

Koncernstab/koncernavdelning

Västra Götalandsregionen

2019-03-28

Diarienummer: [HS 2019-00305](#)

Slutrapport

Breddinförande av Mobil närvård

Uppdragsgivare: Hälsa-och sjukvårdsstyrelsen

Uppdragstagare: Hälsa- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström

Projektledare: Karin Fröjd

Innehåll

Bakgrund och syfte	3
Resultat.....	53
Projekt mål	53
Måluppfyllelse och avvikelser	53
Aktiviteter och leveranser	63
Erfarenheter från projektet	104
Förslag till fortsatt arbete och förvaltning.....	154
Bilagor.....	174

Bakgrund och syfte

På slutet av 1600-talet skrevs den första förordningen om provinsialläkare i Sverige och provinsialläkarna bedrev vården i patientens hem. På slutet av 1800-talet fanns det ett par hundra provinsialläkare som hade en fastställd stationering och ansvarsområde. Uppdraget var bland annat att ”biträda allmänheten med enskild sjukvård”. Sjukvården bedrevs mestadels i patientens hem. 1973 upphörde titeln provinsialläkare och ersattes med distriktsläkare. Landstingens uppdrag var att bedriva sjukvård i hemmen med hjälp av distriktsläkare och distriktssköterskor som var anställda på vårdcentraler. 1992 genomfördes Ädelreformen som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade och genom detta ta över ansvar för som tidigare legat på landstingen. Efter överenskommelse med landstinget fick kommunerna även möjlighet att överta ansvaret för hemsjukvård i den enskildes hem. I Västra Götaland överfördes sjuksköterskorna i hemsjukvården till kommunerna, men vårdcentralerna behöll ansvaret för läkarmedverkan. I Västra Götaland finns denna ansvarsfördelning förtydligad i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt i Krav- och kvalitetsboken (KoK-boken).

Trots avtal och krav i KoK-boken för vårdcentral har kvaliteten och tillgängligheten på läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården varit mycket varierande i Västra Götaland. Vårdcentraler prioriterar insatser i hemsjukvården mycket olika. I vissa områden har det fungerat mycket bra och i andra områden har det varit mycket svårt att få tag på läkare för hembesök.

Initiativ till förbättrad närsjukvård, bland annat vård i hemmet togs 2000 i västra Skaraborg. En ledningsgrupp bestående av representanter från kommun, specialistsjukvård och primärvård bildades och tog ansvar för utvecklingen av närsjukvården. Ett närsjukvårdsteam etablerades 2008 på Lidköpings sjukhus för att patienter i den kommunala hemsjukvården skulle få tillgång till specialistläkare och sjuksköterskor från sjukhuset för att kunna vårdas hemma i stället för att ha upprepade vårdtillfällen på sjukhuset. År 2011 kompletterades närsjukvårdsteamet med hemsjukvårdsteam där vårdcentraler samfinansierade särskilt utsedda hemsjukvårdsläkare. Dessutom bildades 2011 ett mobilt palliativt team. Kombination av kommunal hemsjukvård och de tre olika typerna av mobila team kallades *Närvård västra Skaraborg* eller *Skaraborgsmodellen* och breddinfördes i Skaraborg 2013.

Projektet utvärderades av SKL som en del av den nationella satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* och visade på mycket positiva resultat. 2014 fattade dåvarande Hälso- och sjukvårdsutskottet beslut om breddinförande i VGR av Skaraborgsmodellen. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade att använda medel för närsjukvårdsutveckling för breddinförande av ”Skaraborgsmodellen” (HS 149-2015).

Syfte

Mobil närvård, som ersatte begreppet *Skaraborgsmodellen*, syftar till sammanhållen vård för de mest sjuka äldre som är inskrivna i hemsjukvården genom att förbättra läkartillgången i primärvården i den kommunala hemsjukvården, skapa närsjukvårdsteam utgående från sjukhusen för medicinskt instabila patienter i hemsjukvård, samt god palliativ vård genom nära samarbete mellan palliativa mobila team och övriga team inom mobil närvård. Mobil närvård förutsätter samverkan mellan de olika huvudmännen i vårdsamverkan, samverkan mellan sjukhusvård och primärvård samt i många fall samverkan mellan olika vårdcentraler. Arbetsätten i mobil närvård präglas av ”äkta

teamarbete” med hög kontinuitet, personcentrerat och proaktivt arbetssätt till skillnad mot det konsultativa och mer reaktiva arbetssätt som tidigare har präglat regionens insatser i den kommunala hemsjukvården. Syftet med breddinförandeprojektet var att stödja införandet i alla kommuner i Västra Götaland.

Projektorganisation

Medarbetare på koncernstab hälso- och sjukvård fick 2014 i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören att starta breddinförandeprojektet. Uppdraget innebar att bedöma ansökningar om projektmedel. Projektets utveckling har avrapporterat till hälso- och sjukvårdsstyrelsen två ggr/år och årligen ansökt om projektmedel för kommande år.

