

# **Mobil Närvård - Följeutvärderingen**

**Delrapport 3, perioden maj till december 2017**

**Dag Norén och Anna Segerberg**

**Slutrapport april 2018**



## Innehållsförteckning

1	Bakgrunden och fokus i följeutvärderingen .....	3
2	Övergripande angreppssätt.....	3
3	Tidigare observationer och rekommendationer från följeutvärderingen.....	5
3.1	Vikten av att skapa starkare organisationsstyrning .....	5
3.2	Vikten av ett starkare fokus på lärande uppföljning .....	6
3.3	Insatser utifrån ovanstående tidigare observationer och rekommendationer .....	6
4	Utvecklingen: Observationer från senaste kartläggningar och årsrapporter .....	7
4.1	Läget vid årsskiftet 2017/18 .....	7
4.2	Målgruppen och patientperspektivet .....	8
4.3	Organisation .....	9
4.4	Planering, ledning och uppföljning.....	12
5	Slutsatser utifrån observationerna.....	14
5.1	De viktigaste slutsatserna – för att bemöta de viktigaste utmaningarna .....	15
5.2	De viktigaste rekommendationerna – i kritiskt läge av övergång till ordinär verksamhet ...	16
6	Bilagor.....	18

## 1 Bakgrunden och fokus i följeutvärderingen

Detta är den tredje delrapporten från följeutvärderingen av Mobil Närvård Västra Götaland<sup>1</sup>. Föregående Delrapport 2 (presenterad i juni 2017) baserades till stor del på årsrapporter från de då nio befintliga projekten som varit aktiva fram till dess. Sedan dess har ytterligare 13 projekt kommit igång med verksamheter inom Mobil Närvård under andra hälften av 2017. Den omgång av förnyade årsrapporter som ligger till grund för denna tredje delrapport baseras nu på 22 projekt varav 2 av dessa är enbart Närsjukvårdsteam (SU Mölndal och SU Östra).

Följeutvärderingen bedrivs med ett primärt fokus på utvecklingen och lärandet om samordnade arbetssätt mellan främst den kommunala hemsjukvården, primärvården och specialistvård från sjukhus. 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.

Denna delrapport baseras till största delen på den senaste omgången av inkomna årsrapporter från projekten (inklusive bilagor utifrån projektens utvecklingsarbete) men även andra källor utgör till vissa delar grunden för de observationer som presenteras här. Inom följeutvärderingen genomförs löpande intervjuer på olika teman liksom att följeutvärderingen deltar i särskilda nätverksträffar 1) övergripande för hela den regionala satsningen inom Mobil Närvård, 2) för projektledarna, 3) för de mobila hemsjukvårdsläkarna samt 4) för Närsjukvårdsteamerna. Vi arbetar också med särskilda enkäter i vissa fall. Exempel på teman som varit aktuella är följande:

- Ledningsfunktioner (samverkan mellan styrgrupp och operativa ledningsgrupper/projektledare)
- Effekter för vårdcentraler med mobila hemsjukvårdsläkare
- Uppföljningsarbete och lärande
- Upptäckt av målgrupper
- Teamsamverkan mellan professionsgrupper
- Metoder för lärande patientkartläggningar

## 2 Övergripande angreppssätt

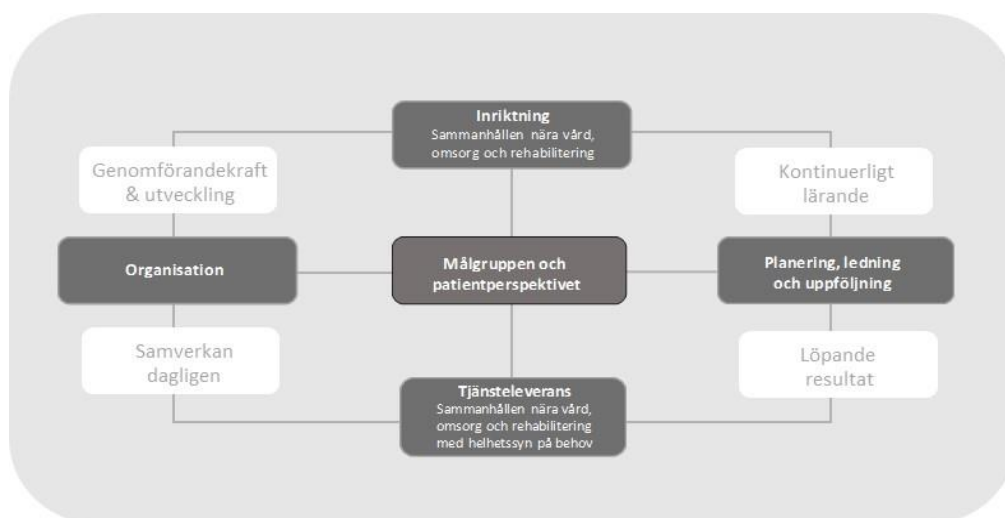
Med följeutvärderingens fokus på utveckling och lärande kring samordnade och personcentrerade arbetssätt används en kartläggnings- och utvärderingsmodell som bedöms fånga viktiga utvecklingsaspekter. Denna modell syftar till att kunna observera systemsammanhang som bedöms som särskilt viktiga för att lyckas med den strategiska uppgiften. I årsrapporterna är frågorna strukturerade enligt denna modell. Så var fallet även med den första omgången av årsrapporter varför eventuella skillnader och utvecklingstendenser i svaren blir särskilt intressanta. Samtidigt är denna modell ämnad att kommunicera till projekten vad som kan vara viktiga framgångsfaktorer för

---

<sup>1</sup> Därutöver har en särskild lägesrapport för nya projekt under 2017 presenterats i februari 2018 för den regionala projektledningen med fokus på förmåga att, efter riktad projektfinansiering, fortsätta under 2018 med en ordinär ersättningsmodell enligt regionens styrande Krav- och kvalitetsbok (KoK-boken). KoK-boken är Västra Götalandsregionens sammanställning av uppdrag och ersättningsmodeller inom regionens hälso- och sjukvård.

att lyckas med utvecklingsarbetet; både utifrån ett systemtänkande och utifrån olika fokusområden. Kartlägnings- och utvärderingsmodellen används löpande inom följeutvärderingen och baseras på forskningsresultat om vad som är viktiga områden att hantera för att nå framgång i komplexa utvecklingsprojekt<sup>2</sup>. De viktiga områdena för att nå framgång i utvecklingsarbetet beskrivs på följande sätt:

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



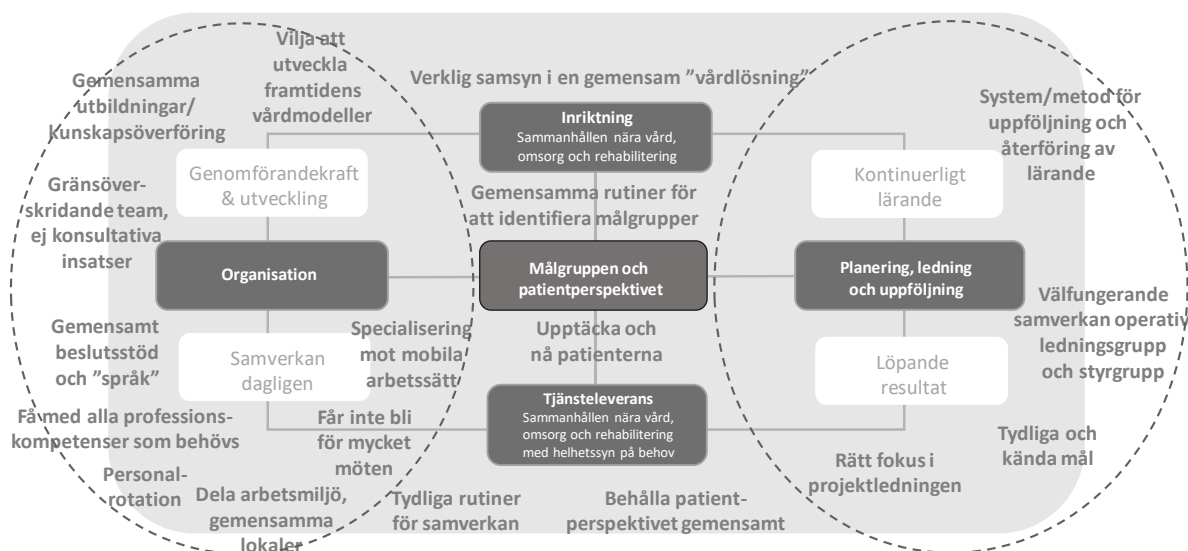
- **Organisation** – Hur en ändamålsenlig organisation stödjer centrala processer, tydlighet avseende ansvar, roller och mandat, kompetens och bemanning, organisering för samverkan mellan styrgrupp och projektledningsgrupp, mellan inblandade verksamhetsorganisationer samt stödprocesser som exempelvis 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.

<sup>2</sup> Forskning som ligger till grund för modellen beskrivs bl.a. i publicerade studier inom Service Management (Designing Interactive Strategy; from value chain to value constellation, Normann/Ramirez) samt inslag utifrån kvalitetsutveckling baserat på Edwards Deming och organisatoriskt lärande baserat på Peter Senge m.fl. Utvärderingsmodellen har använts i ett flertal olika följeutvärderingsinsatser där samverkan är i fokus.

### 3 Tidigare observationer och rekommendationer från följeutvärderingen

I den föregående Delrapport 2 från följeutvärderingen, som presenterades i maj 2017, samlades de viktigaste observationerna i en strukturerad bild utifrån den kartläggnings- och utvärderingsmodell som tillämpas.

#### Överblick av viktiga observationer (från föregående Delrapport 2, maj 2017)



***"Inriktningen står stark men det behövs mer fokus på ett raffinerat tänk kring 1) organisation samt 2) planering, ledning och uppföljning för att säkra mer stabil utveckling mot vad Mobil Närvård syftar till"***

De viktigaste iakttagelserna vid detta tillfälle var att *inriktningen* och den organiserande idé som Mobil Närvård står för har etablerats väl och verkar vara spridd bland de som då deltog i de aktiva projekten (nio stycken). De generella intrycken i kontakterna med deltagarna i projekten var att grundtankarna i utvecklingsarbetet var väl kända och att det inte fanns andra, konkurrerande idéer om vad som bör vara fokus i utvecklingsarbetet – vilket annars är vanligt i mer omfattande utvecklingsinitiativ inom hälso- och sjukvården. Nätverksträffar i regionen i kombination med ett gradvis ökande deltagande i projekten såg ut att påverka utvecklingen mot en "kritisk massa" av gemensam idévärld kring vad Mobil Närvård är och syftar till. Detta trots att det inte funnits något stabilt regionalt kommunikationsstöd för satsningen på Mobil Närvård annat än en hemsida men som inte utnyttjas särskilt aktivt. De frekventa nätverksträffarna har istället varit en välfungerande strategi för att driva det kunskapsutbyte, lärande och engagemang som ordinära kommunikationsinsatser annars är tänkt att bidra till.

