

MOBILT VERKSAMHETSSYSTEM I UMEÅ NÄRSJUKVÅRDSOMRÅDE

NYA SÄTT ATT UTFORMA SYSTEM SOM STÖDER DEN NÄRA
VÅRDEN OCH OMSORGEN I SAMVERKAN

RAPPORT AV FALLSTUDIE INOM
FRAMTIDENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM I VÄSTERBOTTEN

SLUTVERSION FEBRUARI 2022

DAG NORÉN

Leading Health Care

INLEDNING

På uppdrag av Sveriges kommuner och regioner, SKR, i samarbete med Länssamverkansgruppen inom Västerbotten, har ett analysarbete utförts under 2021 med fokus på "framtidens hälso- och sjukvårdssystem i Västerbotten". Uppdraget är genererat utifrån SKR:s program kring "Nya sätt att utforma system som stöder den nära vården och omsorgen i samverkan" och har bedrivits av stiftelsen Leading Health Care.

En särskild del av detta uppdrag är de tre explorativa fallstudier som har genomförts inom närsjukvårdsområdena i Västerbottens län under maj till december 2021; tre geografiskt indelade områden där regionen och kommunerna samverkar på olika sätt i utvecklingen av den nära vården. Denna fallstudie har genomförts inom Umeå närsjukvårdsområde där det har funnits en önskan om att granska de mobila verksamheter som bedrivs där och vilka utvecklingsmöjligheter som kan finnas.

Gemensamt för de tre fallstudierna är att de alla syftar till att belysa styrningsfrågorna inom hälso- och sjukvården; en styrning som kan behöva förändras för att ställa om till en nära vård där kommuner och regioner samarbetar på nya sätt för att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg. De exempel som dessa fallstudier tar upp är samtidigt utvalda för att de kan utgöra goda exempel även i ett nationellt utvecklingsperspektiv.

Den rapport som lämnas här ska ses som ett diskussionsunderlag för en möjlig inriktning där potentialerna i mobila verksamheter utnyttjas ännu mer optimalt för att effektivt bemöta behov hos komplext sjuka samt utnyttja de goda möjligheter till nära och tät samverkan som uppstår med mobila arbetssätt.

Sammanställningen visar att det finns goda förutsättningar liksom viktiga insikter inom Umeå närsjukvårdsområde för att kunna utveckla en mer sammanhållen utvecklings- och styrmodell för de mobila verksamheterna. Ett stort tack riktas till de som bidragit till denna kartläggning och analysarbete.



BAKGRUNDEN TILL DENNA FALLSTUDIE

I samarbetsområdet Umeå närsjukvårdsområde ingår de 6 kommunerna Bjurholm, Nordmaling, Robertsfors, Vindeln, Vännäs och Umeå. Inom närsjukvårdsområdet finns ett sjukhus; Norrlands Universitetssjukhus (NUS) i Umeå.

I närsjukvårdsområdet har flera mobila team växt fram under en tid. Dessa har utvecklats utifrån olika utförarverksamhetens behov och har varierande geografisk täckning i området. Det som förenar teamens målsättningar är arbetssätt som fokuserar på att bedriva vården i patientens boende eller på annan plats utanför sjukhus och mottagningar, och på detta sätt utveckla en mer personcentrerad vård och med minskat behov av vård på sjukhus.

För närvarande finns det 6 aktiva mobila team inom närsjukvårdsområdet, varav 3 som organiseras från Geriatriskt centrum vid NUS. Teamen som utgår från slutna specialistvård (inklusive teamet från Palliativ medicin Umeå) erbjuds i samtliga kommuner inom närsjukvårdsområdet. Övriga team tjänstgör bara inom Umeå kommun och ett av teamen (PrimÄR) har sitt uppdrag begränsat till endast individer listade på offentligt drivna hälsocentraler i Umeå kommun. Resultatet av detta är olika förhållanden (organisatoriskt och resursmässigt) mellan och även inom en av kommunerna (Umeå kommun).

Många av de aktuella patienterna i målgrupperna är i grunden lika; ofta komplext sjuka äldre där mobila team, med olika specialistkompetenser beroende på patientens utveckling, vårdar eller bedömer i hemmet då detta ses som ett bra arbetssätt framför uppsökande av akutmottagning och inläggning på sjukhus. Trots liknande förutsättningar utifrån ett patientperspektiv är samverkan över vårdnivåer mellan de mobila teamen, samt den kommunala hemsjukvården, relativt begränsad utifrån de möjligheter som finns.

Denna fallstudie syftar till att analysera möjligheterna till en annan styrningsmodell för de mobila verksamheterna inom Umeå närsjukvårdsområde; hur detta skulle kunna utvecklas och vilka skillnader som potentiellt skulle kunna uppkomma med detta. Angreppssättet bygger på att utveckla en ideal beskrivning, som dock kan anses som möjlig att uppnå, men som då kan kräva viktiga förändringar utifrån dagens utgångspunkter.



VERKSAMMA MOBILA TEAM

PrimÄR

- Bildades 2015 som ett projekt under palliativ medicin för att med hembesök hos sköra äldre undvika onödiga inläggningar liksom uppsökande av akutmottagning. Från 2017 organiseras det mobila hembesöksteamet inom primärvården som PrimÄR.
- Teamet finansieras utifrån regiondrivna medel inom Hälsovalet vilket innebär ett organisatorisk ansvar enbart för patienter listade på offentliga hälsocentraler, men i praktiken försöker man även bemöta patienter listade på privata hälsocentraler. Verksamheten drivs enbart inom Umeå kommun.
- I grunden finns finansiering för 2 bilar som bemannas med 3 sjukskötersketjänster och med ledning av 1 avdelningschef. 1,6 läkartjänster tillhandahålls av Teg hälsocentral. Med pandemin utökades PrimÄr tillfälligt och omfattar för närvarande 5 bilar som bemannas av 6 sjuksköterskor, 1 undersköterska och 1,6 läkartjänster.
- I normalfallet tjänstgör en sjuksköterska per bil, i vissa fall sjuksköterska och läkare tillsammans.
- Verksamheten har tidigare drivits vardagar 08-17 men för närvarande gäller tiden 07.30-22.00 alla dagar.
- Patienter är främst multisjuka äldre med fallolyckor, hjärtsvikt, KOL, smärta, sår, infektioner och nedsatt kognitiv förmåga.
- Uppdrag kommer främst från kommunens hemsjukvård och Vårdhygien. Tidigare även från hälsocentraler, 1177, bedömningsbil, ambulans och akutmottagning.
- PrimÄR utför även merparten av uppdragen inom MSIH (Medicinsk sjukvård i hemmet) med ordinationer från vissa slutenvårdskliniker.