Det var viktigt att ansökningar om medel för mobil närvård togs fram av de lokala eller de delregionala vårdssamverksgrupperna och var undertecknad av ordförande, eftersom det skulle vara en gemensam satsning för kommunerna och regionen på att förbättra hemsjukvården, trots att projektmedlen var avsedda för att förbättra regionens del av hemsjukvården. Ansökningarna omfattade medel för utökad läkarresurs på vårdcentraler, så kallade mobila hemsjukvårdsläkare (HSVT) som skulle introducera de nya arbetssätten, samt läkare och sjuksköterskor från specialistsjukvården för närsjukvårdsteam (NSVT), dessutom projektledare och kostnader för transporter och tolk. Kriterier och principer för att få projektmedel har förtydligats under åren, senast hösten 2016. Lokala anpassningar av modellen har tillåtits. Nyckeltal, som utgick från erfarenheterna från västra Skaraborg, användes för att beräkna tilldelning av projektmedel för hemsjukvårdsläkare (3,5 läkare /100 000 invånare), samt för att fördela medel för närsjukvårdsteam (NSVT = 1 läkare och 2 sjuksköterskor/100 000 invånare). De palliativa mobila teamen fanns redan etablerade i alla nämndområden. Beslut om ansökningarna fattades av hälso- och sjukvårdsdirektören på delegation från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Lokala projektledningar

Efter godkänd ansökan tillsatte den lokala vårdssamverkan en lokal projektstyrgrupp och projektledare. Vårdssamverkan fick hela ansvaret för att få den lokala projektledningen att fungera, starta upp teamen, implementera de nya arbetssätten och följa upp mobil närvård lokalt. Det fanns inga regionala direktiv ”uppifrån” hur detta skulle ske. Däremot krävdes det redovisning i form av projektplaner 2015 och därefter som årsrapporter. De lokala projektledarna fick kontinuerligt stöd från den regionala projektledningen. Dessutom fick styrgrupperna stöd av följeutvärderarna från slutet av 2016.

Regional projektledning

Initialt var den regionala projektledningen inriktad på att bara hantera ansökningarna. Den regionala projektledning och representanter för de sökande träffades för att gemensamt gå igenom ansökningshandlingarna. Fokus var dels på om det fanns en förståelse för innebörden av de nya arbetssätten, dels motivation för att genomföra projektet i vårdssamverksgruppen. Från slutet av 2015 blev det tydligt att det behövdes en förstärkning av den regionala projektledningen för att kunna ge stöd till de lokala projektledarna, anordna nätverksträffar och särskilda träffar för närsjukvårdsteam och hemsjukvårdsläkare. Följeutvärderarna blev en avgörande förstärkning av den regionala projektledningen. Följeutvärderingen har pågått kontinuerligt vilket har inneburit goda möjligheter att rikta stödinsatser där det behövs, öka motivation och kompetens framförallt för projektledarna.

Resultat

Projektmål

En god sammanhållen nära vård utan onödiga sjukhusvistelser, där den äldre ska få en individanpassad, trygg och samordnad nära vård som präglas av helhetssyn. Projektmålet omformulerades 2017 till att omfatta ”vuxna med omfattande vård- och omsorgsbehov i behov av vård i hemmet” i stället för ”äldre”.

Måluppfyllelse och avvikelser

Mobila hemsjukvårdsläkare projektfinansierades under 2015–2017 och då etablerades hemsjukvårdsteam i 48 av 49 kommuner. I Göteborg etablerades hemsjukvårdsteam i 8 av 10 stadsdelar.

Närsjukvårdsteam har under projektperioden 2015 – 2018 etablerats vid alla akutsjukhus samt vid Angereds närsjukhus.

Breddinförandet har gått långsammare än förväntat. Många projekt startade inte förrän 2017. Den sena starten berodde troligen på bristande kännedom om möjligheterna att söka projektmedel trots information i flera olika kanaler, samt viss misstänksamhet på grund av ”projektrötthet” och missuppfattningar om vad det innebar att ”samverka mellan vårdcentraler”.

Täckningsgrad skulle kunna användas för att mäta tillgång till sammanhållen nära vård enligt projektmålet. Det vill säga om patienter i behov av mobil närvård har fått tillgång till mobil närvård. Täckningsgraden är svår att mäta eftersom målgrupperna för hemsjukvårdsteam respektive närsjukvårdsteam för närvarande inte är möjliga att identifiera i de patientadministrativa systemen och därmed är täckningsgraden för dessa inte möjlig att mäta. Det finns ingen systematisk överföring av uppgifter från kommunal hälso- och sjukvård om en patient får kommunal hemsjukvård till den vårdcentral där patienten är listad. Från början fanns det inte heller beslut om hur hembesök av mobil hemsjukvårdsläkare skulle registreras för att kunna identifiera patienter med behov av teambaserad hemsjukvård i vårdcentralens journaler. Bedömningen är att i slutet av 2018 hade i stort sett alla vårdcentralerna i viss mån börjat tillämpa de nya arbetssätten för mobil hemsjukvårdsläkare (HSVT), men uppfyller ännu inte alla kraven i Krav- och kvalitetsboken.

Projektmålet att minska slutenvårdsbehovet är också svårt att mäta eftersom det från början saknades gemensamma sätta att registrera ”mobila hemsjukvårdspatienter”. Registreringen har blivit enhetlig och har från och med 2018 kunnat användas för uppföljning av patienter som fått tillgång till HSVT. Det finns data på 3247 hemsjukvårdspatienter som har fått besök av mobil hemsjukvårdsläkare vilket motsvarar cirka en tredje del av målgruppen. Sjukvårdskonsumtionen har, för de 3247 patienterna, jämförts 6 månader innan första besöket av mobil hemsjukvårdsläkare med 6 månader efter. Antalet akutmottagningsbesök utan inläggning minskade 21 procent, slutenvårdsdagar minskade 17 procent (5,7 vård dagar/6 mån till 4,7 vård dagar/ 6 mån), oplanerade återinskrivningar minskade 34 procent och specialistbesök minskade 18 procent.

För gruppen som har fått vård av närsjukvårdsteam har övrig vårdkonsumtion minskat betydligt mycket mer. Det finns data på 532 närsjukvårdsteampatienter vilket motsvarar ca en tredjedel av målgruppen. Data för dessa 532 patienter har jämförts 6 månader innan första besöket med 6 månader efter. Antalet akutmottagningsbesök utan inläggning minskade 51 procent, slutenvårdsdagar minskade 57 procent (från 17,7 dagar/6 mån till 7,7 dagar/ 6 mån), oplanerade återinskrivningar minskade 55 procent.

