



LUND UNIVERSITY

Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020

Glenngård, Anna; Anell, Anders

2021

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Glenngård, A., & Anell, A. (2021). *Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020*. (KEFU skriftserie; Nr. 2021:2). 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

Anna Häger Glenngård
Anders Anell

**UPPFÖLJNING AV ETABLERING OCH FUNKTION AV
VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM I REGION
SKÅNE 2017-2020**

SKRIFTSERIE 2021:2



EKONOMIHÖGSKOLAN VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

I mer än fyra år har KEFU tillsammans med ansvariga i Region Skåne och Skånes kommuner följt införandet och utvecklingen av hälso-och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna som fastställdes 2016. Från ett forskningsperspektiv är det ett privilegium att löpande kunna vara med och följa upp samt återkoppla gjorda intryck till berörda parter. Man blir också ödmjuk inför en sådan uppgift och ständigt påmind om att det över tid händer saker i organisationer och i dess omgivning som på olika sätt både påverkar initiala intentioner med en organisationsförändring och planerad uppföljning av densamma.

I fokus står Region Skånes och Skånes kommuners samverkan i mobila vårdteam med syfte att ge vård och omsorg för gruppen mest sjuka med återkommande och omfattande vårdbehov. Det empiriska materialet är mycket rikt och innehåller många lärdomar som kan möjliggöra att ytterligare steg tas för att utveckla vården och omsorgen för samhällets sköra individer. I rapporten konstateras bland annat att både etablering av och vårdformens funktion varierar i Skåne och att det finns många faktorer som både underlättar och försvårar vårdformens införande. I rapporten framkommer också det bland annat förefaller finnas anledning att balansera den hierarkiska styrningen med utvecklingen av vårdformen nära verksamheter. Goda intentioner och professionella drivkrafter har varit centrala under studerade fyra år men för att nå en jämlik och ett kraftfullt införande av vårdformen behöver den också stöd av en mer formell och övergripande styrning som förslagsvis berörda huvudmän tar fram och ”äger” tillsammans.

Projektet har finansierats av Region Skåne och Skånes kommuner medan KEFUs kansli och berörda forskare har samordnat uppföljningen och haft det huvudsakliga ansvaret uppföljningens upplägg och genomförande. Rapportens innehåll och struktur har diskuterats tillsammans med författarna inom ramen för 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 augusti

Ulf Ramberg

KEFU

FÖRORD	I
SAMMANFATTNING	III
KAPITEL 1 BAKGRUND	1
1.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET MELLAN REGION SKÅNE OCH DE SKÅNSKA KOMMUNERNA	1
1.2 ÖVERGRIPANDE ORGANISERING FÖR ATT IMPLEMENTERA VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM	2
1.3 RAPPORTENS SYFTE	3
KAPITEL 2 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER FÖR VÅR ANALYS	4
2.1 SAMVERKAN OCH BEHOV AV STYRNING OCH LEDNING.....	4
2.2 ORGANISERING OCH STANDARDISERING AV SAMVERKAN	7
2.3 BEGRÄNSANDE OCH MÖJLIGGÖRANDE STYRNING.....	8
2.4 UTGÅNGSPUNKTER FÖR LÄRANDE OCH SPRIDNING AV NYA ARBETSSÄTT/INNOVATIONER	9
KAPITEL 3 GENOMFÖRANDE	11
3.1 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GENOMFÖRANDE AV UPPFÖLJNINGEN ÅR 2017-2020	11
3.2 METOD	11
3.3 DATA	12
KAPITEL 4 ETABLERING OCH FUNKTION AV VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM	19
4.1 VAD VET VI OM ETABLERING AV VÅRDFORMEN?	19
4.2 VAD SAMVARIERAR MED AV GRAD ETABLERING ENLIGT ANALYS AV REGISTERDATA?	20
4.4 VAD VET VI OM VÅRDFORMENS FUNKTION BASERAT PÅ ENKÄTDATA?	23
KAPITEL 5 LÄRDOMAR OM ETABLERING OCH FUNKTION FRÅN INTRESSANTA EXEMPEL ..	35
5.1 URVAL AV FALL OCH FRÅGOR VID INTERVJUERNAS	35
5.2 OBSERVATIONER FRÅN INTERVJUERNAS ÅR 1-3	36
5.3 OBSERVATIONER FRÅN INTERVJUERNAS ÅR 4	44
KAPITEL 6 ARBETET I DE DELREGIONALA SAMVERKANSORGANEN	47
6.1 FRÅGOR I ENKÄTEN	47
6.2 UPPFATTNINGAR OM SAMVERKAN	48
6.3 UPPFATTNINGAR OM ARBETETS EFFEKTER OCH INRIKTNING	57
6.4 FRIA KOMMENTARER	59
KAPITEL 7 REFLEKTIONER OCH SLUTSATSER	60
7.1 ETABLERING AV VÅRDFORMEN VARIERAR	60
7.2 VÅRDFORMENS FUNKTION VARIERAR	61
7.3 MÅNGA FAKTORER UNDERLÄTTAR OCH FÖRSVÅRAR IMPLEMENTERING AV EN TEAMBASERAD VÅRDFORM	62
7.4 MER FORMELL STYRNING OCH STÖD ”UPPIFRÅN” EFTERFRÅGAS	63
7.5 ÅTGÄRDER FÖR ATT FRÄMJA UTVECKLINGSKRAFT OCH JÄMLIKHET	64
REFERENSER	67

SAMMANFATTNING

I hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) regleras sedan hösten 2016 vårdformen mobilt vårdteam. I avtalet står att de mest sjuka med återkommande vårdbehov kan erbjudas inskrivning i vårdformen. Gruppen mest sjuka med återkommande vårdbehov är personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. I denna rapport redovisar vi uppföljningen av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam samt arbetet i de delregionala samverkansorganen under avtalets fyra år, dvs 2017-2020. I rapporten redovisas också förslag på framtida åtgärder för att främja ökad utvecklingskraft och geografisk jämlikhet. En uppföljning av effekter av vårdformen är önskvärd men systematiskt insamlade data för detta ändamål saknas. Vidare försvåras en uppföljning av att det är svårt att isolera konsekvenser av vårdformen från andra förändringar som har skett under samma period, inte minst den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och Covid 19-pandemin. Uppföljningen bygger på material insamlat genom enkäter och intervjuer med medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler och medlemmar i delregionala samverkansorgan samt registerdata från Region Skåne.

I december år 2020 var vårdformen etablerad i åtminstone någon utsträckning vid vårdcentraler i samtliga 33 skånska kommuner och vid drygt 80 procent av Skånes vårdcentraler totalt sett. Variationen är dock stor när det gäller hur många personer som skrivits in i vårdformen vid respektive vårdcentral. Dessa variationer kan inte förklaras av skillnader i andelen listade äldre med stora behov. Det illustreras också av att 18 vårdcentraler (drygt 10% av samtliga vårdcentraler) svarade för 39 procent av alla inskrivna personer i vårdformen i december 2020. Överlag är en högre andel av alla listade personer som är 75 respektive 80 år eller äldre inskrivna vid mindre vårdcentraler jämfört med större och vid offentliga jämfört med privata vårdcentraler. Det finns dock undantag, framförallt i form av privata vårdcentraler som har relativt sett många personer inskrivna i vårdformen.

Organisering av arbetet i de mobila vårdteamen varierar mellan olika platser i Skåne. De delar av innehållet i vårdformen som är relativt enkel att standardisera – såsom kriterier för inskrivning, användning av särskild inskrivningsblankett och att alla aktörer som ska vara med vid

inskrivningstillfället är med vid en samordnad individuell plan (SIP) – fungerar relativt väl och på ett likartat sätt i olika geografiska områden. Det finns däremot en stor variation i hur vårdformen, inklusive läkarstödet, organiseras och bedrivs på lokal nivå. Flera berörda medarbetare menar att läkarstödet bör organiseras kring en eller några få utsedda läkare i teamen som utgör kontaktvägar för kommunens sjuksköterskor in i primärvården. Samtidigt svarade endast en tredjedel av de berörda medarbetarna att läkarstödet organiseras på detta sätt i 2020 års enkät.

Vår enkätstudie bland tjänstemän i delregionala samverkansorgan visar att det finns delvis olika uppfattningar mellan kommuner och Region Skåne respektive mellan olika delregionala samverkansorgan. Medan skillnader i uppfattningar mellan ledamöter från kommuner och Region Skåne minskat mellan 2018 och 2020 har de snarast blivit tydligare när det gäller ledamöter från olika delregionala samverkansorgan. Det kan noteras att förutsättningarna för samverkan skiljer sig stort mellan olika delregionala samverkansorgan, t ex när det gäller hur många kommuner som medverkar samt vilken kontinuitet som finns bland ledamöter. Mest positiva uppfattningar om vilken samverkan som uppnåtts återfinns bland ledamöter i Malmö delregionala samverkansorgan.

Eftersom arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå blir lokala förutsättningar avgörande för att vårdformen ska fungera. Det finns flera faktorer som underlättar respektive försvårar införande och funktion av en vårdform som bygger på samverkan mellan personer med olika professionell bakgrund och över organisatoriska gränser. Två faktorer som underlättat arbetet lyfts av en majoritet av de medarbetare som intervjuats och besvarat enkäter; att vårdformen upplevs som viktig för att tillgodose behov hos den aktuella patientgruppen, och att det sedan tidigare fanns upparbetade bra relationer och samsyn mellan medarbetare i kommun och primärvård.

I rapporten ges förslag på åtgärder för den framtida styrningen och uppföljningen baserat på slutsatser om utvecklingen så här långt. Goda intentioner och professionella drivkrafter kan räcka långt men om implementeringen ska bli jämlik och kraftfull behövs någon form av formell styrning och ledning. Mer formellt stöd och hjälp i utvecklingsarbetet och en bättre balans mellan styrning uppifrån och lokala frihetsgrader efterfrågas också i stor utsträckning av berörda medarbetare. I de fall det tidigare har saknats

upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler, inklusive kontinuitet i läkarkontakterna, efterfrågas en tydligare styrning uppifrån för att underlätta etableringen av vårdformen. I de fall samverkan fungerat bra även tidigare efterfrågas större inslag av formell styrning mot bakgrund av att det annars finns en risk att den vård som erbjuds skåningarna blir ojämlig. Samtidigt med dessa önskemål finns också en bild av att styrdokument behöver förankras lokalt och att det måste finnas möjligheter till anpassning utifrån lokala förutsättningar. En delikat fråga för det fortsatta utvecklingsarbetet är därför vem och på vilken nivå som de efterfrågade styrdokumenterna ska tas fram och vilka lokala frihetsgrader som ska finnas.

Medan inskrivningskriterier och formella krav på vilken blankett som ska användas är enklare att standardisera är det egentliga innehållet i vårdformen mobilt vårdteam betydligt svårare att standardisera. Lokala förutsättningar kommer oavsett styrdokument och riktlinjer att bli avgörande för vårdformens reella utformning och kvalitet. Även om det finns möjligheter att utveckla styrdokument utifrån erfarenheter så här långt, måste de åtgärder som görs för att främja ökad utvecklingskraft och bättre jämlikhet även säkerställa möjligheterna för fortsatt lärande. Åtgärder för att stötta lärande i och mellan de organisationer som omfattas av vårdformen innefattar systematisk uppföljning av såväl arbetssätt (processer) och effekter av vårdformen för patienter och deras anhöriga (utfall). Det är först med utgångspunkt i erfarenheter som följts upp systematiskt som det finns förutsättningar för ökad kunskap om vilka lösningar som fungerar i olika sammanhang och hur dessa lösningar bäst kan implementeras. Genom stärkt uppföljning, ökad transparens och möjligheter till erfarenhetsutbyten kring ”goda exempel” kan också motivationen för att utveckla samverkan stärkas. På sikt kan styrdokument och riktlinjer utvecklas utifrån bättre kunskaper om vad som fungerar bättre och sämre, givet olika lokala förutsättningar. I detta sammanhang har även formella studier och kliniska forskning betydelse för att skapa ökad legitimitet åt styrdokumenterna. En avgörande faktor för att säkerställa en sådan fortsatt långsiktig utveckling är dock att berörda huvudmän anger en långsiktig ambition och viljeinriktning när det gäller samverkan inom ramen för vårdformen mobilt vårdteam

Kapitel 1

BAKGRUND

1.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVTALET MELLAN REGION SKÅNE OCH DE SKÅNSKA KOMMUNERNA

I hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) regleras sedan hösten 2016 vårdformen mobilt vårdteam. I avtalet står det att de mest sjuka som har återkommande vårdbehov kan erbjudas inskrivning i vårdformen. Gruppen mest sjuka med återkommande vårdbehov omfattar personer som bor i kommunens särskilda boenden, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser och som har ett omfattande vårdbehov. För att få skrivas in i mobilt vårdteam måste personen uppfylla fyra av sex kriterier:

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

Personer som uppfyller dessa kriterier behöver en tydlig kontinuitet i vårdkontaktarna och har därför behov av ett väl anpassat och organiserat vård- och omsorgsomhändertagande. För denna grupp behövs en lösning där man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård 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. Förutom läkare och sjuksköterska kopplas ytterligare professioner in efter patientens behov. Dessa kan vara till exempel arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal. En gemensam samordnad individuell plan (SIP) ska alltid upprättas och ligga till grund för inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam. Vid inskrivning i vårdformen ska alltid läkare från primärvård, sjuksköterska från kommun och patient/anhörig involveras. Vidare ska en särskild inskrivningsblankett alltid användas vid inskrivning i vårdformen.

1.2 ÖVERGRIPANDE ORGANISERING FÖR ATT IMPLEMENTERA VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM

Den övergripande organiseringen för arbetet med att ge stöd för och implementera den nya vårdformen bygger på samverkan på både central och delregional nivå mellan tjänstemän och politiker från kommuner och Region Skåne. På central nivå finns ett Centralt samverkansorgan (politiker) samt en Central tjänstemannaberedning (tjänstemän). På delregional nivå finns det sex delregionala samverkansorgan. Representanter från branschrådet för privata vårdgivare medverkar i central tjänstemannaberedning och delregionala samverkansorgan. Det finns stora variationer i antalet kommuner som ingår i respektive delregionalt samverkansorgan:

- Nordvästra - Båstad, Ängelholm, Örkelljunga, Höganäs, Helsingborg, Åstorp, Bjuv, och Klippan (8)
- Nordöstra - Perstorp, Östra Göinge, Kristianstad, Hässleholm, Osby och Bromölla (6)
- Mellersta - Kävlinge, Lomma, Burlöv, Eslöv, Höör, Hörby, Lund, Staffanstorps, Landskrona och Svalöv¹ (10)
- Sydvästra - Vellinge, Trelleborg och Svedala (3)
- Sydöstra - Sjöbo, Tomelilla, Simrishamn, Skurup och Ystad (5)
- Malmö - Malmö (1)

Arbetet med att implementera den nya vårdformen är i mycket hög grad decentraliserat till i första hand lokal verksamhetsnivå (kommuner och primärvård) men även delregional samverkansnivå. På central nivå (central tjänstemannaberedning) hanteras en rad frågor av övergripande karaktär såsom gemensamma överenskommelser, utredningsuppdrag, utbildningar och metodstöd. En ny lag om samverkan vid utskrivning från sjukhus (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 2017:612) innebär att mycket av arbetet under 2018 fokuserade utveckling och införande av nya rutiner kopplat till denna. Detta arbete fortsatte under 2019-2020 och har påverkat förutsättningarna för att arbeta enligt de intentioner som formulerades när HS-avtalet upprättades. Enligt en nationell utvärdering av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har den nya lagen bidragit till ökad planering utanför

¹ Landskrona och Svalöv ingick i nordvästra fram till våren 2019

sjukhusen och ökad administration och arbetsbelastning i kommunerna och primärvården (Vårdanalys 2020). Under 2020 har den pågående Covid 19-pandemin också påverkat såväl förutsättningarna för att arbeta med de patienter som den nya vårdformen avser samt det arbete som har skett på en mer övergripande nivå.

1.3 RAPPORTENS SYFTE

KEFU har fått uppdraget att följa upp implementeringen av den nya vårdformen mobilt vårdteam under 2017-2020 i tre delar:

- Del 1: Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam.
- Del 2: HS-avtalets kostnadsutveckling.
- Del 3: Effekter av vårdformens etablering och funktion.

Genomförandet av uppdragets alla delar har gjorts i samverkan mellan KEFU, Region Skåne och Skånes Kommuner. *Denna rapport syftar till att redovisa del 1 av uppdraget, den del som avser att följa upp vårdformens etablering och funktion.* Resultat från uppföljningen av avtalets första, andra och tredje år har tidigare redovisats i delrapporter – en för respektive år. I föreliggande rapport ämnar vi ge en så heltäckande bild som möjligt av uppföljningen under hela perioden, det vill säga år 2017-2020, i syfte att ge en bild av utvecklingen över tiden. Det innebär att de teoretiska referensramar som använts och vissa resultat som har redovisats i tidigare delrapporter även redovisas i föreliggande rapport.

Kapitel 2

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER FÖR VÅR ANALYS

De teoretiska utgångspunkterna för vår analys har varit likartade under de fyra år som uppföljningen har genomförts. Vi har lagt till och utvecklat delar av de teoretiska utgångspunkterna efterhand och utifrån de frågeställningar som identifierats i olika delrapporter.

2.1 SAMVERKAN OCH BEHOV AV STYRNING OCH LEDNING

Samverkan kan definieras som ett gränsöverskridande gemensamt arbete. Gränserna kan t ex avse professioner/yrken (interprofessionellt), organisatoriska enheter (interorganisatoriskt) eller huvudmän (intersektoriellt). Ett huvuddrag i resultaten från internationell och generell forskning om samverkan är dels att det är svårt (eftersom många hinder kan identifieras) dels att det är riskfyllt (eftersom samverkan tar tid och att effekterna är osäkra). Två tongivande forskare på området har med dessa utgångspunkter gett det allmänna rådet att enbart sträva efter samverkan i de fall det verkligen är nödvändigt (Huxham & Vangen 2005).

Axelsson & Bihari Axelsson (2007) sammanfattar forskningen kring olika hinder för samverkan inom vård och omsorg genom att skilja mellan strukturella och kulturella hinder. Strukturella hinder är förekomsten av olika regelsystem, ansvarsområden, finansieringslösningar, budgetar, informationssystem och administrativa gränsdragningar. Kulturella hinder avser olika sätt att se på patienter och brukare, olika utbildningar, samt olika språkbruk, attityder och värderingar bland de professioner som berörs. Strukturella och kulturella hinder hänger samman och kan förstärka varandra. Olika former av revirbevakande beteende kan t.ex. ha sin grund i både försvarande av budgetar och ansvarsområden och den egna kunskapen och yrkesrollen.

Tvärt emot vad som kan kännas intuitivt rimligt visar studier att samverkan mellan två parter som är olika kan vara enklare än samverkan mellan parter som är lika. Även informella maktförhållanden har betydelse. I en studie av samverkan kring äldres vård och omsorg i Göteborg av Lofström (2007) noteras

t ex att samverkan mellan yrkesgrupper utvecklades i de fall auktoritetsförhållandena kunde beskrivas som asymmetriska (mellan sjukgymnaster/arbetsterapeuter och biståndsbedömare/hemtjänst). Om parterna var jämbördiga, däremot, utvecklades enbart en samordning i form av ansvarsuppdelning (mellan sjukgymnaster och arbetsterapeuter). En tänkbar förklaring är att samverkan mellan parter som uppfattar sig som jämbördiga kan vara mer utmanande för berörda individer och därmed svårare att uppnå.

Flera studier har identifierat att samverkan är en process som utvecklas i olika faser. En klassisk modell som använts i flera sammanhang är Tuckman (1965) som beskrev fyra faser i utvecklingen av multidisciplinära team: forming, storming, norming, performing. Senare forskare har föreslagit en indelning i andra faser, t.ex. formering, implementering och vidareutveckling (Lorange & Roos 1992). Gemensamt är dock uppfattningen att samverkan efter en initial period av optimism och intresse vanligtvis genomgår en kritisk fas när de olika synsätten och målen ska samordnas. Dessa faser kan i sin tur kopplats samman med olika krav på ledarskap (Axelsson & Bihari Axelsson 2006).

För att ge stöd åt samverkan är det angeläget att följa upp i vilken grad olika faser och målsättningar uppnås. Derneckere m fl (2011) föreslår 19 indikatorer som kan användas för att följa upp graden av teambaserat arbete i vården. De mest relevanta indikatorerna när det gäller uppföljning av vårdformen mobilt vårdteam är "team relations", "quality of team leadership", "culture/climate for teamwork", "team perceived coordination of the care process" och "team vision". Dessa indikatorer kan omsättas till påståenden i en enkät som medlemmar i teambaserad vård får ta ställning till. På så sätt kan effekter av olika insatser över tid studeras. Den uppmätta graden av teambaserat arbete skulle också kunna ge information om vilken typ av stöd och ledarskap som krävs vid olika tidpunkter.

Det vetenskapliga stödet för att olika externa interventioner kan förbättra interprofessionell samverkan är svagt (Reeves et al 2017). Det vetenskapliga stödet för olika team-utvecklande interventioner i den öppna vården är också svagare jämfört med den slutna vården. När samverkan väl uppstår är det vanligare att man dokumenterar positiva effekter i form av att personalen upplever bättre samverkan, än att vården och omsorgen till patienter och brukare blivit annorlunda. I de fall man konstaterat positiva effekter för patienter och brukare är upplevelsen av samverkan inte lika stark som när den beskrivs av

berörd personal (se referenser i Anell & Mattisson 2009). Ett annat problem är hur samverkansinsatser kan riktas mot rätt målgrupp. I många fall sätts samverkansinsatser in för sent i patienternas och brukarnas perspektiv. Om samverkan sätts in sent så är det sannolikt svårare att uppnå positiva effekter. Ett tidigt identifierande av sammansatta behov är sannolikt viktigt för att uppnå hög effektivitet vid samverkan. Samtidigt kräver sådana tidiga insatser att personer med sammansatta behov kan identifieras på ett träffsäkert sätt.

