

Mobil Närvård - Följeutvärderingen

Delrapport 2, perioden september 2016 till maj 2017

Dag Norén och Anna Segerberg

Slutrapport augusti_2017

Innehållsförteckning

1	Bakgrunden och fokus i följeutvärderingen	3
2	Angreppssätt inom följeutvärderingen	3
3	Resultat från följeutvärderingen	6
3.1	Målgruppen och patientperspektivet	6
3.2	Inriktning; sammanhållen nära vård, omsorg och rehabilitering.....	7
3.3	Organisation	8
3.4	Tjänsteleverans; den dagliga samverkan med helhetssyn på behov	9
3.5	Planering, ledning och uppföljning.....	10
3.6	Överblick: Viktigaste observationer inom följeutvärderingen	11
3.7	Överblick av samtliga rekommendationer	13
4	Kommentarer om den övergripande regionala satsningen	17
5	Bilagor.....	19

1 Bakgrunden och fokus i följeutvärderingen

Följeutvärderingen bedrivs med ett primärt fokus på utvecklingen och lärandet om samordnade arbetssätt mellan främst den kommunala hemsjukvården, primärvården och specialistvården (som oftast har utgångspunkt från de sjukhus som är involverade). Kunskaper och spridning om de nya arbetssätten i samverkan till en särskild målgrupp med stora behov ses som viktiga för att få genomslag för syftena med Mobil närvård och för att kunna möjliggöra övergången till ordinär verksamhet efter projektperioderna.

Av dessa skäl är granskningen och uppföljningen av *arbetsorganisation och ledning* centralt inom den följeutvärdering som utförs under programperioden. Bevakning av kvantitativa insatser som exempelvis antal hembesök, genomförda SIP:ar (samordnad individuell planering) och utförda läkemedelsgenomgångar följs upp regionalt genom de indikatorer som finns i den Regionala handlingsplanen med fokus på de mest sjuka äldre¹. Insatsbesöken och vilka som utför dem, och om de sker samordnat, studeras dock inom följeutvärderingen samt i vilken mån man uppnår någon form av "täckningsgrad", dvs. hur många av målgruppen inom projektets geografiska område som omfattas av insatser inom Mobil närvård.

I tidigare dokument gällande utvärderingen av "närvårdsprojekt" inom Västra Götalandsregionen² anges också att man särskilt vill ha kunskaper från en uppföljning och utvärdering om hur olika modeller och angreppssätt för närsjukvård, mobil hemsjukvårdsläkare och även palliativ vård har fungerat i praktiken, om strukturer behöver förändras samt vilka problem som uppstår och hur man löser dessa? Därutöver även om insatserna är tillräckliga för behoven och om man har förmågan att på sikt motsvara hela behovsgrupper inom området.

Denna Delrapport 2 har arbetats fram utifrån följeutvärderingen av de nio projekt som varit aktiva med regionalt stöd under 2016 och vidare till och med maj 2017. Under 2017 har ytterligare elva projekt tillkommit och ett av projekten från 2016 har utökats med fler aktiva vårdcentraler (västra Göteborg). Fyra ytterligare ansökningar är i detta läge under beredning men för närvarande finns alltså totalt 20 aktiva projekt inom Mobil närvård som uppbär regionalt stöd. En översikt över samtliga beviljade projekt och tilldelade projektmedel finns i bilaga 1.

2 Angreppssätt inom följeutvärderingen

Följeutvärderingen har bedrivits genom olika insatser som beskrivs nedan.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts med företrädare för samtliga aktiva projekt från 2016 samt med andra personer regionalt och inom kommunsamverkansorgan inom Västra Götalandsregionen. Även vissa politiska företrädare regionalt har intervjuats. I skrivande stund har även intervjuer påbörjats med de nya projekten från 2017 som nu börjar bemannas.

Dokumentationer och benchmarking

Samtliga projektdokument har studerats liksom de underlag som finns gällande centrala utgångspunkter för stödet till ett breddinförande av Mobil närvård. Vidare har andra liknande

¹ "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland", Regional handlingsplan 2014-2015, Västra Götalandsregionen

² "Utvärdering av närvårdsprojekt i Västra Götalandsregionen 150604" (beskrivning av önskad inriktning med utvärderingsinsatser)

satsningar på utveckling av mobila närvårdsformer i Sverige studerats, exempelvis i Region Skåne³ samt ett antal olika exempel i andra länder, bland annat Storbritannien⁴. Dessa referensexempel är tänkta som jämförelser av hur olika strategier kan fungera för att uppnå målsättningar som är av liknande slag som Mobil närvård inom Västra Götalandsregionen.

Nätverksträffar

En viktig del i följeutvärderingen är de olika nätverksträffar som bedrivs. Regionala nätverksträffar har genomförts två gånger under 2016 och hittills en gång under 2017. Dessa möten samlar uppemot 100 personer med deltagare både från projekten men också andra intresserade.

Projektledarträffarna, där projektledarna kan diskutera olika möjligheter och utmaningar i sina roller, startade med ett första möte mot slutet av 2016 och har därefter sammanträffat tre gånger under vintern/våren 2017. Ett nätverksmöte har hittills genomförts för de aktuella närsjukvårdsteamerna och ett ytterligare är planerat till hösten 2017. Nätverksmötena för de mobila hemsjukvårdsläkarna är också på gång med ett första möte hösten 2017. Dessa nätverksträffar möjliggör genomförandet av fokusgruppsliknande diskussioner utifrån olika teman som ger viktiga inputs till vad som fungerar bra respektive mindre bra med utvecklingen av mobila närvårdsformer.

Start-upp-stöd

Inom följeutvärderingen erbjuds också ett så kallat start-upp-stöd. Bakgrunden till detta var att en del projekt såg ett behov av metodstöd för att komma framåt i samsyn och arbetssätt över de olika verksamhetsgränserna. En större start-upp-workshop har genomförts i samverkan med Södra Älvsborg. Vidare har särskilda möten med fokus på start-upp-stöd genomförts med projekt som har haft olika svårigheter att komma igång. Start-upp-stödet erbjuds nu även till de nya projekten som tillkommit under 2017.

Patientresor

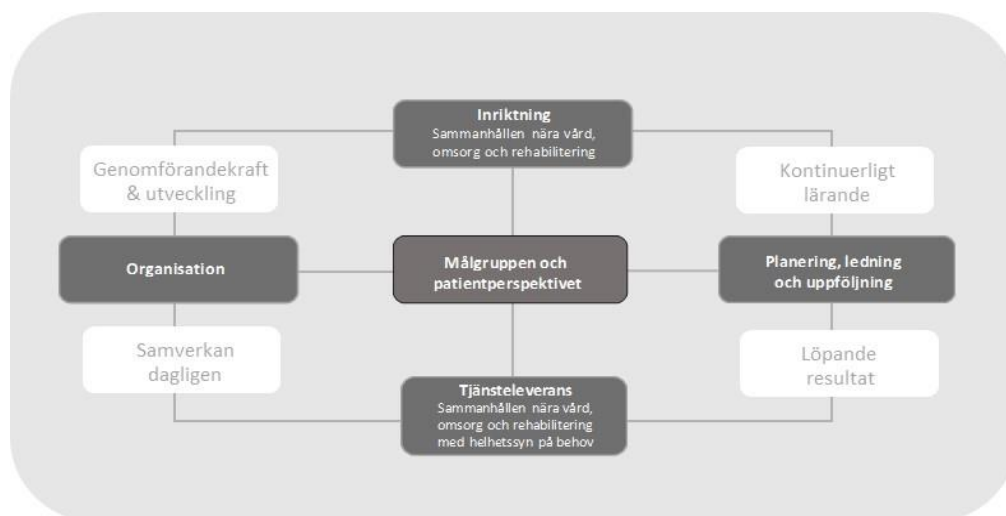
Vidare har följeutvärderingen föreslagit och givit stöd till en metod för lärande uppföljning i form av ett kartläggningsstöd för beskrivning av en "patientresa". Syftet med metoden har varit att framhålla ett tydligare patientperspektiv inom utvecklingsarbetet. Vidare att möjliggöra en samsyn om hur samverkansformer mellan kommunal hemsjukvård, hemsjukvårdsläkare från vårdcentral och närsjukvårdsteam med utgångspunkt från sjukhus kan hitta mer optimala samverkansformer och som är anpassade utifrån ett samlat patientbehov. Metoden är bland annat inspirerad av så kallade tavelmöten som används inom lean-metodiken. Ett utvecklingsarbete har genomförts i samarbete med FoU i Väst och en pilotstudie utfördes i Mittenälvborg (Alingsås och Lerum) under januari till februari 2017. Några projekt har därefter efterfrågat arbetsmetoden som ett sätt att komma igång och fördjupa samarbetet. I uppdraget till FoU i Väst ingick även att ta fram en metod för självskattning av patient/närstående av nöjdhet och hälsosituation utifrån de mobila närvårdstjänsterna. En metod för detta är dock ännu inte identifierad eller utvecklad men förnyade kontakter pågår med andra aktörer för att få fram ett gemensamt regionalt instrument för detta som kan möjliggöra ett systematiskt lärande utbyte mellan projekten om patientrelaterade resultat.