Hemsjukvårdsteam vid Palliativ medicin Västerbotten

- Hemsjukvårdsteamens organiseras inom Palliativ medicin Västerbotten vid CancerCentrum i Umeå. Teamen utgår från Palliativ medicin Umeå och Palliativ medicin Skellefteå.
- Med hemsjukvårdsteamens bedrivs specialiserad palliativ hemsjukvård inom hela länet dygnet runt oavsett diagnos och ålder.
- Målgruppen är patienter med kronisk, progressiv och komplex sjukdomsbild som är i behov av specialiserad palliativ vård som kan utföras i ordinärt boende.
- Hemsjukvårdsteam med bas i Umeå förfogar över 8 bilar. Palliativ medicin Umeå bemannas av cirka 23 tjänster varav 3,2 läkartjänster (samt 1 ST-läkare), 14 sjuksköterskor, 4 paramedicinare på deltid och en avdelningschef.
- Hemsjukvårdsteam med bas i Skellefteå förfogar över 7 bilar. Palliativ medicin Skellefteå bemannas på ett likartat sätt som Umeå men med 2,8 läkartjänster och 13 sjuksköterskor samt att paramedicinare inom teamen är anställda på Rehabcentrum.
- Hemsjukvårdsteamens har tillgång till en läkarstödd palliativmedicinsk jourlinje i Umeå dygnet runt. Vidare finns Palliativt Konsult Team (PKT) bemannat av sjuksköterskor för att stödja samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal vård.
- På läkarsidan samarbetar man med det geriatriska öppenvårdsteamet med att ta över patienter som går in i palliativ fas.



VERKSAMMA MOBILA TEAM

Ambulansens bedömnings- bil

- Bedömningsbilen organiseras utifrån ambulanssjukvården i regionen. Startades som ett projekt våren 2014 och blev permanent verksamhet efter två år.
- En bil är i tjänst mellan kl. 8-22.30 vardagar (fram till kl. 17 helger) inom Umeå kommun och bemannas i ett roterande schema av en kvalificerad sjuksköterska.
- Syftet är att avlasta ordinarie ambulanser och möjliggöra högre tillgänglighet samt hjälpa patienter till rätt vårdnivå.
- Absoluta merparten av insatserna gäller äldre individer (75+) utifrån ambulansens bedömda prioritetsordning 2 och 3.
- Samtliga uppdrag kommer från SOS Alarm (112) på uppdrag från bl.a. polis, socialtjänst, psykiatri och mobila teamet PrimÄR
- Inom de mobila verksamheterna har Bedömningsbilen samarbete med PrimÄR som gör uppföljningar med bl.a. provtagning

Geriatriskt öppenvårds- team (GÖT)

- Bildades 2004 inom allmängeriatriska avdelningen för att möjliggöra tidigare utskrivning från slutenvård och för minska behov av sjukhusinläggningar för äldre multisviktande i ordinärt boende.
- Tre bilar* som bemannas efter behov. Teamet har tillgång till följande bemanning: 0,6 läkare, 1.05 sjuksköterskor, 1,25 fysioterapeuter, 1 arbetsterapeut, 0,3 kurator och psykolog på konsultbasis.
- Tjänstgöringstider är kl. 8-16 vardagar och teamet arbetar i Umeå med kranskommuner.
- Uppdragen kommer främst från slutenvårds-kliniker och då särskilt från den geriatriska kliniken.
- Patienter är främst multisjuka äldre med infektionssjukdomar, hjärtsvikt, KOL, mag- och tarmsjukdomar m.m.



VERKSAMMA MOBILA TEAM

Ortopedgeriatrisk hemrehabilitering

- Startades 2007 med statliga stimulansmedel av den ortopedgeriatriska avdelningen inom geriatriskt centrum och blev permanent verksamhet 2010. Teamet utökades från 2014 när antalet vårdplatser minskade vid kliniken.
- Syftet med teamet är att utifrån patientens hem utveckla en mer individuellt anpassad vård och rehabilitering, möjliggöra utskrivning i ett tidigare skede av rehabiliteringen, fall-prevention samt minska risk för återinläggning.
- Målgruppen är äldre patienter som är i behov av rehabilitering för en ortopedisk åkomma i eget boende inom Umeå och kranskommuner. Teamet samverkar nära med anhöriga och hemtjänst.
- Fyra bilar* är i tjänst mellan kl. 8-16 vardagar och bemannas efter behov av 1 arbetsterapeut, 1 fysioterapeut, 1 sjuksköterska samt tillgång till cirka 0,1 läkartjänst, kurator, dietist och sekreterare.
- Uppdrag kommer från slutenvårdskliniker och då särskilt geriatriska och ortopediska kliniker.

Demens- teamet

- Bildades 1998 inom den geriatriska kliniken för att i patienternas hem bättre arbeta med diagnostik och behandling av misstänkt kognitiv sjukdom, inklusive beteendemässiga och psykiska symptom vid demens.
- Fyra bilar* som bemannas av 3,5 sjuksköterskor, 2 undersköterskor, 0,4 arbetsterapeuter, 0,5 fysioterapeuter, cirka 0,1 läkartjänst samt kurator och psykolog vid behov.
- Tjänstgöringstider är kl. 8-16 vardagar och teamet arbetar i Umeå med kranskommuner samt i Södra Lappland.
- Uppdragen kommer främst från den psyko-geriatriska avdelningen eller mottagningen.
- Med teamet möjliggörs viktig samverkan med kommunernas hemsjukvård, hemtjänst och särskilda boenden.

