



Närvården i västra Skaraborg
Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare

Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting
HCM Health Care Management
25 november 2013

Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund.....	3
2. Hemsjukvård inom ramen för Närvård västra Skaraborg	4
3. Närvård västra Skaraborg idag	5
4. De studerade vårdmodellerna.....	6
4.1 Närsjukvårdsteamet – ett sömlöst omhändertagande.....	6
4.2 Mobil hemsjukvårdsläkare i Lidköpings kommun.....	8
4.3 Mobila palliativa teamet.....	10
5. Observationer och iakttagelser baserat på intervjuer.....	11
6. Ekonomisk redovisning och analys.....	16
6.1 Förändring av slutenvård och akutbesök för 10 individer.....	16
6.2 Förändrade totalkostnader för 10 studerade typfall.....	17
6.3 Självkostnadskalkyl för Närsjukvårdsteamet.....	18
6.4 Självkostnadskalkyl Mobila palliativa teamet.....	18
6.5 Självkostnadskalkyl Mobil hemsjukvårdsläkare.....	19
6.6 Sammanfattning av ekonomisk analys	20
7. Teoretisk referensram.....	21
8. Analys av det samverkande systemet Närsjukvård/Mobilt palliativ team/ Mobil hemsjukvårdsläkare.....	24
8.1 Översikt; två viktiga framgångsfaktorer.....	24
8.2 Framgångsfaktor 1: Samverkande mikrosystem (med gemensamt fokus på en avgränsad målgrupp).....	25
8.3 Framgångsfaktor 2: God överensstämmelse mellan en avgränsad målgrupps behov och förmedlingsform.....	26
9. Slutsatser och rekommendationer	28
9.1 Slutsatserna.....	28
9.2 Rekommendationerna.....	30
Bilaga 1: Intervjupersoner.....	33
Bilaga 2: Redovisning av typfall.....	35

1. Inledning och bakgrund

För att lära av erfarenheter från utvecklingsprojekt behövs ett systematiskt och sammanhållet lärande så att gjorda erfarenheter och upparbetade kunskaper tas tillvara och kan vidareutvecklas i ett regionalt och nationellt perspektiv. Ett lärande arbetssätt förutsätter utvärderingar för reflektion och kritisk granskning. Dessa ska ge underlag för analys, återkoppling och nödvändig spridning av projektet.

Närvård västra Skaraborg har ansökt och beviljats projektmedel för att utvärdera och kostnadskalkylera tre olika vårdmodeller som är etablerade i västra Skaraborg. Projektutvärderingen genomförs inom ramen för Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementets satsning inom programmet "Bättre liv för sjuka äldre."

Bättre liv för sjuka äldre är en nationell satsning som är kopplad till en överenskommelse med regeringen om prestationsbaserade stimulansmedel till sammanhållen vård och omsorg om sjuka äldre. Ett förbättringsområde handlar om att utveckla öppen vård och hemsjukvård utifrån den äldre personens hela behov. Lidköping och omgivande kommuner i västra Skaraborg arbetar utifrån några nya modeller där väl fungerande kommunal hemsjukvård kunnat minska behovet av vård på sjukhus för bland annat de äldre.

Utvärderingen av vårdmodellerna inom Närvård västra Skaraborg har genomförts i ett antal steg där källorna har varit samtal med nyckelpersoner, dokumentation från andra utvärderingar samt konklusioner av djupintervjuer med nyckelpersoner och patienter samt anhöriga. Ekonomiska beräkningar har legat till grund för att jämföra resultat av arbetssättet inom Närvård västra Skaraborg med mer traditionella vårdformer. Ekonomiska jämförelser har även gjorts med bl.a Stockholms läns landstings ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Vårdmodellerna har därefter analyserats vidare och jämförts med erfarenheter från andra liknande utvecklingsarbeten i Sverige och internationellt. Relevanta forskningsresultat har också använts för att analysera och bedöma potentialerna i utvecklingsarbetet inom Närvård västra Skaraborg.

De tre nya vårdmodellerna som utvärderas i denna rapport är:

1. Närsjukvårdsteamet som är en permanent verksamhet som har sin organisatoriska tillhörighet i länssjukvården, men rapporterar löpande till ledningsgruppen för Närvård västra Skaraborg. Närsjukvårdsteamet arbetar i sex kommuner; Lidköping, Götene, Skara, Vara, Grästorp och Essunga kommuner. Verksamheten vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Vården ges i form av hembesök.

2. Mobil hemsjukvårdsläkare i Lidköpings kommun som etablerades 2011. Syftet var att förbättra medicinsk planering, läkemedelsbehandling, ge ökad trygghet för individen samt att ge bättre och rättvisare bedömningar i individens hemmiljö i samarbete med den kommunala hemsjukvården.

3. Mobila palliativa teamet har varit ett treårigt projekt mellan Stiftelsen Hospice Gabriel och Närvård västra Skaraborg som kommer att permanentats från och med den 1 januari 2014. Teamet består av läkare och sjuksköterskor. Kurator och präst konsulteras vid behov. Teamet medverkar till avancerad vård i hemmet i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemvård. Det Palliativa teamet ska vara en länk mellan de olika vårdgivarna och hemmet/ boendet i ett nära samarbete med den palliativa slutenvården vid Hospice Gabriel.

Utvärderingen har bedrivits under perioden maj-november 2013 och genomförts av ett team från HCM Health Care Management i samarbete med ledningsgruppen för Närvård västra Skaraborg.

2. Hemsjukvård inom ramen för Närvård västra Skaraborg

I samband med Ädelreformens genomförande 1992 beslöts bl. a i dåvarande Skaraborgs län (idag en del av Västra Götalandsregionen, VGR) att hemsjukvården skulle föras över från landstinget till kommunerna. I Skaraborgs läns landsting fanns en primärvårdsnämnd för varje kommun som innebar att genomförandet av hemsjukvården till ett kommunalt ansvar underlättades avsevärt.

År 2000 genomfördes en utredning om framtidens vård och omsorgsbehov i Lidköpingsområdet (Lidköpings sjukhus och de sex kommunerna i västra Skaraborg) på uppdrag av dåvarande hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Efter utredningen gav dåvarande hälso- och sjukvårdsnämnd uppdraget att driva arbetet med närsjukvården.

Parallellt pågick förbättringsarbeten på SkaS Lidköping där det snabbt stod klart att mer samarbete över organisationsgränserna var nödvändigt för att förbättra bl. a vårdplaneringen. Gruppen bestod av läkare från sjukhuset, representanter från primärvården och kommunerna. Ur dessa båda aktiviteter föddes idén om Närsjukvård

västra Skaraborg. Efter beslutet i dåvarande hälso- och sjukvårdsnämnden tog vård- och omsorgschefen i Lidköping kontakt med övriga intressenter i västra Skaraborg vilket ledde till att en ledningsgrupp bildades vars syfte var att utveckla konceptet Närsjukvård västra Skaraborg. Ledningsgruppen arbetade i partnersamarbete där var och en bidrog med sin del. Det ledde också till att koordinatörer kunde börja anställas, vars ansvar och arbetsuppgifter ökat under åren.

Arbetet startade 2001 med att ledningsgruppen började träffas frekvent (1 gång per månad). Alla i gruppen hade beslutsmandat så viktiga beslut kunde fattas vid sittande bord.

Den första perioden bestod mest av informationsutbyte bland representanterna i ledningsgruppen. 2004 övergick arbetet till att bli mer operativt. Detta resulterade slutligen i ett gemensamt styrkort. Detta blev startskottet till en organisatorisk lösning. Finansieringen för denna inledande fas kom från de olika kommunerna beräknat på befolkningens mängden inom respektive kommun samt från Västra Götalandsregionen.

År 2008 när närsjukvårdsteamet bildades sköt beställarnämnden till medel som projektstöd. 2009-2010 hade hälso- och sjukvårdsnämnderna ett överskott och Skaraborgs sjukhus fick då utvecklingsstöd som bl. a möjliggjorde en utökning av en av koordinatörernas arbetstid. När det Mobila palliativa teamet startades som projekt år 2011 sköt beställarnämnden också till medel liksom stiftelsen Hospice Gabriel: Verksamheten blir permanent 1 januari 2014. 2011 ändrades namnet från Närsjukvård till Närvård eftersom det inte bara handlade om sjukvård utan också om ett hälsofrämjande arbete.

Med hjälp av stimulansmedel från SKL år 2012 kunde koordinatörernas arbete ytterligare utökas.

3. Närvård västra Skaraborg idag

Närvård västra Skaraborg består idag av sex kommuner med ett upptagningsområde om cirka 96 000 invånare. Sjukvårdsutbudet omfattar elva vårdcentraler (varav fyra privata) och Skaraborgs sjukhus Lidköping som ingår i Skaraborgs sjukhus (SkaS) som i sin tur är en av fyra sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen¹.

Närvårdsledningen är fortsatt en viktig förutsättning för att de olika verksamheterna ska ha stark förankring och legitimitet i såväl sjukvårdens organisationer och verksamheter samt hos kommunerna.

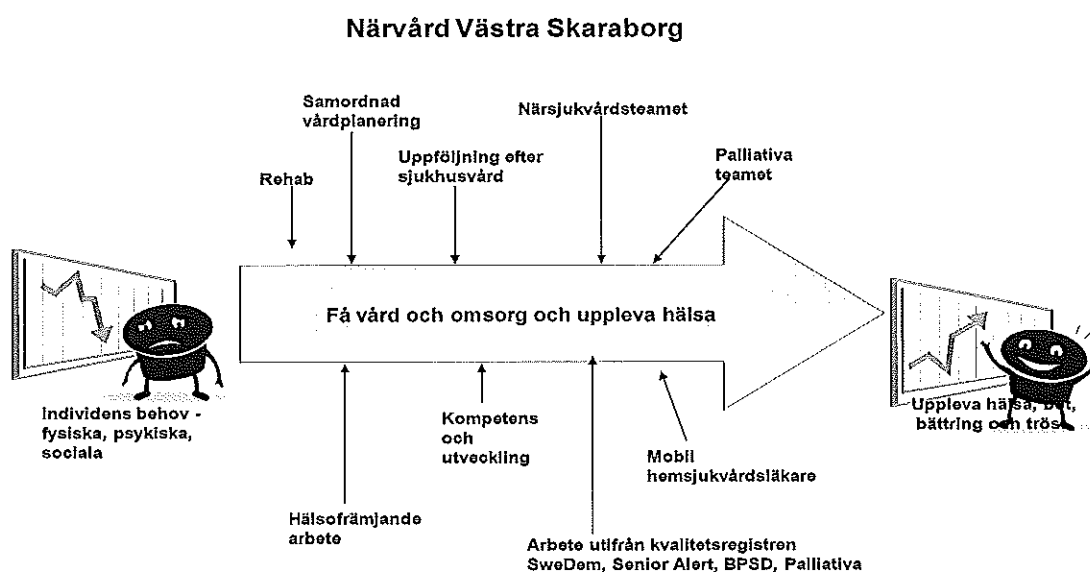
Genom de organisationsförändringar som genomförts inom SkaS under år 2013 har sjukhusens organisatoriskt förändrats till en divisionalisering av bl. a medicin- och kirurgverksamheterna som har ett övergripande ansvar inom hela SkaS. I den nya

¹ Skaraborgs Sjukhus består av Kärnsjukhuset i Skövde, Lidköpings lasarett, Mariestads sjukhus och Falköpings sjukhus.

organisationen har Skaraborgs sjukhus Lidköping (SkaS Lidköping) därmed inte längre en egen autonom medicin- eller kirurgklinik. Den lokala förankringen mellan politiker i regionen och lokalt har också förändrats och samverkan sker nu i samlad form för hela Skaraborg.

Samfinansieringen av närvården i västra Skaraborg är och har varit en viktig förutsättning för den framgångsrika samverkan i vården och omsorgen

Närvård västra Skaraborgs processbild för patientarbetet



Källa: Presentationsunderlag Närvård västra Skaraborg (hämtad från SkaS)

4. De studerade vårdmodellerna

4.1 Närsjukvårdsteamet – ett sömlöst omhändertagande

Inom kommunerna och vid sjukhuset hade man länge observerat hur många multisjuka äldre fastnat i ett ekorrhjul, där ingen tog ansvar för hela deras situation. Följderna blev onödiga transporter och förflyttningar för individen vilket ledde till sänkt allmäntillstånd, ovärdigt liv, dåligt utnyttjade resurser och resursslöseri för administrations-, vård- och omsorgspersonal. Man arbetade därmed inte på ett situationsorienterat sätt.

År 2007 fattade ledningsgruppen för Närsjukvården beslut om att etablera ett Närsjukvårdsteam som inledde sin operativa verksamhet i slutet av år 2008. Närsjukvårdsteamet är numera en permanent verksamhet som har sin organisatoriska

tillhörighet till medicinområde 2 vid Skaraborgs Sjukhus, SkaS. Teamet rapporterar löpande till ledningsgruppen för Närvård västra Skaraborg. Närsjukvårdsteamet är verksamt i sex kommuner; Lidköping, Götene, Skara, Vara, Grästorp och Essunga kommuner. Teamet finansieras av dessa kommuner, Västra Götalandsregionens primärvård (idag Närhälsan) och Lidköpings lasarett (idag ingående i Skaraborgs Sjukhus, SkaS). Teamet har minst en korttidsplats per kommun som man har rätt att belägga samt fyra vårdplatser på medicinkliniken vid SkaS Lidköping.

Närsjukvårdsteamet vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommunens hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Arbetsättet är symtomorienterat i stället för diagnosorienterat, vilket ska syfta till ett mer patientcentrerat arbetsätt.

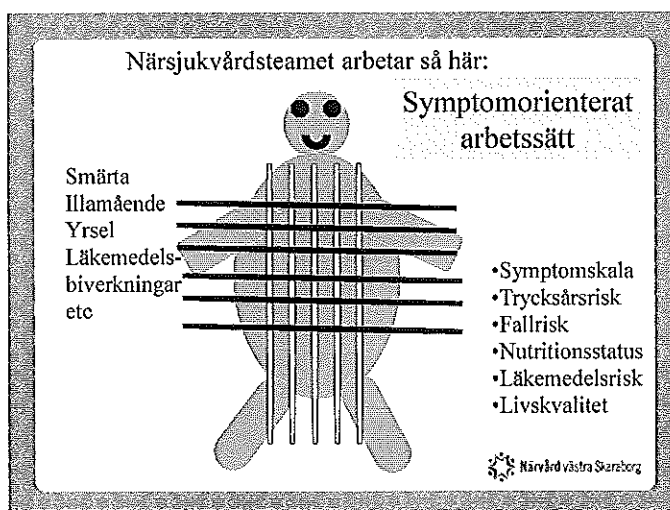
Syftet med närsjukvårdsteamet är att ge individanpassad, trygg och samordnad vård, där helhetssyn och generalistperspektiv är viktiga fundament som ska leda till att oplanerade vårdtillfällen i slutenvården minimeras.

Teamets inklusionskriterier är:

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- Klarar ej sin personliga vård
- 75 år eller äldre
- Inskrivna i hemsjukvården

Minst fyra av dessa kriterier måste uppfyllas för att bli inskriven i teamet.

