

# Nära vård

NYA SÄTT ATT UTVÄRDERA ÄNDAMÅLSENLIGHET OCH  
SYSTEMEFFEKTER



## Förord

Den svenska hälso- och sjukvården har de senaste decennierna gjort stora framsteg. Idag lever befolkningen längre, mår bättre och flera tidigare dödliga sjukdomar har blivit kroniska tillstånd eller kan botas helt. I dag lever ungefär varannan invånare i Sverige med en eller flera kroniska sjukdomar. Det ställer helt nya krav på vården.

Vår hälso- och sjukvård är fortfarande utformad för att främst ta hand om akuta tillstånd. Istället behöver vi skapa en personcentrerad hälso- och sjukvård som utgår från individens behov och förutsättningar och som främjar en god hälsa. Omställningen är också nödvändig för att samhället ska kunna erbjuda en kvalitativ, effektiv och ekonomiskt hållbar vård och omsorg i framtiden.

Omställningen till Nära vård pågår runt om i landet och ändrar fokus. Man kan likna den vid en rörelse som går från att fokusera på organisation till relation, från att vara reaktiv till förebyggande. Rörelsens riktning går också från en fragmentiserad vård till en sammanhängande vård och omsorg. För patienten och brukaren innebär rörelsen att istället för att vara en passiv mottagare bli en aktiv medskapare.

För att veta att det görs rätt saker vid rätt tid som ger effekt är relevant uppföljning nödvändig. Hur kan en utvärdering ske som visar vilka effekterna är på både kort och lång sikt? Hypotesen är att det även här behövs en omställning. De utvecklingsmått, indikatorer men även studier som idag finns att tillgå är anpassade efter gårdagens vård och omsorg.

Sveriges Kommuner och Regioner har gett stiftelsen Leading Health Care i uppdrag att undersöka ett antal dimensioner rörande införande och uppföljning av initiativ som relaterar till nära vård. Författarna belyser ett antal fall där försök med nya former för Nära vård har gjorts. De anger ett antal områden som är särskilt intressanta att utvärdera och diskuterar också frågor av mer generisk art, exempelvis styrning och ekonomi.

Rapporten ges ut av SKR, men har skrivits av Jon Rognes, Anna Krohwinkel och Unni Mannerheim vid Leading Health Care. Författarna svarar själv för innehållet.

Stockholm, februari 2020

Lisbeth Löpare Johansson, Samordnare Nära vård

*Avdelningen för vård och omsorg*

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Bakgrund och syfte</b> .....	<b>7</b>
Rapportens disposition .....	8
Begreppet nära vård .....	9
Utmaningar kring utvärdering av satsningar på nära vård .....	10
<b>2. Förutsättningar för mätning och utvärdering</b> .....	<b>12</b>
Olika former av effektivitet .....	14
Effektutvärdering utifrån olika typer av mål .....	16
<b>3. Ett ramverk för utvärdering av ändamålsenlighet</b> .....	<b>19</b>
Ramverkets huvudområden .....	19
Input .....	20
Målgrupp .....	21
Verksamhet .....	22
System/kontext .....	23
Resultat .....	23
<b>4. God och nära vård – studerade fall</b> .....	<b>25</b>
Metod och urval .....	25
Upplägg .....	25
Fallbeskrivningar .....	26
Borgholm – Hemsjukhuset .....	26
Ängelholm – Hälsostaden .....	27
Norrtälje – TioHundra .....	29
Norrlandsregioner/kommuner – glesbygdsmedicin .....	30
Eksote – Wellbeing centers .....	32
VGR – mobil närvård .....	33
Uppsala – mobilt närvårdsteam .....	35
Jämförelse mellan fallen .....	36
Befintlig mätning och utvärdering av fallen .....	37
<b>5. Analys</b> .....	<b>38</b>
Tillämpning av ramverket på fallen .....	39
Borgholm – Hemsjukhuset .....	39
Ängelholm – Hälsostaden .....	41
Norrtälje - TioHundra .....	42
Norrlandsregioner/kommuner – glesbygdsmedicin .....	43

Eksote – Wellbeing centers.....	45
VGR – mobil närvård.....	46
Uppsala – mobilt närvårdsteam .....	48
Summering: utvärdering av olika typer av nära vård-satsningar .....	49
Beräkningsexempel.....	49
Riktad insats.....	49
Teknisk lösning.....	52
<b>6. Utveckling av effektutvärdering av nära vård .....</b>	<b>58</b>
Mycket följs upp – men sällan det viktigaste .....	58
Ändamålsenlighet – svårfångat mellan kvalitet och produktivitet .....	59
Att mäta ändamålsenlighet.....	59
Behov av kontrafaktisk mätning .....	60
Utmaning idag – kompetens och resurser för effektutvärdering .....	62
Utvecklingsområden och arbete framåt .....	62
<b>Referenser.....</b>	<b>63</b>
<b>Bilaga 1. Intervju- och kontaktpersoner.....</b>	<b>66</b>

# Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att belysa behovet av nya sätt att följa upp och utvärdera verksamheter och resultat i samband med satsningar på nära vård. Vi identifierar tre huvudgrupper av initiativ; riktade insatser för specifika patientgrupper (till exempel mobila team för personer med stort vårdbehov), tekniska lösningar för specifika utmaningar (till exempel distanslösningar) samt större systemförändringar/integrerade vårdssystem. Rapporten fokuserar huvudsakligen på utmaningar relaterat till utvärdering av de två förstnämnda.

För att kunna mäta effekter av nära vård, där såväl målbild för vården som ansvarsfördelning mellan vårdgivare förändras, behöver även måtten justeras vad gäller vilka parametrar som mäts och följs upp. Förändringar i uppdrag, målgrupp, verksamhetens utformning, det omgivande systemet samt syftet med själva insatsen behöver vägas in.

En central aspekt är att måtten skall spegla varför insatsen görs, det vill säga mäta ändamålsenlighet. Detta innebär att mått på produktivitet eller medicinskt utfall inte blir primära i de fall detta inte är de huvudsakliga målen med insatsen. Något som istället kan bli centralt är kontrafaktiska mätningar av exempelvis vård och/eller vårdresor som kunnat undvikas.

Att kunna mäta specifika åtgärder och deras effekt på ändamålsenlighet, det vill säga om rätt insatser görs för rätt målgrupp, är ett utvärderingsområde i behov av metodutveckling. I rapporten presenteras ett ramverk som vägledning till hur dessa beräkningar kan göras utifrån lokala satsningar på nära vård.

Effekter på ändamålsenlighet låter sig troligen inte fångas av nationella indikatorer eller centrala nyckeltal, beroende på lokala skillnader i utformning, val av målgrupp samt syfte med nära vård-arbetet. Vissa gemensamma mått borde dock kunna tas fram för likartade satsningar exempelvis på mobila team eller distanslösningar, där hänsyn tas till inkluderingskriterier och externa faktorer.

# 1. Bakgrund och syfte

Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i utredningen Effektiv vård<sup>1</sup> stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Utredningen God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild<sup>2</sup> fokuserar särskilt på primärvårdens roll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. Även Sveriges Kommuner och Regioner bedriver ett arbete kring nära vård, med fokus på att stödja och synliggöra kommunernas och regionernas utvecklingsarbete. I samband med detta har SKR gett stiftelsen Leading Health Care (LHC) i uppdrag att undersöka ett antal dimensioner rörande införande och uppföljning av initiativ som relaterar till nära vård.

Målet för denna studie är att genom ett antal konkreta fall illustrera den förändring som nära vård kan innebära, och genom detta även belysa behovet av nya sätt att följa upp och utvärdera verksamheter och resultat.

Utvecklingsarbetet då man organiserar om vården med fokus på nära vård är ofta gränsöverskridande genom att nya arbetssätt sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos. Det kan också innebära fokus på nya typer av mål och målvariabler. Därför är det ofta svårt att inom ramen för existerande uppföljningssystem både fånga och lyfta fram de effekter som satsningarna har lett till.

För att undersöka hur detta kan hanteras belyser vi i denna studie ett antal fall där försök med nya former för nära vård har gjorts. De fall som valts ut är: Hemsjukhuset i Borgholm, Hälsostaden i Ängelholm, TioHundra i Norrtälje, glesbygdsmedicin i Norrland, Wellbeing centers i Eksote, Finland, mobil närvård i VGR samt mobilt närvårdsteam i Uppsala. Satsningarna har olika inriktning och omfattning och har pågått olika länge, men förenas alla av att de i något avseende framställs som ”framgångsexempel”, vilket har medfört intresse för hur och under vilka förutsättningar de kan spridas och/eller skalas upp. Satsningarna förenas också av att de redan är relativt välstuderade inom ramen för projektutvärderingar, revisionsuppdrag, löpande uppföljning och i vissa fall forskning. Som vi ska visa på ställs dock särskilda krav på utvärdering som ska svara på frågor om ändamålsenlighet, bärkraftighet och skalbarhet, vilket är den typen av frågor som vi särskilt riktar in oss på i denna studie.

---

<sup>1</sup> SOU 2016:2.

<sup>2</sup> SOU 2017:53, SOU 2018:39.

Utöver de enskilda fallstudierna där nuvarande och önskvärd uppföljning beskrivs och diskuteras, belyser studien ett antal frågor av mer generisk typ, bland andra: Vilka överväganden är viktiga när det gäller styrning, organisering och utförande av vården, speciellt i relation till nära vård? Hur kan ekonomiska effekter synliggöras och vägas in i bedömningar om ändamålsenlighet i olika åtgärder? Finns det viktiga dimensioner som fattas i dagens uppföljningssystem, och hur kan vi i så fall se att dessa inte tappas bort i utvecklingen av systemet för hälsa, vård och omsorg?

## **Rapportens disposition**

Denna rapport är upplagd som följer:

- I kapitel 1 ges en introduktion till begreppet nära vård, de satsningar som avses och de utmaningar kring utvärdering som finns.
- I kapitel 2 beskrivs förutsättningar för mätning och utvärdering av vårdverksamheter, bland annat utifrån olika typer av mått på effektivitet.
- I kapitel 3 presenteras ett ramverk för att bättre kunna utvärdera effekter av satsningar inom nära vård, med särskilt fokus på hur en rättvisande och relevant ekonomisk uppföljning kan utformas.
- I kapitel 4 beskrivs de studerade fallen utifrån deras egna framställningar, målbilder och tidigare uppföljningar.
- I kapitel 5 analyseras fallen enligt ramverket (kategorisering och konsekvensanalys). Vi presenterar också några beräkningsexempel som illustrerar hur olika typkategorier av nära vård-satsningar kan utvärderas.
- I kapitel 6 diskuterar vi våra sammantagna slutsatser och ger förslag på en väg framåt för att utveckla formerna för utvärdering av ändamålsenlighet, bärkraftighet och skalbarhet i systemförändrande satsningar och initiativ.



## Begreppet nära vård

För att hälso- och sjukvården och den kommunala vården och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning i hela vårdkedjan. Den offentliga utredningen God och nära vård – En primärvårdsreform lyfter bland annat fram följande utvecklingsbehov:

*För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurs-er ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.<sup>3</sup>*

Praktiskt kopplas ambitionerna om en närmare vård ibland till en förstärkning av primärvården. SKR betonar dock att även om primärvården utgör en kärna i den nära vården och många initiativ tas där så ska nära vård snarare ses som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg, där utgångspunkten bör vara individens behov och upplevelse av närhet.<sup>4</sup> En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. För att kunna uppnå den visionen räcker det inte med en utveckling av delmoment inom det befintliga vårdssystemet, utan effekterna på systemet som helhet behöver beaktas.

De faktiska satsningar som görs inom olika regioner är av olika omfattning och karaktär – allt från enstaka förändrade arbetssätt till en helt förändrad förvaltningsstruktur kan gå under benämningen nära vård. Närhet kan ha flera dimensioner, det kan exempelvis handla om geografisk närhet, närhet i relationen mellan patient och professioner, närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning samt olika aspekter av tillgänglighet. Praktiskt kan nära vård handla om verksamheter som utvecklat nya former av samverkan mellan professioner och arbetsgrupper, som lyckats få omsorgsverksamhet och sjukvårdsinsatser att samsas i fungerande flöden, erbjuder nya former för vård i hemmet eller som tagit tillvara de möjligheter tekniken erbjuder för att utveckla patientens roll i sin egen vård.

---

<sup>3</sup> SOU 2018:39 *God och nära vård: En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, Stockholm 2018, s. 21.

<sup>4</sup> <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>

Exempel på förändrade angreppssätt kan vara:

- En sÄrlösning för en identifierad patientgrupp med stora behov.
- Ett breddat uppdrag, exempelvis omsorg tillsammans med vård.
- Förebyggande insatser för att minska undvikbar vårdkonsumtion.
- Nya sÄmArbetsformer mellan olika aktörer, inklusive patienter.
- Tekniska lösningar för att kompensera för geografiska utmaningar.

NÄra vård kan därmed komma att innebÄra nya ansvarsfördelningar, nya grÄnsdragningar mellan olika vårdformer, fokus pÅ nya mÅlvariabler och nya mÅlgrupper. Detta fÄrsvÅrar jÄmförelser, bÅde med andra verksamheter och över tiden. Vanligen Ändras Även ingÅende resurser, och relationer till resten av vårdssystemet pÅverkas. Allt detta behöver tas hänsyn till i en utvärdering.

### **Utmaningar kring utvärdering av satsningar pÅ nära vård**

NÄra vård kan som framgÅr ovan innebÄra ett antal förändringar i flera dimensioner för olika parter, och detta behöver vägas in i bedömmingen av gjorda satsningar och försök. DÅ utvecklingsarbetet ofta Är grÄnsöverskridande Även genom att det strÄcker sig öVer etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos, sÅ Är det dock ofta svårt att inom ramen för existerande uppföljningssystem visa pÅ vinsterna.

För att kunna mäta effekter av en utvecklad verksamhet, där sÅväl ansvar som omfattning förändras, behöver Även mÅtten uppdateras vad gÄller vilka parametrar som mäts och följs upp. Detta innebär inte att mäta mer, utan att mäta och utvärdera annorlunda, med fokus pÅ andra aspekter. Mätning av utfall inom vård och omsorg utgÅr idag till stor del från enskilda enheters resursanvändning och aktiviteter, och ofta utifrån diagnosbaserade indelningar. När en verksamhet utvecklas pÅ ett grÄnsöverskridande vis blir det i mÅnga fall svårt att fÅnga relevanta parametrar inom ramen för etablerade mätsystem. Detta innebär en utmaning som vi vill undersöka i detta projekt. För att kunna utvärdera de olika satsningarna pÅ nära vård behöver vi förstå inom vilka dimensioner förutsättningar för utvärdering Ändrats:

- PÅ vilka sÄtt har arbetssÄtt, relationer och resurser konkret förändrats?
- Vad innebär det för den primÄra mÅlgruppen, och för andra aktörer i vårdssystemet?
- Hur mäts detta i befintliga system?
- Vad för slags resultat kan man visa pÅ?
- Vad behöver utvecklas för att mäta bÄttre?

Nedan ges några exempel på satsningar och därtill relevanta frågeställningar för att fånga parametrarna ovan.

#### **Exempel på satsningar**

Det har i flera kommuner införts **mobila team** som söker upp äldre i hemmet i stället för att dessa ska behöva uppsöka sjukhus, eller som arbetar kontinuerligt med en utvald grupp med särskilda vårdbehov. Inläggningar och akutbesök kostar mycket pengar, och leder i många fall inte till en förbättrad hälsosituation för den äldre. Hembesök är dock dyrare än besök vid ordinarie mottagning på vårdcentral. Målet är att med hemsjukvård erbjuda en mer ändamålsenlig vård för den valda gruppen. En invändning kan vara att det blir en dyr lösning som bara kommer en liten grupp till godo. Frågan som uppstår då en dylik satsning ska utvärderas inkluderar:

*Hur vet vi att det är rätt patientgrupp som får tillgång till den uppsökande vården?*

*Hur vet vi var gränsdragningarna ska göras och vilka kriterier som ska gälla för att inkluderas i målgruppen?*

*Vad leder insatserna till med avseende på hälsa, och jämfört med vad?*

Ett annat initiativ är de satsningar på **hälsocoacher/lotsar** som gjorts i vissa regioner. För att hjälpa patienter med stora vårdbehov, många vårdkontakter och behov av samordning mellan olika aktörer tillsätts en särskild vårdlots. Relevanta utvärderingsfrågor inkluderar:

*När och för vem är coachinsatser befogade, och vad är alternativen?*

*Hur förändras vårdkonsumtionsmönstren för dem som får del av tjänsten?*

**Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)** är ett alternativ till inläggning eller särskilt boende. Relevanta frågor för utvärdering av vårdformen inkluderar:  
*Utifrån vilka kriterier ska resultat mätas?*

*Hur avvägs exempelvis patientupplevelse mot kostnad?*

*Hur kan produktivitet i den enskilda aktiviteten vägas mot undvikande av kritiska situationer som kräver mer omfattande vård?*

## 2. Förutsättningar för mätning och utvärdering

Verksamheter har oftast mål i flera dimensioner. Vårdverksamhet ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen<sup>5</sup>, Patientlagen<sup>6</sup> och Socialstyrelsens God vård-dimensioner<sup>7</sup>, bland annat:

- bedrivs med god kvalitet och hög säkerhet
- vara lättillgänglig och jämlik
- vara individanpassad och beakta patientens rätt till självbestämmande
- ges efter behov, där personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra
- vara kostnadseffektiv

Sammantaget ställer de olika målformuleringarna omfattande krav på uppföljning i olika dimensioner. Vårdanalys har nyligen lämnat förslag på en samlad uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården, som illustrerar vidden av de olika dimensioner de anser bör inbegripas för att ge en balanserad bild av systemets funktionalitet, och komplexiteten i hur dessa hänger samman.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> SFS 2017:30.


<sup>6</sup> SFS 2014:821.

<sup>7</sup> [www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardverktygforuppfoljningochutvardering](http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardverktygforuppfoljningochutvardering)

<sup>8</sup> Vårdanalys (2019) *Med örat mot marken: Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter*. Rapport 2019:2.

Figur 1. Samlad uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården.



