

Leading Health Care

LHC REPORT NR 1, 2021

Anna Krohwinkel, Dag Norén,
Jon Rognes & Hans Winberg

Lärdomar från utvärdering av Nära Vård

EN UTVÄRDERARDIALOG KRING PRAKTISKA PROBLEM
OCH LÖSNINGAR



Innehåll

Bakgrund	3
Praktiska utmaningar och reflektioner	4
Utmaning 1: Att få fram underlag	4
Utmaning 2: Att rigga för utvärderbarhet	6
Utmaning 3: Att tolka resultat.....	8
Utmaning 4: Att göra jämförelser	10
Utmaning 5: Att känna sin metod	12
Utmaning 6: Att se framåt	14
Diskussion	15

Bakgrund

LHC arbetar sedan ett par år tillbaka med utredningsuppdrag från SKR kopplat till omställningen till Nära Vård. Målet har varit att genom kartläggning av lokala satsningar och konkreta fallstudier illustrera den förändring som nära vård kan innebära, och genom detta även inventera behovet av nya data och utvärderingsmetoder som kan fånga resultaten av nya arbetssätt. Första delrapporten *”Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter”* (LHC/SKR 2020) granskade tio publika reformförsök och resonerade kring dessa utmaningar på ett konceptuellt plan och föreslog bland annat ett ramverk för kontrafaktisk effektmätning. Alltså ett sätt att tänka som även kan svara på frågan vad som händer om vi inte ställer om systemet.

Trots att intresset och förståelsen för utvärderingsfrågornas komplexitet har ökat, så ser vi att många lokala aktörer ändå stöter på problem i sina praktiska försök att utvärdera de egna nära vård-verksamheterna. Nära vård-satsningar är ofta gränsöverskridande i den mån att de sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga silos. Försöksverksamheter drivs ofta framgångsrikt i projektform, men utmaningar tillstöter när satsningarna ska permanenteras och skalas upp. Det finns ett behov att snabbt mäta och visa på resultat, samtidigt som utrymme och tid behöver ges för att pröva sig fram till vad som fungerar bäst lokalt och för specifika målgrupper. Denna avvägning avspeglas även i utformningen och genomförandet av utvärderingar. Ofta finns ingen ”bästa indikator” eller ”perfekt metod” att tillgripa, utan man måste diskutera sig fram till vilka datakällor och ansatser som är lämpliga och rimliga att använda på kort och lång sikt.

I denna avrapportering ger vi stöd för en sådan diskussion utifrån sex konkreta utmaningar i olika delar av utvärderingsprocessen. Utmaningarna har identifierats och generaliserats utifrån det stora antal fallstudier de inbegripna forskarna medverkat i, inom ramen för detta och andra projekt. Varje utmaning följs av ett resonemang – en ”utvärderardialog” – kring möjliga orsaker och förslag på lösningar. Vi skriver detta i resonemangsform eftersom olika perspektiv på vad utvärderingarna ska generera ger olika resultat. Och varje val av perspektiv innebär att ett annat väljs bort. Vi har helt enkelt stiliserat våra egna diskussioner för att fånga ämnet närmare verkligheten. Vår förhoppning är att detta sätt att presentera avvägningar och lärdomar kan komma till nytta för de som kämpar med att utvärdera nära vård och andra systemomställande initiativ.

Praktiska utmaningar och reflektioner

Utmaning 1: Att få fram underlag

Typproblem: Vi vet vad vi vill utvärdera, men har inga resurser för att ta fram data.

Exempel: Läkare måste avsätta dyrbar tid till manuell handläggning av data, vilket inte är en prioriterad aktivitet under resursknapphet.

Möjliga orsaker: Begränsade och icke användarvänliga IT-system, ineffektiv arbetsorganisering, generell resursbrist eller brist på data såväl som analyskapacitet inom primärvården?

