

# Mobil närvård Västra Götaland - Följeutvärderingen

Slutrapport april 2019

Dag Norén och Anna Segerberg



## Innehållsförteckning

1	Bakgrunden och fokus i följeutvärderingen .....	3
2	Övergripande angreppssätt.....	4
3	Modellen för Mobil närvård .....	5
4	När Mobil närvård växer fram – utvecklingen sammanfattad genom rapporterna .....	6
4.1	Delrapport 1 för perioden februari till maj 2016 .....	7
4.2	Delrapport 2 för perioden september 2016 till maj 2017 .....	9
4.3	Lägesrapport Nya projekt under 2017 .....	12
4.4	Delrapport 3 för perioden maj till december 2017 .....	13
4.5	Särskild intervjustudie Vårdcentralchefers syn på Mobil närvård, maj till augusti 2018.....	15
5	Resultat från följeutvärderingen .....	16
5.1	Medarbetarupplevelse .....	16
5.2	Patientupplevelse .....	17
5.2.1	Hemsjukvårdsteam.....	18
5.2.2	Närsjukvårdsteam.....	18
5.3	Sammanställning av vårdcentralchefers upplevelse .....	19
5.4	Vårdkonsumtionsresultat.....	21
6	Mobil närvård – framgångsfaktorer och utmaningar framåt.....	23
6.1	Angreppssättet utvecklades till en kulturpåverkande effekt .....	23
6.2	Vad är bästa praktik inom Mobil närvård?.....	24
6.3	Utvecklingsläget inför 2019 och framåt .....	25
6.4	Vilka är de viktigaste åtgärderna framåt – för att säkra uthållighet? .....	29
7	Slutsatser i arbetet med följeutvärderingen .....	30
7.1	Breddinförande kräver genomtänkt riggning i kombination med implementeringsstöd .....	30
7.2	Satsningen på Mobil närvård visar mycket goda resultat .....	32
7.3	Tveksamt om det finns stödjande strukturer som skapar uthållighet – något nytt måste komma till.....	33
8	Rekommendationer.....	33
9	BILAGA: Aktiva projekt inom Mobil Närvård Västra Götaland.....	35

## 1 Bakgrunden och fokus i följeutvärderingen

Följeutvärderingsuppdraget gällande utvecklingen av ”stöd till breddinförandet av Mobil närvård för de mest sjuka äldre och personer med sammansatta vårdbehov” inleddes i början av februari 2016 och har pågått fram till sista mars 2019.

Följeutvärderingen syftar till att löpande följa, observera och sammanställa olika resultat under utvecklingsarbetets gång för att belysa vad som fungerar, vad som inte fungerar samt vilka förändringar som kan behöva göras för att nå resultat. Följeutvärderingen ska också förmedla resultaten genom olika kanaler till berörda intressenter samt agera som en form av rådgivare på både strategisk och operativ nivå. Slutligen ska följeutvärderingen skapa möjligheter att göra nödvändiga förstärkningar och förändringar under utvecklingsarbetets gång, för att de önskade resultaten med projektet ska kunna nås.

Följeutvärderingen har bedrivits till större delen med fokus på utvecklingen och lärandet om samordnade arbetssätt mellan främst den kommunala hemsjukvården, primärvården och specialistvården (som oftast har utgångspunkt från de sjukhus som är involverade). Kunskaper och spridning om de nya arbetssätten i samverkan till en särskild målgrupp med stora behov har varit särskilt viktiga för att få genomslag för syftena med Mobil närvård och för att kunna möjliggöra övergången till ordinär verksamhet efter projektens avslut. När samverkansformerna har blivit mer inarbetade har ett ökat fokus i följeutvärderingen legat på att samla in resultat, som då blir mer rättvisande för utvecklingsarbetet, och som redovisas i denna slutrapport.

Under 2016 var nio projekt aktuella med regionalt stöd. Från 2017 har ytterligare femton projekt tillkommit vilket innebär att i stort sett hela regionen med kommuner var igång med utvecklingsarbete inom Mobil närvård. Totalt har det alltså funnits 24 projekt inom Mobil närvård som uppburit regionalt stöd – men inte alla har varit aktiva hela tiden, främst på grund av rekryteringsproblem. Följeutvärderingen har innan denna slutrapport presenterat tre delrapporter som beskriver utvecklingen av Mobil närvård i Västra Götaland. Två av delrapporterna har delvis baserats på inkomna årsrapporter från projekten (inklusive bilagor utifrån projektens utvecklingsarbete), men även andra källor har till vissa delar utgjort grunden för de observationer som presenterats i rapporterna. Följeutvärderingen har löpande genomfört intervjuer på olika teman samt deltagit löpande i särskilda nätverksträffar som 1) övergripande för hela den regionala satsningen inom Mobil närvård, 2) för projektledarna, 3) för de mobila hemsjukvårdsläkarna samt 4) för närsjukvårdsteamerna.

Exempel på teman som har varit aktuella är följande:

- Ledningsfunktioner (samverkan mellan styrgrupp och operativa ledningsgrupper/projektledare)
- Effekter för vårdcentraler med mobila hemsjukvårdsläkare
- Uppföljningsarbete och lärande
- Upptäckt av målgrupper
- Teamsamverkan mellan professionsgrupper
- Metoder för lärande patientkartläggningar
- Resultat; utifrån perspektiv, vårdkonsumtion m.m.

Särskilda aktiviteter och arbetssätt som genomförts har varit:

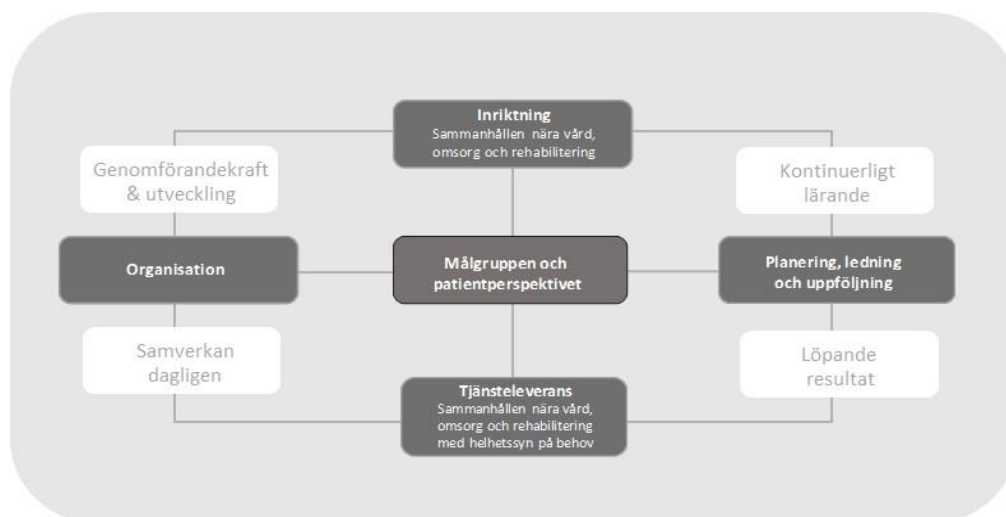
- ”Start-upp-stöd”
- Intervjuer och fokusgrupper med styrgrupp, projektledare, vårdcentralchefer, kommunrepresentanter m.fl.

- Nätverksträffar med intressenter så som politiker, läkare, vårdcentralchefer, kommunala sjuksköterskor och projektledare
- Benchmarking med andra landsting/regioner
- Stöd för patientkartläggningar
- Enkätundersökningar med medarbetare och patienter
- Sammanställning av delrapporter inklusive kvantitativa uppgifter
- Presentationer av rapporter på olika samverkansmöten

Denna slutrapport syftar till att dels summera den utvärdering som har gjorts, men också till att ha ett framåtblickande perspektiv.

## 2 Övergripande angreppssätt

Med följeutvärderingens fokus på utveckling och lärande kring samordnade och personcentrerade arbetssätt används en kartläggnings- och utvärderingsmodell som bedöms fånga viktiga utvecklingsaspekter. Denna modell syftar till att kunna observera systemsammanhang som bedöms som särskilt viktiga för att lyckas med den strategiska uppgiften. I årsrapporterna är frågorna strukturerade enligt denna modell och återrapporteringen från följeutvärderingen har löpande följt samma struktur varför eventuella skillnader och utvecklingstendenser i svaren blir särskilt intressanta. Samtidigt är denna modell ämnad att kommunicera till projekten vad som kan vara viktiga framgångsfaktorer för att lyckas med utvecklingsarbetet; både utifrån ett systemtänkande och utifrån olika fokusområden. Kartläggnings- och utvärderingsmodellen har använts löpande inom följeutvärderingen och baseras på forskningsresultat om vad som är viktiga områden att hantera för att nå framgång i komplexa utvecklingsprojekt<sup>1</sup>. De viktiga områdena för att nå framgång i utvecklingsarbetet beskrivs på följande sätt:



- **Målgruppen och patientperspektivet** – Kunskap om behov och förväntningar hos målgruppen. Helhetssyn så att vården anpassas på ett patientcentrerat sätt utifrån samlade och föränderliga behov. Hur målgruppen fångas in och att så många som möjligt inom lokala målgrupper omfattas av projektets insatser.

<sup>1</sup> Forskning som ligger till grund för modellen beskrivs bl.a. i publicerade studier inom Service Management (Designing Interactive Strategy; from value chain to value constellation, Normann/Ramirez) samt inslag utifrån kvalitetsutveckling baserat på Edwards Deming och organisatoriskt lärande baserat på Peter Senge m.fl. Utvärderingsmodellen har använts i ett flertal olika följeutvärderingsinsatser där samverkan är i fokus.

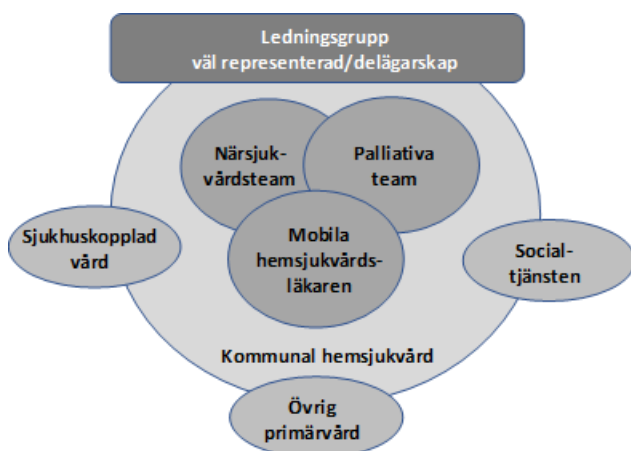
- **Inriktning** – Fokus på samsyn och genomslag för utvecklingsarbetet. Tydligt samband mellan den grundläggande idén och de resultat som ska uppnås för målgruppen samt de styrkedjor som tillämpas liksom hur eventuella målkonflikter ska kunna hanteras.
- **Organisation** – Hur en ändamålsenlig organisation stödjer centrala processer, tydlighet avseende ansvar, roller och mandat, kompetens och bemanning, organisering för samverkan mellan styrgrupp och projektledningsgrupp, mellan inblandade verksamhetsorganisationer samt stödprocesser som exempelvis administrativa och kommunikativa verktyg.
- **Tjänsteleverans** – Hur de olika vårdorganisationerna samverkar dagligen (kommunala hemsjukvården, mobila hemsjukvårdsläkare, närsjukvårdsteam och eventuella andra enheter). Hur vårdtjänsterna samlat motsvarar såväl behov och förväntningar hos målgruppen samt fastställd inriktning.
- **Planering, ledning och uppföljning** - God planering för hur inriktning och önskade resultat ska uppnås. Ledarskap som motiverar till att uppnå viktiga målsättningar. Struktur för uppföljning av resultat och för hur kunskap om resultat tas tillvara som lärande för verksamheterna.

### 3 Modellen för Mobil närvård

Breddinförandet av Mobil närvård baseras på en ursprunglig verksamhetsmodell som utvecklades under en tioårsperiod genom nära samverkan mellan Lidköpings kommun, Skaraborgs sjukhus i Lidköping och primärvården i västra Skaraborg. Grundtankarna bygger på att skapa ett mer optimalt "närvårdssystem" för de grupper av patienter med hemsjukvård som är multisjuka och kan vara kontinuerligt instabila, eller sviktande periodvis men annars stabila över längre perioder; alltså två olika patientgrupper där den första ofta befinner sig i livets slutskede. Då dessa patientgrupper inte omhändertogs på ett bra sätt med kontinuitet i vården var det dessa som skickades fram och tillbaka mellan det egna boendet, vårdcentralernas mottagningar och sjukhusets akutmottagning.

Det särskilda angreppssättet med detta närvårdssystem var att man utgick från vad som passar dessa patientgrupper bäst. Boendet ansågs i grunden som den bästa platsen för att bedriva vården till dessa patienter. Hemsjukvården skulle därför vara basen i vården och helst även i en närmare samverkan med hemtjänsten. Att patienter och anhöriga också skulle involveras mer aktivt och utifrån förmåga i teamsamverkan sågs också som viktigt för att nå bättre resultat.

#### Översiktsbild av den ursprungliga modellen för Mobil närvård



Angreppssättet med den kommunala vården som bas förstärktes med 1) ett närsjukvårdsteam från sjukhuset (en specialistläkare i geriatrisk eller internmedicin samt två specialistsjuksköterskor) som koncentrerar sig på att arbeta i boendet tillsammans med kommunala hemsjukvården och 2) en mobil hemsjukvårdsläkare som arbetar på uppdrag av vårdcentralerna i området med fokus på att ge vård i hemmet i nära samarbete med kommunala hemsjukvården. Dessutom ingick i detta

närvårdssystem ett mobilt palliativt team från sjukhuset (två specialistläkare fördelat på en heltid samt tre specialistsjuksköterskor fördelat på två heltider) som tog över patienter efter brytpunktssamtal och när terapin övergick till fokus på palliativ vård i livets slutskede. För att kunna

I detta närvårdssystem av verksamheter från olika håll såg man det också som av görande att det fanns en gemensam ledningsgrupp som var väl representerad utifrån kommunal hemsjukvård, primärvård och sjukhusvård. Ordförandeskapet i ledningsgruppen växlades mellan parterna med jämna mellanrum för att förankra delägarskapet i närvårdssystemet. Detta sågs som avgörande för att skapa stabilitet och långsiktighet i ett annars sårbart nätverkssammanhang.

I denna grundmodell är det de olika teamen som tillsammans med hemsjukvårdsteamet, där den mobila hemsjukvårdsläkaren ingår, som gör den stora skillnaden. Gemensamt i nära samarbete utvecklar de ett omhändertagande som i flera utvärderingar visade sig skapa stora kvalitetslyft förenat med ett betydligt effektivare resursutnyttjande av det övergripande sjukvårdssystemet<sup>2</sup>. För den kommunala hemsjukvården var arbetssättet ett kvalitetslyft som innebar att mycket mer tid kunde användas för vård till patienterna och betydligt mindre tid på ständiga omplaneringar och hantering av fel och brister i vårdplaner, läkemedelsförskrivning, hjälpmedel med mera samt inte minst tiden som gick åt för att få kontakt med läkare av olika slag.

Modellen med de mobila insatser som förstärker hemsjukvården baserades på att det fanns naturliga ansvarsväxlingar där exempelvis mobila hemsjukvårdsläkaren lämnar över patientansvaret till närsjukvårdsteamet liksom när närsjukvårdsteamet lämnar över patientansvaret till det mobila palliativa teamet. Trots att patientansvarsbyten görs mellan involverade läkare kvarstår kontinuiteten i vården då hemsjukvården är basen för allt vårdarbete som görs. Patienten har sällan behövt uppsöka vård på andra platser då vården istället har kommit till patienten för att bättre motsvara behoven. Teamsamarbetet inom "närvårdssystemet" med fokus på patientens boende har lett till ett optimalt omhändertagande. Sammantaget leder detta till att vårdresurserna kan användas effektivt då den mobila hemsjukvårdsläkaren hinner med fler och tillkommande patienter när närsjukvårdsteamet tar över de mest komplexa och tidskrävande patienterna.