En central fråga i samverkansambitioner är hur skillnader i mål, synsätt och prioriteringar mellan ingående parter ska hanteras. Samverkansbehov uppstår i huvudsak mellan organisationer som har olika och kompletterande kompetens, och dessa har högst troligt delvis olika syn på patienter och brukare och delvis skilda målsättningar. Forskare verkar överens om att effektiv samverkan kräver ömsesidigt förtroende och gemensamma mål, eller åtminstone att de medverkande parternas bevekelsegrunder för att se positivt på samverkan inte kolliderar. Om inte de egna målen till en del uppnås finns en risk att parter väljer att avstå från samverkan eller att man intar en mer passiv inställning.

Ett generellt problem mot denna bakgrund är att samverkan inte alltid sker inom de områden där det finns störst behov av insatser. Om graden av samverkansaktiviteter styrs av lokala intressen finns risk för att samverkan uppstår inom de områden där det är enklast, snarare än inom de områden där det verkligen behövs. I detta avseende kan också ett dilemma identifieras. Å ena sidan är det positivt med utveckling underifrån med stöd av 'eldsjälar' för att skapa samverkan. Å andra sidan finns ingen garanti för att en sådan process leder till samverkan inom de områden och för de individer där det verkligen behövs.

Graden av frivilliga samverkansaktiviteter kan också kopplas samman med en organisations "readiness for change" (Weiner m fl 2008). Både bland praktiker och forskare har noterats att en sådan "readiness" är en viktig faktor för all typ av förändring, även när det gäller samverkan med andra. Förutom att olikheter i detta avseende kan påverka förändringstakten mot nya former av samverkan kan även resultaten påverkas. Det är rimligt att anta att samverkan utvecklas enklare och med bättre resultat bland de vårdgivare som själva ser behoven och vilka vinster som kan uppnås. Det kan vara svårare att uppnå samverkan och positiva resultat efterhand som även andra vårdgivare engageras.

2.2 ORGANISERING OCH STANDARDISERING AV SAMVERKAN

Förutsättningarna för samverkan kan vara svårare i den öppna vården eftersom berörda medlemmar i sådana team kan ha olika fokus på teamets uppgift. Bäst förutsättningar finns om medarbetares patienter eller ”caseloads” helt överlappar. I sådana fall finns bra förutsättningar att utveckla gemensamma mål och skapa motivation till samverkan (Miller et al 2018). Om medarbetare enbart till en mindre del arbetar med gemensamma patienter saknas dessa förutsättningar. Det kan då vara svårt att få enskilda medarbetare att investera den tid och kraft det tar att utveckla samverkan. Mobila team för äldre bemannas av sjuksköterskor från kommunen som enbart eller till mycket stor del arbetar med dessa patienter och därför har fullt fokus på patientgruppens förutsättningar. Bland läkare, däremot, kan insatserna för patientgruppen variera tidsmässigt beroende på hur arbetet organiseras. En möjlighet är t ex att vårdcentraler avsätter särskilda dedikerade läkarinsatser för arbetet, vilket innebär att insatserna i vårdformen mobilt team är koncentrerad till en eller åtminstone få läkare. I så fall finns en bättre överlappning i ”caseload” vilket även bör ge bättre förutsättningar att utveckla gemensamma mål och investeringar i samverkan. En annan möjlighet är att varje läkare på en vårdcentral tar hand om insatser i vårdformen mobilt vårdteam för ”sina” listade individer. I sådana fall kommer läkares och sjuksköterskors ”caseload” i vårdformen mobilt vårdteam att ha stora skillnader. Det blir då mera utmanande att utveckla gemensamma mål vilket kan skapa frustration bland inte minst kommunens sjuksköterskor. Det kan vara svårare att få läkare att investera den tid och de resurser som krävs för att nå en bra samverkan inom vårdformen mobilt vårdteam, mot bakgrund av att det finns många parallella krav. Eftersom det är svårare att uppbygga en väl fungerande relation med kommunens sjuksköterskor kan behovet av väl utvecklade rutiner antas vara större.

Sett enbart till förutsättningar för att uppnå samverkan bör dedikerade läkarresurser till de mobila teamen ha fördelar framför en arbetsmodell där flera olika läkare medverkar. Vilken lösning som kan anses mest lämplig påverkas dock även av andra mål, avvägningar och förutsättningar. Brister när det gäller överlappande ”caseload” och kontinuitet i läkarresurser (eller annan personal) till teamen kan åtminstone till en del hanteras genom utvecklade former för dokumentation och delning av information respektive en standardisering av arbetsrutiner. I det sammanhanget har form och struktur för den individuella

vård- och omsorgsplanen en stor betydelse och kan kompensera för brister i kontinuiteten när det gäller personal.

2.3 BEGRÄNSANDE OCH MÖJLIGGÖRANDE STYRNING

Arbetet med att implementera HS-avtalet är i stor utsträckning decentraliserat till lokal nivå (se 1.2). Det är därmed i hög grad enskilda kommuner och vårdcentraler som förväntas ta sig an uppdraget att implementera vårdformen på ett sätt som passar de lokala förutsättningarna bäst. Givet det upplägget kan man principiellt tänka sig två sätt som central och delregional nivå kan jobba med gemensamma överenskommelser, utredningsuppdrag, utbildningar och metodstöd för att ge stöd åt utvecklingen på verksamhetsnivån. Det första upplägget innebär att man tar fram tydliga dokument, rutiner och handlingsplaner för implementering och arbetssätt samt uppföljningsverktyg för att kunna följa och utvärdera vårdformen på ett likartat sätt i hela Skåne. Detta upplägg betonar verksamhetsnivåns ansvar för implementeringen medan lösningarna till stor del blir gemensamma. Det andra upplägget innebär att man i högre grad främjar lärande och utveckling underifrån genom att uppmuntra framtagande av egna, lokala lösningar. Det stöd som erbjuds fokuserar metodutveckling, förbättringsarbete, utveckling av arbetsformer samt att samla och dela goda exempel mellan kommuner och vårdcentraler kring hur man har tagit sig an och löst utmaningarna. Den första strategin är mer begränsande och syftar till att man ska arbeta på ett likartat sätt i hela Skåne. Den andra strategin är mer möjliggörande och i mindre utsträckning styrande, vilket kan förväntas leda till att delvis olika lösningar prövas i skilda kommuner. På längre sikt och i takt med vunna erfarenheter kan olikheter eventuellt jämnas ut.

De två uppläggen som beskrivs anknyter till hur styrningens roll teoretiskt beskrivits som begränsande eller möjliggörande (se Simons 1995; Simons 2000; Adler och Borys 1996; Ahrens och Chapman 2004). Något förenklat handlar begränsande styrsystem om att individer förväntas agera i enlighet med beslut som fattas högre upp i organisationen utan deras inblandning medan styrsystem uppmuntrar individer att vara delaktiga i beslut och processer. Möjliggörande styrning främjar lärande och utveckling i organisationen medan begränsande styrning handlar mer om att säkerställa att instruktioner efterlevs. Olika styrsystem används dock inte isolerat utan tillsammans i olika grad i olika organisationer för att kunna balansera olika målsättningar och förväntningar.

2.4 UTGÅNGSPUNKTER FÖR LÄRANDE OCH SPRIDNING AV NYA ARBETSSÄTT/INNOVATIONER

Vårdformen mobilt vårdteam kan betraktas som en komplex intervention. Med ”komplex” avses här att enskilda yrkesutövare och vårdenheter inte kan implementera interventionen själva genom ensidiga beslut. Ett införande och en spridning av vårdformen mobilt vårdteam kräver istället insatser på kollektiv och gemensam nivå, vilket även ställer krav på ett stödjande ledarskap. Detta särdrag innebär i sin tur att interventionen i mindre grad blir standardiserbar jämfört med många andra interventioner i vården. Det går att standardisera vilka som ska få ta del av mobilt vårdteam (inklusionskriterier) och vilka som ska medverka vid upprättande av individuell vårdplan. Det går också att följa upp hur många som skrivits in i vårdformen och hur många planer som genomförts. Denna typ av uppföljning säger dock litet om det kvalitativa innehållet, som kan variera stort beroende på hur vårdformen implementerats och givet vilka förutsättningar. Särdragen i komplexa interventioner påverkar också förutsättningarna för en spridning. Eftersom komplexa interventioner förutsätter en lokal anpassning och utveckling sprids de långsammare. De effekter som uppstår beror i hög grad på med vilket allvar de implementerats och på förutsättningarna. Vid komplexa förändringar finns inget entydigt ”facit” för vad som ska göras. Kraven på organisatoriskt lärande och utveckling ”underifrån” ökar.

För att utveckla en ledning och styrning som ger stöd åt en spridning av komplexa och icke-standardiserbara interventioner finns anledning att ta lärdom från tidigare innovationsforskning. Jensen m fl (2007) har tidigare skiljt mellan ”Science, Technology and Innovation” (STI) ansatsen respektive ”Doing, Using and Interaction” (DUI) ansatsen. STI ansatsen dominerar inom hälso- och sjukvården. Denna ansats baseras till stor del på att interventionen är standardiserbar och därför kan studeras inom ramen för kontrollerade studier. Mycket av innovationsarbetet handlar om att sluta gapet mellan tillgänglig evidens (t ex vilka behandlingar som ska ges till vilka patientgrupper) och klinisk praktik. Spridningen åstadkoms framför allt genom enkelriktad information, t ex genom konferenser, facktidskrifter, seminarier och möten. STI ansatsen utgår från att vårdgivare kan behandla patienter utifrån en evidensbaserad standard. Variationer i tillämpningarna ses som ett problem som bör minimeras. DUI ansatsen baseras istället på praktiska erfarenheter och lösningar som passar i en specifik organisatorisk kontext. Det kan fortfarande

finnas gemensamma mål och standards för verksamheten, men de som berörs har samtidigt möjligheter att utveckla verksamheten på olika sätt för att nå målen. Denna ansats sammanfaller väl med de förutsättningarna som kan identifieras för komplexa förändringar. Även om det finns kunskaper och evidens när det gäller samverkan i team behövs så gott som alltid en ”översättning” så att denna form av komplex förändring passar in, förstås och accepteras av berörda medarbetare. Medarbetare som berörs behöver involveras i utvecklingen. Deras erfarenheter och reflektioner behöver tas tillvara. Om behovet av översättning och anpassning inte beaktas uppstår sannolikt problem. Medarbetare kan protestera eftersom man inte förstår varför en förändring eller samverkan i team behövs eller vad den ska leda till. Variationer i tillämpningarna blir i dessa fall en lösning snarare än ett problem.

De två ansatserna (STI och DUI) står inte alls i konflikt med varandra. Det är istället kombinationen av ansatserna som kan antas förbättra en organisations samlade innovationskapacitet (Isaksen och Nilsson 2013). Det finns inget som hindrar att en verksamhet följer evidensbaserade standards när det gäller förebyggande insatser, diagnostik och behandlingar och samtidigt utvecklar egna organisatoriska lösningar och arbetsformer ”underifrån” när det gäller t ex samverkan med andra. Den formativa och involverande process som krävs för att utveckla arbetsformer och genomföra komplexa förändringar ställer en rad krav. Styrning, ledning och uppföljning bör bidra till ökad självinsikt bland vårdgivare om de egna resultaten samt generera motivation till förändring snarare än att peka ut vilka lösningar som ska implementeras. Det måste finnas tid för reflektion och intern kommunikation mellan medarbetare. Faktorer som kan bidra till nya idéer är att det finns möjligheter till externa relationer och perspektivskiften, bl a genom användning av patienters upplevelser och erfarenheter. Det måste också finnas ett ledarskap och frihetsgrader lokalt som kan driva på utvecklingen. Samtliga dessa faktorer – tillräckligt med tid, externa perspektiv, intern kommunikation och tillräckliga frihetsgrader - återkommer också i systematiska översikter över vad som främjar innovationer i hälso- och sjukvården (se Greenhalgh m fl 2004). Dessa faktorer hänger också väl samman med den möjliggörande styrning som beskrivits i föregående avsnitt 2.3.

Kapitel 3

GENOMFÖRANDE

3.1 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GENOMFÖRANDE AV UPPFÖLJNINGEN ÅR 2017-2020

Uppföljningen av samverkansarbetet under avtalets första två år handlade i mycket hög utsträckning om att följa ett rörligt mål som ständigt förändrades. Vårdformen mobilt team började implementeras under 2017 på flera håll i Skåne. Parallellt har skett en kontinuerlig utveckling av arbetsformerna i den nya vårdformen. Därefter har vårdformen gradvis implementerats i olika utsträckning i olika delar av Skåne och utvecklingen av arbetsformer likaså. Flera andra faktorer än det nya HS-avtalet har påverkat arbetet med den aktuella patientgruppen i Region Skåne och de skånska kommunerna under de år som uppföljningen avser, inte minst lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus (2017:612) och Covid 19-pandemin. Det sistnämnda har inneburit utmaningar vad gäller att genomföra intervjuer med medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler inom ramen för det fjärde årets uppföljning.

3.2 METOD

Arbetet med uppföljningen har under hela perioden 2017-2020 skett i nära samverkan mellan KEFU och Central Tjänstemannaberedning. Vi har använt olika typer av material för att få en så god bild som möjligt över vårdformens etablering och utveckling. Vissa uppföljningsverktyg har vi förfinat och återanvänt flera år. Andra har vi använt enskilda år. Vi har strävat efter såväl bredd som djup i data. Ett viktigt delsyfte de första åren var att kartlägga framgångsfaktorer för etablering och funktion. I takt med att vårdformen har etablerats har skillnader i organisering och arbetsformer inom Skåne studerats i högre grad. För att kartlägga etablering, organisering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam under 2017-2020 har vi använt oss av både kvantitativa och kvalitativa metoder:

- Insamling och deskriptiv statistisk analys av svar på enkät om etablering, organisering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam genom enkät riktad till alla personer som omfattas eller kan komma att omfattas av arbetssättet mobilt vårdteam i Skånes kommuner och Region Skåne under 2017, 2018 och 2020.
- Deskriptiv statistisk analys av uppgifter om förekomst från Region Skånes vårdcentraler för 2017-2020. Jämförbara data från de skånska kommunerna saknas.
- Statistisk analys av registerdata från Region Skåne för att studera samvariation mellan grad av implementering per vårdcentral och faktorer som representerar egenskaper hos respektive vårdcentral för åren 2018-2019.
- Intervjuer och kvalitativ analys av erfarenheter av etablering och funktion i fall som bedömts som särskilt intressanta. Material har insamlats genom intervjuer med sjuksköterskor i kommuner och läkare i Region Skåne. Under det sista uppföljningsåret har våra intervjuer haft en delvis annan inriktning. Utöver att följa etableringen av vårdformen har vi i högre grad försökt identifiera vilken typ av uppföljning och styrning som kan ge stöd för en fortsatt utveckling.
- Insamling och deskriptiv statistisk analys av enkätdata från medlemmar delregionala samverkansorgan under 2018 och 2019. Syftet var att kartlägga uppfattningar om grad av samverkan samt arbetets inriktning och effekter.

3.3 DATA

3.3.1 ENKÄT TILL MEDARBETARE

I syfte att kartlägga etablering och funktion gällande vårdformen mobilt vårdteam var en utgångspunkt att samla in data om förekomst och erfarenheter från samtliga medarbetare inom Region Skåne och de skånska kommunerna som kan komma att arbeta i vårdformen. En begränsande faktor i detta sammanhang är att samlade kontaktuppgifter till dessa medarbetare inte är möjliga att få fram annat än genom lokala kontaktytor. Arbetsgången för att samla in data från dessa var därför att skicka en länk till enkäten till alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i samtliga skånska kommuner samt till verksamhetschefer vid samtliga vårdcentraler med en förfrågan om att skicka ut enkäten till relevanta

medarbetare. Som en konsekvens av denna arbetsgång är det inte möjligt att få fram en svarsfrekvens eller att göra någon bortfallsanalys.

I uppföljningen år ett, två och fyra har vi samlat in data om förekomst och erfarenheter från medarbetare inom Region Skåne och de skånska kommunerna som kan komma att arbeta i vårdformen genom en webenkät. Denna mätning genomfördes inte under tredje årets uppföljning. Enkäten år 2017 och 2018 skickades ut första veckan i oktober och enkäten år 2020 skickades ut första veckan i december. Vi skickade två påminnelser samtliga år. I tabell 3.1 redovisas antal respondenter respektive år. Bland kommunerna är det övervägande sjuksköterskor som svarat och bland vårdcentralerna är det övervägande läkare som har svarat. Notera att tabellen innehåller samtliga respondenter, det vill säga både de som deltar i vårdformen och de som inte deltar i vårdformen. I kolumnen längst till höger redovisas det antal (och andel) som deltar i vårdformen, det vill säga arbetar i ett eller flera mobila vårdteam i någon utsträckning.

Tabell 3.1 Enkät svar från medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler

	Primärvård	Kommun	Alla	Deltar i mobilt vårdteam
2017	54	229	283	56 (20%)
	48 vårdcentraler	31 kommuner		
2018	45	189	234	110 (47%)
	34 vårdcentraler	25 kommuner		
2020	81	165	246	122 (49%)
	43 vårdcentraler	32 kommuner		

3.3.2 ENKÄT TILL MEDLEMMAR DELREGIONALA SAMVERKANSORGAN

Till delrapport två och tre genomfördes en enkätstudie till tjänstemän i delregionala samverkansorgan. Enkäten skickades ut via mail i oktober 2018 till

80 tjänstemän och i februari 2020 till 68 tjänstemän. Antal respondenter och svarsfrekvens de båda åren redovisas i tabell 3.2. Även om den generella svarsfrekvensen är god jämfört med vad som förväntas för denna typ av undersökning finns stora variationer mellan olika regionala samverkansorganen. I ett fall (Sydost) har dessutom kontaktuppgifterna till tjänstemän inte varit kompletta vid utskick av enkäten år 2020. Dessa brister i underlaget innebär att särskilt skillnader mellan delregionala samverkansorgan är osäkra och ska tolkas försiktigt. I vår redovisning av resultaten jämförs i första hand resultaten för kommuner respektive Region Skåne samt för Malmö respektive övriga delregionala samverkansorgan som grupp.

Tabell 3.2. Enkätutskick år 2020 till tjänstemän i olika delregionala samverkansorgan.

	2018 (utskick)	2018 (svar)	2020 (utskick)	2020 (svar)
Totalt	80	36 (45%)	68	44 (65%)
Malmö	12	6	9	8
Mellersta	16	10	14	6
Nordost	15	6	15	7
Nordväst	18	6	16	11
Sydost	12	3	8	8
Sydväst	7	5	6	4

Enkäten var i huvudsak samma år 2018 och 2020 vilket möjliggör övergripande jämförelse över tid. Frågorna baseras dels på samma frågor om samverkansgrad som ställs till vårdteamen, dels på frågor om arbetets effekter på samverkan i stort respektive etablering av vårdformen mobilt vårdteam samt önskvärda förutsättningar för det fortsatta arbetet.

3.3.3 REGISTERDATA FRÅN PRIMÄRVÅRDEN I REGION SKÅNE

I uppföljningen för det tredje året har vi i större utsträckning än de tidigare två åren använt registerdata för att analysera mönster gällande etablering och förekomst av vårdformen.

Vårdcentralerna i Region Skåne rapporterar varje månad in statistik över antal inskrivna i vårdformen. Denna data har vi haft tillgång till för att analysera förekomst av vårdformen år 2017-2020 sett ur primärvårdens perspektiv.

För år 2018-2019 har vi också använt information om antal listade som är 75 år eller äldre respektive över 80 år eller äldre per vårdcentral för att skapa ett relativt mått av grad av implementering av vårdformen: **implementeringsgrad uttryckt som andel** inskrivna av alla listade vid vårdcentralerna i de båda åldersgrupperna. För dessa år har vi också **analyserat samvariation mellan olika faktorer och implementeringsgrad** per vårdcentral. De olika faktorerna representerar olika egenskaper hos vårdcentraler:

- Lokalisering (kommun)
- Tillhörighet till delregionalt samverkansorgan
- Storlek (antal listade)
- Åldersprofil hos listade (andel över 75 år av alla listade)
- Genomsnittlig socioekonomisk profil hos listade (CNI)
- Genomsnittlig vårdtyngd hos listade (ACG)
- Egenskap hos verksamhetschef (läkare eller annan profession)
- Privat eller offentlig vårdcentral
- Följsamhet till riktlinjer avseende äldre patienter (vaccinationstäckningsgrad säsongsinfluensa personer över 65 år)
- Grad av kontinuitet gentemot alla patienter (andel patienter som gjort minst tre besök och som fått träffa samma läkare vid minst hälften av besöken)
- Produktion uttryckt som antal besök per alla listade
- Karaktär av producerade besök uttryckt som andelen läkarbesök av alla besök som produceras
- Produktivitet uttryckt som utbetalt belopp viktat besök (läkarbesök = 1, alla andra besök = 0,4)
- Patientnöjdhet som mått på övergripande kvalitet (helhetsintryck enligt NPE)

3.3.4 DATA FRÅN SKÅNSKA KOMMUNER

Som vi konstaterat i delrapporterna för tidigare år saknas registerdata kring antal inskrivna i vårdformen samt genomförda SIPar från kommunernas sida i mycket

stor utsträckning. I ett försök att kartlägga detta skickade Kommunförbundet Skåne en fråga om förekomst av vårdformen (antal inskrivna) till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i respektive kommun per mail under hösten 2017. Denna data hade vi tillgång till för att analysera förekomst av vårdformen år 2017 sett ur kommunernas perspektiv. Data var dock inte komplett eftersom inte alla kommuner svarade på utskicket. Under 2018 gjorde den centrala tjänstemannaberedningen en ny insats för att samla in enhetliga data från kommunerna och de lokala samverkansgrupperna om antal inskrivna i vårdformen genom en enkät. Dock har jämförbarheten i de uppgifter som samlats in inte kunnat säkerställas varför dessa uppgifter inte redovisas i föreliggande rapport.

