

Kartläggning av prehospital och mobil vård i Skåne

25 november 2022

Dagens presentation

- Problemställning och bakgrund till detta arbete
- Kartläggning av prehospital och mobil vård
- Åtgärdsförslag

Bakgrund och syfte

Omställningen till god och nära vård gör att prehospital och mobil vård behöver integreras i vårdkedjan

Prehospital vård runtom i Sverige är i förändring, med koppling till omställningen till god och nära vård

Även Region Skåne eftersträvar ett skifte *från* att se den akuta prehospitala och mobila vården som fristående verksamheter *till en integrerad del* av hälso- och sjukvårdssystemet

Mångfald av mobila resurser gör det svårt att få ihop helheten i Region Skåne

I linje med utvecklingen mot öppenvård, nära eller hemma hos patienten, har olika typer av mobila team eller mobila resurser uppkommit i Region Skåne

Region Skåne har många olika prehospitala samt mobila resurser att tillgå, men begränsad översikt samt begränsad styrning och samordning kring dessa

Givet detta utmanande att kunna koppla ihop den prehospitala vården till en helhet

En kartläggning för att få ett helhetsperspektiv på all prehospital och mobil vård och identifiera åtgärder

För att i den långsiktiga utvecklingen kunna skapa en flexibel vård med patienten i fokus har Region Skåne låtit genomföra en kartläggning av all prehospital och mobil vård inom regionen

Utifrån kartläggningen lämnas ett antal förbättringsförslag avseende bl.a. struktur och ansvarsfördelning

Utredningen har utgått från tre distinkta analysområden

Akut prehospital vård ("larmkedjan")

Patientsäkert och effektivt akut prehospitalt bemötande när akuta insatser behövs:

- **Styrning och ledning** av hela larmkedjan
- **Organisation** av larmoperatörer och ambulans
- **Planering och resursoptimering**, ex. optimering av vilken resurs som larmas ut i varje ärende

Samverkan mellan larmkedjan och dagens och framtidens mobila resurser

Integration av vårdkedjor och transparens kring de resurser som kan nyttjas för att behandla varje patient på rätt vårdnivå och rätt plats:

- **Vårdkarta tillgänglig för olika aktörer**, ändamålsenligt spektrum av insatser tillgänglig för larmkedjan för att kunna optimera vårdnivå
- **Förutsättningar för effektiv samverkan mellan parter**, ex. möjligheter till informationsdelning mellan aktörer och effektiva ersättningsmodeller som ger delade incitament
- **Styrning och uppföljning**, för att möjliggöra effektiva arbetssätt över tid tvärs alla aktörer

Mobila resurser (elektiva och akuta)

God och tillgänglig vård nära patienten i syfte t.ex. att ge färre inskrivningar över tid och öka möjlighet till utskrivning från slutenvård:

- **Jämnt utbud**, regionalt och utifrån patientbehov
- **Kostnadseffektivt utbud**, i linje med långsiktig strategi att bygga ut primärvården men med akuta insatser vid behov
- **Stödjande styrning/organisation**, ex. tydligare ansvarig huvudman

En mängd olika källor har nyttjats under arbetets gång



Dokumentanalys. Tidigare rapporter och dokument kring prehospitalet och mobil vård i Skåne, t.ex.

- 2020 - "Granskning av prehospitalet vård"
- 2021 - "Översyn av prehospitalet vård i Skåne"
- 2021 - "Uppföljning av HS-avtalet avseende delprojekt "Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam""



Intervjuer med 70+ intressenter tvärs bl.a. Region Skånes förvaltningar samt samarbetspartners, t.ex. enhetschefer, utvecklingschefer, läkare, sjuksköterskor, hälso- och sjukvårdsstrateger, områdeschefer, kommuner



Enkät med 38 frågor rörande prehospitalet- och mobil vård som besvarades av 100+ respondenter tvärs Region Skånes förvaltningar samt samarbetspartners (Skånetrafiken, PreMedic AB, SOS Alarm)



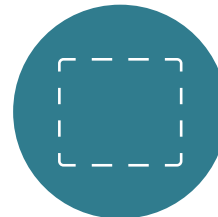
Hälso och sjukvårdsdata från Region Skåne (t.ex. vårdinsatser, finansiering) samt andra relevanta aktörer (t.ex. SOS Alarm) och andra regioner (t.ex. VGR, Uppsala, Stockholm)



Fysiskt besök och observation av operatörer hos Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm den 23:e september 2022



Externt åberopad expertis från verksamheter i det svenska hälso- och sjukvårdsområdet (t.ex. Socialstyrelsen, SKR, verksamhetschefer vid andra regioner etc.)

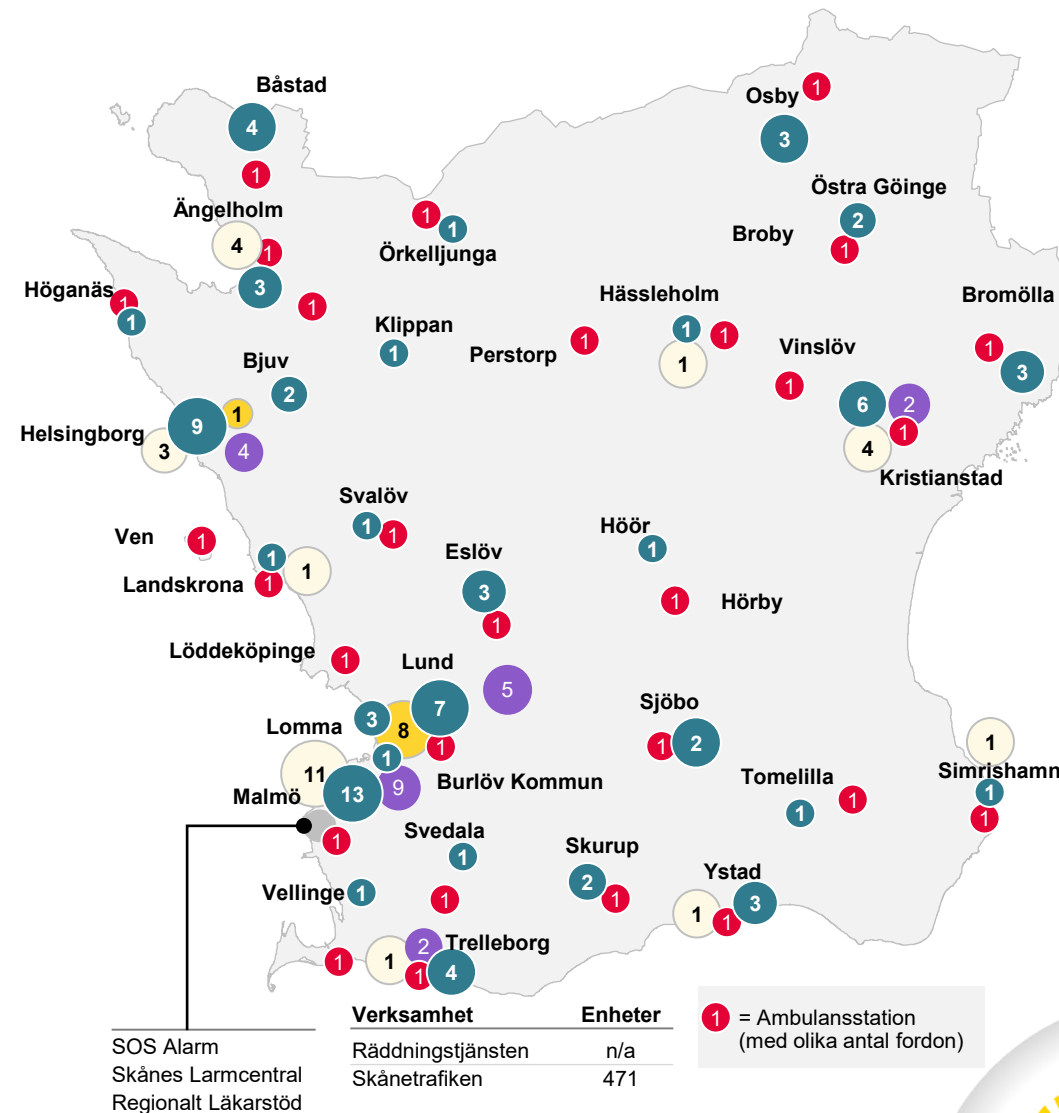


Offentliga data och rapporter, expertis inom motsvarande frågeställningar internationellt hos McKinsey

Många olika prehospitala och mobila insatser identifierade i Region Skåne

Mobil vårdenhets	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81  146 ¹	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 ²	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 ³	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 ⁶	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	 471 ⁴	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) ⁵	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)



Akut prehospital vård (larmkedjan)

Kartläggning och föreslagna åtgärder

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- Föreslagna åtgärder

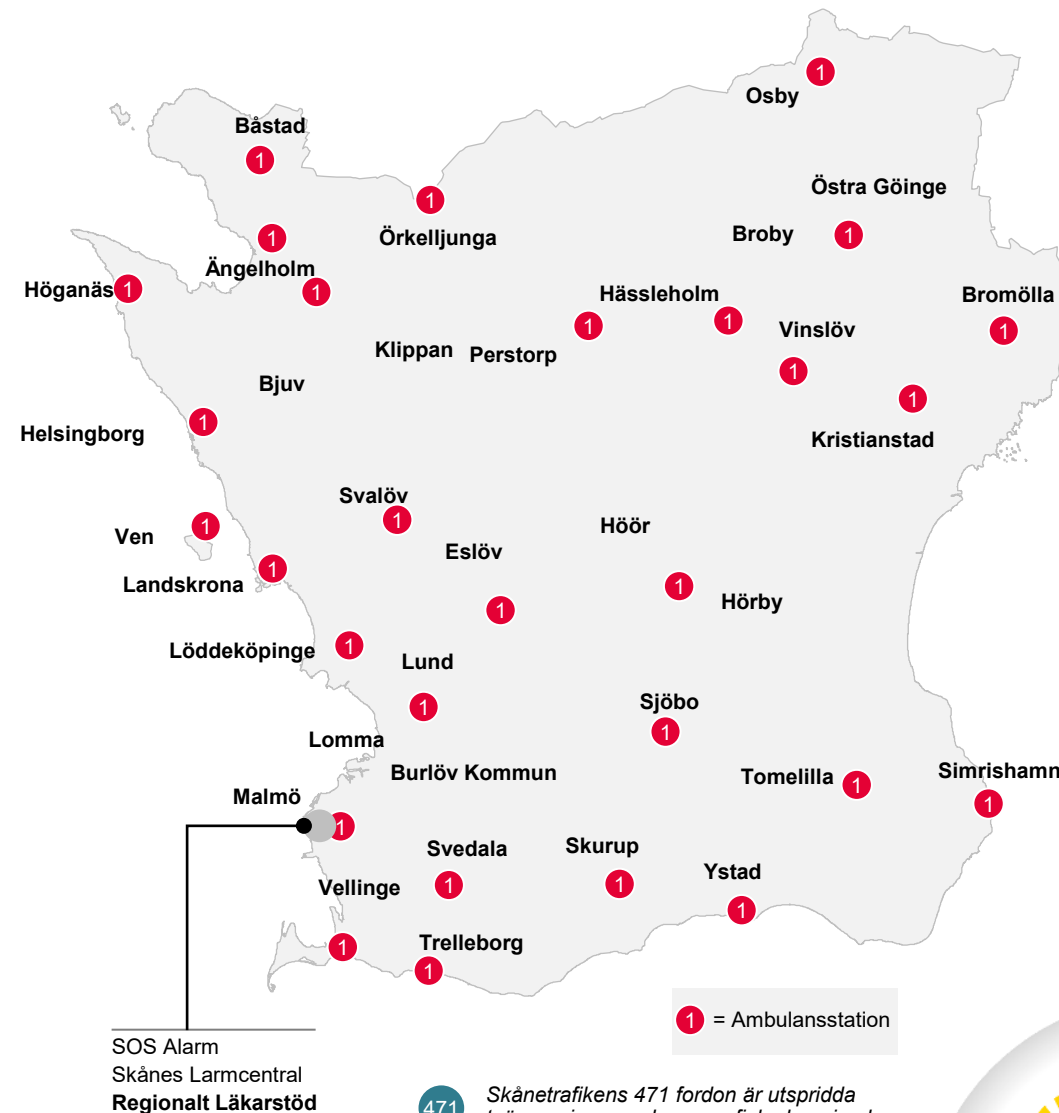
Mobila resurser (elektiva och akuta)

Appendix

Geografisk placering av ambulansstationer

Mobil vårdenhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 ¹	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 ²	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 ³	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 ⁶	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 ⁴	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) ⁵	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223; exklusive lättvård eller sjuktransport (1 i nordväst och 1 i sydväst) enheter
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)



471 Skånetrafikens 471 fordon är utspridda tvärs regionen och geografisk placering har ej kartlagts i detalj

Specifika utmaningar inom akuta vårdflödet inkluderar bristfällig triagering och avsaknad av bredare palett