Denna ursprungsmodell har varit grunden för vad som har varit syftet att uppnå med breddinförandet av Mobil närvård. Detta gäller dock inte involveringen av ett mobilt palliativt team då dessa team redan finns etablerade inom Västra Götalandsregionen. Med stöd av nyckeltal som framkommit i utvärderingar av modellen i västra Skaraborg kunde patientvolymen och därmed resursbehov uppskattas utifrån vilken bemanning som behövs i olika områden. Med detta som utgångspunkt kunde projektmedel fastställas för de olika projektansökningarna. Från en början var kraven för att få projektmedel att man skulle ha samma uppställning av team och arbetssätt som ursprungsmodellen. Detta förändrades dock efter en tid för att ta hänsyn till redan pågående utvecklingsarbeten med något annorlunda angreppssätt samt att det i många områden, särskilt Göteborgsområdet, inte var möjligt att ännu involvera sjukhusens deltagande i Mobil närvård. För att få igång en kritisk bas av deltagande projekt öppnade man för mer flexibilitet i tilldelningen av projektmedel.

#### **4 När Mobil närvård växer fram – utvecklingen sammanfattad genom rapporterna**

De löpande observationer som utförts under följeutvärderingens arbete har sammanfattats i tre tidigare delrapporter samt ett antal fokuserade rapporter. Inom varje delrapport har slutsatser utvecklats utifrån utvecklingsarbetets läge inom Mobil närvård samt ett antal rekommendationer kopplade till dessa slutsatser – med fokus på olika åtgärder som bedöms som viktiga för att nå

<sup>2</sup> "Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare", HCM, november 2013

slutmålen. I detta avsnitt beskrivs vad som kommit fram löpande med dessa delrapporter samt några ytterligare tillkommande rapporter. Syftet med detta är att visa på den utveckling som pågått under de drygt tre år som följeutvärderingen har varit aktiv.

#### 4.1 Delrapport 1 för perioden februari till maj 2016

Den första delrapporten som presenterades i maj 2016 var mer kortfattad och främst riktad till projektledningen för Mobil närvård Västra Götaland<sup>3</sup>. Det främsta syftet med denna rapport var att redovisa en form av inventering om hur uppstartsläget såg ut i de då nio projekt som beviljats medel samt vad som då sågs som viktigaste områden och stödjande strategier från följeutvärderingen men även från ett övergripande regionalt ledningsperspektiv. Grunden för rapporten bestod huvudsakligen av intervjuer med samtliga projektledare samt projektledningsgrupper i förekommande fall och styrgrupper om dessa var tillgängliga. I stort sett kunde vid detta tillfälle ses två olika huvudgrupperingar av projekten:

- 1) Projekt som i sina utgångspunkter hade en uppställning som var snarlik ”modellprojektet” i västra Skaraborg (Södra Älvsborg med Borås som nav, Alingsås med Lerum, samt Vårdsamverkan Skaraborg som nu även inkluderar norra och östra delarna av Skaraborg).
- 2) ”Göteborgsprojekten” som i detta läge inte hade möjlighet att inkludera motsvarande närsjukvårdsteam med koppling till stadens olika sjukhus-sajter (inom stadsdelarna Angered, Majorna-Linné, Frölunda vårdcentral, Västra Göteborg (Askim, Högsbo och delar av övriga Frölunda) samt Västra Hisingen som dock inte var ett aktivt projekt på grund av rekryteringssvårigheter).

Mellan dessa huvudgrupperingar fanns två projekt som bedömdes som hybrider med Uddevalla inom Fyrbodals som sedan 2009 hade utvecklat ett vårdcentralsovergripande team som inkluderar sjukhusspecialistkompetens och som arbetar även med patienter som inte finns inom hemsjukvården, samt SIMBA i Kungälv/Ale/Stenungssund/Tjörn där vårdcentralerna arbetar självständigt med läkarstödet till den kommunala hemsjukvården och med en fristående specialistläkare engagerad med basen i Kungälv sjukhus.

En av de slutsatser som drogs utifrån denna ”inventeringsfas” var att det fanns uppenbara utmaningar utifrån vårdvalssystemet som i många fall kunde verka begränsade på viljan att samverka mellan vårdcentralerna kring mobila hemsjukvårdsläkare. Avgörande för en bra teamsamverkan med den kommunala hemsjukvården är att det i förhållande till patientbehoven inte är för många olika läkare inblandade (utifrån erfarenheterna från modellprojektet västra Skaraborg). Vidare att vårdvalssystemet i en del fall skapar en fragmentering om vissa vårdcentraler inte ingår i samverkan inom ett område samtidigt som hemsjukvården arbetar i geografiska distrikt. Vissa patienter boendes i ett område kan då få nyttan av god teamsamverkan och andra inte – beroende på hur dessa har valt att lista sig vid olika vårdcentraler.

En annan slutsats gällde hur de befintliga ersättningssystemen skulle komma att påverka utvecklingsstrategin på Mobil närvård. Ersättningen vid hembesök av läkare, som är fem gånger den som gäller vid mottagningsbesök hos läkare på vårdcentralen, är förstås ämnad att påverka incitamenten till att göra fler hembesök. Samtidigt finns det en risk för att detta uppmanar till att ”plocka pinnar” och göra det så effektivt som möjligt vilket kan tränga undan ambitionerna till att ta tid till teamsamverkan. Den vårdkvalitet som kan uppstå genom fördjupad teamsamverkan mellan personal från hemsjukvården och läkare från vårdcentralen kan också innebära att behoven av

---

<sup>3</sup> Delrapport 1, Följeutvärderingen februari-april 2018, Dag Norén, maj 2016

läkarbesök minskar genom den förbättrade kommunikation mellan vårdcentraler och kommunens personal<sup>4</sup>.

De två slutsatserna ovan signalerar att det finns "systemgrundade" utmaningar att hantera: Dessa kan dock hanteras genom att stödja med olika funktioner som exempelvis samverkansmodeller som underlättar för vårdcentraler att på kostnads- och intäktsneutrala sätt samverka kring gemensamma hemsjukvårdsläkare. Vidare att dagens insatsbaserade ersättningsmodeller inom regionens stöd till hemsjukvården kan behöva modifieras så att bättre incitament till teamsamverkan kan uppstå.

Två övriga slutsatser sågs dock i detta läge som viktigast att prioritera för att komma igång med breddinförandet. En av dessa var vad som ska följas upp och hur lärande ska kunna understödjas utifrån detta. Det vanligaste sättet att följa upp vård är att kartlägga och utvärdera de olika insatser som registreras genom journalsystem och andra registersystem. Erfarenheter från Mobil närvård som utvecklats väl är att mängden insatser inte är avgörande för kvaliteten. Istället är det hur bra teamsamverkan är genom god kommunikation och konstruktiv involvering av patienter och närstående. En så kallad "äkta" teamsamverkan skapar ökad trygghet för patienter och anhöriga och god kunskapsöverföring mellan professionerna som också underlättar för betydligt mer proaktiva inslag i vård och även omsorg. Med god teamsamverkan är erfarenheterna att vissa vårdinsatser minskar – vilket då med etablerade uppföljningsverktyg skulle se ut som att mindre vård utförs och troligtvis ses som negativt. Andra sätt att arbeta med uppföljning är förmodligen mer rättvisande för det som Mobil närvård eftersträvar. Av detta skäl föreslogs att så kallade "patientresor", eller kartläggningar av patienternas vårdprocesser med olika inslag, vore ett bättre uppföljningsverktyg – som samtidigt kan ge mer grund för lärande mellan personalen genom exempelvis visualiseringar av dessa kartläggningar. Ett sådant försök till ett projektövergripande uppföljningsinstrument inleddes i samarbete med FoU i Väst under 2016. En pilot av detta verktyg prövades i Alingsås och Lerum under en period<sup>5</sup>. Resultat kunde samlas in tack vare den samverkansgruppering som fanns på plats men visade sig vara att alltför tungrovt då uppgifter behövdes hämtas in manuellt från såväl regionens journalsystem som kommunernas registersystem. Svårigheterna att samla in relevant information begränsade möjligheterna för andra projekt att använda detta verktyg.

Den andra slutsatsen som föreslogs att prioriteras var så kallade "uppstarts-workshops". I flera projekt var det uppenbart svårt att komma igång med samverkan i det lokala projektet. Oklarheter fanns kring hur första stegen skulle kunna tas, hur man skulle få fram en gemensam syn på arbetsgången samt en rad ytterligare begränsande omständigheter. Dessa uppstarts-workshops sattes ihop som ett erbjudande att arbeta i en form av tjänstedesign med patientfall och genomfördes med ett antal projekt. Resultatet syftade till att skapa en samsyn om utgångspunkterna och dokumentera hur arbetsprocesserna skulle kunna se ut.

I samband med insamlingen av resultat och synpunkter från projekt inför denna första delrapport framfördes också att projektledningarna uppfattade att direktiven var oklara kring vad man egentligen skulle åstadkomma (utifrån den projektfinansiering man fått) och vad som krävdes för att erhålla fortsatt stöd även under nästföljande verksamhetsår. Dessa förhållanden rådde då och kan ha påverkat antalet ansökningar runt om i regionen. Med tiden och fortsatt långsiktighet i satsningen kom dessa inledande synpunkter att minska betydligt.

---

<sup>4</sup> Erfarenheter från modellprojektet i västra Skaraborg visar att detta kan bli resultatet när teamsamverkan fördjupas ("Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare", HCM, november 2015)

<sup>5</sup> Även i Härryda, ett projekt som tillkom senare under 2017, prövades detta angreppssätt men med ett annorlunda verktyg



## 4.2 Delrapport 2 för perioden september 2016 till maj 2017

I augusti 2017 presenterades Delrapport 2 med resultat utifrån följeutvärderingen. Den andra delrapporten baserades på de löpande observationer som gjorts inom följeutvärderingen under den aktuella perioden men till stor del också av de årsrapporter som lämnats in av de projekt som varit aktiva under 2016.

Under första hälften av 2017 hade grunden för breddinförandet fått helt nya förutsättningar. Ytterligare femton projekt hade nu beviljats medel och med detta täcktes nästan alla kommuner inom Västra Götaland av breddinförandet av Mobil närvård och ännu fler stadsdelar i Göteborg var nu anslutna<sup>6</sup>. Med detta togs ett viktigt steg mot de tänkta ambitionerna och satsningen började uppnå ett bredare lärande och storskalighet som kan beskrivas som unikt inom Sverige. Den omfattande involveringen med i stort sett hela regionen involverad har varit till fördel för satsningen. En sådan utveckling påverkar i en större skala och ger en dragningskraft att inte vilja stå utanför denna "utvecklingsrörelse". Det sporrar också till att vilja göra bra ifrån sig i en samling av projekt med samma målsättningar.

Tidigare syn på förändringsarbete inom hälso- och sjukvården har varit att bedriva skyddade projekt i liten skala och testa samt utvärdera steg för steg. Denna senare strategi har dock visat sig ge påtagliga effekthemtagningsproblem då erfarenheterna från "öar" av utveckling har varit svåra att sprida vidare. Alltmer av forskningsbasen inom förändringsledning i komplexa verksamheter betonar att storskaliga utvecklingsåtgärder visserligen innebära en hög risk men samtidigt ge helt andra möjligheter att bidra med kulturpåverkande effekter som underlättar ett breddinförande av nya arbetssätt<sup>7</sup>. Mycket talade för att breddinförandet av Mobil närvård i Västra Götaland var på väg i denna utveckling. Den utmaning som började tona fram, och som kom att förstärkas senare, var om de erfarenheter och upplevelser som växte fram i de operativa verksamheterna också skulle kunna beröra de strategiska ledningsverksamheterna på samma sätt; det vill säga de chefsnivåer som ansvarar för vårduppgifterna och styrsystemen inom verksamheterna.

Slutsatserna inom Delrapport 2 kan beskrivas som typiska i en förändringsprocess som är på väg in i en ny fas efter en sökande uppstart. Bilden komplicerades dock av att det fanns två "startfält"; nio projekt (varav åtta aktiva) som hade startat under 2015 och 2016 samt de tolv tillkommande projekten som blev aktiva och som hade startat under första halvåret 2017.

Några av huvudobservationerna i detta läge var följande:

- Det fanns ännu inga stora oklarheter eller skilda synsätt om vilka patientgrupper som var aktuella för inkludering i Mobil närvård. Däremot var arbetssätten inte systematiska när det gällde att upptäcka dessa patienter och särskilt inte i ett aktivt samarbete mellan verksamheterna (främst kommunala hemsjukvården och vårdcentralerna). Följden var att inflödet av patienter till Mobil närvård ännu vara ganska begränsat och upplevdes i utvärderingarna som något slumpartat. Detta innebar att flera projekt närmast stod still i samarbetet och det var ännu mycket långt till ett samverkande "närsjukvårdssystem" på det sätt som modellprojektet i västra Skaraborg hade

<sup>6</sup> Ytterligare projekt som nu anslöts var projekt inom Fyrbodalen (Norra Fyrbodalen som även inkluderade ett närsjukvårdsteam samt Lilla Edet, Orust, Trollhättan och Vänersborg) och ytterligare projekt inom Göteborgsområdet (Centrum Göteborg, Örgryte-Härlanda, Partille, Härryda, Norra Hisingen samt ett närsjukvårdsteam från SU Mölndal). Angered fick nu medel även för att starta ett närsjukvårdsteam men efter en uppstart hamnade man i rekryteringsproblem och verksamheten stannade av. Fler projekt beviljades medel men kom sedan inte igång (Östra Göteborg, Lundby och Mölndal). I detta skede hade nära 97 mkr beviljats i projektmedel.

<sup>7</sup> "From policy to practice: Exploring the implementation of a national policy for improving health and social care", Helena Strehlenert, LIME, Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, 2017 samt forskning kring genomslag av innovation genom Clayton Christensen, Harvard Business School.

utvecklat. Som i många andra viktiga avsnitt inom samverkansprocesserna så saknades ofta gemensamma och dokumenterade rutiner för upptäckt av målgrupperna – något som är naturligt när utvecklingsarbetet ännu bedrivits under en relativt kort tid.

Av dessa skäl föreslogs därför att skapa en form av ”rutinbank”, utifrån den bästa-praktik som kunde inhämtas, och som kunde vara tillgängliga för projekten. Varje projekt ska inte behöva uppfinna allting själva utan även dra nytta av tidigare upparbetade kunskaper.

- Inriktningen, det vill säga de idéer, syften och målsättningar som låg bakom Mobil närvård, började bli gemensamma för de olika aktörerna inom breddinförandet. Till skillnad från många andra utvecklings- och förändringsinitiativ fanns här ett tydligt ”modellprojekt”, utvecklat av professionerna själva och som dessutom var relativt väl utvärderat, som påtagligt underlättade införandet av Mobil närvård. Inriktningen och allt mer av gemensamma synsätt över regionen kring Mobil närvård började bli en viktig styrkefaktor för breddinförandet. Den viktiga kopplingen mellan de grundläggande idéerna och själva genomförandet är dock inte enkel när verksamhetstraditioner ska ifrågasättas. En av de tydligaste observationerna kring detta gäller den ”äkta” teamsamverkan som modellprojektet (i västra Skaraborg) hade utvecklat. Med detta menas ett teamarbete som ”går på djupet” och där teammedlemmarna inte längre ser sig som representanter från kommunal hemsjukvård, vårdcentral och sjukhus. Istället är man ett team av kollegor med kompletterande kompetenser och nära relationer som binds ihop av att man har specialiserat sig på god och nytänkande hemsjukvård. Tidigare utvärderingar pekar på att detta är det ”fenomen” som ger den hävstångseffekt av kvalitet och resursanvändning som är möjligt att uppnå med Mobil närvård. Att utifrån övergripande beskrivningar av Mobil närvård och vidare att komma till detta läge är det långt. I Delrapport 2 sågs denna utmaning tydligt och i de flesta fall arbetades det ännu uppdelat och konsultativt; det vill säga det mer ordinära arbetssättet av att göra sin insats och sedan lämna över till någon annan att göra sin insats. I praktiken innebar detta att personal från den kommunala hemsjukvården och läkarstödet från vårdcentralen ännu inte kunde beskrivas som ett team. Arbetssätten påminde mer om de traditionella. De få närsjukvårdsteam som var igång arbetade vanligen på egen hand och med viss kontakt med den kommunala hemsjukvården men mycket sällan med vårdcentralerna.

