

Leading Health Care

LHC REPORT NR 1, 2022

Jon Rognes

Införande av nära vård

RÅD OCH EXEMPEL



Innehåll

Förord	4
Inledning	6
Nära vård – hur ser det ut?	8
Ändamålsenlighet	10
Varför nära vård?	12
Nära vård – ett prioriterat område för SKR	14
Många håller på med nära vård lokalt	18
Nära vård för olika grupper – hur fungerar det?	20
Hur ser utmaningarna ut på golvet?	24
Hur kommer vi vidare?	26
På vägen till Västerbotten	28
Erfarenheter från införande av nära vård - lärdomar från Västerbotten	30
Workshops	32
Vad är på gång – skaffa en överblick	34
Kan vi lära av varandra – behov av samverkan?	36
Vem skall göra vad	37
Viktiga slutsatser från workshopsarbetet	38
Vägen framåt – handlingsplan	40
Räknestöd – ett handfast förslag	42
Råd till andra	46
Börja rätt – utan att hoppa över viktiga steg	47
Skapa en bra arena för samverkan	47
Använd förbättringscykeln	48
Visa resultat med riktiga siffror	50
Vidare läsning och kontakt	52

Förord

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har haft i uppdrag från Sveriges kommuner och regioner (SKR) att följa utvecklingen mot nära vård. Hösten 2020 kom första rapporten som handlar specifikt om hur man mäter och följer upp nya gränsöverskridande aktiviteter. Summariskt kan vi konstatera att det inte görs på något systematiskt vis, men försök pågår.

Under 2021 har vi arbetat tillsammans med Länssamverkansgruppen (LSG) i Västerbotten, där regionen och samtliga kommuner tar ett krafttag för att genomföra en gränsöverskridande och Nära vård. Resultatet är nu här i form av denna rapport. Det är en pragmatisk och ganska handfast genomgång av hur man på strategiskt och operativ nivå behöver rigga arbetet. De mynnar ut i konkreta förslag på att börja från grunden och arbeta i äkta samverkan. Rådet – och det som är en stor brist idag – är att dedikera rätt resurser till analys och uppföljning.

Vi vill tacka SKR och Lisbeth Löpare Johansson för ett fruktbart samarbete. Särskilt vill vi denna gång tacka hela LSG Nära vård i Västerbotten och våra närmaste samarbetspartners koordinatörerna Britta Edström och Katarina Lindahl. Det har varit en stor förmån att få arbeta tillsammans med er!

Tack också Anna Krohwinkel som medverkat i alla workshops vi haft och speciellt till Jon Rognes som fört pennan och gjort att denna rapport nu är verklig.

Stockholm i april 2022

Hans Winberg

Generalsekreterare, Stiftelsen Leading Health Care

Runtom i Sverige pågår omställningen till Nära vård och det är både spännande och viktigt att belysa omställningens alla delar och perspektiv.

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg där personcentrering är vägledande. Det innebär att vi behöver ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen så att den utgår från personens behov och förmågor, främjar hälsa i större utsträckning, att insatser hålls ihop och planeringen blir enkel för den person som behöver vårdens stöd. För personen innebär rörelsen att bli en aktiv samskapare av sin hälsa och vård, istället för en passiv mottagare av stöd och insatser.

Primärvården är navet i den nära vården, samtidigt som omställningen är en angelägenhet för hela hälso- och sjukvårds- och omsorgssystemet eftersom den utgår från personens behov och förmågor, snarare än från hur vården organiserat sig historiskt sett. Därför behövs också ett modigt och tydligt ledarskap som utgår från personens perspektiv och som främjar förutsättningar för medarbetare att arbeta i team över traditionella organisatoriska gränser. Ett ledarskap och som tar ett ansvar för systemet snarare än enbart den enskilda verksamheten.

En central del i SKRs arbete med att stödja omställningen till Nära vård är att bidra till lärande. Jag hoppas att den här rapporten väcker tankar, ger nya perspektiv och kan bidra med kraft i ert omställningsarbete. Den sammanfattar lärdomar från det arbete som Stiftelsen Leading Health Care gjort på SKRs uppdrag under 2021.

Stockholm i april 2022

Lisbeth Löpare Johansson

*Samordnare Nära Vård, Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Regioner*

Inledning

Stiftelsen Leading Health Care har fått uppdrag från SKR att undersöka arbetet med nära vård som pågår i Sverige. Vi vill tacka för förtroendet, och hoppas att vi tillför nya insikter och perspektiv på ett viktigt arbete.

Det här är den tredje rapporten inom området från LHC. Tidigare har vi fokuserat på uppföljning och mätning, och hur nära vård kan utvärderas. Här skall vi berätta om hur man kan arbeta för att få till en varaktig förändring.

Jon Rognes

För Stiftelsen Leading Health Care

Så här kan du läsa rapporten

1.

I del 1 har vi ställt samman kunskap om vad nära vård är. Vad vet vi och hur ser det ut idag? Varför är det viktigt? Hur kan vi förstå vad vi kan uppnå för olika grupper, och vilka utmaningar finns?

2.

I del 2 har vi valt att berätta hur Västerbotten gjort. Vi har följt arbetet med nära vård i regionen, där också kommunerna är med, och bidragit med kunskap och insikter kring införande och påverkan på andra. Vi lyfter några viktiga frågor som kommit fram, och pekar på det som man behöver arbeta vidare med.

3.

Till sist har vi i del 3 samlat några råd och insikter för alla som arbetar med nära vård, eller andra liknande satsningar. Vi lyfter fram fyra områden man inte får missa om det skall bli ett hållbart och lyckat resultat.

Nära vård

- hur ser det ut?