³ Se ex.vis övergripande presentation på <https://kfsk.se/hsavtal/wp-content/uploads/sites/25/2016/10/Bildspel-uppstartsmote-Nytt-halso-och-sjukvardsavtal.pdf>

⁴ Exempelvis ett antal rapporter om utvecklingen av personcentrerade tjänster presenterade av The King's Fund, <https://www.kingsfund.org.uk/publications/>

Årsrapport – fördjupande enkät

Under mars 2017 skickades en fördjupande enkät ut till samtliga projekt som var aktiva under 2016. Den är tänkt som en årsrapport som kommer att återkomma efter ett ytterligare år. Årsrapporten är strukturerad utifrån den utvärderingsmodell som används löpande inom följeutvärderingen och som baseras på forskningsresultat om vad som är viktiga områden att hantera för att nå framgång i utvecklingsprojekt⁵. Samtidigt är den ämnad att kommunicera till projekten vad som kan vara viktiga framgångsfaktorer för att lyckas med utvecklingsarbetet; både utifrån ett systemtänkande och utifrån olika fokusområden. De viktiga områdena för att nå framgång i utvecklingsarbetet beskrivs på följande sätt:



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

⁵ Forskning som ligger till grund för modellen beskrivs bl.a. i publicerade studier inom Service Management (Designing Interactive Strategy; from value chain to value constellation, Normann/Ramirez) samt inslag utifrån kvalitetsutveckling baserat på Edwards Deming och organisatoriskt lärande baserat på Peter Senge m.fl. Utvärderingsmodellen har använts i ett flertal olika följeutvärderingsinsatser där samverkan är i fokus.

3 Resultat från följeutvärderingen

I följande kapitel presenteras de observationer och slutsatser som följeutvärderingen gör uppdelat på respektive område utifrån den utvärderingsmodell som beskrivits i föregående avsnitt. Resultaten som här redovisas bygger till stora delar på inkomna årsrapporter men även på de observationer som gjorts löpande utifrån intervjuer och temadiskussioner i samband med olika nätverksträffar inom Mobil närvård.

3.1 Målgruppen och patientperspektivet

Målgruppen för det stöd som ges för ett breddinförande av mobila närvårdsformer är 65 år och äldre som är inskrivna i kommunal hemsjukvård; alltså en målgrupp som utifrån sin hälsosituation främst bör vårdas i hemmet. Flera av projekten erbjuder numera sina mobila närvårdresurser till en bredare åldersgrupp som har hemsjukvård och i ett fall (Uddevallas så kallade "hybridteam") även till grupper som inte är inskrivna i hemsjukvård men som bedöms bemötas bättre genom hembesök. Huruvida detta påverkar möjligheten att uppnå en god täckning av målgruppen äldre med hemsjukvård (den så kallade täckningsgraden) är svårt att säga. Det framförs dock goda skäl att målgruppen inte kan bestämmas genom ålder utan utifrån den behovssituation som föreligger och hur den bemöts bättre genom att erbjuda mobila närvårdsformer.

En viktig fråga i en del projekt är att kunna identifiera målgruppen; dvs. hitta dem som bör erbjudas de mobila närvårdstjänsterna. När det finns en tätare samverkan mellan de tre verksamheterna; den kommunala hemsjukvården, hemsjukvårdsläkaren från primärvården och (när detta finns) närsjukvårdsteamet med basen i sjukhuset, underlättas detta arbete. Detta är en tydlig observation som bekräftas av att det finns mer problem med detta i projekt där tätheten mellan verksamheternas samarbete är mindre. I vissa projekt upplever man från primärvården svårigheter att få fram hur många och vilka som är inskrivna i kommunal hemsjukvård och att det är stora fluktuationer; dvs. svårigheter att hålla kontroll på målgruppen. En starkt påverkande faktor i detta problem är förstås svårigheterna att dela vårddokumentation mellan parterna.

En viktig lösning på problematiken finns dock genom att ta fram tydliga och gemensamt förstådda rutiner för hur man i samarbete upptäcker och bemöter relevanta patientgrupper. SIMBA är ett exempel på ett projekt där man anger att man har lagt stort fokus på detta och även vidare genom att utforma ett beslutsstöd om hur man gemensamt och i vilken ordning ska agera vid ett försämrat hälsotillstånd; något som framstår som särskilt relevant då målgruppens behov naturligen är starkt varierande över tid.

I flera projekt saknas dessa viktiga rutiner. En viktig ingång till bättre upptäckt av målgruppen, vid sidan om att löpande kontrollera och kommunicera om patienterna som är inskrivna i hemsjukvården, är att fokusera på bättre utskrivningsrutiner från sjukhus där samtliga parter inklusive biståndsbedömningen samarbetar mer systematiskt. Inledande gemensamma möten i hemmiljön, där man gemensamt och mer grundligt sätter "agendan" genom SIP (samordnad individuell plan) eller en medicinsk vårdplan är ett lämpligt sätt att identifiera en patient som kan vara i målgruppen och förstå hur man inledningsvis ska lägga upp samarbetet. Vidare att man på detta sätt bättre involverar patienten och anhöriga genom den trygghet och ökad precision i bedömningarna som hemmiljön medger.

En viktig observation är att den inledande "identifieringen" av en patient är viktig och att tid som investeras i planeringen i samband med detta "betalar sig" i ett senare skede. Vi kan dock notera att även i mer framgångsrika projekt så finns det fortfarande en "kulturell uppdelning" och tänkande i att detta är "vår eller "er" patient. Det krävs ännu mer tid för att komma i ett läge där man gemensamt erbjuder ett omhändertagande kring en patient och har olika uppgifter i sammanhanget beroende på om man utgår från kommunen, primärvården eller den sjukhusbaserade vården och som kan växla mellan "teammedlemmarna" inom lösningen.

3.2 Inriktning; Sammanhållen nära vård, omsorg och rehabilitering

Det framförs ofta att det finns en medvetenhet inom projekten om att arbetsformerna inom Mobil närvård syftar till att bryta upp organisationsgränserna och få till ett mer patientcentrerat arbetssätt i nya samverkansformer. Målbilderna och nyttorna ser ut att vara väl kända och accepterade.

Samtidigt återkommer ofta synpunkter att det finns ett arv av glapp och gnissel mellan kommun, primärvård och slutenvård och det gäller särskilt för projekten i Göteborgsregionen. Det anges i flera sammanhang att fler privata vårdcentraler skulle behöva inse nyttan av arbetssätten.

Vidare anses det mycket svårt att även involvera omsorgen; ett område som är viktigt för att nå god kontinuitet i det personcentrerade arbetssättet. Ofta framförs skäl som den kommunala omsorgens höga personal- och chefsrotationer samt svårigheter generellt att kommunicera mellan parterna. I samtliga projekt, med möjligen undantag för vissa områden inom Skaraborg, ingår inte hemtjänsten i samarbetet. Det föreligger heller inget krav på att så ska ske när ansökan görs och det är ett verksamhetsområde som vanligen ligger långt från Västra Götalandsregionens kontakter och inflytande.

En ofta förekommande observation, när utvecklingsprojekt följs upp och utvärderas, är att alltför lite förståelse och vikt läggs vid att systematiskt arbeta med att stärka inriktningen. Det handlar om olika strategier och aktiviteter som bygger upp, vidareutvecklar och förstärker gemensamma synsätt och ömsesidigt förtroende. Detta kan ses som en brist i ett flertal av de aktuella projekten. Samtidigt finns det flera projekt som mycket genomtänkt har hittat insatser och lösningar som påtagligt stärker den gemensamt delade inriktningen.

Ett exempel på arbetssätt som stärker inriktningen är de gemensamma utbildningsaktiviteter, workshops och andra mötesarenor som vissa projekt genomför löpande. Detta kan vara olika insatser som att närsjukvårdsteamet ger utbildningar i palliativ vård till den kommunala hemsjukvårdens personal, att hemsjukvårdsläkaren samverkar direkt med sjuksköterskor och undersköterskor inom hemsjukvården och att man genomför gemensamma workshops med fokus på exempelvis tidig upptäckt, vårdplanering och rutinimplementeringar. Att systematiskt "sätta" tydliga och gemensamt ägda rutiner är ett avgörande arbete som skiljer ut de mer framgångsrika projekten.

Koordinatorfunktionen är en mycket viktig roll för att lyckas med inriktningen och den koppling som finns till systematiska förbättringar av inriktningen genom uppföljningar av avvikelser m.m. I vissa projekt finns förutom projektledaren även olika koordinatorsroller med personer som har förankring inom respektive involverad verksamhetsorganisation (dvs. slutenvården, primärvården och kommunala hemsjukvården). Mest tydligt är detta inom Skaraborg där tre koordinatörer är mycket viktiga i sitt samspel med projektledaren och övriga insatsorganisationer och för att inriktningen ska följas. Koordinatorerna kan ses som assisterande projektledare som hjälper till med att nå ut till samtliga berörda verksamheter. När det fungerar väl utgör koordinatörerna ett viktigt stöd för projektledaren att involvera och kommunicera med samtliga verksamhetsområden – något som kan vara särskilt viktigt när projektledaren ofta inte har kontaktrelationer utanför det egna verksamhetsområdet; som när denne exempelvis kommer från kommunen eller primärvården.

Vidare är det viktigt att etablera ett jämbördigt förhållande och delägarskap i en gemensam lösning vilket utmanar djupt etablerade kulturer om kunskapshierarkier, vårdnivåer och särskiljande professionsgruppstänkande. Systematisk informationsspridning som är uthållig och återupprepar viktiga grunder för inriktningen är kritiskt viktigt. Att behålla patientperspektivet och inte "backa tillbaka" till produktionsorganisations-tänkande är en utmaning att hantera. Projektledarens roll är viktig i dessa sammanhang men dessa har ofta inte det starka mandat och de verktyg som kan behövas för detta kritiskt viktiga arbete. Istället blir projektledarens arbete alltför ofta "hands-on" och med akuta inriktningar för att täcka upp brister – för orsaker som många gånger ligger utanför projektledarens inflytande och vanliga roll men som måste utföras.