* De tre teamen Geriatriskt öppenvårdsteam, Ortopedgeriatrisk hemrehabilitering och Demens-teamet är samtliga organiserade inom Geriatriskt Centrum, NUS. Angivna bilar som teamen använder är uppskattningar då samtliga bilar (11 st.) ingår i en bilpool om nyttjas av teamen efter behov. Därutöver bidrar även två elcyklar med lastvagnar till att utöka fordonspoolen.



SYNPUNKTER OM DE MOBILA TEAMEN

Nedan visas ett urval av olika synpunkter som framkommit under studien. Intervjuer visar på en relativt samstämmig bild om effekterna av nuvarande styrningsmodell för de mobila verksamheterna.

”Det finns många kontaktytor för patienterna, olika aktörer rycker ut för olika episoder”

”Svikt och KOL är stora patientgrupper – de hamnar nu alltid på sjukhus när de egentligen skulle kunna omhändertas genom mobil samverkan”

”Varje team har sina ’glasögon’ och sina ’verktyg’, istället för att kombineras på sätt som underlättar samverkan, ex.vis mellan region och kommun”

”Ska vi arbeta utifrån hemsjukvårdens fulla potential behöver kommunen olika medicinska kompetenser i vården av patienterna – men regionen har inte avsatt resurser för denna samverkan”

”Med den begränsade förankringen i patienternas behov saknas team med särskilda spetskompetenser; som inom psykiatri”

”Det blir ett systemfel av att produktionsorganisationernas ekonomi styr och att man därmed missar att utveckla lämpliga samverkansformer”

”Varje organisation tycker att de kan arbeta på sitt sätt i hemmen – angreppssättet bygger på vad man ser för behov på sin mottagning”

”Team borde byggas upp så att de kan överbrygga mellanrummen och utveckla en ny effektiv och samverkande vård i hemmet. Nu försvåras samarbetet inom hemsjukvården när en del kommuner anser att man inte har ansvar så länge patienten är inskriven specialistvården”



EFFEKTER AV NUVARANDE MOBILA VERKSAMHETSSYSTEM

Ett antal olika effekter kan observeras utifrån hur det mobila verksamhetssystemet har utvecklats inom Umeå närsjukvårdsområde.

- Gemensamt för de olika mobila teamen är att de främst har uppdrag för en dominerande målgrupp som är komplext sjuka, ofta äldre med multisjuklighet, men som kan vara i olika utvecklingstillstånd.
- Ett gemensamt syfte för samtliga mobila team är att bedriva ett bättre och ett för målgruppen mer passande omhändertagande i hemmet (eller eventuell annan plats) och med detta undvika besök på sjukhusets akutmottagning samt inläggningar på sjukhuskliniker.
- De mobila vårdlösningarna har utvecklats utifrån behov som ses inom respektive aktuell vårdorganisation (geriatrik, palliativ medicin, ambulanssjukvård, primärvård samt utifrån vissa andra slutenvårdskliniker som ortopedi, kirurgi och infektion)
- Med varierande kapacitet för olika mobila lösningar har dessa kommit att få olika täckning av målgrupperna inom närsjukvårdsområdet och även inom den största kommunen Umeå. De mobila vårdlösningarna inom slutna specialistvård kan ta uppdrag i de andra kommunerna utöver Umeå (30% av befolkningen 65 år och äldre är bosatta i de fem kommunerna utanför Umeå).
- Med nuvarande läge är varje mobilt team beroende av den organisatoriska tillhörigheten och moderenhetens resurser liksom intressen. Av detta följer en vård med skilda spetsarbetsätt som inte fullt ut utnyttjar samverkan mellan vårdnivåer och möjligheter till ökade proaktiva inslag för patienterna. De många teamen med olika inriktningar försvårar även att uppnå ett mer systematiskt samarbete med kommunerna, även om det anges fungera väl inom mindre kommuner.
- När olika utförarverksamheter utvecklar sina mobila team utifrån den egna organisationen involveras inte kommunerna från början i arbetssätten vilket försvårar samverkan i slutändan – och utifrån dagens förutsättningar gäller detta särskilt när specialistvården utför vård i patientens hem. Bristen på gemensam planering och samsyn leder då till att kommuner kan se specialistvårdens involvering som en period när man inte längre har vårdansvaret för patienten - vilket reducerar kontinuiteten i patientens vårdssammanhang.
- Med denna styrning minskas potentialen av samordningsfördelar och resurseffektivitet för samtliga sjukvårdshuvudmän liksom viktiga målsättningar och fördelar för patienterna av ett mobilt vårdssystem. Vidare visar nuvarande verksamhetssystem på delvis instabila förhållanden vad gäller resurstilldelning samt långsiktighet.



SYNPUNKTER OM POTENTIALER FÖR DEN MOBILA VERKSAMHETEN

Nedan visas ett urval av olika synpunkter som framkommit under studien. Intervjuer visar på en hel del potentialer av att byta styrningsmodell för de mobila verksamheterna och mer fokusera på en övergripande och "samägd" teamsamverkan.

"Minska antalet team och bredda kompetensen – så att den matchar de glapp som finns"

"Vissa av de viktiga mobila verksamheterna täcker bara Umeå kommun – det blir väldigt ojämlig vård beroende av var man bor"

"Mobila team kan vara kostsamma att bygga upp över gränser – men på sikt blir de en otrolig besparing"

"För att ta nästa steg måste vi växla mandat från varje produktionsorganisations ansvar till ett systemansvar"

"Med teammodellen kan vi bygga upp en helt annan kontinuitet runt de komplexa och resurskrävande patienterna"

"Vi måste kunna visualisera ett nytt angreppssätt – annars kan vi inte nå den samsyn som behövs"

"Med mer gränsöverskridande mobila team skulle många mellanrum och gnissel lyftas bort"

"Bäst vore att ha ett komplett team för de sviktande och sköra äldre – satsa på dem"

"Mobilitet är viktigt för att bättre använda hemsjukvårdens begränsade resurser – och hantera patienternas skiftande situationer"



EN NY GEMENSAM STYRNINGSMODELL FÖR DET MOBILA VERKSAMHETSSYSTEMET?