Utifrån dessa grunder förslogs att inriktningen och idéerna för Mobil närvård skulle behöva stärkas genom gemensamma utbildningar i de lokala verksamheterna. Bra rutiner enligt ovan skulle självfallet kunna bidra. Vidare var det tydligt att i de projekt där hemsjukvårdsläkaren delade lokaler med kommunala hemsjukvården fanns det betydligt bättre förutsättningar för teamutveckling vilket då rekommenderades. Det bedömdes också finnas bättre förutsättningar för teamsamverkan om professionerna gemensamt kunde upprätthålla ett patientperspektiv i allt som görs. Det skulle exempelvis kunna göras genom att arbeta med patientprocesskartläggningar som föreslagits tidigare.

- Planering, ledning och uppföljning är ett område av viktiga aktiviteter och funktioner som ofta sågs som osäkra för projekten. Att leda projekt i den mycket komplexa nätverksmiljön av två skilda huvudmän inkluderande olika självstyrande verksamhetsorganisationer, många gånger ett stort antal vårdcentraler som både är offentliga och privata, är en utmanande uppgift i projektledarrollen. Till detta tillkommer den styrgrupp för varje projekt som behöver ansvara för att projektets utveckling går i den riktning som är tänkt. Vid en genomgång av projekten saknades ofta kompletta projektplaner med stegvisa målsättningar, uppföljningsplaner och beslutspunkter. Utan dessa är det svårt att sätta ut ansvar och följa upp om arbetet utvecklas som tänkt och är i

linje med tidsplanen. Projektledarrollen tenderade ofta att hamna i väldigt praktiska och akutrelaterade frågor och den strategiska rollen var svår att fylla utifrån förutsättningarna. Vidare var det vanligt att länken mellan projektledaren och styrgruppen var komplicerad och inte sällan helt utan direktkontakt. I flera styrgruppsammanhang var deltagandet dessutom bräckligt och med många andra frågor på agendan än Mobil närvård. Frågan som också ställdes inom följeutvärderingen var om de arbetssätt som styrgrupper ofta har passade för att driva komplexa och nytänkande utvecklingsarbeten av den art som satsningen på Mobil närvård behöver? Av dessa skäl genomfördes en särskild kartläggning och mötesrunda med olika styrgrupper.

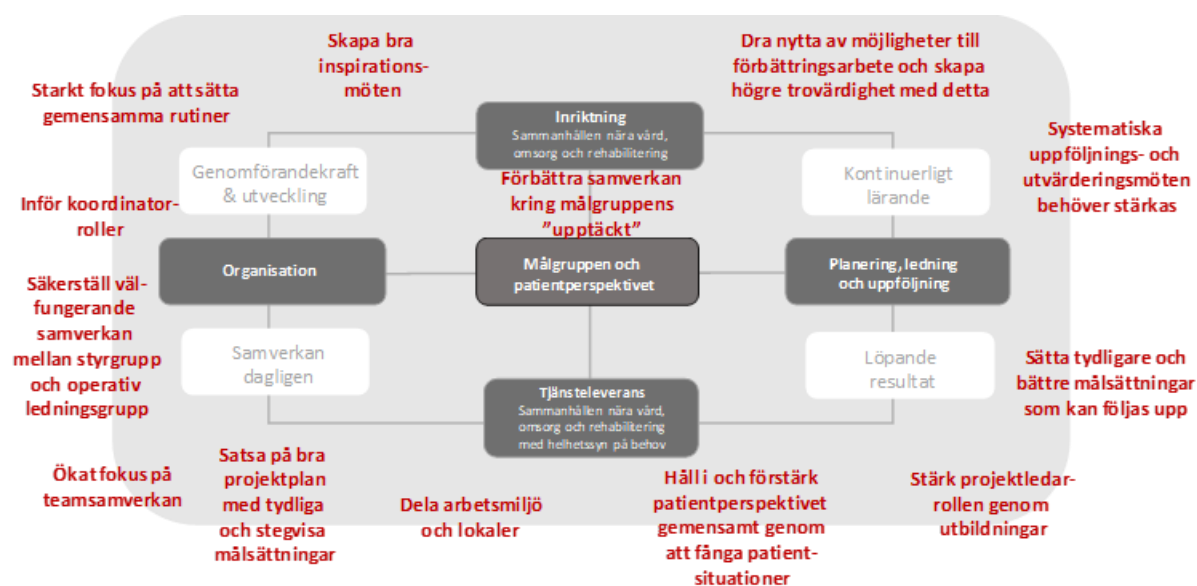
Hela utvärderingsområdet av "planering, ledning och uppföljning" sågs som skört med tanke på den komplexa utvecklingsmiljön. Diskussioner faciliterades inom projekten hur man kunde få till ett bättre samspel mellan projektledning och styrgruppsarbetet. Vidare föreslogs att varje projektledare bör knyta till sig en operativ ledningsgrupp med ledningspersoner inom övriga involverade verksamhetsorganisationer. Att utse koordinatörer inom respektive involverad verksamhetsorganisation för att förenkla och skapa tillgänglighet för projektledaren i dennes arbete var också något som föreslogs men som kräver agerande från styrgruppen. Det regionala projektstödet till projektledaruppgiften föreslogs också att förändras. Med den "proportionalitetsprincip" som tillämpades för finansieringen (utifrån antalet individer i målgruppen för Mobil närvård) kunde vissa projektledare för mindre projekt ha ett 20-procentigt tidsuppsdrag; det vill säga inte mer än en arbetsdag i veckan. Detta är för lite tid även för de mindre projekten och skapar inte möjlighet till kontinuitet i ledningsuppgiften. Utifrån mer praktiska frågor togs en projektplansmall fram och introducerades för projektledarna i en av de återkommande projektledarträffarna. Vidare planerades en skräddarsydd projektledarutbildning under hösten som genomfördes i två steg för att stärka det operativa ledningsarbetet. Dessa insatser skulle förstås gärna ha genomförts tidigare men observationerna om hur det stod till hade framkommit först i detta läge.

För att underlätta för att ta till sig rekommendationer inom Delrapport 2 togs en särskild lathund fram som introducerades vid en projektledarträff. När Delrapport 2 presenterades återstod bara en verksamhetstermin innan projektstödet för de mobila hemsjukvårdsläkarna skulle upphöra<sup>8</sup>. Detsamma gällde för projektledarna som kände en stark press utifrån detta. Det fanns en stor risk för att ingen längre skulle ansvara för "helheten" i arbetet (mellan de olika verksamhetsorganisationerna) och därför rekommenderades det som kritiskt att projektledarstödet kunde fortsätta ytterligare under hela 2018. Denna ändring genomfördes vilket kan ha varit avgörande för att komma över en tröskel till det som utgör framgångsfaktorer för Mobil närvård.

---

<sup>8</sup> För närsjukvårdsteamerna var ytterligare ett år av projektstöd inplanerat, dvs. till och med slutet av 2018

## Överblick av rekommendationer från Delrapport 2



### 4.3 Lägesrapport Nya projekt under 2017

Då så många som 12 projekt i praktiken kom igång under 2017 var tiden ytterst begränsad för att med projektstöd enbart under detta år (för mobila hemsjukvårdsläkare) bygga upp nätverksverksamheter inom Mobil närvård. Frågan som ställdes inom följeutvärderingen var hur läget var för att lyckas med uppgiften att etablera teamsamverkan på så kort tid. En övergång till nya ersättningsformer genom Krav- och kvalitetsboken (KoK-boken) var nu säkrade men utgjorde ingen garanti för att framgångsrik samverkan enligt modellen för Mobil närvård skulle kunna uppstå<sup>9</sup>. När ersättningen växlar från en "öronmärkt" ersättning som kan kopplas till en specifik hemsjukvårdsläkartjänst, till att gå in i den ordinära KoK-boksersättningen, kan en utveckling komma där de tidigare ofta designerade hemsjukvårdsläkarna upphör sina tjänster och att vårdcentralens läkarkollegium fortsättningsvis alternerar i att täcka hemsjukvårdsuppgiften. Teamsamverkan genom relationer kan då försvinna. Risken för en "tillbakarullning" till den traditionella konsultativa insatsen inom många av de snart avslutade projekten var uppenbar.

En särskild lägesrapport kring de nya projekten presenterades i januari 2018 för den regionala projektledningen för Mobil närvård Västra Götaland. Underlaget baserades på intervjuer med projektledare och styrgruppsrepresentanter under hösten 2017. Resultatet visade sig vara överraskande positivt. Majoriteten av de nya projekten såg ut att ha arbetat in de nya teambaserade arbetsätten. De flesta av de aktuella projektledarna, som tidigare hade varit mer skeptiska, redovisade nu en positiv syn på fortsättningen och att man förväntade sig en övergång under 2018 till fortsatta stabila förhållanden för en nära teamsamverkan. Av 14 granskade projekt bedömdes endast 4 vara i ett mer utsatt och kritiskt läge<sup>10</sup>. Ytterligare 2 projekt framstod som osäkra beträffande om utvecklingsarbetet kommit framåt och vad som skulle hända i en övergång till ordinär finansiering.

<sup>9</sup> Ramhöjande medel till vårdcentralerna för att arbeta med mobila hemsjukvårdsläkare, liksom en särskild ersättning för teambaserade hembesök mellan vårdcentralsläkare och personal från kommunal hemsjukvård hade beslutats av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen under 2017

<sup>10</sup> Förutom tolv nya projekt under 2017 granskades även Västra Hisingen som nu kommit igång efter att blivit tilldelade projektmedel under 2016 samt Västra Göteborg (Askim-Frölunda-Högsbo) som hade utökats med fler involverade vårdcentraler

Några av de viktigare slutsatserna som drogs var att det kunde behövas selektivt och anpassat stöd i vissa sammanhang samt att det kunde vara viktigt att lyfta vilka värden som vårdcentralerna har av att arbeta fokuserat med hemsjukvårdsläkaruppgiften.

#### 4.4 Delrapport 3 för perioden maj till december 2017

Delrapport 3 baserades på det löpande arbetet sedan den tidigare delrapporten men av stor vikt för rapporten var det omfattande underlaget av årsrapporter (för perioden maj-december 2017) från samtliga aktuella projekt, det vill säga 21 projekt varav två av dessa var enbart närsjukvårdsteam (SU Mölndal och SU Östra). Delrapporten blev klar i april 2018.

Inom följeutvärderingen kunde konstateras att tiden och processen hade verkat positivt på utvecklingen. Satsningen på extra regionalt stöd till projekt som formerades utifrån grunder för Mobil närvård, löpande mötesforum för lärande och inspiration kring Mobil närvård samt förmedling av lägesbilder löpande bör kunna beskrivas som en fungerande formel för utvecklingsarbetet. Av stor betydelse är att ansvaret har legat på utförverksamheterna att med flexibilitet utifrån grundtankarna finna och utveckla arbetssätt som stödjer Mobil närvård. På den regionala nivån och utifrån de resursbehov som framkommit som viktiga, som exempelvis behovet av att fortsätta finansiera den koordineringsroll för "helheten" som projektledarna hade tidigare, har man varit hörsamma och beredda att skydda den "investering" som gjorts i satsningen på Mobil närvård.

Delrapport 2 hade främst pekat ut två områden som kritiska för fortsättningen:

- 1) Det är en mycket komplicerad uppgift att få igång en tätare teamsamverkan i den nätverksstruktur som Mobil närvård är beroende av; separerade styrningsformer som råder för den kommunala hemsjukvården och de många olika vårdcentralerna, samt i en del sammanhang även närsjukvårdsteam, som ingår i det lokala samarbetet.
- 2) Strukturer och resurser för att planera, leda och följa upp utvecklingsarbetet utifrån denna komplexa miljö är i allmänhet för svaga eller inte anpassade för att klara dessa uppgifter. Det behövs mer kunskaper och starkare ledningssystem för att på mer hållbara grunder kunna hålla i och bedriva Mobil närvård.

När Delrapport 3 färdigställdes i april 2018 stod det klart att satsningen hade en stor nytta av att inriktningen och idéerna om Mobil närvård; de grundläggande arbetssätten och nyttan, var så pass etablerade att man kunde tala om att ett kulturpåverkande resultat hade uppnåtts. Kunskaper om arbetssätten och enighet om dem var spridda och på de flesta håll arbetade man enligt intentionerna - och utökningen av patientvolymerna var påtaglig sedan föregående mätning. Rutiner för att gemensamt upptäcka och samverka kring patienterna hade etablerats väl. Visserligen fanns det många varianter av arbetssätten och på vissa håll inte med den fördjupade teamsamverkan som var tänkt - men samarbetet mellan kommunal hemsjukvård och vårdcentralerna hade fördjupats i allmänhet och det fanns en påtaglig nöjdhet kring detta. Detsamma gällde även för närsjukvårdsteams stöd till den kommunala hemsjukvården. Personalen inom kommunerna var närmast samstämmigt positiva och ville absolut inte se en "tillbakarullning". Patient- och anhörignytta började också växa fram mer tydligt genom insamlingen av uppgifter från dessa. Resultaten pekade på att Mobil närvård, anpassad till olika lokala förhållanden, var ett nytt arbetssätt som fungerade i stort över hela regionen; såväl i landsort som storstad. Vårdvalsystemet med listningar som delar upp hemsjukvårdens patienter i ett lokalt område på ibland många olika vårdcentraler och hemsjukvårdsläkare (i de större städerna) komplicerar men Inget tidigare projektområde hade backat tillbaka helt.

Trots dessa mycket positiva resultat som kunde ses mot slutet av 2017 och som projektens inlämnade årsrapporter vittnade om, lurade ändå stora utmaningar inför övergången till 2018.

- Skörheten i nätverksstrukturerna för Mobil närvård och de positiva relationer som kommit fram i det projektleda utvecklingsarbetet mellan nyckelpersoner, men som är personbundna, utgör alltså en stor sårbarhet. När de mobila hemsjukvårdsläkarna träffas gemensamt under början av 2018 inom de återkommande "professionsträffarna" finns det en påtaglig oro för att vårdcentralerna ska dra tillbaka de särskilda och personligt bundna tjänsteuppdragen som de har. Detta skulle kunna innebära att många läkare inom vårdcentralen då turas om att ta hembesöken utifrån hur läget och tillgängligheten ser ut i mottagningsverksamheten dag för dag. De mobila hemsjukvårdsläkarna ser då hur de kunskaper och arbetssätt, liksom viktiga upparbetade relationer till sjuksköterskor, som specialiseringen på hemsjukvård inneburit, då skulle försvinna – i princip därmed en tillbakarullning till tidigare förhållanden för läkarinsatserna till hemsjukvården.
- Fortsatt utgör även de ännu svaga och outvecklade ledningsstrukturerna för arbetet inom Mobil närvård en stor utmaning. Förutom där det redan var inarbetat hade knappast något vårdsamverkansorgan ännu tagit tydliga initiativ till att skapa en utvecklingskraft och en mer strukturell stabilitet anpassad till Mobil närvård (som exempelvis förbättrade ledningssystem för denna samverkan och mötesplaneringar för fortsatt lärande och spridning av Mobil närvård). I Delrapport 3 framfördes att en inarbetad förvaltningskultur, med fokus på kostnadsansvar och ansvarsgränser, utgjorde en begränsning och risk för att nya stödjande strukturer för samverkande nätverk (som Mobil närvård) inte skulle kunna växa fram. Liknande förhållanden av begränsande verksamhetskultur gäller även i de operativa verksamheterna. Då rotationen av medarbetare i utförarverksamheterna i allmänhet är hög kan det inom kort finnas helt nya uppställningar av personal som inte varit med i utvecklingsarbetet. För att förvärvade kunskaper och arbetssätt om Mobil närvård ska kunna fortsätta att verka behövs mer av uppföljning och strukturer för lärande inne i kärnan av verksamheterna. Detta har tidigare påpekats i följeutvärderingen men kunde ses som det område som förmodligen utvecklats minst sedan den föregående delrapporten. Detta är också ett ansvar för ledningarna av verksamheterna att växla från en "rapporteringskultur" till en lärandekultur i det dagliga arbetet; exempelvis genom att ta initiativ till och stödja ett systematiskt förbättringsarbete anpassat till Mobil närvård.

Delrapport 3 lämnade därför tre särskilt viktiga rekommendationer.