I Delrapport 2 konstaterades att de bräckliga och mer utsatta områdena i satsningen var *organisation* liksom arbetet med *planering/ledning/utförande* (utifrån ovanstående modellens kartläggningsområden). Samtidigt utgör dessa områden omvänt en potential för att nå väsentliga förbättringar och stabilitet i utvecklingen.

#### 3.1 Vikten av att skapa starkare organisationsstyrning

Det utsatta och bräckliga förhållandet med att försöka samordna två till tre olika verksamhetsorganisationer och med två skilda huvudmän behöver drivas på ett mer raffinerat och strategiskt sätt än vad som oftast sker idag inom projekten. Ofta gäller ett läge där en projektledare är utsatt och klämd mellan starka och autonoma organisationer och med starka verksamhetsföreträdare som inte sällan har få verkliga incitament att samverka utifrån dagens

ersättningssystem. Rekommendationen från följeutvärderingen i detta sammanhang var bland annat att anamma den modell som finns i ett av de större projekten där en utsedd koordinator från respektive verksamhetsorganisation (kommunal hemsjukvård, primärvård, och sjukhusvård) aktivt bistår projektledaren och möjliggör direktkontakter med ökad tyngd mot respektive verksamhet.

En annan viktig åtgärd för att hantera den betydande risken med separata och autonoma verksamhetsorganisationer är det inflytande som behöver utövas från ledande verksamhetschefer. Detta kan främst utföras av de styrgrupper som finns tillsatta inom varje projekt. Många styrgrupper är dock inte särskilt aktiva i verklig mening och projektet Mobil Närvård kan utgöra en av många punkter på en mötesagenda för styrgruppen. Det finns också en risk med en ”styrgruppskultur” där en verksamhetschef kan sitta i många olika styrgrupper för olika utvecklingsfrågor och att detta utvecklas till en form av rutinmöten med relativt passivt deltagande. I några få fall har projektledaren ingen kontakt med projektets styrgrupp och oftast beror detta på ett begränsat deltagande av vissa styrgruppsmedlemmar. Av dessa skäl rekommenderades att skärpa trycket från regionalt håll på aktivt styrgruppsarbete, samt lyfta fram vikten av bättre samspel med en också förstärkt operativ ledningsgrupp. Särskilda kontakter med styrgrupperna kan behövas för att dessa ska bli mer insatta i de syften och önskade resultat som initiativet Mobil Närvård ska bidra till.

### **3.2 Vikten av ett starkare fokus på lärande uppföljning**

I de kartläggningar som utfördes i denna förra fasen samt utifrån förra omgångens inkomna årsrapporter från projekten, kunde det konstateras att det viktiga uppföljningsarbetet var alldeles för begränsat i de flesta fall. Vissa projekt hade utvecklat uppföljningssystem av främst utförda insatser men uppföljning som hade satts i system för lärande återföring var mycket begränsat. Till viss del berodde detta på att många projekt saknade projektplaner och uppsatta mål. Till större del är det dock följeutvärderingens åsikt att det finns en begränsad medvetenhet och kunskap om lärande uppföljningsarbete som en grund för förbättringsarbete. När uppföljningar av resultat görs är det ofta baserat i en ”rapporteringskultur” som är vanlig inom verksamheterna men där resultaten inte organiseras i former som kan generera lärande återföringsrutiner. Detta är en brist i utvecklingsarbetet och begränsar också de möjligheter till påverkan och involvering av deltagarna som är viktig – i grunden för att inriktningen och tjänsteutvecklingen ska kunna stärkas. Den lärande återföringen är också viktig för att styrgruppsarbetet och planeringsarbetet ska bli mer effektivt. Denna potential har förbisetts i de allra flesta av projekten.

### **3.3 Insatser utifrån ovanstående tidigare observationer och rekommendationer**

Ovanstående observationer har under andra halvåret 2017 förts fram på olika sätt inom nätverksträffar och projektledarträffar inkluderande även olika kunskapsinputs som kan bidra till att påverka och leda till de åtgärder som kan vara kritiska att hantera. En utifrån sammanhangen skraddarsydd utbildning för projektledarna har genomförts med expertstöd i två steg. Därutöver har särskilda träffar genomförts med vissa styrgrupper för projekten för att samla in goda erfarenheter av ledningsarbete liksom utmaningarna med att skapa stabila strukturer inom detta.

Vidare har ett initiativ nyligen initierats för att stödja de tidigare projektledarna (efter projektens upphörande) i ett ökat fokus på lärande uppföljningsarbete då dessa med regionalt stöd fortsätter att arbeta som samordnare eller koordinatörer för de verksamheter som varit aktiva inom de tidigare projekten.

## 4 Utvecklingen: Observationer från senaste kartläggningar och årsrapporter

Inför att samtliga projekt med samverkan mellan mobila hemsjukvårdsläkare och kommunal hemsjukvård upphörde till årsskiftet 2017/18 inkom projekten med årsrapporter under slutet av december 2017<sup>3</sup>. Sammanlagt 22 årsrapporter inkom och vissa av dessa med omfattande bilagor i form av insatsuppföljningar, medarbetarenkäter, arbetsrutiner och andra styrdokument för samverkansprojekten.

### 4.1 Läget vid årsskiftet 2017/18

Av de 22 projekten har 4 av dessa Närsjukvårdsteam ingående i den mobila närvårdsverksamheten (Alingsås, Södra Älvsborg, SIMBA och Skaraborg). Ytterligare 2 av projekten har arbetat med en form av hybridlösning; dvs. en kombination av mobil hemsjukvårdsläkare och Närsjukvårdsteam (Orust och Uddevalla). Vidare avser 2 projekt med initierat planeringsarbete att starta upp Närsjukvårdsteam under 2018 (Angered och Norra Fyrbodal<sup>4</sup>). 2 projekt gäller enbart Närsjukvårdsteam inom Göteborg (Sahlgrenska Mölndal och Sahlgrenska Östra). Dessa två initiativ har påbörjat försöksverksamheter gentemot bl.a. Majorna Linné och Örgryte Härlanda men har enligt egna uppgifter haft svårt att nå ut och ”integrera sig in i” de andra Göteborgsprojekten som samtliga har enbart hemsjukvårdsläkarverksamhet i den kommunala hemsjukvården.

Övergången till verksamhetsåret 2018 är en utmaning för hela satsningen på Mobil Närvård i Västra Götaland. Merparten av projekten upphör (gäller projektstöden för mobila hemsjukvårdsläkare) och förväntas övergå till ordinär verksamhet med införandet av en ny särskild ersättningsmodell för denna teambaserade verksamhet. Merparten av projekten, 14 stycken, startades upp under 2017<sup>5</sup> och ska nu med mycket kort tid med projektstöd (i vissa fall enbart ett fåtal månader) försöka övergå till ordinär verksamhet<sup>6</sup>. En särskild granskning av de nya projekten (under 2017) sammanställdes inom följeutvärderingen i januari 2018. Vid detta tillfälle bedömdes 4 av de 14 projekten vara direkt utsatta och i uppenbar risk av att samverkansinitiativen skulle upphöra. Generellt och med tanke på förutsättningarna får detta ändå anses som ett relativt positivt läge.

Det finns dock med tiden fortsatt hög risk med att inte uppnå de resultat som eftersträvat med det omfattande regionala stödet. Syftet har varit att nå ett ambitiöst mål med en ny nivå av gränsöverskridande samverkan genom idén med Mobil Närvård. Även om samverkan förbättrats och att de finns mer kunskaper om vikten av att samordna verksamheterna kring hemsjukvården, för att utveckla mer patientcentrerade arbetssätt, är risken uppenbar att verksamheterna snabbt backar tillbaka till typen av mer konsultativa och verksamhetsskilda, singulära insatser gentemot patienterna – utifrån de förhållanden som är etablerade sedan tidigare. Runt omkring idén med Mobil Närvård finns ett starkt och inarbetat styr- samt ersättningssystem, vilket finns i krav- och kvalitetsboken, som hela tiden utmanar samverkanstankarna. Därutöver med understöd av svårubblika och väl inarbetade verksamhetskulturer och arbetssätt där samverkan kan försvåras trots goda viljor och ambitioner.

<sup>3</sup> De projekt som har närsjukvårdsteam fortsätter med regionalt stöd även under 2018 men projektmedlen för de mobila hemsjukvårdsläkartjänsterna upphörde vid årsskiftet 2017/2018. En ny särskild ersättning för mobila hemsjukvårdsläkarinsatser erhålls fortsättningsvis av vårdcentralerna genom en tillkommande ersättningsmodell som bygger på att teamsamverkan utförs med den kommunala hemsjukvården och regleras genom regionens Krav- och Kvalitetsbok.

<sup>4</sup> Norra Fyrbodal avser att ta ett helhetsgrepp inom området under 2018 där verksamheter med närsjukvårdsteam samordnas och också inbegriper projekten i Lilla Edet och Orust.

<sup>5</sup> Av de 14 nya projekten ingår ett projekt som startades redan under 2015 men som under 2017 förstörades väsentligt varför nya förhållanden uppstod (Västra Göteborg med Askim-Frölunda-Högsbo).

<sup>6</sup> Orsaken till den sena uppstarten för en del projekt beror på att deras ansökningar inkommit sent. Möjligheter till projektmedel har annonserats och kunnat sökas sedan 2015.

Risken att ”backa tillbaka” är uppenbar – och detta trots att de gemensamma idéerna och synen på nyttan med Mobil Närvård, den så kallade inriktningen i följeutvärderingens kartläggningsmodell, alltjämt står starkt och ser ut att till och med ha stärkts sedan den tidigare sammanställningen av årsrapporter och intervjuer.

De observationer som är viktiga nu inom följeutvärderingen handlar ytterst om att identifiera de rekommendationer som kan påverka risken för att utvecklingsarbetet bara blev ett tillfälligt projekt och försöka bidra med rekommendationer som kan leda till att ”förflyttningen framåt” kan bibehållas i så hög grad som möjligt.

## 4.2 Målgruppen och patientperspektivet

### - Rätt patienter?

Målgruppen för projektsatsningen på Mobil Närvård har varit 65 år och äldre som är inskrivna i hemsjukvården. Den regionala ledningen för Mobil Närvård har dock medgett en flexibilitet i detta inom projekten där flera av dessa arbetar även med yngre patienter som finns inom hemsjukvården och i vissa fall även systematiskt med patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården. En stor grupp patienter beskrivs som ”gråzonspatienter” där det är oklart om de egentligen är målgruppen eller inte – inte minst beror detta på att kommunerna ofta tillämpar olika beslutsgrunder för när hemsjukvård beviljas eller inte. Vidare finns det uppgifter om att de mobila hemsjukvårdsläkarna i vissa fall används för andra uppgifter och målgrupper än tänkt; exempelvis som en form av ASIH-läkare<sup>7</sup> och med andra grupper av patienter. Det är svårt att utifrån ”styra projekten” mot rätt målgrupper och i vissa fall får en begränsad läkartillgång hantera de dagliga resursproblem som kan uppkomma.

