

Att samverka med närsjukvårdsteam – Kartläggning av frågeställningar och praktiska tillämpningar för att utveckla samverkan

Slutrapport 20 december 2019

Dag Norén

Innehåll

Sammanfattning.....	3
1. Inledning och bakgrund.....	8
2. Angreppssätt och metod.....	9
3. Frågeställningar som behöver svar	10
3.1 Risk för överskridande av ansvarsgränser?	10
3.2 Ökade behov av resurser?.....	11
3.3 Behov av omfattande kompetensutveckling?.....	11
3.4 Läkarestöd från två håll; skapar detta förvirring och otydlighet?.....	11
3.5 Vad vet vi utifrån patientperspektivet?	12
3.6 Vad krävs för att komma igång i samverkan?	12
4. Synsätt och praktiska tillämpningar – exemplet Södra Älvsborg.....	12
4.1 Hur hanteras risker med överskridande av ansvarsgränser?	13
4.2 Vad ses för effekter på hemsjukvårdens resurser?	13
4.3 Vad ses för effekter när det gäller kompetensutvecklingen?	15
4.4 Hemsjukvårdens samverkan med läkarestödet – hur hanteras detta?	16
4.5 Vilka är erfarenheterna utifrån patientperspektivet?.....	17
4.6 Hur har man kommit igång med samverkan?.....	18
4.7 Vilka är de främsta utvecklingsmöjligheterna inom samverkan med närsjukvårdsteam?	19
5. Att samverka med närsjukvårdsteam – några slutsatser.....	20
Bilaga 1: Typfall av patienter	23
Bilaga 2: Intervjurespondenter samt övriga informationskontakter	26

Sammanfattning

Bakgrunden till denna kartlägningsstudie

Utvecklingsarbetet inom mobil närvård i Västra Götaland kan beskrivas som en del av ett omfattande omställningsarbete som söker efter nya och mer personcentrerade arbetsätt i en tätare samverkan mellan kommunal primärvård, regionens primärvård och sjukhusen inom regionen. Den direkta samverkan som inletts mellan de sjukhusanslutna närsjukvårdsteamerna och den kommunala hemsjukvården inom ordinärt boende, är en del av denna utveckling där målgrupper av de mest sjuka och komplexa patienterna är i fokus. Arbetsmodellen är tänkt att skapa en direkt och kontinuerlig samverkan i patientens hem – med smidiga ansvarsväxlingar utan att förflyttningar behöver ske av patienten, exempelvis till sjukhusets akutmottagningar eller slutenvård på kliniker och sedan, vid utskrivning, åter en förflyttning, direkt eller via korttidsplatser, tillbaka till hemmet där den kommunala hemsjukvården återinträder. Fördelarna för patienter och närstående av dessa nya arbetsätt i direkt teamsamverkan ses av alla; såväl de samverkansområden som har etablerat direkt samarbete mellan kommunal hemsjukvård och närsjukvårdsteam liksom de som ännu inte har inlett detta - men vad innebär det egentligen för kommunens ansvar för uppgifter och resurser?

Dessa nya arbetsätt etableras inte enkelt och reser samtidigt en rad berättigade frågeställningar om vad konsekvenserna kan bli i ett redan resursansträngt läge. När hemsjukvården kontinuerligt är basen och den främsta vårdplatsen för både specialistkompetenser från sjukhus och den löpande basala vården och omvårdnaden; kan detta innebära att den kommunala hemsjukvården blir indragen i uppgifter som man inte ska ansvara för? Finns det risk för att belastningen på kommunens resurser kommer att öka; främst genom att mer personal behövs som kommunen ansvarar för? Som en följd av den ökade vårdssamverkan i patienternas hem; kan behoven av kompetensutveckling för kommunens personal bli så omfattande att det inte kommer att finnas resurser tillgängliga för detta? Det finns även en rad andra frågor att ställa om nyttan för patienter, närstående och medarbetare samtidigt som insamlade erfarenheter är begränsade.

Det finns en brist på vägledningar och insamlat resultat kring dessa frågeställningar. Tolkning av juridiken kring frågorna utifrån lagstiftningen ger heller inga konkreta svar om ansvars- och resursförhållanden. Samtidigt påtalas på alla håll hur hemsjukvården ofrånkomligen är under stark utveckling och förnyelse som drivs av möjligheter till nya arbetsätt, digitalisering och fortsatt snabb kunskapsutveckling kring den medicinska vården och omvårdnaden.

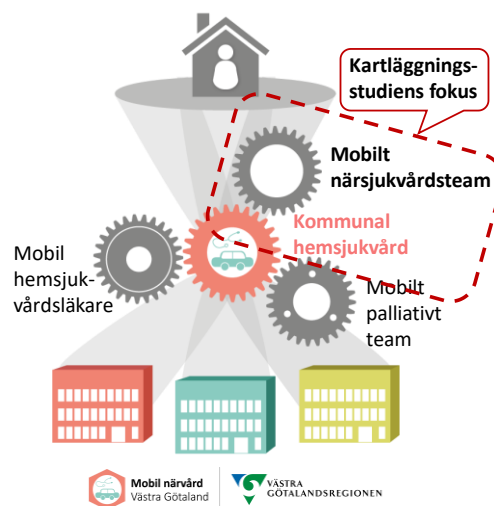
För att få mer kunskaper om frågeställningarna ovan har denna kartlägningsstudie med ett översiktligt och främst kvalitativt angreppssätt försökt att insamla de erfarenheter som finns där närsjukvårdsteamerna systematiskt har utvecklats. Kartlägningsstudien är tillkommen på uppdrag av Koncernkontoret Västra Götalandsregionen.

I Södra Älvsborg har man sedan 2015 stegvis utvecklat samverkan mellan närsjukvårdsteam och samtliga kommuner inom den delregionala samverkan. Under 2019 finns tre närsjukvårdsteam igång som utgår från kliniken Nära vård inom Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Ett fjärde närsjukvårdsteam är också på gång och som ska inriktas mot akuta patientfall till samma målgrupper av patienter inom ordinärt boende med hemsjukvård från kommunerna. Samverkan med kommunerna beskrivs som etablerad, välfungerande samt markant positiv för alla, och kan därför ge en del insikter och vägledning för andra samverkansområden.

Angreppssätt för kartlägningsstudien

Denna studie är avgränsad till att enbart kartlägga de sjukhuskopplade närsjukvårdsteamens påverkan och effekter i förhållande till den kommunala hemsjukvårdens verksamheter inom ordinärt boende. Den avser därmed inte att kartlägga och förmedla tillämpningar kring de övergripande frågor utifrån ansvar och resurser som kan vara aktuella utifrån de två huvudmännens uppdelningar och samverkan kring patienter inom hemsjukvården eller inom övrig kommunal hälso- och sjukvård.

Studien har inledningsvis kartlagt de frågeställningar som är viktiga att få mer kunskaper om när det gäller specifikt samverkan mellan närsjukvårdsteam från sjukhusen och kommunal hemsjukvård. Detta har skett genom intervjuer med aktuella verksamhetschefer inom samverkansområdet SIMBA¹ som har utgjort ett testområde för identifiering och fördjupning av viktiga frågeställningar för att kunna få igång samverkan mellan kommunal hemsjukvård och närsjukvårdsteam från sjukhus.



Därefter har frågeställningarna ställts fram och prövats i fördjupande intervjuer med motsvarande verksamhetschefer samt aktuella professionsföreträdare i referensexemplet Södra Älvsborg där samverkan är etablerad som en ordinär verksamhet. Kartläggningen i Södra Älvsborg har begränsats till två kommuner inom närvårdssamverkan Södra Älvsborg med olika förutsättningar; Bollebygd som är den minsta kommunen och Borås som är den största kommunen i samverkansområdet. På detta sätt har studien kunnat vara fördjupande kring olika förutsättningar samtidigt som erfarenhetsinsamlingen i huvudsak begränsas till dessa två kommuner (förutom sjukhuset och närsjukvårdsteamerna som uttalar sig om den samlade bilden inom Södra Älvsborg).

För att illustrera patient- och medarbetarperspektiv mer praktiskt har dessutom fem anonymiserade typfall av patienter tagits fram med stöd av uppgifter som löpande insamlas av närsjukvårdsteamet vid Södra Älvsborgs sjukhus. Dessa och andra underlag från studien har därefter varit underlag för diskussioner inom en workshop med inbjudan representanter från SIMBA, Södra Älvsborg och koncernkontoret Västra Götalandsregionen².

Resultat inom kartlägningsstudien

Resultaten kan sammanfattas genom nedanstående kartlagda frågeställningar

- Finns risk för att ansvarsgränser överskrids - på sätt som bryter mot lagstiftningen?

Då närsjukvårdsteamerna för in specialistvård i hemsjukvården; finns det då risker för att det uppstår glidningar som innebär att kommunens personal utför verksamheter man inte ska och ej heller kan göra? Kommunernas ansvar för hemsjukvården avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå och innebär uppgifter av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt

¹ SIMBA är en organisation för vårdssamverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna Ale, Kungälv, Tjörn och Stenungsund

² Den nämnda workshopen genomfördes den 28 november 2019 och utgör en del av underlagen för denna slutrapport. En separat dokumentation finns från denna workshop.

rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Utifrån de erfarenheter som samlats in återfinns inget som pekar på att det uppstått situationer där arbetsuppgifter överförts till kommunerna som man inte ska eller kan göra. Det som är mest bidragande till detta är att de medicinska vårdplaner som tas fram för varje aktuell patient skapar tydligheter kring uppgifter och roller men även underlättar för sjuksköterskor inom hemsjukvården att utnyttja sina vårdkunskaper bättre. De genomarbetade vårdplanerna, som inkluderar planeringar med beredskap för förändrade tillstånd, bidrar även till att underlätta för hemsjukvårdens personal att hantera patienterna även under kvällar/nätter och helger då närsjukvårdsteamerna inte är i tjänst.

- Kan belastningen på hemsjukvårdens resurser komma att öka – så att mer resurser behöver tillföras av kommunerna?

Kommunernas hälso- och sjukvårdsresurser ansträngs av den pågående utvecklingen av framför allt fler äldre som också lever längre med sjuklighet. När patienterna vårdas utan avbrott inom hemsjukvården, med stöd av närsjukvårdsteam, finns det då risker för en ökad belastning med följd av att ytterligare personal behöver anställas av kommunerna på grund av dessa arbetsätt? Kommer kostnaderna för hjälpmedel att öka av samverkan?

I intervjuerna med referenskommunerna framförs att behoven av insatser från främst sjuksköterskor inom hemsjukvården kan öka periodvis när samverkan utförs med närsjukvårdsteam. Det är dock främst kopplat till när de medicinska vårdplanerna ska arbetas in samt då perioder av förändrade tillstånd uppstår. I sammanhanget är det viktigt att antalet närsjukvårdspatienter dessutom är mycket få av samtliga hemsjukvårdspatienter. På det hela taget anger ingen av respondenterna att något behov av ytterligare personal har uppstått på grund av samverkan med närsjukvårdsteamerna. Frågan måste ses i ljuset av att många andra tidsödande uppgifter försvinner genom denna samverkan samt även behov av tillkommande resurser som exempelvis korttidsplatser för dessa patienter.