Idéer om vägar framåt: Olika slags lösningar behövs på kort och lång sikt. En omedelbar möjlighet är att se efter om vårddata kan tillgängliggöras för fler funktioner i organisationen. I ett projektperspektiv finns det metoder för att göra datainsamlingen enklare, till exempel genom att på förhand bestämma vilka patienter som ska följas upp. På längre sikt behöver dock datasystem och analyskapacitet utvecklas så att nära vård blir möjlig att beskriva och analysera inom ramen för ordinarie system.

Kommentarer:

- D: Det här problemet har vi sett många varianter av när mindre nära vård-projekt som mobila team ska utvärderas. Nära vård utvecklas ofta som en ny och lite mer samverkansinriktad primärvård som omhändertar alla patienter inom en bred kategori utan särskild segmentering. När man sedan vill undersöka värdet av nära vård-omhändertagande för en särskild patientgrupp (exempelvis äldre som tidigare haft tyngre vårdkonsumtion) så måste inte sällan läkare involveras för att plocka ut denna patientmålgrupp genom journalgranskningar. Detta blir tidsödande och svårt att genomföra när läkartid är en trång resurs. En lösning kan vara att arbeta mer tydligt med patientgruppssegmenteringar. Med markörer satta från början på dessa patienter kan de enklare spåras upp och utvärderas efter vårdresultat/vårdkonsumtion. Enligt min erfarenhet är det få satsningar som arbetar med detta angreppssätt, men där man gjort det har data på ett mycket enklare sätt kunnat fångas in och beskrivas väl utifrån nytta för en vårdtung patientgrupp.

- A: Ja, det stämmer ju att metoden med segmentering på förhand gör det lättare att utvärdera den ”öronmärkta” gruppen. Utifrån inventeringen av satsningar runt om i landet så ser vi dock att resonemangen om lämpliga inkluderingskriterier för att få del av en nära vård-insats ser ganska olika ut på olika ställen. Det varierar också mycket vem som tar dessa beslut. Vad gäller mobila team t ex har vi sett allt från politiska beslut om allmän tillgång på områdesnivå, via situationsbaserade professionella bedömningar till erbjudande utifrån patientens egna önskemål. Det ger skilda förutsättningar för att redan i inledningsskedet hitta ett urval av patienter som är representativa för insatsen som helhet. På senare tid har det också uppkommit diskussioner om förhandsbedömningar på gruppnivå kring individers tillgång till vissa vårdinsatser är ett etiskt tillvägagångssätt (jfr äldres sjukhusvård under Corona), så det är något att hålla i bakhuvudet.
- J: För mig handlar problemet med datatillgång inte bara om utvärderingsmöjligheter, utan lika mycket om att kunna effektivisera och styra den dagliga verksamheten. För en privat verksamhet är data kring produktionen helt central. Det är därför alltid lika förvånande att se bristen på underlag i vården. Man måste alltid veta tre saker: vad som är viktigt, var man är och vart man vill. Inom nära vård är ofta alla tre är oklara. Vad som är viktigt varierar beroende på vem man frågar, och det finns sällan mål för vad man vill uppnå. Få kan svara på hur mycket resurser en patient eller en behandling faktiskt använder, fransett standardschabloner. Jag tror att vården behöver lägga mycket mer krut på att ta fram ett system för att göra verksamhetsdata tillgänglig, och avsätta resurser för att arbeta kontinuerligt med den. Idag är det alltför mycket gissningar och uppskattningar som kommer i efterhand.
- A: Ja, på sikt behöver frågan lösas på en mer övergripande datastruktursnivå, så att även gränsöverskridande verksamheter som nära vård blir möjliga att följa upp inom ramen för ordinarie system. Innan vi kommit därhän är det svårt att hävda att nära vård blivit ”vardag”.

Utmaning 2: Att rigga för utvärderbarhet

Typproblem: Vi har data, men inget att jämföra mot så det är svårt att dra slutsatser.

Exempel: En insats har satts igång utan baseline-mätningar eller konkreta målvariabler för outputs.