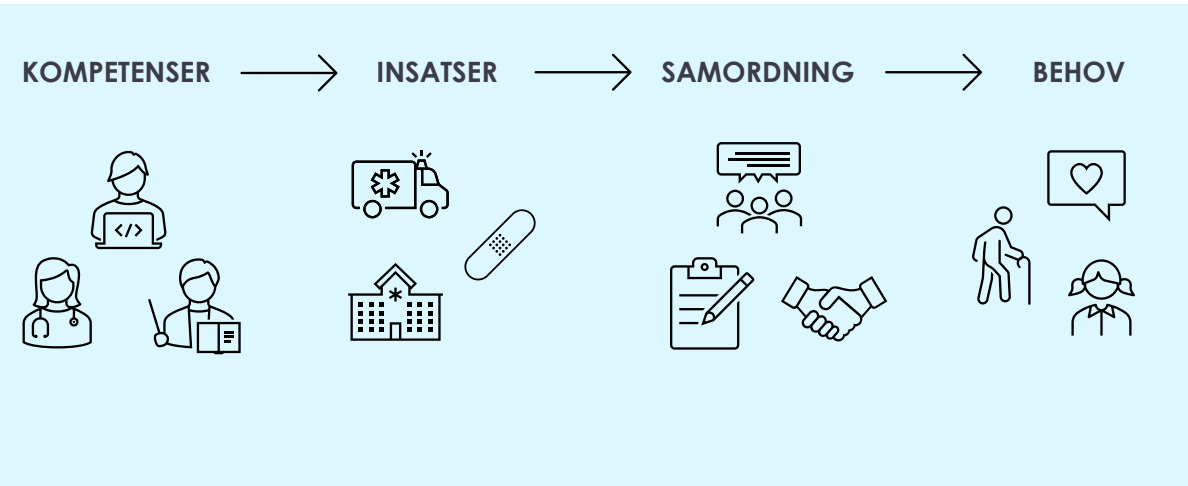
En alternativ styrningsmodell är att skifta från varierande produktionsbehov till patientbehov som en *gemensam* strategi för närsjukvårdsområdet för att utveckla ett *samverkande system* av mobila vårdlösningar

- Utgångspunkten blir då att mobil vård är en särskild vårdverksamhet som bildar en effektivare form av förmedling av vårdtjänster till särskilda patientgrupper – och framför allt underlättar för en direkt samverkan mellan olika vårdnivåer, utförarverksamheter och specialistkompetenser i patienters boenden
- Styrningslogiken skiftas: En områdesgemensam behovsstrukturering av olika patientgrupper bildar grund för design av teamtjänster inom ett mobilt verksamhetssystem inom närsjukvårdsområdet - istället för en strukturering av mobila tjänster utifrån olika produktionsorganisationers behov
- Utvecklingen av de mobila tjänsterna (som bildar ett mobilt verksamhetssystem) utförs i samråd mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård – med fördel även i samspel med kommunal hemtjänst
- Potentialen är mobila tjänster som bättre förenar en hög uppfyllelse av patientbehov med hög produktionsrationalitet – samt designas för optimal och stabil samverkan
- Väl fungerande teamsamverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, utifrån mobila arbetssätt och riktade mot komplext sjuka patientgrupper, har i överslagsberäkningar visat på kostnadsreduceringar med mellan 50 till 70% av de årliga vårdkostnaderna per patient
- Ett antagande är att antalet olika team blir färre men att den resursvinst som uppstår istället kan användas för att nå en högre täckningsgrad i närsjukvårdsområdets samtliga kommuner

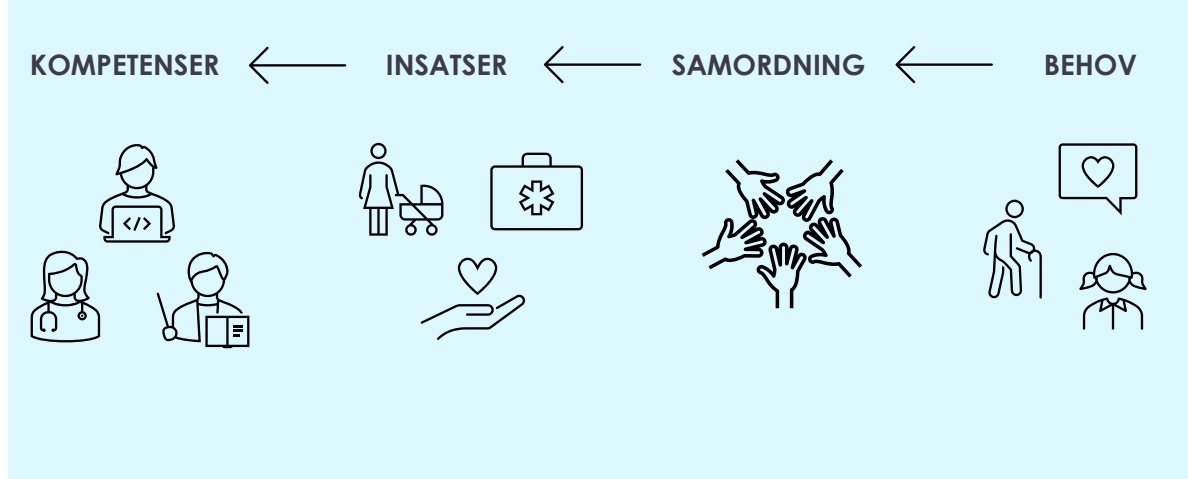


SKIFTE AV ANGREPPSSÄTT FÖR UTVECKLING OCH STYRNING AV DET MOBILA VERKSAMHETSSYSTEMET

NU-MODELL: Utveckling och styrning utifrån varje produktionsorganisation



NY-MODELL: Skifte till utveckling och styrning utifrån gemensam syn på behov



Ett skifte av angreppssätt innebär en omvänd logik för att utveckla ett gemensamt system för mobil närvård som kompletterar och effektiviserar förmedlingen av vård till grupper med behov över "hela systemet"