Nära vård är ett viktigt utvecklingsområde som fått mycket uppmärksamhet de senaste åren. Just nu pågår många initiativ för att möta invånarnas behov av vård på ett bättre sätt. Omställningen innebär att flytta fokus från sjukdomar och institutioner till ett vård- och omsorgssystem som är designat för människor och deras unika behov. Det är komplext och dynamiskt och det går sällan att styra på ett och samma sätt.

Under de senaste decennierna har framsteg inom medicin, IT och arbetssätt bidragit till en allt bättre vård i många fall. Men det har samtidigt blivit allt tydligare att vi har problem med samverkan, kommunikation, tillgänglighet, bemötande och kontinuitet. Vi kan mycket mer, men arbetar ofta som vi gjort sedan tidernas begynnelse.

Hur kan vi dra nytta av allt vi lärt oss och ändra arbetssätt där det behövs, samtidigt som vi inte förstör allt gott som vi ändå uppnått genom utvecklingen?

Här kommer nära vård att vara en viktig del, kanske inte överallt och för alla, men ändå något som kommer att påverka hur hela vårdapparaten fungerar.

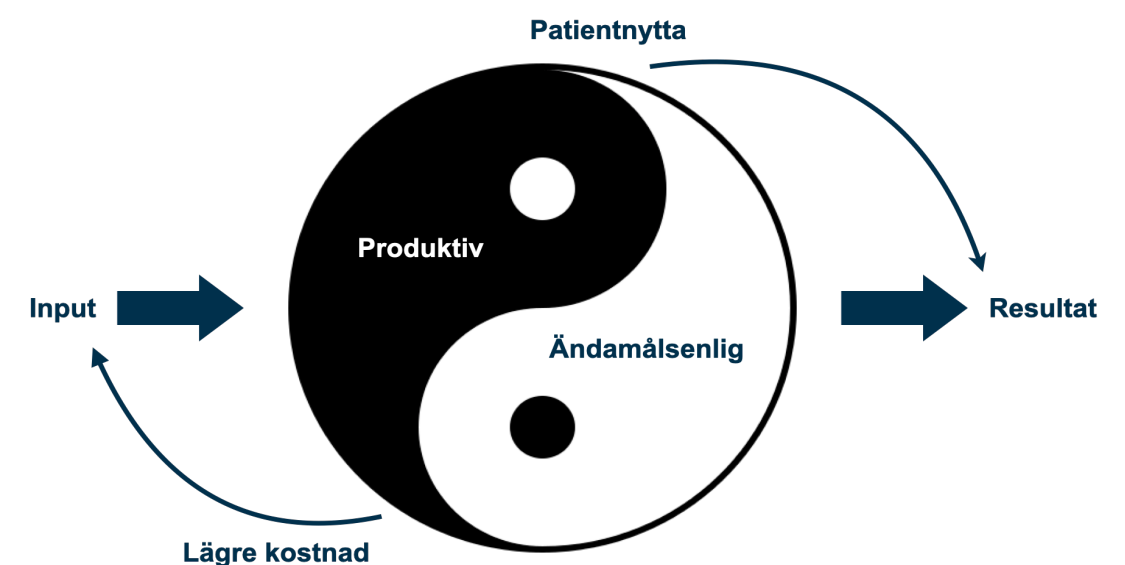




Ändamålsenlighet

Hur kan vi arbeta annorlunda för att ta hand om varje individ som behöver vård och omsorg, på det sätt som är ändamålsenligt för just dem? Hur kan vi vända på perspektiven och sätta den enskilda patienten i centrum, utan att tappa bort det vi redan gör bra? Nära vård är ett försök att göra rätt saker för dem som har särskilda behov.

Ett sätt att beskriva det på är att prata om *ändamålsenligheten* i det som görs för varje patient. Om en insats görs bra, men inte är rätt för patienten, kan kvaliteten vara hög men ändamålsenligheten låg. Ett exempel kan vara ett prov som tas på en patient, men som inte är medicinskt motiverat. Provet kan göras i en effektiv process, men det tillför ändå inget värde.



Ett vardagligt sätt att beskriva ändamålsenlighet på är att tala om att ”göra rätt saker”, till skillnad från att ”göra saker rätt”. För nära vård är det viktigt att lägga mer energi på att göra rätt saker, och göra dem på nya sätt.

Vi får ett dåligt resultat för patienten när vi gör fel insats eller en dålig mix av insatser. Därför handlar nära vård mycket om att arbeta tillsammans på nya sätt för att ge patienten det som behövs och när det behövs.

Varför nära vård?

Den offentliga utredningen **God och nära vård – En primärvårdsreform** lyfter fram behovet av ett strategiskt och målmedvetet arbete, som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Man säger att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.



Sveriges Kommuner och Regioner arbetar också med nära vård, med fokus på att stödja och synliggöra kommunernas och regionernas utvecklingsarbete. Nära vård ska vara ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg, där utgångspunkten bör vara individens behov och upplevelse av närhet. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. För att kunna uppnå den visionen räcker det inte med en utveckling av delmoment inom den befintliga vården och omsorgen. Nya former för utförande behöver tas fram, med nya typer av samarbeten, ny teknik och nya uppdrag för utförarna.

Satsningar kring nära vård som görs inom olika regioner skiljer sig åt – allt från enstaka förändrade arbetssätt till en helt förändrad förvaltningsstruktur. ”Nära” kan exempelvis handla om geografisk närhet, närhet mellan patient och professioner, eller närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning. Nära vård kan vara nya former av samverkan mellan professioner och arbetsgrupper, som lyckats få omsorgsverksamhet och sjukvårdsinsatser att samsas i fungerande flöden, erbjuder nya former för vård i hemmet eller som tagit tillvara de möjligheter tekniken erbjuder för att utveckla patientens roll i sin egen vård.

