



LUND UNIVERSITY

Effekter av mobilt vårdteam i ordinärt boende - resultat från två skånska kommuner.

Haraldsson, Mattias; Glengård, Anna

2022

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Haraldsson, M., & Glengård, A. (2022). *Effekter av mobilt vårdteam i ordinärt boende - resultat från två skånska kommuner.* (KEFU skriftserie; Nr. 2022:4). KEFU.

Total number of authors:
2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Mattias Haraldsson

Anna Häger Glenngård

EFFEKTER AV MOBILT VÅRDTEAM I ORDINÄRT BOENDE
- resultat från två skånska kommuner

SKRIFTSERIE 2022:4



EKONOMIHÖGSKOLAN VID LUNDS UNIVERSIT

FÖRORD

När frågan om samverkan initieras i ett kommunalt sammanhang görs det många gånger utifrån ett win-win tänk. Alla inblandande parter förväntas vinna på en samverkan. Parterna vinner kanske inte samma sak men någon förbättring jämfört med parternas olika utgångslägen finns vanligtvis med i argumenten till varför samverkan är angelägen. Och det är klart, att hävda att någon part får betraktas som förlorare och en annan som vinnare är kanske inte den bästa starten för att driva igenom en samverkansidé. Om win-win också blir fallet i slutändan kan emellertid vara betydligt svårare att ha en tydlig uppfattning om. Orsakerna till detta är flera, t.ex. att startförutsättningarna var olika eller att samverkans syfte inte var tillräckligt väl dokumenterat innan samverkan initierades.

Två exempel på centrala samverkansfrågor som inte alltid är enkla att besvara är 1) blev det bättre för den som samverkan är till för och 2) vilka kostnader tillkommer respektive minskar för de samverkande parterna.

I föreliggande rapport om effekter av mobilt vårdteam är samverkan mellan kommunal och regional verksamhet under lupp. För att möjliggöra en ekonomisk värdering men också försöka besvara om det blivit bättre för de multisjuka som berörs av mobila vårdteamens insatser har forskarna både använt befintliga data från parterna och utvecklat metoder för att samla in nya data. Med hjälp av dessa metoder och nya data kan de bland annat konstatera att det finns indikationer att det blir bättre för berörda multisjuka och att mobila vårdteam kan vara ett sätt att realisera nationella ambitioner om god och nära vård. Förhoppningsvis kan framtagna metoder vara ett stöd för regioner och kommuners arbete med god och nära vård. Rapportens forskare menar emellertid att än mer forskning, och då inte minst en fortsatt metodutveckling, är en förutsättning för att komma närmare svaret på frågan om win-win i kronor och ören och i vilken mån de multisjuka får det bättre.

Studien har finansierats av KEFU och genomförts i samarbete med hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad och vård- och omsorgsförvaltningen i Helsingborgs stad. Rapporten har diskuterats i skriftseriens redaktionella stöd innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författarna själva för de värderingar som görs i rapporten.

Lund i december

Ulf Ramberg

KEFU

SAMMANFATTNING

En förflyttning av vården närmare patienter anses vara nödvändigt för att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar. En nära vård kan beskrivas som en omställning till att vården i högre grad ska organiseras och bedrivas med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Personer ska så långt det är möjligt tas om hand i hemmet och sjukhusvård ska undvikas. Omställningen till god och nära vård berör både kommuner och regioner, eftersom ansvaret för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården delas mellan båda dessa huvudmän. Olika regioner och kommuner har tagit sig an omställningen till god och nära vård på olika sätt. Samverkan mellan huvudmännen regleras i olika utsträckning i avtal och överenskommelser mellan region och kommuner i landet.

I Skåne finns sedan hösten 2016 ett hälso- och sjukvårdsavtalet, i föreliggande rapport benämnt som HS-avtalet, där införandet av vårdformen *mobilt vårdteam* är en viktig del. Vårdformen mobilt vårdteam innebär att man arbetar teambaserat i samverkan (personal från region och kommun) för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes boendemiljö. Läkare från vårdcentral och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det mobila vårdteamet, vilka kompletteras med ytterligare resurser från kommun och region utefter patientens behov. Vårdformen riktar sig till äldre personer med återkommande vårdbehov och omfattar personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser. Enligt HS-avtalet förutsätter inskrivning i vårdformen att patienten samtycker samt att ett antal kriterier är uppfyllda (exempelvis flera diagnoser, frekventa inläggningar på sjukhus, flera mediciner, har hemsjukvård).

Syftet med studien som redovisas i denna rapport är att studera effekter av samverkan i omhändertagandet av äldre personer i ordinärt boende med återkommande vårdbehov. Mer specifikt studeras skillnader i resursåtgång på kommunal och regional nivå mellan individer i ordinärt boende som är inskriven respektive inte inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam i två skånska kommuner – Malmö stad och Helsingborgs stad.

Mätningen av resursåtgång i Malmö baseras på ett urval av 210 individer, varav 106 var inskrivna i mobilt vårdteam, och de insatser som individerna fått från kommunen och regionen under 14 dagar i april-juni, 2021. Mätningen av resursåtgång i Helsingborg baseras ett urval av 181 personer, varav 24 var inskrivna i vårdformen, och de insatser de inkluderade individerna har fått från kommunen och regionen under oktober månad 2019.

Resultaten visar att resursnivån för kommunal hemsjukvård var förhöjd för inskrivna i vårdformen jämfört med inte inskrivna. Även resursnivån på den kommunala hemtjänsten var högre, men dessa utfall i Malmö och Helsingborg var inte signifikanta. I Malmö hade inskrivna i mobilt vårdteam signifikant fler hembesök av primärvårdsläkare jämfört med ej inskrivna. Detta var inte fallet i Helsingborg. När det gäller insatserna från sjukhusen, resulterade studien inte i statistiskt signifikanta resultat, men i Malmö hade inskrivna färre akuta besök, färre dagar på sjukhus, färre återbesök samt färre oplanerade återinläggningar. I Helsingborg spretar resultaten, till exempel genom att inskrivna hade fler akuta insatser från sjukhusen men färre dagar med sjukhusvård, jämfört med icke inskrivna.

En intressant och viktig iakttagelse i Malmö delstudien är att inskrivningstiden hade stor betydelse. I princip alla indikatorer utvecklades positivt, det vill säga att resursåtgången minskade, med tiden. De som varit inskrivna mer än ett år hade inte högre resursnivå avseende de kommunala insatserna och signifikant lägre antal insatser från den regionala sjukhusvården. En förklaring kan vara att inskrivning sker reaktivt; i anslutning till en vårdkrävande händelse. Det skulle innebära att det vi ser i studien är ett normalt vårdförlopp, det vill säga stora insatser inledningsvis som sedan klingar av då behoven stabiliseras på en lägre nivå. Samtidigt kan detta resultat tyda på att vårdformen hjälper till att stabilisera och möjligen förbättra situationen för multisjuka äldre genom en förflyttning från oplanerad till planerad vård och fler läkarbesök i hemmet. En diskussion som kan lyftas till detta resultat är att HS-avtalets inskrivningskriterier kan stimulera att inskrivning sker reaktivt. En mer proaktiv strategi skulle kunna leda till ett mer förebyggande arbetssätt där situationen för äldre med omfattande behov kan stabiliseras tidigare och i förlängningen, kanske kunna förebygga vårdkrävande händelser. Ett sådant inskrivningsförfarande är i linje med målbilden för god och nära vård, där en viktig del är att vården ska vara hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.

Sammanfattningsvis indikerar resultaten i Malmö stad på effekter som är i linje med intentionerna i HS-avtalet, vilket inte kan påvisas med samma tydlighet i Helsingborg. Dessa skillnader kan bero på olika lokala förutsättningar samt hur implementeringen av HS-avtalet har genomförts.

Det är viktigt att poängtera att det är svårt att mäta effekter av samverkan inom vård då lokala förutsättningar, sätt att implementera förändringar och tillgång till data påverkar vad som är möjligt att följa upp och mäta. Många osäkerhetsfaktorer spelar in. En enskild studie kan sällan lämna fullständiga resultat om effekterna

av vårdstrategier så som mobilt vårdteam. Ytterligare forskning inom området behövs.

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning.....	2
<i>Kapitel 1. Inledning</i>	6
1.1 Bakgrund	6
1.2 Studiens syfte	8
1.3 Studiens bidrag	8
<i>Kapitel 2 Metod/genomförande</i>	10
2.1 Inledning till metod	10
2.2 Delstudien i Malmö stad	10
2.3 Delstudien i Helsingborgs stad.....	12
2.4 Statistisk analys i de båda delstudierna.....	13
2.5 Att tolka resultaten	14
<i>Kapitel 3 Resultat Malmö stad</i>	15
3.1 Beskrivande statistik	15
3.2 Malmö stads insatser	17
3.3 Region Skånes insatser, Malmö stad.....	32
<i>Kapitel 4 Resultat Helsingborgs stad</i>	38
4.1 Beskrivande statistik	38
4.2 Helsingborg stads insatser.....	39
4.3 Region Skånes insatser, Helsingborgs stad.....	44
<i>Kapitel 5 Diskussion och slutsatser</i>	51
5.1 Empirnära reflektioner	51
5.2 Implementering, reaktiv inskrivning och inskrivningstid har sannolikt betydelse.....	53
5.3 Fungerar vårdformen? Blir vården mer god och nära?.....	54
5.4 Avslutande reflektioner	55
Referenser.....	57

Kapitel 1

INLEDNING

1.1 BAKGRUND

En förflyttning av vården närmare patienter är nödvändig för att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar mot bakgrund av den demografiska utveckling vi står inför. Enligt Sveriges kommuner och regioner, SKR (2018; 2021) består denna förändring – omställningen till nära vård – inte i att skapa fler vårdnivåer med fler inblandade organisationer utan att den vård som bedrivs inom kommuner och regioner måste kunna fungera smidigt. God och nära vård kan beskrivas som en omställning i svensk hälso- och sjukvård. Tanken är att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Utgångspunkterna för en god och nära vård är att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser uppströms är det mest effektiva arbetssättet samt att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet. Personer ska så långt det är möjligt tas om hand i hemmet och sjukhusvård ska undvikas. Målbilden för en god och nära vård är enligt SKR (2021) att den ska:

- Utgå från individuella förutsättningar och behov
- Bygga på relationer
- Vara hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- Bidra till jämlik hälsa, trygghet och självständighet
- Grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Eftersom ansvaret för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården delas mellan kommuner och regioner berör omställningen till god och nära vård båda dessa huvudmän (SOU 2019:29). Det delade ansvaret medför krav på samverkan och samordning av insatser mellan regioner och kommuner. Därför innebär omställningen bland annat att det är viktigt att förutsättningar för långsiktig samverkan förstärks. Olika regioner och kommuner har tagit sig an omställningen till god och nära vård på olika sätt. Samverkan mellan huvudmännen regleras i olika utsträckning i avtal och överenskommelser mellan regioner och kommuner i landet. I Skåne (liksom i andra regioner) har det framförts kritik av politiker, vårdgivare, professioner samt företrädare för olika brukarorganisationer att det finns stora brister i samverkan mellan kommun och region, speciellt när det gäller de personer i hemsjukvård med omfattande behov. Mot denna bakgrund

initierades arbetet med ett hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och regionen år 2013. Arbetet landade under hösten 2016 i ett färdigt samverkansavtal, hälso- och sjukvårdsavtalet (fortsatt HS-avtalet), där införandet av vårdformen mobilt vårdteam är en viktig del (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016). Att skapa team med olika kompetenser runt patienten har lyfts fram som ett sätt att göra insatserna både mer individanpassade och vården mer effektiv och tillgänglig (SOU2018:39; SKR 2018).