Utmaning

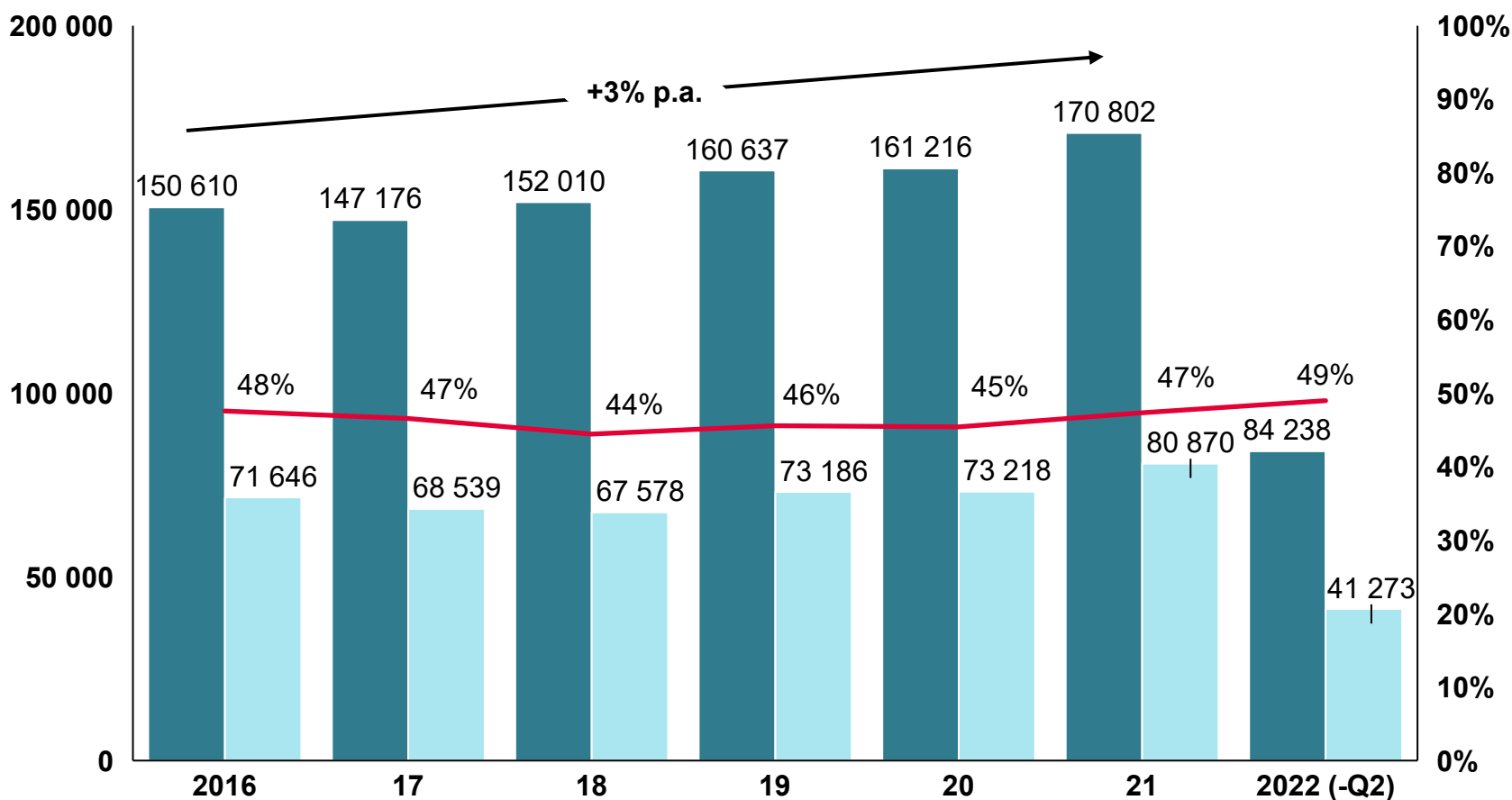
- 1 **Bristfällig medicinsk kompetens i den initiala triageringen** anses leda till överprioritering och en stadigt ökande (3% årligen) mängd ambulansutryckningar och tendens till att dessa prioriteras högt (47% Prio 1 ärenden) jämfört med larmcentraler där enbart medicinskt utbildad personal triagerar (40-42%)

Underliggande orsak

SOS Alarms sköter första linjens triagering genom larmoperatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Dessa har möjlighet att efter behov koppla in en sjuksköterska från SOS Alarm. Som regel kopplas dock medicinsk kompetens in först i andra ledet och då främst vid Prio 2 och 3-ärenden via Region Skånes Larmcentral

1. Antalet ambulansärenden ökar över tid, och nästan hälften av utgörs av Prio 1

Antal ambulansuppdrag och andelen Prio 1, '16-'21, antal ärenden, %



■ Antal uppdrag ■ Prio 1 — Andel Prio 1 (%)

Antalet ambulansuttryckningar i Region Skåne¹ ökar årligen samtidigt som andelen Prio 1 ligger konstant mellan 44-48%

Data från 2022 (januari-juli) indikerar en oförändrad mängd utlarmningar med en ökad andel Prio 1-uppdrag (49%)

SOS införde i november 2021 ett nytt beslutsstöd (STEP)

Inga tydliga samband har identifierats mellan inläggningar och andel Prio 1-ärenden över tid

1. 134 000 av dessa går via SOS Alarm. Resterande 37 000 går via RSLc och utgörs till största del av ambulansbeställningar från sjukvården

Källor: Region Skåne, Medicinsk Service (220629)

1. Patient lämnas kvar hemma i 27% av utlarmade Prio 1-ärenden

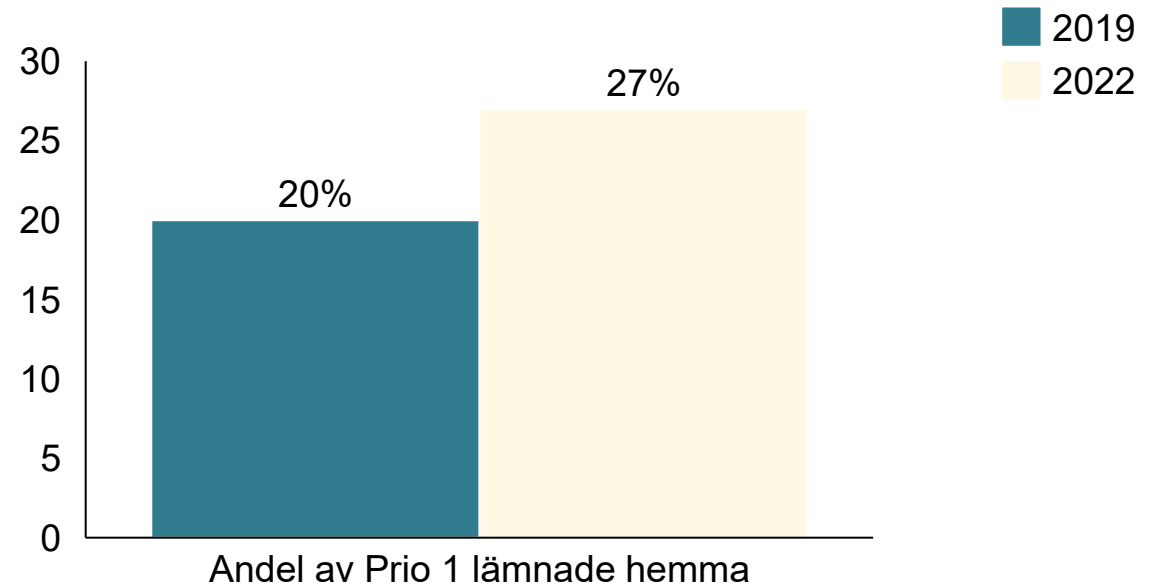
27% av utlarmade Prio 1 med ambulans lämnas hemma, och andelen har ökat över tid

Ökningen kan delvis bero på ökad kompetens i ambulansen, med större möjligheter att genomföra olika vårdinsatser och bedömningar på plats

En annan del i förklaringen tros av verksamheten vara **bristande bedömning och prioritering** hos SOS Alarm och **brist på återkoppling från uttryckningen** som begränsar aktivt lärande

Detta leder till att oproportionerligt många larm slås ut som Prio 1

Andelen utlarmade Prio 1 som lämnats hemma, %



“ ”

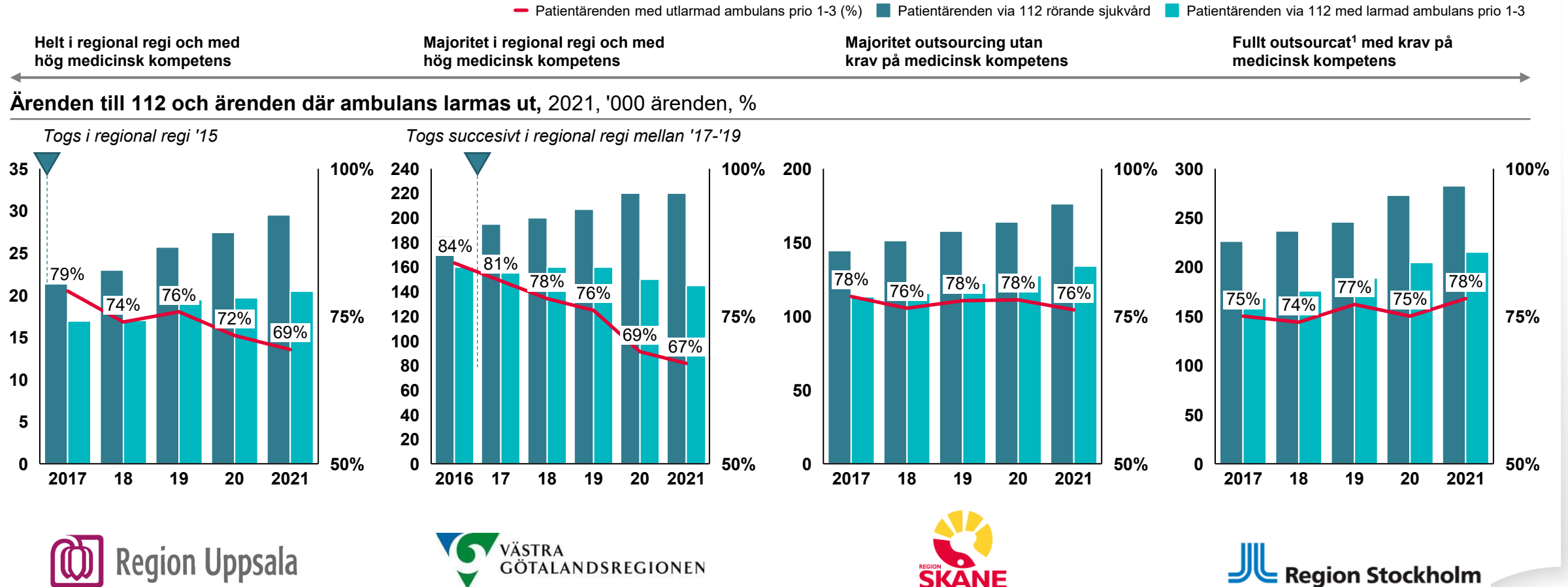
Det finns en inbyggd minnesstörning i systemet. SOS får inte återkoppling vad som hänt med patienten och det finns inget aktivt lärande för att lära vad som blev 'rätt' respektive 'fel' vid uttryckningar

Läkare, VO Ambulans

Specifika utmaningar inom akuta vårdflödet inkluderar bristfällig triagering och avsaknad av bredare palett

Utmaning	Underliggande orsak
1 Bristfällig medicinsk kompetens i den initiala triageringen anses leda till överprioritering och en stadigt ökande (3% årligen) mängd ambulansuttryckningar och tendens till att dessa prioriteras högt (47% Prio 1 ärenden) jämfört med larmcentraler där enbart medicinskt utbildad personal triagerar (40-42%)	SOS Alarms sköter första linjens triagering genom larm-operatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Dessa har möjlighet att efter behov koppla in en sjuksköterska från SOS Alarm. Som regel kopplas dock medicinsk kompetens in först i andra ledet och då främst vid Prio 2 och 3-ärenden via Region Skånes Larmcentral
2 Larmkedjans uppdelning mellan olika aktörer leder hos vissa patienter till dubbelarbete i triageringen, informationsförlust vid överlämning av ärenden mellan vårdgivare och försämrade möjligheter till uppföljning	Ansvar för larmkedjan är uppdelat mellan Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm vilket leder till att Prio 2 och 3-patienter ofta får prata med mer än en operatör

2. Andel uttryckningar har gått ned över tid för VGR och Uppsala



Larmcentralerna i VGR och Uppsala minskade andelen utlarmningar sedan driften övertogs från SOS Alarm. Uppföljning i Region Uppsala och VGR visar på oförändrad vårdkvalitet²

1. Beslut är taget på att verksamheten återgår i regional regi 2024
 2. Baserat på regional uppföljning av avvikelser, lex Maria och i Uppsala även vetenskaplig studie
 Källor: Expertintervjuer, Region Uppsala, VGR, SOS Alarm

Specifika utmaningar inom akuta vårdflödet inkluderar bristfällig triagering och avsaknad av bredare palett

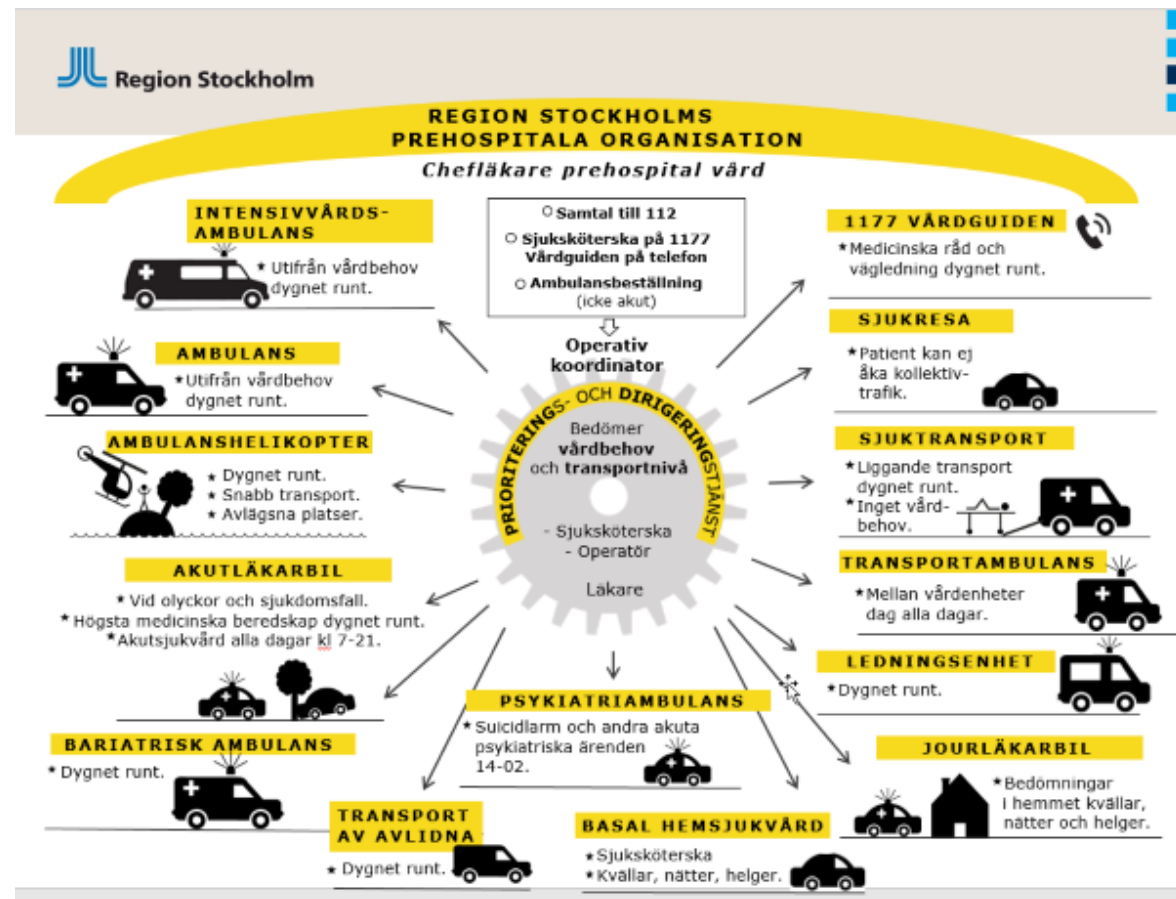
Utmaning

Underliggande orsak

1	Bristfällig medicinsk kompetens i den initiala triageringen anses leda till överprioritering och en stadigt ökande (3% årligen) mängd ambulansuttryckningar och tendens till att dessa prioriteras högt (47% Prio 1 ärenden) jämfört med larmcentraler där enbart medicinskt utbildad personal triagerar (40-42%)	SOS Alarms sköter första linjens triagering genom larm-operatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Dessa har möjlighet att efter behov koppla in en sjuksköterska från SOS Alarm. Som regel kopplas dock medicinsk kompetens in först i andra ledet och då främst vid Prio 2 och 3-ärenden via Region Skånes Larmcentral
2	Larmkedjans uppdelning mellan olika aktörer leder hos vissa patienter till dubbelarbete i triageringen, informationsförlust vid överlämning av ärenden mellan vårdgivare och försämrade möjligheter till uppföljning	Ansvar för larmkedjan är uppdelat mellan Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm vilket leder till att Prio 2 och 3 patienter ofta får prata med mer än en operatör
3	Larmcentralens palett är uppdelad och begränsad vilket inte möjliggör en optimal matchning av resurs utefter vårdbehov med överanvändning av ambulans som konsekvens	Tillgången till olika resurser (ex. Falck) är uppdelad mellan Region Skånes larmcentral och SOS Alarm. Samtidigt finns det resurser för vilka ett behov föreligger men som inte är uppknutna till larmcentralen (ex. mobila vårdteam)