Omställningen mot nära vård kan omfatta:

- Förflyttning av resurser från slutenvård till öppenvård
- Ett förbättrat samspel mellan vård och omsorg, särskilt kring individer med komplexa behov
- Ökat nyttjande av digitaliseringens möjligheter för att erbjuda och utveckla vård
- Ett ökat fokus på preventiva insatser för att undvika att vårdbehov uppstår
- Ökad betoning på personcentrerad vård, inklusive delaktighet och stöd till egenvård.

Regeringen och SKR har sedan 2019 överenskommelser om att stödja Nära vård. Överenskommelserna under 2021 omfattar totalt 6,8 miljarder kronor, varav 5,7 miljarder tillfaller regionerna, 1 miljard går till kommunerna och en liten del till SKR:s samordningskansli.¹

Utöver det satsar regionerna ett okänt antal miljarder på satsningar inom nära vård. Pågående kvalitetsarbete, arbete med personcentrerade förhållningssätt och samverkansprojekt med kommunerna är exempel på sådant som har kommit att hamna under nära vård.

¹https://skr.se/download/18.71a6757217b07d9b39fb939b/1629783112706/God_och_nara_vard_2021_uppdaterad.pdf

Nära vård

– ett prioriterat område för SKR

Sveriges kommuner och regioner är en central aktör i arbetet med nära vård.

SKR:s roll är att stödja och synliggöra kommunernas och regionernas arbete. Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.²

En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. En omställning till nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i sättet att arbeta.



² Från SKR:s web, <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

Man skall enligt SKR vända på perspektiven:

Från fokus på organisation till fokus på person och relation.

- Utgå från patientens/brukarens individuella förutsättningar, förmågor och behov och bidra till trygghet.
- Utgå från att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet.

Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.

- Skapa tillsammans med invånare, patienter och brukare.

Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.

- Utgå från det bästa för patienten/brukaren i hela vård- och omsorgsprocessen.
- Främja gemensamt ansvarstagande och tillit.
- Skapa förutsättningar för jämlik vård och omsorg.

Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.

- Hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest hållbara arbetssättet.
- Skapa förutsättningar för självständighet och livskvalitet.
- Skapa förutsättningar för jämlik hälsa.

Några viktiga nyckelord för omställningen mot nära vård enligt SKR:

- Samverkan – mellan kommuner och regioner.
- Ny teknik – för att utveckla arbetssätten
- Egenvård – ta med patienten mer
- Digital kompetens – stärk personalen
- Personcentrering – som förhållningssätt och arbetssätt
- Kompetensförsörjning – över traditionella gränser

Många håller på med nära vård lokalt

Regionernas olika satsningar och strategier kring nära vård har sammanställts av Socialstyrelsen 2020.³ Här ser vi en bred och omfattande satsning med ambitiösa mål. Aktiviteter kring nära vård pågår överallt idag inom svensk vård och omsorg.



³Omställningen i de 21 regionerna Bilaga 5 till rapporten Uppföljning av omställningen till en mer nära vård, Socialstyrelsen, 2020-6-6826



Här är några av de saker som Socialstyrelsen lyfter fram:

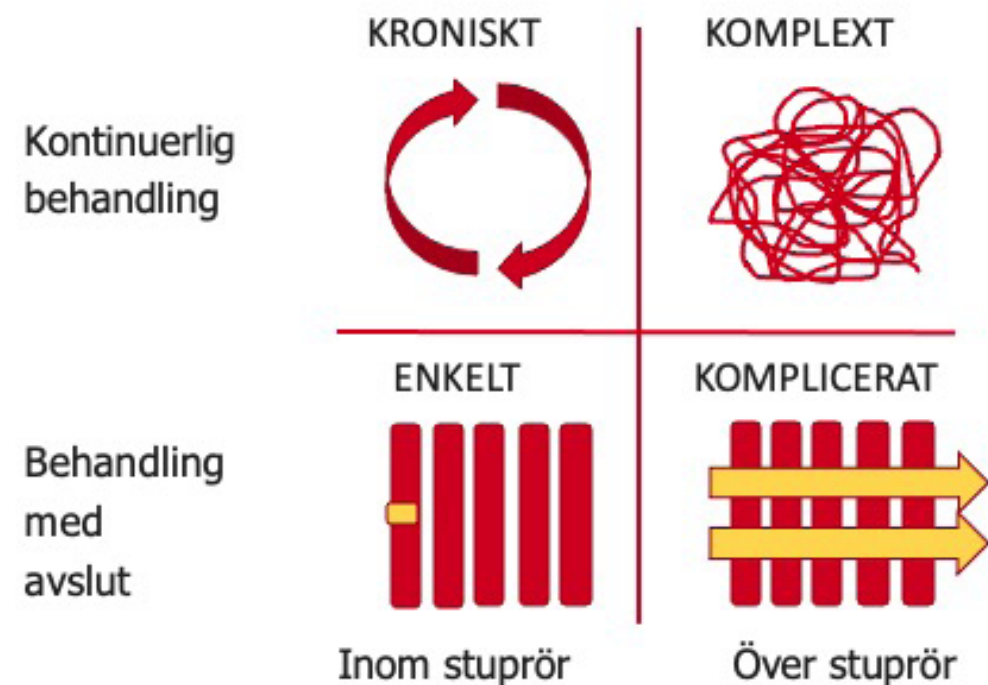
- Nästan alla regioner har någon form av strategi där nära vård ingår som ett centralt spår eller mål (2020).
- De flesta strategier, målbilder eller handlingsplaner innehåller förebyggande eller hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.
- Flera regioner lyfter att en gemensam målbild för regionen och kommunerna är en förutsättning för att lyckas med omställningsarbetet. Detta saknas dock ofta i dag.
- Regionerna arbetar med olika åtgärder för att ändra sina arbetssätt och införa digitala lösningar samt använda befintliga resurser och kompetenser på nya sätt.
- Utveckling av digitala lösningar ses av regionerna som en av de viktigaste delarna för att klara framtida utmaningar i hälso- och sjukvården.
- Flertalet regioner ser över hur omställningen och de åtgärder de vidtar ska kunna följas upp lokalt på ett strukturerat sätt. Merparten är i ett inledande skede. Flera regioner lyfter att det är problematiskt att det saknas data för att kunna följa vårdflödet i den kommunala hälso- och sjukvården.