Projektmålet att bedriva individanpassad, samordnad vård som präglas av helhetssyn är mycket viktigt, men likaså svårt att mäta. Följeutvärderarna har i samtal och intervjuer med vårdssamverkansgruppen, med företrädare för chefer inom de bägge huvudmannorganisationerna och i samtal med medarbetare i vården och projektledare, samt i enkäter till medarbetare och projektledare samlat erfarenheter och synpunkter på de nya arbetssätten i hemsjukvården. Det samlade intrycket är att där man har övergått till de nya arbetssätten och arbetar teambaserat med hög kontinuitet så är vården individanpassad, samordnad och präglas av helhetssyn och medarbetare och chefer är mycket nöjda.

Projektmålet att skapa trygg vård har mätts på övergripande nivå hösten 2018 och tidigare i ett antal lokalt framtagna patient- och anhörigenkäter. Patienter och vissa fall anhöriga rapportera i hög grad ökad trygghet, delaktighet och nöjdhet med den mobila hemsjukvården.

Tabell 1. Resultat av enkät till patienter i mobil närvård

	Hemsjukvårdsteam 137 svarande ”ofta” eller ”alltid”	Närsjukvårdsteam 68 svarande ”ofta” eller ”alltid”
Upplever du att du får den vård i hemmet som du behöver?	94%	95%
Får du vara med och bestämma om vården i ditt hem?	83%	94%
Får du tillräckligt med information om din vård och behandling?	76%	92%
Upplever du att läkare och sjuksköterskor samarbetar bra om din vård?	84%	97%
Känner du dig trygg med vården i ditt hem?	94%	93%
Om du inte hade fått vård i hemmet, hade du troligen åkt till sjukhus då?	47%	75%

Aktiviteter och leveranser

Aktiviteter 2015

Ansökningshandlingar, bedömningsmall och underlag för beslut att bevilja ansökningar för 2015 och 2016 togs fram. Alla ansökningar bedömdes genom att träffa företrädare för vårdssamverkan.

Uppstart av delprojekt

Mobila närvårdsprojekt i Skaraborg (HSVT och NSVT) fick regionala medel för fortsatt och utökad mobil närvård. Nya delprojekt etablerades i Uddevalla/Fyrbodalen (”hybridteam” med uppdrag delvis som HSVT och delvis som NSVT), Södra Älvsborg (HSVT och NSVT), och Simba (HSVT och NSVT).

Övrigt

Kontakter togs med avdelning Data och Analys på koncernkontoret och Center for health care improvement (CHI) på Chalmers för att diskutera utvärdering. Det bedömdes att CHIs pågående forskningsprojekt inom mobil närvård i Skaraborg skulle kunna vara en del av en kvalitativ och organisationsteoretisk utvärderingen. Enhet regional vårdanalys på koncernkontoret bedömde att det med sedvanligt sätt att registrera hembesök inte var möjligt att utvärdera mobil närvård med hjälp av patientadministrativa systemen. Det föreslogs att en särskild besökskod alternativt åtgärdskod skulle användas.

Aktiviteter 2016

Uppstart nya delprojekt

Den regionala projektledningen hade möten med de vårdsamverkansgrupper som ansökte om projektmedel för att gå igenom ansökningar, samt även uppföljande kontakter under året.

De delprojekt som startade 2015 fick fortsatt tilldelning av medel 2016. Dessutom startades delprojekt i Majorna-Linné (HSVT), Västra Göteborg och delar av Askim-Frölunda-Högsbo (HSVT), Frölunda (HSVT), Angered (HSVT), V Hisingen (HSVT) och Alingsås/Lerum (HSVT och NSVT). Angereds närsjukhus fick godkänd ansökan om medel för NSVT, men lyckades inte rekrytera läkare till teamet.

Kommunikation

En hemsida för extern tillgång skapades dels för allmän information till intresserade, samt med information till de som arbetade i delprojekten.

Följeutvärdering 2016

Följeutvärderare besökte styrgrupperna delprojekten för att underlätta ett långsiktigt förbättrat samarbete mellan huvudmännen och för att stödja implementering av Mobil närvård. En första delrapport gjordes av följeutvärderaren.

Möten 2016

Den regionala projektledningsgruppen anordnade tre nätverksträffar under 2016 som erbjöd alla som deltar i projekt mobil närvård, det vill säga de som ingår i teamen, projektledare och styrgrupper att delta, för att få ta del av andras erfarenheter av mobil närvård och liknande projekt.

Nätverksträff april: Vad är mobil närvård? - exempel från projekt som är igång, projektansökningar, utvärdering, Handlingsplanen det goda livet.

Nätverksträff september: Vad är mobil närvård? Projektansökningar, lärande utvärdering med patientfall, *Ängelholmsmodellen* (Sergio Garay Ängelholm).

Nätverksträff december: Olika lokala modeller för mobil närvård, att vara läkare i HSVT *Gränsöverskridande närvård* (Lars Stavenow Malmö).

Två projektledarträffar anordnades för att stödja deras arbete, dela lärande och ge synpunkter till projektstyrgruppen om svårigheter och framgångsfaktorer. Följande ämnen har tagits upp: vad är mobil närvård, projektledarrollen, ansökningar, följeutvärderingens utkast till delrapport 2.

