



LUND UNIVERSITY

Lika men ändå olika – Ett års erfarenheter av mobilt team närsjukvård

Glenngård, Anna; Funck, Elin

2025

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Glenngård, A., & Funck, E. (2025). *Lika men ändå olika – Ett års erfarenheter av mobilt team närsjukvård*. (KEFU skriftserie; No. 2025:2). KEFU.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

ANNA HÄGER GLENNGÅRD

ELIN FUNCK

LIKA MEN ÄNDÅ OLIKA
– ETT ÅRS ERFARENHETER AV MOBILT TEAM NÄRSJUKVÅRD

SKRIFTSERIE 2025:2



EKONOMIHÖGSKOLAN VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

Omställningen till Nära vård är en omfattande omdaningsprocess för både regional hälso- och sjukvård och kommunal omsorg där behovet av praktisk forskning är stort. Sedan 2023 har forskare inom KEFUs resursnätverk följt införandet av teambaserad vårdform i Region Skåne. Erfarenheterna från pilotverksamheten i Landskrona har tidigare redovisats i KEFUs skriftserie (2023-1). I föreliggande rapport har samma forskare fortsatt att följa berörda parter erfarenheter och utveckling av vårdformen, som numera går under benämningen Mobila Team Närsjukvård (MTN). I fokus för forskarnas intresse i denna rapport står MTN Kristianstad och MTN Ystad. Med hjälp av flera olika datakällor fångas lärdomar och synpunkter på multidisciplinär teambaserad primärvårdsmodell från patienter och anhöriga, medarbetare, samverkande aktörer samt vården i stort.

Den övergripande bilden från föreliggande studie är att vårdformens införande, funktion och form framträder i en mycket positiv dager. Att i arbete i multidisciplinära team förefaller vara en väg framåt för att möta många av de utmaningar som finns med en åldrande befolkning när denna har behov av sjukvård och omsorg. En central framgångsfaktor är en fungerande samverkan mellan berörda parter, vilket inte kan tas för givet på längre sikt. Forskarna lyfter också fram ett antal centrala förutsättningar för att etablera en långsiktigt hållbar väg för vårdformen. Några av dessa förutsättningar är en gemensam målbild och ett tydligt syfte med vårdformen, behovet att individer delaktiga i MTN har en prestigelöshet, öppenhet och flexibilitet och att det mellan parterna finns en god kommunikation och ett kontinuerligt informationsutbyte. Att inte detaljstyra vårdformen uppifrån utan ge teamen frihet och ansvar att utforma vårdformen efter de lokala behov som uppstår är två andra centrala förutsättningar för bärkraft på längre sikt.

Föreliggande studie har finansierats av Primärvården Skåne men är också en del av ett större projekt som huvudsakligen finansieras av Forte, där KEFU gått in med delfinansiering. Projektet har bedrivits i nära samarbete med berörda vårdforms parter. Rapporten har diskuterats i skriftseriens redaktion innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författarna själva för de värderingar som görs i rapporten.

Lund i april

Ulf Ramberg

KEFU

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Kapitel 1 Bakgrund	3
1.1 Nära vård och behov av samverkan	3
1.2 Mobila team närsjukvård, MTN, i Skåne.....	4
1.3 Studiens syfte.....	8
Kapitel 2 Metod och data	9
2.1 Ingång till insamling av empiriskt material	9
2.2 Empiriskt material.....	9
Kapitel 3 Resultat.....	16
3.1 Målbild och syfte med vårdformen.....	16
3.2 Strukturer och rutiner för arbetet	18
3.3 Vårdformens innehåll.....	24
3.4 Upplevt värde av vårdformen	32
3.5 Implikationer för annan vård - Situationer där annan vård kan undvikas.....	41
3.6 Syn på samverkan	42
3.7 Överraskande erfarenheter	48
Kapitel 4 Diskussion	50
4.1 Vårdformens värde.....	50
4.2 Möjlighet till anpassning utifrån lokala förutsättningar.....	53
4.3 Förutsättningar för fortsatt implementering i Skåne.....	54
4.4 Nära vård - Rätt vård, till rätt patient, i rätt tid?	56
Referenser	58

Kapitel 1

BAKGRUND

1.1 NÄRA VÅRD OCH BEHOV AV SAMVERKAN

Den här rapporten handlar om erfarenheter från en multidisciplinär teambaserad vårdform i Skåne, kallad mobilt team närsjukvård (MTN). Sedan januari 2023 har MTN gradvis implementerats runt om i Skåne och sedan oktober 2024 finns vårdformen på nio platser och upptagningsområdet omfattar hela regionen. I föreliggande rapport redovisar vi drygt ett års erfarenheter från MTN Kristianstad och MTN Ystad.

Införandet av MTN bottnar i Nära vård, en pågående och nödvändig omställning i svensk hälso- och sjukvård för att möta befintliga och framtida utmaningar med en stor andel äldre personer med omfattande vårdbehov. Personcentrering är ett etiskt förhållningssätt och kärnan i Nära vård. Människor har rätt till inflytande över det som berör den egna personen, hälsan och i förlängningen det egna livet. Nära vård handlar inte om att skapa nya vårdnivåer utan om att vårdgivare ska samordna insatser för att skapa en trygg situation för personer, ofta i den enskildas hem (SOU 2016:2; SOU 2018:39; SOU 2019:29; SKR 2021). Samverkan och samarbete mellan vårdpersonal med olika yrkesbakgrunder, såsom läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, i teambaserade vårdformer anses vara en förutsättning för proaktiv och personcentrerad vård för personer med komplexa behov. Olika kompetenser måste komma samman, eftersom varje kompetens för sig inte räcker för att lösa utmaningen.

Samverkan kan och behöver ske på olika nivåer för att skapa en trygg och god vård i den enskildas hem. Huxham och Vangen (2005) skiljer mellan tre sorters samverkan, där samverkan definieras som ett gränsöverskridande gemensamt arbete. *Interprofessionell samverkan* avser samverkan mellan olika professioner eller yrkesgrupper, såsom läkare, sjuksköterskor och kuratorer. *Interorganisatorisk samverkan* avser samverkan mellan organisatoriska enheter, till exempel mellan vårdcentraler, sjukhus och kommunal hemsjukvård. *Intersektoriell samverkan* avser samverkan mellan huvudmän, såsom mellan kommuner och regioner i den svenska kontexten. Vårdformen MTN omfattar alla tre sorters samverkan.

Även om samverkan kan anses nödvändigt för att lösa olika utmaningar, visar resultat från tidigare studier från såväl Sverige som andra länder att samverkan kan vara besvärligt. Två problem som ofta lyfts fram är att det finns många hinder för samverkan och att det är svårt att mäta effekter av samverkan. Axelsson och Bihari Axelsson (2007) skiljer mellan strukturella

och kulturella hinder för samverkan i vård och omsorg. *Strukturella hinder* avser olika regelsystem, informationssystem, finansieringslösningar och budgetar samt administrativa gränsdragningar mellan organisatoriska enheter som förväntas samverka. Med *kulturella hinder* avses skillnader i synsätt på patienter samt skillnader i attityder och värderingar bland professioner och yrkesgrupper som ska samverka. Det är dessutom utmanande att mäta effekter av samverkan, i synnerhet samverkan som syftar till att förhindra att olika situationer uppstår (Funck och Glenngård, 2024).

1.2 MOBILA TEAM NÄRSJUKVÅRD, MTN, I SKÅNE

1.2.1 MTN – EN NY VÅRDFORM

Mot bakgrund av den pågående omställningen till Nära vård, påbörjade Region Skåne införandet av en ny team-baserad vårdform under 2022. I verksamhetsplan och budget för 2022, gav regionfullmäktige i uppdrag till Hälso- och sjukvårdsnämnden, Landskrona sjukhusstyrelse samt Primärvårdsnämnden att utreda och starta pilotverksamhet för en ny vårdform i Landskrona. Syftet var att ta fram ett förslag till en regional modell för en ny teambaserad och sammanhållen vårdform där primärvården skulle ha det organisatoriska ansvaret och där ett pilotprojekt skulle upprättas i bred samverkan i Landskrona för att testa modellen. Under 2022 bildades en styrgrupp, ledd av förvaltningschefen för Primärvården Skåne, och en arbetsgrupp, bestående av representanter för alla de aktörer som förväntades samverka inom ramen för den nya vårdformen, det vill säga Landskrona kommun, offentlig och privat vårdcentral, ASIH (Avancerad Sjukvård I Hemmet), internmedicin (Lasarettet i Landskrona), ambulansverksamheten och upphandlad läkarbil. Mobilt team närsjukvård (MTN) Landskrona, bestående av läkare, sjuksköterskor, kurator, sekreterare och enhetschef, invigdes den 16 januari 2023 och tog emot sin första patient dagen efter.

Uppdraget för MTN är att tillhandahålla vård och samordna insatser för patienter utanför sjukhus samt att ge råd och stöd till andra vårdgivare. Syftet är att tillhandahålla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan och önskar vårdas hemma (ordinärt eller särskilt boende) och att samordna insatser med andra vårdgivare i enlighet med behov och önskemål hos varje enskild patient. Det finns inte några kriterier för vem som får ta del av vårdformen, men tre exkluderingskriterier; barn, patienter där en psykiatridiagnos är den primära orsaken till behovet samt patienter inom högspecialiserad vård. Alla vårdaktörer (kommun, ambulans, sjukhus, vårdcentral och läkarbil) kan kontakta MTN och sedan gör teamet en bedömning av patientens behov på plats i hemmet. Därefter fattas beslut om fortsatta insatser från MTN och/eller insatser från andra vårdgivare i samverkan med MTN, baserat på behov hos varje enskild patient.

1.2.2 ERFARENHETER FRÅN MTN LANDSKRONA

Erfarenheterna från MTN Landskrona har sammanställts i två tidigare KEFU-rapporter (Glenngård och Funck, 2023; Funck och Glenngård, 2024). Sammantaget visade erfarenheterna efter ett års verksamhet på flera positiva resultat. Samverkan såväl inom teamet som mellan samverkande aktörer¹ (en kommun, fem vårdcentraler, ambulans, lasarett) är god. Det finns en gemensam målbild och både mandat och förutsättningar att påverka vårdformens innehåll och strukturer och processer för arbetet. Enligt svar på enkäter till patienter och anhöriga, upplever såväl patienter som anhöriga större delaktighet i beslut som rör deras vård och hälsa, ökad trygghet och mindre oro i hemmet samt en upplevelse av förbättrad tillgänglighet och kontinuitet i vården. I enkäter och intervjuer uttrycker också medarbetare i MTN och bland samverkande vårdgivare att den nya vårdformen gör skillnad för patienter och anhöriga. Att möta patienten i dess hem innebär att fokus inte bara blir på diagnosen, utan att man har möjlighet att se hela patienten. Den sammantagna bilden är att vården blir mer personcentrerad. Erfarenheterna visade också att vårdformen har stort värde för vården i stort. Respondenterna framhöll att vårdformen skapar förutsättningar för effektivare resursanvändning, mer proaktiv vård och bättre vårdkvalitet. Medarbetare i såväl MTN som bland samverkande vårdgivare underströk att teamets insatser bidragit till att vårdcentralerna kan avlastas, att besök på akutmottagningen kan undvikas och att patienter har fått en tidigare hemgång från slutenvården alternativt helt undvikit vidare slutenvård efter besök på akutmottagning. Det blir bättre förutsättningar för rätt vård till rätt patient i rätt tid.

1.2.3 MTN INFÖRS I HELA SKÅNE²

Baserat på de goda erfarenheterna från Landskrona, fattade Primärvårdsnämnden under hösten 2023 beslut om att införa MTN på två platser ytterligare – Kristianstad, med start i december 2023 och Ystad, med start i januari 2024, enligt samma grundkoncept som i Landskrona men med anpassning utifrån lokala förutsättningar. I december 2023 beslutades om en tidplan för införandet av MTN i hela Skåne, i praktiken på ytterligare sex platser. MTN i Ängelholm, Helsingborg och Hässleholm startade sitt arbete i juni 2024 och MTN i Lund, Malmö och Trelleborg³ i oktober samma år. Grundkonceptet är alltså detsamma. Uppdraget är att tillhandahålla vård och samordna insatser för patienter utanför sjukhus samt att ge råd och stöd till andra vårdgivare och primärvården har det organisatoriska ansvaret⁴. MTN kan besöka

¹ Perioden januari-augusti 2024 omfattade samverkan Landskrona kommun, de fem vårdcentralerna där, lasarettet i Landskrona samt ambulansverksamheten i Landskrona. Från september 2024 ingår även Svalövs kommun och vårdcentralen i Svalöv. I rapporterna har fokus varit på vårdgivarna i Landskrona.

² <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/mobila-team-narsjukvard/>

³ MTN Malmö och MTN Trelleborg är samlokaliserade.

⁴ Från den 1 januari, 2025, har den nya förvaltningen ”Nära vård” det organisatoriska ansvaret.

sköra patienter, vars medicinska tillstånd kan åtgärdas eller följas upp i hemmet i stället för på sjukhus och det är patientens behov som ska styra insatsen. MTN arbetar vardagar, måndag-fredag, med undantag för MTN Ystad som även arbetar helger, dagtid.⁵ MTNs roll är att förstärka andra vårdgivare och vara en samordnande aktör som kan bedöma, planera, ordinera och utföra insatser i hemmet hos sköra patienter under en kortare eller längre period. Rollen är att vara ett komplement till andra vårdgivare, inte att ersätta hela eller delar av andras uppdrag. När MTN utför insatser är det medicinska ansvaret i normalfallet kvar hos ansvarig läkare på vårdcentralen där patienten är listad. MTN kan också utföra tillfälliga punktinsatser, såsom att administrera intravenös antibiotika eller blodtransfusion efter en ordination från en läkare på vårdcentral eller sjukhus.

Förutsättningarna för att tillhandahålla och samverka kring en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter i hemmet skiljer sig dock åt för de nio teamen. Förutsättningar avser till exempel antal aktörer teamen ska samverka med, geografiskt upptagningsområde, befolkningsstruktur samt erfarenhet av teambaserat arbete sedan tidigare och, inte minst, struktur för samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård och möjlighet för vårdcentralers läkare att göra hembesök. Skillnader i förutsättningar medför behov av att anpassa teamens arbetssätt och former för samverkan för att på bästa sätt komplettera andra vårdgivare och möta behovet av en trygg, tydlig och tillgänglig vård i hemmet för sköra patienter. Det finns relativt stora frihetsgrader för respektive MTN att, tillsammans med andra vårdgivare, utveckla ändamålsenliga processer, strukturer och rutiner som svarar mot de förutsättningar som finns på respektive plats. Regionen har tydliggjort *vad* uppdraget går ut på men inte *hur* det ska genomföras. Arbetssätt och innehåll i vårdformen kan utvecklas och anpassas efter lokala förutsättningar i verksamheter och den miljö de verkar i. Som nämnts ovan överläts även bedömningen av *vem* som ska få ta del av vårdformen till vårdgivarna. Det finns inga förbestämda inkluderingskriterier för vilka patienter som kan vara aktuella för MTN.

1.2.4 MTN KRISTIANSTAD OCH YSTAD

I föreliggande rapport redovisar vi ett drygt års erfarenheter från MTN Kristianstad och MTN Ystad. Förutsättningarna för att få vårdformen på plats och fungera på dessa båda platser, skiljer sig åt i jämförelse med Landskrona. Förberedelsetiden inför implementering var kortare, delvis mot bakgrund av att det fanns ett grundkoncept och erfarenheter från Landskrona att dra nytta av. I båda fallen ska MTN samverka med fler aktörer och verka i större geografiska upptagningsområden. Det är också stora skillnader mellan de kommuner som respektive MTN samverkar med, inte minst vad gäller storlek (se Box 1). MTN Kristianstad samverkar med tre kommuner med en sammanlagd befolkning på 113 000 invånare och MTN Ystad med fem

⁵ Under 2025 kommer samtliga MTN successivt utöka sina arbetstider till att även innefatta helger, dagtid.

kommuner med en sammanlagd befolkning på 101 000 invånare. Förekomst av strukturer för samverkan mellan kommun och vårdcentraler och möjlighet till hembesök från vårdcentralernas läkare skiljer sig också åt mellan de kommuner som MTN Kristianstad och MTN Ystad samverkar med, något vi återkommer till i rapporten.

I Ystad fanns det sedan tidigare ett basenkologi-team som utgick från lasarettet (Mobilt team basenkologi, Ystad), det vill säga ett mobilt team för sjukvård i hemmet men med ett delvis annat uppdrag och en annan organisatorisk tillhörighet än MTN. När MTN Ystad implementerades fördes basenkologi-uppdraget över till MTN. I Kristianstad fanns ingen teambaserad mobil vårdform sedan tidigare. Det innebär att för MTN Ystad fanns arbetssätt och upparbetade relationer mellan vårdgivare kopplat till en liknande vårdform sedan tidigare att förhålla sig till, medan MTN Kristianstad kunde forma arbetssätt, strukturer och rutiner från grunden. Förekomst alternativt avsaknad av en vårdform med delvis samma men delvis annat innehåll sedan tidigare kan både underlätta och försvåra införandet av en ny vårdform, något vi också återkommer till i rapporten.

Box 1. Struktur för MTN och samverkande aktörer.