Det som påverkar den positiva utvecklingen tydligast är att läkarmedverkan är kontinuerlig och mycket tillgänglig samt att många andra uppgifter inte längre behöver göras på grund av brister i vårdplanering och övrig information, samt andra uppgifter som exempelvis sökning av information om läkemedel och tidsödande arbete med att nå kontakt med rätt läkare. Effekter som påtalas är att sjuksköterskorna inom hemsjukvården får bättre möjligheter att arbeta mer med sina vårdkunskaper vilket också gör vården effektivare. När patienterna inte längre behöver förflyttas mellan sjukhus och det egna boendet minskar också kommunernas behov av intermediära insatser som korttidsplatser för den aktuella målgruppen.

En förutsättning för att dessa goda förhållanden ska uppstå är att närsjukvårdsteamet från sjukhuset erbjuder en hög tillgänglighet och arbetar tillsammans med kommunens hemsjukvård utifrån ett teamtänkande och fokus på patienten samt närstående. Den kommunala hemsjukvården kan då istället se närsjukvårdsteamet som ett viktigt resurstillskott för att bedriva en bra hemsjukvård som en god kontinuitet ger och som även innebär andra fördelar ur resurssynpunkt som exempelvis att korttidsplatser sällan behövs för den aktuella målgruppen.

- Kommer behoven av kompetensutveckling att sammantaget bli svåra att hantera för kommunerna – då närsjukvårdsteam också driver på?

Samtliga respondenter pekar på att hemsjukvården är under snabb utveckling som kommer att behöva stödjas av mer kompetensutveckling. Däremot anser man inte att närsjukvårdsteamet i sig

har drivit på denna utveckling. Den absoluta merparten av kompetensutvecklingen med kopplingen till närsjukvårdsteam kommer i den direkta samverkan kring patienterna. Det förutsätter på samma sätt som ovan om resursfrågorna att närsjukvårdsteam är inställda på att driva denna del i samverkansarbetet. Generellt anses att sjuksköterskornas kunskaper har ökat med detta vilket också är ett viktigt och stimulerande inslag i verksamheten. Framför allt lyfts det fram att kompetensutvecklingen främst gäller det förebyggande och proaktiva arbetet som tidigare inte har haft så goda förutsättningar att utvecklas utan ett aktivt läkarstöd och då särskilt till de mer sjuka individerna som närsjukvårdsteamet fokuserar. Men när hemsjukvården utvecklas ser alla ett stort behov av mer kunskapsutvecklingen inom hemtjänsten som kan vara utmanande för kommunerna att hantera.

- Vilka är erfarenheterna utifrån patientperspektivet – när samverkan med närsjukvårdsteam är etablerad?

De patienter som är aktuella för att skrivas in i närsjukvårdsteam är grupper av de mest sjuka med komplexa tillstånd och som ofta är i livets slutskede. De vanligaste sjukdomsområdena är multisjuklighet, njursvikt och KOL. Målgruppen utgör en mycket liten del av de patienter som finns inom hemsjukvården – endast omkring 1 till 2 procent av antalet patienter inom kommunal hälso- och sjukvård med hemsjukvård och särskilt boende. De patienter som skrivs in i närsjukvårdsteam erhåller en vårdplanering på ett sätt som sällan annars ses och att respondenterna pekar på att patientsäkerheten ökar markant. Undersökningar som genomförts har visat att patienter och närstående är mycket nöjda. Det som främst lyfts fram är tryggheten i vården, med en tydlig läkarkontakt, ett team som samarbetar utifrån tillståndet och att inte behöva förflyttas mellan sjukhus, korttidsplatser och det egna boendet. När medarbetarna ingår i undersökningar pekar man på möjligheterna att säkra det personcentrerade arbetssättet och kontinuiteten i vården med möjligheterna till arbeta väsentligt bättre med förebyggande och proaktiv vård.

- Hemsjukvårdens samverkan med läkarstöd – från vårdcentraler och från närsjukvårdsteam samtidigt?

Det beskrivs som delvis förvirrande till en början med att läkarstödet till hemsjukvården kan både ges från en hemsjukvårdsläkare och från en läkare inom närsjukvårdsteamet med koppling till sjukhuset. Det anges dock att detta klarnade efterhand genom tillämpningen av inskrivning i närsjukvårdsteam utifrån inkomna remisser från legitimerad personal. De flesta av remisserna kommer från sjukhusets kliniker och få kommer via vårdcentralerna. Det anses bra att remisser kan komma från olika håll då närsjukvårdspatienter enligt kriterierna kan ha bäst förutsättningar att upptäckas inom såväl sjukhuset som inom hemsjukvården. Vårdcentralerna som utför läkarstöd till hemsjukvården är mycket positiva till att närsjukvårdsteam finns tillgängliga då det underlättar för att hinna med de många patienter som hela tiden tillförs hemsjukvården.

- Hur kommer man igång i samverkan med sjukhusets närsjukvårdsteam?

Erfarenheterna från Södra Älvsborg är samstämmiga om att samverkan inte enbart kan planeras fram utan måste prövas och förbättras – steg för steg. Det finns inga riktlinjer och rutiner att hålla sig till när nya teamsamverkansmodeller ska utvecklas, och arbetssätten måste utvecklas lokalt även om det finns inslag av ”bästa praktik” som kan tas med till olika sammanhang. Respondenterna pekar på att det är viktigt att hålla sig till och driva frågorna utifrån ett nyttoperspektiv för patienterna – och att se detta i en kontrast och som en kraft för att korrigera – när naturliga inslag som gränser, vad som delar och skiljer kommer fram. Det anges att det tog upp till ett år innan samverkanssätten började komma på plats – det fanns perioder när det var rörigt och oklart om roller. För att komma framåt och hitta de samverkansbalanser som är nödvändiga, med ömsesidiga nyttor, behöver man ge

utrymme och tillit för detta sökande och att utvecklingsarbetet måste bedrivas parallellt på chefsnivåer och utförarnivåer och i samspel mellan dessa.

Det sammantagna resultatet av kartlägningsstudien pekar på att aktiv samverkan mellan mobila närsjukvårdsteam från sjukhusen och den kommunala hemsjukvården skapar ömsesidiga nyttor för såväl kommunerna som regionens sjukvårdsresurser. Resultaten är också enstämmiga mellan verksamhetschefer och professionsgrupper som ingår i samverkansarbetet. De särskilda arbetsätten i samverkan med främst medicinska vårdplaner som styrande visar också att överskridningar av ansvarsgränser eller övervältringar av arbetsuppgifter till kommunerna inte anses ske. Kommunerna får heller inte ökade kostnader av denna samverkansmodell och ur resurssynpunkt är kommunernas fördelar att hemsjukvården kan bedrivas betydligt mer effektivt, patientcentrerat och i ett sammanhang av bättre använd sjuksköterskekompetens samt i en arbetsmiljö som upplevs väsentligt bättre.

1. Inledning och bakgrund

Med det omfattande utvecklingsarbetet och breddinförandet av Mobil närvård i Västra Götaland har nya arbetssätt införts över hela regionen för en närmare samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. I fokus för denna samverkan är vård i eget boende för en målgrupp av de mest sjuka; varav de flesta av dessa kan beskrivas som multisjuka äldre som kontinuerligt eller i perioder har en uppenbart sviktande hälsa och som omhändertas inom den kommunala hemsjukvården.

Dessa nya och mobila arbetssätt, med fokus på samverkan på plats och ofta interaktivt i patientens hem, reser samtidigt en rad nya frågor om ansvarsroller och var gränserna går för de nya formerna av samverkan mellan den kommunala hemsjukvården och läkarstödet. Denna kartlägningsstudie är avgränsad till att fokusera särskilt på samverkan med sjukhusen med sina mobila team – närsjukvårdsteamerna som med sina insatser utför specialistvård till patienter i ordinärt boende och som är designade för att samverka väl med den kommunala hemsjukvården på primärvårdsnivå. När samverkan utförs på dessa nya och teambaserade sätt i patienternas hem har frågor också uppkommit om detta kan innebära att den kommunala hemsjukvården möter en ökad belastning som innebär att resurserna inte räcker till, och att det kan finnas risker för överskridande av ansvarsgränser. Det finns även fler frågor att ställa.

Med den teamsamverkan i patientens hem som arbetssätten i Mobil närvård bidrar till bryts den tidigare insats- och ansvarsupplade modellen upp och ersätts av direkt och kontinuerlig samverkan, över tidigare gränser, i hemmet. Patienterna kan få sitt samlade vårdbehov i hemmet utan att, i de allra flesta fall, föras till olika mottagningar, sjukhus eller korttidsboenden. Hemsjukvården utgör oftast basen under hela vårdtiden då det finns ett kontinuerligt och mobilt läkarstöd från såväl vårdcentraler som sjukhus när detta behövs. Detta har medfört stora kvalitetshöjningar i vården till dessa grupper av patienter³.

Arbetssätten kan ses som att den kommunala hemsjukvården är engagerad hela tiden då patienten vanligen inte behöver lämna hemmet för att få det mera akuta läkarstödet; något som annars sker genom att uppsöka sjukhusens akutmottagning och/eller läggas in på sjukhusets slutenvård. Vidare kan frågor resas om detta gränsöverskridande arbete med god tillgänglighet till läkarstöd innebär att mer vård behöver utföras för patienterna och att större delen av denna utveckling hamnar inom hemsjukvårdens uppgifter. Ett snabbt ökande behov av kompetensutveckling inom hemsjukvården är exempel på en ytterligare fråga som uppkommer av samarbetet. Det gäller särskilt när sjukhusvården nu bedrivs i hemmet istället för på kliniken som kan innebära att exempelvis avancerad medicinsk teknik behöver hanteras löpande inom hemsjukvården med involvering av kommunens sjuksköterskor.

³ Utvärderingar av kvalitet och effektivitet i dessa arbetsformer har gjorts i flera olika utvärderingar. Senast i samband med avslutande insatser inom en följeutvärdering; "Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen", Slutrapport april 2019.

Mobil närvård kan beskrivas som en omställning av hälso- och sjukvården som innebär att tidigare ansvarsgränser för uppgifter och resurser blir otydliga när samarbetsformer blir mer teambaserade med professioner och organisationer - i direkt samarbete sida vid sida gentemot patienterna. Detta gäller särskilt när sjukhusets läkarstöd och resurser erbjuds till patienten i samarbete med den kommunala hemsjukvården (genom de så kallade närsjukvårdsteamen).

Det finns inga etablerade riktlinjer för de nya arbetssätten och juridiken ger inte heller en konkret vägledning för hur ovanstående frågor ska hanteras. De tidiga erfarenheter som finns av utvecklingsarbetet inom Mobil närvård visar på att lösningarna måste arbetas fram av parterna själva inom det direkta vårdssamarbetet. Men frågorna kan också bli så utmanande så att det är svårt att se hur man ska kunna komma framåt - när det upplevs oklart vad man ger sig in i när det gäller ansvar och resurskonsekvenser.