Illustration över närsjukvårdsteamets symtomorienterade arbetsätt



Källa: Beskrivning av Närsjukvårdsteamet, Närvård västra Skaraborg 22 mars 2012

Teamet består av en läkare (geriatriker) och två specialistsjuksköterskor som arbetar måndag till fredag kl. 8-17. För närvarande finns också två ST-läkare knutna till verksamheten. Under fredagar förbereds helgen genom information och kontakter med kommunens hemsjukvårdspersonal och bakjouren vid medicinkliniken t ex genom att recept på läkemedel förskrivs. På så sätt förebyggs undvikbara inläggningar i slutenvården också under helger. Återinläggning inom 30 dagar för samma diagnos/sjukdomsbild/åkomma sjönk mycket kraftigt med cirka 80 till 90 procent efter etableringen av Närsjukvårdsteamet.

Närsjukvårdsteamets arbete består i att göra det dagliga livet så bra som möjligt och skapa trygghet för den som är inskriven och dennes närstående. Teamet arbetar intensivt under en begränsad period där hela livssituationen beaktas, dvs. alla sjukdomar, funktionsnedsättningar och omsorgsbehov samtidigt, för att optimera möjligheterna i det dagliga livet.

Närsjukvårdsteamet har samtidigt omkring 24 patienter inskrivna. Av de totalt inskrivna patienterna sedan start 2008 har 21 patienter varit mellan 65 – 75 år och 5 patienter under 65 år. Målgruppen för Närsjukvårdsteamet motsvarar ca 0,2 % av befolkningen och befinner sig i den översta nivån av figuren på sidan 22 (Indelning av målgrupper utifrån hälsostatus och behov). Teamets läkare är patienternas fasta vårdkontakt och "rondar" sina inlagda patienter vid medicinkliniken. Det geriatriska arbetssättet som Närsjukvårdsteamet tillämpar avlastar medicinkliniken och kan vara ett sätt att lösa bristen på medicinvårdplatser i västra delen av SkaS.

Under 2010-2011 har en utvärdering av verksamheten genomförts. Utvärderingen visar bl. a att slutenvårdsbehovet i stort sett upphört, antalet vård dagar har minskat med 92 procent för patienter som är eller varit inskrivna i teamet. Reducering av akutbesök uppgick till 80 procent och reduktion av mottagningsbesök uppgick till 89 procent.

4.2 Mobil hemsjukvårdsläkare i Lidköpings kommun

I Lidköpings kommun som har ca 38 000 invånare, etablerades 2011 en mobil hemsjukvårdsläkare för patienter inskrivna i hemsjukvården. Syftet var att förbättra den medicinska planeringen, läkemedelsbehandlingen, ge ökad trygghet för individen samt bättre och rättvisare bedömningar i individens hemmiljö. Det innebar också ett bättre flöde mellan Närsjukvårdsteamet och övrig primärvård eftersom kontinuiteten för de inskrivna patienterna i Närsjukvårdsteamet kunde förbättras tack vare läkarens tillgänglighet och möjlighet till hembesök med kort varsel. En annan viktig framgångsfaktor är noggrann och tillitsfull kommunikation med kommunens hemsjukvårdspersonal som leder till ökad trygghet och flexibilitet för alla parter.

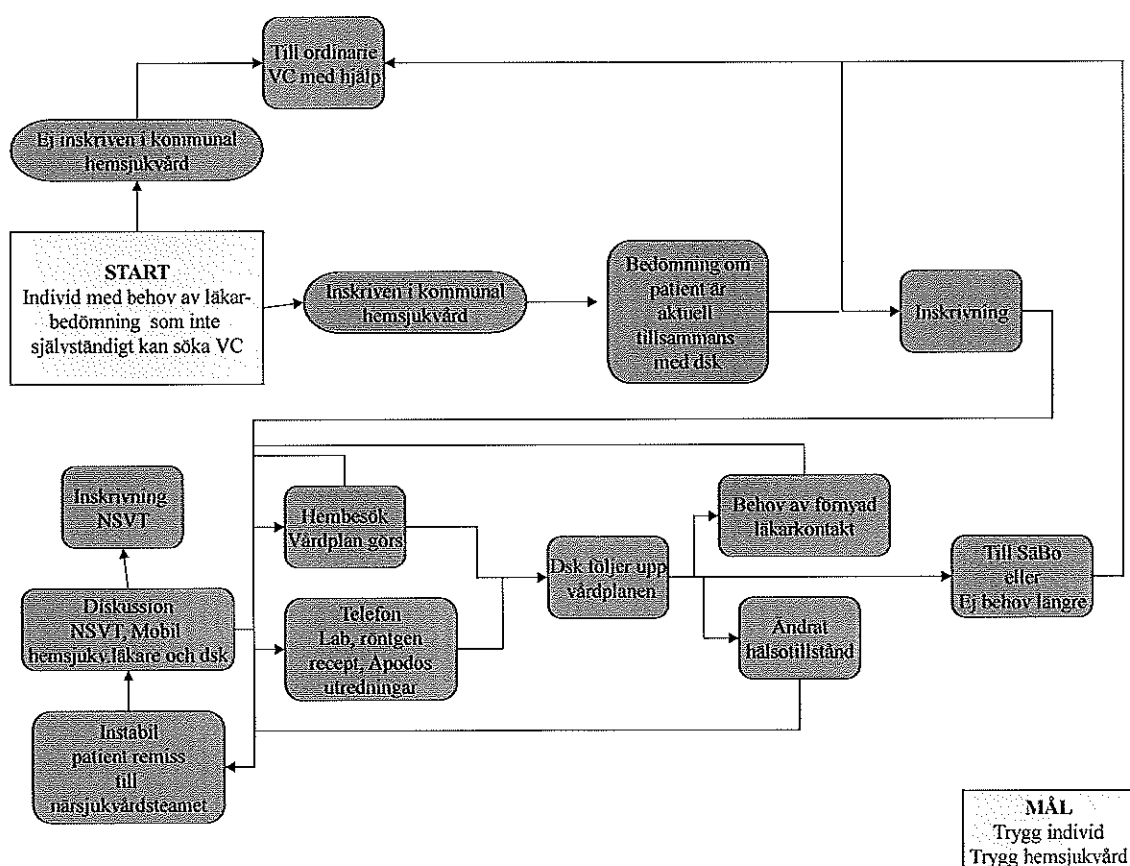
Den Mobila hemsjukvårdsläkaren har mellan 270-350 patienter listade. Patienterna som erbjuds tjänster från den Mobila hemsjukvårdsläkaren är inskrivna i den kommunala hemsjukvården i Lidköpings kommun och har sammansatt vårdbehov och nedsatt autonomi

(definierat av tre eller flera medicinska insatser inom hemsjukvården). Dessa patienter återfinns på nivå två i figuren på sidan 22.

Resurser som använts har bedömts till ca 55 procent av en heltids läkartjänst. Det finansieras genom att de två vårdcentralerna, Ågårdskogen och Guldvingen, som drivs av Västra Götalandsregionen i Lidköpings kommun, delar på kostnaderna. Lidköpings kommun bidrar med att finansiera bil och mobiltelefon. Ingen ytterligare finansiering finns för projektet.

Primärvården i Skaraborg har beslutat att ytterligare tillskjuta medel motsvarande 25 procent av Mobila hemsjukvårdsläkarens arbetstid att användas för att utveckla vårdssamverkan i äldresjukvården i Skaraborg. Syftet är att den Mobila hemsjukvårdsläkarens arbetssätt ska kunna spridas och utvecklas till att omfatta flera områden i Skaraborg.

Mobila hemsjukvårdsläkarens processbeskrivning



Källa: Processkarta Mobil hemsjukvårdsläkare, Närvård västra Skaraborg 27 juli 2013

Den Mobila hemsjukvårdsläkaren i Lidköping fyller en viktig funktion i samarbetet med Närsjukvårdsteamet och kommunens hemsjukvård. Den svaga länken i närvården i övriga kommuner i västra Skaraborg är avsaknaden av strukturell god samverkan med husläkarna. Med undantag av en läkare i Kvänum saknas hembesöksmöjligheter i praktiken för patienter i området. Läkartjänsterna vid vårdcentralerna är till stor del vakanta och besätts av

hyrläkare. Det ger en stor kontinuitetsbrist för hemsjukvårdspatienterna i övriga västra Skaraborg.

4.3 Mobila palliativa teamet

Tankar och idéer om ett palliativt team i västra Skaraborg har funnits i tio år. Behovet av bättre palliativ vård av patienterna i sent skede av cancersjukdomar var stort i västra Skaraborg. Våren 2011 etablerades det palliativa teamet som ett treårigt samarbetsprojekt mellan Stiftelsen Hospice Gabriel och Närsjukvård västra Skaraborg. Man kom överens om att dela på personalkostnader och övriga kostnader mellan regionen och Hospice Gabriel som också tillhandahåller två slutenvårdsplatser för behandling vid behov. Hospice Gabriel har även platser för s.k. symtomlindring som Västra Götalandsregionen kan remittera till. Verksamheten bedöms av kirurgkliniken som mycket viktig för patienterna.

Teamet består av två läkare (en heltid) och tre sjuksköterskor (två heltider). Tjänsterna delas lika mellan Hospice Gabriel och SkaS Lidköping. Kurator och präst konsulteras vid behov. Teamet samarbetar prestigelöst med kommunens hemsjukvård, primärvården, Hospice Gabriel och huvudsakligen kirurgkliniken vid SkaS Lidköping och är tillgängligt dygnet runt. Teamet ger också fortlöpande utbildning och rådgivning i palliativ vård till kommunens hemvård (hemtjänst och hemsjukvård). En av läkarna som är specialist på smärta ger också konsultationer till kirurgkliniken vid SkaS Lidköping. Teamet avlastar och underlättar arbetet vid kirurgkliniken och man tillämpar möjlighet till direktinläggning (s.k. öppen retur) vid kirurgkliniken för t ex urakuta tillstånd. Vårdplatser ordnas med hög prioritet. Teamets arbetssätt har reducerat återinläggningarna (s.k. "öppen retur") vid kirurgkliniken med drygt 50 procent, vilket innebär att vårdplatser sparas på sjukhuset. Det Mobila palliativa teamet fungerar också som en länk mellan de olika vårdgivarna och det egna boendet eller de som är i särskilt boende.

Syftet är att ge palliativa vårdtagare möjlighet att få vård i hemmet under trygga förhållanden. Målet med insatserna är att uppnå symtomlindring och god livskvalitet på patientens egna villkor. Det Mobila palliativa teamet finns för alla invånare över 18 år och uppåt i västra Skaraborg med behov av palliativ vård och insatser, vilket innefattar personer i eget boende och särskilt boende (SÄBO).

Under perioden 2011-06-01 till 2011-12-31 inkom 83 remisser och 99 hembesök gjordes av läkare och sjuksköterska tillsammans och 50 hembesök av sjuksköterska. Teamet klarar cirka 45 patienter samtidigt.

Kriterier för att kunna skrivas in i Mobila palliativa teamet:

- Patientens önskemål
- Obotlig cancersjukdom
- Brytpunktssamtal skall vara genomfört, d v s patienten skall vara informerad av behandlande läkare om att patientens sjukdom inte är möjlig att bota

- Besvärande komplexa symtom
- Förväntad kort överlevnad veckor - månader

5. Observationer och iakttagelser baserat på intervjuer

Närvård västra Skaraborg har utvecklats under tolv års tid. Resultatet skiljer sig en del från många ganska kortlivade förändringsprojekt som genomförs och som i många fall försvinner när entusiasmen lagt sig. Dessa förändringsprojekt och drivkrafter bygger oftast på eldsjälur och är därmed sårbara och personbundna.

För att skapa en tydlig bild av de olika verksamheterna i västra Skaraborg har 53 intervjuer med nyckelpersoner genomförts. Dessa intervjuer är väsentliga för att få en aktuell uppfattning av hur verksamheten fungerar i vardagen bland dem som är verksamma som medarbetare i teamen, samarbetar med teamen eller är patienter och anhöriga.

Närsjukvårdsteamets och det Mobila palliativa teamets medarbetare har intervjuats, liksom en del av personalen som är verksamma i vård och omsorg (sjuksköterskor, undersköterskor och rehabiliteringspersonal) som samarbetar med teamen. Patienter och anhöriga som får vård av teamen har också intervjuats om verksamheten. Den Mobile hemsjukvårdsläkaren har intervjuats, liksom en del av dem som är verksamma i kommunala hemsjukvården som samarbetar med honom. Ledningsgruppen Närvård västra Skaraborg har intervjuats liksom en förtroendevald från kommunerna och en förtroendevald från Västra Götalandsregionen. En förteckning över de intervjuade återfinns i bilaga 1.

Samtliga intervjuer har genomförts i möten utom i ett fall där intervjun behövde genomföras per telefon. I det följande sammanfattas konklusioner av intervjuerna.

Närsjukvårdsteamets medarbetare

Arbetsättet inom ramen för Närsjukvårdsteamet kan betraktas som en ny vårdform som följaktligen bör vända sig till remittenterna. Patienterna bör inte ges möjlighet att "välja" vård från Närsjukvårdsteamet.

En viktig förutsättning för snabba beslut och ett flexibelt arbetssätt är och har varit närsjukvårdsledningens starka engagemang. Bildandet (eller snarare divisionaliseringen) av SkaS (Skaraborgs sjukhus; Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad) kan visa sig bli ett större problem än det redan är idag.

"För att bredda Närsjukvårdsteamets arbetssätt bör en virtuell geriatrisk klinik etableras för hela Skaraborg"

Ett av de största problemen är att primärvården har otillräcklig bemanning och många stafettläkare. Vårdarbetet kan, trots primärvårdens brister, bedrivas mycket effektivt och flexibelt tack vare det stöd som finns i såväl de olika personalgrupperna, som hos ledningsgruppen. De samarbetsformer som etablerats under åren ställer krav på stort

personligt engagemang och entusiasm, hos dem som vårdar patienterna. I samspelet mellan huvudmän, vårdgivare och patienter har en särskild positiv arbetskultur successivt växt fram.

Personal som samarbetar med Närsjukvårdsteamet

Utbildning av fler geriatriker och specialistsjuksköterskor måste prioriteras så att sårbarheten i Närsjukvårdsteamet minskar. Idag är Närsjukvårdsteamet i alltför hög grad beroende av de enskilda personer som arbetar där. Samarbetet med Närsjukvårdsteamet innebär trygghet och flexibilitet genom dess förmåga att kommunicera med sin omgivning. Det ger en känsla av professionalism kombinerat med generositet med kompetens som teamet förmedlar som bidrar till ett samarbetsklimat som bygger på ömsesidigt förtroende och tillit.

"In- och utskrivningen till och från Närsjukvårdsteamet bör också vidareutvecklas så att fler ges möjlighet att få vård i denna form"

Närsjukvårdsteamet har en tendens att behålla patienterna för länge.

Vård- och omsorgstagare till Närsjukvårdsteamet

Närsjukvårdsteamet är i stort sett helt okänt innan patienterna erbjuds att skrivas in. Både patienter och deras anhöriga anser att de borde skrivits in tidigare där någon typ av lotsfunktion också kan tänkas som förbättring av hela sjukvårdsprocessen. De olika sjukhusklinikerna ger inte tillräckligt bra omhändertagande av dem som har många inläggningar och besök.