3.3.5 KVALITATIVA FALLSTUDIER

I syfte att studera erfarenheter av etablering och funktion samt hur arbetet i de mobila vårdteamen kan fungera har vi gjort fallstudier av några exempel som uppfattats som intressanta. De fallstudier som genomfördes under uppföljningens första år baserades på ett fåtal intervjuer med MAS samt allmänläkare i primärvård i tre fall. Vid val av fall att studera eftersträvade vi en spridning dels geografiskt och dels avseende i vilken utsträckning den nya vårdformen hade etablerats under avtalets första år. I Tomelilla fanns det många inskrivna redan tidigt under 2017. I Kristianstad fanns det inga inskrivna i slutet av 2017. I Höganäs kom arbetet igång under andra halvåret då ganska många skrevs in i vårdformen. Dessa tre fall studerade vi under 2017 (intervjuer i november) och följde upp under 2018 (intervjuer i oktober-november). Vid uppföljningen under 2018-2020 intervjuades MAS och sjuksköterskor som arbetar i teamen, samt allmänläkare som jobbar i teamen i några fall (se tabell 3.1).

Under 2018-2020 studerade vi även Malmö, som är ett exempel på en större kommun med många vårdcentraler. Här kom etableringen igång på ett strukturerat sätt under 2018. Intervjuer genomfördes under november-december 2018 med HS-koordinatorer, sjuksköterskor och läkare. Uppföljningsintervjuer har gjorts med HS-koordinator samt utvecklingssekreterare vid Malmö stad under vintern 2019/2020 och med HS-koordinator samt allmänläkare som jobbar i vårdformen under vintern 2020/2021. Under sista året intervjuade vi även MAS (två personer som delar en tjänst) i Helsingborg (se tabell 3.3).

Tabell 3.3 Vilka fall har vi studerat närmare år 2017-2019?

	2017	2018	2019	2020
Tomelilla	MAS och allmänläkare	MAS	1 MAS, 1 ssk ordinärt, 1 ssk särskilt boende, 1 allmänläkare	1 MAS, 1 allmänläkare
Höganäs	MAS	MAS och två 2 ssk på särskilt boende	1 ssk särskilt boende, 1 allmänläkare, 1 ssk primärvård	MAS
Kristianstad	MAS	MAS	1 MAS, 1 ssk ordinärt, 2 ssk särskilt boende samt jour, 1 allmänläkare, 1 ssk primärvård	MAS
Malmö		2 HS-ambassadörer/koordinatorer, 1 ssk på särskilt boende, 1 ssk och 1 läkare i team för ordinärt boende	1 projekt-koordinator för HS-avtalet, 1 utvecklingssekreterare	1 HS-koordinator, 1 allmänläkare i ordinärt boende
Helsingborg				2 MAS

De fem fallen som studerats representerar geografisk spridning och spridning avseende tidpunkt då vårdformen började etablerats. Detta innebär i sin tur att sätt att organisera arbetet inom vårdformen har satt sig i olika grad (Högre utsträckning i Tomelilla, Höganäs och Malmö, Lägre utsträckning i Kristianstad). Fallen representerar också en variation i storlek på kommun och därmed antal aktörer som förväntas samverka och samordna sina insatser, där det finns många aktörer i Malmö och Kristianstad och få i Tomelilla och Höganäs. Få aktörer (vilket möjliggör personliga relationer mellan medarbetare i kommun och primärvård) lyftes fram som en framgångsfaktor för god funktion av vårdformen vid intervjuerna samtliga år.

Innehållet i intervjuerna under de inledande tre årens uppföljning fokuserade på att förstå vad som kan förklara i vilken utsträckning och på vilket sätt som vårdformen har etablerats på olika platser, samt hur arbetsformer har utvecklats

över tid. De intervjuer som genomförts under det fjärde årets uppföljning har haft en mer framåtblickande karaktär. Intervjuer har tagit upp för- och nackdelar med olika former av läkarstöd samt allmänna synpunkter när det gäller styrning och ledning samt en uppföljning som kan ge fortsatt stöd åt vårdformens utveckling. I det sammanhanget har vi även intervjuat relevanta experter och utredare.

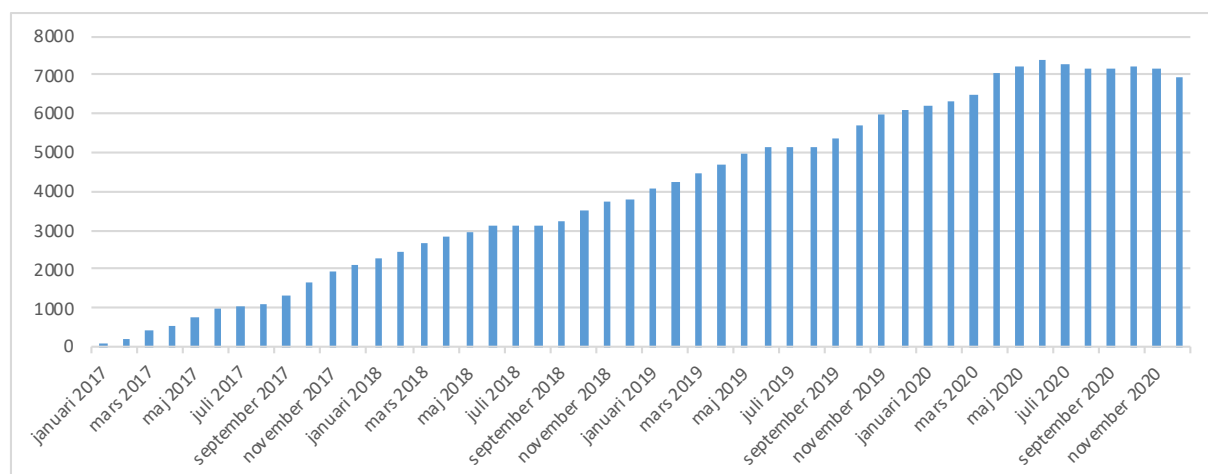
Kapitel 4

ETABLERING OCH FUNKTION AV VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM

4.1 VAD VET VI OM ETABLERING AV VÅRDFORMEN?

Registerdata från primärvården, gällande år 2017-2020, visar att antalet inskrivna i vårdformen ökade kontinuerligt från januari 2017 till maj 2020, varefter antalet inskrivna har legat på en jämn nivå (figur 4.1). I december 2017 var 2 104 personer inskrivna, vilket kan jämföras med 3 798, respektive 6 101 och 6956 personer samma månad 2018, 2019 respektive 2020. Det finns dock stora variationer mellan vårdcentralerna. Antalet vårdcentraler med åtminstone någon inskriven i vårdformen var 76 stycken i december 2017, 101 stycken i december 2018, 128 stycken i december 2019 och 139 stycken i december 2020. Vid 26 av de vårdcentraler som skrivit in åtminstone någon patient fanns det samtidigt färre än 10 inskrivna personer i december 2020. Vid samma tidpunkt fanns det 100 eller fler inskrivna vid 18 vårdcentraler och vid dessa återfanns totalt 39 procent av samtliga inskrivna. Vid Vårdcentralen Södervärn i Malmö var drygt 300 personer inskrivna i december 2020, vilket förklaras av att denna vårdcentral ansvarar för hembesök till alla personer i ordinärt boende som skrivs in i vårdformen i Malmö. I december 2019, fanns det 100 eller fler inskrivna vid 14 vårdcentraler och vid dessa återfanns totalt en tredjedel av samtliga inskrivna. I december 2018 utgjorde antalet inskrivna vid 10 av vårdcentralerna en tredjedel av de inskrivna personerna totalt sett.

Figur 4.1. Antal inskrivna i vårdformen enligt data från primärvården.



Enligt registerdata från primärvården fanns det inskrivna personer i vårdformen vid vårdcentraler lokaliserade samtliga 33 skånska kommuner i december 2020. Variationen har minskat men är fortsatt stor där vårdformen är etablerad i någon utsträckning. I jämförelse med tidigare år fanns det inskrivna personer i hälften av kommunerna i december 2017, och i nästan alla kommuner i december både 2018 och 2019. Inledningsvis fanns en geografisk koncentration till sydöstra hörnet av Skåne (kommunerna Ystad, Tomelilla och Simrishamn) vad gäller antal inskrivna.

4.2 VAD SAMVARIERAR MED AV GRAD ETABLERING ENLIGT ANALYS AV REGISTERDATA?

I delrapport 3 redovisas detaljerade resultat från analys av registerdata avseende vad som samvarierar med grad av etablering. I föreliggande slutrapport redovisar vi övergripande resultat från analysen.

4.2.1 RESULTAT FRÅN DESKRIPTIV ANALYS AV REGISTERDATA

Den deskriptiva analysen av antalet inskrivna per vårdcentral år 2018-2019 som en andel av alla listade patienter som var 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre visade att:

- i genomsnitt var 4,7 procent av alla listade vid vårdcentralerna som var 75 år eller äldre och 8,6 procent av alla listade som var 80 år eller äldre inskrivna i vårdformen;

- andelen inskrivna var högre än genomsnittet vid vårdcentraler i de geografiska områden som tillhör de delregionala samverkansorganen sydväst, sydost och mellersta;
- andelen inskrivna var högre vid offentliga än privata vårdcentraler.

4.2.2 REGRESSIONSANALYS MED HÄNSYN TILL VC-EGENSKAPER OCH DELREGION SAMT KOMMUN

Med hjälp av regressionsanalyser studerade vi variation i andelen inskrivna bland listade som var 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre vid respektive vårdcentral med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt vilket delregionalt samverkansorgan som vårdcentralen tillhör. En övergripande observation från analyserna var att förklaringsgraden i respektive regressionsmodell (justerat R^2)² var låg, vilket betyder att de faktorer som inkluderades i analysen endast förklarade en liten del av variationen i implementeringsgrad. Med hjälp av regressionsanalys studerade vi också variation av andelen inskrivna bland listade som är 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre vid vårdcentralerna med hänsyn till individuella egenskaper bland vårdcentraler samt i vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad. Förklaringsgraden i respektive regressionsmodell var högre än för modellerna med delregionalt samverkansorgan men fortsatt låg. Antalet observationer i varje modell var 268 vårdcentraler. Varje års data (2018 och 2019) för respektive vårdcentral räknades som en observation. Utöver att vårdcentraler exkluderades i analyserna på grund av ofullständiga data, exkluderades Vårdcentralen Södervärn eftersom den utgjorde ett extremfall.

Vår analys visade att antalet inskrivna per vårdcentral som en andel av alla listade patienter som är 75 år eller äldre respektive 80 år eller äldre för åren 2018 och 2019 varierade. En markant ökning av antalet och andelen inskrivna syntes mellan 2018 och 2019. *I genomsnitt var 3,3 procent respektive 4,7 procent av alla listade som var 75 år eller äldre inskrivna under 2018 respektive*

² R^2 -värdet förklarar hur mycket av variationen (variansen) i andel inskrivna som kan förklaras av de oberoende variablerna som ingår i modellen. För varje oberoende variabel redovisas regressionskoefficienten (standardiserat beta-värde) och signifikansnivå (p-värde). Regressionskoefficienten visar vilken samvariation som finns mellan de olika egenskaperna hos vårdcentralerna samt vilken delregion de tillhör och andel inskrivna. En positiv koefficient indikerar en positiv samvariation vilket innebär att när den oberoende variabeln ökar så ökar också andelen inskrivna. En negativ koefficient indikerar en negativ samvariation. Enkelt uttryckt samvarierar den variabel med högst värde på regressionskoefficienten i störst utsträckning med andelen inskrivna.

2019. Motsvarande siffror för alla listade som var 80 år eller äldre var 5,8 procent respektive 8,6 procent. Denna andel varierade stort mellan enskilda vårdcentraler och mellan grupper av vårdcentraler med hänsyn till i vilken kommun som vårdcentralen är lokaliserad, vilket delregionalt samverkansorgan den omfattas av och ifall den drivs i privat eller offentlig regi. *Vårdcentralerna som tillhör samverkansorganen i Sydost och Sydväst hade en högre andel inskrivna under både 2018 och 2019 jämfört med vårdcentraler i andra samverkansorgan.* Detta samband kvarstod i regressionsanalyserna då vi tog hänsyn till ytterligare faktorer. Noteras bör dock att andelen inskrivna sjönk mellan 2018 och 2019 i sydost. Vad gäller andelen som var 80 år eller äldre låg även vårdcentraler som tillhör samverkansorganet mellersta högre under 2019. *Den största ökningen av andelen inskrivna mellan 2018 och 2019 skedde i Malmö.*

Privata vårdcentraler hade i genomsnitt en lägre andel inskrivna än offentliga vårdcentraler. Denna skillnad förstärktes mellan år 2018 och 2019. Sambandet kvarstod även då hänsyn togs till genomsnittlig vårdtyngd och andra faktorer för vårdcentralerna i våra regressionsanalyser. *Det fanns dock privata vårdcentraler med en betydligt högre andel inskrivna än genomsnittet, såsom Capios vårdcentraler i Tomelilla, Simrishamn, Ystad och Östra Göinge, Garnisonens läkargrupp i Helsingborg, Hälsomedicinskt center i Lomma och Landskrona, Läkargruppen Munka-Ljungby i Ängelholm, Solklart Vård i Bjuv och Örkelljunga samt Sveakliniken i Svedala.*

Våra analyser visade ett det fanns en positiv samvariation mellan andelen inskrivna vid vårdcentralerna och lokalisering i någon av kommunerna Eslöv, Östra Göinge, Simrishamn, Ystad, Tomelilla, Bjuv, Lomma, Örkelljunga, Staffanstorps, Svedala, och Trelleborg. *Flera av de kommuner där vårdcentralerna hade en signifikant högre andel inskrivna än genomsnittet tillhörde ett delregionalt samverkansorgan med stor andel inskrivna totalt sett men det fanns exempel på sådana kommuner i samtliga delregioner.*

I vilken kommun som vårdcentraler är lokaliserade samt vilket delregionalt samverkansorgan de tillhör tycktes förklara mer av variationen i andel inskrivna bland vårdcentralerna än egenskaper hos individuella vårdcentraler. Vi fann en negativ samvariation mellan storlek, mätt som antal listade, och andelen inskrivna bland listade som var 75 eller äldre respektive 80 år eller äldre. Det betyder att större vårdcentraler tenderade att skriva in en lägre andel i

den aktuella åldersgruppen i vårdformen. Däremot såg vi ingen samvariation mellan egenskaper i den listade befolkningen, mätt som andelen äldre listade, genomsnittlig vårdtyngd (ACG) eller genomsnittlig socioekonomisk profil bland listade (CNI) och andelen inskrivna.

Utöver totalt antal listade och privat eller offentlig regi såg vi över huvud taget generellt liten eller ingen samvariation mellan egenskaper hos individuella vårdcentraler och andelen inskrivna. De faktorer som speglar hur arbetet bedrivs vid vårdcentralerna var inte statistiskt signifikanta i någon av våra modeller: Vi såg ingen samvariation mellan andelen inskrivna och följsamhet till riktlinjer för omhändertagande av äldre mätt som andel äldre som vaccineras mot säsongsinfluensa eller grad av kontinuitet i kontakter med alla patienter. Vi såg heller ingen samvariation mellan andelen inskrivna och något av våra mått på produktion eller produktivitet vid vårdcentralerna. Avslutningsvis syntes heller ingen samvariation mellan andelen inskrivna i de aktuella åldersgrupperna och patientupplevd kvalitet.

4.4 VAD VET VI OM VÅRDFORMENS FUNKTION BASERAT PÅ ENKÄTDATA?

Inom ramen för uppföljningen är ett utvecklades en enkät för att samla in uppgifter om förekomst och funktion. Enkäten riktades till alla som omfattas eller kan komma att omfattas av arbetssättet mobilt vårdteam i de skånska kommunerna och Region Skåne. Utgångspunkten vid framtagande av enkäten år 2017 var de indikatorer för att följa upp graden av teambaserat arbete i vården som identifierats av Derneckere m fl (2011). Under år 2018 vidareutvecklades enkäten med frågor om synen på hur läkarstödet organiseras och kan eller bör organiseras. Utgångspunkt för dessa frågor har varit att olika former av läkarstöd ger mer eller mindre överlappande ”caseload”, vilket kan anses som en viktig förutsättning för att utveckla gemensamma mål för samverkan och motivation till investering i förbättrad samverkan (Miller et al 2018). Under 2020 utvecklades enkäten ytterligare: Vi minskade antalet frågor som handlade om SIPar och lade till frågor om på vilket sätt som vårdformen etablerats, om man har tagit del av andras och/eller delat egna lärdomar, samt ytterligare frågor om effekter av vårdformen. Vi frågade explicit vilka insatser som inskrivna patienter får utöver de patienter som inte är inskrivna.

I föreliggande rapport redovisas svar från 2020 års enkät, och valda delar av tidigare års enkäter. Se delrapport 1 och 2 för en fullständig redovisning av enkätsvar avseende etablering och funktion under avtalets första två år. Notera att resultaten bör tolkas med viss försiktighet eftersom de bygger på relativt få svar samt att metoden för att administrera enkäten inte medger någon bortfallsanalys. Se tabell 3.1 för information om vilka som har besvarat enkäten respektive år.

4.4.1 SAMMANFATTANDE OBSERVATIONER FRÅN 2017, 2018 OCH 2020 ÅRS ENKÄT

Sammanfattningsvis visade vår enkätdata om erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017 bland medarbetare i kommuner och primärvård att:

- Det fanns goda rutiner vid inskrivning i vårdformen vad gäller vilka aktörer som medverkar (89% svarade att patient och/eller anhörig alltid medverkar) men att det fanns brister vad gäller att använda rätt blankett (65% svarade att rätt blankett alltid används).
- Upplevelsen av samverkan och samarbete var god bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017.
- Det verkade finnas en god samsyn på frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam 2017.
- En majoritet av de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten.
- Arbete i vårdformen ledde till att det görs fler SIPar och till viss del en förbättrad kvalitet och ändamålsenlighet i SIPar.

Svaren på 2018 års enkät om erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam bland medarbetare i kommuner och primärvård visade att:

- Det fortsatt fanns goda rutiner vad gäller vilka aktörer som medverkar (97% svarade att patient och/eller anhörig alltid medverkar) och att rätt blankett nu användes i större utsträckning (80% svarade att rätt blankett alltid används).

- Samsyn gällande frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam ökade under avtalets andra år.
- En något lägre andel tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten under avtalets andra år.
- Arbete i vårdformen leder till att det görs fler SIPar. En större andel (49% jämfört med 38%) bland de som svarade 2018 ansåg att vårdformen leder förbättrad kvalitet och ändamålsenlighet i SIPar.
- Svar på frågor om utformning av läkarstöd visade att en majoritet föredrar att det finns en eller några få allmänläkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i arbetet i de mobila vårdteamen.
- Resultaten om vårdformens funktion, baserat på enkäten som gjordes år 2018, var i linje med vad som framkom i fritextsvar i svar på den enkät som centrala tjänstemannaberedningen riktat till kommunerna och de lokala samverkansorganen samma år.

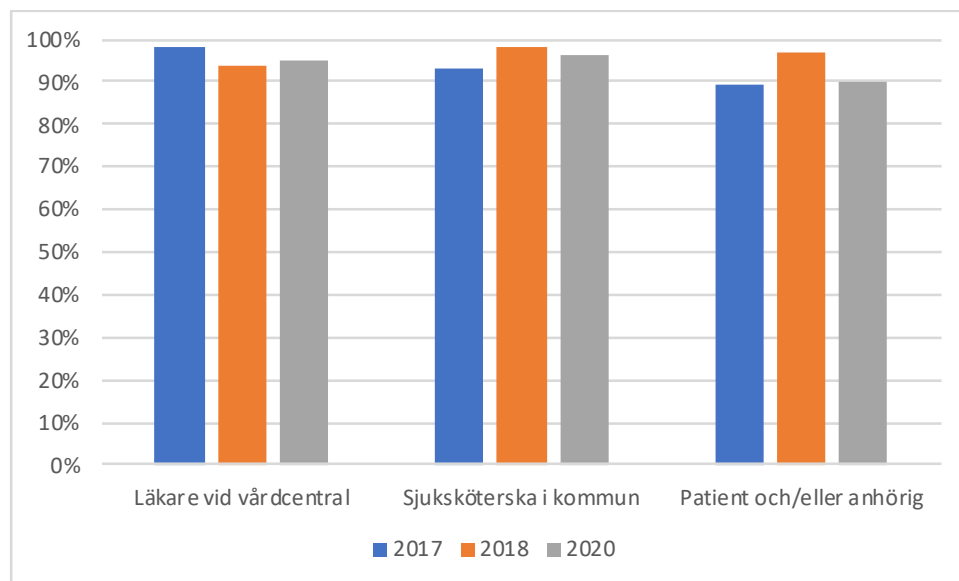
Svaren på 2020 års enkät om erfarenheter av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam bland medarbetare i kommuner och primärvård visade att:

- Det fortsatt fanns goda rutiner vad gäller vilka aktörer som medverkar även andelen som svarade att patient och/eller anhörig alltid medverkar minskade något (90%). Även rätt blankett verkar nu användas i lägre utsträckning (75% svarade att rätt blankett alltid används).
- Samsyn gällande frågor om samverkan och samarbete bland medarbetare i kommuner och primärvård bland de som hade erfarenhet av att arbeta i vårdformen mobilt vårdteam minskade eller var oförändrad under avtalets fjärde år.
- Andelen som tyckte att mobilt vårdteam leder till konkreta förbättringar i omhändertagandet av patienten minskade ytterligare under avtalets fjärde år.
- Svar på frågor om utformning av läkarstöd visade fortsatt att en majoritet föredrar att det finns en eller några få allmänläkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i arbetet i de mobila vårdteamen. Dock var det en lägre andel som uppgav att läkarstödet var organiserat på detta sätt år 2020 jämfört med år 2018.