 Barriärer för tillgång till hälso- och sjukvården

Källa: *Vårdanalys (2019), s.12.*

Den översta delen av figuren består av de kvalitetsområden som Vårdanalys anser är viktiga att följa ur ett patientperspektiv: hälsoutfallet av vården, graden av personcentrering samt väntetider. Tillgänglighetsbarriärer illustreras som en ram runt systemet för att åskådliggöra att det handlar om hinder att få tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser och insatser. För att uppnå kvalitet används olika insatser (till exempel förebyggande insatser, besök, behandlingar, läkemedel, provtagning med mera), och för att kunna göra detta krävs resurser (vårdpersonal och ekonomiska medel). Nära-vård-satsningar som relaterar till dessa områden kan exempelvis syfta till att förhindra försämrade tillstånd, minimera vårdbehov över tid eller förbättra samverkan mellan vårdgivare för en mer ändamålsenlig vård.

Resurser, insatser, vårdmöten och väntetider ska anpassas efter individuella förutsättningar och behov i syfte att uppnå personcentrering och jämlikhet. Jämlikhet innebär att det inte ska finnas omotiverade skillnader mellan sjukdoms- och befolkningsgrupper eller mellan regioner. Även vårdens kvalitet, processer och resursanvändning ska vara jämlik, liksom tillgängligheten. I fråga om nära vård kan det handla om att kompensera för låga volymer och stora avstånd för att uppnå en jämlik servicenivå. Det kan också handla om riktade insatser för grupper med särskilda behov.

Effektivitet avser här förhållandet mellan de resurser som används och nivån på olika kvalitetsområden. Produktivitet beskrivs i ramverket som ”bara ett intermedieärt systemmätt”, eftersom det enbart ser till relationen mellan resurser och de insatser som vården presterar. Det är samtidigt ett av de mått som är lättast och vanligast att mäta i praktiken (se vidare nedan).

Avslutningsvis berör den nedersta delen av figuren information om befolkningens hälsa och behov, vilket enligt Vårdanalys är grundläggande för att kunna avgöra i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdens utformning motsvarar behoven. I fråga om satsningar på nära vård är kunskap om behov och beteenden hos olika målgrupper avgörande för att bedöma om satsningarna är ändamålsenliga eller ej.

### **Olika former av effektivitet**

Vårdanalys föreslagna ramverk är utformat för uppföljning på nationell nivå, vilket innebär att olika inom hälso- och sjukvården ingående verksamheter förutsätts fungera tillsammans för att generera de systemeffekter som ska mätas. Enskilda verksamheter antas alltså bidra till systemets övergripande mål. När det gäller utvärdering på verksamhetsnivå innebär detta en utmaning, eftersom det ofta finns system för att mäta produktivitet i den egna verksamheten och kvalitet i de egna åtgärderna, medan det är betydligt svårare att fånga hur väl man samverkar med andra och hur man bidrar till helheten. Det gäller särskilt för satsningar och försök med nya arbetssätt som i ett initialt skede är för små för att inom ramen för löpande uppföljning ge utslag på systemnivå, eller där många faktorer påverkar så att det blir svårt att skilja förändring från kausal effekt.<sup>9</sup> Lösningen blir då ofta en projektutvärdering som kan ge god insikt om hur väl tillgängliga resurser använts, men inte ger tillräckliga underlag för att bedöma under vilka förutsättningar insatserna är ändamålsenliga, hållbara och skalbara på systemnivå. Vi utvecklar dessa utmaningar vidare nedan.

För att förstå hur effektivitet kan mätas och utvärderas på verksamhetsnivå behöver vi belysa två olika typer av mått på hur väl en verksamhet lyckas med sina uppgifter.

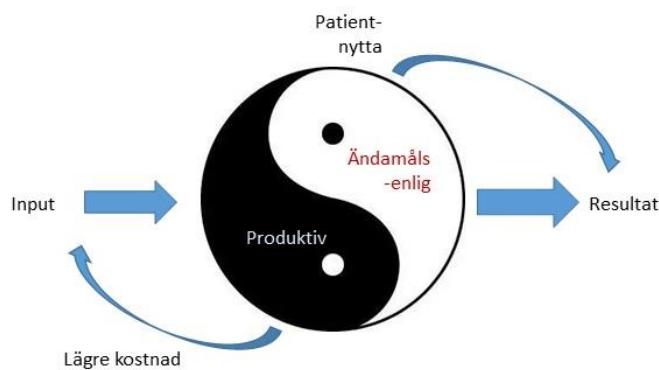
**Produktivitet**, teknisk effektivitet eller inre effektivitet (på engelska: efficiency), är mått på hur väl en specificerad uppgift utförs. Utifrån fastställda kriterier för hur en uppgift ska göras på bästa sätt kan vi bedöma hur väl vi har uppnått dessa kriterier. Det säger inget om huruvida uppgiften är lämplig att utföra, utan är ett mått på det tekniska genomförandet. Kostnaden för genomförandet vägs ofta in. Produktivitet mäts ofta i kronor per enhet, kopplat till kvalitet på det utförda. Produktivitet kan aggregeras i större enheter eller längre episoder, och även kopplas till resultat över tid.

---

<sup>9</sup> Jfr. ESV (2006) *Effektutvärdering: Att välja upplägg*. Rapport 2006:8.

**Ändamålsenlighet**, yttre effektivitet, eller allokativ effektivitet (på engelska: effectiveness)<sup>10</sup> är mått på hur väl en uppgift bidrar till ett övergripande mål. En aktivitet kan vara väl utförd, men inte lämplig för situationen eller inte matchad mot behov. Ett exempel är ett prov som tas på en patient, men som inte är medicinskt motiverat. Provet kan göras i en effektiv process, men det tillför ändå inget värde. Arbetet har i så fall hög produktivitet men låg ändamålsenlighet. En förändring i ändamålsenlighet kan inte mätas utifrån parametrar baserade på produktivitet.

Figur 2. Två former av effektivitet.



Ett vardagligt sätt att beskriva dessa två mätyper är att tala om att ”göra saker rätt” respektive att ”göra rätt saker”. Att göra något på rätt sätt när det är fel sak att göra är en av de vanligaste bristerna i stora komplexa system.<sup>11</sup> Det innebär alltså att aktiviteten inte är ändamålsenlig.

Bristande ändamålsenlighet i vård och omsorg uppstår när fel insats eller mix av insatser ges. Bristande ändamålsenlighet kan uppstå på systemnivå, inom respektive verksamhet eller i den enskilda behandlingssituationen, och kan till exempel bero på otillräcklig prioritering, felaktiga incitament, brist på kliniska riktlinjer, ofullständig resultatrapportering eller dålig koordinering inom systemet. Risken är större för komplexa patienter som inte passar den enhetsvisa produktionslogiken. I fallet nära vård är det i många fall troligen en större utmaning att välja rätt åtgärd(er) för rätt patient(er), än att hålla kvaliteten hög på de enskilda ingående insatserna.

<sup>10</sup> Smith et al (2016) *Health System Efficiency – How to make measurement matter for policy and management: A framework for thinking about health system efficiency*. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policy Series 46.

<sup>11</sup> Jfr SOU 2016:2 *Effektiv vård*.

## Effektutvärdering utifrån olika typer av mål

För att bedöma ändamålsenligheten i olika insatser behöver man alltså förstå och utgå från verksamhetslogiken i det som ska utvärderas. En komplicerande faktor vid mätning och tolkning av utfall inom vård och omsorg är att verksamheterna har flera uppdrag och mål av olika karaktär, och dessa har olika stor relevans beroende på patientgrupp. För i övrigt friska patienter med en behandlingsbar diagnos är målet i huvudsak att kureras. I det fall där patienten har en kronisk diagnos eller en kombination av diagnoser behöver man även beakta förmågan att hantera situationen över tid. Ett mål blir då att se till att behovet av behandling minimeras – så kallad sekundärprevention. Ytterligare ett mål kan vara att förhindra att sjukdom alls uppstår, till exempel genom att arbeta hälsofrämjande – preventivt. De senare uppgifterna är svårare att mäta och följa upp, men mycket viktiga för att styra mot ändamålsenlig vård för vissa patientgrupper.

**Kurerande verksamhet – att utföra nödvändig vård.** Kurerande ingrepp är relativt enkla att följa upp. De är oftast tydligt avgränsade, och målet går att mäta i form av uppnådda medicinska resultat och/eller återfådd funktionalitet. Ändamålsenligheten antas följa av det medicinska beslutet om behandling, och fokus i utvärderingen kan läggas på kvalitetsutfall och produktivitet.

**Preventiv verksamhet – att undvika onödig vård.** För några av de patientgrupper som berörs av nära vård är målet att undvika behov av mer omfattande behandling, genom att hantera den enskildes situation på ett ändamålsenligt sätt. Utmaningen ligger i att välja rätt preventiva åtgärder för rätt målgrupper, samt att kunna skatta om dessa leder till undvikande av mer krävande vård. Preventiva åtgärder är svårare att utvärdera, eftersom det innebär att värdera konsekvenser som kunde ha uppstått om åtgärden inte hade satts in (den så kallade kontrafaktiska situationen), vilket innebär en stor grad av osäkerhet.



Ett exempel på dilemmat med preventiv verksamhet illustreras nedan.

**Beräkning av kostnader utifrån olika former av effektivitet**

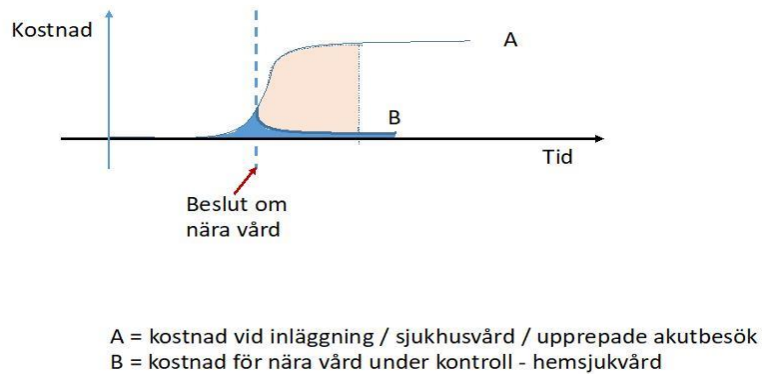
Antag att vi inom ramen för en nära vård-satsning vill styra om vårdflöden så att fler patienters behov kan tillgodoses i hemmet, istället för på sjukhuset. Vi etablerar ett mobilt team som gör hembesök hos sköra patienter som regelbundet löper risk för inläggning, om den kontinuerliga vården fallerar.

Som totalkostnad räknat är hembesök relativt billigt jämfört med inläggning. Jämfört med ett ordinarie primärvårdsbesök där patienten själv uppsöker mottagning på vårdcentral blir teambesöket, på grund av tidsåtgång och resekostnader, dock dyrt. Utmaningen här blir att bedöma för vilka patienter teaminsatsen är ändamålsenlig. Det handlar om patienter vars behov 1) med stor sannolikhet inte kommer bli tillgodosedda om de hänvisas till ordinarie primärvård, och som 2) löper stor risk för inläggning om de inte får vård i någon annan form.

Nästa utmaning uppstår i jämförelse mellan teaminsatsen och sjukhusavdelningen. En sjukhusavdelning kan vara bra på att ta hand om inlagda patienter, och ha hög produktivitet och bra resultat med avseende på kvalitet. Några av patienterna skulle dock inte behövt vårdas på sjukhus, utan kunnat hanteras i hemmet. Samma eller bättre vård kan i detta fall uppnås med mindre resurser (total kostnad för hembesök jämfört med total kostnad för inläggning).

Om hänsyn endast tas till inre effektivitet inom respektive enhet (produktivitet) kan det framstå som irrationellt att styra resurser från en högproduktiv sjukhusavdelning eller primärvårdsenhet till en lågproduktiv hembesöks-verksamhet. Om hänsyn tas till den kontrafaktiska situationen för patienterna i teamets målgrupp framträder dock en annan bild. Detta dilemma kan hanteras genom att mäta och följa upp ändamålsenlighet som komplement till produktivitet.

Figur 3. Effekter på kostnader med hänsyn taget till kontrafaktisk situation.



I figuren ovan utgör den blå ytan kostnaden för att göra ett akut hembesök och den gula ytan kostnaden för inläggning på sjukhus.

Som exemplet illustrerar finns det en stor risk att en ny verksamhet helt eller delvis bedöms enligt kriterier som tagits fram för tidigare arbetssätt, vilket ger en felaktig bild av utfall och nytta. Utmaningen ökar om den nya verksamheten sträcker sig över organisatoriska gränser, då befintliga IT-strukturer och uppföljningssystem ofta begränsar den faktiska tillgången till tvärfunktionell data. I nästa avsnitt presenteras en metod för hur detta kan hanteras genom att placera in satsningar i ett ramverk för utvärdering av ändamålsenlighet.

### 3. Ett ramverk för utvärdering av ändamålsenlighet

Nedan presenteras ett ramverk för att utvärdera systemförändrande åtgärder som har tagits fram med inspiration från tidigare arbeten kring mätning och uppföljning av vårdssystem och vårdverksamhet. En central utgångspunkt har varit European Observatorys översikt *Health System Efficiency – How to make measurement matter for policy and management, A framework for thinking about health system efficiency*.<sup>12</sup> Vi har byggt vidare på denna för att ta fram ett ramverk som passar mätning och uppföljning av nära vård i en svensk kontext.

Givet komplexiteten i ett hälso- och sjukvårdssystem är det inte rimligt att bygga upp en komplett modell för utvärdering. En rimligare ansats är att ta fram ett ramverk som vägledning kring ett antal faktorer som kommer att behöva vägas in då man utformar mått och underlag för utvärdering inom olika områden. I denna studie har ramverket utvecklats med svenska begrepp, och anpassats för att kunna beskriva de utmaningar som uppstår vid försök med nära vård. Vid en utvärdering kan ramverket användas exempelvis för att bedöma jämförbarhet mellan olika verksamheter, som underlag för att justera utfallsmätning beroende på centrala faktorer, eller för att identifiera ingångsvariabler för modellering i statistiska kvantitativa analyser.

#### Ramverkets huvudområden

Ramverket innehåller fem huvudsakliga dimensioner som alla måste tas hänsyn till när ett nytt arbetssätt ska bedömas. Dessa är:

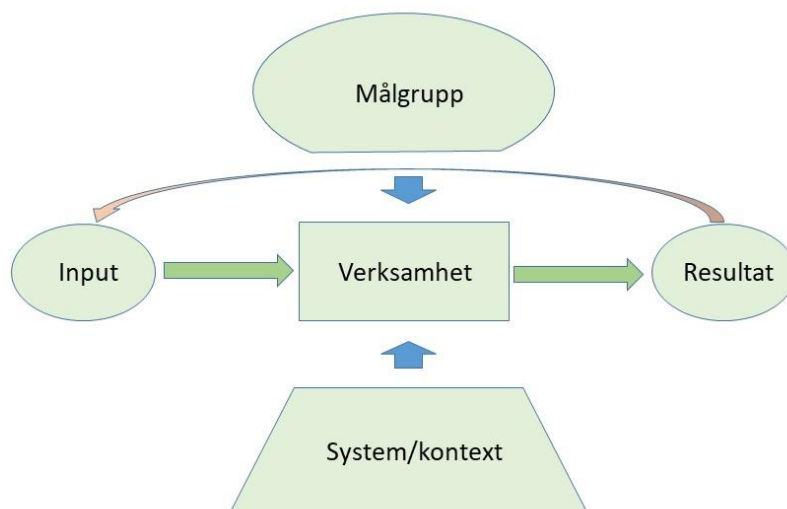
- Verksamhet – förändringar i omfattning och avgränsningar av uppgiften
- Målgrupp – urval och typ av patienter samt variation inom gruppen
- Kringliggande system/kontext – relationer och arbetsfördelning
- Input – ingående resurser och förutsättningar
- Resultat som ska uppnås – förändringar i mål och målvärden

---

<sup>12</sup> Smith et al (2016) *Health System Efficiency – How to make measurement matter for policy and management: A framework for thinking about health system efficiency*. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policy Series 46.

Dimensionerna illustreras i figuren nedan.

Figur 4. Ramverk för utvärdering av ändamålsenlighet (huvudkomponenter).



Källa: Smith et al (2016), egen bearbetning.

Nedan ges några exempel på vad som kan komma att påverkas inom de fem områdena input, målgrupp, verksamhet, system/kontext, samt resultat i relation till satsningar inom nära vård.

### Input

Verksamheter påverkas av de ramar inom vilka de är satt att verka, exempelvis vilka resurser och vilken typ av uppdrag man har att arbeta med. I modellen representerar input de faktorer som är specifika för den studerade verksamheten, medan system/kontext är mer generella och externt givna faktorer.

En viktig faktor är ekonomiska resurser och hur dessa fördelas. Här spelar exempelvis ersättningsmodeller, incitamentsstrukturer, riktade satsningar och redan gjorda investeringar in, till exempel i form av befintliga sjukhusbyggnader. Andra faktorer är resurser i form av tillgång till och sammansättning av personal. Slutligen är målformuleringen, det vill säga hur uppdraget är utformat och vilka värden som lyfts fram viktiga för verksamhetens utformning och uppföljning.

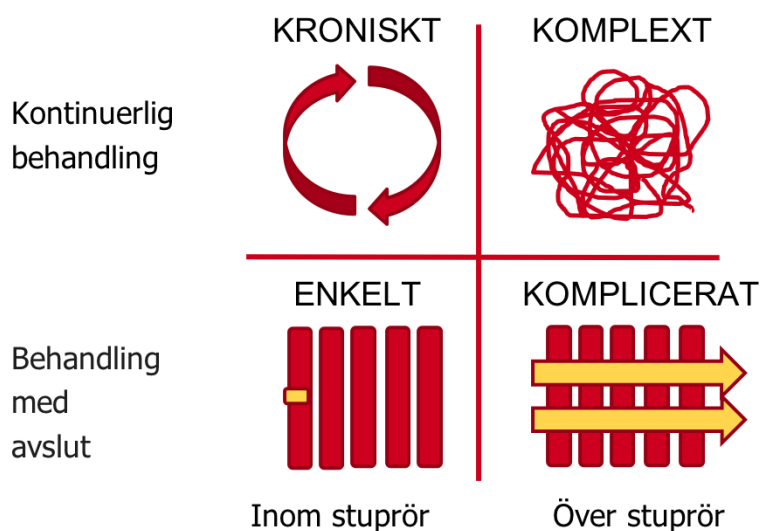
Särskilda projektuppdrag och -pengar till nära vård-satsningar medför ofta en temporär förändring i input-dimensioner. I utvärderingssammanhang blir det viktigt att skilja dessa från de förutsättningar som kommer att råda när satsningen permanentas.