Aktiviteter 2017

Nya delprojekt 2017

I samband med ansökningsomgången i slutet av 2016 besökte den regionala projektledningen alla vårdssamverkansgrupper som har ansökt om medel, för att förbättra möjligheterna att komma igång och med rätt inriktning. De som hade startat 2015 och 2016 beviljades fortsatta medel. HSVT startades upp i övriga delar av Fyrbodalen varav ett "hybridteam" på Orust, dessutom startades HSVT i Partille, Härryda och två stadsdelar i Göteborg.

Kommunikation

Mobil närvård presenterades på Allmänläkardagar i Skaraborg med fokus på att få allmänläkare och blivande allmänläkare intresserade av hemsjukvård. Hemsidan utvecklades.

Den regionala projektledaren bjöd in sig till Hälso- och sjukvårdsnämnderna våren 2017 för att informera om breddinförandet och för att stimulera till fortsatt breddinförande. Kontakter togs med Sahlgrenska universitetssjukhusets (SU) styrelse och SU:s representanter i Temagrupp Äldre (vårdssamverkan i Göteborgsområdet), för att stimulera införandet av närsjukvårdsteam i Göteborgsområdet. Mobil närvård presenterades på Primärvårdsdagen.

Lokala och delregionala styrgrupper besöktes för nulägesrapportering. Olika kommunala grupperingar fick information såsom Vårdssamverkan i Västra Götaland (VVG), socialhandläggarnätverk inom Västkom, samt FoU i Väst.

Följeutvärdering

Följeutvärderarna ingår i den regionala projektledningen kontinuerligt. Sammanställning av årsrapporter 2016, tester av Patientresor/Patientlogg, intervjuer med nystartade projekt, Delrapport 2

Möten 2017

Nätverksträff maj 2017: Fyra kommuner berättar om sina erfarenheter av Mobil närvård, kriterier för inskrivning i närsjukvårdsteam. *Erfarenheter från Tiohundra* (Peter Graf).

Nätverksträff november 2017: Delrapport 2, palliativ vård, samverkan mellan olika mobila team, *Från projekt till ordinarie verksamhet* (Ulf Andersson Memeologen Skellefteå)

Projektledarträffar: utvärdering lokalt och regionalt, komplext uppdrag att vara projektledare, lärande uppföljning, patientresor Alingsås/Lerum, årsrapport, bristande journaltillgång, registrering av hembesök, projektledarrollen, delrapport 2, samla rutindokument, grundtankar och principer för mobil närvård (många nya projektledare), inför KoK-bok, projektledarutbildning del 1, lathund för användning av delrapport 2.

Närsjukvårdsteamträff: Roller och arbetssätt, kartläggning av team och deras uppdrag, grundtankar och principer för mobil närvård, NSVT Bästa praktik

Hemsjukvårdsläkarträffar: grundtankar och principer för mobil närvård, KoK-bok, nulägeskartläggning, registrering.

Övergång till ordinarie verksamhet HSVT

Planen var att börja utvärdera delprojekten avseende HSVT under 2017 för att se vilken eller vilka av de olika mobila hemsjukvårdsmodellerna inom VGR som var mest framgångsrik innan övergång till ordinarie verksamhet. Dock togs ett politiskt beslut i

början av 2017 att hemsjukvårdsläkarna skulle övergå i ordinarie verksamhet och ingå i KoK-boken från 2018. Det innebar att vi inte hann utvärdera de olika modellerna.

Den regionala projektledningen deltog i arbetet att formulera text i Krav- och kvalitetsboken 2017, ta fram en ersättningsmodell och ta fram förslag till uppföljning av mobil hemsjukvårdsläkare.

Den regionala projektledningen fick under hösten 2017 många indikationer på att övergången till ordinarie verksamhet tycktes mycket skör. För att säkra övergången beslutades att en mindre andel av de beslutade projektmedel för 2018 kunde användas till att fortsatt finansiera projektledare/koordinatorer under 2018. De skulle stödja och följa upp övergången från projekt till ordinarie verksamhet på vårdcentraler.

Övriga aktiviteter

Möten med representanter för avdelningen för vårdens digitalisering koncernstab hälso- och sjukvård för att i hela VGR förbättra journaltillgängligheten i hemsjukvården genom breddinförande av en journalportal som testats i Uddevalla, samt även möten för diskussion om stöd för att införa digitala vårdmöten norra Fyrbodal.

Regional projektledare adjungerades till operativ styrgrupp Nära vård

Regional projektledare fick i uppdrag att stödja Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnds och stadsledningskontorets projekt med *Gränslös vård Angered*, det vill säga förbättrad mobil närvård i stadsdelen Angered.

Regional projektledare och följeutvärderare deltog i forskningsmöte om mobil närvård i Skaraborg.

2018

Nystartade projekt

Ansökningar om uppstart av ytterligare Närsjukvårdsteam godkändes för Fyrbodal (totalt tre team inklusive hybridteamet i Uddevalla), Södra Älvsborgs (totalt två NSVT) och Göteborg (totalt fem team inklusive Angered's närsjukhus). Den regionala projektledningen har deltagit i möten på SU för att stödja etablering av NSVT.

Kommunikation

Den regionala projektledningen informerade om nuläge Mobil närvård och delrapport 3 i Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, vårdsamverkan Simba, Skaraborg och Fyrbodal, VVG, politiskt samrådsorgan (SRO), koncernledning hälso-och sjukvård, hälso- och sjukvårdsnämnderna, patientnämnderna, brukarråd och pensionärsråd. Information på Primärvårdsdagen.

Mobil närvård i Skaraborg blev utvalt att representera Sverige på en internationell konferens *Transforming the Health Care System for Patients with Complex Health and Social Care Needs* som anordnas av Commonwealth Fund.

Följeutvärdering

Delrapport 3 som visade på framgångsfaktorer och områden som behövde stärkas för att mobil närvård skulle kunna bli uthålligt efter övergång till ordinarie verksamhet.