På kort sikt att 1) bemöta den utmaning som ligger inom beroendet av nätverk för att bedriva Mobil närvård genom att aktivt stödja utvecklingen av nya ledningssystem som kan skapa stabilitet i dessa förhållanden; exempelvis genom att stödja de delregionala vårdsamverkansorganen i denna utveckling, 2) erbjuda ett regionalt och professionellt utvecklings- och faciliteringsstöd för att etablera former för lärande förbättringsarbete till utförarverksamheterna.

På längre sikt rekommenderades att minska "nätverksrisken" genom att utveckla mer av en gemensamt organiserad vårdlösning för Mobil närvård som kan ses som riktad och delvis avskild från övriga regionala verksamheter. Detta kan ske genom att formulera starkare vårduppdrag och skarpare styrning mot den centrala uppgiften – en version 2.0 av Mobil närvård.

## Överblick av observationer från Delrapport 3



### 4.5 Särskild intervjustudie Vårdcentralchefers syn på Mobil närvård, maj till augusti 2018

Efter infasningen av hemsjukvårdsläkaruppdraget till ordinär verksamhet, och med fortsatt ersättning genom Krav- och kvalitetboken, framfördes från flertalet vårdcentralchefer att ersättningen nu blev klart lägre än tidigare projektmedel. I detta läge av växling från projekt till ordinär verksamhet var risken uppenbar att tillbakarullningen skulle komma på en bredare front inom många områden. Detta skulle kunna ske genom att det tidigare fokuserade hemsjukvårdsläkaruppdraget nu fördelades till många olika och skiftande läkare från vårdcentralen, eller värre, att vårdcentralerna åter prioriterade främst mottagningsverksamheten och hanterade hemsjukvårdsuppdragen beroende på om kapacitet fanns tillgänglig vid vissa tillfällen.

För att få inblick i ett kritiskt läge utfördes en särskild intervjustudie med tioalet utvalda verksamhetschefer för vårdcentralerna över hela regionen. De flesta av vårdcentralerna planerade att fortsätta hemsjukvårdsläkararbetet på samma sätt som tidigare, privata liksom offentliga, men att fler läkare skulle komma att vara inblandade i uppgiften stod klart. Resultatet från intervjuerna var dock att en ny syn på hemsjukvårdsläkaruppdraget hade etablerats inom de flesta av de intervjuade vårdcentralerna. Vårdcentralcheferna såg mycket positivt på den förnyade samverkansrelationen med kommunala hemsjukvården som nu hade uppstått genom projektsatsningen – och att man också noterade att detta var ömsesidigt och till patienters och anhörigas stora nytta.

Det något överraskande inom denna studie var att man såg "systemvinster" för vårdcentralerna genom utvecklingsarbetet med Mobil närvård. Genom att fokusera på närmare samverkan med kommunen genom mobila hemsjukvårdsläkaren, med förbättrade former för vårdplanering, gynnades övriga verksamheter inne på vårdcentralen. Mottagningsverksamheten kunde drivas mer effektivt utan störningar och man märkte en påtaglig skillnad i de löpande kontakterna med kommunerna för att hantera olika frågor och problem. Den mer teambaserade hemsjukvårdsläkarrollen skapade en avlastning inne på vårdcentralen; ett lugn som var nytt och som uppskattades av alla. Av detta skäl, menade flertalet vårdcentralchefer, var man beredda att fortsätta driva denna uppgift även om man ansåg att man inte fick tillräcklig ekonomisk täckning för denna läkartjänst. Däremot framkom det att man ansåg denna "funktion" som skör. Med tuffare ekonomiska utmaningar, och annan personal än de som varit med i utvecklingsarbetet, var risken uppenbar för att denna typ av läkartjänst skulle kunna dras tillbaka.

## 5 Resultat från följeutvärderingen

I detta kapitel sammanfattas de resultat som följeutvärderingen har samlat in gällande upplevelser från medarbetare, patienter och vårdcentralchefer samt vårdkonsumtionsresultat som har sammanställts under hösten 2018.

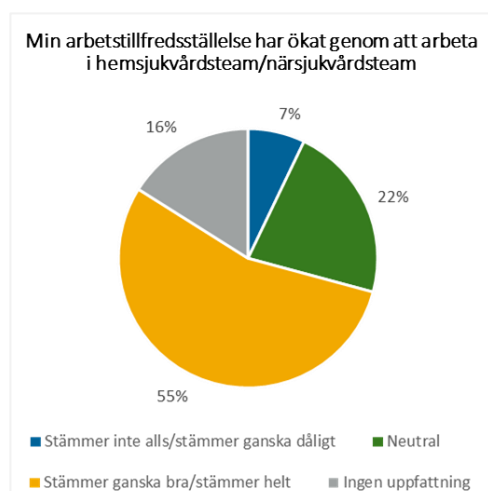
### 5.1 Medarbetarupplevelse

För att ta del av medarbetarnas upplevelse av Mobil närvård genomfördes en enkätundersökning. Enkäten skickades via koordinatorena till arbetsterapeuter, läkare i hemsjukvårdsteam, läkare i närsjukvårdsteam, sjukgymnaster/fysioterapeuter, sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård samt till sjuksköterskor i närsjukvårdsteam. 549 personer besvarade enkäten (under en femveckorsperiod, hösten 2018). Svaren fördelades enligt följande:

Arbetsterapeut	57
Läkare i hemsjukvårdsteam	60
Läkare i närsjukvårdsteam	15
Sjukgymnast/fysioterapeut	54
Sjuksköterska kommunal hemsjukvård	339
Sjuksköterska i närsjukvårdsteam	24

Svarsalternativen var uppdelade enligt skalan *stämmer inte alls*, *stämmer ganska dåligt*, *neutral*, *stämmer ganska bra*, *stämmer helt* samt *ingen uppfattning*. Deltagandet var frivilligt och svaren var anonyma. Nedan följer en sammanställning av inkomna svar.

Svaren är relativt överensstämmande mellan de olika yrkeskategorierna, förutom att arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter anger svarsalternativet "neutral" i högre utsträckning än övriga professioner. Det kan ha sin förklaring i att de inte har haft en lika aktiv roll i teamarbetet som övriga professionsgrupper och därmed inte kunnat ta ställning.



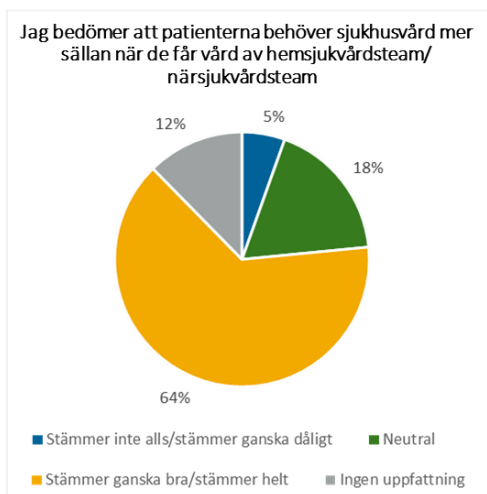
Drygt hälften av respondenterna anser att deras arbetstillfredsställelse har ökat genom att arbeta i team. Respondenterna menar att arbetsättet ger trygghet åt både patient och personal. "Jag har ett bra samarbete med andra professioner". "Vårt dubbelarbete har minskat då vi kan stämma av när vi träffas". Att enkelt kunna komma i kontakt med en läkare beskrivs som mycket positivt och något som sparar mycket tid. "Som sjuksköterska är det är lätt att få kontakt med en läkare vid behov". "Det har blivit lättare att kommunicera mellan läkare och sjuksköterska". Flera svarande uppger dock att de önskar mer och förbättrad kommunikation mellan

hemsjukvård och primärvård. Respondenter uppger att när vården ska bedrivas i hemmet i stället för på sjukhus/vårdcentral, är det viktigt med kompetenshöjande insatser samt att ge rätt förutsättningar för kommunens personal. Detta kan inte tas för givet och får därmed inte glömmas



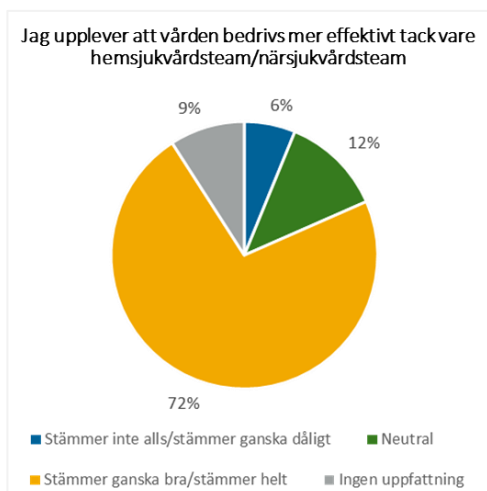
bort. Vissa uppger att *"Vi arbetade så här redan tidigare"*, medan andra säger att *"Det är det bästa som hänt i kommunal vård"*.

En stor majoritet bedömer att patienterna behöver sjukhusvård mer sällan när de får vård av



hemsjukvårds- eller närsjukvårdsteam. De menar dock att om arbetet ska fungera optimalt så behöver möjligheten att få ut en läkare akut till patienten finnas. Likaså behövs det mer tid med läkare då tiden inte räcker till.

Respondenterna uppger att den förbättrade kontinuiteten för patienterna är positiv och medför att patienterna kan vara kvar i sitt hem och få vård där. *"Det är bättre kontinuitet för patienten vilket skapar trygghet"*. *"Vi kan arbeta proaktivt utifrån behov"* och *"Tryggare hemmiljö leder till färre vårdtillfällen på sjukhus"*. Vissa respondenter anser dock att många patienter är för sjuka för vård i hemmet och därför behöver åka till sjukhus.



Nästan tre fjärdedelar av de svarande anser att vården bedrivs mer effektivt tack vare hemsjukvårds- och närsjukvårdsteam. Överlag upplever respondenterna att vården har blivit mer effektiv tack vare enklare kommunikationsvägar och närhet till olika professioner. Dessutom är det ökad samordning och kontinuitet kring patienten, vilket leder till snabbare hantering och enklare logistik. Slutligen medför hembesöken bättre förståelse för patientens verkliga behov. *"När läkare tillsammans med sjuksköterska ser patienten i sitt hem får vi en fin samlad bild av dennes situation och kan planera vården därefter"*.

Däremot finns det vissa faktorer som medför att effektiviteten inte är så bra som den skulle kunna vara. Bland annat så är det stora variationer mellan vårdcentralernas arbetssätt vilket försvårar för de kommunala sjuksköterskorna. Det är i flera fall svårt för de kommunala sjuksköterskorna att få kontakt med läkare, och i flera fall så fungerar kontakten mellan primärvård och sjukhus bristfälligt. Slutligen är kommunens och regionens hälso- och sjukvård organiserad på helt olika sett. Det behövs mer samverkan och utbildning tillsammans, för att förstå varandras förutsättningar och därmed öka effektiviteten. *"Effektiviteten skulle kunna bli ännu högre om vi arbetade ännu tigare i teamen"*.

## 5.2 Patientupplevelse

För att ta del av patienternas upplevelse av Mobil närvård genomfördes en enkätundersökning. Läkare och sjuksköterskor delade ut en enkät till patienter som hade haft minst två teamhembesök av närsjukvårdsteam eller hemsjukvårdsteam. Patienten fyllde sedan i enkäten, själv eller med stöd av exempelvis en anhörig. Deltagande var frivilligt och alla enkäter behandlades anonymt. Svarsskalan som användes var 1) aldrig 2) ibland 3) ofta 4) alltid samt 5) ingen uppfattning. Nedan följer en sammanställning av inkomna svar. Mätperioden pågick fyra veckor under oktober till november 2018.

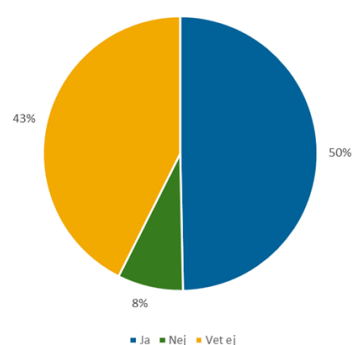
### 5.2.1 Hemsjukvårdsteam

155 patienter besvarade enkäten.

Fråga	Viktat genomsnitt
Upplever du att du får den vård i hemmet som du behöver?	3,6 av 4
Får du vara med och bestämma om vården i ditt hem?	3,3 av 4
Får du tillräckligt med information om din vård och behandling?	3,3 av 4
Upplever du att läkare och sjuksköterskor samarbetar bra om din vård?	3,5 av 4
Känner du dig trygg med vården som du får i ditt hem?	3,6 av 4
Om du inte hade fått vård i hemmet, hade du troligen åkt till sjukhus då?	50 % ja, 7 % nej, 43 % vet ej

Patienterna upplever att de är nöjda med den vård som de får i hemmet och att de får den vård som de behöver. De upplever också i hög grad att de är involverade kring att bestämma om vården som de får och att de till största delen får tillräckligt med information om sin vård. Samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor upplevs fungera mycket bra och patienterna känner sig trygga med den vård som de får i hemmet. Hälften av patienterna uppger att de skulle ha åkt till sjukhus om de inte hade fått hembesök.

Om du inte hade fått vård i hemmet, hade du troligen åkt till sjukhus då?



Nedan följer några citat från patienterna.

*"Att få vård i hemmet är perfekt, sjuksköterskan är underbar och läkaren jättebra. Jag känner inte samma press och stress som vid en vårdcentral. Låt oss behålla en vård som ger oss lugn och som får oss att känna säkerhet". "Allting är toppen och jag är nöjd!" "Hade inte läkaren kommit hem till mig hade jag varit tvungen att åka till sjukhus för jag kan inte ta mig ut själv". "Hemsjukvården fungerar jättebra och jag vill särskilt berömma min läkare. Hon ställer alltid upp och man känner sig trygg när man har henne som läkare"*

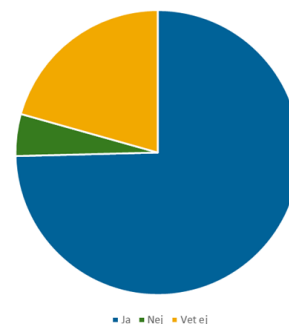
### 5.2.2 Närsjukvårdsteam

68 patienter besvarade enkäten.

Fråga	Viktat genomsnitt
Upplever du att du får den vård i hemmet som du behöver?	3,7 av 4
Får du vara med och bestämma om vården i ditt hem?	3,6 av 4
Får du tillräckligt med information om din vård och behandling?	3,6 av 4
Upplever du att läkare och sjuksköterskor samarbetar bra om din vård?	3,8 av 4
Känner du dig trygg med vården som du får i ditt hem?	3,7 av 4
Om du inte hade fått vård i hemmet, hade du troligen åkt till sjukhus då?	75 % ja, 5 % nej, 20 % vet ej

Även patienterna som är inskrivna i närsjukvårdsteamerna uppger att de får den vård i hemmet som de behöver, att de är delaktiga i att bestämma om vården och att de får tillräckligt med information. Patienterna känner sig trygga med att få vård i hemmet och de upplever att läkare och sjuksköterskor samarbetar bra. Tre fjärdedelar uppger att om de inte hade fått hembesök så hade de förmodligen åkt till sjukhuset.

Om du inte hade fått vård i hemmet, hade du troligen åkt till sjukhus då?



Nedan följer några citat från patienterna.

*"Jag är positivt överraskad att denna vårdform finns. Jag känner en trygghet för oss äldre".*  
*"Närsjukvårdsteamets sjuksköterskor och läkare som besöker mig/oss i hemmet är stor trygghet för oss. Vi får bra information om sjukvårdsbilden och sjukdomen".* *"Bra att det är lätt få kontakt med närsjukvårdsteamet (per telefon) En önskan för framtiden är att verksamheten finns dygnet runt".*  
*"Den personliga kontakten med läkare och sjuksköterskor är ovärderlig! Snabbt ordnat med kontakten till apoteket, akuten, läkare. De ger mig trygghet i min sjukdom".* *"Samma läkare och sköterska hela tiden, toppen!"* *"Detta är ett steg i rätt riktning för vården".*

### 5.3 Sammanställning av vårdcentralchefers upplevelse

Vårdcentralchefernas synsätt och ledning har en nyckelroll i den fortsatta utvecklingen av Mobil närvård. För att ta reda på deras upplevelse av Mobil närvård genomfördes semistrukturerade telefonintervjuer under maj till augusti 2018. Respondenterna valdes ut dels med bakgrund för att täcka olika geografiska områden samt för att få representation både från privata och offentliga aktörer. Totalt genomfördes 11 intervjuer. Resultaten från denna undersökning har också beskrivits sammanfattande i kapitel 4 om "När Mobil närvård växer fram".