"Vårdcentralerna fungerar så dåligt att de inte är tillräckligt kompetenta att hantera de mest sjuka äldre, främst på grund av att kontinuiteten bland läkarna brister"

Att åka in och ut i akutsjukvården under tre års tid, med 15 inläggningar eller akutbesök på ett år innan Närsjukvårdsteamet skapat ordning och reda är för patienterna, är helt oacceptabelt. När patienterna väl är inskrivna i Närsjukvårdsteamet får de besök från teamet t o m när de är inlagda på sjukhus. Vården är professionell och kombineras med ett personligt engagemang i bemötande och omsorg. Det gäller också de som kommer från hemsjukvården. Intrycket är att de samarbetar väldigt bra både emellan och med patienterna.

Mobila palliativa teamets medarbetare

Vid intervjutillfället var osäkerheten stor om hur det nuvarande projektet skulle komma utformas framöver. Att bilda teamet tog många år och det treåriga projektet upphör vid övergången till 2014. Det är ett problem att teamets olika medarbetare har olika arbetsgivare; Hospice Gabriel och SkaS. Trots att teamets medlemmar har olika arbetsgivare är känslan av samhörighet stor och förmågan till samarbete med den kommunala hemsjukvården mycket bra. Detsamma gäller samarbetet med SkaS Lidköping, primärvård och de andra teamen. Samarbetet sker i ett tillåtande klimat, där t ex teamet ger konsultationer till exempelvis SkaS och Närsjukvårdsteamet. Dessa arbetssätt känns

naturliga tack vare den positiva arbetskultur som har vuxit fram inom Närvård västra Skaraborg.

Efter att intervjuerna var genomförda har ett nytt femårigt avtal tecknats mellan parterna.

"Om entusiasmen i Mobila palliativa teamet schemaläggs riskerar den att försvinna när det projektliknande arbetet ska anpassas efter rådande organisationsstrukturer"

Det är risk för att det prestigelösa gränsöverskridande arbetet mellan det Mobila palliativa teamet, primärvården, Hospice Gabriel, SkaS Lidköping och kommunerna delas upp och blir stuprör igen.

Personal som samarbetar med det Mobila palliativa teamet

Trots att teamet endast jobbar kontorstid så klaras kvällar och helger genom teamets proaktiva arbete. Alla som arbetar där borde ha samma chef för kontinuitetens skull, idag är teamet mer som ett (hårt sammanknutet) nätverk. Frågan som ställs är vad som ska hända kommande årsskifte när projektet tar slut?

Vård- och omsorgstagare till det Mobila palliativa teamet

Det vore bra om patienter och anhöriga kunde komma i kontakt med teamet tidigare.

"Det skulle behövas någon typ av koordinator som kan vara en länk mellan övriga sjukvården och det Mobila palliativa teamet"

Teamet arbetar utan onödiga hierarkier vilket innebär bättre samarbetsformer. Det är också lätt att få information från teamets olika medarbetare. Dess kompetens och omsorg inger stort förtroende och arbetet sker i en anda av samarbete som t ex med hemsjukvården.

Detta innebär att teamet bidrar med att underlätta vardagen och underlättar för anhöriga och gör dem trygga och har till och med diskuterat med patienternas barn. Patienterna är delaktiga i vården och får information t ex om hur nya mediciner fungerar.

Den Mobila hemsjukvårdsläkaren i Lidköping

Verksamheten är mycket operativ och bygger på stort personligt engagemang. För hela västra Skaraborg skulle liknande system kunna etableras, inte minst för att verksamheten ska bli långsiktigt hållbar också för Lidköping. Mobila hemsjukvårdsläkarens verksamhet idag är i alltför hög utsträckning personbunden. Fler mobila hemsjukvårdsläkare behövs i västra Skaraborg också för att underlätta jourverksamheten. Med en mer omfattande verksamhet skulle det också finnas underlag för ST-utbildning.

"Detta är ett patientorienterat arbetssätt som sparar resurser som kontrast till sparbetning som oftast bara leder till personalreduceringar"

Kommunikationen är A och O och problemen med de olika journal- och dokumentationssystemen kan förbättras betydligt. Införande av vårdval för t ex hemsjukvården skulle kunna försämra förutsättningarna för samarbete och kommunikation med sjuksköterskorna i hemsjukvården.

Samarbetet med de olika vårdformerna inom Närvård västra Skaraborg fungerar väldigt bra. Det har grundlagts av den anda av engagemang som ledningsgruppen och närsjukvårdsteamet etablerat från början. Denna särskilda positiva arbetskultur smittar av sig på andra som är verksamma i vård och omsorg i västra Skaraborg, t.ex. primärvården och SkaS Lidköping (huvudsakligen medicinavdelningen).

Personal som samarbetar med den Mobila hemsjukvårdsläkaren

För hemsjukvårdssjuksköterskorna är Mobila hemsjukvårdsläkaren alltid nåbar, vilket innebär mycket effektivare arbete jämfört med att lägga ner många timmar på att hitta rätt läkare vid vårdcentralerna. Det råder ett öppet klimat med nära kommunikation och flexibelt stöd i samarbetet.

Denna förtroendefulla kultur och samarbetsanda sprider trygghet bland både sjuksköterskor i hemsjukvården, rehabpersonal, hemtjänsten och biståndsbedömare m fl.

"Patientsäkerheten ökar av att läkemedelslistor och läkemedelsberättelser är väldokumenterade och hålls aktuella"

Hemsjukvårdsläkaren är också en viktig länk vid in- och utskrivning av patienterna i slutenvården och några onödiga återinläggningar eller korttidsvård förekommer inte.

Ledningsgruppen Närvård västra Skaraborg

Närsjukvårdsutvecklingen i västra Skaraborg har haft starkt stöd från kommunerna och landstinget sedan ledningsgruppen bildades år 2001. Närsjukvårdsteamet, det Mobila palliativa teamet och den Mobila hemsjukvårdsläkaren är olika initiativ som utvecklats till arbetssätt genom ett långsiktigt och systematiskt samarbete (som ska läsas som starkare än samverkan) mellan sjukvårdens olika delar i västra Skaraborg (primärvård och sjukhusvård) och kommunernas hemsjukvård.

Detta samarbete har varit avgörande för att de olika verksamheterna inom Närvård västra Skaraborg växt sig starka, både i sin egen verksamhet och i relation till varandra. Andan av samarbete har utvecklats till en positiv spiral uppåt och bildat en särskild kultur och arbetsgemenskap som sprider sig till patienter och anhöriga. Denna kultur är på god väg att bli permanent etablerad och därmed allt mindre personbunden.

"Med de goda erfarenheterna från Närvården i västra Skaraborg skulle fler verksamheter inom vård och omsorg kunna omfattas av liknande satsningar, t ex yngre funktionshindrade"

Mobila palliativa teamet har minskat s.k "öppen retur" till SkaS Lidköping med 50 procent. Område medicin vid SkaS saknar över 20 vårdplatser. Det geriatriska arbetssättet i teamen kan vara ett sätt att lösa vårdplatsbristen. De största problemen för närvården ligger i att primärvården fungerar så dåligt. Utskrivningen från teamen är delvis ett problem. Närsjukvårdsteamet har för få patienter eller för låg patientomsättning.

Förtroendevalda i kommuner och Västra Götalandsregionen

Primärvården fungerade dåligt för gruppen äldre multisjuka och framförallt var och är det möjligheten att rekrytera och behålla läkare och därmed skapa kontinuitet som är det stora problemet. Genom att fokusera förändringsarbetet på hela den geriatriska vårdkedjan bildades en gemensam ledningsgrupp för att ta ett helhetsgrepp över närsjukvården för de äldre. Det innebar att sjukhus, primärvård och kommunerna inledde ett samarbete. Det lokala politiska samarbetet inom ramen för Västra Götalandsregionen har successivt minskat i takt med de förändringar som genomförts i förtroendemannaorganisationen. Det bör dock inte påverka det starka stöd för utvecklingen av närvården som vuxit fram under åren.

"Det har funnits politisk enighet om satsningarna inom Närsjukvården i västra Skaraborg och ledningsgruppen samt närvårdskoordinatorerna som har haft stor betydelse för att det blivit så framgångsrikt"

Etableringen av Mobila palliativa teamet och Närsjukvårdsteamet blev en del av lösningen. Genom det framgångsrika arbetssättet med Mobila hemsjukvårdsläkaren i Lidköping finns önskemål om fler mobila hemsjukvårdsläkare i övriga Skaraborg.

Med en utökning av den Mobila hemsjukvårdsläkarens arbetssätt skulle en del av primärvårdens problem i glesbygdssområden och mindre orter kunna lösas.

Sammanfattande konklusioner från intervjuerna

- Gemensamt för intervjuerna är att man på olika sätt ger uttryck för ett positivt samarbetsklimat och en anda av arbetsglädje och engagemang. Denna arbetskultur anses vara en av de grundläggande förutsättningarna för att Närvård västra Skaraborg blivit så framgångsrikt. Honnörsord som trygghetskänsla i arbetet, flexibilitet, generositet i att dela med sig av kompetens, icke-hierarkiska samarbeten m.m. är exempel på uttryck för detta under intervjuerna.
- Intervjupersonerna anser att arbetssättet i Närsjukvård västra Skaraborg bör spridas och genomföras i hela Skaraborg samt att utvecklas så att fler verksamheter kan organiseras med liknande logik, t ex LSS-verksamheten.
- De två teamens icke-hierarkiska och patientinriktade arbetssätt, kompletterat med den Mobila hemsjukvårdsläkaren anser man vara nyckelfunktioner för att Närvård västra Skaraborg ska fungera. Däremot tycker man att teamen och den övriga vården skulle kunna kompletteras med någon form av koordinatorfunktion som kan fungera som länk dem emellan.
- I flertalet av intervjuerna framhålls att fler patienter bör kunna få del av teamens vård och omsorg genom att patienterna kan skrivas ut till ett nytt tryggt omhändertagande.
- Man anser att patientsäkerheten har ökat främst genom att läkemedelslistor och läkemedelsberättelser hålls adekvata och aktuella för teamens och Mobila hemsjukvårdsläkarens patienter. Kommunens hemsjukvårdssjuksköterskor känner sig

trygga med att ändra läkemedelsterapin med stöd av snabbt tillgängliga beslut från bl. a Mobila hemsjukvårdsläkaren.

- Teamens arbetssätt med förberedande arbete inför helger och nätter löser tillgänglighetsproblemet med verksamhet som är begränsad till kontorstid.
- Många anser att den reguljära primärvården inte fungerar som den borde för de mest sjuka äldre, där det framhålls att den största bristen är för få fasta läkarresurser som innebär kontinuitetsbrister i vården av de mest sjuka äldre. De olika vårdcentralerna har många gånger inte kapacitet att effektivt ta emot de äldre eller erbjuda hembesök av läkare.
- Det finns ett starkt önskemål om att fler mobila hemsjukvårdsläkare etableras så att arbetssättet kan erbjudas i övriga delar av (västra) Skaraborg.

6. Ekonomisk redovisning och analys

Kostnaderna är sammanställda utifrån tio studerade individfall som har valts ut av vårdkoordinatören i Lidköping. Individerna är boende i de fyra kommuner som ingår i västra Skaraborg; Götene, Vara, Lidköping och Grästorp. Samtliga kostnader är baserade på en utarbetad standardprissättning för tjänster från såväl landsting som kommuner som tidigare har använts för olika projekt inom SKL. Priserna är uppräknade till 2013 års nivå.

6.1 Förändring av slutenvård och akutbesök för 10 individer

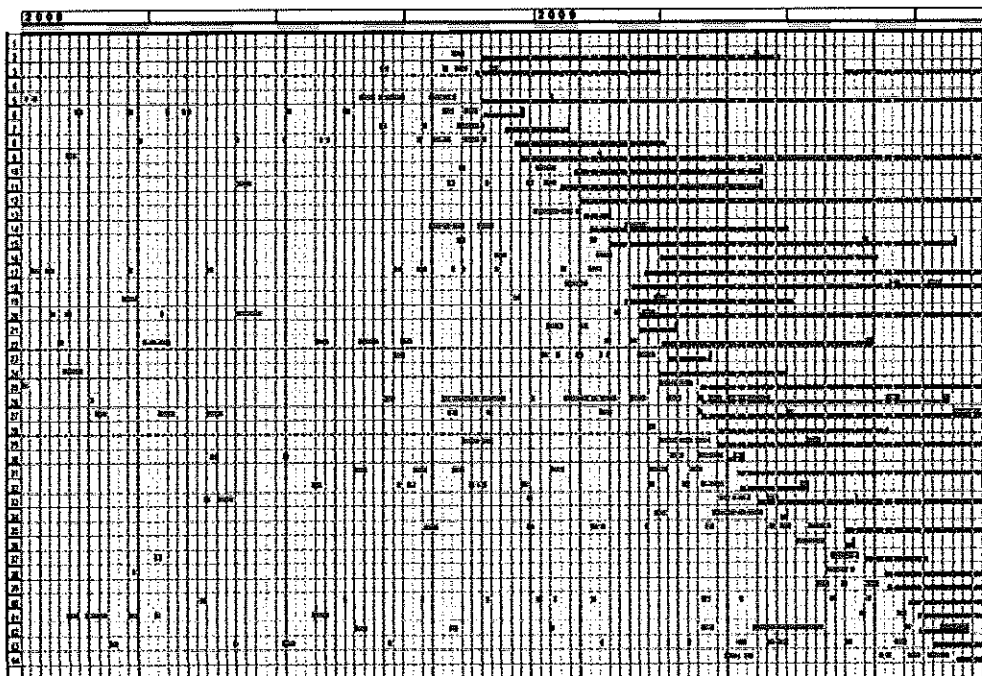
För samtliga typfall har akutbesök och slutenvårdsdagar upphört helt efter inskrivning i Närsjukvårdsteamet (NST).

Typfall	Ej inskriven i NST		Inskrivna i NST	
	Slutenvård	Akutbesök	Slutenvård	Akutbesök
1	25	8	0	0
2	28	4	0	0
3	37	10	0	0
4	12	1	0	0
5	5	1	0	0
6	52	12	0	0
7	59	8	0	0
8	41	6	0	0
9	38	6	0	0
10	25	9	0	0

Nedanstående bild visar 44 patientfall före och efter inskrivning i Närsjukvårdsteamet från en tidigare utförd kartläggning. Patienterna har under hela tiden varit inskrivna i hemsjukvården. Den blå "planhalvan" beskriver den tid som patienten har varit inskriven i

Närsjukvårdsteamet. Detta visar att endast ett fåtal individer har lagts in på slutenvården efter inskrivning i teamet.

Patientfall före och efter inskrivning i Närsjukvårdsteamet



Källa: Beskrivning av Närsjukvårdsteamet, Närvård västra Skaraborg 22 mars 2012

6.2 Förändrade totalkostnader för 10 studerade typfall

Sammanställningen nedan av de tio typfallen (för detaljerad information se bilaga 2) visar att i de flesta fall har en reduktion av totalkostnaden baserat på ettårs intervall skett.

Typfall	Ej inskriven i	Inskrivnen i	Differens
	NST	NST	
	Total kostnad	Total kostnad	
1	200 519	135 638	-64 881
2	212 637	318 179	105 542
3	280 611	137 595	-143 016
4	242 588	417 851	175 263
5	569 954	498 029	-71 925
6	349 618	78 612	-271 006
7	378 675	191 422	-187 263
8	322 334	265 684	-56 650
9	322 428	106 932	-215 496
10	671 612	711 705	40 093

I de fall som totalkostnaden har ökat efter inskrivning i Närsjukvårdsteamet har parallellt med inskrivning en kraftig ökning av hemsjukvårdsinsatser också skett. Alternativet för dessa individer hade troligtvis varit en inläggning på sjukhuset med en avsevärt högre dygnskostnad som följd.