Vårdformen mobilt vårdteam riktar sig till äldre personer med återkommande vårdbehov och omfattar personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser. Dessa personer är i särskilt behov av en tydlig kontinuitet i vårdkontaktarna och ett anpassat och väl organiserat vård- och omsorgsomhändertagande. Vårdformen mobilt vårdteam innebär att man arbetar teambaserat (personal från region och kommun) för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes boendemiljö. Läkare som arbetar på uppdrag från Region Skåne och den kommunala sjuksköterskan i den enskildes hemkommun utgör kärnan i det mobila vårdteamet och ska svara för det gemensamma uppdraget att vårda de mest sjuka i olika boenden. Förutom läkare och sjuksköterska kopplas ytterligare professioner på utefter patientens behov. Enligt HS-avtalet förutsätter inskrivning i vårdformen att patienten samtycker samt att fyra av sex kriterier är uppfyllda (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016):

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

Lite förenklat är målgruppen multisjuka äldre. De tänkta fördelarna med vårdformen är att den äldre patienten får möjlighet till en bättre vård i hemmet, att vårdbesöken på sjukhusen minskar samt att de kommunala huvudmännen får bättre möjligheter att planera sin verksamhet. Samtidigt har vissa kommunala företrädare uttryckt en oro för att vårdformen kan innebära en kostnadsövertäckning från region till kommun. Andra bedömer att denna effekt är marginell. I denna studie belyser vi vilken effekt samverkansformen har på resursförbrukningen på patientnivå i kommun och region. HS-avtalet i Skåne representerar ett initiativ som i olika former har prövats i andra regioner samt har stort intresse i landet. Som berördes inledningsvis innebär omställningen till god

och nära vård ett förändringsarbete i kommunal och regional hälso- och sjukvård där samverkan mellan kommuner och regioner en viktig pusselbit för att hantera befintliga problem och morgondagens demografiska utmaningar. Förändringsarbete i hälso- och sjukvård är utmanande på flera sätt. Weiner (2009) lyfter fram att, för att lyckas med förändringsarbete i hälso- och sjukvård brukar professionella drivkrafter kopplade till behov hos patienter snarare än externt påtvingade initiativ vara avgörande. Det förändringsarbete som behövs för att lyckas med omställningen till god och nära vård kan betraktas som extra utmanande eftersom det dessutom innefattar behov av samverkan över organisatoriska gränssnitt och mellan medarbetare med olika professionella bakgrunder. Ur ett teoretiskt perspektiv kan samverkan definieras som ett gränsöverskridande gemensamt arbete. En övergripande slutsats i internationell forskning om samverkan är dels att det är svårt, eftersom många hinder kan identifieras, och dels att det är riskfyllt, eftersom samverkan tar tid och att effekterna är svåra att avgöra i förväg (Huxham och Vangen 2005). Detta projekt kan bidra med kunskaper till den sistnämnda svårigheten, nämligen hur effekter av samverkan kan mätas och kvantifieras.

1.2 STUDIENS SYFTE

Syftet med studien som redovisas i denna rapport är att studera effekter av samverkan i omhändertagandet av äldre personer i ordinärt boende med återkommande vårdbehov. Mer specifikt studeras skillnader i resursåtgång på kommunal och regional nivå, avseende tid och typ av insatser, mellan individer i ordinärt boende som är inskriven respektive inte inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam i två skånska kommuner – Malmö stad och Helsingborgs stad.

1.3 STUDIENS BIDRAG

I ett tidigare KEFU-projekt, i samverkan med Kommunförbundet Skåne samt Region Skåne, har implementeringen av vårdformen mobilt vårdteam följts under 2017-2020 avseende tre delar: 1) uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam, 2) HS-avtalets kostnadsutveckling samt 3) effekter av vårdformens etablering och funktion (Glenngård och Anell 2021). Resultaten visar att det finns stora variationer i hur vårdformen har implementerats i Skåne. I linje med tidigare studier på området (t.ex. Huxham och Vangen 2005) visar resultat från det projektet också att kostnadsutveckling och effekter av vårdformen är mycket svåra att följa upp. Såväl verktyg för att följa effekter som data om resursåtgång saknas i stor uträkning för nämnd patientgrupp, i synnerhet vad

gäller kommunens insatser. Så också i Skåne. Det huvudsakliga problemet är att kommunerna saknar system (med några få undantag) för att följa insatser, tid och kostnad på individnivå. Det är därför inte möjligt att studera vare sig skillnader i resursåtgång mellan inskrivna och icke inskrivna patienter eller effekter av inskrivning i vårdformen utifrån redan befintliga data. I nyligen genomförda granskningar av hur kommunerna i Skåne (Karlsson 2022) respektive Region Skåne (Karlsson, Atles och Lindblom 2022) lever upp till HS-avtalets intentioner betonas också bristen på ändamålsenliga mål, nyckeltal och andra sifferunderlag för att kunna följa upp effekter för vårdtagare samt att implementering av avtalets olika delar varierar mellan kommunerna.

Föreliggande projekt inkluderar insatser utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för Region Skåne och de två inkluderade kommunerna (Malmö stad och Helsingborgs stad) samt insatser utifrån Socialtjänstlagen (SoL) för de båda kommunerna. För Skånes kommuner och Region Skåne är projektet relevant då projektet syftar till att mäta effekterna av HS-avtalet på kommunal nivå och regional nivå samtidigt. Framför allt är det en möjlighet för de skånska kommunerna att få erfarenhetsvärden att relatera till då de flesta kommuner idag saknar system och resurser att själva göra utvärderingen. Dessutom kommer projektets metod och instrument göras tillgängligt för andra kommuner. Studien kompletterar också den tidigare utvärderingen av implementeringen av vårdformen mobilt vårdteam med fördjupat material (Glenngård och Anell 2021).

Studien är också relevant i ett nationellt perspektiv givet att detta arbetssätt implementeras på fler håll som ett sätt att möta de utmaningar som den svenska hälso- och sjukvården står inför kopplat till kommande förändringar i demografi. SKR pekar på att omställningen till nära vård har kommit olika långt på olika platser i landet. Utvecklingen sker på olika sätt i olika delar av landet och drivs av olika aktörer såsom enskilda vårdcentraler, sjukhus eller enheter inom vården där man tagit sig an utmaningen att hitta den bästa lösningen för patienten. Det finns flera exempel på platser som har kommit långt i arbetet och kan bidra med sina erfarenheter till andra (SKR, 2018). Den här studien kan komma att utgöra ett gott bidrag i det sammanhanget.

Vidare är studien relevant i forskningssammanhang då detta projekt kan bidra med kunskap om hur effekter av samverkan kan mätas och kvantifieras för olika aktörer.

Kapitel 2

METOD/GENOMFÖRANDE

2.1 INLEDNING TILL METOD

I rapporten redovisas metod, resultat, analys och slutsatser för två delstudier. Den ena delstudien är genomförd i Malmö stad och den andra i Helsingborgs stad. Resultaten avseende nedlagd tid och andra mätetal är inte direkt jämförbara mellan kommunerna. Delstudierna är gjorda vid olika tidpunkter, med olika urval, metod och data. Det är inte möjligt att jämföra vilken kommun som arbetar mest effektivt med utgångspunkt i de resultat som redovisas. Det centrala är att analysera om tendenserna i materialet är liknande, trots de skillnader i metod som föreligger. Resursåtgång studeras avseende insatser inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL-insatser) samt Socialtjänstlagen (SoL-insatser).

Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, dnr 2020-00656. Härnäst beskrivs metoden för de två delstudierna.

2.2 DELSTUDIEN I MALMÖ STAD

2.2.1 MOBILT VÅRDTEAM I MALMÖ STAD

I Malmö stad påbörjades inskrivning i mobilt vårdteam i liten utsträckning vad gäller särskilt boende under våren 2017 och ordinärt boende under hösten 2017. Inskrivning skedde i större omfattning i båda boendeformerna under 2018. Totalt, i både ordinärt och särskilt boende, var omkring 40 personer inskrivna vid årsskiftet 2017/18, drygt 300 vid årsskiftet 2018/19, omkring 1 200 vid årsskiftet 2019/20 och omkring 1 400 vid årsskiftet 2020/21. Arbetet i mobilt vårdteam är organiserat i åtta hemsjukvårdsområden: Kalkbrottet, Arenan, Bulltofta 1 och 2, Katrinetorp 1 och 2, Folkets park samt Kungsparken.

2.2.2 GENOMFÖRANDE, ANTAL INDIVIDER OCH BORTFALL

Delstudiens ansats är att jämföra insatser i form av tid och frekvens för individer som är inskrivna i mobilt vårdteam med individer med ett liknande sjukdomspanorama (HS-avtalets inkluderingskriterier) men som ännu inte är inskrivna i vårdformen under en två-veckorsperiod. Vidare studeras regionens

insatser för samma individer under samma period. Studien är avgränsad till individer i ordinärt boende.

Delstudien har genomförts i samarbete med hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad. Inom förvaltningen har en arbetsgrupp bildats för att utvärdera effekten av HS-avtalet på resursåtgången för Malmö stad. Malmö stad har ansvarat för att välja ut individer samt samla in data om resursåtgång för kommunala insatser. Urvalet har gjorts från de åtta hemsjukvårdsområdena med hemtjänstgrupper, där inskrivna och icke inskrivna har valts ut av patientansvarig sjuksköterska. Ambitionen var att inkludera lika många inskrivna som ej inskrivna i varje område. Basen för urvalet av de icke-inskrivna var HS-avtalets inkluderingskriterier. Syftet med detta upplägg är att skapa två grupper, inskrivna och ej inskrivna, som är så lika varandra som möjligt. Att skapa två helt jämförbara grupper är dock svårt. Det kan vara så att personer som är inskrivna i vårdformen har en högre sjuklighet jämfört med personer som inte är inskrivna. Detta bör beaktas då resultaten tolkas.

Den initiala ambitionen var att 20 individer skulle ingå i en pilotstudie (genomfördes januari-februari 2020 i två områden) och 200 individer i huvudstudien (genomfördes april-juni, 2021). På grund av dödsfall och annan frånvaro under mätningen föll åtta individer bort. Sammantaget resulterar detta i att vi samlat in information om 212 individer (varav 18 ingick i pilotstudien). Vid den statistiska analysen har ytterligare två individer tagits bort då de utgör s.k. extremvärden, vilka riskerar att snedvrider den statistiska analysen. I det ena fallet hade ingen tid registrerats på individen och i det andra fallet hade dubbelt så mycket tid registrerats jämfört med den som hade näst mest tid. I analysen som redovisas i föreliggande rapport ingår totalt 210 individer (varav 18 deltog i pilotstudien), där 106 är inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam och 104 inte är inskrivna.