#### Nuläge

Majoriteten av respondenterna uppger att de arbetar på liknande sätt som tidigare men där det är fler läkare som delar på tjänstgöringen och ofta med något lägre nivåer än tidigare. Ett vanligt nyckeltal bland de intervjuade är ungefär 250 listade patienter per 100 procent hemsjukvårdsläkartjänst. Respondenterna menar att den extra ersättning som ges täcker ungefär en femtedel av hemsjukvårdsläkarkostnaden och det finns en oro hur vårdcentralerna ska klara det fortsatta uppdraget. *"Skulle vi få strypta medel så kan mobila hemsjukvårdsläkaren ryka"*. Andra menar att arbetssättet är så pass bra att de kommer att fortsätta oavsett hur finansieringen ser ut framöver. *"Vi kör på oavsett finansiering"*. *"Många säger att det kostar pengar men sett utifrån helheten så är det värt att betala för"*.

#### Möjligheter och framgångsfaktorer

Respondenterna ser flera möjligheter med arbetssättet kring Mobil närvård. De har generellt ett mer positivt synsätt än väntat vad gäller effekterna på vårdcentralernas inre arbete av att hemsjukvårdsläkarna fokuserar på de mer komplexa hemsjukvårdspatienterna, eftersom läkarna inte längre behöver "avbryta" arbetet inne på vårdcentralerna för att göra hembesök. Vårdcentralcheferna upplever ett ökat lugn inne på vårdcentralerna, och mindre behov av kommunikation med sjuksköterskorna i hemsjukvården. *"Hemsjukvården ringer inte längre"*. Generellt så upplevs arbetsmiljön ha förbättrats på vårdcentralerna. Det är dock några respondenter som upplever att skillnaden inte är så stor som de hade förväntat.

Samtliga respondenter är eniga om att kvaliteten för patienterna i målgruppgruppen har ökat och att täckningen av patientens behov har blivit bättre tack vare samverkan mellan flera professioner i teamliknande förhållanden. *”Patienten får mer helhet, de får en närhet till doktorn och doktorn får möjlighet till att få ett bättre helhetsgrepp kring patientens problematik”*. Flera respondenter menar också att samverkan med kommunala företrädare har blivit ännu bättre.

Majoriteten av de intervjuade uppger att arbetssättet med hemsjukvårdsläkare är etablerat på vårdcentralerna och att den gemensamma vårdplaneringen har förbättrats och innebär mer långsiktighet. *”Mobil hemsjukvårdsläkare är ett etablerat arbetssätt och alla har vant sig vid att det är ett bra arbetssätt”*. De säger också att den extra ersättningen har förstärkt kommunikationen med hemsjukvårdens sjuksköterskor. Slutligen så menar respondenterna att samverkan fungerar extra väl när läkare och sjuksköterskor är placerade tillsammans geografiskt.

### Utmaningar

Flera utmaningar har identifierats med Mobil närvård. Ett exempel är att det upplevdes som att engagemanget för Mobil närvård var högre under projekttiden och att det finns en skörhet i upplägget när det är en ordinär verksamhet. *”Vi hade absolut inte nått detta utan projektet”*. Det upplevs vara svårt att få ihop ekonomin samt rekrytering och försörjning av läkare. De snäva ekonomiska ramarna ses som ett hot vilket kan innebära att verksamheter som hemsjukvårdsläkare, som anses ligga utanför ”kärnuppdraget”, påverkas negativt om ekonomiska utmaningar tilltar. *”Ekonomi- och ersättningsfrågan behöver utvecklas vidare”*. För att säkerställa att arbetet med Mobil närvård fortsätter menar respondenterna att det är viktigt att säkra en systemövergripande ledningsstruktur, något som inte är tillräckligt välfungerande idag. *”Vi har bundits ihop tidigare på chefsnivåer över verksamhetsgränser genom projektet – det är risk att vi tappar det nu”*. Respondenterna anser att NOSAM-möten borde vara ett bra forum att fortsätta att diskutera och stödja arbetet, men då dessa möten inte är tillräckligt välfungerande idag på grund av bland annat bristande mötesstruktur (med en otydlig agenda, svårigheter att disponera tiden på ett effektivt sätt och oklart syfte) används inte forumen på de sätt som de hade kunnat göra.

Andra delar som lyfts fram som utmaningar är att det ofta är hög personalomsättning inom hemsjukvården vilket vårdcentralcheferna menar försvårar arbetet för läkarna. Till exempel kontaktar oerfarna sjuksköterskor läkarna i ”onödan” innan grundläggande uppgifter har samlats in vilket stjälar tid. Då det även är brist på läkarsidan får de ”vanliga” vårdcentralsläkarna ibland gå in och täcka upp för hemsjukvårdsläkarna vilket innebär att de inte har lika mycket tid för patienter som kommer till vårdcentralen. Respondenterna säger också att de skulle behöva arbeta mer med sjukhusen och skapa bättre gränsdragningar och flöden dem emellan.

Arbetet upplevs också vara ganska personberoende, kopplat till att det finns vissa starka ambassadörer och kunniga personer. *”Beroende av ett fåtal personer, om någon slutar är det svårt att hitta en ersättare”*. Likaså finns det vissa kulturella skillnader mellan kommunen och vårdcentralerna, något som ibland kan vara utmanande.

Slutligen uppges de olika journalsystemen vara ett stort problem då läkarna måste ha tillgång till flera av dessa olika system och att de inte går inte att komma åt från samma dator. Detta innebär att en och samma läkare ibland behöver ha så många som fyra olika datorer, något de inte anser är hållbart i längden.

## Observationer och preliminära slutsatser

Ett antal korta slutsatser kan dras utifrån genomförda intervjuer. Majoriteten av respondenterna har övergripande positiva omdömen kring vårdcentralens nytta av hemsjukvårdsläkare, och trots den lägre ersättningen så menar de flesta vårdcentralchefer att de inte kommer att sluta med hemsjukvårdsläkare. De flesta respondenterna beskriver arbetet med hemsjukvårdsläkare som ett etablerat arbetssätt, men att det på många håll är fortsatt skört och ofta personberoende.

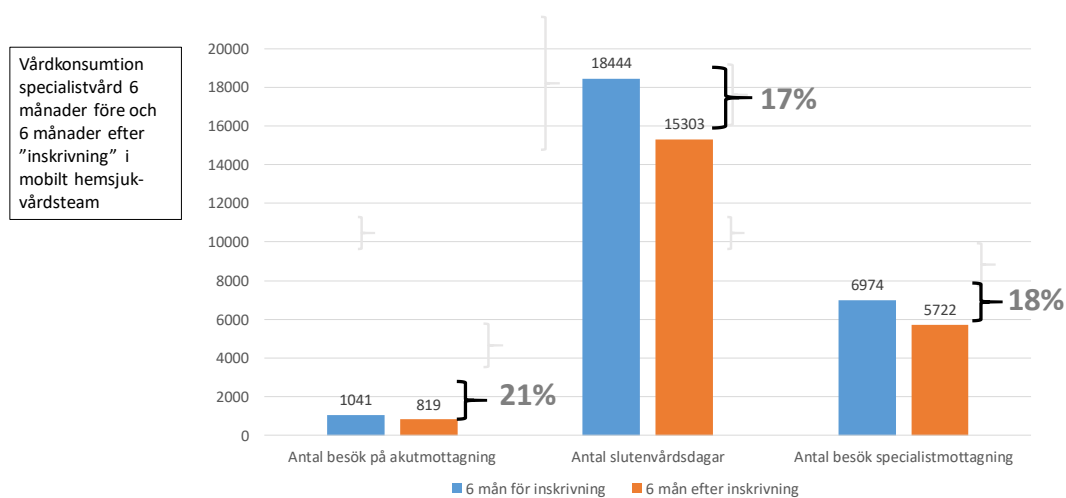
Slutligen kan det summeras att se nyttan av hemsjukvårdsläkare (förutom patienternas fördelar) förutsätter ett systemperspektiv på vårdcentralens arbete och ekonomi. Om detta saknas och om ”ersättning-för-insats” dominerar är inställningen betydligt mindre positiv.

## 5.4 Vårdkonsumtionsresultat

Att mäta förändringar av vårdkonsumtion för patienter innan och efter att man fått stöd genom mobila hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam har varit svårt att utföra då ”mobila närvårdspatienter” inte har kunnat skiljas ut från andra patienter. Inom vissa av projekten har man kartlagt patienternas vårdkonsumtion före och efter involveringen i Mobil närvård men underlagen av antal patienter har varit alltför få för att få fram mer säkra uppgifter.

Från 2018 har dock en ny registreringsrutin införts för mobila närvårdspatienter som gör det möjligt att få fram denna särskilda patientgrupp ur registren. Data- och analysenheten inom Västra Götalandsregionen har med detta bistått med att få fram ett patientunderlag för såväl hemsjukvårdsteam som närsjukvårdsteam som bedöms omfatta cirka en tredjedel av målgruppen för respektive team i regionen som helhet. Uppgifterna baseras på en tidsperiod av sex månader före inkluderingen i Mobil närvård och sex månader efter inkluderingen.

### Förändringar i vårdkonsumtion för patienter med Mobil närvård genom hemsjukvårdsteam förstärkta med mobil hemsjukvårdsläkare

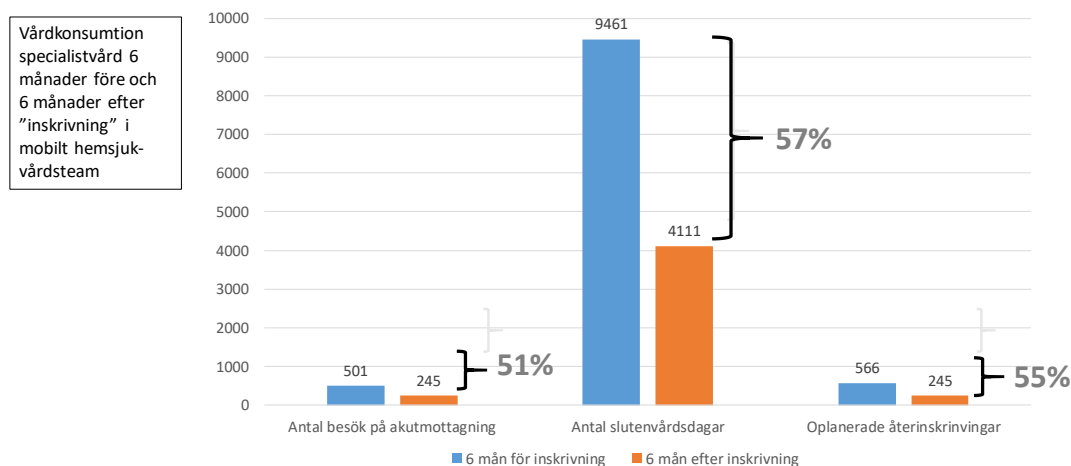


Resultaten visar på en minskning med omkring 20 procent för dessa patienter. Potentialerna att nå ännu högre resultat borde vara möjligt utifrån mätningar för samma typ av patienter och teamsamverkan runt dessa som genomförts i områden där Mobil närvård utifrån god teamsamverkan är väl etablerat<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Mätningar som utförts inom projekten i Skaraborg och stadsdelen Majorna Linné i Göteborg

För patienter med närsjukvårdsteam involverade är resultaten av förändrad vårdkonsumtion mycket påtaglig. Resultaten visar på minskningar av vårdbehov inom andra delar av "vårdsystemet" på väl över 50 procent.

#### Förändringar i vårdkonsumtion för patienter med Mobil närvård genom närsjukvårdsteam



Resultaten pekar på att Mobil närvård ger effekter på hälso- och sjukvårdssystemet som innebär att förbättrad vårdkvalitet kan förenas med väsentligt bättre resursutnyttjande. Det är viktigt att påpeka att observationer inom följeutvärderingen i kombination med kvantitativa mätningar utförda i områden med etablerad Mobil närvård visar på att den kommunala hemsjukvården också påverkas positivt ur resurssynpunkt. Hemsjukvården kan arbeta betydligt mer effektivt med sina resurser när läkarsamverkan är så nära och kontinuiteten god utan ständiga och tidskrävande vårdplaneringar<sup>12</sup>. För dessa patienter som är involverade i Mobil närvård minskar även behoven av korttidsplatser. För patienterna som främst är i målgruppen för mobila hemsjukvårdsteamet förstärkt med mobil hemsjukvårdsläkare, och som med rätt insatser kan uppnå perioder av längre stabilitet, har det även visat sig att hemtjänsten kan minskas<sup>13</sup>.

Att Mobil närvård ger högre vårdkvalitet och trygghet för patienter och anhöriga står tämligen klart. Det är också en högst rimlig uppskattning att Mobil närvård har en potential att på påtagliga sätt effektivisera hälso- och sjukvårdens resursanvändning på samma gång. I utförda kartläggningar av regionernas genomsnittliga resursanvändning för vård till multisyjuka äldre beräknas detta uppgå till cirka 50 procent av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna<sup>14</sup>. Målgruppen överensstämmer i stort med de patienter som är i fokus för Mobil närvård.

Genom att använda dokumenterade nyckeltal för patientvolym och resurser inom de angreppssätt som Mobil närvård arbetar med kan ungefärliga kostnader för en region fastställas för att bedriva denna form av bättre anpassad vård<sup>15</sup>. Skattningar som utförts inom följeutvärderingen utifrån kostnader för arbetssätten inom Mobil närvård pekar på att dessa utgör omkring 10 procent av dagens kostnader för omhändertagandet av samma målgrupp. Till detta tillkommer ytterligare kostnader då övrig resursanvändning inom vården inte helt elimineras. Det är däremot ett rimligt antagande att det fortfarande är mycket stort gap kvar för att komma upp till dagens kostnadsnivåer

<sup>12</sup> Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare

<sup>13</sup> Mätningar i Ronneby 2015-09-01 till 2016-04-30, Äldreförvaltningen, Ronneby kommun

<sup>14</sup> VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, Vårdanalys, rapport 2014

<sup>15</sup> Nyckeltal har framkommit i olika utvärderingar och uppföljningar i Skaraborg som visat sig överensstämma ungefärligen med patientvolym och resursanvändning inom Mobil närvård inom denna följeutvärdering

för samma målgrupp. Avgörande för att ta vara på denna viktiga potential för bättre resursanvändning är huruvida dessa nya arbetssätt kan få genomslag och att tidigare arbetssätt med resurstilldelning också fasas ut i samma steg.

## **6 Mobil närvård – framgångsfaktorer och utmaningar framåt**

Detta avsnitt avser att ge en bedömning var i utvecklingen breddinförandet befinner sig idag och vad som är viktiga framgångsfaktorer som uppnåtts, och som måste fortsatt uppnås för att Mobil närvård ska bli en ordinär verksamhet. Därefter beskrivs ett antal idéer om vilka åtgärder som kan vara viktiga att vidtas framåt.

### **6.1 Angreppssättet utvecklades till en kulturpåverkande effekt**

Den uppmärksamhet, över hela Sverige, som samverkansmodellen i västra Skaraborg hade fått för sina resultat sporrade Västra Götalandsregionen till att under 2014 besluta om en satsning på ett breddinförande i regionen. Ett ordinärt angreppssätt hade förmodligen varit att grunderna för samverkansmodellen hade skrivits in i ackrediteringsvillkoren för vårdcentralerna samt i andra styrande överenskommelser för specialistvården. Därefter hade det varit utförarverksamheternas ansvar och uppgift att motsvara dessa krav.