En ytterligare utmaning inom området "inriktning" är att de involverade verksamheterna behöver ställa om till att erbjuda en högre nivå av tillgänglighet. Genom att vara mer nåbara och därmed tillgängliga för de andra verksamheterna uppnår samtliga parter oftast en bättre användning av arbetstiden. Detta vittnar de projekt om som kommit lite längre i sitt utvecklingsarbete. Utmaningen är dock att detta resultat visar sig på lite sikt samtidigt som ett ofta förekommande förhållande i tidigare samverkan är att man kan välja att inte vara nåbar under perioder då man upplever en hög arbetsbelastning. Av detta skäl är det viktigt att tydliggöra denna utmaning inledningsvis för att inte den tänkta inriktningen ska spåra ur efter hand.

3.3 Organisation

En utmaning inom området "organisation" är att få till den sömlösa och gränsöverskridande samverkan som innebär att patienten i sin hemsjukvård får ett omhändertagande som inte känns organisations- och insatsuppdelat. Denna målsättning med de mobila och samordnade arbetssätten upplever vi är kända bland projektens deltagare men har utvecklats olika långt i projekten. Vissa av projekten har nått en gränsöverskridande samverkan som nära övergår till att bli ett enda team (vilket gäller särskilt i samverkan mellan hemsjukvårdsläkaren och den kommunala hemsjukvårdens sjuksköterskor) medan några projekt alltså huvudsakligen arbetar i separata och konsultativa insatser med en ganska låg grad av "team-samverkan". I de projekt som har tillgång till närsjukvårdsteam från specialistvården anges i vissa fall att närsjukvårdsteamet behöver uppnå mer av en helhetssyn och att samverkan mellan den kommunala hemsjukvården och närsjukvårdsteamet kan förbättras mer och bli mer team-inriktad. Flera projekt anger dock att de mobila och samverkande arbetssätten gradvis vinner mer mark hela tiden.

Patientmedverkan pekas ut som viktigt i projektens rapporteringar. Hur väl detta har utvecklats i praktiken är ännu svårt att ge en bild av. Systematiska patientundersökningar genom exempelvis enkäter eller självskattningar, gärna genom någon modell som kan vara gemensam för projekten, har tidigare identifierats som önskvärt men är ännu inte framtaget. De få projekt som gjort egna undersökningar har i allmänhet fått goda resultat när det gäller möjligheter till inflytande och nöjdhet.

För att uppnå ett omhändertagande av målgruppspatienterna som är ännu mer behovsövergripande ser flera projekt det som viktigt att föra in ytterligare professionsgrupper som team-medlemmar inom Mobil närvård. Särskilt rehabiliteringsinsatser genom fysioterapeuter och arbetsterapeuter ses som viktiga, och även kuratorer och dietister. Vissa av projekten involverar en del av dessa professionsgrupper idag i samverkansprojekten. Skaraborg och Närhälsan Frölunda Vårdcentral har exempelvis med rehabiliteringskompetenser i utvecklingsarbetet.

Hög grad av team-samverkan bedömer vi som nyckeln till att lyckas med de mobila och personcentrerade arbetssätten som kan uppnå den stora potentialen av samtidiga kvalitetslyft i vårdtjänsterna och effektiv resursanvändning av de samlade "systemresurserna". Viktiga framgångsfaktorer för att nå detta är att arbetsmiljön mellan de olika verksamhetsorganisationerna blir mer delad. De projekt där man delar gemensamma lokaler (oftast genom att hemsjukvårdsläkaren har en bas i kommunens lokaler) är också de projekt som ser ut att ha kommit längst utifrån grundtankarna med Mobil närvård. Andra exempel finns också, som inom Närhälsan Frölunda vårdcentral, där läkarna nästan alltid gör hembesök utan kommunens medverkan. Samarbetet förbättrades dock tydligt när hemsjukvårdsläkarna började utföra ronder av patienter tillsammans med sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården. Fler projekt borde också införa den typ av koordinatorroller som används inom Skaraborg och där det finns en koordinator för respektive verksamhetsorganisation (sjukhuset/slutenvården, primärvården och kommunens hälso- och sjukvård). Koordinatorer skulle väsentligen förbättra projektledarens möjligheter och inflytande att öka integrationen i projekten. I flera projektsammanhang har projektledarna ofta svårt att driva på i denna riktning och utifrån de komplexa och självstyrande verksamhetsmiljöer som involveras.

Andra faktorer som också påverkar i riktning mot högre integration i organiseringen av Mobil närvård är om ledande personer inom projekten har en mer nära anknytning till klinisk verksamhet, att läkarna får möjlighet och är villiga att specialisera sig mer mot mobila arbetssätt. Vidare om styrgrupp i samspel med projektledning medvetet satsar på olika forum för kunskapsöverföringar. Det är också av stor betydelse att det finns ett bra och mycket aktivt samspel mellan styrgrupp och projektledning för att projektet ska vinna mandat och kunna få till de olika beslut som kan behövas för att komma framåt i en mer gemensam organisering. I flera sammanhang bedömer vi avstånden mellan styrgrupp och projektledning som för stor och i vissa fall har inte projektledaren en aktiv och kommunikativ tillgång till styrgruppen. Vi ser också en stor nytta av att ha en förmåga att organisera bra möten som skapar energi och engagemang. Möteskulturen kan utvecklas genom mer förberedelser och inslag som ökar motivation och inte bara försöker lyfta så kallade "surdeggar" som ger bilden av möten som jobbiga och konfliktnära.

Problematiker i övrigt, som är en del av vardagen, är i synnerhet svårigheterna med delad vårdokumentation och informationsöverföringar mellan olika IT-system och i vissa fall över skilda lagrum som med biståndsbedömningen. Vissa mobila hemsjukvårdsläkare kan behöva rapportera i flera olika typer av journalsystem beroende på patientens listning på vårdcentral samt även behöva använda flera olika datorer för detta. På sikt måste detta och andra problem inom området lösas. Flera projekt har framfört att detta borde ha ordnats regionalt inledningsvis i samband med stödet till breddinförande; som en förutsättning för att integrerade arbetssätt ska kunna utvecklas och bestå.

Andra problematiker är att flera projekt har haft stora problem med att komma igång på grund av rekryteringssvårigheter och då särskilt när det gäller hemsjukvårdsläkare. Det kan behövas ett aktivare regionalt stöd och engagemang kring de kritiska kompetensförsörjningsfrågorna för att påverka detta problem. Vidare så skapar chefs- och personalrotationer ofta problem. Detta framförs som särskilt gällande för den kommunala sidan av verksamheterna.

3.4 Tjänsteleverans; den dagliga samverkan med helhetssyn på behov

Det finns tecken på att den dagliga samverkan och utvecklingen mot gränsöverskridande teambildning är under en positiv utveckling och med ökande tillit bland merparten av de projekt som nu varit aktiva under drygt ett år och även längre i vissa fall. Med detta bekräftas för oss inom följeutvärderingen att satsningen med att ekonomiskt stödja lokala utvecklingsprojekt att hitta sina egna vägar framåt mot en övergripande idé om Mobil närvård är en strategi som verkar fungera så här långt. Den stora utmaningen kommer senare när den regionala finansieringen upphör och om utvecklingsverksamheterna då kommer att bestå och påverka eller helt förändra den ordinära verksamheten inom de tre inblandade verksamheterna.

Inom flera projekt visas på tydliga uppskattningar från den kommunala hemsjukvården att löpande ha tillgång till en hemsjukvårdsläkare. I vissa fall uttrycks en närmast paradoxal förändring från tidsödande "läkarjakt" till kontinuerligt utbyte på ett mycket smidigt och tidseffektivt sätt. Hemsjukvårdsläkarna arbetar dock på lite olika sätt; från vissa projekt som exempelvis Majorna Linné där hemsjukvårdsläkarna nästan alltid arbetar tillsammans med kommunens personal inom hemsjukvården till projekt där det närmast är tvärtom som Närhälsan Frölunda Vårdcentral. Som nämnts tidigare så är vår bedömning att den nära teamsamverkan har bäst möjligheter att nå den fulla potentialen av mobila närvårdsformer och att detta understöds bäst av att man delar arbetsmiljö och lokaler systematiskt.

Närsjukvårdsteamerna med utgångspunkt från slutenvården, för de projekt där de finns idag, har ännu inte uppnått samma grad av team-integration som skett med hemsjukvårdsläkarna i de flesta fall. För det mesta ser det ut som att närsjukvårdsteamerna arbetar solitärt men undantag finns. Inom vissa projekt bidrar dock närsjukvårdsteamerna till samverkan genom att ge utbildningar och genomföra andra former av lärande möten med den kommunala hemsjukvården. En annan fråga som är oklar i

de flesta sammanhang, även bland de projekt som pågått längst med närsjukvårdsteam inblandade, är var skiljelinjen går i ett patientperspektiv då närsjukvårdsteamet eller hemsjukvårdsläkaren tar det direkta patientansvaret. Detta är en form av samverkansbalans som förmodligen måste utvecklas och etableras lokalt, utifrån de skilda förutsättningar som finns, även om det tillämpas generella kriterier för när en patient kan bli inskriven i närsjukvårdsteamet.

För att understödja en utökad team-integration inom Mobil närvård är det också viktigt att skapa en tydlighet om hur man ska samarbeta. För detta behövs det tydliga dokumentationer, som exempelvis rutinbeskrivningar som påpekats tidigare. Det innebär också möjligheter att hantera person- och relationsberoendet på sikt som är en viktig utmaning att tänka på. Som vanligt måste dock inblandade personer känna sig som delaktiga och uppleva det tänkta samarbetet i praktiken – annars finns kanske bara en pappersrutin på plats.