Det framförs i vissa årsrapporter att åldersindelningen är problematisk när behoven för Mobil Närvård finns över olika åldrar även om uppskattningsvis 80 till 85 procent av patienterna med dessa vårdbehov vanligen är äldre. I vissa stadsdelar och områden är också inträdet i den tänkta målgruppen ”äldre” tidigare än 65 år. Vidare påpekas det att vissa patienter passar väl in på målgruppen men har inte blivit beviljade kommunal hemsjukvård. Det kan tyckas vara naturligt att i ett fortsatt utvecklingsarbete etablera mer precisa och patientcentrerade inklusionskriterier för Mobil Närvård som är mer inriktade på situation och vårdbehov än ålder och inskriven i hemsjukvård<sup>8</sup>.

### - Får patienterna tjänsterna?

Det är tydligt utifrån årsrapporterna att alltfler patienter nås av de mobila vårdtjänsterna i ett samverkanssystem och att man har blivit bättre på att samverka för att upptäcka dem. Sedan föregående delrapport från augusti 2017 har utvecklingstiden i projekten gynnat lösningarna på denna utmaning som då lyftes fram. I betydligt fler projekt beskrivs hur man har utvecklat en samsyn och visat på rutiner för att säkra att patienterna i målgruppen identifieras och nås av samverkanssystemet. Andelen patienter som får vård av såväl mobila hemsjukvårdsläkaren och Närsjukvårdsteamerna, i samverkan med kommunal hemsjukvård, har ökat stadigt i de allra flesta fall.

Det finns dock andra problem av strukturell och organisatorisk art som blivit mer tydliga i samband med att projekten växt med fler patienter involverade i Mobil Närvård. Listningsförfarandet av patienter till en vald vårdcentral kan innebära för vissa projekt, där ett geografiskt bostadsområde är utgångspunkten, att exempelvis bara 30 procent av det verkliga målgruppsunderlaget ingår i projektets mobila vårdverksamhet. Vidare har en del projekt inte kunnat involvera de privata vårdcentralerna i området vilket kraftigt reducerat möjligheterna att nå målgruppen i området. För

<sup>7</sup> ASIH står för ”avancerad sjukvård i hemmet”.

<sup>8</sup> I den numera gällande skrivningen i Krav- och Kvalitetsboken för verksamheterna inom Mobil Närvård anges vuxna med komplexa vård- och omsorgsbehov som har kommunal hemsjukvård. Vidare kommer Närsjukvårdsteamerna, som bedriver den annars sjukhusbundna specialistvården i hemmen, att inte vara begränsade till insatser för patienter som är inskrivna i hemsjukvården.



den kommunala hemsjukvården, som är organiserad utifrån geografiska distrikt inom stadsdelar och kommuner, innebär detta ibland märkliga situationer där patienter i samma bostadshus kan få helt olika tillgång till och kvalitet i vården. Detta är särskilt tydligt i större tätorter som olika stadsdelar i Göteborg. För den kommunala hemsjukvården är det också en svår situation att hantera.

I flera årsrapporter framhålls att på sikt behövs lösningar för samordna de kriterier som idag ger tillgång till de mobila samverkanslösningarna. Uppenbara olikheter i tillgång till vårdtjänsterna är inte bra. Samtidigt är vårdcentralerna utifrån dagens ersättningssystem mycket ovilliga att överlämna listade patienter till andra. Patienter och medborgare får heller inte påverkas att välja vårdgivare på sätt som kan upplevas otillbörligt av andra. Det finns möjligheter att lösa denna fråga men kräver då förmodligen att den regionala och kommunala nivån lägger grunderna. Detta då det är svårt för de olika utförarverksamheterna att skapa en sådan ny "infrastruktur" för tjänsterna. Den nya ersättningsmodellen för mobila hemsjukvårdsläkartjänster kommer sannolikt att innebära att fler vårdcentraler kommer in i mobila vårdtjänster men problemet kvarstår och samverkan med den kommunala hemsjukvården blir för splittrad.

#### **Summering Målgruppen och patientperspektivet**

- Mer utvecklade inklusionskriterier för Mobil Närvård skulle kunna förbättra att rätt målgrupp nås utifrån verkligt behovsperspektiv samt att tillgängligheten blir mer jämlik
- Projekten rapporterar i de allra flesta fall en stadig ökning av patienter som ingår i de mobila vårdtjänsterna
- Samverkan och rutiner för identifiering och inkludering av patienterna i mobila närvårdstjänster har tydligt utvecklats och förbättrats sedan förra omgången av årsrapporter
- Patienternas vårdval med listning vid vårdcentraler oavsett bostadsområde och kommunernas/stadsdelarnas indelning av hemsjukvården i geografiska distrikt försvårar relationer och team-samverkan

### **4.3 Organisation**

#### **- Fortsatt skör nätverksorganisation?**

Den Mobila Närvården utgörs i praktiken av minst två och i flera fall av tre eller flera olika typer av utförarverksamheter fördelade på två olika huvudmän. Utförarverksamheter inom kommunal hemsjukvård samverkar ofta med flertalet olika vårdcentraler; offentliga och relativt självstyrande privata. När även Närsjukvårdsteam är inblandade tillkommer sjukhuset som ytterligare en utförarverksamhet. Därutöver kan ytterligare verksamheter vara inblandade i vissa fall som exempelvis mobila palliativa team. Samtliga utförarverksamheter har sina egna linjeansvar och många uppgifter att hantera utöver den Mobila Närvården. Ledningen liksom utvecklingsarbetet är därför beroende av att ett flertal självständiga verksamheter kan gå i takt och samverka utifrån inriktningen i en osäker nätverksorganisation.

Med den form av nätverksorganisation som krävs för att idén om Mobil Närvård ska kunna förverkligas är det naturligt att detta blir en av de allra största utmaningarna. Som beskrivits tidigare inom följeutvärderingen krävs det mer kapacitet och nytänkande ledning och management för att kunna klara denna stora utmaning. I många projekt har de svåra problem och konsekvenser som dyker upp av nätverkssamarbeten landat i "knäna" hos projektledarna och med alltför lite stöd från styrgrupper och övergripande verksamhetsansvariga. Vidare kompliceras läget av många autonoma privata verksamheter och då främst vårdcentralerna.

Flertalet projekt som ingår i Mobil Närvård Västra Götalandsregionen rapporterar i sina årsrapporter (och i uppföljningar när detta gjorts) att man trots denna stora utmaning har uppnått påfallande goda resultat när det gäller såväl patientupplevd kvalitet, smidig samverkan och nöjdhet bland medarbetarna. Detta gäller även mer inslag av kontinuitet i vården för patienterna som uppvisas genom färre sjukhusinläggningar, ökad trygghet och en mer proaktiv och hälsoinriktad vård.

### - Risk för tillbakarullning?

Trots dessa goda resultat anges i såväl årsrapporter som inom intervjuer mot slutet av 2017 att tidigare designerade mobila hemsjukvårdsläkare (som fram till och med 2017 var finansierade av öronmärkta projektmedel) kan komma, eller kommer att, ersättas av de (ordinära) läkargrupperna på vårdcentralerna som huvudsakligen arbetar i mottagningsverksamheterna. Ett antal tidigare anställningar av mobila hemsjukvårdsläkare uppges komma att avslutas efter projekttiden. Detta kan i värsta fall innebära en i det närmaste tillbakarullning till tidigare förhållanden. Risken ökar då att hembesöken av läkarna inte hinns med - på samma sätt som vi känner igen från tidigare förhållanden. I ett sådant läge finns risken att de personliga relationerna, som är viktiga för att bygga upp förtroende och samverkan till sjuksköterskor med flera inom den kommunala hemsjukvården liksom de fördjupade patientrelationerna, bryts eller försvåras. Det är ett scenario som också ofta blivit verklighet i andra liknande utvecklingsförsök. Allt för många läkarkontakter och övriga professionskontakter försvåras för att arbeta med kontinuitet mot patienterna, för att dela patientkunskaper och för de viktiga löpande kontakterna över verksamhetsgränserna. Samtidigt är det viktigt att återge att det i årsrapporterna bitvis och löpande också beskrivs att dessa problem gäller inte enbart läkarstödet. Det finns problem omvänt på samma sätt i den kommunala hemsjukvården med ibland omfattande personal- och chefsrotationer.

Orsakerna till ovanstående förändring har angivits till största delen bero på att den nya ersättningsmodellen för mobila hemsjukvårdsläkare inte anses av vårdcentralerna, främst de som verkar i Göteborgsområdet, som tillräcklig för att ersätta särskilda mobila hemsjukvårdsläkare som gör relativt få besök per dag då de hanterar mycket komplexa patienter. Det anges vidare att läkargrupperna behöver fördela uppgifterna med hemsjukvårdsläkarinsatserna mellan sig, beroende på beläggning, för att man ska klara ekonomin. Samtidigt påpekar den regionala projektledningen att hembesöken av läkare sedan tidigare är ett uppdrag och som man erhåller en särskild ersättning för. Efterhand har dock denna invändning från vårdcentralerna mildrats men är förmodligen fortfarande aktuell på flera håll. Den nu tillkommande KoK-bokersättningen<sup>9</sup> för mobila hemsjukvårdsläkare är avsedd för att tid för samverkan och kommunikation med den kommunala hemsjukvården ska ske.

### - Eller ett nytt steg mot fördjupad integration?

I ett antal årsrapporter ges, trots ovanstående, uttryck för att de många positiva erfarenheterna av gränsöverskridande samverkan har lett till ambitioner av att vilja säkra och fördjupa de teammodeller som växt fram. Som anges i ett fall bör nästa steg vara att efter teambildningarna nu växla upp till att skapa ett integrerat samverkanssystem runt hela målgruppen – ett verksamhetssystem bestående av mobila hemsjukvårdsläkare, Närsjukvårdsteam och övriga professioner som naturligt kompletterar varandra. Det leder samtidigt till att samverkansfrågorna behöver sökas vidare till andra områden som ännu inte hanterats systematiskt i de flesta av projekten. Som framförs i ett sammanhang så måste även de sociala insatserna<sup>10</sup> komma in i teamsamverkan om vården i hemmet ska fungera – och dessa måste kunna planeras om med kort varsel när Mobil Närvård utförs i hemmen. Exempel finns dock där ett projekt anger att man har utvecklat denna samverkan genom en viktig koppling till akut biståndsbedömning.