Den utveckling som beskrivs ovan måste också ses i ljuset av en omställning som pågår inom hälso- och sjukvården där alltmer av arbetssätten blir patientcentrerade samtidigt som digital utveckling och medicintekniska lösningar driver på och underlättar för att arbeta på nya sätt – mer fritt från tidigare behov av vårdplatser på sjukhus och etablerade former av uppdelade mottagningsverksamheter. Hemsjukvården påverkas tydligt av denna utveckling genom att alltmer vård kan utföras i patienternas hem vilket även kan underlätta för ett utökat samarbete med patienter och närstående.

2. Angreppssätt och metod

Denna kartläggningsstudie är avgränsad till att fokusera på de frågor och praktiska tillämpningar som uppkommit när de sjukhusbaserade mobila teamen – närsjukvårdsteamerna – avser att samverka med kommunal hälso- och sjukvård till patienter inom hemsjukvården, genom att:

- 1) Initialt identifiera de frågeställningar som är oklara och som behöver belysas bättre för att denna samverkan ska kunna utvecklas vidare.
- 2) Därefter insamla erfarenheter och lösningar kring dessa frågeställningar från ett område som utvecklats och etablerat samverkan mellan närsjukvårdsteam och kommunal hemsjukvård.

För att identifiera de viktiga frågeställningarna inom punkten 1 ovan har intervjuer genomförts med verksamhetschefer för kommunala hemsjukvården, verksamhetschef som berörs från sjukhuset samt koordinators inom samverkansområdet SIMBA⁴. Samverkan bedrivs inom Mobil närvård mellan kommunernas hemsjukvård och regionens primärvård genom vårdcentralerna men av olika skäl har man inte gått vidare med att etablera närsjukvårdsteam med utgångspunkt från sjukhuset i Kungälv⁵.

För insamling av erfarenheter och lösningar utifrån frågeställningarna, enligt punkten 2 ovan, har intervjuer genomförts inom samverkansområdet Södra Älvsborg⁶. En liten och en stor kommun som har utvecklat nära samarbete med närsjukvårdsteam har valts ut för att kunna fördjupa frågeställningarna samt förstå de praktiska tillämpningar och resultat som uppkommit inom dessa olika miljöer. Dessa två kommuner är Borås stad som är den största kommunen inom

⁴ De kommuner som ingår i samverkansområdet SIMBA är Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn.

⁵ Kungälv's sjukhus har tidigare organiserat ett närsjukvårdsteam; först som enbart en läkarresurs till hemsjukvården men under slutet av försöksperioden som ett team som även inkluderade två sjuksköterskor från sjukhuset tillsammans med läkaren. Därefter har närsjukvårdsteamet upphört.

⁶ De kommuner som ingår i samverkansområdet Södra Älvsborg är Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn och Vårgårda.

samverkansområdet samt Bollebygd kommun som den minsta av de åtta kommunerna⁷. Intervjuer har därefter genomförts med motsvarande verksamhetschefer som inom SIMBA men dessutom med professioner från verksamheterna, som sjuksköterskor inom hemsjukvården, biståndshandläggare inom socialtjänsten samt läkare och sjuksköterska inom det närsjukvårdsteam som varit igång längst. Dessa intervjuer med professioner har syftat till att kartlägga praktiska tillämpningar och konsekvenser av samverkan och har varit nödvändiga för att kunna förstå hur man inom referenskommunerna har hanterat de frågeställningar som identifierats inledningsvis.

Parallellt med dessa intervjuer har fem anonymiserade typfall av patienter tagits fram genom de uppgifter som närsjukvårdsteamerna dokumenterar löpande. Dessa typfall har valts ut utifrån att de är representativa för den målgrupp man hanterar inom de två aktuella kommunerna. Patienternas vårdkonsumtion sex månader före och efter inskrivningen i närsjukvårdsteamet är dokumenterade liksom beskrivningar av bedömda resultat utifrån vårdtagarens respektive vårdgivarnas perspektiv. Beskrivningarna av patienttypfallen har varit främst avsedda för utvärderingsdiskussioner inom den workshop som genomförts som en del av denna studie men utgör även en kompletterande bilaga till denna slutrapport.

Denna slutrapport har tagits fram på basen av tillgängliga planeringsunderlag inom aktuella samverkansområden, övriga relevanta kartläggningar inom Västra Götaland, intervjuer inom studien samt en genomförd workshop med bland annat patienttypfall som underlag. Kartlägningsstudien initierades under maj 2019 men har huvudsakligen bedrivits mellan augusti till december 2019 på uppdrag av Koncernkontoret Västra Götalandsregionen.

3. Frågeställningar som behöver svar

I detta avsnitt sammanställs de frågeställningar som kommit fram i den inledande kartläggningen. Detta är olika former av oklara förhållanden som anses behövas redas ut för att komma vidare i den övergripande frågan om på vilka grunder och hur man kan få till samverkan med de så kallade närsjukvårdsteamerna från sjukhusen.

3.1 Risk för överskridande av ansvarsgränser?

Med närsjukvårdsteamerna förs ansvar för specialistvård in i patientens hem. Det är i grunden samma intervention som när de mer etablerade och vanligt förekommande formerna av ASIH (avancerad sjukvård i hemmet), med utgångspunkt från sjukhus, erbjuds patienter vars vård underlättas på dessa sätt. Skillnaden mellan arbetssätten inom ASIH och närsjukvårdsteamerna är att de senare är mer fokuserade på att samverka med den kommunala hemsjukvården så att patientens situation kan stabiliseras samt att bättre kontinuitet kan uppstå mellan specialistinsatser och den löpande basala vården⁸.

Kommunernas ansvar för hemsjukvården är en del av den kommunala hälso- och sjukvården på primärvårdsnivå med ansvar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens⁹. Hälso- och sjukvårdslagen anger vidare att den sjukhusanknutna hemsjukvården

⁷ Befolkningen i Borås stad uppgår till 111 354 personer och Bollebygds kommun till 9 284 personer (Källa: SCB Befolkningsstatistik 31 mars 2018)

⁸ En relevant jämförelse med närsjukvårdsteam kan däremot de mobila palliativa teamerna vara som också är kopplade till specialistvård inom sjukhus och som samverkar med kommunal hemsjukvård i patienternas boende.

⁹ 2 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Se även ppt-presentation "Gränsdragningsproblem", Ellinor Englund, Sveriges Kommuner och Landsting

inte ingår i de läkarresurser som landstingen ska avsätta till den kommunala hemsjukvården. När läkarinsatser från specialistvården, genom närsjukvårdsteamet, arbetar i nära samspel med den kommunala hemsjukvården; finns det då risker för att sjuksköterskor inom hemsjukvården kommer att arbeta med specialistvård som man inte har ansvar för - och i konflikt med de villkor som lagen ställer ut? Denna svåra gränsdragning kan också kompliceras av att närsjukvårdsteamet använder medicinteknisk utrustning i hemmen, som ingår i sjukhusets ansvarsområden och resurser, som sjuksköterskor inom hemsjukvården kan behöva hantera under övriga tider när närsjukvårdsteamet inte finns på plats.

3.2 Ökade behov av resurser?

Kan hemsjukvårdsuppgifterna komma att utökas när närsjukvårdsteamet arbetar i patienternas hem och med fokus på att samverka med den kommunala hemsjukvården? Finns det risk för att dubbelarbete kan komma att uppstå; särskilt när närsjukvårdsteamet också inkluderar sjuksköterskor från sjukhuset? Denna fråga bottenar i möjliga antaganden om att närsjukvårdsteamets arbete kan leda till att mer vård behöver utföras när "sjukhuset" nu är på plats i hemmet. Målet är ju att patienten inte ska behöva läggas in på sjukhus.

En del av denna frågeställning kan också kopplas till att närsjukvårdsteamet idag enbart arbetar dagtid under vardagar och inte på kvällar och helger då den kommunala hemsjukvården har fortsatt ansvar. Finns det då risk för "glidningar" där personalen inom hemsjukvården får hantera uppgifter man egentligen inte ska ansvara för, och även får mer vård att utföra som en konsekvens av närsjukvårdsteamets arbete under andra tider? I korthet handlar denna fråga om närsjukvårdsteamets arbete kan medföra ökade behov av vård inom hemsjukvården - med följd av att mer personal behöver tillföras av kommunerna till hemsjukvården.

Resursfrågan kan även ha andra aspekter. Med närsjukvårdsteamets kontinuerliga arbete i patienternas hem; kan detta innebära att kostnader för hjälpmedel kommer att öka väsentligt? Frågan ska ses utifrån att behov som inte fanns tidigare nu kan komma att uppstå.

3.3 Behov av omfattande kompetensutveckling?

En del av ovanstående "resursfråga" handlar också om behoven av kompetensutveckling. Det finns begränsade resurser och möjligheter för kommunerna att erbjuda kompetensutveckling för hemsjukvårdens personal och man kommer att behöva prioritera i detta. Med närsjukvårdsteamets arbete; vilken typ av kompetensutveckling är den viktigaste? Hur mycket av den kompetensutveckling som behövs kan genereras i det direkta praktiska samarbetet med närsjukvårdsteamet? Kan samverkan med närsjukvårdsteamet även innebära att behoven av kompetensutvecklingen blir för omfattande för att kunna bekostas och hanteras av kommunerna själva?

Frågan om kompetensutveckling, som kan sammankopplas med närsjukvårdsteamets arbete, kompliceras av att hemsjukvården som helhet är under en omvandling till följd av att allt mer vård kan bedrivas inom patienternas hem med stöd av digitala lösningar, nya arbetssätt som inte var möjliga tidigare och ny, mobil och användarvänlig medicinsk teknik som även patienterna och deras närstående själva kan involveras i.

3.4 Läkarstöd från två håll; skapar detta förvirring och otydlighet?

Med närsjukvårdsteamet från sjukhus så erbjuds hemsjukvården läkarstöd från såväl hemsjukvårdsläkare från vårdcentraler som de läkare som ingår i närsjukvårdsteamet. Läkarstödet

kommer då från två håll samtidigt. Hur undviks en förvirring kring var ansvaret för läkarstödet ligger? Kan detta innebära att det erbjuds mer läkarstöd än vad som behövs, och att det finns oklara ansvarsroller gentemot patienten? Om läkarstöd ska tillhandahållas från närsjukvårdsteamet istället för hemsjukvårdsläkaren från vårdcentral; hur avgörs då detta? Hur engageras närsjukvårdsteamet i praktiken och vad är vårdcentralernas uppfattning om att även närsjukvårdsteam erbjuder ett läkarstöd? Utan tydlighet kring hur läkarstödet ska genomföras är det uppenbart att det är svårt att få till en samverkansutveckling med närsjukvårdsteamet.

3.5 Vad vet vi utifrån patientperspektivet?

Vilka är de patienter som kan bli aktuella för samverkan med närsjukvårdsteam? En bättre bild av vilka patientgrupper det handlar om är viktigt för att också förstå mer kring viktiga frågeställningar; exempelvis de resursbehov som uppstår i en samverkan i hemmen med specialistkompetenser från sjukhusen. En annan viktig fråga är hur många patienter som kan bli aktuella för denna samverkan. Detta är också en viktig fråga för bedömningen av de övriga frågeställningarna.