<i>MTN Kristianstad</i> • Startade i december 2023. • Arbetar vardagar 08-17. • Består av två läkare, fyra sjuksköterskor, en kurator, en sekreterare, en enhetschef. • Utgår från lokaler i centrala Kristianstad. <i>MTN Kristianstad samverkar med</i> • Tre kommuner* - Kristianstad (87), Östra Göinge (14) och Bromölla (12). • 14 vårdcentraler - privata och offentliga. • Centralsjukhuset Kristianstad, CSK. • Ambulansverksamheten. • (ASIH och Regional läkarbil).	<i>MTN Ystad</i> • Startade i januari 2024. • Arbetar vardagar 07-19, helgdagar 08-16 (läkare och kurator vardagar 07,30-16). • Består av tre läkare (motsvarande 1,2-1,3 heltidstjänster under året), fem sjuksköterskor, en kurator, en sekreterare, en enhetschef. • Utgår från lokaler i centrala Ystad. <i>MTN Ystad samverkar med</i> • Fem kommuner* - Simrishamn (19), Sjöbo (19), Skurup (17), Tomelilla (14) och Ystad (32). • 11 (12 från januari, 2025) vårdcentraler - privata och offentliga. • Lasarettet i Ystad och Capio närsjukhus, Simrishamn. • Ambulansverksamheten. • (ASIH och Regional läkarbil).
---	---

**Folkmängd i tusental år 2023 inom parentes.*

1.3 STUDIENS SYFTE

Då MTN rullas ut i hela Skåne och förutsättningarna för att tillhandahålla och samverka kring en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter i hemmet skiljer sig åt mellan de platser där MTN implementeras blir det väsentligt att utreda erfarenheter och effekter av vårdformen samt hinder och förutsättningar för framgångsrik samverkan från fler team än MTN Landskrona. I denna studie står erfarenheter och resultat av vårdformen i MTN Kristianstad och MTN Ystad i fokus. Studien syftar till att lyfta fram och jämföra erfarenheter mellan teamen (MTN Kristianstad och MTN Ystad), men även i förhållande till MTN Landskrona. Förhoppningen är att studien ska kunna bidra med fler och mer nyansrika lärdomar om vilket värde en multidisciplinär teambaserad primärvårdsmodell har för (1) patienter och anhöriga, (2) medarbetare i vården, (3) olika samverkansaktörer, samt (4) vården i stort. På ett mer övergripande plan avser rapporten att bidra med kunskap om värdet av multidisciplinära teambaserade vårdformer i primärvården i ljuset av den pågående omställningen till nära vård, samt förutsättningar och utmaningar för framgångsrik implementering av sådana vårdformer.

Kapitel 2

METOD OCH DATA

2.1 INGÅNG TILL INSAMLING AV EMPIRISKT MATERIAL

Beskrivningen av erfarenheter från det dryga första året som MTN Kristianstad och MTN Ystad har arbetat bygger på flera datakällor. Vi har använt oss av enkäter, observationer och intervjuer för att samla in data avseende förutsättningar och utmaningar med vårdformen samt resultat av densamma. Att mäta resultat och konsekvenser av vårdformen är utmanande eftersom det saknas tillförlitliga hårda data, det vill säga olika typer av indikatorer som speglar utfall av vårdformen, i synnerhet sådant som vårdformen bidrar till att förebygga. De resultat som redovisas i rapporten ger en sammantagen helhetsbild bestående av information från olika datakällor, såväl hårda (administrativa data samt enkätfrågor med fasta svarsalternativ) som mjuka (intervjuer, observationer och enkätfrågor med öppna svarsalternativ) data.

Studien är en del i ett större forskningsprojekt som finansieras av Forte (2021-01827) och är delfinansierad av Region Skåne, via KEFU, Ekonomihögskolan, Lunds Universitet. Projektet är godkänt av Etikprövningsmyndigheten (dnr 2022-06907-01, 2023-06773-02).

2.2 EMPIRISKT MATERIAL

2.2.1 DELTAGANDE OBSERVATIONER

Observationer avser främst deltagande observationer vid regelbundna möten med lokala samverkansgrupper. Vid dessa möten deltar enhetschef och/eller verksamhetschef för MTN samt representanter för samverkande vårdgivare (kommunerna, privat och offentlig vårdcentral, ambulansverksamheten och sjukhus) och processledare i region och kommun. Vi har observerat totalt 14 samverkansmöten i Kristianstad, mellan november 2023 och mars 2025. Vi har observerat totalt sju samverkansmöten i Ystad mellan januari 2024 och januari 2025. Detta är ett forum där MTN och de vårdgivare som samverkar med MTN kan lyfta frågor och funderingar som behöver lösas för att få vårdformen att fungera. Vid mötena diskuteras erfarenheter, förutsättningar, hinder och lösningar på problem kopplat till respektive MTN. En viktig roll som detta forum fyller att man gemensamt tar fram eller förtydligar rutiner och processer för att få till en god samverkan och hitta lösningar för att tillhandahålla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter i hemmet, givet lokala förutsättningar. Man delar information om volymer av patienter och insatser från MTN och vilka aktörer som flaggat upp behovet och berättar om goda exempel att lära och inspireras från samt exempel där det av

någon anledning inte blivit bra för patienten för att undvika att upprepa misstag. Identifierade bra och dåliga exempel kan också vara en grund för att förtydliga en rutin mellan MTN och andra vårdgivare.

Utöver observationer vid lokala samverkansmöten har vi deltagit i möten med arbets- och avstämningsgrupp för införande av MTN på central nivå. Denna grupp bestod av verksamhetschefer, enhetschefer och läkare för MTN och ASIH, chef för mobila team och specialiserad palliativ vård i regionen, processledare och strateger i region och kommuner samt chefläkare för palliativ vård och ASIH. Totalt har vi medverkat vid 10 samverkansmöten med central samverkansgrupp mellan september 2023 och maj 2024. Vid dessa möten diskuterades erfarenheter, förutsättningar, hinder och lösningar för implementering av MTN på region-nivå. I maj upplöstes grupperingen och dessa frågor diskuteras fortsättningsvis inom ramen för de ordinarie mötesstrukturen på ledningsnivå i region och kommuner.

2.2.2 ENKÄTER

Vi har samlat in data via enkäter riktade till medarbetare i MTN, samverkande vårdgivare (vårdcentraler, kommuner, ambulans, sjukhus) och samverkansgrupp. Vi har använt oss av enkäter vid tre tillfällen – 1) vid uppstart till MTN och samverkansgrupp, 2) efter omkring sex månader till MTN och samverkande vårdgivare, och 3) efter drygt ett år till MTN och samverkande vårdgivare. Samtliga enkäter är utformade i Lunds universitets enkätverktyg (Sunet Survey) och har besvarats anonymt. Länkar till enkäterna har distribuerats via mail till medarbetare i teamet, samverkande vårdgivare och samverkansgrupp. Alla respondenter har fått information om att medverkan är frivillig och att de kan avbryta sitt deltagande om de så önskar, utan att behöva uppge anledning. Att besvara enkäten har betraktats som samtycke till att delta i studien. Enkätfrågorna redovisas tillsammans med resultaten i kapitel 3.

Avsikten med den första enkäten, riktad till MTN och samverkansgrupp, var att få en bild av vilka initiala förväntningar de hade på vårdformen och samverkan, huruvida målbilden var tydlig för de involverade samt vad de förväntade sig att vårdformen skulle bidra till för patienter och anhöriga (Tabell 1).

Tabell 1. Respondenter, enkäter om förväntningar på MTN.

	Team	Samverkansgrupp
<i>Kristianstad, november-december, 2023</i>		
Läkare	3	
Sjuksköterska	3	5
Kurator	1	
Annat	1	3
Totalt	8	8
<i>Ystad, december, 2023</i>		
Läkare	1	1
Sjuksköterska	5	3
Kurator		
Annat		3
Totalt	6	7

Not: Antalet medarbetare i teamet som tillfrågades att besvara enkäten i samband med uppstart var 9 i Kristianstad och 7 i Ystad.

I de två uppföljande enkäterna, riktad till medarbetare i MTN och samverkande vårdgivare, ställdes samma frågor återigen (Tabell 2). Detta för att undersöka om förväntningar och erfarenheter förändrats över tid. Givet en svår personalsituation under sommaren 2024 förlängde vi svarstiden för enkäten till att omfatta juni till oktober istället för juni till juli. Samtliga samverkande vårdgivare finns representerade bland respondenterna vid båda tillfällena, det vill säga samtliga kommuner, sjukhus, ambulans och privat och offentlig vårdcentral. Som framgår av tabell 2 är det stora skillnader i antal svar från respektive vårdgivare som samverkar med MTN Ystad och MTN Kristianstad. Skillnader i antal (och andel) svar från kommuner, vårdcentraler, sjukhus och ambulans speglar skillnader i hur mycket kontakt som respektive aktör har med MTN, något som diskuteras i avsnittet ”Vårdformens innehåll” (3.3).

Tabell 2. Respondenter, enkäter om erfarenheter av MTN.

	Team		Samverkande vårdgivare									
					Varav vårdcentral		Varav ambulans		Varav kommun		Varav sjukhus	
	Jun i 202 4	Feb- mar s 2025	Juni 2024	Feb- mars 2025	Juni- okt 2024	Feb- mars2 025	Juni- okt 2024	Feb- mars2 025	Juni- okt 2024	Feb- mars 2025	Juni- okt 2024	Feb- mars2 025
Kristianstad												
Läkare	2	2	1	3		2					1	1
Sjuksköterska	3	3	42	34	9	6	4	9	28	16	1	3
Kurator	1	1										
Sekreterare	1	1										
Annat			1	1		1	1					
Totalt	7	7	44	38	9	9	5	9	28	16	2	4
Ystad												
Läkare	1	1	11	8	4	1					7	7*
Sjuksköterska	6	8	18	31	3	3	2		3	18	10	10**
Kurator	1	1										
Sekreterare	1	1										
Annat			4	2				1	4			1
Totalt	9	11	33	41	7	4	2	1	7	18	17	18

Not: Antalet medarbetare i teamet som tillfrågades att besvara enkäten var 8 i juni och 9 i februari-mars i Kristianstad och 11 både i juni och februari-mars i Ystad. För samverkande vårdgivare kan vi inte redogöra för svarsfrekvens då enkäten har distribuerats till medarbetare i respektive organisation av verksamhets- och enhetschefer. Vi saknar information om totalt antal personer i målgruppen.

**Varav en från ASIH. **Varav tre från ASIH.*

2.2.3 INTERVJUER

Vi har genomfört intervjuer med MTN och samverkande vårdgivare löpande från omkring sex månaders erfarenhet av vårdformen. Förfarandet vid intervjuerna har varit att i största möjliga mån låta respondenterna styra samtalet. Samtliga intervjuer har inletts med att vi förklarat syftet med intervjun. Därefter har samtalet koncentrerats kring (i) målbilden för MTN och huruvida denna målbild förändrats över tid, (ii) konsekvenser av arbetet för patienter och anhöriga samt (iii) reflektioner kring samverkan inom MTN och mellan MTN och samverkande aktörer och konsekvenser för lärande och reflektion. Respondenternas åsikter redovisas i kapitel 3.

Tabell 3. Genomförda intervjuer med MTN och samverkande vårdgivare.

Aktör	Tidpunkt	Plats	Medverkande
<i>MTN Kristianstad</i>			
MTN Kristianstad	21 maj, 2024	I teamets lokaler	Samtliga medarbetare i teamet.
MTN Kristianstad	4 mars, 2025	Digitalt (Teams)	Samtliga medarbetare i teamet. Not: Separat intervju med kurator den 17 mars.
CSK	21 maj, 2024	I teamets lokaler	Processledare
Kristianstad kommun och Vårdcentraler i Kristianstad	2 december, 2024	Kommunhuset, Kristianstad	Sex enhetschefer från hemsjukvård och rehab, en representant för ASIH, 10 verksamhetschefer från vårdcentraler.
Bromölla kommun och vårdcentraler i Bromölla	3 juni, 2024	Digitalt (Teams)	Tre enhetschefer från hemsjukvård och rehab samt två verksamhetschefer från vårdcentraler.
Östra Göinge kommun och vårdcentraler i Östra Göinge	16 oktober, 2024	Digitalt (Teams)	En enhetschef från hemsjukvård och en verksamhetschef från vårdcentral.
Ambulansverksamheten	19 november, 2024	Digitalt (Teams)	En verksamhetschef.
<i>MTN Ystad</i>			
MTN Ystad	20 maj, 2024	I teamets lokaler	Samtliga sjuksköterskor samt kurator, enhetschef och sekreterare i teamet.
MTN Ystad	3 oktober, 2024	Digitalt (Teams)	Samtliga läkare i teamet.
MTN Ystad	6 mars, 2025	Digitalt (Teams)	Samtliga sjuksköterskor samt kurator, en läkare, enhetschef och sekreterare i teamet.
Lasarettet i Ystad	30 september, 2024	Digitalt (Teams)	Processledare
Ystad, Simrishamn, Tomelilla, Sjöbo, Skurup kommun, fyra vårdcentraler (Ystad och Tomelilla) samt Lasarettet i Ystad och Catio närsjukhus i Simrishamn.	31 maj, 2024	Digitalt (Teams)	Fem enhetschefer från hemsjukvård (hela intervjun), fyra verksamhetschefer för vårdcentraler samt representant från Lasarettet i Ystad och Catio närsjukhus i Simrishamn (första delen av intervjun).
Vårdcentral i Ystad	24 september, 2024	Digitalt (Teams)	Verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare.

2.2.4 VALIDERING AV RESULTAT FRÅN ENKÄTER OCH INTERVJUER

Utgångspunkten har varit att intervjua medarbetare i MTN samt representanter för samtliga samverkande aktörer för att få en så representativ bild som möjligt av arbetet i och samverkan med MTN i Kristianstad och Ystad. Vi har dock få enkätsvar från några aktörer och intervjuat få representanter alternativt saknar helt enskilda intervjuer med några få samverkande aktörer. I syfte att validera resultat från enkäter och intervjuer och att presentera en så rättvisande bild som möjligt har vi presenterat preliminära resultat från intervjuer, enkäter och en sammanställning av volymer av insatser för medarbetare i team och representanter för samverkande vårdgivare i både Kristianstad och Ystad och fått återkoppling på dessa. I Kristianstad, den 31 januari 2025, deltog 18 personer. I Ystad, den 8 november 2024, deltog 15 personer. Samtliga samverkande aktörer samt MTN var representerade i båda fallen. I båda fallen fick deltagarna möjlighet att reflektera och diskutera samt återkoppla till oss huruvida de kände igen sig i vår beskrivning av deras erfarenheter avseende:

- Syfte, målbild och förväntningar på vårdformen initialt och över tid
- Vårdformens värde för patienter
- Vårdformens värde för medarbetare
- Implikationer av vårdformen för vården i stort
- Synen på samverkan
- Förutsättningar och hinder för att vårdformen ska fungera

I båda fallen bekräftade deltagarna att vår bild speglade deras uppfattningar och erfarenheter och förtydligade och nyanserade bilden något. Efter denna återkoppling och validering administrerade vi den sista enkäten till medarbetare i MTN och samverkande vårdgivare och genomförde en uppföljande intervju med båda teamen. Därefter sammanställde vi resultaten i en preliminär rapport, varefter enhetschefer och verksamhetschefer för teamen fick möjlighet att kommentera och förtydliga innehållet och sedan färdigställde vi rapporten.

2.2.5 ADMINISTRATIVA DATA

Data avseende volymer och typ av insatser från teamet har inhämtats från itACiH. Detta är ett administrativt system som används inom ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) för att planera insatser i hemmet. Från itACiH har även information om patientens väg i sjukvården inhämtas, det vill säga vilken aktör som hänvisat patienten till teamet liksom till vilken aktör som patienten hänvisats då kontakten med teamet upphört. Denna data används för att beskriva samtliga insatser för samtliga patienter som haft kontakt med MTN Kristianstad och Ystad det första året som respektive team varit verksamt. Det är inte möjligt att hämta ut data med andra brytpunkter än hela månader i itACiH, varför vi redovisar januari 2024 – december 2024 för MTN Kristianstad och februari 2024 – januari 2025 för MTN Ystad snarare än de 12 första månaderna som teamen varit verksamma. MTN Kristianstad började sitt arbete med patienter

den 9 december, 2023 och MTN Ystad den 8 januari, 2024. Användningen av itACiH skiljer sig något åt för teamen. Vi tolkat data över volymer tillsammans med enhetschefer, verksamhetschefer och/eller sekreterare för teamen för att ge en så rättvisande bild som möjligt.

Kapitel 3

RESULTAT

Vi redovisar ett drygt års erfarenheter från MTN Kristianstad och MTN Ystad baserat på resultat från enkäter, intervjuer och observationer bland medarbetare samt administrativa data avseende volymer av insatser. Bilden som framkommer vid de två intervjutillfällena med teamen är likartad, om än mer nyanserad vid det senare tillfället, varför vi redovisar citat utan att ange vilket intervjutillfälle som avses.

3.1 MÅLBILD OCH SYFTE MED VÅRDFORMEN

Syftet med vårdformen Mobilt Team Närsjukvård som formulerats av regionen centralt kan sammanfattas i två övergripande målsättningar:

1. God och säker vård i hemmet för patienter, samt
2. God samverkan och gott samarbete mellan teamet och andra vårdgivare.

Den första målsättningen kan beskrivas utifrån två perspektiv: patientens respektive sjukvårdens. För *patientens del* handlar målsättningen om att patienter och anhöriga ska få en tryggare situation i hemmet, tillgång till läkarbesök i hemmet, känna sig delaktig i beslut som rör patientens hälsa samt bättre förtroendet för vården i stort. För att möjliggöra detta behöver *sjukvården* genom MTN arbeta för att få till bättre kontinuitet och tillgänglighet i vården samt bättre koordinering och samordning av olika insatser mellan aktörer i syfte att minska behovet av vård utanför hemmet, såväl sjukhusvård (slutenvård och besök på akutmottagning) som ambulans

Den andra målsättningen berör medarbetare i teamet och samverkande vårdgivare och handlar om att det finns en samsyn kring hur patienter ska tas omhand och vidare ett gott samarbete och lärande mellan samverkande vårdgivare. Det handlar vidare om att arbetet ska vara meningsfullt och utvecklande för medarbetare.