3. Andra regioner har arbetat för bred palett - exempel Stockholm

Larmcentralen i Region Stockholm förfogar över en bred palett



Källa: Region Stockholm

Den prehospitala paletten har och fortsätter expandera

Paletten av vårdinsatser som larmcentralen har tillgång till har från 2017, då den var begränsat till vägbunden ambulans, helikopter och en läkarbil, utökats till att innehålla bl.a. vissa mobila vårdteam genom basal hemsjukvård, jourläkarbilar, sjuktransporter, intensivvårds-, transport-, och psykiatriambulanser. De flesta av dessa är försedda med Rakel (inkl. GPS) vilket möjliggör mer effektiv dirigering

Regionen ser i nuläget över sin palett

Paletten antas kunna nyttjas bättre av medicinskt utbildad personal med lokalkännedom

En orsak till beslutet att larmcentralen ska övergå i regional regi 2024 är antagandet att detta kommer leda till bättre nyttjande av de resurser som finns

En utökad palett inom Region Skånes akuta vårdflöde kan hjälpa till att begränsa antal ambulansutryckningar; förhindra onödiga inläggningar; förbättra vårdkontinuiteten för patienten och; öka den allmänna resurseffektiviteten

“ Vad är nästa generations larmcentral? Vi kommer inte komma ifrån att antalet som ringer ökar. Samma sak sker globalt. Inte enbart i Sverige. Lösningen är inte fler ambulanser.

Tjänsteman, Region Stockholm

Specifika utmaningar inom akuta vårdflödet inkluderar bristfällig triagering och avsaknad av bredare palett

Utmaning	Underliggande orsak
1 Bristfällig medicinsk kompetens i den initiala triageringen anses leda till överprioritering och en stadigt ökande (3% årligen) mängd ambulansuttryckningar och tendens till att dessa prioriteras högt (47% Prio 1 ärenden) jämfört med larmcentraler där enbart medicinskt utbildad personal triagerar (40-42%)	SOS Alarms sköter första linjens triagering genom larm-operatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Dessa har möjlighet att efter behov koppla in en sjuksköterska från SOS Alarm. Som regel kopplas dock medicinsk kompetens in först i andra ledet och då främst vid Prio 2 och 3-ärenden via Region Skånes Larmcentral
2 Larmkedjans uppdelning mellan olika aktörer leder hos vissa patienter till dubbelarbete i triageringen, informationsförlust vid överlämning av ärenden mellan vårdgivare och försämrade möjligheter till uppföljning	Ansvar för larmkedjan är uppdelat mellan Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm vilket leder till att Prio 2 och 3 patienter ofta får prata med mer än en operatör
3 Larmcentralens palett är uppdelad och begränsad vilket inte möjliggör en optimal matchning av resurs utefter vårdbehov med överanvändning av ambulans som konsekvens	Tillgången till olika resurser (ex. Falck) är uppdelad mellan Region Skånes larmcentral och SOS Alarm. Samtidigt finns det resurser för vilka ett behov föreligger men som inte är uppknutna till larmcentralen (ex. mobila vårdteam)
4 Direktiv 65 leder till att ambulansresurser används till bärhjälp istället för ambulanssjukvård vilket även leder till försvårad planering för Skånetrafikens serviceresor	Idag ligger uppdraget hos ambulanssjukvården att hjälpa Skånetrafiken vid uppdrag som de inte kan eller ska utföra (Direktiv 65)

Specifika utmaningar inom akuta vårdflödet inkluderar bristfällig triagering och avsaknad av bredare palett

Utmaning	Underliggande orsak
1 Bristfällig medicinsk kompetens i den initiala triageringen anses leda till överprioritering och en stadigt ökande (3% årligen) mängd ambulansuttryckningar och tendens till att dessa prioriteras högt (47% Prio 1 ärenden) jämfört med larmcentraler där enbart medicinskt utbildad personal triagerar (40-42%)	SOS Alarms sköter första linjens triagering genom larm-operatörer utan krav på formell medicinsk kompetens. Dessa har möjlighet att efter behov koppla in en sjuksköterska från SOS Alarm. Som regel kopplas dock medicinsk kompetens in först i andra ledet och då främst vid Prio 2 och 3-ärenden via Region Skånes Larmcentral
2 Larmkedjans uppdelning mellan olika aktörer leder hos vissa patienter till dubbelarbete i triageringen, informationsförlust vid överlämning av ärenden mellan vårdgivare och försämrade möjligheter till uppföljning	Ansvar för larmkedjan är uppdelat mellan Region Skånes Larmcentral och SOS Alarm vilket leder till att Prio 2 och 3 patienter ofta får prata med mer än en operatör
3 Larmcentralens palett är uppdelad och begränsad vilket inte möjliggör en optimal matchning av resurs utefter vårdbehov med överanvändning av ambulans som konsekvens	Tillgången till olika resurser (ex. Falck) är uppdelad mellan Region Skånes larmcentral och SOS Alarm. Samtidigt finns det resurser för vilka ett behov föreligger men som inte är uppknutna till larmcentralen (ex. mobila vårdteam)
4 Direktiv 65 leder till att ambulansresurser används till bärhjälp istället för ambulanssjukvård vilket även leder till försvårad planering för Skånetrafikens serviceresor	Idag ligger uppdraget hos ambulanssjukvården att hjälpa Skånetrafiken vid uppdrag som de inte kan eller ska utföra (Direktiv 65)
5 Samordning samt uppföljningssätt och -frekvens skiljer sig åt mellan de privata och offentliga ambulansverksamheterna , med begränsad insyn i varandras utfall och uppföljning. Ingen sammanhållen rapportering lämnas och begränsad transparens mot ex. invånarna. Detta upplevs försvåra samarbete och enhetlig utformning	Ambulansverksamheten i egen regi (distrikt 1 & 3) ingår i förvaltning Medicinsk Service, vars styrning utgår direkt från Regionstyrelsen (RS) Ambulansverksamheten i privat regi (distrikt 2 & 4) styrs av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), genom enheten för uppdragsstyrning vid Koncernkontoret som hanterar avtalsstyrning

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

- Kartläggning och problembeskrivning

- **Föreslagna åtgärder**

Mobila resurser (elektiva och akuta)

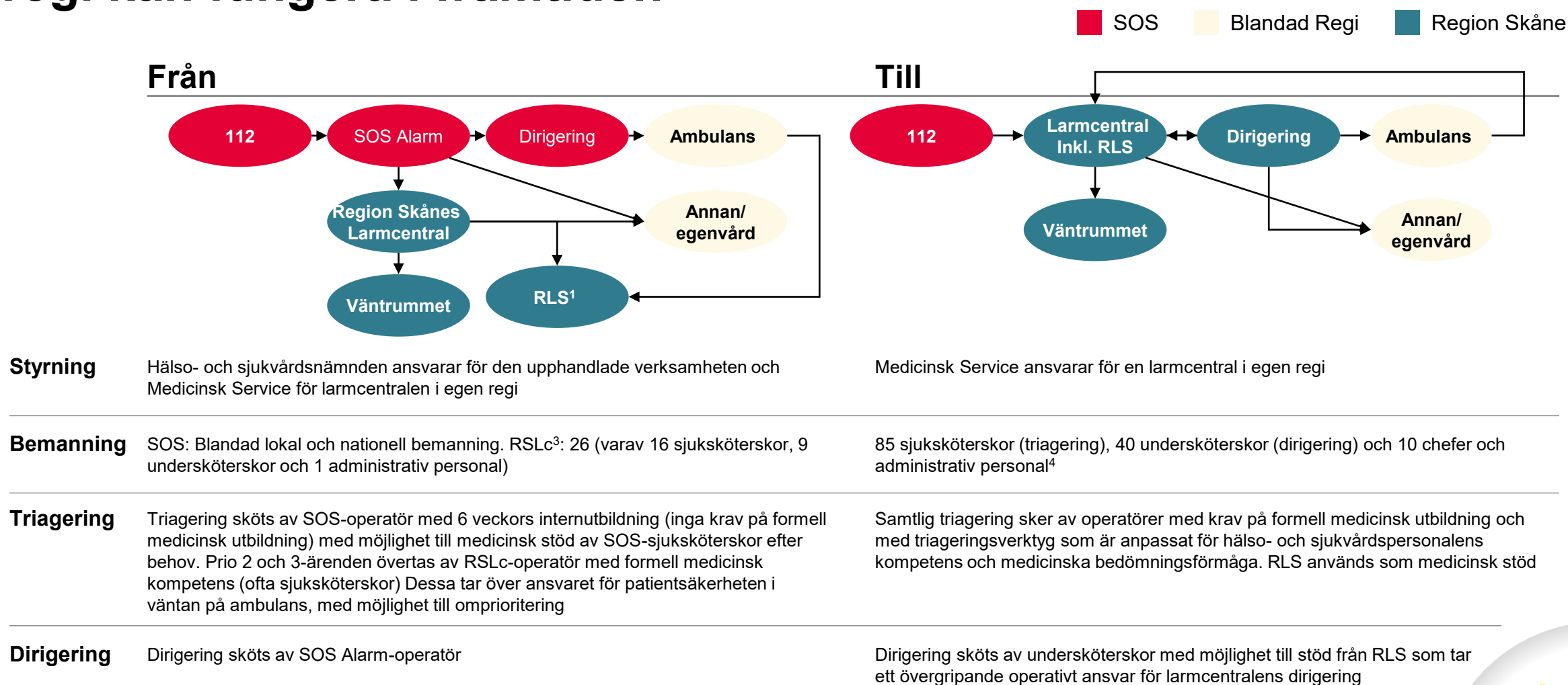
Appendix

Summering av prioriterade åtgärder

Åtgärd	Beskrivning
A Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens	Larmcentralen samlas under en organisation med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor). Syftet är att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet, så att rätt resurs fördelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering Ger bl.a. förutsättning för bredare palett (se åtgärd "B"). Uppnås liknande resultat som i VGR/Region Uppsala kan det leda till besparingar om 16 000 ambulansutryckningar (eller 10-20 mSEK¹ trots ökade personalkostnader (~85 anställda sjuksköterskor))

1. Obs: Redovisade (preliminära) besparingar motsvarar en ökning i resurseffektivitet, dvs. åtgärden frigör resurser/personal som kan leda till förbättrad vårdkvalitet, ökad kapacitet/reduktans, bättre arbetsmiljö, osv. och kommer inte nödvändigtvis minska en specifik kostnad i resultaträkning

A. Översikt av hur prehospital dirigering och prioritering i egen regi kan fungera i framtiden



1. Regionalt Läkarstöd
 2. Hälso- och sjukvårdsnämnden
 3. Region Skånes Larmcentral
 4. Baserat på data från VGR och Region Uppsala
 Källa: Expertintervjuer, dokumentanalys

Summering av prioriterade åtgärder

Åtgärd	Beskrivning
A Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens	Larmcentralen samlas under en organisation med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor). Syftet är att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet, så att rätt resurs fördelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering Ger bl.a. förutsättning för bredare palett (se åtgärd "B"). Uppnås liknande resultat som i VGR/Region Uppsala kan det leda till besparingar om 16 000 ambulansutryckningar (eller 10-20 mSEK¹ trots ökade personalkostnader (~85 anställda sjuksköterskor))
B Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet	En bredare palett av resurser föreslås för att möjliggöra att patienter kan vårdas på rätt vårdnivå, exempelvis bör larmcentralen kunna dirigera liggande sjuktransport samt mobil vårdresurs från vårdcentral eller sjukhus (t.ex. bedömningsbil). Dessutom föreslås möjlighet till telefonuppföljning av ärende (när annan resurs en ambulans dirigeras) och förutsättningar att, i ökad utsträckning, nyttja data, t.ex. gemensamma journalsystem Möjlighet till totala kostnadsminskningar på 45-65 mSEK¹ genom: a) besparing av ambulansuppdrag (~1 000 st/år) och besök till akutmottagning (~7 000) vid användning av nuvarande akut/internmedicin team som utgår från sjukhus samt b) ersättning av 20 000 ambulansuppdrag som utförs istället av liggande sjuktransport

1. Obs: Redovisade (preliminära) besparingar motsvarar en ökning i resurseffektivitet, dvs. åtgärden frigör resurser/personal som kan leda till förbättrad vårdkvalitet, ökad kapacitet/reduktans, bättre arbetsmiljö, osv. och kommer inte nödvändigtvis minska en specifik kostnad i resultaträkning

B. Framtidens larmcentral får större möjligheter att säkra att patienter styrs till rätt nivå – och säkra adekvat vård till patient

PRELIMINÄRA ESTIMAT

Beskrivning 'vidgad palett'

Idag saknas flera resurser vid larmcentralen som andra regioner/motsvarande verksamheter har tillgång till. Detta påverkar möjligheten att i Skåne från larmcentral och ambulans nyansera och styra vård efter vårdbehov

Främsta insatser (kvantifierade):