I ett flertal årsrapporter beskrivs att gränsdragningsfrågor som hela tiden återkommit nu har blivit mindre viktiga. I samband med att den senaste omgången årsrapporter lämnades in har många projekt bifogat beskrivningar av samverkansrutiner och riktlinjer för teamsamverkan. Dessa underlag ser ut att ha arbetats in i många av projektens löpande utvecklingsarbete. I flera rapporter beskrivs hur läkare och sjuksköterskor inom hemsjukvården i ökande grad åker ut gemensamt på hembesök och har upptäckt den ömsesidiga nyttan av detta arbetssätt. Några projekt vill försöka behålla den samlokalisering som funnits mellan den mobila hemsjukvårdsläkaren/läkarna och den kommunala

<sup>9</sup> Grunden för den nya ersättningen genom KoK-boken från 2018 och framåt baseras på att vårdcentralerna tydliggör i så kallade närområdesplaner hur de ska säkra det mobila hemsjukvårdsläkaruppdraget genom avtal med den kommunala hemsjukvården.

<sup>10</sup> Socialtjänstinsatserna genom kommunernas biståndsbedömning

hemsjukvården. I ett sammanhang planerar man för att samlokalisera de tre huvudsakliga teamsamverkande professionsgrupperna; hemsjukvårdsteamet, mobila hemsjukvårdsläkare och Närsjukvårdsteam.

**- Kan Närsjukvårdsteamet få till den samverkan som är tänkt?**

Av de 22 projekten som lämnat årsrapporter i december 2017 inbegriper 8 av dessa aktiva Närsjukvårdsteam<sup>11</sup>. Närsjukvårdsteamet har i de flesta fall haft svårare att nå den integration med den kommunala hemsjukvården som idén kring Mobil Närvård baseras på dock. Dock finns det goda exempel på vissa håll och en tilltagande utveckling av samverkan med tiden som är positiv. Flera projekt påpekar att det blir viktigare att hitta rutiner för samspel och patientansvarformer mellan de mobila hemsjukvårdsläkarna och Närsjukvårdsteamet för att Närsjukvårdsteamet ska komma till sin rätt. I vissa fall agerar Närsjukvårdsteamet helt autonomt och arbetar huvudsakligen med patienter som tidigare varit inlagda på det sjukhus man tillhör. I ett exempel framförs att införande av mer proaktiva arbetssätt, som Comprehensive Geriatric Assessment, bland professionsgrupper som är aktiva inom hemsjukvården, underlättar för användningen av läkarresurserna. Det blir då en metod som öppnar upp för den samverkan som eftersträvas och med upptäckt av patienter inom hemsjukvården med dessa behov.

I Göteborgsområdet arbetar två Närsjukvårdsteam, utifrån sjukhusen Sahlgrenska Mölndal och Sahlgrenska Östra, med att etablera och försöka sprida sin verksamhet, bl.a. till några av de övriga projekt i Göteborg som ingår i Mobil Närvård. Förutom informationsspridning och kontakter har delar av ett team auskulterat i hemsjukvårdsarbetet inom en stadsdel samt även på särskilda boenden. Vidare att man avser att följa statistiskparametrar som återinläggningar och direktinläggningar för att söka upp patienter som kan vara aktuella. Remisser till Närsjukvårdsteamet från andra vårdgivare och projekten är begränsade eller obefintliga och Närsjukvårdsteamet får till stor del söka upp patienterna själva. De flesta hittas naturligen inne på det egna sjukhuset och på detta sätt agerar Närsjukvårdsteamet mer som ett kvalificerat utskrivnings- och hemtagningsteam.

De finns signaler från projekten i Göteborg att när man uppnår ett systematiskt teamsamarbete mellan de mobila hemsjukvårdsläkaren och kommunala hemsjukvården så anser man sig kunna hantera de äldre patienterna långt in i livets slutskede och in i fasen där Närsjukvårdsteamet är tänkta att komma in. Det framhålls ofta från vårdcentraler att man kan göra detta när stödet finns från en aktiv hemsjukvård i övrigt. Frågan är dock om detta arbete, med intensiva och mer komplexa insatser till en grupp mycket svårt sjuka i ett slutskede av livet, begränsar hemsjukvårdsläkarens möjligheter att ta hand om fler patienter som är i tidigare sjukdomstillstånd. Detta är patientgrupper som är tidvis sviktande och som skulle behöva de mobila hemsjukvårdsinsatserna där de proaktiva och hälsofrämjande insatserna är viktiga för att stabilisera tillvaron.

De två Närsjukvårdsteamet i Göteborg ser båda problem med övergången till KoK-bokersättning för de mobila hemsjukvårdsläkarna. Det anses att överblicken av samverkansutvecklingen kommer att försvåras då ett någorlunda begränsat antal individkontakter (främst till hemsjukvårdsläkarna) kommer att ersättas med många olika personer involverade. Det framförs också att utvecklingen av Närsjukvårdsteam i Göteborg förmodligen skulle underlättas om man tog sig an att försöka utveckla en gemensam organisation eller åtminstone gemensamma arbetssätt för detta "sjukhusstöd" till hemsjukvården.

---

<sup>11</sup> Av de två projekten med hybridlösningar enligt tidigare beskrivning har vi räknat in Orust till de 8 aktiva Närsjukvårdsteamet då deras arbetssätt är snarlikt ett Närsjukvårdsteam.

### Summering Organisation

- Mobil Närvård utförs genom en bräcklig nätverksorganisation. Denna stora utmaning kräver mer raffinerade lösningar genom ökad kapacitet och nytänkande i ledningsstrukturer och management
- Många projekt vittnar om påfallande goda resultat och uppskattning från såväl patienter som medarbetare bland professionerna
- Trots de goda resultaten finns i nuläget en uppenbar risk för en tillbakarullning till tidigare förhållanden. Den nya ersättningsmodellen för mobila hemsjukvårdsläkarinsatser bedöms leda till att uppgiften utförs om kapacitet finns och fördelas på fler läkare som också är verksamma inom mottagningsverksamheterna
- Flertalet projekt anger att med ökande teamsamverkan har gränsdragningsfrågorna blivit mindre viktiga. Vissa av projekten uttrycker, trots ovanstående, ambitioner och vilja att fördjupa och bredda integrationen kring målgruppspatienterna.
- Närsjukvårdsteamerna har många gånger inte kommit in i den bredare teamsamverkan med hemsjukvården som bas. När de mobila hemsjukvårdsläkarna blir fler kring samma uppgifter finns det risk för att en begynnande samverkansutveckling försvåras

## 4.4 Planering, ledning och uppföljning

Planering, ledning och uppföljning är ett brett område av observationer utifrån följeutvärderingen. De olika strategier och handlingar som inryms inom detta område är särskilt viktiga då den nätverksorganisation som Mobil Närvård utförs genom är så pass bräcklig som beskrivits tidigare. Till detta tillkommer incitament som kan dra åt olika håll för verksamheterna; exempelvis listningsförfarandet vid vårdcentralerna. Mycket kan utvecklas vidare inom de aktiviteter som ryms inom detta område samtidigt som det också finns goda exempel inom flera projekt. Det gäller såväl mer fokus på gemensam planering, en starkare och mer förankrad strategisk och operativ ledning samt inte minst systematiska och lärande arbetssätt inom uppföljning vilket nämnts tidigare.

### - Hur kan den viktiga, gemensamma planeringen säkras långsiktigt?

I flera av årsrapporterna återkommer betydelsen av att etablera gemensamma planeringsmoment som kan bidra till att binda ihop de gränsöverskridande teamen och arbetssätten. Att systematiskt genomföra patientindividuella planeringar ihop är viktigt för att påverka såväl den strategiska inriktningen som det dagliga arbetet. Planeringsinstrument som samordnad individuell plan (SIP), samordnad vård- och omsorgsplanering (SVPL), medicinska vårdplaner m.m. används inom många av projekten inom Mobil Närvård men problemet kan ofta vara att det inte är självklart vem och när det ska initieras i vissa sammanhang. Andra former av planeringsträffar nämns sällan i årsrapporterna.

Ett antal projekt beskriver i årsrapporterna hur de har utvecklat bra och etablerade rutiner att löpande se beläggningsläget och inströmningen av nya patienter inom målgruppen för Mobil Närvård. Detta har underlättat väsentligt för samverkan mellan hemsjukvården och de mobila hemsjukvårdsläkarinsatserna. Ett nästa steg anges av flera vara att utveckla ett bättre informations- och administrationsstöd för de mobila hemsjukvårdsläkarna så att mer läkartid kan läggas på patienterna.

Nästan inga av projekten beskriver i årsrapporterna hur mer systematiska arbetssätt bedrivs för planerings-, lednings- och uppföljningsarbetet. I ett endast en av årsrapporterna beskrivs hur de använder ett så kallat årshjul som kommunicerar vad som görs inom de olika delarna och när olika insatser ska göras som planeringsmöten, lägesrapporter, mätningar och åiterrapporteringar. Det finns en stor utmaning för de tidigare projekten att bygga upp denna typ av ”struktur- och ledningskapital” för att befästa verksamheten inom Mobil Närvård. Uppgiften ligger idag närmast på de tidigare projektledarna som fortsätter även under 2018 med stöd för arbetsuppgifter som denna. Frågan är vad som händer därefter – vem är ansvarig för att driva det gemensamma planerings- och ledningsarbetet för Mobil Närvård då?

### - Hur kan ledningsfunktioner förstärkas för utvecklingsarbetet?

En utmaning för organisationsutveckling och samverkan i vården och omsorgen är att det ofta saknas de särskilda lednings- och stödfunktioner som är viktiga i perioder av känsligt och sårbart utvecklingsarbete, och där innovationstänkande behöver stödjas. Detta kan vara särskilda enheter för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling som är vanliga i stora organisationer inom andra tjänstebranscher. Istället drivs utvecklingsarbetet inom vården och omsorgen ofta i en form av etablerad förvaltningskultur. Därutöver är verksamheterna lag- och regelstyrda på tydliga sätt som lägger mer fokus på att sköta förvaltning än ett utvecklingsarbete som riskerar övertramp i regelsystemen. Den offentligt finansierade verksamheten med ansvarsuppdelade budgetar som ska hållas bidrar till att en stor del av styrningen, och därmed förutsättningarna för utvecklingsarbetet, handlar om att avgöra vad gränser går mellan olika verksamheter. Gränsdragningsfrågor kan därmed bli påtagligt försvårande för interorganisatoriska innovationer med fokus på bättre samordning kring patienter och brukare.