Resursåtgång per person har registrerats i minuter och frekvens för olika personalkategorier (undersköterska/omvårdnadspersonal, sjuksköterska, biståndshandläggare, fysioterapeut, arbetsterapeut) med hjälp av en matris med olika insatser. I mätningen anges om besöken avser dag, kväll eller natt, akut eller planerad insats samt patientkontakt eller administration. Vidare har information om biståndshandläggning, beviljade hjälpmedel, förekomst av vistelse på korttidsboende och eventuellt andra insatser samlats in. All denna data presenteras dock inte i föreliggande rapport, utan fokus ligger på total resursinsats samt uppdelningen på insatser inom ramen för HSL och SoL.

Avseende regionens insatser är data hämtad från Region Skånes databas för vårdinsatser som registreras på individnivå. Delstudien fokuserar på antal, antal inläggningar på sjukhus, antal akuta besök på sjukhus, undvikbar vård samt antal hembesök av primärvårdsläkare. Dessa mått har valts, dels för att de finns tillgängliga, dels för att de berör betydande indikatorer för huruvida HS-avtalet får avsedd effekt eller inte. Observera att den totala resursförbrukningen översatt till kronor för perioden inte har studerats då denna data inte fanns tillgänglig i Region Skånes databas vid tidpunkten för studien.

2.3 DELSTUDIEN I HELSINGBORGS STAD

2.3.1 MOBILT VÅRDTEAM I HELSINGBORGS STAD

I Helsingborgs stad påbörjades inskrivning i mobilt vårdteam, enligt Region Skånes data, år 2017. Totalt, i både ordinärt och särskilt boende, var drygt 230 personer inskrivna vid årsskiftet 2017/18, knappt 400 vid årsskiftet 2018/19, och knappt 600 vid årsskiftet 2019/20. Helsingborg var en av de kommuner som tidigt hade relativt många inskrivna, men det visade sig att flertalet inskrivna bodde i särskilt boende.

2.3.2 GENOMFÖRANDE, ANTAL INDIVIDER OCH BORTFALL

Delstudiens ansats är att jämföra insatser i form av tid och antal insatser för individer som är inskrivna i mobilt vårdteam med individer som inte är det, men har ett liknande förhållande till HS-avtalets inkluderingskriterier. Vidare studeras regionens insatser för samma individer. Studien är avgränsad till individer i ordinärt boende och oktober månad 2019.

I denna del-studie har individer valts ut baserat på följande kriterier: 1) tre eller fler inläggningar på sjukhus senaste året, 2) ålder över 70 år samt, 3) bor i ordinärt boende med kommunal hemtjänst. Kriterierna har valts för att fånga tre av sex inkluderingskriterier samt för att skapa jämförbara grupper. Dessa individer har sorterats fram utifrån Region Skånes patentdatabas. Genom samkörning har sedan de individer som bor i ordinärt boende i Helsingborg valts ut. Inga individer i särskilt boende ingår således i studien. Vilka av individerna som är inskrivna eller inte inskrivna i mobilt vårdteam har identifierats genom Region Skånes statistik. Denna strategi resulterade att 181 individer inkluderades i studien varav 24 var inskrivna i mobilt vårdteam.

Studien baseras på de insatser de inkluderade individerna har planerats utifrån kommunen (HSL och SoL) och fått från regionen (HSL) under oktober månad

2019. Oktober månad 2019 valdes för att det skulle finnas en tid för etablering av vårdformen. Kommunens resursåtgång per person finns registrerat i förvaltningens databas och avser antal insatser och tid för personalkategorierna sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut. Biståndshandläggarnas arbete ingår ej. Ej heller beviljade hjälpmedel.

Avseende regionens insatser är data hämtat från Region Skånes databas för vårdinsatser som registreras på individnivå. Studien fokuserar på antal inläggningar på sjukhus, antal akuta besök på sjukhus, undvikbar vård samt antal hembesök av primärvårdsläkare. Dessa mått har valts, dels för att de finns tillgängliga, dels för att de berör betydande indikatorer för huruvida HS-avtalet får avsedd effekt eller inte. Vidare studeras den totala resursförbrukningen översatt till kronor för perioden.

2.4 STATISTISK ANALYS I DE BÅDA DELSTUDIERNA

Den insamlade informationen om resursanvändning på kommunal och regional nivå har analyserats med två olika statistiska angreppssätt.

1. Det första angreppssättet är att medelvärdeskillnaderna mellan ej inskrivna och inskrivna studeras och analyseras. Det innebär att medelvärdeskillnaderna signifikant testas med hjälp av s.k., t-test. T-testet är till för att testa om skillnaden mellan två grupper är signifikant, det vill säga om skillnaden i medelvärde sannolikt inte beror på slumpen utan kan förväntas beskriva verkliga skillnader. Risken för att slumpen har påverkat utfallet måste beaktas då studien inte är en totalundersökning utan består av ett urval personer i en grupp. All data har analyserats med hjälp av t-test. Funktionen *Independent samples t-test* i statistikprogrammet SPSS har använts för detta ändamål.
2. Det andra angreppssättet är att en multivariat regressionsanalys har genomförts. Regressionsanalys syftar till att visa sambandet mellan en variabel (oberoende variabel) och en annan (beroende variabel) samtidigt som man beaktar andra faktorer. Fördelen med en multivariat regressionsanalys är att den studerar sambandet mellan inskrivning i mobilt vårdteam och resursanvändning med beaktande av att det kan finnas andra faktorer som också samvarierar med resursanvändningen. Dessa andra faktorer kallas kontrollvariabler och inkluderas i analysen för att så långt det är möjligt kunna besvara huvudfrågeställningen, i föreliggande studie om det finns ett samband mellan inskrivning i mobilt vårdteam och resursanvändning. I studien avseende Malmö stad

har inte någon regressionsanalys gjorts avseende regionens insatser, då det inte finns data för total resursanvändning. Funktionen Regression: Linear i statistikprogrammet SPSS har använts för detta ändamål.

Båda statistiska analyserna bygger på en analys av signifikansnivåer. Signifikansnivå är en skattning av hur stor sannolikheten är att resultatet är en följd av slump. Standardgränsvärdet är 0,050 (=5 %). Om talet är under detta tal kan vi med 95 procents säkerhet säga att resultatet inte är ett slumpmässigt utfall. I föreliggande studie har vi arbetat med signifikansnivåerna 5 % (tal mindre än 0,050), 1 % (tal mindre än 0,010) och 0,1% (tal mindre än 0,001). Ju lägre signifikanstal desto säkrare kan vi vara på skillnaden (t-test) eller sambandet (regression).

2.5 ATT TOLKA RESULTATEN

Spridningen i observerade värden avseende resursåtgång för olika insatser är genomgående stor. Vi mäter och redovisar genomsnittlig resursåtgång för olika insatser som medelvärden och spridning som standardavvikelse och min/max-värden. Standardavvikelsen mäter den genomsnittliga avvikelser från medelvärdet av alla observationer. Ju större standardavvikelse, desto större är spridningen mellan de observerade värdena. Eftersom standardavvikelsen generellt är stor i det material som redovisas i rapporten, redovisar vi genomgående även min- och max-värden. Min-värdet visar det lägsta observerade värdet och max-värdet visar det högsta observerade värdet. En stor spridning i observerade värden innebär att signifikanta skillnader generellt sett blir färre även om relativt stora skillnader mellan grupper kan observeras, baserat på medelvärden.

Kapitel 3

RESULTAT MALMÖ STAD

3.1 BESKRIVANDE STATISTIK

212 individer ingår i analysen varav andelen kvinnor är 63 % (134 individer). Medelåldern i gruppen är 85 år och skiljer sig inte mellan män och kvinnor. Av de 212 individerna är 104 (49 %) ej inskrivna i MVT och således 108 (51 %) inskrivna. Vad gäller kön och ålder är de två grupperna jämförbara. När det gäller kön är fördelningen liknande inom gruppen ej inskrivna och gruppen inskrivna som totalt, det vill säga att andelen kvinnor är 63 %. Avseende ålder är medelåldern densamma för inskrivna som ej inskrivna (85 år).

Tabell 1: Översikt beskrivande statistik Malmö stad

		Antal	Andel	Andel inskrivna	Andel kvinnor	Andel ensamboende
Inskrivna	Ej inskrivna	104	49%		64%	75%
	Inskrivna	108	51%		62%	70%
	Summa	212	100%			
Kön	Man	78	37%	53%		65%
	Kvinna	134	63%	50%		76%
	Summa	212	100%			
Boendesituation A)	Ensamboende	140	72%	51%	66%	
	Sambo	54	28%	57%	54%	
	Summa	194	100%			

Område B)	Arenan	27	13%	48%	70%	Uppgift saknas
	Kungsparken	29	14%	41%	83%	Uppgift saknas
	Bulltofta 1	23	11%	65%	74%	52%
	Bulltofta 2	19	9%	53%	58%	63%
	Katrinetorp 1	14	7%	36%	36%	79%
	Katrinetorp 2	30	14%	53%	73%	63%
	Kalkbrottet	40	19%	55%	40%	73%
	Folketspark	30	14%	50%	67%	83%
	Summa	212	100%			

		Anta	Medelv	Min.	Max.	Std. Avv.
		1	.			
Ålder	År	212	85,1	56	105	8,2
Tid inskriven	Månader	108	12,1	0	41	9,2

A) Totala antalet för kategorin Boendesituation är 194, det beror på att detta inte registrerades i pilotstudien

B) I pilotstudien registrerades inte boendesituation varför data inte är komplett inom område Arenan och Kungsparken.

Avseende boendesituation var 28 % sammanboende och således 72 % ensamboende. Inom gruppen ensamboende är andelen inskrivna (51 %), det vill säga som i den totala gruppen medan inom gruppen sambo är andelen inskrivna högre (57 %). Andelen ensamboende som är kvinnor är 66 %, vilket är högre än andelen kvinnor (54 %) som är sammanboende.

Arbetet i mobilt vårdteam är organiserat i åtta hemsjukvårdsområden: Kalkbrottet, Arenan, Bulltofta 1 och 2, Katrinetorp 1 och 2, Folkets park samt Kungsparken. Antalet individer i respektive område som deltagit i denna studie varierar mellan 14 (Katrinetorp 1) och 40 (Kalkbrottet) individer. Andelen inskrivna av de som ingår i studien varierar från 36 % till 65 %, där Katrinetorp 1 har lägst andel och Bulltofta 1 har högst. Avseende könsfördelningen hos de individer som ingår i studien utmärker sig Kungsparken med 83 % kvinnor, medan Kalkbrottet endast har 40 % kvinnor.

Av de som var inskrivna vid genomförandet av studien hade genomsnittet varit inskrivna i 12 månader. Den längsta inskrivningstiden är 41 månader och den kortaste mindre än en månad.