6.3 Självkostnadskalkyl för Närsjukvårdsteamet

Självkostnaden för teamet har beräknats utifrån ett faktiskt utfall t o m september 2013 samt med en prognos för resterande del av året. Kalkylen inkluderar också läkemedelskostnader och avdrag för patientavgifter.

370 kr. per vårddygn och patient eller 135 050 kr. per år (24 patienter)

295 kr. per vårddygn och patient eller 107 675 kr. per år (30 patienter)

Närsjukvårdsteamet samarbetar med den kommunala hemsjukvården. Detta innebär att de flesta patienter har täta hembesök av framförallt sjuksköterskor från hemsjukvården. Om man också tar hänsyn till hemsjukvårdens insatser när patienten är inskriven i Närsjukvårdsteamet är snittinsatsen bland de 10 studerade typfallen ett halvt hembesök per dygn och patient. Detta innebär att en totalkostnad per dygn efter inskrivning i teamet blir 370 kr. (självkostnad för ett vårddygn) + 270 kr. (hemsjukvårdskostnad för ett halvt sjuksköterskebesök i hemmet). Detta ger en total snittkostnad per dygn om 640 kr.

Skulle man kunna utöka antalet patienter i teamet till 30 skulle självkostnaden sjunka till 565 kr. per vårddygn och patient (inklusive hemsjukvårdskostnad).

Om man jämför med Närsjukvårdsteamets kostnad med ersättningen för vårdformen ASIH i Stockholm som för närvarande är 1 215 kr. per dygn och patient och antar en vinstmarginal för utförarorganisationen om ca 8 % skulle självkostnaden för ASIH hamna på ca 1 125 kr. per dygn. Differensen mellan dessa team skulle då vara 485 kr per vårddygn eller motsvarande 177 000 kr. per patient och år om man antar en självkostnad om 640 kr. per dygn. Om man antar en självkostnad om 565 kr. per dygn blir kostnaden 204 400 kr. per patient och år.

Skillnaderna i belopp i ovanstående jämförelse är hänförliga till att patienterna förblir inskrivna i den kommunala hemsjukvården och inte skrivs in i en ny vårdform (ASIH) med väsentligt högre dygnskostnad som följd.

6.4 Självkostnadskalkyl för Mobila palliativa teamet

Självkostnaden för det Mobila palliativa teamet har beräknats utifrån ett faktiskt utfall t o m september 2013 samt med en prognos för resterande del av året.

275 kr. per vårddygn och patient eller 100 375 kr. per år (30 patienter)

205 kr. per vårddygn och patient eller 74 825 kr. per år (40 patienter)

Det Mobila palliativa teamet samarbetar även de med den kommunala hemsjukvården. Detta innebär att de flesta patienter har täta hembesök av framförallt sjuksköterskor från hemsjukvården.

Det har inte genomförts några analyser av patientfall. Detta innebär att en bedömning av hur stora insatser som hemsjukvården utför för dessa patienter, inte har varit möjlig att uppskatta. För att en jämförelse ska kunna göras med ASIH (Stockholm) bör denna kostnad inkluderas. Men ett relevant antagande är ändå att detta arbetssätt har en lägre dygnskostnad.

6.5 Självkostnads-kalkyl för Mobil hemsjukvårdsläkare

Självkostnaden för den Mobila hemsjukvårdsläkaren har beräknats utifrån ett faktiskt utfall till och med september 2013 samt med en prognos för resterande del av året.

2 285 kr. per patient och år (300 listade patienter)

1 957 kr. per patient och år (350 listade patienter)

Den Mobila hemsjukvårdsläkarens kostnad per listad patient motsvarar knappt kostnaden för ett besök på en akutmottagning (2 544 kr). Merparten av de nedan studerade 40 patientfallen före listning hos hemsjukvårdsläkaren har dessutom lagts in på vårdavdelning som ytterligare ökar kostnadsskillnaden.

Nedanstående tabell visar på 40 individer inskrivna i hemsjukvården före och efter att Mobila hemsjukvårdsläkaren blivit inkopplad.

Statistik över 40 individer för Mobil hemsjukvårdsläkare (MHL)

Patient	Före insatser av MHL		Efter insatser av MHL	
	Antal inlägg. SkaS 110101- 110930	Antal besök SkaS 110101-110930	Antal inlägg. SkaS 130101- 130930	Antal besök. SkaS 130101-130930
1	1	1	0	1
2	2	4	0	0
3	3	1	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	1	0
6	1	1	0	0
7	1	1	0	0
8	2	3	0	0
9	1	1	0	0
10	1	1	0	0
11	2	0	1	0
12	0	0	0	0
13	0	0	0	1
14	2	0	1	0
15	3	2	0	0
16	0	0	0	0

17	1	2	0	1
18	4	1	0	2
19	2	3	0	1
20	2	1	0	0
21	0	0	1	0
22	1	0	0	0
23	2	1	0	0
24	0	1	0	1
25	0	2	1	0
26	0	1	0	0
27	1	2	0	2
28	1	1	0	0
29	0	1	0	0
30	4	0	1	0
31	1	0	0	0
32	1	0	0	0
33	5	1	0	4
34	1	1	0	0
35	0	0	0	0
36	1	0	0	0
37	0	0	0	0
38	2	1	0	0
39	0	0	0	0
40	0	0	0	0
Summa	48	34	6	13

Skillnaden mellan antal inläggningar på SkaS Lidköping för samma individer går från totalt 48 innan inskrivning till 6 inläggningar efter inskrivning. Om man antar att varje inläggning sker via akuten samt inläggning på vårdavdelning med minimum 3 vårddygn skulle en skillnad mellan de två arbetssätten innebära en kostnadsreduktion om ca 890 000 kr. för dessa 40 individer eller 22 230 kr. i medeltal per individ. Om man använder en självkostnad för den Mobila hemsjukvårdsläkaren per individ på 2 285 kr. (300 listade patienter) skulle "besparingen" per individ bli 19 945 kr. Om man antar att hälften av de listade patienterna, dvs. 150 individer, skulle uppvisa samma mönster skulle den totala besparingen bli knappt 3 mkr. per år endast för Lidköpings kommun.

6.6 Sammanfattning av ekonomisk analys

- Efter inskrivning i Närsjukvårdsteamet minskar akutbesök och slutenvård till i princip noll. Detta reducerar kostnader per individ i medeltal med cirka 186 000 kr. baserat på 24 inskrivna patienter.
- Närsjukvårdsteamet uppvisar en halvering av självkostnad jämfört med ASIH-verksamheten i Stockholms läns landsting; 510 kr. per vårddygn (baserat på 30 inskrivna patienter) jämfört med 1 125 kr.
- Det Mobila palliativa teamet uppvisar en betydligt lägre självkostnad än ASIH-verksamheten i Stockholm.
- Den Mobila hemsjukvårdsläkarens självkostnad motsvarar ett akutbesök per individ. Efter inskrivning uppvisar patienterna en betydligt lägre konsumtion av slutenvård.

7. Teoretisk referensram

För att förstå framväxten av Närsjukvård västra Skaraborg i ett vidare perspektiv har det varit viktigt att studera relevanta forskningsrapporter. Vi har valt att framförallt fokusera på några rapporter som vi anser på ett antal viktiga punkter kan förklara framgångsfaktorerna för Närvård västra Skaraborg.

Exempel 1

I en analys av mikrosystem i hälso- och sjukvård studeras bl.a. Närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg². Rapporten framhåller Närsjukvårdsteamet som ett gott exempel på ett uthålligt mikrosystem³ som i många avseenden kontrasterar mot ett mer traditionellt styrt system inom hälso- och sjukvården.

Man framhåller även mikrosystemets viktiga roll att skapa delaktighet och ett gemensamt lärande som effektivt kan överbrygga de traditionella barriärer som finns mellan verksamheter och huvudmän. Det innebär att Närsjukvårdsteamet interagerar eller samverkar på ett välfungerande sätt med sina viktiga samarbetspartners som t ex SkaS Lidköping, den kommunala hemsjukvården, hemtjänsten och primärvården.

Det som tidigare har kännetecknat många innovativa projekt i Sverige inom hälso- och sjukvården har just varit svårigheten i att etablera en uthållig utveckling. Många projekt har efter en tid haft svårt att upprätthålla sin existens främst beroende på svårigheter att interagera eller samverka med sin närmaste omgivning och har dessutom blivit ifrågasatta utifrån dess effektivitet.

Det har under de senaste åren redovisats ett antal olika tolkningar om hur man ska definiera och gruppera de mest sjuka äldre. De vårdmodeller som analyseras i denna studie och som tillämpas i västra Skaraborg berör till största delen de patienter som befinner sig i de två översta nivåerna i nedanstående illustration. I den allra översta nivån återfinns de patienter med många kroniska komplexa sjukdomar som dessutom uppvisar stor instabilitet. Alternativet för dessa patienter är antingen slutenvård av olika slag och vid olika kliniker eller ett kvalificerat omhändertagande i det egna hemmet med insatser från mobila specialiserade och basala resurser. Det senare arbetssättet är det som mer och mer växer

² "The Path to Sustainability in Healthcare: exploring the role of learning microsystems", Svante Lifvergren et al, 2009.

³ Ett kliniskt mikrosystem är ett litet team som arbetar tillsammans för att ge vård och omsorg till en definierad grupp av patienter. Det arbetar kliniskt och ekonomiskt rationellt samt delar med sig av sin information. Mikrosystemet når resultat och förändrar (utvecklar) sig över tid och förekommer oftast inom ramen för större organisationer. Mikrosystemen är komplexa och adaptiva system och som sådana måste de dels utföra sina primära arbetsuppgifter som är dess ändamål, dels möta behoven bland den egna personalen i teamet samt överleva som kliniskt team.

⁴ Närsjukvårdsteamet kan även ta in individer yngre än 75 år om de uppfyller minst fyra av de övriga kriterierna (se sidan 7 i denna rapport)

fram i Vårdsverige och som i västra Skaraborg exemplifieras med Närsjukvårdsteamet och det Mobila palliativa teamet⁴.

Nästa nivå i triangeln är de patienter som är svårt sjuka med många kroniska problem men som är relativt stabila och därmed ofta kan hanteras av basal hemsjukvård. Exempel på hantering av denna målgrupp i västra Skaraborg är den Mobila hemsjukvårdsläkaren som stöd till den kommunala hemsjukvården.

I den näst lägsta nivån återfinns patienter som genom sin sjukdomsbild vanligen kan tas om hand i ordinarie primärvård med stöd av hemtjänst. De tar sig till mottagningen själva och är för stunden inte i behov av planerade eller oplanerade hembesök.

I den nedersta delen i triangeln återfinns det stora flertalet individer som är relativt friska och som endast söker hjälp när de har behov av det.

Indelning av målgrupper utifrån hälsostatus och behov



Källa: Bearbetning av modell från "The Path to Sustainability in Healthcare: exploring the role of learning microsystems", Svante Lifvergren et al, 2009

Exempel 2

År 2004 beslöt man vid Kaiser Permanente Southern California att genomföra organisationsförändringar i vård och omsorg. Syftet var att hitta en väg för hur de kunde möta de alltmer ökade kostnaderna för vård och omsorg bl. a. för den växande andelen kroniska sjukdomar och för de åldersrelaterade sjukdomarna. Förändringsarbetet omfattade 3,5 miljoner försäkringstagare, 58 000 anställda, varav 6 000 läkare.

Kaiser Permanente kom fram till fyra grundläggande punkter när det gäller att skapa mer hållbara och uthålliga system för framtidens hälso- och sjukvård.

1. IT-lösningar med datajournaler som kan hanteras av all sjukvårdspersonal där information kan delas mellan personal i olika vårdnivåer och verksamheter.
2. Integrerade system av lösningar för patienterna som utgår från evidensbaserade behandlingsmetoder, men som nödvändigtvis inte alltid utfördes av läkare utan involverade också t ex sjuksköterskor, assistenter m.fl. som arbetar i integrerade team.
3. Genomföra ett preventivt arbets- och angreppssätt, sjukdomskontroll och utbildning av patienter i egenvård. Så kallade vårdlotsar och case managers ges en ökad roll.
4. Förändringsprocesserna i organisationen måste vara helt transparenta. Administrationsledningarna har förstärkts med en ökad andel läkare (för att öka legitimiteten i besluten).

Förändringsarbetet ledde fram till att man organiserade om vården och etablerade ett antal olika multiprofessionella team sammansatta efter patienternas symtom och direkta behov. Det ledde till bättre kvalitet för patienterna och lägre kostnader. Resultatet av det förändrade arbetssättet bekräftas också av en studie av Michael Porter m.fl. som kom fram till att komplexa medicinska problem löses (bäst) av specialutbildad flexibel personal som organiserar sig i team⁵.

Västra Skaraborgs "Projekt Närsjukvård" inledde en liknande förändringsprocess redan år 2001. Processen leddes av en ledningsgrupp som sattes samman av beslutsfattare från sex kommuner, från SkaS och från primärvården, vilket som i Kaiser Permanentes situation, ledde till att förändringarna hade legitimitet och var förankrade hos de olika aktörerna eller huvudmännen. Ledningsgruppens identifiering av brister i vårdbehoven har under ett antal år lett till att den basala hemsjukvården kompletterats av två team samt den Mobila hemsjukvårdsläkaren. Målet var att etablera en sömlös vård och omsorg för patienterna/brukarna. Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och den Mobila hemsjukvårdsläkaren kan liknas vid mikrosystem som samarbetar och interagerar med övriga sjukvårdssystemet, t.ex. SkaS och primärvården inom respektive kommun. Detta patientcentrerade arbetssätt ledde till kvalitetsförbättringar och lägre kostnader med det teambaserade arbetssättet. Likande resultat uppnåddes också för Kaiser Permanente. Västra Skaraborg har inte fullt ut genomfört alla förändringar som Kaiser Permanente gjort. Enligt erfarenheterna från Kaiser Permanente kan mer fokus läggas i det preventiva arbetet för att förhindra eller skjuta upp patienternas gradvisa försämring i sjukdomstillstånden. Det framgår särskilt när de olika målgrupperna segmenteras efter hälsostatus och behov enligt "triangelbilden" ovan. Den Mobila hemsjukvårdsläkarens arbete försvåras dock av att de olika IT-systemen inte är kompatibla. Arbetet innebär att upp till fyra journalsystem och registreringsystem måste hanteras parallellt (journalsystem för primärvården och för SkaS,

⁵ "What is Value in Healthcare?", New England Journal of Medicine, 363(26), 2477-2481.

hemsjukvårdsdokumentation, pascal förskrivningssystem). Kaiser Permanente understryker att IT-systemens funktion är en förutsättning för att förändringsarbetets fulla potential ska kunna utnyttjas. De föreslår också en form av koordinator i patientens vårdprocess, vilket också efterfrågats av patienter och anhöriga i västra Skaraborg.