En avslutande observation inom det dagliga samarbetet kring samordnade tjänster är vikten av att upprätthålla ett aktivt och gemensamt patientperspektiv. Kan de olika team-medlemmarna påminnas om de typiska patient- och behovsbilder man samverkar kring är erfarenheterna att risken för att "ramla tillbaka" i traditionella ansvars- och insatsuppdelningar minskar; krafter som motverkar syftena med Mobil närvård och som ständigt finns närvarande. Att gemensamt arbeta med patientberättelser, vilket exempelvis har gjorts inom de "start-upp-workshops" som utförts inom följeutvärderingen, ökar möjligheterna till samsyn och samverkan utifrån målsättningarna.

Utmaningen är framför allt att dessa patientberättelser behöver återkomma systematiskt. Av detta skäl föreslogs av följeutvärderingen en metod och struktur för processkartläggningar av patientfall som ingår i Mobil närvård. Dessa beskrivningar ska kunna utföras grafiskt på ett sätt som ger projektmedlemmarna en gemensam och löpande översikt. Metoden finns nu utprovad och tillgänglig men kan vara något arbetsintensiv att utföra när indata måste hämtas manuellt från flera olika journal- och registersystem. Att hitta andra former för att fånga patientperspektiv bedöms som viktigt för det fortsatta utvecklingsarbetet inom projekten. Av detta skäl avser vi inom följeutvärderingen att hitta former för skattningsverktyg eller enklare enkäter som kan fånga patienters och anhörigas upplevelser av tjänsterna inom Mobil närvård; såväl utifrån ett upplevt hälsoperspektiv som utifrån nöjdhet. Tanken är att detta verktyg ska ge projekten verktyg för att löpande samla in patientperspektiven och även bidra till uppföljning och utvärdering utifrån en helhetssyn på arbetssätten inom Mobil närvård.

3.5 Planering, ledning och uppföljning

Detta område är förmodligen ett av de mest kritiska områdena för att satsningen kring breddinförande av mobil närvård, främst genom projektens aktiviteter, ska lyckas. Samtidigt är det ett område som är uppenbart påverkansbart och vår bedömning inom följeutvärderingen är att det finns tydliga förbättringsmöjligheter att ta tag i på vissa håll.

Planeringen och ledningen av projekten bedömer vi som mycket varierande där vissa projekt har mer eller mycket mera komplexa förutsättningar och i vissa projekt har projektledarna det inflytande som krävs för att komma framåt. Projektens verksamhetsvärldar och förutsättningar för lednings- och uppföljningsarbetet varierar från stora områden och komplexa förutsättningar som Sjuhärad (södra Älvsborg) och Skaraborg till Närhälsan Frölunda som driver sitt projekt i stort sett från en vårdcentral och med viss kommunsamverkan.

I projektledningen generellt finns det en uppenbar risk att man inte kommer åt och kan påverka de strategiska frågor som behöver hanteras för att utveckla en samverkande mobil närvård.

Projektledarna har många utmaningar att hantera och en av dessa är att det finns en risk att man blir för operativ och händelsestyrd dag för dag. Strategiskt fokus blir för begränsat och vissa fall är man kanske inte van vid att arbeta mer strategiskt i projekt. Vidare kan projektledarna bli ganska ensamma i sin roll inom projektet. Enbart några få av projekten har operativa ledningsgrupper som blir ett viktigt stöd för projektledaren och med naturliga kontakter till de olika

verksamhetsorganisationerna som den kommunala hemsjukvården, primärvården/vårdcentralerna och sjukhusets närsjukvårdsteam i förekommande fall.

En förutsättning för att komma åt och påverka de strategiska utmaningarna, som finns för att projektverksamheten ska få det mandat som krävs samt att kunna övergå till ordinär verksamhet efter projekttiden, är även att projektledaren har en god och systematisk samverkan med styrgruppen. Detta är också något som varierar mellan projekten där vi bedömer att vissa projekt har en tät och för projektet påverkande faktor medan vissa projekt inte har detta samspel (som inbegriper de olika verksamheter som ska ingå för att Mobil närvård ska kunna utvecklas). För denna situation ser vi inte projektets komplexitet som avgörande utan snarare hur man har haft ett tydligt driv att skapa samverkan och systematiskt byggt upp denna strategiska samverkansrelation med en täthet i utbytet.

Målsättningar som är formulerade och indelade i etappmål under projekttiden, liksom att både projekt mål och effektmål är formulerade, finns till vissa delar enbart i några projekt. Flera projekt har inga egentliga projektplaner annat än den korta plan som ingick i ansökningshandlingarna inför tilldelningen av ekonomiskt projektstöd. Detta innebär också att vissa projekt arbetar systematiskt med uppföljningar men att en del projekt gör det begränsat eller inte alls. Vidare är stora delar av uppföljningsarbetet inriktat på insats- och händelseuppföljning men ytterst begränsat på samverkansmål och samverkansresultat. Detta innebär att det i flertalet projekt inte finns någon konkret uppföljning av hur samverkan fungerar. I sin tur medför detta att möjligheter till lärande återföring begränsas ytterligare utöver att det ofta saknas mötesforum för dessa inslag.

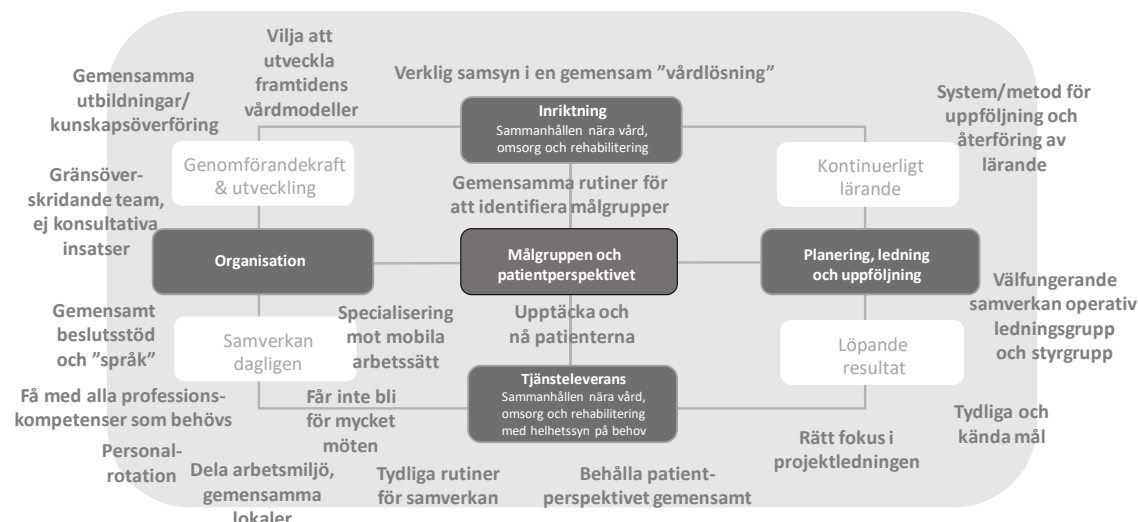
Av ovanstående följer att vi inom följeutvärderingen ser ett behov av att projektledarna kan få tillgång till mer kunskaper om projektledning i komplexa sammanhang; något som många saknar idag. Projektledarna kan ha gedigna erfarenheter av projektledning men sällan i sådana komplexa miljöer som Mobil närvård medför med två huvudmän och flera olika verksamheter involverade i samma projekt och med relativt abstrakta slutmål. I projektledningsutbildningarna bör ingå hur man får till effektiva samverkansformer med en styrgrupp och hur lednings- och uppföljningsarbete kan bedrivas i komplexa förutsättningar. Investeringar i dessa kunskaper brukar vara lönande för slutresultatet. Även om projekten bedrivits i långt över ett år, tillkommer nu mer än en fördubbling av nya projekt där vi redan kan se samma behov.

Vidare ser vi ett behov av projekten formerar operativa ledningsgrupper som ger bättre förutsättningar för projektledarna och möjligheter till en bredare operativ förankring vilket är en brist för närvarande – och som innebär en hög riskfaktor för möjligheterna att nya arbetsformer övergår till ordinär verksamhet. Med operativa ledningsgrupper som involverar fler kliniska verksamhetsföreträdare och i övrigt legitimerad personal finns bättre förutsättningar för samverkan och påverkan med styrgrupperna. Som beskrevs i en av årsrapporterna är det viktigt med en stark röd tråd mellan överordnad ledning och operativ ledning för att lyckas i projektet och därefter övergå till nya verksamhetsformer i det ordinära arbetet.

3.6 Överblick: Viktigaste observationer inom följeutvärderingen

I detta avsnitt summeras de viktigaste observationerna och särskilt där möjligheter finns att utan alltför stora insatser påverka utvecklingen positivt. Bilden nedan är avsedd att ge en överblick av ovanstående beskrivna observationer och synpunkter.

Överblick av viktiga observationer



→ Inriktning är ett styrkeområde

Det finns en styrka i *inriktningen* som är påtaglig. En stor fördel är att det finns ett så kallat "modellprojekt" som samtidigt är aktivt inom samma satsning som övriga projekt inom ett breddinförande av Mobil närvård. Alla projekt vill samtidigt uttrycka sina egna specifika förutsättningar, vilket är alldeles korrekt, men genom att en stor del av målsättningarna redan är testade i operativ verksamhet och utvärderade med särskilt goda resultat är detta en stor tillgång för hela satsningen. Det ursprungliga modellprojektet växte fram genom en spontan professionssamverkan över vårdgränserna, med fokus på en målgrupp, och samma utvecklingsprocess av "spontan samverkan" stöds nu genom satsningen på breddinförande av Mobil närvård. Detta tycks fungera i allmänhet och understöds numera av en kritisk massa av aktiviteter genom nio olika projekt och med ytterligare elva projekt (och möjligen fyra till) på gång. Att i stort sett hela regionen omfattas av satsningen är en ytterligare styrka i sammanhanget.