Resultaten från intervjuerna och enkäterna till MTN visar att i båda teamen finns en samstämmig positiv bild gällande syfte och målbild med vårdformen. Näst intill alla svarar ja på frågorna ifall det finns ett syfte med vårdformen och ifall vårdformen kommer göra skillnad för patienter. I fritextsvar och intervjuer framkommer att man är rörande överens om att vårdformen kommer att göra skillnad för patienter och leda till mer personcentrerad vård med

innebörden större trygghet för patienter och att patienter kan slippa sjukhusvård och onödiga transporter. En medarbetare inom ett av teamen uttrycker det till och med på följande sätt:

Jag har arbetat i 30 år i vården och man har hela tiden pratat om patientcentrerad vård, men den enda gång som jag har sett detta, det är här och nu. När man åker ut som team så åker man ut på ett centrerat uppdrag kring en patient i hemmet. Det är höjden av centrering och patienten är verkligen i centrum. Det är inte samma sak när man kommer in på ett sjukhus. (Medarbetare i MTN, intervju)

De positiva förväntningarna på vårdformen för patienter fanns hos de båda teamen redan från start och har även bekräftats över tid. Med tiden har det även blivit tydligt att det finns ett ännu större behov av vård i hemmet i stället för på sjukhus bland äldre patienter än väntat.

Från samverkande vårdgivares sida var förväntningarna på vårdformen övervägande positiva från start. Över tid har de positiva förväntningarna på vårdformen emellertid stärkts och flera aktörer uttrycker att det är lätt att få kontakt med både MTN Kristianstad och MTN Ystad, samt att de är tillmötesgående och ger ett bra bemötande.

Hade inga förväntningar, alltid svårt att arbeta in och upp en ny organisation, men gått bra. (Medarbetare vårdcentral, enkät mars 2025)

Några samverkande vårdgivare i Kristianstad uttrycker att det inledningsvis var lite diffust vad teamet skulle göra, samtidigt som att en aktör som kan tillgodose behov av läkarbesök i hemmet lyftes fram som mycket välkommen då behovet av sådana insatser upplevdes som stort. Utifrån intervjuerna framkommer att samverkande vårdgivares bild av vårdformen och teamets arbete var övervägande positiv från start och än mer positiv efter att man haft ett första gemensamt ärende eller setts fysiskt. I Ystad, där det sedan tidigare fanns ett team med delvis annat uppdrag och annan organisatorisk tillhörighet, uttryckte några samverkade vårdgivare förvirring kring gamla och nya teamets uppdrag och ansvar och ställde sig frågande till varför en ny vårdform skulle implementerats. Denna förvirring har emellertid försvunnit med tiden.

Både inom teamen och bland de samverkande vårdgivarna har det med tiden blivit tydligt att kuratorn har en viktig funktion att fylla. Kuratorns roll i teamet lyfts fram och uppfattas som mer väsentlig än vad man inledningsvis trodde. Många gånger blir det tydligt att en kontakt

med MTN inte bara handlar om somatiska symptom, utan att det kanske snarare finns en underliggande social ohälsa som behöver tas omhand. Kuratorns fyller här en viktig funktion för att skapa en tryggare situation i hemmet för både patienter och anhöriga och för att samordna insatser för personer i behov av stöd från olika aktörer. Vi observerar också att kurators roll blir mer känd bland samverkande vårdgivare med tiden, vilket syns i volymer av besök som kurator gör (se avsnitt 3.3.3).

Ett tydligt resultat från intervjuerna och enkäterna är att samtliga aktörer är överens om den första målsättningen, det vill säga vad som ska uppnås med vårdformen i termer av skillnad för patienter och anhöriga. Hur detta ska göras och vilka förväntningar som initialt fanns på vårdformen, samarbetet och samverkan skiljer sig däremot till viss del åt mellan MTN i Kristianstad och Ystad. En orsak till detta har att göra med huruvida det fanns ett team sedan tidigare på orten eller inte. I Kristianstad fanns inget tidigare team. I Ystad, däremot, fanns sedan tidigare ett team med delvis annat uppdrag och en annan organisatorisk tillhörighet. Uppdraget för Mobilt team basenkologi, Ystad (MTBY) var att ge basal behandling i hemmet och att säkerställa att medicinska behov hos patienter med cancerbehandling tillgodosågs i hemmet, då det medicinska behovet och allmäntillståndet inte erfordrade specialistvård på sjukhus. Patienterna som vårdades av MTBY fick insatser under fyra till fem dagar i normalfallet. Vanligen tillhörde patienterna cytostatika-mottagningen vid Lasarettet i Ystad, men några patienter hänvisades även från andra avdelningar (Region Skåne, 2023). I samband med införandet av MTN Ystad framkom funderingar såsom varför ändra på något som redan finns och upplevs fungera bra. Samtidigt lyfte flera individer fram att samverkan och samarbete underlättades av att det fanns ett mobilt team för sjukvård i hemmet sedan tidigare. Det fanns tidigare relationer att bygga på mellan olika aktörer, främst mellan Lasarettet i Ystad och MTN Ystad, som en konsekvens av att det tidigare funnits ett sjukhusbaserat team och en del medarbetare i MTBY följde med till MTN. Vidare följde MTBYs uppdrag med till MTN. Att det redan fanns en upparbetad relation mellan sjukhuset och delar av MTN och att det tidigare basenkologi-uppdraget följde med speglas i volymer av vård; 56% av alla kontakter till MTN Ystad kommer från sjukhuset jämfört med 17% för MTN Kristianstad (se avsnitt 3.3.3).

3.2 STRUKTURER OCH RUTINER FÖR ARBETET

Sedan start har det funnits en uttalad tanke att inte styra teamens arbete för hårt. Från regionens sida har man definierat ett *vad* men inte ett *hur* för innehållet i vårdformen, inklusive hur samverkan ska ske med andra vårdgivare. Anledningen till detta är att då förutsättningar skiljer sig åt mellan de olika teamen blir det viktigt att strukturer och rutiner för arbetet får växa fram underifrån och utifrån de omständigheter som finns på respektive plats.

På enkätfrågor om förekomst av tydliga rutiner/dokument/riktlinjer kring hur arbetet i och samverkan med MTN ska utföras samt ifall gränsdragningar mellan MTN och samverkande

aktörer upplevs som tydliga framkommer bilden att rutiner och gränsdragningar upplevdes som otydliga inledningsvis av såväl MTN som samverkande vårdgivare och fortsatt som otydliga bland samverkande även vid andra mättillfället (se tabell 4 och 5).

Tabell 4. Teamens syn på strukturer, riktlinjer och ansvarsfördelning

	Kristianstad		Ystad	
	Juni 2024 (N=7)	Feb-mars 2025 (N=7)	Juni 2024 (N=9)	Feb-mars 2025 (N=11)
	Antal som svarar ja/nej/vet ej		Antal som svarar ja/nej/vet ej	
Finns det tydliga rutiner/dokument/riktlinjer kring hur arbetet i MTN ska utföras?	4/3/0	5/2/0	5/3/1	10/0/1
Finns det en tydlig ansvarsfördelning bland teamets medlemmar?	7/0/0	6/1/0	8/0/1	11/0/0
Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan teamet och andra samverkande aktörer?	3/2/2	3/1/3	4/2/3	9/1/1

Tabell 5. Samverkande vårdgivares syn på strukturer, riktlinjer och ansvarsfördelning

	Kristianstad		Ystad	
	Juni-okt 2024 (N=44)	Feb-mars 2025 (N=38)	Juni-okt 2024 (N=33)	Feb-mars 2025 (N=41)
	Antal som svarar ja/nej/vet ej		Antal som svarar ja/nej/vet ej	
Finns det tydliga rutiner/dokument/riktlinjer kring hur samverkan med MTN ska utföras?	25/9/10	29/7/2	23/5/5	26/5/10
Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan din organisation (arbetsplats) och teamet?	22/5/17	23/11/4	18/6/9	26/5/10

Rutiner kring hur arbetet ska utföras har dock kontinuerligt växt och växer alltjämt fram och dokumenteras allteftersom, vilket innebär att arbetsformer fortlöpande sätter sig. I grunden har hela tiden lagar, professionella normer och medicinska riktlinjer väglett arbetet och nya rutiner har tagits fram vartefter behov av detta uppmärksammas. Man beskriver arbetssättet som ”learning by doing” och poängterar att arbetet sker i samverkan mellan MTN, vårdcentraler, kommuner, sjukhus och ambulans. Vi noterar att de regelbundna samverkansmötena är viktiga forum vad gäller att ta fram och sprida information om till exempel nya eller förtydligade rutiner. Två exempel på rutiner som vuxit fram och förtydligats under året då behov har uppmärksammas på båda platserna gäller 1) hur kommunens sjuksköterskor ska ta kontakt med MTN och 2) hur administrering av intravenös antibiotika som ska ges tre-fyra gånger per dygn (antibiotika x 3-4) ska organiseras.

3.2.1 RUTIN FÖR HUR KOMMUNENS SJUJSKÖTERSKOR KAN KONTAKTA MTN

I uppdraget till alla vårdcentraler som verkar inom hälsovalet ingår att samverka med den kommunala hemsjukvården för att tillgodose behovet av läkarbesök i hemmet (ordinärt boende) bland listade patienter, såväl akuta som planerade besök. I vårdcentralernas uppdrag ligger också ett ansvar för vårdcentralernas läkare att tillgodose behovet av insatser från läkare på särskilt boende och korttidsboende. I MTNs uppdrag ligger att förstärka andra vårdgivare och vara en samordnande aktör som kan bedöma, planera, ordinera och utföra olika insatser i hemmet under en kortare eller längre period. Rollen är att vara ett komplement till andra vårdgivare, inte att ersätta hela eller delar av andra vårdgivares uppdrag. Mot den bakgrunden formulerades inledningsvis rutinen för hur sjuksköterskor i kommunen skulle kontakta MTN: om patienten är i sitt hem tas i första hand kontakt med vårdcentralen som har det medicinska ansvaret för patienten, det vill säga där patienten är listad. Har vårdcentralen inte möjlighet att göra ett hembesök eller inte svarar eller inte återkopplar kan MTN kontaktas. Rutinen var alltså att alltid först kontakta vårdcentralen där patienten är listad, eftersom det medicinska ansvaret ligger där. Denna rutin togs fram gemensamt vid inledande samverkansmöten och formulerades på ett snarligt sätt för MTN Kristianstad och MTN Ystad och kommunicerades sedan i en informationstext om MTN till samverkande vårdgivare.

I de fall där det finns en god struktur för samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård samt möjlighet för vårdcentralers läkare att göra hembesök inom rimlig tid har rutinen som togs fram initialt varit tillräcklig. I de fallen kommer kommunens sjuksköterskor alltid eller nästan alltid fram till vårdcentralen när de ringer och ofta kan en läkare från vårdcentralen göra ett hembesök inom rimlig tid. I annat fall kontaktar vårdcentralen MTN och ber om hjälp med ett hembesök från en läkare. Resultat från intervjuer, enkäter och observationer tyder på att de flesta vårdcentraler som samverkar med MTN Ystad har väl fungerande rutiner för samverkan med den kommunala hemsjukvården. De har också i stor utsträckning möjlighet till läkarbesök i hemmet inom rimlig tid, såväl akuta som planerade. I de fall de inte har möjlighet till ett akut besök inom rimlig tid är det lika vanligt att vårdcentralen kontaktar MTN, som gör ett hembesök i deras ställe, och återkopplar kring detta till kommunens sjuksköterskor, som att kommunens sjuksköterskor själva kontaktar MTN. Denna bild bekräftas av statistik över volymer av vård: Kommunerna står för 9% av alla kontakter till MTN Ystad och vårdcentralerna för 8%. Mot den bakgrunden har formuleringen som gjordes i den initiala informationen om MTN Ystad till de samverkande vårdgivarna bibehållits och rutinen har inte utvecklats vidare.

I de fall det är svårt för sjuksköterskor i kommunen att komma fram till vårdcentralen där patienten är listad och/eller möjlighet för vårdcentralers läkare att göra hembesök inom en rimlig tid saknas, har rutinen att man ska kontakta vårdcentralen först inneburit onödig väntan

för patienter. Det medför också en oro hos sjuksköterskor i kommunen då de inte kommit fram till vårdcentralen när de ringer, alternativt att det tar lång tid innan de får återkoppling från vårdcentralen. Ett återkommande problem som framkommer i såväl intervjuer som i fritextsvar i enkäter och vid observationer av samverkansmöten mellan MTN Kristianstad och samverkande vårdgivare är den begränsade möjligheten för kommunens sjuksköterskor att få kontakt med vårdcentraler och att få till akuta läkarbesök i både ordinärt och särskilt boende och på korttidsboende. Bilden bekräftas av statistik över volymer av vård: Kommunerna står för 40% av kontakterna till MTN Kristianstad och vårdcentralerna för 18%. Av de totalt 318 hembesöken som skett efter kontakt från en sjuksköterska i en kommun är 295 från den största kommunen: Kristianstad. En rutin som förenklar för kommunens sjuksköterskor att ta direkt kontakt med MTN har efterfrågats och efterhand vuxit fram i samverkan mellan MTN, kommunerna och vårdcentralerna. I den nya formuleringen, som kommunicerades skriftligt till alla samverkande vårdgivare i början av 2025 står det att kommunens sjuksköterskor får ringa MTN direkt och att MTN sedan tar på sig ansvaret för att kontakta den vårdcentral där patienten är listad. Det tydliggörs att den nya rutinen även fortsättningsvis gäller akuta besök medan vårdcentralen har ansvar för planerade besök. Vidare understryks det att möjligheten att kontakta MTN direkt ska ses som ett erbjudande, men att man ska fortsätta kontakta aktuell vårdcentral om man som sjuksköterska känner att man har ett gott samarbete. Formuleringen visar på en balansakt mellan å ena sidan att vara tillgängliga för kommunens sjuksköterskor för att kunna stötta då vårdcentralens läkare inte går att nå eller inte har möjlighet att komma ut och å andra sidan att inte ta över någon annans ansvarsområde.

3.2.2 RUTIN FÖR ATT ADMINISTRERA ANTIBIOTIKA X 3-4.

MTN arbetar dagtid (Kristianstad: vardagar 8-17; Ystad: vardagar 7-19, helger 8-16). Ett problem som uppmärksammades tidigt, från sjukhusens sida, var att arbetstiderna försvårar insatser i hemmet för patienter som behöver antibiotika x 3-4. Det är läkare på sjukhus som i de allra flesta fall förskriver antibiotika x 3-4, även om läkare vid vårdcentraler och i teambaserade vårdformer också kan göra det. Från sjukhusens sida har arbetstiderna uppfattats som ett hinder för att kontakta MTN, eftersom MTN inte kan administrera intravenös antibiotika på kvällar och helger, något som framkommit i intervjuer, fritextsvar i enkäter och observationer av samverkansmöten. De två tillfällena dagtid kan MTN ansvara för, men någon annan måste administrera det tredje (och eventuellt fjärde) tillfället på kvällstid och i MTN Kristianstads fall även på helger. Det identifierade problemet är detsamma för MTN Kristianstad och MTN Ystad och lösningen involverar samverkan med ASIH i båda fallen, men på lite olika sätt. Rutiner för samverkan kring antibiotika x 3-4 mellan MTN, ASIH och sjukhusen har vuxit fram successivt på båda platserna. I Ystad är rutinen att läkaren på sjukhuset tar kontakt med ASIH för att avisera patienten och därefter inkommer med en remiss/ordination avseende antibiotika x 3-4. Därefter tar ASIH kontakt med MTN Ystad för

att planera insatsen och läkaruppföljning från MTN. I Kristianstad är rutinen att läkaren på sjukhuset tar kontakt med MTN Kristianstad med en remiss/ordination avseende antibiotika x 3-4. Därefter tar MTN kontakt med ASIH för att planera insatsen.

3.2.3 SYNEN PÅ ANSVARSFÖRDELNING

På frågan gällande ansvarsfördelning framkommer att ansvarsfördelningen inom MTN är tydlig och har varit detta sedan start (tabell 4). I fritextsvar i enkäterna och vid intervjuer framkommer att tydligheten hänger samman med de professionella rollerna. Ansvarsfördelningen mellan MTN och samverkande vårdgivare är däremot mer diffus. En medarbetare i ett av teamen uttrycker att det är en pågående process att hitta rätt i uppdraget och vad man ska göra. Många aktörer har möjlighet att kontakta teamet vilket innebär att det blir viktigt att hela tiden finslipa för att se till att man identifierar ”rätt” patienter.

Vi kan göra mycket för många, men vi kan inte göra allt för alla. Allting ligger inte på oss bara för att man kan ringa hit. (Medarbetare i MTN, intervju)

En annan medarbetare i ett av teamen uttrycker det enligt följande:

Affärsidén är klar, men marknadsföringen är under pågående process. För vi ska marknadsföra oss för andra vad vi kan göra, men inte att vi är en nödlösning för de som inte hinner med sitt uppdrag eller sitt arbete. (Medarbetare i MTN, intervju)

Samtidigt uttrycker medarbetare ifrån båda teamen att de otydliga riktlinjerna även är en styrka i det avseendet att för fasta riktlinjer innebär att flexibiliteten kan gå förlorad.