8. Analys av det samverkande systemet Närvård västra Skaraborg

8.1 Översikt; två viktiga framgångsfaktorer

För att förstå utvecklingen, funktionen och nyttan men även sårbarheten i de metoder och arbetssätt-som har granskats är det viktigt att inta en systemsyn på Närsjukvårdsteamet, det Mobila palliativa teamet och den Mobila hemsjukvårdsläkaren. Utvärderingarna och analyserna pekar på att det samverkande system som har utvecklats mellan dessa tre vårdformer tillsammans med den basala hemsjukvården och SkaS Lidköping är en mycket viktig förklaring till de goda resultat som kartläggningen visar. Förmågan till samverkan, med hög effektivitet och kvalitet, är en förutsättning för att arbetssättet ska bestå. Förmågan till samverkan i komplexa tjänsteverksamheter som vård och omsorg är alltid känslig, sårbar och många gånger svår att uppnå på det sätt som vi har sett i denna utvärdering.

En annan viktig slutsats från analysarbetet är formerna för förmedling av vård- och omsorgsinsatserna och att dessa är så väl anpassade till målgruppen som möjligt. Om överensstämmelsen mellan behov och förmedlingsform för insatserna matchar väl uppnås de allra bästa förhållandena för resurseffektivitet i kombination med kvalitet och nytta för patienten eller brukaren i detta fall⁶. Detta är den andra viktiga förklaringen till de goda resultat som kan ses. För att lyckas med detta måste dock den mottagande parten av tjänsterna vara väl förstådd av den part som förmedlar tjänsten och att det är "rätt" typ av mottagare för denna förmedlingsform. Den andra viktiga framgångsfaktorn är alltså att den mest lämpliga förmedlingsformen används. I detta fall har en förmedlingsform utvecklats som bryter mot traditionella former i vården. Framgången i detta fall bygger på att de tre samverkande vårdformerna arbetar i en gemensam förståelse och förmåga till en förmedlingsform som är "uppsökande och mobil" i förhållande till vårdens dominerande förmedlingsform som är "mottagnings-baserad". Ökad kunskap om betydelsen av alternativa förmedlingsformer som exempelvis "uppsökande och mobil" är mycket viktigt för att behålla och integrera denna vårdform med det övriga vård- och omsorgssystemet. Detta kan alltså ses som en utmaning utifrån rådande arbetskulturer, organisationsstrukturer och ersättningsystem i vården i synnerhet. Även omsorgen berörs genom bl.a. biståndsbedömningen och utförarverksamheternas etablerade styrning i separata insatser.

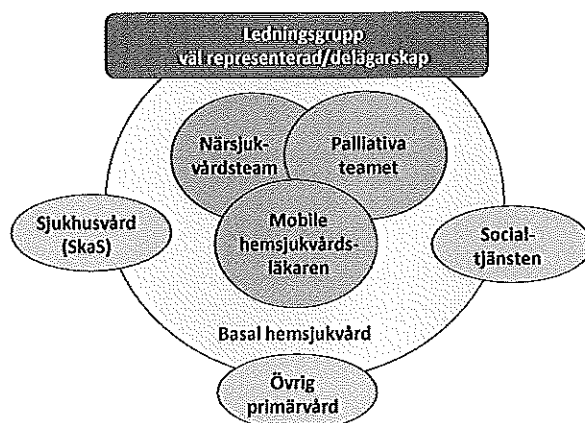
⁶ Detta baseras på tjänsteforskning (Service Management) där forskningsresultaten visar att om patientnyttan från första början tillgodoses på bästa sätt används också insatsresurserna bäst. Tjänsten blir mer överensstämmande med behoven vid första tillfället vilket minskar riskerna för att insatserna måste göras om i ett senare läge eller kompletteras med ytterligare stödjande insatser. Forskningsresultat inom området förmedlas bl.a. i "Designing Interactive Strategy", Richard Normann & Rafael Ramirez, John Wiley & Sons, 1994.

Nedan beskrivs de två avgörande framgångsfaktorerna mer fördjupande för de arbetssätt som denna studie har utvärderat inom Närvården västra Skaraborg. Framgångsfaktorerna ska samtidigt ses som kritiska faktorer att upprätthålla och vidareutveckla vilket kan ses som utmaningar framöver.

8.2 Framgångsfaktor 1: Samverkande mikrosystem (med gemensamt fokus på en avgränsad målgrupp)

En viktig förklaring till de goda resultat som har uppnåtts med Närsjukvårdsteamet, det Mobila palliativa teamet och den Mobile hemsjukvårdsläkaren är att dessa tre separata "mikrosystem" har lyckats utveckla en sömlös samverkan med sina vårdpartners, kring en väl avgränsad målgrupp av patienter. Denna samverkan stödjer sammantaget sin målgrupp mycket väl genom att de patienter som är inskrivna i basal kommunal hemsjukvård får tillgång till ytterligare kompetens under kortare eller längre tid. Kompetensförstärkningen består av de mobila teamen i samverkan med den Mobila hemsjukvårdsläkaren. Dessutom finns väl fungerande länkar, viktiga för målgruppen, mot sjukhusvården (främst SkaS), övriga primärvården och socialtjänsten.

De samverkande mikrosystemen



Källa: HCM:s sammanställning utifrån underlag och beskrivningar av Närsjukvård västra Skaraborg

Det karaktäristiska för "mikrosystem" inom vården och omsorgen är en välfungerande interaktion mellan patienten/brukaren, de för patienten/brukaren viktigaste omgivande faktorerna som anhöriga, social situation m.m. och vård- och omsorgsgivarnas kunskaper och tjänster. Ett mikrosystem inom vården och omsorgen utvecklar ett samspel där patienten/brukaren är mer av en medaktör snarare än en passiv mottagare av tjänsterna⁷. För att utveckla den fulla potentialen anpassas tjänsterna utifrån de varierande situationer som patienter/brukare befinner sig i; exempelvis förhållanden i boendet och den sociala

⁷ För en utförligare beskrivning av mikrosystem se exempelvis "Introduktion till kliniske mikrosystemer; kvalitetsutveckling med patienten i centrum, 2. Udgave, Dansk Sundhedsinstitut, Center for kvalitet og Danske Regioner, 2010

situationen. Mikrosystem som fungerar har därmed utvecklat en hög förmåga till dynamisk anpassning och involverar patienten i en högre grad än vad som kan uppnås med standardiserade insatser. Grundläggande är en mycket god överensstämmelse mellan behov och utförda tjänster.

Närsjukvårdsteamet, det Mobila palliativa teamet och den Mobila hemsjukvårdsläkaren arbetar med hög flexibilitet dvs. arbetssättet är situationsanpassat vilket möjliggörs tack vare den uppsökande och mobila förmedlingsformen. Överensstämmelsen mellan tjänsteinsatserna och patienten/brukarens behov ökar väsentligt för denna målgrupp av svårt sjuka genom detta arbetssätt. De nya vårdformer, som "lyfter" målgruppen ur den mottagningsbaserade vårdlogiken, är att de tre mikrosystemen, med basen i hemsjukvården, stödjer varandras insatser så väl. Detta kan målande beskrivas som att "1+1+1", och med hemsjukvården som ytterligare en plusfaktor, "inte blir fyra utan tio". Det sammanlagda resultatet kan också beskrivas som en "hävstångseffekt". Summan av insatserna blir exponentiellt mycket högre än "ansträngningen". Denna dynamiska "win-win-situation" för samtliga parter var säkerligen inte planerad inledningsvis utan har växt fram i ett gemensamt samverkande system för ett stöd till denna specifika målgrupp av patienter/brukare. Det är inte många utvecklingsinsatser inom vård och omsorg som uppnår denna höga nivå av värdeskapande samverkan.

Av detta skäl är det kritiskt viktigt att förutsättningarna för de samverkande mikrosystemen kan förstås och bestå. Försvinner ett mikrosystem, som exempelvis den Mobila hemsjukvårdsläkaren, kan det värdeskapande som uppnås omvänt minska väsentligt.

En viktig faktor för samverkan och den sammanlagda effekten är den för samtliga mikrosystem gemensamma ledningsgruppen. Med en ledningsgrupp som representerar samtliga involverade vård- och omsorgsgivare; sjukhus, primärvård och kommunens vård och omsorg, uppnås en samsyn genom att ett deläggande skapas som också förstärks av den gemensamma finansieringen. Risk för misstänksamhet om övervältrande av kostnader eller att någon aktör anser sig missgynnad minskas väsentligt med detta gemensamma deläggarskap. Trots att detta torde vara uppenbart är det långt ifrån regel att gemensamma samverkansinitiativ har det starka deläggarskap över bredden av ansvarsroller som uppvisas i detta fall.

8.3 Framgångsfaktor 2: God överensstämmelse mellan en avgränsad målgrupps behov och förmedlingsform

En andra viktig framgångsfaktor för de goda resultaten av resurseffektivitet, parallellt med mycket hög kvalitet i tjänsterna till patienter/brukare, är matchningen mellan en väl avgränsad målgrupps behov och förmedlingsformen för tjänsterna.

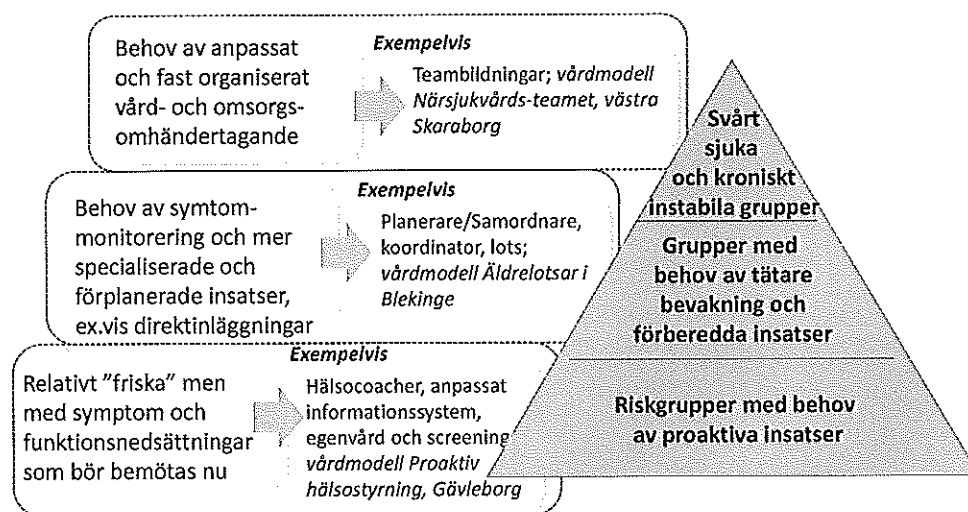
I olika sammanhang av utvärderingar ses ofta nya angreppssätt av funktioner (som exempelvis koordinatörer) och förmedlingsformer (genom exempelvis olika teambildningar) som utförs utan att målgruppen och dess behov har definierats och avgränsats tydligt. Följden av detta är att matchningseffekten inte uppnås lika väl. Överensstämmelsen mellan behov och tjänster blir inte tillräckligt optimal vilket innebär att potentialen av

resurseffektivisering och kvalitetshöjning inte blir så hög som den skulle kunna ha blivit. I sådana lägen finns det även risk för kostnadsdrivande effekter. Av dessa skäl är det mycket viktigt att målgruppen kartläggs, dess behov analyseras och att tydliga avgränsningar görs till vilka de nya tjänsterna riktas till. Detta ökar väsentligt möjligheterna till en god matchning mellan behov och tjänster genom en för målgruppen "skräddarsydd" modell för förmedling av insatssystemen.

Det är något oklart hur väl man i detta sammanhang har tänkt igenom det som beskrivs ovan och avgränsat målgruppen men faktum är att överensstämmelsen i detta fall synes vara närmast optimal. En anledning till detta kan vara att man riktat in sig på de allra mest sjuka och/eller instabila (vilket bör göra behoven mer tydliga) och med en kontrollerad styrning av inflödet till Närsjukvårdsteamet och det Mobila palliativa teamet genom remissförfaranden. Teamen har inte satts in i ett valfrihetssystem eller liknande. Istället har man sett teamen som vårdformer som patienten remitteras till när tydliga och för vård- och omsorgssystemen närmast överenskomna behov föreligger.

Nedan skisseras hur olika förmedlingsformer kan passa bäst utifrån olika målgruppers behov. Bilden avser inte att utgöra en sorteringsmodell för olika förmedlingsformer utan snarare illustrativt visa behovet av att klargöra och avgränsa målgruppens behov och därefter anpassa en förmedlingsform som bedöms vara mest effektiv.

Olika segment av målgrupper och matchningar mot optimala förmedlingsformer (exemplifieringar av pilotprojekt där förmedlingsformerna bedöms passa bäst)



Källa: HCM

Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och den Mobila hemsjukvårdsläkaren i nära samverkan med hemsjukvården och SkaS Lidköping har lyckats med att avgränsa ett tjänstesystem till en målgrupp svårt sjuka och kontinuerligt instabila patienter. Denna målgrupp bör inte omhändertas i ett traditionellt insatsstyrt system baserat på främst mottagningsverksamhet. Denna grupp behöver kontinuerligt flexibla och situationsanpassade insatser som i stora delar kan täckas genom teamens unika kompetens.

I övrigt understöds teamet effektivt av den basala hemsjukvården. När förmedlingsformen av tjänsterna överensstämmer väl med behoven och förutsättningarna för målgruppen på detta sätt, uppnås mycket goda resultat och med en rationell resursanvändning.

Angreppssätt som förmedlar en bättre planering av insatser med syfte att skapa "rakare" vårdkedjor och med kortare ledtider (som exempelvis funktionsroller som koordinators, lotsar eller case managers) fungerar bättre för målgrupper som fortfarande kan hanteras i en mottagningsbaserad förmedlingslogik med organisatoriskt skilda insatser. Detta passar inte den målgrupp som teamen vänder sig till. Används endast koordinators för den allra mest sjuka målgruppen uppnås inte samma resultat.

Med fokus på att utnyttja mer av förebyggande insatser riktade till exempelvis äldre är det lika viktigt i detta sammanhang att identifiera och avgränsa de målgrupper där hälsofrämjande insatser kan ge de resultat som gör dessa investeringar effektfulla. System som aktiv hälsostyrning, hälsocoacher och stöd för egenvård är exempel på funktioner som fungerar bäst för en målgrupp som ännu inte har en omfattande vård- och omsorgskonsumtion. Däremot kan denna målgrupp identifieras som en riskgrupp genom att arbeta med exempelvis screeningindikatorer för att upptäcka begynnande skörhet eller följa utvecklingen av ADL-stöd inom omsorgen.

Sammantaget förmedlar resonemanget och illustrationen ovan vikten av att förstå och avgränsa målgruppen och sedan utveckla en optimal förmedlingsform av viktiga tjänster till respektive målgrupp. Utan denna kartläggning och analys riskerar många olika utvecklingsförsök att inte nå önskade resultat och till och med bli kostnadsdrivande i vissa fall utan att kvaliteten påverkas i samma utsträckning.

9. Slutsatser och rekommendationer

9.1 Slutsatserna

Nedan beskrivs ett antal viktiga slutsatser från utvärderingen av de tre vårdmodellerna eller vårdformerna inom Närvård västra Skaraborg. Grunderna för dessa slutsatser har berörts tidigare i denna rapport och därför syftar detta avsnitt till att främst sammanfatta och skapa överblick av de viktigaste resultaten från denna utvärdering.