Detta förhållande påverkar förstås tydligt ledningsarbetet där tre olika verksamheter med två olika huvudmän ska driva utvecklingsarbetet inom Mobil Närvård. Många styrgrupper, som ansvarar för den strategiska ledningen av projekten, är mer förankrade i denna förvaltningskultur än i en kultur av utvecklingsarbete. Detta är ett naturligt resultat av omständigheterna men för att nå framgång i det strategiska ledningsarbetet är det viktigt att involverade styrgrupper är medvetna om detta förhållande. Med en medvetenhet om detta möjliggörs ett tänkande om vad som behöver tillkomma för att ledningsarbetet ska bli mer utvecklingsorienterat – utifrån de förutsättningar som finns.

I vissa av projekten ser det ut som denna medvetenhet finns vilket har lett till utvecklingen av särskilda stödfunktioner och strukturer som gynnar ledningsarbetet i utvecklingsprojekten. I flertalet projekt är intrycket, utifrån tillgänglig information, att denna medvetenhet inte finns på samma sätt. Styrgruppsmöten är en vanlig form för att hantera återkommande förvaltningsfrågor men även radikalt annorlunda utvecklingsarbete. Här finns behov av mer nytänkande om hur utvecklingsarbete kan bedrivas bättre med de strategiska ledningsresurserna.

I några få projekt ser vi särskilda lösningar för att ledningsarbetet ska verka till bättre samverkan. Detta kan ses utifrån att ledningsarbetet exempelvis är strukturerat utifrån olika gemensamma utvecklingsspår istället för att sammankalla verksamhetsorganisationerna till "styrgruppsmöte". Exemplet med utvecklingsspår möjliggör för ett tydligare fokus på utvecklingsarbetet. Vidare ska styrgrupperna kunna ta till sig de problem eller utmaningar som rapporteras från ansvariga för det operativa utvecklingsarbetet, som projektledarna. Åtgärder ska därmed kunna beslutas om som avhjälper problematikerna. Exempelvis har tidigare observerats att projektledarna ofta har stora utmaningar att nå ut till de verksamhetsorganisationer som ingår i projekten<sup>12</sup>. En lösning som prövats med framgång på annat håll, och som har beskrivits tidigare i olika sammanhang, är att utse så kallade koordinatörer inom de viktiga verksamheterna och som kan bistå projektledaren med kontakter, kommunikation och mandat ut i verksamheterna. Vi ser dock lite av detta ledningsstöd för projekten även nu. Det finns uppenbara behov av mer aktivt stöd från många styrgrupper till de utvecklingsinitiativ som ska försöka fortsätta men nu ännu mera utsatta inom ramen för ordinär verksamhet när det gäller det mobila hemsjukvårdsläkarstödet.

Projektledarna har ofta haft en tuff uppgift att försöka få de mest komplexa samverkansprojekt att fungera och har många gånger fått lägga sin tid på att lösa mer akuta praktiska problem – och i många fall för lite tid på mer långsiktiga frågor. Sedan föregående delrapport har dock projektledarna utvecklat mer stöd och särskilda funktioner för det operativa ledningsarbetet. I samband med årsrapporterna har många projekt lämnat in beskrivningar och mallar för rutiner, riktlinjer och formulär som underlättar för samverkan och gemensamma rutiner kring Mobil Närvård. Detta möjliggör också för att verksamheterna kan spridas till fler deltagande professioner och områden.

<sup>12</sup> Detta förhållande och exempel på olika lösningar har bl.a. framförts i Delrapport 2 inom följeutvärderingen samt i samband med olika nätverksmöten samt vissa i vissa styrgruppsmöten.

### - Goda resultat, och som borde kunna säkra fortsättningen?

Med årsrapporterna har många projekt även lämnat in underlag i form av olika uppföljningar av resultat för patienterna samt sammanställningar av medarbetarenkäter. Mycket mer uppföljningsarbete finns nu att ta del av och det mesta pekar på mycket goda resultat. I vissa fall har individuella patientkartläggningar utförts som visar på markant färre sjukhus- och mottagningsbesök för patienter inom Mobil Närvård. Vidare exempelvis färre inläggningar i slutenvården, ökade antal brytpunktssamtal, ökad tillgänglighet och trygghet och säkrare medicinsk behandling samt läkemedelskontroll. Utifrån medarbetarenkäter är de positiva omdömena många; exempelvis att kommunikations- och beslutsvägar är kortare, bättre arbetsförhållanden generellt och att möjligheterna ökat för mer proaktivt arbete med patientplanering och behandlingar. Det är sammantaget en mycket positiv bild som kan ses av projekt som varit ingång tillräckligt länge och som har arbetat med uppföljningar. De positiva intrycken hos medarbetarna finns bland samtliga deltagare i projekten även om hemsjukvården ofta är särskilt positiv till de nya förhållandena med kontinuerlig tillgång till läkarmedverkan.

### - Lärande uppföljning; en outnyttjad resurs?

Däremot ses fortfarande mycket få exempel där uppföljningsarbetet nämns som en viktig del i systematiska återkopplingar och lärande möten mellan professions- och verksamhetsgrupperna. Det är tydligt att uppföljningsarbetet i de allra flesta sammanhang bedrivs mer utifrån den etablerade rapporteringskultur som finns inom verksamheterna. Mycket lite av uppföljningsarbetet ser ut att användas för att odla ett förbättringsarbete och kvalitetsutveckling mellan projektdeltagarna och där ett lärande skapas. Detta har också observerats i den tidigare omgången av årsrapporter och framförts i Delrapport 2. Sedan den sammanställningen har vi sett förbättringar inom samtliga områden men inom lärande uppföljning, som inom följeutvärderingen pekats ut som ett av de mest avgörande områdena för att lyckas, ser vi ingen skillnad sedan föregående tillfälle.

Metoder för lärande uppföljning har kommunicerats ut genom bland annat projektledarutbildningen och en föreslagen mall för projektplan. Det finns dock strukturella svagheter i dels verksamhetskulturernas mottaglighet för dessa arbetssätt men också mer praktiska sådana som att många av projekten fortfarande saknar eller har ofullständiga projektplaner. Utan tydliggjorda målsättningar som ska följas upp är det svårt att bedriva lärande uppföljning i mer systematiska former och som projektdeltagarna känner sig kallade till att delta i.

#### **Summering Planering/Lärande/Uppföljning**

- Gemensam planering ses som viktigt och den genomförs huvudsakligen kring patienterna genom formerna för samordnad individuell plan, samordnad vård- och omsorgsplan samt medicinska vårdplaner, samt i vissa fall genom gemensam översyn av patientinflöde och beläggning
- Projektplaneringen framstår dock sällan som gemensam och få arbetssätt anges för detta
- Det strategiska ledningsarbetet, främst utifrån styrgruppernas arbete, framstår alltjämt som ofta otillräckligt för att lösa projektens utmaningar – och hindras bland annat av förvaltningskulturen
- Det operativa ledningsarbetet har utvecklats genom mer stöd och fokus på samverkansrutiner
- Där resultatuppföljningar har utförts är resultaten entydigt goda över alla områden och aktörer
- Uppföljningar görs alltmer men ingår mer i en "rapporteringskultur" - metoder och arbetssätt för lärande uppföljning, som sedan tidigare pekats ut som en av de viktigaste uppgifterna, är det område av samtliga som visar på minst utveckling

## **5 Slutsatser utifrån observationerna**

Inriktningen och idén med Mobil Närvård ser ut att fortsätta att stärkas bland de inblandade – och dessa blir allt fler när verksamheten inom Mobil Närvård nu mer än fördubblats i omfattning sedan den föregående kartläggningen. Spridningen och acceptansen stöds av de allt mer framkommande resultaten som är entydigt positiva i nästan alla aspekter. Särskilt de intryck som fångats in från

involverade patienter och anhöriga, samt från främst den kommunala hemsjukvården, är att denna utveckling måste fortsätta.

Det finns fog för att påstå att en kritisk massa av gemensamma synsätt har uppstått i en stor region som kan vara en början på en kulturpåverkande rörelse. Regionens utvecklingsarbete med en ny närvård har även fått uppmärksamhet nationellt och allt fler använder ordet ”omställning” som en beskrivning av ett arbete mot en ny form av nära vård som alla sjukvårdshuvudmän skulle behöva bedriva<sup>13</sup>.

Trots denna positiva utveckling och goda resultat är paradoxalt nog det övergripande utvecklingsarbetet mycket sårbart och till och med hotat till stora delar enligt följeutvärderingens slutsatser. Detta då basen för Mobil Närvård utgörs av en fragil nätverksorganisation, med två olika huvudmän, många fristående privata vårdcentraler och i övrigt relativt autonoma organisationer. Till detta tillkommer all den komplexitet som den vidsträckta region som Västra Götalandsregionen är vilket får konsekvenser för ledningsresurserna att bidra kontinuerligt till utvecklingsarbetet. Incitamentssystem och övriga styrformer för verksamhetsansvariga drar ofta åt olika håll. Resursbrister och begränsad personaltillgång inom många områden skapar återkommande mindre eller större kriser i systemen. Att då hålla fokus på utvecklingsarbetet är mycket svårt och nätverksorganisationer lämnar då öppet för radikala omprioriteringar.

### 5.1 De viktigaste slutsatserna – för att bemöta de viktigaste utmaningarna

De viktigaste slutsatserna är att följande utmaningar behöver hanteras:

- **Instabila nätverksorganisationer**

Sårbarheten i den nätverksorganisation som måste användas för att bedriva Mobil Närvård behöver förstås. Med detta blir det tydligare att man på regional ledningsnivå (för kommunerna och regionen) behöver stödja med kunskaper och verktyg som kan säkra det gemensamma struktur- och ledningskapital som idag ofta saknas inom utvecklingsinitiativen.

- **Verksamhetskulturen – för lite fokus på lärande utveckling**

Kontroll- och rapporteringskulturen är dominant på såväl ledningsnivå som mer operativ nivå. Det behövs mer systematiskt stöd regionalt för att stödja den svagare men i detta läge viktiga kulturen av utveckling och lärande.

- **Behovet av personliga relationer och kontinuitet**

I ett utvecklingsläge innan Mobil Närvård har etablerats som ett stabilt ”vårdsystem” har de personliga relationerna mycket stor betydelse. Dessa kan byggas upp när personer har dedikerade och kontinuerliga uppgifter; som exempelvis de inom projekten aktiva mobila hemsjukvårdsläkarna. När samma uppgift fördelas på allt fler, vilket nu sker i många fall för de mobila hemsjukvårdsläkartjänsterna, riskerar hela modellen med kontinuitet och samverkan att brytas. Läget kan då bli ungefärligen detsamma som innan Mobil Närvård infördes; dvs. som den ordinära vård till de mest sjuka som vi ganska väl känner till; relativt splittrade och inte så väl sammanhängande insatser samt låg grad av teamsamverkan runt patienterna.

