid vårdcentralerna stärks/behålls

Befintliga sjukhusteam med internmedicinskt/geriatriskt fokus knyts till vårdcentralerna och får i uppdrag att för särskilda upptagningsområden samverka med vårdcentralerna avs. ex:

- Akuta hembesök/punktinsatser
- Tillgänglighet som stöd per telefon eller via digital lösning (som 'bakjour')
- Direktinläggning på avdelning

Standardisering av existerande sjukhusteam och deras utbudskarta krävs



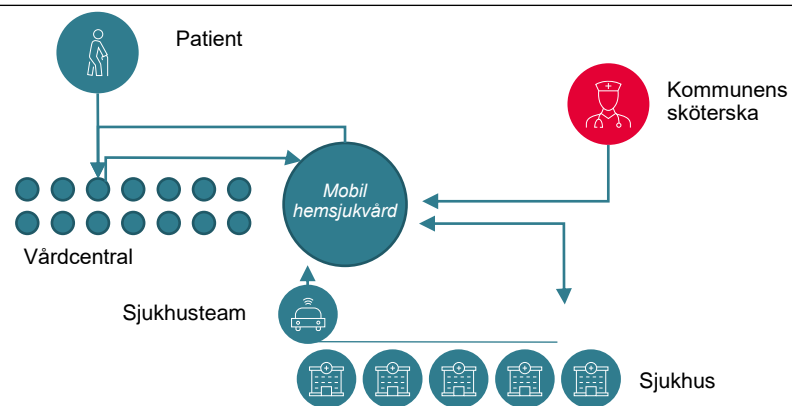
## 1B HS-avtal och ny PV-verksamhet ('Mellanvård') som har möjlighet att ge bl.a. akuta punktinsatser

Mobil vårdform enligt HS vid vårdcentralerna stärks/behålls

Förvaltning Primärvård får anslag för att kunna leverera följande till vårdcentralerna (och sjukhusen), ex:

- Akuta hembesök vid försämrad patient/punktinsatser
- Stöd till vårdcentral (som 'bakjour')
- Ta över patienter från vårdavdelning (tidigare utskrivning)

Befintliga sjukhusteam som redan idag genomför akuta punktinsatser kan både övergå till förvaltning Primärvård genom ex. nyrekryteringar, men också möjligt med samverkan genom ex. Tjänsteköp

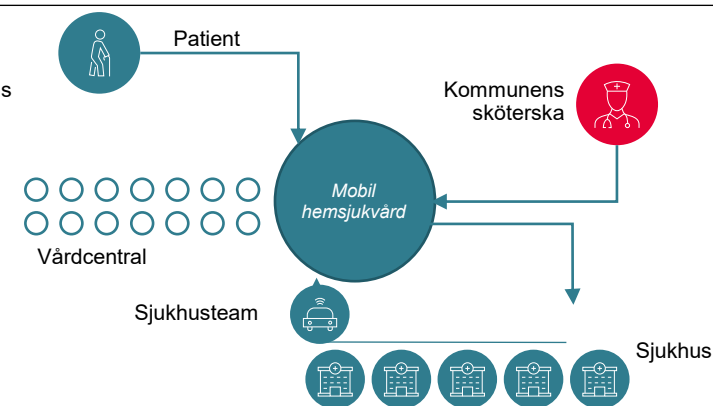


## 2 Separat ny vårdform genom ex. ny LOV/LOU som övertar ansvar eller delar av ansvar från FFU

Mobil vårdform enligt HS vid vårdcentralerna plockas ut, antingen hela eller delar av

Ny separat verksamhet med mobil primärvård i hemmet startas med krav på verksamheten att kunna, ex:<sup>1</sup>

- Ta över 'inskrivning' från vårdcentraler (då får verksamheten hela kapiteringen)
- Kunna genomföra elektiva och akuta insatser
- Vara tillgänglig 24/7
- Göra prehospitala bedömningar i hemmet på Region Skånes larmcentral/ambulansens begäran



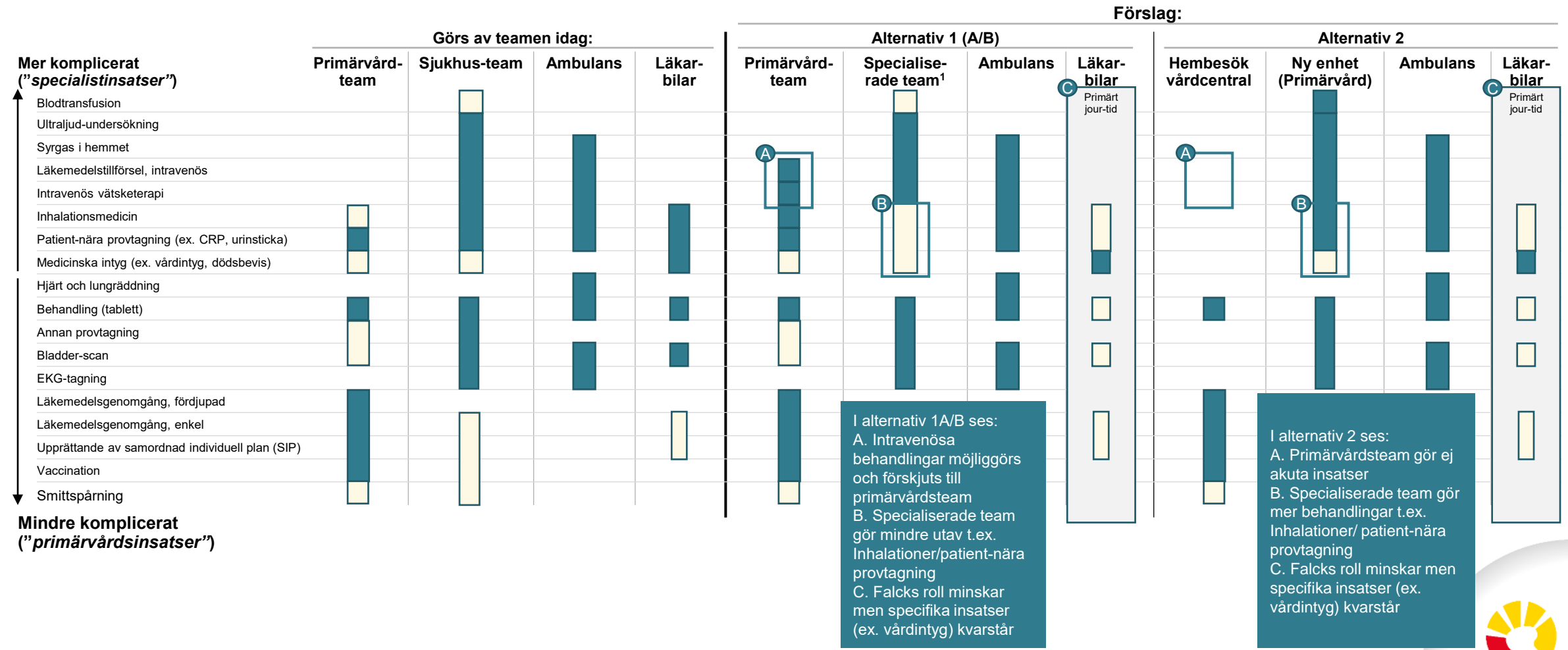
! Ev. kan krav på att kunna göra prehospitala bedömningar i hemmet på ambulansens begäran bli aktuellt för samtliga teams

*I samtliga alternativ (1a, 1b och 2) möjligt att bli inskriven i mobil vårdform vid behov, men att också bli 'utskriven' vid förändrade behov. Patienten verkar i ett sammanhang, där viktigt också med relation till närstående och resurserna som i övrigt finns kring patienten (ex. kommunala). Oavsett vägval – viktigt att det blir tydligt vem som tar ansvar och att i största möjliga mån säkra kontinuitet över tid.*

1. Relevanta delar som beskrivs i 2 kan göras/gälla även i alternativ 1A-B

Källa: Konceptuell organisation baserat på intervjuer med företrädare inom primärvård (kommunal och region), sjukhusen och tjänstemän

# E. Förskjutning av insatser sker till vårdcentralerna och till ny enhet inom primärvården i alternativ 1A/B respektive 2



1. I alternativ 1A utgår de mer specialiserade team från sjukhusen medan i alternativ 1B utgår de från ny enhet under förvaltning Primärvård  
 Källa: Figuren är illustrativ och baserad utifrån intervjuer med företrädare från professionen samt kvalitativ data från de olika team samt registerdata från primärvården.

# E. Översikt kring tre möjliga huvudalternativ framåt

Illustrativ | Ej uttömmande

	1A HS-avtal, med möjlighet till akuta punktinsatser från sjukhusen	1B HS-avtal och ny PV-verksamhet ('Mellanvård') som har möjlighet att ge bl.a. akuta punktinsatser	2 Separat ny vårdform' genom ex. ny LOV/LOU som övertar ansvar eller delar av ansvar från FFU
<b>Inskrivning</b>	Patient med hemsjukvård skrivs in i mobil vårdform om behov finns  Merparten av insatser från Vårdcentralen - vårdcentralen alltid 'first point of contact'	Patient med hemsjukvård skrivs in i mobil vårdform om behov finns  Merparten av insatser från Vårdcentralen - vårdcentralen alltid 'first point of contact'	Invånare med behov av kommunal primärvård och mobil vårdform ges möjlighet att skrivas ut från vårdcentral till ny egen verksamhet som har hela patientansvaret. Detta kan vara ex. en ny ackrediterad enhet
<b>Uppdrag/roller</b>	Vid (akuta/mer komplexa) behov kan vårdcentral/kommun kontakta specialistteam/närsjukvårdsteams (via sjukhusen) för akuta mobila punktinsatser eller konsultstöd. Sjukhuset kan också nyttja specialistteamet för att möjliggöra tidigarelagda utskrivningar samt prehospitala bedömningar i hemmet (ex. efter samtal från ambulanspersonal eller larmcentral)  Dessa teams ansvarar för visst geografiskt upptagningsområde	Vid behov av akuta mobila punktinsatser, intensifierad uppföljning eller konsultstöd kontaktar vårdcentral/kommun/sjukhus en 'Mellanvårdsorganisation' under förvaltning Primärvård Verksamheten kan nyttjas av både privata och offentliga vårdcentraler Teamet stöttar bredare än enbart patienter i kommunal primärvård	Nya verksamheten/r sköter både "basen" (icke-akuta hembesök och vårdplanering) och "spetsen" (akuta punktinsatser) i hemmet  Omfattning på uppdrag beror på, antingen hela läkaruppdraget men också möjligt att enbart ex. lyfta ut vårdcentralernas läkarmedverkan i korttidsboende/OBO som är extra svåra för VC att tillgodose
<b>Kompetenser</b>	Från vårdcentraler allmänläkare och från sjukhusen fortsatt huvudsakligen sjukhusläkare (ex. internmedicinare, geriatriker)	Allmänläkare, internmedicinare, geriatriker Möjlighet till nyanställning av läkarresurser med erfarenheter från de sjukhusbundna teamen	Grupp läkare som enbart arbetar med mobil hemsjukvård Beroende på ansvar i LOV/LOU kan fler kompetenser ingå
<b>Tillgänglighet</b>	Vårdcentral: 8-17  Sjukhusteam: 24/7 (sannolikt besök dag/kväll och konsulttelefon natt)	Vårdcentral: 8-17  'Mellanvård': 24/7 (sannolikt besök dag/kväll och konsulttelefon natt)	24/7 – jämförbart med ASIH
<b>Finansiering</b>	Vårdcentral: fortsatt via listning och besöksersättning Sjukhusteam: via särskilt anslag som tillkommer	Vårdcentral: fortsatt via listning och besöksersättning 'Mellanvård': via särskilt anslag till PV	Verksamhet tar hela kapiteringen och ytterligare medel för extrainsatser (vid LOV) eller via särskilt anslag
<b>Organisation</b>	Vårdcentralerna: oförändrat via ~50/50 privat/region-drivna enheter Sjukhusteam: separat enhet/klinik eller utgående från medicin/geriatrik/akutmottagning	Liknande som ASIH och knutet till denna verksamhet, en organisation på exempelvis 8 orter med närhet till sjukhusen	Flera organisationsformer möjliga: genom ex. Tilläggsuppdrag, göra helt ny LOV/LOU
<b>Samverkan</b>	Vårdcentraler kan ev. samarbeta som resursenheter med gemensamma inskrivningsläkare och därigenom poola resurser  Sjukhusteamen tilldelas geografisk område med vårdcentraler de samverkar med	Vårdcentraler kan ev. samarbeta som resursenheter med gemensamma inskrivningsläkare och därigenom poola resurser Nya verksamheten kan – genom samverkan med sjukhuset – också möjliggöra tidigarelagda utskrivningar samt prehospitala bedömningar i hemmet (ex. efter samtal från ambulanspersonal eller larmcentral). Kommunens sköterska vet vem som ansvarar för patienten och kan – dygnet runt – nå någon från teamen	Kommunens sköterska vet vem som ansvarar för patienten och kan – dygnet runt – nå någon från teamen. Behovet av akuta punktinsatser via läkarbilar eller sjukhusteam minskar då Enheten har tätt samarbete med sjukhuset (exempelvis med läkarbemanning från sjukhusen och möjlighet till direkt-inläggning på avdelning)

Källa: Intervjuer med företrädare inom primärvård (kommunal och region), sjukhusen och tjänstemän



# E. Kartläggning av utvalda befintliga projekt till alternativen

## 1A Stärkt HS-avtal genom FFU, med sjukhusstöd



### Geriatriskt akutteam Helsingborgs lasarett

#### Verksamhet/ exempel

Trots avsaknad av avtal och uppdrag – finns områden där sjukhusen tagit större ansvar över akuta hembesök till populationen sköra äldre med kommunal primärvård genom eget geriatriskt akutteam, för att förebygga inskrivningar vid sjukhuset

## 1B Stärkt HS-avtal genom FFU och separat PV-verksamhet ('Mellanvård')



### Landskrona pilotprojekt

Pilotprojekt för att testa 'mellanvård'. Arbetsgrupp med representanter från ASIH, internmedicin, kommunen, offentlig VC, privat VC och Falck har utvecklat ett *närsjukvårdsteam*, med primärvården som nav i samverkan med övriga vårdgivare. Teamets uppgifter ska omfatta: Råd & stöd, tillfälliga punktinsatser, möjlighet att under en period proaktivt skriva in sviktande patienter, mobil dagvård för icke mobila patienter samt direktinläggningar

## 2 Separat primärvårdsverksamhet/'helt ny vårdform' genom ex. ny LOV



### (Tidig) utredning Koncernkontoret – fokus kommunal primärvård

Vid Koncernkontoret finns en arbetsgrupp som på uppdrag av HSN utreder möjligheterna att lägga ut uppdraget om läkarmedverkan i kommunal primärvård på färre aktörer för de mest sjuka äldre där ny vårdform införs genom ex. helt ny LOU/LOV, alt. anslag, tilläggsuppdrag

#### Beskrivning

Sedan 2019  
2 bilar med läkare och sköterska  
Gör ca 200 hembesök per månad (hälften till korttidsboende, som ofta har betydande vårdbehov)  
Verksamhet 8-16.30 (vardag)  
Oftast kommunens distriktssköterska som kopplar in teamet

Sedan 2022, påbörjas nu  
2 läkare, 3 sjuksköterskor, kurator, medicinsk sekreterare, kurator. Landskrona lasarett tänkt kunna stötta upp med ytterligare resurser såsom biståndsbedömare, fysioterapeut och arbetsterapeut. 1 av medicinavdelningarna på lasarettet kopplas till teamet för ex. direktinläggningar  
Verksamhet kl. 08-17  
Utgår fysiskt från lasarettet  
Palliativa/ASIH-organisationen hemvist för teamet, men teamet ett fristående ben  
På kontorstid företrädesvis patientens fasta läkare från patientens VC samt kommun-SSK som hanterar ärenden

Verksamhet finns ännu inte (ej heller beslut)  
Ny vårdform tänkt att utföras av grupp läkare (ej enmanslådor)  
Omfatta både planerade och oplanerade insatser – ej parallellt med vanlig mottagningsverksamhet  
Gälla 24/7  
Verksamheter för geografiskt avgränsade verksamhetsområden  
Möjlighet att framförallt gälla patienter i korttidsboende och ordinärt boende (mest resurskrävande och svårast för enskilda VC att klara inom ramen för befintligt upplägg)







#### Utfall/ nästa steg

Stor upplevd patientnytta  
Minskar trycket på akutmottagning  
Friar vårdplatser  
Dock kostnad högre än hembesöks-ersättningen (som kommer från vårdcentralerna)

Pilot genomförs under kommande år  
Intention om uppskalning till hela Skåne om resultaten blir positiva (men närmare detaljering har inte genomförts ännu)

Utredning pågår där en underlagsrapport tas fram av arbetsgruppen. Ännu finns inget färdigt material

# E. Alternativen för stärkt mobil vård kan analyseras med stöd av sex dimensioner








Dimensioner	Beskrivning
 <b>Patientnytta</b>	I vilken mån vårdformen/alternativet kan bidra till bättre vårdkvalitet och patientupplevd kvalitet
 <b>Möjlighet till jämlik vård</b>	Möjlighet att säkra jämlik och tillgänglig vård för Skånes invånare
 <b>Kompetensförsörjning</b>	Möjlighet att säkra kompetensförsörjningen för resp. alternativ, ex. nyrekrytering av specialister
 <b>Krävda investeringar</b>	Storlek på nödvändiga investeringar för att införa alternativet
 <b>Nya strukturer/ organisation att bygga</b>	I vilken omfattning nya strukturer behöver komma på plats i samband med förändringen I vilken utsträckning utvecklingen är 'driftsneutral' (ex. ej missgynna privata aktörer/ej utesluta egen regi)
 <b>Risk</b>	Omfattning och typ av risker förenade med alternativet

# E. Illustrativ utvärdering av alternativ 1a, 1b och 2

Illustrativ | Ej uttömmande | Preliminär vy

■ Mycket önskvärt ■ Önskvärt ■ Neutral/behöver undersökas

Bedöms som mest fördelaktiga alternativ – mer utredning krävs:

Utvärderingskriterier	1a Stärkt HS-avtal genom FFU till VC, med sjukhusstöd	1b Stärkt HS-avtal genom FFU och separat PV-verksamhet ('Mellanvård')	2 Separat primärvårds-verksamhet/'helt ny vårdform' genom ex. ny LOV
 <b>Patientnytta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Möjligheten till VC-kontinuitet behålls</li> <li>■ Mest likt nuvarande upplägg, i vilket det upplevs finnas utmaningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Möjligt behålla VC-kontinuitet, samtidigt som vården förstärks genom möjlighet få akuta punktinsatser</li> <li>■ Ev. inte omöjligt att akuta punktinsatser går att säkra inom ramen för FFU – behövs då extra mellanvård?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kan tydligt säkra uppdraget och bli specialister på vård i hemmet – flera utvärderingar visar att läkarmedverkan i primär kommunalvård ej fungerar ändamålsenligt och egen nischverksamhet skulle kunna komplettera vanliga vårdcentralsuppdraget</li> <li>■ Ev. ej önskvärt för patient/närstående med omlistning?</li> </ul>
 <b>Kompetensförsörjning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kräver sannolikt relativt få nyrekryteringar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kräver sannolikt nyrekryteringar av personal, där ex. punktinsatsteam från sjukhusen ev. kan behöva tilltalas av att övergå i 'mellanvårdsstrukturen'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kräver sannolikt nyrekryteringar samt planering för att bygga verksamhet; ev. kan dock upphandlad leverantör säkra</li> </ul>
 <b>Krävda investeringar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verkar inom ramen för befintliga strukturer</li> <li>■ Signifikant roll för sjukhusen, som utgör relativt sett dyr resurs. Förstärkning krävs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resurskrävande bygga nya strukturer, dock finns ASIH-modellen redan som kan efterliknas</li> <li>■ Möjliggör för existerande sjukhusteam att finnas kvar men finansierade av "ny" förvaltning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resurskrävande bygga nya strukturer, men likt ovan kan ev. fast budget skapas för att upphandla tjänsten och därigenom säkra kostnadskontroll</li> </ul>
 <b>Möjlighet till jämlik vård</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alla erbjuds samma möjlighet att utföra uppdraget och det sker på lika villkor, ev. behövs dock olika villkor för att uppnå jämlik vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centraliserad/regional funktion skapar ev. stärkta förutsättningar för jämlik vård</li> <li>■ Se 1a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centraliserad/regional funktion kan skapa förutsättningar för jämlik vård – men beroende på vald organisationsform krävs att man lyckas få till jämn spridning i länet</li> </ul>
 <b>Nya strukturer/organisation att bygga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verkar huvudsakligen inom ramen för befintliga strukturer, men sjukhusens roll behöver stärkas och få mer struktur</li> <li>■ Behåller primärvården som navet i vården</li> <li>■ Driftsneutralt att verka inom FFU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Risk överlapp till befintligt PV-uppdrag – kommer kräva tydliggöranden</li> <li>■ Fler verksamheter innebär fler gränssnitt, kan vara utmanande att skapa tydlighet inledningsvis</li> <li>■ Anslagsfinansierad verksamhet för PV ej driftsneutral – privata 'utestängs'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fler verksamheter innebär fler gränssnitt, kan vara utmanande att skapa tydlighet inledningsvis, men kan på sikt bidra till ökad tydlighet</li> <li>■ Flera organisationsformer möjliga. Ex. en ny LOV är neutral, medan LOU stänger ute privata</li> </ul>
 <b>Risk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Innebär utökat arbete och krav på primärvård som redan har svårt att klara sitt uppdrag på många håll</li> <li>■ Praktisk erfarenhet i Skåne av kravställning enligt FFU inte så god – ej säkert få till stärkning av mobil vårdform enligt HS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Innebär utökat arbete och krav på primärvård som redan har svårt att klara sitt uppdrag på många håll</li> <li>■ Praktisk erfarenhet i Skåne av kravställning enligt FFU inte så god – ej säkert få till stärkning av mobil vårdform enligt HS</li> <li>■ Risk för organisatoriska överlapp med otydlighet vilka uppgifter som görs på vårdcentral, sjukhus och ny mellanvård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Risk riva upp flera verksamheter som i dagsläget fungerar väl?</li> <li>■ Risk urholka primärvårdsuppdraget och ev. göra primärvården mindre attraktiv som arbetsgivare då man förlorar bredd i arbetssätt</li> </ul>
 <b>Sammanfattad utvärdering</b>	<p>Bygger på existerande verksamhet med primärvård som nav och utveckling av existerande sjukhusbundna verksamheter</p> <p>Troligen <b>mest genomförbart</b> men också <b>störst risk att utfallet blir likt dagens läge, samt risk att förlora chans att 'stärka' primärvården</b></p>	<p>God <b>möjlighet att täcka vårdbehoven</b> hos invånare men kan medföra <b>risiker för organisatoriska överlapp samt dubbelarbete</b></p>	<p><b>Störst investeringar och ev. utmanande att etablera</b>, men kan vid lyckad implementering skapa stor tydlighet samt en <b>holistisk vårdlösning</b></p> <p>Risk urholka vårdcentralsuppdraget</p>

# E. Stort behov upplevt behov av ny 'mellanvårdsform' inom professionen

Analysen av mönster av inskrivningar resp. utskrivningar från sjukhus visar ingen tydlig korrelation mellan primärvårdsteam och utfall från sjukhuset. Det finns dock flertalet faktorer – demografi, socioekonomi, ålder – som spelar in. Sannolikt är den mobila verksamheten för begränsad för att ge utfall "på totalen"

Flertalet intervjupersoner i kartläggningen framhåller dock behovet av mellanvårdsform samt att det finns stor potential att förebygga undvikbara inskrivningar vid sjukhus genom stärkt och mer samordnad mobil vård i länet



## Sjukhusen



*Det saknas en utbyggd vårdform mellan besök på akuten och 2 veckors väntetid till vårdcentral*

**Verksamhetschef, sjukhus**



*Primärvården har ibland svårt att klara sitt uppdrag givet bl.a. kompetensförsörjningsutmaningar men även bristande finansiering*

**Verksamhetschef, sjukhus**



*Det finns ett stort gap mellan öppenvård och slutenvård. Vi behöver fylla närsjukvårdsgapet*

**Företrädare, sjukhusbundet mobilt team**



## Primärvården



*Ett viktigt behov är akut behandling med möjlighet till uppföljning under några dagar*

**Primärvårdschef**



*Den mobila primärvården idag är för de mest sjuka äldre. Men vi behöver något bredare för att svara mot behoven*

**Primärvårdschef**



*Med fördel sker komplettering med spets i form av mer avancerade insatser i hemmet, såsom blodtransfusioner, allvarliga infektioner som kräver tät tillsyn med vård liknande sjukhusnivå*