- Mobila vårdteam – För punktinsatser (enligt förslag E) och andra åtgärder främst för Prio 2 och 3-ärenden där besök på akutmottagning och möjligtvis inläggning kan undvikas genom punktinsatser i hemmet. Ca 10 000 ärenden/år
- Liggande sjuktransport – för patienter med enbart minimalt vårdbehov eller behov av stöd och omsorg som behöver ligga eller sitta på bår under transport. Ca 20 000 ärenden/år

Övriga insatser (ej mobila):

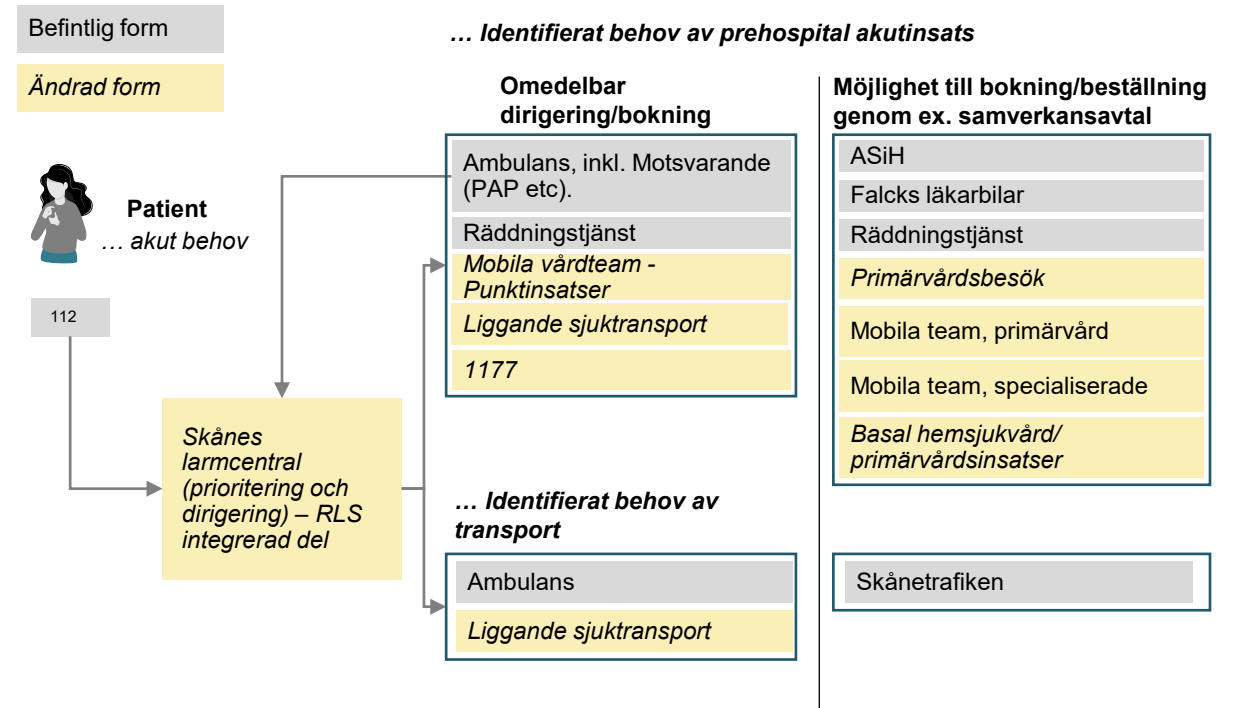
- 1177 – Dagens samarbete mellan RSLc och 1177 utökas och samtliga larmoperatörer ges möjlighet att koppla direkt (t.ex. med prioritering i kö-systemet) till 1177
- Möjlighet för ambulanspersonal/RSLc att direktboka in patienter till primärvården – ett återkommande förslag i intervjuer (pilotprojekt pågår i Region Uppsala)

Möjliga framtida (ej kvantifierade)

- Psykiatri – PAP-ambulans bör utvärderas framöver både kvalitets- och kvantitetsmässigt
- Basal hemsjukvård/primärvårdsinsatser
- Mobila team utgående från sjukhus
- Mobila team utgående från primärvård
- Lättvårdsambulans



Föreslagen komplettering till larmcentralen



Summering av prioriterade åtgärder

Åtgärd	Beskrivning
A Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens	Larmcentralen samlas under en organisation med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor). Syftet är att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet, så att rätt resurs fördelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering Ger bl.a. förutsättning för bredare palett (se åtgärd "B"). Uppnås liknande resultat som i VGR/Region Uppsala kan det leda till besparingar om 16 000 ambulansutryckningar (eller 10-20 mSEK¹ trots ökade personalkostnader (~85 anställda sjuksköterskor))
B Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet	En bredare palett av resurser föreslås för att möjliggöra att patienter kan vårdas på rätt vårdnivå, exempelvis bör larmcentralen kunna dirigera liggande sjuktransport samt mobil vårdresurs från vårdcentral eller sjukhus (t.ex. bedömningsbil). Dessutom föreslås möjlighet till telefonuppföljning av ärende (när annan resurs en ambulans dirigeras) och förutsättningar att, i ökad utsträckning, nyttja data, t.ex. gemensamma journalsystem Möjlighet till totala kostnadsminskningar på 45-65 mSEK¹ genom: a) besparing av ambulansuppdrag (~1 000 st/år) och besök till akutmottagning (~7 000) vid användning av nuvarande akut/internmedicin team som utgår från sjukhus samt b) ersättning av 20 000 ambulansuppdrag som utförs istället av liggande sjuktransport
C Starkare samordning och uppföljning av ambulans-verksamheter	Skåne föreslås säkra starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheterna i egen resp. privat regi. - Förtydliga det centraliserade samordningsuppdraget, samt säkerställ tydligt ansvar för styrning och samlad kvalitetsuppföljning (utfall, avvikelser, mm) med hjälp av data som levereras av respektive ambulansverksamhet, t.ex. kvartalsvis - Säkra att en separat enhet styr, utvecklar, följer upp, och sköter verksamhetsuppföljning (inklusive avtalsuppföljning) tvärs både den offentliga och privata ambulansverksamheten - I dagens läge, där ambulanser i egen/privat regi organiseras under olika nämnder, bör sådan uppföljning ske på regional nivå - I ett möjligt framtida läge, där ambulanser i egen/privat regi organiseras under samma nämnd, kan sådan uppföljning ske av nämnden i fråga

1. Obs: Redovisade (preliminära) besparingar motsvarar en ökning i resurseffektivitet, dvs. åtgärden frigör resurser/personal som kan leda till förbättrad vårdkvalitet, ökad kapacitet/reduktans, bättre arbetsmiljö, osv. och kommer inte nödvändigtvis minska en specifik kostnad i resultaträkning

Summering av prioriterade åtgärder

Åtgärd	Beskrivning
A Larmcentral i samlad regi med stärkt medicinsk kompetens	Larmcentralen samlas under en organisation med krav på att operatörer har formell medicinsk utbildning (företrädesvis sjuksköterskor). Syftet är att förbättra prioriteringens träffsäkerhet och optimera resursutnyttjandet, så att rätt resurs fördelas till rätt patient i rätt tid. Läkare ska finnas på plats för att stötta prioritering och dirigering Ger bl.a. förutsättning för bredare palett (se åtgärd "B"). Uppnås liknande resultat som i VGR/Region Uppsala kan det leda till besparingar om 16 000 ambulansutryckningar (eller 10-20 mSEK¹ trots ökade personalkostnader (~85 anställda sjuksköterskor))
B Bredare palett att dirigera från larmcentralen för högre resurseffektivitet	En bredare palett av resurser föreslås för att möjliggöra att patienter kan vårdas på rätt vårdnivå, exempelvis bör larmcentralen kunna dirigera liggande sjuktransport samt mobil vårdresurs från vårdcentral eller sjukhus (t.ex. bedömningsbil). Dessutom föreslås möjlighet till telefonuppföljning av ärende (när annan resurs en ambulans dirigeras) och förutsättningar att, i ökad utsträckning, nyttja data, t.ex. gemensamma journalsystem Möjlighet till totala kostnadsminskningar på 45-65 mSEK¹ genom: a) besparing av ambulansuppdrag (~1 000 st/år) och besök till akutmottagning (~7 000) vid användning av nuvarande akut/internmedicin team som utgår från sjukhus samt b) ersättning av 20 000 ambulansuppdrag som utförs istället av liggande sjuktransport
C Starkare samordning och uppföljning av ambulansverksamheter	Skåne föreslås säkra starkare styrning mot samordning av ambulansverksamheterna i egen resp. privat regi. - Förtydliga det centraliserade samordningsuppdraget, samt säkerställ tydligt ansvar för styrning och samlad kvalitetsuppföljning (utfall, avvikelser, mm) med hjälp av data som levereras av respektive ambulansverksamhet, t.ex. kvartalsvis - Säkra att en separat enhet styr, utvecklar, följer upp, och sköter verksamhetsuppföljning (inklusive avtalsuppföljning) tvärs både den offentliga och privata ambulansverksamheten - I dagens läge, där ambulanser i egen/privat regi organiseras under olika nämnder, bör sådan uppföljning ske på regional nivå - I ett möjligt framtida läge, där ambulanser i egen/privat regi organiseras under samma nämnd, kan sådan uppföljning ske av nämnden i fråga
D Sjukresa med rätt kompetens för att avlasta ambulans	Direktiv 65 ersätts med ett tydligt uppdrag till Skånetrafiken, inklusive a) anställning av personal efter fys-test som är lämpade för tyngre lyft, b) utbildning ledd av arbetsterapeut och fysioterapeut i bland annat lyftteknik och ergonomi samt c) Fordon och utrustning (exempelvis trappklättrare och lyfthjälpmiddel) med dubbelbemanning som med förtur används för uppdrag som i dagsläget hänvisas till ambulanssjukvården enligt Direktiv 65

1. Obs: Redovisade (preliminära) besparingar motsvarar en ökning i resurseffektivitet, dvs. åtgärden frigör resurser/personal som kan leda till förbättrad vårdkvalitet, ökad kapacitet/reduktans, bättre arbetsmiljö, osv. och kommer inte nödvändigtvis minska en specifik kostnad i resultaträkning

Mobila resurser (elektiva och akuta)

Kartläggning och föreslagna åtgärder

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**

- **Mobila team utgående från vårdcentraler**

- Mobila team utgående från sjukhus

- Läkarbilar

- ASIH

- Psykiatri

- Föreslagna åtgärder

Appendix

Översikt - geografisk placering av mobila och prehospitala vårdteam

Mobil vårdenhhet	Antal fordon/teams, #		Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81	146 ¹	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 ²		Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatslag"
Ambulans	68 ³		Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2		Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 ⁶		Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a		Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken		471 ⁴	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9		Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20		Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22		Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) ⁵		Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)



- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam. Översikt av vårdcentral som fått ersättning men ej åberoper *egen* resurs återfinns i appendix
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personal-brist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulans-resurs)

Ojämnt utbyggt system och svaga incitament utgör utmaningar för mobila vårdteam utgående från vårdcentral

Utmaning

Underliggande orsak

- 6 **Ojämnt utbyggd mobil vård på primärvårdsnivå med stora variationer i utformning och samverkan.** Stor variation i utveckling, **141** (av 168) vårdcentraler med patienter inskrivna i vårdformen och allt ifrån 1 till 200 antal patienter per vårdcentral. Motsvarar **5x** variation kommuner emellan

Utbyggnad av vårdformen har skett långsamt och fragmenterat/decentraliserat på lokal nivå med begränsat stöd och utan "generisk modell" för respektive vårdcentral att utgå från. Hjulet uppfinns därmed gång på gång

Potential finns för bl.a. mer stöd/coachning samt tydlighet till vårdgivarna

På ställen där inga/begränsade mobila vårdteam finns förses vården istället genom kortsiktigare, och i vissa fall, dyrare prehospitala/mobila resurser, t.ex. Falck och Ambulans

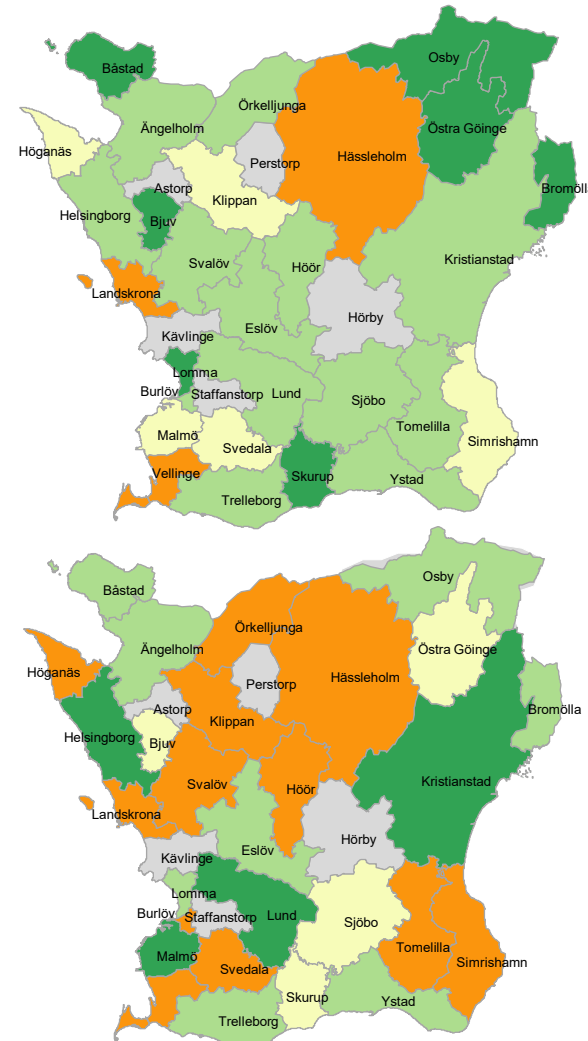
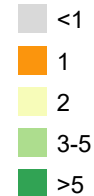
6. Geografisk placering av mobila vårdteam utgående från vårdcentraler tyder på stor variation av utbud mellan kommuner