Vår filosofi att vi inte vill ha tydliga riktlinjer, ramar och gränser. Ring istället så ser vi om det är något för oss. (Medarbetare i MTN, intervju)

Sitt inte och försök lista ut vad vi gör och inte gör, utan ring och fråga hellre. För rätt vad det är så är det något som ligger inom vårt uppdrag och då tar vi det. (Medarbetare i MTN, intervju)

Den flexibla inställningen från medarbetare i MTN speglas av samverkande vårdgivare och de betonar det positiva med att inte ha för fasta riktlinjer. Visserligen kan bristen på riktlinjer innebära att det inte är helt tydligt vad teamets uppdrag är. Någon samverkande aktör beskrev det som att vid de första kontakterna med teamet så hade hen ingen tydlig uppfattning om vad hen kunde förvänta sig. Samtidigt blir det tydligt utifrån intervjuerna att majoriteten av de samverkande aktörerna uppfattar flexibiliteten i uppdraget som något positivt. Man beskriver att teamet är tillmötesgående, ödmjuka och enkla att få tag i.

*De är ju extremt duktiga och har en stor vilja att lösa problem.
(Medarbetare på sjukhus, intervju)*

På frågan om någon erfarenhet av samverkan med MTN varit oväntad svarar en medarbetare så här:

Hur något aldrig är något problem. Man ringer och rådfrågar och vet inte riktigt själv hur man ska göra. Oftast får man svaret: "Vi vet inte om vi kan göra något, men vi kommer ut och kollar". Det verkar vara teamet signum. Ett fantastiskt mindset! (Medarbetare ambulans, enkät mars 2025)

Flera medarbetare från kommunerna beskriver att det blir mer effektivt för patienten – det går snabbare att få kontakt med läkare – när teamet kan kontaktas direkt. I kombination med en stor ödmjukhet inför andra aktörers arbete innebär flexibiliteten vidare att samverkan blir lyckad.

De [teamet] går ju inte in och tar över eller så. Nej. De vill ju i första hand höra vad vårdcentralen tycker. Är det de [vårdcentralen] som vill ta det och har de möjlighet?

Så det är ju ingen som bara klampar in, utan det är ju ett väldigt ödmjukt sätt tycker jag, och det är ett samförstånd med vårdcentralen. Och sedan är de ju rätt så tydliga med att göra återkoppling när de har gjort en insats. Nu har vi slutfört detta eller nu lämnar vi över detta vidare. Det är ju också väldigt bra med de rutinerna så man vet. Så vi inte jobbar på samma sak. (Medarbetare i kommun, intervju)

Att kunna kontakta teamet utan att behöva gå via vårdcentralen var ett stort lyft. (Medarbetare i kommun, enkät mars 2025)

Enkätsvaren från medarbetare vid vårdcentraler visar på en samsyn i att när de inte kan ta ett ärende så är det bra att MTN kan fylla den luckan. Samtidigt avsäger sig inte vårdcentraler ansvaret att göra hembesök när de har möjlighet.

Vi har ett eget mobilt team och använder oss sällan av det lokala teamet. Har funkat bra när det behövs. Fyller en lucka mellan oss, slutenvård och ASiH (Medarbetare vårdcentral, enkät mars 2025).

Resonemanget ovan pekar på ett dilemma i att samtidigt som uppdraget ska samskapas så ska det vara tydligt för alla. Å ena sidan är det viktigt med flexibilitet och att rutiner och processer tas fram underifrån och gemensamt mellan alla inblandade aktörer, baserat på behov och förutsättningar som finns lokalt. Å andra sidan efterfrågas tydlighet så att man vet vad som kan förväntas av MTN.

3.3 VÅRDFORMENS INNEHÅLL

I detta avsnitt redovisar vi volymer av insatser för MTN Kristianstad och MTN Ystad under de första 12 månaderna de varit verksamma. Redovisningen är baserad på data som inhämtats ur itACiH.

Vi noterar stora skillnader mellan MTN Kristianstad och MTN Ystad avseende i vilken typ av boende besöken sker i, vilken aktör som kontakter teamen och vilken typ av besök som teamen utför. Skillnaderna speglar skillnader i behov av och förutsättningar för att samverka med andra kring en tillgänglig och trygg vård för patienter, som kan och önskar vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Det handlar om

- i vilken utsträckning som vårdcentralernas läkare har möjlighet och huruvida det finns strukturer och rutiner på plats för att göra hembesök hos listade patienter i ordinärt och särskilt boende samt på korttidsboenden, då behov uppmärksammas av företrädesvis medarbetare i kommunen;
- i vilken utsträckning som sjukhusen kontakter teamen för att patienter ska få en tidigare hemgång alternativt undvika ytterligare sjukhusvård efter besök på akutmottagning, samt;

- i vilken utsträckning ambulansen kontaktar teamen för att undvika transport till akutmottagning.

3.3.1 ANTAL PATIENTER OCH BESÖK

I tabell 6 visas antalet unika patienter som haft en insats av MTN under de 12 första månaderna som MTN Kristianstad och MTN Ystad varit verksamma samt det totala antalet besök som teamen har utfört under perioden och var besöken har skett under samma period. Samtliga besök avser besök i hemmet. Som framgår av tabellen sker majoriteten av besöken i ordinärt boende, en mindre andel på särskilt boende och korttidsboende och en mycket liten andel på LSS-boende.

Tabell 6. Antal patienter och besök under de första 12 månaderna

	Kristianstad jan 2024-dec 2024	Ystad feb 2024-jan 2025
Antal unika patienter	790	459 (varav 114 basenkologi)
<i>varav</i>		
- <i>kvinnor</i>	52%	49%
- <i>65 år och äldre</i>	93%	84%
Var sker besöket (var bor patienten)?		
Antal hembesök	1164	1206
<i>varav</i>		
- <i>i ordinärt boende</i>	74%	86%
- <i>på särskilt boende</i>	16%	10%
- <i>på korttidsboende</i>	8%	3%
- <i>på LSS-boende</i>	1%	<1%

Bland de patienter som fått insatser från MTN finns boende i samtliga kommuner som teamen samverkar med och listade vid samtliga vårdcentraler i teamens geografiska upptagningsområde. Vi noterar dock att spridningen är stor avseende hur många patienter från varje vårdcentral som fått insatser från MTN – mellan 15 och 99 individer för de 14 vårdcentralerna i MTN Kristianstads upptagningsområde och mellan 17 och 97 individer för de 11 vårdcentralerna i MTN Ystads upptagningsområde. Detta speglar både vårdcentralernas

storlek (antal listade) och i vilken utsträckning det finns möjlighet till hembesök från vårdcentralernas läkare.

Skillnader i ålder och i vilken typ av boende som besöken sker hänger ihop. Patienterna som fått insatser av MTN Kristianstad är äldre än patienter som fått insatser av MTN Ystad och andelen av alla besök som sker på särskilt boende och korttidsboende, relativt besök i ordinärt boende, är högre för de patienter som fått en insats av MTN Kristianstad jämfört med MTN Ystad. Variation i ålder och i vilken typ av boende som besöken sker hänger också ihop med vilken vårdgivare det är som kontaktar MTN om en insats. För MTN Kristianstad är kommunen den som flaggar upp flest patienter medan det är sjukhuset som flaggar upp flest patienter för MTN Ystad. Det bibehållna basenkologi-uppdraget för MTN Ystad kan också bidra till att förklara varför en större andel patienter är yngre än 65 år här. 25% av patienterna som fått insatser av MTN Ystad är basenkologi-patienter.

Andelen av alla besök som sker på särskilt boende och korttidsboende, relativt besök i ordinärt boende, är högre för de patienter som fått en insats av MTN Kristianstad jämfört med MTN Ystad. MTN Kristianstad har sedan oktober en överenskommelse om en förenklad rutin kring hanteringen av akuta besök på ett korttidsboende i Kristianstad, vilket är en anledning till att andelen besök på korttidsboende är högre där.

3.3.2 PATIENTENS RESA – VEM KONTAKTAR OCH VARFÖR OCH VAD HÄNDER SEN

I tabell 7 visas vem som kontaktar MTN angående en patient, varför de kontaktar MTN och var patienten hänvisas efter avslutad kontakt med MTN.

Tabell 7. Vem som kontakter teamet och varför.

	Kristianstad jan 2024-dec 2024	Ystad feb 2024-jan 2025
Vem kontakter teamet/ ”flaggar upp” patienten?		
Antal unika patienter	790	459 (varav 114 basonekologi)
<i>varav kontakt med MTN från</i>		
- Kommun	40%	9%
- Vårdcentral	18%	8%
- Sjukhus	17%	56%
- Ambulans	16%	6%
- Läkarbil	<1%	<1%
- Annan vårdgivare/inte angivit	9%	21%
Varför kontaktas teamet (kontaktsak)?		
Infektion/feber	19%	33%
Smärta	12%	2%
Nedsatt allmäntillstånd	12%	6%
Andningsbesvär	9%	9%
Cirkulationsrubbing	6%	4%
Fall	4%	<1%
Förvirring	4%	1%
Ohållbar hemsituation (socialt)	4%	-
Blod/anemi	4%	-
SAG (blodtransfusion)	-	10%
Urinvägar	3%	2%
Punktinsats (t.ex. infusion)	2%	-
Annan/inget valt	21%	32%
Var tar patienten vägen efter avslutad kontakt med teamet?		
vårdcentral	71%	69%
akutmottagning	10%	5%
kvar hos remittent	9%	-
avliden	2%	2%
ASIH	1%	2%
Direktinläggning	<1%	2%
Inte angivit	7%	20%

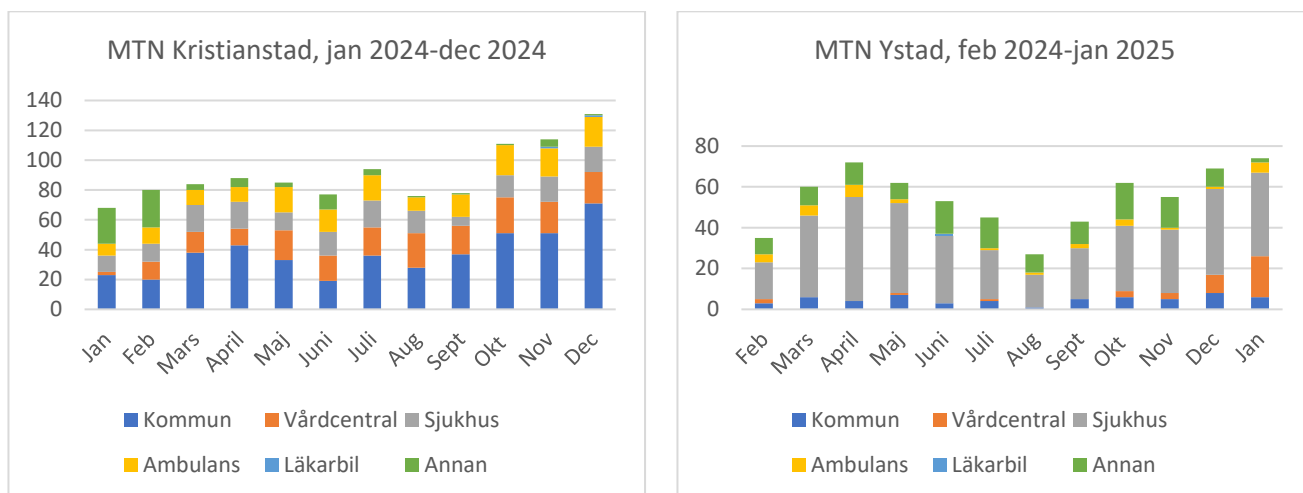
Vi noterar stora skillnader i vilken aktör som kontakter MTN och flaggar upp patienter och vissa skillnader i kontaktsak och till vilken aktör som patienten lämnas över efter avslutad kontakt med teamet.

Vad gäller varför MTN kontaktas, utgör sammantaget infektion/feber, nedsatt allmäntillstånd, smärta och andningsbesvär kontaktorsak för ungefär hälften av patienterna i båda teamen. Skillnader i kontaktorsak mellan teamen måste tas med försiktighet eftersom den sannolikt speglar variation i hur man använder itACiH. Punktinsatser är till exempel mycket vanligare i Ystad men syns inte i statistik över kontaktorsak men däremot i statistik över besökstyp (se 3.3.3). Däremot registreras blodtransfusion, vilket är en punktinsats, som en egen kontaktorsak i Ystad och förklarar där 10% av kontakterna med MTN. En punktinsats avser en insats (hembesök) som sker på uppdrag från en annan vårdgivare, till exempel att administrera infusion (dropp) eller en blodtransfusion. Punktinsatser föregås alltid av en remiss och en ordination på uppdraget av en läkare på vårdcentral eller sjukhus.

Efter avslutad kontakt med MTN sker överlämning av patienten till vårdcentralen där hen är listad i en majoritet av fallen för båda teamen. Näst vanligast är att patienten, efter kontakt med MTN, bedöms inte kunna få sitt behov tillgodosett i hemmet utan behöver åka till en akutmottagning – 10% av patienterna i Kristianstad och 5% av patienterna i Ystad. En förklaring till att andelen som bedöms behöva åka till en akutmottagning är högre för MTN Kristianstad än MTN Ystad kan vara att ambulansen i mycket högre utsträckning är den som kontakter MTN i Kristianstad. För MTN Kristianstad är det ambulansen som kontakter teamet i 16% av fallen medan motsvarande siffra är endast 6% för MTN Ystad.

Figur 1 illustrerar skillnaderna mellan MTN Kristianstad och MTN Ystad vad gäller vilken aktör som kontakter ("flaggar upp patienten") MTN för att få en insats i hemmet.

Figur 1. Antal patienter och vem som kontakter



För MTN Kristianstad står kommunerna för 40% av kontakterna, men bara för 9% av fallen för MTN Ystad, medan vårdcentralerna står för 18% av kontakterna för MTN Kristianstad och 8% av kontakterna för MTN Ystad.

En majoritet av vårdcentralerna i Simrishamn, Sjöbo, Skurup, Tomelilla och Ystad har tydliga rutiner på plats för samverkan med kommunens medarbetare och vårdcentralens läkare kan i ganska stor utsträckning göra hembesök till sina listade patienter vid behov. Kommunens sjuksköterskor har i liten utsträckning behov av att ta direkt kontakt med MTN Ystad. I de fall vårdcentralens läkare inte har möjlighet att göra ett hembesök är det ungefär lika vanligt att vårdcentralen, efter att ha blivit kontaktad av kommunen, i sin tur kontaktar MTN med en förfrågan om en insats som att kommunerna gör det direkt. Av de totalt 42 hembesöken som skett efter kontakt från en sjuksköterska i en kommun är 32 från de två största kommunerna: Ystad och Sjöbo.

Det är vanligare att kommunerna kontaktar MTN Kristianstad direkt med en förfrågan om ett hembesök än att vårdcentralerna gör det. Detta speglar att vårdcentralernas läkare i liten utsträckning har möjlighet att göra hembesök när kommunens medarbetare efterfrågar det, såväl i ordinärt som särskilt boende och korttidsboende. Att kommunen i stor utsträckning utnyttjar möjligheten till att kontakta MTN direkt tyder också på att det kan vara svårt för medarbetare i kommunen att få kontakt med vårdcentralerna vid behov. Av de totalt 318 hembesöken som skett efter kontakt från en sjuksköterska i en kommun är 295 från den största kommunen: Kristianstad. I Östra Göinge, där det finns tydliga rutiner för samverkan mellan vårdcentral och kommun och i större utsträckning möjlighet till hembesök från vårdcentralens läkare, är antalet förfrågningar mycket få.

Det omvända förhållandet gäller för kontakter från sjukhus, där 56% av alla kontakter till MTN Ystad kommer från denna aktör jämfört med 17 % för MTN Kristianstad. En förklaring till den stora andelen hembesök efter kontakt från sjukhus för MTN Ystad är det bibehållna basenkologi-uppdraget. Antalet basenkologi-patienter motsvarar antalet patienter som det tidigare MTBY hade tidigare (121 patienter under augusti 2022 till oktober 2023). En annan förklaring till den stora andelen patienter från sjukhuset kan vara att man har byggt vidare på redan etablerade relationer och arbetssätt mellan medarbetare på Lasarettet i Ystad och MTBY i arbetet med MTN Ystad medan det tar tid att bygga upp motsvarande relationer och arbetssätt mellan medarbetare på CSK i Kristianstad och MTN Kristianstad, där man började arbetet från grunden.

3.3.3 TEAMENS INSATSER

I tabell 8 redovisar vi antalet insatser som MTN Kristianstad och MTN Ystad har gjort under de 12 första månaderna i termer av besök och telefonkontakter, uppdelat på personalkategori och ifall besöket är en punktinsats eller inte. Alla besök avser hembesök även om de registreras

under olika kategorier. Hembesök, uppdelat på olika personalkategorier, är de vanligaste registrerade besöken för MTN Kristianstad. Utöver punktinsatser, är teambesök samt återbesök, nybesök och hembesök, uppdelat på olika personalkategorier, de vanligaste registrerade besöken för MTN Ystad. Skillnaderna i besökstyper, utöver punktinsatser, bedömer vi beror mer på hur man använder itACiH än på skillnader i innehåll i besök varför vi endast redovisar besök per personalkategori och ifall det är en punktinsats eller inte. Teambesök, som endast registreras i MTN Ystad, avser ett besök där minst två medarbetare från MTN är med, men det registreras inte vilka personalkategorier som avses. Oftast är det läkare och sjuksköterska men det kan också vara läkare, sjuksköterska och kurator, läkare och kurator eller sjuksköterska och kurator, det sistnämnda om det gäller återbesök. Den allra vanligaste konstellationen är läkare och sjuksköterska, varför vi redovisar teambesök under kategorin besök av läkare och sjuksköterska nedan (tabell 8 och figur 2). Detta innebär dock att andelen besök där kurator är med är något underskattade i statistiken som redovisas för MTN Ystad.

Vi noterar stora skillnader mellan MTN Kristianstad och MTN Ystad avseende vem som utför besöken och andelen punktinsatser medan antalet besök är lika; båda teamen har gjort omkring 1200 besök under de 12 första månaderna. Av alla hembesök som är från MTN Kristianstad, utgör 59% besök av läkare och sjuksköterska tillsammans medan motsvarande siffra är 20% för MTN Ystad. Vad gäller andelen besök som sker av sjuksköterska är andelen 27% för MTN Kristianstad och 73% för MTN Ystad. Andelen besök som utförs av kurator är 12% för MTN Kristianstad och 6% för MTN Ystad.