Nära vård för olika grupper – hur fungerar det?

LHC har tagit fram ett analysramverk som bygger på olika behov utifrån fyra olika patienttyper, ofta kallat LHC-fyrfältaren.⁴ Ramverket kan användas för att se behovet av olika lösningar för olika grupper och behov. Vi använder det här för att se vilka olika former av nära vård som kan finnas för olika målgrupper.

Först lite om fyrfältaren. Vi utgår ifrån två grundläggande dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över tid, eller livslångt. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras.

Patienter är olika



⁴ Målgruppsanpassad vård - ett analysramverk, <https://leadinghealthcare.se/publikationer/malgruppsanpassad-varld-ett-analysramverk/>

Den första gruppen – enkelt

är patienter med en **åkomma som kan botas**, och som kan hanteras inom en medicinsk specialitet. Det är patienter – utan komplikationer, och med en relativt enkel åkomma. Vården kan lösas inom en enhet, antingen primärvård eller hos en specialist. Efter behandling och uppföljning är patienten klar, och inga fler kontakter behövs tills nästa behov uppstår. Här passar dagens vårdorganisation bra. Samverkan är inte en stor fråga, och allt kan effektivt skötas inom en enhet. Nära vård kan handla om distansvård eller digitala lösningar och är ofta en fråga om tillgänglighet och att skapa jämlika förutsättningar i hela landet.

Nästa grupp – komplicerat

är patienter med en **komplicerad åkomma men som kan botas**. Detta är svårare fall, där flera olika enheter och specialiteter behövs för att lösa problemen. Här har vi sett flera uppmärksammade fall med långa väntetider under processen och en allmänt svårnavigerad väg genom vården för patienten. För att lösa det har man arbetat med vårdflöden och vårdprocesser. Här är det ofta frågan om avancerad sjukhusvård, och nära vård är sällan en del av diskussionen.

En tredje grupp – kroniskt

är patienter med en **åkomma som kräver långvarig och kontinuerlig vård**. Det främsta som skiljer dem från de två tidigare grupperna är att behandlingen inte har ett slut, utan är en livslång process. Målet är inte att bota, utan att man undviker att hamna i en situation med försämrad livskvalitet eller ett läge som kräver sjukhusvård. Dagens aktivitetsinriktade styrning passar illa för den gruppen. Här blir andra frågor viktigare, som förebyggande åtgärder, livsstil och kontinuitet. Nära vård är en viktig del av detta, med egenvård, monitorering på distans, möjlighet att träffa specialister via länk, och möjlighet till egenkontroll.

Den sista men svåraste gruppen – komplext

är patienter med **flera allvarliga, och ofta kroniska, åkommor samtidigt**. De är ofta gamla och sköra människor där kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. Omsorg blir en viktig del, och en sammanhållen och kontinuerlig vård och omsorg behövs. Gruppen är relativt liten (ca 3% av befolkningen) men mycket resurskrävande (50% av vårdkostnaderna). Här är nära vård en viktig princip, till exempel i form av mobila team, särskilda mottagningar, rutiner för uppföljning och kontinuitet. Personcentrering och samverkan med omsorgsinsatser är centralt.

Nära vård för olika grupper



Hur ser utmaningarna ut på golvet?

Leading Health Care har på uppdrag av SKR under 2018-19 drivit ett så kallat "Ändamålslabb" kring nära vård under två år. 25 personer från 15 regioner och kommuner som arbetar med nära vård på strategisk nivå har träffats i workshops och diskuterat vad de upplever som utmaningar. Hur skall vi få nära vård att få fäste och ta fart?

Ibland går det bra, men ofta finns det hinder på vägen.

Här är några reflektioner från dessa diskussioner:

Vad är egentligen nytt med nära vård? Att förstå uttalade och uttalade behov, det har vi jobbat med länge! Men det är skillnad mellan att förstå och att faktiskt organisera utifrån detta. Här behöver systemet nu ändras.

Det är ofta ekonomi som bestämmer till sist! Den typen av argument kan vara starka pådrivare eller hinder. En annan viktig faktor är forskning på de positiva effekterna av personcentrering.

Vi har stora problem att hitta bra mått på personcentrering, delaktighet osv. Det måste mätas och ställas mot kostnaderna för att kunna argumentera starkt.

Behöver vi enas om gemensamma principer för nära vård, innan vi kan hitta lämpliga mått, eller är det för brett och för olika?

Vad är bästa sättet att hitta rätt målgrupp för en nära vård-insats? Hur stor kan målgruppen göras innan det blir för stort och nyttan försvinner?

Vem ska ta beslut om att nära vård-insatser är lämpliga att sätta in för en viss patient/målgrupp: Efterfrågan från individen själv? Professionella bedömningar? Verksamhetschefs beslut om ändrade arbetssätt? Regionens förfrågningsunderlag? Politiska beslut? Konsekvens av forskningsstudie?

Idag mixas alla dessa beslutsnivåer. Till skillnad från för läkemedel och behandlingar har vi inget system på plats för att "ordinera" nära vård-insatser.

Vilka underlag behövs (skulle behövas) på de olika nivåerna för att fatta ändamålsenliga beslut?

Hur kommer vi vidare?

Det finns alltså många satsningar på nära vård i Sverige idag. De flesta som är involverade anser att det finns nyttor och vinster med det sätt man valt att arbeta på, men det är ofta svårt att konkretisera det på ett tydligt sätt.