**Chef, privat vård**



## SOS/Larmcentralen/Ambulans



*Det hade varit önskvärt med bedömningsbilar till tveksamma ärenden för att hushålla med resurser*

**Larmcentralen**



*Det vore önskvärt med någon form av hemsjukvårdsbilar som vi kan koppla upp oss mot samlat*

**Chef, VO Ambulans**



*Det finns ett stort behov av att använda mobila team. Det finns också tekniska förutsättningar*

**Larmcentralen**

# E. Det finns både aspekter som talar emot och för ett stärkt HS-avtal

## – Talar emot stärkt HS-avtal – vad vi hör

- HS funnits sedan 2016 men fortfarande begränsad effekt – ej tid att vänta flera år till. Försök redan gjorts av beställare att revidera avtal/FFU för att öka implementeringen
- FFU ej lämplig för detaljerade beskrivningar/krav – och krav på inställetid framgår redan i vårdriktlinjer, men upplevs ändå inte uppfyllas
- FFU/vårdval bygger på valfrihet – mobil läkarmedverkan enligt HS bedöms vara för viktigt för att vara valfritt, där VC kan välja att ansluta sig till mobil vårdform
- Svårighet att möjliggöra resurseffektivitet med så många olika aktörer och hög fragmentering
- Vårdcentraler skriver ej in i mobil vårdform enl. HS pga. anses vara för mycket arbete – fler kommer då inte bli inskrivna för att man höjer kraven ytterligare
- 'Marknadskrafter' fungerar ej som tänkt – patienter skriver i låg utsträckning om sig till VC med bättre mobilt utbud
- Omfattar <2% av befolkningen – därmed praktiskt möjligt att bryta ut utan att urholka primärvårdsupdraget

“ ” *Intentionen i HS-avtalet är helt rätt, men det fungerar inte att nära 170 vårdcentraler ska genomföra detta med enmanslådor. Flera utvärderingar har pekat på detta. Färre aktörer måste till*

- **Tjänsteman, Koncernkontoret**

## + Talar för stärkt HS-avtal – vad vi hör

- Uppfattning bland många inom primärvården att 'HS ej getts ärlig chans' och att betydande förändringar avs. uppföljning, beställansvar, tydlighet, förutsättningar genom incitament/resurser etc. kan ge effekt
- Mobil och nära vård viktigt och förutspås öka; angeläget då att bygga vårdcentralernas muskler och skapa förutsättningar att kunna leverera mobil vård
- Premiss för primärvård att ansvara för hela vården för hela befolkningen – "från vaggan till graven". Ej gynnsamt bryta ut
- Möjlighet för VC att inom FFU få skalfördelar genom att samverka mer i resursenheter; skala därmed möjlig och kan stärkas

“ ” *HS-avtalet har aldrig getts en ärlig chans att fungera. Att riva upp detta nu vore helt fel. Istället borde man ändra på det som inte fungerar, något som faktiskt inte gjorts*

- **Verksamhetschef, primärvård**

# E. Förstärkning av HS-avtalet kan göras enligt en skala av mer eller mindre radikala insatser

1A / 1B

## Behåll befintligt uppdrag om läkarmedverkan i kommunal primärvård i FFU men...

### ... stärk basen för alla



Flera av huvudåtgärderna som beskrivits i tidigare utvärderingar samt identifierats i denna kartläggning bör ses över, ex:

**Tydliggöranden i FFU alt. riktlinjer till vårdgivarna** (vad ingår/vad ingår inte)

**Stärkt uppföljning av utfall och genomförda insatser**; större beställaransvar behöver tas

**Stärkt ersättning** med bl.a. inflationsjusterad kapitering samt besöksersättning för att skapa incitament. Dock löser ersättning sannolikt inte bemanningssvårigheter

Inför **stöd/coaching och riktad information** till vårdcentralerna samt till patienter med närstående

### ... inför möjlighet till frivillig stärkning



Möjligt stimulera nya äldrecentralsverksamheter inom ramen för befintligt avtal genom stärkta förutsättningar, ex att:

Skapa möjlighet till **tilläggsuppdrag för mobila äldrecentralsverksamheter i FFU**, med högre ersättning för att åta sig att utföra fler insatser och ha högre tillgänglighet

Inför ny form av **ackrediterad vårdenhet, Mobil äldrecentral**, jämte befintliga VC, där ny enhet ex. slipper krav på ex. mottagningsverksamhet och har högre kompetenskrav. Patienter kan då välja mellan mobil äldrecentral eller vårdcentral som uppfyller kraven på mobilt vårdteam

Möjliggör för **VC att teckna underleverantörsavtal med enhet som utför hela uppdraget gällande läkarstödet i mobilt vårdteam**

Stöd till vårdcentraler att bilda **resursenheter för samverkan** (ex. resursenheter för förbestämda geografiska områden som Region Skåne stödjer att hantera och skapa strukturer för)

### ... genomför tvingande skärpning



Möjligt att mer tvingande styra vårdcentralerna hur de ska arbeta kring mobil vårdform i FFU, ex.

**Höja kraven** för vad som ska ingå – ex. minimikrav kunna göra intravenös antibiotika

Revidera så att **alla vårdcentraler i respektive delregionala samverkansområden (6 st) behöver förbinda sig till att samverka runt en resursenhet** som står för ansvaret avseende läkarmedverkan i delregionen. Detta garanterar att det finns verksamhet i alla delregioner samt att vårdcentralerna behöver samverka kring läkarmedverkan

2

Grad av förändring

## Förändra uppdraget...

### ... flytta ut delar från FFU



Möjlighet att flytta ut delar av, eller hela, uppdraget ur förfrågningsunderlaget

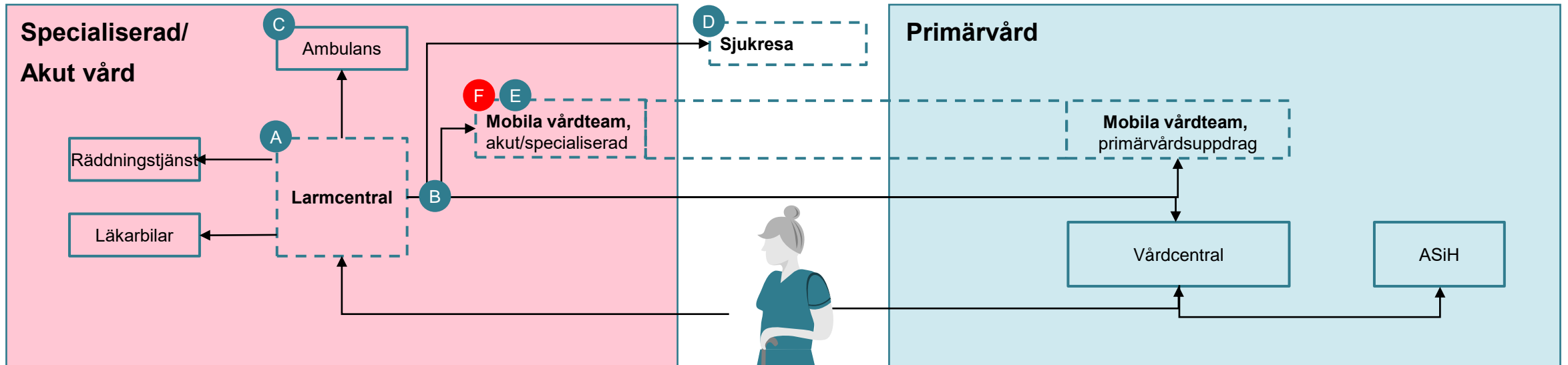
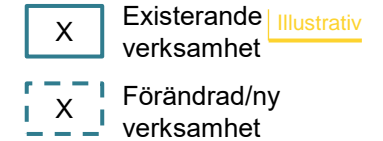
T.ex. kan uppdraget med mobilt vårdteam för patienter i ordinarie boende och på korttidsboenden plockas ut och läggas på **egen LOV/LOU. Alternativt kan hela uppdraget lyftas ut där verksamheter 'ackrediteras'**

Då får regionen ex. underleverantör av "geriatrisk sjukvård i hemmet" eller bredare internmedicinsk sjukvård i hemmet

Flera intervjupersoner framhåller att A ("stärka basen för alla") är otillräcklig och att större förändring krävs Sannolikt för många aktörer idag



# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)



# F. Översikt: Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser

## Summering av nuläge



Det finns idag över 150 mobila team (både sjukhus och primärvård), av mycket varierande karaktär och omfattning. Ingen mer 'central' styrning finns från regionen, samtidigt som det finns önskemål om större samordning

## Utmaning



Det finns stor förvirring kring de mobila verksamheterna och en upplevelse av att det spretar för mycket

Redan 2014-2015 påpekades centralt att nya mobila team ej borde startas utan att befintliga utvärderats. Så har ej varit fallet; och team har startats löpande. De nya initieras ofta av verksamheten som ser ett omedelbart behov, men inte alltid med hänsyn till det större systemet eller nivåstrukturering

## Förslag åtgärd (djupdyk följer kommande sidor)



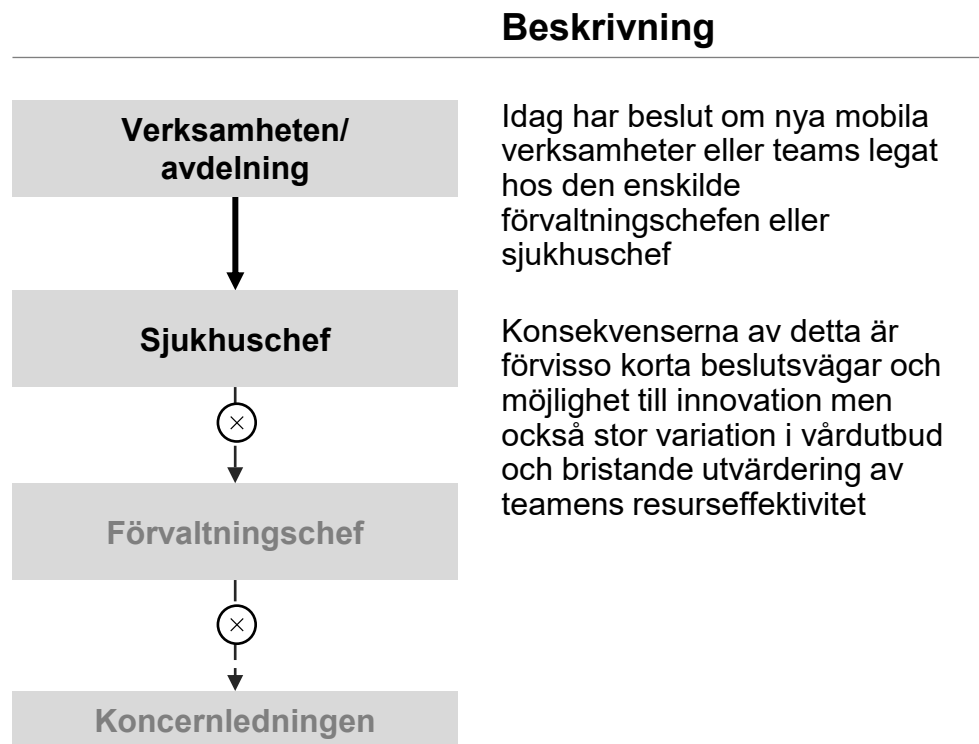
**Utformning av nya sjukhusbaserade team ska ske under en formell process för skapande av nya team**

- Om behovet av mobilt sjukhusteam upplevs i verksamheten (t.ex. geriatrik, akutmedicin, internmedicin<sup>1</sup>) så skall efterfrågan, utformning och resurseffektiviteten belysas och presenteras för Förvaltningschefen
- Förvaltningschefen tar med sig förslaget till Koncernledningen där beslut fattas
- Existerande teams kan antingen införlivas i mobil närsjukvård under Primärvården eller – med hänvisning till nivåstrukturering och specialiserad vård – kvarstå under sjukhusen
- Förvaltningarna ska, i den mån man har flera mobila teams i förvaltningen, undersöka möjligheter att samordna existerande mobila resurser

1. Dvs. bortsett från mindre team med spetskompetens såsom neonatal, neurologi, gyn-mottagning

# F. Innan nya sjukhusbundna mobila team skapas bör förslagen presenteras inför Koncernledningen

Idag:



Förslag:



# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

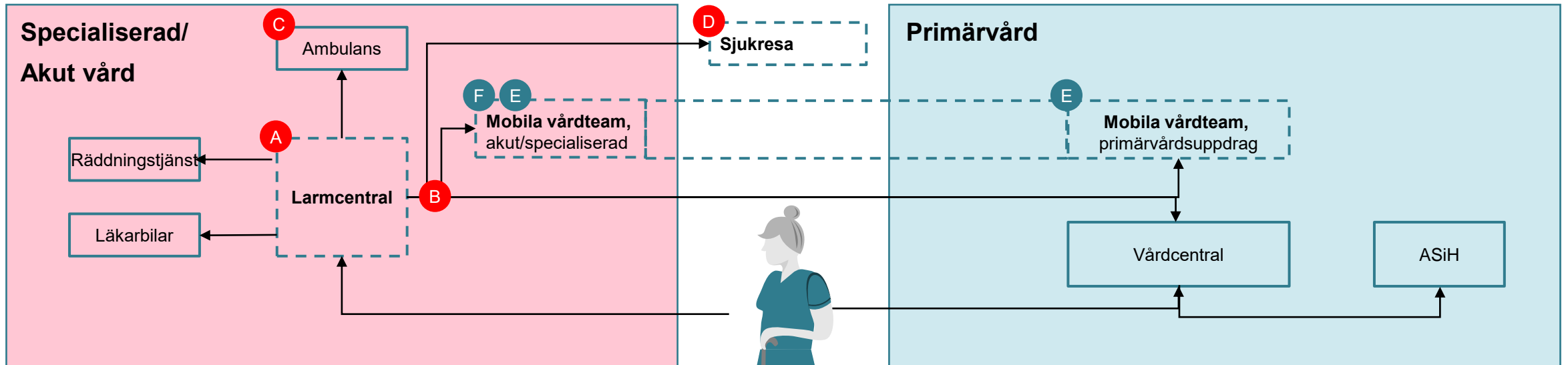
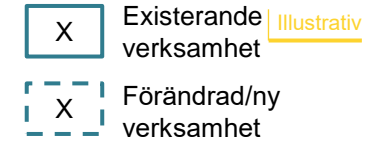
Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

- **F. Åtgärdsförslag i det kortare perspektivet**

- Omvärldsanalys
- Resultat från enkät om mobil vård
- Övrig

# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)

# Översikt av kortsiktiga och långsiktiga åtgärder (1/2)

Åtgärdsförslag för att i det kortare perspektivet bidra i rätt riktning som stöd för långsiktig utveckling

Åtgärd	Kortsiktiga åtgärder	Långsiktiga åtgärder
A. Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens	<p><i>Lämpliga åtgärder beror på vilket vägval/designval som beslutas, ex. åtgärder vid övergång till samlad/egen regi:</i></p> <p>Skapa grupp med representanter från regionen (t.ex., RSLc, ambulanssjukvården, RLS) och potentiellt nya roller (t.ex., tidigare anställda från VGR/Uppsala), med uppdrag och mandat att</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Detaljera upplägg och utformning av larmcentralen (bemanning, geografi, osv.)</li><li>• Förenkla informationsöverföringen mellan aktörer</li><li>• Påbörja arbetet mot IT som möjliggör delning infrastruktur, inklusive kommunikation (Rakel/CoordCom), journalåtgång, "minnesfunktion" gällande mångringare, osv.</li></ul> <p>Påbörja rekryteringsinsatser, t.ex., nå ut till relevanta utbildningar, utforma internt utbildningsprogram för operatörer, närvaro på relevanta fora/mässor, utforma upplägg för rotationstjänster</p> <p>Säkra tillgång till journalsystemet för ambulanspersonal i egen regi (vilket redan finns i olika uträkning i olika regioner och delvis testas i Region Skåne genom NPÖ för ambulanspersonal i egen regi). Idag föreligger juridiska utmaningar att införa detta på samma sätt även för ambulans på entreprenad</p> <p>Säkerställa effektivt samarbete med relevanta andra aktörer, t.ex., incitament för SOS Alarm för samarbete genom övergångsfasen</p>	<p><i>Lämpliga åtgärder beror på vilket vägval/designval som beslutas, ex. åtgärder vid övergång till samlad/egen regi:</i></p> <p>Uppföljning och inrapportering till regionstyrelsen av framsteg samt KPI:er före- och efter övergång till samlad regi</p> <p>Fortsatt uppföljning och utformning av RLS roll som integrerad funktion i övriga RSLc</p> <p>Kontinuerliga rekryteringsinsatser, inklusive utformning av juridisk väg till rotationstjänster inom den privata ambulansverksamheten</p> <p>Säkerställa sammanhållen journaltillgång och journalföring tvärs hela larm- och vårdkedjan</p> <p>Etablera samarbete med andra regioner, t.ex. VGR, för att tillgodose redundans i systemet</p> <p><i>Överväg en datastyrd optimering gällande positionering av ambulansstationer (djupdyk följer)</i></p>

# Översikt av kortsiktiga och långsiktiga åtgärder (2/2)

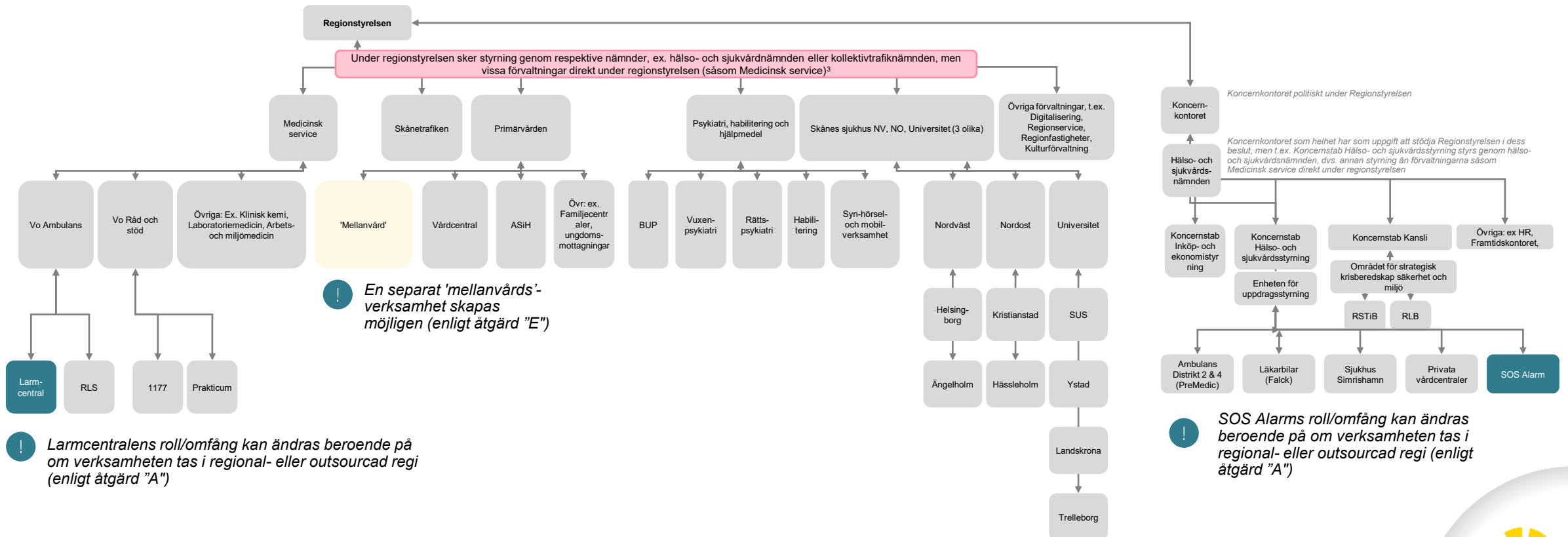
Åtgärdsförslag för att i det kortare perspektivet bidra i rätt riktning som stöd för långsiktig utveckling

Åtgärd	Kortsiktiga åtgärder	Långsiktiga åtgärder
B. Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet	<p>Påbörja arbete att sammankoppla lämpliga existerande akutmedicinska/geriatriska/internmedicinska punktinsatsteam (exempelvis team i Landskrona och Trelleborg) alternativt samverkande primärvårdsteams i resursenheter med larmcentralen</p> <p>Inför liggande sjuktransporter som alternativ till ambulans för transport av patienter med minimala vårdbehov men som är olämpliga för sjukresa</p> <p>Vidga arbetet med existerande psykiatriambulanser i Malmö, Kristianstad, Helsingborg (ska vara i bruk oktober '22) till att tillgodose täckning tvärs regionen, och därmed förse jämlik vård</p> <p>Överväg att skapa möjlighet att prioritera patienter i 1177's kösystem för att avlasta larmcentralens verksamhet samt skapa redundans i systemet</p>	<p>Bygg ut mobila vårdteam (<i>enligt åtgärd E</i>) till den grad att de patienter som kan behandlas i hemmet undviker ambulans och akutsjukvård, och kan användas i dirigeringen av resurser</p> <p>Vidga användandet av liggande sjukresa, lättvårdsambulans och psykiatriambulans som alternativ till ambulans</p> <p>Implementera digital självtriagering i verksamheten, med en potential att avlasta både primärvård och larmcentralens verksamhet. Pilotprojekt i annat land<sup>1</sup> visar en potential för:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 41% av akuta vårdfrågor lämpade sig för digital självtriagering</li><li>• 9,9% minskning i insatser utförda på primärvårdsnivå (motsvarande ~0,5 mSEK) genom digital självtriagering, som främst minskade behov av ej-akuta ärenden</li></ul> <p>Inför verktyg som möjliggör bedömning av RLS genom videoupkoppling till ambulanssjukvårdare</p>
C. Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter	<p>Säkra starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheterna i egen resp. privat regi. Två alternativ föreslås:</p> <p>A. Upprätta en separat enhet som styr, utvecklar, följer upp, och sköter verksamhetsuppföljning (inklusive avtalsuppföljning) tvärs både den offentliga och privata ambulansverksamheten</p> <p>B. Uppdra åt Medicinsk Service (och underliggande verksamhet) att återrapportera samordningsuppdraget samt leverera en enhetlig kvalitetsuppföljning av ambulansverksamheten</p>	<p><i>Vid önskemål om ytterligare styrning för att säkra mer enhetlig styrning tvärs ambulansverksamheterna i Skåne är det t.ex. också möjligt att överväga att bolagisera den privata verksamheten i eget bolag (likt Region Stockholm med AISAB). Dock bör samordningsansvaret först stärkas. Vidare kan det långsiktigt vara angeläget med en samlad nämnd för styrning som tar emot rapportering och uppföljning från såväl de privata som de offentliga ambulanserna om utmaningarna kring daglig samordning kvarstår</i></p>
D. Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans (Direktiv 65)	<p>Utforma upphandling för att möjliggöra dubbelbemannade fordon, utrustning och utbildning anpassat till uppdraget</p> <p>Uppdra åt relevant resurs (fysioterapeut/arbetsterapeut) att verifiera rätt verktyg och utbildning för uppdraget</p>	<p>Säkerställa regelbunden uppföljning med Skånetrafiken (och ambulanssjukvården) för att följa implementering</p>

# Till följd av de förändringar som föreslås, skapas möjligen en ny enhet under PV samt ändrat omfång av larmcentral/SOS Alarm

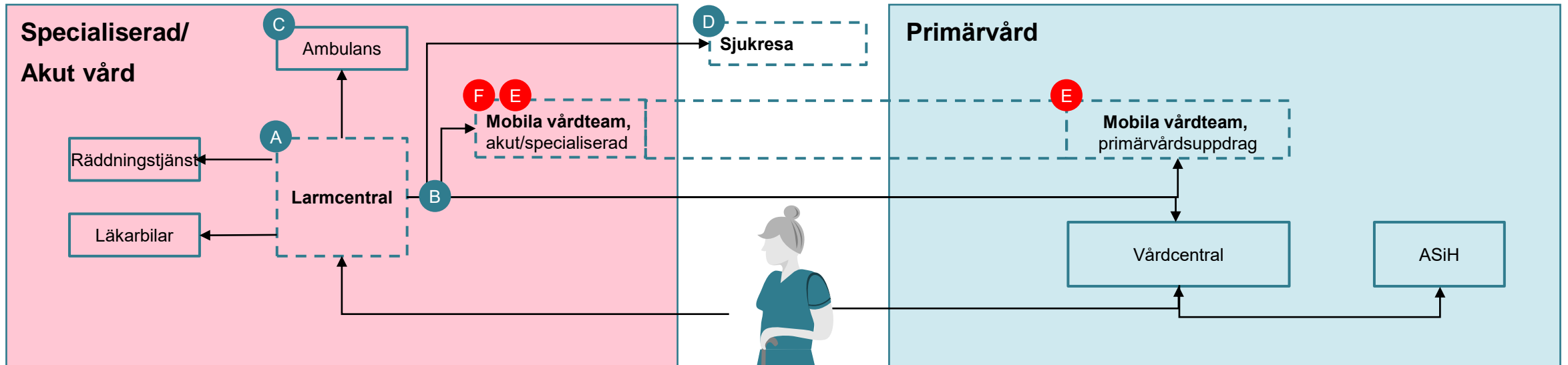
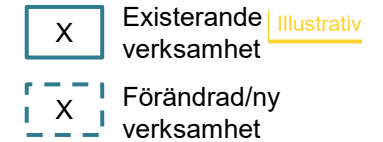
Fokus akut prehospital vård och mobil vård – Övriga förvaltningar under regiondirektör och hälso- och sjukvårdsdirektör har utelämnats för ökad läsbarhet

- Existerande verksamhet
- Förändrad verksamhet
- Ny verksamhet





# I framtidens hälsosystem har invånaren ökad tillgång till mobil vård på rätt vårdnivå och med hög tillgänglighet



Ökad tillgänglighet av rätt vårdnivå

- A** Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens
- B** Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet
- C** Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter
- D** Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans

- E** Tillräcklig och jämlik tillgång till mobila resurser i primärvård för att förse mobil vård till de som remitteras dit från vårdcentral – med tillgång till akuta resurser på jourtid och när specialistresurs krävs

Jämlikt utbud av mobila vårdteam med till sjukhuskompetens (ffa geriatrik, akutmedicin och allmänmedicin) för att undvika inläggningar och möjliggöra utskrivningar – med stark samverkan och styrning baserat på primärvårdens behov

- F** Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser (t.ex. onkologi, neuro etc.)