Möjliga orsaker: Bristande fokus på utvärdering i de initiala faserna av ett projekt? Kontinuerligt förbättringsarbete där behovet av en separat utvärdering uppstått först i efterhand?

Idéer om vägar framåt: Att kunna utvärdera är bra, men inte ett absolut krav för att kunna förbättra. Brist på jämförelse är ett utvärderingsmässigt problem men det behöver inte indikera något om verksamhetens kvalitet eller ändamålsenlighet - låt inte det bästa bli det godas fiende. Fokusera på att stödja förbättringsprocessen framåt.

Kommentarer:

- D: En brist i mycket av utvecklingsarbetet inom nära vård är att man inte riggar för just löpande uppföljning av resultat. Av detta blir det då 1) en osäkerhet vad ansträngningar inom nära vård genererar och har särskilda medel avsatts för detta kan de hotas om inte nyttan kan framföras tydligt, 2) det kommer inte fram underlag som är kritiskt viktiga för löpande förändrings- och förbättringsarbete och för att binda ihop utförarverksamheter i utvecklingsarbetet.
- J: Samtidigt är det svårt att rigga en utvecklingsinsats så att vi från början vet att den kan utvärderas utan att man riskerar att låsa in sig, och därmed inte kan arbeta med justeringar och förbättringar under processens gång. Det finns ett dilemma mellan utvärdering och kontroll å ena sidan och flexibilitet och resultatfokus å andra sidan. Fokusera på ett mål, men sätt inte upp för hårda kriterier från början. En för stark målstyrning kan rikta fokus på att "göra rätt saker" snarare att "göra saker rätt".
- D: De former av kvalitetsutvecklingsarbete som tidigare var populärt inom sjukvården (TQM, PDSA m.m.) tycker jag borde appliceras mer inom utvecklingsarbetet inom nära vård – men mer med fokus på att stödja förbättringsarbete och mindre fokus på batterier av omfattande indikatorer. Med fokus på förbättringsarbete behöver resultatmätt (kvantitativa och kvalitativa) kombineras med en lärande uppföljning som innehåller möten i workshops, designmetodik, processkartläggningar m.m. Vi ser väldigt lite av dessa former av utvecklingsstöd inom den nära vården.

- A: Ja, att tidigt initiera en extern följeutvärdering som tittar på både process och utfall kan vara en väg framåt. Vi måste också vara noga med att inbegripa alla systemnivåer (inklusive patienter och brukare!) i utvärderingen och sätta i verksamheten i sitt sammanhang. Här krävs andra metoder än de vi traditionellt brukar använda. Det finns ofta en önskan att visa på ”best practice” lokalt, men de utvärderingsmetoder som väljs bör helst inte bidra till att skilja ut verksamheten som ett ”särfall”. Vi har ofta sett att detta försvårar integrering i den ordinarie verksamheten senare.

Utmaning 3: Att tolka resultat

Typproblem: Vår utvärdering visar inte på de resultat vi förväntat oss.

Exempel: En verksamhet har på kort tid fått mycket uppmärksamhet och gott rykte, men man ser inga konkreta förbättringar i ”hårda” indikatorer.

Möjliga orsaker: Försöksverksamheten är för liten för att skapa effekter på aggregerad nivå? Utvärderingen har gjorts för tidigt? Andra mål än de uppmätta har uppnåtts?

Idéer om vägar framåt: Titta närmare på vilka resultatvariabler som använts – är de ändamålsenliga utifrån syftet med insatsen? Låt det ta den tid som behövs för att göra en utvärdering möjlig, resultat kan ske inte syns direkt. Mät inte det man kan mäta, utan försök att mäta det man vill uppnå på riktigt. Och underskatta inte värdet av kvalitativ/beskrivande utvärdering som underlag för lärande.