## Målgrupp

Verksamheter riktar sig vanligtvis till en eller flera målgrupper. Utformningen och uppföljningen av verksamheten beror på vilken patientgrupp som omfattas och hur mycket deras behov och konsumtionsmönster varierar, både över tiden och mellan patienter. När uppgiften ändras till att vara mer målgruppsanpassad får patientgruppens sammansättning en allt större betydelse. Den spelar roll både för hur verksamheten utformas och hur den kan utvärderas och jämföras med andra. Parametrar som är viktiga att väga in är bland annat multidiagnoser, socioekonomi, variation inom gruppen, selektion, variation över tid och kontinuitet.

För att analysera målgruppens sammansättning kan LHC:s fyrfältare användas. Denna definierar olika behovsgrupper i hälso- och sjukvården utifrån vilka krav på tillgänglighet, kontinuitet och samordning dessa ställer, se figur 5.<sup>13</sup>

Figur 5. Analysramverk för målgruppsanpassad vård.



Källa: LHC (2016).

<sup>13</sup> Leading Health Care (2016) *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. Working paper 2016:1. Ramverket beskrivs även i SOU 2018:39, s. 324-25.

Många nära vård-satsningar avser gruppen äldre med komplexa behov, som får riktade insatser bland annat genom uppsökande akutvård, kontinuerlig vård eller avancerad vård i hemmet. En annan grupp är vårdbehövande i glesbygd, där behoven kan variera från enkla till komplexa men förenas av en geografisk tillgänglighetsutmaning. En tredje grupp är relativt friska kroniker där ny teknik och innovativa arbetssätt kan öka möjligheterna till egenvård. Nära vård kan också handla om nya sätt att möta patienter med enklare och mer lättdefinierade sjukdomstillstånd, där vårdflödet kan effektiviseras. Ett exempel är digital diagnostik inom hudområdet där utredning i många fall kan ske inom primärvården med stöd av specialist, och antalet fysiska remisser till sjukhus på så sätt kan reduceras.

Information om målgruppens sammansättning är centralt för att kunna utvärdera och följa insatser inom respektive grupp, i jämförelsen mellan olika verksamheter, samt i diskussioner om utvidgning av målgruppen för en viss typ av insats. Här blir det samtidigt viktigt att beakta att patienters behov inte bara utgår från vilket/vilka sjukdomstillstånd man har rent medicinskt. Personliga egenskaper och beteenden spelar också stor roll, och även patienter med samma diagnos kan variera mycket i kapacitet och tilltro till den egna förmågan kontra det upplevda behovet av externa stödinsatser.<sup>14</sup> Inte minst när det gäller digitala lösningar varierar användarmognaden stort. Här kan i många fall en mer kvalitativ och individuell bedömning vara nödvändig för att säkerställa att föreslagna insatser är ändamålsenliga.

### **Verksamhet**

När förutsättningar i form av målbild och resurser är klarlagda och val av målgrupp är på plats kan verksamheten utformas på flera sätt. Som beskrivits ovan kan nära vård bland annat syfta till att bättre kunna ta hand om specifika behov hos en definierad grupp, exempelvis multisjuka äldre eller en grupp kroniker. En vanlig förändring är då ett mer övergripande ansvar hos en vårdaktör för den gruppen, vilket leder till att verksamhetens totala uppgift utökas. Det kan göras genom att ansvaret sträcks ut i tiden och omfattar en längre episod för varje patient, eller att kringliggande områden, såsom ansvar för omsorg inkluderas i uppgiften.

Ett sätt att beskriva det är att arbetsdelningen minskar, och fler deluppgifter samlas hos en och samma utförande enhet. Det får konsekvenser för verksamheten, som å ena sidan behöver behärska fler områden, men å andra sidan får mindre krav på samordning med externa enheter, eftersom man själv ansvarar för fler moment. Ansvaret kan i vissa fall delas med andra aktörer genom samverkan och ett gemensamt ansvar för utfall.

---

<sup>14</sup> SKL (2018) *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården: diskussionsunderlag för utveckling och innovation*; Vårdanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.

Inom nära vård byggs verksamheter ofta kring en patientgrupp snarare än kring ett vårdmoment. Ett sätt att beskriva den förändringen är minskad processspecialisering, men ökad objektspecialisering.<sup>15</sup> Uppgiften går mot att göra många moment för en liten grupp patienter i stället för att göra ett specifikt moment för många. Det får stor påverkan på hur verksamheten kan utvärderas i jämförelse med övriga vårdverksamheter.

### **System/kontext**

Verksamhet inom vården är alltid en del i ett större system av aktörer, regleringar och aktiviteter. Det blir ännu tydligare när en verksamhet får en förändrad position i systemet, genom att dess uppgift och mål omdefinieras, vilket kan vara en konsekvens av omställningen mot nära vård. Aspekter som måste vägas in är då hur olika delar i systemet är utformade och interagerar. En systemförändring innebär att även andra delar behöver förändra sin verksamhet eller sina gränssnitt.

Viktiga systemaspekter som påverkar såväl utförandet som jämförbarheten är geografiska faktorer, avstånd och befolkningstäthet samt inom vilka huvudmannaförformer som verksamheten bedrivs. Andra systemaspekter är konkurrenssituation och förekomsten av substitut eller alternativa lösningar. Formerna för offentlig upphandling, patienternas grad och typ av valfrihet, och antalet specialiserade aktörer spelar också roll. Systemets utformning varierar över landet och det får konsekvenser såväl för hur verksamheter kan bedrivas som hur de kan utvärderas.

I flera fall innebär nära vård att en del av vårdapparaten utformas annorlunda för en patientgrupp eller ett geografiskt område, vilket både påverkar och påverkas av etablerade samverkansformer och relationer mellan befintliga verksamheter. Förutsättningarna kan skilja sig åt avsevärt mellan till synes liknande verksamheter beroende på om uppgiften ska göras i glesbygd, utan andra aktörer med ett litet men stabilt patientunderlag, eller om det gäller en konkurrensutsatt verksamhet i en storstadsregion, med ett stort men rörligt patientunderlag och många aktörer med liknande tjänsteutbud.

### **Resultat**

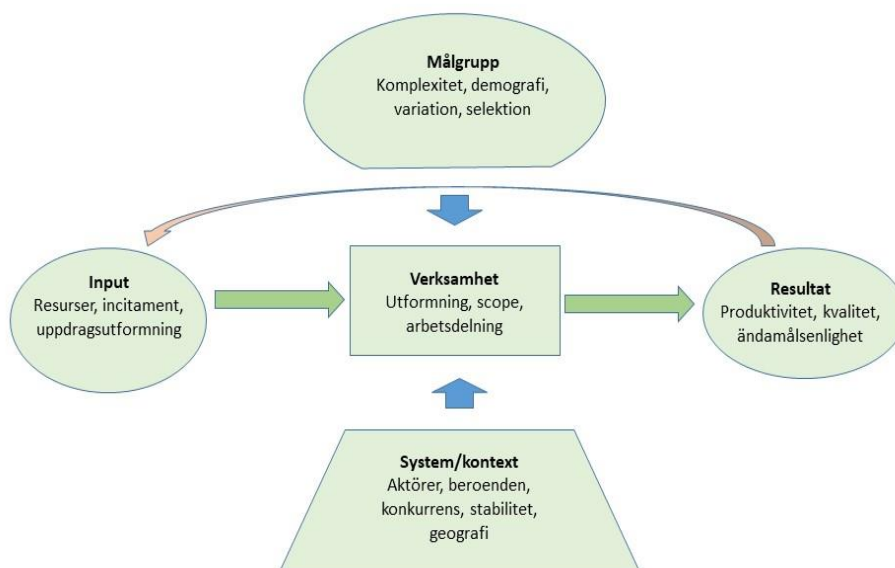
I och med att verksamheters uppgifter omformuleras och breddas kommer även utvärderingskriterierna att behöva ändras, och resultat mätas med hjälp av andra nyckeltal. Med en avgränsad och väl definierad uppgift ligger fokus ofta på kvalitet och produktivitet, medan vi i och med omställningen till nära vård ser ett ökat behov av att fokusera på ändamålsenlighet och ett fokus på helhetsresultat snarare än utförda moment.

---

<sup>15</sup> För begreppsdefinition, se t ex Slack et al (2013) *Operations management*. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.

En utmaning är att resultat från en satsning på nära vård kan få både positiva och negativa konsekvenser i andra delar av systemet, och dessa bör då inkluderas i utvärderingen. Det kan många gånger vara en utmaning att visa på orsaksamband och härleda effekter av en viss satsning, eftersom flera parametrar ändras samtidigt och sambanden är komplexa. När det gäller försöksverksamheter är de mätbara effekterna på systemet som helhet i regel små, eftersom försöket är av begränsad omfattning och dessutom ofta hanterar eventuella konsekvenser internt för att inte störa övrig verksamhet. Man kan säga att försöksverksamheten bär hela kostnaden, både för försöket och för att skydda omgivningen från eventuella oönskade effekter. Det gör att förändringar i aggregerade mått är ett trubbigt verktyg för att följa upp försöksverksamheter.

Figur 6. Ramverk för utvärdering av ändamålsenlighet (utvecklat).



Källa: Smith et al (2016), egen bearbetning.

I figuren ovan exemplifieras de i ramverket ingående dimensionerna. I kapitel 5 tillämpas detta utvecklade ramverk på sju fall av nära vård för att illustrera hur det kan användas som underlag för att utforma utvärderingar av olika slags satsningar.



## 4. God och nära vård – studerade fall

I detta kapitel presenteras sju olika fall som utgör exempel på satsningar på en mer nära vård. Alla fallen har lyfts fram som goda exempel på nyskapande lösningar i den svenska rörelsen mot god och nära vård. Fallen beskrivs här översiktligt för att i nästa kapitel kunna analyseras utifrån det ramverk för mätning och utvärdering som tagits fram.

### Metod och urval

Som ett första steg i studien genomfördes sonderande intervjuer med 8 personer som arbetar med nära vård på förvaltnings- och administrativ nivå, nationellt och regionalt. Öppna samtal fördes kring konceptet nära vård, vilka satsningar som pågår, vad man vet om resultaten, samt utmaningar i nuvarande och framtida utvärdering. Det huvudsakliga syftet med de sonderande intervjuerna var att formulera urvalsgrundande kriterier och identifiera för studien intressanta fall.

Utifrån intervjuerna och samråd med beställaren framstod det som viktigt att inkludera satsningar med olika inriktning och omfattning och som pågått olika länge. I urvalet skulle också tas hänsyn till geografisk spridning, samt att vårdverksamheter lokaliserade såväl i som utanför större tätorter var representerade. För att möjliggöra beskrivning av systemeffekter skulle fokus så långt som möjligt ligga på satsningar som passerat det initiala pilotstadiet. Ett annat önskemål var att urvalet skulle inbegripa initiativ som framhållits som framgångsrika och relativt välutvärderade. Så kallade framgångsfall är särskilt intressanta såtillvida att det finns ett brett intresse för förutsättningarna att sprida initiativen vidare, samtidigt som förekomsten av redan gjorda utvärderingar möjliggör jämförelser av vilka metoder som vanligtvis används för resultatutvärdering.

De fall som valdes ut utifrån ovanstående kriterier är Hemsjukhuset i Borgholm, Hälsostaden i Ängelholm, TioHundra i Norrtälje, glesbygdsmedicin i Norrlandsregioner, Wellbeing centers i Eksote, Finland, mobil närvård i VGR samt mobilt närvårdsteam i Uppsala.

### Upplägg

För varje fall görs först en översiktlig beskrivning av inriktning, arbetssätt, omfattning och (i förekommande fall) resultat. Utifrån detta sammanfattar vi hur nuvarande mätning och uppföljning av den här typen av satsningar ser ut. I kapitel 5 gör vi därefter en analys av varje enskilt fall utifrån det framtagna ramverket kring mätning och utvärdering av ändamålsenlighet.

Fallbeskrivningarna nedan baserar sig på de olika fallens egna publika material, och framställningarna varierar därmed något till innehåll och fokus. Vi har även intervjuat kontaktpersoner inom respektive satsning, där vi bland annat efterfrågat underlag i form av gjorda uppföljningar och utvärderingar. I samband med detta har vi också fört samtal kring utmaningar vid mätning och önskad utveckling av mätningen i framtiden.

## **Fallbeskrivningar**

### **Borgholm – Hemsjukhuset**

#### ***Syfte och historik***

Borgholm är en glesbygdskommun på norra Öland med drygt 10 000 invånare och en stor andel äldre i befolkningen. Här driver Borgholms hälsocentral sedan 2016 projektet "Hemsjukhuset" tillsammans med Borgholms kommun. Idén är att utökad samverkan mellan hälsocentral (primärvård), kommunal hemsjukvård, hemtjänst och ambulanspersonal ska skapa en tryggare och säkrare vård-situation för många äldre i Borgholm. Bakgrunden var att många människor som vårdats i hemmet med hjälp av den kommunala hemsjukvården tidigare hamnat mellan sjukhus och vårdcentral, trots att de i många fall varit sjukare än patienter som vårdats på Länssjukhuset i Kalmar.

#### ***Arbetsätt***

Genom hemsjukhuset vårdas ett stort antal människor i hemmet med hjälp av den kommunala hemsjukvården och hemtjänsten, i nära samarbete med hälsocentral och ambulanssjukvård. Patienter i den kommunala hemsjukvården erbjuds en fast läkarkontakt på hälsocentralen, som följer patienten genom alla steg i vården och vid behov gör hembesök. Alla läkare reserverar en timme varje dag för akuta hembesök och såväl kommunens sjuksköterskor som ambulanssjuksköterskor kan boka tid åt patienten fram till samma morgon. Genom att läkare på hälsocentralen har löpande kontakt med kommunens distriktssköterskor skapas en helhetsbild av varje patients behov och situation. Onödiga akutbesök kan minimeras genom att ambulanspersonal kan erbjuda patienten en läkartid med kort varsel istället för att direkt köra in patienten till sjukhuset. Gemensamma journaler möjliggör också för läkarna att få direkt information när någon av patienterna lagts in på Länssjukhuset.

Fördelarna beskrivs som många. Patienten erbjuds läkarvård i en tryggare miljö med lägre infektionsrisk, färre fallolyckor och högre livskvalitet. Patienten vet att det alltid går att få ett hembesök av läkare när det behövs och kommunens sjuksköterskor, ambulanssjuksköterskor och distriktsläkare har inga svårigheter att få kontakt med specialistläkare/patientens fasta läkarkontakt. Det innebär även en lättnad och trygghet för anhöriga till patienten att det vid behov finns en ytterst ansvarig läkare tillgänglig och att denne har hela bilden av patienten och hans sjukdomshistoria.

### **Resursåtgång och resultat**

På Hälsocentralen arbetar 50 fast anställda. Hemsjukvården omfattar 20 distriktssköterskor och hemtjänsten har cirka 180 anställda.<sup>16</sup> Hemsjukhuset har cirka 250 vårdplatser, att jämföra med Länssjukhusets 200.<sup>17</sup> I redovisad statistik från mars 2018 över hur lång tid en patient ligger kvar på sjukhus efter att ha bedömts utskrivningsklar, ligger Borgholms kommun på första plats i länet med 0,93 dagar.<sup>18</sup>

Region Kalmar Län har nyligen genomfört en uppföljning av hur projektet påverkar vårdkonsumtionen för patienter i hemsjukvård 75 år och äldre.<sup>19</sup> Som huvudmetod jämförs vårdkonsumtionsdata under 2018 med data från 2014. Konsumtionen för Borgholms HC-patienter jämförs också med genomsnittet för övriga offentliga hälsocentraler. Av analysen framgår att patienterna vid Borgholms HC mellan 2014 och 2018 har ett minskat antal öppenvårdsbesök (-7,8 %), ett minskat antal slutenvårdstillfällen (-7,2 %), ett minskat antal besök inom primärvården (-7,1%), och ett minskat antal akutbesök (-18,9 %). På samtliga dessa parametrar noteras under samma period en konsumtionsökning för övriga hälsocentraler. Borgholmsmodellen innebär samtidigt många fler hemsjukvårdspatienter (+70 %) och betydligt fler hembesök per patient (+57%) än den genomsnittliga hälsocentralen.

Rapporten drar slutsatsen att arbetssättet inom ramen för Borgholmsmodellen innehåller potential att effektivisera och sänka regionens kostnader avseende hälso- och sjukvård. Eftersom de olika insatserna inte kostnadssätts och ställs mot varandra är det dock svårt att belägga detta.

### **Ängelholm – Hälsostaden**

#### **Syfte och historik**

Ängelholm är en relativt glest befolkad kommun i nordvästra Skåne med cirka 44 000 invånare. Hälsostaden Ängelholm är ett koncept för samverkan mellan kommun, primärvård och sjukhusbunden vård. Verksamheten är likställd övriga hälso- och sjukvårdsförvaltningar inom Region Skåne. Hälsostadens verksamhet är förlagd till Ängelholms sjukhus samt vårdcentralen Laxen.

Hälsostaden bygger på ett projekt från 2013 mellan Region Skåne och Ängelholms kommun, som i juni 2018 blev permanent. Syftet är att erbjuda patienter en sömlös hälso-, sjukvård och omsorg för att underlätta vardagen för de mest sjuka äldre i kommunen. Verksamhetens mål är också att bidra till tillgänglighet, vård och omsorg på rätt nivå samt ett bättre flöde för de personer som har behov av insatser från primärvård, sjukhus och kommun. Satsningen

---

<sup>16</sup> SKL (2018) *Nära vård i Borgholm*.

<sup>17</sup> Åke Åkesson (verksamhetschef) i Läkartidningen (2018) *Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård?* Nr 3 2018.