4.4.2 RUTINER VID INSKRIVNING I VÅRDFORMEN MOBILT VÅRDTEAM

Vid inskrivning i vårdformen ska alltid läkare från primärvård, sjuksköterska från kommun och patient/anhörig involveras. Så är oftast fallet även i praktiken enligt svaren i vår enkät från de tre åren (se figur 4.2). I figur 4.2 redovisas svar från alla som har besvarat enkäten respektive år.

Figur 4.2 Vid inskrivning i vårdformen mobilt vårdteam involveras alltid...



Vidare ska en särskild bedömnings- och inskrivningsblankett alltid användas vid inskrivning.

I praktiken sker detta i 75% av fallen enligt svaren i vår enkät år 2020 att jämföra med 80% år 2018 och 65% år 2017. De orsaker som angavs i de fall då blanketten inte används var likartade de tre åren: att det saknas kunskap om att blanketten finns, att det finns en annan fungerande rutin och/eller blankett samt en åsikt om att det räcker med SIP.

4.4.3 SAMVERKAN OCH SAMARBETE I DE MOBILA VÅRDTEAMEN

Svar på frågor som handlar om hur väl samverkan och samarbetet fungerar i de mobila vårdteamen redovisas i tabell 4.1. I tabellen redovisas den andel som har svaret att de instämmer med olika frågor och påståenden i mycket eller ganska hög utsträckning. Svartalternativen på respektive fråga eller påstående var ”I mycket liten utsträckning”, ”I ganska liten utsträckning”, ”I ganska hög utsträckning” och ”I mycket hög utsträckning”.

Resultaten i tabell 4.1 avser endast de personer som har svarat att de arbetar i ett eller flera mobila vårdteam i någon utsträckning.

Tabell 4.1. Andel som instämmer i olika påståenden om samverkan och samarbete i de mobila vårdteamen.

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

Det kan noteras att en lägre andel tycker att teamets eller teamens medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med vårdformen år 2020 jämfört med 2018. Att relativt få anser att det finns en gemensam uppfattning kan hänga samman med att många saknar och efterfrågar tydliga rutiner och riktlinjer för vårdformen (se 4.4.7). Att färre upplever att det finns en gemensam uppfattning i 2020 års enkät jämfört med 2018 års enkät kan också hänga samman med att vårdformen med tiden har etablerats på platser där det sedan tidigare inte fanns utarbetade rutiner och goda relationer mellan medarbetare i kommun och primärvård. På de platser där vårdformen etablerades tidigt tycks sådana rutiner och relationer ha funnits i högre utsträckning sedan tidigare. Detta resonemang utvecklas vidare i avsnitt 5.2.

På frågan ”Upplever Du att samarbetet inom teamet/teamen fungerat väl som helhet?” var erfarenheterna något mer positiva i primärvården än i kommunerna i svaren samtliga år. De hinder som angavs i de fall som samarbetet i teamet inte fungerar var likartade också likartade: att kompetens kring vårdformen saknas, att det är brist på personal och brist på tid i verksamheterna.

4.4.4 KONSEKVENSER/FÖRBÄTTRINGAR SOM FÖLJD AV VÅRDFORMEN

Svar på frågor som handlar om konsekvenser eller förbättringar som följd av vårdformen mobilt vårdteam redovisas i tabell 4.2. I tabellen redovisas den andel som svarat ”Ja” på de olika frågorna. Resultaten i tabell 4.2 avser endast de personer som har svarat att de arbetar i ett eller flera mobila vårdteam i någon utsträckning.

Tabell 4.2. Andel som instämmer i olika påståenden om konsekvenser/förbättringar till följd av vårdformen mobilt vårdteam och SIP.

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

I fritextsvar angavs exempel på konkreta förbättringar till båda frågorna som redovisas i tabell 4.2. De exempel på konkreta förbättringar som angavs samtliga år var tydligare SIP, bättre tillgänglighet och kontinuitet samt bättre samordning och beredskap kring patienten. I 2018 och 2020 års enkät angavs också en förbättrad samverkan mellan olika yrkeskategorier, att ansvarsfördelningen blir tydligare, en bättre tillgänglighet till läkare och god kontinuitet mellan personal i kommun och primärvård, att patient och anhöriga blir tryggare och att vårdformen kan leda till färre besök och onödig inläggning på sjukhus. Det kan dock noteras att en mindre andel av de personer som besvarade enkäten år 2020 tyckte att vårdformen leder till några förbättringar alls och att fritextsvaren var relativt få detta år.

I fritextsvar om vårdformen hjälper att prioritera vård- och omsorgsbehov i den aktuella patientgruppen var orsaker som angavs samtliga att det finns en

helhetsbild över patienten, en tydlighet kring hur patienten ska tas omhand då olika situationer uppstår, att vårdformen skapar förtroende mellan medarbetare och anhöriga samt att SIPen blir tydligare då den görs i samband med inskrivning i vårdformen. Även för denna fråga var antalet fritextsvar relativt lågt för år 2020.

I 2020 års enkät fanns även den öppna frågan ”Vänligen beskriv kortfattat vilka insatser personer som är inskrivna i vårdformen får utöver de insatser som personer som inte är inskrivna i vårdformen får”. Bättre kontinuitet och tillgång till läkarbesök i hemmet var de vanligaste svaren, följt av att det inte innebär någon skillnad för patienter att vara inskriven eller inte avseende vilka insatser de får. Det fanns också en fråga om vårdformen varit ett stöd vid omhändertagandet av patienter med befarad eller bekräftad Covid 19-smitta i 2020 års enkät. En majoritet (73%) svarade nej på den frågan. En majoritet svarade också nej på frågan ifall pandemin hade lett till att fler personer skrevs in i vårdformen.

I jämförelse med andelen personer som tycker att vårdformen mobilt vårdteam hjälper att prioritera och bedöma vård- och omsorgsbehov hos de mest sjuka med återkommande vårdbehov var det en större andel som tyckte att SIPar fyller den funktionen. På frågan

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

4.4.5 UTFORMNING AV LÄKARSTÖD I VÅRDFORMEN

I 2018 och 2020 års enkät fanns det frågor om hur personer som arbetar i vårdformen mobilt vårdteam skulle önska att läkarstödet var utformat samt hur det var utformat i praktiken. Svarsalternativen var:

- Flera olika läkare och flera kontaktvägar in i primärvården: den läkare som är tillgänglig deltar i arbetet
- Flera olika läkare och flera kontaktvägar in i primärvården: den patientansvariga läkaren deltar i arbetet
- En eller några få utsedd(a) läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och arbetar i teamet/teamen

En majoritet av de som besvarat enkäten år 2018 och 2020 föredrog alternativet ” En eller några få utsedd(a) läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och arbetar i teamet/teamen” följt av ” Flera olika läkare och flera kontaktvägar in i primärvården: den patientansvariga läkaren deltar i arbetet”. I praktiken var det en lägre andel än önskat som hade den utformningen av läkarstöd. I tabell 4.3 redovisas svar på frågor om läkarstöd. Svar från alla som besvarat de specifika frågorna respektive år ingår i tabellen.

Tabell 4.3. Svar på frågor om läkarstöd.

Fråga/påstående i enkäten	2018			2020		
	En/några	Patientansvarig	Tillgänglig	En/några	Patientansvarig	Tillgänglig
<i>Hur skulle du önska att läkarstödet var organiserat i det/de mobila vårdteam du deltar i?</i>	53%	31%	7%	57%	20%	9%
<i>Hur är läkarstödet var organiserat i det/de mobila vårdteam du deltar i?</i>	45%	19%	12%	36%	18%	23%
Antal respondenter som besvarat frågan i enkäten	106			191		

4.4.6 PRINCIP FÖR INFÖRANDE AV VÅRDFORMEN

I 2020 års enkät fanns ett avsnitt med frågor om principer för och vad som har underlättat respektive försvårat införandet av vårdformen. Dessa frågor bygger dels på litteratur som handlar vad som underlättar och försvårar spridning av nya arbetssätt och innovationer i hälso- och sjukvården och dels på resultat från intervjuer inom ramen för uppföljningen år 2017-2019.

På frågan om vilket övergripande sätt som arbetet med att etablera vårdformen hade gått till svarade 46 procent att de hade börjat med att utveckla rutiner och börjat skriva in personer då dessa varit på plats. Exempel på platser där detta sätt

att implementera vårdformen använts är Malmö och Lund. En lägre andel, 32 procent, svarade att de började i andra änden – genom att skriva in många personer tidigt och därefter ändra på arbetssätt i den mån det behövdes. Exempel på platser där denna modell använts är Tomelilla och Simrishamn. Dessa skillnader i hur införandet av vårdformen har gått till stämmer väl överens med den statistik som finns över antal inskrivna under olika år där det tidigt fanns många inskrivna i kommuner det sydöstra hörnet av Skåne.

I enkäten fanns två flervalsfrågor om faktorer som underlättat respektive försvårat etablering av vårdformen. De olika faktorerna har identifierats i tidigare forskning om spridning av nya arbetssätt i hälso- och sjukvård, i synnerhet teambaserade arbetssätt. Svaren på dessa frågor redovisas i figur 4.3-4.4.

En majoritet av de medarbetare som besvarat enkäten anger två faktorer som har underlättat arbetet; att vårdformen upplevs som viktig för att tillgodose behov hos den aktuella patientgruppen och att det sedan tidigare fanns upparbetade bra relationer och samsyn mellan medarbetare i kommun och primärvård. Två ytterligare faktorer som lyftes fram av ungefär en tredjedel av dem som besvarat enkäten är att det finns en utsedd person i organisationen som koordinerar arbetet och att det finns tydliga direktiv och riktlinjer om vårdformen. Brist på tid och brist på allmänläkare lyftes fram som de viktigaste försvårande faktorerna, följt av bristande samsyn mellan primärvård och kommun samt otydliga riktlinjer och direktiv om vårdformen.

Figur 4.3 Vilka faktorer har underlättat införandet av vårdformen på din arbetsplats?



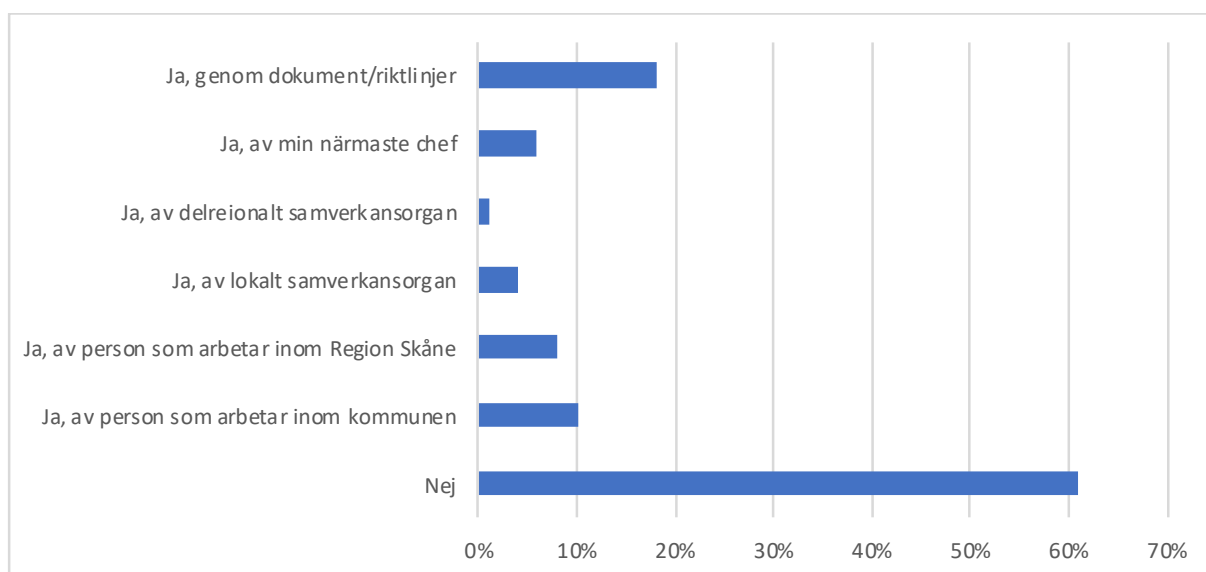
Figur 4.4 Vilka faktorer har försvårat införandet av vårdformen på din arbetsplats?



4.4.7 STÖD OCH LÄRANDE I UTVECKLING AV VÅRDFORMEN

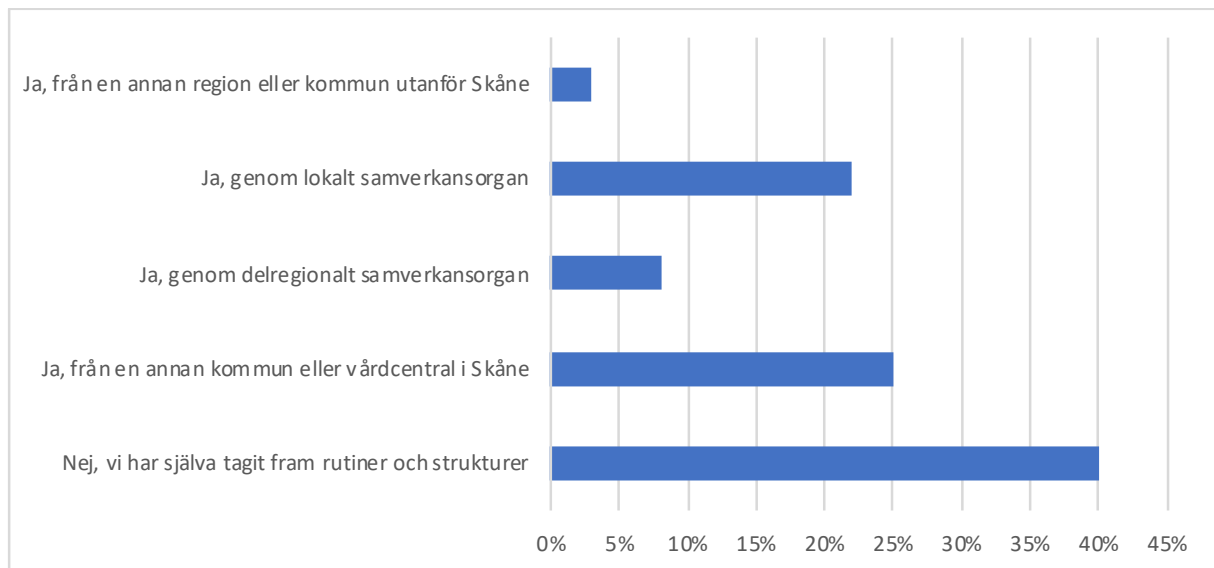
I 2020 års enkät fanns också frågor om stöd till utveckling och organisatoriskt lärande vid etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam. Även dessa frågor bygger dels på litteratur som handlar vad som underlättar och försvårar spridning av nya arbetssätt och innovationer i hälso- och sjukvården och dels på resultat från intervjuer inom ramen för uppföljningen år 2017-2019. Nästan två tredjedelar svarar att de inte fått något särskilt stöd eller hjälp för utvecklingsarbetet med vårdformen (figur 4.5)

Figur 4.5. Har det/de mobila vårdteam som du deltar i fått något särskilt stöd/hjälp för utvecklingsarbetet?

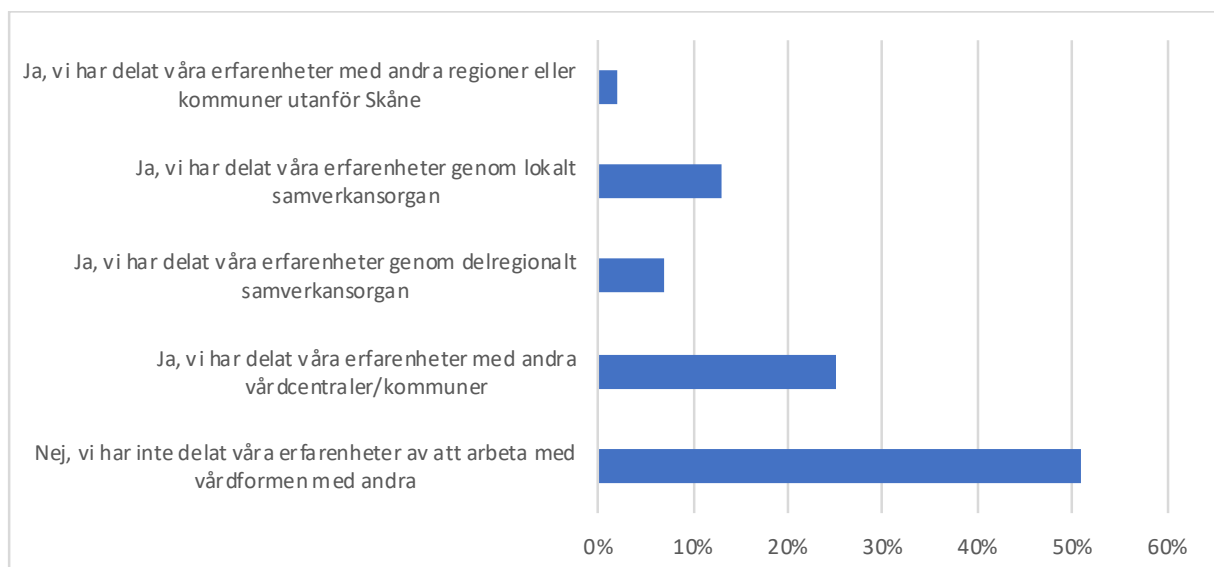


Få verkar ha tagit del av andras erfarenheter och/eller ha delat egna erfarenheter med andra vid införande av vårdformen (figur 4.6-4.7). De flesta svarar att de har tagit fram rutiner och strukturer själva. I den mån de har tagit del av andras erfarenheter eller delat egna erfarenheter är det främst direkt från en annan kommun eller vårdcentral och i andra hand från lokalt samverkansorgan.

Figur 4.6 Har ni tagit del av andras erfarenheter när ni har infört vårdformen på er arbetsplats?



Figur 4.7 Har ni delat era erfarenheter av arbete med vårdformen med andra?



På frågan om det fanns en planerad agenda för fortsatt arbete med vårdformen under det kommande året (2021) svarade knappt hälften ”Ja”. På frågan från vem man behöver stöd för att fortsätta utveckla vårdformen mobilt vårdteam var svaret någon som arbetar i Region Skåne (52%), någon som arbetar i kommunen (39%), lokalt samverkansorgan (46%), närmaste chef (27%), och delregionalt samverkansorgan (22%). Vidare efterfrågades (i öppen svarstext) stöd i form av tydliga direktiv som går ut till alla.

Kapitel 5

LÄRDOMAR OM ETABLERING OCH FUNKTION FRÅN INTRESSANTA EXEMPEL

5.1 URVAL AV FALL OCH FRÅGOR VID INTERVJUERNA

I syfte att studera erfarenheter av etablering och funktion samt hur arbetet i de mobila vårdteamen kan fungera har vi gjort fallstudier av några exempel som uppfattats som intressanta. Vi har studerat fem fall: Tomelilla, Höganäs, Kristianstad, Malmö och Helsingborg. De fem fallen representerar geografisk spridning och spridning avseende tidpunkt då vårdformen började etablerats. Detta innebär i sin tur att sätt att organisera arbetet inom vårdformen har etablerat sig i olika grad (Högre utsträckning i Tomelilla, Höganäs och Malmö, Lägre utsträckning i Kristianstad och Helsingborg). Fallen representerar också en variation i storlek på kommun och därmed antal aktörer som förväntas samverka och samordna sina insatser. Det finns många aktörer i särskilt Malmö men även i Helsingborg och Kristianstad och få i Tomelilla och Höganäs.

Vi har genomfört intervjuer med personer som arbetar i vårdformen (läkare i primärvård och sjuksköterskor i kommunerna) samt personer som arbetar med vårdformen på en mer övergripande nivå i respektive kommun (MAS och/eller HS-koordinator) (se tabell 3.3).

5.1.1 INNEHÅLL I INTERVJUER VID DET FÖRSTA, ANDRA OCH TREDJE ÅRETS UPPFÖLJNING

Vid intervjuerna har vi fokuserat på vårdformens etablering, funktion och konsekvenser för berörda medarbetare, de inskrivna personerna och deras anhöriga. Vi har ställt öppna frågor där intervjupersoner har ombetts reflektera över:

- sina erfarenheter av vårdformen överlag;
- hur själva etableringen eller införandet av vårdformen gått till;
- vilken typ av stöd (om något) de har fått något stöd för att etablera vårdformen;

- vad som fungerar bra och mindre bra vad gäller både etablering och funktion/arbetssätt;
- konsekvenser av vårdformen för patienter, anhöriga och medarbetare som arbetar i vårdformen;
- om det finns en gemensam uppfattning om målet med vårdformen som delas av medarbetare i kommun och primärvård och vad är den i så fall;
- hur läkarstödet organiseras och hur det idealt skulle organiseras;
- tankar om hur vårdformen och samverkan kan utvecklas och/eller förändras.