1) Behovsstrukturering

Fastställ gemensamt över "vårdgränser" aktuella patientgrupper/segment som har behov av mobila vårdtjänster i sitt boende

2) Design av mobil vårdlösning

Samutveckla de mobila arbetsflöden, modeller för teamsamverkan och stödsystem som bäst kan matcha respektive patientgrupp/segment

3) Utformning av vårduppdrag och styrningsmodeller

För att skapa stabilitet och säkra effekthemtagningen behöver de vårdlösningar som bildar den mobila "samverkansdimensionen" vara väl förankrade vårduppdrag som harmonierar över vårdgränser och ger incitament för äkta teamsamverkan

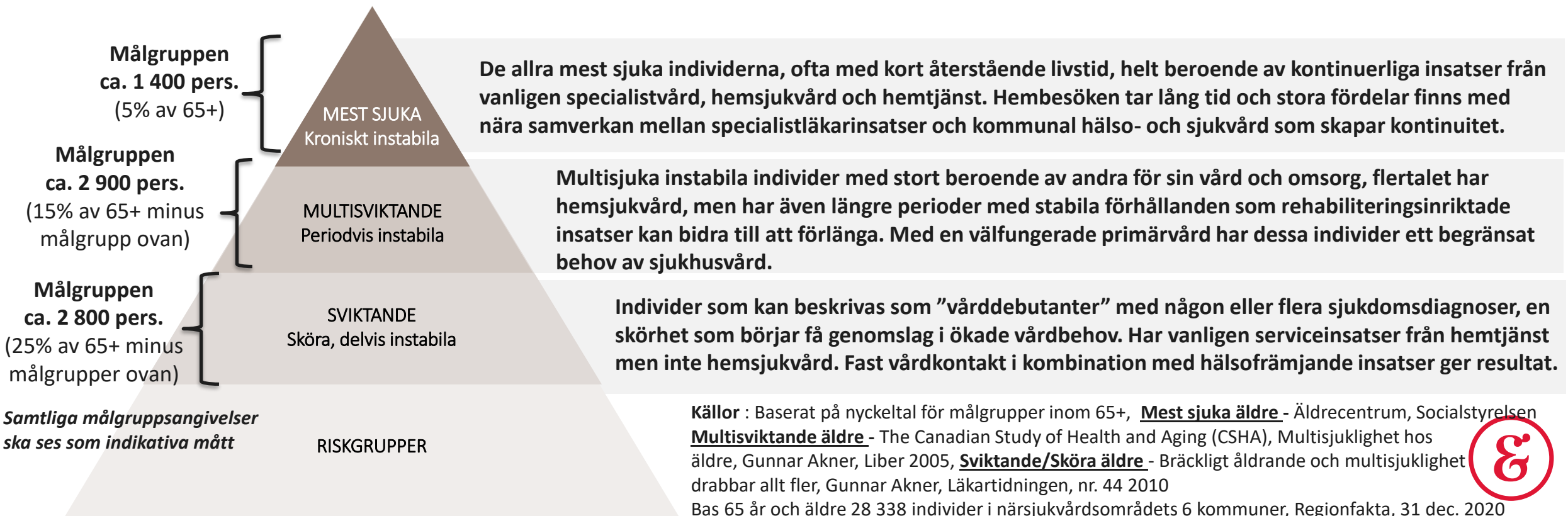


ETT ANGREPPSSÄTT MED EN STYRNINGSMODELL FÖR DET MOBILA VERKSAMHETSSYSTEMET

ILLUSTRATIVT

Behovsstrukturering: Fastställa patientgrupper och omfattning

Utgångspunkten för en styrning med ett nytt angreppssätt är en behovsstrukturering av målgruppen komplext sjuka, med en uppdelning av olika behovstillstånd, som optimalt kan bemötas av olika sammansättningar av mobila team. Med en tydlig segmentering underlättas för att utveckla ett fåtal mobila team, med anpassad mix av specialistkompetens, som skapar stor nytta genom en strukturerad samverkan med kommunernas hälso- och sjukvård samt omsorg. Syftet är att skapa kontinuitet och proaktivitet utifrån grunder som förenar patientnytta med produktionsrationalitet.