- **En ojämlik vård – som kan komma att öka**

Det finns risk för att utvecklingsarbetet leder till en ännu mer ojämlik vård – till och med inom samma bostadsområden. Detta beror bland annat på olika ambitioner och utvecklingstakt inom Mobil Närvård, på vilken vårdcentral man är listad, på hur ledningarna för ingående verksamheter agerar med mera. Det krävs mer av regional och kommunal medvetenhet om dessa förhållanden och med detta en påverkan för att mildra en utveckling som inte är önskvärd. Detta kan kräva mer nytänkande och ingrepp i ersättningsystem och styrning.

---

<sup>13</sup> Denna form av ”omställning” stöds nationellt av den pågående statliga utredningen med fokus på att utveckla en ”färdplan för en god och nära vård”.

## → Summering av slutsatserna

Det finns goda ambitioner på flera håll inom Mobil Närvård och en unik acceptans om nyttan av det utvecklingsarbete som bedrivs. Bland de verksamma utvecklingsinitiativen finns det också exempel på lösningar, om än ett fåtal, som kan nyttjas för att bemöta de viktigaste utmaningarna som är listade ovan.

Sammantaget indikerar slutsatserna ovan att det behövs ett starkare regionalt grepp och påverkan på verksamheterna för att de omfattande investeringarna i Mobil Närvård, liksom ambitionerna med planen för "Det goda livet för mest sjuka äldre", ska lyckas med att leda till önskade resultat. Utvecklingen måste drivas av verksamheterna själva för att man ska nå detta men det regionala stödet till utvecklingsarbetet behöver förstärkas omgående. Generellt har också det regionala ledningsstödet för detta omfattande utvecklingsarbete, förmodligen ett av de största sammanhängande utvecklingsarbeten som pågår inom någon svensk region eller län, varit påfallande begränsat.

## 5.2 De viktigaste rekommendationerna - i ett kritiskt läge av övergång till ordinär verksamhet

Vi ser ett behov av att ett regionalt samverkansorgan tar en tydligare roll i ledningen av utvecklingsarbetet fortsättningsvis. Tidigare har Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) setts som ett naturligt regionalt samverkansorgan för att ta initiativ till en mer ledande och närvarande roll i utvecklingsarbetet kring Mobil Närvård. Vi föreslår att detta institutionaliseras och att ett antal kritiskt viktiga stöd planeras och erbjuds mer offensivt till de pågående utvecklingsinitiativen. Dessa insatser ska också möjliggöra ytterligare spridning av Mobil Närvård inom regionen.

Det finns många rekommendationer som kan lyftas fram i rådande läge men nedan anges de två centrala och allra mest kritiska rekommendationer som kan genomföras på kort sikt:

### Rekommendation 1 – Bemöt organisationsutmaningen

#### Etablera tydligare ledningssystem för nätverksorganisationerna inom Mobil Närvård

De nätverksorganisationer som idag används för att utföra Mobil Närvård har ingen naturlig ledning. Detta är viktigt att inse. Under detta år fortsätter de tidigare projektledarna med att genom förlängt regionalt stöd under 2018 koordinera verksamheterna. Denna uppgift blir ytterligare mer komplex då nya deltagare kommer in i, eller förväntas delta, i nätverksorganisationerna. Stödet från befintliga styrgrupper är mycket varierande men i de flesta fall påtagligt svagt. Vad som kommer att ske med nätverksorganisationerna nu samt från 2019 och framåt (då de nu aktiva koordinatörerna kan komma att upphöra i sina roller) är mycket osäkert.

Det finns bland projekten inom Mobil Närvård ett eller möjligen två exempel som kan utgöra en grund för att tydliggöra behov och former för ett ledningssystem<sup>14</sup>. Denna kunskap och erfarenhet behöver spridas då insikterna om riskerna med dagens nätverksorganisationer är begränsade.

→ *Vi föreslår att de samverkansområden som bedriver Mobil Närvård uppmanas och får stöd i att utveckla anpassade ledningssystem som kan stödja och förhoppningsvis säkra att en aktiv ledningsstruktur finns för nätverksorganisationerna nu och framåt i tiden (med upp till tre eller flera verksamhetsorganisationer inblandade).*

### Rekommendation 2 – Stödja lärande uppföljning och utvecklings-/förbättringsarbete

#### Erbjud ett utvecklingsstöd till Mobil Närvård

Verksamhetskultur och arbetssätt som stödjer lärande uppföljning kopplat till utvecklings- och förbättringsarbete är uppenbart begränsad. Mycket lite av detta viktiga inslag pågår i

<sup>14</sup> Med ledningssystem menas en beskrivning som tydliggör principer och processer för hur ledningsarbetet ska bedrivs för en verksamhet. Bland annat har Socialstyrelsen tagit fram riktlinjer och allmänna råd för detta i "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", SOFS 2011:19



samverkansprojekten inom Mobil Närvård. Uppföljningar finns men används mest för rapportering. Den dominerande förvaltningskulturen begränsar såväl ledningsarbetet som det operativa arbetet. Detta förhållande är vanligt inom alla offentliga huvudmannaskap för hälso- och sjukvård och omsorg. Vissa huvudmän har därför etablerat särskilda utvecklingsenheter med stort mandat att stödja verksamheterna professionellt med idéer, angreppssätt och metoder. Detta ska inte förväxlas med olika enheter som arbetar med exempelvis kunskapsstyrning och kvalitetsstyrning. Detta är verksamheter som arbetar med en form av strategiskt och praktiskt rådgivnings- och konsultstöd till utvecklingsarbete. Exempel på sådana verksamheter som arbetar framgångsrikt med detta är Enheten för strategisk kvalitetsutveckling i Region Skåne, Memeologen i Region Västerbotten och Qulturum i Region Jönköping. En sådan enhet är enligt uppgifter på gång att etableras inom Västra Götalandsregionen inom ramen för det så kallade "omställningsarbetet" och bör då inriktas på att stödja utvecklingsarbetet inom Mobil Närvård omgående.

Kostnaden för denna typ av stöd gäller för en mindre grupp av medarbetare med de rätta kvalifikationerna och som rätt utnyttjad kan bidra till att stora investeringar i utveckling får resultat. Samordnade vårdlösningar som de som är aktuella inom Mobil Närvård har stora dokumenterade potentialer för resurseffektivisering, vilket innebär att kostnader för denna form av utvecklingsstöd bör kunna hämtas in med mycket god marginal.

➔ *Vi förslår att en enhet av detta slag erbjuds omgående för att utföra denna viktiga stödfunktion med särskilt fokus på lärande uppföljning och utvecklingsarbete. Syftet är att bistå med att ytterst påverka verksamhetskulturen mot mer utvecklingsfrämjande och lärande. Konkret innebär det att stödja utvecklingsinitiativen med tankesätt, angreppssätt och metoder samt även praktiskt resurstöd då detta behövs.*

#### **Rekommendation - på längre sikt**

##### **Dagens nätverksorganisation övergår till en sammanhållen vårdlösning**

De arbetssätt inom Mobil Närvård som idag bedrivs inom sårbara nätverksorganisationer är ett resultat utifrån de förhållanden som råder nu. Angreppssättet är det som kan användas i rådande läge för att komma framåt med grunderna för Mobil Närvård.

På längre sikt bör dessa samverkanslösningar sättas in i ett stabilare sammanhang av mer gemensam organisation med särskilt fokus på en verksamhetslogik av kontinuitetsvård. Det är då en vårdform och organisering av resurserna som är designad för de specifika målgrupperna från början, och med anpassade ersättningsmodeller och styrsystem för detta.

Dessa synpunkter förs också fram direkt eller indirekt från personer som har ledande roller i några av projekten inom Mobil Närvård. Det finns också ambitioner och vilja att ta sig an denna utveckling hos många. I några av projekten framförs ett behov av nästa steg – ett mer tydligt, stabilt och samverkande system, särskilt anpassat för att tillhandahålla de olika vårdtjänster som bygger på kontinuitet till patienter och närstående. För detta krävs det dock en aktiv ledning och strategisk plan från de övergripande regionala beslutsfattarna. Ett sådant arbete skulle kunna utgöra ett framtida nästa steg inom "Omställningen" som regionen nu benämner det övergripande utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården.

## 6 Bilagor

### BILAGA 1: Sammanställning av kvantitativa uppgifter per projekt.

Mobil hemsjukvårdsläkare – Alingsås/Lerum	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<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.	Samtliga patienter har hemsjukvård eftersom det är ett av kriterierna för inskrivning hos HSVL. Har ingen möjlighet att särskilja patienten utifrån ålder. Går inte att få fram antal patienter som har HSVL och inga uppgifter om er många som har erbjudits HSVL
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Samtliga	Samtliga
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	Samtliga	Samtliga
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Inskrivningsbesök och återbesök 2-5 per dag.	729
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	-	-
<i>Andel 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	Samtliga patienter i NSVT och HSVL har läkare och SSK i hemsjukvården som fasta vårdkontakt.

Mobilt närsjukvårdsteam – Alingsås/Lerum	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<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	Samtliga patienter har hemsjukvård. Totala antalet inskrivna 58 stycken. Medelvärde antal inskrivna dagar 173,63. Hembesök läkare och SSK 538. Hembesök SSK 300. Hembesök läkare 238. Hembesök, medeltal/patient 9,27.
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	Samtliga	Samtliga
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>	40 stycken patienter sedan start. Genomsnitt per månad är cirka 13-16 patienter	58 sedan start
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	221 dagar	173,63 sedan start
<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	Läkare och SSK 539 sedan start. Läkare 238. SSK 300

Mobil hemsjukvårdsläkare – Angered	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<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	I snitt var 74% av de inskriva i HSV över 65 år under perioden jan-okt 2017

	delaktiga i projektet och därmed innefattas av mobila hemsjukvårdsläkarens tjänster.	
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	SDF Angered	
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	4 av 5 totalt i stadsdelen	100%. (Tidigare stod en vårdcentral i stadsdelen utanför projektet men den är numera inte aktiv)
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	140	284st (från start till 171130)
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	140	Alla hembesök har gjorts i team förutom några få undantag (ca 4st)
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Uppskattningsvis ca 230	Ca 95.6%.
<b>Mobilt närsjukvårdsteam – Angered</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<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.	0

<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsvårdsteam</i>	SDF Angered	SDF Angered
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsvårdsteamet</i>	0	0
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	0	0
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsvårdsteamet/ inskriven patient</i>	0	0

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Frölunda Vårdcentral</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<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%.	100% av alla patienter listade på Närhälsan Frölunda VC och som är beviljade hemsjukvård erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare.
<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.	