5.1.2 INNEHÅLL I INTERVJUER VID DET FJÄRDE ÅRETS UPPFÖLJNING

Det sista året hade vi ett delvis annat fokus vid intervjuerna där mer fokus låg på tankar om hur vårdformen och samverkan kan utvecklas och/eller förändras samt vilket stöd som finns och efterfrågas i den fortsatta utvecklingen. Vidare tog vi upp frågor om lärande och möjligheter till utvärdering av effekter av vårdformen.

5.2 OBSERVATIONER FRÅN INTERVJUERNA ÅR 1-3

I detta avsnitt redovisas resultat från intervjuerna vid första, andra och tredje årets uppföljning. Dessa resultat har även redovisats i delrapport tre. Vi inkluderar dem i föreliggande slutrapport för att ge en helhetsbild av vårdformens etablering och funktion under hela den fyraårsperiod som uppföljningen avser.

5.2.1 ÖVERGRIPANDE OBSERVATIONER ÅR 1-3

En första övergripande observation, baserat på intervjuerna, är att det är svårt att identifiera effekter av vårdformen. En anledning är att andra förändringar som rör samma patientgrupp har skett under samma tidsperiod som vårdformen har etablerats. Den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har till exempel inneburit mycket större konsekvenser för medarbetare i kommuner och regionen än vad HS-avtalet har gjort. Det menar åtminstone samtliga intervjuade personer. Det var genomgående svårt för de intervjuade personerna att hålla isär konsekvenser av vårdformen och de andra förändringar som skett – såväl i termer av ändrade arbetsformer som i termer av konsekvenser för patienter. Samtidigt menade många intervjuade att den nya vårdformen inte lett till några förändringar alls för patienter eller medarbetare.

En andra övergripande observation är att eftersom arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat blir lokala förutsättningar helt avgörande för att vårdformen ska fungera. De intervjuade personerna menade att informella faktorer – främst upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan medarbetare i kommun och primärvård och kontinuitet i läkarkontakter sedan tidigare – är mera betydelsefulla i det vardagliga arbetet med patienter än formella (HS-)avtal. Många menade att där det fungerat väl tidigare fungerar det väl nu också. Avtalet har i dessa fall mest inneburit onödig administration. På samma sätt menade andra att där det inte fungerade tidigare fungerar det inte nu heller. Ett nytt avtal löser i sig inte brist på läkarresurser eller skapar goda relationer. Där samverkan sedan tidigare fungerat väl efterfrågas heller inte formella strukturer och rutiner i samma utsträckning eller av samma anledning som där samverkan sedan tidigare inte har fungerat väl. I den mån formella strukturer och rutiner efterfrågades där samverkan fungerar väl är det mot bakgrund att det finns en risk att vården blir ojämlig i Skåne då olika lösningar implementeras på olika ställen. I den mån formella strukturer och rutiner efterfrågades där samverkan fungerar mindre väl var det för att kompensera för brist på goda och personliga relationer och arbetssätt, som i högre utsträckning bygger på informella rutiner. Formella strukturer och rutiner efterfrågades alltså i de fall som personliga relationer inte räcker till.

En tredje övergripande observation, som följer av den andra observationen, är att det finns flera olika sätt att ta sig an etableringen av vårdformen. Detta hänger samman med att en nyckel till att lyckas med att etablera vårdformen och fylla den med ett innehåll som gagnar patient och anhöriga är att bygga på det som redan är etablerat lokalt, enligt de intervjuade. Flexibilitet och en hög grad av decentralisering i beslutsfattande kring hur vårdformen ska etableras blir då viktigt. Samtidigt innebär detta att variationen i regionen riskerar att bli så stor att skåningarna erbjuds olika vård beroende på var de bor.

En fjärde övergripande observation är att samtliga intervjuade medarbetare i kommun och primärvård menade att vårdformen i sig innebär ett bra sätt att ta omhand patienter i den aktuella gruppen. Detta gäller oavsett ifall implementering har lett till några förändringar i praktiken eller inte.

5.2.2 VAD SAMVARIERAR MED AV GRAD ETABLERING ENLIGT ANALYS AV INTERVJUDATA?

Resultaten visar också att såväl etablering och funktionen av vårdformen förenklas om det finns en utsedd koordinator som driver arbetet och känner att hen äger agendan för utvecklingen (MAS i Höganäs, HS-ambassadörer i Malmö). På samma sätt försvåras etablering och funktion där det inte finns någon som äger agendan (Kristianstad).

I Tomelilla byggde man på det som fanns sedan tidigare och skrev in patienter löpande med start redan 2017. Sjuksköterskor i kommunen och läkare i primärvården skrev in patienter i både ordinärt och särskilt boende i samband med en redan upparbetad rutin kring årliga genomgångar av vårdplaner för sköra äldre patienter. Här skrevs i princip alla i målgruppen in redan första året. Samsynen mellan medarbetare i kommun och primärvård kring hur vården för de aktuella patienterna bör bedrivas, inklusive utformning av läkarstöd, var i det närmaste fullständig. Kommunens medarbetare var nöjda med att det är en läkare från varje vårdcentral som är avsatt till arbetet. Från primärvårdens sida menade de att problem med undanträngning för andra patientgrupper då de avsätter en hel läkarresurs till att arbeta i vårdformen är ett relativt litet problem. Den intervjuade läkaren menade att *”Om vi har en läkare avsedd till detta tas den ju helt upp. Men detta är ju egentligen vårt viktigaste uppdrag. Så det är rätt prioriterat. Men det kräver en viss volym. Malmö har stora volymer med olika områden. Om det ska tillämpas i andra områden måste flera vårdcentraler samverka.”*

Också i Höganäs byggde man på det som fanns sedan tidigare och skrev in undan för undan med start redan första året. I Höganäs började sjuksköterskor i kommunen och läkare i primärvården att skriva in patienter i särskilt boende varje vecka i samband med att läkare från primärvården gjorde rond eftersom de hade en fungerande rutin för samverkan där. Tanken var att sedan skala upp etableringen till patienter i ordinärt boende men detta har inte skett då primärvården inte kan säkerställa kontakt med läkare inom utlovad tid (två timmar). Bilden av att det är brist på läkare i primärvård som hindrar en vidare etablering av vårdformen var samstämmig mellan medarbetare i kommun och primärvård. Från kommunens sida efterfrågades en samordnad kontakt med läkare och från primärvårdens sida menade man att resurserna inte räcker till för att öronmärka en läkare till att arbeta i vårdformen. Medarbetare i både kommun

och primärvård efterlyste större enhetlighet i Skåne och uttryckte farhågor för att vården blir ojämlik då den nya vårdformen implementeras och fylls med innehåll på olika sätt i regionen.

I Kristianstad tog det längre tid att komma igång med vårdformen. Någon enstaka patient skrevs in i vårdformen under 2018. Bristande samsyn mellan kommun och primärvård har varit ett hinder för att komma igång med vårdformen, till exempel att vårdcentraler vill jobba på olika sätt medan kommunen vill ha en ingång till primärvården. Under våren-sommaren 2019 kom man igång med implementeringen i större skala. Patienter i både ordinärt och särskilt boende skrevs in då. Kommunens medarbetare styr i stor utsträckning vem som skrivs in. De utgår från sjukdomshistoria och har en egen checklista för att se till kriterierna för inskrivning är uppfyllda innan de kallar läkare från primärvården samt anhöriga till SIP. Intrycket från intervjuerna var att det fanns goda relationer och fungerande rutiner i delar av kommunen men inte i andra och att detta i sin tur påverkar implementering (och funktion) av den nya vårdformen. Från kommunens sida efterfrågas en enkel väg in i primärvården och en tydlighet kring vad SIP formellt innebär för alla. Från primärvårdens sida efterfrågas en annan kompetens bland kommunens sjuksköterskor så att sjuksköterskor i kommun och primärvård pratar samma språk. Det pågick ett arbete för att skapa enhetlighet och rutiner i hela kommunen som startades år 2020.

Även i den största kommunen Malmö byggde man på det som fanns sedan tidigare. Här fanns det dock en uttalad strategi att vänta med att skriva in personer i vårdformen till dess att strukturer fanns på plats som ansågs säkerställa att det verkligen skulle gå att leva upp till utfästelserna i HS-avtalet. Detta gällde i synnerhet tillgång till läkarstöd för hembesök. I Malmö finns olika arbetssätt för att möta behov i särskilt boende (läkare från VC där alla är listade) och ordinärt boende (sex team för hela Malmö som ansvarar för olika geografiska områden). Sättet att organisera vårdformen för ordinärt boende bygger på de sedan tidigare etablerade s.k. ÄMMA-teamen³ med ett geografiskt områdesansvar. Sättet att organisera vårdformen för särskilt boende bygger på att den vårdcentral som har ansvar för respektive boende deltar i teamet.

³ Äldre i Malmö Mobilt Akutteam

5.2.3 VAD VET VI OM VÅRDFORMENS FUNKTION BASERAT PÅ INTERVJUDATA?

Tydliga roller och ansvarsfördelning förenklar samverkan mellan medarbetare i kommun och primärvård. Tydliga roller och ansvarsfördelning blir också ett resultat av en välfungerande samverkan. Då vet personal i primärvård respektive kommun vad som förväntas av dem själva respektive den andra parten. Detta bygger på strukturer och rutiner som kommit till underifrån, i många fall informella sådana.

Vad gäller organisering av läkarstöd visar våra intervjuer att avsatt ”öronmärkt” tid för de läkare som arbetar i vårdformen förbättrar funktionen i de mobila teamen. Kontinuitet och tillgänglighet är återkommande nyckelord i de fall där vårdformen mobilt team fungerar väl. Här är tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården viktig. En fast läkarkontakt med god kännedom om de inskrivna patienterna men också med en upparbetad relation gentemot medarbetare i kommunen möjliggör ett proaktivt arbetssätt som gagnar både patienter och vårdpersonal. Vetskap om att det finns inbokad tid och ett enkelt sätt att nå medicinskt ansvarig läkare skapar en trygghet hos patienter och personal och minskar behovet av att söka vård på sjukhus. Då tillgänglighet till läkare är bristfällig upplevs kontinuitet som mindre viktig (Höganäs) men där det fungerar bättre (Tomelilla och Malmö) upplevs både kontinuitet och tillgänglighet som avgörande. Det är inte nödvändigt med en och samma läkare per särskilt boende, det viktigaste är god kontinuitet över tid.

En snabb etablering av vårdformen i meningen att många skrivs in snabbt har av många lyfts fram som något positivt i sig. Resultat från våra intervjuer tyder på att en snabb eller långsam etablering i sig inte hänger ihop konsekvenser av vårdformen i termer av en förändring i omhändertagandet av de inskrivna patienterna. Resultaten visar också att ju fler aktörer som är inblandade, desto svårare är det att ge en enhetlig bild av hur vårdformen upplevs bland medarbetare.

I Tomelilla etablerades vårdformen snabbt i både ordinärt och särskilt boende men har inte lett till några förändringar för patienterna enligt de intervjuade personerna. Det är i sig inte något problem eftersom patienterna hade ett mycket gott omhändertagande både före och efter implementeringen av vårdformen. Tomelilla lyftes tidigt upp som ett framgångsexempel vad gäller etablering av vårdformen. I princip alla i målgruppen skrevs in relativt tidigt. Statistik visar att

något färre är inskrivna under 2019 jämfört med 2018 vilket innebär att man skrev in i högre takt inledningsvis. Såväl läkare i primärvården som sjuksköterskor i kommunen beskrev att det inte innebär någon skillnad för patienten att vara inskriven eller inte, vilket kan förklara varför man inte fortsatt skriva in i samma höga takt. Här har hembesök från läkare i primärvården fungerat väl sedan tidigare för patienter i både ordinärt och särskilt boende. Det finns avsedda läkare på vårdcentralerna som arbetar i vårdformen. Det finns historiskt goda relationer mellan kommunens och primärvårdens medarbetare. Såväl de intervjuade sjuksköterskorna i kommunen som läkare i primärvård beskrev varandra som generösa och beredda att bjuda till för att saker ska fungera smidigt. ”*Det finns inte några problem med gränsdragningsstrider*” uttryckte en person det som. Inställningen är att patienten ska tas om hand i hemmet i mesta möjliga mån och att sjukhusvård ska användas i minsta möjliga mån. De intervjuade medarbetarna i kommun och primärvård vittnade också om ett stort förtroende för varandras kompetens att göra sin del av arbetet med och runt patienten. Den nya vårdformen hade inte lett till någon konkret förändring för patientgruppen men däremot till ökad administration för medarbetare i kommun och primärvård. Alla som intervjuades instämde i att vårdformen i princip innebär ett bra arbetssätt. I Tomelilla hade det dock mest medfört onödig administration eftersom de inte arbetade på ett annat sätt efter jämfört med före det nya HS-avtalet. Sedan tidigare fanns det för alla patienter med hemsjukvård en väl utarbetad rutin med individuella vårdplaner som uppdaterades varje år. Den nya vårdformen medförde arbete med både en uppdaterad vårdplan och en SIP för att skriva in i vårdformen. SIPen ansågs inte fylla den funktion som vårdplanen gör och tillför endast begränsad nytta för medarbetare och patienter.

I Höganäs etablerades vårdformen snabbt i särskilt boende. Däremot har utvecklingen varit trögare i ordinärt boende. Vårdformen hade inte heller lett till några förändringar för patienter eller medarbetare, enligt de intervjuade personerna. I särskilt boende fungerade omhändertagandet och läkarstödet relativt väl, vilket det gjorde även innan vårdformen infördes. Den främsta orsaken till att vårdformen inte hade införts i lika hög grad i ordinärt boende var brist på läkarstöd, menar medarbetare i kommunen. Den bilden bekräftades av medarbetare i primärvården som menade att det inte finns ett tillräckligt stort underlag av patienter för att kunna sätta av en hel läkarresurs till vårdformen.

I Kristianstad etablerades vårdformen senare. Här skrevs någon enstaka patient in under 2018 och först från mitten av 2019 har patienter skrivits in mer

rutinmässigt. Intervjuer med medarbetare i kommunen ger lite olika bild av vilka konsekvenser vårdformen har inneburit. Intrycket är att det i vissa områden inte skett någon förändring. Samtidigt upplevs inte det som något problem eftersom omhändertagande och läkarstöd var gott sedan tidigare. Detta gäller främst patienter på särskilt boende där samarbetet med läkare på den vårdcentral som ansvarar för boendet fungerar väl. Fördelen är dock att SIPen har blivit tydligare i samband med inskrivning i vårdformen, menar sjuksköterskorna i kommunen. I andra fall verkar samverkan fungera sämre såväl före som efter implementeringen. En sjuksköterska uttryckte det som att *”Hembesök inom två timmar fungerar lika dåligt nu som innan”*. En sjuksköterska som delade sin tid mellan demensboende och kväll/helg i hela kommunen uttryckte en stor frustration över att det är krångligt att kontakta primärvården då olika nummer gäller både för olika vårdcentraler och olika tider på dygnet. Vissa har öppet till 17 och andra till 18 och olika telefonnummer gäller till samma vårdcentral för olika tider. Konsekvensen blir att kommunens sjuksköterskor inte kontaktar vårdcentralerna mellan 17 och 18 utan väntar till efter 18 då det finns *ett* nummer till Falck. Därför ser inte vårdcentralerna att det faktiskt finns ett behov av läkarstöd mellan 17 och 18 och anstränger sig inte för att införa bättre rutiner. På andra håll verkar det ha inneburit större skillnad att skriva in i vårdformen. En sjuksköterska berättade att det hade gått lättare att få kontakt med läkare i primärvården för ett akut/oplanerat hembesök i ordinärt boende vid det (enda) tillfälle som varit aktuellt sedan de börjat skriva in patienter i området där hen arbetade. En annan sjuksköterska som arbetade på ett särskilt boende menade att den nya vårdformen inneburit en stor förändring, *”det har blivit förändring vid inskrivning – snabbare kontroller, snabbare kontakt och snabbare besök nu”*.

I Malmö kom etableringen igång under 2018. I december 2017 var 40 personer inskrivna; i december 2018 var siffran 300 och i december 2019 var 1200 inskrivna. Utgångspunkten har varit att skriva in i den takt man förmår uppfylla utfästelserna i avtalet och det innebär en skillnad för de som blir inskrivna. Under 2018 uttryckte de intervjuade personerna som arbetar i vårdformen att de var mycket nöjda med funktionen. De menade att det innebar en stor trygghet för såväl personal som patienter att vara inskriven i vårdformen och att läkarstödet fungerade mycket bra. Resultat från uppföljningsintervjuerna under 2019/2020 indikerar att tillgången till läkarstöd inom utsatt tid inte fungerar lika väl när nu ett större antal personer har skrivits in. Det tycks vara svårt att hålla

uppe funktionen i teamen då vårdformen omfattar fler personer. Den fortsatta utvecklingen av rutiner och arbetsformer samt effekter för personer som skrivs in kommer att följas upp i ett särskilt projekt under 2020.

5.2.4 HUR FÖRBÄTTRA ETABLERING OCH FUNKTION?

Ett större inslag av formell styrning efterfrågades av medarbetare i kommun och primärvård både där etablering och funktion av vårdformen fungerar bra och där det fungerar mindre bra. Anledningen till att tydligare strukturer och rutiner efterfrågas varierade dock mellan fall där samverkan fungerade bra respektive mindre bra.

En tydligare styrning i termer av formella strukturer och rutiner efterfrågades framförallt i de fall där det inte fanns upparbetade goda relationer och arbetssätt sedan tidigare. Flera av de intervjuade medarbetarna önskade ta del av lösningar eller ”goda exempel” som tagits fram av andra snarare än att alla förväntas uppfinna en egen variant av vårdformen i varje enskilt fall. I Kristianstad hade ett arbete påbörjats där erfarenheter och lösningar på utmaningar ska kunna spridas på ett strukturerat sätt. En sjuksköterska i kommunen berättade att de arbetar med att skapa rutiner kring SIP och hur man kan jobba i vårdteamet och sprida dessa genom att hålla föreläsningar för medarbetare i kommunen i syfte att skapa enhetlighet i hela kommunen. Detta arbete var dock inte allmänt känt bland övriga intervjuade medarbetare i kommunen eller bland medarbetare vid vårdcentraler i kommunen.

I avsaknad av informella rutiner och gränssnitt som skapats baserat på ett gott samarbete och personliga relationer efterfrågades också tydligare information om ansvarsfördelning och gränssnitt mellan kommunens och regionens insatser. Flera av de intervjuade berättade att det upplevs som besvärligt att medarbetare från kommun och primärvård har olika syn på vem som formellt ansvarar för vad. De menade att diskussioner om gränssnitt och formellt ansvar tar mycket utrymme i möten som egentligen borde fokusera på hur omhändertagandet av patienter ska göras på bästa sätt. En medarbetare i Kristianstad kommun uttryckte det som att *”vi måste bryta kommunalt-regionalt. Alla måste träffas och inte bara på chefsnivå. Inte bara läkare i primärvård och sjuksköterska i kommun. Lättare att samarbeta om vi pratar samma språk.”* Alla intervjuade medarbetare i kommun och primärvård delade den bilden. Att inte *”prata samma språk”* beskrevs som ett hinder för god funktion av vårdformen. En medarbetare i primärvården berättade att hen *”skulle vilja ha tydligare riktlinjer*

och tydligare beskrivning av lägsta nivå. [Vi borde] antingen ha samma huvudman eller ha tydliga riktlinjer.”

I de fall samverkan mellan huvudmännen och omhändertagandet av patienter upplevdes fungera väl (och även fungerade väl tidigare innan HS-avtalet) upplevdes avsaknaden av formell styrning inte som problematisk, enligt de intervjuade medarbetarna. I de fall där informella rutiner och gränssnitt skapats baserat på ett gott samarbete och personliga relationer sedan tidigare saknade medarbetare i kommun och primärvård generellt inte en mer formell styrning för att få till en god etablering och funktion av vårdformen i den egna verksamheten. Däremot menade flera att ett större inslag av formell styrning är önskvärt mot bakgrund av att det annars finns en risk att den vård som erbjuds skåningarna blir ojämlig. Bilden från några av de intervjuade personerna var att arbete med att det ska bli mer lika över Skåne hade initierats på flera håll, bland annat i Kristianstad och Tomelilla. Dessa var dock inte kända av alla intervjuade medarbetare i primärvården och än mindre kända bland medarbetare i kommunerna.

5.3 OBSERVATIONER FRÅN INTERVJUER ÅR 4

Intervjuer som genomförts år 4 har som tidigare nämnts varit mer framåtblickande jämfört med tidigare års intervjuer. Det samlade intrycket från intervjuer har i hög grad påverkat våra egna reflektioner om krav på styrningen, ledning och uppföljning för en fortsatt utveckling av vårdformen, vilka kommer att redovisas i rapportens kapitel 7.

Sammanfattningsvis ger intervjuerna stöd för att det finns stora skillnader i hur interventionen mobilt vårdteam spridits och med vilken kvalitet den implementerats. Inledningsvis har funnits olika ansatser, t ex om rutiner utvecklats först eller om man först skrivit in många patienter i vårdformen och sedan utvecklat rutinerna. Sett till dagens praktik beskrivs följsamheten till de standards som finns som relativt god. Det gäller användning av inskrivningskriterier, involvering av olika aktörer och användning av blanketter. Om vårdformen alls används kan dock variera. Det egentliga innehållet kan också variera på de håll vårdformen används. Det kvalitativa innehållet förefaller till stor del bero på vilka organisatoriska förutsättningar, relationer och samverkansformer som funnits redan tidigare. Det finns också en osäkerhet om i vilken grad interventionerna har genererat nytta för patienter och anhöriga.