Trots att kartläggningar har genomförts av patienters och närståendes uppfattningar om närsjukvårdsteamens samverkan med den kommunala hemsjukvården anses det behövas mer kunskaper om vilka mervärden som uppstår för de patienter som involveras i samarbetet. Den kännedom som finns idag om detta är ganska övergripande och generell. Vilka tydliga mervärden finns som vi inte känner till idag? Ses dessa mervärden på olika sätt utifrån vilken professionsgrupp som tillfrågas?

3.6 Vad krävs för att komma igång i samverkan?

Vad är kunskapsläget om förutsättningar och omständigheter för att en samverkan mellan kommunal hemsjukvård och närsjukvårdsteam ska komma igång? Även utifrån perspektivet av att läkarstöd finns etablerat sedan tidigare genom hemsjukvårdsläkare från vårdcentraler? Finns det olika alternativ som kan vara lämpliga där exempelvis närsjukvårdsteam arbetar mer tydligt på uppdrag av vårdcentralerna istället? Hur har andra samverkansområden agerat där närsjukvårdsteam nu är etablerat som en aktör inom hemsjukvården? Hur ska en bra utvecklingsprocess organiseras och genomföras som kan leda till en framgångsrik etablering av närsjukvårdsteam, och som leder till ömsesidiga fördelar? Vad krävs utifrån sjukhusets agerande för att närsjukvårdsteam ska bli välfungerande och samverkansinriktat?

4. Synsätt och praktiska tillämpningar – exemplet Södra Älvsborg

Södra Älvsborg med de åtta kommunerna, primärvården och Södra Älvsborgs sjukhus i Borås (SÅS) har sedan 2015 samverkat kring Mobil närvård genom samverkansorganet Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg. Det finns en tradition av god samverkan sedan tidigare mellan parterna genom exempelvis utvecklingsarbetet kring "Tryggve"; en satsning på mer personcentrerad samverkan inom Södra Älvsborg. Redan 2015 startade det första närsjukvårdsteamet sin verksamhet. Därefter har ytterligare två närsjukvårdsteam tillkommit och förnärvarande planeras även ett särskilt närsjukvårdsteam som ska inriktas på akuta fall. Kliniken Nära vård inom Södra Älvsborgs sjukhus organiserar och ansvarar för denna verksamhet. Under ett antal år har sjukhusets mobila team utvecklats och expanderat steg för steg.

I beskrivningen av närsjukvårdsteamens syfte och uppgift anges att dessa ska vända sig till äldre med flera sjukdomar och som befinner sig i ett instabilt skede med upprepade vårdkontakter¹⁰. En

¹⁰ <https://sas.vgregion.se/avdelningar-och-mottagningar2/narsjukvardsteam/>

förutsättning för att få denna hjälp är att patienten är i ordinärt boende. Arbetet ska bedrivas intensivt och utifrån ett helhetsperspektiv av sjukdomar, symptom och omsorgsbehov. Målsättningen är att skapa högre trygghet och livskvalitet för patienten och dess närstående. För att få tillgång till närsjukvårdsteamet ska patienten remitteras genom annan legitimerad person varvid teamet bedömer om inskrivning ska ske. Patienterna är inskrivna i närsjukvårdsteamet cirka 4 till 6 månader i genomsnitt. Under 2018 skrev man in 65 patienter till dessa team och utförde cirka 800 hembesök. Därutöver har man många kontakter med patienter, närstående och samverkanspartners på andra sätt.

I det följande återkommer de frågeställningar som kartlades inledningsvis. Dessa sammanställdes och prövades i olika intervjusamtal med berörda verksamhetschefer samt övriga nyckelpersoner liksom professionsgrupper inom samverkan kring Mobil närvård från sjukhus, vårdcentral samt inom de två kommunerna Borås stad samt Bollebygds kommun som ingått i studien¹¹. Syftet med detta var att undersöka hur man ser på frågeställningarna samt de praktiska tillämpningar man kan redogöra för.

4.1 Hur hanteras risker med överskridande av ansvarsgränser?

Hur samverkan med koppling till olika ansvarsgränser ska hanteras är mycket svårt att avgöra utan att man har "arbetat sig in i frågan". Samtliga respondenter inom Södra Älvsborg anger att man behöver hitta sin roller genom att praktiskt utveckla samverkansuppgiften steg för steg. Det finns ingen vägledning att ta till för var de praktiska ansvarsgränserna går genom verksamheten när man arbetar i patienternas hem. Man anger också att hemsjukvårdens arbetssätt är under löpande utveckling vilket ytterligare försvårar var ansvarsuppdelningens gränser går. Generellt anges av såväl hemsjukvårdens personal som andra vårdgivare utanför kommunala hemsjukvården att sjuksköterskorna inom hemsjukvården har kunskaperna för att bedriva det mesta av vården där. Samtliga respondenter påpekar, på olika sätt, att den nya formen av samverkan mellan specialistvården från sjukhus, genom närsjukvårdsteamet, och hemsjukvården möjliggör att sjuksköterskorna kan arbeta utifrån sin fulla medicinska kompetens. De ofta genomarbetade medicinska vårdplanerna som kommer fram genom denna samverkan möjliggör detta och uppges samtidigt skapa en klart förbättrad patientsäkerhet och tydlighet i ansvarsförhållanden och uppgifter.

Dessa medicinska vårdplaner, som i "normalfallet" inte är så väl genomarbetade eller ens existerande, uppges göra den stora skillnaden i frågan om ansvarsgränserna. Den tydlighet som uppstår med dessa, och vem som ansvarar för vad och med befogenhet, har gjort frågan om överskridningar av ansvarsgränser till en "icke-fråga" i Södra Älvsborgs sammanhang.

Det anges återkommande som viktigt att ha en inställning om att samverkan är en möjlighet och inte ett problem att hantera för att man ska kunna komma framåt i frågan. Sammantaget har inte någon respondent, varken från regionsidan eller kommunsidan, sett det som en risk att man i samverkan går över ansvarsgränserna och därmed utmanar hälso- och sjukvårdenslagens uppdelning av specialistvård och kommunal primärvård i hemmet. Det är viktigt att löpande stämma av frågan och för detta anges att MAS-nätverket i samverkansområdet är en tillgänglig resurs för detta.

4.2 Vad ses för effekter på hemsjukvårdens resurser?

Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre är en uppenbar pådrivande kraft som genererar högre tryck på hemsjukvårdens resurser och pressar organisationerna. Det är därför uppenbart att resursfrågan inom hemsjukvården är i fokus och att det finns en oro för att ytterligare tryck ska

¹¹ Intervjurespondenterna är listade i bilaga till denna rapport.

uppkomma även från andra håll; som exempelvis när patienterna hanteras av sjukhuspersonal verksamma i hemmet – istället för att de överförs till slutenvårdsplatser på en sjukhusklinik. Då det ligger i regionsjukvårdens och sjukhusens intresse att minska beläggningarna på slutenvården, vilket man uppnår på ett påtagligt sätt med närsjukvårdsteamet, skulle detta kunna innebära att resurstrycket istället ökar på hemsjukvårdens personal.

Det påpekas dock av respondenterna att den aktuella frågan i detta sammanhang behöver ses i en helhet av arbetsuppgifter. Samtliga respondenter anger att det kan bli mer vårdinsatser som behöver utföras av sjuksköterskor inom hemsjukvården; åtminstone i perioder och särskilt när medicinska vårdplaner ska etableras i samverkan kring en patient. Men särskilt respondenterna inom kommunerna lyfter fram att samtidigt förbättras och minskar arbetet väsentligt med andra tidsödande uppgifter; som exempelvis fel och brister som behöver hanteras utifrån ofullständiga vårdplaner, informationssökande kring exempelvis läkemedel och ansträngningar att få kontakt med rätt läkarstöd med mera. Sammantaget är dessa arbetsuppgifter, som baseras på brister i samverkan, mycket tidsödande – av vissa anges dessa ta upp till 50 procent av en sjuksköterskas arbetstid. I de intervjuer som genomförts med verksamhetschefer för de två kommunerna inom denna studie anger ingen att närsjukvårdsteamets arbete har lett till att fler sjuksköterskor har behövt rekryteras. Man pekar på att tillgängligheten till närsjukvårdsteamet har bidragit till att sjuksköterskorna kan arbeta mer och bättre med sina vårdkunskaper vilket är nödvändigt för att förbättra förutsättningarna i ett annars tufft tryck av ökande behov inom hemsjukvården.

De medicinska vårdplaner som kan arbetas fram med stöd av närsjukvårdsteamet anges återkommande som viktiga för att patienternas vård och omvårdnad kan bedrivas effektivt och med hög kvalitet för patienter liksom närstående. Denna genomarbetade vårdplanering är en stor förbättring för patienter som behöver sjukhusets resurser och har väsentligt förbättrat den annars svåra och tidsödande samverkan mellan sjukhus och hemsjukvård. Detta framförs av såväl verksamhetschefer inom hemsjukvården som sjuksköterskorna. Särskilt sjuksköterskorna pekar på att man nu kan arbeta mycket bättre med patienterna och klara ut frågor ”på stående fot” med ett tillgängligt läkarstöd. Det blir en effektiv användning av arbetstid och de kunskaper man har. Det påpekas i samtliga kontakter att arbetsmiljön förbättras påtagligt och att arbetet blir ”inspirerande och roligt”. En utveckling av ”ringar på vattnet” beskrivs även av kommunrepresentanterna; man framhåller att möjligheterna med att bistå med insatser från socialtjänsten förbättras av denna samverkan och att det uppstår liknande effekter för tidsanvändningen och arbetsmiljön som för sjuksköterskorna inom hemsjukvården. Biståndsbedömningen och hemtjänstens arbete kan förbättras genom den fördjupade vårdplaneringen och den stabilisering som sker kring patienterna som har närsjukvårdsteam. Med stabiliseringen kommer även andra positiva resurseffekter för kommunerna som att korttidsplatser och växelvård sällan behövs för närsjukvårdsteamets målgrupper.

Att närsjukvårdsteamet enbart är i tjänst dagtid under vardagar har beskrivits i frågeställningarna som en risk och som kan medföra att hemsjukvårdens personal kan hamna i utsatta situationer när närsjukvårdsteamet inte längre är tillgängligt. Respondenterna bland kommunerna anser dock inte att detta har blivit ett problem. Förklaringen anges kopplad till de medicinska vårdplanerna. Med dessa vårdplaner tar man hänsyn till förhållandet att närsjukvårdsteamet inte är i tjänst under kvällar och helger; *”Det finns hela tiden en plan A och en plan B om något skulle hända – i slutändan kan förstås personalen alltid välja att ringa på ambulans men det händer sällan”*.

En viktig förutsättning för dessa samverkans effekter är närsjukvårdsteamets personal. Man påpekar att det är mycket viktigt att teamet från sjukhuset har ett genuint samverkansfokus, är tydligt

inriktade på att utveckla en bra hemsjukvård och är öppna och tillgängliga för kommunernas olika personalkategorier. Läkarstödet från närsjukvårdsteamet behöver arbeta på ett samverkande och teambaserat sätt över organisationsgränserna med fokus på proaktiva arbetssätt och tid för kontakter samt kunskapsöverföring. Det kräver en viss inställning och att man har en annan uppgift i denna roll än när man är "sjukhusläkare". Det framhålls att det är en stor fördel om närsjukvårdsteamets medarbetare har erfarenheter från tjänstgöring inom primärvård och hemsjukvård.