<p><i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i></p>	<p>1</p>	<p>17%. Vårt projekt innefattar endast Närhälsan Frölunda Vårdcentral.</p>
<p><i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i></p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>306. Resultatet hämtat från manuell granskning av bokningssystemet i AsynjaVisp då vår "besöksenkät" inte täcker hela registreringsperioden samt även räknar in hemsjukvård Väster</p>
<p><i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i></p>	<p>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</p>	<p>81. Resultatet är delvis hämtat från journalgranskning i Asynjavisp och delvis från vår "besöksenkät". Detta pga att en av läkarna missförstått hur detta skulle registreras i "besöksenkäten".</p>

<i>Andel 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.	98 %, några få patienter som är inskrivna i hemsjukvården har valt att behålla sin läkare på vårdcentralen och istället gå dit för sina läkarbesök.
--	--	---

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Göteborg Centrum</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	ca 60-70%
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		18%, 2 av Centrums 11 Vårdcentraler
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		150. Statistiken gäller från projektbörjan 170401 -171130
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		ca 99% av besöken är i team
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		72

Mobil hemsjukvårdsläkare – Härryda	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	<p>Här presenteras resultat från två av de fem enheter som ingår i projektet.</p> <p>Närhälsan Landvetter, augusti till och med december 2017: 12 personer erhåller mobil närvård av hemsjukvårdsläkare.</p> <p>Närhälsan Hindås, juli till och med december 2017: 5 personer erhåller mobil närvård av hemsjukvårdsläkare.</p>
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		<p>Av kommunens sex vårdcentraler har fem stycken valt att ingå i projektet under 2017. Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare på vårdcentraler i projektet: Landvetter 27%, Hindås 7,5%, Mölnlycke 50%, Rävlanda 10%, Crama 5%.</p>
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		-
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		-



<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		Saknar statistik men vet att det handlar om nära nog 100% och handlar då om bland annat äldreläkare och patientansvarig läkare-PAL.
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>		-
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>		-

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Lilla Edet</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Alla pat som har hemsjukvård har erbjudits hembesök då så har önskats
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		100 %
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		90 st
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		Ingen säker statistik men det stora flertalet är teambesök

<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		87 st
--	--	-------

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Majorna Linné</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<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.	Cirka 67%- 70% av de patienter som är inskrivna i hemsjukvården är listade på Närhälsans vårdcentraler.
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	Fyra vårdcentraler. Nästan 70% av de patienter som är inskrivna i hemsjukvården är listade på Närhälsans vårdcentraler	4/9 (Närhälsan)
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Totalt 363 hembesök, under perioden 15 mars 2016- 15 mars 2017	Antal hembesök under perioden 160315-171210: Planerade hembesök 583 och akuta hembesök 177, totalt 760 hembesök.
<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.	Patientansvarig sjuksköterska/tjänstgörande sjuksköterska och ev. rehab ska alltid delta vid hembesöket som görs av den mobila hemsjukvårdsläkaren.

<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	Cirka 270-300 patienter	Ungefär 67% -70%. Samtliga patienter som är inskrivna i hemsjukvården och är listade på Närhälsans vårdcentraler.
--	-------------------------	---

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Norra Fyrbodal, Bohuslän</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Alla patienter över 65 år med beviljad hemsjukvård, listad på någon av de 13 (utav 16) vårdcentraler som startat upp, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare.  Då det är ett stort geografiskt område och det ser så olika ut när vårdcentraler startat upp och hur långt de kommit så har jag valt att plocka ut en vårdcentral under perioden 170607 (deras startdatum) - 171130; De har under den perioden haft 85 hembesök (patienter 65 år och äldre), de har 333 st patienter inskrivna i hemsjukvården som är 65 år och äldre = 25.5 %.
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		Hittills har 13 utav de 16 vårdcentralerna, både offentliga och privata, startat upp med mobil hemsjukvårdsläkare, = 81.25 %

<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		Redovisar för 170403-171130 - har inte hunnit få in alla för november månad ännu.  De två första vårdcentralerna startade 170403. Därefter har vårdcentraler rullat på successivt, varav den senaste 171201. Dessutom har ett par vårdcentraler gjort sommaruppehåll i brist på läkare.  Vi har 405 registrerade hembesök under denna tidsperiod.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		405 st. Alla hembesök förväntas att göras i team.
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		-

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Norra Hisingen</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Vår läkare har tagit sig an alla de patienter som behövt tas upp. Vi har 270 personer inskrivna i HSV ordbo.

<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		Enligt områdesindelningen så har vi en täckning på 100%. Men vi har en del patienter listade på Capio Backa Läkarhus som rent geografiskt inte ligger inom området.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		-
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		-
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		Vår läkare tar hand om alla fall som tas upp av sjuksköterskor och rehab. Vi har 270 inskrivna i HSV ordbö.

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Orust</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	100 procent av patienter med beviljad hemsjukvård erbjuds mobil hemsjukvårdsläkarkontakt

<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		100 %
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		
<b>Mobilt närsjukvårdsteam – Orust</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	100% på boende över 65 i Orust kommun.
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>		
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>		
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>		

<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsvårsteamet/ inskriven patient</i>		
---	--	--

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Partille</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Ej relevant då vi beräknar komma igång fullt ut 171212
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		-
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		3/4 fr.o.m 180101 (fram till årsskiftet -17 -18 100%)
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		-
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		-
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		-

Mobil hemsjukvårdsläkare – SIMBA	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Drygt 2100 patienter enligt en ögonblicksbild december 2016	2150 (Ögonblicksbild våren 2017)
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	4 kommuner av 4 inom SIMBA vårdssamverkan	
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	100 %, 13 vårdcentraler	100 %
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	Mellan perioden jan-okt 2016 genomfördes 249 hembesök	3003 (170101-171030)
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	-	Finns ingen statistik, dock är upplevelsen att det väldigt sällan inte finns sjuksköterska på plats ifrån den kommunala hemsjukvården
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	-	Finns ingen statistik i dagsläget. Rutiner för detta kommer att implementeras under 2018
Mobilt närsjukvårdsteam – SIMBA	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Samma som ovan, ca 2100	Ca 300 (Jan - okt 2017)
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	4/4	100 %



<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsvårdsteamet</i>	171 (oktober 2015 till 31/12 2016)	262 (januari - oktober 19/mån)
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	-	Finns ingen statistik
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsvårdsteamet/ inskriven patient</i>	1,9 (oktober 2015 till 31/12 2016)	426 (170101-171030) varav 164 tillsammans med AVH, utöver detta 778 hembesök enbart med SSK från AVH, samt ett fåtal med kurator

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Skaraborg</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	62% av personer över 65 år med beviljad hemsjukvård erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare	<p>En succesiv ökning under 2017. I Skaraborg är antal listade personer 65 år och äldre 60.036 stycken. Antal personer inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är 3800 stycken. Vi har ingen exakt siffra på andel 65 år och äldre som har hemsjukvård men de som är yngre är en mycket liten del.</p> <p>1:a kvartalet 2017 - motsvarande 5,1 heltidstjänst hemsjukvårdsläkare x 350 patienter=1785 patienter/3800 =47%</p> <p>4:e kvartalet 2017 - Motsvarande 8,0 heltidstjänst hemsjukvårdsläkare x 350 patienter =2800 patienter/3800=74%</p>

<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	73 % av kommunerna kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare	
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	47 % av vårdcentralerna i Skaraborg ingår i hemsjukvårdsläkartjänsten.	84% Finns 33 VC varav 1 inte har någon hemsjukvård. 5 VC deltar inte i nuläget men jobbar på någon lösning. Ingen ställer sig utanför. Beräkning behov hemsjukvårdsläkare i Skaraborg. För beräkningarna av behovet av mobila hemsjukvårdsläkare i Skaraborg har vi utgått från följande: Regionens utvecklingsmedel baserades på antalet listade 65 år och äldre (maj 2017). I Skaraborg fanns då 60 636 personer av denna kategori. Vårdsamverkan i Skaraborg har bedömt det totala behovet av mobila hemsjukvårdsläkare till motsvarande 11 heltidstjänster.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	-	Denna statistik har vi svårt att fram då det registrerats på olika sätt.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	Alla hembesök sker i samverkan med den kommunala hemsjukvården	Alla hembesök görs tillsammans med den kommunala hemsjukvården. Alla vårdtagare i målgruppen får minst ett hembesök /år, då en medicinsk vårdplan upprättas. Däremellan görs akutbesök och uppföljningar. Hemsjukvårdsläkare rondar med kommunens sjuksköterskor ca 1 dag/vecka.

<i>Andel 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	74 %
<b>Mobilt närsjukvårdsteam – Skaraborg</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	-	Vi har inga siffror på andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård men totalt är det 3800 stycken. Antalet personer under 65 år utgör en mycket liten del. Under 2017 har 159 patienter varit inskrivna i teamen. 159 dividerat med 3810 = 4 %
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	100% Närsjukvårdsteamerna arbetar i samtliga Skaraborgs kommuner (15 st).	100 %
<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.	159. I Skaraborg ingår de Palliativa teamen i modellen och arbetssättet är detsamma - teamarbete, mobilitet, kontinuitet. Under perioden har de haft 464 patienter inskrivna och gjort 1962 hembesök.
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	Stor variation av hur länge patienterna varit inskrivna. Flödet ökar betydligt där mobila hemsjukvårdsläkare finns	Inskrivningstiden varierar från några dagar upptill år. Det är behovet och/eller sjukligheten som styr. De flesta avlider i teamet. En del är stabila men blir snabbt försämrade och flera utskrivningsförsök har gjorts men det blir så korta perioder - så de får bli passivt inskrivna.

		När vi nu har fler hemsjukvårdsläkare har flödet i teamen ökat.
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>	<p>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.</p> <p>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</p>	Under ovanstående period har totalt 1719 hembesök gjorts. Vi har ingen siffra på antalet hembesök/patient vilket varierar mycket beroende på tillstånd. Men 1719 hembesök divideras med 159 patienter = ca 12. Därutöver kommer ett ansevärt antal telekontakter.

<b>Mobilt närsjukvårdsteam – SU Mölndal</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Går ej att svara på då vi arbetar med tio stadsdelar och tre kranskommuner.
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>		100 % Tio stadsdelar och tre kranskommuner.