Genom att det egentliga innehållet är svårare att standardisera anges även att medarbetare i hög grad utvecklats vårdformen själva. Det gäller till stor del de ”goda exempel” som identifierats. Stödet från centrala eller delregionala samverkansorgan beskrivs av flertalet som begränsat. De olikheter som uppkommit i spridningen uppfattas som ett växande problem i jämlikhetsperspektiv. Det finns också uppfattningar att den initiala ”utvecklingskraften” mattats av. Några intervjuade lyfter av dessa skäl ett behov av tydligare stöd från den övergripande ledningen i både Region Skåne och bland de skånska kommunerna. Flera av de som intervjuats lyfter behovet av gemensamma styrdokument mellan regionen och kommunerna. Det måste också finnas en styrning och uppföljning som leder till att befintliga styrdokument inte tolkas på helt olika sätt, vilket förekommer i praktiken. Några intervjuade lyfter att Covid-19 pandemin tvingat fram denna typ av gemensamma styrdokument på andra områden, och önskar samma utveckling när det gäller vårdformen mobilt vårdteam.

”Jag tänker att nu när vi har haft corona. Då har vi faktiskt anammat oss både kommun och primärvård att skapa ett dokument som har hjälpt båda två.... Det mobila vårdteamet är samma sak. Där borde man skapa ett dokument. Ett styrdokument som gemensamt som primärvården och kommunen... Det dokumentet skulle då finnas med ihop med vårdcentralerna och kommunen... Då hade vi sluppit mycket tjat... Det har fungerat bättre under covid när vi har gjort det i samverkan. Situationen har tvingat oss att skärpa till oss och sätta fokus på det som måste göras.” (MAS i kommun)

Samtidigt lyfts behovet av lokala anpassningar av flera intervjuade. Kontinuitet i relationerna mellan kommunens sjuksköterskor uppfattas som centralt av både intervjuade MAS och allmänläkare som arbetar i mobila team. Om det finns en tidigare uppbyggd relation finns trygghet och stöd till kommunens sjuksköterskor. Många frågor kan hanteras via telefonsamtal. Om detta inte är fallet måste läkare i högre grad göra hembesök.

” Det är en jätteskillnad. Man känner en sjuksköterska som man vet känner patienten. Då kan man lösa väldigt mycket över telefon. Är det bemanningstider eller är det är hyrsjuksköterskor, då måste man göra hembesök. Kontinuiteten är ju A och O för att det ska bli riktigt bra.” (läkare i primärvården)

Organisation av läkarstödet beror också på förutsättningarna. Enligt intervju med läkare som har stor erfarenhet av arbete i mobilt team finns förutsättningar för viss typ av samverkan i de större städerna, medan vårdcentraler på mindre

orter måste utveckla delvis andra samverkansformer. Även om flera av de som intervjuats efterfrågar mer gemensamma styrdokument menar flertalet också att det måste finnas möjligheter till lokala anpassningar.

Flera intervjuade med erfarenhet från kommunal hälso- och sjukvård lyfter stora utmaningar när det gäller kommunens kompetensförsörjning. Den kommunala verksamhetens komplexitet ställer dessutom stora krav på ledarskapet. Samtidigt beskrivs att det är få chefer som har kunskap om hälso- och sjukvård och att MAS roll ibland är oklar och att man inte alltid ingår i ledningsfunktionerna. Hälso- och sjukvård är inte alltid en prioriterad fråga, som det varit under Covid. Första linjens chefer i kommunerna är ansvariga för ett stort antal medarbetare med varierande bakgrund. Akuta frågor, som ofta handlar om bemanning, tenderar att ta över på bekostnad av den långsiktiga utvecklingen. I jämförelse med regionerna finns också en svagare tradition när det gäller att registrera vad som görs och effekterna av detta. Det finns också sämre förutsättningarna för att använda data, uppföljning och jämförelser inom ramen för systematiska förbättringsarbeten. Dessa faktorer sammantaget kan förklara varför flertalet MAS lyfter behovet av gemensamma styrdokument som stöd för fortsatt utveckling.

Kapitel 6

ARBETET I DE DELREGIONALA SAMVERKANSORGANEN

I detta avsnitt redovisar vi resultat från enkäter till medlemmar i de delregionala samverkansorganen. Dessa resultat har även redovisats i delrapport tre. I föreliggande rapport redovisar vi en sammanfattning av dessa resultat i syfte att ge en helhetsbild av vårdformens etablering och funktion under hela den fyraårsperiod som uppföljningen avser.

6.1 FRÅGOR I ENKÄTEN

Frågor om samverksgrad i 2020 års enkät omfattade i huvudsak samma frågor som ställdes i 2018 års enkät:

- Upplever Du att deltagare i delregionala samverkansorganet har en gemensam uppfattning om målet med samverkan?
- Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?
- Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?
- I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?
- Vem är ”navet” i det delregionala samverkansorganet?

Utöver dessa tidigare frågor inkluderades en ny fråga som berörde samverkan mellan delregionala och centrala samverkansorganet:

- Om det finns behov av stöd i det delregionala samverkansorganets arbete från centralt samverkansorgan, upplever du då att detta går att få?

Respondenter ombads att ta ställning till ett antal påståenden om inriktningen på samverkansorganets arbete och dess effekter på samma sätt som i 2018 års enkät:

- Det delregionala samverkansorganet arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar.

- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för en bättre vård till de mest sjuka med återkommande vårdbehov.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam.

Dessutom inkluderades två nya påståenden med utgångspunkt i resultaten från 2018 års enkät:

- Det delregionala samverkansorganet har haft liten betydelse för utvecklingen på verksamhetsnivå.
- Det delregionala samverkansorganet har bidragit till att sprida ”goda exempel” när det gäller samverkan.

Två tidigare påståenden om prioritering av egna mål och fokusområden respektive vikten av gemensamma strategier och fokusområden ströks. Dessa ersattes med ett påstående där alternativ ställdes direkt mot varandra:

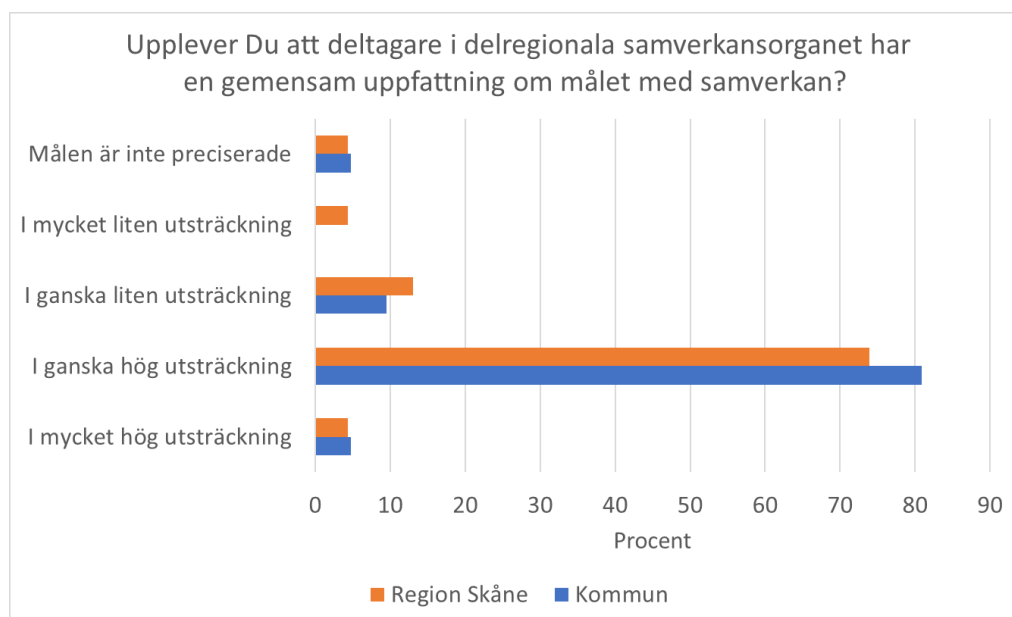
- Det är viktigare att varje delregionalt samverkansorgan har möjlighet att prioritera egna fokusområden utifrån lokala förutsättningar, snarare än att man arbetar utifrån gemensamma prioriteringar och fokusområden för att nå målen i Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Enkätsvaren redovisas deskriptivt med avseende på skillnader i uppfattningar mellan tjänstemän från kommuner respektive Region Skåne, skillnader jämfört med resultaten från 2018 års enkät samt skillnader mellan olika delregionala samverkansorgan.

6.2 UPPFATTNINGAR OM SAMVERKAN

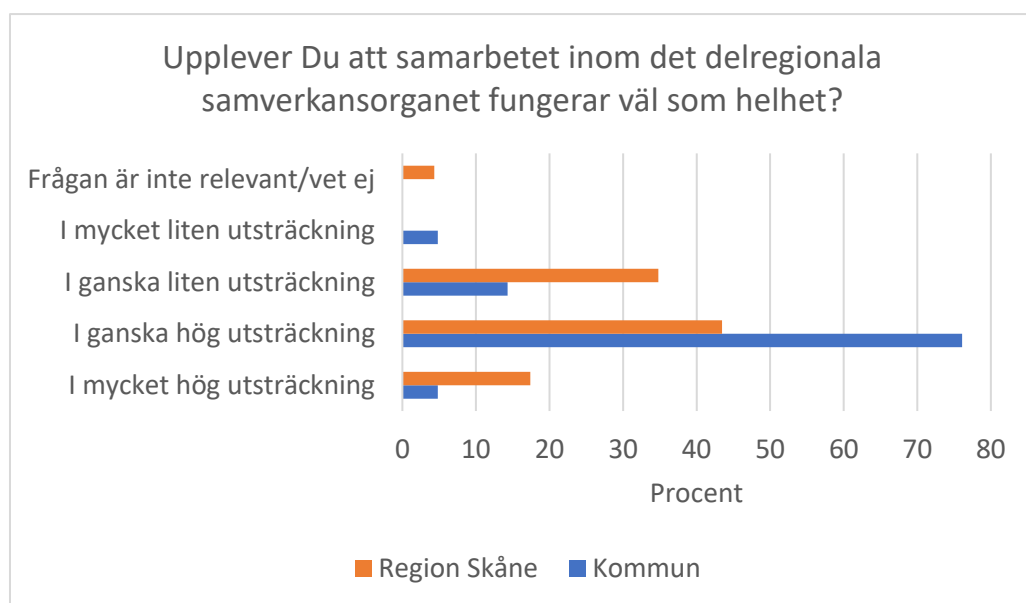
En klar majoritet av de tjänstemän som besvarat enkäten upplever ”i ganska hög utsträckning” att det finns en gemensam uppfattning om målet med samverkan, se figur 6.1. Det finns inga större skillnader mellan svar från kommuner respektive Region Skåne i dessa avseenden. Jämfört med enkätsvar från 2018 har antalet tjänstemän som anger alternativet ”i ganska hög utsträckning” ökat med 10 procentenheter. Andelen tjänstemän som anger de andra svarsalternativen, främst ”i mycket hög utsträckning”, har minskat i motsvarande grad.

Figur 6.1. Svarsfördelning på frågan ”Upplever Du att deltagare i delregionala samverkansorganet har en gemensam uppfattning om målet med samverkan?”

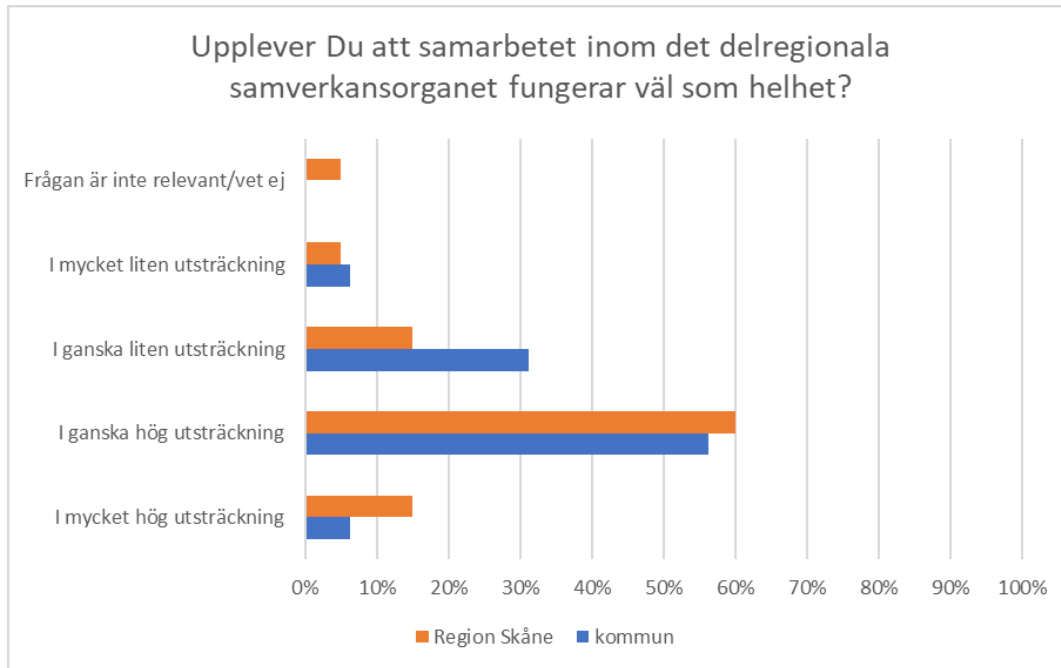


Medan det i hög grad finns en gemensam bild när det gäller uppfattningar om målet med samverkan har skillnaderna när det gäller om samverkan fungerar väl som helhet ökat. Bland tjänstemän från Region Skåne har andelen som anger ”i ganska liten utsträckning” ökat medan andelen som anger ”i ganska hög utsträckning” minskat. Bland tjänstemän från kommuner ses ett tydligt omvänt mönster, se figur 6.2-6.3.

Figur 6.2. Svarsfördelning år 2020 på frågan ”Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?”

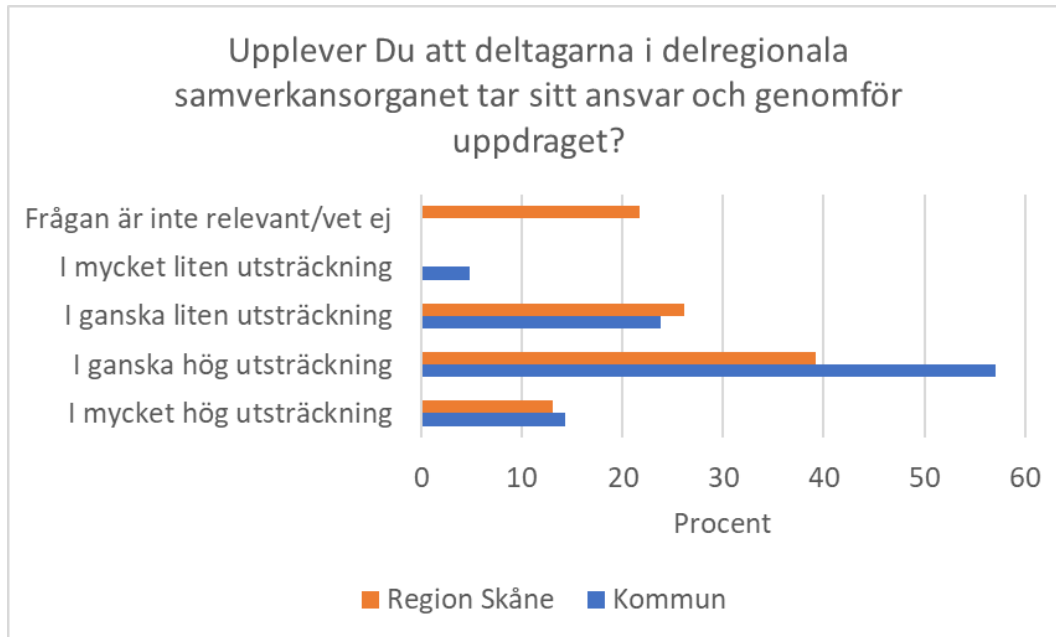


Figur 6.3. Svartsfördelning år 2018 på frågan ”Upplever Du att samarbetet inom det delregionala samverkansorganet fungerar väl som helhet?”

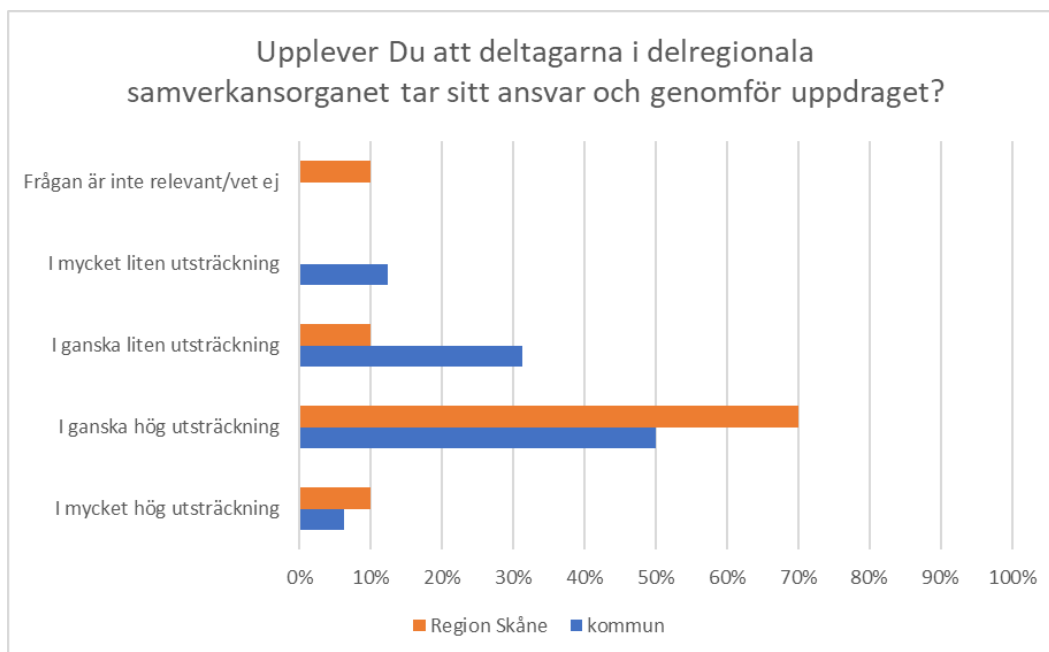


Samma skillnader i svar från kommuner respektive Region Skåne finns när det gäller uppfattningar om deltagarna i samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget. Mer positiva svar kan noteras från kommunens tjänstemän år 2020 jämfört med år 2018 medan den omvända trenden finns i svaren från Region Skåne, se figur 6.4-6.5. Det ska noteras att flera tjänstemän från Region Skåne svarat ”frågan är inte relevant/vet ej”.

Figur 6.4. Svartsfördelning år 2020 på frågan ”Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?”



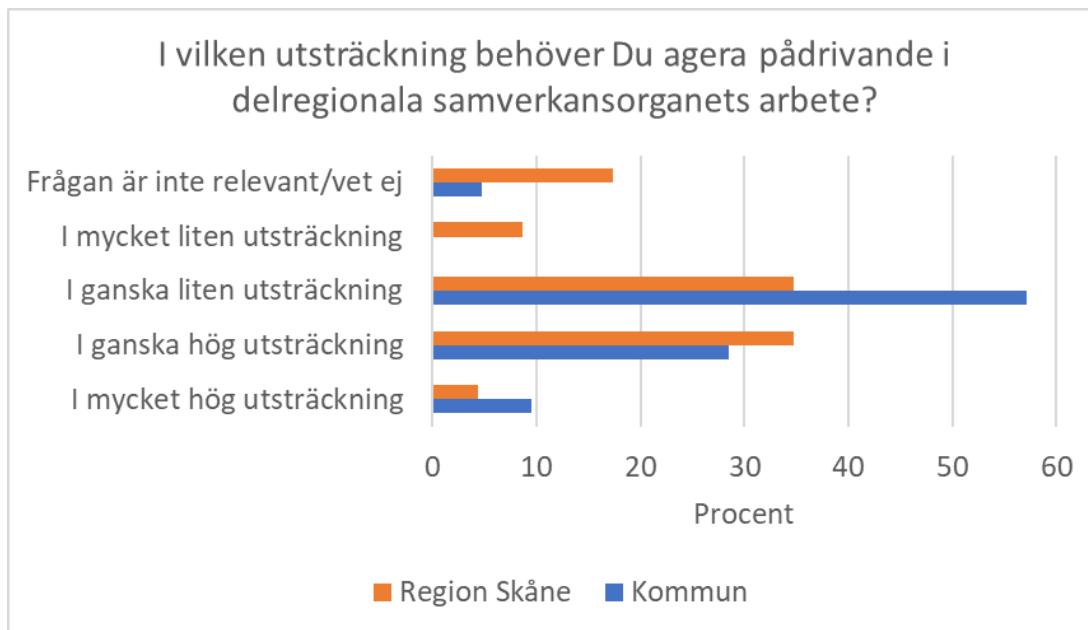
Figur 6.5. Svartsfördelning år 2018 på frågan ”Upplever Du att deltagarna i delregionala samverkansorganet tar sitt ansvar och genomför uppdraget?”