Möten

Nätverksträffar maj: representanter för *Värmland presenterade sin modell för hemsjukvård*, som var inspirerad av mobil närvård, delrapport 3 diskuterades, nulägesrapport, gruppdiskussion från projekt till ordinarie verksamhet.

Nätverksträff november: Summering av breddinförandeprojektet med fokus på framgångsfaktorer och positiva resultat.

Projektledarträffar: Projektledarutbildning del två. Uppföljning utvärdering mobil närvård, testenkäter, lärande organisation, patientresor och andra exempel på lärande, gruppdiskussion utvärdering. Uppföljning med enkäter hur har det gått, delrapport 3 vad kan vi lära och använda.

Hemsjukvårdsläkarträffar: Nuläge Mobil närvård, HSVT uppdrag i jämförelse med NSVT, vårdcentralernas vinster av HSVT, uppföljning, registrering.

Närsjukvårdsträffar: Förslag till uppdragsbeskrivning och ersättningsmodell, delrapport 3 – från projekt till ordinarie verksamhet, omställning/nära vård.

Övriga aktiviteter

Den regionala projektledaren hade kontaktat FoU i Väst angående behovet av gemensam utvärdering av samverkansuppdrag t.ex. hemsjukvård. I maj 2018 hölls ett seminarium med representanter från kommunal hälso- och sjukvård och primärvård. Sedan slutet av 2018 pågår ett projekt i Lerum för att kartlägga vilka register, databaser och liknande som används av respektive organisation, samt ta fram förslag på en modell för gemensam utvärdering.

Möten med representanter för Omställning/Digitalisering för att förbättra journaltillgängligheten i hemsjukvården genom en journalportal som testats i Uddevalla, stöd för att införa digitala vårdmöten i norra Fyrbodal samt för att få igång projekt med hemmonitorering.

Regional projektledare blev delprogramledare i Nära vård och deltar i möten med Omställningens programkontor.

Regional projektledare deltog i möten om Gränslös vård Angered, det vill säga förbättrad mobil närvård i Angered.

Regional projektledare och följeutvärderare deltog i forskningsmöte om mobil närvård i Skaraborg.

Erfarenheter från projektet

Summera erfarenheter i projektet, både positiva och negativa.

Tabell 2: Erfarenheter från projektet

Problem koncernkontorsnivå	Kommentar/åtgärd
Bristande insikt om att breddinförandet krävde en regional projektledning och inte bara en grupp tjänstepersoner som bedömde ansökningar. Detta medförde att breddinförandeprojektet saknade utsedd projektledare, uppdragsbeskrivning, projektplan och projektmål, trots att det omfattade över 200 vårdcentraler, 49 kommuner och alla akutsjukhus.	Otillräcklig regional projektledning första ett och ett halv året vilket innebar att många delprojekt fick bristande stöd, vilket kan ha bidragit till försenade starter och för stora avvikelser från grundmodellen. En informell regional projektledare tog över och en informell regional projektledning bildades under 2016. Många byten av regionala projektledare första dryga året.

<p>De informella regionala projektledarna fick inte avsatt tid för att leda projektet.</p>	
<p>Det borde ha gjorts en initial omvärlds- och behovsanalys, samt en kartläggning av status innan start för att möjliggöra bättre utvärdering av projektet. Det borde ha förtydligats vilka mål projektet hade, hur effekter skulle följas upp och vad som skulle utvärderas lokalt respektive regionalt. Utvärdering skulle ha underlättats om det hade fattats beslut om registreringsrutiner som stöd för de mål som skulle uppnås från början.</p>	<p>Svårigheter att utvärdera hela projektet.</p>
<p>Avgående ansvarig tjänsteperson 2015 uppmärksammade bristande regional projektledningsresurs och föreslog upphandling av följeutvärderare. På grund av bristande erfarenhet från de tillträdande informella projektledarna blev upphandlingen långdragen och komplicerad. Extern följeutvärderade anställdes 2016</p>	<p>Bristande stöd vid upphandling.</p> <p>En projektledningsgrupp bildades där informell projektledare, följeutvärderaren, projektstödjaren och projektanställd kommunikator ingick.</p>
<p>Årliga projektmedel avsatta, men inget stöd från ekonomifunktionen för att hantera och kontrollera fakturor.</p>	<p>Bristande kontroll över utdelning av projektmedel de första två åren. Den regionala projektledningen utökades med en medarbetare som fick i särskilt uppdrag att ta fram rutiner och ansvara för ansöknings- och ekonomihantering hösten 2016.</p>
<p>Bristande stöd för kommunikationsinsatser. Svårt att få tillgång till koncernkontorets formella informationskanaler till exempel nyhetsbrev och möten.</p> <p>Kommunikationsavdelningen lyckades inte hitta ersättare till den projektanställda kommunikatorn och projektet fick otillräckligt kommunikationsstöd fram tills det ingick i Omställning/Nära vård.</p>	<p>Bristande spridning av information till berörda verksamheter eftersom den regionala projektledningen hade för stor tilltro till att vårdsamverksgrupperingarna tog ansvar för detta. En konsekvens blev att breddinförandet av mobil närvård länge förblev okänt i stora delar av såväl VGR som i kommuner och kommunalförbund.</p> <p>En extern projektanställd kommunikator anställdes 2016 som bidrog med många goda idéer om förbättrad kommunikation. Hen tog fram informationsmaterial och en hemsida skapades.</p> <p>Den regionala projektledaren bjöd in sig till nämnder och regionala vårdsamverkans forum och kommunala träffar för att informera. Mobil närsjukvård deltog i på eget initiativ i allmänläkardagar och i Primärvårdsdagar.</p>