Istället för detta valdes ett annat angreppssätt med projektbaserade stimulansmedel som kunde ansökas om man i ett lokalt initiativ hade rätt uppställning av de aktörer som var nödvändiga för att få till samverkansmodellen och kunde beskriva en översiktlig plan för sitt utvecklingsarbete. Dessa projektmedel kunde ansökas från 2015 och grundkravet var att ansökan var en gemensam avsiktsförklaring från kommunal hemsjukvård, vårdcentraler och sjukhus. För att underlätta att få igång fler projekt inom Göteborgsområdet, där samverkanslänkarna till Sahlgrenska universitetssjukhuset var betydligt svårare att hantera än i andra delregioner, gjorde man avkall på kravet att även sjukhuskopplingen måste finnas i ansökan.

Detta senare angreppssätt med projektmedel, som kom att utvecklas vidare under vägs gång, har förmodligen varit avgörande för att på relativt kort tid komma igång i en kulturpåverkande process som har utvecklat mycket goda resultat över hela regionen – inte bara på vissa håll. Men för att nå dit man har kommit idag behövdes ett antal större justeringar göras under vägs gång med åtgärder som inte fanns med i planerna från början. Detta var bland annat behovet av att etablera en regional projektledning som drev arbetsprocessen och som med hjälp av den löpande utvärderingen återkopplade till verksamheterna genom olika nätverksträffar, samt med löpande stöd och samverkansträffar för att stödja de utsedda projektledarna som oftast hade svåra villkor för att kunna leda i utvecklingsarbetet. Med detta fick utvecklingsarbetet en form av ”infrastruktur för lärande” som även innefattade professionsträffar för de mobila hemsjukvårdsläkarna och närsjukvårdsteamerna.

Det lärande stödet som tillkom, i kombination med den framväxande bredden av projekt över hela regionen, är de viktigaste faktorerna till att en nödvändig kulturpåverkande faktor har tillkommit. Hade man valt det första angreppssättet, att skriva in krav och villkor i vårduppdragen som stödjer Mobil närvård, hade detta kanske lyckats om samma satsning på en lärande infrastruktur hade kopplats till detta. Det troliga är dock att detta inte hade skett med det första angreppssättet eftersom regelverken inte styrs på detta sätt idag. Med projektfinansieringen som grund för ett breddinförande möjliggjordes och legitimerades ett annat mer intervenerande arbetssätt som också kunde arbeta proaktivt.

Som nämnts tidigare så hade enbart nio projekt startats upp när följeutvärderingen inleddes i februari 2016<sup>16</sup>. Detta var mycket långt från ett breddinförande i regionen. Orsakerna till att ännu relativt få ansökningar inkommit kan bero på flera omständigheter som exempelvis otillräckligt stöd för kommunikation och ”marknadsföring”. En viktig orsak kan också vara att det enbart fanns medel att söka för ett verksamhetsår framåt. När det efter påtryckningar från projekten blev klart att projektmedel även skulle utlysas för 2017 ansökte och beviljades fjorton ytterligare projekt och i ett slag var nästan alla kommuner i regionen involverade liksom en stor andel av Göteborgs stadsdelar. Problemet var nu bara att projektmedel för hemsjukvårdsläkare fanns enbart under innevarande år. Projekttiden blev mycket kort för de tillkommande projekten vilket också uttrycktes tydligt från dessa<sup>17</sup>.

Som i många fall av utvecklingsinitiativ inom hälso- och sjukvården så underskattas ofta förändringstakten i förhållande till den tid som krävs. Komplexiteten och effekterna av inarbetade regelverk och verksamhetskulturer är svåra att bedöma. Den förändring i form av fördjupad och stabil teamsamverkan mellan huvudmännen, som en välfungerande Mobil närvård kräver, tar vanligen flera år av systematiskt utvecklingsarbete även om det som i detta fall fanns en utvärderat modellprojekt som underlättade väsentligt för ett effektivare breddinförande<sup>18</sup>. Grunderna för detta är att, såsom framgick tidigt även inom detta breddinförande, att nya modeller av mer omfattande samverkan sällan kan ”importeras” in i verksamheterna. Eftersom samverkan är beroende av sociala strukturer och ”delägarskap”, samt även av särskilda lokala förhållanden, måste de arbetas fram steg för steg av de involverade själva - och detta tar tid.

## 6.2 Vad är bästa praktik inom Mobil närvård?

En frågeställning som fanns med vid uppstarten av breddinförandet var om det skulle kunna gå att påvisa vilken modell för Mobil närvårdssamverkan som skulle kunna beskrivas som bästa praktik; det vill säga ha förutsättningarna för att lyckas bäst? Med breddinförandet skulle många olika försök kunna studeras och därav skulle man kanske kunna dra slutsatser om vad som utgjorde de bästa förutsättningarna.

Denna fråga är svår att besvara av flera skäl. Dels så är förutsättningarna för att bedriva fördjupad samverkan mångskiftande inom Västra Götaland, dels är de exempel som har kunnat studeras beroende av vilka drivkrafter och vilket ledarskap som finns som påverkar förutsättningarna väsentligt att lyckas. Däremot finns det ett antal grundläggande framgångsfaktorer som är gemensamma i projekt där man lyckats. Dessa sammanfattas nedan.

- *Gemensam förståelse av uppgiften*

För att lägga grunden för en bra samverkan behövs en gemensam insikt och förståelse vad det är för behov man ska bemöta och vilka lösningar man gemensamt ska erbjuda för att bemöta detta på samma sätt. Denna förståelse är inte självklar från början och det kan finnas många olika synsätt på uppgiften trots att exempelvis en part tror att det är uppenbart klart. För detta behöver man lägga tid till diskussioner på strategisk och operativ nivå, ha ett tydligt patientperspektiv framför sig samt försäkra att det finns ett ”deläggande” i lösningen.

<sup>16</sup> Av dessa nio projekt var ett icke aktivt på grund av rekryteringsproblem

<sup>17</sup> För att få igång mer verksamhet från de sjukhuskopplade närsjukvårdsteamens beslutades om att projektstöd till dessa även skulle ges under 2018

<sup>18</sup> I utvärderingen av närvårdssystemet för västra Skaraborg framgick att modellen hade växt fram efter tio år av mer eller mindre systematiskt utvecklingsarbete (”Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare”, slutrapport till SKL, HCM Health Care Management, 2013)



- *Gemensam operativ ledningsgrupp*

När utvecklingsarbetet kommer igång kommer den operativa arbetsgruppen att löpande möta olika frågor av gränssnittskaraktär med oklarheter om mandat, ansvarsroller och uppgifter. En gemensam operativ ledningsgrupp med löpande kontakt med arbetsgruppens frågor är av stor vikt för att få det löpande arbetet att komma framåt samt för att "skydda det" mot yttre och inre utmaningar.

- *Utveckla och hålla i en fördjupad teamsamverkan ("äkta" teamsamverkan)*

När samverkan inom teamet har fördjupats med inslag av naturliga relationer, tillit och gemensamt fokus på uppgiften identifierar sig teamet ofta mer med hemsjukvårdsuppgiften snarare än från vilken utförarverksamhet man tillhör. Möjligheterna finns då att få till den så kallade hävstångseffekten som kan ge mycket goda resultat av en vård som utmärks av genomgående kontinuitet. En medvetenhet om detta underlättar att snabbare komma till den utvecklingen. Det behövs därefter ett stöd för att upprätthålla och skydda denna form av "äkta" teamsamverkan. Detta kan innebära att säkra enkla och välfungerande kontaktvägar, lyfta bort de målkonflikter som kan finnas när kontinuitet fokuseras och samverka utifrån gemensamma lokaler.

- *Välfungerande ledningssystem och lärande uppföljning*

Då det i praktiken inte finns etablerade vårduppdrag och styrsystem som stödjer det nätverkssamarbete som Mobil närvård kräver är det avgörande för fokus och stabilitet att det finns ett tydligt ledningssystem som etablerar en struktur för ledning och uppföljning av arbetet. Ett välfungerande ledningssystem ger även stöd för en lärande uppföljning som kan användas av de operativa verksamheterna för att bedriva ett löpande förbättringsarbete.

De projekt som har varit framgångsrika inom Mobil närvård har uppnått resultat med de tre första framgångsfaktorerna men har däremot oftast inte kunnat utveckla mer säkra och bestående ledningssystem som sträcker sig över de viktiga vårdverksamheterna. I de projekt där man inte uppnått så goda resultat har det ofta handlat om otillräckligt engagemang och problemlösning från en ansvarig ledningsgrupp (som i breddinförandet närmast har motsvarats av "styrgrupp").

### 6.3 Utvecklingsläget inför 2019 och framåt

Att breddinförandet har bedrivits i försöksverksamheter men ändå i stort sett inom ordinarie verksamhet och av utförarverksamheterna själva har varit en förutsättning för att kunna nå framgång. Den korta utvecklingstiden med projektstöd som majoriteten av projekten har haft kan ändå ha gett resultat tack vare storskaligheten och därmed lärandet mellan projekten. Att den fortsatta finansieringen från 2018 sedan löstes genom beslut av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen att via Krav- och kvalitetsboken ge ramhöjande medel till vårdcentralerna motsvarande cirka 60 heltidsläkare, samt att betona fortsatt teamsamverkan som grund för ersättningen, är en viktig satsning och markering för att värna om utvecklingsarbetet och de goda resultaten med hemsjukvårdsteamerna<sup>19</sup>.

Projektledarna har haft en nyckelroll i sitt arbete med att så långt som möjligt bevaka och driva "helheten" i utvecklingsarbetet med Mobil närvård. När projekten med hemsjukvårdsteamerna upphörde vid övergången till 2018 skulle även de regionala projektmedlen för projektledarna upphöra. Under senare delen av 2017 kunde detta ses som ett allvarligt hot för de resultat som uppnåtts. Det skulle i de allra flesta fall inte finnas någon person som koordinerade arbetet mellan utförarverksamheterna. Risken var uppenbar att många fortsatta utvecklingsfrågor skulle falla mellan

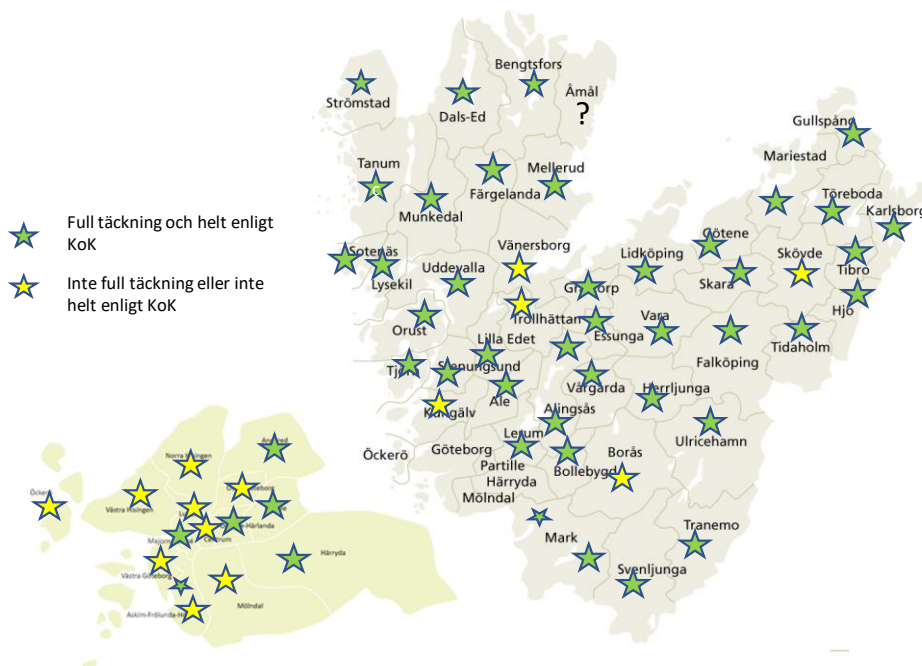
---

<sup>19</sup> Liksom för närsjukvårdsteamerna som från 2019 erhåller ramhöjande medel motsvarande 15 team (bestående av en läkare och två sjuksköterskor från sjukhusverksamhet)

stolarna. Med ett nytt beslut från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen möjliggjordes att projektledarna kunde få ersättning även fortsatt under 2018 vilket gav mer nödvändig tid att hinna bygga struktur och relationer i den lokala samverkan.

De tidigare projektledarna, som nu benämndes koordinators, fortsatte att också träffas löpande under 2018. Innan de flesta avslutade sina uppdrag inför 2019 lämnades en uppföljningsrapport utifrån frågor om hemsjukvårdsteamens och närsjukvårdsteamens täckningsgrad och volymer av hembesök<sup>20</sup>. I dessa underlag beskrivs i de flesta fall en relativt god täckning av mobila hemsjukvårdsläkare och närsjukvårdsteam och att Mobil närvård bedrivs på mer fördjupade sätt med kommunerna än tidigare. Men i flera områden finns vårdcentraler som uppges inte ingå i samarbetet, trots villkoren i Krav- och Kvalitetsboken (KoK-boken) vilket drar ner resultaten påtagligt i dessa områden. Det framgår vidare att i de allra flesta fall bedrivs hemsjukvårdsläkaruppgiften från varje vårdcentral för sig vilket innebär att förutsättningarna för att bilda verkliga team inom hemsjukvården försvåras betydligt med så många olika läkare inblandade i vissa kommuner eller stadsdelar. Många läkare har tjänstgöringstider som hemsjukvårdsläkare på mellan 10 till 20 procent av en heltid. Övrig tid bedrivs inom mottagningsverksamheten. Det framkommer också att arbetsätten är klart varierande mellan vårdcentralerna. Hemsjukvårdsläkaren är ofta PAL (patientansvarig läkare) för patienten men inte utifrån sin roll som hemsjukvårdsläkare utan från den listning vid vårdcentral som patienten har. Det anges av vissa att man har ambitioner i att försöka minska antalet inblandade läkare. Vidare att det finns särskilda utmaningar i storstadsmiljöer med för många parametrar att hantera.

#### Uppskattad täckningsgrad mobila hemsjukvårdsläkare februari 2019<sup>21</sup>



Kartan med täckningsgrad ovan ska ses som en något osäker skattning utifrån närområdesplaner och andra underlag. Den visar på att områden som har bedrivit mobila verksamheter längre (Skaraborg och Uddevalla) har en fördel i detta läge men också på att mindre kommuner utanför mellanstora och större städer ofta har bättre möjligheter att samverka med kommunala hemsjukvården. Detta

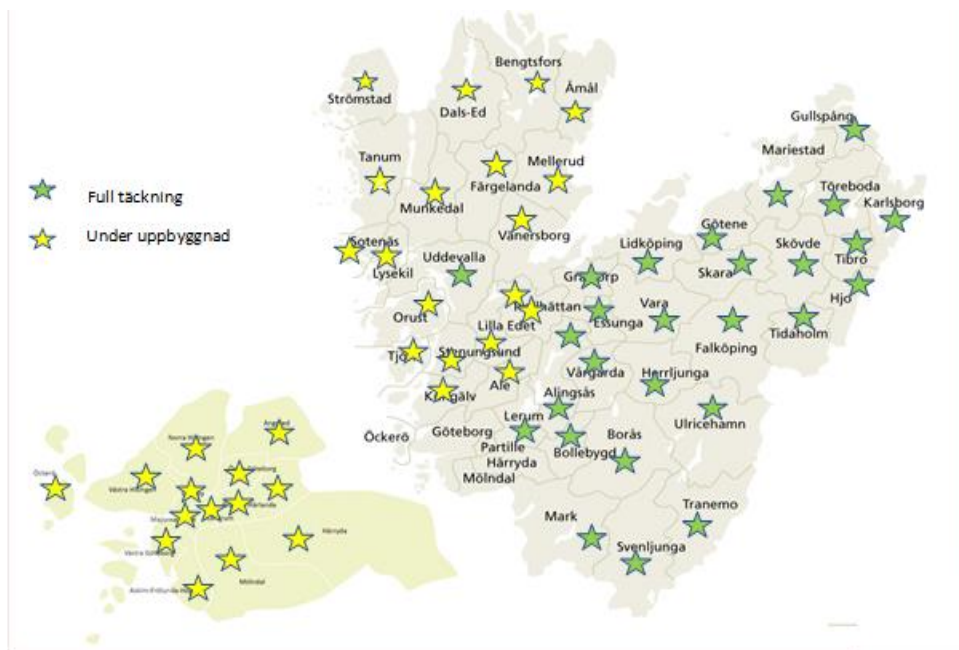
<sup>20</sup> Mobil närvård Västra Götaland – Utvärdering av arbetssätt och resultat, insamling inför slutrapport följeutvärderingen, december 2018

<sup>21</sup> Antagande och bedömning av regional projektledning utifrån lämnade uppgifter i främst närområdesplaner

kan bero på närmare relationer i mindre kommuner och att vårdcentralernas listning av patienter i dessa kommuner bättre stämmer överens med hemsjukvårdens områdesindelning av patienterna. Samtidigt finns det större kommuner som på kort tid lyckats med etableringar och även inom stadsdelar i Göteborg.