Skillnaderna i vilken profession som utför besöken, vilken aktör som kontakter MTN och hur stor andel av alla besök som avser punktinsatser hänger ihop. Av alla hembesök som MTN Kristianstad har gjort avser 3% punktinsatser medan motsvarande siffra för MTN Ystad är 55%. Som nämns ovan är punktinsatser till exempel att administrera infusion (dropp) eller blodtransfusion och föregås alltid av en remiss och en ordination på uppdraget av en läkare, oftast från sjukhuset. Punktinsatsen utförs oftast av en sjuksköterska och kan innebära flera besök hos en patient. En blodtransfusion innebär två till tre besök hos patienten. Två enheter blod ges vanligen och eftersom det ges en enhet per dag innebär detta två besök, två dagar i rad. Ofta föregås transfusionen av ett besök då teamet gör ett bas-test men detta kan även utföras av andra vårdgivare.

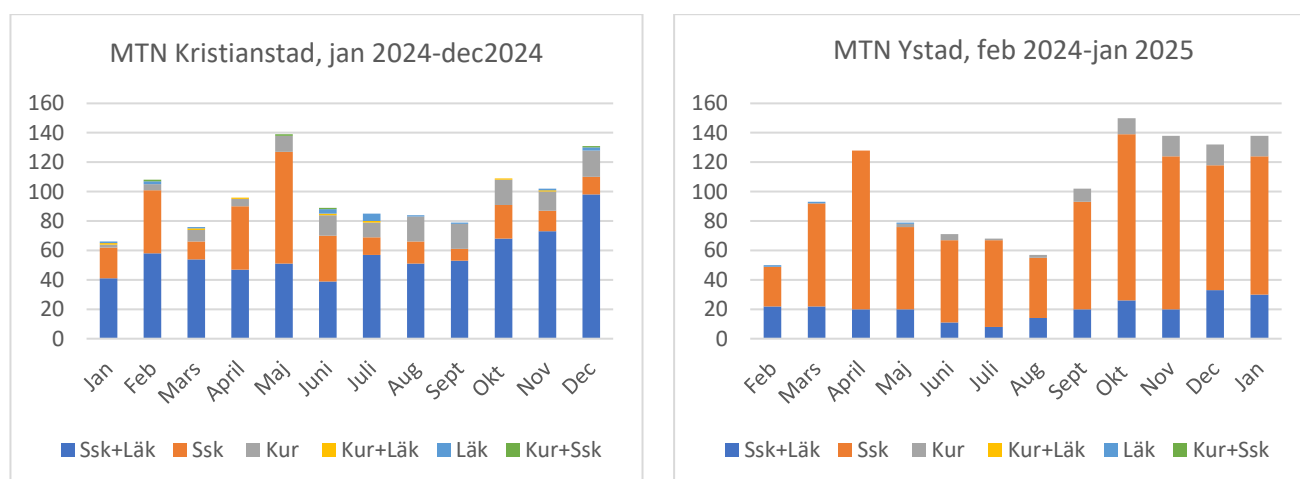
Tabell 8. Teamens insatser de 12 första månaderna.

	Kristianstad jan 2024-dec 2024	Ystad feb 2024-jan 2025
Vem utför besöken?		
Antal besök	1164	1206
<i>varav</i>		
- av läkare och sjuksköterska	59%	20%
- av sjuksköterska	27%	73%
- av kurator	12%	6%
- av läkare	1%	<1%
- av kurator och läkare	1%	<1%
- av sjuksköterska och kurator	<1%	<1%
	<1%	<1%
Hur stor andel av alla besök är punktinsatser?		
Antal besök	1164	1206
<i>Varav besök som inte är punktinsats</i>	97% (1125 besök)	45% (542 besök)
<i>Varav besök som är punktinsats</i>	3% (39 besök)	55% (664 besök)
- av läkare eller läkare och sjuksköterska	2 besök	6 besök
- av sjuksköterska	37 besök	658 besök
Vem utför telefonkontakterna?		
Antal telefonkontakter	633	314
<i>varav</i>		
- av läkare	64%	17%
- av kurator	25%	56%
- av sjuksköterska	11%	27%

I figur 2 illustreras skillnader mellan MTN Kristianstad och MTN Ystad vad gäller vem som utför hembesöken. Vi noterar att antalet besök från kurator ökar över tid i både MTN Kristianstad och MTN Ystad, både som antal och andel av alla hembesök. Andelen besök där

kurator är med är 14% månad 12 för MTN Kristianstad och motsvarande siffra för MTN Ystad är 10%. För Ystad är den siffran dessutom något underskattad (se ovan). Detta speglar vad som framkommit i intervjuer och enkäter, nämligen att kurators roll uppmärksammas över tid och när den väl uppmärksammas är den uppskattad och fyller ett behov. Fördelningen mellan andel besök från sjuksköterska respektive sjuksköterska och läkare tillsammans varierar över tid i båda teamen. Här kan vi inte urskilja något tydligt mönster, vilket motiverar varför vi diskuterar fördelningen med hänsyn till det totala antalet besök under de 12 första månaderna ovan. Sist men inte minst observerar vi att volymerna går upp under hösten och tycks stabiliseras på en högre nivå under hösten/vintern i båda fallen. Data över volymer för januari-februari 2025 för MTN Kristianstad och februari 2025 för MTN Ystad indikerar att volymerna bibehålls på den högre nivån men dessa siffror redovisas inte i figurer eller tabeller som presenteras i rapporten. De bibehållna högre volymerna kan vara en konsekvens av ökad förekomst av infektioner under hösten/vintern, av att vetskap om MTN har satt sig hos samverkande vårdgivare över tid eller en kombination av dessa båda faktorer.

Figur 2. Antal besök och vem som utför.



3.4 UPPLEVT VÄRDE AV VÅRDFORMEN

I nedanstående redovisar vi hur medarbetare i MTN och bland samverkande vårdgivare upplever värdet av vårdformen för såväl patienter som anhöriga, men också för medarbetare i teamen, baserat på svar i enkäter och intervjuer.

3.4.1 VÄRDE FÖR PATIENTER OCH ANHÖRIGA

Bland medarbetare i teamen är synen på värdet av deras arbete för patienter mycket positiv (tabell 9). På samtliga frågor om huruvida MTNs arbete bidrar till skillnad för patienter och

anhöriga, förutom frågan om kontinuitet för MTN Kristianstad, visar värdena på ett medelvärde över 4,0. På majoriteten av frågorna är instämmandet dessutom något högre i enkäten i februari-mars 2025 än i juni 2024. Vi kan dock inte uttala oss om huruvida skillnaderna är statistiskt signifikanta, givet det låga antalet respondenter.

Tabell 9. Teamens syn på värde för patienter.

	Kristianstad		Ystad	
	Juni 2024 (N=7)	Feb-mars 2025 (N=7)	Juni 2024 (N=9)	Feb-mars 2025 (N=11)
	Medelvärde (min, max)		Medelvärde (min, max)	
Upplever du att ert arbete i MTN Kristianstad/Ystad bidrar till någon skillnad för patienter och anhöriga vad gäller...				
En trygg situation i hemmet?	4,4 (4, 5)	4,7 (4, 5)	4,4 (4, 5)	4,7 (4, 5)
Kontinuitet i vården?	3,9 (2, 5)	3,9 (3, 5)	4,0 (3, 5)	4,4 (3, 5)
Tillgänglighet till vård?	4,3 (3,5)	4,6 (4, 5)	4,7 (4, 5)	4,7 (4, 5)
Att minska undvikbar sjukhusvård	4,3 (3, 5)	4,6 (4, 5)	4,6 (3, 5)	4,5 (4, 5)
Förtroende för vården?	4,1 (3, 5)	4,3 (3, 5)	4,3 (3, 5)	4,5 (4, 5)
Delaktighet i beslut som rör patientens hälsa?	4,3 (4, 5)	4,1 (3, 5)	4,3 (3, 5)	4,4 (3, 5)
Koordinering och samordning av olika insatser?	4,4 (4, 5)	4,4 (4, 5)	4,6 (4, 5)	4,4 (3, 5)

1=I mycket liten utsträckning; 5=I mycket stor utsträckning.

Samtliga respondenter från båda teamen och vid båda mättillfällena svarar ”Ja” på frågan ”Upplever du att patienterna känner förtroende för er och ert arbete?”. I fritextsvaren uttrycker en person: ”De patienter som kan uttrycka sig uttrycker väldigt ofta en tacksamhet och förtroende för oss.” I ett annat fritextsvar uttrycks följande: ”Alla patienter är så tacksamma för att de fått känna sig sedda, hörda och betydelsefulla.”

Med undantag för en respondent i ett team vid första mätningen svarar samtliga respondenter från båda teamen och vid båda mättillfällena ”Ja” på frågan ”Upplever du att vården blir (mer) personcentrerad?”. I intervjuerna utvecklas tankarna om vårdformens värde för patienter ytterligare. I både MTN Ystad och MTN Kristianstad beskriver man hur vårdformen bidrar till en tryggare situation i hemmet och att patientens behov är vad som står i centrum. En

medarbetare uttrycker att själva konceptet, att patienten får lov att vara hemma och i en miljö där de redan känner sig trygga, är essentiellt.

*Hemmet är patientens borg – och vi möter dem på deras planhalva.
(Medarbetare i MTN, intervju)*

Tycker ovanstående [frågor tabell 9] speglar hela MTN insats, trygghet, kontinuitet, tillgänglighet, minska sjukhusvård, förtroende, delaktighet, hjälp med samordning är klockrent. = Personcentrerad Vård. (Medarbetare i MTN, enkät feb-mars 2025)

När teamet kommer känner patienten sig sedd och omhändertagen. Att man dessutom kan erbjuda ett multikompetent team som kan bedriva högkvalificerad vård på patientens villkor, snarare än ett besök hos en AT-läkare på vårdcentralen, bidrar till en större trygghet och ett större förtroende för vården. En annan medarbetare i ett av teamen diskuterar trygghet på följande sätt:

Patienten kanske inte alltid upplever det som det, men anhöriga upplever det alltid. (Medarbetare i MTN, intervju)

Även tillgängligheten till vård ökar med vårdformen. Oftast kan teamen komma ut samma dag. Den ökade tillgängligheten är också något som samverkande vårdgivare lyfter upp.

Det är ju inte lång tid från det att vi tar kontaktat tills vi har en läkare och sjuksköterska på plats. (Medarbetare kommunal hemsjukvård, intervju)

Helt plötsligt har vi en möjlighet att föra ut vården till patienten. Patienten som inte vill eller behöver in till akuten. Patienten som vårdcentralen aldrig har tid till eller lust att komma ut till. Patienterna i "gråzonen" har helt plötsligt möjlighet till fantastisk personcentrerad vård i hemmet istället för att bli en i mängden på akuten, som varken ser hemmiljö eller har tid för den enskildes behov. Ett fantastiskt

*komplement för oss i ambulansen som jag gladeligen använder mig av.
(Medarbetare ambulans, enkät mars 2025)*

Såväl teamen som samverkande aktörer lyfter fram att implementeringen av MTN har inneburit att vården blir mer personcentrerad, att patienter och anhöriga är mer nöjda när de kan stanna hemma och slippa åka till akuten samt att det är lättare bjuda in den som är sjuk till en dialog när man möter denne i sitt eget hem.

Ytterligare en behållning med vårdformen är att teamen har mer tid att kartlägga vad patienten känner och vill. Att möta patienten i sitt hem gör att tröskeln för patienten att ta upp sådant som tynger en blir lägre samtidigt som teamet har mer tid för att föra ett samtal med patienten i jämförelse med om man är på ett vårdcentralbesök eller vid en rondning. Man beskriver det även som att man får möjlighet att se helheten för patienten på ett annat sätt när man träffar patienten i dess vardag.

Vi hinner se patienten, helheten, både psykologiska behov och också medicinskt. (Medarbetare i MTN, intervju)

Vi ser ju faktiskt patientens vardag och vad som fattas och där tror jag vi kan göra en jätteskillnad. (Medarbetare i MTN, intervju)

Kuratorn fyller en viktig roll i att skapa trygghet för patienter genom ett eller flera motiverande och/eller existentiella samtal. Sådana samtal kan motverka ofrivillig ensamhet och skapa en lugnare situation för patienten då det finns utrymme att prata om och få en bättre förståelse för den egna situationen. Kurator kan också skapa bättre förutsättningar för personer att vara i sitt hem genom att samordna och initiera insatser från kommunen, insatser som annars skulle ha varit fördröjda. Samtidigt upplever inte andra aktörer att deras kostnader ökar som en följd av vårdformen (se avsnitt 3.6).

Vårdformen innebär även ett värde för anhöriga eftersom patienten får en tryggare situation i hemmet. Kurators roll lyfts fram som viktig i att direkt stötta anhöriga, antingen de är sammanboende med patienten eller bor på annat håll. Kuratorn har både en viktig roll i att koordinera insatser och att ha existentiella eller motiverande samtal med patienter men också i att ha anhörigsamtal. Anhörigsamtal fyller en viktig funktion dels då anhöriga får bättre kunskap om vad som sker med patienten, dels då anhöriga kan få hjälp med verktyg för egen del. Med verktyg avses kunskap om vilket direkt stöd till anhöriga som finns så att de kan

avlastas, till exempel möjlighet att någon från kommunen kommer hem till patienten så att den anhöriga kan lämna hemmet utan att känna oro.

Även bland samverkande aktörer är synen på värdet av vårdformen för patienter mycket positiv (tabell 10). Framförallt lyfter man fram att det blir en tryggare situation i hemmet. På frågan ”Tycker du att mobilt team gör skillnad för patienter?” svarar en överväldigande majoritet ”Ja” vid båda mätningarna och för båda teamen. I fritextsvaren till frågan om mobilt team gör skillnad för patienter uttrycker en person: ”Verkligen, ett fantastiskt tillskott och nödvändigt alternativ till dagens sjukvård”. På frågan ”Upplever du att vården blir (mer) personcentrerad?” svarade också en överväldigande majoritet ”Ja” vid båda mätningarna och för båda teamen. I de öppna kommentarerna kopplande till frågan om vården blir mer personcentrerad svarar en person: ”Ja, eftersom den sker i hemmet i samråd med patient!”.

Tabell 10. Samverkande aktörers syn på värde för patienter.

	Kristianstad		Ystad	
	Juni-Okt 2024 (N=44)	Feb-mars 2025 (N=38)	Juni-Okt 2024 (N=33)	Feb-mars 2025 (N=41)
	Medelvärde (min, max)		Medelvärde (min, max)	
Om du reflekterar över den tid du och din organisation har samverkat med MTN Kristianstad/Ystad, upplever du att arbetet bidrar till någon skillnad för patienter och anhöriga vad gäller..				
En trygg situation i hemmet?	4,3 (2, 5)	4,3 (2, 5)	4,2 (2, 5)	4,0 (1, 5)
Kontinuitet i vården?	3,5 (1, 5)	3,3 (1, 5)	3,6 (1, 5)	3,3 (1, 5)
Tillgänglighet till vård?	4,1 (2, 5)	4,3 (3, 5)	3,7 (1, 5)	4,0 (1, 5)
Att minska undvikbar sjukhusvård	4,3 (2, 5)	4,3 (2, 5)	3,8 (1, 5)	4,0 (1, 5)
Förtroende för vården?	4,1 (3, 5)	4,1 (2, 5)	3,8 (2, 5)	3,8 (1, 5)
Delaktighet i beslut som rör patientens hälsa?	4,0 (2, 5)	4,0 (2, 5)	3,8 (2, 5)	3,6 (1, 5)
Koordinering och samordning av olika insatser?	4,0 (2, 5)	3,9 (2, 5)	3,6 (2, 5)	3,5 (1, 5)

1=I mycket liten utsträckning; 5=I mycket stor utsträckning.

En eventuell nackdel som lyfts fram med vårdformen är att då det blir många punktinsatser så kan kontinuiteten till vården minska. I de öppna kommentarerna i enkäten uttrycker en medarbetare i ett av teamen följande: ”Kontinuiteten kan ju brytas när vi kommer in och gör

en insats men oftast koordinerar vi det så bra att det blir en del av kontinuiteten de har med andra aktörer.” I en annan kommentar beskrivs samma sak på följande sätt:

Ibland kan många olika aktörer vara inblandade i en patients vård och då kan det vara svårt att veta vem som gör vad, då behövs ett tydligt samarbete och uppdelning av insatser och åtgärder och uppföljningar. Men patienten sätts alltid i centrum och bedömningar sker utifrån patientens bästa. (Medarbetare MTN, enkät juni 2024)

Inom MTN Ystad har man försökt att stävja detta potentiella problem genom att i större utsträckning involvera hemsjuksköterskan när man gör sina besök i hemsjukvården. På samma sätt diskuterar MTN Kristianstad att teamet ibland tar rollen som länk mellan vårdcentralerna och hemsjukvården och hur man arbetar proaktivt för att lägga upp hållbara planer vid hemgång från sjukhuset. Det senare berättar man har bidragit till att ambulansen fått färre uppdrag till särskilda boenden.

Några kommentarer i enkäterna handlar om att det är viktigt att hitta en balans mellan att erbjuda vård i hemmet när så är möjligt och att säkerställa att patienter får tillgång till sjukhusvård när det är nödvändigt. Detta ligger i uppdraget för MTN, att patienter som vill vårdas hemma och vars medicinska tillstånd inte erfordrar sjukhusvård inte heller ska behöva åka till sjukhus. Det är dock viktigt att ambitionen att vårda patienter, som inte vill till sjukhus, hemma inte leder till att sjukhusvård undviks, i de fall det är medicinskt nödvändigt.