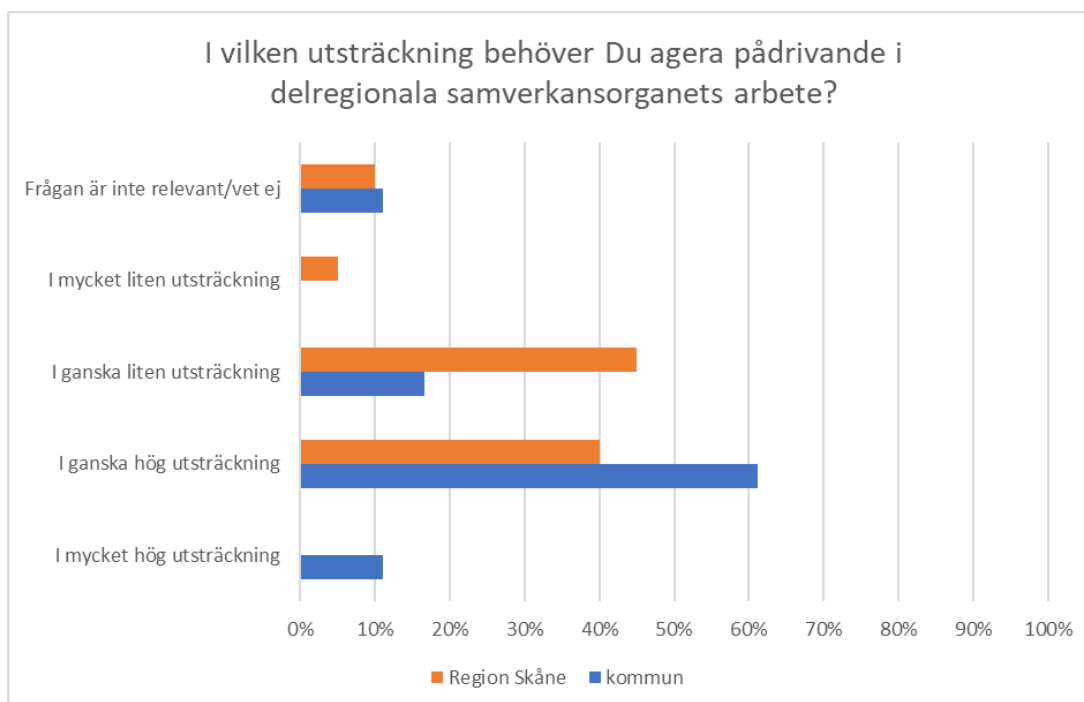
När det gäller frågan om man själv behöver agera pådrivande i arbetet kan en förändring i svaren noteras främst från kommunerna. I jämförelse med svaren från år 2018 är det en högre andel som anser att man ”i ganska liten

utsträckning” behöver agera pådrivande, se figur 6.6-6.7. Notera att flera tjänstemän från Region Skåne svarat ”frågan är inte relevant/vet ej”.

Figur 6.6. Svarsfördelning år 2020 på frågan ”I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?”

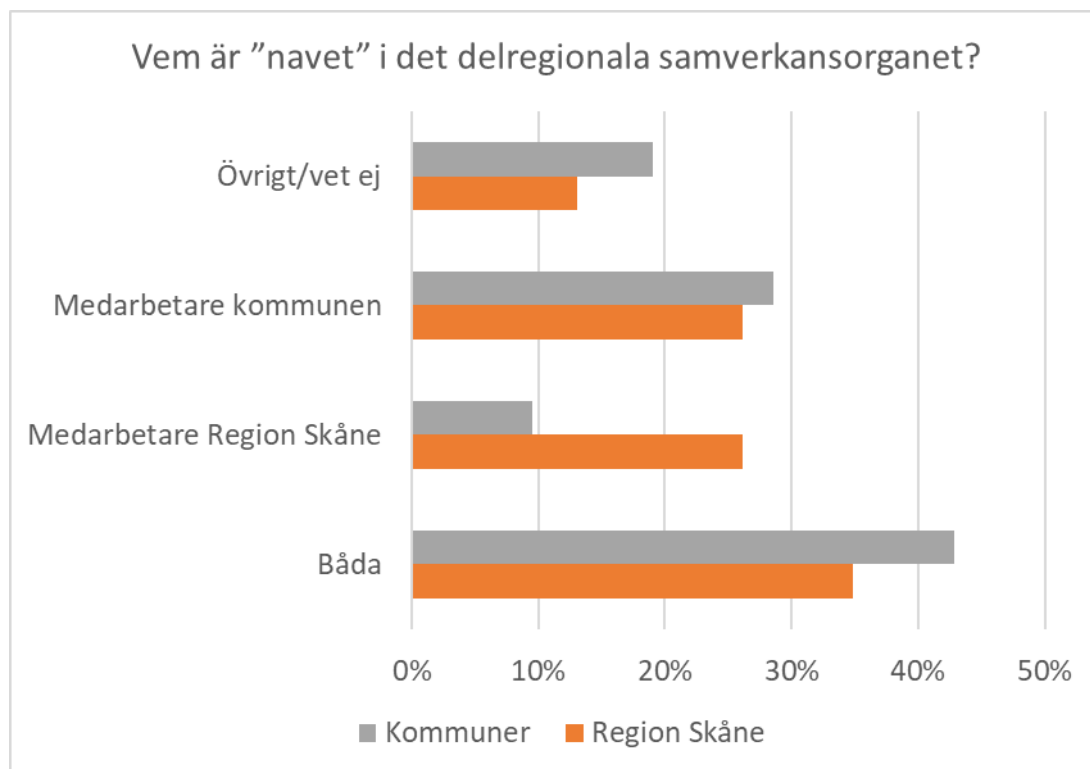


Figur 6.7. Svarsfördelning år 2018 på frågan ”I vilken utsträckning behöver Du agera pådrivande i delregionala samverkansorganets arbete?”



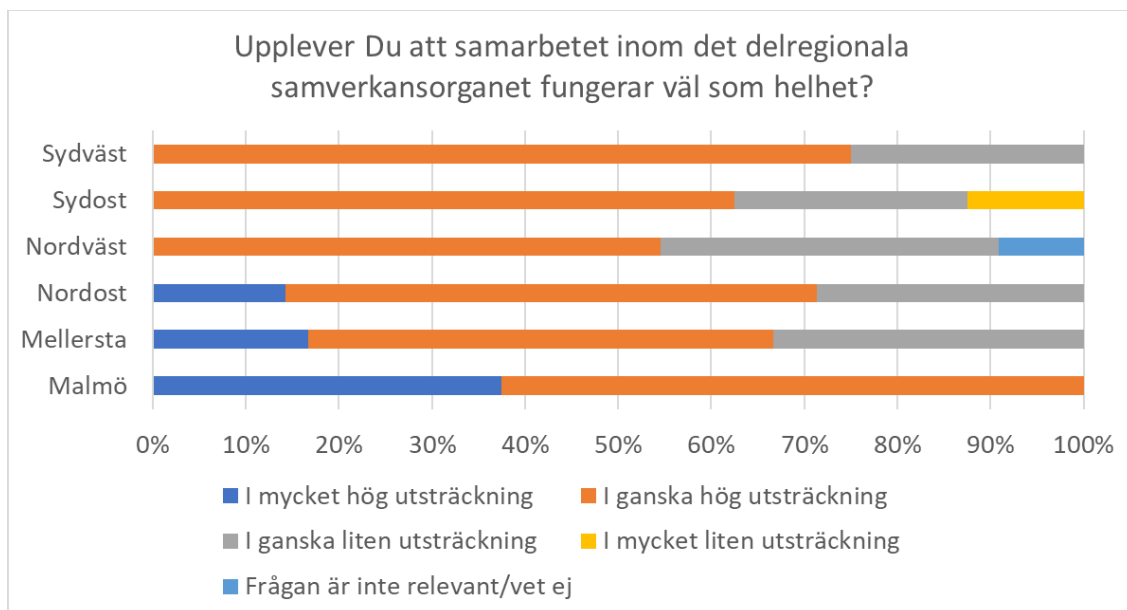
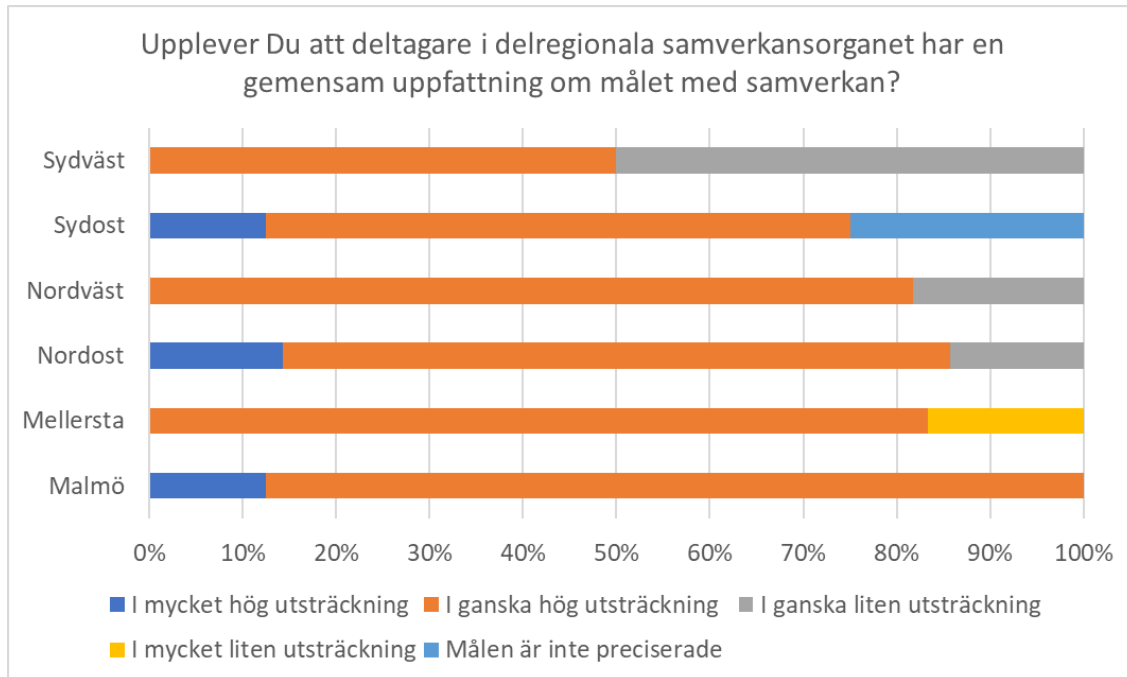
I 2020 års enkät finns inga tydliga skillnader i uppfattningar om vem som är navet i samverkansorganet jämfört med 2018 års enkät. De flesta anser att ”båda” parter är drivande följt av medarbetare från kommunerna. Liksom i 2018 års enkät svarar tjänstemän från Region Skåne i högre grad än kommuner att Region Skåne är navet, se figur 6.8.

Figur 6.8. Svartsfördelning år 2020 på frågan ”Vem är ”navet” i det delregionala samverkansorganet?”

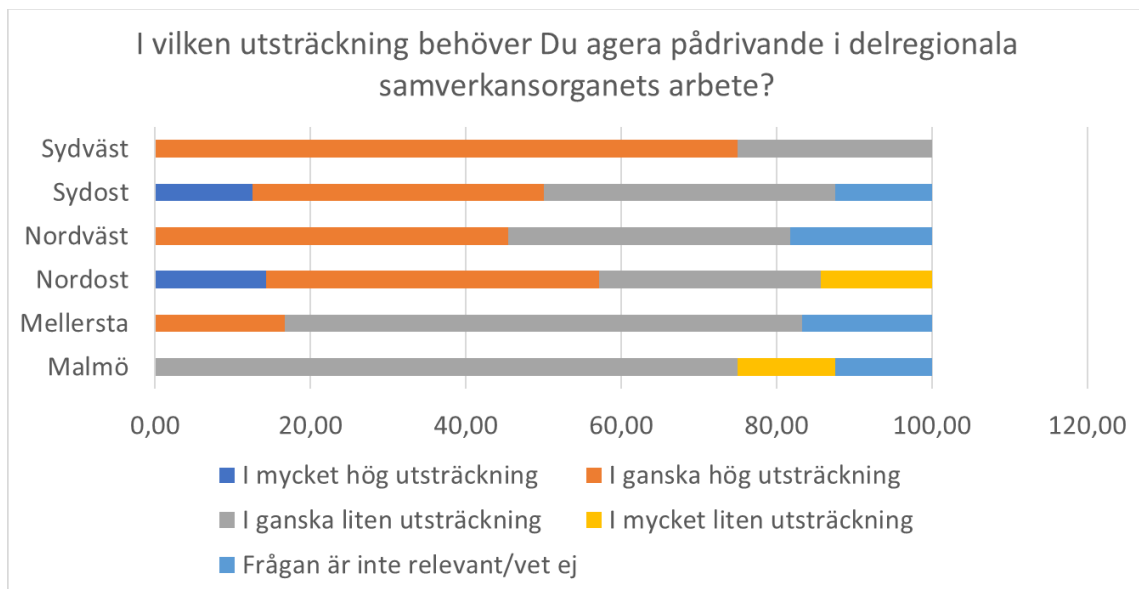
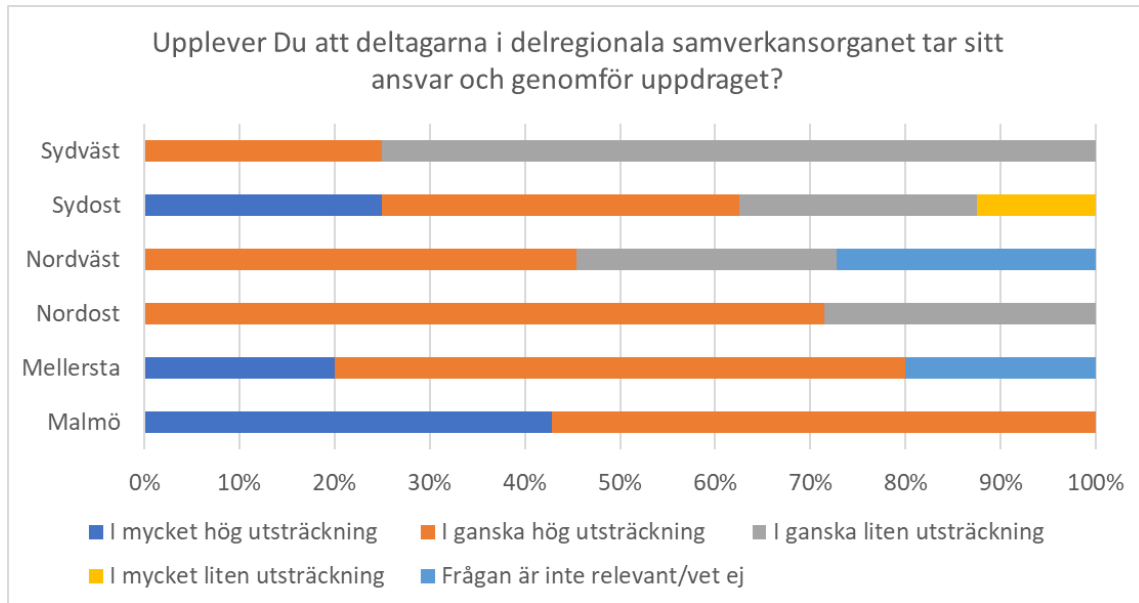


Vid jämförelse av svar mellan de sex delregionala samverkansorganen finns tydliga skillnader mellan delregionala samverkansorgan, se figur 6.9-6.10. Bäst samverkan återfinns liksom år 2018 i Malmö medan utvecklingen när det gäller övriga delregionala samverkansorgan varierar. Osäkerheten när det gäller jämförelser mellan 2018 och 2020 är dock högre för övriga samverkansorgan pga olikheter i svarsfrekvenserna och brister i kontaktuppgifter för tjänstemän när det gäller Sydost. Från Malmö finns indikationer på att samverkan nått en ny fas. Det finns i lägre grad upplevelser av en gemensam uppfattning om målet med samverkan. Samtidigt upplever flera respondenter i Malmö, liksom år 2018, att samverkan fungerar väl som helhet och att deltagare tar sitt ansvar och genomför uppdraget. Vidare anser deltagare från Malmö att de i lägre grad än år 2018 själva behöver agera pådrivande i arbetet.

Figur 6.9. Svartsfördelning år 2020 uppdelat på respektive delregionalt samverkansorgan.

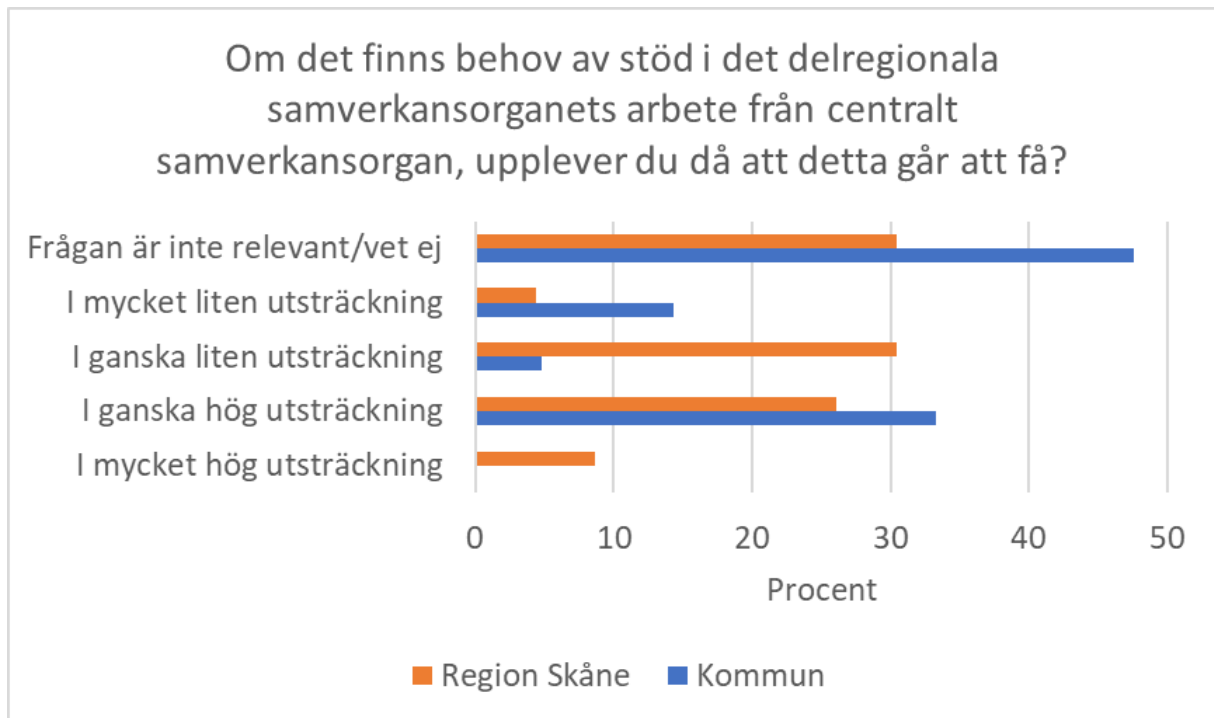


Figur 6.10. Svartsfördelning år 2020 uppdelat på respektive delregionalt samverkansorgan.



När det gäller frågan om möjligheter att få stöd från centrala samverkansorganet har en stor andel svarat ”frågan är inte relevant/vet ej”, se figur 6.11. Det gäller särskilt från kommunerna. Vi har därför valt att inte redovisa svaren uppdelat på delregionala samverkansorgan.

Figur 6.11. Svarsfördelning år 2020 på frågan ” Om det finns behov av stöd i det delregionala samverkansorganets arbete från centralt samverkansorgan, upplever du då att detta går att få?”



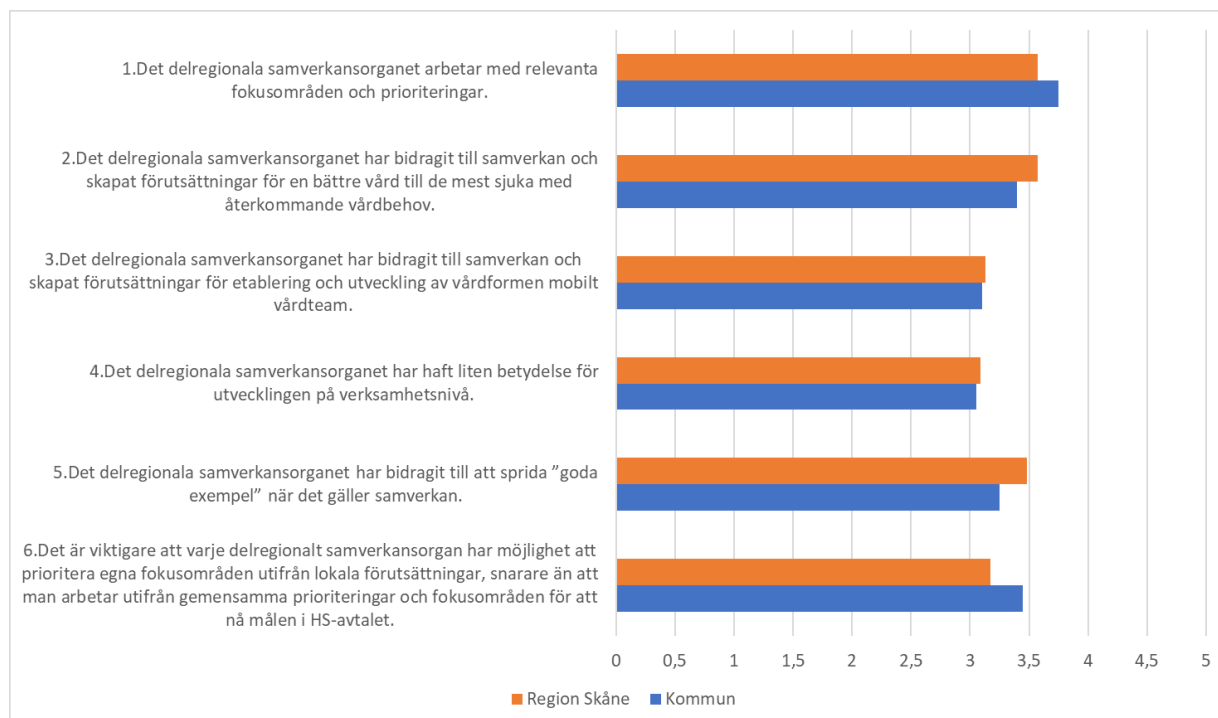
6.3 UPPFATTNINGAR OM ARBETETS EFFEKTER OCH INRIKTNING

Frågor som avser uppfattningar om arbetets effekter och inriktning har liksom år 2018 formulerats som påståenden som respondenter har fått ta ställning till.