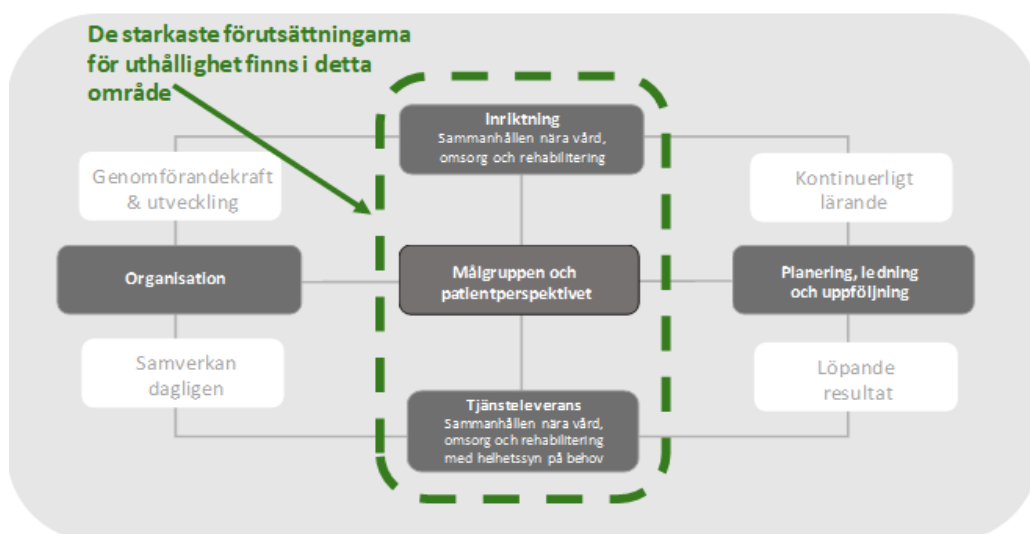
Mellan befintliga närsjukvårdsteam redovisas relativt lika uppgifter med en hög täckningsgrad, antalet inskrivna och genomsnittlig inskrivningstid<sup>22</sup>. Samverkan med kommunerna verkar fungera väl och är till dominerande del i god teamsamverkan. Fyrbodal och Göteborgsområdet, det senare med undantag av två team, är under en uppbyggnad som tillkommit nyligen.

### Uppskattad täckningsgrad närsjukvårdsteamen februari 2019<sup>23</sup>



Utifrån de resultat som samlats in och andra observationer inom följeutvärderingen är det uppenbart att inriktningen och de grundläggande idéerna om Mobil närvård har stärkts ytterligare.

Bedömningen är att det finns en god kännedom om arbetsätten och vad som är viktigt för att få det att fungera. Alternativa eller konkurrerande arbetsätt, ofta vanligt förekommande i stora hälso- och sjukvårdssystem, finns inte i



<sup>22</sup> Närsjukvårdsteam inom Göteborg (SU Mölndal och SU Östra) redovisar något annorlunda uppgifter och i Östra skrivs inte patienterna in i teamet. Närsjukvårdsteamet i Fyrbodal är dessutom nystartat vid uppgiftslämnandet.

<sup>23</sup> Antagande och bedömning av regional projektledning utifrån lämnade uppgifter i främst närområdesplaner

sammanhanget. De goda resultaten av kvalitet, utifrån såväl patientperspektiv som medarbetarperspektiv, liksom påtagliga effektiviseringar i resursutnyttjandet, visar att arbetet fungerar i praktiken. När väl samarbetet är igång och ger resultat är det ingen inblandad part som vill backa tillbaka till tidigare förhållanden.

Läkarstödet från vårdcentralerna har visserligen blivit mer uppdelat. Numera är det sällsynt att flera vårdcentraler går ihop om att erbjuda en eller flera mobila hemsjukvårdsläkare men man är ofta medveten om att många skiftande läkare gör det svårare att skapa riktiga team tillsammans med hemsjukvården. Det bör finnas förutsättningar för att bygga på dessa goda grunder men det kan i så fall behövas en starkare styrning som möjliggör ett starkare teamsamarbete mellan läkarstödet och den kommunala hemsjukvården.

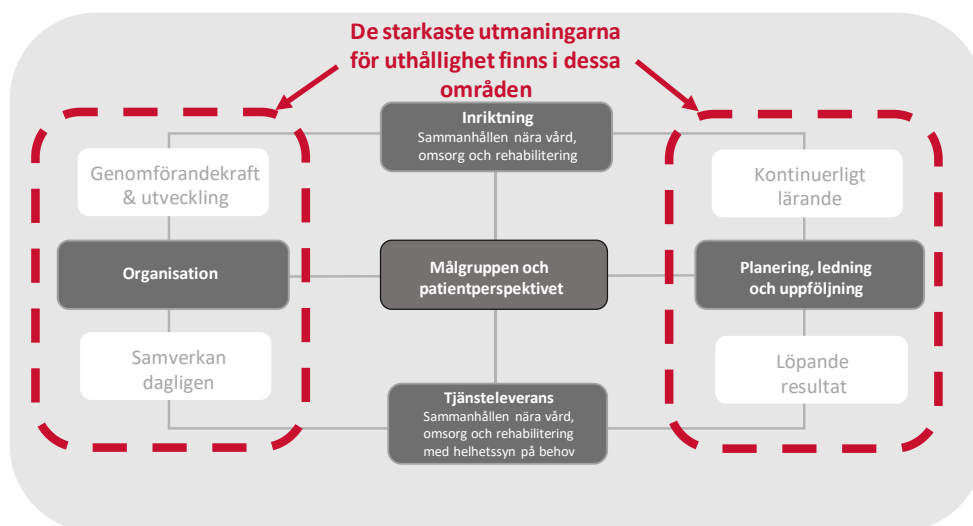
Det har tidigare förts fram att Mobil närvård är beroende av en skör och osäker nätverksorganisation. I ett komplett "system" för Mobil närvård är kommunala hemsjukvårdsenheter, olika privata och offentliga vårdcentraler i området samt sjukhusassocierade team inblandade i en samverkan. När

detta system fungerar utvecklas oftast optimala förhållanden av vårdkvalitet och resurseffektivitet.

Men styrsystemen är olika och många målkonflikter finns inbyggda. Den mest tydliga målkonflikten i sammanhanget är

den mellan att upprätthålla god tillgänglighet och täckning i vårdcentralens mottagningsverksamhet med att upprätthålla en god kontinuitet i ett mer tidskrävande läkarstöd till kommunala hemsjukvården. Motstridiga uppdrag finns exempelvis genom vårdvalssystemets listning på vårdcentraler, som inte är geografiskt bundet, och kommunala hemsjukvårdens indelning i geografiska distrikt. Projektstrukturerna med styrgrupper och ansvar för projektmedel överbryggade delvis dessa utmaningar under en tid. Till detta bidrog även uppbyggnaden av personliga relationer inom projekten och de återkommande nätverksmötena som drev visionen och lärandet kring Mobil närvård. Nu, med verksamhet och ersättningar genom ordinära styrformer, är risken uppenbar att de teamsamverkande formerna inte kan bestå och att vi istället ser en återgång mot mer etablerade, konsultativa insatser från läkarstödet.

Om inte mer krävande och komplexa insatser genomförs i form av huvudmannaovergripande samordningsförbund eller utnyttjandet av delegeringsmöjligheter av ansvar till en huvudman kommer beroendet av nämnda nätverksorganisation att bestå. För att hantera denna förutsättning blir det viktigt att utveckla lednings- och styrstrukturer som kan formera ansvar och verksamhetsflöden som underlättar för teamsamverkan inom Mobil närvård. De delregionala vårdssamverkansorganen är de mest naturliga kandidaterna att ta detta ansvar. Idag finns inte dessa

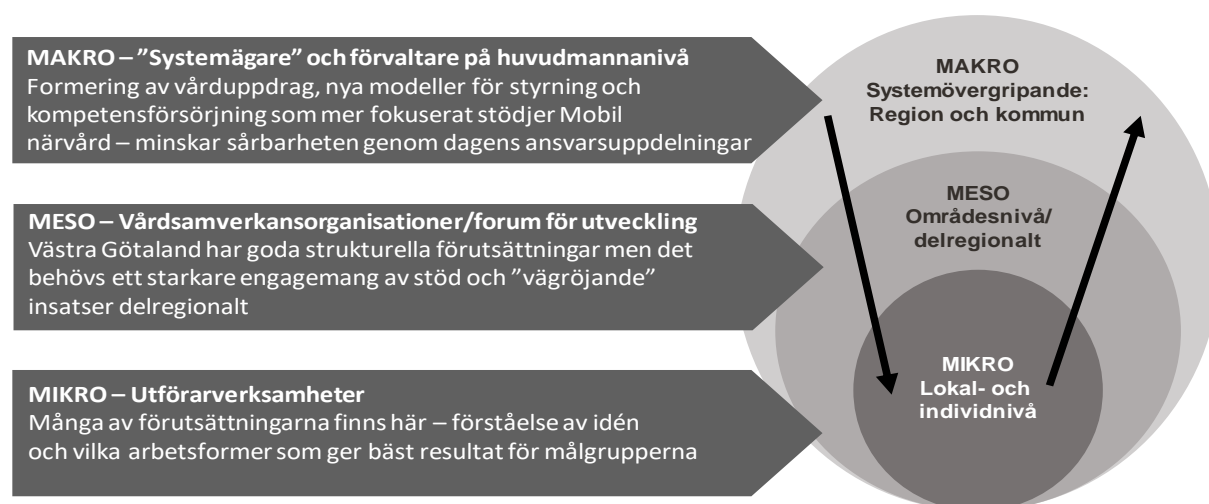


ledningsstrukturer som kan stödja på detta sätt annat än med ett undantag i hela regionen<sup>24</sup>. Dessa ledningsstrukturer bör inte bara tydliggöra ansvar och arbetsprocesser utan även verka för en form av ”mjuk” styrning genom att bedriva aktiv uppföljning på vårdssamverkansnivån och utnyttja denna information för att på engagerande sätt utveckla ett lärande. Som nämnts ovan bedöms att det finns goda förutsättningar inom verksamheterna idag när det gäller kunskaper och vilja att bedriva Mobil närvård men hälso- och sjukvårdssystemen omsätts hela tiden med ny personal. För detta krävs ett starkare så kallat strukturkapital för Mobil närvård.

#### 6.4 Vilka är de viktigaste åtgärderna framåt – för att säkra uthållighet?

Då Mobil närvård inte kan ses som utvecklat och etablerat fullt ut regionövergripande finns det viktiga åtgärder att genomföra för att komma framåt. Bedömningen är att detta är många åtgärder som ligger över utförarledet där fokus hittills har legat för det mesta. För att säkra uthållighet kommer det att behövas ett samspel mellan flera ansvars- och verksamhetsnivåer inom Västra Götaland. I den avslutande delen av följeutvärderingen har dessa strukturerats med nivåerna övergripande regionalt (makro), delregionalt (meso) och lokal verksamhetsnivånivå (mikro).

##### Insatser på tre systemnivåer/verksamhetsnivåer för att stödja Mobil närvård



Som nämnts i det föregående finns många av förutsättningarna egentligen på plats för Mobil närvård bland utförarverksamheterna – i detta läge. De tidigare utvecklingsprojekten har trots utmanande förutsättningar ändå kommit långt i många fall.

De viktigaste insatserna att utföra nu bedöms därför finnas på makro- och mesonivåerna; alltså de ansvars- och verksamhetsroller som innehas av 1) politiker, förvaltningschefer och tjänstemän inom beställarverksamheter samt utvecklingsuppdrag som finns inom den övergripande huvudmannanivån, samt 2) de ansvars- och verksamhetsroller som finns på den delregionala nivån vilka huvudsakligen finns inom vårdssamverkansorganisationerna.

För att pröva olika hypoteser om lösningar som kan skapa uthållighet för Mobil närvård och få uppslag om viktiga åtgärder på de olika system- eller verksamhetsnivåerna utfördes sju intervjuer med personer som kan ses som representanter för personer med nyckelroller på makro- och meso-

<sup>24</sup> "Samverkansavtal Mobil närvård", Vårdssamverkan Skaraborg, 2019–2020, <http://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardssamverkan/skaraborg/Samverkansomraden/geriatrik-demens-palliativ-varld/>

nivåerna. De synpunkter som kom fram redovisas i det följande med en grov strukturering av åtgärder och synpunkter utifrån de olika nivåerna.

#### MAKRO – ”Systemägare” och förvaltare på huvudmannanivå

- Inriktning och ansvar för Mobil närvård kan behöva tydliggöras med ett tilläggsavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Tydligare krav kan behöva upprättas i KoK-boken för att vårdcentraler ska fokusera på mobil hemsjukvårdsläkare och även hålla uppgiften skild från mottagningsverksamheten
- Ett alternativ är att skapa en ”Tiohundra lösning” eller en samlad delegering till en huvudman
- Omställningsberedningen; hur kan den bidra?
- Visionen och målbilden om ”den nya hemsjukvården” behöver drivas mer tydligt på regional nivå
- Spridningskonferenser behöver genomföras regionövergripande
- Politikerna behöver hålla fokus på frågan och fortsätta driva
- Det behövs en fortsatt projektledning på regional nivå

#### MESO – Vårdsamverkansorganisationer/delregionala forum för utveckling

- Delregionala forum behövs för att driva Mobil närvård – ha det på agendan löpande
- Viktigt att hela tiden skapa attraktivitet – och slussa in nya medarbetare i det som är inarbetat
- Det behövs utbildningar löpande i kritiska frågor – som exempelvis verkligt teamsamarbete
- Viktigt att hålla i och förstärka patient/brukarperspektivet
- Vårdsamverkansorganisationerna kan behöva införa mer av stödjande ledning, som till exempel operativa ledningsgrupper för Mobil närvård (som har direkta kontakter med utförarverksamheterna)
- Göteborgsområdet är en stor utmaning – behövs nya lösningar där?
- Sjukhusen är inte med i NOSAM-samarbetet
- Koordinatorer behövs även fortsättningsvis – men de behöver också ha etablerade kontaktpunkter inne i de olika vårdorganisationerna för att kunna koordinera
- Kan behövas en ny roll som processledare på delregional nivå – en funktion som har mandat och ansvar för processen Mobil närvård
- Resultatuppföljning måste till i det fortsatta – en viktig kraft, kanske en egen enhet
- Sammankoppling med forskning kan förstärka etableringen av Mobil närvård

#### MIKRO - Utförarverksamheter

- Aktivt uppföljningsarbete behöver bedrivas lokalt – och med återkopplingar för fortsatt implementering och lärande
- Det behövs även lokala koordinators/processledare
- Hur kan vi mildra den tidsbrist som alltid finns i utförarverksamheterna . En förutsättning för engagemang

## 7 Slutsatser i arbetet med följeutvärderingen

Följeutvärderingen inom Mobil närvård i Västra Götaland har bedrivits under drygt tre år. Det finns en mängd olika slutsatser att dra efter detta arbete. Nedan sammanfattar vi de slutsatser som vi bedömer kan vara till mest nytta för det fortsatta utvecklingsarbetet och inför eventuella liknande utvecklingsåtgärder i framtiden.

### 7.1 Breddinförande kräver genomtänkt riggning i kombination med implementeringsstöd

Den satsning som Västra Götalandsregionen i samverkan med kommunerna har gjort för ett breddinförande inom hela regionen av Mobil närvård kan i sitt omfång och med den komplexitet som finns i botten närmast beskrivas som unikt i svensk hälso- och sjukvård. Satsningen har bidragit till ett stort lärande om praktiskt och strategiskt förändringsarbete med fokus på fördjupad samverkan.