Men varför är det så svårt att sprida, när nästan alla tycker att de har lyckats bra, och gärna vill att andra skall kunna lära av dem?

Vad behövs för att få till en utväxling av alla de goda försök som gjorts? Hur får vi till ett lärande, både lokalt och över landet?

Några frågor som dyker upp är:

- När är en satsning motiverad?
- För vilken grupp passar insatsen?
- Vad är det som skall uppnås (vad skall bli bättre)?

För att besvara detta behöver vi titta närmare på vad man faktiskt har gjort, och inte minst hur man har gjort det. Det är inte bara slutresultatet som är intressant, utan lika mycket hur man har kommit dit. För att lära mer om det har vi följt arbetet med nära vård i Västerbotten.



På vägen till Västerbotten

Innan vi ger oss in i Västerbotten kan det vara bra att titta på några andra kända fall, där man arbetat med nära vård, nya arbetssätt och större omställningar av vård och omsorg. Flera välkända exempel har redan beskrivits i vår tidigare rapport om *Nära Vård – nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter*.⁵ Här finns även flera rapporter från de enskilda fallen beskrivna, exempelvis från Borgholm, Ängelholm och VGR.

	Borgholm Hemsjukhuset	Ängelholm Hälsostaden	Norrköping Tiohundra	Norrlandsregioner glesbygdsmedicin	VGR Skaraborg	Uppsala
Arbetssätt/inriktning	Hemsjukhus Mobilt team	Förvaltningsmodell Mobilt team	Förvaltningsmodell	Närvård Distansteknik	Närvård Mobilt team	Mobilt team
Syfte	Tryggare vårdssituation (mest sjuka)	Tillgänglighet och rätt nivå	Samverkan	Samverkan Tillgänglighet	Samverkan (mest sjuka äldre)	Vård i hemmet (patienter med hög vårdkonsumtion)
Projekt/permanent	Lokalt projekt	Permanent, särskild förvaltning	Permanent, områdesövergripande	Varierar	Permanent, breddinfört	Permanent, breddinfört

Andra intressanta lärdomar kring genomförande av nya arbetssätt och effekter av verksamhetsutveckling kan vi se i rapporten från omställningen i VGR, ett stort projekt som drevs under 2018 – 2020: *Om en Omställning - Rapport från ett följeforskningsuppdrag om hälso- och sjukvårdsutveckling i Västra Götalandsregionen*.⁶

I Skåne har LHC följt en satsning under 2015 – 2017 där region Skåne och SUS arbetat med förändring av primärvård och roller, med mål att vård skall utföras på rätt nivå – i det här fallet flyttas från sjukhus till primärvård. Arbetet och vad det ledde till beskrivs i rapporten *Från flytt till förändring – En studie av verksam-*

hetsutveckling i Region Skåne.⁷

Andra exempel som gjorts nyligen inom samma område på SKR är beskrivningar av bland annat mobila team vid södra Älvsborgs sjukhus och Sjukstugan i Storuman (under färdigställande). Detta finns samlat på SKR:s hemsida under exempel på närsjukvårdsteam.⁸

Inte alla studier är positiva till nära vård. En studie har gjorts av forskare i Jönköping, där man undersökt om tillgång till ett mobilt geriatriskt team förhindrade inläggning på sjukhus hos multisjuka äldre.⁹ Slutsatsen var att det i detta fall inte blivit bättre med mobila team. Den mer generella slutsatsen man kan dra av det är att mobila teams kan vara fel arbetssätt om det inte löser de aktuella problemen.

Det i sin tur beror på många saker, till exempel hur man valt målgrupp, hur man arbetar sedan tidigare och hur väl man får med sig personalen på det nya arbetssättet. Om inte allt är på plats kan effekterna utebli. Det är därför extra viktigt att förstå hur hela det arbetet kan göras på ett bra sätt. I nästa del skall vi som ett exempel titta på hur man gjort i Västerbotten.

⁵ Nära vård - nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter. SKR 2020. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/allapublikationerinomnaravard.58357.html>

⁶ Om en Omställning - Rapport från ett följeforskningsuppdrag om hälso- och sjukvårdsutveckling i Västra Götalandsregionen <https://leadinghealthcare.se/publikationer/om-en-omstallning/>

⁷ Från flytt till förändring - En studie av verksamhetsutveckling i Region Skåne. <https://leadinghealthcare.se/publikationer/fran-flytt-till-forandring/>

⁸ Se exempel på hemsjukvårdsteam: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning.46736.html>

⁹ Mobile Geriatric Teams – A Cost-Effective Way Of Improving Patient Safety And Reducing Traditional Healthcare Utilization Among The Frail Elderly? A Randomized Controlled Trial. Dovepress <https://www.dovepress.com/mobile-geriatric-teams-a-cost-effective-way-of-improving-patient-safet-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>