Sjuksköterskorna i närsjukvårdsteamet har som en av sina viktigaste uppgifter att agera som en sambandslänk mellan samtliga inblandade; patienter och närstående, sjuksköterskor och andra professionsgrupper inom kommunerna samt med läkarna och sjukhusets övriga resurser. De har på detta sätt en särskild roll som inte leder till att det blir oklara dubbelkommandon i vårdarbetet i förhållande till hemsjukvårdens sjuksköterskor.

En annan av frågeställningarna inom den övergripande resursfrågan är om hjälpmedelsbehoven och därmed kostnaderna för dessa kommer att öka markant för kommunerna av närsjukvårdsteamens arbete inom hemsjukvården. För patienter som finns inom hemsjukvården är kommunerna ansvariga för hjälpmedelskostnaderna oavsett var och av vem som förskriver dessa. Denna frågeställning känns inte igen bland respondenterna. Referenskommunerna inom denna studie kan inte se att det har blivit några tydliga kostnadsökningar för hjälpmedel till de aktuella målgrupperna. Istället framhåller man att det alltid blir mer kostnader inom vården om hjälpmedel inte används på optimala sätt.

4.3 Vad ses för effekter när det gäller kompetensutvecklingen?

Frågan om stora behov av kompetensutveckling kan komma att uppstå för kommunerna, till följd av samverkan med närsjukvårdsteam, har lyfts fram när frågeställningarna har kartlagts. Hemsjukvården är generellt under stark utveckling på grund av ökande behov av denna vård samtidigt som patienter med ordinärt boende beskrivs som mer sjuka än tidigare. Vidare behöver arbetssätt förändras löpande inom hemsjukvården när ny teknik och nya medicinska kunskaper och behandlingsmetoder etableras. Det finns skäl för att kommunerna kan känna en oro för att kunna klara denna utveckling av löpande kompetensutveckling för personalen.

I koppling till närsjukvårdsteamens anser inga av respondenterna inom referenskommunerna att behoven av särskilda kompetensutvecklingsinsatser, organiserade av kommunerna själva, har blivit nödvändiga för sjuksköterskorna till följd av samarbetet. Kompetensutvecklingen behövs generellt men den kan även utföras som en del av det löpande vårdarbetet. Avgörande för att denna fråga ska kunna hanteras väl är att närsjukvårdsteamet ser som sin uppgift att bedriva en kunskapsöverföring till sjuksköterskorna inom hemsjukvården - för att dessa ska kunna arbeta väl med sina uppgifter inom de medicinska vårdplanerna. Till följd av samverkan anser man att sjuksköterskornas kunskaper har ökat vilket också är ett viktigt och stimulerande inslag i verksamheten. Framför allt lyfts det fram att kompetensutvecklingen främst gäller det förebyggande och proaktiva arbetet som är en viktig del i vårdarbetet, men som tidigare inte har haft så goda förutsättningar att utvecklas utan ett aktivt läkarstöd och då särskilt till de mer sjuka individerna som närsjukvårdsteamet fokuserar. Man känner inte igen bilder av att personalen inom hemsjukvården skulle behöva hantera medicinteknisk utrustning som ingår i specialistvården och som därmed skulle kräva ytterligare utbildningar. De flesta av de aktuella patienterna är sviktande somatiskt multisjuka som inte är i behov av avancerad medicinsk teknik i hemmet. Respondenterna för fram att personalen inom hemsjukvården idag kan hantera mycket av det som utförs på sjukhus utan att man för den delen går över gränsen för specialistvård.

Kompetensutvecklingen är mycket viktig framåt och det kommer att behövas mer av detta ju mer hemsjukvården utvecklas. En stor del av den kan bedrivas i ett arbetsplatsbaserat lärande, tillsammans med närsjukvårdsteamet, men självfallet inte allt. När hemsjukvården utvecklas, och i samverkan med nya former av läkarstöd och bättre vårdplanering, så blir det däremot mer tydligt att hemtjänsten också måste utveckla sina kunskaper och kompetenser. Här ser alla en stor utmaning för kommunerna och som är viktig att klara för att ta vara på de möjligheter och resurser som skulle kunna finnas.

4.4 Hemsjukvårdens samverkan med läkarstödet – hur hanteras detta?

En fråga att beakta särskilt är den kring läkarstödet till hemsjukvården och hur man kan förhålla sig till detta då det med närsjukvårdsteamet tillförs ytterligare ett läkarstöd - vid sidan om det mer etablerade stödet med hemsjukvårdsläkare som utgår från vårdcentraler. Fördelningen av läkarstödet baseras vanligen på en uppdelning av patienterna i målgruppen. I tidigare beskrivningar har man ofta angivit ett antal indikatorer som utgångspunkt för när inskrivning i närsjukvårdsteam är aktuellt - vilket då innebär att läkaren i detta team i praktiken inträder som patientansvarig läkare¹². I praktiken fungerar denna uppdelning av läkarstödet och läkaransvaret mindre formellt i Södra Älvsborg. Detta då någon systematisk bevakning av indikatorerna inte finns. För inskrivning bedöms patienterna utifrån inkomna remisser från legitimerad personal. Detta kan då ske genom exempelvis remisser från sjuksköterskorna inom hemsjukvården, från vårdcentralerna och förstås från sjukhusets olika kliniker eller akutmottagningar.

En samstämmig och övergripande beskrivning av patienterna är att det är de svårast sjuka, som ofta har varit inlagda på sjukhus, och som är tydligt resurskrävande, som är aktuella för närsjukvårdsteamet. När inskrivning i närsjukvårdsteam sker framgår detta i vårdokumentationen för patienten (SAMSA) och klargör därmed var läkarstödet för patienten finns. Med inskrivningsförfarandet finns det ingen risk för "dubbelkommando" i läkarstödet men patienterna är alltså kvar som listade vid respektive vårdcentral.

För vårdcentralerna anges detta arbetssätt och samverkan som mycket positivt och uppskattat. Patientgruppen som närsjukvårdsteamet hanterar med inskrivningen är särskilt krävande och svåra för vårdcentralens läkare att hinna med och ta tillräcklig tid för i hembesöken. Med uppdelningen har vårdcentralsläkarna bättre möjligheter att hinna med övriga patienter inom hemsjukvården. Det beskrivs att hemsjukvårdsverksamheten inte skulle kunna klaras av utan denna samverkanslösning. Särskilt när antalet patienter inom hemsjukvården kommer att öka enligt alla befolkningsprognoser.

Inflödet av patienter till närsjukvårdsteamet anges dock komma främst från sjukhuset. Möjligheterna till upptäckt av patienter för närsjukvårdsteamet är kanske bäst där. Men även sjuksköterskorna i hemsjukvården anger att då de har löpande kontakter med patienterna och kan följa deras hälsoutveckling så är det en stor fördel att kunna lämna remisser för närsjukvårdsteamets bedömning. Från vårdcentralerna kommer få remisser vilket är osäkert vad det beror på. Det anges bland annat att en primärvårdsläkare i sin roll och utifrån sitt breda kunnande kan ha svårt att se var gränsen går för inskrivning. Det kan också finnas en ovilja att "lämna" en patient och i synnerhet för att man skulle ha svårt att hinna med denne. Samtidigt beskrivs att läkarkåren inom vårdcentralerna är mycket positiva till att närsjukvårdsteamet tar över de mest resurskrävande patienterna som är de

¹² Dessa indikatorer kommer ursprungligen från pionjärbetet i västra Skaraborg och användes inledningsvis även i Södra Älvsborg; 1) Tre eller fler kroniska diagnoser 2) Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer under de senaste 12 månaderna 3) Sex stående mediciner eller fler 4) Klarar ej sin personliga vård 5) 75 år eller äldre 6) Inskriven i hemsjukvården. Minst fyra av dessa kriterier ska vara uppfyllda för att bli inskriven i närsjukvårdsteamet.

mest sjuka och komplexa grupperna inom hemsjukvården. Mycket talar därför att det utifrån Södra Älvsborgs erfarenheter är bra för alla parter att närsjukvårdsteamet kan engageras av samtliga vårdverksamheters legitimerade personal.

4.5 Vilka är erfarenheterna utifrån patientperspektivet?

De patienter som är aktuella för att skrivas in i närsjukvårdsteam är de allra mest sjuka och som ofta är i livets slutskede. De vanligaste sjukdomsområdena är multisjuklighet, njursvikt och KOL. Målgruppen utgör en mycket liten del av de patienter som finns inom hemsjukvården. I de två referenskommunerna har Bollebygd haft en till två patienter inskrivna i närsjukvårdsteam under 2019 av cirka 200 hemsjukvårdspatienter totalt. I Borås har man haft cirka 40 till 45 patienter inskrivna i närsjukvårdsteamet under 2019 av totalt cirka 2 300 hemsjukvårdspatienter¹³. Det innebär att mellan 1 till 2 procent av de samtliga hemsjukvårdspatienterna berörs av närsjukvårdsteamens insatser inom de två referenskommunerna; en uppgift som överensstämmer med vad som framkommit i andra kartläggningar¹⁴. Den genomsnittliga inskrivningstiden i närsjukvårdsteam är för patienterna vanligtvis kort; mellan fyra till sex månader. Sammantaget är det då en liten grupp av hemsjukvårdspatienter som involveras i närsjukvårdsteamet.

De uppföljningar som genomförts med patienter och närstående visar på mycket positiva resultat¹⁵. Bilden som förmedlas är främst en betydligt ökad trygghet som patienter och närstående upplever i förhållande till tidigare erfarenheter. Ett annat framträdande resultat är att man som patient och närstående känner sig mer delaktig och får en bättre insikt om hälsoläget och hur det kan hanteras. Många uppger att de förmodligen hade kommit in till sjukhus ett flertal gånger om inte denna goda "hemsjukvård" fanns. De trygghetsskapande resultaten och omdömen om en god och personcentrerad vård anges även av den involverade personalen som i medarbetarundersökningar uttrycker liknande upplevelser som patienterna. Personal inom närsjukvårdsteam och kommunala hemsjukvården har i stort sett samma åsikter medan fysioterapeuter och arbetsterapeuter avviker något i de positiva omdömena. Anledningen till detta kan vara att de paramedicinska professionsgrupperna ännu inte involverats systematiskt i samverkan med närsjukvårdsteamet.

Värdet sammanfattat för patienterna är att de skarpa uppdelningarna mellan sjukhusvård och vård i hemmet inte längre finns och patienten inte behöver fara runt i vårdssystemet. Vidare att det finns en självklar läkarkontakt för patienten för den övergripande vården och att ett team samverkar kring en vårdplan som bygger på att säkra det personcentrerade arbetssättet och kontinuiteten i vården. Möjligheterna till förebyggande och proaktiv vård ökar med detta. Effekterna spillas över till hemsjukvårdens sjuksköterskor som patienterna uttrycker sig mycket positivt om.

¹³ Uppgifter lämnade i samband med platsintervjuer i de två kommunerna. Av Bollebygd kommuns cirka 200 patienter inom hemsjukvården finns 76 inom särskilt boende och av Borås stads cirka 2 300 patienter inom hemsjukvården finns cirka 850 inom särskilt boende.