Den känsliga "samverkansbalansen"

För att realisera de riktigt stora potentialerna av samtidig kvalitetshöjning och bättre resursanvändning, för grupper med stora behov som är målgruppen för de studerade vårdmodellerna, är förmågan till effektiv samverkan avgörande. Detta har man lyckats med inom Närvården i västra Skaraborg till en sådan grad att resultaten vida överstiger insatserna. När samverkan uppnås på denna nivå utvecklas en hävstångsliknande effekt på resultaten och visar vad god samverkan kan åstadkomma. Genom att samverka dessutom har utvecklats med kompletterande insatser till hemsjukvården uppnås bättre kontinuitet genom att patienten inte behöver byta vårdnivå och därmed till annan personal. Därutöver

blir också kostnaderna lägre med denna arbetsmodell (som alternativ till andra arbetsformer som exempelvis ASIH med bas i andra organisationer).

Beskrivningen av de olika vårdmodellerna eller vårdformerna som olika mikrosystem, i känslig samverkan, har syftat till att skapa en förståelse för "ömtåligheten" i detta "resultatmaskineri". Försämras eller försvinner ett av de samverkande mikrosystemen riskerar hela balansen att rubbas och därmed de mycket goda resultaten. Ett exempel som visar på ömtåligheten är den mobila hemsjukvårdsläkaren som uppbärs av endast en person och som är en arbetsform som alltså är ganska ovanlig i läkarrollen och därmed kan vara svår att tillsätta.

För att behålla de goda resultaten och kunna sprida detta arbetssätt är det viktigt att på djupet förstå symbiosen i den samverkan som sker (den samverkande arbetsmodellen) och vilka förutsättningar som är nödvändiga för att kunna upprätthålla och sprida det samverkande arbetssättet. Strategier och underhållsarbete för att behålla och utveckla samverkanbalansen är nödvändigt.

Sömlöst lednings- och styrningsansvar

Att det tidigt har funnits ett gemensamt och brett "deläggande" i det nya angreppssättet inom Närvården i västra Skaraborg har varit mycket viktigt för att nå de resultat som nu kan visas. Lednings- och styrningsansvaret, som korsar traditionella verksamhets- och huvudmannagränser, har möjliggjort en utveckling av sömlösa vård- och omsorgsprocesser till stor nytta för målgruppen som involverats i teamens verksamhet. I många liknande sammanhang av bred involvering med kommuner, primärvård, sjukhus och andra enheter saknas ofta det kritiska delägarskapet i ett nytt gränslöst arbetssätt på det sätt som kan uppvisas i västra Skaraborg. I sådana fall av bristande samägande i idéerna blir effekterna ofta misstänksamhet om kostnadsövervältring, egna dolda agendor och att "någon annan styr för att nå sina syften". Med sådana förutsättningar blir satsningar inte långlivade.

De utvärderade vårdmodellerna inom Närvården i västra Skaraborg är också gemensamt finansierade av de involverade kommunerna, Skaraborgs sjukhus och primärvården. Detta har förstärkt delägandet i de nya resurserna, bidragit till ökat ansvarstagande från var och en samt till ett ömsesidigt "vårdande" av den gemensamma verksamheten.

Insikt om och val av bästa "förmedlingslogik"

De nya vårdmodellerna inom Närvården i västra Skaraborg är alla utvecklade utifrån en annan "förmedlingslogik" än den traditionella förmedlingsformen som är mottagningar. Samtliga i denna utvärdering aktuella vårdmodeller arbetar utifrån mobila och uppsökande grunder som på detta sätt förstärker hemsjukvårdens arbetssätt genom att förmedla tjänsterna direkt till målgruppen i deras boende. Hemsjukvårdens stöd till de allra mest sjuka är hela tiden basen och förstärks effektivt av Närsjukvårdsteamet samt att viktiga läkarinsatser i hemmet kan säkras genom den Mobila hemsjukvårdsläkaren. Därutöver tillkommer det Mobila palliativa teamet som ett viktigt stöd för de patienter som är i en palliativ fas. Sammantaget har en förmedlingsform utvecklats som överensstämmer med målgruppens förutsättningar och helheter av behov. Resultatet är högre kvalitet till bättre

resursanvändning genom att sjukvårdens olika separata mottagningar inte har behövts och att behoven har kunnat bemötas på ett patient- och produktionsrationellt sätt. Den alternativa förmedlingsformen i detta fall är nyckeln till de goda resultaten.

Avgränsad vårdform

De nya vårdmodellerna inom Närvård västra Skaraborg har avgränsats mot en preciserad målgrupp. Det har varit viktigt för framgången att man varit tydlig och konsekvent med detta. Särskilt de två teamen kan beskrivas som vårdformer som man blir tilldelad först efter en tydlig "diagnostisering" och genom ett remissförfarande. Med en bredare och mer otydlig målgrupp och med ett inte lika väldefinierat och avvägt "inläpp" i teamen hade förmodligen verksamheterna inte kunnat behålla sitt särskilda bidrag och inte heller varit lika effektiva. Överensstämmelsen mellan en särskild målgrupps behov och insatser från de aktuella vårdmodellerna har därför blivit optimalt i de flesta fall, med kvalitetssprång som följd och drastiskt minskade behov av slutenvården vid sjukhuset för intagna patienter.

9.2 Rekommendationerna

"Ingång" och "utgång" i vårdmodellerna

Att de vårdformer som de två teamen erbjuder är tydligt avgränsade och riktade mot en väl definierad målgrupp är, som nämnts ovan, en av de viktiga framgångsfaktorerna. Det är därför viktigt att vara noggrann med hanteringen av "ingångarna" för patienterna till Närsjukvårdsteamet och det Mobila Palliativa teamet; alltså vilka patienter som ska tas in utifrån uppställda kriterier.

Utifrån samma logik är det också viktigt att hantera "utgångarna"; dvs. när en patient är så pass stabil och fungerande att denne kan återgå till ordinär hemsjukvård eller eventuella andra vårdinsatser utan insatser från teamen. Det finns tecken på att vissa patienter kommer in för sent till teamen och att andra blir kvar för länge. Ett tydligare "signalsystem", exempelvis i utökad bevakning utifrån intagnings- och uttagningsindikatorer för teamen, skulle kunna behöva utvecklas.

Nästa utvecklingssteg; öka de proaktiva inslagen?

Med de aktuella vårdmodellerna inom Närvården i västra Skaraborg har man effektivt lyckats fånga in en betydande grupp av patienter som är uppenbart instabila och/eller i behov av omfattande vårdinsatser för att ge dem det extra stöd som behövs för en bättre tillvaro och med ett bättre resursutnyttjande för vård- och omsorgssystemet övergripande.

Nästa steg skulle kunna vara att fånga in ytterligare målgrupper och utveckla det stöd som skapar bättre livskvalitet och som samtidigt avlastar övriga vården och omsorgen. En grupp där stora potentialer finns att hämta utifrån dessa målsättningar är de s.k. riskgrupperna. Detta är främst äldre individer som börjar uppvisa tecken på ökande skörhet och som är på väg mot ökade behov av vård- och omsorgsinsatser. Denna målgrupp kan identifieras genom att exempelvis ADL-insatserna inom omsorgen börjar öka på ett tydligare sätt och att man oftare börjar söka vård på vårdcentraler och/eller via akutmottagningarna. Med proaktiva hälsoförebyggande stödinsatser finns det möjligheter att på bättre sätt underhålla det friska

hos dessa individer och investera i åtgärder som leder till en bättre resursanvändning längre fram. Exempel på stödjande system är hälsocoacher eller bra informationsstöd som möjliggör mer av egenvård för de äldre.

Spridning av ett framgångsrikt arbetssätt; den största utmaningen

Närvården i västra Skaraborg har utvecklat ett nytt arbetssätt som utnyttjar de ökade värden som kan skapas genom förmedling av insatserna utifrån mobila insatser; från professionen till en för detta särskilt väl anpassad målgrupp. Detta kan även beskrivas som en delvis ny arbetskultur där avancerad specialistvård förmedlas som komplement till hemsjukvården och på nya sätt genom mycket aktiv samverkan. Komplexiteten i att återskapa detta "vård- och omsorgssystem" i andra områden och sammanhang ska inte underskattas.

Ett lednings- och kvalitetssystem, vilket samtidigt utgör en arbetsbeskrivning för denna form av närsjukvård, bör utvecklas i nästa steg för att vårdmodellerna ska kunna spridas vidare i länet och regionen. För dessa vårdmodeller viktiga informationssystem bör utvecklas och säkras så att arbetssätten inte enbart vilar på personligt engagemang och personlig vilja att samverka och kommunicera. Med detta är vårdmodellerna inom närsjukvården bättre rustade för att klara en spridning som också kan leda till jämlika grunder för en bra närsjukvård för utsatta grupper inom länet.

Ett införande av dessa vårdmodeller i hela Skaraborg är viktigt av flera skäl; för effektiv resursanvändning, kvalitet och jämlik vård för de aktuella målgrupperna, för utbildning och forskning inom ett område som är viktigt för vårdens och omsorgens utveckling av tjänster till en målgrupp som inte är lämplig att hantera inom ett insatssystem av separata mottagningar. Denna målgrupp är dessutom växande genom allt fler äldre som lever allt längre med multisjuklighet. Särskilt utbildningen kan vara en viktig stödjande resurs för spridningen av en ny arbetskultur och ett nytt arbetssätt. Vårdmodellerna bör erbjudas ST-tjänster för att säkerställa en fortsatt utveckling. Närsjukvårdsteamet har tilldelats ST-tjänster som attraherat flera läkare. Genom att sammankoppla vårdmodellerna med ST-block med andra utbildningar och med någon högskola eller universitet får arbetssättet en ökad uppmärksamhet och status på sikt. Det är angeläget att forskningen fortsätter att följa vårdmodellerna och därmed bidrar till att ge vårdmodellerna en tyngd i vårdsverige som underlättar fortsatt spridning och breddinförande.

Genom en utökning från dagens 0,55 av en heltids läkartjänst till ca 3,5 tjänster kan behovet för västra Skaraborg tillgodoses vad gäller den Mobila hemsjukvårdsläkaren.

De nya arbetsformerna som utvärderats här bör fortsättningsvis löpande jämföras med traditionella vårdformer inom samma målgrupp. Detta bör även göras nationellt och internationellt.

Med ett ökande inslag av privata utförare inom primärvård och även omsorg är det viktigt att man lyckas involvera dessa i närsjukvårdssystemet. Med LOV inom primärvården och ökat införande av kundval inom äldreomsorgen blir detta ännu viktigare. De måste få access till information och styrsystem för att kunna samverka lika naturligt som de offentliga.

Samtidigt måste det också kunna ställas krav på de privata att ingå i dessa former av samverkan utifrån aktuella målgrupper.

Bilaga 1: Intervjupersoner

Närsjukvårdsteamet

Ulla Andin, läkare
Christina Pettersson, sjuksköterska
Siv Jonsson, sjuksköterska

Personal som samarbetar med Närsjukvårdsteamet

Senija Smajlovich, sjuksköterska
Maria Palm, sjuksköterska
Lisa Fjällström, biståndsbedömare
Kristina Magnusson, distriktssköterska
Inger Axelsson, distriktssköterska
Gunilla Karlsson, distriktssköterska
Carina Nordström, distriktssköterska
Carina Härndal, sjuksköterska
Camilla Buder, distriktssköterska
Barbro Lundquist, läkare SkaS
Anna Jonsson, distriktssköterska

Mobila Palliativa teamet

Stefan Collin, läkare
Anette Holmfred, läkare
Bodil Almqvist, sjuksköterska
Katrin Vindrot, sjuksköterska

Personal som samarbetar med Mobila Palliativa teamet

Lisa Mellgren, distriktssköterska
Anette Sandberg, distriktssköterska
Camilla Frisk, distriktssköterska
Maria Carlman, sjuksköterska
Åsa Jenschke, sjuksköterska
Eva Öhman, biståndsbedömare
Britt Klasson, distriktssköterska
Pia Malmqvist, distriktssköterska

Vårdtagare och anhöriga (10 stycken) som får vård och stöd från Mobila Palliativa teamet och Närsjukvårdsteamet namnges ej.

Mobil hemsjukvårdsläkare

Jesper Poucette

Personal som samarbetar med Mobila hemsjukvårdsläkaren

Britt-Marie Wennerholm, distriktssköterska

Maria Kristoffersen, distriktssköterska

Lotta Nyblom, distriktssköterska

Marita Sigurd, distriktssköterska

Kerstin Gustavsson, arbetsterapeut

Claes-Håkan Ekberg, sjukgymnast

Birgitta Johansson, vårdcentralföreståndare

Kirurgkliniken vid SkaS Lidköping

Christer Gunnarsson, läkare

Förtroendevalda

Erik Kvarndal, Skara

Claes-Göran Borg, Västra Götalandsregionen

Ledningsgruppen Närvård västra Skaraborg

Sten-Ove Andersson, förvaltningschef Lidköping

Jane Johansson, förvaltningschef Vara

Lena Bjugård Brämfeldt, förvaltningschef Skara

Kjell Gustavsson, förvaltningschef Skara

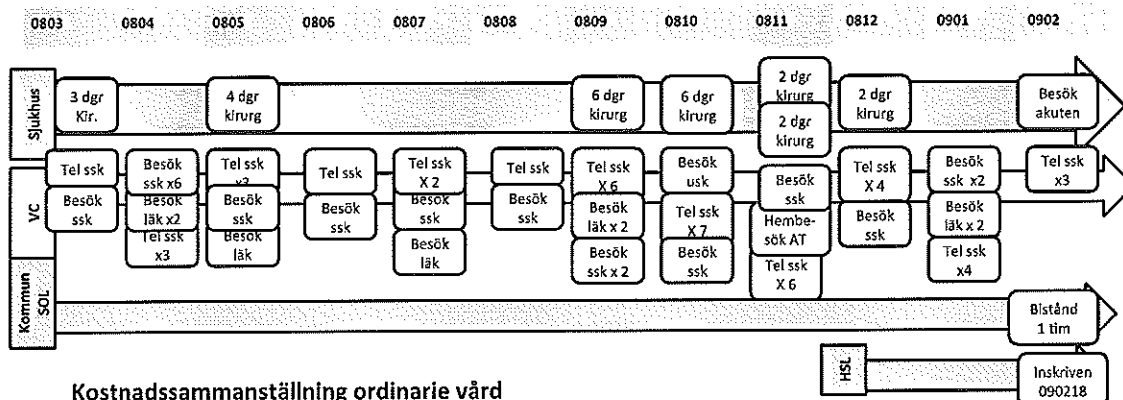
Carina Karlsson, chef medicinområde 2 SkaS

Pia Gustafsson, verksamhetschef Hospice Gabriel

Bilaga 2: Redovisning av typfall

Typfall 1

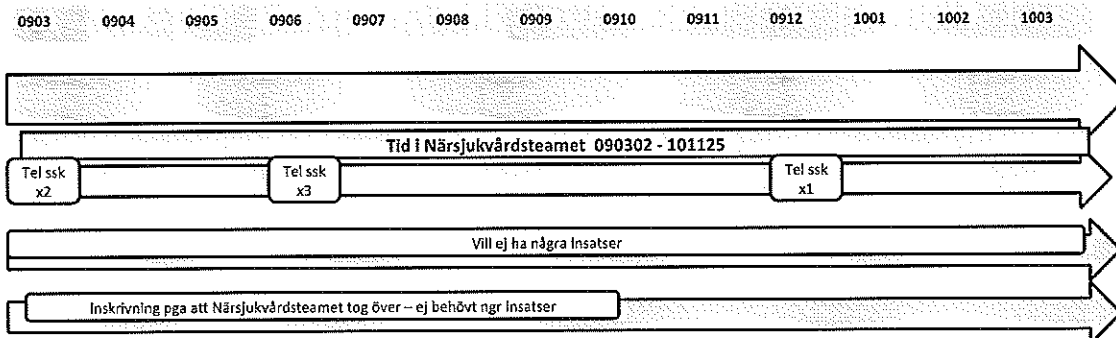
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	25	157 800
Akuten	8	20 352
VC		
- Besök läkare	8	8 936
- Besök ssk	18	8 550
- Besök övrigt	2	2 084
- Övrigt	40	2 520
SOL		
- Bistånd	1	277
Totala kostnader		200 519