3.4.2 VÄRDE FÖR MEDARBETARE I MTN

Samtliga medlemmar i de två MTN-teamen uttrycker en mycket positiv syn på samarbetet i teamet och även en positiv syn på samverkan med samverkande aktörer (tabell 11). Vidare har man inom de båda teamen en positiv syn på sin arbetssituation (tabell 12). Det finns en god samhörighet i teamen samtidigt som frågor och funderingar ventileras och allas röst räknas. Vidare upplever man att medarbetare i de båda teamen har den kompetens och de befogenheter som behövs för att klara uppdraget och kan utvecklas i sin professionella roll genom att lära från andra, framförallt från andra medarbetare i teamet men även genom samverkan med andra vårdgivare.

Vi har alla olika kompetenser och kommer från olika håll och det är ju en styrka i sig själv. Och där tar vi ju hjälp av varandra så det är en grundstyrka i sig själv tycker jag. (Medarbetare i MTN, intervju)

Jag kan absolut säga att man tar lärdom av all kompetens i teamet. Jag tänker att man lär nog dagligen utifrån olika diskussioner och olika patientärenden. (Medarbetare i MTN, intervju)

En medarbetare i ett av teamen förklarar att det med tiden blivit mer och mer tydligt hur beroende man är av varandra inom teamet. Alla har olika styrkor och man kompletterar varandra. Kurators betydelsefulla roll har berörts under 3.1 och detta är något som beskrivs som unikt för vårdformen – att ha tillgång till en kurator. Även sekreterarens roll lyfts fram av kollegorna som en viktig funktion för att lotsa rätt vid den första kontakten med patient.

Tabell 11. Teamens syn samarbete och samverkan.

	Kristianstad		Ystad	
	Juni 2024 (N=7)	Feb-mars 2025 (N=7)	Juni 2024 (N=9)	Feb-mars 2025 (N=11)
	Medelvärde (min, max)		Medelvärde (min, max)	
Är det tydligt för dig vilken roll och vilket ansvar du har i teamet?	4,7 (4, 5)	4,6 (3, 5)	4,6 (4, 5)	4,6 (4, 5)
Upplever du att samarbetet i teamet fungerar väl som helhet?	4,6 (4, 5)	4,3 (3, 5)	4,3 (3, 5)	4,1 (3, 5)
Upplever du att vårdformen, dess syfte och roll är tydlig även för andra aktörer utanför teamet?	3,3 (1, 4)	3,3 (3, 4)	3,0 (2, 4)	3,1 (1, 4)
Upplever du att samarbetet med aktörer utanför teamet (vårdcentraler, ambulans, sjukhus, kommun) fungerar väl som helhet?	3,7 (2, 5)	3,9 (3, 5)	3,6 (3, 4)	3,3 (2, 4)

1=I mycket liten utsträckning; 5=I mycket stor utsträckning.

I Kristianstad MTN beskrivs det ”lilla teamet” med informella mötena och en konstant dialog mellan medarbetarna som en styrka. Man uttrycker det som att det är ett teamarbete som pågår hela tiden. Dialogen innebär att det blir korta kommunikationsvägar och snabba beslut när man slipper boka möten med varandra och istället kan ta aktuella ärenden direkt. Kurators roll lyfts även fram i dessa dialoger som en viktig input i arbetet. Här ser man en utmaning att bibehålla den goda dialogen när teamet växer och öppettiderna för teamet förlängs, eftersom alla medarbetare då inte kommer träffa varandra varje dag.

Tabell 12. Teamens syn på sin arbetssituation.

	Kristianstad		Ystad	
	Juni 2024 (N=7)	Feb-mars 2025 (N=7)	Juni 2024 (N=9)	Feb-mars 2025 (N=10)
	Medelvärde (min, max)		Medelvärde (min, max)	
Upplever du i ditt arbete i MTN Kristianstad/Ystad...				
Arbetsglädje – att det är roligt att gå till jobbet?	4,6 (4, 5)	4,0 (2, 5)	4,8 (4, 5)	4,3 (4, 5)
En känsla av autonomi i det dagliga arbetet – att du har eget ansvar, är delaktig i beslut och har möjlighet att påverka vården till patienter?	4,4 (4, 5)	4,3 (3, 5)	4,4 (4, 5)	4,5 (4, 5)
Att det finns samhörighet i teamet - att frågor och funderingar kring mobilt team och dess arbete kan ventileras med andra i gruppen?	4,6 (4,5)	4,4 (3, 5)	4,7 (4, 5)	4,2 (4, 5)
Att du har den kompetens och de befogenheter som behövs för att mästra arbetsuppgifterna?	4,4 (4, 5)	4,9 (4, 5)	4,5 (4, 5)	4,6 (4, 5)
Lärande och erfarenhetsutbyte mellan dig och andra medarbetare i teamet?	4,4 (4, 5)	4,1 (3, 5)	4,2 (4, 5)	4,2 (3, 5)
Att du utvecklas i din professionella roll?	4,0 (3, 5)	3,7 (2, 5)	4,0 (2, 5)	3,7 (2, 5)
Att du är delaktig i beslut som rör teamets arbete och utveckling – att allas röst i teamet räknas?	4,6 (4, 5)	4,3 (3, 5)	4,4 (4, 5)	4,3 (3, 5)
Lärande och erfarenhetsutbyte mellan dig och samverkande parter (ambulans, kommun, vårdcentraler, sjukhus)?	3,6 (2, 5)	3,4 (2, 5)	3,9 (3, 5)	4,0 (3, 5)

1=I mycket liten utsträckning; 5=I mycket stor utsträckning

3.4.3 VÄRDE FÖR SAMVERKANDE AKTÖRER

Vårdformen MTN har inte bara inneburit positiva konsekvensen för patienter och medarbetare i teamen. På samma sätt går det att se positiva effekter för samverkande aktörer. Från ambulansens håll uttrycker man sig på följande sätt:

Jag är extremt positiv till det mobila teamet. Jag tycker det är helt rätt väg att gå. Vi har efterfrågat det i många, många år inom ambulansen. Att ha något mellanting. (Medarbetare ambulansen, intervju)

Man förklarar att ambulanspersonal stundtals kan uppleva en viss frustration när man måste göra onödiga körningar, i meningen att man måste köra in en person till akuten som egentligen inte är i behov av sjukhusvård. Onödiga körningar tar inte bara upp en resurs (en bil). De innebär även att man från ambulansens håll får sämre beredskap. Med MTN så uppstår ett alternativ till denna körning. För ambulansens del innebär det att de får bättre förutsättningar för att köra ”rätt” patienter och att fungera som den beredskapsorganisation som man är tänkt att vara.

Precis som ambulansen uttrycker sjukhusen positiva konsekvenser då akutmottagningarna till viss del kan avlastas när MTN aktualiseras eller då ambulansen får möjlighet att köra ”rätt” patienter till akuten. Samtidigt innebär en tidigare hemgång från vårdavdelningarna med hjälp av MTN att slutenvårdsplatser kan erbjudas någon annan. Man förklarar vidare att vid tidig hemgång handlar teamets roll inte bara om att fortsätta vården i hemmet. Likafullt får teamen en viktig funktion i att säkra att patienten känner sig trygg med den tidiga hemgången.

Tryggar vi patienten, då stannar patienten i större utsträckning kvar i hemmet. För ibland blir det många som kommer för att de är oroliga. Det kanske inte har hänt något speciellt, men jag känner mig ensam och därför åker jag in till akuten. Och hade de bara fått tillgång till teamet då stillar de sitt behov. För då vet de att dagen efter kommer teamet igen. Så även om jag kanske mår sämre så kan jag vänta kvar i hemmet för jag vet att teamet kommer och följer upp och hjälpa mig om det är någonting. (Medarbetare sjukhus, intervju)

Sammantaget vittnar både sjukhuset och ambulansen om att införandet av den nya vårdformen ger möjlighet till ett mer effektivt resursutnyttjande och en bättre tillgänglighet. Möjligheten att nyttja MTN, är man dock övertygad om på båda sjukhusen, går att förbättras.

Min övertygelse är att det kan vara fler patienter som kan vara aktuella. (Medarbetare sjukhus, intervju)

Från vårdcentralernas och kommunernas håll lyfter man fram att MTN utgör en viktig roll som komplement till primärvården vid vårdcentraler. En direkt konsekvens av införandet av den nya vårdformen är att tillgängligheten till läkare och att få till ett läkarbesök om exempelvis en patient på ett äldreboende blir sjuk ökar.

*Men just när det blir så där akut, att man då kontaktar teamet blir ju mycket effektivare för patienten tänker jag. Patienten behöver inte vänta och sköterskan i hemsjukvården får hjälp betydligt snabbare.
(Medarbetare på vårdcentral, intervju)*

Med införandet av MTN finns möjlighet till avlastning av både vårdcentraler, akutmottagning, vårdavdelning och behov av plats på korttidsboende, något som man påpekar bidrar till ökad patientkvalitet. Såväl vårdcentralerna som kommunerna upplever att det är lätt att få tag i teamen, lätt att få till hembesök, att teamen återkopplar på ett bra sätt och gör processen smidig. MTNs arbete blir därmed ett viktigt stöd för den enskilda kommunalt anställda sjuksköterskan.

Ja det kan väl jag också hålla med om att det går väldigt snabbt från det att man ringer till dess man har någon på plats. Man var kanske inte beredd på att det skulle gå så fort, det brukar ju inte gå så snabbt. Så det ser jag som positivt. Det dröjer bara någon timme så har man folk på plats. (Medarbetare i kommun, intervju)

På samma sätt upplever de två teamen att det är enkelt att få tag i den enskilde läkaren på patientens vårdcentral när återkoppling ska ske. Medvetenheten om att man tillsammans kan ge lite bättre vård bidrar till att man från vårdcentralernas håll lyfter fram att man kan känna sig lite bättre till mods i sitt arbete.

3.5 IMPLIKATIONER FÖR ANNAN VÅRD - SITUATIONER DÄR ANNAN VÅRD KAN UNDVIKAS

MTN Kristianstad har utfört omkring 700 hembesök efter kontakt från kommun eller vårdcentral (59% av alla hänvisade patienter) och MTN Ystad har utfört omkring 200 hembesök (17% av alla hänvisade patienter) efter kontakt från samma vårdgivare under de första 12 månaderna. Dessa hembesök sker samma eller nästkommande dag som kommun eller vårdcentral tagit kontakt med teamet och är exempel på insatser som avlastat den vårdcentral där patienten är listad. Åtgärder som görs efter bedömning av patientens tillstånd och behov

kan vara insättning av läkemedel, syrgas och vätskedrivande. Exempel som nämns i intervjuer och fritextsvar i enkäter är:

- Insättning eller justering av vätskedrivande till patienter med hjärtsvikt.
- Insättning av peroral antibiotika vid konstaterad lunginflammation och urinvägsinfektion.
- Insättning av smärtstillande till patienter med värk.

Ett annat exempel är att MTN tagit kontakt med anhöriga, genomfört brytpunktsamtal och ordinerat palliativa läkemedel, både på korttidsboende, särskilt boende och i ordinärt boende. Detta har inneburit att patienter med en uttalad önskan att få dö i sitt hem har undvikit transport och slutenvård på sjukhus i livets slutskede.

Insatser i hemmet från såväl kurator som läkare och sjuksköterska möjliggör också för sköra individer att bo kvar hemma i väntan på att flytta till ett särskilt boende. På så vis kan en flytt till särskilt boende ske under mer ordnade former. Personen slipper flytta två gånger och en plats på korttidsboende kan undvikas.

MTN Kristianstad har utfört närmare 200 hembesök efter kontakt från ambulans (16% av alla hänvisade patienter) och MTN Ystad har utfört omkring 70 hembesök (6% av alla hänvisade patienter) efter kontakt från samma vårdgivare under de första 12 månaderna. I majoriteten av dessa fall har MTN utfört liknade insatser som efter kontakt från vårdcentral och kommun och patienten har undvikit såväl transport till sjukhus som besök på akutmottagning eller annan avdelning vid sjukhus. I några av dessa fall har dock patientens tillstånd bedömts vara så allvarligt att hen inte har kunnat stanna hemma med hjälp av insatser från MTN utan behövt transport till sjukhus.

MTN Kristianstad har utfört omkring 200 hembesök efter kontakt från sjukhus (17% av alla hänvisade patienter) och MTN Ystad har utfört omkring 700 hembesök (56% av alla hänvisade patienter) efter kontakt från samma vårdgivare under de första 12 månaderna. Dessa hembesök är insatser där patienten kunnat komma hem från sjukhus tidigare (tidigare hemgång) och sluppit återbesök på sjukhus, alternativt undvikit sjukhusvård helt efter besök på akutmottagning eller öppenvårdsmottagning. Exempel på insatser som nämns i intervjuer och fritextsvar i enkäter är:

- Blodtransfusion till patienter med anemi, inklusive bas-test inför transfusionen.
- Intravenös antibiotika till patienter med infektion i samverkan med ASIH.
- Uppföljning av allmäntillstånd efter slutenvård.

3.6 SYN PÅ SAMVERKAN

På frågan ”Upplever du att din samverkan med teamet känns meningsfull?”, i enkäten till ambulans, sjukhus, vårdcentraler och kommuner, svarar en överväldigande majoritet ”Ja”. På

frågan ”Upplever du att samarbetet och samverkan med teamet fungerar väl som helhet” är majoriteten av de samverkande vårdgivarna också mycket positiva. Man beskriver att samverkan fungerar smidigt och att dialogen mellan vårdgivarna är god eller till och med mycket god (tabell 13). Som nämnts tidigare i rapporten är det lätt att få tag i läkare och att få till hembesök och processen och samspelet i sin helhet beskrivs som smidigt. I de fria kommentarer poängterade många den lösningsorienterade inställningen för patients bästa.

Väldigt välfungerande. Från dag ett liksom. (Medarbetare på vårdcentral, intervju)

De är ju extremt duktiga och har en stor vilja att lösa problem. (Medarbetare på sjukhus, intervju)

Man är vidare rörande överens om att samverkan är vägen framåt för att uppnå en personcentrerad vård och att det i sammanhanget handlar om att ge och ta – att hjälpas åt med patientens bästa framför ögonen.

Samverkan är navet i vården för oss i teamet. All vår vård sker i samverkan med andra. Det blir viktigt för oss att den fungerar väl. (Medarbetare MTN, enkät juni 2024)

En viktig aspekt som lyfts fram för att samverkan ska fungera väl utgörs av den goda dialogen. Det är viktigt att denna dialog inte försvåras av informationssystem eller krångliga rutiner för att få tag i varandra eller för att dela information. Här kan vi se hur samverkansmötena spelar en viktig roll för att identifiera vad som fungerar respektive inte fungerar och hitta en gemensam väg framåt. De nya rutiner för samverkan och kontaktande av MTN som beskrevs under 3.2.1 är även de exempel på utveckling som skett för att främja den goda dialogen. Vidare har teamen uppmärksammat vikten av att involvera hemsjuksköterskan i större omfattning vid deras besök.

Jag tror ju på det här att man ska ha nära samarbete. Vi ska ha kort avstånd till varandra. Det ska vara en telefon eller en snabb kommunikation. Det ska inte vara för krångligt. Det ska inte vara

faxformulär i absurdum för att kunna eventuellt få hjälp. Utan det ska vara lite rakt och lite enkelt. (Medarbetare i kommun, intervju)

På frågorna om uppgifter vältrats över på samverkande aktörer i samband med införandet av MTN, om MTN inneburit att det blivit merarbete för samverkande aktörer eller om införandet av MTN lett till större efterfrågan på hjälpmedel/ökade kostnader är värdena låga. Upplevelsen är att införandet av MTN inte inneburit merarbete, snarare att man kan få hjälp eller avlastning snabbare.

Samtidigt finns det en risk att tidig hemgång från sjukhuset innebär att hemsjukvården behöver kunna trappa upp sin verksamhet. Det senare är dock inget man märkt av, utan snarare en farhåga som lyfts upp.

Alla har ju liksom mer och lite till [att göra om dagarna]. Man har ju ingen sån här pool eller så som man hade förr som kunde gå på det som kommer in eller som kom nytt. Alla sådana extra resurser har ju plockats bort. Så det hade väl varit ett önskemål, att man hade haft lite gummiband som man hade kunnat ta det som lite oväntat. (Medarbetare i kommun, intervju)

Tabell 13. Samverkande aktörers syn på samverkan.