Kommentarer:

- D: Nära vård-satsningar kan ge mycket olika resultat (precis som i alla andra sammanhang av utvecklingsinitiativ). Störst effekt i kvalitet och vårdkonsumtion får enligt min erfarenhet nära vård-projekt där samverkan runt komplexa/krävande patientgrupper förbättras genom personcentrerade angreppssätt som möter behov mer direkt, med gemensamma vårdplaneringar och kapar ledprocesser mellan olika insatser. I projekt där samverkan inte är lika utvecklad kan resultaten bli ungefärligen likvärdiga ordinär vård, med möjligheter till viss kvalitetsförbättring för patient men till högre kostnader. Det viktiga är att se nära vård som olika kategorimöjligheter för ökat värdeskapande.
- A: Om det blir små skillnader mellan ett försök och ordinarie vård, så kan det ju faktiskt också bero på att den ordinarie vården redan fungerar relativt bra. En åtgärd i en dåligt fungerande verksamhet får ofta ett bättre utfall än en liknande satsning i en redan väl fungerande verksamhet, där problemen redan har hanterats. De redan duktiga vinner mindre på en särskild satsning, och bör kanske avstå. Det blir dock till syvende och sist en politisk fråga – det behövs avvägningar av ”vad det får kosta” mot patientnöjdhet med insatsen, jämlik tillgång till service i glesbygd, tillgodoseende av annars oupptäckta behov osv.
- J: Om utvärderingen visar på ett sämre resultat än väntat bör följdfrågan vara varför. Nära vård är en komplex kombination av åtgärder, medverkande parter och hur det kombineras. Det finns många sätt att misslyckas, även om alla

parter och moment är med. Så analysen kanske skall fokusera mer på varför det blev som det blev, både om det blev lyckat eller misslyckat utfall. Samverkan kan vara en del, men vad är det man har vunnit med detta? Vilka smarta genvägar har man lyckats ta, och går det att låna detta till andra områden (det går ibland, men inte alltid), hur upplever patienter och brukare det hela? Vi får också komma ihåg att själva utvärderingen i sig kan leda till en organisatorisk placeboeffekt som kan vara ganska omfattande. Med ögonen på sig arbetar man annorlunda, hur skall man hantera det i en jämförande studie, om kontrollgruppen inte fått samma fokus?

- A: Ja, och frågan om uppmärksamhet är intressant i ett större sammanhang också. Ibland framstår nära vård något som är bra per definition, eftersom det är i linje med politiska strategier och förhoppningar. Men det är ingen självskriven lag att alla nära vård-satsningar ska få positiva resultat, så här behövs ett sunt mått av självkritik också.

Utmaning 4: Att göra jämförelser

Typpproblem: Vår utvärdering visar inte på lika goda resultat som andras.

Exempel: Två liknande initiativ har utvärderats med stora skillnader i påvisbara resultat.

Möjliga orsaker: Insatserna kallas lika men bygger på olika arbetssätt? De resultatvariabler som använts fångar inte insatsernas logik på ett rättvisande sätt? En av insatserna fungerar faktiskt bättre, exempelvis med avseende på hur djupgående samverkan som uppnåtts?

Idéer om vägar framåt: Utvärderingar måste utgå från ändamålet med varje insats, snarare än att sträva mot jämförbara resultat eller visa effekter som är lättförståeliga och politiskt gångbara. Undvik att jämföra äpplen och päron. Om målet är att jämföra måste även målet med insatserna vara jämförbart/lika. Utöver detta behöver förutsättningarna i omgivningen alltid beaktas.

Kommentarer:

- A: Många nära vård-insatser har en ganska komplex logik där orsak-verkan inte är så lätt att fastställa och mäta. Det finns dessutom stora lokala skillnader i både förutsättningar och upplägg för enskilda insatser. Men i strävan efter jämförbarhet fokuserar man gärna på kända och lättillgängliga indikatorer. Det gäller exempelvis målindikatorn ”reducerad slutenvård” som ofta används närmast rutinmässigt för nära vård-insatser.
- D: Ett konkret exempel jag stött på är ett mobilt närvårdsteam som stöttar den kommunala hemsjukvården och en del vårdcentraler med sina hembesök. En stor del av patienterna är i begynnande sjukdomstillstånd och upptäcks som fall av underkonsumtion av vård. Med ”verktyget” direktinläggning underlättas för det mobila teamet att också lägga in på sjukhus – och tillgången till detta ”verktyg” kan påverka att man också lägger in patienter relativt ofta. Här är målet förbättrad tillgång och en smidigare patientresa snarare än minskad vårdkonsumtion. Vidare måste exemplet ses i ljuset av att det också finns en mobil Äldrevårdsenhet i regionen som i nära samverkan med kommunal hemsjukvård tar hand om de allra mest sjuka patienterna. Därmed tar de mobila närvårdsteamerna mer hand om gruppen mer komplexa vårddebutanter som inte är särskilt dokumenterade ännu – med följd av att vårdkonsumtionen kan komma att öka.

- A: Bra exempel! Detta säger oss att olika insatser inom nära vård måste utvärderas och värderas utifrån sin inneboende logik, men också vilka systemförutsättningar som gäller runt omkring. Den ”systemmodell” vi presenterade i vår förra delrapport kan vara till hjälp för att checka av påverkande faktorer som behöver tas i beaktande i en utvärdering, däribland målgruppens sammansättning och hur det övriga utförarlandskapet ser ut.¹
- J: Det hela kokar ner till att veta vad man jämför. När vi jämför olika regioner ser vi att samma typ av lösning – ett mobilt team – används för helt olika uppgifter. Ändamålen skiljer sig åt, och därmed måste även utvärderingskriterierna vara olika – en direkt jämförelse är inte särskilt relevant. Om en och samma insats med liknande upplägg har skalats upp och implementerats brett inom en region så kan detta dock behöva problematiseras. Bra resultat och anseende för en viss modell på ett ställe garanterar inte att andra kan uppnå samma sak snabbt, ens med samma formella förutsättningar. Vi har sett att möjligheterna till replikering ofta överskattas, med bristande förståelse för den lokala processens betydelse. Man kan inte luftlandsätta ett helt nytt arbetssätt med delvis förändrade roller och utvecklade relationer, de behöver ofta tränas in. Något som görs i det första försöket, men glöms när det ska ”skalas upp”. Det senare kan vara ett faktiskt kvalitetsproblem som behöver uppmärksammas.

¹ LHC/SKR (2020): *Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter.*

Utmaning 5: Att känna sin metod

Typpproblem: Vår utvärderingsmetod har blivit ifrågasatt.

Exempel: En utvärdering har genomförts, men frågor har uppstått om tillförlitligheten i data och/eller metod.

Möjliga orsaker: Faktiska metodbrister? Akademisk protektionism? Avsaknad av en transparent metoddiskussion?

Idéer om vägar framåt: Alla utvärderingsmetoder har för- och nackdelar. Det gäller att vara medveten och tydlig med vad ens studie kan och inte kan visa. Var transparent med antaganden och urval, och var försiktig med generaliseringar. Även en exakt metod har sina begränsningar, ofta i form av vad man kan uttala sig om.

Kommentarer:

- D: Det är alltid en svårighet att utvärdera en målgrupp av kroniskt sjuka/svårt sjuka patienter som ofta utgör målgrupp för nära vård. Dessa blir ju över tid oftast givet sämre och kan därför behöva mer vård av dessa skäl under utvärderingens tid. Patienter kan falla ur urvalet ex vis vid utskrivning från teamet, eller dödsfall. Tidsperspektivet i utvärderingarna behöver därför ofta vara ganska kortsiktigt – vilket är en utmaning i sig eftersom verksamheterna kan ta tid på sig att ”mogna” och landa i nya arbetssätt. Användning av kontrollgrupp är också vanskligt eftersom det räcker med att ett antal patienter som slumpmässigt tagits ut råkar vara särskilt vårdtunga under perioden.
- A: En viktig fråga när det gäller kontrollgrupp är också vilka krav man ställer på urvalet. Ett metodproblem då man studerar särskilda undergrupper som valts ut enligt strikta kriterier (både över tid och som en jämförelse) är att det inte finns någon garanti för att den studerade gruppen är den mest lämpade gruppen för insatsen. Om insatsen breddats efter det att man definierade uppföljningsgruppen så behöver man också diskutera om resultaten är representativa för insatsen som helhet. Metoder som bygger på vårdpersonalens bedömningar av undviken vård hos alla som fått insatsen tenderar att vara mer ”heltäckande”, men här finns å andra sidan större osäkerheter kring själva måtten (de beror på hur uppskattningen av undviken vård gjorts i de enskilda fallen). Alla utvärderingsmetoder har för- och nackdelar, och det gäller att vara medveten och tydlig med vad ens studie kan och inte kan visa.
- J: Det finns en kunskapslucka mellan dem som ser randomiserade kontrollerade studier som det högsta vetenskapen, och dem som anser att det inte är möjligt att hantera komplexa skeenden och fånga olika lokala sammanhang på ett sådant sätt.