Kommun:	Mobila team ^{1,2} :	Mobila team i regional drift:	Befolkning per team:	Befolkning per team (>65 år):
Malmö	13	7	27 000	4 000
Helsingborg	9	5	17 000	3 000
Lund	7	6	18 000	3 000
Kristianstad	6	4	14 000	3 000
Båstad	4	1	4 000	1 000
Trelleborg	4	3	12 000	3 000
Eslöv	3	1	12 000	2 000
Osby	3	1	4 000	1 000
Ystad	3	2	11 000	3 000
Ängelholm	3	2	15 000	4 000
Lomma	3	1	8 000	2 000
Bromölla	3	0	4 000	1 000
Östra Göinge	2	2	7 000	2 000
Skurup	2	1	8 000	2 000
Sjöbo	2	1	10 000	2 000
Bjuv	2	1	8 000	2 000
Vellinge	1	0	37 000	9 000
Höganäs	1	1	28 000	8 000
Hässleholm	1	1	52 000	13 000
Hörby	1	1	17 000	4 000
Tomelilla	1	1	14 000	4 000
Simrishamn	1	0	19 000	7 000
Landskrona	1	1	46 000	10 000
Klippan	1	1	18 000	4 000
Örkelljunga	1	0	10 000	3 000
Burlöv	1	1	20 000	3 000
Svalöv	1	1	14 000	3 000
Svedala	1	1	23 000	4 000
Kävlinge	0	0	-	-
Hörby	0	0	-	-
Perstorp	0	0	-	-
Åstorp	0	0	-	-
Staffanstorps	0	0	-	-
Total	81	47	17 000	4 000
				(genomsnitt)

Antal invånare >65 år per mobilt team



Mobila team per kommun:



Betydande skillnad i förekomst av mobila team mellan kommunerna

Genomsnittlig befolkning per team varierar stort, från 1 000 till 13 000 invånare (>65 år) per team

Flertalet stora (till ytan) kommuner med bara 0-1 mobilt team (Hörby, Hässleholm, Sjöbo)

I viss mån kan invånare vara inskriven i mobilt team i annan kommun än i hemkommun, vilket ej fångas av datan

1. Återfunna i dataset: Kartläggning av Mobila Vårdteam och övriga hembesöksverksamheter i Regio..._190402_uppdaterad.xlsx. Ej heltäckande – kartläggning pågår
 2. Hembesök av enskild läkare (t.ex. till SÄBO) ej räknat som "mobilt team"

Källa: Statistiska centralbyrån

Ojämnt utbyggt system och svaga incitament utgör utmaningar för mobila vårdteam utgående från vårdcentral

Utmaning

Underliggande orsak

- 6** Ojämnt utbyggd mobil vård på primärvårdsnivå med stora variationer i utformning och samverkan. Stor variation i utveckling, **141** (av 168) vårdcentraler med patienter inskrivna i vårdformen och allt ifrån 1 till 200 antal patienter per vårdcentral. Motsvarar **5x** variation kommuner emellan
- 7** Den förstärkta läkarmedverkan och teamsamverkan som beskrivs i HS-avtalet upplevs sällan kunna ges till patient från vårdcentralerna

Utbyggnad av vårdformen har skett långsamt och fragmenterat/decentraliserat på lokal nivå med begränsat stöd och utan "generisk modell" för respektive vårdcentral att utgå från. Hjulet uppfinns därmed gång på gång

Potential finns för bl.a. mer stöd/coachning samt tydlighet till vårdgivarna

På ställen där inga/begränsade mobila vårdteam finns förses vården istället genom dyrare prehospitala/mobila resurser, t.ex., Falck och Ambulans

Bidragande orsaker omfattar kompetensförsörjningsutmaningar (ex. vakanser), fortsatt bristande samverkan mellan huvudmännen samt ersättning & incitament (se nedan)

Ersättning för den mobila vårdformen enligt HS lämnas med begränsad formell/"hård" styrning och uppföljning

Mobil vårdform enligt HS anses av många vara en 'pappersprodukt' med relativt begränsad reell effekt

7. Upplevelse att mobil vård enligt HS-avtal i begränsad utsträckning uppfylls för de inskrivna

Exempel ur HS-avtalet, s. 21

“ ” Läkarestödet ska succesivt utformas så att en **inställelsetid vid icke planerade hembesök kan ske inom 2 timmar och vid planerade hembesök inom 5 arbetsdagar**



Sjuksköterskan från kommunen ska delta i dessa hembesök.

Teamsamarbetet och insatserna kan också omfatta andra yrkeskategorier utifrån den enskildes vårdbehov

Vad vi har hört:

“ ” *Det är svårt att nå fram till vårdcentralen, och om man når fram, är det svårt att ordna med akuta besök*

Representant, sjukhusbundet mobilt team

“ ” *Patienterna kan vara äldre och sköra och orkar inte ta sig in till vårdcentralen och vårdcentralen har inte resurser att åka ut och möta dem*

Chef, sjukhusklinik

“ ” *I vårt upptagningsområde har vi inte sett något mobilt vårdteam som faktiskt jobbar som det var tänkt i avtalet. Vi uppfattar att det på många sätt är en pappersprodukt*

Verksamhetschef, sjukhus

“ ” *Vi har hälsoval vilket gör det svårt att starta mobila resurser utan att det kostar väldigt mycket pengar. Det blir fragmenterat utan incitament att samverka*

Verksamhetschef, primärvård

“ ” *Viljan finns där, men det är svårt att få till riktig samverkan som den 'är tänkt' i vårdformen, där företrädare från de två huvudmännen verkligen samverkar*

Tjänsteman, Koncernkontoret

Ojämnt utbyggt system och svaga incitament utgör utmaningar för mobila vårdteam utgående från vårdcentral

Utmaning

Underliggande orsak

6 Ojämnt utbyggt mobil vård på primärvårdsnivå med stora variationer i utformning och samverkan. Stor variation i utveckling, **141** (av 168) vårdcentraler med patienter inskrivna i vårdformen och allt ifrån 1 till 200 antal patienter per vårdcentral. Motsvarar **5x** variation kommuner emellan

Utbyggnad av vårdformen har skett långsamt och fragmenterat/decentraliserat på lokal nivå med begränsat stöd och utan "generisk modell" för respektive vårdcentral att utgå från. Hjulet uppfinns därmed gång på gång

Potential finns för bl.a. mer stöd/coachning samt tydlighet till vårdgivarna

På ställen där inga/begränsade mobila vårdteam finns så förses vården istället genom dyrare prehospitala/mobila resurser, t.ex., Falck och Ambulans

7 Den förstärkta läkarmedverkan och teamsamverkan som beskrivs i HS-avtalet upplevs sällan kunna ges till patient från vårdcentralerna

Bidragande orsaker omfattar kompetensförsörjningsutmaningar (ex. vakanser), fortsatt bristande samverkan mellan huvudmännen samt ersättning & incitament (se nedan)

Ersättning för den mobila vårdformen enligt HS lämnas med begränsad formell/"hård" styrning och uppföljning

Mobil vårdform enligt HS anses av många vara en 'pappersprodukt' med relativt begränsad reell effekt

8 Svaga incitament, begränsad samverkan och utmanande för närmare 170 vårdcentraler att själva leverera enligt den mobila vårdformen – särskilt att kunna säkra mer akuta punktinsatser

Tidigare utvecklingsarbeten (ex. på uppdrag av Regiondirektören 2020) har identifierat att ersättningsnivåerna skulle behöva höjas för kapitering och punktinsatser. I dagsläget ges extraersättning om 125 kr extra per inskriven per månad samt 1500 kronor vid inskrivning i vårdformen (och ytterligare medel för hembesök i SÄBO/OBO), och tidigare arbete 2020 fann att ca 550 kr per månad skulle krävas

Flera i arbetet framhåller att ex. kompetensförsörjningsutmaningar sannolikt kvarstår även om ersättningen höjs, och att det är utmanande att kombinera mottagningsverksamhet med mer akut beredskap för de mindre vårdcentralerna. Särskilt anses mer akuta punktinsatser och/eller mer avancerade insatser utmanande att tillgodose

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**
 - Mobila team utgående från vårdcentraler
 - **Mobila team utgående från sjukhus**
 - Läkarbilar
 - ASIH
 - Psykiatri
- Föreslagna åtgärder

Appendix

Översikt - geografisk placering av mobila och prehospitala vårdteam

Mobil vårdenhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 ¹	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 ²	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatslag"
Ambulans	68 ³	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 ⁶	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 ⁴	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) ⁵	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)



1. 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
2. Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
3. Prehospital vård. Slutrapport.211223;
4. Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
5. 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
6. Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personal-brist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulans-resurs)

Varierande upplägg och oklar kostnadseffektivitet utgör utmaningar kopplade till sjukhusbunden mobil vård

Utmaning

Underliggande orsak

- 9 Sjukhusens många varierande upplägg för mobil vård med olika erbjudanden till vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården bidrar till **förvirring kring ansvar och roller**, för t.ex. kommunsköterskorna men även ledning och invånare¹

Sjukhusen fattar själva beslut vid uppstart av nya mobila vårdteam. Det finns ingen särskild 'beslutsgång' eller Skåne-gemensam process för utveckling av nya sjukhusbundna mobila vårdteam

Avsaknad av standardisering och central styrning har gett upphov till många olika mobila resurser som skiljer sig i utformning, finansiering, patientpopulation, med mera. Utveckling av teamen har skett organiskt, ofta genom piloter med projektfinansiering
Förvirringen gäller inte bara sjukhusens team utan den mobila vården i stort

1. Detta har även påpekats i tidigare utvärdering av HS-avtalet

9. Vården som erbjuds via mobila vårdteam utgående från sjukhusen kan grovt indelas i tre modeller

Modell	Vårdförlopp	Exempel på verksamheter
1 "Sjukhus-i-hemmet" Inneliggande vårdtillfälle förkortas/undviks genom att patienten skrivs ut tidigare alternativt kopplas till teamet prehospitalt. Oftare kortare vårdtillfällen och mer intensiv uppföljning/behandling	Ambulans kopplar in team Patienten skrivs ut från avdelning Teamet möter patienten i hemmet	• Prehospitalt team via Trelleborgs lasarett • Mobilt sjukhusteam Malmö
2 "Mellanvård"-team: Behovet kan identifieras på sjukhuset eller i primärvården. Erbjuder i stort liknande vård som ASIH, korttidsboende eller SÄBO	Kopplas upp till mobilt team Primärvården	• Geriatriskt team Ängelholm (200 dygn) • Geriatriskt team Helsingborg
3 Förlängning av öppenvård/specialistteam: Följer sina egna patienter, exempelvis patienter med i dialys-behandling, med hembesök istället för mottagningsbesök	Möter sina patienter i hem-miljö Specialist-klinik	• Dialys Lund • Neonatalt team Helsingborg • Lungmottagning

Många mobila team verkar inom flera av ovan "modeller"

1. Hemsjukvård
2. Williams, S et al. (2022). Early supported discharge for older adults admitted to hospital with medical complaints: a systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics, 22(1), 302.
3. vård-relaterade infektioner

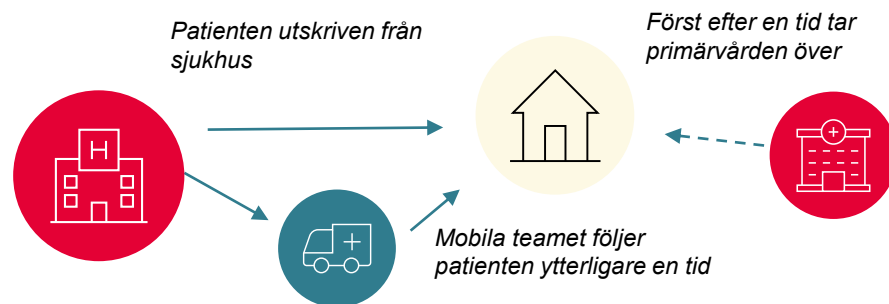
9. Flertal mobila teams utgående från sjukhuset har uppstått som reaktion på begränsad tillgänglighet i primärvården

Exempel: Sjukhusteam Hässleholm

4 veckor efter utskrivning från ineliggande vårdtillfälle så är sjukhuset ansvariga för uppföljningar / provtagning

På grund av begränsad tillgänglighet för uppföljning i primärvården följer sjukhuset patienten första tiden i hemmet efter utskrivning

Detta görs genom mobilt vårdteam utgående och bekostats av sjukhuset



“”

Stor del av den mobila vården vi gör idag kan egentligen klassas som primärvårdsuppdrag

Verksamhetschef,
sjukhus

“”

Viktigt att sjukhusets mobila vård avlastar sjukhuset/akuten och inte primärvården

Enhetschef, sjukhus

Varierande upplägg och oklar kostnadseffektivitet utgör utmaningar kopplade till sjukhusbunden mobil vård

Utmaning

Underliggande orsak

9 Sjukhusens många varierande upplägg för mobil vård med olika erbjudanden till vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården bidrar till **förvirring kring ansvar och roller**, för t.ex. kommunsköterskorna men även ledning och invånare

Sjukhusen fattar själva beslut vid uppstart av nya mobila vårdteam. Det finns ingen särskild 'beslutsgång' eller Skåne-gemensam process för utveckling av nya sjukhusbundna mobila vårdteam

Avsaknad av standardisering och central styrning har gett upphov till många olika mobila resurser som skiljer sig i utformning, finansiering, patientpopulation, med mera. Utveckling av teamen har skett organiskt, ofta genom piloter med projektfinansiering
Förvirringen gäller inte bara sjukhusens team utan den mobila vården i stort