3.2 MALMÖ STADS INSATSER

3.2.1 TOTALT, HSL OCH SOL

Antal besök och tid, totalt

Den första analysen av antalet besök och nedlagd tid (tabell 2) visar att inskrivna i genomsnitt har en högre resursnivå i form av både antal besök och nedlagd tid. Skillnaderna är dock inte statistiskt signifikant. En viktig iakttagelse är dock att medelvärdet för inskrivna (både frekvens och tid i minuter) är högre för gruppen som varit inskrivna 0-3 månader jämfört med alla andra grupper samt att medelvärdet minskar i relation till inskrivningstiden. Detta mönster återkommer i flera delanalyser. De totala siffrorna innehåller både HSL-insatser och SoL-insatser. Här finns betydande skillnader som nedan adresseras. Först redovisas observerade skillnader vad gäller HSL-insatser och därefter redovisas skillnader avseende SoL-insatser.

Tabell 2: Totalt antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Totalt antal besök

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	116,9		0	515	76,7
Ej inskriven	104	109,1		0	503	74,5
Inskrivnen	106	124,7	-	0	515	78,4
Inskrivnen 0-3 mån	25	135,1	-	19	515	97,2
Inskrivnen 4-12 mån	34	126,0	-	0	287	76,0
Inskrivnen >12 mån	47	118,2	-	2	327	69,7

Total nedlagd tid
(minuter)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	143,5		6	615	1 491,8
Ej inskriven	104	969,4		6	885	1 405,1
Inskrivna	106	314,3	-	55	615	1 560,0
Inskrivna 0-3 mån	25	529,8	-	550	615	1 439,2
Inskrivna 4-12 mån	34	421,9	-	60	337	1 787,7
Inskrivna >12 mån	47	121,8	-	55	187	1 452,6

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Antal besök och tid, HSL

Avseende HSL-insatser identifieras signifikanta skillnader, framför allt avseende nedlagd tid: resursinsatsen är i genomsnitt högre för inskrivna i mobilt vårdteam än ej inskrivna (tabell 3). Denna skillnad tycks främst vara kopplad till de första inskrivningsmånaderna. Jämförs de som varit inskrivna mer än 12 månader med ej inskrivna återfinns ingen påvisbar skillnad. Resultaten visar att resursåtgången är relaterad till de första månaderna efter att ha blivit inskriven i MVT samt att situationen sedan stabiliseras.

Tabell 3: HSL, antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Totalt antal besök, HSL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	51,1		0	375	42,1
Ej inskriven	104	46,3		0	146	34,4
Inskriften	106	55,8	-	0	375	48,3
Inskriften 0-3 mån	25	65,1	-	1	375	73,7
Inskriften 4-12 mån	34	58,3	-	0	166	39,4
Inskriften >12 mån	47	49,1	-	1	188	35,7

Total nedlagd tid (minuter), HSL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	491,0		0	608	306,3
Ej inskriven	104	446,0		0	385	276,2
Inskriften	106	535,1	*	45	608	328,6
Inskriften 0-3 mån	25	678,4	***	80	608	370,2
Inskriften 4-12 mån	34	568,0	*	60	130	297,7
Inskriften >12 mån	47	435,2	-	45	215	298,7

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Antal besök och tid, SoL

Vi kan inte påvisa några signifikanta skillnader avseende frekvens eller tid för SoL-insatser (tabell 4). Det är dock en viktig iakttagelse att resursnivån i form av nedlagd tid är högre för inskrivna, särskilt under de första 12 månaderna.

Tabell 4: SoL, antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Totalt antal besök, SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	65,8		0	384	46,8
Ej inskriven	104	62,7		0	384	50,9
Inskrivna	106	68,9	-	0	182	42,4
Inskrivna 0-3 mån	25	70,0	-	13	152	34,6
Inskrivna 4-12 mån	34	67,7	-	0	167	44,6
Inskrivna >12 mån	47	69,0	-	0	182	45,3

Total nedlagd tid (minuter),
SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
--	-----------------	-------	------	-----	-----	-------------

Total	210	1	652,5	0	500	1 340,6
Ej inskriven	104	1	523,4	0	662	1 276,0
Inskrivnen	106	1	779,2	-	500	1 395,4
Inskrivnen 0-3 mån	25	1	851,5	-	410 007	1 218,3
Inskrivnen 4-12 mån	34	1	853,9	-	500	1 597,2
Inskrivnen >12 mån	47	1	686,6	-	480	1 350,7

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

3.2.2 REGRESSIONSANALYS: TOTAL TID, TID HSL-INSATSER OCH TID SOL-INSATSER

Den multivariata regressionsanalysen har inriktats mot nedlagd tid, då detta är det centrala måttet på resursanvändning. Analysen har gjorts med tre olika beroende variabler; Total tid för insatser, Tid HSL-insatser och Tid SoL-insatser. Två modeller (Modell 1 och 2) har applicerats för varje analys. I modell 1 används variabeln Ej inskriven/Inskrivnen som förklarande variabel. I Modell 2 förfinas modellen då inskrivningstid beaktas i modellen genom att inkludera tre förklarande variabler: Inskrivnen 0-3 månader, inskrivnen 4-12 månader och inskrivnen mer än 12 månader. Alla analyserna innehåller kontrollvariablerna: Ålder, Kön, Boendesituation och Område. Piloten ingår ej i denna analys då boendesituation ej registrerats för dessa individer.

Resultatet av analyserna bekräftar den bild som analysen av medelvärdeskillnaderna resulterade i. Det finns ett signifikant positivt samband mellan inskrivning och HSL-insatser i form av tid, det vill säga att inskrivning i mobilt vårdteam är relaterat till ett högre medelvärde avseende nedlagd tid även när andra faktorer (kontrollvariabler) beaktas i analysen. I analysen av HSL-insatser identifieras ett positivt samband (Sig. 0,044) mellan inskrivning i mobilt vårdteam och nedlagd tid (Tid HSL, Modell 1). Vidare bekräftas att detta samband

är relaterat till inskrivningstid: Modell 2 visar att det finns ett signifikant samband (Sig. 0,001) mellan gruppen inskrivna 0-3 månader och nedlagd tid (HSL). Detta samband syns också för gruppen inskrivna 4-12 månader (dock ej statistiskt signifikant). För gruppen inskrivna längre än 12 månader tycks sambandet snarare vara negativt (ej statistiskt signifikant). Det kan således vara så att vid längre inskrivningstider (mer än 12 månader) är det ingen skillnad mellan inskrivna och ej inskrivna alternativt att insatserna till och med minskar. Detta kan dock inte klarläggas i denna studie. När det gäller analysen av Total tid och Tid SoL-insatser identifieras inga signifikanta samband relaterat till inskrivning i mobilt vårdteam.

Avseende kontrollvariablerna identifieras ett signifikant negativt samband mellan ålder och Tid HSL-insatser. Ett negativt samband betyder att ju äldre individerna är, desto lägre nivå avseende tid på HSL-insatser får de. Analyserna identifierade inga signifikanta samband mellan kön, boendesituation eller hemsjukvårdsområde och nedlagd tid i denna studie.

Sammanfattningsvis visar regressionsanalyserna att inskrivning är en viktig faktor relaterat till Tid för HSL-insatser, medan det tycks som att det är andra faktorer som förklarar SoL-insatser (faktorer som inte finns med i analyserna inom ramen för denna studie).

Tabell 5: Regressionsanalyser avseende Total tid, Tid HSL-insatser och Tid SoL-insatser

TID TOTALT	MODEL 1 (N=192)			MODEL 2 (N=192)		
	B	SE	Sig.	B	SE	Sig.
Konstanten	3653,34	1218,84	0,003	3616,23	1224,45	0,004
Inskrivna (Ja=1)	302,325	214,746	0,161			
Inskrivna 0-3 mån (Ja=1)				552,675	341,183	0,107
Inskrivna 4-12 mån (Ja=1)				339,163	319,924	0,291
Inskrivna >12 mån (Ja=1)				147,421	267,590	0,582
Kontrollvariabler:						
Ålder,						
Kön,						

Boendesituation,
Område

Adjusted R Square	0,008	0,004
F	1,142	1,055
Sig.	0,331	0,402

TID HSL	MODEL 1 (N=192)			MODEL 2 (N=192)		
	B	SE	Sig.	B	SE	Sig.
Konstanten	1013,76 3	251,085	0,000	991,386	245,721	0,000
Inskriften (Ja=1)	89,642	44,238	0,044 *			
Inskriften 0-3 mån (Ja=1)				240,118	68,468	0,001** *
Inskriften 4-12 mån (Ja=1)				111,962	64,202	0,083
Inskriften >12 mån (Ja=1)				-3,576	53,699	0,947
Kontrollvariabler: Ålder, Kön, Boendesituation, Område						

Adjusted R Square	0,047	0,092
F	1,860	2,485
Sig.	0,047	0,004

TID SoL	MODEL 1 (N=192)			MODEL 2 (N=192)		
	B	SE	Sig.	B	SE	Sig.
Konstanten	2639,58 2	1102,18 3	0,018	2624,84 4	1110,27 6	0,019
Inskriften (Ja=1)	212,684	194,191	0,275			

Inskrivnen 0-3 mån (Ja=1)	312,557	309,368	0,314
Inskrivnen 4-12 mån (Ja=1)	227,201	290,091	0,435
Inskrivnen >12 mån (Ja=1)	150,997	242,637	0,535

Kontrollvariabler:

Ålder, Kön,
Boendesituation,
Område

Adjusted R Square	-0,008	-0,018
F	0,863	0,741
Sig.	0,578	0,721

* Sambandet är signifikant på 5 %-nivån, ** sambandet är signifikant på 1 %-nivån, *** sambandet är signifikant på 0,1 %-nivån.

3.2.3 ÖVRIGA RESULTAT: PLANERADE OCH AKUTA INSATSER

Planerade hembesök, totalt

Det som framkommer avseende planerade hembesök (tabell 6), totalt sett, är att inskrivna har i genomsnitt fler insatser och mer nerlagd tid, men tendensen är att antal insatser och tid minskar med inskrivningstid. Skillnaderna är inte signifikanta. För att förstå detta ger analysen av planerade HSL-insatser en del indikationer.

Tabell 6: Planerade insatser, Totalt antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Planerade hembesök, antal

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	114,2		0	511	71,9
Ej inskriven	104	105,1		0	274	64,4
Inskrivnen	106	123,1	-	0	511	77,9

Inskrivna	0-3 mån	25	132,5	-	19	511	97,0
Inskrivna	4-12 mån	34	124,1	-	0	286	75,3
Inskrivna	>12 mån	47	117,4	-	1	327	69,3

Planerade hembesök, tid (minuter)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	2001,6		0	358	1454,2
Ej inskrivna	104	847,9		0	785	1382,6
Inskrivna	106	152,3	-	0	358	1512,6
Inskrivna	0-3 mån	25	-	490	358	1383,7
Inskrivna	4-12 mån	34	-	0	077	1754,9
Inskrivna	>12 mån	47	-	15	110	1401,6

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Planerade hembesök, HSL

Analysen visar (tabell 7) att det är inom HSL som resultatet att inskrivna får mer insatser i anslutning till inskrivning jämfört med när de varit inskrivna en längre tid är som tydligast. Den genomsnittliga planerade tiden är signifikant högre för

gruppen inskrivna, men bara de första 12 månaderna. Efter 12 månader är det ingen skillnad ur detta perspektiv.