Erfarenheter från införande av nära vård

- lärdomar från Västerbotten

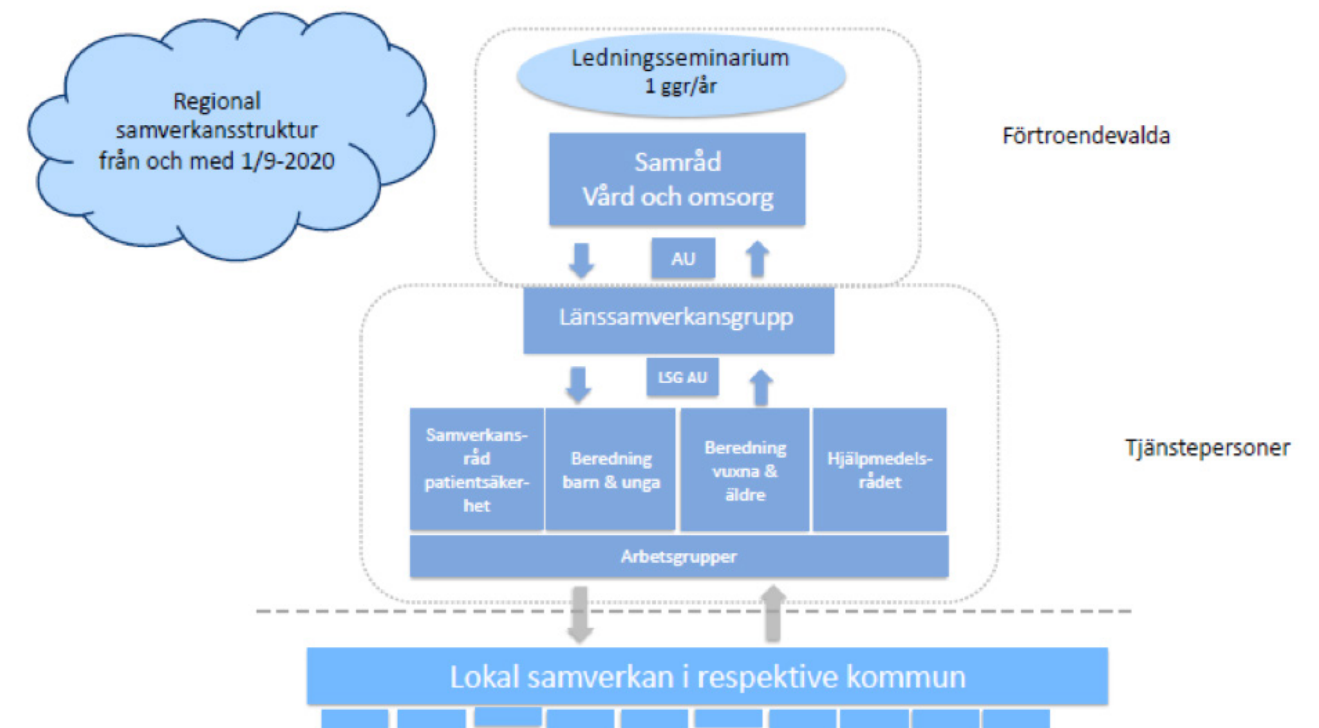
Västerbotten har tagit fram *Framtidsbilden Nära vård 2030*, som är en gemensam målbild för samtliga kommuner i Västerbotten och Region Västerbotten.

Under 2020 tecknades en överenskommelse mellan länets 15 kommuner och Region Västerbotten om former för samverkan inom området vård och omsorg. Överenskommelsen ska bygga på verksamheternas behov av tydliga rutiner för samarbete, och omfattar både tjänstepersoner och förtroendevalda.

Regionen jobbar tillsammans med kommunerna i länet och andra samarbetspartners i tre geografiska områden: Umeå, Skellefteå och södra Lappland. Södra Lappland har valts ut som ett modellområde där region, kommuner och andra intressenter ska testa arbetssätt för omställning av hälso-, sjukvårds- och omsorgssystemen mot en god och nära vård. Liknande modellområden finns i de övriga norra regionerna och alla har av Socialdepartementet fått pengar för att genomföra projekten.

Arbetet med nära vård koordineras av en Länssamverkansgrupp (LSG). Den har varit en naturlig ingång till att följa arbetet med nära vård.

Regional samverkansstruktur från och med 1/9-2020



Hämtad från region Västerbottens hemsida

Arbete med att ta fram nya arbetssätt och samverka över gränser är en process som behöver tid för att börja fungera bra. Det gör att det är minst lika viktigt att veta HUR man har gjort en förändring som VAD som blev slutresultatet.

Vi kommer därför att beskriva det arbete som vi gjort gemensamt med Länssamverkansgruppen för att stödja satsningar på nära vård, och även stödja arbetet med att utvärdera vad som gått bra, och vad som bör spridas eller utvecklas vidare.

Workshops

För att stödja omställningen till nära vård i Västerbotten har tre workshops genomförts under våren 2021 för att ta fram en karta över nära vård-aktiviteter i hela regionen.

Utifrån den skall alla berörda parter identifiera områden som behöver hanteras för att arbetet ska bli långsiktigt hållbart.

Utifrån det skall Länssamverkansgruppen i samarbete med LHC skapa en plan över vad som behöver göras i tillägg till det som görs idag, och av vem.

Workshop #1

Vad är på gång?
Skaffa en överblick.

Under första workshopen fick Länssamverkansgruppen arbeta igenom vilka aktiviteter som finns inom nära vård, och vad målen med dessa är. För att bli konkreta utgår vi ifrån en sammanställning av projekt inom nära vård i Västerbotten. Första versionen av listan, som vi ser en bild av nedan, innehåller nära 50 aktiviteter och projekt över 12 sidor.

Vi arbetade med att försöka sortera och gruppera dessa, och lämnade över det vidare arbetet till Länssamverkansgruppen. En stor nytta med detta var att många inte hade vetat vad som pågick på andra håll. Bara genom att prata igenom listan uppstod en del nya kontakter.

Frågor inför workshopen:

- Hur ser projektkartan ut?
- Sortering / klassificering av projekten – ändamål för varje projekt
- Diskussion av projektkartan, ändamålen och eventuella gap och överlappningar som gruppen identifierat.

Målet med första workshopen var att ha gjort en genomgång av projekt och ändamål samt att ta fram ett underlag inför andra workshopen.