Inskrivning i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

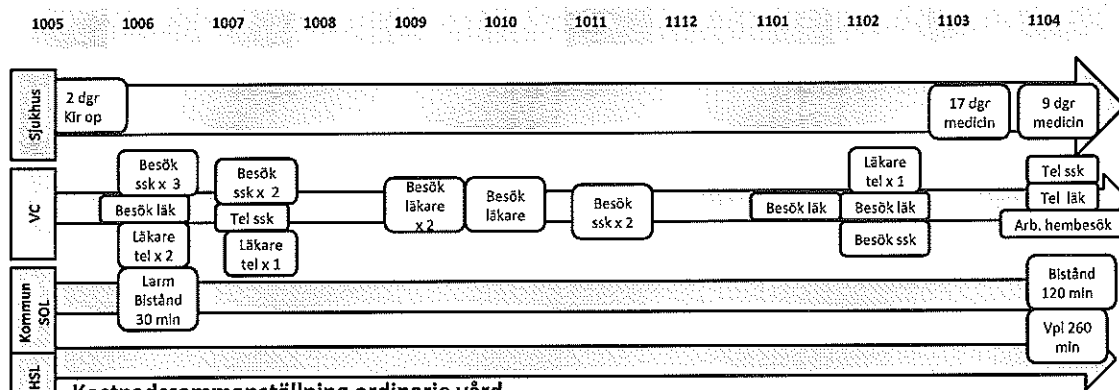
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC		
- Besök läkare	0	0
- Besök ssk	0	0
- Besök övrigt	0	0
- Övrigt	6	588
SOL		
- Bistånd	0	0

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vård dygn	365	135 050
Totala kostnader ej inskriven NST		200 519
Totala kostnader inskriven NST		135 638
Differens ordinarie vård – Inskrivning i NST		- 64 881

Typfall 2

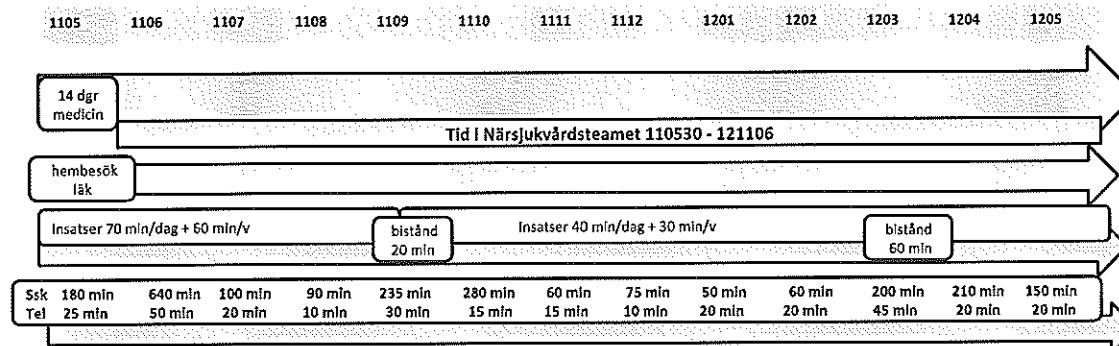
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	28	177 684
Akuten	4	10 176
VC		
- Besök läkare	6	6 702
- Besök ssk	8	3 800
- Besök övrigt	1	1 634
- Övrigt	6	538
SOL		
- Bistånd	2	554
- Larm		11 550
Totala kostnader		212 637

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

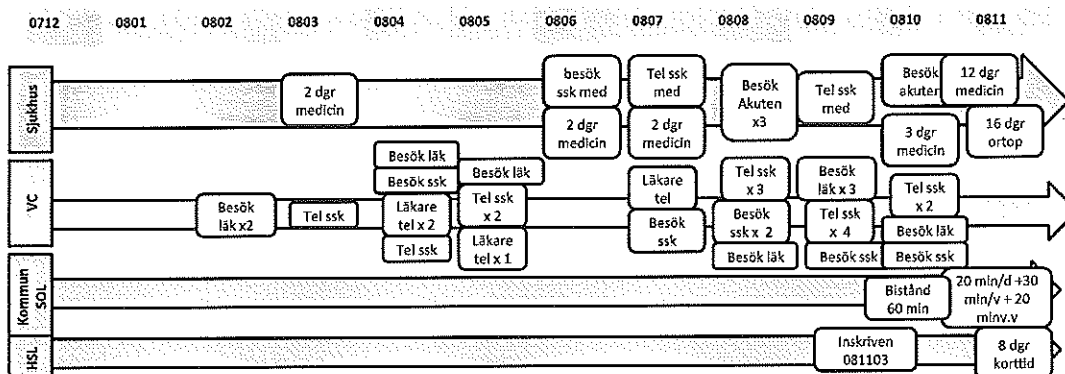
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	0	0
SOL		
- Bistånd	2	554
- Hemtjänst		85 800
- Larm		12 775
HSL		
- Hembesök ssk	150	80 850
- Telefon ssk	50	3 150
Totala kostnader		183 129

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vård dygn	365	135 050
Totala kostnader		135 050
Totala kostnader ej inskriven NST		212 637
Totala kostnader inskriven NST		318 179
Differens ordinarie vård – inskriven i NST		105 542

Typfall 3

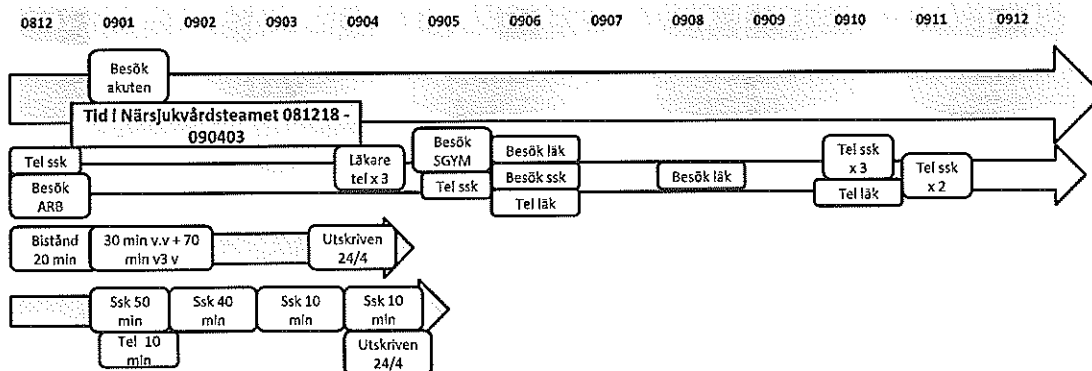
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	37	223 843
Akuten	10	25 440
VC		
- Besök läkare	9	10 053
- Besök ssk	6	2 850
- Övrigt	17	1 231
SOL		
- Bistånd	2	554
- Hemtjänst		3 432
HSL		
- Korttid	8	13 208
Totala kostnader		280 611

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

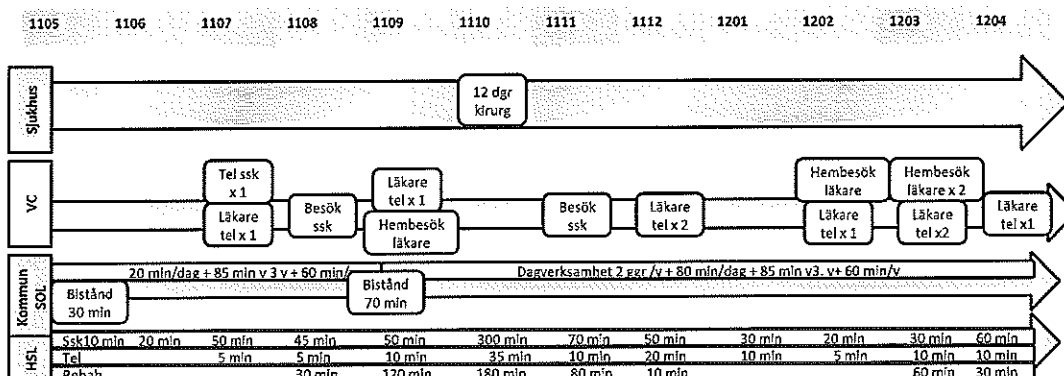
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	1	2 544
VC	17	5 656
SOL		
- Bistånd	0	0
- Hemtjänst		85 800
HSL		
- Hembesök ssk	8	4 312
- Telefon ssk	1	63
Totala kostnader		98 375

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vård dygn	106	39 220
Totala kostnader		39 220
Totala kostnader ej Inskriften NST		280 611
Totala kostnader Inskriften NST		137 595
Differens ordinarie vård - Inskriften i NST		- 143 016

Typfall 4

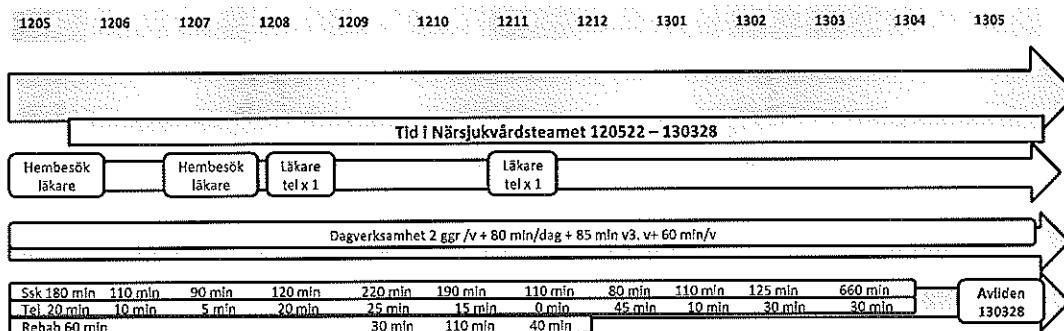
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	12	75 744
Akuten	1	2 544
VC		
- Besök läkare	4	4 008
- Besök ssk	2	950
- Övrigt	9	887
SOL		
- Bistånd	2	554
- Hemtjänst, Dagv.		115 609
HSL		
- Hembesök ssk	49	26 411
- Tel, rehab	47	15 881
Totala kostnader		242 588

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

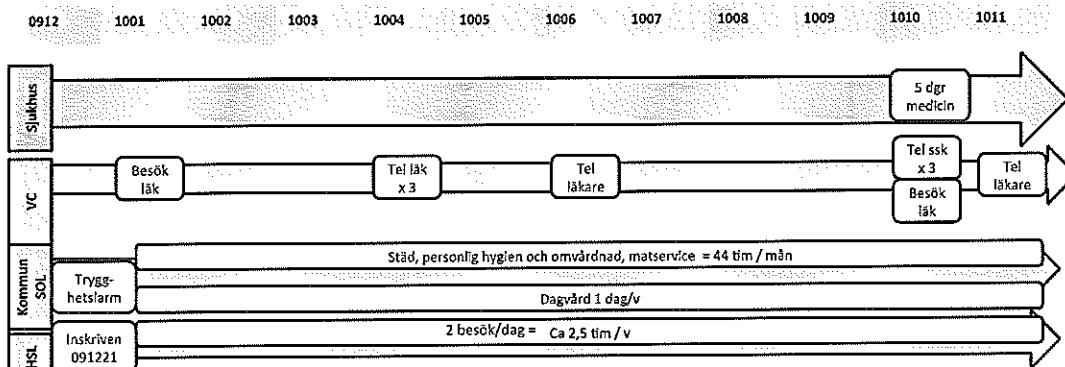
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	4	2 210
SOL		
- Bistånd	0	0
- Hemtjänst		209 510
HSL		
- Hembesök ssk	133	71 687
- Telefon ssk	40	2 520
- Rehab	18	7 974
Totala kostnader		293 901

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vårddygn	335	123 950
Totala kostnader		123 950
Totala kostnader ej Inskriften NST		242 588
Totala kostnader Inskriften NST		417 851
Differens ordinarie vård - inskriven i NST		175 263

Typfall 5

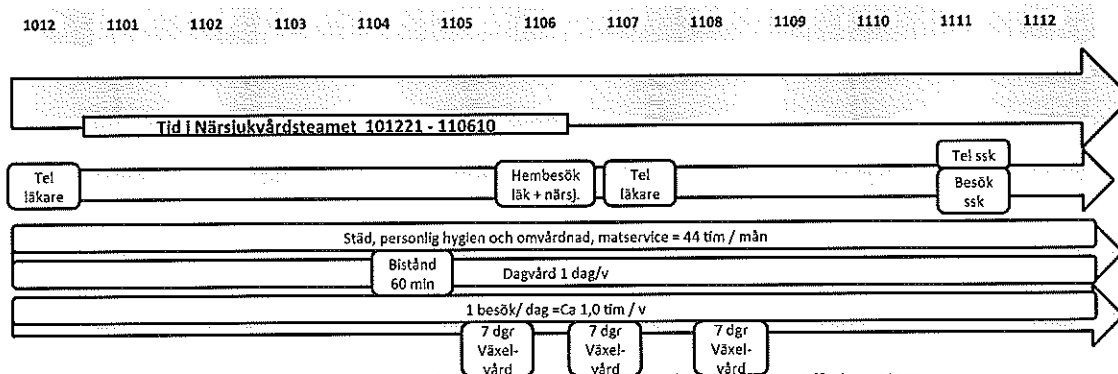
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	5	29 475
Akuten	1	2 844
VC		
- Besök läkare	2	2 234
- Övrigt	8	704
SOL		
- Trygghetslarm		12 775
- Hemtjänst, Dagv.		160 792
HSL		
- Hembesök ssk	670	361 130
Totala kostnader		569 954

Inskrivnen i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

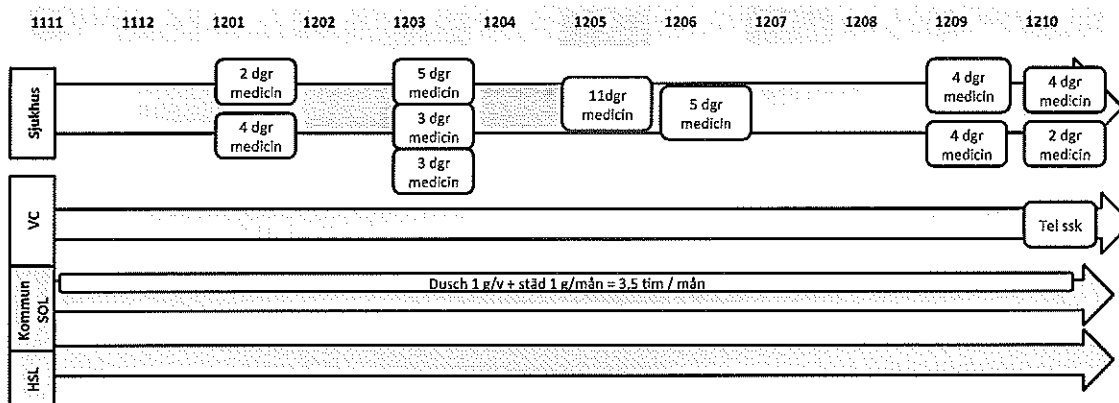
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	5	1 746
SOL		
- Bistånd	1	277
- Hemtjänst		175 240
- Larm		12 775
HSL		
- Hembesök ssk	365	196 735
- Växelvård	21	44 646
Totala kostnader		431 429