Grunderna för en moderniserad och patientcentrerad hemsjukvård har satts på kartan. Från regionens ledande politiker och tjänstemän har man visat på mod och stor tillit till att utmaningen kan tas. Vår slutsats är att satsningen har gett imponerande resultat – men som måste försvaras.

Den breda ansatsen och involveringen, som fått initiala drivkrafter att ta sig över trösklar med stöd av projektmedel som använts inom ordinär verksamhet, har visat sig vara effektiv genom sin storskalighet. Strategisk och operativ påverkan har kunnat bli starkare, lärandet mer spritt och en växande ”utvecklingsrörelse” som Mobil närvård har varit i över tre års tid har skapat attraktivitet att vara med och inte stå utanför. Satsningen kan beskrivas som ett exempel på en ny form av förändringsarbete och strategi som kan behövas när allt fler regioner talar om behovet av ”omställning” i svensk hälso- och sjukvård mot en mer patientcentrerad och effektiv vård.

Med tanke på satsningens storlek och satsade regionala medel finns det också en del viktiga kritiska frågor att ta lärdom av. I inledningen av följeutvärderingsinsatsen var det förvånande att det fanns så begränsat med regionala ledningsresurser för satsningen. Inte minst när det gäller kommunikation, vidare att det heller inte fanns några målsättningar för vad som skulle uppnås; som etappmål och slutmål för satsningen vilket försvårar uppföljningsarbetet. I det inledande skedet rådde stor förvirring bland projekten om vad som egentligen skulle uppnås och när. Därutöver hade man från början bara en ettårs-horisont framför sig eftersom projektmedel initialt bara gällde under 2016.

Möjligheterna att följa upp resultat hade inte heller förberetts eftersom det inte gick att identifiera patienter inom Mobil närvård från alla övriga patienter. Därmed kunde frågor som täckningsgrad områdesvis och tillväxt av patientvolymerna inom Mobil närvård inte fångas in på ett mer tydligt sätt. Projekten själva innehöll så pass mycket ”samverkanskomplexitet” med skilda journalsystem och två huvudmän inblandade att man inte maktade med att fullt ut följa utvecklingen själva. Vidare framfördes ofta från projekten att någon lösning för att kunna dela patientinformation mellan utförarverksamheterna borde ha varit på plats innan breddinförandet lanserades. Den frustration som svårigheterna med delning av patientinformation innebar försvårade projektens utvecklingsarbete på ett påtagligt sätt och begränsade i vissa fall möjligheterna att rekrytera hemsjukvårdsläkare som arbetade för flera olika vårdcentraler gentemot kommunala hemsjukvården.

I utvecklingsarbeten inom hälso- och sjukvården underskattas ofta behoven av implementeringsstöd. Att verksamheterna måste driva det operativa utvecklingsarbetet själva pekar allt mer forskning och erfarenheter på<sup>25</sup>. Men detta innebär inte att allt detta kan göras utan aktivt implementeringsstöd och aktiv facilitering samt involvering från överliggande strukturer av stöd, beslut och chefsansvar<sup>26</sup>. Detta då komplexiteten i samordningen mellan olika huvudmän och många olika vårdgivare är mycket hög. Satsningen på breddinförandet av Mobil närvård saknade detta implementeringsstöd som fick utvecklas efter hand som behoven blev tydligare.

Kriterierna för att lokala samverkansinitiativ skulle kunna få projektmedel skulle också kunna ha varit mer skarpa utifrån den utmaning som förelåg. Kraven på tydligt stöd från ledningsstrukturer skulle kunna ha granskats tydligare. Styrgruppsmodellen borde inte ha valts utan snarare en operativ ledningsgrupp för Mobil närvård med god förankring i involverade verksamheter. Vidare de viktiga förutsättningarna som krävs för att ha möjlighet och mandat att arbeta som projektledare i ett

<sup>25</sup> Från följeforskningsinsatsen ”Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt Uppföljning och etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam”, KEFU Ekonomihögskolan Lunds Universitet, 2018-04-10.

<sup>26</sup> Parallellt med breddinförandet av Mobil närvård i Västra Götaland har Region Skåne i samverkan med de skånska kommunerna beslutat att genom sitt Hälso- och sjukvårdsavtal breddinföra Mobila vårdteam. Den tydligaste observationen i den pågående utvärderingen av bristen på genomförande är att implementeringsstödet saknats för att underlätta för utförarverksamheterna att kunna nå de uppsatta målen

mycket komplex projektuppdrag. Fler viktiga och kritiska roller för samordningsarbetet skulle också ha funnits på "kravlistan" som exempelvis koordinatörer för respektive vårdorganisation (hemsjukvård, primärvård och sjukhusvård). Detta hade underlättat stort för den lokala projektledningen<sup>27</sup>.

#### SAMMANFATTANDE SLUTSATSER:

- Breddinförandet som modell och stöd av projektmedel att driva utvecklingsarbetet inom ordinär verksamhet har varit en framgångsfaktor för lärande och spridning.
- Regionalt lednings- och implementeringsstöd saknades och fick byggas upp efterhand som behoven blev tydligare. Svårigheter att bedriva samordningsarbetet lokalt kunde förutses och förberedelser borde ha vidtagits regionalt för att mildra detta.
- Stor oklarhet kring vad som skulle uppnås av projekten och när. Möjligheterna till uppföljning blev begränsade.
- Kraven på ledningsresurser och förankring i projekten för att få medel kunde ha varit mer skarpa och med koppling till vad som framgångsfaktorer i ursprungsmodellen för Mobil närvård.

## 7.2 Satsningen på Mobil närvård visar mycket goda resultat

Det står utom tvivel att breddinförandet har kommit långt under tre år även om full täckning av Mobil närvård fortfarande återstår i många kommuner inom Västra Götaland. Detta måste ses utifrån den komplexitet som finns i verklig samordning och teambildning över huvudmannagränser och utförarverksamheters ansvar. Att Mobil närvård fungerar och ger resultat i linje med ursprungsmodellen står klart. Att Mobil närvård kan fungera i olika miljöer, såväl i glesbygd som i storstad, står också klart<sup>28</sup>. Dock måste olika grad av komplexitet mötas på olika sätt vilket innebär särskilda samordningslösningar behövs i storstäder där vårdvalen leder till många inblandade vårdcentraler. Detta återstår att utveckla för att uppnå stabilitet i framför allt storstadsmiljön. I grunden är framgångsfaktorerna för Mobil närvård att ha mandat kopplat till ett uppgiftsorienterat ledarskap.

Det finns en uppenbar samsyn, över "vårdsystemet" att Mobil närvård med dokumenterade arbetsätt är vägen framåt för att möta en växande patientgrupp som behöver få en bättre och mer patientcentrerad vård. Breddinförandet har med den regionövergripande involveringen väsentligt bidragit med kunskaper om hur detta kan gå till och är nu ett angreppssätt som inspirerar övriga Sverige till att ta tag i denna stora utmaning.

#### SAMMANFATTANDE SLUTSATSER:

- Grunderna för Mobil närvård har med breddinförandet spridits till i stort sett hela Västra Götaland.
- Mobil närvård fungerar som arbetsätt i skilda miljöer och ger mycket bra resultat i linje med ursprungsmodellen – men skilda miljöer kräver olika lösningar som återstår att utveckla.
- Det finns en samsyn och insikter genom erfarenheter att arbetsätten inom Mobil närvård är vägen framåt

<sup>27</sup> En dedikerad och gränsöverskridande ledningsgrupp (operativ ledningsgrupp) liksom koordinatörer var viktiga delar i ursprungsmodellen för Mobil närvård i västra Skaraborg

<sup>28</sup> Tveksamheter om Mobil närvård kan fungera i storstäder har varit på tal under hela följeutvärderingstiden. Några av de mer framgångsrika exemplen har under breddinförandet kunnat ses i några stadsdelar i Göteborg men frågan kvarstår om komplexiteten till slut bryter upp "tillfälliga" framgångar. I Malmö har samordnad Mobil närvård drivits framgångsrikt inom stadsdelarna i flera år och med en inarbetad verksamhetskultur.



### 7.3 Tveksamt om det finns stödjande strukturer som skapar uthållighet – något nytt måste komma till

Mobil närvård har utvecklats med framgång på många håll inom Västra Götalands väsentligt olika verksamhetsmiljöer. I en del områden är utvecklingsarbetet i praktiken inlett men långt ifrån etablerat. De personer som varit involverade i utvecklingsarbetet och "lärrsan" vill i allmänhet gärna hålla i resultatet av ansträngningarna och man ser nyttan. Men insikterna i detta är oftast personberoende och inte alls förankrat verksamhetsstrukturer och befintliga ledningssystem. Den komplexa och i grunden åtskilda nätverksstrukturen som Mobil närvård behöver operera i består. Nya anställda som inte deltagit i erfarenheterna från "lärrsan" fyller gradvis på i verksamheterna medan de som var med i "lärrsan" lämnar för annat. Den stora utmaningen för framgångarna med Mobil närvård ligger precis här.

Det är svårt att se vilka befintliga strukturer och styrformer som är etablerade idag som kan försvara och hålla i samverkansstrukturerna kring Mobil närvård; särskilt i områden där samarbetet är nytt. Därför behöver nya strukturer och styrformer komma till som kan skapa mer uthållighet i den samverkan som behövs för att arbeta teambaserat över gränser. Det som här kallas "äkta" eller "verklig" teamsamverkan inom Mobil närvård är den springande punkten för att nå den kontinuitet i omhändertagandet som eftersöks och därmed uppnå den hävstångseffekt som kan uppstå. Av detta skäl behöver såväl uppdragsformuleringar som styrning riktas in mot att kunna uppnå just detta "fenomen". Detta kan i praktiken innebära att exempelvis vårduppdrag behöver tänkas om liksom hur styrning utförs med ersättningar samt hur uppföljning utförs.

Det finns ett stort behov av att inom de delregionala vårdsamverkansorganen bygga upp ledningsstrukturer som stödjer Mobil närvård över nätverksmiljön och som säkrar att processerna över gränserna hålls i och följs upp. Vidare att lärande forum, som stödjer Mobil närvård, byggs upp som underhåller och slussar in nya medarbetare i de tankesätt och verksamhetskulturella perspektiv som arbetats fram under breddinförandet. För att underlätta detta införande kan en gemensam regional satsning behövas.

#### SAMMANFATTANDE SLUTSATSER:

- Lärandet, erfarenheterna och viljan att föra Mobil närvård vidare är kopplat till de som varit med om den "lärrsa" som breddinförandet bidragit med – men de strukturer som i praktiken gör arbetet med Mobil närvård komplicerat och svårt består. Den största utmaningen finns därför här.
- Kärnan och hävstången för de resultat som uppstår med Mobil närvård finns i möjligheterna att uppnå en verkningsfull patientkontinuitet genom "äkta" eller "verklig" teamsamverkan – därför behöver en tydligare styrning fånga just detta "fenomen"
- Utifrån skiftande förhållanden i Västra Götaland bör de delregionala vårdsamverkansorganen ha en nyckelroll fortsättningsvis – men det saknas oftast strukturer som säkrar ledning och spridning av lärande kring Mobil närvård. För att stödja detta kan en gemensam regional satsning behövas.

## 8 Rekommendationer

Rekommendationerna i det följande är riktade mot syftet med satsningen på Mobil närvård – att breddinföra arbetssättet över regionen.

#### *REKOMMENDATION 1: Skapa en starkare styrningskraft som stödjer Mobil närvård*

För att säkra mandatet att behålla och utveckla Mobil närvård vidare kan ett nytt tilläggsavtal behöva kopplas till det befintliga hälso- och sjukvårdsavtalet mellan huvudmännen inom Västra Götaland.

Parallellt med detta behövs det tydligare krav i KoK-boken på att vårdcentraler ska tillhandahålla specialiserade hemsjukvårdsläkare till hemsjukvårdsteamerna och som ska bemannas av ett fåtal läkare (exempelvis 2 till 3 läkare exklusive bakjour). På liknande grunder kan det behöva skrivas in i tilläggsöverenskommelser med sjukhusen att ställa krav på involveringen mobila team från sjukhusen.

Styrningen från regionen behöver även förstärkas med ett aktivt uppföljningsarbete av täckningsgrad och patientvolym, samt att det även fortsättningsvis, då breddinförandet ännu inte är utfört, finns en regional ledningsperson ansvarig för införandet av Mobil närvård.

#### *REKOMMENDATION 2: Intensivt och aktivt stöd från delregionala vårdssamverkansorgan*

De delregionala vårdssamverkansorganen bör ta en mycket aktiv roll i det fortsatta spridnings- och utvecklingsarbetet. Särskilt viktigt är att bygga upp ledningsstrukturer som stabiliserar utvecklingen av Mobil närvård inom befintliga nätverk. Därutöver att man, inom dessa ledningsstrukturer, organiserar och genomför lärande möten av olika slag för grunder och resultat inom Mobil närvård som underhåller arbetet och slussar in nya medarbetare i verksamhetskulturen. Särskilt viktigt är att bevaka ett patient-/brukarperspektiv inom utvecklingsarbetet.

#### *REKOMMENDATION 3: Betona vikten av att lyckas med Mobil närvård regionalt och följ upp resultat samt anordna engagerande spridningskonferenser (mjuk styrning)*

Då Mobil närvård är beroende av en förändring av verksamhetskultur och arbetssätt behöver regionala företrädare även fortsättningsvis ta en mycket aktiv roll i utvecklingen av Mobil närvård. Detta gäller såväl ledande politiker som tjänstemän. Betydelsen av att lyckas behöver understrykas. Av detta skäl bör Mobil närvård särskilt lyftas fram som ett prioriterat inslag inom Omställningen.

På den regionala nivån bör säkerställas att riktningen i utvecklingsarbetet kring Mobil närvård går åt rätt håll och att stödet i vårdssamverkansorganen fungerar som tänkt. Därför bör uppföljningen vara aktiv utan långa mellantider och för detta kan behövas en enhet som fokuserar på uppgiften kring uppföljningsarbetet. Utan en regional processledare eller "införandeansvarig" för Mobil närvård regionalt är risken stor för att nödvändiga insatser inte vidtas.

Välorganiserade spridningskonferenser är ett beprövat arbetssätt för att driva en utvecklingsrörelse framåt. Detta är en form av "mjuk styrning" som bör ses som ett lika viktigt styrningsinstrument som formella avtal och skall-krav. Viktiga inslag i spridningskonferenser är resultaten från en löpande regional uppföljning.

## 9 BILAGA: Aktiva projekt inom Mobil Närvård Västra Götaland

### Vårdsamverkansområde Fyrbodol

- Uddevalla, sedan 2015, hybridteam (av hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam)
- Norra Fyrbodol, sedan 2018, hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam
- Lilla Edet, sedan 2018, hemsjukvårdsteam
- Orust, sedan 2018, hybridteam (av hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam)
- Trollhättan, sedan 2018, hemsjukvårdsteam
- Vänersborg, sedan 2018, hemsjukvårdsteam

### Vårdsamverkansområde SAMLÄ

- Alingsås och Lerum, sedan 2016, hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam

### Vårdsamverkansområde Södra Älvsborg

- Södra Älvsborg, sedan 2015, hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam

### Vårdsamverkansområde SIMBA

- SIMBA, sedan 2015, hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam

### Vårdsamverkansområde Skaraborg

- Skaraborg, sedan 2015, hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam

### Vårdsamverkansområde Göteborg

- Angered, sedan 2016, hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam
- Västra Göteborg (Askim/Frölunda/Högsbo), sedan 2016, hemsjukvårdsteam
- Frölunda vårdcentral, sedan 2016, hemsjukvårdsteam
- Majorna-Linné, sedan 2016, hemsjukvårdsteam
- Centrum Göteborg, sedan 2017, hemsjukvårdsteam
- Örgryte-Härlanda, sedan 2017, hemsjukvårdsteam
- Partille, sedan 2017, hemsjukvårdsteam
- Härryda, sedan 2017, hemsjukvårdsteam
- Västra Hisingen, sedan 2017, hemsjukvårdsteam
- Norra Hisingen, sedan 2017, hemsjukvårdsteam
- SU Mölndal, sedan 2017, närsjukvårdsteam
- SU Östra, sedan 2017, närsjukvårdsteam