Att kunna fastställa tydliga samband är alltid bra, men när det gäller nya arbetssätt som är väldigt kontextberoende så går det sällan att göra på ett fullvärdigt sätt. En utvärdering som fokuserar på processen är då ofta ett bättre alternativ.

Utmaning 6: Att se framåt

Typproblem: Utvärderingen kom för sent.

Exempel: En projektutvärdering har gjorts, men då var satsningen redan avslutad.

Möjliga orsaker: Utvärderingen har fokuserat för mycket på slutresultat och för lite på process? Utvärderingsprocessen har inte varit interaktiv nog för att ge kontinuerlig feedback?

Idéer om vägar framåt: Att utveckla en verksamhet kräver mer än en utvärdering av ett avgränsat projekt. Sträva mot kortare tid för återkoppling till verksamheterna och mer löpande anpassning av mått och mål. Om en extern utvärdering behövs är en väg att välja en aktionsbaserad ansats snarare än en traditionell after-the-fact-studie.

Kommentarer:

- J: Frågan är om det ens är utvärdering som kan lösa problemet här? Som jag redan lyft fram tidigare är det centralt att det finns tillgång till data för verksamhetsledning. Har vi tillgång till det kan vi när som helst se utfall och förändringar, och behöver inte göra en separat datafångst för att kunna utvärdera en satsning. Baserat på det kan vi analysera utfall av åtgärder mycket snabbare, och styra verksamheten i realtid i stället för i efterhand. Korta loopar och löpande justeringar är centralt i verksamhetsutveckling, särskilt när det gäller komplexa system. Då räcker inte en utvärdering i efterhand.
- D: Håller med om detta. Utvärderingen måste greppa över flera olika typer av variabler och finnas med från start – inte göras efter att projektet avslutats (den ”ordinära revisionsmodellen”). Viktigt att inte bara få en massa indikatorer värderade – utan att förstå ledning-styrning-management-verksamhetsmodell samtidigt. Hälso- och sjukvården har inte traditionen av kunskaper inom det sistnämnda.
- A: Jag hör att många också frågar om proaktiv analys, det vill säga en förutsättningslös behovsanalys innan man bestämt exakt vad en satsning ska handla om. Att iterativt studera vårdkonsumtionsmönster – hitta destruktiva loopar – och definiera ändamålsenliga grupper för insatser som minskar problemen. Detta är ju en helt annan typ av studie än en utvärdering av ett avgränsat projekt, och det skiljer sig också från den data som dagligen behövs i enskilda verksamheter. Jag tror att alla tre typerna av beskrivning och utvärdering behövs, men det är ganska olika typer av utvecklingssatsningar som måste till. Detta har man inte riktigt tagit höjd för i nära-vård-arbetet hittills.