# Översikt av kortsiktiga och långsiktiga åtgärder

Åtgärdsförslag för att i det kortare perspektivet bidra i rätt riktning som stöd för långsiktig utveckling

Åtgärd	Kortsiktiga åtgärder	Långsiktiga åtgärder
E. Stärkt HS-avtal alt. 'mellanvård'	<p><i>Lämpliga åtgärder beror på vilket vägval/designval som beslutas, ex. åtgärder:</i></p> <p>Genomför harmonisering internt avseende pågående utvecklingsinitiativ; tillsätt arbetsgrupp som utarbetar förslag på lösning</p> <p>Utvärdera pågående projekt, ex. Landskrona-pilot</p> <p>Inled/fortsätt arbete med revidering av förfrågningsunderlag och ersättningsmodell kopplat till HS, inkl. tydliggöranden av uppföljning och förväntningar, sondera möjlighet till LOV/LOU etc.</p> <p>Skapa gemensam plattform för utbyte av idéer mellan vårdgivare, ex. en mäsas för informationsutbyte om mobil vård</p> <p>Inga justeringar i nuvarande avtal med läkarbilar (som drivs av Falck) för att kunna tillgodose (akuta) hembesök utanför kontorstider samt vård- och dödsintyg, speciellt i det korta perspektivet</p> <p>Påbörja undersökning (lik denna verk) inom kommunal hemvård för att belysa framtida samarbetsytter med hälso- och sjukvård som utförs i regional regi</p>	<p><i>Lämpliga åtgärder beror på vilket vägval/designval som beslutas, ex. åtgärder:</i></p> <p>Inför jämlik, Skåne-gemensam modell för mobila vårdteam, vilken omfattar såväl elektiva som akuta insatser. Detta kan omfatta både inskrivna i kommunal primärvård men även andra invånare med stora behov</p> <p>Mobila vårdteam (genom primärvården eller sjukhus) alternativt annan verksamhet/vårdform som säkrar vård i hemmet för ex. inskrivna i hemsjukvård bör kopplas till den akuta prehospitala vårdkedjan så att de akuta resurserna kan nyttjas effektivt (se åtgärd B)</p>
F. Begränsning av utformning av nya sjukhus-baserade team	<p>Om behovet av mobilt sjukhusteam upplevs i verksamheten (t.ex. geriatrisk, akutmedicin, internmedicin<sup>1</sup>) föreslås efterfråga, utformning och resurseffektivitet belysas och presenteras för Förvaltningschefen. Förvaltningschefen tar med sig förslaget till Koncernledningen där beslut fattas</p> <p>Förvaltningarna föreslås, i den mån man har flera mobila teams i förvaltningen, undersöka möjligheter att samordna existerande mobila resurser</p>	<p>Säkra spridning av medicinskt motiverade mobila team till andra förvaltningar – där jämlik vård tillhandahålls i hela Skåne</p>

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)



Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

- F. Åtgärdsförslag i det kortare perspektivet
- **Omvärldsanalys**
- Resultat från enkät om mobil vård
- Övrig

# Omvärldsanalys - lista över initiativ inom mobil vård

Se nästa sida

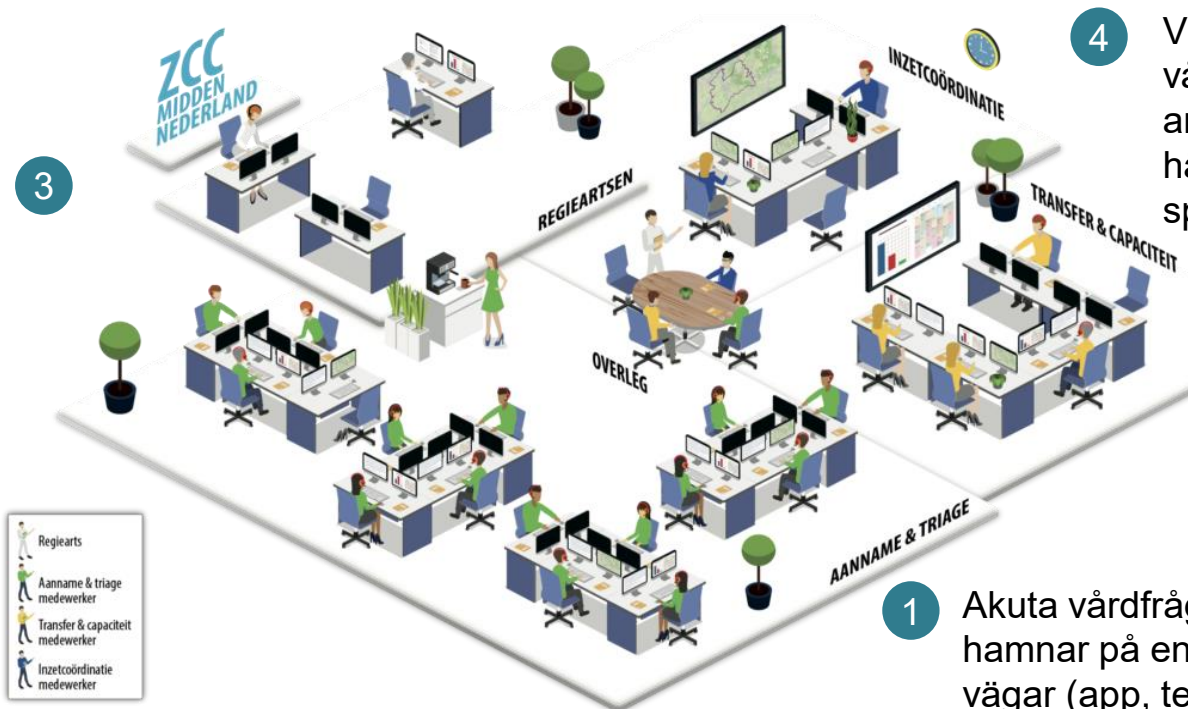
Plats/enhet:	Organisation/upplägg:	Utfall:	Källa:
<b>Pinnacle Mindlands, Nya Zealand</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Allmänläkare grupperade i nätverk</li> <li>24/7 primärvård – enheter (öppna jourtider) mannas av nätverks-almänläkare med rotation</li> <li>Ökande andel virtuella bedömningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ej kvantifierat utfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nuffield Trust, Securing the future of general practice: new models of PHC</li> </ul>
<b>Chenmed primärvård för patienter med komplexa behov</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Hög-frekventa bedömningar (&gt;1 gång/månad)</li> <li>Individuella vårdplaner och vård-koordinering</li> <li>"Co-location" med allmänläkarna</li> <li>Veckovisa möten för att diskutera komplikationer och inläggningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>38,2% lägre inläggningsfrekvens</b> och <b>17% lägre återinläggningar</b> jämfört med nationellt genomsnitt</li> <li><b>90%</b> av patienter nöjda med upplägget</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commonwealth Fund, In Focus: Redesigning Primary Care for Those Who Need It Most, 2016</li> </ul>
<b>Canterbury Network</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Över 900 gemensamt utvecklade kliniska "flöden"</li> <li>Almänläkarledda enheter (24st) med observationssängar</li> <li>Centraliserad sköterske-edd triageringsystem</li> <li>Rehabteam med mål att förkorta ineliggande sjukhusvård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viktad <b>akuta inläggningar 30% lägre</b> än nationella genomsnittet</li> <li><b>Besök till akutmottagningar 25% lägre</b> än nationella genomsnittet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>King's Fund</li> <li>HFMA, Lessons in integration, 31 May 2017</li> </ul>
<b>Geisinger, U.S.A-</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Sköterskeledd koordinator per SÄBO/boende</li> <li>24/7 telefontillgänglighet</li> <li>Möjlighet till distansmonitorering</li> <li>Patient har tillgång egen journal (kan se provsvar och patientutbildning)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>18% reduktion</b> av sjukhusinläggningar</li> <li><b>36% reduktion</b> av återinläggningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACHP Strengthening Primary Care for Patients: Geisinger Health Plan, 2013</li> </ul>
<b>CareMore, U.S.A-</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Vård ges på centraliserade enheter av MDTs med sjuksköterskeledning och koordinering</li> <li>Högriskpatienter kan skrivas in en eller fler diagnos-specifika flöden</li> <li>Sjukhusbaserad personal fokuserad att undvika inläggningar/återinläggningar genom att göra uppföljningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Återinläggningsfrekvens föll från 16 till 14%</li> <li>20% lägre inläggningar, 23% färre vårdtydigheter och 4% kortare vårdtid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Commonwealth Fund, CareMore: Improving Outcomes and Controlling Health Care Spending for High-Needs Patients, 2017</li> </ul>
<b>Kaiser Permanente</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>24/7 telefontillgänglighet till sköterska för klinisk rådgivning</li> <li>Gemensamma journaler</li> <li>Akuta kliniska "flöden" och protokoll</li> <li>Mobila "övergångs-program" från slutenvård till utskrivning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"SCPMG Heart Failure Transitional Care Program": sänkte 90-dagars återinläggnings-frekvensen med 30%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centre for Health Policy at Brookings, Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured 2015</li> </ul>
<b>New York Care Coordination Program</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Integrerat program för patienter med allvarlig psykiatrisk sjukdom</li> <li>"en väg in" per region</li> <li>Hantering av aktiva fall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>31% ökning</b> av patienter i aktiv verksamhet; <b>25% färre gripanden för brott</b></li> <li><b>53% minskning av själv-skade</b></li> <li><b>46% minskning av besök till akutmottagning</b></li> <li><b>53% minskning av ineliggande sjukvård</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Resource Center Symposium The ABCs... and XYZs of Behavioral Health Transformation in New York State 2013</li> </ul>
<b>Intermountain Healthcare, US</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Tätt samarbete patient-ansvariga sköterskor och primärvården; stöttar "hög-risk" fall och jourtid</li> <li>Bättre journalsystem för koordinering av kronisk sjukdom</li> <li>Högekostnadspatienter till specialiserade enheter som sedan kan återgå till ordinarie enhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>10% minskning av inläggningar, ännu större minskning bland patienter med kronisk sjukdom</b></li> <li><b>För diabetiker; 30.5% of SÄBO-grupp inlagd på sjukhus jämfört med 39.2% bland kontroll-grupp</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient-Centred Primary Care Collaborative, The Outcomes of Implementing Patient-Centred Medical Home Interventions 09</li> </ul>
<b>Samarbete mellan olika nederländska vårdgivare</b>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>Akuta vårdfrågor från patient1 och vårdgivare hamnar på en centraliserad punkt genom olika vägar (app, telefon, osv)</li> <li>Genom multidisciplinär triagering bestäms vilken vård som krävs och vem som ska leverera vården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>28% minskning av ambulansutryckningar</b> genom användning av mobila vårdteam utgående från VC</li> <li><b>40% användning av digital självtriagering</b></li> <li><b>Utrullning av olika nya vårdformer, t.ex. självmonitorering</b>, med positiv mottagande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pilot Zorg Coördinatie</li> </ul>

# Omvärldsanalys exempel: Vård Koordination Centrum (VKC) Mellersta-Nederländerna

Living Lab: testar innovationer såsom digital triagering, e-konsulter eller telemonitoring av patient

2 En "regiläkare" (specialistläkare) följer vårdkvaliteten i triageringen och erbjuder stöd till operatörer

Om så behövs finns utrymme att diskutera mellan olika medicinska specialister angående rätt vårdtyp/nivå



4 VKC har insikt i- och översikt av samtliga vårdkapacitet och kan dirigera ambulansvård och räddningstjänst, samt hänvisa till primär-, hemsjuk- och specialistvård

5 VKC har insikt i antal tillgängliga sängar i särskilda boenden, kan kontakta hemsjukvård, och har inblick i antal patientbesök tvärs de olika akutmottagningar

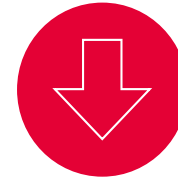
1 Akuta vårdfrågor från patient<sup>1</sup> och vårdgivare hamnar på en centraliserad punkt genom olika vägar (app, telefon, osv)

Genom multidisciplinär triagering bestäms vilken vård som krävs och vem som ska leverera vården

1. Patienter med akuta vårdfrågor som inte kan få tag i relevant vårdgivare på grund av tid och/eller väntetid

Källa: Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) Midden-Nederland

# Trots begränsat med kvantitativa resultat ses flertal positiva effekter i de holländska pilotprojekten



Kategori

**Självtriagering**

**Multidisciplinär triagering**

**Utveckling av behandlingsplaner tvärs vårdnivåer**

**"En väg in" för patienten**

**Direkt dirigering av ambulans via PV**

**Upplevda resultat**

- **Minskad antal patienter som söker PV**, med upplevd mindre belastning tvärs vårdpersonalen
- **Ökade insikter från självtriagerings-datan** kring främsta vårdbehov per patientgrupp och möjlighet till egen vård

- **Sänkt tröskel för tidigare avstämning mellan vårdnivåer** samt delad läring
- **Bättre gemensamt utvecklings-arbete** pga ökad förståelse för målbild och utmaningar i andra vårdnivåer
- **Ökad användning av redundans inom andra vårdnivåers resurser** vid behov

- **Ökade samarbete mellan vårdnivåer med att utveckla protokoll för behandlingar som inkluderar insatser tvärs vårdnivåer**, som upplevs av vårdgivare att bättre kunna möta patients behov

- **Sänkt tröskel för att återropa insatser från hemsjukvården**, både för patient och vårdgivare, när hemsjukvårdens representanter sitter i samma vårdmottagning
- **Upplevd minskad antal akuta insatser utförda av PV**
- **Upplevd minskad administration och allmän arbetsbelastning** för vårdgivare

- **Ökad samarbete mellan PV och ambulansverksamheten**, samt bättre/ snabbare koordinering av insatserna
- **Hög patientnöjdhet gällande ambulansinsatser**, där patienter utvärderar vården som 9 ut av 10

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

- F. Åtgärdsförslag i det kortare perspektivet
- Omvärldsanalys
- **Resultat från enkät om mobil vård**
- Övrig



# Enkät - demografi

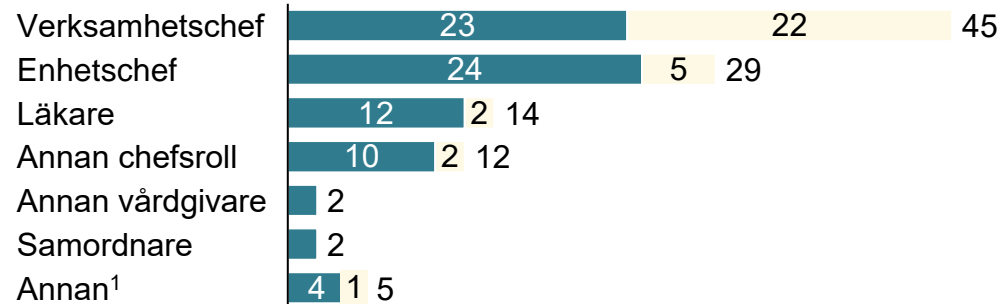
■ Offentlig ■ Privat

## Nyckeltal

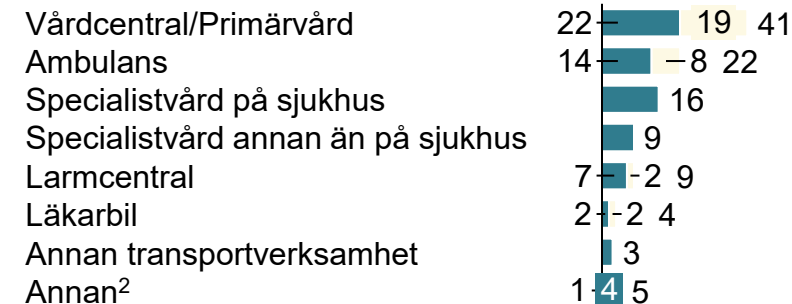
109 respondenter som svarat på 38 stycken frågor gällande

- Typ av prehospita- och mobilvård som levereras, t.ex. antal patienter, typ av vård, ändamål, samarbeten
- Utvärdering av övergripande fungerande av prehospita- och mobil vård
- Egna förslag på åtgärder för att förbättra integrering av prehospita- och mobil vård

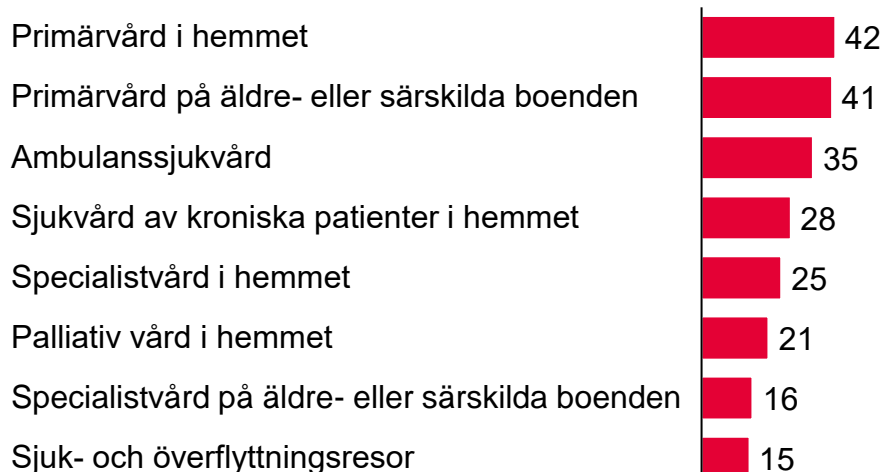
## Roll, antal svar



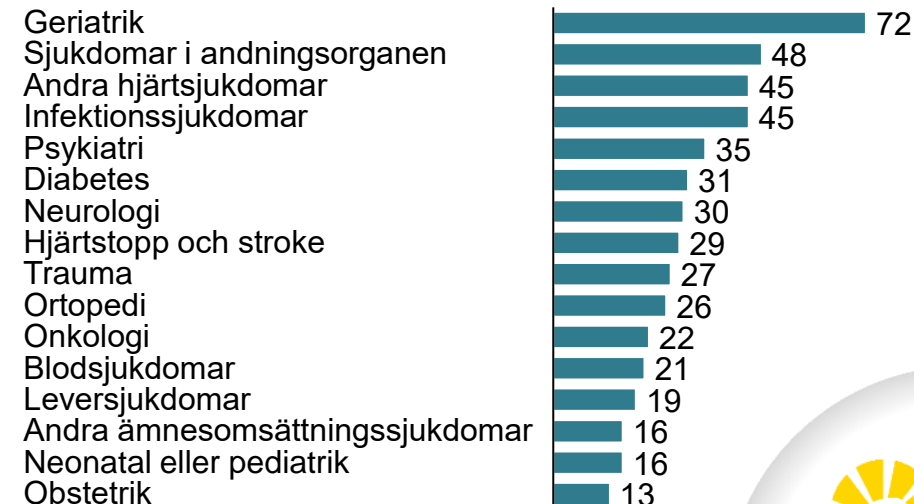
## Arbetsplats, antal svar



## Typ av vård, antal svar



## Patientgrupp, antal svar



1. Sjuksköterska, Affärsutvecklare, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Driftansvarig fordon utrustning VO ambulans, Verksamhetsutvecklare

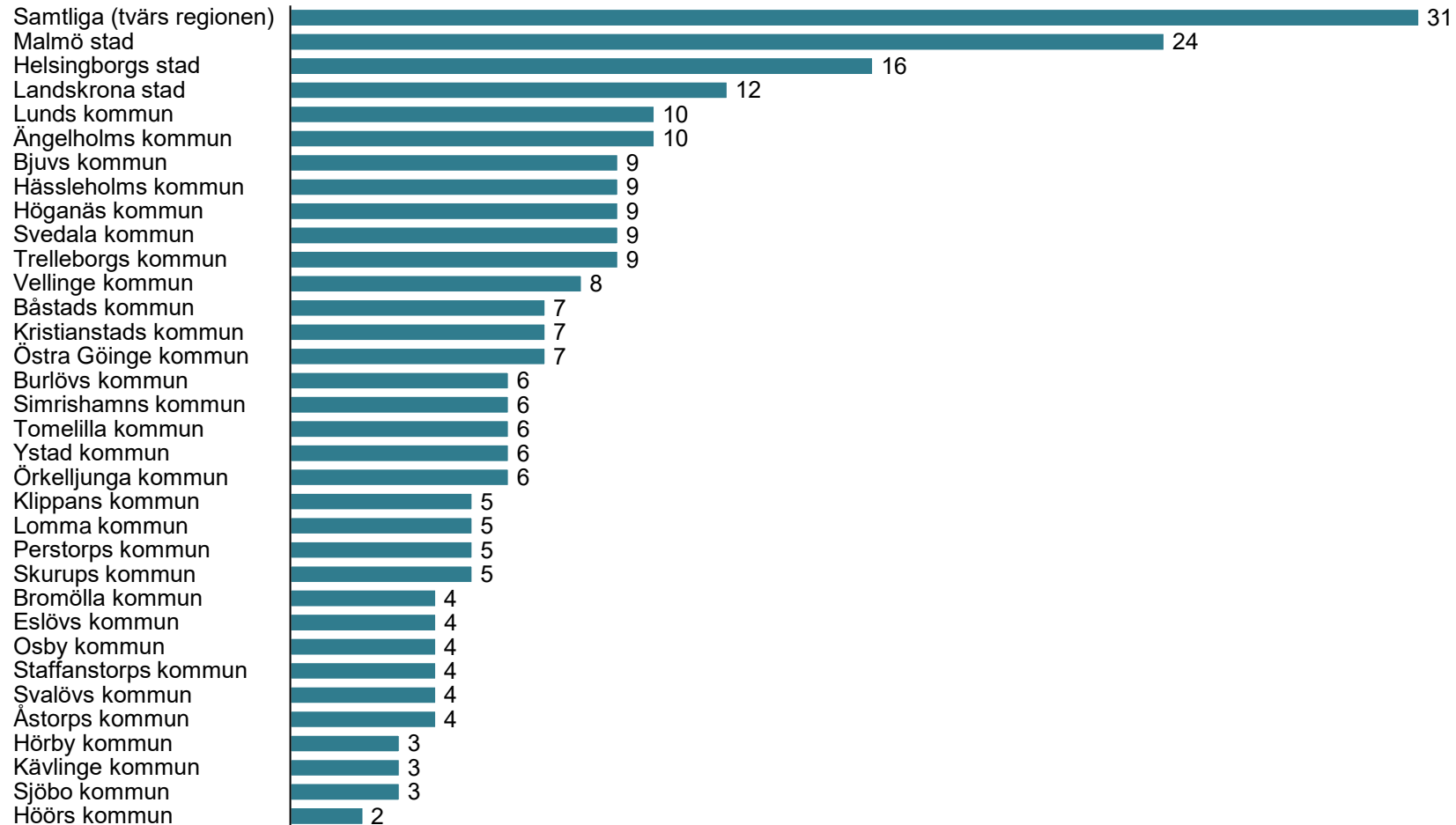
2. Utgår från sjukhuset men ligger under Primärvården. Koncernkontoret, Larmcentral och ambulanssjukvård, ambulans och larmcentral, Ambulans, 1177 och larmcentral

Källa: 2022 Enkät om prehospita- och mobil vård i Region Skåne (n=109)

# Enkät - antal svar per kommun

Q2: I vilken kommun verkar den prehospitala- och mobila vården som du arbetar med?