Tabell 7: HSL, Planerade insatser, antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Planerade hembesök, antal HSL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	50,0		0	374	42,0
Ej inskriven	104	45,3		0	145	34,3
Inskrivnen	106	54,7	-	0	374	48,2
Inskrivnen 0-3 mån	25	63,5	-	1	374	73,7
Inskrivnen 4-12 mån	34	56,6	-	0	162	39,6
Inskrivnen >12 mån	47	48,5	-	1	187	35,4

Planerade hembesök, tid (min) HSL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	378,2		0	528	261,1
Ej inskriven	104	343,5		0	330	242,0
Inskrivnen	106	412,1	-	0	528	275,6
Inskrivnen 0-3 mån	25	495,0	**	60	528	318,5

Inskrivna	4-12 mån	34	439,2	*	0	1	070	265,6
Inskrivna	>12 mån	47	348,4	-	15	927	247,8	

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Planerade hembesök, SoL

Inom området planerade insatser SoL (tabell 8) kan inte identifieras några signifikanta skillnader. Det är dock intressant att notera att antalet insatser och nedlagd tid i genomsnitt är högre för inskrivna.

Tabell 8: SoL, Planerade insatser, antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Planerade hembesök, antal SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.	
Total	210	63,8		0	182	41,3	
Ej inskriven	104	59,3		0	169	40,1	
Inskrivna	106	68,1	-	0	182	42,3	
Inskrivna	0-3 mån	25	68,4	-	13	144	34,2
Inskrivna	4-12 mån	34	67,1	-	0	166	44,4
Inskrivna	>12 mån	47	68,7	-	0	182	45,3

Planerade hembesök, tid (min) SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	607,3		0	290	1 322,5
Ej inskriven	104	486,8		0	626	1 267,1
Inskrivnen	106	725,6	-	0	290	1 370,4
Inskrivnen 0-3 mån	25	788,1	-	410	815	1 179,5
Inskrivnen 4-12 mån	34	811,5	-	0	290	1 585,9
Inskrivnen >12 mån	47	630,1	-	0	480	1 318,9

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Akuta hembesök, totalt

När det gäller akuta insatser (tabell 9) framgår det av resultaten att dessa i tid är högre, i genomsnitt, för inskrivna jämfört med ej inskrivna. Återigen kan detta relateras till individer inskrivna 0-3 månader, det vill säga i nära anslutning till inskrivningsdatumet.

Tabell 9: Akuta insatser, Totalt antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Akuta hembesök, antal

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	2,8		0	303	21,2
Ej inskriven	104	4,0		0	303	30,0

Inskrivnen	106	1,5	-	0	24	3,8
Inskrivnen mån	0-3 25	2,6	-	0	11	3,4
Inskrivnen mån	4-12 34	1,9	-	0	24	5,4
Inskrivnen mån	>12 47	0,7	-	0	13	2,0

Akuta hembesök, tid (min)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	22,2		0	270	41,8
Ej inskrivnen	104	16,8		0	160	33,6
Inskrivnen	106	27,4	-	0	270	48,1
Inskrivnen mån	0-3 25	50,1	*	0	270	67,6
Inskrivnen mån	4-12 34	23,3	-	0	120	38,7
Inskrivnen mån	>12 47	18,3	-	0	200	38,0

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Akuta hembesök, HSL

Även de akuta insatserna inom ramen för HSL (tabell 10) följer mönstret att nedlagd tid är högre i genomsnitt för inskrivna jämfört med ej inskrivna. Vidare är denna nivåskillnad relaterad till inskrivningstid, då gruppen inskrivna 0-3 månader har ett signifikant högre medelvärde. Efter mer än tolv månaders inskrivning tycks de akuta insatserna falla tillbaka till även jämfört med de ej inskrivna låga nivåer. Det är en positiv utveckling att de akuta insatserna minskar

med inskrivningstid, till jämförelsevis låga nivåer. Detta torde vara en viktig fråga öka kunskapen kring avseende vad som görs rätt för dessa individer.

Tabell 10: HSL, Akuta insatser, antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Akuta hembesök, antal HSL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	0,7		0	22	2,3
Ej inskriven	104	0,6		0	21	2,2
Inskriften	106	0,8	-	0	22	2,3
Inskriften 0-3 mån	25	1,0	-	0	5	1,3
Inskriften 4-12 mån	34	1,3	-	0	22	3,8
Inskriften >12 mån	47	0,3	-	0	3	0,7

Akuta hembesök, tid (min)
HSL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	15,8		0	240	34,7
Ej inskriven	104	11,7		0	155	28,9
Inskriften	106	19,7	-	0	240	39,3
Inskriften 0-3 mån	25	36,4	*	0	240	59,1
Inskriften 4-12 mån	34	22,4	-	0	120	38,1

Inskrivnen	>12		-			
mån	47	8,9	0	105	19,6	

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Akuta hembesök, SoL

Resultatet för akuta insatser inom ramen för SoL (tabell 11) är också koncentrerade till gruppen med kort inskrivningstid. Inga signifikanta skillnader finns mellan grupperna i denna studie.

Tabell 11: SoL, Akuta insatser, antal hembesök och nedlagd tid (minuter)

Akuta hembesök, antal SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	2,1		0	303	21,1
Ej inskriven	104	3,4		0	303	29,9
Inskrivnen	106	0,7	-	0	20	2,7
Inskrivnen 0-3 mån	25	1,6	-	0	10	2,9
Inskrivnen 4-12 mån	34	0,7	-	0	20	3,4
Inskrivnen >12 mån	47	0,4	-	0	12	1,8

Akuta hembesök, tid (min) SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	210	6,3		0	185	22,1

Ej inskriven	104	5,1	0	160	19,9	
Inskrivnen	106	7,4	-	0	185	24,1
<hr/>						
Inskrivnen 0-3 mån	25	13,2	-	0	107	26,3
Inskrivnen 4-12 mån	34	0,9	-	0	20	3,9
Inskrivnen >12 mån	47	9,0	-	0	185	30,1
<hr/>						

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

3.3 REGION SKÅNES INSATSER, MALMÖ STAD

3.3.1 INSATSER

Under mätperiodens två veckor var det 62 % (tabell 12) av de som inte var inskrivna som fått någon form av insats (vilken som helst som registrerats) från Region Skåne. Avseende de inskrivna var andelen lägre, 46 %.

Tabell 12: Insats från Region Skåne under mätperioden (Sjukhus och Primärvård)

	Antal individer	Insats	Ingen insats
Total	192	54%	46%
Ej inskriven	92	62%	38%
Inskrivnen	100	46%	54%

I nästa steg analyseras antalet insatser (tabell 13) från både primärvård och sjukhusen. I denna studie har inskrivna i genomsnitt färre antal insatser jämfört med de som inte är inskrivna. Skillnaden är inte signifikant. Inskrivningstid tycks ha stor betydelse för utfallet då de som varit inskrivna mindre än 3 månader i genomsnitt har fler insatser, jämfört med ej inskrivna. Däremot sjunker snittet kraftigt över tid. De som varit inskrivna mer än 12 månader har ett betydligt lägre genomsnitt jämfört med ej inskrivna, en skillnad som också är signifikant.

Tabell 13: Antal insatser från Region Skåne (Sjukhus och Primärvård)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	192	1,28		0	9	1,731
Ej inskriven	92	1,48		0	7	1,693
Inskrivna	100	1,09	-	0	9	1,753
Inskrivna 0-3 mån	19	1,95	-	0	7	1,870
Inskrivna 4-12 mån	29	1,24	-	0	9	2,278
Inskrivna >12 mån	47	0,57	***	0	5	1,058

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

3.3.2 Akuta insatser på sjukhus

Av betydelse för att bedöma effekten av HS-avtalets mobila vårdform i hemmet är att akuta insatser på sjukhus kan undvikas. I denna studie är det ingen stor skillnad mellan inskrivna och inte inskrivna avseende antalet akuta insatser (tabell 14). Däremot kan det också här noteras att individer som varit inskrivna mer än 12 månader fick mycket få akuta insatser under mätperioden. Skillnaden mot de icke inskrivna är signifikant.

Tabell 14: Antal akuta insatser (Sjukhus)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	192	0,19		0	4	0,636
Ej inskriven	92	0,20		0	3	0,597
Inskrivna	100	0,18	-	0	4	0,672
Inskrivna 0-3 mån	19	0,21	-	0	2	0,535
Inskrivna 4-12 mån	29	0,38	-	0	4	1,083
Inskrivna >12 mån	47	0,04	**	0	2	0,292

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

3.3.3 SJUKHUSINLÄGGNINGAR

En betydande aspekt av HS-avtalets intentioner är att minimera inläggningar på sjukhus. Nedan (tabell 15) redovisas huruvida de ingående individerna har varit inlagda under mätperioden. Viss skillnad finns mellan de som är inskrivna och de som inte är inskrivna. 11 % av de som inte är inskrivna i mobilt vårdteam var inlagda under mätperioden. Motsvarande andel för de inskrivna är 7 %.

Tabell 15: Inlagd på sjukhus under mätperioden

	Antal individer	Ja	Nej
Total	192	9%	91%
Ej inskriven	92	11%	89%
Inskrivnen	100	7%	93%

I tabell 16 visas analysen av antalet slutenvårdsdygn under mätperioden. Personer som är inskrivna i mobilt vårdteam är i denna studie i genomsnitt inlagda färre dagar jämfört med de som inte är inskrivna. Skillnaden är dock inte signifikant. Skillnaden är dock beroende på hur länge individen varit inskriven i vårdformen. De som varit inskrivna mer än 12 månader har ett betydligt lägre genomsnittligt slutenvårdsdygn dagar, som också är signifikant lägre jämfört med de som inte är inskrivna.

Tabell 16: Inläggning sjukhus, antal dagar under mätperioden

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	192	0,55		0	12	1,976
Ej inskriven	92	0,79		0	12	2,531
Inskrivnen	100	0,32	-	0	6	1,238
Inskrivnen 0-3 mån	19	0,47	-	0	6	1,504

Inskrivna 4-12 mån	29	0,41	-	0	6	1,350
Inskrivna >12 mån	47	0,11	**	0	5	0,729

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

3.3.4 Återbesök och oplanerade återinläggningar

En möjlig effekt av vårdformen mobilt vårdteam är att återbesöken och de oplanerade återinläggningarna minskar. Inskrivna i mobilt vårdteam har ett lägre antal återbesök och oplanerade inläggningar jämfört med de som inte är inskrivna (tabell 17). Vad gäller återbesök är skillnaden endast signifikant jämfört med gruppen som har varit inskrivna mer än 12 månader. Denna grupp har mycket få återbesök. Noterbart är att när det gäller oplanerade återinläggningar är att det inte är någon skillnad mellan ej inskrivna och nyligen inskrivna, men stor skillnad jämfört med gruppen inskrivna mer än 12 månader.