<sup>18</sup> SKL (2018) *Nära vård i Borgholm*, s. 14.

<sup>19</sup> Region Kalmar Län (2019). *Ekonomiska effekter av Borgholmsmodellen*. Arbetsmaterial 2019-02-05.

har ett särskilt fokus på att underlätta för de mest sjuka äldre, till exempel genom att minimera onödiga resor till och från sjukhuset.

### **Arbetsätt**

Hälsostaden Ängelholm är både en förvaltning med ett hälso- och sjukvårdsuppdrag och ett samverkansprojekt som innefattar mobila team för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, ett kommunalt korttidsboende som lokalmässigt finns på sjukhuset men i liten utsträckning skiljer sig från kommunens övriga korttidsboenden, samt en fördjupad samverkan på chefsnivå. De mobila teamen har hittills stått i fokus för arbetet.

Det finns två olika mobila team, ett för akuta insatser och ett för närsjukvård av patienter i ett instabilt läge som är i behov av kontinuerlig, samordnad vård. Teamen består av läkare och sjuksköterskor från Region Skåne samt sjuksköterskor från Ängelholms kommun. Det mobila teamet för akuta insatser gör hembesök hos äldre sköra patienter som är i behov av akuta punktinsatser och närsjukvårdsteamet hanterar patienter som är inskrivna där.

### **Resursåtgång och resultat**

Totalt består förvaltningen Hälsostaden Ängelholm av ca 600 medarbetare, varav ca 540 är från Ängelholms sjukhus, 35 från Ängelholms kommun och 25 från primärvården.

Det mobila teamet för akuta insatser består av läkare (0,5 årsarbetstid), sjuksköterska från regionen (0,5 årsarbetstid) och sjuksköterska från kommunen (0,5 årsarbetstid). Teamet har i genomsnitt hanterat 3 till 4 patienter per dag. Närsjukvårdsteamet består av läkare (1,0 årsarbetstid) och sjuksköterska från Region Skåne (0,5 årsarbetstid) samt sjuksköterska från Ängelholms kommun (1,0 årsarbetstid). Uppskattningsvis drygt 30 patienter är inskrivna samtidigt i närsjukvårdsteamet.<sup>20</sup>

I intervjuer utförda av granskande revisorer beskriver samtliga respondenter att de mobila teamen har blivit en stor framgång för Hälsostaden genom minskade akutbesök samt minskat antal vårdtillfällen och vård dagar.<sup>21</sup> Enligt en intern bedömning har de mobila teamen förebyggt akutbesök med över 90 procent samt inläggningar med över 70 procent bland patienter som varit föremål för insatserna. Nettokostnaden för att bedriva mobila team är budgeterad till cirka 2,7 mkr.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> KPMG (2017) Hälsostaden Ängelholm: Granskningsrapport Region Skåne. 2017-01-11.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Region Skåne (2016) *Översyn av Projekt Hälsostaden Ängelholm*. Januari 2016.

Samtidigt är Hälsostadens totala underskott större än hos de andra förvaltningarna om jämförelsen görs i relation till förvaltningens bruttokostnader (-4,3 % jämfört med -0,9 %). Man noterar även att de mobila teamen är en satsning med mycket begränsad omfattning; de svarar för endast omkring en procent av Hälsostaden Ängelholms totala budgetomslutning om 600 miljoner kr.<sup>23</sup>

## **Norrtälje – TioHundra**

### **Syfte och historik**

Norrtälje är en kranskommun till Stockholm som är relativt glest befolkad, delvis i skärgårdsmiljö. 2006 startade Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting (nu Region Stockholm) det gemensamma kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje och det kommunala vårdbolaget TioHundra. Sammanslagningen av sjukvård och omsorg i samma företag gör vårdbolaget TioHundra unikt i Sverige. TioHundra-projektet permanentades 2016 och har vidareutvecklats inom ramen för en bredare samverkan mellan Norrtälje kommun och Region Stockholm kallad Norrtäljemodellen.

Syftet med Norrtäljemodellen och TioHundra är att ta bort onödiga gränsdragningar mellan kommun och region och mellan offentliga och privata aktörer. Enligt direktiven ska TioHundra bedriva verksamhet både inom kommunens och regionens verksamhetsområden samt utveckla nya och integrerade verksamhetsformer för att samlat uppnå större effektivitet. Totalt omfattas somatisk akutsjukvård, geriatrik, primärvård, öppen psykiatrisk vård, beroendevård och rehabilitering samt äldre- och handikappomsorg, social-psykiatri och skolhälsovård. Vårdbolaget TioHundra, som bland annat driver Norrtälje sjukhus, ska ge förutsättningar för en sömlös kedja inom hälsa, vård och omsorg för Norrtäljes invånare, som sträcker sig över traditionella region- och kommungränser.

### **Arbetsätt**

Bildandet av TioHundra har inneburit stora strukturella förändringar såsom en gemensam kommunal och landstingskommunal nämnd, ett nytt verksamhetsområde för äldresjukvård och en ny ledningsstruktur inom äldre- och handikappomsorgen för att ta tillvara samordningsvinster.

Bolaget har utvecklat en rad nya arbetsätt som bygger på tvärprofessionellt arbete, personcentrering och innovation. Man har till exempel satsat på sammanslagen psykiatri och beroendevård liksom en sammanhållen vårdkedja för personer med demenssjukdom. Andra exempel rör användningen av ny teknik, såsom att utrusta sjuksköterskor på äldreboenden med kameror för att kunna skicka bilder på exempelvis sår för bedömning av geriatriker på sjukhuset. Ett annat exempel är att distriktssköterskor vid hembesök använder läsplattor där patienternas journaler är tillgängliga. TioHundra har också

---

<sup>23</sup> KPMG (2017) *Hälsostaden Ängelholm: Granskningsrapport Region Skåne*. 2017-01-11.

utvecklat ett sammanhållet journalsystem för primärvård, sjukhus och psykiatri samt infört digital läkemedelshantering.

### **Resursåtgång och resultat**

Vårdbolaget TioHundra har cirka 2 300 anställda, varav 1 500 från kommunen och 800 från landstinget. Inga särskilda projektmedel avsattes för satsningen. I en utvärdering av projektperioden 2006-2011<sup>24</sup> konstaterades att man lyckats väl med att upprätta gränsöverskridande arbetsformer och korta beslutsvägar. Goda samverkans effekter rapporterades inom två områden där behovet av samordning bedömts som särskilt stor, nämligen Psykiatri samt Barn, unga och familjer. Sedan verksamheten med integrerad psykiatri och beroendevård startades uppges slutenvårdskonsumtionen ha minskat och suicidförsöken reducerats.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg i Norrtälje var under projektperioden relativt oförändrade. Sjukhuset och primärvården hade de första åren kostnadsökningar motsvarande regiongenomsnittet, men uppvisade därefter substansiella kostnadsreduktioner. Inom Psykiatri och Barn, unga och familjer ökade kostnaderna på grund av ökade volymer vilket samtidigt gett bättre tillgänglighet och inom äldreomsorgen låg kostnaderna lägre än snittet i landet. Här förbättrade sig också Norrtälje väsentligt i Socialstyrelsens ranking av kommunernas äldreomsorg. Uppföljning sedan projektet permanentats har framför allt skett inom ramen för kontinuerlig uppföljning och redovisning av ekonomi, tillgänglighet och kvalitet, produktivitet och produktion. Här ingår mått på kostnadsutvecklingstakt, kvalitetsutfall, patientnöjdhet, väntetider, vårdskador och överbeläggningar. Bolagets VD rapporterar under våren 2019 att man uppnått en ekonomi i balans för 2018 efter att chefer och medarbetare genomfört stora effektiviseringar de gångna åren, samtidigt som man uppvisar goda resultat i kvalitetsmätningar, medarbetar- och patientenkäter.<sup>25</sup>

## **Norrlandsregioner/kommuner – glesbygdsmedicin**

### **Syfte och historik**

I Norrlandsregionerna har flera modeller utvecklats med hänsyn till den specifika situation som Norrland befinner sig i med glesbygd och stora avstånd mellan vårdinrättningar, en svårhanterlig sjukvårdsekonomi och utmanande demografi. Det handlar dels om förbättrad närsjukvård genom ökat samarbete och samordning av olika delar av vården som sjukhus, vårdcentraler och den kommunala äldreomsorgen, och dels om olika lösningar för vård på distans.

Ett exempel på en integrerad vårdlösning som ska underlätta närsjukvården är ”sjukstugemodellen” som idag bedrivs i Norrbotten, Västerbotten och delar av

---

<sup>24</sup> Karolinska Institutets Medical Management Centrum (2011) *Från två till tiohundra: Utvärdering av Norrtäljeprosjektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*. November 2011.

<sup>25</sup> Nyhet på TioHundras webbplats 2019-04-15, [www.tiohundra.se/artikel/tiohundra-ab-genomf-r-tg-rder-f-r-att-n-f-rb-ttrad-ekonomi](http://www.tiohundra.se/artikel/tiohundra-ab-genomf-r-tg-rder-f-r-att-n-f-rb-ttrad-ekonomi)

Jämtland. Modellen beskrivs som primärvård med ett helhetsperspektiv utifrån ett sömlöst organisatoriskt gränssnitt med starkt digitalt teknikstöd. Sjukstugorna ska tillgodose vanliga och ofta förekommande sjukvårdsbehov nära människorna där de bor och verkar – under förutsättning att det är ekonomiskt rimligt och kompetensmässigt möjligt.

Olika tekniska lösningar för vård på distans har införts i bland annat Västerbotten sedan 1995, till en början huvudsakligen i form av videokonferens som verktyg för samordnad vårdplanering mellan region och kommun. Numera finns flera olika lösningar; från tekniska verktyg såsom appar och distansmonitoreringssystem till geografiskt bundna lösningar i form av till exempel obemannade hälsorum med möjlighet för patienter att konsultera vårdpersonal via video. Nedan fokuserar vi på de obemannade hälsorummen samt de sjukstugor som nämnts ovan.

### **Arbetsätt**

En sjukstuga är ett minisjukhus, där man kan lägga in akut sjuka patienter. Här finns en bred kompetens med allmänläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor och hälsoprofessioner. Sjukstugorna har röntgen- och laborieutrustning, ambulans samt telemedicinsk teknik som gör att man kan ta emot i stort sett alla patientkategorier. Nästan alla sjukstugor har också en väl utvecklad samverkan med kommunal hälso- och sjukvård. De är ofta sammanbyggda med äldreboenden och samverkar kring bland annat bemanning. Ett exempel är Övertorneå hälsocentral som är en integrerad läkarmottagning, vårdavdelning med fem platser och ambulanssjukvård. Hälsocentralen är bemannad med sjuksköterskor dygnet runt. Till verksamheten hör distriktsvård med MVC och BVC, diabetessköterska, kurator, sjukgymnastik/fysioterapi och arbetsterapi, medicinsk fotvård, ljusbehandling, samt eget laboratorium och röntgen.

För att ge vård på distans använder sjukhusvården hälsocentralen som en facilitet dit patienten kan komma och ”besöka” sjukhusvården på distans istället för att åka till sjukhuset. Likaså kan primärvården boka in distanskonsultationer med sjukhusvården för att få råd av specialister där. Det pågår även olika pilotprojekt inom primärvården. En sådan pilot är det virtuella hälsorummet i Slussfors, Storuman som bland annat erbjuder provtagning och blodtrycksmätning, ibland med stöd av hemtjänstpersonal, samt konsultation med vårdpersonal i Storuman via video. Här testas också möjligheten att med hemtjänstens hjälp erbjuda viss utredning med hjälp av medicintekniska produkter och bildöverföring till läkare på distans.

### **Resursåtgång och resultat**

Sjukstugorna och de telemedicinska metoder som används där har fått positiv uppmärksamhet i media och internationellt. Satsningarna beskrivs som kostnadseffektiva samtidigt som de ger förbättrad tillgänglighet.

I en kartläggning från 2016 som bygger på intervjuer med verksamheterna inom Västerbottens läns landsting (numera Region Västerbotten) uppges försöken med vård på distans ha lett till ökad vårdkvalitet, värdeskapande tid, kompetenshöjning, minskat resande och förbättrad ekonomi, även om det konstateras att evidensgraden för dessa nyttoeffekter generellt sett är låg. En övervägande majoritet av respondenterna förespråkade ett breddinförande.<sup>26</sup> Regionen har även tagit fram scenarier för hur olika distansvårdstyper skulle påverka ekonomi och resursfördelning vid ett breddinförande. Man konstaterar att framför allt distansbesök skulle kunna ge betydande besparingar i form av minskade resekostnader (se även beräkningsexempel på s. 49).<sup>27</sup>

## **Eksote – Wellbeing centers**

### **Syfte och historik**

Eksote är en gles befolkad region i östra Finland med drygt 130 000 invånare och en åldrande befolkningsstruktur. Regionen har skapat ett nytt system för medborgarservice där konventionella hälso- och sjukvårdsenheter ersatts med så kallade ”wellbeing centers”. Dessa upprättar servicekontrakt med regionens kommuner (som i Finland ansvarar för hälso- och sjukvård) och erbjuder service med god tillgänglighet som bygger på analyser av de lokala befolkningsbehoven. Syftet är att optimera multiprofessionella insatser till invånarna genom dygnet runt-service och mobila team, vård på distans med hjälp av teknologi, helhetssyn på patienterna och koordinering som ständigt matchar service mot behov. En mobil klinik, – Mallu –, lanserades 2010 för att inledningsvis leverera influensavaccin till glesbefolkade områden. Sedan 2011 har verksamheten successivt utvecklats och breddats.

### **Arbetsätt**

Eksotes wellbeing centers består av psykiatri/psykosociala insatser för vuxna, barnvårdcentral, sociala insatser och rådgivning till äldre och funktionshindrade under samma tak, mobila team och den mobila kliniken Mallu som erbjuder sjuksköterskebesök och tandvård till avlägsna delar av regionen. Vidare erbjuds akutvård och prehospital vård i hemmet samt olika digitala tjänster. Eksotes ambulansservice behandlar mer än 40 procent av alla patienter på plats och i den nya mobila satsningen som startade 2016 så består nästan all personal av sjuksköterskor med bred kompetens. Man har även satsat på informationssystem som gör att alla anställda ska ha samma realtidsinformation om patienterna, samt på särskilda koordinatörer som är integrerade med ambulansservicen och som även kan övervaka tekniska lösningar i patienternas hem.

---

<sup>26</sup> Västerbottens läns landsting (2016) *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting: Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden*.

<sup>27</sup> Västerbottens läns landsting, *Breddinförande av vård på distans (VpD)*. Slutrapport 2017-09-22.



### **Resursåtgång och resultat**

Servicen täcker drygt 130 000 invånare, varav ca 100 000 är potentiella patienter till den mobila kliniken Mallu. Interna utvärderingar visar på positiva effekter och stora besparingar. Den årliga kostnadsökningen för hela Eksote 2010-2011 var 3,6 procent, jämfört med ett genomsnitt på 5,6 procent för landet i stort.<sup>28</sup> Den mobila kliniken Mallu har ända sedan starten fått positiv feedback, särskilt från äldre som bor långt från tätorter.<sup>29</sup> Den nya mobila enheten som startade 2016 sparade under de fyra första månaderna åtminstone 70 000 euros jämfört med tidigare servicemodell.<sup>30</sup> Ett annat exempel är psykosociala insatser till vuxna som mer än halverat den psykiatriska vården i regionen och minskat tvångsåtgärder med 90 procent. I hemsjukvården har personalens tid med patienterna ökat och längre vårdperioder minskat.<sup>31</sup>

### **VGR – mobil närvård**

#### **Syfte och historik**

Västra Götaland har beslutat att införa mobil närvård inom Regionen. Utformningen bygger på ett arbetssätt utvecklat under flera år i Skaraborgsområdet. Skaraborg är mellan Vänern och Vättern och består av omväxlande landsbygd och tätort. År 2000 bildades en ledningsgrupp bestående av representanter från kommun, specialistsjukvård och primärvård för att utveckla närsjukvården och vård i hemmet i västra Skaraborg, bestående av sex kommuner. Ett närsjukvårdsteam etablerades 2008 och kompletterades 2011 med hemsjukvårdsteam där vårdcentraler samfinansierade särskilda hemsjuk-vårdsläkare. Det bildades även ett palliativt team. De tre mobila teamen utgör tillsammans med den kommunala hemsjukvården den så kallade Skaraborgsmodellen som breddinfördes i Skaraborg under 2013. År 2014 fattades beslut om breddinförande i hela Västra Götaland. Från 2019 har verksamheten permanentats.

Syftet är att ge sammanhållen vård för de mest sjuka äldre som är inskrivna i hemsjukvården. Målgruppen ska ges förbättrad tillgång till läkare i primärvården och till specialistläkare och sjuksköterskor från sjukhuset för att möjliggöra vård i hemmet, istället för upprepade vårdtillfällen på sjukhuset.

---

<sup>28</sup> Mallu the Mobile Clinic development project. Presentation tillgänglig på [www.eksote.fi](http://www.eksote.fi)

<sup>29</sup> [https://enrd.ec.europa.eu/projects-practice/mallu-does-rounds\\_en](https://enrd.ec.europa.eu/projects-practice/mallu-does-rounds_en)

<sup>30</sup> Health and social care services to living rooms: Eksote's new models of mobile care and integrated service system. 4 juli 2016. Tillgänglig: [www.openaccessgovernment.org/health-and-social-care-services/27151/](http://www.openaccessgovernment.org/health-and-social-care-services/27151/)

<sup>31</sup> Brommels, M. *Stimulera till samverkan: Integrerade vård- och omsorgssystem*. Presentation 2018-08-23, Medical Management Centrum vid Karolinska Institutet.

## **Arbetsätt**

Det mobila teamet för hemsjukvård består av en mobil hemsjukvårdsläkare för patienter i kommunal hemsjukvård, som alltid är nåbar för de kommunala hemsjukvårdssjuksköterskorna. Närsjukvårdsteamet består av minst en geriatriker och två specialistsjuksköterskor. Teamet vänder sig till patienter med komplexa behov som kräver samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunens hemsjukvård och en viktig utgångspunkt är att beakta patienternas hela livssituation. Det palliativa teamet utgörs av två läkare och tre sjuksköterskor som samarbetar med hospice, kirurgkliniken, primärvården och kommunens sjuksköterskor och hemvård.