## Utvärdering av respondenter, antal svar



Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

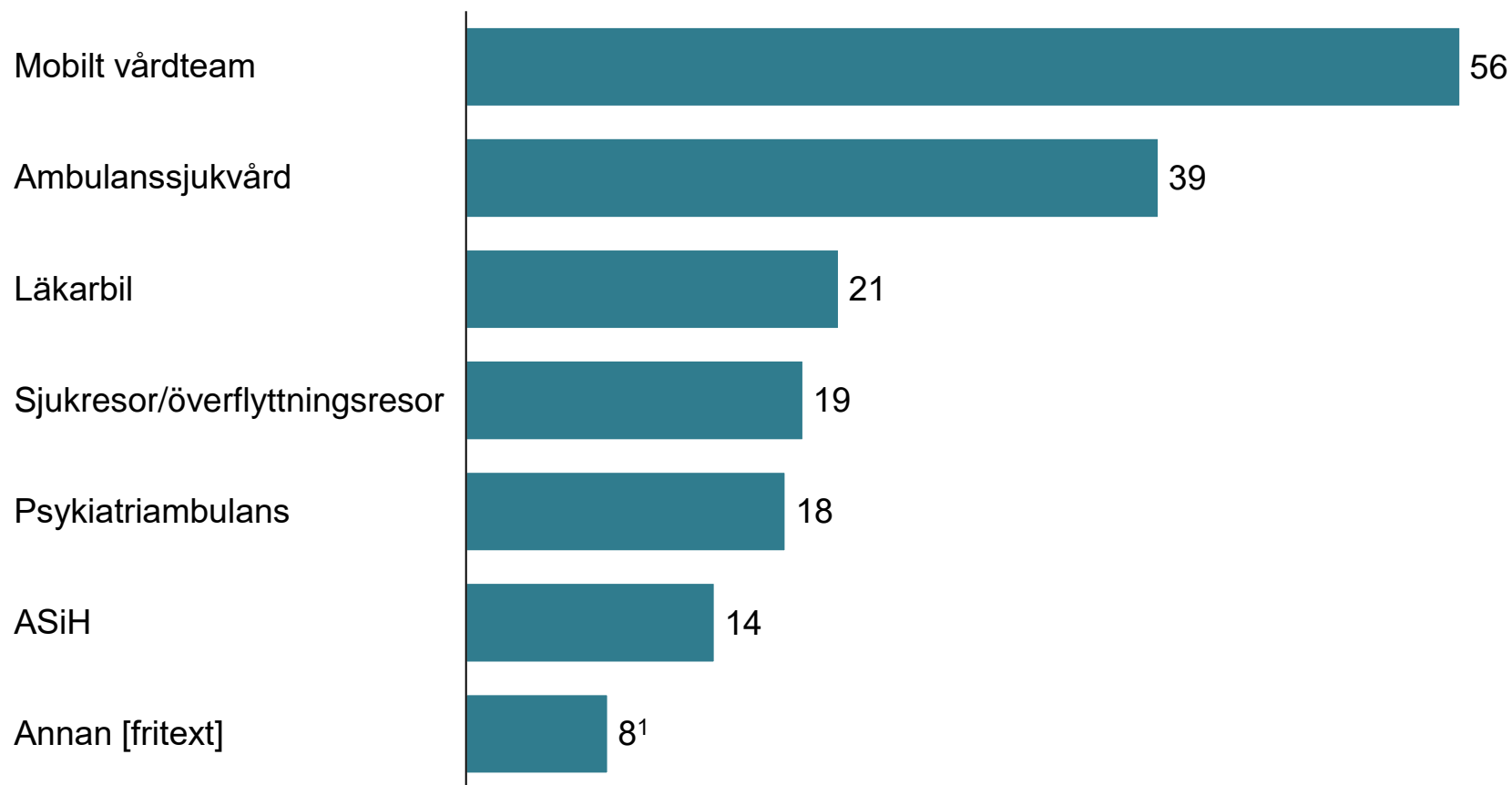
## Insikter

**Enkäten täcker samtliga Skånes 33 kommuner**  
**Flest svar erhöjts från respondenter som har en verksamhet i Malmö, Helsingborg eller Landskrona, med 12-24 enkätsvar**

# Enkät - typer av mobil vård

Q6: Vilka typer av mobil vård alternativt mobila enheter finns i din enhet?

Utvärdering av respondenter, antal svar



1. "hembesök; Ingen inom mina enheter; Vi har patienter som är inskrivna i mobil teambeserat vårdform men det teamet består av ansvarig läkare och ansvarig kommunsköterska för patienter på SÄBO och hemsjukvård. Det är därför inte korrekt att kalla det för mobilt vårdteam.; vet ej; Hemsjukvårdsläkare; Jag har inga mobila enheter; vi gör egna hembesök, vi står på kö för att komma med i mobilt vårdteam;"

## Insikter

Ungefär hälften av respondenter (56/109) svarar att det finns ett mobilt vårdteam inom deras enhet

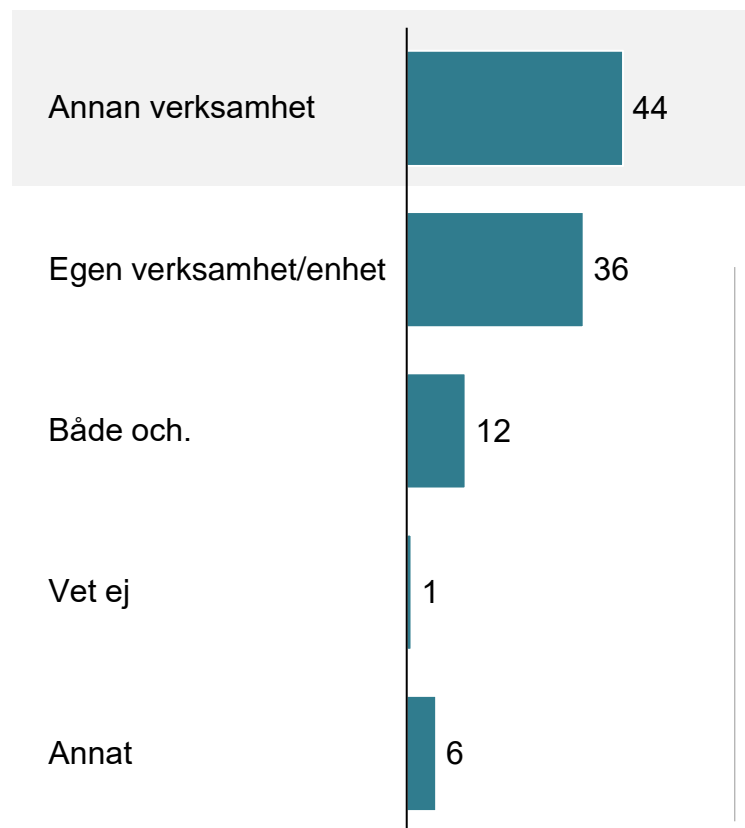
Enbart 14 tillkännager att ASiH finns inom deras enhet

# Enkät - patientkontakt

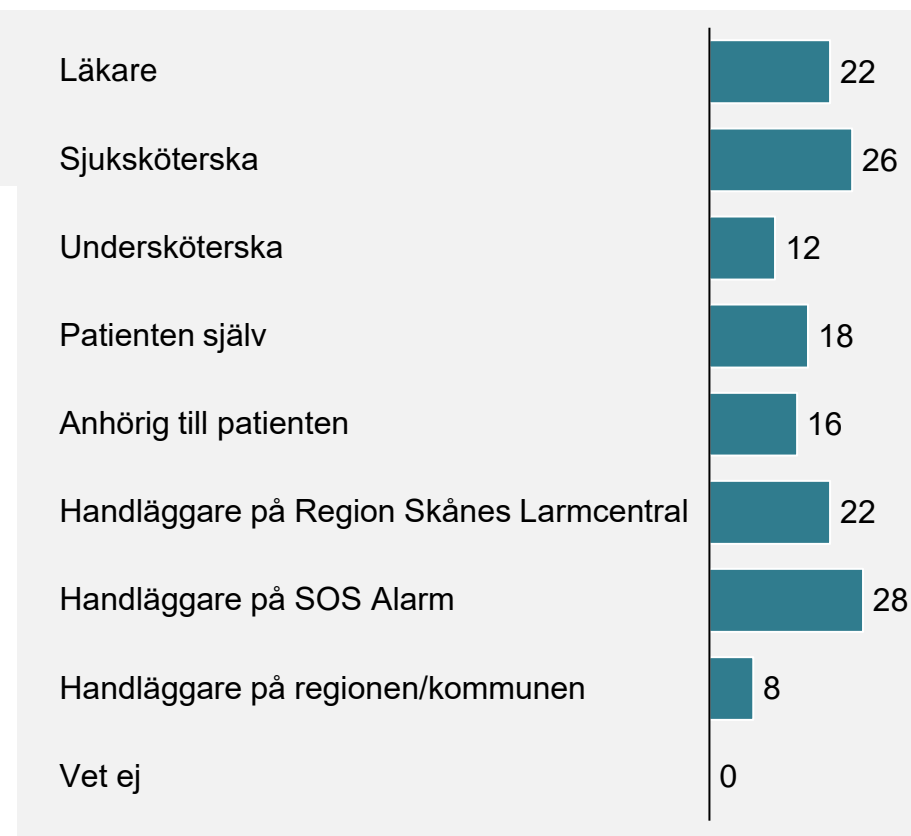
Q8: Initieras patientkontakten utifrån egen- eller annan enhet eller verksamhet?

Q9: Vem initierar att patienten får kontakt med prehospital- och mobil vård?

## Utvärdering av respondenter, antal svar



## Utvärdering av respondenter, antal svar



## Insikter

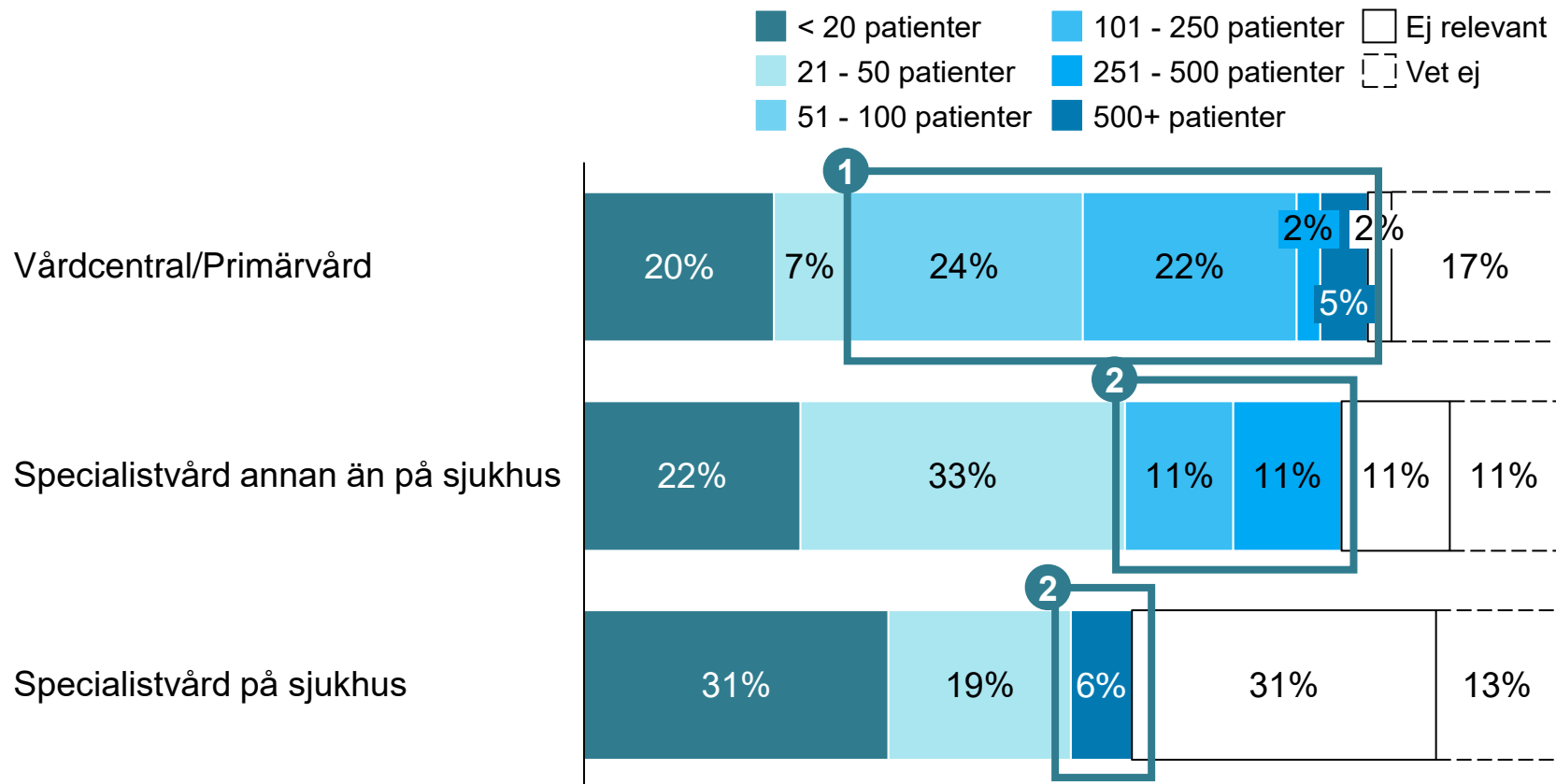
**Patientkontakten initieras ofta (44/109 svarande) enbart ifrån annan verksamhet**

**Sjuksköterskor och handläggare på SOS Alarm är de som främst initierar kontakt, följt av läkare och handläggare på Region Skånes Larmcentral**

# Enkät - antal inskrivna patienter

Q10: Hur många patienter är inskrivna i någon form av prehospital- och mobil vård, (t.ex. ambulans, hemsjukvård i primär- och specialistvård, läkarbilar) ungefärligt, på din förvaltning/enhet?

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



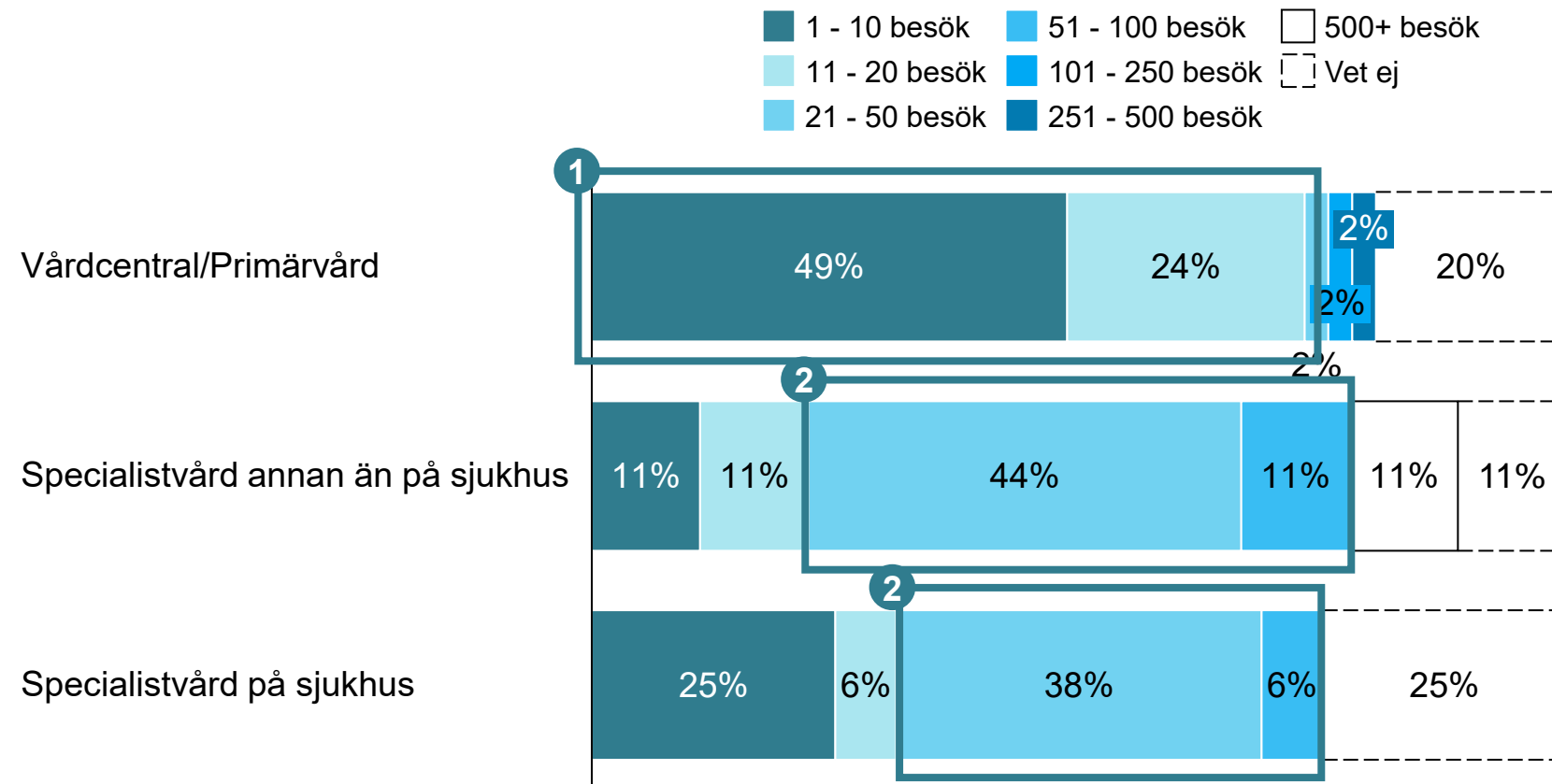
## Insikter

- 1 Mer än hälften av vårdcentraler svarar att de har >50 patienter inskrivna i någon form av prehospital- och mobil vård
- 2 Samma siffra är betydligt lägre för specialistvård då den varierar mellan 6% (sjukhus) och 22% (specialistvård annan än på sjukhus)

# Enkät - antal hembesök

Q11: Hur många besök utförs genom någon form av prehospital- och mobil vård, (t.ex. ambulans, hemsjukvård i primär- och specialistvård, läkarbilar) ungefärligt, på din förvaltning/enhet, per vecka?

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



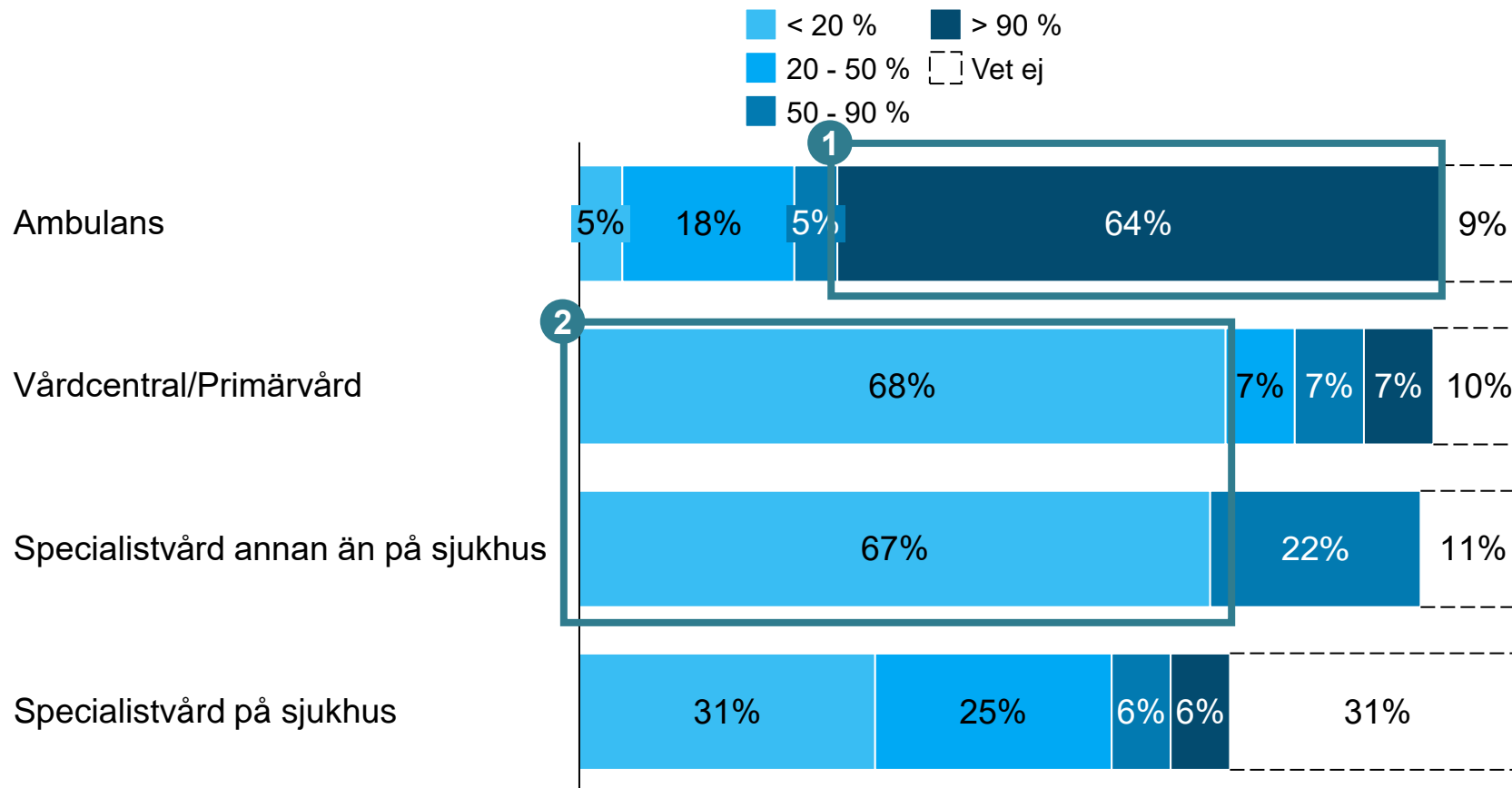
## Insikter

- 1** Antal hembesök utförda av vårdcentralen är låg - mer än 2/3:e delar av vårdcentraler utför 1-20 besök per vecka, medan enbart 6% tillkännager att utföra mer än 20 besök per vecka
- 2** Frekvensen av hembesök är högre inom specialistvård, där 44-55% av respondenter tillkännager att mer än 20 besök utförs per vecka

# Enkät - antal hembesök

Q12: Vilken andel av genomförda besök uppskattar du är akuta (dvs. besök som vid dagens start inte var planerade?)