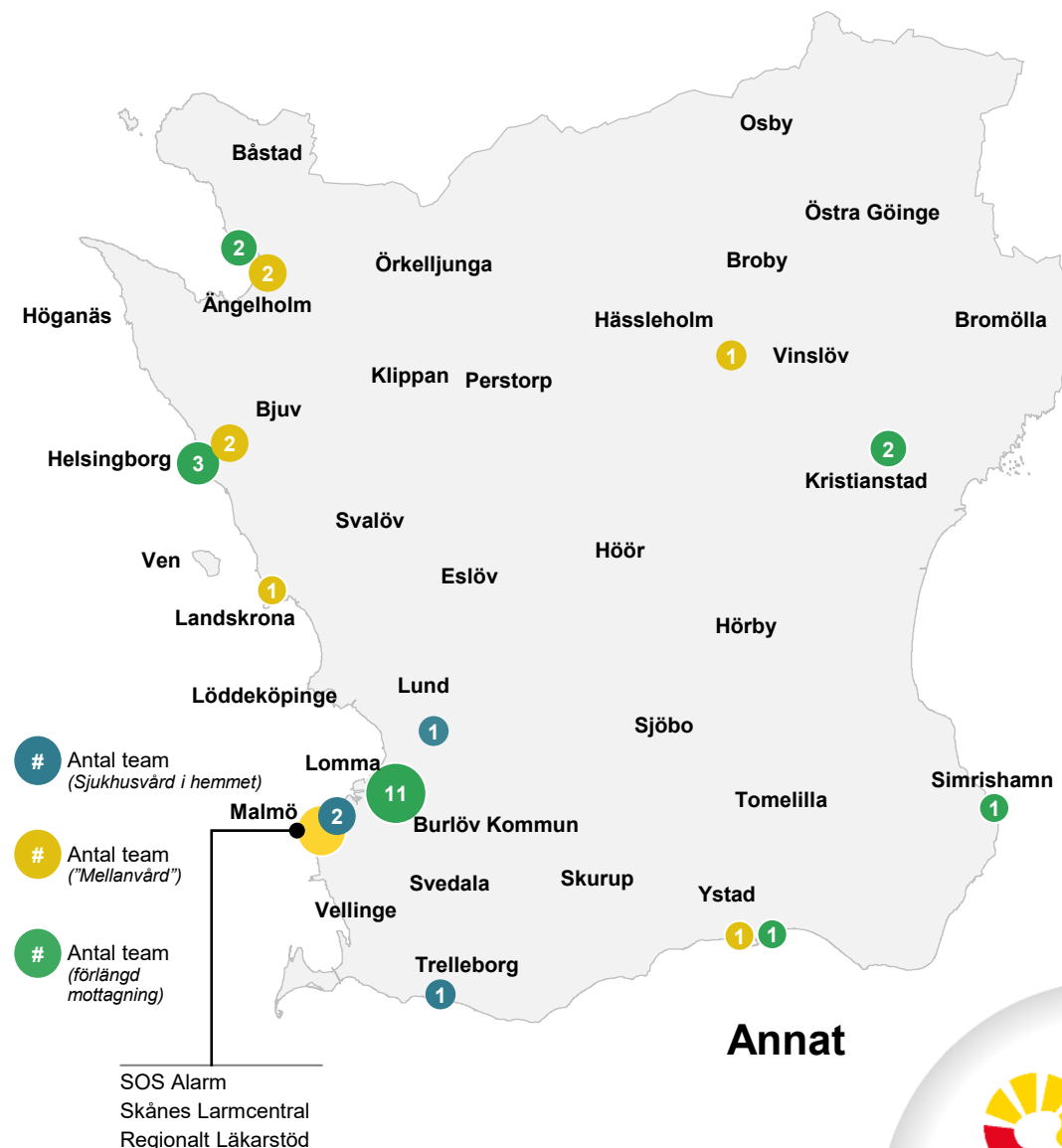
10 Ej regionalt jämlikt avseende sjukhusens mobila vårdutbud, med stor spridning. Exempelvis utgår 25 av 31 sjukhusbundna teams från västra Skåne

Se ovan, de mobila teamen drivs ofta lokalt som enskilda projekt, utan regional styrning eller dimensioneringsanalys avseende vilken mobil vård som bör tillhandahållas från sjukhusen samt för vilka patientgrupper

10. Täckning av sjukhusteamen varierar tvärs olika modeller och kommuner

Intervjuade hösten 2022

			Arketypp:		
			1	2	3
SUS	Barnröntgen	1			✓
	Infektion	1			✓
	Neonatal Lund	1			✓
	Neonatal Malmö	1			✓
	Njur Malmö	1			✓
	MVT akuta punktinsatser Mellersta	1	✓		
	MVT akuta punktinsatser Södra	1	✓		
	Mobilt sjukhusteam Malmö	1	✓		
	Njur/Dialys Lund	1			✓
	VO Urologi	2			✓
	Neuro/stroke	1			✓
	Kvinnosjukvård	1			✓
	Minnesmottagning	1			✓
Landskrona	Internmedicin ²	1	✓	✓	
Trelleborg	Akutmedicin/medicin	1	✓		
Ystad	Bas-onkologi ²	1	✓	✓	
	Neuro/stroke	1			✓
Ängelholm	Geriatrisk	2	✓	✓	
	Lungmottagning	1			✓
	BPSD-team	1			✓
Helsingborg	Geriatrisk	2		✓	
	Neonatal	1			✓
	Neuro/stroke	1			✓
	Gyn-mottagning	1			✓
Kristianstad	CSK Neonatal	1			✓
	Minnesmottagning	1			✓
Hässleholm	Mobilt vårdteam	1	✓	✓	
Simrishamns närsjukhus	KOL-patienter (Syrassjuksköterska)	1			✓
Totalt:		31			



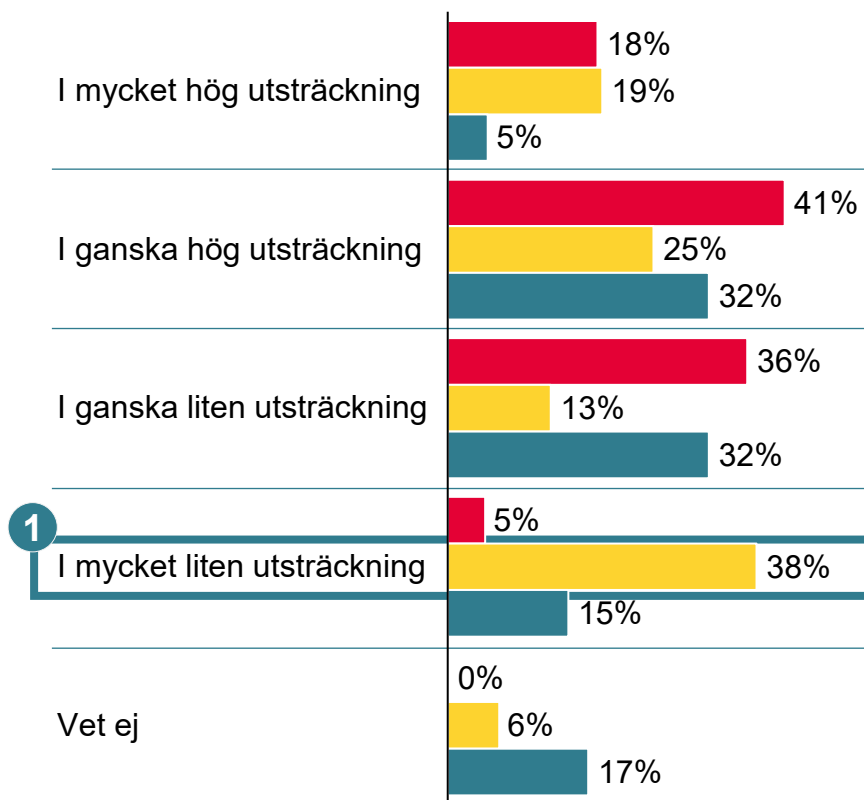
1. Kartläggning hösten 2022 (intervjuer, enkäter, registerdata)

2. Planerad uppstart hösten 2022

10. Enkät svar styrker upplevd avsaknad av regional styrning

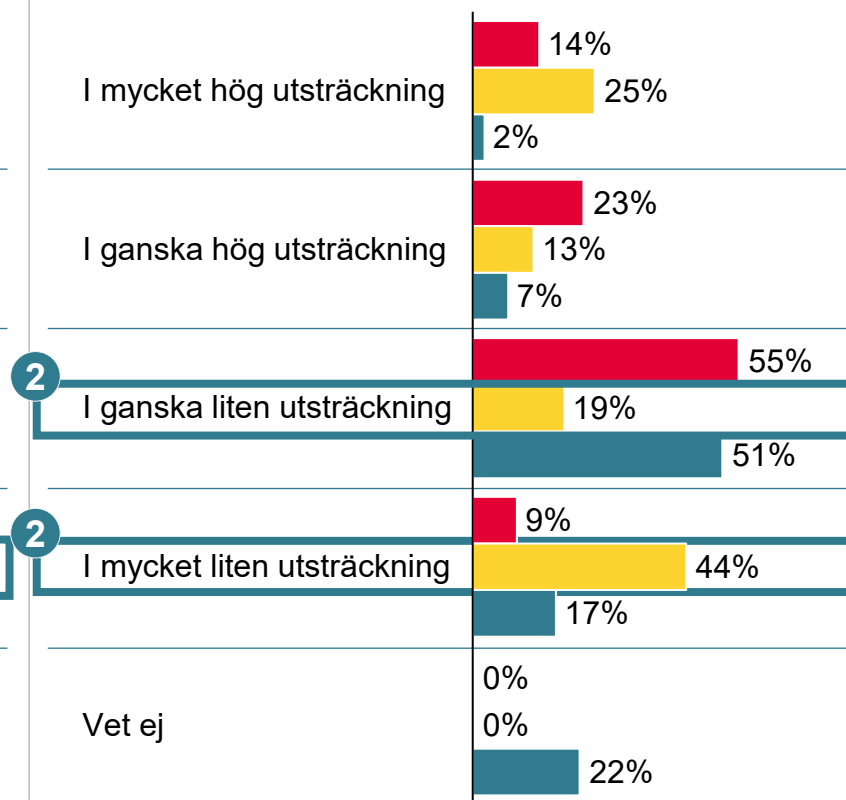
Q25: Den **regionala styrningen** av prehospital- och mobil vård fungerar väl inom min förvaltning (t.ex. tydliga regionala direktiv, utvecklingsarbete, och målsenlig styrning från regionen).

Utvärdering av respondenter, % av svaren



Q26: Det finns en adekvat **resurssättning** (t.ex. tillgänglighet av utbildad personal och material, tillräcklig ersättning för utförd vård) för att bedriva prehospital- och mobil vård.

Utvärdering av respondenter, % av svaren



■ Ambulans
■ Specialistvård på sjukhus
■ Vårdcentral/Primärvård

Insikter

- 1 Regionala styrningen av mobil vård anses vara minst välfungerande bland specialistvård i sjukhus**, med 38% av respondenter som håller med påståendet "i mycket liten utsträckning"
- 2 Även resurssättningen anses vara mest bristfällig bland specialistvård i sjukhus**, med nästan 2/3:e delar som inte instämmer med påståendet om adekvat resurssättning

Varierande upplägg och oklar kostnadseffektivitet utgör utmaningar kopplade till sjukhusbunden mobil vård

Utmaning

Underliggande orsak

- | | |
|---|---|
| <p>9 Sjukhusens många varierande upplägg för mobil vård med olika erbjudanden till vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården bidrar till förvirring kring ansvar och roller, för t.ex. kommunsköterskorna men även ledning och invånare</p> | <p>Sjukhusen fattar själva beslut vid uppstart av nya mobila vårdteam. Det finns ingen särskild 'beslutsgång' eller gemensam process för utveckling av nya sjukhusbundna mobila vårdteam</p> <p>Avsaknad av standardisering och central styrning har gett upphov till många olika mobila resurser som skiljer sig i utformning, finansiering, patientpopulation, med mera. Utveckling av teamen har skett organiskt, ofta genom piloter med projektfinansiering</p> <p>Förvirringen gäller inte bara sjukhusens team utan den mobila vården i stort</p> |
| <p>10 Ej regionalt jämlikt avseende sjukhusens mobila vårdutbud, med stor spridning. Exempelvis utgår 25 av 31 sjukhusbundna teams från västra Skåne</p> | <p>Se ovan, de mobila teamen drivs ofta lokalt som enskilda projekt, utan regional styrning eller dimensioneringsanalys avseende vilken mobil vård som bör tillhandahållas från sjukhusen samt för vilka patientgrupper</p> |
| <p>11 Oklar kostnadseffektivitet och indikationer att den mobila vården inte alltid utförs på "rätt" vårdnivå. Ex. indikationer att läkare ibland "vikarierar" för primärvård eller åker ut när sjuksköterskor kunnat räcka. Finns också risk att urholka kontinuiteten inom PV</p> | <p>Begränsade insikter sammanställda kring kostnadseffektivitet för mobil vård; utbredd samsyn att mobil vård sparar vårdtygn och ökar patientnyttan – men begränsad utgångspunkt i evidens</p> <p>Kompetensförsörjningsutmaningar inom primärvården bidrar till att sjukhusbundna team ibland "ställer upp" med mobila insatser</p> |

Varierande upplägg och oklar kostnadseffektivitet utgör utmaningar kopplade till sjukhusbunden mobil vård

Utmaning

Underliggande orsak

- | | | |
|----|--|---|
| 9 | Sjukhusens många varierande upplägg för mobil vård med olika erbjudanden till vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården bidrar till förvirring kring ansvar och roller , för t.ex. kommunsköterskorna men även ledning och invånare | <p>Sjukhusen fattar själva beslut vid uppstart av nya mobila vårdteam. Det finns ingen särskild 'beslutsgång' eller gemensam process för utveckling av nya sjukhusbundna mobila vårdteam</p> <p>Avsaknad av standardisering och central styrning har gett upphov till många olika mobila resurser som skiljer sig i utformning, finansiering, patientpopulation, med mera. Utveckling av teamen har skett organiskt, ofta genom piloter med projektfinansiering</p> <p>Förvirringen gäller inte bara sjukhusens team utan den mobila vården i stort</p> |
| 10 | Ej regionalt jämlikt avseende sjukhusens mobila vårdutbud , med stor spridning. Exempelvis utgår 25 av 31 sjukhusbundna teams från västra Skåne | <p>Se ovan, de mobila teamen drivs ofta lokalt som enskilda projekt, utan regional styrning eller dimensioneringsanalys avseende vilken mobil vård som bör tillhandahållas från sjukhusen samt för vilka patientgrupper</p> |
| 11 | Oklar kostnadseffektivitet och indikationer att den mobila vården inte alltid utförs på "rätt" vårdnivå . Ex. indikationer att läkare ibland "vikarierar" för primärvård eller åker ut när sjuksköterskor kunnat räcka. Finns också risk att urholka kontinuiteten inom PV | <p>Begränsade insikter sammanställda kring kostnadseffektivitet för mobil vård; utbredd samsyn att mobil vård sparar vårdtygn och ökar patientnyttan – men begränsad utgångspunkt i evidens</p> <p>Kompetensförsörjningsutmaningar inom primärvården bidrar till att sjukhusbundna team ibland "ställer upp" med mobila insatser</p> |
| 12 | Läkarstödet från sjukhusen är oklar i HS-avtalet , vilket försvårar samverkan med primärvården | <p>Med beslutet om att läkarstödet ska genomföras med Hälsovalet har läkarna från slutenvården hamnat vid sidan om i utvecklingsarbetet trots att det var tänkt att de skulle ingå i HS-avtalets strukturer (beskrivs även i utvärdering av HS).</p> <p>HS-avtalet omfattar enbart ersättning till primärvården för primärvårdens hembesök. Ersättningen från HS-avtalet täcker inte sjukhusens kostnader för mer avancerad vård i hemmet eller mer akuta bedömningar</p> |

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**
 - Mobila team utgående från vårdcentraler
 - **Mobila team utgående från sjukhus**
 - **Läkarbilar**
 - ASIH
 - Psykiatri
- Föreslagna åtgärder

Appendix

Geografisk placering av läkarbilar

Mobil vårdenhets	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 ¹ 146 ¹	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 ²	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 ³	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 ⁶	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 ⁴	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) ⁵	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personal-brist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulans-resurs)



Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

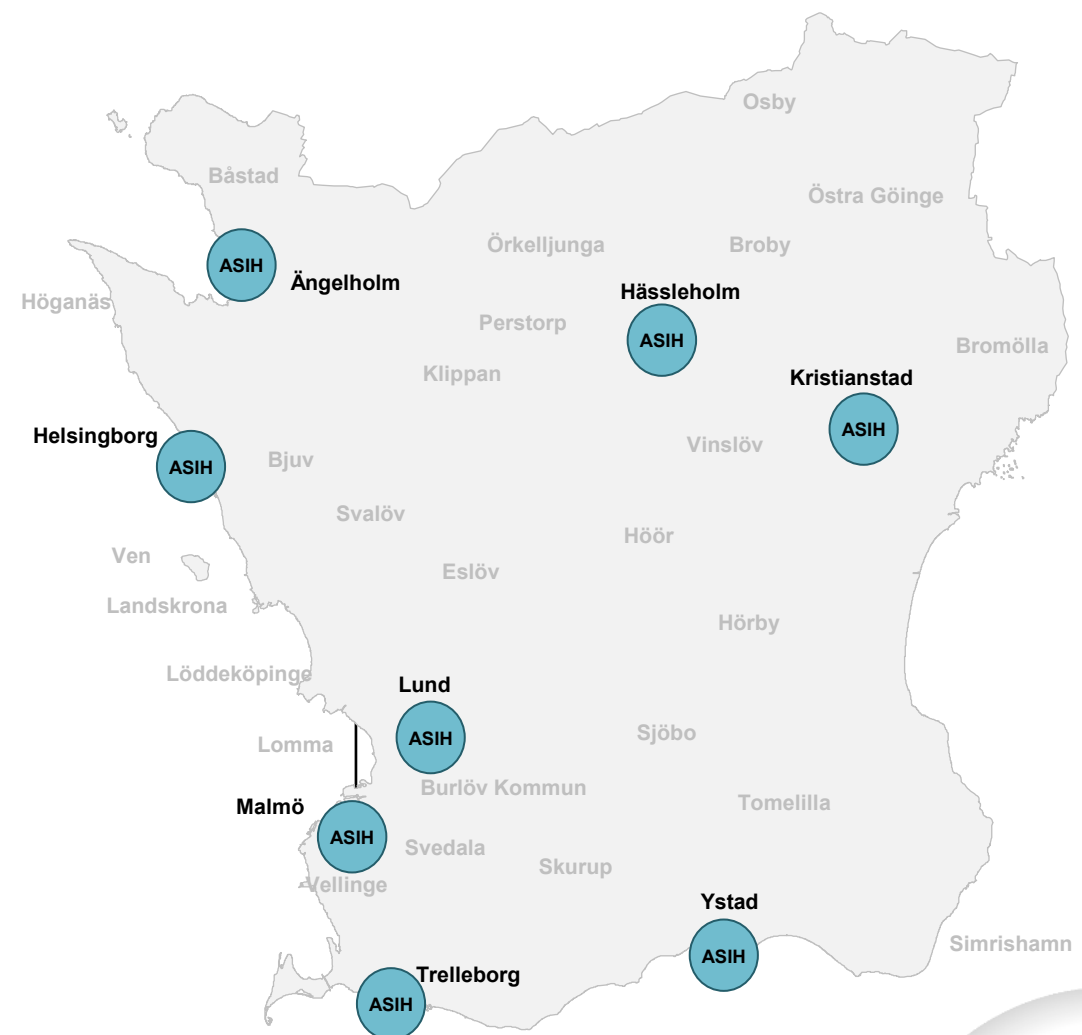
- **Kartläggning och problembeskrivning**
 - Mobila team utgående från vårdcentraler
 - Mobila team utgående från sjukhus
 - Läkarbilar
 - **ASIH**
 - Psykiatri
- Föreslagna åtgärder

Appendix

Geografisk placering av mobil specialiserad palliativ vård (ASIH)

Mobil vårdenhhet	Antal fordon/ teams, #	Patientgrupp
Mobila vårdteam (vårdcentral)	81 ¹	SIP individuell vårdplanering, akutfall, främst listade som är 75-80 år eller äldre
Mobila vårdteam (sjukhus)	31 ²	Blandade specialistärenden (t.ex. neonatal, neuro, geriatrik, psykiatri) samt bredare medicinska s.k. "punktinsatssteam"
Ambulans	68 ³	Akutärenden, sjuktransporter, överflyttningsresor
Prehospital Akut Psykiatri (PAP)	2	Akuta psykiatriärenden
Single responder	3 ⁶	Akutärenden – resurs via ambulansen
Räddnings-tjänsten	n/a	Hjärtstopp, dörrforcering, IVPA, bärhjälp, terrängtransport
Skånetrafiken	471 ⁴	Sjukresor, primär och sekundära uppdrag
Läkarbilar (Falck)	9	Konstatera dödsfall, hantera LPT etc.
ASIH ⁷	20	Främst specialiserad palliativ vård (tvärs patientgrupper) men även mer specialiserad vård i hemmet. Omfattar även barn
Psykiatri	22	Diverse mobila team (FACT, ACT, psykos eller allmänpsykiatrisk inriktning)
RLS	(1 läk. i tjänst dygnet runt) ⁵	Läkarstöd till larmcentral (minoritet) och ambulanser (majoritet av samtal)

- 81 teams identifierade i undersökningen, medan totalt 146 vårdcentraler har fått ersättning för patienter inskrivna i mobilt vårdteam
- Kartläggning hösten 2022 (enkät, intervjuer, registerdata från Region Skåne)
- Prehospital vård. Slutrapport.211223;
- Inklusive 237 personbilar samt 234 specialfordon
- 24/7-verksamhet, 21 timanställda, 2 heltidsanställda
- Single responder: finns 3 stycken fasta men kan – vid personalbrist och/eller efter särskilt godkännande – finnas 6 stycken (ersätter då en ambulansresurs)
- Avancerad sjukvård i hemmet



Totalt sett finns 20 ASIH-team i Skåne, som utgår ifrån 8 olika enheter. Antal team per enhet beror på geografiskt område och kan variera

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- **Kartläggning och problembeskrivning**
 - Mobila team utgående från vårdcentraler
 - Mobila team utgående från sjukhus
 - Läkarbilar
 - ASIH
 - **Psykiatri**

- Föreslagna åtgärder

Appendix

Det finns stor variation av psykiatriska team med varierad täckning

Mobila psykiatriska team är typiskt **antigen breda (allmän-psykiatriska) eller inriktade mot psykos-sjukdomar** och tillämpar någon av metoderna:

FACT - (Flexible Assertive Community Treatment) är ett heltäckande psykiatriskt program för att möta patienternas behov på ett återhämtningsinriktat och effektivt sätt

ACT - metoden Assertive Community Treatment (ACT) innebär aktivt uppsökande behandling och rehabilitering i hemmiljö eller ute i samhället

Ort	Team			
	FACT Psykosteam	FACT allmänpsyk	ACT	FACT (rättspsyk ¹)
Malmö	5	1	1	3
Lund	3		1	
Helsingborg	3	1		
Kristianstad	2			
Trelleborg	1	1		
Totalt	14	3	2	3

22



3 Rättspsykiatriska team i uppstart är ej utplacerade på kartan

1. Rättspsykiatrisk ÖV i uppstart – exakt placering ej känd
Source: Representerar för psykiatri i Skåne och vardgivare.skane.se

Innehåll

Sammanfattning

Kartläggningens syfte och metod

Förutsättningar för prehospital och mobil vård i Region Skåne

Akut prehospital vård (larmkedjan)

Mobila resurser (elektiva och akuta)

- Kartläggning och problembeskrivning

- **Föreslagna åtgärder**

Appendix

Bakgrund: Merparten av insatser till invånare inskrivna i mobil vårdform enligt HS kan ske på primärvårdsnivå

Vårdbehov för gruppen med kommunal hemsjukvård¹

Kategori, vårdinsatser	Insatser, exempel	Vårdnivå
Illustrativ översikt av vårdbehov, fördelning insatser 80-90% Elektiv/subakut vård – kan genomföras i hemmet av vårdcentral under kontorstid och/eller kvälls- och helgmottagning, men kräver ex. skärpt implementering av HS samt ev. stärkta förutsättningar för vårdcentralerna	Läkemedelsgenomgång Vårdplanering/SIP Årskontroller med rutinundersökning Undersökning efter fall Bedömning vid försämring/feber Sårbedömning	 Ska ske på primärvårdsnivå – bör styras genom primärvården
Akuta punktinsatser – kan genomföras i hemmet men vårdcentral i befintligt Hälsoval-FFU har svårt att genomföra, ex. pga. 'sällaninsatser'/låg volym, tid på dygnet ('out of hours'), samt fortsatt svårighet att säkra omedelbar akut tillgänglighet inom VC. Punktinsatsbehov finns både på PV- och SV-nivå Vissa HS-teams enl. A kan dock ha möjlighet.	Ovan punkter, om akut och out-of-office EKG Furix IV / vätskedrivande Blodtransfusion Intravenös antibiotika	 Kräver i regel mobila team med högre tillgänglighet/kompetens än vårdcentralernas kapacitet. Kan behövas samlad resurs som stöttar vårdcentralerna² pga. annars utmanande att säkra med dagens upplägg
Behov sjukhusvård – ej lämpligt vårda behov i hemmet ex. instabil patient där möjlighet att snabbt kunna eskalera vårdnivån krävs, alternativt frekventa besök	Ovan typ av insatser men patienter med behov av: • frekventa besök (>4/dag), • medicinsk övervakning, och/eller • komplicerade samsjuklighet	

Merparten av vårdbehovet för de mest sköra äldre är på primärvårdsnivå, vilket indikerar att **primärvården bör utgöra navet**

1. Utifrån intervjuer med företrädare från professionen. Figuren är illustrativ

2. Falck finns idag för att göra akuta punktinsatser men inte ex. blodtransfusion Falck kan tekniskt sett genomföra fler punktinsatser/uppföljningar. Ingår ej i dagens avtal.

E. Översikt: Stärkt, sammanhållen mobil vård för de med störst vårdbehov, med primärvården som bas



Summering av nuläge

En väl fungerande mobil primärvård kan öka patientupplevd vårdkvalitet och förebygga slutenvård. I Skåne ~10k påverkbara SLV-dygn² för personer 65+, enl. Socialstyrelsens data. **Primärvården ska vara navet i vården**

Mobil vårdform för inskrivna i kommunal hemsjukvård, utgående från vårdcentralerna, regleras i FFU utifrån HS-avtalet. ~7000 patienter inskrivna i vårdformen mobilt vårdteam enl. HS vid en given tidpunkt¹

Olika varianter av mobil vård i gränslandet primärvård-slutenvård ('mellanvård') har uppstått runtom regionen drivet av behov av bl.a. behov av akuta punktinsatser i hemmet samt minskat antal vårdplatser. Existerande team har ofta osäker finansiering och är pilotbaserade. Ojämnt utbyggt tvärs regionen, och småskaliga projekt

I flera regioner, ex. Västmanland och Örebro, har närvårdsteams startat som brygga mellan kommuner vs region



Utmaning

Mobila vårdteam utifrån primärvården ojämnt utbredd – från 1 till 5% av kommunens äldre³. Av 168 vårdcentraler har ~80 egna vårdteam, trots att >140 vårdcentraler fått ersättning för vårdformen

Behovet av mobila vårdteam – med uppskattningar om **2-3x fler patienter i behov** av insats - indikerar att vårdform ej tillräckligt utbyggd / ej fått tillräcklig spridning

Tidigare utvärderingar och intervjuer visar att vårdcentralerna har svårt att klara uppdraget för den mobila vårdformen enligt HS, exempelvis kring tillgänglighet för hembesök. Svårt för enskilda vårdcentraler att lyckas med enskilda behandlingar i hemmet

Utöver utmaningar att leverera 'basen', saknas det idag vårdform som kan brygga gapet mellan primärvård och slutenvård, ex. att med kort inställelsetid kunna ge insatser såsom blodtransfusion etc. som primärvårdens mobila vårdteam i dagsläget har utmaningar att tillgodose



Förslag åtgärd (djupdyk följer på kommande sidor)

HS-avtalet i dagens form föreslås ej behållas

Mobil vård för de mest sjuka (äldre) föreslås stärkas. Detta omfattar att stärka a) 'basen' (dvs. allmänmedicinska, elektiva mobila insatser) på primärvårdsnivå, och b) 'spetsen', med mer akuta, ibland avancerade mobila insatser. Tre huvudsakliga alternativ beaktas, samtliga med för- och nackdelar, för att svara mot identifierade behov:

- **1A. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från sjukhusen**
- **1B. Mobil vårdform från vårdcentralerna enligt HS stärks MED kompletterande stöd av särskilda mobila vårdteam från Förvaltning Primärvård ('Mellanvård')**
- **2. Läkarmedverkan (hela eller delar av) i kommunal primärvård lyfts från FFU till separat ny vårdform** genom ex. ny LOV/LOU som kan tillgodose mobila vårdbehov (elektiv & akut 24/7)

HS-avtalet med mobil vårdform genom vårdcentralerna som nav i 1A och 1B ovan kan stärkas på flera olika sätt, ex. för alla eller ett urval, alternativt stärka vad som ingår.