Sammanställning bruttolista projekt i Västerbotten

Mob: mobila lösningar, team
Tek: tekniska och IT lösningar
Sys: systemlösningar, samverkan, arbetssätt

Med: medicinska / behandlingslösningar
Geo: glesbygdfokus, geografi
Grp: tydligt fokuserat på en definierad grupp

x	geo	typ			Syfte och mål	Målgrupp	Verksamhet / scope	Ändamål o mått	Kommentar o frågor från gruppen / läsaren
	SKN	Mob	Mobilt primärvårdsteam	Närsjukvården Skellefteå – Skellefteå kommun elenor.granstrom@regionvasterbotten.se	Tillskapa en primärvårdsbaserad verksamhet som klarar av att fånga behov och sätta in åtgärder med kort varsel.	Alla?	Inom primärvård	Tid, kort varsel, flexibelt	Gemensamt intresse för hela länet Se PrimÄR Umeå
	SKN	Grp Sys Med	Hjärtviktsprocessen	Närsjukvården Skellefteå och Skellefteå och Norsjö kommun elenor.granstrom@regionvasterbotten.se	Förberett omhändertagande av hjärtsvikt Kronikerhantering, tidiga åtgärd, delegerat utförande	Hjärtsviktspatienter.	Inom sjukhuset, PV	Kvalitet, bra mottag, undvika sjukhus	Gemensamt intresse för länet
	SKN	Sys	Lokala Samordningsmöten	Närsjukvården Skellefteå – Skellefteå och Norsjö kommun elenor.granstrom@regionvasterbotten.se	Snabbt fånga behov, sätta in åtgärder planera tillsammans med patienten och dennes närstående.	Multisjuka 2	Samordningsmöten Teams	Fråga...	Gott exempel och hur skulle det kunna utvecklas och spridas...
	SKN	Sys Tek	Digitalt först Vinnoprojekt	Västerbotten utan gränser- rond på distans. Rigga hemsjukvårdsinsatser Fravivo- kognitiv sjd och teknik	Kompletteras				

x	geo	typ			Syfte och mål	Målgrupp	Verksamhet / scope	Ändamål o mått	Kommentar o frågor från gruppen / läsaren
	SL	Tek	Samverkansprojekt Vilhelmina	Vilhelmina sjukstuga har tillsammans med Vilhelmina kommun	Vilhelmina sjukstuga har tillsammans med Vilhelmina kommun startat upp pilot för att testa monitoreringsverktyg inför hemgång.		Monitorering hemgång	Kvalitet förenkling	
	SL	Tek Geo	Ökad trygghet på särskilda boenden genom digitala läkarkontakter	gunnel.von.bergen lodnert@regionvasterbotten.se	Digitala läkarkontakter vid särskilda boenden."Digifysiska vårdkontakter ökar tryggheten för personer på särskilda boenden" är ett samarbete mellan RISE, Region Västerbotten och KRY.	Äldre på boenden	Digitala läkarkontakter	Trygghet patientsäkerhet	Pilot Malå sjukstuga där KRY är involverad. Framgångsprojekt
	SL	Tek Geo	Samhällsrum för videobesök och egen provtagning i Västerbotten.	gunnel.von.bergen lodnert@regionvasterbotten.se	I Västerbotten finns åtta samhällsrum och varje sjukstuga ansvarar för samhällsrummet i den egna kommunen. Har du frågor om ett specifikt samhällsrum, kontakta den aktuella sjukstugan.	Alla	Samhällsrum - videobesök	Minska resor	Överförs till basorganisationerna Har utvecklingen passerat eller hur samspelar detta med

Projektlistan i Västerbotten, första sidan av 12

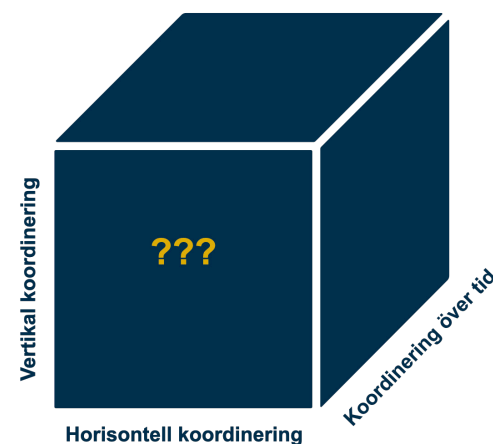
Workshop #2

Kan vi lära av varandra – behov av samverkan?

Under workshop två fokuserade vi på vilken mottaglighet det finns i omgivande verksamhet för satsningarna. Finns det några hinder eller motstånd vi känner till? Vi tittade också på behov av samordning och koordinering mellan projekt.

Vilka projekt hänger eller bör hänga ihop och hur, vilka projekt stör respektive stärker varandra, och hur kan det kopplas till systemet? Vad är gemensamt, och vad behöver vi hantera centralt respektive lokalt?

Som underlag använde vi en modell för koordinering i tre dimensioner. Vi jobbade vidare utifrån projektens utmaningar, och försökte hitta mönster i dessa.



Workshop #3

Vem skall göra vad?

Under den tredje workshopen fokuserade vi på lösningar och framtida åtgärder. Baserat på resultat från första och andra workshopen tog vi fram konkreta åtgärder och råd / förhållningssätt för att hantera de problem och utmaningar som visat sig.

Detta ledde till en nivåstrukturering av lösningar – vad skall lösas i projekten, vad skall hanteras av samverkansgruppen, och vad måste upp på högre nivå för att kunna lösas? Den tredje workshopen ledde till en nivåstrukturerad handlingsplan för vidare arbete. Vi tog också fram förslag på hur insatser kring detta kan utformas och bemannas.