Vi kan inom följeutvärderingen dra slutsatsen att det finns tillräckligt av en genuin vilja och insikt om att de personcentrerade och gränsöverskridande arbetssätten är rätt väg att gå, och ingen stor debatt om alternativa huvudmodeller eller tydligt återhållande krafter, vilket är en stor tillgång för hela satsningen.

Genom att sätta mer fokus och ge stöd inom två av ovan analyserade områden, *organisation* och *planering/ledning/uppföljning*, finns det möjligheter att ge projekten ännu bättre förutsättningar och att nå resultat av förhoppningsvis bestående verksamhetspåverkan. Med detta bedömer vi att förbättringar kommer mer med "automatik" inom de andra områdena *målgruppen och patientperspektivet* samt *tjänsteleverans*.

→ Vikten av delaktighet genom projektens organisation

Med mer fokus på *organisation* inom projekten är tanken att den så kritiska team-samverkan över verksamhetsgränserna lyfts fram tydligare. Organiseringen inom projekten bör tydligare involvera de tre parter av verksamheterna som utgör basen inom Mobil närvård; 1) den kommunala hemsjukvården, biståndsbedömningen och hemtjänsten, 2) primärvården genom främst vårdcentralerna, och 3) där så är möjligt närsjukvårdsteamerna med utgångspunkt från sjukhuset. I vissa projekt (även tillkommande) finns hybridteam som i vissa delar kombinerar hemsjukvårdsläkaren med närsjukvårdsteamets kompetenser och uppgifter. Då sjukhusens intresse dock gradvis verkar tillta för Mobil närvård bör än mer fokus läggas på att involvera dessa representanter efter hand.

Vi föreslår att operativa ledningsgrupper bör finnas inom alla projekt och som består av lämpliga representanter från de tre verksamheterna. Vidare att dessa personer intar koordinatorroller gentemot sina verksamheter. Detta kommer att stärka projektledarna som i många sammanhang arbetar alltför solitärt och utsatt för att projekten på sikt ska nå de resultat som bör vara möjliga och övergå till ordinär verksamhet. Detta är en av de mest tydliga riskerna för närvarande.

Styrgrupperna inbegriper idag representanter för de tre verksamheterna; utom i de fall när samverkan med sjukhus inte finns. Detta var också ett regionalt krav för att få ansökan godkänd. I vissa projekt är verkligheten annorlunda där styrgruppen inte är särskilt aktiv och utan direkt medverkan från endera parten. Styrgrupperna borde påverkas i någon form att bli mer aktiva och verkligt representativa. Förutsättningarna för den viktiga samverkan mellan styrgruppen och en operativ ledningsgrupp skulle då bli klart förbättrad och med bättre förutsättningar för såväl projektledarens arbete som att projektet kan leda till målsättningar som breddinförandet strävar efter.

➔ **Betydelsen av ledningsarbete och uppföljning**

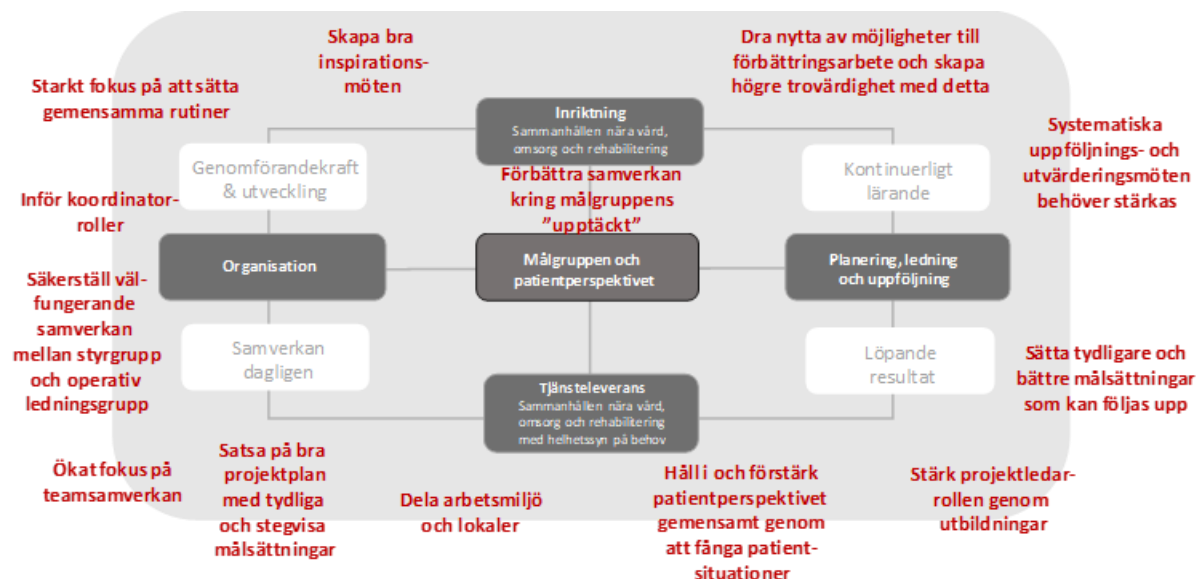
Ovanstående föreslagna insatser kan skapa rätt förutsättningar för projektets ledning och nödvändig involvering. Samtidigt behöver hela projektledningsarbetet stödjas mer aktivt utifrån de komplexa miljöer som projekten verkar i. Vi ser inom följeutvärderingen behov av att stärka projektledarnas arbete. Oavsett projektets omfattning är frågan om en person kan göra ett tillräckligt bra projektledningsarbete inom något projekt utan att vara i en halvtidstjänst eller nära detta. Då projekten oavsett storlek ändå måste beskrivas som komplexa samverkansprojekt, givet förutsättningarna och tänkta målsättningar, är exempelvis tjugo procent av en heltid endast en arbetsdag i veckan för projektledning. Detta eller liknande låga nivåer är resultatet för vissa projekt av att projektledningen ersätts i proportionalitet med patientmålgruppens uppskattade storlek – något som stämmer bättre för vårdinsatser men förmodligen inte i en projektledningstjänst.

Vidare ser vi behov av att projektledarna stärks och kan få mer stöd genom vissa skräddarsydda utbildningsinsatser; exempelvis genom några seminarieutbildningar i styrgruppsarbete och rapportering, sätta mål och följa upp samt intressentkommunikation. Att satsa ytterligare resurser på projektledning ser vi som ett förmodligen kostnadseffektivt sätt att få mer resultat ur de investeringar som görs genom projektfinansieringar.

3.7 Överblick av samtliga rekommendationer

I detta avsnitt summeras samtliga rekommendationer utifrån den utvärderingsmodell som följeutvärderingen har arbetat med och som redovisats ovan. I det följande ges en överblick av rekommendationerna utifrån respektive utvärderingsområde.

Överblick av rekommendationer



- Målgruppen och patientperspektivet

I de flesta projektsammanhang behövs en *förbättrad samverkan för att identifiera och gemensamt erbjuda tjänsterna inom Mobil närvård*. Endast några få projekt ser ut ha satt upp rutiner, och särskilt gemensamma sådana, för att systematiskt identifiera aktuella patienter i målgruppen. Dessa kan upptäckas i flera olika möjliga "ingångar"; biståndsbedömningen, akutmottagningarna, vid utskrivningarna från sjukhus, vårdcentralskontakter eller i kommunens övriga kontakter vid sidan om biståndsbedömningen, exempelvis hemtjänsten. Om patienterna alltför ofta blir slumpmässigt upptäckta kan modellen för Mobil närvård utmanas på sikt och att vården ses som ojämlig. Problematikerna i detta sammanhang försvåras dock när kommunerna använder olika tillämpningar för när hemsjukvård beslutas. En annan försvårande omständighet är förstås kapaciteten i vård- och omsorgssystemen.

- Inriktning

Den starka och alltmer tydliga inriktningen är en stor tillgång för hela satsningen på breddinförande av mobil närvård. Den behöver dock *hela tiden underhållas och utvecklas*; särskilt när projektsatsningarna mer än fördubblas. De återkommande nätverksmötena, både gemensamma och för de olika "funktionerna" (projektledarträffarna och träffar för hemsjukvårdsläkarna samt närsjukvårdsteamerna) är bra forum. Mer fokus i dessa sammanhang bör läggas på att involvera kommunerna. I sammanhanget, nu när också projektsatsningen blir så mycket större, är det viktigt att fortsätta med att skapa genomtänkt inspiration och motivation löpande. Adderande inspirationsmöten kan vara viktiga. Exempelvis att ordna studiebesök, ta in inspirerande exempel och talare samt bidra med olika omvärldsanalyser av intresse.

- Inriktning och organisation

De nya arbetssätten och samverkansprocesserna behöver tydliggöras och sättas i ett samförstånd och deläggande för att bli verklighet. Etablerade insatsstrukturer är mycket starka och svåra att förändra. Projekt som är på väg mot samverkansframgångar utmärks av *tydliga och gemensamt delade rutiner*. Där samverkan är svårare saknas just ofta denna viktiga funktion. Detta bör lyftas och

goda exempel inom detta område bör spridas. En uppsättning av exemplifierande styrsystem av rutiner för mobila närvårdsformer skulle kunna sammanställas och spridas.