¹⁴ "Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare", slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM, november 2013, mätningar under 2018 till 2019 inom följeutvärderingen av Mobil Närvård i Västra Götaland.

¹⁵ För övergripande resultat se slutrapporten från följeutvärderingen i april 2019 ("Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen"). Mätningar av patienters och närståendes omdömen har även utförts i Södra Älvsborg ("Utvärdering av Mobil närvård", Närvårdssamverkan Södra Älvsborg Närvårdskontoret 2018). Resultaten är svåra att utläsa mer tydligt för närsjukvårdsteamet då man inte skiljt olika professionsgrupper åt i utvärderingen. Dock visar de fall som berörs med direkt koppling till närsjukvårdsteamet på mycket positiva omdömen.

4.6 Hur har man kommit igång med samverkan?

De frågor som är naturliga i en uppstartsfas är ofta de som beskrivits ovan och då särskilt frågor om ansvarsfördelning, roller samt resurser och kostnader med detta. Dessa frågor är mycket svåra, för att inte säga närmast omöjliga, att klara ut på förhand genom någons slags "masterplan". Det anges att lösningarna kan bara hittas om man "arbetar upp" dessa i praktisk samverkan då det är personliga arbetsrelationer som också måste hittas. Om detta vittnar respondenterna inom Södra Älvsborg samstämmigt om. Vidare anges att en viktig förutsättning för att komma igång i denna form av samverkan är att man behöver fokusera och hålla i synsättet att samverka på patienternas villkor – inte organisationernas villkor.

Det är uppenbart att man med närsjukvårdsteamet i Södra Älvsborg har hittat samverkande arbetsätt där alla involverade organisationer ser sig som vinnare – sjukhusverksamheten, hemsjukvården (och hemtjänsten med biståndsbedömningen i Borås stad som är involverade i detta samarbete) samt vårdcentralerna. Inga synpunkter har framkommit att man borde backa tillbaka till tidigare samverkansformer, eller helt göra om saker som man idag inte skulle vara nöjda med. Däremot anges att det finns utvecklingspotentialer att ta tillvara som beskrivs i nästföljande avsnitt.

För att komma till detta läge anges dock av respondenter från samtliga involverade verksamheter att det krävs en längre inkörningsperiod som kräver en viss uthållighet och fokus på samverkansuppgiften. De båda referenskommunerna anger att det behövdes omkring ett år för att sätta ansvarsuppdelning, roller och processer av olika arbetssätt. Att detta också tar tid måste man vara inställd på. I de första faserna var det "rörigt" och en påträngande upplevelse av att *"ytterligare någon annan styr min kalender"*. Det beskrivs vidare i intervjuerna att utvecklingsprocessen mot nya samverkansformer måste organiseras och bedrivs parallellt inom såväl chefsgrupper som inom professionsgrupper. Utvecklingen av ledningsarbetet måste ske i båda sammanhangen och även i ett löpande samspel under utvecklingsarbetet. I vårdarbetet behöver man utveckla ett teamtänkande över gränserna som utmanar etablerade synsätt; som exempelvis detta: *"I början ville närsjukvårdsteamet att hemsjukvården alltid skulle åka ut först och ta prover och förbereda sjukhusteamets ankomst"*. En annan aspekt av den nya samverkan med närsjukvårdsteam är att *"...det kan ifrågasättas i början att ytterligare en läkare kommer in i bilden när det redan finns en PAL från primärvården"*. De tre intervjuer som sammanfattar i stort vad som kan ses som de verkliga problemen när samverkan med närsjukvårdsteam ska försöka införas:

- 1) Att en utökad teamsamverkan på detta sätt ställer krav på en ny nivå av tillgänglighet för andra medarbetare (på såväl professionsnivå som chefsnivå).
- 2) Att en utökad teamsamverkan på detta sätt ställer krav på en form av "jämbördighet" samt kunskap och respekt för varandras kompetenser, uppgifter och tid.
- 3) Att en utökad teamsamverkan på detta sätt behöver reda ut hur rollfördelningen ser ut i läkarstötet; i princip mellan hemsjukvårdsläkare (från vårdcentraler) och läkaren inom närsjukvårdsteamet från sjukhuset.

Det anges att en viktig händelse för att komma igång med samverkan kring närsjukvårdsteam var en workshop som genomfördes där olika patienttypfall simulerades. I denna övning arbetade man tillsammans med att kartlägga hur man idealt skulle kunna samverka mellan närsjukvårdsteam, hemsjukvård och hemsjukvårdsläkare kring tre olika bedömda typfall inom en tänkt målgrupp. Metoden, med stöd av appliceringar inom tjänstedesign, ledde till att man kunde se samverkan framför sig och utifrån varje aktörs perspektiv. Exemplet visar att det är viktigt att inledningsvis satsa

på olika arbetsmetoder, och leda dessa på ett professionellt sätt, som kan underlätta en implementering av ny samverkan mellan vårdverksamheterna. Inom denna fråga lyfter man i intervjuerna fram att man måste kunna arrangera och driva "samförståndsmöten" och undvika överdriven "regelstyrning". Sedvanliga former av avstämnings- och förhandlingsmöten mellan olika verksamhetsföreträdare är inte lika effektiva och brister ofta i möjligheterna att se lösningar i ett framtida möjlighetsperspektiv.

4.7 Vilka är de främsta utvecklingsmöjligheterna inom samverkan med närsjukvårdsteam?

Närsjukvårdsteamerna har under ett par års tid växt fram och gradvis etablerats som en ordinär verksamhet inom Södra Älvsborg med allt fler aktiva team. Arbets sättet kan beskrivas som en del av en omställning till en mer nära vård där även sjukhusets specialistkompetenser finns med – en utveckling som bara har påbörjats. I intervjuerna med berörda vårdverksamheter inom Södra Älvsborg ställdes därför frågan om vad som kan vara nästa steg i utvecklingen.

En viktig utvecklingsfråga framåt som lyfts från sjukhusets företrädare inklusive närsjukvårdsteamet självt är hur närsjukvårdsteamens arbete kan effektiviseras ytterligare. Närsjukvårdsteamerna är fortfarande nya i sammanhanget och det finns betydande potentialer i att förstärka och förbättra samverkanskontakterna med främst hemsjukvården men också med läkarstödet från vårdcentralerna.

En fråga inom detta sammanhang är också hur läkarnas produktivitet kan förbättras utan att man tappar kvalitet. Denna potential kan utvecklas genom att exempelvis specialisera läkararbetet ytterligare mot hemsjukvårdsuppgiften. Särskilt då från vårdcentralernas sida. Detta lyfts fram även av hemsjukvårdens företrädare. Att utnyttja digitala möjligheter för konsultationer borde också vara en intressant möjlighet i sammanhanget.

Vidare finns det vissa grupper inom målgrupperna för närsjukvårdsteam som har särskilda förutsättningar och kan behöva särskilt skräddarsydda mobila samverkansteam från sjukhusen; exempelvis patienter med demens, stor tyngd inom psykisk ohälsa med mera. Denna utveckling kan vara ett naturligt nästa steg utifrån en "generalist-ansats" för närsjukvårdsteamerna. Ett team med två grenar för demens och psykisk ohälsa finns numera etablerat inom Vårdsamverkan i Skaraborg där man har haft närsjukvårdsteam igång inom verksamheterna sedan en tid.

Ett annat utvecklingsområde är att samarbeta mer kring akuta behov. Det finns idag ett akutinriktat närsjukvårdsteam i Södra Älvsborg som är under uppstart men man ser också möjligheter att samverka mer med ambulanssjukvård och särskilt de försök som gör med modellen "single responder" som är en form av akutbil utrustad som en ambulans men som hanterar akutfall på plats i första hand. Liknande verksamheter som detta har bedrivits med goda resultat i Malmö under flera år.

Det anges i intervjuer om närsjukvårdsteamens utvecklingsmöjligheter att det skulle behövas mer kunskaper och kompetensutveckling kring dessa nya arbetssätt med fokus på hemsjukvården. Trots att hemsjukvården nu utvecklas snabbt, med allt fler aktörer inblandade från andra verksamheter än kommunerna, så är den organiserade kunskaps- och kompetensutvecklingen mycket begränsad och uppmärksammas därmed inte tillräckligt. Man efterlyser bland annat mer satsningar från FoU-verksamheter. FoU-enheter med ansvar för äldre frågor anser man är för inriktade på socialtjänst och särskilda hälsofrågor, och för lite på organisationsutveckling och samverkansfrågor inom exempelvis hemsjukvården.

5. Att samverka med närsjukvårdsteam – några slutsatser

För att möta den demografiska utmaningen som leder till ökande behov, i kombination med en resursutmaning genom begränsade resurser i den offentliga välfärden, är alla överens om att det behövs nya innovationer av samverkan som kan leda till en effektivare vård. Olika studier och utvärderingar har visat att det finns särskilt stora potentialer till både kvalitets- och resursförbättringar genom förbättrad samverkan kring hälso- och sjukvården samt omsorgen till grupper med stora behov. Mobil närvård, som kan leda till en bättre integration mellan kommunernas hälso- och sjukvård, regionens primärvård genom främst vårdcentralerna samt sjukhusens resurser, är ett sätt att inleda arbetet med att framtidssäkra vården till de mest sjuka. Om detta råder full enighet i olika samverkansområden inom Västra Götaland – oavsett om närsjukvårdsteam är etablerade eller ej.

I en sådan utveckling är det naturligt att många frågor och även farhågor uppstår när inarbetade ansvarsuppdelningar, roller och kostnadsansvar blir otydliga i "gränsövergångarna" där potentialerna finns. De nya kartorna, manualerna och rutinerna är osäkra och måste i de flesta fall arbetas fram genom olika trevande försök för att bli något så när tydliga. Det finns ett behov av att också ansvarsfullt skydda verksamheterna från ytterligare press på tillgängliga resurser vilket inte underlättar för att ge sig ut i ett sökande inom den pågående verksamheten med att hitta nya arbetssätt med osäkert resultat utifrån arbetsbelastning och kostnader.

Att samla in upparbetade erfarenheter från andra områden, och sprida dessa på bra sätt, är därför viktigt i detta skede. Ett nästa steg är att också omvandla dessa erfarenheter till dokumenterade riktlinjer och rutiner som gör det lättare att ta till sig dessa och införa nya arbetssätt i en bredare skala. Ett stort mått av sökande i samverkan kommer dock alltid att behövas då relationer och rutiner behöver en lokal förankring.

En gemensam inriktning på patientfokus istället för organisationsfokus

Erfarenheter från Södra Älvsborg och andra samverkansområden har visat att möjligheterna för att komma framåt i utmaningarna ovan är om man utifrån patientperspektivet lyckas fokusera på vad som förenar, och inte vad som delar upp, och håller i och håller ut i detta. Då finns goda möjligheter att också utveckla en bra samverkansbalans som ger vinna-vinna-förhållanden som inte skapar negativa konsekvenser för verksamheterna vare sig ur belastnings- eller resurssynpunkt. Det finns heller inte några möjligheter till framåtrörelse om det är en part som får "betala priset för detta". För att kunna komma framåt måste det positiva vara ömsesidigt för samtliga samverkanspartners – annars tar det stopp. Den utveckling som skett inom referensexemplet Södra Älvsborg visar på att man har lyckats med detta genom att hålla i en gemensam samverkansidé och inriktning mot fokus på patienterna. Utvecklingen kan dock under perioder gå i otakt för parterna varför det är viktigt att hålla ut och stegvis arbeta fram de arbetssätt som skapar en balans i nyttorna för de inblandade. Detta har för Södra Älvsborg inneburit ett sökande under cirka ett år innan "bitarna har fallit på plats". Det kan ses som en viktig slutsats, inom denna kartläggning, att andra områden behöver göra samma resa, men med möjligheter till ett snabbare förlopp med hjälp av upparbetade lärdomar. Erfarenheterna pekar på att det går att komma framåt och lösa de frågor som varit aktuella inom denna studie – och några andra alternativa vägar framåt tycks inte finnas till hands.