Förvaltningsledningarna dåligt insatta i projektet	Den regionala projektledaren blev inte inbjuden att informera om projektet i koncernens förvaltningsledning för hälso- och sjukvård förrän hösten 2018.
Bristande stöd från avdelningar inom koncernkontoret angående digitaliseringsprojekt.	Svårt att få kontakter med de avdelningar/enheter som arbetar med digitaliseringsfrågor, samt långsamt och otydlig hantering av begäran om stöd. Inte heller inom Omställningen/Digitalisering har mobil närvård fått stöd för digitaliseringsprojekt trots upprepade kontakter.
Övergången från projekt till ordinarie verksamhet HSVT. Otydlig uppdelning av ansvar mellan enhet primärvård, på avdelningen för kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal (AKUA), som skulle överta ansvaret för implementering och uppföljning av HSVT och den regionala projektledningen. Bristande förståelse och resurser för att mobil närvård behövde annan uppföljning än sedvanlig uppföljning av KoK-boken.	2018: Projektledningen fick använda projektmedel för att finansiera koordinatörer för implementering och uppföljning trots att HSVT övergått till ordinarie verksamhet. 2019 Uppföljningen som görs på AKUA måste kompletteras för att kunna utvärdera effekterna av HSVT som en del av Omställningen. Fortsatt regionalt implementeringsstöd kommer att behövas ytterligare ett par år.
Övergången från projekt till ordinarie verksamhet NSVT. Otydlig uppdelning av ansvar mellan sjukhusgruppen, på avdelningen för kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal (AKUA), som skulle överta ansvaret för implementering och uppföljning av NSVT och den regionala projektledningen. Bristande förståelse och resurser för att mobil närvård behöver annan uppföljning än sedvanlig uppföljning	2019: Fortsatt regionalt implementeringsstöd behövs till NSVT ytterligare ett par år. Uppföljningen som görs på AKUA måste kompletteras för att kunna utvärdera effekterna av NSVT som en del av Omställningen.
Problem verksamhetsnivå	Kommentar åtgärd
Bristande förståelse i lokala styrgrupper för projektets intentioner och för styrgruppernas ansvar.	Följeutvärderare erbjöd stöd till styrgrupperna
Många projekt hade stora startsvårigheter bland annat på grund av bristande samsyn i vårdssamverkan, brister i den lokala projektledningen till exempel otydligt uppdrag för lokala projektledaren.	De lokala och delregionala vårdssamverkansgrupperna har mycket olika erfarenhet och intresse för samverkansprojekt. Vissa tog stort ansvar för ansökningar, bildade projektstyrgrupp och utsåg kompetenta projektledare för att stödja och utveckla mobil närvård lokalt. Andra tycktes vara mest intresserade av tilldelning av medel och övriga delar i lokala projektorganisationen fanns mest på pappret och projektledare fick bristande stöd. Följeutvärderarna gjorde stora insatser för att stimulera

	<p>styrgrupper och delprojektledarna att ta större ansvar för mobil närvård.</p>
<p>Skaraborgsmodellen byggde på att vårdcentralerna skulle samverka om hemsjukvårdsläkare för att säkra kontinuitet, teambildning och tillgänglighet. I breddinförandet rekommenderades samverkan, med det fanns inte med som krav eftersom det upplevdes som ett stort hinder.</p>	<p>Många vårdcentraler var inte intresserade av att samverka med andra vårdcentraler eftersom det upplevdes för svårt att administrera och finansiera, samt att man önskade "sköta sig själva" och hänvisade till behovet av lokal anpassning. I vissa vårdsamverkansområden innebar det att vårdsamverkan delade ut projektmedel till varje enskild vårdcentral som fick etablera hemsjukvårdsläkare efter eget huvud. I vissa fall blev det bra resultat med ett tydligt ansvar för hemsjukvården för en eller ett fåtal läkare per vårdcentral, men på andra vårdcentraler infördes inte nya arbetssätt med teamarbete utan man fortsatte att arbeta som vanligt men med mera pengar. De lokala styrgrupperna borde ha tagit mer ansvar för att kräva att vårdcentralerna ändrade arbetssätt för läkarmedverkan i hemsjukvården enligt grundmodellen. Förhoppningsvis kommer uppföljningen från enhet primärvård under 2019 öka kraven på att arbetssätten också förändras.</p>
<p>Många vårdcentraler och allmänläkare ansåg att det var viktigt att ha kontinuitet patientläkare från "vaggan till graven". Det vill säga att den läkare som var "patientansvarig" läkare innan patienten hade försämrats och behövde hemsjukvård även skulle vara patientansvarig inom hemsjukvården. De ansåg att särskilt utsedda hemsjukvårdsläkare var ett hot mot kontinuiteten.</p>	<p>Inställningen att alla läkare ska kunna vara ansvarig för sina patienter när de behöver hemsjukvård kan fungera i mindre kommuner med en vårdcentral med god läkarbemanning. Kontinuitet från vaggan till graven kräver dessutom att allmänläkare inte byter vårdcentraler. Om alla läkare ska ansvarig för sina hemsjukvårdspatienter försvåras teamarbetet eftersom sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård behöver samarbeta med många olika läkare och läkarna måste samarbeta med många sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården. Dessutom försvåras tillgängligheten eftersom hemsjukvårdsuppdraget bara blir en mindre del av alla läkarens verksamhet, med stor risk för att det ordinarie vårdcentralarbetet tar överhanden och minskar möjligheten för akuta hembesök och telefonkonsultationer.</p> <p>De vårdcentraler som har särskilt utsedda hemsjukvårdsläkare, som mestadels arbetar med hemsjukvård, har lyckats bäst med att uppfylla kraven i KoK-boken. Särskilt utsedda hemsjukvårdsläkare innebär också en mycket hög kontinuitet för patienter i livets slutskede.</p>