Tabell 17: Antal återbesök och antal oplanerade återinläggningar

Antal återbesök

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	192	0,13		0	3	0,428
Ej inskriven	92	0,16		0	3	0,498
Inskrivna	100	0,09	-	0	2	0,351
Inskrivna 0-3 mån	19	0,21	-	0	2	0,535
Inskrivna 4-12 mån	29	0,10	-	0	2	0,409
Inskrivna >12 mån	47	0,02	***	0	1	0,146

Antal oplanerade återinläggningar

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
--	-----------------	-------	------	-----	-----	----------------

Total	192	0,09	0	3	0,379
Ej inskriven	92	0,11	0	3	0,431
Inskrivnen	100	0,07	-	0	0,326
Inskrivnen 0-3 mån	19	0,11	-	0	0,315
Inskrivnen 4-12 mån	29	0,07	-	0	0,371
Inskrivnen >12 mån	47	0,06	-	0	0,323

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

3.3.5 Hembesök av primärvårdsläkare

En grundläggande strategi med HS-avtalet är att vården ska ske i hemmet då det är lämpligt och möjligt. Därför torde antalet hembesök av primärvårdsläkare vara en betydande indikator på effekten av HS-avtalet. Inskrivna i mobilt vårdteam fick signifikant fler hembesök av primärvårdsläkare under mätperioden (tabell 18). Denna parameter faller tillbaka om inskrivningstiden beaktas. Individer som varit inskrivna mer än 12 månader har i denna studie fortfarande ett högre genomsnitt hembesök av primärvårdsläkare jämfört med ej inskrivna i vårdformen. Skillnaden är dock inte längre signifikant.

Tabell 18: Antal hembesök av primärvårdsläkare

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	192	0,26		0	3	0,590
Ej inskriven	92	0,12		0	2	0,358
Inskrivnen	100	0,38	**	0	3	0,722
Inskrivnen 0-3 mån	19	0,74	*	0	3	0,933
Inskrivnen 4-12 mån	29	0,24	-	0	2	0,511
Inskrivnen >12 mån	47	0,28	-	0	3	0,682

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Kapitel 4

RESULTAT HELSINGBORGS STAD

4.1 BESKRIVANDE STATISTIK

181 individer ingår i delstudien. Av de 181 individerna är 24 (13 %) inskrivna i MVT och således 157 (87 %) ej inskrivna. Medelåldern är 83 år men för de inskrivna är medelåldern något högre (86 år). Det är 54 % kvinnor som ingår i delstudien och det kan noteras att andelen kvinnor bland de inskrivna är lägre (38 %). Avseende boendesituation är 59 % av de ingående individerna ensamboende, men inom gruppen inskrivna ökar denna andel till 67 %.

Individerna som är inskrivna i mobilt vårdteam har i genomsnitt varit inskrivna i 9,5 månader.

Tabell 19: Översikt beskrivande statistik Helsingborgs stad

		Antal	Andel	Andel inskrivna	Andel kvinnor	Andel ensamboende
Inskrivna	Ej inskrivna	157	87%		57%	57%
	Inskrivna	24	13%		38%	67%
	Summa	181	100%			
Kön	Man	83	46%	18%		40%
	Kvinna	98	54%	9%		75%
	Summa	181	100%			
Boendesituation	Ensamboende	106	59%	15%	69%	
	Sambo	75	41%	11%	33%	
	Summa	181	100%			

		Anta	Medelv	Min.	Max.	Std. Avv.
		l	.			
Ålder	År	181	83,4	72	103	6,560
Tid inskriven	Månader	24	9,5	0,3	29,2	6,876

Sammanfattningsvis kan sägas att gruppen inskrivna särskiljer sig något jämfört med genomsnittet genom att medelåldern är något högre samt att andelen kvinnor är lägre. En större andel är också ensamboende.

4.2 HELSINGBORG STADS INSATSER

4.2.1 TOTALT, HSL OCH SOL

Antal insatser och tid, totalt

Det är skillnad mellan inskrivna och ej inskrivna avseende antal insatser och tid (tabell 20). Inskrivna har fler insatser under mätperioden och den registrerade tiden är mer omfattande i genomsnitt. Skillnaderna är signifikanta. De totala siffrorna innehåller både HSL-insatser och SoL-insatser. Här finns betydande skillnader som nedan adresseras. Först redovisas observerade skillnader vad gäller HSL-insatser och därefter redovisas skillnader avseende SoL-insatser.

Tabell 20: Totalt, antal insatser och registrerad tid (timmar)

Totalt antal insatser

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	312,8		13,3	955,7	231,817
Ej inskriven	157	282,7		13,3	916,3	208,881
Inskrivnen	24	509,9	***	38,4	955,7	279,080

Total registrerad tid (timmar)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
--	--------------------	-------	------	-----	-----	----------------

Total	181	38,7	1,0	328,9	37,711
Ej inskriven	157	34,9	1,0	328,9	34,797
Inskrivna	24	63,4	***	7,8	201,3 46,713

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Antal insatser och tid, HSL

Resultaten för HSL-insatser visar på signifikanta skillnader mellan inskrivna och icke inskrivna (tabell 21). Både antalet insatser och registrerad tid är i genomsnitt betydligt högre för inskrivna jämfört med ej inskrivna. Skillnaderna är signifikanta. Vad gäller registrerad tid för de inskrivna så har gruppen en större standardavvikelse vilket innebär en betydligt större spridning kring sitt medelvärde. Detta syns också om maxvärdena studeras. Faktum är att gruppen inskrivna som består av totalt 24 individer har 4 individer som har mer registrerad tid än den med högst värde (65,2 timmar) i gruppen ej inskrivna.

Tabell 21: HSL, antal insatser och registrerad tid (timmar)

Totalt antal insatser, HSL

	Antal				Std.	
	individer	Medel	Sig.	Min	Max	Avvik.
Total	181	134,0		0,4	654,2	140,990
Ej inskriven	157	116,9		0,5	654,2	126,616
Inskrivna	24	245,5	***	0,4	583,7	178,533

Total registrerad tid (timmar), HSL

	Antal				Std.	
	individer	Medel	Sig.	Min	Max	Avvik.
Total	181	16,4		0,0	155,6	20,279
Ej inskriven	157	13,5		0,2	65,2	14,376

Inskrivna	24	35,5	***	0,0	155,6	37,110
-----------	----	------	-----	-----	-------	--------

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Antal besök och tid, SoL

Resultatet indikerar att det är skillnader mellan inskrivna och ej inskrivna också vad gäller SOL-insatserna (tabell 22), dock inte lika tydligt som för HSL-insatserna. Antalet insatser är signifikant högre för inskrivna jämfört med ej inskrivna. Skillnaden vad gäller registrerad tid är inte signifikant, men här påverkar en individ med ett extremt värde. Bland de som inte är inskrivna finns en individ med 326,4 registrerade timmar. Om denna individ tas bort sjunker medelvärdet till 19,4 timmar och maxvärdet till 64,7 timmar. Standardavvikelsen blir med denna justering 16,002. Med dessa förutsättningar blir skillnaden signifikant på 5 %-nivån (*).

Tabell 22: SoL, antal insatser och registrerad tid (timmar)

Totalt antal insatser, SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	178,8		3,1	544,7	129,903
Ej inskriven	157	165,7		3,1	544,7	123,842
Inskrivna	24	264,4	***	4,4	478,3	138,635

Total registrerad tid (timmar), SoL

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	22,2		0,7	326,4	27,839

Ej inskriven	157	21,4	0,7	326,4	29,233	
Inskrivna	24	27,8	-	1,3	60,2	15,216

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

4.2.2 REGRESSIONSANALYS: TOTAL TID, TID HSL-INSATSER OCH TID SOL-INSATSER

Den multivariata regressionsanalysen har inriktats mot registrerad tid, då detta är det centrala måttet på resursanvändning. Analysen har gjorts med tre olika beroende variabler; Total tid för insatser, Tid HSL-insatser och Tid SoL-insatser. Alla analyserna innehåller kontrollvariablerna: Ålder, Kön, Boendesituation.

Resultatet av analyserna bekräftar den bild som analysen av medelvärdeskillnaderna resulterade i. Det finns ett signifikant positivt samband mellan inskrivning och total registrerad tid, det vill säga att inskrivning i mobilt vårdteam är relaterat till ett högre medelvärde avseende registrerad tid även när andra faktorer (kontrollvariabler) beaktas i analysen. Samma resultat uppnås om analysen koncentreras till registrerad tid för HSL-insatserna. Här får modellen också ett bättre förklaringsvärde, vilket indikerar att det är framförallt för registrerad tid inom HSL som sambandet gäller. Det visar sig också att om enbart registrerad tid för SOL-insatser studeras är sambandet inte signifikant, även om analysen indikerar att det finns en relation mellan inskrivning i mobilt vårdteam och ökad resursnivå i form av tid. Analyserna identifierade inga signifikanta samband mellan ålder, kön eller boendesituation och registrerad tid i denna studie. Vidare noterades tidigare i analysen avseende SOL-insatser att en individ hade betydligt fler registrerade timmar än övriga samt att denna individ fanns inom gruppen ej inskrivna. Borttagande av denna individ i regressionsanalysen påverkade marginellt utfallet.

Sammanfattningsvis visar regressionsanalyserna att inskrivning är en viktig faktor relaterat till Tid för HSL-insatser, medan det tycks som att det är andra faktorer som förklarar SoL-insatser (faktorer som inte finns med i analyserna inom ramen för denna studie).

Tabell 23: Regressionsanalyser avseende Total tid, Tid HSL-insatser och Tid SoL-insatser

TID TOTALT		N=181	
	B	SE	Sig.
Konstanten	66,892	36,296	0,067
Inskriften (Ja=1)	29,167	8,203	<,001***
Kontrollvariabler: Ålder, Kön, Boendesituation			
Adjusted R Square	0,058		
F	3,766		
Sig.	0,006		
TID HSL		N=181	
	B	SE	Sig.
Konstanten	38,827	18,791	0,040
Inskriften (Ja=1)	22,865	4,247	<,001***
Kontrollvariabler: Ålder, Kön, Boendesituation			
Adjusted R Square	0,127		
F	7,535		
Sig.	<0,001		
TID SoL		N=181	
	B	SE	Sig.
Konstanten	28,065	27,578	0,310
Inskriften (Ja=1)	6,302	6,233	0,313
Kontrollvariabler: Ålder, Kön, Boendesituation			

Adjusted R Square	0,024
F	1,093
Sig.	0,362

* Sambandet är signifikant på 5 %-nivån, ** sambandet är signifikant på 1 %-nivån, *** sambandet är signifikant på 0,1 %-nivån.

4.3 REGION SKÅNES INSATSER, HELSINGBORGS STAD

4.3.1 INSATSER FRÅN REGIONEN

Under mätperiodens två veckor var det 78 % av de som inte var inskrivna som fått någon form av insats (vilken som helst som registrerats) från Region Skåne (tabell 24). Avseende de inskrivna var andelen lägre, 75 %.