En gemensam uppgift i hemsjukvården

Erfarenheterna från Södra Älvsborg pekar på att om närsjukvårdsteam ska lyckas behöver samtliga parter vara grundade i att det är hemsjukvården man arbetar i och hur det skapar nytta för

patienterna. Sjukhuskopplade närsjukvårdsteam behöver därför inta ett synsätt och en tillgänglighet som är annorlunda än vad slutenvården och sjukhus traditionellt står för. Det är ett teamtänkande över vårdgränser och vårdnivåer som behöver utvecklas för att också den kommunala hemsjukvården ska kunna dra fördelarna av detta. Inga av erfarenheterna från Södra Älvsborg pekar på att den gemensamma uppgiften tvingar den kommunala hemsjukvården in i arbetsuppgifter man inte har ansvar för eller inte ska utföra enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Den kommunala hemsjukvården, som med behovstrycket behöver förstärkningar, har däremot mycket att vinna på att se närsjukvårdsteamet som en resurs som underlättar arbetet kring de mest sjuka patienterna – en grupp av individer som är relativt få inom hemsjukvården men som tar mycket tid i anspråk. De medicinska vårdplanerna, som är kittet i samverkan, är den saknade komponent som ser ut att lösa ansvarsfrågorna på ett sådant sätt att otillbörliga gränsöverskridningar inte uppkommer. Ansvarsfrågorna löser sig då genom att hanteras i praktiken och ser ut att svårligen kunna lösas på andra sätt på förhand.

Att närsjukvårdsteamet kan ses som en resurs gäller även erfarenheterna som vårdcentralerna förmedlar inom samverkansområdet, i deras arbete inom hemsjukvården. Det finns också liknande erfarenheter sedan tidigare genom de sjukhuskopplade palliativa teamen som arbetar på liknande sätt i sin samverkan som närsjukvårdsteamet.

Närsjukvårdsteamet uppfattas inte resursdrivande

I samtliga kartläggningar finns det inget som tyder på att närsjukvårdsteamet i sitt arbete inom hemsjukvården ökar belastningen på den kommunala hemsjukvården. I vissa skeden ökar behoven av sjuksköterskeinsatser från kommunen för patienterna. Det gäller främst när de medicinska vårdplanerna ska etableras eller i vissa skeden då patienternas tillstånd förändras. Men samtidigt förenklas och reduceras mycket arbetstid som gått åt till annat än sjukvård och omvårdnad, som exempelvis kontaktarbete kring läkarstödet och insatser för att få kontroll på patienters vårdplaner och övriga behov. När omsorgsinsatser också involverats i samverkan har samma effekter uppstått i form av bättre patientplanering och kontinuitet i kontakterna kring patienterna/brukarna.

Nyckeln till resursfrågan ligger i att se alla arbetsmoment som den kommunala hemsjukvården har att hantera i normalfallet. I ett sådant perspektiv anges att närsjukvårdsteamet istället blir en resurs för den kommunala hemsjukvården som sparar tid och underlättar effektiviteten i arbetet när mindre "fel" görs och en ökad kontinuitet uppstår. Ingen av referenskommunerna anger att man med koppling till samverkan med närsjukvårdsteamet har behövt anställa mer personal. Även gällande hjälpmedelskostnader ser man inte någon ökningseffekt till följd av samverkan med närsjukvårdsteamet. De hjälpmedel som är aktuella anser man hade uppstått ändå, och är för målgruppen ofta kopplade till kommunernas ansvar för rehabiliteringen. Hjälpmedel rätt använda anses som kostnadsbesparande. När patienterna inte längre behöver förflyttas mellan sjukhus och det egna boendet minskar också kommunernas behov av intermediära insatser som korttidsplatser för den aktuella målgruppen.

Nytta för patienter, närstående, medarbetare och sjukvårdshuvudmännen

Det som framkommer som mycket tydligt i kartläggningarna är att samverkan mellan sjukhuspersonal och kommunal hemsjukvård på nya sätt – genom det mobila teamstödet som närsjukvårdsteamet utgör, har väsentligt förbättrat vården och omsorgen för patienter och de som involveras som närstående. Men detta beskrivs även som en påtaglig nytta också för medarbetarna. Den etablerade samverkansrelationen mellan sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård är vanligen

alltför distanserad och komplex vilket inte sällan leder till fel och brister samt en stor irritation. Patientsäkerheten kan uppenbart ifrågasättas i denna etablerade samverkansmodell.

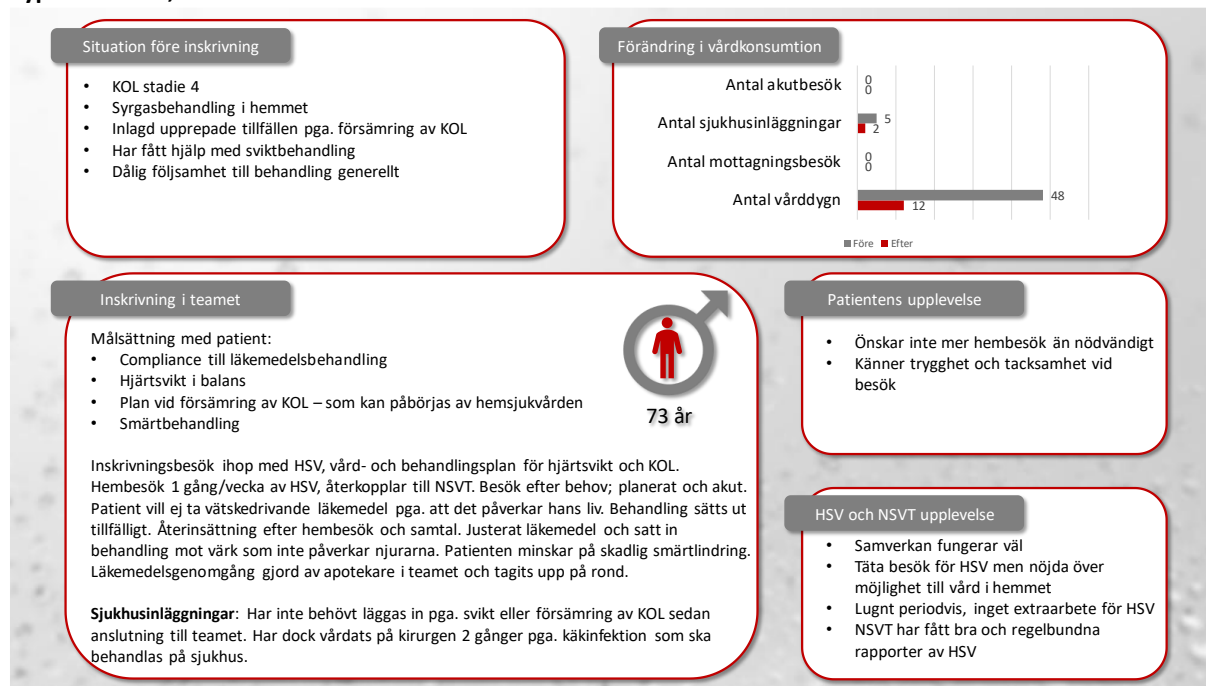
Dessa brister försvinner i de flesta fall när samverkan blir direkt i patientens boende. Förutom att man pekar på en väsentligt ökad patientsäkerhet och underlättande av kontakter med närstående som också närsjukvårdsteamet utför, är att arbetsmiljön förbättras påtagligt för den kommunala hemsjukvården och att främst sjuksköterskorna anger att de nu kan arbeta på rätt sätt med sina vård- och omvårdnadsuppgifter.

Om detta även kan förenas med relevanta arbetsätt utifrån kompetens och givet ansvar, att kostnaderna inte ökar för kommunerna men att man uppnår en effektivare resursanvändning av kommunens resurser, så finns det mycket att vinna på att etablera denna direktsamverkan mellan sjukhusresurser och kommunal hemsjukvård (samt i koppling till läkarstödet genom vårdcentralerna). För att lyckas krävs det dock som nämnts en "inkörningsperiod" där samverkansrutiner behöver utvecklas utifrån lokala förhållanden med en systematisk inriktning på patientens fokus snarare än fokus på verksamhetsgränser. Södra Älvsborgs erfarenheter är att man på detta sätt har nått hållbara och ömsesidiga fördelar av att samverka på nya sätt i team inom hemsjukvården.

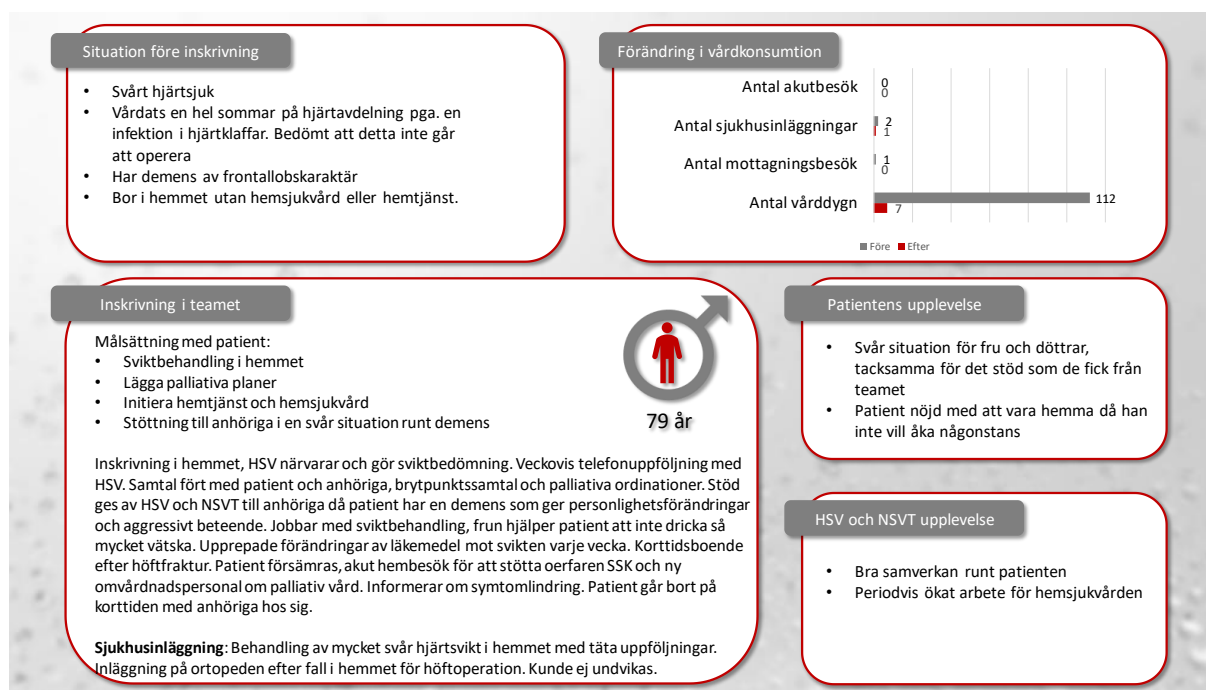
Bilaga 1: Typfall av patienter

Nedan beskrivs fem vanligt förekommande typfall av patienter som på illustrerande grunder och utifrån ett antal perspektiv visar på den samverkansnytta som uppstår mellan närsjukvårdsteam och den kommunala hemsjukvården¹⁶.