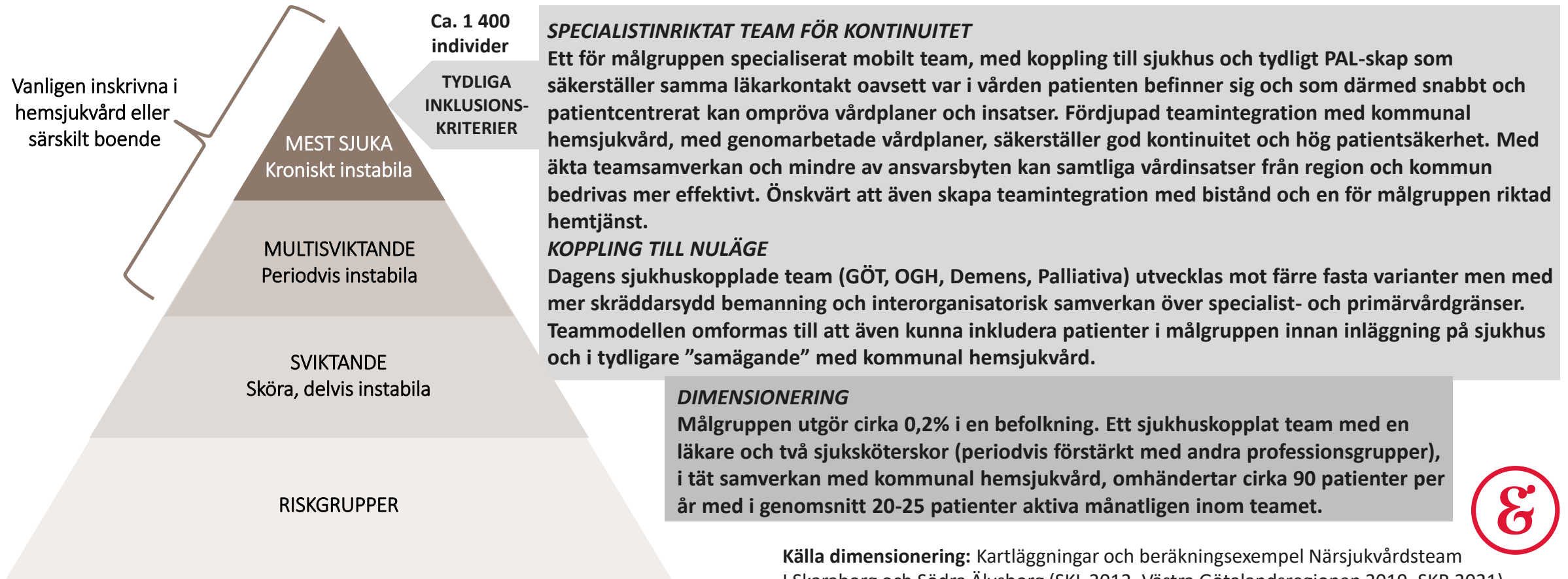


ETT ANGREPPSSÄTT MED EN STYRNINGSMODELL FÖR DET MOBILA VERKSAMHETSSYSTEMET

ILLUSTRATIVT

Matchande vårdlösningar: Design av mobilitet och modell för teamsamverkan

MÅLGRUPPEN MEST SJUKA: Utifrån behovsstruktureringen formas mobila vårdlösningar för uppgifter som på bästa sätt kan matcha patientnytta med produktionsrationalitet. Med ett systemgemensamt perspektiv utnyttjas de bästa möjligheterna som varje samarbetsaktör kan bidra med för att på optimala grunder bemöta de olika behovsgrupperna. De mobila arbetssätten ger möjligheter till nytänkande direktsamverkan i patienternas boenden.



Källa dimensionering: Kartläggningar och beräkningsexempel Närsjukvårdsteam I Skaraborg och Södra Älvsborg (SKL 2012, Västra Götalandsregionen 2019, SKR 2021)

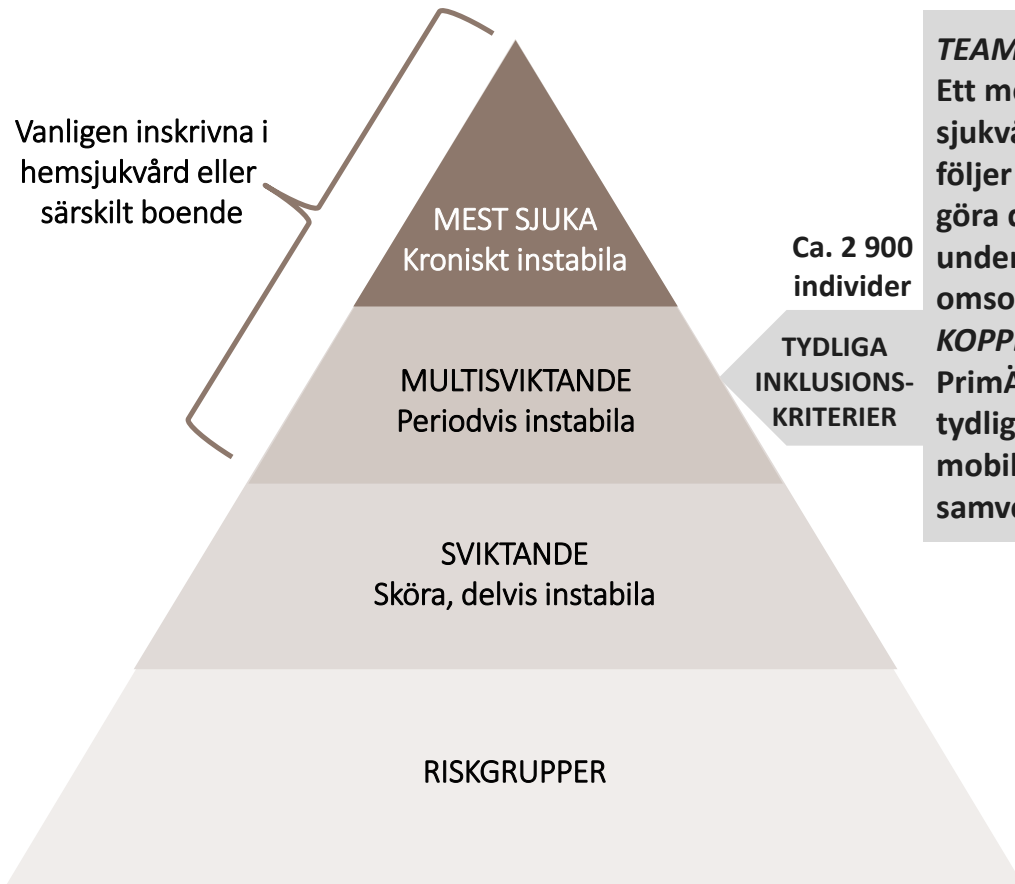


ETT ANGREPPSSÄTT MED EN STYRNINGSMODELL FÖR DET MOBILA VERKSAMHETSSYSTEMET

ILLUSTRATIVT

Matchande vårdlösningar: Design av mobilitet och modell för teamsamverkan

MÅLGRUPPEN MULTISVIKTANDE: Utifrån behovsstruktureringen formas mobila vårdlösningar för uppgifter som på bästa sätt kan matcha patientnytta med produktionsrationalitet. Med ett systemgemensamt perspektiv utnyttjas de bästa möjligheterna som varje samarbetsaktör kan bidra med för att på optimala grunder bemöta de olika behovsgrupperna. De mobila arbetssätten ger möjligheter till nytänkande direktsamverkan i patienternas boenden.