	Kristianstad		Ystad	
	Juni-Okt 2024 (N=44)	Feb-mars 2025 (N=38)	Juni-Okt 2024 (N=33)	Feb-mars 2025 (N=41)
	Medelvärde (min, max)		Medelvärde (min, max)	
Upplever du att samarbetet och samverkan med teamet fungerar väl som helhet?	4,3 (2, 5)	4,4 (2, 5)	4,2 (3, 5)	4,1 (1, 5)
Upplever du att vårdformen, dess syfte och roll är tydligt?	4,1 (2, 5)	4,2 (1, 5)	3,8 (1, 5)	3,7 (1, 5)
Om du reflekterar över den tid du och din organisation har samverkat med MTN Kristianstad/Ystad...				
Finns det en samsyn kring hur arbetet ska utföras mellan er och teamet?	3,8 (2, 5)	4,0 (1, 5)	3,8 (2, 5)	3,6 (1, 5)

Kan frågor och funderingar kring mobilt team ventileras på din arbetsplats och med teamet?	4,2 (1, 5)	4,2 (1, 5)	3,7 (2, 5)	3,9 (1, 5)
Är "gränsdragningarna" mellan er och teamet tydliga?	3,6 (2, 5)	3,8 (1, 5)	3,6 (2, 5)	3,2 (1, 5)
Vältras uppgifter över på er?*	2,0 (1, 5)	2,0 (1, 3)	2,4 (1, 5)	2,2 (1, 5)
Har införandet av mobilt team lett till merarbete för er?*	1,9 (1, 5)	1,6 (1, 3)	1,9 (1, 4)	2,0 (1, 5)
Har införandet av mobilt team lett till större efterfrågan på hjälpredskap/ökade kostnader för er?*	2,0 (1, 5)	1,5 (1, 3)	2,0 (1, 4)	1,8 (1, 5)
Är ni delaktiga i beslut om ert arbete i relation till teamets arbete, räknas er röst?	3,5 (1, 5)	3,6 (1, 5)	3,1 (1, 5)	3,4 (1, 5)
Kan du utvecklas i din professionella roll genom samverkan med teamet?	3,1 (1, 5)	3,4 (1, 5)	3,2 (1, 5)	3,2 (1, 5)
Kan du bistå medarbetare i teamet med ny kunskap (bidrar till att deras professionella roll utvecklas)?	3,1 (1, 5)	3,0 (1, 5)	2,8 (1,5)	2,9 (1, 5)
Upplever ni lärande och erfarenhetsutbyte mellan samverkande parter (ambulans, kommun, vårdcentraler, sjukhus) som en konsekvens av vårdformen?		3,2 (1, 5)	3,1 (1, 5)	2,5 (1, 5)

*1=I mycket liten utsträckning; 5=I mycket stor utsträckning. *Lågt värde är ett bra utfall.*

I och med att både MTN Ystad och MTN Kristianstad har betydligt fler aktörer att samverka med i jämförelse med MTN Landskrona blir det naturligt att samverkan är tätare med vissa kommuner och vårdcentraler än med andra. I våra intervjuer har vi uppmärksammat två orsaker till att det är lägre efterfrågan på insatser av MTN från vissa aktörer.

Det första skälet till att MTNs insatser inte efterfrågas i så hög omfattning har sin förklaring i strukturella orsaker, det vill säga att det finns tillgång till vård från annat håll. Detta illustreras i våra resultat av att samarbetet och samverkan mellan vårdcentral och hemsjukvården fungerar väldigt väl i vissa kommuner. Läkarna på vårdcentralen hinner med och har möjlighet att göra hembesök hos sina listade patienter. I dessa fall behövs inte MTNs insatser i lika stor utsträckning. Medarbetare från några kommuner skriver att eftersom de har ett gott samarbete med vårdcentralerna har de sällan eller nästan aldrig behövt MTNs insatser, men de fåtal gånger

behovet har uppstått har det varit mycket nöjda och det är en trygghet att MTN finns att tillgå. Denna bild speglas av representanter från vårdcentraler i samma områden.

För det andra är det oundvikligt att alla aktörer ska känna sig bekväma med förändringar. Införandet av en ny vårdform tar tid och även om ett år kan upplevas som långt är det relativt kort för att en ny vårdform ska sätta sig och bli ett naturligt alternativ att tillgå för alla inblandade aktörer. När vardagen springer på lite för fort finns det en risk att man går på invanda rutiner snarare än tänker att det finns ett team att tillgå.

Jag tror också att den allmänna pressen, som alla har på sig, då tänker du inte utanför boxarna. Då är det bara här och nu, jag måste överleva denna dag. Då tänker du inte, åh, vilka patienter skulle vi kunna få till teamet istället? Du är bara så i din egen bubbla. Jag tror det påverkar dig jättemycket. (Medarbetare i MTN, intervju)

Samtidigt som efterfrågan på MTNs insatser är lägre hos vissa aktörer finns det risk att det blir ett överutnyttjande av MTNs insatser hos andra aktörer. En viktig aspekt som lyfts fram i sammanhanget är vikten av att teamen inte blir en aktör som ska lösa organisatoriska problem, det vill säga en aktör vars roll blir att göra någon annans arbete för att denne inte hinner göra sitt uppdrag eller inte har tillräckligt mer resurser. Samverkan, beskriver man, bygger på att samtliga har patientens perspektiv och patientens bästa för ögonen. MTNs roll handlar inte om att lösa organisatoriska problem. Som en konsekvens av låg/hög efterfrågan på MTNs insatser ser vi ett behov av att i framtiden tydliggöra MTNs roll när den satt sig mer i organisationen.

Samverkan handlar dock inte enbart om samverkan mellan MTN och samverkande aktörer. För att vårdformen ska fungera väl är det viktigt att samarbetet och dialogen också funderar mellan de samverkande aktörerna. Några individer beskriver det som att det ibland finns en tendens till att det blir ”isolerade öar” i andra delar av vården. Detta påverkar patientens resa mellan vårdgivare, men också MTNs arbete och insatser i form av att det i vissa fall kan bli väldigt tungrott.

Det handlar om att ge och ta. Vi måste hjälpas åt. (Medarbetare i kommun, intervju)

Vi måste knyta ihop oss för patienterna. (Medarbetare på sjukhus, intervju)

Tabell 14 och 15 nedan redovisar hur samverkande vårdgivare respektive MTN ser på samverkan mellan olika aktörer.

Tabell 14. Samverkande vårdgivares syn på samverkan med MTN respektive mellan varandra

	Kristianstad		Ystad	
	Juni-okt 2024 (N=44)	Feb-mars 2025 (N=38)	Juni-okt 2024 (N=33)	Feb-mars 2025 (N=41)
	Antal som svarar ja/nej/vet ej		Antal som svarar ja/nej/vet ej	
Upplever du att MTN samverkar på ett bra sätt med andra samverkande parter (ambulans, kommun, vårdcentraler, sjukhus) för patientens bästa?	35/2/7	29/3/6	28/1/4	33/5/3
Upplever du att samverkande parter (ambulans, kommun, vårdcentraler, sjukhus) samverkar med varandra på ett bra sätt för patientens bästa?		29/5/4		27/8/6

Tabell 15. MTNs syn på samverkan med samverkande aktörer respektive samverkan mellan samverkande aktörer.

	Kristianstad		Ystad	
	Juni 2024 (N=7)	Feb-mars 2025 (N=7)	Juni 2024 (N=9)	Feb-mars 2025 (N=11)
	Antal som svarar ja/nej/vet ej		Antal som svarar ja/nej/vet ej	
Upplever du att ni (MTN) och samverkande parter (ambulans, kommun, vårdcentraler, sjukhus) samverkar med varandra på ett bra sätt för patientens bästa?	7/0/0	7/0/0	9/0/0	10/0/1
Upplever du att samverkande parter (ambulans, kommun, vårdcentraler, sjukhus) samverkar på ett bra sätt med varandra för patientens bästa?		4/3/0		7/2/2

3.7 ÖVERRASKANDE ERFARENHETER

På frågan om några erfarenheter varit överraskande går det att uttyda tre tydliga teman kring vilka de positiva erfarenheterna kan kategoriseras.

Det första temat handlar om *behovet av denna vårdform*. En medarbetare i ett av teamen uttrycker det som överraskande ”Att det finns så många äldre med så stort behov i hemmet i stället för på sjukhuset”. Alla patienter man träffat har visat stor tacksamhet för att de fått känna sig sedda, hörda och betydelsefulla. I sammanhanget beskrivs det som överraskande över hur det kan se ut hemma hos folk. En annan viktig erfarenhet är också hur betydelsefull kurators insatser är för att skapa trygghet för de äldre och se till att de får den sociala hjälp som behövs. Man uttrycker det som att man inom vården många gånger endast ser till de somatiska behoven, men för den äldre befolkningen är det icke-somatiska behoven minst lika viktiga att uppmärksamma. I sammanhanget har kurators viktiga roll i teamet blivit allt mer synlig ju längre teamet varit verksamt.

Det andra temat handlar om *teamet, dess insatser och den positiva erfarenheten av samverkan*. Bland samverkande vårdgivare uttrycker man det som överraskande hur enkelt samverkan fungerat från dag ett. Teamet beskrivs som ”alltid professionella, snabba och villigt inställda”. Man beskriver det vidare som att de alltid är lättillgängliga och positivt inställda när man tar kontakt med dem, att det är fantastiskt att hembesöken kan ske samma dag och att deras breda vårderfarenhet är något som är mycket positivt.

*Jag är enormt positivt inställd till det här. Absolut. Och jag tycker att det är förfärligt så som vi håller på. Patienter som är kända hos både primärvård och hemsjukvård och sjukhus som vi ändå behöver skicka till akuten. Så det här är en fantastisk väldigt välkommen vårdform.
(Medarbetare sjukhus, intervju)*

Relaterat till samverkan förklarar man att det har utvecklats ett gott samarbete mellan olika vårdgivare och att kommunikationen fungerar fint. MTNs samarbete med ambulansen beskrivs som en överraskande – men god – erfarenhet i fritextsvar i enkäterna. Den fungerande kommunikationen blir även betydelsefullt för uppföljningen och överlämningen, som beskrivs fungera på ett bra sätt. En respondent från en vårdcentral skriver att en överraskande erfarenhet är att ”teamet följer upp med andra vårdgivare efter en insats”. Många vårdgivare uttrycker det som en överraskande erfarenhet att samverkan fungerar så väl, vilket tyder på att erfarenheterna från annan samverkan inte alltid varit lika positiva. En individ från en kommun styrker detta genom att formulera sig som: ”Tyvärr är inte allt samverkansklimat så”.

Det tredje temat som blir tydligt i diskussionerna kring överraskande erfarenheter handlar om *vikten av att lära av varandra och möjligheten att få till en helhetsbild av vården*. Här blir det tydligt att det uppstår ett lärande såväl inom teamen – när man arbetar tillsammans, tar hjälp av varandra och diskuterar fall – som då teamet möter olika vårdgivare. En medarbetare i ett av teamen uttrycker det som överraskande:

Hur tillfredsställande det är att ha en spindel i nätet-funktion och få en god överblick av alla aktörer kring patienten och den sjuka personens behov både vad gäller medicinsk behandling och omvårdnad (Medarbetare i MTN, enkät mars 2025).

Den helhetsbild av hur vården fungerar som teamet får tillgång till, och bilden av vad som fungerar bra respektive mindre bra, bidrar till att man kan utforma rutiner utifrån vad som uppfattas som "best practice". En medarbetare i ett av teamen uttryckte det som: "Alla kommuner har något riktigt bra, men också något som inte fungerar. Vad kan vi göra mer lika? Hur kan vi lära av varandra?" En annan medarbetare i ett av teamen beskriver det som överraskande att: "Många vårdcentraler har så bra koll på sina patienter i hemsjukvård och en struktur för hembesök." Här blir det viktigt att lyfta fram det som fungerar bra och att lära av varandra.

Även om de överraskande erfarenheterna överlag beskrivs som positiva framkommer en utmaning med vårdformen. Det handlar om att få in det nya arbetssättet i vardagsrutinerna. Som beskrivits tidigare i rapporten finns det en stor risk att man hamnar i invanda rutiner och mönster när det blir stressigt i vardagen. I sammanhanget uppstår en utmaning i att synas och att ständigt marknadsföra teamet hos samverkande aktörer för att det ska bli ett inflöde av patienter till teamen.

Vi behöver lära oss att denna möjlighet finns. (Medarbetare på vårdcentral)

Av denna anledning besöker medarbetare från MTN regelbundet samverkande vårdgivers APT för att presentera sig själva och vad teamen gör och kan bistå med. Samtidigt är det viktigt att påpeka att samverkan är dubbelriktad. Med andra ord är det inte bara teamens ansvar att samverkan ska fungera. Lika mycket ligger ansvaret hos de samverkande aktörerna om man vill få till ett gemensamt flödesansvar.

Kapitel 4

DISKUSSION

I detta kapitel sammanfattar och diskuterar vi ett års erfarenheter från MTN Kristianstad och MTN Ystad, baserat på de resultat som presenterats i kapitel tre. Införandet av MTN i Skåne sker i ljuset av den pågående omställningen till nära vård inom svensk hälso- och sjukvård. Denna omställning har beskrivits som nödvändig för att möta nuvarande och framtida utmaningar med en stor andel äldre personer med omfattande vårdbehov i Sverige (Anell 2020; SOU 2018:39; SOU 2019:29). Enligt SKR (2021) handlar omställningen till nära vård inte om att skapa fler vårdnivåer, utan om att uppnå god samverkan och samordning av insatser mellan de aktörer som är involverade i sjukvård i hemmet. Införandet av MTN i Skåne är ett exempel på detta.

Samverkan inom hälso- och sjukvården är generellt sett både komplext och utmanande. Detta gäller inte minst i Sverige, där samverkan och samarbete krävs mellan vårdpersonal med olika yrkesbakgrunder, över organisatoriska gränser och mellan huvudmän. Det sistnämnda eftersom vårdens ansvar delas mellan kommuner och regioner. För att uppnå god samverkan måste såväl strukturella som kulturella hinder övervinnas. Det handlar bland annat om att samordna regel- och informationssystem, att bemästra administrativa gränsdragningar samt överbrygga skillnader i attityder och värderingar bland de professioner och yrkesgrupper som ska samverka.

Syftet med detta kapitel är att sammanfatta de värden som införandet av MTN Kristianstad och MTN Ystad har bidragit med för patienter, medarbetare i team och bland samverkande vårdgivare och vården i stort. Kapitlet inleds med att belysa de positiva värden som vårdformen kan, och i detta fall har, resulterat i. Goda resultat kommer dock inte av sig självt, utan bygger på vissa förutsättningar. Därför är det viktigt att lyfta fram och diskutera möjligheter till lokal anpassning av vårdformen i sig, men även de förutsättningar som krävs för framgångsrik samverkan och de utmaningar som kan uppstå. Kapitlet avslutas med att jämföra resultaten från MTN Kristianstad och MTN Ystad med resultaten från MTN Landskrona, samt bidra med råd när vårdformen nu etableras runt om i hela Skåne eller då liknande vårdformer införs i andra delar av Sverige.

4.1 VÅRDFORMENS VÄRDE

Såväl den nationella som den internationella forskningen har pekat på att multidisciplinära teambaserade primärvårdsmodeller skapar värde för patienter, medarbetare och finansiärer av

hälso- och sjukvård. Studier har visat på ett positivt samband mellan multidisciplinära team inom primärvården och högre patientnöjdhet (Liljas et al., 2019) men också att sådana vårdformer kan förebygga inskrivning och återinskrivning vid sjukhus genom en förbättrad samordning av insatser och ett mer förebyggande arbetssätt (Hallgren och Dahl Aslan, 2018; Löfqvist et al., 2014; Liljas et al., 2019; Wranic et al., 2019). MTN i Skåne är ett exempel på just en sådan vårdform. MTNs uppdrag är att tillhandahålla vård och samordna insatser för patienter utanför sjukhus samt att ge råd och stöd till andra vårdgivare. Syftet är att tillhandahålla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan och önskar vårdas hemma (ordinärt eller särskilt boende) och att samordna insatser med andra vårdgivare i enlighet med behov och önskemål hos varje enskild patient. Erfarenheter från införandet av MTN i Landskrona, där vårdformen implementerades först, visar på positiva upplevelser för patienter och anhöriga, i termer av en ökad trygghet i hemmet och delaktighet i vården och förbättrad tillgänglighet till vård, samt ett värde för vården i stort, då förutsättningar för effektivare resursanvändning, mer proaktiv vård och bättre vårdkvalitet skapas (Glenngård och Funck, 2023; Funck och Glenngård, 2024). I denna rapport vänder vi blicken mot erfarenheter av införandet av MTN i Kristianstad och Ystad.

Den sammantagna bilden från intervjuer och enkätsvar visar på att *vårdformen gör skillnad* för patienter och anhöriga. Ett av de kanske viktigaste värdena som framkommer är att vårdformen bidrar till *en tryggare situation i hemmet* och *mindre oro* för såväl patienter som anhöriga. Patienter och anhöriga uttrycker en stor tacksamhet för den vård som MTN kan tillhandahålla i hemmet. Man känner sig sedd, hörd och omhändertagen.

Vårdformen bidrar även till att *vården blir mer personcentrerad*. Det är hela tiden patientens behov som står i centrum. Att möta patienten och dess anhöriga i deras hem innebär att möta patienten på deras planhalva. Dialogen beskrivs bli bättre och patienten ges möjlighet till *större delaktighet i beslut* som rör deras vård och hälsa. Detta bidrar till såväl större *förnöjsamhet* bland patienter och anhöriga som att patienten känner sig *betydelsefull*.

Vårdformen har även inneburit att *tillgängligheten till vård ökar*. I sammanhanget lyfts framförallt MTNs roll som komplement till primärvården vid vårdcentraler fram och hur vårdformen bidragit till att det blivit enklare att få till akuta läkarbesök i hemmet.

Två positiva och sammanhängande erfarenheter, som inte fått stort utrymme i tidigare studier är, för det första att vårdformen bidragit till *en bättre helhetsbild* av patienten och dess situation och för det andra att *kurators roll är viktig*. Att möta patienten i dess hem innebär att se ”hela” patienten, både dess somatiska behov och dess sociala situation. Kurators viktiga roll i teamen har också blivit mer påtaglig ju längre teamen varit verksamma. Kuratorn har en viktig funktion i att trygga patienten och lugna situationen, stötta anhöriga, men också för att initiera och samordna insatser från kommunen. Många gånger är detta insatser som alltså hade blivit

tydliga med tiden men som ett resultat av införandet av MTN kan initieras tidigare och således har inneburit större proaktivitet.

Vårdformen har även haft värde för medarbetare i teamen och hälso- och sjukvårdens i stort. Medarbetare från de båda teamen uttrycker *arbetsglädje*, mycket som en konsekvens av att man så tydligt kan se att insatserna man gör bidrar till en bättre situation för patienter. Vidare uttrycker man att teamarbetet bidrar till hög *samhörighet*, god samverkan inom teamen samt en god dialog mellan sig. Man upplever även att man har de *befogenheter* och den *kunskap* som behövs för att göra ett bra arbete.