Typfall 1: Man, 75 år

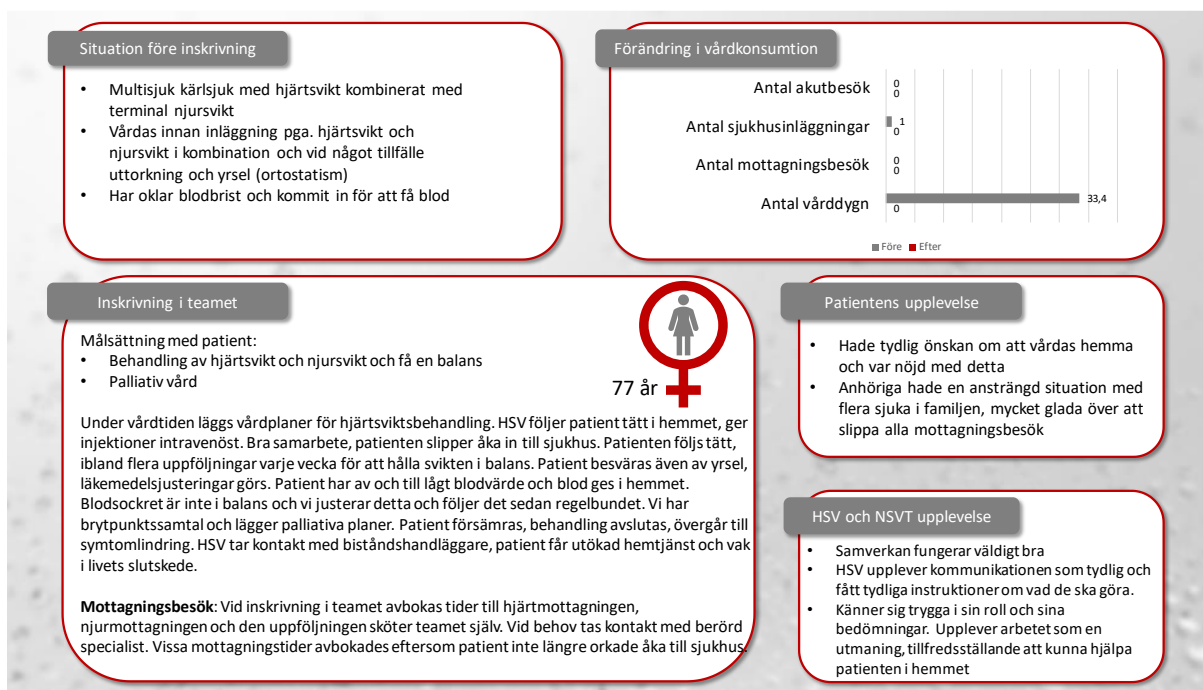


Typfall 2: Man, 79 år

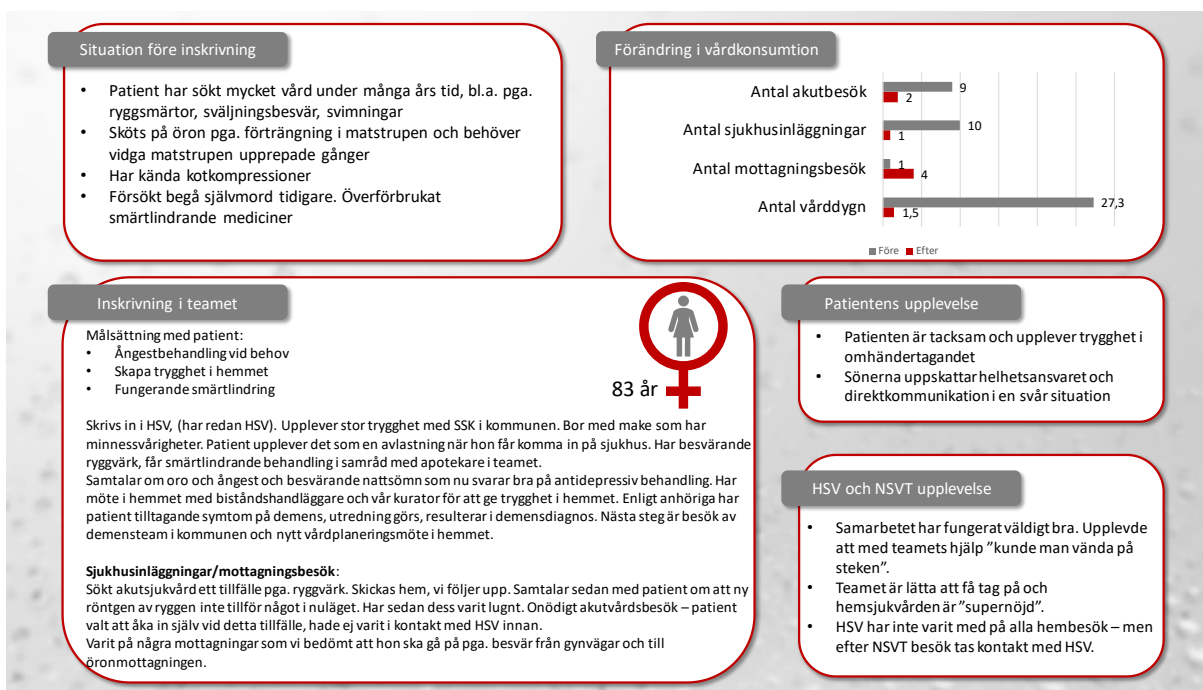


¹⁶ Faktaunderlagen för dessa typfall är framtagna av Cecilia Hallenbert, sjuksköterska inom närsjukvårdsteamet vid Klinik för nära vård, Södra Älvsborgs sjukhus.

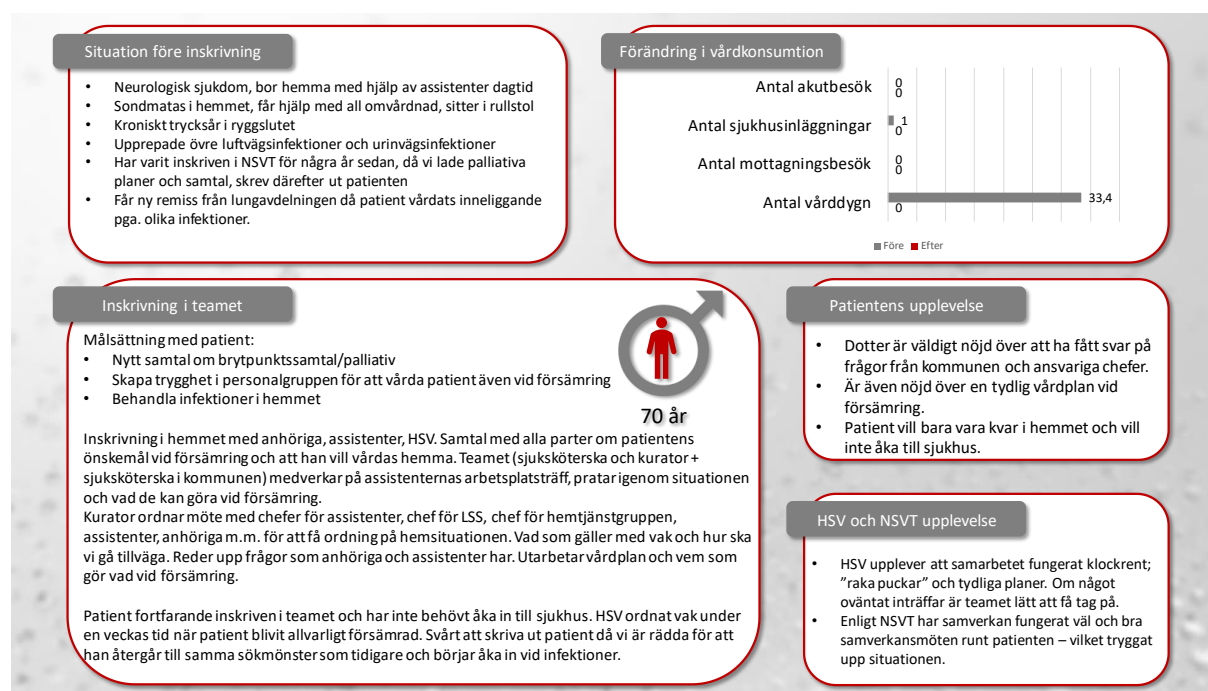
Typfall 3: Kvinna, 77 år



Typfall 4: Kvinna, 83 år



Typfall 5: Man, 70 år



Bilaga 2: Intervjurespondenter samt övriga informationskontakter

Susanne Albinsson, verksamhetschef, Vård och omsorg, Sektor socialtjänst, Stenungsund kommun

Anneli Andersson, delregional samordnare, SIMBA

Ulla Bark, enhetschef, Sociala omsorgsförvaltningen, Borås stad

Ann-Sofi Borg, verksamhetschef, Särskilda boende och hemsjukvård, Sektor Arbete, trygghet och omsorg, Ale kommun

Maria Glemfelt, controller, Klinik för nära vård, Södra Älvsborgs sjukhus

Cecilia Hallenbert, sjuksköterska, Klinik för nära vård, Södra Älvsborgs sjukhus

Karin Hamrén, biståndshandläggare, Vård- och äldreförvaltningen, Borås stad

Anna Holmberg, sjuksköterska hemsjukvården, Vård- och äldreförvaltningen, Borås stad

Noomi Holmberg, verksamhetschef, Kommunal Hälso- och Sjukvård samt Korttidsverksamhet, Kungälv kommun

Ritva Lidskog, verksamhetschef Hälso- och sjukvård, Vård- och äldreförvaltningen, Borås stad

Anna Pettersson, sjuksköterska hemsjukvården, Socialförvaltningen, Bollebygds kommun

Karin Scharl, verksamhetschef, Klinik för Nära vård, Södra Älvsborgs sjukhus

Ingela Sunneskär, medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef Hälso- och sjukvård, Socialförvaltningen, Bollebygds kommun

Per Svensson, biträdande verksamhetschef och läkare, Herkules vårdcentral, Borås

Martin Thieler, läkare Närsjukvårdsteamet, Klinik för nära vård, Södra Älvsborgs sjukhus

Margrethe Tönder, verksamhetschef, överläkare, Geriatrik- och rehabiliteringskliniken, Kungälv sjukhus

Carina Westervel, processledare, SIMBA