## **Resursåtgång och resultat**

Västra Skaraborg omfattar ett upptagningsområde om cirka 100 000 invånare. Målgruppen "mest sjuka äldre" brukar uppskattas till omkring 0,2 procent, vilket i västra Skaraborg alltså handlar om cirka 200 individer.<sup>32</sup> De mobila teamen har betraktats som mycket lyckade. En framgångsfaktor som framhållits är att arbetet samfinansierats av sjukhusen i Skaraborg, primärvården och involverade kommuner, vilket anses ha bidragit till ett förstärkt ansvarstagande hos alla parter. En annan framgångsfaktor uppges ha varit att lednings- och styrningsansvaret gått tvärs över de traditionella verksamhets- och huvudmannagränserna.

Tidiga egna utvärderingar från 2009-2010 visar på såväl kvalitetsförbättringar som stora resurseffektiviseringar i spannet 75-92 procent.<sup>33</sup> I en utvärdering beställd av SKL från 2013 konstateras att samtliga undersökta typfall av patienter som varit inskrivna i Mobila närvårdsteamet respektive Mobila hemsjukvården kunnat undvika akutbesök och slutenvårdsdagar helt eller till stor del.<sup>34</sup>

Baserat på erfarenheterna från Skaraborg pågår sedan 2014 ett breddinförande av modellen i hela Västra Götaland, med målet att etablera hemsjukvårdsteam motsvarande 3,5 läkare/100 000 invånare och närsjukvårdsteam motsvarande 1 läkare och 2 sjuksköterskor/100 000 invånare. I en nyligen genomförd utvärdering av breddinförandet konstateras även här att sjukvårdskonsumtionen minskat markant. Bland de patienter som fått vård av närsjukvårdsteamet minskade antalet akutmottagningsbesök utan inläggning med 51 procent, slutenvårdsdagar med 57 procent och oplanerade återinskrivningar med 55 procent. Bland dem som fått besök av mobil hemsjukvårdsläkare minskade antalet akutmottagningsbesök utan inläggning med 21 procent, slutenvårdsdagar med 17 procent, oplanerade återinskrivningar med 34 procent och specialistbesök

---

<sup>32</sup> Västra Götalandsregionen (2019) *Slutrapport: Breddinförande av Mobil närvård*, 2019-03-28 Diarienummer: HS 2019-00305-1.

<sup>33</sup> Norén (2015) *Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte*. Implement Consulting Group.

<sup>34</sup> HCM Health Care Management (2013) *Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting 25 november 2013.

med 18 procent.<sup>35</sup> Data baseras på 523 patienter i närsjukvården och 3 247 patienter som fått vård av hemsjukvårdsteam, vilket motsvarar en tredjedel av målgruppen. I en kvalitativ utvärdering av breddinförandet i hela Västra Götaland görs bedömningen att satsningarna resulterat i nya teambaserade arbetssätt som skapar hög kontinuitet och en individanpassad och samordnad vård som präglas av helhetssyn och nöjda patienter och anhöriga, medarbetare och chefer.<sup>36</sup>

## **Uppsala – mobilt närvårdsteam**

### ***Syfte och historik***

Uppsala är Sveriges fjärde största tätort. Här startade under 2011 ett mobilt hembesöksteam som ett samverkansprojekt mellan Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län (nu Region Uppsala). Från 2014 permanentades verksamheten under namnet Mobila äldreakuten. Under 2016-2018 utvecklades förstärkt hemsjukvård med mobila närvårdsteam i hela länet. Syftet är att med hjälp av teamen utföra tidiga/akuta insatser på primärvårdsnivå i hemmet för att förebygga undvikbara besök på akut/jourmottagningar eller inläggning inom slutenvården. Målgrupperna är äldre samt personer med funktionsnedsättning med omfattande behov och som har svårigheter att ta sig till en vårdcentral.

### ***Arbetsätt***

De mobila närvårdsteamerna bemannas av primärvårdens läkare och sjuksköterskor, i samverkan med kommunens sjuksköterska. Teamerna utför hembesök och ger telefonrådgivning. I slutet av 2018 fanns fem team inom Region Uppsala. Dessa kan kontaktas av samtliga vårdgivares sjuksköterskor inom regionens kommuner, läkare och sjuksköterskor på vårdcentraler, ambulanssjukvården, sjukvårdens larmcentral samt Vårdguiden 1177. Vid behov kan de även kontaktas för akut medicinsk uppföljning och bedömning i samband med utskrivning från slutenvården.

### ***Resursåtgång och resultat***

Det totala antalet årsarbetare i teamerna uppgick 2018 till 7,4, med en total personalkostnad på 8,8 miljoner konor för helåret. Under 2018 utförde de mobila närvårdsteamerna totalt 1 963 insatser inom Region Uppsala, varav 1 517 fysiska besök samt 446 telefonrådgivningar. Under 2018 bedömde närvårdsteamerna vid 62 procent av insatserna att patienten kunde stanna kvar i hemmet. Man har haft en hög träffsäkerhet på dessa bedömningar; utav de 1 224 patienter där bedömningen gjorts att patienten kan stanna kvar i hemmet har endast 118 patienter behövt uppsöka akut/jourmottagning inom sju dagar. I de fall patienten bedöms behöva slutenvård har merparten kunnat ske genom

---

<sup>35</sup> Västra Götalandsregionen (2019) *Slutrapport: Breddinförande av Mobil närvård*, 2019-03-28 Diarienummer: HS 2019-00305-1.

<sup>36</sup> Ibid.

direktinläggning utan besök på akutmottagningar.<sup>37</sup> I en rapport från 2013 beräknades den dåvarande Mobila äldreakuten spara landstinget 9,2 miljoner kronor årligen i utebliven slutenvård och 2,5 miljoner kronor i utebliven öppenvård.<sup>38</sup> Baserat på mer aktuella siffror är besparingen troligen ännu större (se Beräkningsexempel – mobilt team på s. 50).

## Jämförelse mellan fallen

I tabellen nedan sammanfattas fallbeskrivningarna.

Tabell 1. Effektvärdering av olika typer av nära vård-satsningar

	Borgholm	Ängelholm	Norrhälje	Norrlandsregioner	Eksote	Skaraborg	Uppsala
<b>Glesbygd</b>	Glesbygd	Glesbygd	Kranskommun Stockholm	Glesbygd och stora avstånd	Glesbygd	Glesbygd/tätort	Stad
<b>Arbetsätt/inriktning</b>	Hemsjukhus Mobilt team	Förvaltningsmodell Mobilt team	Förvaltningsmodell	Närvård Distansteknik	Förvaltningsmodell Mobilt team Distansteknik	Närvård Mobilt team	Mobilt team
<b>Syfte</b>	Tryggare vårdssituation (mest sjuka)	Tillgänglighet och rätt nivå	Samverkan	Samverkan Tillgänglighet	Samverkan Tillgänglighet	Samverkan (mest sjuka äldre)	Vård i hemmet (patienter med hög vårdkonsumtion)
<b>Historik</b>	Start 2016	Start 2013	Start 2006	Start 1995	Start 2010 (mobilt team)	Start 2008	Start 2011
<b>Projekt/permanent</b>	Lokalt projekt	Permanent, särskild förvaltning	Permanent, områdesövergripande	Varierar	Permanent, områdesövergripande	Permanent, breddinfört	Permanent, breddinfört

<sup>37</sup> Region Uppsala (2019) *Första året med Mobilt närvårdsteam inom Region Uppsala: En rapport över insatser samt utveckling av Mobilt närvårdsteam under 2018*. 2019-01-08.

<sup>38</sup> Hänvisning till rapport från SKL (2013) i Motion till riksdagen 2015/16:2589 av Cecilia Widegren m.fl. (M), punkt 5.5.

## Befintlig mätning och utvärdering av fallen

Som beskrivits ovan valdes de fall som presenterats här bland annat ut på basis av att de generellt ses som väl utvärderade. Vår genomgång visar att de utvärderingar som gjorts huvudsakligen fokuserar på följande aspekter:

- Produktivitet (producerad vård och resursåtgång)
- Användning av projektmedel
- Ekonomiskt utfall på enhetsnivå
- Medicinska utfall i jämförbara patientgrupper
- Uppskattningar av undviken vård (oftast ej kopplat till kostnader)
- Övergripande kostnads- och kvalitetsutveckling (oftast ej kopplat till specifika satsningar)

Som tidigare konstaterats utgör en av utmaningarna med att utvärdera satsningar på nära vård att resultat från en satsning kan få både positiva och negativa konsekvenser i andra delar av systemet. För att fånga sådana aspekter krävs ofta en kontrafaktisk analys där effekter jämförs med en analys av vad som hade skett om åtgärden eller satsningen inte gjorts. För att kunna bedöma om ett breddinförande är ändamålsenligt krävs också en bredare uppskattning av målgruppens resultat än vad som gjorts i de beskrivna fallen. Här handlar det om att bedöma huruvida resultaten är robusta för andra potentiella målgrupper.

Dessa aspekter ingår i vad företrädare för de verksamheter som beskrivits i fallbeskrivningarna själva uttrycker att de har behov av att utvärdera, men där begränsningar i form av datatillgång och utvärderingskapacitet utgör utmaningar. Att den sedvanliga förvaltningsorganisationen inte har resurser och/eller kompetens för riktad uppföljning upplevs av många som ett övergripande hinder. Efter att ett projekt övergått i ordinarie verksamhet är det mer regel än undantag att den uppföljning som förekommer sker traditionsenligt utifrån respektive verksamhetsgren och inte utifrån ett målgrupps- och/eller patientperspektiv. Här finns det behov av att utveckla uppföljning som bättre återspeglar de specifika syften och verksamhetslogiker som nära vård-satsningar representerar. I samband med detta efterfrågas även att utveckla formerna för gemensam analys av tillgängliga data från både regioner och kommuner.

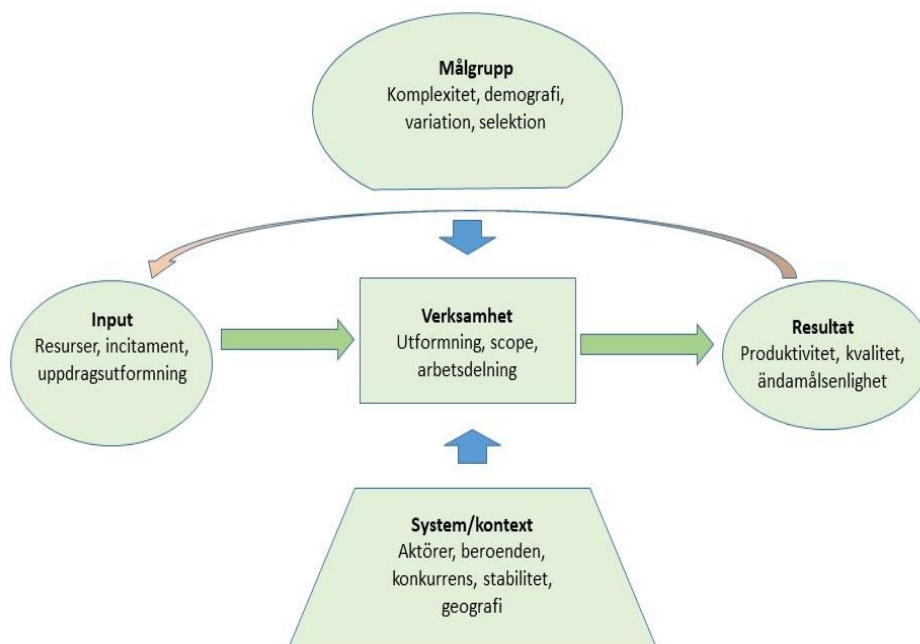
## 5. Analys

Vi har beskrivit ett antal exempel där försök görs med olika former av nära vård, med syftet att utreda hur utfallen av de olika försöken kan utvärderas och jämföras. Vi har i samband med detta konstaterat att det finns behov av att utveckla metoder för bedömning av ändamålsenlighet, bärkraftighet och skalbarhet i satsningarna. För att kunna göra detta har vi först tagit fram ett ramverk, vilket vi nu ska använda för att analysera de valda exemplen.

Analysen av varje fall är inte tänkt att fullödigt fånga fallen i alla dimensioner, utan syftar till att lyfta fram aspekter av varje fall som är avgörande för hur de kan utvärderas i ett systemperspektiv. Vi fokuserar på de dimensioner som gör fallen intressanta eller unika, och som har påverkan på hur resultat och utfall kan mätas. Tillvägagångssättet är att utifrån ramverket lyfta fram centrala faktorer vad gäller varje del i ramverket; input, målgrupp, verksamhet, system/kontext samt relevanta resultatparametrar, se figur nedan. Vi diskuterar därefter dimensioner som blir avgörande när det gäller att utvärdera det enskilda fallet.

Därefter analyserar vi i nästa avsnitt de mönster vi finner, för att kunna dra övergripande slutsatser kring hur utvärdering av nära vård kan och bör utvecklas.

Figur 7. Analysramverk för utvärdering av ändamålsenlighet



## Tillämpning av ramverket på fallen

### Borgholm – Hemsjukhuset

#### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

Verksamheten är en liten del i ett traditionellt utformat system, men arbetar på ett annorlunda sätt, det vill säga är av pilotkaraktär. Hemsjukhusets uppdrag är mer övergripande än i andra jämförbara verksamheter såtillvida att man tar ett helhetsansvar för sin målgrupp. Det innebär ett populationsansvar för i detta fall gruppen sjuka äldre, vilket kräver samverkan mellan flera aktörer.

#### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgruppen är en väl definierad liten grupp sjuka äldre. Målgruppen är geografiskt avgränsad till Borgholms hälsocentral och till patienter som ingår i den kommunala hemsjukvården. Patienterna är komplexa och har olika individuella

behov, men är alla av liknande karaktär. Patientgruppens sammansättning förändras löpande men till storlek är den relativt stabil.

### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Hemsjukhuset innebär en samverkan mellan kommunal hemsjukvård, Borgholms hälsocentral och ambulanspersonal. Antal medverkande personer är relativt litet, vilket ger god kontinuitet och personkännedom. Hemsjukhuset bygger på att patienter vårdas i hemmet med hjälp av den kommunala hemsjukvården, och att läkare på hälsocentralen har en helhetsbild av varje patients behov och situation. Patienten erbjuds vård i en tryggare miljö. Verksamheten har utformats lokalt utifrån ledningens visioner kring en tryggare och bättre vård för de mest sjuka äldre i närområdet.

### ***System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi***

Verksamheten utförs i glesbygd med låg tillväxt och hög andel äldre i befolkningen. Systemet är på grund av sin småskalighet överblickbart, och är inte konkurrensutsatt i någon större omfattning. Antalet aktörer är begränsat, det geografiska området är bestämt och avgränsat. Aktörernas sammansättning och formerna för samverkan är stabilt över tiden.

### ***Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet***

Det övergripande målet är att skapa en tryggare vårdssituation för äldre i Borgholm. Onödiga akutbesök ska undvikas. Målbilden är visionär, inte detaljstyrd kring aktiviteter eller arbetssätt.

### ***Mätning och utvärdering***

Det övergripande målvärdet blir i detta fall att avgöra om man genom satsningen uppnår en tryggare vård för en utvald grupp. Detta bör vägas mot eventuella förändringar i kostnader. Produktivitet i enskilda aktiviteter är inte primärt relevant för utvärdering av den förändring som hemsjukvård innebär.

Rimliga mått kan vara kvalitetsmått i form av mått på upplevd trygghet, samt utfallsmått i form av förändringar i antal akutbesök eller undvikbar vård. Utmaningen är att kunna visa på att hemsjukhuset innebär en förbättring och att ställa detta mot kostnader.

Enligt intervju avser Borgholm att utveckla den egna uppföljningen för att mäta vårdkonsumtionen för vald grupp och jämföra den i två dimensioner:

- Före och efter förändringen för listade vid Hemsjukhuset, Borgholms vårdcentral.
- Jämförelse mellan Borgholms vårdcentral och andra liknande enheter.

För att detta ska vara görbart krävs kontroll eller kompensation rörande:

- En stabil/jämförbar grupp över tiden (sammansättning och inkluderingskriterier).



- En oförändrad/likartad uppgift – inte uppgiftsglidning.
- Ett känt/jämförbart system – avseende aktörer och relationer.
- Oförändrade/likadana förutsättningar – avseende ersättning, geografi m.m.

För hemsjukhuset kan gruppens sammansättning vara en utmaning, eftersom denna löpande förändras. På sikt kan även uppgiftsglidning utgöra problem, om inkluderingskriterier ändras, eller uppdraget breddas. Vidare är vårdkonsumtion i sig ett brett mått som kan påverkas av andra faktorer såsom medicinsk utveckling och nya riktlinjer.

### **Ängelholm – Hälsostaden**

Vi fokuserar nedan på de mobila team som ingår som en viktig del av Hälsostaden.

#### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

Verksamheten (närsjukvårdsteam och mobilt akutteam) utförs i en mindre del av en stor region, och är en liten del i ett traditionellt utformat system, men utformad på ett annorlunda sätt, det vill säga är av pilotkaraktär. Uppgiften är mer övergripande än i andra jämförbara verksamheter, med ett helhetsansvar för en mindre grupp.

#### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgruppen är en väl definierad liten grupp sjuka äldre som löpande utses genom fasta kriterier. Målgruppen är geografiskt avgränsad. Målgruppens deltagare varierar över tiden, mer än hälften byts ut under ett år. Patienterna är komplexa, och har olika behov, men är alla av samma karaktär.

#### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Hälsostaden Ängelholm är en gemensam förvaltning samt ett samverkansprojekt mellan kommunen och regionen. I de mobila teamen ingår personal från båda huvudmännen. De mobila teamen består av två till fyra personer och arbetar med ett fåtal patienter, 30-35 inskrivna patienter under ett år för närsjukvårdsteamet, 3-4 akutbesök per dag för akutteamet.

#### ***System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi***

Verksamheten har egen förvaltning, är inte konkurrensutsatt, är en prioriterad verksamhet för regionen, och ses som en modell som ska utvecklas och spridas.