TEAM SOM BINDER IHOP SAMVERKAN INOM PRIMÄRVÅRD

Ett mobilt team binder ihop primärvården mellan region och kommun och utvecklar en hälso- och sjukvård i hemmet där läkarstödet är det främsta bidraget från regionen till teamet. Med detta följer möjligheten att etablera en välfungerande fast vårdkontakt för patienten och för teamet att göra direktinläggningar vid eventuella behov. Med god samverkan inom hela primärvården underlättas för mer rehabilitering och olika proaktiva insatser som kan minska andra vård- och omsorgsbehov för en patientgrupp som fortfarande har resurser.

KOPPLING TILL NULÄGE

PrimÄR utvecklas fokuserat mot att ta denna roll i fördjupad samverkan med kommunerna. Med tydliga inklusionskriterier och önskan från patient ska denne kunna föras över/listas till denna mobila vårdform. Det specialiserade mobila läkarstödet kan tillhandahållas av hälsocentraler (i samverkan) eller utifrån den särskilda teamlösningen.

DIMENSIONERING

En hemsjukvårdsläkare kan ansvara för cirka 250 patienter i denna målgrupp när god samverkan finns med den kommunala hemsjukvården. Med den arbetseffektivisering som uppkommer med teamet kan kommunerna involvera mer rehabiliteringsspecialiserade insatser.

Källa dimensionering: Kartläggningar av mobil hemsjukvårdsläkare i Skaraborg och Alingsås/Lerum (SKL 2012, Västra Götaland 2019)

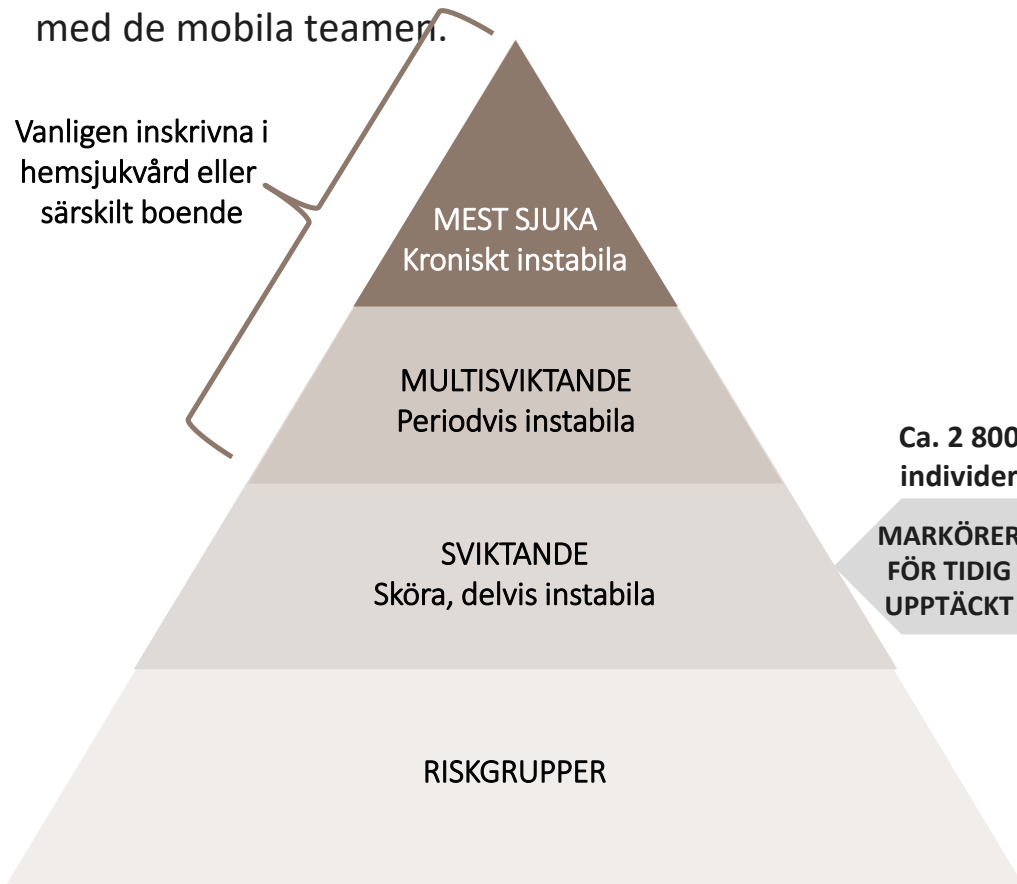


ETT ANGREPPSSÄTT MED EN STYRNINGSMODELL FÖR DET MOBILA VERKSAMHETSSYSTEMET

ILLUSTRATIVT

Matchande vårdlösningar: Design av mobilitet och modell för teamsamverkan

MÅLGRUPPEN SVIKTANDE/SKÖRA: Denna vårdlösning underlättar för det mobila systemet att verka genom att systematiskt arbeta med tidig upptäckt och en funktion för att stärka och förbättra hälsan för de sköra och delvis instabila. Ett väl fungerande mobilt vårdssystem med effektiva samverkansformer kan skapa ny kapacitet för att bättre arbeta med hälsofrämjande insatser som denna behovsgrupp har stor nytta av. Samtidigt är denna funktion viktig för att kapacitet och jämlika förhållanden ska kunna upprätthållas med de mobila teamen.