Tabell 24: Insats från Region Skåne under mätperioden

	Antal individer	Insats	Ingen insats
Total	181	78%	22%
Ej inskriven	157	79%	21%
Inskrivna	24	75%	25%

I nästa steg analyseras antalet insatser från både primärvård och sjukhusen. I denna studie har inskrivna i genomsnitt ett större antal insatser jämfört med de som inte är inskrivna (tabell 25). Skillnaden är dock inte signifikant. Vad som inte framgår av tabellen är att det större antalet insatser för inskrivna i huvudsak hänförs till primärvårdsinsatser.

Tabell 25: Antal insatser från Region Skåne (Sjukhus och Primärvård)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	3,0		0	24	3,646

Ej inskriven	157	2,8	0	24	3,586
Inskrivna	24	3,9	-	0	3,966

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

4.3.2 AKUTA INSATSER PÅ SJUKHUS

Av betydelse för att bedöma effekten av HS-avtalets mobila vårdform i hemmet är att akuta insatser kan undvikas. I denna studie är medelvärdet för antalet akuta insatser från sjukhus högre för inskrivna jämfört med ej inskrivna (tabell 26). Skillnaden är dock inte signifikant.

Tabell 26: Antal akuta insatser (Sjukhus)

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	0,73		0,00	5,00	1,089
Ej inskriven	157	0,71		0,00	5,00	1,044
Inskrivna	24	0,87	-	0,00	5,00	1,361

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

4.3.3 SJUKHUSINLÄGGNINGAR

En betydande aspekt av HS-avtalets intentioner är att minimera inläggningar på sjukhus. Nedan (tabell 27) redovisas huruvida de ingående individerna har varit inlagda under mätperioden. Det finns en skillnad mellan de som är inskrivna och de som inte är inskrivna. 40 % av de som inte är inskrivna i mobilt vårdteam var inlagda under mätperioden. Motsvarande andel för de inskrivna är 29 %.

Tabell 27: Inlagd på sjukhus under mätperioden

	Antal individer	Ja	Nej
Total	181	38%	62%

Ej inskriven	157	40%	60%
Inskrivnen	24	29%	71%

I tabell 28 redovisas analysen av antalet slutenvårdsdagar under mätperioden. Personer som är inskrivna i mobilt vårdteam är i denna studie i genomsnitt inlagda färre dagar jämfört med de som inte är inskrivna. Skillnaden är dock inte signifikant.

Tabell 28: Inläggning sjukhus, antal dagar under mätperioden

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	3,07		0,00	28,00	5,519
Ej inskriven	157	3,22		0,00	28,00	5,693
Inskrivnen	24	2,04	-	0,00	14,00	4,165

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

4.3.4 ÅTERBESÖK OCH OPLANERADE ÅTERINLÄGGNINGAR

En möjlig effekt av vårdformen mobilt vårdteam är att återbesöken och de oplanerade återinläggningarna minskar. I denna Helsingborgsstudie har inskrivna i mobilt vårdteam ett lägre antal återbesök och oplanerade inläggningar jämfört med de som inte är inskrivna (tabell 29). Skillnaderna är dock inte signifikanta.

Tabell 29: Antal återbesök och antal oplanerade återinläggningar

Antal återbesök

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
--	--------------------	-------	------	-----	-----	----------------

Total	181	0,36	0	8	1,048
Ej inskriven	157	0,38	0	8	1,095
Inskrivnen	24	0,21	-	0	0,658

Antal återinläggningar	oplanerade					Std. Avvik.
	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	
Total	181	0,16	0	3	0,473	
Ej inskriven	157	0,17	0	3	0,478	
Inskrivnen	24	0,13	-	0	0,448	

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

4.3.5 HEMBESÖK AV PRIMÄRVÅRDSLÄKARE

En grundläggande intention med HS-avtalet är att vården ska ske i hemmet då det är lämpligt och möjligt. Därför torde antalet hembesök av primärvårdsläkare vara en betydande indikator på effekten av HS-avtalet. Inskrivna i mobilt vårdteam fick i genomsnitt fler hembesök av primärvårdsläkare under mätperioden (tabell 30). Skillnaden är liten och inte signifikant.

Tabell 30: Antal hembesök av Primärvårdsläkare

	Antal					Std. Avvik.
	individer	Medel	Sig.	Min	Max	
Total	181	0,12		0,00	3,00	0,425
Ej inskriven	157	0,11		0,00	3,00	0,423
Inskrivnen	24	0,13	-	0,00	2,00	0,448

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

4.3.6 RESURSFÖRBRUKNING

Region Skåne mäter årligen resursförbrukningen av olika insatser som ges till individerna. Nedan redovisas skillnaderna i studien för de inkluderade individerna i Helsingborg. Genomgången görs på total nivå samt uppdelat på sjukhusvård och primärvårdinsatser.

Den totala resursförbrukningen (tabell 31) är lägre under mätperioden för inskrivna jämfört med ej inskrivna. Skillnaden är inte signifikant.

Tabell 31: Resursförbrukning (kr), Totalt

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	473,7		0,0	940,0	94417,993
Ej inskriven	157	874,2		0,0	940,0	98818,486
Inskrivna	24	311,7	-	0,0	287,0	58599,310

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Eftersom den större delen av resursförbrukningen sker inom sjukhusvården är också medelvärdet för inskrivna lägre även inom denna delmätning (tabell 32). Skillnaden är dock ej heller här signifikant.

Tabell 32: Resursförbrukning (kr), Sjukhus

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	530,5	0,0	940,0	983	94639,65
Ej inskriven	157	999,2	0,0	940,0	983	99039,49
Inskrivna	24	922,7	-	0,0	205	58780,84

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

Vad gäller primärvårdsinsatser är resursförbrukningen, tvärt om, högre för inskrivna jämfört med ej inskrivna (tabell 33). Skillnaden är inte signifikant.

Tabell 33: Resursförbrukning (kr), Primärvård

	Antal individer	Medel	Sig.	Min	Max	Std. Avvik.
Total	181	943,2	0,0	165,0	18	2039,719
Ej inskriven	157	875,1	0,0	165,0	18	2038,262
Inskrivna	24	389,0	-	0,0	1	7 639,0 2035,334

- innebär ej signifikant, * Medelvärdeskillnaden är signifikant på 5 %-nivån, ** på 1 %-nivån, *** på 0,1 %-nivån. Skillnaden är analyserad mot gruppen Ej inskrivna.

De skillnader mellan inskrivna och ej inskrivna avseende resursförbrukning som framgår av studien är inte signifikanta, men utfallet är i linje med ambitionen med

HS-avtalet, dvs. att minska resursförbrukningen på sjukhusen med viss överföring till primärvården som konsekvens.

Kapitel 5

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Vi har studerat skillnader i resursåtgång på kommunal och regional nivå, avseende tid och typ av insatser, mellan individer i ordinärt boende som är inskriven respektive inte inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam i Malmö stad och Helsingborgs stad. I detta avsnitt diskuteras resultaten i delstudierna med hänsyn till intentionerna med vårdformen, så som de uttrycks i HS-avtalet samt i ett bredare perspektiv i ljuset av utgångspunkterna till god och nära vård.

5.1 EMPIRNÄRA REFLEKTIONER

En sammanfattning av resultaten i delstudien för Malmö stad kan göras i följande punkter:

- Inskrivning i vårdformen i både särskilt och ordinärt boende skedde i mycket begränsad omfattning under HS-avtalets första år (2017), i något större omfattning under avtalets andra år (2018) och i bred omfattning från och med avtalets tredje år (2019).
- Resultaten indikerar att inskrivning i mobilt vårdteam samvarierar med högre kommunal resursinsats, i form av nedlagd tid, avseende HSL-insatser.
- Studien indikerar också att inskrivna i mobilt vårdteam får fler insatser i hemmet från primärvården, då gruppen i snitt har fler hembesök av primärvårdsläkare.
- Avseende regionens insatser resulterade studien inte i statistiskt signifikanta resultat, men inskrivna hade i studien en lägre resursinsats inom sjukhusvården. Bland de individer som ingick i studien hade inskrivna – jämfört med inte inskrivna – färre akuta besök, färre dagar på sjukhus, färre återbesök samt färre oplanerade återinläggningar.
- Resultaten tyder på att inskrivningstid har betydelse för resursåtgången. I Malmö hade de individer som varit inskrivna mer än 12 månader samma resursnivå avseende kommunal hemsjukvård som inte inskrivna samt signifikant färre akuta insatser på sjukhus, färre dagar på sjukhus och signifikant färre återbesök.

Sammanfattningsvis indikerar resultaten att man i Malmö stad, i samverkan med Region Skåne, arbetar utefter ambitionerna i HS-avtalet samt att inskrivning i vårdformen av personer i ordinärt boende leder till mer kommunal och regional

primärvård i hemmet. Dessa resultat är i linje med slutsatserna av de nyligen genomförda granskningarna av hur kommunerna i Skåne (Karlsson 2022) respektive Region Skåne (Karlsson, Atles och Lindblom 2022) lever upp till HS-avtalet intentioner. Resultaten i föreliggande rapport avseende skillnader i resursåtgång för personer i ordinärt boende som är inskrivna respektive inte inskrivna i mobilt vårdteam i Malmö stad tyder på att vårdformen medfört effekter i linje med intentionerna i såväl HS-avtalet som utgångspunkterna i god och nära vård. Vidare visar delstudien i Malmö tydligt att de som har varit inskrivna mer än 12 månader är mindre vårdkrävande. Frågan är bara *varför*, en fråga som ytterligare kommenteras under nästa rubrik.

En sammanfattning av resultaten i delstudien för Helsingborgs redovisas nedan:

- I Helsingborg skrivs tidigt många individer in i vårdformen, det vill säga redan under HS-avtalets första år. Fram till och med år 2019 hade dock få individer boende i ordinärt boende skrivits in i vårdformen (färre än 30 individer).
- Resultaten indikerar att inskrivning i mobilt vårdteam samvarierar med högre kommunal resursinsats, i form av nedlagd tid, avseende HSL-insatser.
- Resultaten tyder på att det inte finns någon skillnad i antalet hembesök av primärvårdsläkare mellan inskrivna och inte inskrivna i mobilt vårdteam. Antalet hembesök tycks generellt sett vara lågt.
- Studien kan inte påvisa att inskrivning i vårdformen leder till lägre resursinsats inom sjukhusvården för personer i ordinärt boende i Helsingborg. Det finns inga signifikanta skillnader mellan inskrivna och inte inskrivna. Vidare spretar resultaten, till exempel genom att inskrivna har fler akuta insatser från sjukhusen men färre dagar med sjukhusvård.
- Effekten av inskrivningstid har inte varit möjlig att studera då det är få individer i ordinärt boende som är inskrivna i vårdformen.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att man i Helsingborgs stad, i samverkan med Region Skåne, inte fullt ut lyckats arbeta utefter ambitionerna i HS-avtalet. Dessa resultat stämmer överens med slutsatserna i granskningarna av hur kommunerna i Skåne (Karlsson 2022) respektive Region Skåne (Karlsson, Atles och Lindblom 2022) lever upp till HS-avtalet intentioner. Det är inte möjligt att dra några säkra slutsatser avseende skillnader i resursåtgång för personer i ordinärt boende som är inskrivna respektive inte inskrivna i mobilt vårdteam från studien i Helsingborg, mer än att de som var inskrivna hade mer registrerad tid avseende HSL-insatser. Snarare indikerar resultaten att implementeringen av

vårdformen inte har fungerat på bästa sätt. Det är också viktigt att beakta att endast 24 inskrivna individer i ordinärt boende har kunnat inkluderas i studien, vilket ger ett begränsat underlag.