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

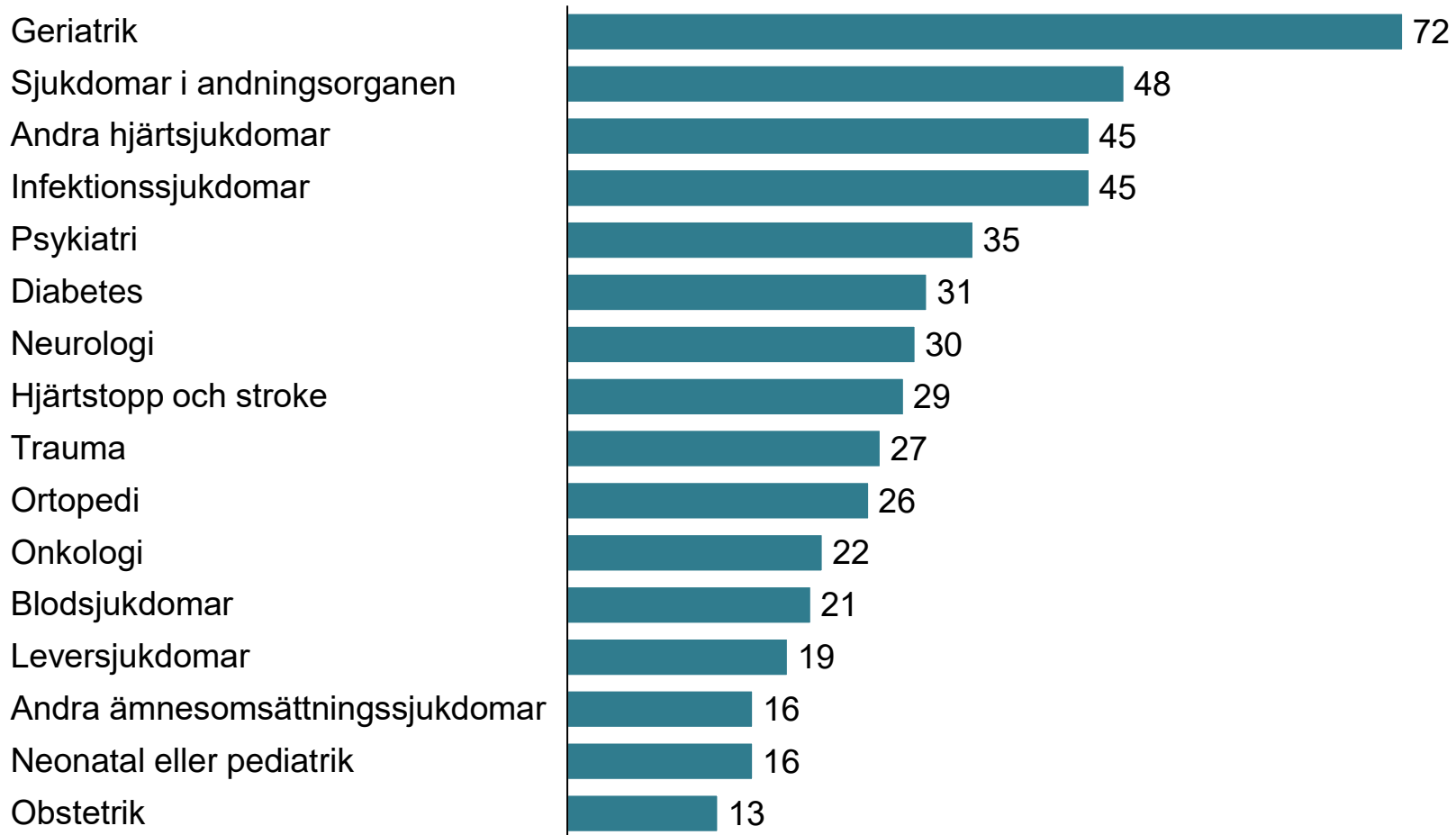
- 1 Besöken är mest akuta för ambulansverksamheten, där 64% anger att >90% utgör akuta ärenden**
- 2 Besöken från vårdcentral/primärvård samt specialistvård annan än på sjukhus är mindre akut, men 2/3:e del av respondenter som anger att <20% är akut**



# Enkät - typer av mobil vård

Q15: Vilka patientgrupper omhändertas främst genom prehospital- och mobil vård i din förvaltning/enhet?

Utvärdering av respondenter, antal svar



Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

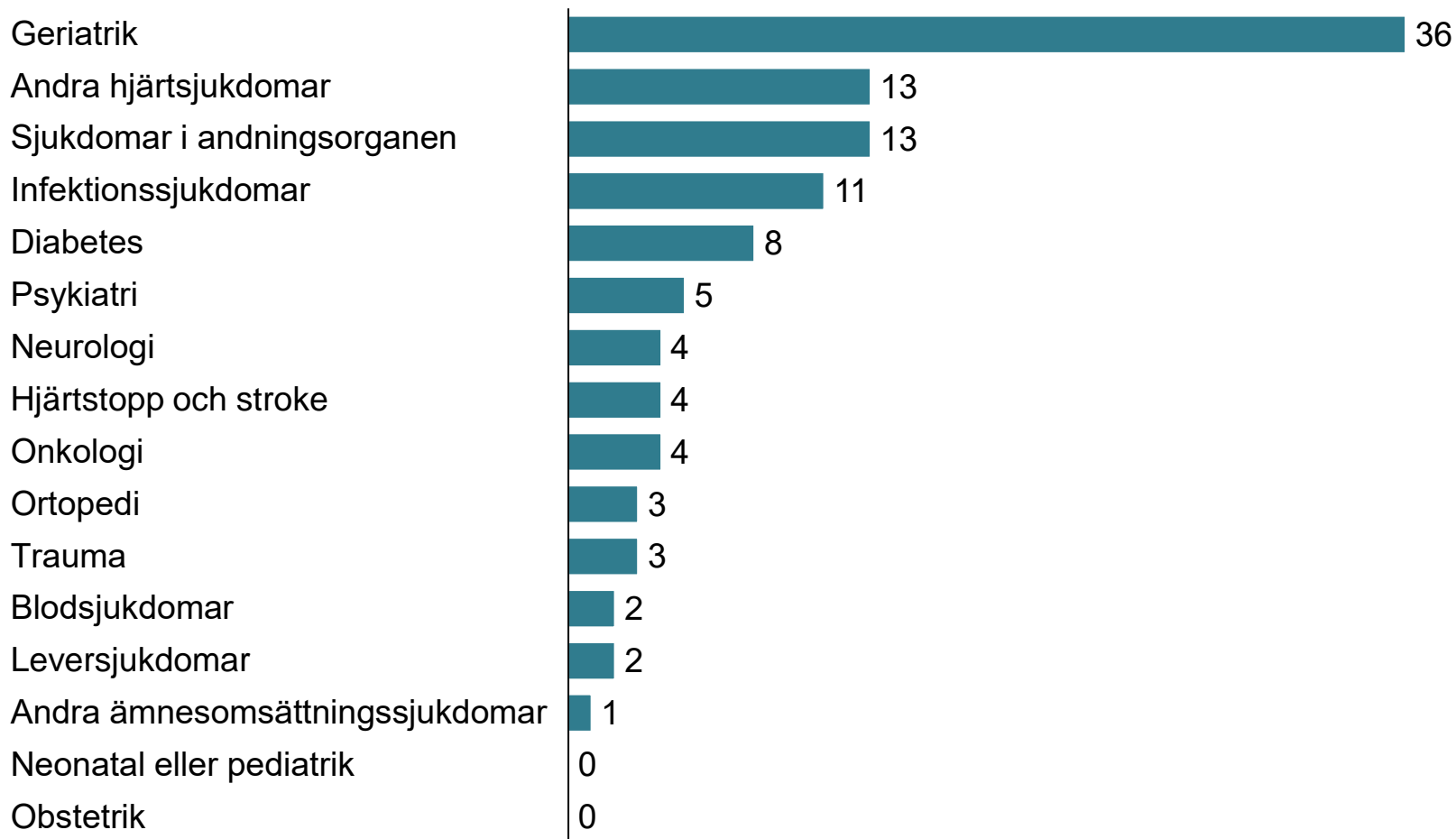
## Insikter

**Geriatrisk nämns av respondenter som den främsta patientgrupp som omhändertas av mobila vårdteam** följt av sjukdomar i andningsorgan, hjärtsjukdomar och infektionssjukdomar

# Enkät - typer av mobil vård (vårdcentral/primärvård)

Q15: Vilka patientgrupper omhändertas främst genom prehospital- och mobil vård i din förvaltning/enhet?

Utvärdering av respondenter, antal svar



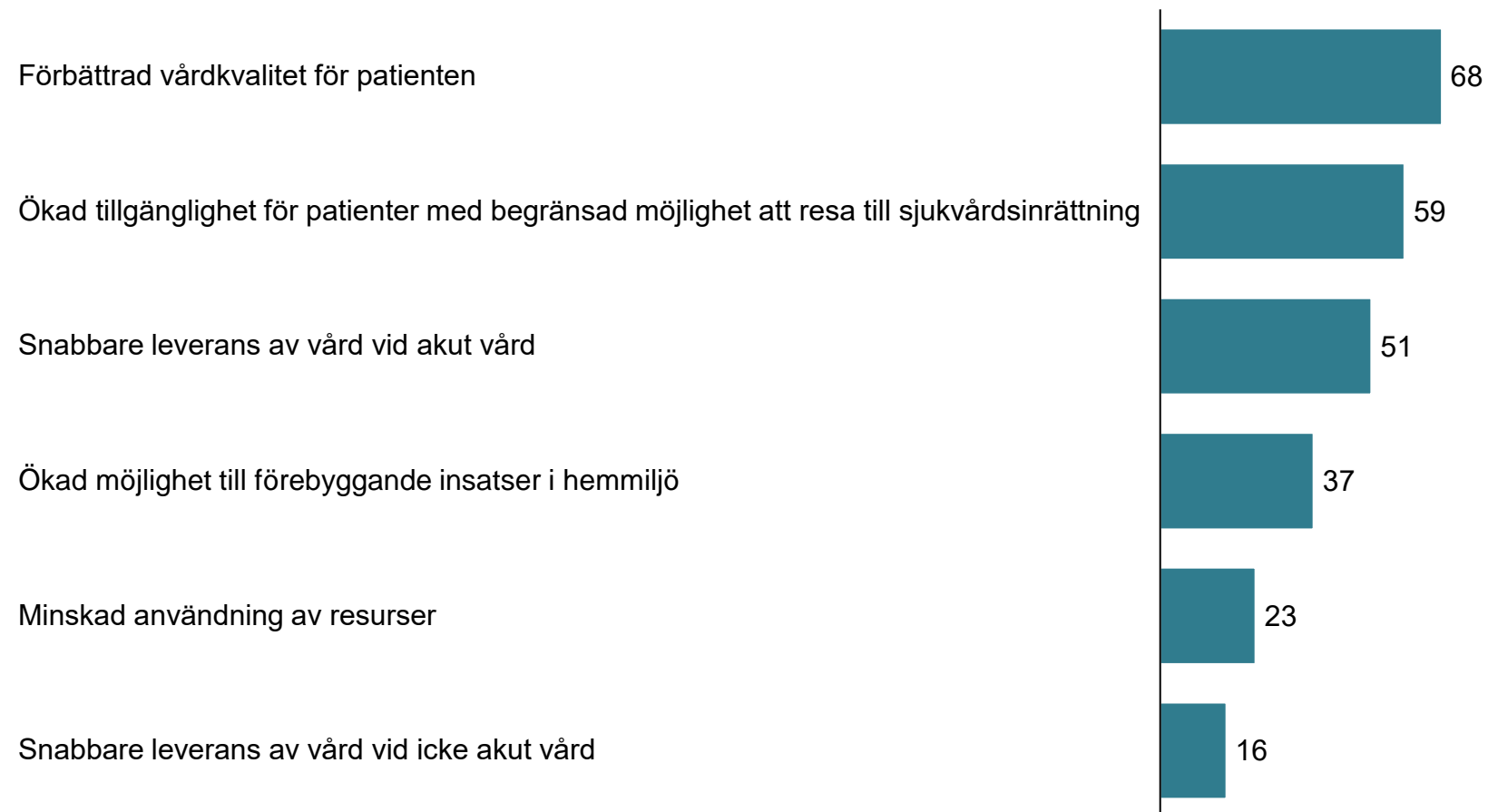
## Insikter

Nästan samtliga respondenter från vårdcentral/primärvård (36/41) har Geriatrik som den allra främsta patientgrupp som omhändertas av mobila vårdteam följt av sjukdomar i andningsorgan, hjärtsjukdomar och infektionssjukdomar

# Enkät - vårdkvalitet och patientnöjdhet

Q16: Vilka är de främsta målen med prehospital- och mobil vård som bedrivs på din förvaltning/enhet

## Utvärdering av respondenter, antal svar



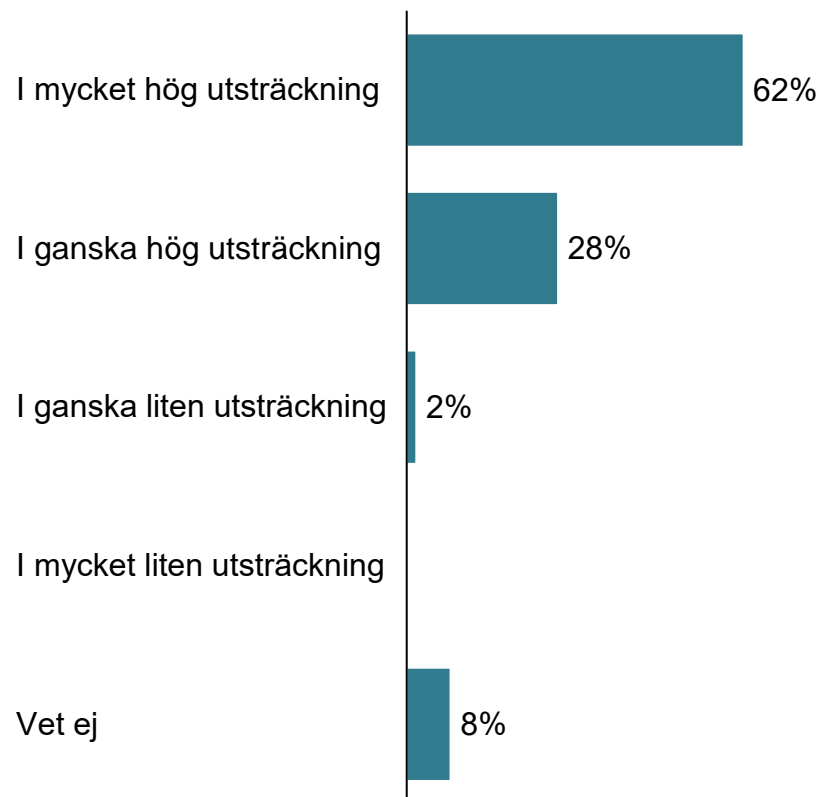
## Insikter

**Förbättrad vårdkvalitet, tillgänglighet och snabbare leverans vid akuta ärenden nämns som de främsta målen vid mobila vårdinsatser**

# Enkät - vårdkvalitet och patientnöjdhet

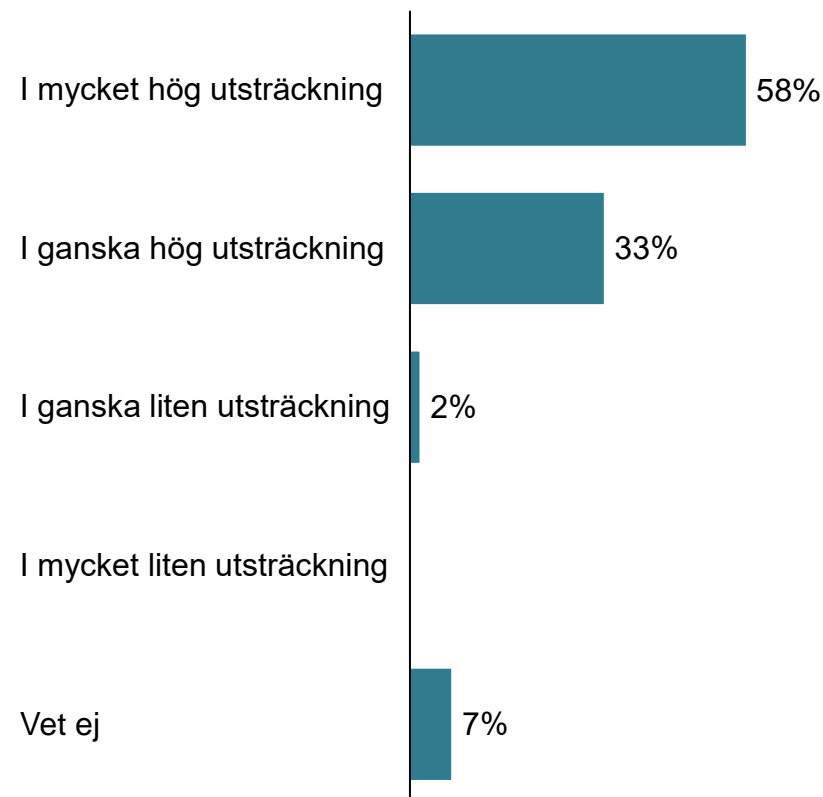
Q19: **Vårdkvaliteten** (t.ex. behandlingsresultat/patientsäkerhet) inom prehospital- och mobil vård som bedrivs på min förvaltning/enhet är god

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q20: **Patienter** som får prehospital- och mobil vård som bedrivs på min förvaltning/enhet är **nöjda** (t.ex. bemötande och tillgänglighet av vård)

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

**Ungefär 60% av respondenter instämmer "i mycket hög utsträckning" med påståenden att vårdkvaliteten respektive patientnöjdheten är god**

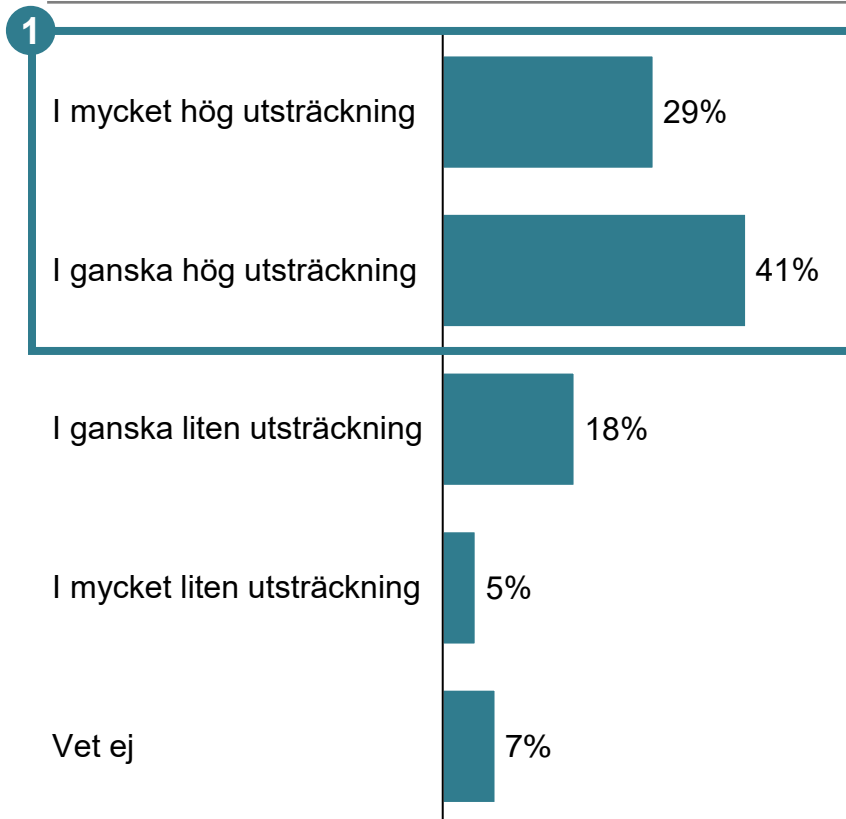
Observationer stämmer väl överens med intervjuerna, där individuella verksamheter anses hålla en hög kvalitet av vård

# Enkät - resurseffektivitet och gemensamt mål

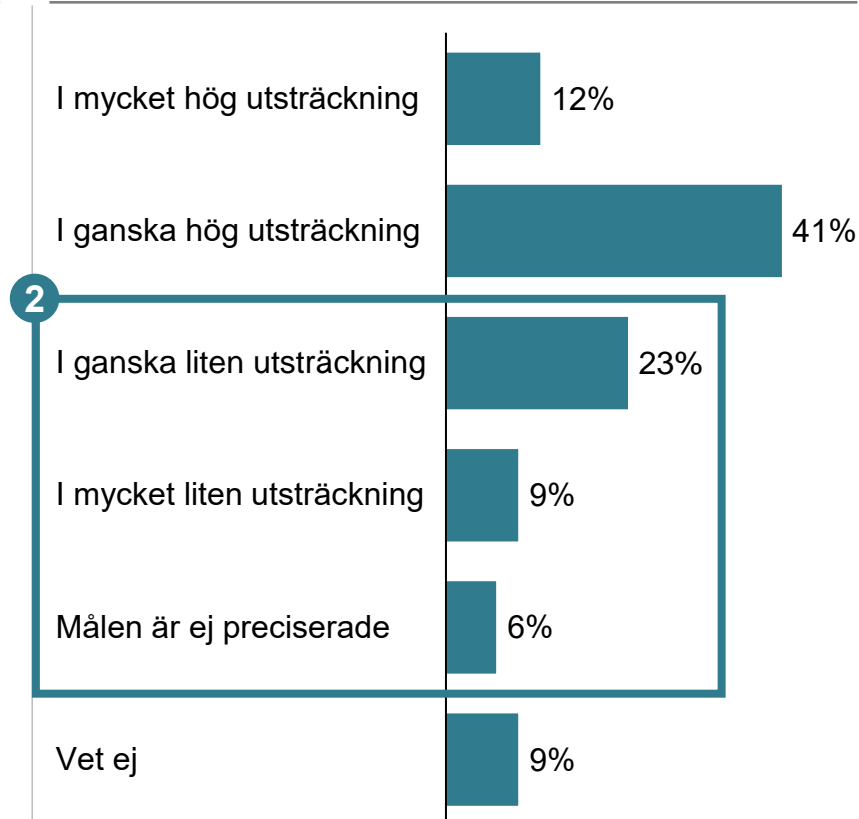
Q21: **Resurseffektiviteten** av prehospital- och mobil vård som bedrivs på min förvaltning/enhet är god.

Q22: Utförare av prehospital- och mobil vård respektive utförare av annan vård har en **gemensam uppfattning om målet med samverkan**.

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

- 1 **Resurseffektiviteten anses vara god** baserat på mer än 2:3e delar av respondenter som tillkännager att resurseffektiviteten är god
- 2 **Potential kan finnas för att öka gemensamma uppfattningen av målet med samverkan** kring prehospital- och mobil vård, där nästan 40% av respondenter tillkännager att gemensamma uppfattningen fattas

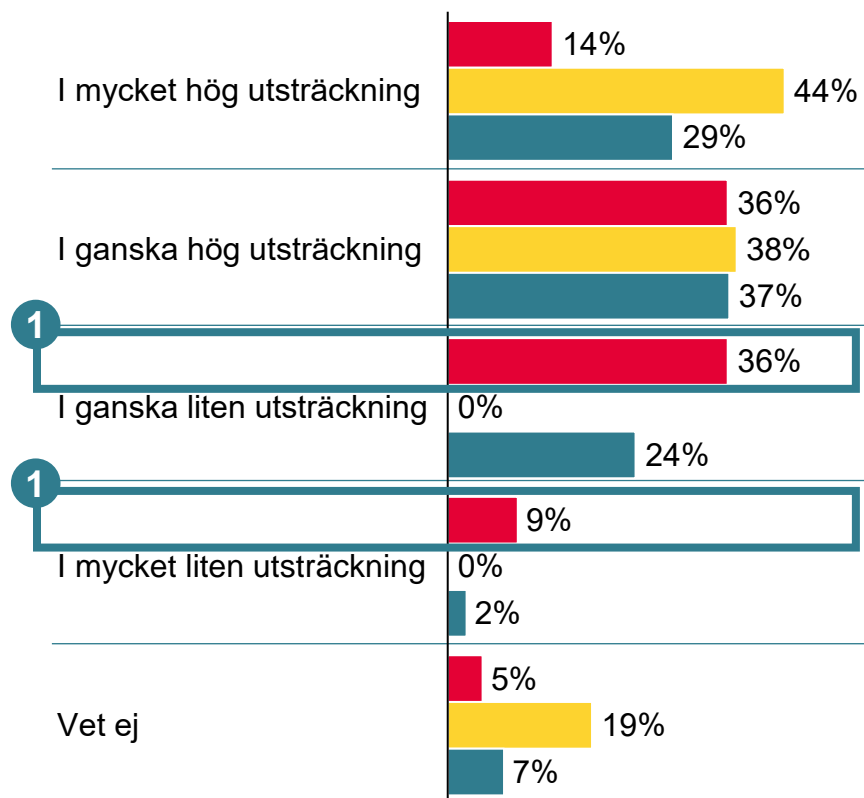
# Enkät - resurseffektivitet och gemensamt mål (per arbetsplats)



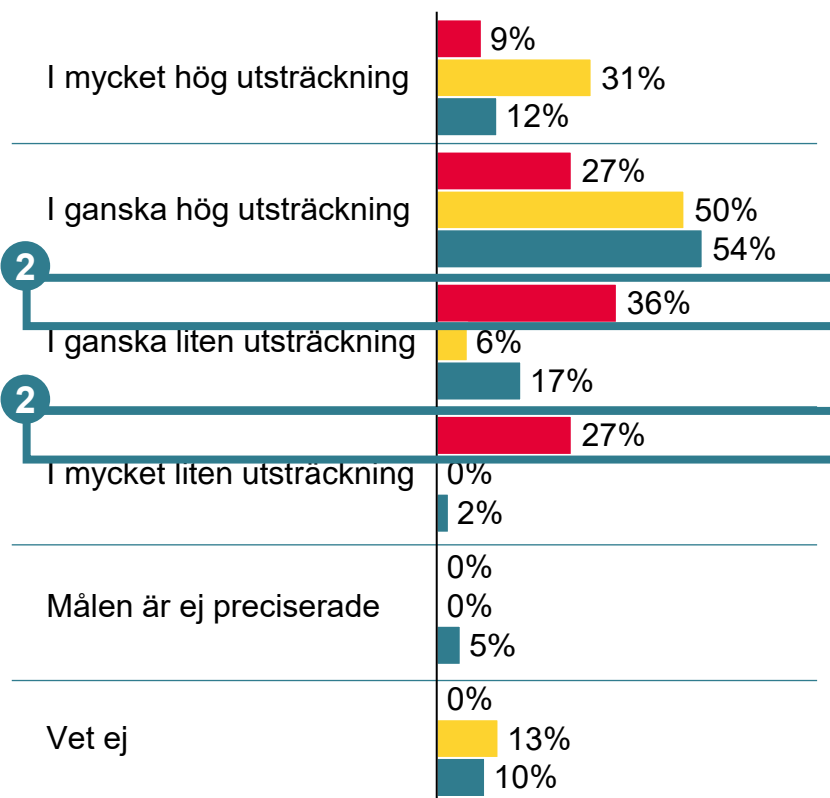
Q21: *Resurseffektiviteten* av prehospital- och mobil vård som bedrivs på min förvaltning/enhet är god.