#### ***Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet***

Målsättningen med de mobila teamen är att minska behov av akutsjukvård, undvika påfrestande transporter samt undvika oplanerade vårdtillfällen i slutenvård. Målen är uttryckta som undvikande av icke ändamålsenliga aktiviteter.

### ***Mätning och utvärdering***

I fallet Hälsostaden är de uppsatta målen i hög grad relaterade till ändamålsenlighet i vården för en utvald grupp. En relativt kostsam insats görs för att undvika ännu dyrare konsekvenser. De mått som finns är dock huvudsakligen produktionsrelaterade och visar resursåtgång och kostnader för utförda insatser, men inte vinster i form av undvikna vård.

Målen att undvika icke ändamålsenlig vård har följts upp, och anges då som procentuella minskningar. För akutteamet rapporteras till exempel att de akuta punktinsatserna lyckats förhindra antalet akutbesök med 70 procent samt minska antalet inläggningar med 45 procent under 2015. Ett underlag för mätning och utvärdering finns, men sammanvägning av gjorda vinster och uppkomna kostnader på systemnivå saknas. Den ekonomiska redovisningen för Hälsostaden som förvaltning visar på ökade kostnader (-29 % i utfall mot budget enligt KPMG:s granskning). Detta är ett exempel på hur befintliga mätkriterier kommer i konflikt med effektlogiken i en ny satsning.

### **Norrtälje - TioHundra**

#### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

TioHundra innebär ett bredare uppdrag inom ett geografiskt begränsat område. Omsorg och vård organiseras under samma huvudman, för effektivare verksamhet och administration.

#### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgruppen är samtliga personer med någon form av vård- och/eller omsorgsbehov i Norrtälje kommun.

#### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Verksamheten består av en gemensam nämnd samt ett bolag där vårdverksamhet och kommunal omsorg organiseras gemensamt.

#### ***System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi***

Norrtälje är en relativt glest befolkad del av region Stockholm, med ett mindre akutsjukhus.

#### ***Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet***

Målen är desamma som för andra huvudmän, men avsikten är att en gemensam organisation ska göra detta effektivare då vård och omsorg kan utföras mer sömlöst, utan övergångar mellan olika huvudmän och ansvariga enheter.

### ***Mätning och utvärdering***

Då uppdraget inte skiljer sig från andra kommuners, men verksamheten utformats annorlunda, kan befintliga mått delvis användas. Förändringen sker på en aggregerad nivå, vilket gör att aggregerade mått lämpar sig väl för uppföljning och utvärdering. Utmaningen blir att skapa jämförbarhet över tid samt mot andra organisationslösningar.

Av det som mäts och följs upp idag lyfter man fram kostnadsutvecklingstakt, kvalitetsutfall, nöjdhet samt försök att mäta kostnader för olika grupper. Man rapporterar även utfallsförbättringar i form av minskade väntetider, vårdskador samt överbeläggningar, men det är svårt att bedöma i vilken mån dessa effekter har att göra med förvaltningsmodellen eller beror på andra faktorer.

### **Norrlandsregioner/kommuner – glesbygdsmedicin**

#### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

Sjukstugemodellen ska förstärka första linjens vård och ge primärvården en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Delvis obemannade hälsorum ska hantera medborgarnas behov av vård lokalt. Inom sjukhusvården ska nya arbetssätt med distansbesök och distanskonsultation minska antalet sjukresor. Vård ska ges med hjälp av de aktörer som finns tillgängliga, men delvis i nya former.

#### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgruppen är hela befolkningen, men i fokus för sjukstugemodellen är framför allt de med större vårdbehov. Denna patientgrupp har ofta kroniska sjukdomar kopplade till åldrandet, där behandlingsmålet handlar mer om att förebygga försämring än att erbjuda bot. En långvarig regelbunden personlig vårdkontakt behövs. Målgruppen för hälsorum är geografiskt sett hela befolkningen i områden med stora avstånd där det annars är svårt att upprätthålla en acceptabel servicenivå. Målgruppen för distansbesök och distanskonsultation är samtliga invånare där avstånd till sjukhus kan motivera ett distansbesök istället för en resa.

#### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Satsningar på sjukstugemodellen (exempelvis Övertorneå hälsocentral) förskjuter fokus mot inriktning på hälsofrämjande och förebyggande insatser, öppna vårdformer, delaktighet hos patienter samt samverkan mellan professioner. Vård ska om möjligt ges i hemmet. De delvis obemannade hälsorummen involverar andra personalgrupper än vanligt och/eller patienten som aktiv vårdproducent. Satsningar på distansbesök och distanskonsultation förutsätter investeringar i utrustning och utbildning inom hela regionen.

### **System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi**

Verksamheten ligger i en region vars sjukvårdsekonomi har underskott, demografiska utmaningar och långa avstånd mellan vårdinrättningar som nödvändiggör nya lösningar. Systemet kännetecknas av få vårdgivare vilket sällan ger konkurrens mellan aktörer samt få valmöjligheter för patienter. Förändringen sker inom ramen för ett regiondrivet system, men kan även inkludera privata aktörer.

### **Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet**

Ändamålsenlig vård med tillräcklig kvalitet och produktivitet givet de begränsningar som finns i form av geografi med mera. Lösningarna ska leda till minskat resande, ökad servicenivå i glesbygd och minskad total vårdkonsumtion.

### **Mätning och utvärdering**

Verksamheten med sjukstugemodellen/hälsorum bedrivs delvis som försöksverksamhet. Uppföljning av kvalitet bör ske som ett baskrav, men inte ett primärt jämförelsemått. Inte heller produktivitet i insatserna kommer ge en rättvisande bild över satsningens nytta. Utvärdering av ändamålsenlighet behöver utvecklas löpande då verksamheten utformas och testas. Ett exempel på ett mått som lyfts fram är att undvika onödiga transporter (kontrafaktiskt formulerat mått).

Hälsorummet i Slussfors har utvärderats med fokus på patientupplevd kvalitet. Även medicinsk utvärdering är planerad. Systemeffekter har inte utvärderats ännu, då endast småskaliga försök har gjorts. De utvärderingar som pågår syftar till att klargöra hur hälsorummen bör utformas och vad som kan göras där. När fungerande lösningar har etablerats kan nästa steg tas och utvärdering ske av tillämpbarhet i större skala – i vilka fall kan obemannade hälsorum ersätta befintliga arbetssätt och vilka fördelar kan uppnås med det? Detta kräver explicita kriterier kring vad som kan/ska uppnås med försöket. Vad är målet – kvalitet för patienten, tillgänglighet, förbättrad hälsa, medicinskt resultat? Vad är baskrav och vad får inte kompromissas kring – säkerhet, medicinska risker? Vad får det kosta/vilken nytta kan uppnås?

Region Västerbotten har laborerat med olika scenarier för breddinförande av distanslösningar i syfte att ta fram en ny incitaments- och ersättningsmodell. Här analyseras i viss mån kontrafaktiska situationer där kvalitativa bedömningar ingår. En observation är dock att ansatsen är rent intern-ekonomisk och inte väger in förbättringar i form av andra värden såsom tidsbesparing för patienten, snabbare vårdförlopp eller medicinska aspekter.

## **Eksote – Wellbeing centers**

### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

Eksotes wellbeing centers inklusive den mobila kliniken Mallu är en lösning för att ge glesbygdsbefolkning förbättrad tillgänglighet och mer behovsanpassad service.

### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgruppen är hela befolkningen i glesbygdsområdet, med särskilt fokus på äldre personer.

### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Wellbeing centers erbjuder multiprofessionella insatser som ersätter konventionella sjukvårdsenheter. Den mobila sköterskekliniken Mallu utför enklare vård, diagnos och provtagning.

### ***System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi***

Verksamheten bedrivs i glesbygd, inom ett vårdsystem som är öppet för nya lösningar och som i övrigt delvis är annorlunda organiserat än resten av det finska systemet (se tidigare beskrivning).

### ***Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet***

Tillgänglighet, triagering av patienter efter behov, vård på rätt vårdnivå och att undvika onödiga vårdkontakter.

### ***Mätning och utvärdering***

Den kontinuerliga kostnadsredovisningen för Eksote på övergripande nivå visar på en minskad kostnadsökningstakt, men en kausal koppling till satsningen på nära vård saknas. Enskilda insatser som exempelvis den mobila kliniken Mallu har bland annat utvärderats ur ett patientperspektiv,<sup>39</sup> med fokus på hur väl serviceerbjudandet passar olika patientgrupper. Satsningen uppges ha haft en positiv effekt på kostnadseffektivitet, då patienter tidigt i processen slussas rätt. Specifika siffror kring systemberoenden och -effekter saknas. Mallu bör kunna utvärderas enligt samma principer som Norrlandsregionernas satsningar, men detta återstår att göra.

---

<sup>39</sup> Järvi et al (2014) *Mobile clinics in public health care: Integrated service offerings for rural elderly*. Lappeenranta University of Technology, LUT Scientific and Expertise Publications – Reports 13.

## **VGR – mobil närvård**

### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

Verksamheten med hemsjukvårdsteam och närsjukvårdsteam som startade i Västra Skaraborg breddinförs nu i en stor region, Västra Götalandsregionen. Satsningen innebär en sÄrlösning för en grupp patienter med stort vårdbehov.

### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgruppen är vuxna med omfattande vård- och omsorgsbehov i behov av vård i hemmet. Man har själva konstaterat att gruppen för närvarande inte är möjlig att identifiera i de patientadministrativa systemen. Målgruppens deltagare varierar över tiden.

### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Hemsjukvårdsteam förbÄttar tillgÄngligheten till läkare för patienter i den kommunala hemsjukvården. Närsjukvårdsteam ger patienter i den kommunala hemsjukvården tillgÄng till specialistläkare och sjuksköterskor från sjukhuset för att kunna vårdas hemma i stället för att ha upprepade vårdtillfällen på sjukhuset.

### ***System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi***

Modellen etableras inom en hel region, efter pilotverksamhet och tester inom ett mindre område under mer än 8 år. Arbetet är inte längre geografiskt avgränsat utan görs inom hela regionen för en vald målgrupp.

### ***Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet***

Målet med mobil närvård är en god sammanhållen nära vård utan onödiga sjukhusvistelser, där medborgare ska få en individanpassad, trygg och samordnad nära vård som präglas av helhetssyn. Projektmålet omformulerades i samband med breddinförandet till att omfatta ”vuxna med omfattande vård- och omsorgsbehov i behov av vård i hemmet” i stället för ”Äldre”.

### **Mätning och utvärdering**

Projektmålet att skapa trygg vård har mätts på övergripande nivå hösten 2018 och tidigare i ett antal lokalt framtagna patient- och anhörigenkäter. Patienter och i vissa fall anhöriga rapporterar i hög grad ökad trygghet, delaktighet och nöjdhet med den mobila hemsjukvården. I slutrapporten från 2019 görs bedömningen att den mobila närvården ger positiva effekter på systemnivå som innebär att förbättrad vårdkvalitet kan förenas med ett bättre resursutnyttjande. Baserat på regionernas genomsnittliga resursanvändning för vård till multisjuka äldre uppskattas satsningen kunna effektivisera hälso- och sjukvårdens resursanvändning för patientgruppen med cirka 50 procent av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna.<sup>40</sup>

Utmaningen i det framtida arbetet blir att avgränsa målgruppen på ett sätt som gör arbetet motiverat både ur patientsynpunkt och ur verksamhetsperspektiv. En för stor målgrupp kommer att ta mycket resurser men skapa marginell nytta för dem som inte har tydliga behov av insatsen. Detta har uppmärksammats i utvärderingsrapporter, men behovsanalyser baserat på nya målgrupper har inte genomförts inför breddinförandet.

Mått på täckningsgrad skulle kunna användas för att mäta tillgång till sammanhållen nära vård enligt projektmålet. Det vill säga om patienter i behov av mobil närvård har fått tillgång till sådan. Täckningsgraden är dock svår att mäta eftersom målgrupperna för hemsjukvårdsteam respektive närsjukvårdsteam för närvarande inte är möjliga att identifiera i de patientadministrativa systemen. Endast patienter som redan omfattas av insatsen (är ”inskrivna” i ett team) kan följas upp.

Regionens egna beräkningar som visar på minskad sjukvårdskonsumtion skulle kunna ligga till grund för beslut om avgränsning av målgruppen. Beroende på målbild och simulering av utfall kan gruppen behöva utökas eller minskas.

---

<sup>40</sup> Norén & Segerberg (2019) *Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen*. Slutrapport till Västra Götalandsregionen i april 2019.

## **Uppsala – mobilt närvårdsteam**

### ***Input – resurser, incitament och uppdragsutformning***

Verksamheten utförs i en storstadsregion, huvudsakligen i Uppsala kommun, med hög tillväxt. Verksamheten är en liten del i ett traditionellt utformat system, men utformad utifrån ett innovativt arbetssätt. Uppgiften innebär ett populationsansvar för den valda gruppen, och kräver samverkan mellan flera aktörer.

### ***Målgrupp – komplexitet, demografi, variation och selektion***

Målgrupperna är äldre personer samt personer med funktionsnedsättning med omfattande behov som har svårigheter att ta sig till en vårdcentral. Patienterna är komplexa och har olika individuella behov. Gruppen är inte bestämd i förväg – teamen kan kontaktas och utnyttjas av övriga vårdssystemet. Vid lite drygt hälften av insatserna har sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård samt 1177 varit de som kontaktat teamen.

### ***Verksamhet – utformning, scope, arbetsdelning***

Mobila team med fokus på att ersätta/undvika transport till och vård på sjukhus.

### ***System/kontext – aktörer, beroenden, konkurrens, stabilitet, geografi***

Teamen är en tillgänglig resurs i ett större system, och har inte en exklusiv roll.

### ***Mål som ska uppnås – produktivitet, kvalitet, ändamålsenlighet***

Målet är att ge en trygg och säker vård genom tidiga/akuta insatser på primärvårdsnivå, att minska behov av undvikbar slutenvård samt att underlätta trygg och säker utskrivning från slutenvården.

### ***Mätning och utvärdering***

Mätning har gjorts av utförda insatser samt utfall rörande patienternas behov av fortsatt vård efter teamsats.

Under 2018 har de mobila närvårdsteamerna totalt utfört 1 963 insatser inom Region Uppsala. Dessa insatser är fördelade på 1 517 fysiska besök och 446 telefonrådgivningar, som i stor utsträckning lett till minskad akut- och slutenvård (se även Beräkningsexempel – mobilt team nedan).



## Summering: utvärdering av olika typer av nära vård-satsningar

De sju exemplen på nära vård som beskrivits och analyserats kan delas in i tre kategorier av satsningar med olika inriktning och omfattning: fokuserade satsningar på en specifik mindre patientgrupp med omfattande behov och vårdkonsumtion; satsningar på utvalda tekniska lösningar för att effektivisera vårdflöden och individanpassa vården; samt större förändringar av vårdsystemets struktur, organisation och arbetssätt för att uppnå integrering på förvaltnings- och/eller verksamhetsnivå. Den tredje kategorin är av en mer övergripande karaktär och innehåller ofta även förändringar av typ ett och två.

Tabell 2. Effekttvärdering av olika typer av nära vård-satsningar

Typ av satsning	Exempel	Exempel på utvärdering av ändamålsenlighet
<b>Riktad insats för specifik grupp</b>	Närvårdsteam <i>Andra exempel:</i> <i>Hälsocoach</i> <i>Direktanläggning</i> <i>ASIH</i>	Kontrafaktisk beräkning av vårdkonsumtion med och utan insatsen
<b>Teknisk lösning för specifik utmaning</b>	Hälsorum Mobil klinik <i>Andra exempel:</i> <i>Egenmonitorering</i>	Investering ställt mot minskade transportkostnader Tidsvinst i vårdflöden Effekter av ökad tillgänglighet på vårdkonsumtion
<b>Större systemförändring mot integrerad och nära vård</b>	Tiohundra Eksote <i>Andra exempel:</i> <i>Katalonien</i> <i>Nuka</i> <i>NHS Integrated</i> <i>Care Systems</i>	Systemövergripande mått på funktionalitet Indikatorer på ineffektivitet Administrativ effektivisering

Som exemplifieras i tabellen kräver de tre kategorierna av satsningar olika metoder för att utvärdera ändamålsenlighet. Nedan ges några beräknings-exempel med resonemang kring hur aspekter av ändamålsenlighet kan fångas i effekttvärdering av olika typer av satsningar.

### Beräkningsexempel

#### Riktad insats

- Hälsostaden
- Hemsjukhuset
- Skaraborgsmodellen
- Uppsalas mobila team

Andra exempel (som inte behandlats i rapporten):

- Vårdlots/hälsocoach
- Direktinläggning av primärvårdsläkare, från ambulans, eller från psykiatrisk öppenvård (m.m.)
- ASIH (avancerad sjukvård i hemmet)
- Familjecentraler

#### **Beräkningsexempel – mobilt team**

Nedan redovisas en hypotetisk beräkning av det ekonomiska utfallet av ett mobilt team, med målet att utvärdera effekter av hur väl man lyckats undvika oplanerade vårdtillfällen i slutenvård. Den grundläggande logiken är att man vill kunna göra tidiga insatser i patientens hem – vilket är mer kostsamt än om patienten gör ordinarie besök på vårdcentral – men detta ska leda till undvikande av akutbesök och inläggning på sjukhus.

Siffrorna är baserade på data från Uppsala<sup>41</sup> men ska enbart ses som ett typexempel på hur en beräkning av denna typ av satsning kan göras, snarare än som en faktisk resultatutvärdering.

#### **Insats**

Under 2018 har de mobila närvårdsteamerna utfört 1 960 insatser, antingen genom ett fysiskt besök hemma hos patienten, eller genom telefonrådgivning. Vid 62 % av insatserna har teamerna gjort bedömningen att patienten efter insatsen kan stanna kvar i hemmet. 15 % av patienterna rekommenderades på grund av sitt tillstånd att ta sig till en akutmottagning. 11 % av patienterna kunde läggas in direkt på en vårdavdelning, utan att behöva gå via akuten.

Anta att:

Samtliga patienter som teamet rekommenderat kvarstanna i hemmet, utan insatsen istället skulle uppsökt en jour/akutmottagning.