Ovan alternativ har alla förtjänster och utmaningar, men bör beaktas mot bakgrunden att den mobila primärvården idag är förenad med utmaningar. Vilket alternativ som är mest lämpligt beror bl.a. på genomförbarhet, preferenser och bör utredas fortsatt

E. Tre huvudalternativ för att kunna stärka den mobila vården

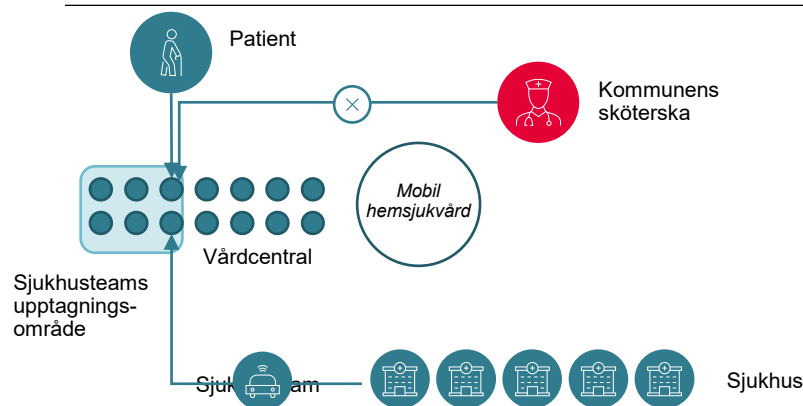
1A HS-avtal, med möjlighet till akuta punktinsatser från sjukhusen

Mobil vårdform enligt HS vid vårdcentralerna stärks/behålls

Befintliga sjukhusteam med internmedicinskt/geriatriskt fokus knyts till vårdcentralerna och får i uppdrag att för särskilda upptagningsområden samverka med vårdcentralerna avs. ex:

- Akuta hembesök/punktinsatser
- Tillgänglighet som stöd per telefon eller via digital lösning (som 'bakjour')
- Direktinläggning på avdelning

Standardisering av existerande sjukhusteam och deras utbudskarta krävs



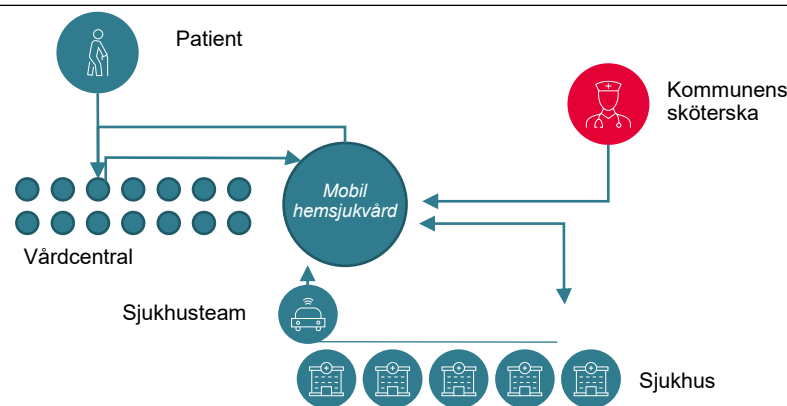
1B HS-avtal och ny PV-verksamhet ('Mellanvård') som har möjlighet att ge bl.a. akuta punktinsatser

Mobil vårdform enligt HS vid vårdcentralerna stärks/behålls

Förvaltning Primärvård får anslag för att kunna leverera följande till vårdcentralerna (och sjukhusen), ex:

- Akuta hembesök vid försämrad patient/punktinsatser
- Stöd till vårdcentral (som 'bakjour')
- Ta över patienter från vårdavdelning (tidigare utskrivning)

Befintliga sjukhusteam som redan idag genomför akuta punktinsatser kan både övergå till förvaltning Primärvård genom ex. nyrekryteringar, men också möjligt med samverkan genom ex. Tjänsteköp

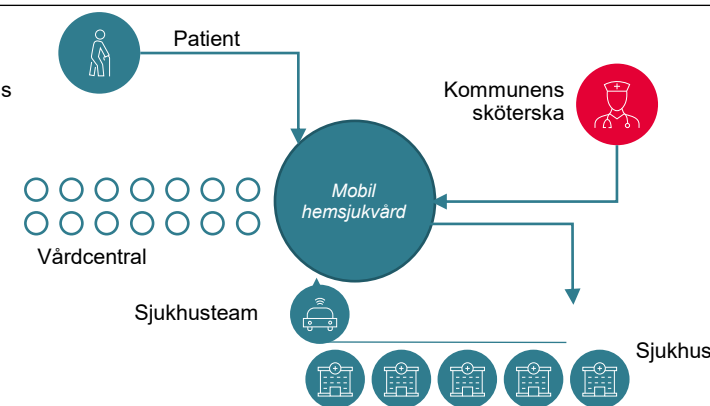


2 Separat ny vårdform genom ex. ny LOV/LOU som övertar ansvar eller delar av ansvar från FFU

Mobil vårdform enligt HS vid vårdcentralerna plockas ut, antingen hela eller delar av

Ny separat verksamhet med mobil primärvård i hemmet startas med krav på verksamheten att kunna, ex:¹

- Ta över 'inskrivning' från vårdcentraler (då får verksamheten hela kapiteringen)
- Kunna genomföra elektiva och akuta insatser
- Vara tillgänglig 24/7
- Göra prehospitla bedömningar i hemmet på Region Skånes larmcentral/ambulansens begäran



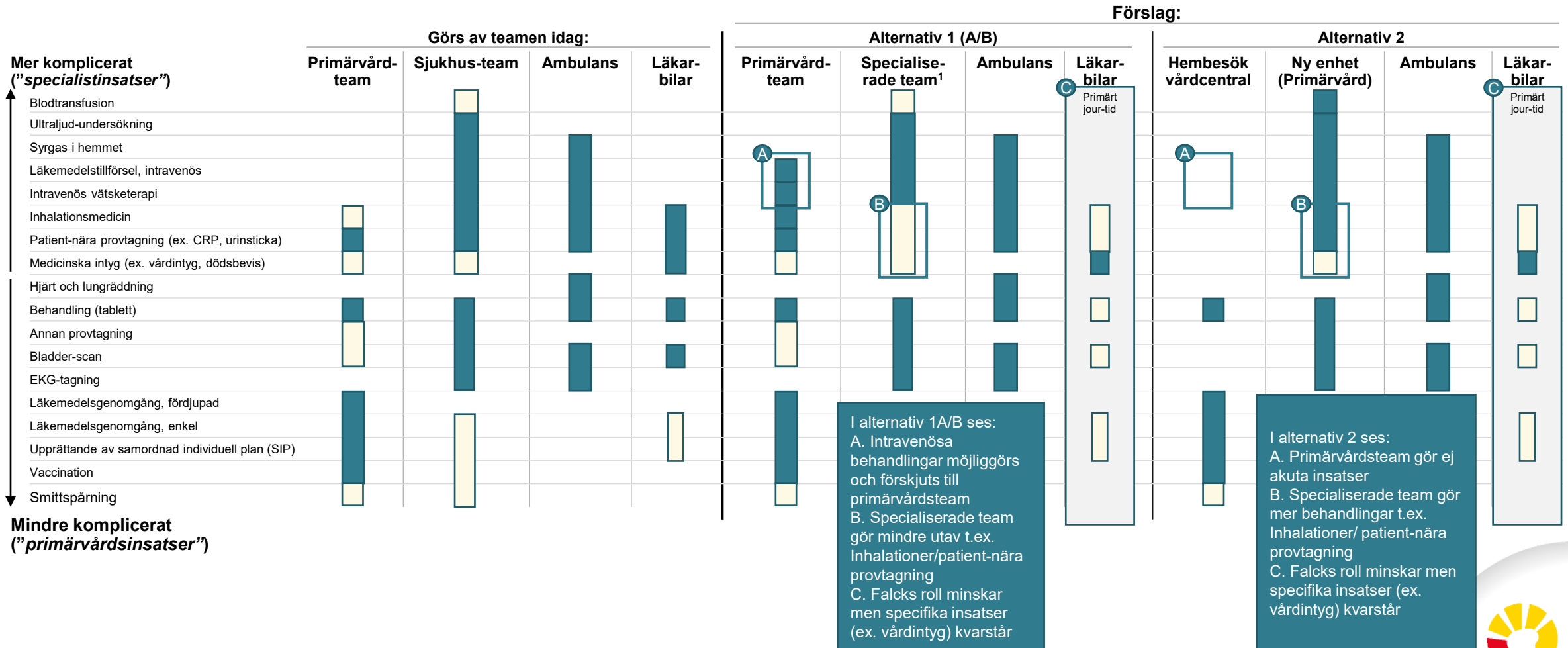
! Ev. kan krav på att kunna göra prehospitla bedömningar i hemmet på ambulansens begäran bli aktuellt för samtliga teams

I samtliga alternativ (1a, 1b och 2) möjligt att bli inskriven i mobil vårdform vid behov, men att också bli 'utskriven' vid förändrade behov. Patienten verkar i ett sammanhang, där viktigt också med relation till närstående och resurserna som i övrigt finns kring patienten (ex. kommunala). Oavsett vägval – viktigt att det blir tydligt vem som tar ansvar och att i största möjliga mån säkra kontinuitet över tid

1. Relevanta delar som beskrivs i 2 kan göras/gälla även i alternativ 1A-B

Källa: Konceptuell organisation baserat på intervjuer med företrädare inom primärvård (kommunal och region), sjukhusen och tjänstemän

E. Förskjutning av insatser sker till vårdcentralerna och till ny enhet inom primärvården i alternativ 1A/B respektive 2



1. I alternativ 1A utgår de mer specialiserade team från sjukhusen medan i alternativ 1B utgår de från ny enhet under förvaltning Primärvård

Källa: Figuren är illustrativ och baserad utifrån intervjuer med företrädare från professionen samt kvalitativ data från de olika team samt registerdata från primärvården.

E. Förstärkning av HS-avtalet kan göras enligt en skala av mer eller mindre radikala insatser

1A / 1B

Behåll befintligt uppdrag om läkarmedverkan i kommunal primärvård i FFU men...

... stärk basen för alla



Flera av huvudåtgärderna som beskrivits i tidigare utvärderingar samt identifierats i denna kartläggning bör ses över, ex:

Tydliggöranden i FFU alt. riktlinjer till vårdgivarna (vad ingår/vad ingår inte)

Stärkt uppföljning av utfall och genomförda insatser; större beställaransvar behöver tas

Stärkt ersättning med bl.a. inflationsjusterad kapitering samt besöksersättning för att skapa incitament. Dock löser ersättning sannolikt inte bemanningssvårigheter

Inför **stöd/coaching och riktad information** till vårdcentralerna samt till patienter med närstående

... inför möjlighet till frivillig stärkning



Möjligt stimulera nya äldrecentralsverksamheter inom ramen för befintligt avtal genom stärkta förutsättningar, ex att:

Skapa möjlighet till **tilläggsuppdrag för mobila äldrecentralsverksamheter i FFU**, med högre ersättning för att åta sig att utföra fler insatser och ha högre tillgänglighet

Inför ny form av **ackrediterad vårdenhet, Mobil äldrecentral**, jämte befintliga VC, där ny enhet ex. slipper krav på ex. mottagningsverksamhet och har högre kompetenskrav. Patienter kan då välja mellan mobil äldrecentral eller vårdcentral som uppfyller kraven på mobilt vårdteam

Möjliggör för **VC att teckna underleverantörsavtal med enhet som utför hela uppdraget gällande läkarstödet i mobilt vårdteam**

Stöd till vårdcentraler att bilda **resursenheter för samverkan** (ex. resursenheter för förbestämda geografiska områden som Region Skåne stödjer att hantera och skapa strukturer för)

... genomför tvingande skärpning



Möjligt att mer tvingande styra vårdcentralerna hur de ska arbeta kring mobil vårdform i FFU, ex.

Höja kraven för vad som ska ingå – ex. minimikrav kunna göra intravenös antibiotika

Revidera så att **alla vårdcentraler i respektive delregionala samverkansområden (6 st) behöver förbinda sig till att samverka runt en resursenhet** som står för ansvaret avseende läkarmedverkan i delregionen. Detta garanterar att det finns verksamhet i alla delregioner samt att vårdcentralerna behöver samverka kring läkarmedverkan

2

Grad av förändring

Förändra uppdraget...

... flytta ut delar från FFU



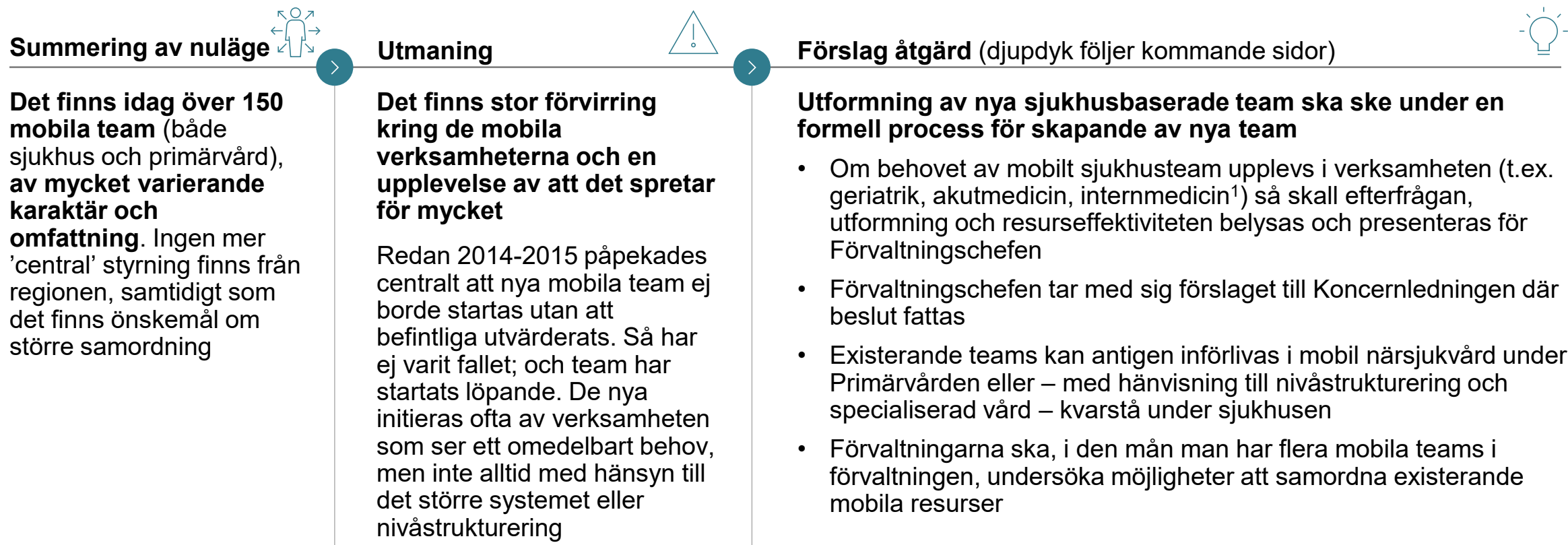
Möjlighet att flytta ut delar av, eller hela, uppdraget ur förfrågningsunderlaget

T.ex. kan uppdraget med mobilt vårdteam för patienter i ordinarie boende och på korttidsboenden plockas ut och läggas på **egen LOV/LOU. Alternativt kan hela uppdraget lyftas ut där verksamheter 'ackrediteras'**

Då får regionen ex. underleverantör av "geriatrisk sjukvård i hemmet" eller bredare internmedicinsk sjukvård i hemmet

Flera intervjupersoner framhåller att A ("stärka basen för alla") är otillräcklig och att större förändring krävs Sannolikt för många aktörer idag

F. Översikt: Koordinerad tillgänglighet av sjukhusbaserade mobila team inom olika medicinska kompetenser



1. Dvs. bortsett från mindre team med spetskompetens såsom neonatal, neurologi, gyn-mottagning