Q22: *Utförare av prehospital- och mobil vård respektive utförare av annan vård har en gemensam uppfattning om målet med samverkan.*

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Utvärdering av respondenter, % av svaren



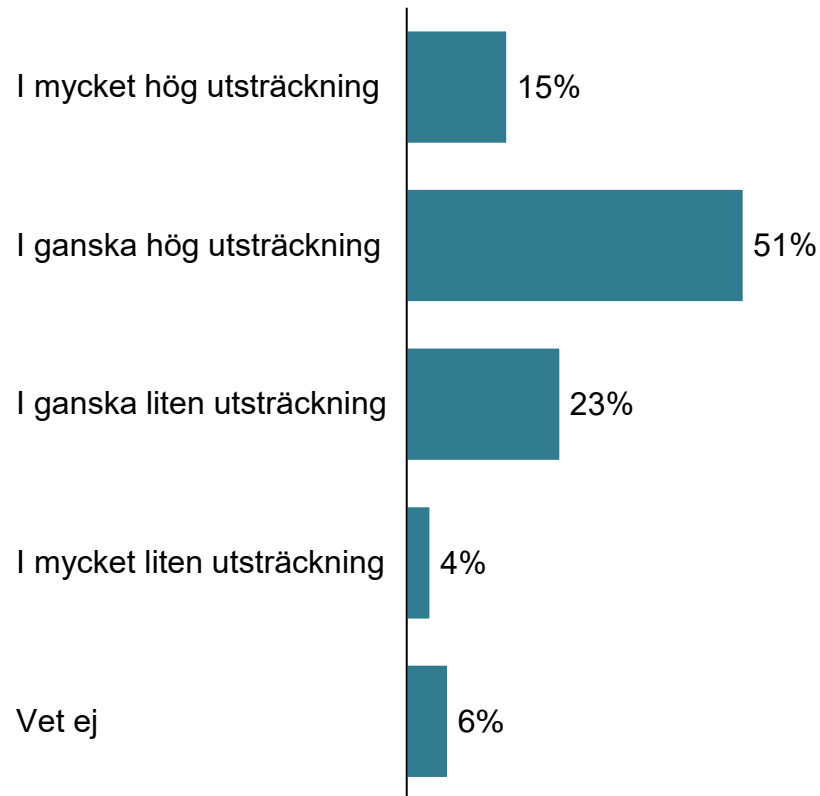
## Insikter

- 1 Ambulansverksamheten är mest kritisk gentemot resurseffektiviteten**, med 45% av respondenter som tillkännager att inte hålla med påståendet om god resurseffektivitet
- 2 Ambulansverksamheten ser även mest avsaknad av ett gemensamt mål**, med 63% av respondenter som tillkännager att inte hålla med påståendet om gemensamt mål kring samverkan inom prehospital- och mobil vård

# Enkät - samarbete och organisatorisk effektivitet

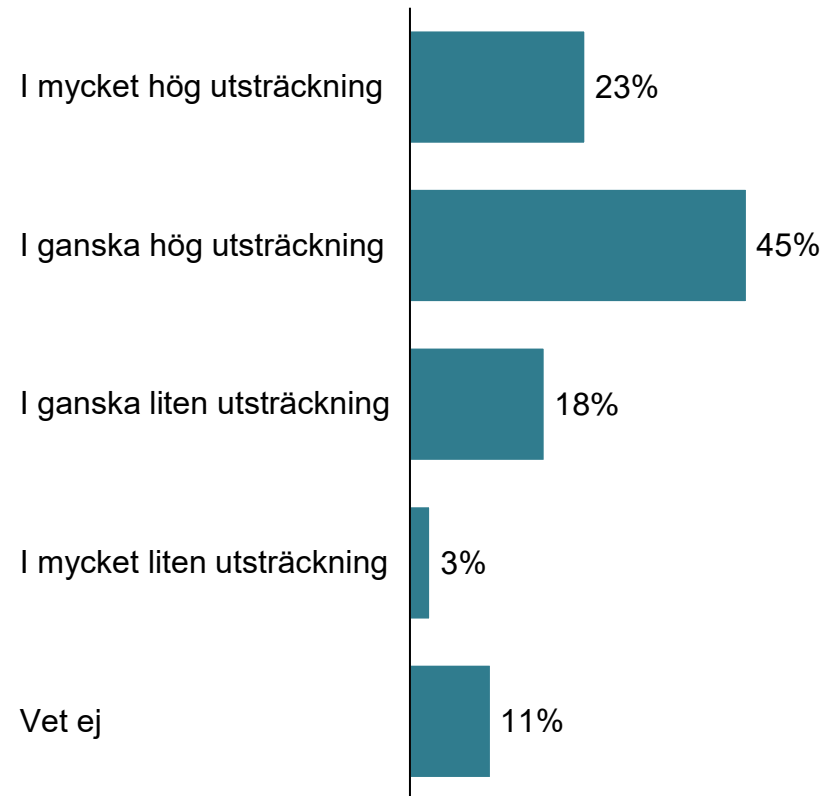
Q23: *Samarbetet mellan utförare av prehospital- och mobil vård och utförare i annan vård fungerar som helhet.*

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q24: *Prehospital- och mobil vård drivs med hög organisatorisk effektivitet i mitt dagliga arbete (t.ex. tydliga processer, ansvarsområden, och målsenlig styrning).*

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



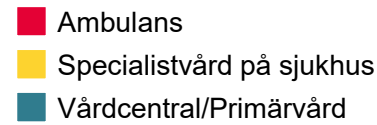
## Insikter

**Samarbetet mellan utförare av prehospital- och mobil vård och annan vårdgivare anses vara god**, med hälften av respondenter som tillkännager att detta funkar i ganska hög utsträckning

**Organisatorisk effektivitet anses vara god**, med hälften av respondenter som tillkännager att detta funkar i ganska hög utsträckning

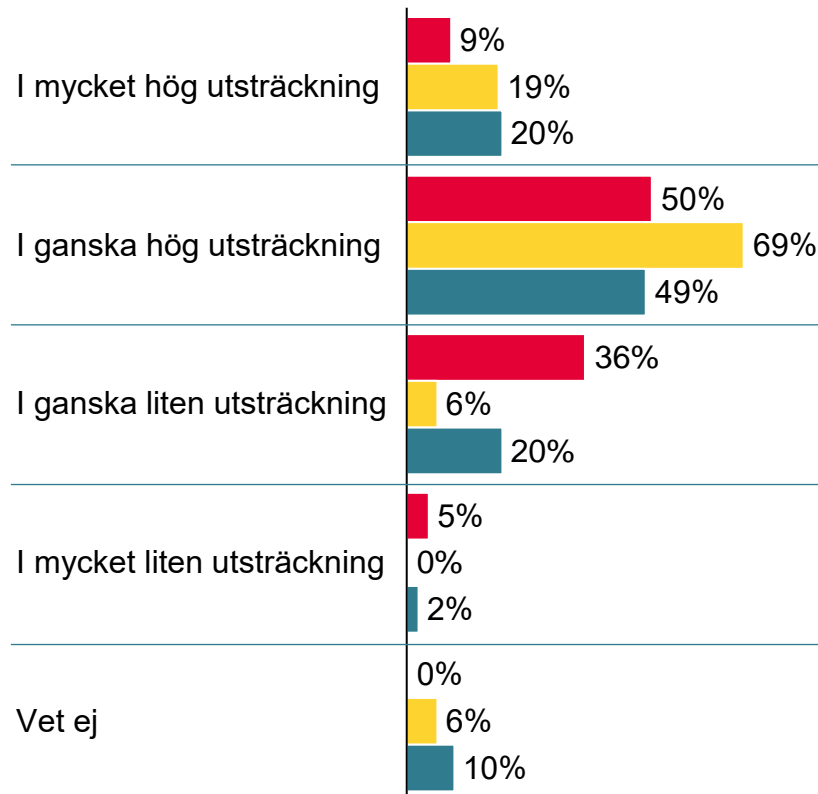


# Enkät - samarbete och organisatorisk effektivitet (per arbetsplats)



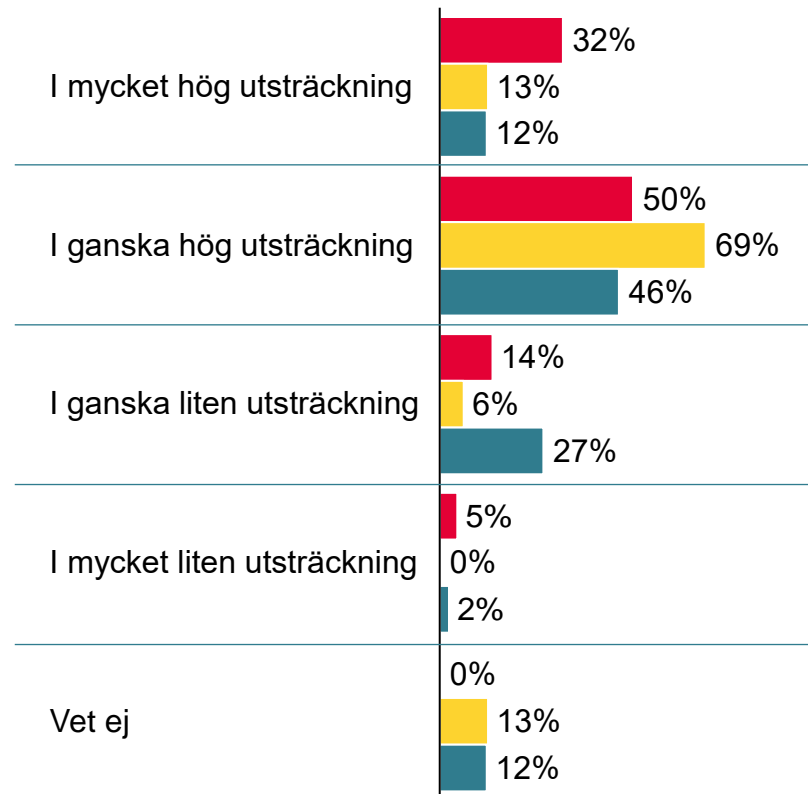
Q23: *Samarbetet mellan utförare av prehospital- och mobil vård och utförare i annan vård fungerar som helhet.*

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q24: *Prehospital- och mobil vård drivs med hög organisatorisk effektivitet i mitt dagliga arbete (t.ex. tydliga processer, ansvarsområden, och målsenlig styrning).*

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

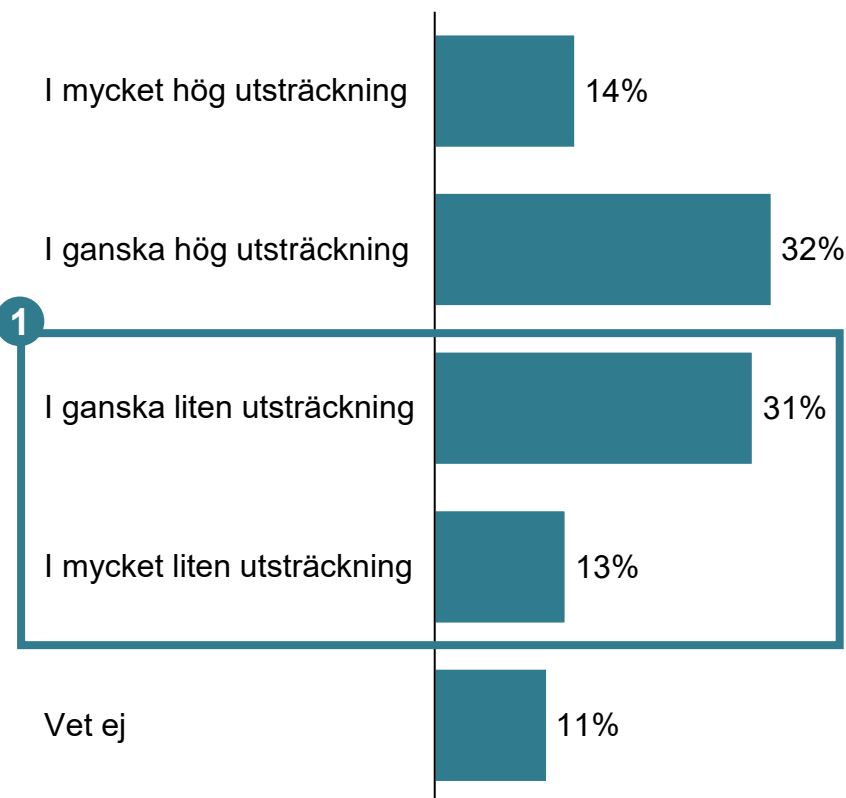
**Endast små variationer observeras gällande samarbetet** (mellan utförare av prehospital- och mobil vård och annan vårdgivare) **tvärs olika arbetsplatser**

**Endast små variationer observeras gällande organisatorisk effektivitet**

# Enkät - regional styrning och resurssättning

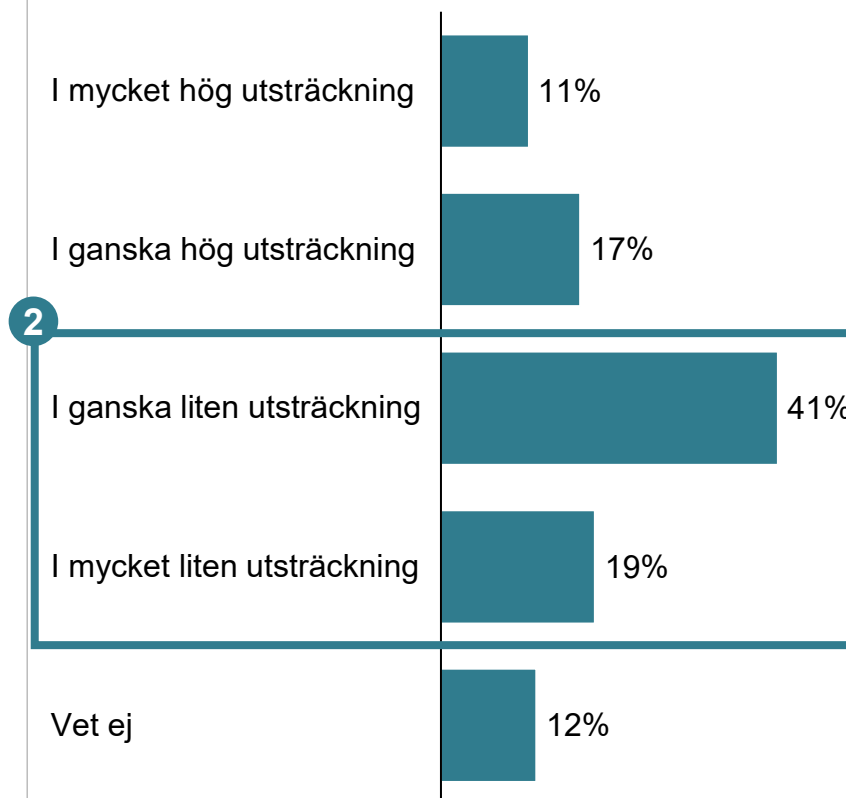
Q25: Den **regionala styrningen** av prehospital- och mobil vård fungerar väl inom min förvaltning (t.ex. tydliga regionala direktiv, utvecklingsarbete, och målsenlig styrning från regionen).

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q26: Det finns en adekvat **resurssättning** (t.ex. tillgänglighet av utbildad personal och material, tillräcklig ersättning för utförd vård) för att bedriva prehospital- och mobil vård.

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

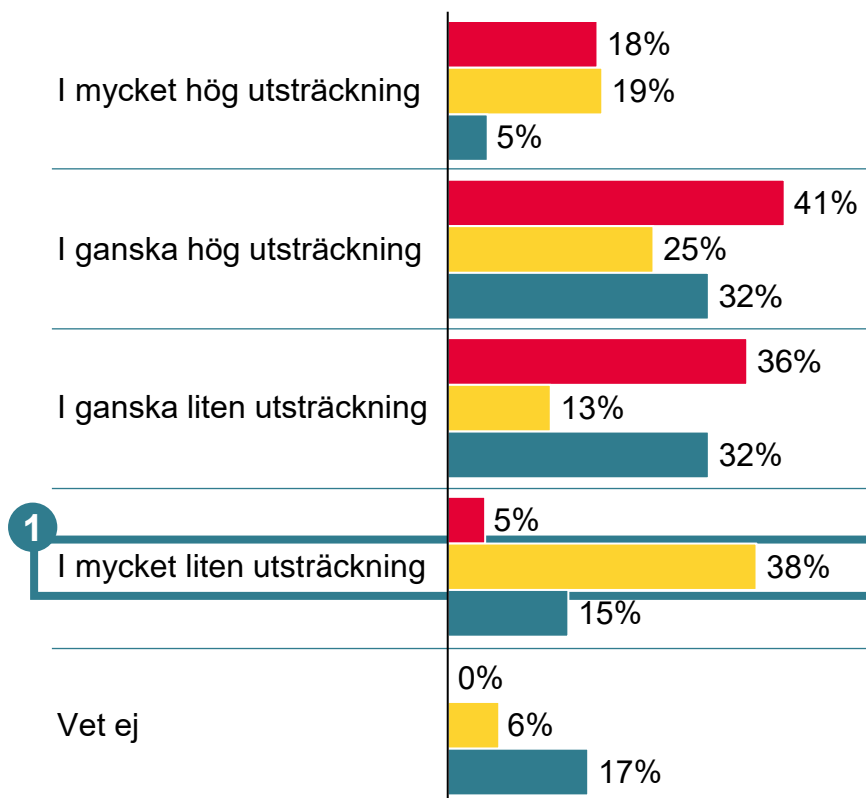
- 1 Potential finns att förbättra regionala styrningen**, med 44% av respondenter som tillkännager att inte hålla med påståendet om välfungerande styrning
- 2 60% av respondenter anser resurssättning är inte adekvat** för att bedriva prehospital och mobil vård

# Enkät - regional styrning och resurssättning (per arbetsplats)

■ Ambulans ■ Specialistvård på sjukhus ■ Vårdcentral/Primärvård

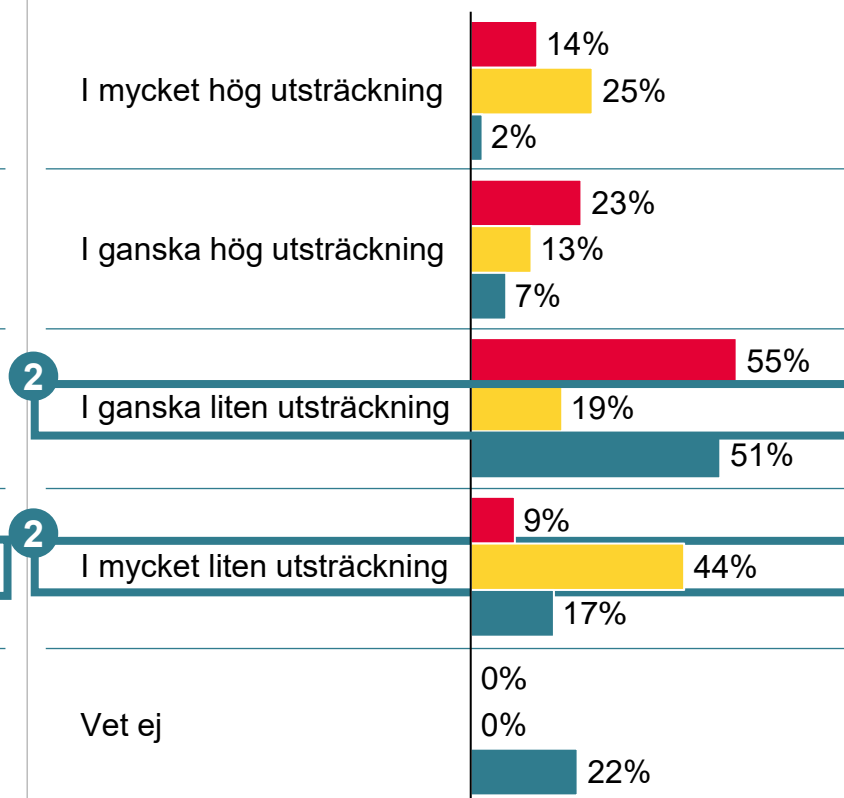
Q25: Den **regionala styrningen** av prehospital- och mobil vård fungerar väl inom min förvaltning (t.ex. tydliga regionala direktiv, utvecklingsarbete, och målsenlig styrning från regionen).

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q26: Det finns en adekvat **resurssättning** (t.ex. tillgänglighet av utbildad personal och material, tillräcklig ersättning för utförd vård) för att bedriva prehospital- och mobil vård.

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



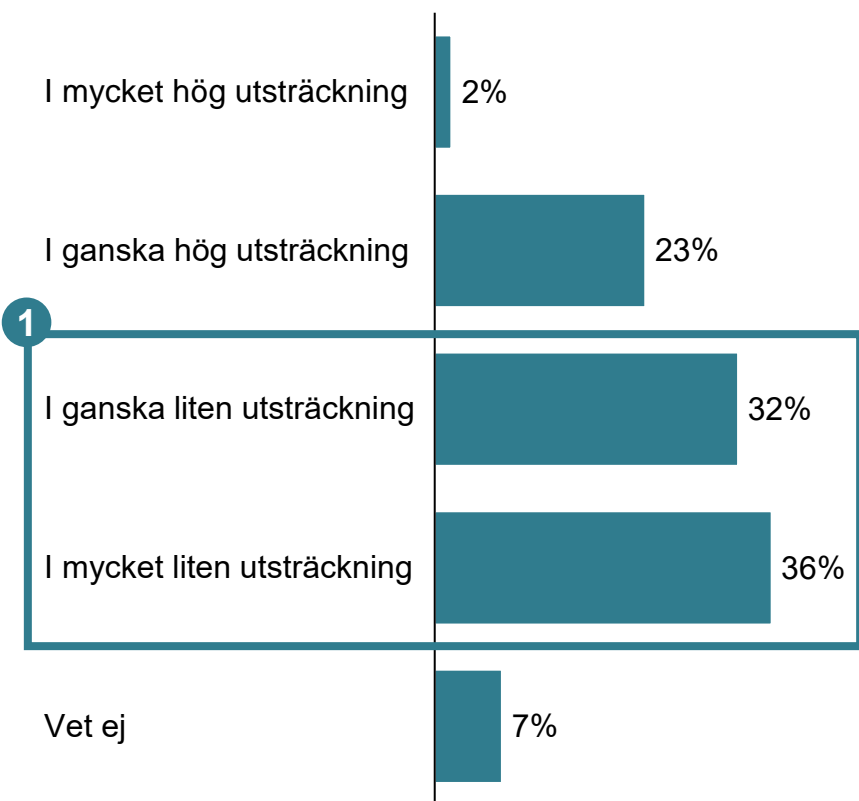
## Insikter

- 1 Regionala styrningen anses vara minst välfungerande bland specialistvård i sjukhus, med 38% av respondenter som håller med påståendet "i mycket liten utsträckning"**
- 2 Även resurssättningen anses vara mest bristfällig bland specialistvård i sjukhus, med nästan 2/3:e delar som inte instämmer med påståendet om adekvat resurssättning**

# Enkät - vårdinfrastruktur och samarbetspartners

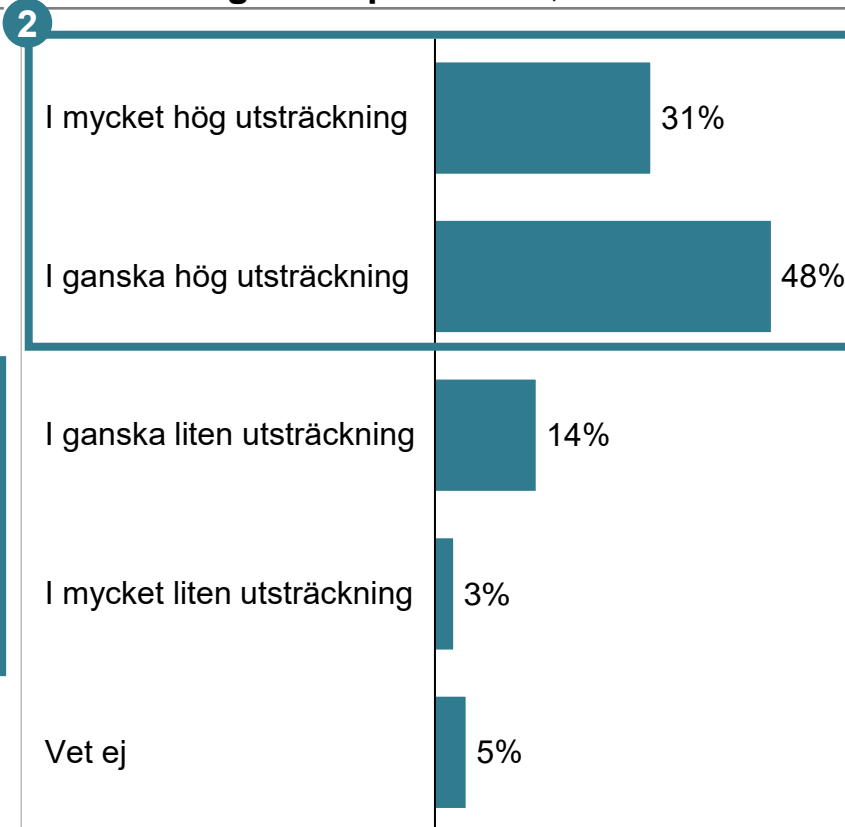
Q28: Det finns en välfungerande (**digital**) **vårdinfrastruktur** för att bedriva prehospital- och mobil vård (t.ex. välfungerande (**digitala**) system för att bedriva vård).