50% av dessa patienter hade behövt tre dygns ineliggande vård samt att samtliga av dessa behövt ambulanstransport till akutmottagningen.

De patienter som i och med insatsen lades in direkt på en avdelning, istället skulle behövt komma till akuten.

Detta ger

$$1\,960 * 0,62 = 1\,215 \text{ undvikta akutbesök}$$

$$1\,215 * 0,5 = 608 \text{ undvikta inläggningar}$$

<sup>41</sup> Region Uppsala (2019) *Mobilt Närvårdsteam: "Borta bra men hemma bäst"*. Intern rapport från Mattias Taflin, verksamhetschef mobilt närvårdsteam.

**Effekt**

Undviken kostnad för akutbesök:<sup>42</sup>

Ambulansutryckning: 3 350 kr

Akutbesök: 2 000 kr

Akutbesök + ambulans:  $608 * (3\,350 + 2\,000) = 3,3$  miljoner kr

Akutbesök övriga:  $(1\,215 - 608) * 2\,000 = 1,2$  miljoner kr

Undviken kostnad för inläggning (dygnskostnad i snitt 7298 kr enl. SKR):

$608 * 7\,298 * 3 = 13,3$  miljoner kr

Undviken kostnad för akutbesök vid direktinläggning:

$1\,960 * 0,11 * 2000 = 0,4$  miljoner kr

Total undviken kostnad  $3,3 + 1,2 + 13,3 + 0,4 = 18,1$  miljoner kr under ett år

Detta bör ställas mot den årliga nettokostnaden för att bedriva teamverksamhet i form av personalkostnader. Personalkostnaden i Uppsala för helåret 2018 var 8,8 miljoner kronor, vilket inkluderar specialistläkare, sjuksköterskor och medicinska sekreterare anställda av teamen. Nettot indikerar en stor ekonomisk besparing för den valda gruppen.

---

<sup>42</sup> Kostnadsuppskattningar baseras på

<https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.1079.html>

### **Känslighetsanalys**

De ovan presenterade siffrorna baseras på antaganden, som får stor betydelse för utfallet. Det inkluderar schabloner för vårdkostnader, uppskattningar av andelen undvikna vårdtillfällen, samt uppskattningar av hur omfattande och långvarig vård en inläggande patient hade behövt. Antagandena i beräknings-exemplet är så pass konservativt gjorda att det positiva resultatet i realiteten troligen kan bli större än det vi kommer fram till i exemplet för den undersökta gruppen.

En helt avgörande faktor är avgränsningen av målgruppen som skall omfattas av insatsen. Om en breddad insats övervägs kommer behovet av vårdbehov och vårdkonsumtionsmönster i den utökade målgruppen som ska omfattas av insatsen uppskattas. Om satsningen görs för bred, eller riktas mot en målgrupp med andra behov, kan kostnaderna komma att överstiga vinsterna med satsningen. Här finns även en aspekt av relativ nytta att ta hänsyn till – om behoven hos målgruppen kan tillgodoses på ett tillfredsställande sätt inom ramen för det etablerade vårdutbudet, blir det svårare att räkna hem satsningen på exempelvis ett mobilt team.

En utökad satsning behöver också väga in systemförutsättningar som eventuellt kan påverka utfallet. Exempelvis har transportkostnader förknippade med teamarbete inte vägts in ovan, då personalens resor antas ersätta patientens sjukresor i ett nollsummespel (alternativt ersätta en ambulansresa, som är dyrare). Bränsle- och tidsåtgång för resor varierar dock med avstånden och teamen kan i detta avseende antas arbeta mer tidseffektivt i mer tätbefolkade områden. Patientnyttan av teamen kan å andra sidan vara större då avståndet mellan hem och sjukhus är längre. Insatsen bör därmed även vägas mot fler effekter än direkta kostnadsbesparingar.

Sist men inte minst kommer gjorda effektivitetsvinster inte nödvändigtvis kunna realiseras som direkta besparingar, utan snarare som ett sätt att frigöra resurser inom systemet. Det innebär att nya arbetssätt kommer att avlasta andra delar av vården, och möjliggöra att fler patienter kan hanteras inom befintliga ramar. Det gör att denna typ av satsning inte skall ses som en besparing utan som ett sätt att genom bättre ändamålsenlighet höja den totala effektiviteten. Problemet med att vinster uppstår på annat håll än där kostnaden tas kvarstår.

### **Teknisk lösning**

- Obemannade hälsorum
- Mobila hälsocentraler – kombination av teknik och riktad insats

Andra exempel (som inte behandlats i rapporten):

- Giraffer, nattövervakning på distans
- Teledermatoskopi, robotultraljud
- Apparat för egenmonitorering

### **Beräkningsexempel – distansvård vid hälsorum**

Nedan redovisas en hypotetisk beräkning av det ekonomiska utfallet av distansbesök, med målet att utvärdera effekter av att fysiska besök på sjukhus ersätts av digitala besök med hjälp av tekniska hjälpmedel. Den grundläggande logiken är att hälsorum/sjukstugor i glesbygd fungerar som faciliteter för att kunna genomföra exempelvis ett videomöte med en patient på orten där hen bor, och därmed undvika en sjukresa.

Siffrorna är baserade på data från VLL<sup>43</sup> (numera Region Västerbotten) men ska enbart ses som ett typexempel på hur en beräkning av denna typ av satsning kan göras, snarare än som en faktisk resultatutvärdering.

#### **Insats**

VLL har årligen 862 867 besök i sjukhusvården, och drygt 9 % av dessa innebär en resa (84 698 st.). Sjukhusvården kan effektivisera sin verksamhet genom att ta en del av besöken på distans. Medicincentrum anger att en femtedel av återbesöken med hög sannolikhet skulle kunna tas på distans. Det ger en uppskattning av en potential att 16 940 fysiska sjukhusbesök med resor skulle kunna konverteras till distansbesök (en femtedel av 84 698 st.).

En uppskattning är att resekostnaden för patientresor till sjukhus enkel väg i genomsnitt kostar 243 kronor, eller 486 kronor för en resa tur och retur. Vid antagandet att 16 940 resor undviks, med en besparing på 486 kronor per styck, innebär det en årlig besparing i sjukresor på  $16\,940 * 486 = 8,2$  miljoner kr.

#### **Effekt**

För att möjliggöra distansbesök behövs betydande investeringar i videokonferensutrustning. VLL avser att utrusta 39 hälsorum/sjukstugor enligt nedan:

Investeringar:

Litet grupprum med SX10 + 48" skärm: 39 st à 26 560 kr/st

Behandlingsrum med SX20 + 48" skärm + vådrumskamera: 39 st à 135 500 kr/st

Installation (per rum): 5 000 kr, 78 st

Utbildning och förändringsarbete: 100 000 kr totalt

Total investeringskostnad:  $39 * (26\,650 + 135\,500) + 78 * 5\,000 + 100\,000 = 6,8$  miljoner kr

Investeringskostnaden i distansteknologi ska ställas mot den årliga besparingen i sjukreskostnader. Investeringen betalar sig med andra ord på mindre än ett år.

<sup>43</sup> Västerbottens läns landsting (2017) *Breddinförande av vård på distans (VpD)*. Slutrapport 2017-09-22.

### **Känslighetsanalys**

I standardfallet för ett distansbesök i obemannat hälsorum behöver vårdpersonal endast i marginell omfattning vara närvarande, för att hjälpa till med rumsbokning, uppkoppling etc. Därför räknar vi inte med ökade personalkostnader i kalkylen ovan. Tekniken ger dock även möjligheter till utvecklade arbetsätt, där exempelvis en sjuksköterska kan finnas på plats under besöket för att assistera med exempelvis blodprover, blodtrycksmätning med mera beroende på tillgänglig utrustning i lokalen. Det medför högre personalkostnader, men ger även möjlighet till något mer avancerade undersökningar som därmed kan ersätta fler fysiska remisser. Ytterligare en variant är distanskonsultation som syftar till erfarenhetsutbyte och samverkan mellan vårdpersonal, exempelvis rehabiliteringspersonal och specialist, runt en patient. Dessa möten involverar resursåtgång både på ”distansplatsen” och på sjukhuset, och men kan vara kostnadsbesparande om de ersätter flera sekventiella patientresor och besök med samma ändamål. Samverkansinsatser kan också motiveras utifrån sin kvalitetshöjande effekt.

En avgörande faktor i kalkylen, oavsett under vilka former hälsorummet används, är om ett distansbesök ersätter ett patientbesök på sjukhus. Om det i stället leder till fler vårdkontakter behöver det utvärderas på ett annat sätt.<sup>44</sup> En annan möjlig uppföljningsvariabel är andel avbokade besök, där preliminära resultat antyder att digital vård ger färre avbokningar än traditionell vård, speciellt om den traditionella vården befinner sig på långt avstånd. Om utfallet visar sig robust skulle det kunna tas med i en effektkalkyl. Resonemanget lyfter dock även frågan hur investeringar och vård i hälsorum förhåller sig till teknik som finns ännu närmare patienten, till exempel i form av videokonferensmöjligheter i den egna mobiltelefonen. Här behöver noggranna analyser göras av målgrupper, behov och förutsättningar att använda olika tekniska lösningar.

---

<sup>44</sup> Jfr. SKR:s pågående samarbete med Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare kring konsumtionsmönster och behov hos patienter som sökt nätläkare.

## Systemutformning/förvaltningsmodell

- TioHundra
- Eksote

Andra exempel (som inte behandlats i rapporten):

- Intermountain
- Kaiser Permanente
- Nuka
- Katalonien
- NHS Integrated Care Systems

Uppföljning på systemnivå har inte varit huvudfokus för denna rapport och något enkelt beräkningsexempel låter sig inte göras. Det är dock en viktig fråga för omställningen mot nära vård som helhet. Nedan pekar vi på några dimensioner som lyfts fram i tidigare utredningar och pågående utvecklingsarbete.

### ***Uppföljning och utvärdering av nära vård på systemnivå***

Utvecklingsarbetet vid nära vård-satsningar på systemnivå sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos vilket innebär att nya typer av målvariabler blir relevanta. Det gör det svårt att utvärdera effekter av satsningarna inom ramen för existerande uppföljningssystem, inklusive effekter avseende dess ändamålsenlighet.

De vanligaste utfallsmåtten vid utvärdering av större satsningar på integrerad/nära vård på systemnivå är enligt Brommels (2018) vårdutnyttjande och kostnader. Dessa visar ofta på en minskad konsumtion av sjukhusvård och minskade sjukhuskostnader. Totalt sett kan kostnaderna för integrerad vård dock både öka och minska, och det finns ingen tydlig evidens för hur kostnader relaterar till förbättring i livskvalitet hos de inbegripna målgrupperna. Brommels rekommenderar att utgå ifrån syftet med den integrerade vårdlösningen och utifrån det bedöma vad som ska mätas och följas upp. Exempel på syften kan vara kostnadsbesparingar för att förbättra vårdsystemets finansiella stabilitet eller förbättrat omhändertagande av kroniskt sjuka och multisjuka.<sup>45</sup> Andra möjliga syften är generell förbättring av hälsan hos befolkningen eller administrativ effektivisering.

---

<sup>45</sup> Brommels (2018) *Stimulera till samverkan: Integrerade vård- och omsorgssystem*. Presentation 2018-08-23, Medical Management Centrum vid Karolinska Institutet.

Flera statliga utredningar i Sverige har diskuterat behovet av en bättre uppföljning av satsningar på systemnivå, bland annat utifrån ambitionen att utveckla en närmare vård. Utredningen Effektiv vård<sup>46</sup> utgår ifrån att överföring av kompetens från sjukhusvård till primärvård kommer att leda till ett effektivare resursutnyttjande än i dag eftersom ändrade arbetssätt kommer att minska undvikbar slutenvård. Man tror också att de administrativa kostnaderna kan minska väsentligt om patienten/brukaren ges ett sammanhållet omhändertagande. Utredaren konstaterar samtidigt att systemeffekter är svåra att följa upp inom ramen för dagens system, varför de mest användbara uppföljnings-parametrarna snarast är sådana som indikerar ineffektivitet. Ett exempel på en specifik indikator är oplanerad återinläggning för samma diagnos inom en viss tidsperiod, som utvecklats som regionalt jämförelsemått i regeringens mest sjuka äldresatsning och även rapporteras bland annat till intensivvårdsregistret.<sup>47</sup>

Även utredningen Nära vård<sup>48</sup> konstaterar att det idag saknas beskrivningssystem för att följa upp och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. För att möjliggöra det föreslås en utökning av patientregister så att primärvården omfattas, samt utökad rapportering till Väntetidsdatabasen för att kunna följa tillgänglighet i primärvården. Även SKR arbetar med att utveckla kvalitetsuppföljningen i primärvården och har utvecklat ett register som bland annat inbegriper kontinuitets- och samverkansindikatorer. De har även initierat ett arbete specifikt inriktat på utvärdering av Nära vård med utveckling av indikatorer inom olika områden och för olika målgrupper.

Frågan är även aktuell internationellt. Inom NHS i England har omfattande försök med nära vård-satsningar gjorts liksom försök att utvärdera dessa. Nuffield Trust, som deltar i utvärderingen, har nyligen sammanfattat utmaningarna med att utvärdera satsningar på systemnivå. En första svårighet handlar om att de indikatorer som finns sällan sträcker sig över organisatoriska gränser, vilket innebär att de inte täcker just de patienter som satsningen omfattar. För att lösa denna utmaning krävs antingen en omorganisation eller att aggregera data från mindre områden, vilket Nuffield Trust bedömer är möjligt vad gäller sjukhusdata men inte för andra vårdnivåer i England. Sjukhusdata täcker dock inte förändringar i konsumtionen av omsorg på individnivå, vilket ofta är nödvändigt för att ge en rättvisande bild av satsningarnas effekter.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> SOU 2016:2.

<sup>47</sup> [www.regeringen.se/49bbda/contentassets/6b19faa350af4329a2a7ed812ee6c6d9/aldresatsningen-fyra-ar-med-fokus-pa-de-mest-sjuka-aldre-s2014.026](http://www.regeringen.se/49bbda/contentassets/6b19faa350af4329a2a7ed812ee6c6d9/aldresatsningen-fyra-ar-med-fokus-pa-de-mest-sjuka-aldre-s2014.026) Socialstyrelsen har för närvarande ett regeringsuppdrag där man analyserar återinläggningar, bl.a. huruvida det finns behov av ytterligare insatser för att förebygga återinläggningar och för att undersöka hur uppföljningen av vården och omsorgen sker efter en återinläggning, se, [www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/06/uppdrag-att-undersoka-aterinlaggningar-av-multisjuka/](http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/06/uppdrag-att-undersoka-aterinlaggningar-av-multisjuka/)

<sup>48</sup> SOU 2018:39.

<sup>49</sup> Nuffield Trust, *Not made to be measured: why evaluating integrated care initiatives is so difficult*. Blogginlägg 2019-06-13, tillgängligt online: [www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/not-made-to-be-measured-why-evaluating-integrated-care-initiatives-is-so-difficult](http://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/not-made-to-be-measured-why-evaluating-integrated-care-initiatives-is-so-difficult)



En annan utmaning handlar om att indikatorer och definitioner ofta ändras under resans gång, vilket försvårar jämförelser över flera år. Här finns en viktig avvägning att göra mellan ständig förbättring av datainsamlingen kontra bibehållen jämförbarhet av data över tid. Nuffield Trust konstaterar att till synes stora förbättringar (eller försämringar) ofta kan härledas till förändringar i indikatorernas definitioner, snarare än till trender i den verkliga utvecklingen. För att upptäcka dessa felkällor krävs kvalitativ analys av data. Slutligen noteras att det inte alltid är möjligt att hitta kontrafaktiska exempel, det vill säga regioner som inte genomfört nära vård-satsningar, helt enkelt för att sådana satsningar har blivit så pass populära att de numera förekommer i någon utsträckning överallt.<sup>50</sup>

Kopplat till nära vård-satsningar uppkommer även frågan hur patienters väg genom vården kan följas systematiskt, både för att se resultatet av satsningar men också proaktivt, för att identifiera möjliga målgrupper för nya arbetsätt. Socialstyrelsen har sedan 2012 haft uppdrag att utveckla eller identifiera sätt att koppla samman vårdhändelser i en vårdprocess. Myndigheten konstaterar att inte något av de informationssystem som används idag (eller är under upphandling) inom regionerna har möjlighet att följa patienter över vårdgivargränser, varken inom eller utom huvudmannaskapet.<sup>51</sup>

På grund av ovan nämnda begränsningar, liksom begränsningar i svensk datalagstiftning, har utvecklingsarbete med fokus på patienters vårdvägar i stor utsträckning bedrivits inom ramen för begränsade forskningsprojekt. Ett exempel är det av Health Navigator utvecklade konceptet ”aktiv hälsostyrning”, som genomfördes i samarbete med fem landsting inom ramen för mest-sjuka-äldre-satsningen. Projektet innefattade systematisk och tidig identifiering av patienter som bedömdes löpa hög risk för undvikbar slutenvård, och därefter erbjöds stöd i form av telefonbaserad rådgivning av sjuksköterskor (så kallad vårdcoach/lots).<sup>52</sup> Ett exempel på en aktuell lokal satsning på att ta fram mått som möjliggör analys utifrån ett mer integrerat vårdssystem är ett forskningsprojekt i Halland. Där har man utvecklat en teknisk plattform och nya analysmetoder för att kunna strukturera data på ett nytt sätt. Med hjälp av detta ska man kunna analysera hur patienterna rör sig genom vårdssystemet och med hjälp av ett simuleringsverktyg testa vilka effekter olika beslut kan förväntas ge.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> Ibid.

<sup>51</sup> [www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21232/2019-2-10.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21232/2019-2-10.pdf)

<sup>52</sup> [www.lakartidningen.se/EditorialFiles/EX/%5BDUEX%5D/DUEX.pdf](http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/EX/%5BDUEX%5D/DUEX.pdf)

<sup>53</sup> Region Halland (2019) *Rapport Bostonsamarbetet*. Version 1.0 2019-04-09.