5.2 IMPLEMENTERING, REAKTIV INSKRIVNING OCH INSKRIVNINGSTID HAR SANNOLIKT BETYDELSE

Gemensamt för de båda delstudierna är att resultaten indikerar att inskrivning i mobilt vårdteam samvarierar med en högre resursnivå på kommunal hemsjukvård. I övrigt observerar vi stora skillnader i resultaten från delstudierna. Resultaten avseende skillnader i resursåtgång i delstudien i Malmö stöd ligger generellt i linje med HS-avtalets intentioner medan resultaten i delstudien i Helsingborg är mer otydliga. Skillnaderna kan bero på skillnader i metodansats i delstudiernas, men också på skillnader i lokala förutsättningar och i hur implementeringen av vårdformen genomförts i de båda kommunerna.

I ett tidigare KEFU-projekt, där implementeringen av vårdformen har följts under 2017-2020, visas att det finns olika sätt som de skånska kommunerna, i samverkan med Region Skåne, tagit sig an implementeringen av vårdformen (Glenngård och Anell 2021). Två principiella sätt att implementera vårdformen identifierades: Att först utveckla rutiner och sedan successivt skriva in personer då rutiner varit på plats, eller att börja med att skriva in många personer tidigt i vårdformen, och först därefter ändra arbetssätt i den mån det finns utrymme och anses behövas. Det sätt som vårdformen implementerats i Malmö stad representerar det förstnämnda sättet medan det sätt som vårdformen implementerats i Helsingborgs stad representerar det sistnämnda. Dessa skillnader hänger samman med att arbetet med att implementera vårdformen varit starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå. Då blir lokala förutsättningar avgörande för det sätt på vilket vårdformen implementeras och fungerar.

Resultaten för såväl Malmö som Helsingborgs stad visar att resursnivån för kommunal hemsjukvård är förhöjd för inskrivna i vårdformen jämfört med inte inskrivna. I Malmö gällde detta också antalet hembesök av primärvårdsläkare. Samtidigt fanns det inte några statistiskt säkerställda skillnader avseende sjukhusvården. En intressant iakttagelse i delstudien i Malmö är att inskrivningstiden har stor betydelse. I princip alla indikatorer utvecklas positivt, det vill säga att resursåtgången minskar, med tiden. Resultaten i Malmö visar att en hög resursåtgång är relaterad till de första månaderna efter att ha blivit inskriven i mobilt vårdteam samt att situationen sedan stabiliseras. Bland individer som varit inskrivna i vårdformen minst ett år fanns inga skillnader i

resursnivå avseende kommunal hemsjukvård och signifikant färre insatser på regional nivå för inskrivna jämfört med inte inskrivna. En förklaring kan vara att inskrivning sker i anslutning till en vårdkrävande händelse. Det skulle innebära att det vi ser i studien är ett normalt vårdförlopp, det vill säga stora insatser inledningsvis som sedan klingar av då behoven stabiliseras på en lägre nivå. En annan förklaring kan vara att vårdformen mobilt vårdteam generellt hjälper till att stabilisera och möjligen förbättra situationen för multisjuka äldre genom en förskjutning från oplanerade till planerade insatser och fler läkarbesök i hemmet. Framtida studier behövs för att ytterligare belysa detta.

Resultatet från delstudien i Malmö gällande ett utökat vårdbehov i anslutning till inskrivning kan vara en konsekvens av HS-avtalets utformning. HS-avtalets inskrivningskriterier bygger på att inskrivning ska ske när individerna har blivit multisjuka och behovet av sjukhusvård ökar. En mer proaktiv strategi, det vill säga att skriva in individer i ett tidigare skede, skulle kunna leda till ett mer förebyggande arbetssätt där situationen för äldre med omfattande behov kan stabiliseras tidigare och i förlängningen, kanske kunna förebygga vårdkrävande händelser. Ett sådant inskrivningsförfarande är i linje med målbilden för god och nära vård där en viktig del är att vården ska vara hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv (SKR 2021).

5.3 FUNGERAR VÅRDFORMEN? BLIR VÅRDEN MER GOD OCH NÄRA?

- Resultaten från föreliggande studie, liksom granskningen av hur kommunerna i Skåne (Karlsson 2022) lever upp till HS-avtalet intentioner, tyder på att det sätt som Malmö stad implementerat vårdformen mobilt vårdteam för personer i ordinärt boende har inneburit en skillnad för de personer som är inskrivna. Vad gäller Helsingborgs stad går det inte lika tydligt att se skillnader i resursförbrukning även om tendenser kan skönjas. Resultaten tyder på att vårdformen mobilt vårdteam hjälper till att stabilisera situationen för multisjuka äldre i ordinärt boende. Resultaten avseende skillnader i insatser för inskrivna och inte inskrivna personer speglar viktiga utgångspunkterna i god och nära vård, nämligen att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser uppströms är det mest effektiva arbetssättet samt att personer ska så långt det är möjligt tas om hand i hemmet och sjukhusvård ska undvikas (SKR 2021).
- I delstudien i Malmö stad visar resultaten att vårdformen kan leda till en förskjutning från oplanerade till planerade insatser.

- I båda delstudierna visar resultaten att vårdformen kan leda till en förskjutning från slutet till öppen vård.
- I delstudien i Malmö stad visar resultaten att vårdformen kan leda till en ökad frekvens av läkarbesök i hemmet.

Dessa resultat speglar uppfattningar om vårdformen bland berörda medarbetare, enligt den tidigare utvärderingen av implementering av HS-avtalet (Glenngård och Anell 2021). Medarbetare som berörs av vårdformen uttrycker en generell bild av att mobila vårdteam innebär ett bra sätt att ta hand om patienter i den aktuella gruppen. Samtidigt menar många att i vilken mån som införande av vårdformen innebär en skillnad för patienterna eller inte hänger samman med utgångsläge och på vilket sätt som vårdformen har implementerats. Lokala förutsättningar är avgörande för hur vårdformen fungerar och huruvida införandet innebär en förändring i omhändertagandet av äldre med komplexa behov eftersom arbetet med implementering är starkt decentraliserat i Skåne. I den rapporten framkom också en syn bland medarbetare i regional och kommunal primärvård att upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommunen och regionens läkare samt kontinuitet i läkarkontakter sedan tidigare kan vara mer avgörande för samverkan och samordning än avtalets utformning och formella rutiner. På platser där samverkan fungerade väl tidigare fungerar arbetet väl även efter HS-avtalets införande. Samtidigt finns det fortsatta problem med samverkan även efter HS-avtalets införande på platser där det sedan tidigare inte fanns upparbetade goda relationer mellan medarbetare i regional och kommunal primärvård. Förklaringar till att resultaten inte är så tydliga i fallet Helsingborg kan därför vara att själva implementeringen av vårdformen inte skett på ett strukturerat sätt och/eller att utgångsläget i form av upparbetade relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommun och region inte ger tillräckligt goda förutsättningar för att arbeta med vårdformen.

5.4 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Effekter av samverkan och samordning av insatser mellan kommuner och regioner i omhändertagandet av äldre personer med återkommande vårdbehov är generellt svårt att mäta och utvärdera. Den skånska kontexten är inget undantag. Här konkretiseras samverkan och samordning i vårdformen mobilt vårdteam. Avsaknaden av jämförbara data för att mäta och utvärdera effekter av vårdformen gäller såväl nedlagda resurser som effekter för berörda patienter och anhöriga. Dessutom föreligger stora skillnader i hur de skånska kommunerna tagit sig an

implementeringen av vårdformen, vilket ytterligare försvårar jämförelser mellan olika delar av Skåne (Karlsson 2022; Karlsson, Atles och Lindblom 2022; Glenngård och Anell 2021). I föreliggande rapport bidrar vi med kunskaper om hur effekter av samordning och samverkan kan mätas och kvantifieras med två olika metodologiska angreppssätt, med utgångspunkt i att jämföra resursåtgång för personer i ordinärt boende som är inskrivna respektive inte inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam i två skånska kommuner.

I linje med slutsatserna i granskningarna av hur kommunerna i Skåne (Karlsson 2022) respektive Region Skåne (Karlsson, Atles och Lindblom 2022) lever upp till HS-avtalet intentioner samt det tidigare KEFU-projektet, där implementeringen av vårdformen mobilt vårdteam har följts (Glenngård och Anell 2021), konstaterar vi att det tycks finnas stora skillnader i hur vårdformen är organiserad och hur den fungerar. Fortsatta studier om effekter av samverkan och samordning för patienter, vårdgivare och finansiärer behövs. I detta sammanhang är tillgång till tillförlitliga och jämförbara data viktigt. Ansvaret att ta fram och sammanställa sådana data kan inte vila på enskilda vårdgivare eller kommuner. Lokala förutsättningar varierar, inte bara avseende det sätt på vilket vårdformen implementeras och fungerar utan även vad gäller förmåga att mäta och följa upp dess effekter.

Även om det saknas tillförlitliga data att basera uppföljning av effekter för patienter och anhöriga på tyder resultaten i studie på att vårdformen hjälper till att stabilisera situationen för multisjuka äldre i ordinärt boende och att samverkan och samordning av insatser kan bidra till en förskjutning från akuta till planerade insatser, från slutet till öppen vård och mer vård i hemmet. Sådana effekter speglar viktiga utgångspunkter i god och nära vård (SKR 2021). Ytterligare förbättringspotential tycks ligga i att ställa om till ett mer proaktivt inskrivningsförfarande. Att skriva in individer i ett tidigare skede kan leda till ett mer förebyggande arbetssätt och kan, i förläggningen, kanske förebygga vårdkrävande händelser.

REFERENSER

- Glenngård AH, Anell A. Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020. Lund: KEFU, 2021 (rapport 2021:2).
- Huxham C, Vangen S. (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
- Karlsson C, Atles U, Lindblom B. Sammanställd rapport. Granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Komredo AB 2022-08-11.
- Karlsson C, Atles U, Lindblom B. Revisionsrapport. Granskning av effekter av avtalet om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. Komredo AB 2022-06-30.
- Kommunförbundet Skåne & Region skåne. (2016). Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne. 2016-01-19.
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2018) Omställning till nära vård för patienternas behov. Svenska Dagbladet Debatt, 17 november 2018.
- SOU 2018:39. "God och nära vård – En primärvårdsreform." Elanders Sverige AB, Stockholm 2018. ISBN 978-91-38-24806-5
- SOU 2019:29. God och nära vård – Vård i samverkan. Statens offentliga utredningar. Elanders Sverige AB, Stockholm. 2019.
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2021) Nära vård i hemmet för äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Weiner BJ. (2009) A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4:67.

KEFU SKRIFTSERIE 77
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-77-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
www.kefu.se