- Organisation

Ett ytterligare särskilt utmärkande drag för de mer framgångsrika projekten är ett *systematiskt och tätt utbyte mellan en välfungerande och intressentövergripande styrgrupp och en operativ ledningsgrupp eller projektledare*. Med operativa ledningsgrupper som minst involverar de tre nyckelaktörerna uppnås även bättre samsyn på den operativa nivån. Vi föreslår därför att detta blir en modell som tydligare förespråkas centralt för samtliga projekt. Vidare bör även här goda exempel spridas på hur en positiv dynamik kan uppnås mellan strategiska och operativa beslutsfattare som underlättar framkomligheten.

Vikten av att uppnå team-samverkan över de olika samverkansgränserna bör betonas starkare. Projekten kan med viss förenkling beskrivas som två olika grupper; 1) en grupp där team-samverkan har påbörjats i en riktning där man alltmer är ett samverkande system av vård till målgruppen och ser gradvis hur tidigare verksamhetsgränser börjar suddas ut, 2) en grupp där insatstänkande och mer skilda konsultativa insatser fortsatt dominerar och där verksamhetsgränserna fortfarande är mycket tydliga och delvis återhållande. Det är fullt möjligt att några av de befintliga projekten inte kommer att kunna utvecklas till den första gruppen som utmärks av mer gränslöshet. Det finns dock flera projekt som ligger mittemellan de två grupperna och dessa bör stödjas mer utifrån detta sammanhang för att komma över till den första gruppen.

Bra projektplaner har oftast stor betydelse för möjligheterna att nå samsyn, utöver själva ledningsarbetet. Projektplanen är ett viktigt instrument för styrgruppen, operativa ledningsgrupper och särskilt för projektledaren. I dessa sammanhang är det en del av området Planering/Ledning/Uppföljning. Vi ser dock att projektplanen i detta sammanhang kanske har sin viktigaste roll att tydliggöra för de olika verksamhetsorganisationerna vad man gemensamt ska samverka kring. Vi ser flera projektsammanhang där olika synsätt finns och en fortsatt uppdelning i "vård/mitt och ert/ditt". Det finns ett flertal projekt som verkar i mycket komplexa sammanhang men som ändå inte har projektplaner eller mer heltäckande sådana. Av detta skäl har vi inom följeutvärderingen tagit fram och spridit en förslagsmall för en projektplan som samtidigt ska visa vilka områden som ingår i projektledningsarbetet.

- Organisation och tjänsteleverans

En för flera av de aktuella projekten avgörande framgångsfaktor utifrån inriktningen är när man har uppnått en *ökad täthet i kontakterna över etablerade verksamhetsgränser genom att dela lokaler*. Detta är kanske ett av de mest påtagliga exemplen och visar hur viktigt det är att känna teamets styrka genom en ökad närhet. Att framhålla vikten av att tillhandahålla gemensamma lokaler för att främja syftena bör lyftas mer. Vi har noterat flera exempel på glädjen och stimulansen av gemensamma lokaler och en gemensamt nära arbetsmiljö.

- Tjänsteleverans

För att bryta upp det traditionella och separerade insatstänkandet och styrningen som finns djupt etablerat bland de allra flesta inblandade verksamhetsorganisationer är *de gemensamma bilderna och samtalen utifrån helhetsbeskrivningar av patientmålgruppens behov mycket viktiga*. Patient- eller individberättelser, som kombineras med den vilja som finns hos professionen att bemöta situationerna på ett bra sätt, kan utgöra en stark drivkraft att nå bättre samverkan. Vi ser därför ett behov av att fortsätta att sammanställa patientbilder som visar på behov och bemötande i form av

goda samverkanslösningar. Om det finns möjligheter att förenkla den befintliga metoden för patientprocesskartläggningar bör detta göras. Vidare att följeutvärderingen enligt föreslagen plan fortsätter att ge stöd för att ett för projekten gemensamt skattningsinstrument utvecklas för att få in mer av patientperspektivet.

- Planering, ledning och uppföljning

Med tanke på den komplexitet som de flesta projekt har att hantera, såväl stora som mindre projekt, är det viktigt att *ge goda förutsättningar för ledningen av projekten* så långt det är möjligt. Av erfarenheter från många andra utvärderingar, av just samverkansprojekt över olika vårdområden, utgör projektledningen utifrån mandat och resurser ofta en svag länk för att nå bestående resultat. Vi ser ett behov av att förstärka ledningsfunktionerna inom projekten (genom att stödja en utveckling mot mer inslag av operativa ledningsgrupper kring projektledaren) och stötta projektledaren med kompetensutvecklingsinsatser inom tidigare nämnda särskilt kritiska ledningsuppgifter.

Allt för många projekt leds utan tydliga målsättningar och försvårar därmed uppföljningsarbetet. Projektplaner är ett viktigt instrument för detta men flera av projekten saknar dessa eller i vissa fall har man inte kompletta projektplaner. Personliga engagemang och övertygelser är förstås det viktiga men bra styrdokument som exempelvis projektplaner med stegvisa målsättningar ska inte underskattas. Rätt använda ger dessa en struktur, systematik samt periodvisa fokus, som kombinerat med personliga drivkrafter, skapar en säkerhet att de flesta viktiga frågor omhändertas och att det finns en fortsatt uthållighet när störningar, avbrott eller borttappat engagemang kommer in i bilden. Projektplaner utgör vidare en viktig länk för att styrgrupp och ledningsgrupp (med projektledaren som nyckelaktör) kan utföra sina uppgifter väl och särskilt i samspelet mellan de båda i styrningen och uppföljningen. Av dessa skäl har följeutvärderingen tagit initiativ till att föreslå och sprida en exempelmall för en heltäckande projektplan som visar på olika områden som är viktiga i ledningsarbetet samt med olika former av målsättningar. Med detta hoppas vi på en spridning och särskilt till de tillkommande projekten.

I koppling till detta ser vi ett behov av att *projekten satsar mer på systematiska uppföljnings- och utvärderingsmöten* utifrån målsättningar. Vissa enstaka projekt gör detta återkommande men betoningen i de flesta sammanhang ligger alltför mycket på insatskartläggningar (som exempelvis antal hembesök, läkemedelsgenomgångar, vårdplaneringar m.m.) och mindre på samverkanskartläggningar (exempelvis förbättrad team-samverkan, minskade ledtider i kontakter, förbättrad arbetsmiljö, uppfyllande av sammanhängande behov för patienten med mera). Våra intryck från följeutvärderingen är att projekten bör lägga mer tid på *gemensamma* uppföljningsmöten av samverkan inom Mobil närvård och då även fokusera mer på samverkansmålsättningar.

Med koppling till ovanstående rekommendation ser vi generellt att formerna för *kontinuerligt lärande och systematiskt förbättringsarbete* bör stärkas inom projekten. Denna viktiga "feedback-loop" inom utvecklingsarbete förekommer för sällan i projekten och det saknas oftast rutiner för detta. I en tidsansträngd värld får detta arbete ofta stå tillbaka när patienttryck och löpande administration tar det mesta av tiden. Dessvärre innebär detta att systematiken i lärande uppföljning blir för begränsat inom projekten för att stödja utvecklingsarbetets framåtrörelse och bidra till högre trovärdighet samt involvering av så många nyckelaktörer som möjligt i lärandet.

4 Kommentarer om den övergripande regionala satsningen

Samtliga projekt och de olika utvärderingsområdena inom följeutvärderingen är också beroende av de regionala förutsättningarna och förhållandena. Satsningen på ett regionalt breddinförande som i nuläget uppgår till nära 100 mnkr i beviljade medel inklusive kringkostnader har ännu ingen annan motsvarighet bland andra huvudmän i Sverige. Därav är det begränsat med erfarenheter och lärande från liknande satsningar även om det finns mycket gemensamt kring lärdomar från andra större regionala och även nationella utvecklingssatsningar runt om i landet.

→ En satsning underifrån-och-upp som verkar fungera

Det valda angreppssättet för breddinförandet med att ge ekonomiskt stöd för projektsatsningar inom mobil närvård, som minst involverar primärvårdsläkare och kommunal hemsjukvård (och helst även specialistvård från sjukhus i hemsjukvårdsmiljöer), att på egen hand och med egna varierande lösningar hitta sina vägar framåt i utvecklingsarbetet är ett angreppssätt som tycks fungera. Viktiga förutsättningar är ett välkänt och utvärderat så kallat modellprojekt samt att satsningen nått sådana volymer av regionala aktiviteter att det underlättar för en spridning och en våg av utvecklingstänkande. Det slutgiltiga omdömet om framgång kommer dock om arbetssätten överlever projektperioden med finansiellt stöd och etableras i den ordinära verksamheten. Sammantaget är dock angreppssättet, enligt vår bedömning, vida mer effektivt än en traditionell modell med direktiv "uppifrån-och-ner". Detta även om kostnaderna är högre med denna försöksverksamhet "underifrån-och-upp". Men ju mer storskaligt utvecklingsarbetet blir desto större chanser att det regionala sjukvårdssystemet kan bedrivas mer kostnadseffektivt, och med högre kvalitet samtidigt.

I en satsning som denna, där projekt söker pengar, finns alltid en risk att de ekonomiska medel som tilldelas blir tillfälliga sökta lönebidrag eller medel för att täcka olika underskott av annan art. Denna risk finns alltså i vissa projekt men sammantaget bedömer vi drivkrafterna och viljan som så pass utbredd att en verklig förändring kan vara möjlig att uppnå. Det kan vidare finnas kritik om att man betalar extra pengar för att verksamheterna ska göra sådant som de redan får betalt för. Det finns dock ekonomiska medel som är nödvändiga för att stödja ett lärande och det är så man kan se på denna satsning. Samtidigt är det viktigt att om dessa "investeringar" får effekt finns det systemvinster att hämta in i den övergripande hälso- och sjukvården som är mycket stora⁶.