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q29: Jag känner till **alla nödvändiga samarbetspartners** inom prehospital- och mobil vård i min yrkesutövning

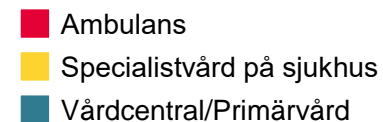
## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

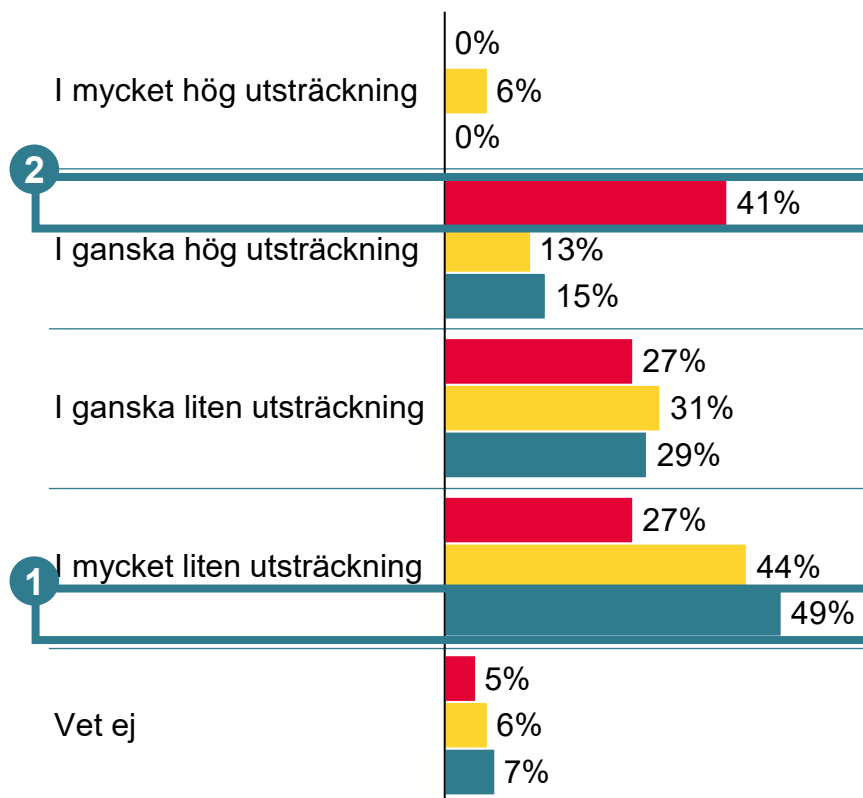
- 1** **Vårdinfrastrukturen anses vara bristfällig**, med nästan 70% av respondenter som uttrycker att systemen i "ganska liten" eller "mycket liten" utsträckning fungerar för att bedriva vård
- 2** **Nästan 80% av respondenter som uttrycker att känna till nödvändiga samarbetspartners**

# Enkät - vårdinfrastruktur och samarbetspartners (per arbetsplats)



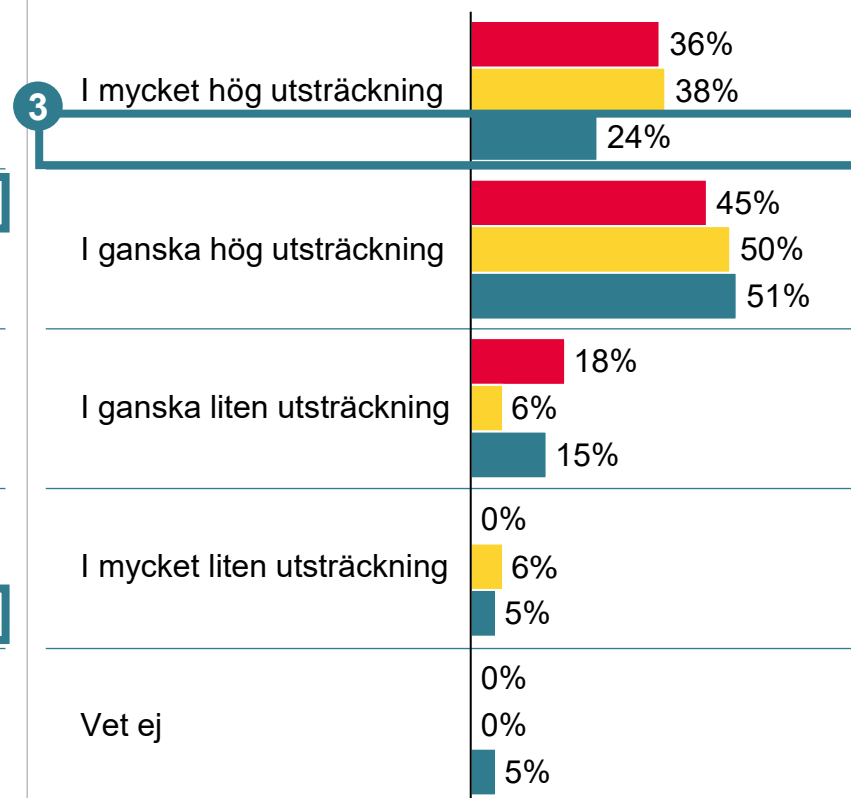
Q28: Det finns en välfungerande (**digital**) **vårdinfrastruktur** för att bedriva prehospital- och mobil vård (t.ex. välfungerande (**digitala**) system för att bedriva vård).

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q29: Jag känner till **alla nödvändiga samarbetspartners** inom prehospital- och mobil vård i min yrkesutövning

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

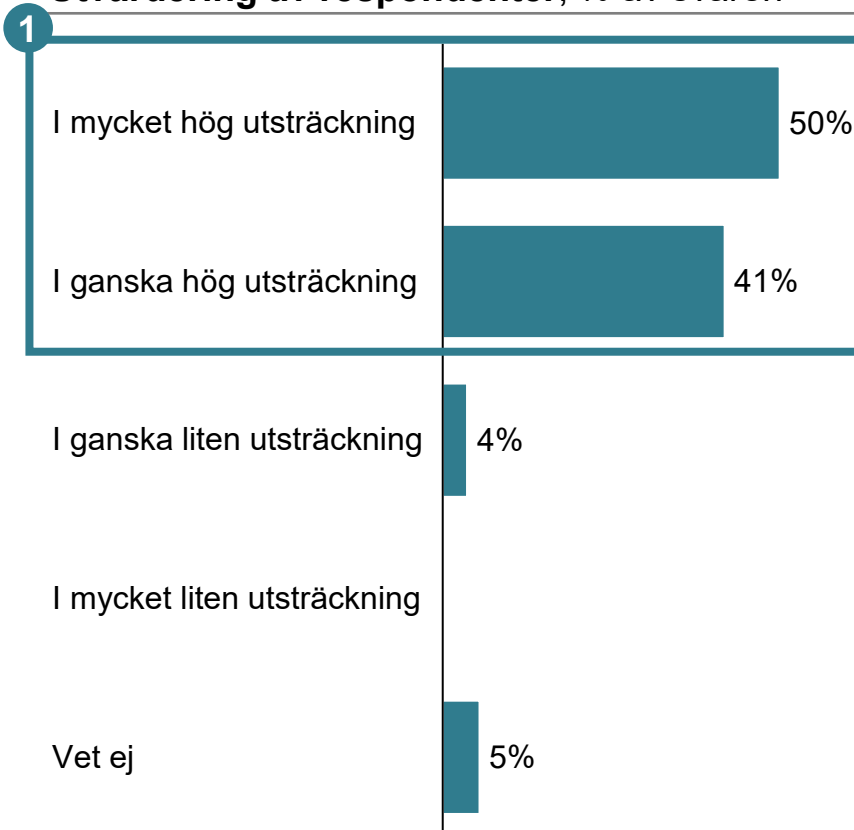
- Vårdinfrastrukturen anses vara mest bristfällig på vårdcentral**, där hälften av respondenter "i mycket liten utsträckning" anser att det finns välfungerande system
- Ambulansverksamheten är mest positiv inställd mot infrastruktur**, med 41% som håller med i "ganska hög utsträckning"
- Primärvården har minst transparens kring nödvändiga samarbetspartners** jämfört med ambulanssjukvård eller specialistvård på sjukhus

# Enkät - arbetsmiljö och förebyggande insatser

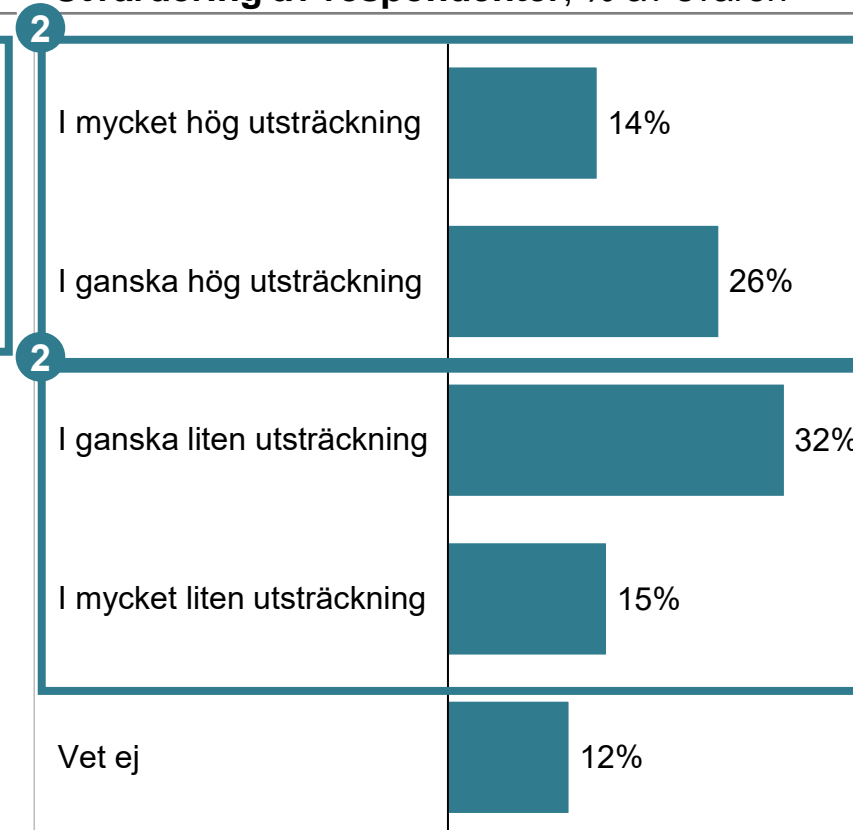
Q30: Det råder en **god arbetsmiljö** (dvs. en motiverande, jämlik, och trivsamt miljö för samtliga anställda) på min enhet

Q31: Det bedrivs andra **förebyggande insatser** kopplade till prehospital- och mobil vård

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

- 1 Det anses råda **god arbetsmiljö** enligt >90% av respondenterna
- 2 **Stor variation** finns i huruvida förebyggande insatser kopplade till prehospital- och mobil vård bedrivs, där ungefär ett lika stor andel respondenter instämmer respektive inte håller med

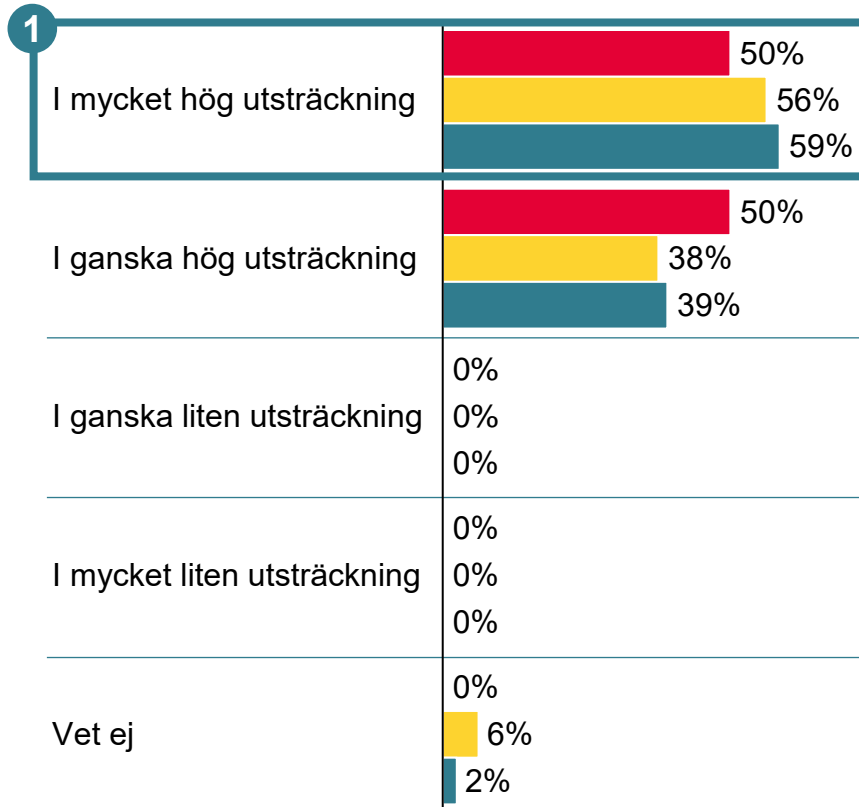
# Enkät - arbetsmiljö och förebyggande insatser (per arbetsplats)

■ Ambulans ■ Specialistvård på sjukhus ■ Vårdcentral/Primärvård

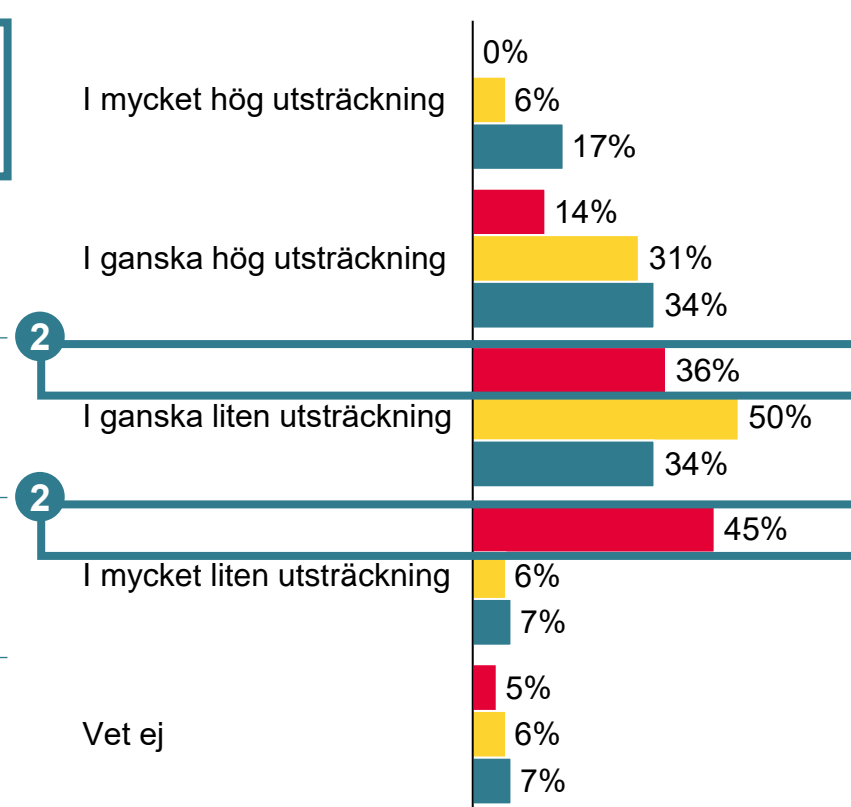
Q30: Det råder en **god arbetsmiljö** (dvs. en motiverande, jämlik, och trivsamt miljö för samtliga anställda) på min enhet

Q31: Det bedrivs andra **förebyggande insatser** kopplade till prehospital- och mobil vård

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

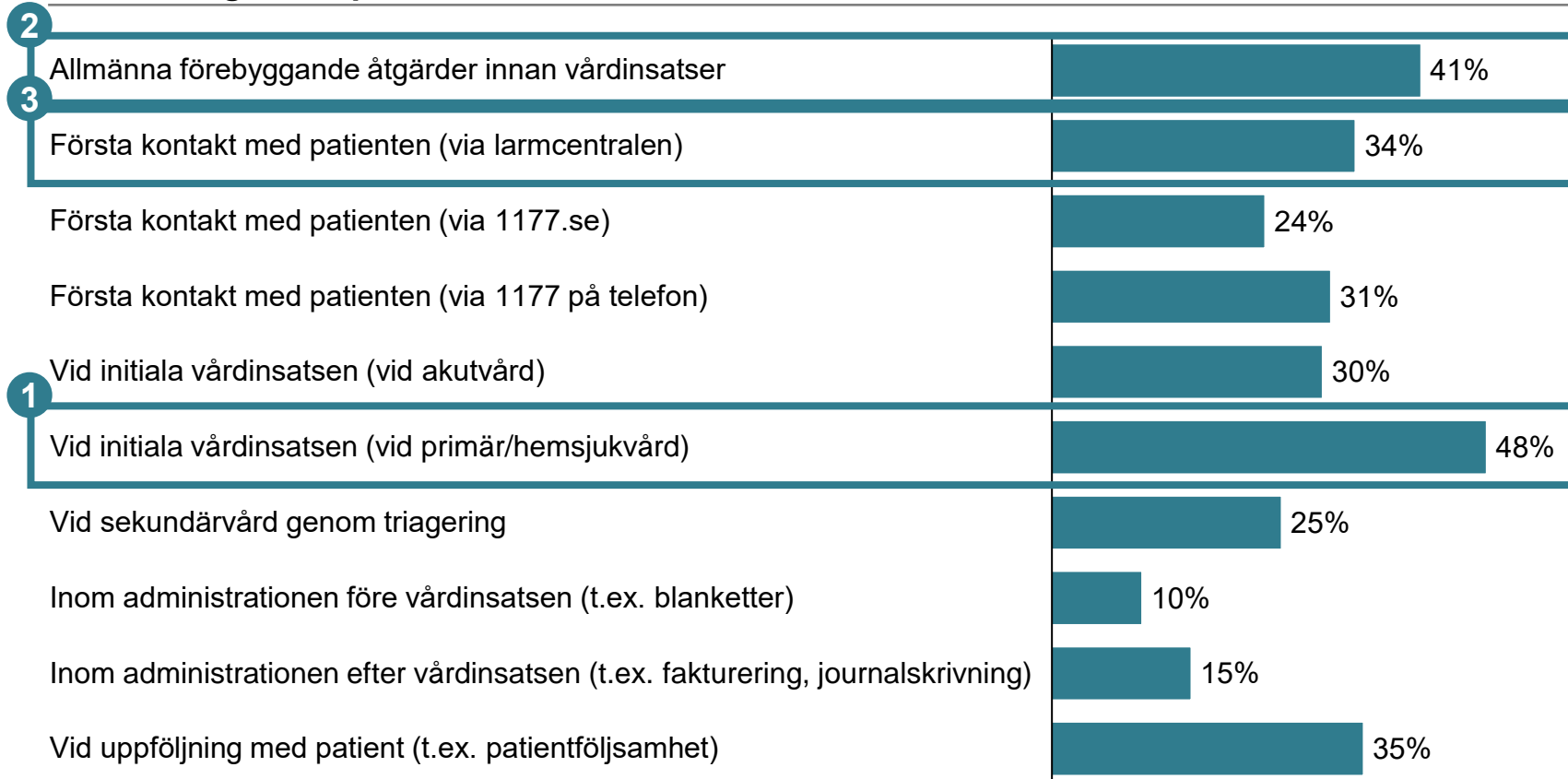
- 1 God arbetsmiljö råder på samtliga arbetsplatser, där 2/3:e delar intyger "i mycket hög utsträckning"**
- 2 Nästan samtliga respondenter från ambulansverksamheten anser att förebyggande insatser kopplade till prehospital- och mobil vård bedrivs i ganska- eller mycket liten utsträckning**



# Enkät - förbättringspotential i patientresan

Q32: I vilka delar av patientresan för prehospital- och mobil vård ser du störst förbättringspotential?

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

## Insikter

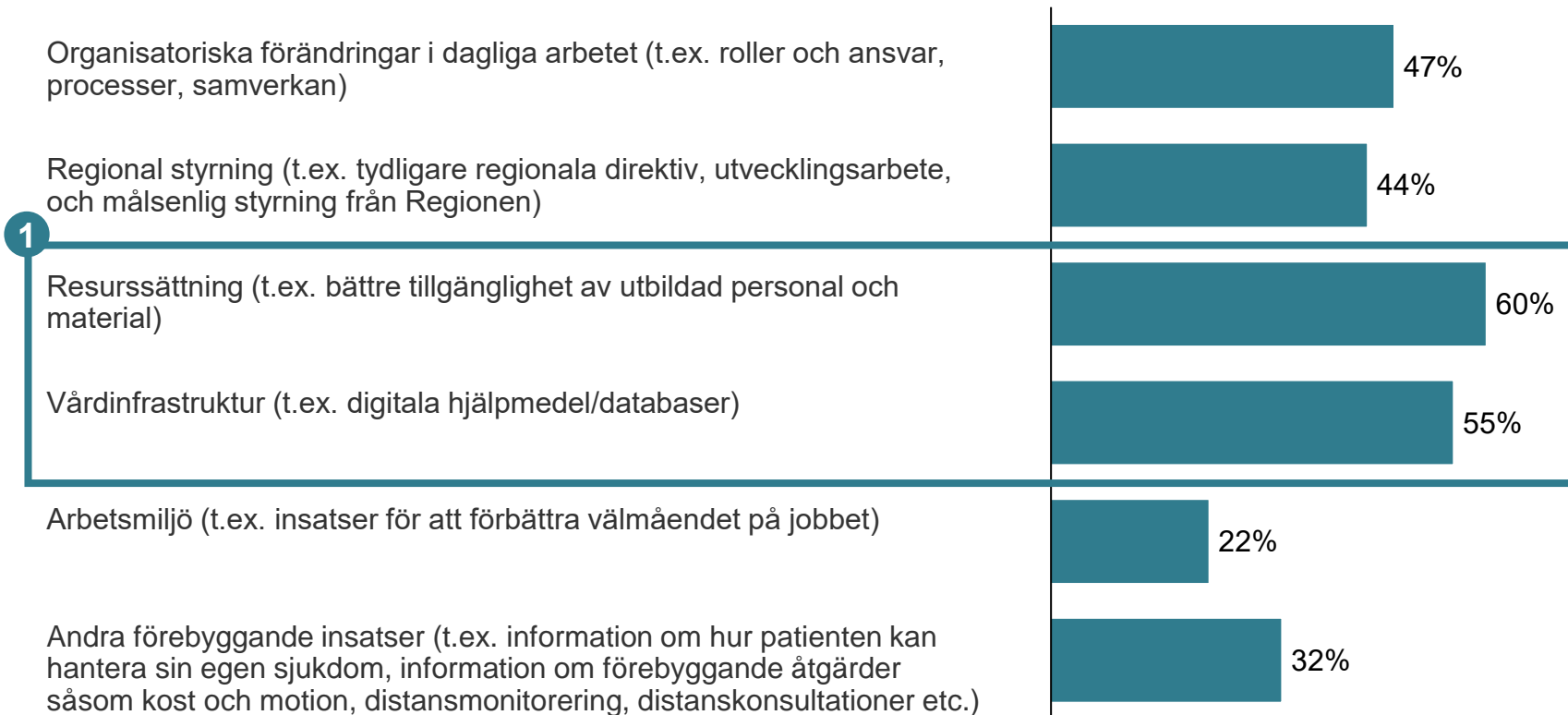
Störst potential för förbättringar för prehospital- och mobil vård ses vid...