FAST VÅRDKONTAKT FÖR TIDIGA INSATSER

Denna funktion är viktig för att förbättra tillgången till hälsofrämjande insatser och minska tillflödet av patienter till de mobila teamen. Behovsgruppen upptäcks oftast inom kommunens serviceinsatser eller som "debutanter" på hälsocentralerna. En fast vårdkontakt utses (inom regionens eller kommunens primärvård) som med SIP etablerar ett "nätverk" av stödjande insatser (fysiskt och digitalt) och med aktiv involvering av individen själv. Den fasta vårdkontakten, som en form av vårdlots, kan begära att mobila insatser utförs i hemmet vid behov.

KOPPLING TILL NULÄGE

Med breddinförandet av särskilda mobila team inom primärvården (för multisviktande) ökar kapaciteten för hälsocentralerna att göra hembesök när det krävs till denna målgrupp och som samtidigt kan utveckla en förbättrad samverkan mellan hälsocentralen och hemtjänsten kring proaktiva insatser.



BEDÖMNING AV MÖJLIGA EFFEKTER AV ETT SAMMANHÅLLET MOBILT VERKSAMHETSSYSTEM

Nedan görs en bedömning av olika effekter som skulle kunna uppkomma genom att förändra styrningen av de mobila verksamheterna. Med det beskrivna angreppssättet kan en form av ett *sammanhållet verksamhetssystem* utvecklas med utgångspunkt från en gemensam behovsstrukturering och med en design som för målgrupperna *kombinerar de viktigaste bidragen* från huvudmännen och utförarverksamheterna.

1. Det mobila verksamhetssystemet ska kunna bli **mer överskådligt och tydligt** då det i huvudsak finns två varianter av mobila team – sjukhuskopplade team (med vissa specialinriktningar efter behov) som fokuserar på kroniskt instabila patienter, och primärvårdsbaserade team som fokuserar på multiviktande, periodvis instabila patienter. I teamsammansättningen ingår alltid kommunernas hälso- och sjukvård när denna vård är aktuell för patienterna.
2. Med den gemensamma behovsstruktureringen som angreppssätt kan en **dimensionering utföras från början** som syftar till att **systematiskt planlägga resursbehoven** och så långt som möjligt skapa jämlika förhållanden inom hela närsjukvårdsområdet. Dimensioneringen avgör hur många team det blir.
3. Med de mobila arbetsätten kan en kontinuitet upprätthållas i vårdrelationerna då **teamen arbetar med patienten oavsett var denne finns inom vårdsystemet**, men merparten av arbetet kan genom en nära teamsamverkan mellan region och kommun utföras i patientens boende och med bästa möjliga stabilitet i omhändertagandet av de två målgrupperna. **Med ökad kontinuitet i samverkan uppstår en stabilitet** som ofta **medför att färre specialistinsatser behövs** vilket påverkar såväl antalet varianter som dimensioneringen av mobila team.
4. De mobila arbetsätten, rätt utformade, skapar därmed möjligheter till att **sy ihop idag uppdelade vård- och omsorgskompetenser i kombinationer som är väl anpassade efter behov** och som med teammodeller skapar god kontinuitet. Detta ger en **effektiv vård** som innebär sammantaget mindre vård dagar och vårdbesök för de aktuella målgrupperna. Kostnader för mobila team kommer att täckas med stora marginaler jämfört med dagens arbetsätt för samma patienter. De frigjorda resurserna kan då **finansiera en spridning av mobila team i närsjukvårdsområdet**. Kartläggningar visar att såväl region som kommuner gynnas resursmässigt av denna utveckling.



STYRNING MED ETT SAMMANHÅLLET MOBILT VERKSAMHETSSYSTEM - SLUTSATSER

Nedan beskrivs fyra centrala slutsatser som förhoppningsvis kan ge en översikt om möjligheterna i ett nästa steg:

- Det finns **stora kvalitets- och resursförbättringspotentialer** med att systematiskt utveckla mobila team för målgrupper med större behov över "vårdsystemen" – men detta förutsätter noggrann anpassning till **väldefinierade patientbehov och att en "äka teamsamverkan" utvecklas** mellan olika utförarverksamheter och huvudmannagränser.
- Potential och stabilitet blir bäst om ett mobilt verksamhetssystem ses som **ett särskilt verksamhetssystem** (med avdelade resurser) och som utvecklas under förhållanden som från början kan **ses som ett "samägande" mellan sjukhuskopplad vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård**, samt även med kommunens socialtjänst inkopplad.
- För att komma framåt i en sådan strategi kan grunderna för planering och styrning av mobila verksamheter behöva **skiftas från olika produktionsorganisationers intressen till en övergripande och gemensam behovsstrukturering** inom närsjukvårdsområdet som utgångspunkt för de mobila verksamheterna – där möjligheterna med de **mobila arbetssätten utnyttjas fullt ut och underlättas** för att även **fläta ihop gränsöverskridande och väl anpassade vårdinsatser** för patienterna.
- För att genomföra angreppssättet behövs, förutom ett **införandestöd som skapar samsyn och strategi** för att uppnå ömsesidiga fördelar, en **anpassning av styrformerna** genom riktade vårduppdrag, ersättningsformer (som gynnar teamsamverkan), översyn av ackrediteringsvillkor inom hälsovalet samt en löpande uppföljning och lärande utvärderingar.



GENOMFÖRDA INTERVJUER

Staffan T Eriksson, Ambulanssjuksköterska Bedömningsbilen, Ambulanssjukvården, Region Västerbotten

Gunnar E Lindström, Samordnare Mobila team, Avdelningschef Bjurholms Hälsocentral, Region Västerbotten

Camilla Lundgren, Biträdande verksamhetschef HSL Äldre & Äldreomsorg, Umeå kommun

Ingela Lundström, Enhetschef Norra korttidscentrum, Pool & kvälls- och nattpatrullen, HSL Hemsjukvården, Umeå kommun

Andrea Nyman, Avdelningschef PrimÄR, Region Västerbotten

Stefan Silverlöv, Avdelningschef Palliativ medicin Umeå, CancerCentrum, Region Västerbotten

Gabriella Skantz Eikelboom, Verksamhetschef Geriatriskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus, Region Västerbotten