Förändringsarbetet "underifrån-och-upp" behöver dock stöd "uppifrån" för att kunna etableras. Det brukar också beskrivas som att politikerna som "systemägare" och koncernledningen som ytterst ansvariga för systemets drift, behöver undanröja de hinder som kan finnas för att nya arbetssätt ska kunna få fäste. Om detta tycks uppmärksamheten öka och en viktig handling är nu hur ersättningsmodeller ändras inom Krav- och kvalitetsboken (KoK-boken) genom att de mobila hemsjukvårdsläkarna nu får en särskild ersättningsmodell.

→ Övergripande hinder som kvarstår för breddinförandet

Ett av de tydligaste hindren för fördjupad samverkan inom Mobil närvård är informationsdelningen. Skilda journal- och IT-system mellan utförarna samt två huvudmän där även juridiska problematiker finns med skilda lagrum komplicerar samverkan väsentligt. Primärvården har många olika utföraraktorer med de privata vårdcentralerna som använder olika journalsystem.

⁶ För detta finns det stöd för av en serie av olika utvärderingar inom Sverige och i andra länder men bilden försvåras samtidigt av att befintliga verksamheter som exempelvis kostnadsintensiva sjukhus inte ännu har påverkats i en större omfattning.

Bland projektdeltagarna hörs ofta synpunkter som att denna splittring borde vara löst från början med hjälp av initial samordning och systemlösningar regionalt. Ju mer av krafterna som riktas mot samverkan ju mer finns risken av ökande frustration och tappade sugar när informationsdelningen måste öka samtidigt som det blir alltmer ohanterligt. Inom projekten får man hitta ad-hoc-lösningar och andra nödlösningar samtidigt som man vet att problemen skulle kunna ha lösts genom en tidigare samordning regionalt. Att hitta en sådan lösning drivs numera regionövergripande men visar samtidigt på betydelsen av att man inom denna regionala satsning behöver underlätta bättre för projekten att lyckas genom att ta bort vissa hinder inledningsvis.

→ Tydligare målsättningar och förväntningar på resultat

I en mångårig satsning som breddinförandet av Mobil närvård skulle mer av målsättningar och beskrivningar av stegvisa resultatförväntningar från den regionala ledningsnivån ha varit bra för projektsatsningarna. Projekten har återkommande efterfrågat vad som mer tydligt förväntas av dem gällande resultat. Hälso- och sjukvårdens medarbetare är också ofta stöpta i en kultur där styrningen förväntas vara relativt tydlig.

Med stöd av erfarenheter från det aktuella modellprojektet för Mobil närvård och andra erfarenheter hade tydligare styrdokument kring satsningen varit bra att ha. Det finns förvånansvärt lite av dessa underlag med tanke på den omfattande satsningen av ekonomiskt stöd. Underlag som exempelvis beskriver tänkta så kallade milstolpar av stegvis team-integration och förväntade patientresultat skulle kunna ha tagits fram med styrdokument som stöd; åtminstone som mer exemplifierande vägledning för projekten. Samtidigt finns det en balans att hantera mellan att ange målsättningar och resultat och att ge frihetsgrader till projekten att hitta sina egna vägar, samt resultat som är svåra att ange på förhand.

→ Bättre fokus på vad som krävs gällande ledningsresurser

Ledningsresurser är avgörande för att lyckas med komplicerade utvecklingssatsningar som denna inom Mobil närvård som också är ett nytt område och med ny mark som behöver brytas. Vi ser att satsningen generellt har underskattat betydelsen av detta.

Projektlefningsrollen har beskrivits tidigare som mycket utsatt och svår. Ett bättre stöd för denna nyckelroll borde ha formerats initialt genom att exempelvis ställa lite mer noggranna krav på projektlefningsgruppers representation inom varje projekt samt en tydligare specifikation och utvärdering av vad projektlefningsrollen kräver. Krav på koordineringsfunktioner med kopplingar in i varje verksamhetsorganisation (kommunens hemsjukvård, primärvård och sjukhus) är också ett förslag på ledningsstöd som hade varit önskvärt från början. För styrgrupperna ställdes krav på detta men även den operativa nivån skulle behöva ha samma representationsspeglning. Vidare behöver en projektlefningsroll ha tillräckligt med tid för att kunna lyckas i sitt arbete. I vissa mindre projekt ger den nuvarande proportionalitetsprincipen av medel alltför lite tid för en projektlefnare att även i relativt begränsade sammanhang utföra det arbete som krävs tidsmässigt.

Vidare har ledningsresurserna centralt för satsningen inte heller säkrats på det sätt som krävs för en sådan omfattande satsning som denna. Även här finns det brist på tillräckligt med arbetstid för ledningsarbetet centralt och den viktiga kommunikationsposten för breddinförandet är alltför vakant.

5 Bilagor

BILAGA 1:

Sammanställning av samtliga projekt och beviljade medel, mnkr.

Vårdsamverkansområde	Hemsjukvårds- läkare	NSVT- läkare	NSVT-ssk	Hybrid- läkare	Hybrid- ssk	Projekt- ledare	Totalt enligt nyckeltal	Projektledare nyckeltal
FYRBODAL								
Norra Fybordal	5 400 000	1 500 000	1 300 000	0	0	650 000	8 850 000	100%
Lilla Edet	750 000	0	0	0	0	130 000	880 000	20%
Uddevalla	0	0	0	3 000 000	650 000	390 000	4 040 000	60%
Orust	0	0	0	1 200 000	195 000	195 000	1 590 000	30%
Trollhättan	1 312 500	0	0	0	0	162 500	1 475 000	60%
Vänersborg	875 000	0	0	0	0	108 400	983 400	40%
Summa	8 337 500	1 500 000	1 300 000	4 200 000	845 000	1 635 900	17 818 400	310%
MITTENÄLVSBORG								
Alingsås, Lerum	4 200 000	1 200 000	1 040 000	0	0	520 000	6 960 000	80%
Summa	4 200 000	1 200 000	1 040 000	0	0	520 000	6 960 000	80%
SÖDRA ÄLVSBORG								
S Älvsborg	11 100 000	3 150 000	2 730 000	0	0	1 365 000	18 345 000	210%
Summa	11 100 000	3 150 000	2 730 000	0	0	1 365 000	18 345 000	210%
SIMBA								
SIMBA	6 000 000	1 800 000	1 495 000	0	0	780 000	10 075 000	120%
Summa	6 000 000	1 800 000	1 495 000	0	0	780 000	10 075 000	120%

SKARABORG								
Skaraborg	10 050 000	0	0	0	0		10 050 000	260%
Summa	10 050 000	0	0	0	0	0	10 050 000	260%
GÖTEBORGSOMRÅDET								
Angered	2 850 000	900 000	780 000	0	0	390 000	4 920 000	60%
Askim-Frölunda-Högsbo och V Göteborg	4 950 000	0	0	0	0	650 000	5 600 000	100%
Askim-Frölunda- Högsbo (NH Frölunda VC)	750 000	0	0	0	0	130 000	880 000	20%
Centrum Göteborg	2 250 000	0	0	0	0	325 000	2 575 000	50%
Majorna-Linné	2 250 000	0	0	0	0	325 000	2 575 000	50%
Örgryte-Härlanda	3 150 000	0	0	0	0	390 000	3 540 000	60%
Östra Göteborg	1 650 000	0	0	0	0	195 000	1 845 000	30%
Partille	1 800 000	0	0	0	0	260 000	2 060 000	40%
Härryda	1 800 000	0	0	0	0	260 000	2 060 000	40%
SU/Mölndal	0	600 000	520 000	0	0	130 000	1 250 000	20%
Lundby	1 187 500	0	0	0	0	135 450	1 322 950	50%
Västra Hisingen	1 900 000	0	0	0	0	217 000	2 117 000	50%
Norra Hisingen	1 093 800	0	0	0	0	135 450	1 229 250	50%
Mölndal	1 425 000	0	0	0	0	178 800	1 603 800	55%
Summa	27 056 300	1 500 000	1 300 000	0	0	3 721 700	33 578 000	675%
TOTALSUMMA	66 743 800	9 150 000	7 865 000	4 200 000	845 000	8 022 600	96 826 400	1655%

BILAGA 2:

Sammanställning av kvantitativa uppgifter per projekt.