Diskussion

Nära vård-satsningar är ofta gränsöverskridande i den mån att de sträcker sig över etablerade organisatoriska och budgetmässiga gränser. Syftet är ofta att fylla ut organisatoriska mellanrum. Försöksverksamheter drivs ofta framgångsrikt i projektform, men utmaningar tillstöter när satsningarna ska permanentas och skalas upp. Det finns ett behov att snabbt mäta och visa på resultat, samtidigt som utrymme och tid behöver ges för att pröva sig fram till vad som fungerar bäst lokalt och för specifika målgrupper. Denna avvägning avspeglas även i utformningen och genomförandet av utvärderingar. Ofta finns ingen "bästa indikator" eller "perfekt metod" att tillgripa, utan man måste diskutera sig fram till vilka datakällor och ansatser som är lämpliga och rimliga att använda på kort och lång sikt.

Krav på omedelbar utvärdering, som då måste göras enligt de befintliga mallarna, tenderar att om och om igen försätta oss i projektfällan, det vill säga att de insatser som utvärderas avgränsas från omgivningen för att göras beskrivbara. Man prioriterar då alltför lätt ett lyckat projekt snarare än en lyckad förändringsprocess som ger hållbara förbättringar av resultaten.

Projektlogiken innebär också att insatser och åtgärder fortsätter att riggas som interventioner, trots en tydlig politisk viljeinriktning om att nära vård ska bli den nya vardagen i hälso- och sjukvårdssystemet. Vi utvärderare har en roll att spela i detta, och vi bör fråga oss om det långsiktigt verkligen är mer projektutvärdering och fallstudier som behövs, hur välutformade dessa än är. Om man vill ta omställningen på allvar så måste nära vård på sikt kunna utvärderas som en del av systemet, inte som en portfölj av sär-verksamheter. Ett långsiktigt mål bör vara att den nära vården som ska studeras är så pass väl integrerad i ordinarie verksamhet att det inte finns behov av att se den som en separat utvärderingsenhet med specifika indikatorer.

Detta kräver dock en förändrad syn på datafångst och dataanvändning, både i analysverksamheten och på verksamhetsnivå. För att följa upp och förstå resultaten av nära vård kan man behöva arbeta med en mix av kvantitativa och kvalitativa metoder – en form av uppföljningssystem som skiljer sig från etablerade indicatorsuppföljningar med fokus på pinnar/produktionsenheter eller standardiserade indikatorer som undvikbar inläggning i slutenvård. Samma data kan inte användas i hela den vertikala linjen, då blir det lätt allmänt och intetsägende mål som formuleras eller så blir styrningen så detaljfokuserad att både process och ändamål skymms. Vi måste kraftsamla kring kvalitetssäkrade analyser i realtid, snarare än kring planering och utvärdering av strategiska projekt.

Sammanfattningsvis, några olika komponenter som vi tror behövs för att utveckla beskrivnings- och utvärderingssystemen för nära vård i takt med verksamheterna:

- Se till att det finns tillgång till verksamhetsdata på ett användbart sätt; lokalt fångad, åtkomlig i realtid och tillgänglig för utvärdering. Gäller såväl resursanvändning, tidsåtgång, kostnader, medicinska utfall och patientnöjdhet.
- Hitta ändamål, utveckla och utvärdera hela processen bakom en insats. Försök att bygga in lärande, förbättringsarbete, effektiva metod- och mötesformer i en löpande utvärdering. Det är viktigare att förstå vad som lett fram till ett visst resultat, än att döma framgång utifrån själva resultatet!
- En utvärdering baserad på standardiserade, fördefinierade indikatorer blir ofta ganska intetsägande. En mix av kvantitativa och kvalitativa metoder behövs för att fånga komplexitet, variation och förändringar över tid.
- Tydligare målgruppssegmenteringar kan underlätta att följa resultat före, under och efter en avgränsad nära vård-insats.
- På sikt behöver man säkra generell analyskapacitet för att arbeta med och ställa frågor till data, så att data kan användas inte bara för utvärdering i efterhand av enskilda projekt, utan även för att proaktivt identifiera behov och målgrupper. Detta är görbart, men kräver utveckling av stödfunktioner och synen på vad som är relevanta data att använda.

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



leadinghealthcare.se