Svarsalternativen har bestått av en Likert-skala där 1 motsvarar ”instämmer inte alls” och 5 motsvarar ”instämmer helt och hållet”. Som framgår av figur 6.12 finns inga större skillnader i uppfattningar mellan kommuner och Region Skåne år 2020. I resultaten från 2018 års enkät fanns större skillnader där medarbetare från Region Skåne i högre grad än medarbetare från kommuner instämde i påståendet ”Det delregionala samverkansorganet har bidragit till samverkan och skapat förutsättningar för etablering och utveckling av vårdformen mobilt vårdteam”. Den samlade andelen respondenter som instämmer i att det finns en effekt på utvecklingen av mobilt vårdteam är också något högre år 2020 än år 2018. I övrigt återfinns samma mönster i svaren som i svaren år 2018.

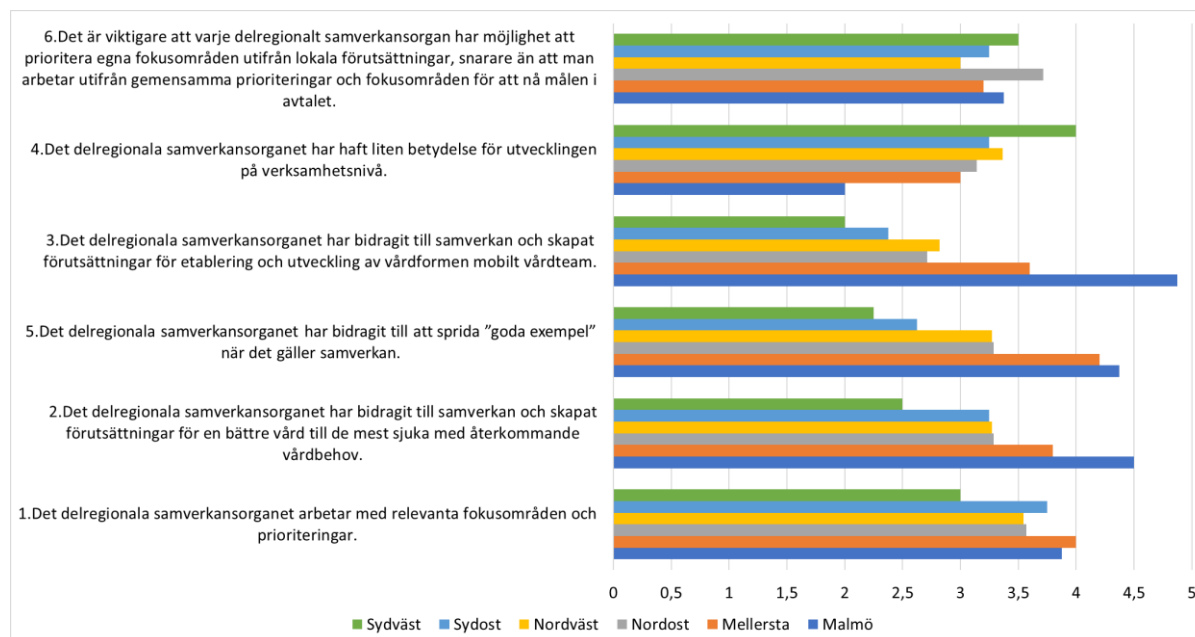
Medarbetare instämmer i högre grad att delregionala samverkansorgan arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar och i lägre grad att arbetet haft effekt i verksamheten. Den lägre andelen som anser att det finns en effekt på utvecklingen av mobilt vårdteam kan delvis förklaras med att påståendet är svårare att bedöma. Svaren blir mer positiva när det gäller om samverkansorganet bidragit till att sprida ”goda exempel”, vilket kan anses enklare att bedöma. Svaren på det nya påståendet där gemensamma eller delregionala prioriteringar och fokusområden ställdes direkt mot varandra ger ingen tydlig bild. Kommunerna instämmer i något högre grad att det är viktigare att kunna prioritera egna fokusområden utifrån lokala förutsättningar.

Figur 6.12. Svartsfördelning år 2020 mellan företrädare för kommun respektive Region Skåne för olika påståenden om arbetets inriktning och effekter.



Det finns inte heller några tydliga skillnader mellan olika delregionala samverkansorgan i synen på vikten av att kunna prioritera egna fokusområden, se påstående sex i figur 6.13. Däremot finns stora och delvis förväntade variationer i svaren för övriga påståenden. Skillnaderna mellan i synnerhet Malmö och övriga delregionala samverkansorgan är också tydligare än i 2018 års resultat. I Malmö är det en högre andel som instämmer i att arbetet haft effekter och att man bidragit till att sprida "goda exempel". Man anser också i högre grad att man arbetar med relevanta fokusområden och prioriteringar. Liksom i 2018 års enkät har även Mellersta samverkansorganet en relativt positiv bild av effekter och arbetets inriktning.

Figur 6.13. Svartsandelar för påståenden om arbetets effekter och inriktning uppdelat på samverkansorgan.



6.4 FRIA KOMMENTARER

Flera fria kommentarer i enkätsvaren anger att frågor och påståenden varit svåra att svara på. I 2018 års enkät fanns inga sådana fria kommentarer. Detta återspeglas också i att det är fler respondenter som valt alternativet ”frågan är inte relevant/vet ej”. Några respondenter kommenterar att man är nya deltagare i samverkansorganet med liten erfarenhet av möten. Några pekar på omorganisationer som haft effekt på vem som deltar. Flera har uppfattningen att aktiviteten varit låg under 2019 och efterlyser mer av gemensam ”verkstad”. Några lyfter fram att många frågor är operativa och måste lösas verksamhetsnära snarare än på övergripande och politisk nivå.

Kapitel 7

REFLEKTIONER OCH SLUTSATSER

I föreliggande rapport redovisar vi uppföljningen av vårdformen mobilt vårdteam som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna (HS-avtalet) sedan hösten 2016. Uppföljningen avser avtalets hela fyraårsperiod. Liksom i uppföljningarna för de första tre åren, vilka har redovisats i separata delrapporter, har vi främst fokuserat på vårdformens etablering och funktion samt arbetet i de delregionala samverkansorganen, men även på aspekter om lärande och behov av stöd för att vidareutveckla vårdformen. En uppföljning av effekter av vårdformen är önskvärd men systematiskt insamlade data för detta ändamål saknas. Det ska också nämnas att det är svårt att isolera effekter av vårdformen från andra förändringar som har skett under samma period, inte minst den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och Covid 19-pandemin. Dessutom är ett rimligt antagande att utmaningar kopplade till den nya lagen och inte minst pandemin trängt undan utvecklingsarbete med att implementera den nya vårdformen. Ett tecken på detta är att antalet inskrivna har varit relativt konstant under hela år 2020 medan en tydlig trend med fler inskrivna varje månad syns för åren 2017-2019. Samtidigt kan erfarenheter av samverkan mellan regioner och kommuner under pandemin nyttjas i den fortsatta utvecklingen av vårdformen.

7.1 ETABLERING AV VÅRDFORMEN VARIERAR

Vårdformen har etablerats kontinuerligt bland de skånska vårdcentralerna och kommunerna. Inledningsvis, år 2017–2018, fanns det en geografisk koncentration till det sydvästra hörnet av Skåne vad gäller antal inskrivna, mer specifikt vårdcentraler lokaliserade i Ystad, Tomelilla och Simrishamn. I december år 2020 var vårdformen etablerad i åtminstone någon utsträckning vid vårdcentraler i samtliga 33 skånska kommuner och vid drygt 80 procent av Skånes vårdcentraler totalt sett. Variationen är dock fortsatt stor när det gäller hur många personer som skrivits in i vårdformen vid respektive vårdcentral. Dessa variationer kan inte förklaras av skillnader i andelen listade äldre med stora behov. Det illustreras också av att 18 vårdcentraler (drygt 10% av samtliga

vårdcentraler) svarade för 39 procent av alla inskrivna personer i vårdformen i december 2020. Överlag är en högre andel av alla listade personer som är 75 respektive 80 år eller äldre inskrivna vid mindre vårdcentraler jämfört med större och vid offentliga jämfört med privata vårdcentraler. Det finns dock undantag, framförallt i form av privata vårdcentraler som har relativt sett många personer inskrivna i vårdformen.

Resultat från intervjuer med och enkäter till medarbetare och medlemmar i delregionala samverkansorgan visar att det finns två övergripande sätt på vilket vårdformen har etablerats. Det vanligaste sättet har varit att utveckla rutiner först och sedan successivt skriva in personer då rutiner varit på plats. Närmare hälften av respondenterna i 2020 års enkät svarade att de infört vårdformen på detta sätt. Exempel på områden där detta sätt att implementera vårdformen använts är Malmö och Lund. Närmare en tredjedel svarade att de började med att skriva in många personer tidigt i vårdformen, och först därefter ändrades arbetssätten i den mån det ansågs behövas. Exempel på områden där denna modell använts är Tomelilla och Simrishamn. Dessa skillnader i hur införandet av vårdformen har gått till stämmer väl överens med den statistik som finns över antal inskrivna under olika år, där det tidigt fanns många inskrivna i kommuner i sydöstra Skåne.

7.2 VÅRDFORMENS FUNKTION VARIERAR

Organisering av arbetet i de mobila vårdteamen varierar mellan olika platser i Skåne. De delar av innehållet i vårdformen som är relativt enkel att standardisera – såsom kriterier för inskrivning, användning av särskild inskrivningsblankett och att alla aktörer som ska vara med vid inskrivningstillfället är med vid en samordnad individuell planering (SIP) – fungerar relativt väl och på ett likartat sätt i olika delar av Skåne. De delar av innehållet i vårdformen som är svårare att standardisera varierar däremot i mycket större utsträckning mellan olika områden. Detta hänger samman med att arbetet med att implementera vårdformen är decentraliserat till lokal verksamhetsnivå, vilket innebär att lokala förutsättningar och prioriteringar blir avgörande för hur vårdformen utformas i praktiken och hur den fungerar. Det finns en samstämmig bild när det gäller att medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler tycker att vårdformen mobilt vårdteam i sig är ett bra sätt att ta omhand patienter i den aktuella patientgruppen. Samtidigt finns en lika samstämmig bild av att effekten av införandet är begränsad. Där

omhändertagandet fungerade väl innan införandet fungerar det fortfarande väl. På de platser där det inte fungerade bra tidigare finns problem även efter införandet av vårdformen mobilt vårdteam.

En faktor som varierar är hur läkarstödet har utformats. Svar på enkäter år 2018 och 2020 samt intervjuer med medarbetare under samtliga år som uppföljningen avser ger en samstämmig bild av det mest önskvärda sättet att organisera läkarstödet i de mobila teamen. Idealt ska läkarstödet kännetecknas av både god kontinuitet och god tillgänglighet. En majoritet av de intervjuade medarbetarna i kommunerna föredrar att läkarstödet organiseras kring en eller några få utsedda läkare som utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen, istället för att den läkare på vårdcentralen som är tillgänglig ”för stunden” deltar. De intervjuade läkarna ger i stor utsträckning uttryck för samma preferenser. Samtidigt svarade endast en tredjedel att en eller några få utsedda läkare utgör kontaktvägar in i primärvården och deltar i teamen i 2020 års enkät. En lägre andel svarade att läkarstödet var organiserat kring en eller några få utsedda läkare i 2020 års enkät jämfört med 2018 års enkät. En lägre andel tyckte också att teamets eller teamens medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med vårdformen, och att vårdformen leder till konkreta förbättringar i arbetssätt och rutiner, år 2020 jämfört med 2018. Båda dessa resultat kan spegla att vårdformen initialt etablerades främst på platser där det sedan tidigare fanns väl upparbetade relationer mellan medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler. Den typen av relationer lyfts generellt fram som en viktig faktor för att samverkan i vårdformen ska fungera, och även som en viktig faktor för att den alls kan etableras. Samma tankegångar kommer fram i enkätsvaren för samtliga tre år. I de fall vårdformen har lett till konkreta förbättringar avser dessa främst bättre kontinuitet och tillgänglighet till läkarbesök i hemmet. Dock svarade många att det inte innebär någon skillnad alls för patienter att vara inskriven eller inte avseende vilka insatser de får.

7.3 MÅNGA FAKTORER UNDERLÄTTAR OCH FÖRSVÅRAR IMPLEMENTERING AV EN TEAMBASERAD VÅRDFORM

Eftersom arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå blir lokala förutsättningar avgörande för att vårdformen ska fungera. I 2020 års enkät, och enligt intervjuer med berörda medarbetare, framkom att det finns flera faktorer som underlättar respektive försvårar införande av en vårdform som bygger på samverkan mellan personer med olika

professionell bakgrund och över organisatoriska gränser. Två faktorer som underlättat arbetet lyftes av en majoritet av de medarbetare som intervjuats och besvarat enkäten;

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

Dessa faktorer anknyter till professionella drivkrafter och relationskontinuitet bland medarbetare, vilket är svårt att direkt påverka. Andra faktorer som lyftes fram av ungefär en tredjedel av dem som besvarat enkäten samt en majoritet av de intervjuade personerna var att det finns en utsedd person i organisationen som koordinerar arbetet och att det finns tydliga direktiv och riktlinjer om vårdformen. Dessa faktorer anknyter till sådant som mera direkt kan påverkas med stöd och styrning uppifrån. Vidare svarade många att god kontinuitet i personalgruppen samt ett intresse av att införa nya idéer i organisationen underlättade införandet. Brist på tid och brist på allmänläkare lyftes fram som de viktigaste försvårande faktorerna, följt av bristande samsyn mellan primärvård och kommun samt otydliga riktlinjer och direktiv om vårdformen.

7.4 MER FORMELL STYRNING OCH STÖD ”UPPIFRÅN” EFTERFRÅGAS

Medarbetares upplevelser om i vilken omfattning de har fått stöd vid införande av vårdformen speglar också att arbetet med att implementera vårdformen är starkt decentraliserat till lokal verksamhetsnivå. Resultat från intervjuer och enkäter ger en samstämmig bild av att formellt stöd och hjälp i utvecklingsarbetet i stor utsträckning saknas. Inte heller har man på eget initiativ tagit del av andras erfarenheter eller delat egna erfarenheter med andra i stor utsträckning. En majoritet menar att de har implementerat och utvecklat vårdformen själva, utan stöd utifrån. Vid intervjuer under 2020-2021 framkom också att det finns en osäkerhet kring huvudmännens långsiktiga ambition med vårdformen.

Mer formellt stöd och hjälp i utvecklingsarbetet och en bättre balans mellan styrning ovanifrån och lokala frihetsgrader efterfrågas bland flertalet medarbetare – det gäller både där vårdformen är etablerad och fungerar och där den i mindre utsträckning är etablerad eller fungerar väl. Denna typ av

synpunkter framkommer i synnerhet från medarbetare i de skånska kommunerna. Resultat från enkäter och intervjuer visar att det vi första hand är stöd och styrdokument som tagits fram gemensamt av huvudmän (Region Skåne och kommunerna) och lokala samverkansorgan och som är tydliga och gäller lika för alla som efterfrågas. Argumenten bakom att tydligare strukturer och rutiner efterfrågas varierar. I de fall det tidigare har saknats upparbetade goda relationer och arbetssätt mellan berörda medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler, inklusive kontinuitet i läkarkontakterna, efterfrågas en tydligare styrning uppifrån för att underlätta etableringen av vårdformen. I de fall samverkan fungerat bra även tidigare efterfrågas större inslag av formell styrning mot bakgrund av att det annars finns en risk att den vård som erbjuds skåningarna blir ojämlik. Samtidigt med dessa önskemål finns också en bild av att styrdokument behöver förankras lokalt och att det finns möjligheter till lokal anpassning efter förutsättningarna.

7.5 ÅTGÄRDER FÖR ATT FRÄMJA UTVECKLINGSKRAFT OCH JÄMLIKHET

För att främja utvecklingskraft och jämlikhet är det angeläget att balansera styrning uppifrån med utveckling av vårdformen nära verksamheter, vilket också har påpekats i tidigare delrapporter. Styrning uppifrån behövs för att främja jämlik vård och för att ge stöd för lärande och ett systematiskt förbättringsarbete som leder fram till effektiva lösningar. Lokala frihetsgrader behövs för att anpassa lösningar till lokala förutsättningar och behov, men även för att bibehålla engagemang och utveckling genom professionella drivkrafter bland medarbetare.

Ur ett teoretiskt perspektiv kan inskrivning i mobilt vårdteam beskrivas som en intervention där vissa delar – men inte det väsentliga innehållet – är möjlig att standardisera. Det är därför viktigt att interventionen uppfattas som relevant och ändamålsenlig bland berörda medarbetare. Drivkrafter som följer av att medarbetare tycker vårdformen är viktig kan anses helt avgörande för att uppnå god kvalitet i vårdformen, och är en förutsättning för att utveckla den samverkan mellan personer med olika professionell bakgrund och över organisatoriska gränser som behövs. Resultat från intervjuer och enkäter visar lyckligtvis att vårdformen i sig uppfattas som ett bra sätt att ta omhand patienter i den aktuella patientgruppen. Dock tyckte endast drygt hälften av de medarbetare som besvarade 2020 års enkät att medlemmarna i de mobila teamen har en

gemensam uppfattning om målet med vårdformen. Det kan också noteras att en lägre andel tyckte att teamets eller teamens medlemmar har en gemensam uppfattning om målet med vårdformen år 2020 jämfört med 2018. Detta kan hänga samman med att vårdformen med tiden har etablerats på platser där det inte funnits utarbetade rutiner och goda relationer mellan medarbetare i kommuner och vid vårdcentraler sedan tidigare, vilket i så fall blir uppmärksammat i en första fas av samverkansprocessen.

Goda intentioner och professionella drivkrafter kan räcka långt men om implementeringen ska bli någorlunda jämlik och kraftfull behövs sannolikt någon form av formell och övergripande styrning och ledning. Våra resultat från intervjuer och enkäter visar att många saknar och efterfrågar tydligare styrdokument, rutiner och riktlinjer om vårdformens innehåll som är lika för alla. Det är lika tydligt att det finns önskemål om att styrdokumentet tas fram med lokal anknytning och att det finns möjligheter till nödvändiga anpassningar utifrån lokala förutsättningar. En delikat fråga för det fortsatta utvecklingsarbetet är därför av vem och på vilka nivåer som efterfrågade styrdokumentet ska tas fram och vilka lokala frihetsgrader som ska finnas.

Även om det finns möjligheter att utveckla styrdokument utifrån erfarenheter så här långt, måste de åtgärder som görs för att främja ökad utvecklingskraft och bättre jämlikhet säkerställa fortsatt lärande. Åtgärder för att stötta lärande i och mellan de organisationer som omfattas av vårdformen innefattar systematisk uppföljning av såväl arbetssätt (processer) och effekter av vårdformen för patienter och deras anhöriga (utfall).

I alla delrapporter inom utvärderingen har avsaknaden av data som belyser konsekvenser och effekter för patienter och anhöriga av vårdformen mobila vårdteam påtalats. Det är angeläget att utveckla former för att studera den typen av konsekvenser. Det är först med utgångspunkt i erfarenheter som följts upp systematiskt som det finns förutsättningar för ökad kunskap om vilka lösningar som fungerar i olika sammanhang och hur dessa lösningar bäst kan implementeras. Genom stärkt uppföljning, ökad transparens och möjligheter till erfarenhetsutbyten kring ”goda exempel” kan också motivationen för att utveckla samverkan stärkas. På sikt kan styrdokument och riktlinjer utvecklas utifrån bättre kunskaper om vad som fungerar bättre och sämre, givet olika lokala förutsättningar. I detta sammanhang har även formella studier och kliniska forskning betydelse för att skapa ökad legitimitet åt styrdokumentet. En

avgörande faktor för att säkerställa en sådan fortsatt långsiktig utveckling är dock att berörda huvudmän anger en långsiktig ambition och viljeinriktning när det gäller samverkan inom ramen för vårdformen mobilt vårdteam.

REFERENSER

- Adler, PS, and Borys, B. (1996), Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Ahrens T, Chapman CE. Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain. *Contemporary Accounting Research* 2004;21(2): 271–301.
- Anell A, Mattisson O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Studentlitteratur: Lund.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2006): Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*; 21(1): 75-88.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2007): Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Deneckere et al (2011) Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: Results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions*; 34(3): 258-277.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*. 2004; 82:581-629.
- Huxham C, Vangen S. (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
- Isaksen A, Nilsson M. (2013) Combined innovation policy: Linking scientific and practical knowledge in innovation systems. *European Planning Studies*; 21(12): 1919-1936.
- Jensen MB, Johnson B, Lorenz E, Lundvall BE. Forms of knowledge and modes of innovation. *Research Policy*. 2007; 36(5):680-693.
- Lorange P, Roos J (1992): *Strategic Alliances: Formation, Implementation and Evolution*. Oxford: Blackwell.
- Löfström C. (2007): Samverkan kring äldres vård och omsorg – två försöksverksamheter. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller CJ, et al. (2018) A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Services Research*; 18: 146.
- Reeves et al (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD000072.
- Simons R. (1995) *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Tuckman B. (1965): Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*; 63(6): 384-389.

Vårdanalys 2020:4. Laga efter läge. Slutrapport om genomförande av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Stockholm: Vårdanalys.

Weiner B, Amick H, Lee SY: Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Med Care Res Rev.* 2008; 65(4):379-436.

KEFU SKRIFTSERIE 71
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-71-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
Fax: 046-222 42 16