## 6. Utveckling av effektutvärdering av nära vård

Syftet med den här studien har i ett första steg varit att belysa ett antal nära vård-satsningar med fokus på hur de mäter utfall och resultat. I ett andra steg syftar rapporten till att utifrån ett mer analytiskt arbete utveckla förslag på hur formerna för utvärdering kan utvecklas.

### **Mycket följs upp – men sällan det viktigaste**

Summering av studiens empiriska delar:

- Man mäter i hög grad produktivitet, men inte ändamålsenlighet.
- Då man uppskattar exempelvis undvikt vård kopplas det sällan till en ekonomisk analys på systemnivå. En sådan analys är nödvändig för att ta reda på bärkraftigheten i satsningarna.
- Skalbarhet i satsningarna förutsätter att uppskattningarna om beräknade effekter håller för en utökad målgrupp – sådana analyser behöver utvecklas.

Utmaningarna hör ihop med hur mätsystem är utformade idag. Befintliga mätsystem följer organisationsindelningar och diagnosgrupper och det är svårt att fånga effekten av insatser som har en preventiv logik (snarare än produktion av kurerande vård). Många utvärderingar beaktar enbart den regiondrivna vården, samtidigt som insatserna sannolikt får effekter på exempelvis kommunal hemsjukvård, hemtjänstens verksamhet osv. Nära vård utmanar systemet i båda dessa avseenden, varför utvärdering måste starta i en analys av vilka logiker och indelningar som satsningen inbegriper och förändrar.

I rapporten har vi särskilt diskuterat tre kategorier av satsningar som innebär olika angreppsvinklar på nära vård-utmaningen, och som behöver utvärderas på olika sätt: riktad insats för specifik grupp, teknisk lösning för specifik utmaning, samt större systemförändring mot integrerad och nära vård. Vidare har vi utvecklat ett ramverk för utvärdering av ändamålsenlighet som visar på faktorer som behöver vägas in i utvärderingen av olika typer av satsningar.

## **Ändamålsenlighet – svårfångat mellan kvalitet och produktivitet**

En underliggande faktor som måste vara under kontroll i all verksamhet är kvalitet i utförda insatser. Kvalitet är uppföljningsmässigt ett mycket övergripande begrepp som behöver specificeras i varje situation. Inom hälso- och sjukvården täcks definition och mätning av kvalitet huvudsakligen in av olika medicinska och omvårdnadsrelaterade kunskapsområden. Inom nära vård-satsningar kan flera olika mått och ansatser, till exempel medicinsk och brukarupplevd kvalitet, med fördel komplettera varandra. Exempelvis kan det skilja mycket i hur patienter med samma diagnos upplever sina behov och förutsättningar för egenvård, vilket påverkar ändamålsenligheten i att erbjuda olika tekniska lösningar.

En andra faktor är produktiviteten, det vill säga kostnader per insats. Att mäta produktivitet och intern effektivitet lokalt i verksamheter är en del av det företagsekonomiska området, och görs idag primärt av controllerfunktioner inom huvudmännens förvaltningar. Mätningarna baserar sig på tillgängliga data, vilket är en begränsning i och med att dessa följer etablerade organisationsindelningar och diagnosområden. Produktivitet i utförda insatser inbegriper i sig ingen analys av hur väl insatserna svarar mot olika patienters faktiska behov, men används ändå frekvent för att utvärdera olika satsningar eftersom det är de mått man har enklast tillgång till.

### **Att mäta ändamålsenlighet**

Att mäta specifika åtgärder och deras effekt på ändamålsenlighet, det vill säga om rätt insatser görs för rätt målgrupp, är en utmaning som sällan belysts och oftast hanteras valhant inom utvärdering av vård och omsorg. Inom konkurrensutsatta sektorer där marknadslösningar fungerar hanteras ändamålsenlighet genom att det icke ändamålsenliga väljs bort av kunderna. Det är sällan aktuellt inom vården, på grund av andra incitaments- och etableringsstrukturer och avsaknad av kunder med eget kostnadsansvar i klassisk mening.

När det gäller kurerande insatser anses de ofta vara ändamålsenliga som följd av det medicinska beslutet om behandling, och fokus kan läggas på att utvärdera kvalitetsutfall och produktivitet. När det gäller preventiva åtgärder, som är i fokus för många nära vård-satsningar, fångas ändamålsenligheten istället genom att uppskatta och värdera konsekvenser som kunde ha uppstått om insatsen inte hade satts in. Det medför att man måste göra antaganden kring alternativ och sannolikheter, vilket kräver kunskap om patienters behov och beteenden, såväl som om det övriga vårdutbudet och olika möjliga vårdvägar.

Vad gäller systemgenomgripande förändringar är det även önskvärt att kunna mäta systemets effektivitet i stort, alltså utvärdera funktionaliteten i ett helt sjukvårdssystem. Att mäta systemeffektivitet har flera utmaningar. Inom ramen för nationella uppföljningssystem är ansatsen bred, utfallet påverkas av många faktorer, och kopplingen till specifika satsningar är vag. Dessutom är de mått som beskriver hälso- och sjukvården idag ofta mer processororienterade än effektorienterade – de talar om vad och hur mycket vården gör, men uttalar sig inte i någon större utsträckning om effekterna på övergripande mål. Frågan hanteras till viss del inom området hälsoekonomi, där en vanlig metod är hälsoekonomiska utvärderingar som ställer kostnader för behandlingar mot dess positiva effekter på hälsa eller livskvalitet. Hälsoekonomiska beräkningar baseras dock på ett antagande om att resurser kan disponeras och omfördelas fritt över organisationsgränser och tid, vilket sällan avspeglar verkligheten i hälso- och sjukvårdens budgetstyrda organisationer.<sup>54</sup> Det är därmed svårt för beslutsfattare att ta beslut kring verksamhetsutvecklande satsningar på exempelvis nära vård enbart baserat på hälsoekonomiska kalkyler.

Ändamålsenlighet faller sammanfattningsvis mellan krav på kvalitet och produktivitet (olika dimensioner), och fångas inte på ett adekvat sätt av systemövergripande mätning (för grovkornigt eller abstrakt). Frågeställningen leder till behov av kontrafaktisk mätning – vilket är svårt men långt ifrån omöjligt. Det kräver dock satsningar på utvecklingsarbete med grundläggande företagsekonomisk kompetens såväl som organisationsteoretisk förståelse av sammanhang, exempelvis tjänstedesign.

## Behov av kontrafaktisk mätning

Kontrafaktisk mätning bygger på att effekten av en enskild organisations verksamhet kan illustreras genom att jämföra vad som hypotetiskt skulle ha inträffat utan organisationens insatser, det vill säga kontrafaktiskt, och vad som faktiskt inträffade.<sup>55</sup> För att en sådan analys ska bli rättvisande och relevant är det viktigt att det finns en beskrivning av den verksamhetslogik och de mål som insatsen utvärderas emot. Om önskade effekter inte kan påvisas kan till exempel bero på att uppföljningen sker utifrån kriterier som tagits fram för tidigare arbetssätt, eller baserat på snävt definierade resultatenheter som inte motsvarar den nya verksamhetslogiken. Det senare är särskilt relevant när en ekonomisk cost-benefit-analys åsyftas.

---

<sup>54</sup> Se Sjögren & Krohwinkel (2018) *3 kronor: en jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården*. LHC rapport nr 1, 2018.

<sup>55</sup> För utformning av kontrafaktisk mätning, se till exempel: ESV (2006) *Effektutvärdering: Att välja upplägg*. 2006:8; Socialstyrelsen (2012) *Att göra effektutvärderingar*; Tillväxtanalys (2014) *Vad kan vi lära oss av effektstudier? – en granskning av några av Vinnovas effektstudier*. 2014:01; European Commission (2013) *Design and commissioning of counterfactual impact evaluations*.

Utformningen av utvärderingen behöver avgöra vad som ska jämföras, och hur jämförelsen ska gå till. I de fall det är möjligt är det fördelaktigt att samla data under hela försöket, men ibland saknas data från tidiga skeden, eller så är befintliga data strukturerade på fel sätt för att ge relevant information. Om mätdata saknas kan man bygga ett resonemang kring ett teoretiskt upplägg, som utgår från logiska resonemang byggda på till exempel verksamhetslogiken, liknande satsningar på annat håll, eller en simulerad framtida situation. Andra möjligheter är en generisk jämförelse med vad som anses vara ett vanligt utfall (generisk kontroll), eller att basera jämförelsen på en uppskattning av det alternativa eller kontrafaktiska utfallet av en expertgrupp (skuggkontroll). Ett exempel på det senare är effektstudier med inriktning på specifika utfallsmått i form av utebliven önskad vårdkonsumtion som vi gett exempel på i denna rapport.

I samtliga fall uppkommer frågan hur studiet av effekterna ska avgränsas i tid och rum. Här kan en utvärdering överväga hela spannet från att studera ändamålsenlighet och effekter på enskilda patienter, till ett samhällsekonomiskt perspektiv på hälsa, där även samband och effekter utanför vården och omsorgen kan beaktas. Utvärderingar bör dock vara försiktiga med att generalisera slutsatser om ändamålsenlighet från avgränsade försök till större grupper utan tillräckliga analyser av förändrade förutsättningar i termer av exempelvis behovssammansättning, geografi, befintligt utförarutbud, etc. Analyser av närsjukvårdsteam bör exempelvis beakta hur de passar in i den övriga vårdutbudsstrukturen och hur de dockar till existerande vårdvalssystem, något som kan påverka upptagningsområdet och effektiviteten. Varje verksamhetsanalys måste spåra beroenden – direkta indirekta och ömsesidiga – i det relevanta systemet för handen.

På grund av de många avvägningar som behöver göras är behovet av metodkunskap, analytisk förmåga och förmåga att tolka befintliga data extra viktigt vid effektutvärdering. Dock kräver de flesta effektutvärderingar framför allt eftertanke och systematiskt tänkande snarare än avancerade metodkunskaper. Centralt är att beskriva den åtgärd som ska utvärderas, beskriva typen av effekter man vill studera och arbeta fram en verksamhetslogik. När det gäller nära vård kan redan dessa enkla steg indikera behov att använda andra typer av mått än de som används i befintliga uppföljningar. Som vi illustrerat i denna rapport riskerar mätning utan att ta hänsyn till en ny verksamhetslogik och med hjälp av befintliga produktivitetmått att leda till fel slutsatser kring satsningars ändamålsenlighet, bärkraftighet och skalbarhet.

### **Utmaning idag – kompetens och resurser för effektutvärdering**

Kompetens och resurser saknas generellt för att utföra effektstudier lokalt hos dem som ansvarar för ekonomisk mätning och uppföljning. Lokalt finns i bästa fall kunskap kring mätning av utfall (specifika resultat av utförd åtgärd samt kostnader för utförandet), men inte kring effektmått (övergripande konsekvenser av utförd åtgärd, ändamålsenlighet).

Kunskap kring effektmått finns till del inom professionerna i vården, men används idag sällan för att utvärdera arbetssätt eller övergripande vårdprogram. En av orsakerna till detta kan vara svårigheten att utforma en effektstudie i en komplex vårdmiljö. Det kan leda till att ansatsen ses som komplicerad och osäker och man väljer att avstå.

Utvärdering av effekter kräver resurser, och detta måste budgeteras. Som jämförelse lyfter Ekonomistyrningsverket fram att budgetarna varierar från cirka 200 000 kr för utvärdering av lördagsöppna systembolag till 90 miljoner kr för utvärdering av vaccinationsprogrammet.<sup>56</sup> Det är ovanligt att det finns en specifik budget för effektutvärdering. Detta lyfts bland annat upp som en brist av KPMG i fallet Ängelholm – Hälsostaden.

### **Utvecklingsområden och arbete framåt**

Nära vård-satsningar är ofta gränsöverskridande i den mån att de sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos. Utvärderingen av gränsöverskridande effekter är dock ett eftersatt område, särskilt vad gäller yttre effektivitet (ändamålsenlighet på systemnivå). Metoder för utvärdering kan med fördel utvecklas i samverkan med huvudmännen.

Som en fortsättning på detta uppdrag föreslår vi praktiskt inriktad samverkan med verksamheter och förvaltningar för att utveckla och testa metoder för att mäta och bedöma ändamålsenlighet. Att utvärdera ändamålsenlighet i pågående satsningar/försök är centralt för att svara på frågor om bland annat ekonomisk bärkraftighet och skalbarhet i lokalt utvecklingsarbete, och även för att fatta inriktningsbeslut om nya nära vård-insatser.

---

<sup>56</sup> ESV (2006).

# Referenser

Brommels (2018) *Stimulera till samverkan: Integrerade vård- och omsorgssystem*. Presentation 2018-08-23, Medical Management Centrum vid Karolinska Institutet.

Eksote (2018) *Making it easier to cope at home*. Broschyr tillgänglig på [www.eksote.fi](http://www.eksote.fi).

Eksote (2018) *Mallu the Mobile Clinic development project*. Presentation tillgänglig på [www.eksote.fi](http://www.eksote.fi)

ESV (2006) *Effektutvärdering: Att välja upplägg*. Rapport 2006:8.

HCM Health Care Management (2013) *Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting 25 november 2013.

Järvi et al (2013) *Mobile clinics in public health care: Integrated service offerings for rural elderly*. Lappeenranta University of Technology, LUT Scientific and Expertise Publications – Reports 13.

Karolinska Institutets Medical Management Centrum (2011) *Från två till tiohundra: Utvärdering av Norrtäljeprosjektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*. November 2011.

KPMG (2017) *Hälsostaden Ängelholm: Granskningsrapport Region Skåne*. 2017-01-11.

Landstinget i Kalmar län (2019). *Ekonomiska effekter av Borgholmsmodellen*. Arbetsmaterial 2019-05-05.

Leading Health Care (2016) *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. Working paper 2016:1.

Läkartidningen (2018) *Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård?* Nr 3 2018.

Motion till riksdagen 2015/16:2589 av Cecilia Widegren m.fl. (M), punkt 5.5.

Norén (2015) *Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte*. Implement Consulting Group.

Norén & Segerberg (2019) *Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen*. Slutrapport till Västra Götalandsregionen i april 2019.

Nuffield Trust (2019) *Not made to be measured: why evaluating integrated care initiatives is so difficult*. Blogginlägg 2019-06-13, tillgängligt på: [www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/not-made-to-be-measured-why-evaluating-integrated-care-initiatives-is-so-difficult](http://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/not-made-to-be-measured-why-evaluating-integrated-care-initiatives-is-so-difficult)

Region Halland (2019) *Rapport Bostonsamarbetet*. Version 1.0 2019-04-09.

Region Skåne (2016) *Översyn av Projekt Hälsostaden Ängelholm*. Januari 2016.

Region Uppsala (2019) *Första året med Mobilt närvårdsteam inom Region Uppsala: En rapport över insatser samt utveckling av Mobilt närvårdsteam under 2018*. 2019-01-08.

Region Uppsala (2019) *Mobilt närvårdsteam: "Borta bra men hemma bäst"*. Intern arbetsrapport.

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslag*.

SFS 2014:821 *Patientlag*.

Sjögren & Krohwinkel (2018) *3 kronor: en jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården*. LHC rapport nr 1, 2018.

SKL (2018) *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården: diskussionsunderlag för utveckling och innovation*.

SKL (2018) *Nära vård i Borgholm*.

Slack et al (2013) *Operations management*. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.

Smith et al (2016) *Health System Efficiency – How to make measurement matter for policy and management: A framework for thinking about health system efficiency*. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Policy Series 46.

SOU 2016:2 *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

SOU 2017:53 *God och nära vård - delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2018:39 *God och nära vård: En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Vårdanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.



Vårdanalys (2019) *Med örat mot marken: Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter*. Rapport 2019:2.

Västerbottens läns landsting (2016) *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting: Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden*.

Västerbottens läns landsting (2017) *Breddinförande av vård på distans (VpD)*. Slutrapport 2017-09-22.

Västra Götalandsregionen (2019) *Slutrapport: Breddinförande av Mobil närvård*, 2019-03-28 Diarienummer: HS 2019-00305-1.

# Bilaga 1. Intervju- och kontaktpersoner

Borgholm – Hemsjukhuset:

Magnus Persson, utvecklingsdirektör Landstinget Kalmar

Joakim Söderlind, chefsekonom

Åke Åkesson, verksamhetschef hälsocentralen Borgholm

Ängelholm – Hälsostaden:

Carl-Johan Robertz, förvaltningschef

Yvonne Tilly-Karlsson, ekonomichef

Norrtälje – Tiohundra:

Peter Graf, VD

Lena Holm, ekonomichef

Lena Kallin-Persson, kvalitetscontroller

Norrlandsregioner/kommuner – glesbygdsmedicin:

Katarina Holmgren, ekonomidirektör Region Västerbotten

Peter Berggren, Verksamhetschef Glesbygdsmedicinskt centrum

Elisabeth Eero, hälsocentralschef Övertorneå

Eksote – Wellbeing centers:

Via publikt material och öppna presentationer

VGR – mobil närvård:

Tobias Nilsson, chefsstrateg Omställningen

Karin Fröjd, projektledare breddinförande mobila team

Dag Norén, utvärderare

Uppsala – mobilt närvårdsteam:

Mattias Taflin, verksamhetschef mobilt närvårdsteam



# Nära vård

Nära vård-satsningar är ofta gränsöverskridande i den mån att de sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos. Utvärderingen av gränsöverskridande effekter är dock ett eftersatt område, särskilt vad gäller yttre effektivitet (ändamålsenlighet på systemnivå).

Att kunna mäta ändamålsenlighet, det vill säga om rätt insatser görs för rätt målgrupp, är ett utvärderingsområde i behov av metodutveckling. I rapporten presenteras ett ramverk som vägledning till hur dessa beräkningar kan göras utifrån lokala satsningar på nära vård.

Rapporten är skriven av Jon Rognes, Anna Krohwinkel och Unni Mannerheim vid stiftelsen Leading Health Care, på uppdrag av SKR.

Upplysningar om innehållet  
Jon Rognes, [jon.rogues@leadinghealthcare.se](mailto:jon.rogues@leadinghealthcare.se)  
Anna Krohwinkel, [anna.krohwinkel@leadinghealthcare.se](mailto:anna.krohwinkel@leadinghealthcare.se)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020  
ISBN: 978-91-7585-827-2