- 1 ...initiala vårdinsatsen inom primärvård,
- 2 ...förebyggande insatser och
- 3 ...första kontakt med larmcentralen

# Enkät - insatser för att öka vårdkvalitet

Q33: Vilka typer av insatser kopplade till prehospital- och mobil vård skulle, från ditt perspektiv, kunna bidra mest till förbättrad **vårdkvalitet** (t.ex. behandlingsresultat/patientsäkerhet)?

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

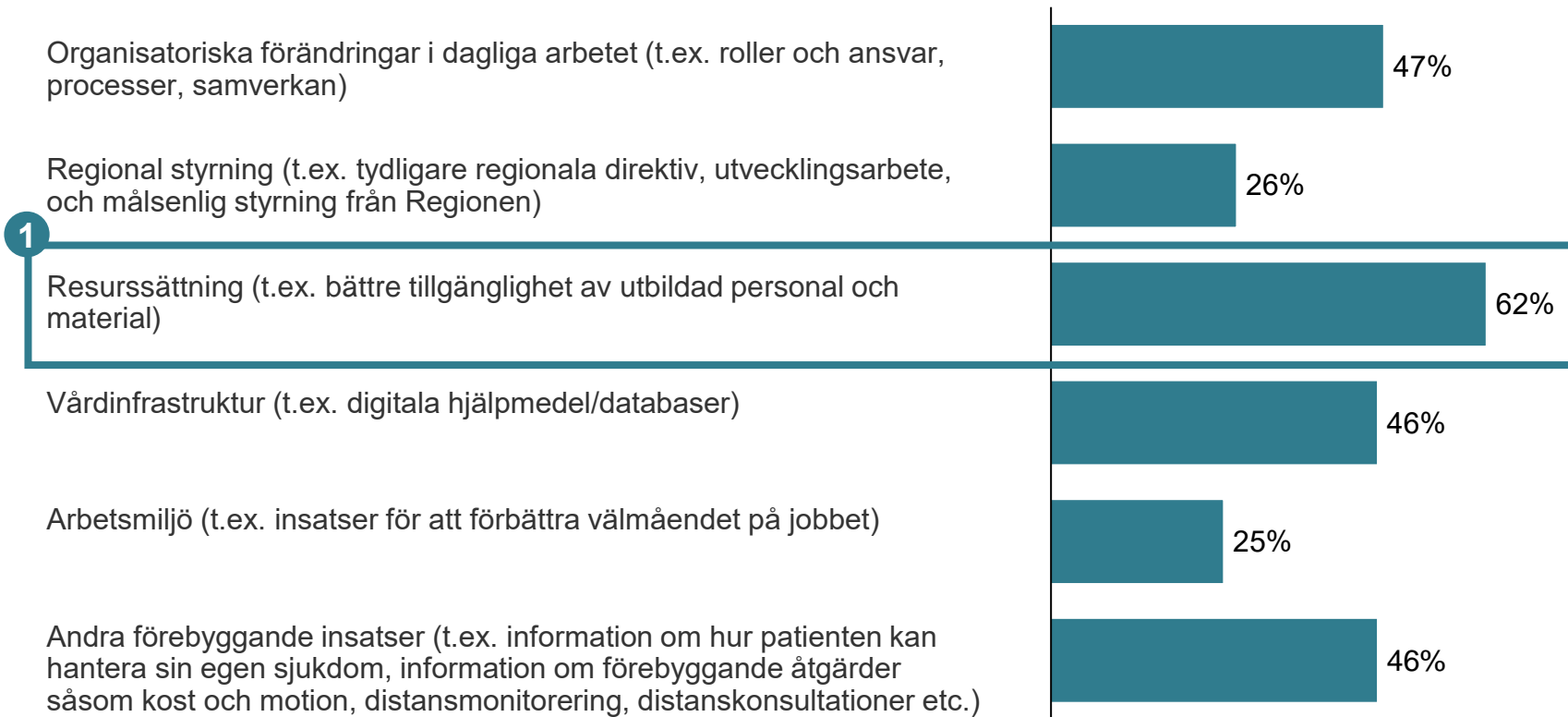
## Insikter

- 1** Resurssättning och vårdinfrastruktur anses vara de främsta hävstänger för att öka vårdkvalitet

# Enkät - insatser för att öka patientnöjdhet

Q34: Vilka typer av insatser kopplade till prehospital- och mobil vård skulle, från ditt perspektiv, kunna bidra mest till förbättrad **patientnöjdhet** (t.ex. bemötande och tillgänglighet av vård)?

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



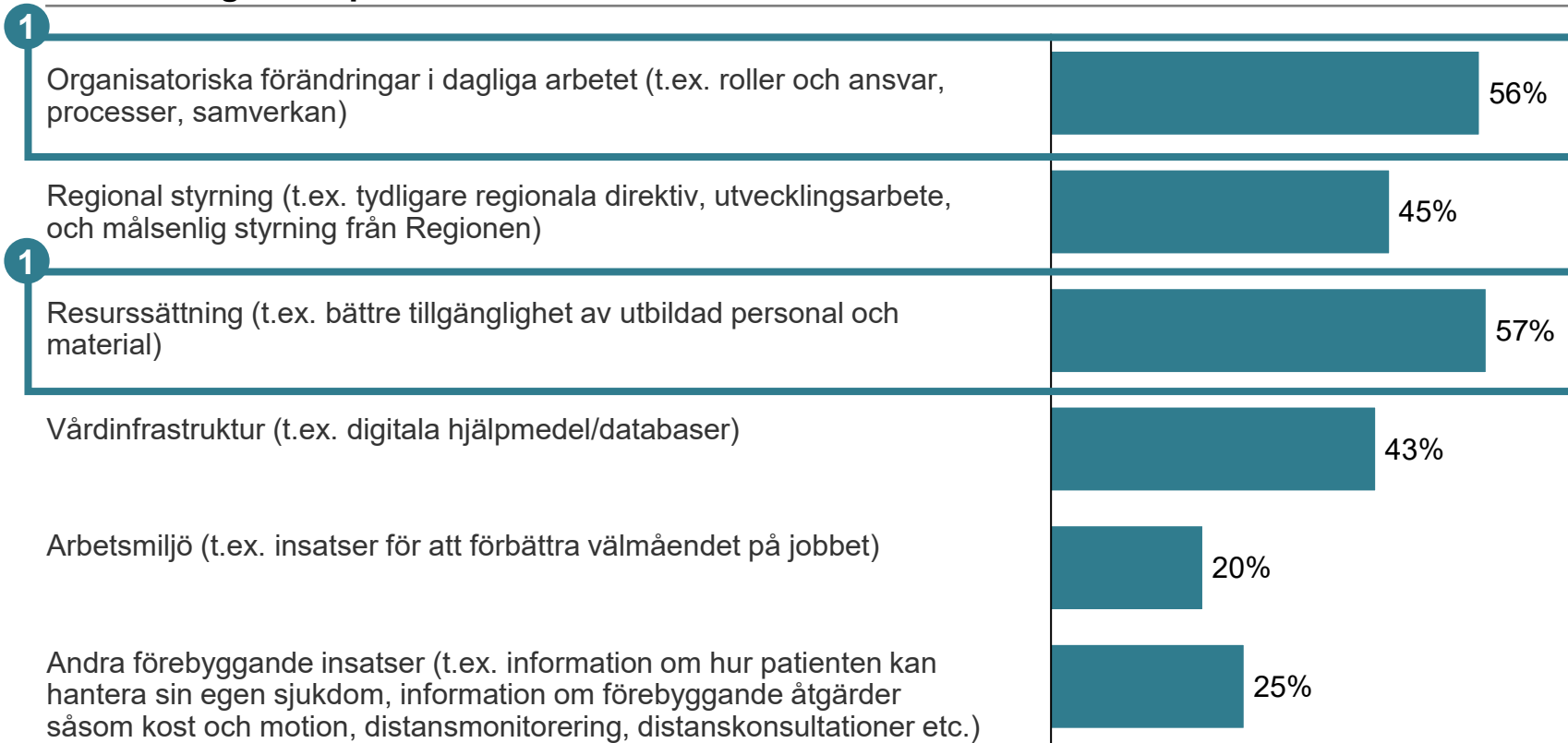
## Insikter

- 1 Resurssättning anses vara den främsta hävstång för att öka patientnöjdhet, följt av organisatoriska förändringar, vårdinfrastruktur och förebyggande insatser**

# Enkät - insatser för att öka resurseffektivitet

Q35: Vilka typer av insatser kopplade till prehospital- och mobil vård skulle, från ditt perspektiv, kunna bidra mest till förbättrad **resurseffektivitet**?

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



Källa: 2022 Enkät om prehospital och mobil vård i Region Skåne (n=109)

## Insikter

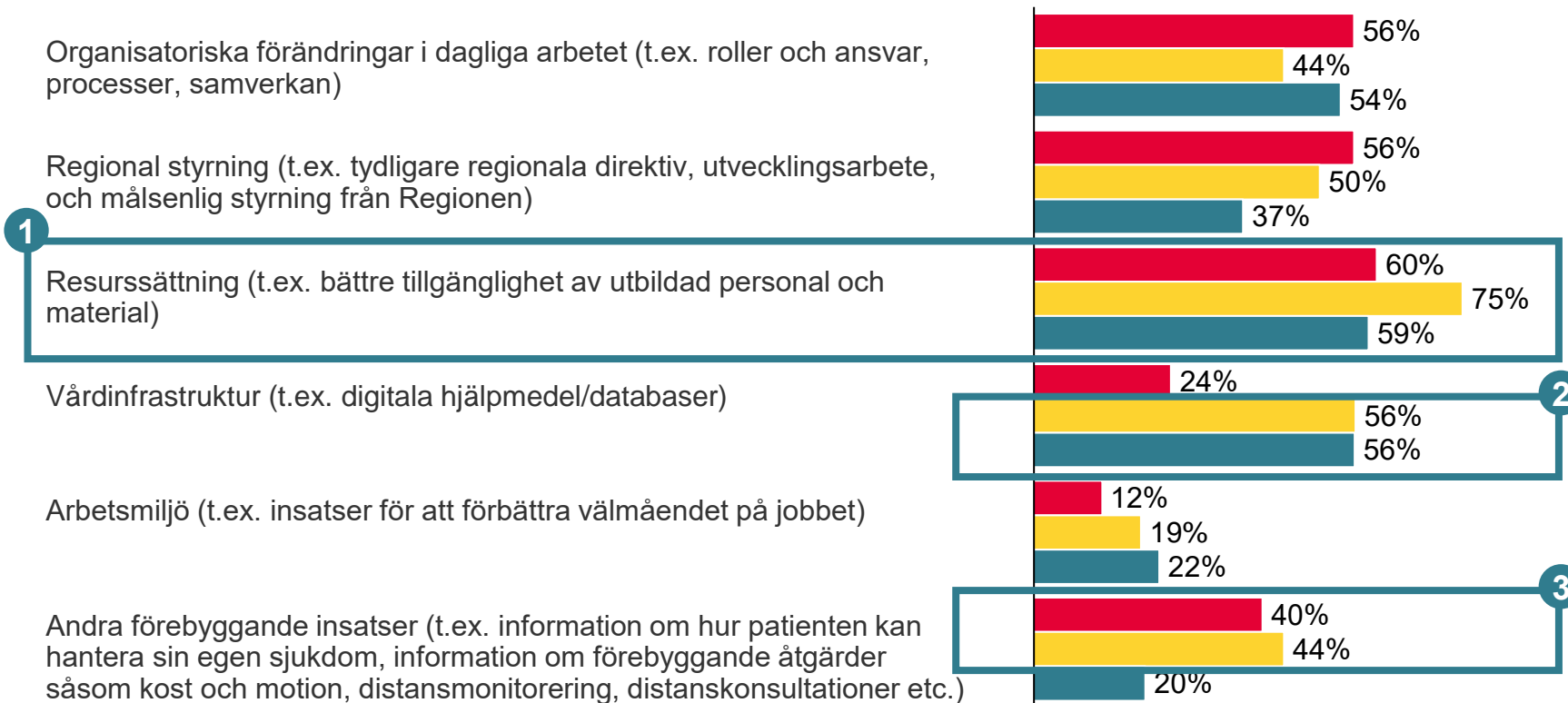
- 1 **Organisatoriska förändringar och resurssättning anses vara de främsta hävstänger för att öka resurseffektivitet**

# Enkät - insatser för att öka resurseffektivitet (per arbetsplats)

Q35: Vilka typer av insatser kopplade till prehospital- och mobil vård skulle, från ditt perspektiv, kunna bidra mest till förbättrad **resurseffektivitet**?

Ambulans    Specialistvård på sjukhus    Vårdcentral/Primärvård

## Utvärdering av respondenter, % av svaren



## Insikter

- 1** Resurssättning anses vara viktigast av samtliga arbetsplatser för att kunna förbättra vårdeffektiviteten
- 2** Förbättringar inom vårdinfrastruktur anses vara viktigt för primär- och specialistvård, men är mindre relevant för ambulans enligt dess respondenter
- 3** Förebyggande insatser anses vara viktiga för ambulans och specialistvård, men är mindre relevant för primärvård enligt dess respondenter

# Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

- F. Åtgärdsförslag i det kortare perspektivet
- Omvärldsanalys
- Resultat från enkät om mobil vård

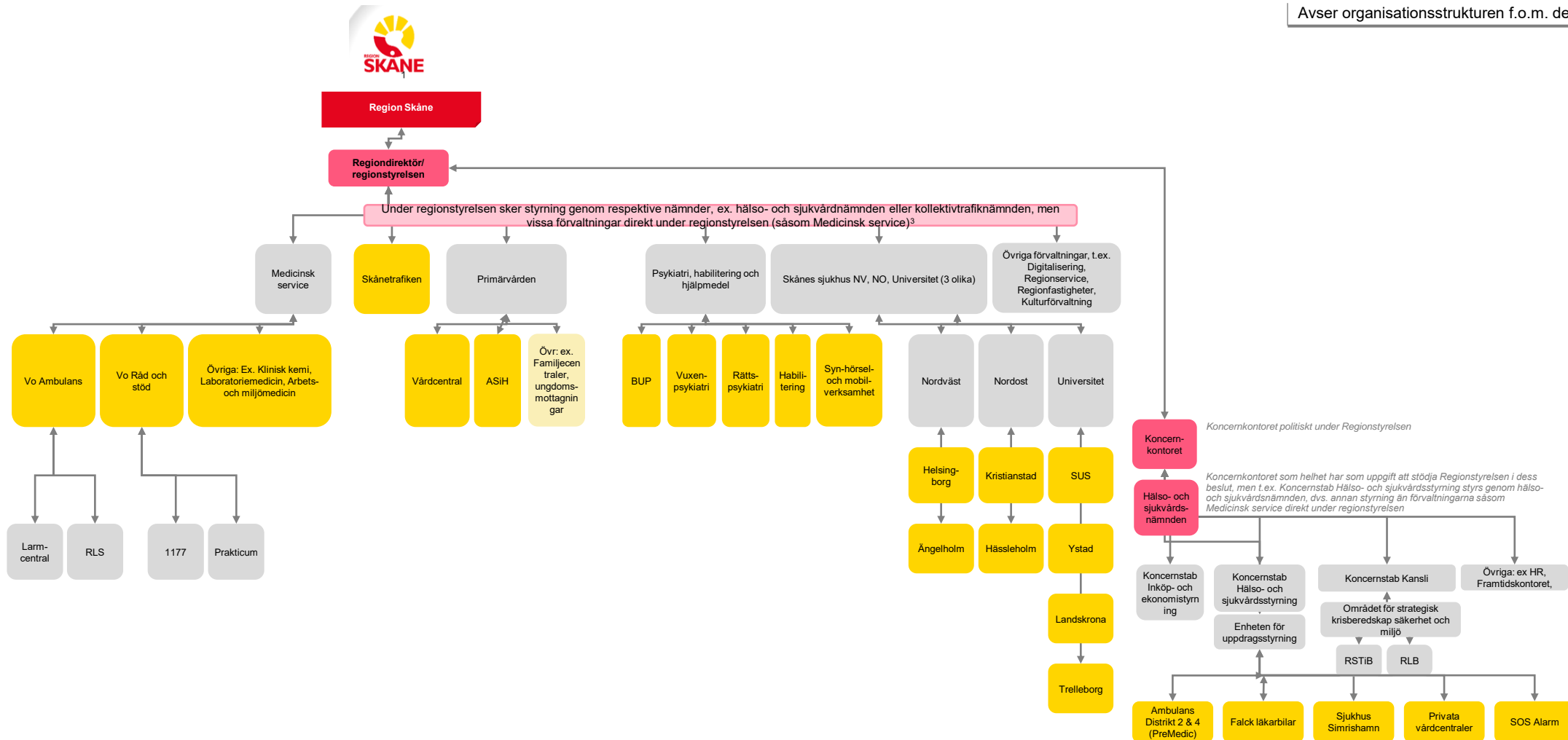
• Övrig

# Översikt organisation

Fokus akut prehospital vård och mobil vård – Övriga förvaltningar under regiondirektör och hälso- och sjukvårdsdirektör har utelämnats för ökad läsbarhet

Mobil resurs finns  
 Vissa mobila insatser

Avser organisationsstrukturen f.o.m. den 1:e oktober 2022



1. Räddningstjänsten medverkar vid sjukvårdslarm och IVPA-uppdrag, t.ex. hjärtstopp, bärhjälp, terrängtransport etc.
2. Under justitiedepartementet. Utöver tillsyn av SOS Alarm
3. Efter årsskiftet kommer alla förvaltningar ligga under nämnder

# Räddningstjänsten faller under kommunal styrning, och bistår med IVPA och vid hjärtstopp

## Räddningstjänsten har i prehospital kontext 3 huvudsakliga uppgiftsområden



### Samverkan

Ordinarie samverkan mellan räddningstjänst och ambulanssjukvård sker vid till exempel **trafikolyckor eller brand**. Denna samverkan är kopplad till bland annat Lagen om Skydd mot Olyckor. **Samverkan är obligatorisk och görs utan avtal mellan parterna**. Räddningstjänsten medverkar i det prehospitala akuta omhändertagandet med manuella åtgärder, enkla hjälpmedel som första hjälpen. Dessa åtgärder utgör ej hälso- och sjukvårdsuppgifter. Räddningstjänsten faller under kommunal styrning.



### IVPA (I Väntan På Ambulans)

För denna samverkan krävs avtal. Arbetsuppgifterna utgör ej hälso- och sjukvårdsuppgifter. Utalarmering av räddningstjänst görs då SOS Alarm bedömer att **tidsvinsten i förhållande till första ambulans på plats bedöms överstiga 15 minuter** vid ambulanslarm av **prioritet 1**.

Räddningstjänstens team **skapar trygghet, håller kontakt med ambulans och ger vid behov vägvisning. Vid behov påbörjas första hjälpen** åtgärder



### Hjärtstopp

Sjukvårdslarm innebär att **räddningstjänsten utför hälso- och sjukvårdsåtgärder vilket kräver avtal**. Utalarmering av räddningstjänst vid sjukvårdslarm i Region Skåne sker **vid hjärtstoppssassistans** då SOS Alarm bedömer att räddningstjänst kan **vara på plats före första ambulans**.



# 65 vårdcentraler har fått ersättning men saknar egna mobila vårdteam (1/3)

Vårdcentral	Total ersättning för vårdformen, 2021, SEK	Kopplat till annan resurs	Övrig kommentar
Capio Vårdcentral Simrishamn	318,750	<i>Ej känt/kopplat</i>	-
Sveakliniken i Svedala	273,000		
Vårdcentralen Ramlösa	164,125		
Vårdcentralen Vänhem	131,875		
Vårdcentralen Åhus	129,250		
Capio Vårdcentral Hässleholm	126,375		
Vårdcentralen Laröd	117,875		
Vårdcentralen Östermalm	117,375		
Vårdcentralen Brösarp	114,750		
Vårdcentralen Åstorp	101,625		
Vårdcentralen Sjöcrona	100,250		
Vårdcentralen Degeberga	96,375		
Vårdcentralen Perstorp	82,125		
Vårdcentralen Centrum	72,750		
Bjärreds Vårdcentral	68,125		
Kry Vårdcentral Laurentii	60,375		
Vårdcentralen Drottninghög	43,125		
Vårdcentralen Vinslöv	42,625		
Capio Vårdcentral Broby	40,000		
Vårdcentralen Vellinge	39,875		
Vårdcentralen Vilan	32,375		
Ekeby Vårdcentral	32,250		

Källa: Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)

# 65 vårdcentraler har fått ersättning men saknar egna mobila vårdteam (2/3)

Vårdcentral	Total ersättning för vårdformen, 2021, SEK	Kopplat till annan resurs	Övrig kommentar
Capio Vårdcentral Landskrona	30,375	<i>Ej känt/kopplat</i>	-
Vårdcentralen Vä	28,375		
Hälsocentralen Sankt Hans	20,125		
Vårdcentralen Husensjö	13,375		
Vårdcentralen Ljungbyhed	12,625		
Tryggakliniken Bromölla	11,125		
Capio Vårdcentral Gärsnäs	9,625		
Vårdcentralen Örkelljunga	8,875		
Capio Vårdcentral Rydsgård	7,375		
Valens Läkargrupp	6,000		
Vårdhuset Malmö City	4,500		
KRY Vårdcentral Lund	4,375		
Helsingborgs Vårdcentral	3,000		
Berga Läkarhus	2,500		
Läkargruppen Landskrona	2,375		
Capio Vårdcentral Lund Clemenstorget	1,500		
Privatläkarna Hälsoval	625		
Vårdcentralen Viken	#N/A		Erhöll 10625 kr i ersättning för 2022
Vårdkliniken Ängelholm	#N/A		Har lagts ned
Vårdcentralen Hörby	268,625	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne	-
Vårdcentralen Sankt Lars	176,875		
Vårdcentralen Tåbelund	173,000		
Vårdcentralen Löddeköpinge	107,250		
Vårdcentralen Getingen	106,375		

Källa: Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)

# 65 vårdcentraler har fått ersättning men saknar egna mobila vårdteam (3/3)

Vårdcentral	Total ersättning för vårdformen, 2021, SEK	Kopplat till annan resurs	Övrig kommentar
Vårdcentralen Staffanstorps	105,875	Mobilt Vårdteam Mellersta Skåne	-
Vårdcentralen Nöbbelöv	65,000		
Vårdcentralen Lindeborg	151,750	Mobilt Vårdteam Södra Skåne	-
Vårdcentralen Lundbergsgatan	146,375		
Vårdcentralen Husie	140,500		
Vårdcentralen Lunden	122,375		
Vårdcentralen Sorgenfri	117,375		
Vårdcentralen Fågelbacken	101,250		
Vårdcentralen Fosietorp	79,250		
Vårdcentralen Kroksbäck	79,250		
Vårdcentralen Eden	61,875		
Capio Vårdcentral Limhamn	60,500		
Capio Vårdcentral Malmö Centrum	55,375		
Vårdcentralen Oxie	52,500		
Vårdcentralen Bunkeflo	33,750		
Vårdcentralen Ellenbogen	1,375		
Capio Vårdcentral Ängelholm	6,625	Närsjukvårdsteam KHM Mobil Ängelholm	-
Kungsgårdshälsan	750		
Capio Vårdcentral Bunkeflo-Hyllie	#N/A	Mobilt Vårdteam Södra Skåne	Erhöll 5750 kr i ersättning för 2022