Alingsås/Lerum

Mobil hemsjukvårdsläkare – Alingsås/Lerum	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Målgruppen är cirka 1400. Vet ej hur många av de 150 patienter som är inskrivna hos HSVL som är 65 år och äldre.
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Samtliga
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	Samtliga
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Inskrivningsbesök och återbesök 2–5 per dag.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	-
<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Samtliga patienter som är inskrivna hos HSVL har honom som fast vårdkontakt. Just nu cirka 150 patienter
Mobilt närsjukvårdsteam – Alingsås/Lerum	
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Av cirka 1400 patienter har 26 patienter haft HSV och 14 patienter har beviljat HSV genom att de har blivit inskrivna i NSVT

<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	Samtliga
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>	40 stycken patienter sedan start. Genomsnitt per månad är cirka 13–16 patienter
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	221 dagar
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>	Gemensamma hembesök 140. Endast besök av SSK 61. Endast besök av läkare 5

Angered

Mobil hemsjukvårdsläkare – Angered	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Vi har valt bort åldersgränsen. Hemsjukvården har ca 250 patienter totalt. Uppskattningsvis är 230 av dessa listade på de vårdcentraler som är delaktiga i projektet och därmed innefattas av mobila hemsjukvårdsläkarens tjänster.
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	SDF Angered
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	4 av 5 totalt i stadsdelen
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	140
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	140

<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Uppskattningsvis ca 230
Mobilt närsjukvårdsteam - Angered	
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Ca 250 patienter totalt inskrivna i hemsjukvården i Angered. Inga patienter är för närvarande inskrivna i det mobila närvårdsteamet då vi befinner oss i en rekryteringsfas och ska anställa både sjuksköterskor och läkare till teamet.
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	SDF Angered
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>	0
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	0
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>	0

Södra Älvsborg

Mobil hemsjukvårdsläkare – Södra Älvsborg	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	-
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Tre

<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	Fyra
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	-
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	-
<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	-
Mobilt närsjukvårdsteam – Södra Älvsborg	
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	66 av 118 inkomna remisser
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	100 %: Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn. För kännedom: Herrljunga och Vårgårda tillhörde under 2016 närsjukvårdsteamet i Alingsås upptagningsområde.
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>	66, 3.88/månad. Från november 2015-mars 2017. Teamet har under denna period ej nått sin fulla kapacitet på grund av haltande bemanning.
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	151.3

*Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från
närsjukvårdsteamet/ inskriven patient*

Totalt 335 besök under 2016. 6.2 besök/inskriven patient. Kan ej skilja besök mellan sjuksköterska och läkare. Teamet har under denna period ej nått sin fulla kapacitet på grund av haltande bemanning.

Närhälsan Frölunda Vårdcentral (Askim-Frölunda-Högsbo)

Mobil hemsjukvårdsläkare – Frölunda	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Vi erbjuder mobil närvård till alla de som har hemsjukvård i AFH och som är listade hos oss. Vi har uppgett att vi har ca 100 inskrivna patienter i HSV, så vi erbjuder också alla dessa mobil närvård. Dvs 100%.
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Hemsjukvården AFH samt Hemsjukvården Västra Göteborg. Dock får vi endast projektpengar för hemsjukvården AFH i nuläget. I Västra Göteborg har vi hand om 39 hemsjukvårdspatienter i nuläget.
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	1
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Statistiken känns inte helt tillförlitlig men under 2016 jan - aug finns 93 st hemsjukvårdsbesök dokumenterade som man kan få fram i statistiken från Asynja och medidoc. Slår man ut det på ett år bli det ca 140 st. Tittar man i vårt nya statistikprogram Esmaker på antal hembesök av läkare till hemsjukvårdspatienter under nästan två månader 2017 så ligger det på: 75 st. Det hade gett 450 st besök av hemsjukvårdsläkare/år. Vi har samma bemanning och ungefär lika mycket belagt i läkarnas kalendrar som året innan så den statistik som plockats ur Asynja och Medidoc ovan känns inte tillförlitlig. Våra läkare gör också 1–2 årskontroller/år till dessa patienter samt en del oplanerade besök. Så 450 st besök/år känns mer rimligt.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	Våra hemsjukvårdsläkare åker ofta ensamma på sina hembesök. Endast i särskilda akuta fall åker de med hemsjukvårdens sjuksköterskor. Samverkan sker genom ronder och rapportering via telefon efter hembesök

<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Siffran varierar, i dagsläget är ca 100 av våra listade patienter inskrivna i Hemsjukvården AFH. Alla dessa har en fast vårdkontakt, dvs behandlingsansvarig läkare.
--	--

Majorna Linné

Mobil hemsjukvårdsläkare – Majorna Linné	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	100%. Samtliga personer 65 år och äldre som är inskrivna i hemsjukvården och tillhör de offentliga vårdcentralerna erbjuds mobil hemsjukvård. Antal patienter ca 270-300 .
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	Fyra vårdcentraler. Nästan 70% av de patienter som är inskrivna i hemsjukvården är listade på Närhälsans vårdcentraler
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Totalt 363 hembesök, under perioden 15 mars 2016- 15 mars 2017
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	Vid hembesök av hemsjukvårdsläkare ska sjuksköterska/rehab från den kommunala hemsjukvården alltid delta.
<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Cirka 270-300 patienter

SIMBA

Mobil hemsjukvårdsläkare - SIMBA	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Drygt 2100 patienter enligt en ögonblicksbild december 2016
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	4 kommuner av 4 inom SIMBA vårdssamverkan
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	100 %, 13 vårdcentraler
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Mellan perioden jan-okt 2016 genomfördes 249 hembesök
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	-
<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	-
Mobilt närsjukvårdsteam – SIMBA	
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Samma som ovan, ca 2100
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	4/4
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>	171 (oktober 2015 till 31/12 2016)

<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	-
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>	1,9 (oktober 2015 till 31/12 2016)

Skaraborg

Mobil hemsjukvårdsläkare – Skaraborg	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	62% av personer över 65 år med beviljad hemsjukvård erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	73 % av kommunerna kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	47 % av vårdcentralerna i Skaraborg ingår i hemsjukvårdsläkartjänsten.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	-
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	Alla hembesök sker i samverkan med den kommunala hemsjukvården
<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Antal inskrivna HSL ordinärt boende i Skaraborg ca 3800 personer. Under 2016 har ca 2050 patienter i ordinärt boende mobil hemsjukvårdsläkare. Därtill kommer i några kommuner korttid och särskilda boenden
Mobilt närsjukvårdsteam - Skaraborg	

<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	-
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	100% Närsjukvårdsteamerna arbetar i samtliga Skaraborgs kommuner (15 st).
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>	Västra teamet startade nov 2008, södra nov 2014 och norra okt 2015. Under 2016 har 150 individer varit inskrivna i teamen. 67 patienter har skrivits ut från teamen under 2016 varav 53 har avlidit.
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	Stor variation av hur länge patienterna varit inskrivna. Flödet ökar betydligt där mobila hemsjukvårdsläkare finns
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>	7-60 hembesök per månad/team. Finns ingen data över antalet hembesök per patient. Patientens behov avgör och tillgängligheten och samordningen med kommunens sjuksköterskor som skapar trygghet för patient och närstående. Det sker även hembesök av enbart sjuksköterska några gånger per vecka/team. Hembesök av kurator sker genomsnittligt 2-3 ggr/vecka/team. Mycket kontakter via telefon, antal samtal per vecka varierar mellan ca 60-130 st/team

Uddevalla

Hybridteam - Uddevalla	
<i>Andel av patienter över 65 år</i>	92 % av patienterna (25 % av dessa har hemsjukvård)
<i>Antal patienter inskrivna i hemsjukvården</i>	1461

<i>Antal hembesök av det mobila vårdteamet</i>	725, varav 565 är unika patienter och 160 är uppföljningsbesök
<i>Antal besök per patient</i>	-
<i>Uppföljning</i>	De inskrivna i HSV gör oftast uppföljningen hos patienten och diskuterar och återkopplar per telefon till läkaren. När läkaren har varit på hembesök med HSV sjuksköterskan så dikterar läkare på hög prio och en kopia går alltid till HSV sjuksköterskan. I journalanteckningen är det viktigt att under planering redogöra för hur uppföljning skall göras och när PAL får patienten åter. Kontakten med PAL går via kalendern eller direkt telefonkontakt eller kopia på journalanteckning till PAL.
<i>Oplanerat team</i>	Från februari i år så åker vi varje dag ett oplanerat team med läkare och sjuksköterska från teamet, även på HSV patienter. Vi vill att HSV sjuksköterskan skall ha bedömt patienten enligt SBAR och sedan vara med på besöket. Sjuksköterskorna i teamet gör hembesök hos HSV patienten för hjälp med bl.a. KAD-sättning, Oestering, vissa infusioner och injektioner, EKG-tagning och vissa blodprover. Även hjälp med bedömningar.

VästerHAFvet (Västra Göteborg med Askim-Frölunda-Högsbo)

Mobil hemsjukvårdsläkare – VästerHAFvet	
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Alla 65+ som är inskrivna i hemsjukvård får teoretiskt sett möjlighet att skötas av projektets mobila hemsjukvårdsläkare. Emellertid är det ansvarig vårdcentralsläkare som i samråd med patient som beslutar om "inkludering" och i så fall remitterar över till Läkarjouren. Ingen patient har hittills nekats pga av platsbrist. Tretton patienter < 65 år har också inkluderats av olika skäl - de flesta

	av dem har haft ett mycket stort behov av både sjukvård och omsorg. Övriga patientgrupper: a. patientens ansvarige läkare finns på sjukhus och ger gott stöd via telefon mm b. patientens hela behov av sjukvård i hemmet är på sjuksköterske- eller rehabnivå. Läkarbedömning behövs endast mycket sällan eller inte alls och kan då oftast klaras av listande VC. c. patienten är inskriven i hemsjukvården trots att sjukvårdsåtgärder i hemmet upphört och pat borde varit utskriven.
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	2 av 2
<i>Andel vårdcentraler som ingår i mobil hemsjukvårdsläkartjänsten</i>	Sammanfattningsvis kan sägas att ca 50% av VästerHAFvets vårdcentraler ingått i mobila hemsjukvårdsläkartjänsten under 2016
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	153
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	Cirka 80 % av hembesöken har skett i team, dvs läkare tillsammans med hemsjukvårdssköterska.
<i>Antal patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Samtliga patienter som är inskrivna i projektet har den mobila hemsjukvårdsläkare som sin fasta läkarkontakt medan "fast vårdkontakt"-ansvaret ofta delas mellan läkare och hemsjukvårdssköterskan i så måtto att patient och anhöriga har lätt att få kontakt med bägge. Under 2016 har cirka 150 patienter varit inskrivna i projektet.