<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>		114 sedan feb 2017
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>		Går ej att få fram i vårt patientadministrativa system
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>		1,9 besök/patient i genomsnitt. Variationen är stor och beror på patientens behov

<b>Mobilt närsjukvårdsteam – SU Östra</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Vi har inte krav på att pat skall vara inskriven i HSV utan vi bedömer snarare att vi behövs för sk gråzonspatienter.  Av ca 25 pat som nu varit handlagda inom möt har ca 5 varit inskrivna i HS
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>		Vi har följt upp pat oavsett var de är skrivna i göteborgsområdet, men ffa Örgryte/Härlanda och delar av Hisingen.  Information ut till vårdcentralerna om vår existens sprider vi till de stadsdelar som ambulanspersonal använder för att avgöra var patienten skall köras Sahlgrenska/Östra/Mölnadal. Enligt den rutinen är Östras upptagningsområde Norra Hisingen,

		Angered, Östra Göteborg och Örgryte-Härlanda. Förutom dessa stadsdelar har vi även riktat information till Partille som enligt äldre rutiner tillhör Mölndals upptagningsområde.
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>		Ca 25 st har handlagts i teamet än dock ej behövt hembesök i vissa fall - konsultation/direktinläggningar via primärvård/ endast telefonuppföljning
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>		Statistik finns ej
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>		ca 20 (15 st 171211 - ca 2/dag)

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Södra Älvsborg</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	-	-
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Tre	
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	Fyra	100% fram till Tranehälsan öppnade (1 maj 2017). Okänt för projektet hur många listade i

		målgruppen som vårdcentralen har. Tranehälsan är avgränsad från projektet.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	-	Data kan tas ut från regionalt system för uppföljning av hembesök. Ytterligare statistik har inte förts.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>	-	Det finns ingen statistik
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>	-	Det finns ingen statistik
<b>Mobilt närsjukvårdsteam – Södra Älvsborg</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	66 av 118 inkomna remisser	3062 patienter (per 1 mars 2017) var över 65 år och beviljade hemsjukvård. 47 erbjöds inskrivning i närsjukvårdsteamet (1 valde att tacka nej). 1.5 % erbjöds således inskrivning i närsjukvårdsteamet.
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>	100 %: Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn.	100 %

	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.	Totalt: 46 st  Genomsnitt/månad: 3.8 st
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>	151.3	135 dygn
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>	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.	Cirka 5 besök/patient, det är ej möjligt att särredovisa per profession.

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Trollhättan</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	599 personer den 1/12



<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		100 %
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		-
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		Minst 44 besök, saknar underlag från två vårdcentraler
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Uddevalla</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Lämnade särskild rapport vid detta tillfälle	I Uddevalla kommun är 876 patienter är inskrivna i hemsjukvården och bor i ordinarie boende. Dessa är listade på de vårdcentralen som är med i mobila vårdteamet, endast ett fåtal patienten är listade på den vårdcentral som inte är med i Mobila vårdteamet och då gör deras Hemsjukvårdsläkare hembesöket.

<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		86% av vårdcentralerna i Uddevalla kommun
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		717
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		717
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		0, den fasta vårdkontakten är PAL på vårdcentralen
<b>Mobilt närsjukvårdsteam – Uddevalla</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre med beviljad hemsjukvård som erbjuds mobilt närsjukvårdsteam</i>	Lämnade särskild rapport vid detta tillfälle	Under oktober - december har teamet haft 3 sk pilot inskrivningsplatser i mobila vårdteamets NSVT. Den 15/12 så har teamet beslutat att ha 4 patienter inskrivna för att inte behöva neka, ingen av de tre tidigare har blivit utskrivna. Behovet har förnärvarande har inte varit större, patienterna har "hittats" av personal i

		Mobila vårdteamet och läkare /sjuksköterskor på MÄVA (Medicinsk äldrevårdsavdelning) 876 patienter är inskrivna i hemsjukvården som bor i ordinärt boende i Uddevalla kommun.
<i>Andel kommuner/stadsdelar kan erbjuda mobilt närsjukvårdsteam</i>		100 %
<i>Antal patienter som har varit inskrivna i närsjukvårdsteamet</i>		Oklart fram till 171001, därefter 4 patienter som är inskrivna.
<i>Genomsnittlig inskrivningstid</i>		Ingen av de 4 NSVT patienterna har dagens datum blivit utskrivna.
<i>Genomsnittligt antal hembesök av läkare och eller sjuksköterska från närsjukvårdsteamet/ inskriven patient</i>		-

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Vänersborg</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	I Vänersborgs kommun inleddes arbetet efter sommaren 2017 med ett första möte efter semestrarna. De två första vårdcentralerna kom trots det igång redan 170901. I denna kommun var alla fyra vårdcentraler överens om att man ville fördela resurserna utifrån antal listade patienter. De var också överens om att

		<p>de inte ville förhålla sig till någon ålder (vilket också stod i den godkända projektansökan). ALLA patienter med beviljad hemsjukvård, listad på någon av de fyra vårdcentralerna, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare.</p> <p>Då detta område har startat upp sent så har inte statistikflödet kommit igång ordentligt. Har valt att titta på en vårdcentral under perioden 170901 (deras startdatum) - 171031; de har då 25 registrerade hembesök, de har ca 150 st inskrivna patienter = 16.66 %.</p>
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		I området finns 4 vårdcentraler, samtliga har startat upp = 100 %
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		Redovisar för 170901-171031 - har inte fått in för november ännu, har inte heller fått in från alla vårdcentraler under perioden. Antalet hembesök = 30 st.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		Ingen statistik på det men hembesöken förväntas att göras i team. Alltså 30 st.

<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		-
<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Västra Göteborg, Askim, Frölunda, Högsbo</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	<p>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 &lt; 65 år har också inkluderats av olika skäl - de flesta av dem har haft ett mycket stort behov av både sjukvård och omsorg.</p> <p>Övriga patientgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. patientens ansvarige läkare finns på sjukhus och ger gott stöd via telefon mm</li> <li>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.</li> <li>c. patienten är inskriven i hemsjukvården trots</li> </ul>	<p>I projektet har samtliga ingående vårdcentraler haft möjlighet att remittera över ALLA patienter 65+ med beviljad hemsjukvård. Det har varit oerhört olika hur många patienter varje VC har överfört och det har berott på flera olika faktorer.</p>

	att sjukvårdsåtgärder i hemmet upphört och pat borde varit utskriven.	
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>	2 av 2	
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>	Sammanfattningsvis kan sägas att ca 50% av VästerHAFvets vårdcentraler ingått i mobila hemsjukvårdsläkartjänsten under 2016	85% av alla individer som är listade vid någon av vårdcentralerna i de bägge stadsdelarna har ingått i detta projekt. Andelen VC antalsmässigt är tio av tolv dvs 83%
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>	153	205 hembesök totalt jan-nov 2017 varav 30 st är akuta (alla dessa är teambesök). Av de 175 st planerade hembesöken görs ca 30% (52 st) av läkaren ensam, i princip dock alltid i samråd med kommunsköterskan som ibland också förbereder läkarbesöket med provtagning ,exv inför läkemedelsgenomgång)
<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.	143 besök jan-nov 2017
<i>Andel 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.	Läkarjouren har i genomsnitt haft 97 inskrivna varje månad och för samtliga har hemsjukvårdsläkaren utgjort fast vårdkontakt. (Totalt har 187 patienter varit inskrivna - många skrivs ut pga dödsfall och flytt till SÄBO eller ASIH). Projektets vårdcentraler hade sammanlagt 418 (V Gbg 123, AFH 295)

	Under 2016 har cirka 150 patienter varit inskrivna i projektet.	patienter 65+ inskrivna i kommunal hemsjukvård i november 2017 (siffran är lite osäker då även <65 ibland ingår) Utifrån dessa siffror har cirka 23% av målgruppen projektets mobila hemsjukvårdsläkare som fast vårdkontakt. Detta är med stor sannolikhet en siffra som hade ökat om projektet pågått ytterligare tid.
--	---	--

Mobil hemsjukvårdsläkare – Västra Hisingen	Årsrapport 2	Årsrapport 3
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Under den tid projektet pågått har drygt 40 % av patienter över 65 år, listade på ingående vårdcentraler erbjudits och accepterat mobil hemsjukvårdsläkare
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		Samtliga 5 vårdcentraler i stadsdelen ingår, men en vårdcentral har inte löst de tekniska problemen med tillgång till journaler. Av denna anledning är inga patienter från denna vårdcentral inskrivna i projektet

<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		Från vecka 36 fram till vecka 50 har det gjorts 7 hembesök/vecka. Antalet hembesök har ökat efter hand som projektet har pågått.  Statistik på antal hembesök ger ingen rättvis bild då projekttiden varit kort och uppstartstiden lång.
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		Samtliga hembesök har varit teambesök
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		Det finns 169 patienter över 65 år, i ordinärt boende, listade på de vårdcentraler som ingår i projektet. Av dessa har 67 patienter erbjudits och accepterat mobil hemsjukvårdsläkare

<b>Mobil hemsjukvårdsläkare – Örgryte Härlanda</b>	<b>Årsrapport 2</b>	<b>Årsrapport 3</b>
<i>Andel 65 år och äldre, beviljad hemsjukvård, erbjuds mobil hemsjukvårdsläkare</i>	Ej aktivt projekt vid detta tillfälle	Under två månader (okt och nov) har totalt 714 patienter över 65 år varit inskrivna i hemsjukvården. Alla patienter, dvs 100% har erbjudits hemsjukvårdsläkarna. Det har i några fall inneburit att vissa patienter på frivillig bas behövt "lista om sig" om de varit listade på någon privat vårdcentral utanför stadsdelen. Hemsjukvårdsläkare och oftast sjuksköterska har då fört dialog med patienten och på ett



		<p>neutralt sätt försökt förklara vad hemsjukvårdsläkaren kan göra för patienten. Några patienter har efter informationen listat om sig och därmed kunnat nyttja hemsjukvårdsläkaren, andra patienter har avstått från omlistning och behållit sin ordinarie läkare.</p>
<i>Andel kommuner/stadsdelar som kan erbjuda mobil hemsjukvårdsläkare</i>		
<i>Täckningsgrad för mobil hemsjukvårdsläkare (andel vårdcentraler av samtliga ingående i området)</i>		<p>Täckningsgraden är 100 % då det enbart finns fyra offentliga vårdcentraler i stadsdelen och alla ingår i projektet.</p>
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren</i>		<p>Antal hembesök from startdatum 2017-02-01 är 488 st</p>
<i>Antal hembesök av den mobila hemsjukvårdsläkaren i samverkan med den kommunala hemsjukvården</i>		<p>Antal teambesök from startdatum är 488 st (de flesta besök har skett teamvis men ett mindre antal besök har hemsjukvårdsläkaren gjort ensam men dessa går inte att särskilja). Inför år 2018 kommer informationen att revideras till hemsjukvårdsläkarna hur de ska statistikföra teambesök så dessa går att särskilja från registrerade hembesök.</p>
<i>Andel patienter som har mobila hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt</i>		<p>198 patienter har i dagsläget hemsjukvårdsläkaren som fast vårdkontakt. Antalet patienter var högre innan överföring av</p>

		<p>patienter startade i slutet av november till vårdcentralens läkare pga. neddragning av hemsjukvårdsläkare enligt KoKboken. Hemsjukvården totalt har runt 360 patienter inskrivna per månad där merparten är över 65 år</p>
--	--	---