Syftet och målet med vårdformen har för såväl medarbetarna i MTN som för samverkande vårdgivare varit tydligt från start. Samtliga aktörer är överens om att vårdformen gör skillnad för patienter och anhöriga. Detta har bidragit till att vårdformen sedan start uppfattats som berättigad hos samtliga samverkande vårdgivare. Från samverkande vårdgivares sida framhåller man att *samverkan fungerar smidigt*, till och med över förväntan, och att MTNs insatser är mycket uppskattade, välkomna och professionella.

Att samverkan fungerar så väl beskrivs ha att göra med att medarbetarna i teamet är *lösningssfokuserade*, att samverkan präglas av *öppenhet* mellan aktörerna, *flexibilitet* vad det gäller vem och vad teamet kan ta sig an, *prestigelöshet* om vad som är mitt och ditt och en *gemensam målbild och drivkraft* att göra det bästa för varje patient.

För hälso- och sjukvården har vårdformen bidragit till att vårdcentraler, akutmottagningar och vårdavdelningar har kunnat *avlastas* då patienter kunnat stanna hemma i större omfattning eller haft en tidigare hemgång. Ambulansverksamheten har kunnat *undvika onödiga körningar* vilket i det långa loppet kan innebära bättre möjlighet till att fungera som den beredskapsorganisation de är tänkta att vara. För kommunens sjuksköterskor har vårdformen inneburit bättre tillgänglighet till läkare, men också ett bättre stöd. Sammantaget kan vi konstatera att vårdformen bidrar till *bättre vårdkvalitet* för patienter och anhöriga men även ett mer *ändamålsenligt resursutnyttjande* av hälso- och sjukvårdens resurser. Det senare innebär dock inte att vårdplatser kan tas bort, att vårdcentraler kan läggas ner eller att ambulansverksamheten kan minskas. Inflödet av patienter är fortsatt högt hos samtliga vårdgivare. Det vårdformen snarare kan bidra med är att rätt patient får rätt vård i rätt tid.

Det är utmanande att mäta konsekvenser av vårdformer som bygger på samverkan och där goda resultat handlar om saker som inte sker, det vill säga att man lyckats förhindra att oönskade situationer uppstår. Den bild som ges i rapporten är en sammantagen helhetsbild som bygger på information från flera datakällor. De erfarenheter från medarbetare vi samlat in via enkäter och intervjuer med MTN bygger i stor utsträckning på uppfattningar hos de aktörer som i synnerhet hänvisar patienter till MTN, det vill säga de som samverkar med MTN i praktiken. Svårare är det att få en bra bild av de aktörer som i liten utsträckning eller inte alls hänvisar

patienter till MTN, eftersom de i lägre utsträckning fyllt i enkäter och deltagit i intervjuer. Sammantaget anser vi dock att vi har en god bild av erfarenheterna kring det upplevda värdet av vårdformen då medarbetare från samtliga samverkande vårdgivare finns representerade i vårt material och har haft möjlighet att kommentera resultaten. Att mäta konsekvenser, baserat på administrativa data och jämföra resultat mellan MTN Kristianstad och MTN Ystad försvåras också av skillnader i användning av administrativa system. Här har vi fått hjälp av sekreterare, enhetschefer och verksamhetschefer för teamen att tolka data för att ge en så rättvisande bild som möjligt.

4.2 MÖJLIGHET TILL ANPASSNING UTIFRÅN LOKALA FÖRUTSÄTTNINGAR

Flera av de värden som vi identifierat att vårdformen bidrar till, och som beskrivits ovan, har även kunnat ses då MTN implementerades i Landskrona (Glenngård och Funck, 2023; Funck och Glenngård, 2024). Det som blir än tydligare vid uppföljningen av MTN Kristianstad och MTN Ystad är däremot möjligheten till och vikten av att kunna anpassa vårdformen till de lokala förutsättningar som finns på respektive ort för att tillhandahålla och samverka kring en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter i hemmet. Fler aktörer att samverka med innebär att vårdformen och samverkan inte kan standardiseras för mycket. Vidare blir det tydligt att utgångsläget spelar roll – såväl tidigare erfarenheter av teamarbete, hur samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård fungerar samt hur kommunikationen mellan de olika vårdgivarna ser ut har betydelse för hur MTN kan och bör utvecklas.

I de fall det har funnits ett team sedan tidigare finns möjligheten att bygga vidare på detta och de upparbetade samarbeten som redan finns. Har man däremot inga tidigare erfarenheter av teamarbete behöver MTN starta från scratch. Här kan vi se stora skillnader mellan MTN Kristianstad och MTN Ystad där uppdragen till MTN Ystad framförallt kommer från sjukhuset som ett resultat av tidigare erfarenheter av teamarbete, medan uppdragen till MTN Kristianstad framförallt kommer från kommunerna. På samma sätt blir det tydligt att efterfrågan på MTNs insatser kan se olika ut som en konsekvens av strukturella orsaker, det vill säga om det finns tillgång till vård från annat håll. Om samarbetet och samverkan mellan vårdcentral och hemsjukvården fungerar väl och läkarna på vårdcentralen hinner med och har möjlighet att göra hembesök hos sina listade patienter blir behovet av MTNs insatser lägre. På samma sätt ökar behovet av MTNs insatser då läkare på vårdcentralerna inte hinner med sina hembesök. Detta betyder att uppdragen från vårdcentraler och kommuner, men även från vårdavdelningar och ambulans kan skilja sig väsentligt mellan olika MTNs. Detta ska dock inte förväxlas med att MTNs insatser inte är betydelsefulla, bara att de fyller olika roller i olika sammanhang och kontexter.

De olika förutsättningarna speglas också i variationen av behov av tydliga strukturer och rutiner, men även i hur rutiner bör se ut. Här visar de två exemplen i 3.2.1 och 3.2.2, rutin för hur kommunens sjuksköterskor kan kontakta MTN samt rutin för att administrera antibiotika x 3-4, på vikten av att låta rutiner växa fram organiskt för att MTN ska få möjlighet att möta upp de förutsättningar som finns lokalt.

En viktig lärdom och medskick till huvudmän är således att inte toppstyra eller detaljstyra vårdformen för mycket, utan att istället våga lita på professionen och överlåta åt dem att själva utveckla strukturer, processer och rutiner för vårdformens innehåll på ett ändamålsenligt sätt. Från huvudmännens sida handlar det om att tydliggöra syftet med vårdformen och vad uppdraget går ut på men inte hur det ska genomföras. Resultaten visar att det är väsentligt att få alla aktörer att sluta upp kring en gemensam målbild. Detta bidrar till att vårdformen får legitimitet – något som är väsentligt för ett beständigt inflöde av patienter till MTN. Samtidigt är det viktigt att inte detaljstyra rutiner och processer, utan låta dessa utvecklas vartefter behov uppstår och anpassas efter lokala förutsättningar i verksamheter och den miljö de verkar i. Att ge medarbetare frihetsgrader kan väcka drivkrafter som handlar om att vilja förändra och förbättra, vilket bidrar till att motivationen bibehålls samtidigt som glapp mellan individuella och organisatoriska mål kan undvikas.

Samtidigt som vi förordar att MTN ges möjlighet till anpassning till de lokala förutsättningarna vill vi lyfta fram att otydliga riktlinjer och uppdrag kan innebära att teamens identitet blir diffus. Gränsdragningarna mellan vårdgivarna uppfattas inte alltid som tydliga. Det finns även en risk att vissa aktörer överutnyttjar teamen och att teamen ibland får göra andras uppdrag för att de inte klarar det. Här kan det vara på sin plats att tydliggöra huruvida MTN ska vara ett komplement eller ett substitut till andra vårdgivare. Även om samtliga är överens om att flexibilitet behövs både då det gäller insatser och vilka patienter som ska vara aktuella för MTN och att samverkan ska bygga på att ge och ta i olika situationer blir det viktigt att vårdformen och teamet inte blir en aktör som ska lösa organisatoriska problem. Som beskrivits i rapporten ska samverkan bygga på att alla har patientens perspektiv i fokus, inte att MTN ska lösa strukturella problem.

4.3 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FORTSATT IMPLEMENTERING I SKÅNE

Erfarenheterna från Kristianstad och Ystad, som redovisas i denna rapport, och erfarenheterna från Landskrona (Glenngård och Funck, 2023; Funck och Glenngård, 2024), illustrerar ett antal förutsättningar för att överbrygga de strukturella och kulturella hinder för samverkan som lyfts fram i tidigare studier.

För det första är det viktigt med en *gemensam målbild* och ett *tydligt syfte med vårdformen* för att överbrygga skillnader i synsätt på patienter samt skillnader i attityder och värderingar bland professioner och yrkesgrupper som ska samverka. I såväl Kristianstad, Ystad och Landskrona visar resultat från enkäter, intervjuer och observationer hur det gemensamma målet – möta behovet av en trygg, tydlig och tillgänglig vård i hemmet för sköra patienter – varit vägledande ända från start. Denna målbild har förstärkts över tid då arbetet har fortskridit. Vi konstaterar att alla samverkande aktörer delar en i princip helt samstämmig bild kring målet och värdet av vårdformen för patienter.

För det andra pekar erfarenheter från de tre fallen på hur viktigt det är för samverkan att de personer som ska samverka över professionella och organisatoriska gränssnitt har en attityd som präglas av *prestigelöshet, öppenhet och flexibilitet*. På så vis kan vårdformen fylla den roll som behövs för att möta behovet av en trygg, tydlig och tillgänglig vård i hemmet för sköra patienter, givet de förutsättningar som finns lokalt. Detta är också viktigt för att kunna anpassa innehållet till förändringar som uppstår över tid, till exempel när uppdraget för teamen utökas till att arbeta sju dagar i veckan.

En tredje förutsättning utgörs av *god kommunikation och kontinuerligt informationsutbyte* för att överbrygga skillnader i attityder och värderingar bland professioner och yrkesgrupper och få till god samverkan. I samtliga tre fall har det sedan start funnits forum för regelbundna samverkansmöten mellan representanter för MTN och samtliga samverkande vårdgivare. Här delas erfarenheter kring goda exempel och vad som upplevs fungera väl, men även erfarenheter där samverkan inte har fungerat och vad som upplevs som problematiskt. Dessa forum beskrivs som avgörande för att kunna utveckla ändamålsenliga strukturer och rutiner för arbetet och samverkan då behov uppstår. Dessa forum fyller även en viktig roll för att identifiera (fler) grupper av patienter som MTN kan ta hand om.

En fjärde och helt avgörande förutsättning är *att inte detaljstyra* den nya vårdformen uppifrån, utan att låta medarbetare i de organisationer som ska samverka i praktiken få möjlighet att *utveckla rutiner och former för arbetet och samverkan underifrån* och allteftersom behov uppstår. I Kristianstad och Ystad illustrerar vi detta i föreliggande rapport genom exemplen hur kommunens sjuksköterskor ska kontakta MTN och hur administration av antibiotika * 3-4 ska gå till. Genom att utveckla rutiner och strukturer underifrån och i samverkan skapas dels förståelse för varför saker görs på det sätt de gör, dels delaktighet och engagemang hos medarbetare att utveckla och förbättra arbetssätt som gagnar patienten. En sådan arbetsgång innebär också att syftet med vårdformen förblir tydligt och att fokus flyttas från att se hinder i termer olika regelsystem, informationssystem och administrativa gränsdragningar mellan organisatoriska enheter, till att hitta lösningar på problem som uppkommer. Detaljstyrningen avser inte bara det administrativa innehållet i vårdformen utan i allra högsta grad även det praktiska, dagliga arbetet med patienter. Det upplevs som positivt att det saknas strikta kriterier

för vem som får ta del av vårdformen. Det möjliggör en bedömning av patienter utifrån dennes behov, baserat på professionella roller och medicinska riktlinjer, snarare än att säkra efterlevnad till instruktioner och inkluderingskriterier för vem som får ta del av vårdformen.

I fortsatta studier ämnar vi undersöka hur dessa förutsättningar står sig på de övriga platserna där MTN implementeras, nu när vårdformen rullats ut i hela Skåne.

4.4 NÄRA VÅRD - RÄTT VÅRD, TILL RÄTT PATIENT, I RÄTT TID?

Personcentrering är ett etiskt förhållningssätt och kärnan i den pågående omställningen till nära vård. Människor har rätt till inflytande över det som berör den egna personen, hälsan och i förlängningen det egna livet (SOU 2016:2; SOU 2018:39; SOU 2019:29; SKR 2021). Som nämnts ovan är samverkan och samarbete mellan vårdpersonal med olika yrkesbakgrunder i teambaserade vårdformer en förutsättning för proaktiv och personcentrerad vård för personer med komplexa behov. Samtidigt kan multidisciplinära teambaserade vårdformer beskrivas som komplexa. Sådana vårdformer är både mindre lämpade och mindre möjliga för beslutsfattare att standardisera jämfört med insatser på sjukhus och vårdcentraler. Förutsättningarna för att tillhandahålla och samverka kring en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter i hemmet skiljer sig åt på olika platser och över tid, vilket illustreras av de erfarenheter som redovisas i denna rapport. Det innebär att strukturer och rutiner behöver utformas därefter.

Chefer på lokal nivå behöver frihetsgrader att kunna anpassa det administrativa innehållet i vårdformen, inklusive strukturer och rutiner för samverkan med andra, för att passa det sammanhang där den implementeras. Medarbetare behöver också ha frihetsgrader att utforma det praktiska innehållet i vårdformen i det dagliga arbetet, för på bästa sätt möta önskemål och behov hos varje enskild patient utifrån sina professionella roller och medicinska riktlinjer. Samtidigt som den här sortens vårdformer behöver utformas flexibelt för att möjliggöra personcentrerad vård och anpassning till lokala förutsättningar, måste delar av vårdformen standardiseras för att säkerställa en jämlik tillgång till vård. Jämlik vård betyder dock inte att alla patienter ska erbjudas samma sak utan att olika patienters behov ska mötas på bästa sätt. Det ska vara rätt vård till rätt patient i rätt tid.

Personcentrering kan, utöver att vara ett mål i sig självt, även vara ett medel för att uppnå andra värden som högre kvalitet eller effektivitet (SOU 2019:29; SKR 2021). Erfarenheterna från de tre platser där MTN har implementerats så här långt tyder på att vinsten ligger i att skapa värde i vården och mer ändamålsenligt resursutnyttjande generellt, snarare än minskad resursanvändning totalt sett. Genom vårdformen kan patienter som varken vill åka till sjukhus eller behöver sjukhusvård i stället få insatser i sitt hem. Vårdcentralerna får bättre förutsättningar att klara sitt breda uppdrag till hela befolkningen. Ambulansverksamheten får

möjlighet att vara den beredskapsorganisation det är tänkt att den ska vara. Vårdplatser vid sjukhus kan upptas av de svårast sjuka som inte kan vara utan sjukhusens särskilda medicinska eller tekniska resurser. Kommunens korttidsplatser kan användas av de patienter med störst behov av tillsyn dygnet runt under en begränsad period snarare än av patienter i väntan på en plats på särskilt boende.

Under en längre tid har den offentliga sektorn fokuserat på att effektivisera sin verksamhet genom att göra mer med mindre. Nu när verksamheterna redan är hårt slimmade, blir det allt viktigare att fråga oss hur vi bäst kan använda våra begränsade resurser. Utifrån de erfarenheter vi sett från de tre platser där MTN implementerats tror vi att multidisciplinära teambaserade primärvårdsmodeller kan spela en viktig roll i att använda dessa begränsade resurser på ett mer ändamålsenligt sätt.

REFERENSER

- Anell, A. (2020): Vården är värd en bättre styrning. Stockholm: SNS Förlag.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2007): Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) Folkhälsa i samverkan. Lund: Studentlitteratur.
- Funck E, Glenngård AH. Ett års erfarenheter av Mobilt team Närsjukvård Landskrona – Fortsatt positiva tongångar. Lund: KEFU, 2024 (rapport 2024:1).
- Glenngård AH, Funck E. Samordnad och personcentrerad vård i hemmet - En fallstudie av Mobilt team Närsjukvård Landskrona. Lund: KEFU, 2023 (rapport 2023:1).
- Hallgren, J, Dahl Aslan, A.K. Risk factors for hospital readmission among Swedish older adults. *European Geriatric Medicine*. 2018, 9: 603–611
- Huxham C, Vangen S. (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
- Liljas AEM, Brattström F, Burström B, Schöön P, Agerholm J. Impact of integrated care on patient- related outcomes among older people – A systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 2019, Jul 24;19(3):6.
- Löfqvist T, Burström B, Walander A, Ljung R. Inequalities in avoidable hospitalisation by area income and the role of individual characteristics: a population-based register study in Stockholm County, Sweden. *BMC Qual Saf*, 2014;23: 206-214.
- Region Skåne. Slutrapport - Utveckling av basenkologisk verksamhet i den nära vården – pilotprojekt Ystad, Kristianstad och Sus. 2023-12-06.
- Region Skåne (besökt sidan 2025-03-07). Vårdgivare Skåne. Mobila team närjsukvård. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/mobila-team-narsjukvard/>
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2021) Nära vård i hemmet för äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SOU 2016:2. Effektiv vård. Statens offentliga utredningar. Elanders Sverige AB, Stockholm. 2016.
- SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform. Statens offentliga utredningar. Elanders Sverige AB, Stockholm. 2018.
- SOU 2019:29. God och nära vård – Vård i samverkan. Statens offentliga utredningar. Elanders Sverige AB, Stockholm. 2019.
- Wranik, W.D., Price, S., Haydt S.M., Edwards J., Hatfield, K., Weir J., and Doria N. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*. 2019, 123:550–563.

KEFU SKRIFTSERIE 82
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-82-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20