Möjligheter	Kommentar/åtgärd
Framgångsfaktorer för att snabbt komma igång med mobil närvård – väl fungerande vårdssamverkansgruppering.	Att vårdssamverkan hade samsyn om behov av förbättring av hemsjukvården och nyttan med att delta i projektet. Att styrgruppen tog sitt ansvar för att införa mobil närvård. Att delprojektledare hade viss erfarenhet av projektledning, samt egen erfarenhet av hemsjukvård. Att projektstyrgruppen litade på egen förmåga att bygga upp mobil närvård så att det passade lokala förhållanden.
Framgångsfaktorer för att mobil närvård blir uthålligt – Vad uppifrån och hur nerifrån	Projektet har karaktäriserats av initiativ, ramar och projektmedel uppifrån, ömsesidigt lärande mellan lokal och regional projektledning, tillit och tro på "lokala krafter". De mest innovativa projekten är de som har utgått från lokala förhållanden och varit lagom "olydiga". Avsaknad av "tung" regional projektledning kan ha inneburit större utrymme för lokalt förankrade initiativ på ett gynnsamt sätt.
Följeutvärdering kontinuerligt	Ovärderligt stöd för den regionala projektledaren som därmed kunde undvika, åtgärda och förebygga många problem som kunde blivit fatala för projektet. Följeutvärderarna ingick i den regionala projektledningen och tog initiativ till och deltog konkret i påverkansarbete till exempel med möten med lokala styrgrupper och vårdssamverkansgrupper på olika nivåer. De har bidragit till att möjliggöra utvärdering genom patient- och medarbetarenkäter, intervjuer och genom sammanställning av årsrapporter och annan delregional utvärdering. De har under pågående projekttid informerat politiken, koncernstab hälso- och sjukvård, samt delregional vårdssamverkan om projektets utveckling hinder och framgångsfaktorer.
Gemensam problembild och inriktning	Behovet av förbättrad läkarmedverkan i hemsjukvård har inte ifrågasatts vare sig av vårdcentraler, sjukhus eller kommuner. De allra flesta har också varit ense om att förändringsarbetet ska bedrivas av lokal eller delregional vårdssamverkan. Trots kritik av "skaraborgsmodellen" och "breddinförandemodellen" det vill säga både tillgänglighet och teamwork, så har de ändå funnits enighet om att förbättra tillgängligheten till läkare för hemsjukvårdspatienter. Flera sjukhus var till att börja med tveksamma till att arbeta i hemsjukvården eftersom det uppfattades som ett primärvårdsuppdrag. När NSVT hade kommit igång blev alla sjukhus övertygade om att sjukhusens

	insatser behövs i hemsjukvården och att det minskar behovet av sjukhusvård för medicinskt instabila patienter.
Eldsjälar	Breddinförandeprojektet har varit framgångsrikt tack vare eldsjälar på alla nivåer som har drivit implementering och utvecklingen av mobil närvård och som generöst har delat med sig av erfarenheter.
Politiskt stöd	Den regionala projektledningen har fått ett gott och generöst stöd för breddinförandeprojektet.

Förslag till förbättringar som underlättar för kommande systemförändrande projekt i VGR

Breddinförandeprojektet för mobil närvård har påvisat ett antal svagheter som troligen är generella när det gäller stora delvis systemförändrande projekt i VGR.

1. Från starten ska en projektledning på vedertaget sätt tillsättas med stöd från ekonomi, HR och kommunikation.
2. Stora projekt behöver såväl erfaren projektledare och stöd av erfarna följeutvärderare.
3. Ledningsgrupper samt berörda avdelningar och enheter inom Koncernkontoret bör få information om kommande eller pågående stora projekt och tydliga signaler om att stödja projekten.
4. Västra Götalands kommuner bör involveras från starten, till exempel genom Vårdsamverkan Västra Götaland och genom kommunalförbunden, så att kommunerna kan bli mer delaktiga och drivande i samverkansprojekt.
5. Vid övergång till ordinarie verksamhet behövs mer stöd och uppföljning från koncernkontoret än vad som ingår i ordinarie uppföljning inom ägarstyrning och avtalsuppföljning.

Förslag till fortsatt arbete och förvaltning av mobil närvård Vårdcentralers ansvar för förvaltning och utveckling

Mobil hemsjukvårdsläkarens arbetssätt finns beskriven i Krav- och kvalitetsboken (KOK) och ingår i ordinarie verksamhet sedan januari 2018. Vårdcentraler ansvarar för följsamhet till KOK och att det finns mobila hemsjukvårdsläkare som arbetar enligt KOK.

Akutsjukhusens ansvar för förvaltning

NSVT ingår i TÖK och det är berörd verksamhetschef som ansvarar för att NSVT etableras och arbetar enligt TÖK från och med januari 2019. Förvaltningsledningarnas ansvar att rätt antal NSVT etableras med rätt kapacitet.

Kommunernas ansvar för förvaltning och utveckling

Mobil hemsjukvårdsläkare ska beskrivas i närområdesplanen som undertecknas av berörd vårdcentral respektive berörd kommun/stadsdel. Närområdesplanen omfattar bl.a. läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Kommuner och stadsdelar skulle kunna utöva ”påtryckning” genom att inte skriva under på planer för vårdcentraler vars

beskrivning av mobil hemsjukvård inte stämmer med verkligheten. Det tycks dock som om kommunerna sällan använder denna påtryckningsmöjlighet.