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vårddygn	180	66 600
Totala kostnader		66 600
Totala kostnader ej inskriven NST		569 954
Totala kostnader Inskrivnen NST		498 029
Differens ordinarie vård – Inskrivnen i NST		- 71 925

Typfall 6

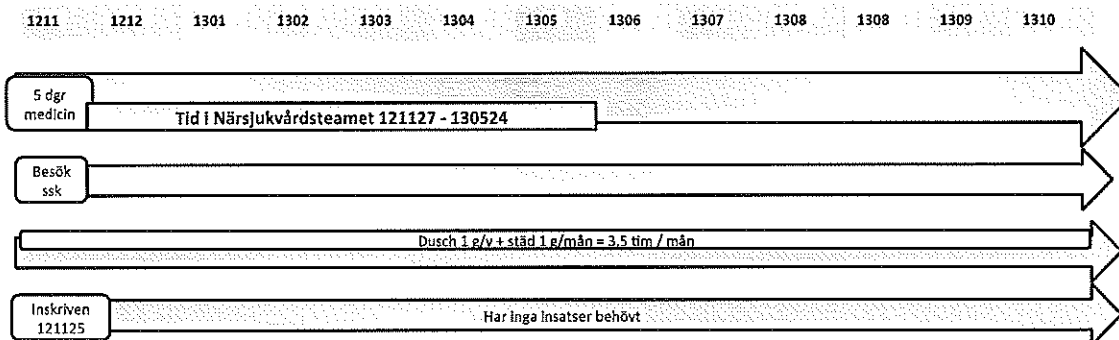
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	52	306 540
Akuten	12	30 528
VC		
- Besök läkare	0	0
- Besök ssk	1	475
- Besök övrigt	0	0
- Övrigt	1	63
SOL		
- Hemtjänst		12 012
HSL		
Totala kostnader		349 618

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

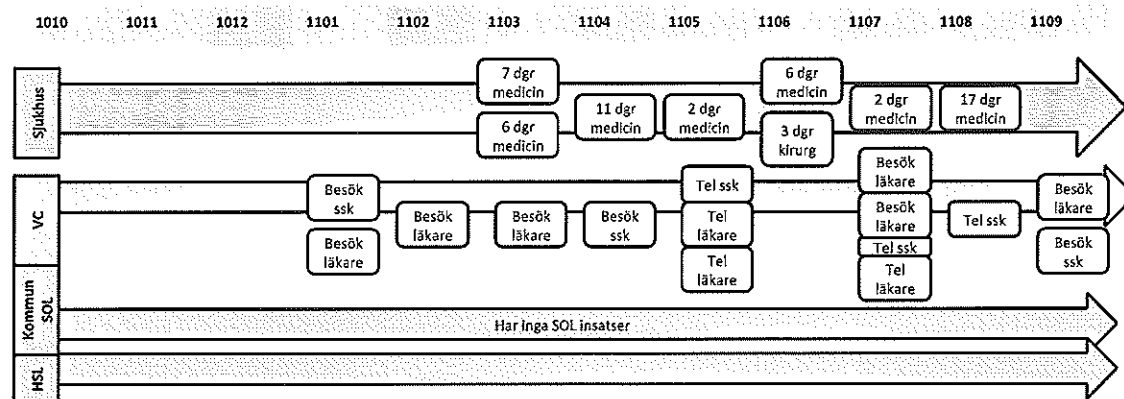
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	0	0
SOL		
- Hemtjänst		12 012
HSL		
- Hembesök ssk	0	0
Totala kostnader		12 012

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vårddygn	180	66 600
Totala kostnader		66 600
Totala kostnader ej Inskriften NST		349 618
Totala kostnader Inskriften NST		78 612
Differens ordinarie vård – inskriven i NST		- 271 006

Typfall 7

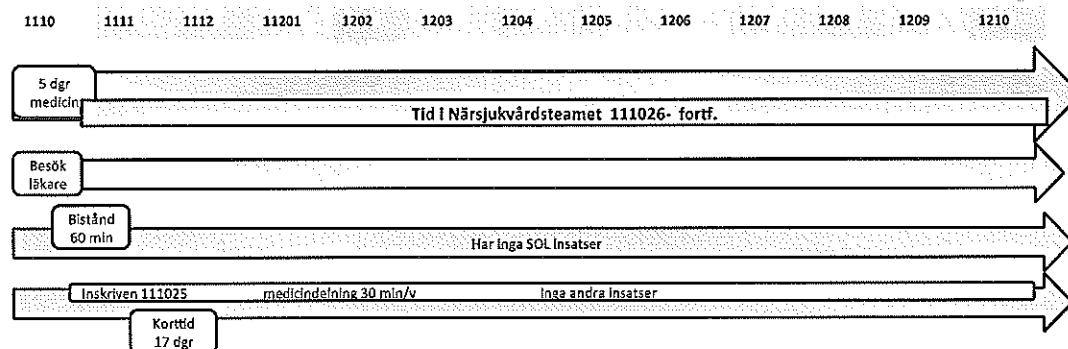
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	59	349 056
Akuten	8	20 352
VC		
- Besök läkare	7	7 819
- Besök ssk	2	950
- Besök övrigt	0	0
- Övrigt	6	498
SOL		
- Hemtjänst		0
HSL		
Totala kostnader		378 675

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

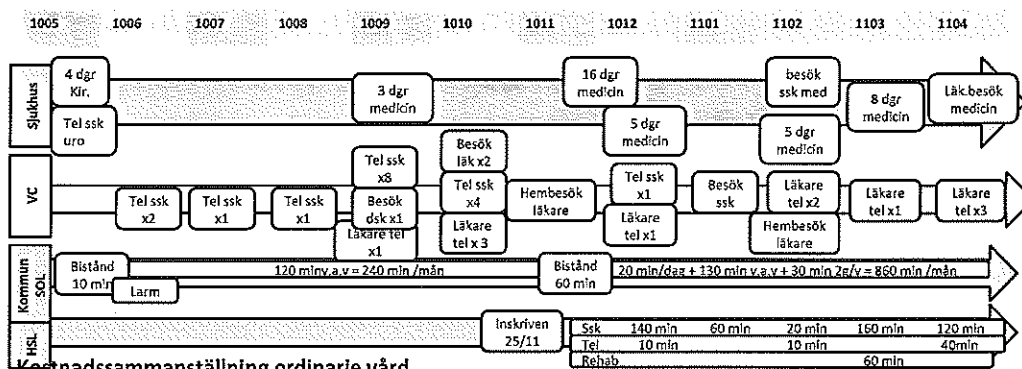
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	0	0
SOL		
- Bistånd	1	277
HSL		
- Hembesök ssk	52	28 028
- Korttid	17	28 067
Totala kostnader		56 372

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vårddygn	365	135 050
Totala kostnader		135 050
Totala kostnader ej Inskriften NST		378 675
Totala kostnader Inskriften NST		191 422
Differens ordinarie vård – Inskriften i NST		- 187 263

Typfall 8

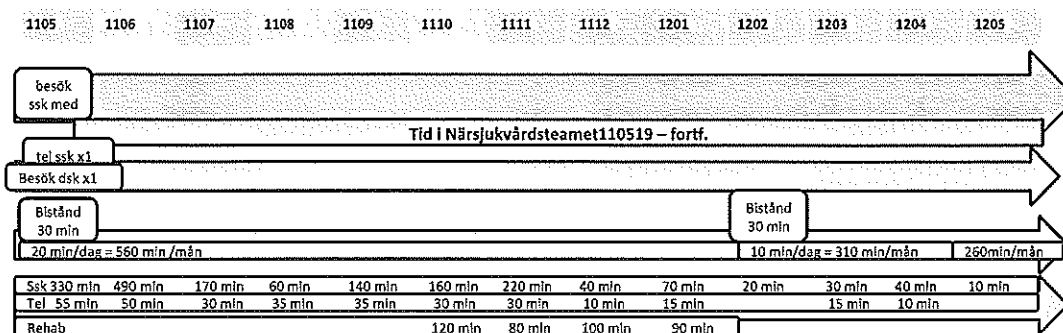
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	41	243 353
Akuten	6	15 264
Spec.läkare	1	3 690
VC		
- Besök läkare	4	4 238
- Besök ssk	3	1 540
- Övrigt	25	2 204
SOL		
- Bistånd	3	831
- Hemtjänst		27 456
- Larm		11 550
HSL		
- Hembesök ssk, mm		13 308
Totala kostnader		322 334

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	0	0
SOL		
- Bistånd	1	277
- Hemtjänst	94	27 027
- Larm		12 775
HSL		
- Hembesök ssk	118	63 602
- Tel	245	15 435
- Rehab	26	11 518
Totala kostnader		130 634

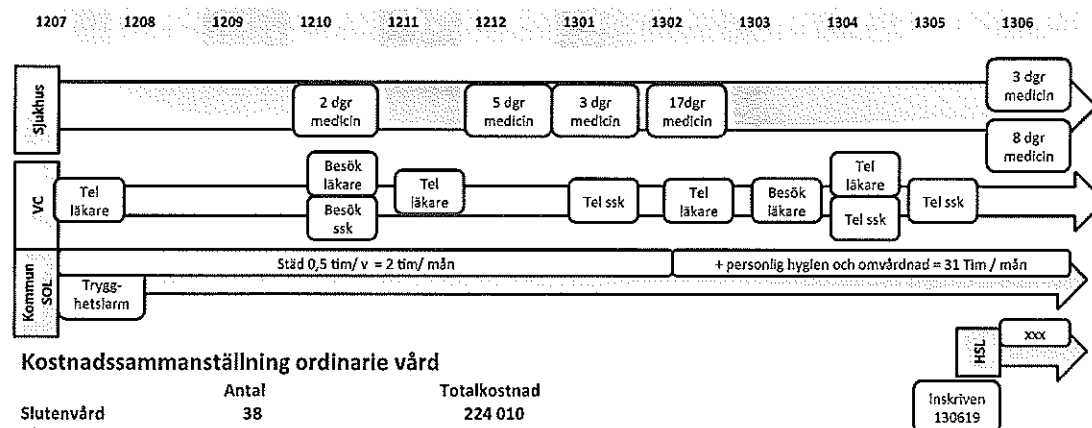
Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vård dygn	365	135 050
Totala kostnader		135 050

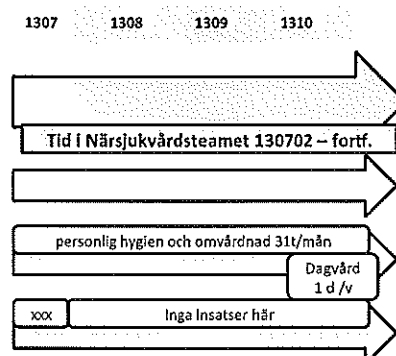
Denna pat. har larmat flera ggr / dag			
Totala kostnader ej Inskriften NST			322 334
Totala kostnader Inskriften NST			265 684
Differens ordinarie vård – Inskriften i NST			- 56 650

Typfall 9

Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Inskriften i Närsjukvårdsteam (Obs ej helårsjämförelse)



Kostnadssammansättning ordinarie vård

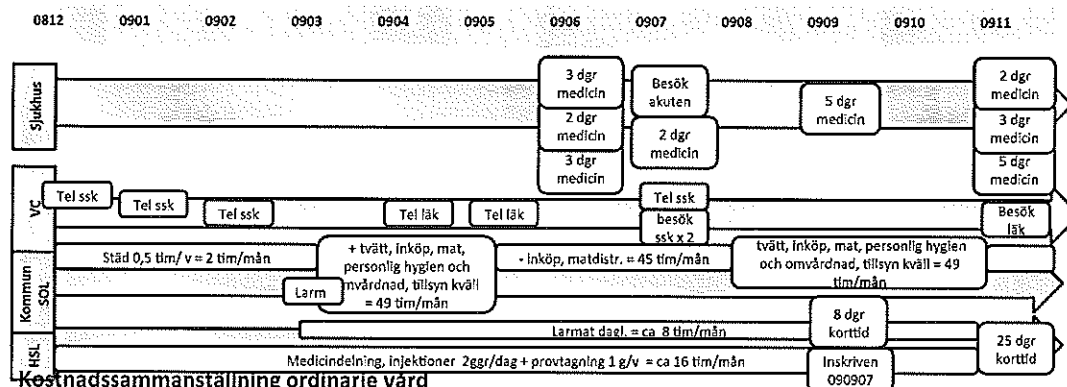
	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	0	0
SOL		
- Hemtjänst		35 464
- Larm		4 200
- Dagvård		7 776
HSL		
- Hembesök ssk, mm	28	15 092
Totala kostnader		62 532

Kostnadssammansättning NST

	Antal	Totalkostnad
Vårddygn	120	44 400
Totala kostnader		44 400
Totala kostnader ej Inskriften NST		322 428
Totala kostnader Inskriften NST		106 932
Differens ordinarie vård - Inskriften i NST		- 215 496

Typfall 10

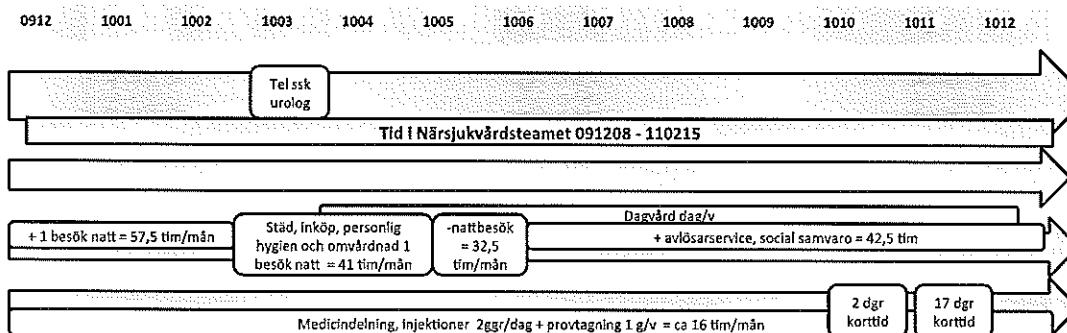
Ej inskriven i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	25	147 375
Akuten	9	22 905
VC		
- Besök läkare	1	1 117
- Besök ssk	2	950
- Övrigt	6	458
SOL		
- Hemtjänst		104 104
- Larm		9 450
HSL		
- Hembesök ssk, mm	576	310 464
- Korttidsboende	33	54 483
Totala kostnader		671 612

Inskriften i Närsjukvårdsteam



Kostnadssammanställning ordinarie vård

	Antal	Totalkostnad
Slutenvård	0	0
Akuten	0	0
VC	0	0
SOL		
- Hemtjänst		94 237
- Larm		12 775
- Dagvård		16 776
HSL		
- Hembesök ssk, mm	782	421 498
- Korttidsboende	19	31 369
Totala kostnader		576 655

Kostnadssammanställning NST

	Antal	Totalkostnad
Vård dygn	365	135 050
Totala kostnader		135 050

Totala kostnader ej inskriven NST	671 612
Totala kostnader inskriven NST	711 705
Differens ordinarie vård - inskriven i NST	40 093