Vårdsamverkans ansvar för förvaltning och utveckling

Enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet har region och kommuner gemensamt utvecklingsansvar för bland annat mobila vårdformer. Många lokala och delregionala vårdsamverkansgrupperingar har inte erfarenhet och resurser för att bedriva gemensamt utvecklingsarbete. I Skaraborg har man utvecklat vårdsamverkansorganisationen för att kunna ta gemensamt ansvar för utvecklingsarbete och har bland annat samfinansierade utvecklingsledare och koordinatörer, samt utvecklar ett gemensamt ledningssystem. Utveckling av vårdsamverkan bör vara ett angeläget område att arbeta med i hela regionen och bör initieras både lokalt och på regional nivå i Vårdsamverkan Västra Götaland.

Koncernkontorets ansvar för förvaltning och utveckling

Satsningen på mobil närvård har varit framgångsrik och resultaten visar på ökat värde för patienter och lägre kostnader för regionen, men ännu är inte mobil närvård stabilt etablerat i VGR. Det behövs fortsatt satsning och utveckling av mobil närvård och ansvaret för det ligger både inom vårdsamverkan som inom Omställning/Nära vård.

Ordinarie uppföljning av HSVT innebär att regionutvecklare på enhet primärvård (AKUA) följer upp att vårdcentraler arbetar enligt Krav- och kvalitetsboken genom besök eller telefonsamtal. Ordinarie uppföljning är inte av den karaktären att den går att använda för att stödja implementering av HSVT, och inte heller att mäta värde för patienter och andra effekter av HSVT.

Ordinarie uppföljning av NSVT ingår i ordinarie uppföljning av TÖK och VÖK, men är troligen inte tillräcklig för att säkerställa att sjukhusen arbetar enligt den basala uppdragsbeskrivningen.

Det är viktigt att former för och innehåll i uppföljning snarast utvecklas så att effekterna av införande av mobil närvård (HSVT och NSVT) kan följas upp och vid behov justeras lokalt, delregionalt och regionalt.

Det behöver införas digitala vårdtjänster i hemsjukvården, både för att patienterna ska bli mer delaktiga i sin vård, men också för att möjliggöra digitala vårdmöten för akuta konsultation och för uppföljning efter hembesök. Samarbetet mellan omställning/Nära vård och omställning/Digitalisering måste förbättras så att digitaliseringsprojekt inom hemsjukvården prioriteras framöver.

Förslag till förbättringar av mobil närvård

Den mobila närvården är i behov av stabilisering, fortsatt breddinförande, bättre uppföljning och utveckling. Nedan finns sju förslag till hur mobil närvård ska överleva och utvecklas.

1. Vårdsamverkan har en viktig roll för samverkansprojekt som mobil närvård. Vårdsamverkan har på många håll i Västra Götaland inte erfarenhet eller resurser för att stödja fortsatt utveckling och uppföljning av mobil närvård. Vårdsamverkan på alla nivåer borde ta initiativ till att se över *vilket stöd vårdsamverkan behöver* för mobil närvård och för andra kommande samverkansprojekt. Det kan finnas behov för *gemensamt ledningssystem* inom delregional vårdsamverkan och *nya samverkansavtal* på delregional och regional nivå.

2. Under 2019 kommer vårdsamverkan att få finansiellt stöd från *Omställning/Nära vård för samordning av mobil närvård*, samt stöd i form av en regional stödfunktion med bland annat uppdrag att anordna samordnar- och nätverksträffar. Den delregionala samordnaren har i uppdrag att ge fortsatt stöd till implementering, ta fram samverkansrutiner, avvikelshantering och uppföljning, samt anordna delregionala träffar för mobil närvård. *Koncernstab hälso- och sjukvård ansvarar för fortsatt regionala stödet till delregionala samordnare och regionalstödfunktion efter 2019.*
3. Utveckling, samverkan mellan de olika teamen och uppföljning av mobil närvård bör vara en stående punkt på dagordning för lämplig gruppering inom vårdsamverkan. *Regionens representanter i vårdsamverkan måste bevaka att mobil närvård är en stående punkt på dagordning.*
4. Utveckla former för hur kommun och region gemensamt kan utvärdera samverkan t ex genom gemensam analys av tillgängliga data
5. *Ansvar för fortsatt stöd, uppföljning och utveckling av mobil närvård, utöver sedvanlig avtalsuppföljning och ägarstyrning, bör ligga inom Koncernstab hälso och sjukvård i samverkan med andra staber. Indikatorrapporten bör omfatta uppföljning av mobil närvård.*
6. Patienter med HSVT ska ha en namngiven fast läkare och det ska vara tydligt registrerat i journalen.
7. Mobil hemsjukvårdsläkare på vårdcentralerna tycks ha särskilt svårt att etablera sig i mellanstora och stora städer. Vårdval vårdcentral innebär att vårdcentralerna inte längre har ett geografiskt upptagningsområde, vilket i högsta grad försvårar möjligheterna till samarbete med kommunal hälso- och sjukvård och i synnerhet teamarbete i HSVT. Likaså upplevs nuvarande ersättningssystem inom vårdval vårdcentral som ett hinder för samverkan mellan vårdcentraler. *Om inte HSVT etableras med både ökad tillgänglighet och teamarbete under 2019 så bör man överväga om inte HSVT bör vara ett särskilt uppdrag för vissa vårdcentraler eller regiongemensam hälso- och sjukvård.*
8. *Det goda arbetssättet med teambaserat proaktivt och personcentrerat arbetssätt borde även införas för alla patienter med komplexa vård och omsorgsbehov i LSS-boende, korttidsboende och SÄBO, samt för patienter utan hemsjukvård som riskerar att utveckla komplexa vård- och omsorgsbehov i nära framtid.*