De viktigaste åtgärds punkterna - och var de hamnar i organisationen

Mätetal och analys – någon måste ta fram / frigöra kompetens

Strategisk nivå

Koordinering och kommunikation – mer behövs

Länssamverkansgrp

Nätverk och lärande – vägar för detta

Länssamverkansgrp

Resurssätta nära vård – ge utrymme, pengar och tid

Strategisk nivå

Involvera andra delar av organisationen – HR, ledning, IT, ekonomi

Strategisk nivå

Stöd åt medarbetaren – ge stöd/hjälp där det efterfrågas

Projektnivå

Personcentrering

Projektnivå

Underlätta samverkan – undvika silos

Strategisk nivå

Viktiga slutsatser från workshopsarbetet

Diskussionerna under workshopparna, kompletterande intervjuer och diskussioner med ledningen har lett oss till flera gemensamma insikter och slutsatser. Här har vi gjort en sammanfattning av de viktigaste slutsatserna.

Citat från den empiriska undersökningen

Projektlistan som vi gemensamt byggde har utgjort underlag för vidare arbete. Ett konstaterande är att mycket är på gång, men det mesta sker lokalt utan samordning och att en delning av aktiviteter och lärdomar vore värdefullt.

LSG har i workshops konstaterat att koordinering behövs men detta innebär inte nödvändigtvis standardisering utan mer att dubbelarbete undviks och gjorda insatser kan analyseras bättre för att sedan delas och återanvändas.

Intervjuer med övriga delar av organisationen har visat att visst motstånd finns, men inte så uttalat / tydligt. Jämfört med andra regioner ser vi en relativt problematisk bild hittills där man delar bilden av att detta är nödvändigt och viktigt.

En viktig punkt är att tydligare mål behövs; vart skall vi och hur vet vi när vi gjort rätt? Detta behöver både slås fast, förankras och därefter kommuniceras löpande.

Samverkan och stöd horisontellt hjälper – här har redan LSG lyfts fram som ett stöd i arbetet med att få till samverkan och delning. Vi ser ingen anledning att ändra detta.

Ett återkommande problem är att det saknas underlag i form av data och siffror på hur det ser ut i dag som vad som förbättrats när en insats gjorts. Detta är ett problem såväl för det lokala förbättringsarbetet som för den övergripande verksamhetsutvecklingen.

Insikterna i punktform:

Projektlistan är lång och omfattande, mycket är på gång: insatser drivs oftast lokalt och man har ett lokalt ansvar för utfallet.

Koordinering behövs – men inte alltid standardisering: många projekt har liknande utmaningar, men man upplever att det behövs lokala lösningar på grund av olika förutsättningar och arbetssätt historiskt.

Det finns visst motstånd i de delar av organisationen som inte är direkt inblandad i nära vård, men det är inte särskilt uttalat. Det handlar mer om brist på förståelse än principiellt motstånd.

Tydligare mål önskas, vart vill man med nära vård? Det behöver förankras och kommuniceras, idag är målen väldigt breda och kan tolkas på många sätt.

Samverkan och stöd horisontellt hjälper – Länssamverkansgruppen har tillfört detta och fungerar väl som arena för möten och utbyte.

Det saknas siffror. Man kan inte visa hur det gått – saknar mått på utfall. Det gör att man inte har argument för att fortsätta / sprida satsningar som man tycker är bra.

Vägen framåt – handlingsplan

Allt arbete under workshops och intervjuerna med nyckelpersoner har legat till grund för analys och slutsatser som vi tagit upp med både Länssamverkansgruppen, enskilda nyckelpersoner och den politiska ledningen.

Resultatet från de tre workshoparna blev en lista på vad som behöver åtgärdas. Efter intervjuer med andra nyckelpersoner i organisationen har vi tagit fram en handlingsplan, där förslag till åtgärder presenteras, och även vem som skall ansvara för att de blir av.

Det utgår från tabellen från workshop tre, och varje åtgärd sammanfattas här:

Mätetal och analys

Önskemål om stöd för arbete med att ta fram mätetal och att analysera och utvärdera insatser, baserat på vad som skall uppnås. Strategisk fråga som behöver övergripande stöd. Arbetet med mätetal och analys behöver definieras och utvecklas vidare.

Koordinering och kommunikation

Gäller områden som redan i dag hanteras av LSG, men kan behöva stöd från andra enheter och högsta tjänstemannaledningen liksom politiken. Det behöver tydliggöras vilka mandat LSG har att beställa stöd och påverka aktiviteter. Bygger vidare på LSG.

Nätverk och lärande

Möjlighet att på ett strukturerat sätt dela lärdomar, skapa beslutsrelevanta arenor och bygga samarbeten. Pågår inom LSGs arbete, och kan även kopplas till kompetensutveckling och samverkansformer. Bygger vidare på LSG.

Resurssättning av aktiviteter och satsningar

Ett konstaterande är att arbetet inom nära vård har höga ambitioner men inte alltid tilldelas nödvändiga resurser för att kunna uppfylla dessa. Här ligger även ett önskemål om att tillåta slack för att kunna arbeta med utveckling lokalt.

Involvera andra delar av organisationerna

Det har kommit fram att delar av nära vård berör andra funktioner såsom HR, IT, ekonomi samt ledningsstabber. Dessa bör involveras på ett tydligare sätt. Hur och när bör klargöras. En ledningsfråga.

Stöd åt medarbetarna lokalt

Stöd och hjälp efterfrågas i projekten. Detta bör ske utifrån projektens behov, och kanaliseras via LSG (jfr nätverk, lärande och analys ovan). Projekten / aktiviteterna bör kunna avropa detta. Lokalt ansvar.

Personcentrering

Ett ökat fokus på personcentrering ses som en viktig del av nära vård-arbetet. Detta faller på varje projekt att lyfta fram där det är lämpligt. Det blir en del av ändamålet med aktiviteterna, och utvärderas därefter. Lokalt ansvar.

Underlätta samverkan – undvika silos

Önskemål om styrning för att undvika konflikter kring budgetar, var pengar tas, var fördelar hamnar. Undvika dubbelarbete eller för mycket byråkrati kring nya arbetsformer. Strategisk fråga som ingår i löpande ledningsarbete.

Räknestöd – ett handfast förslag

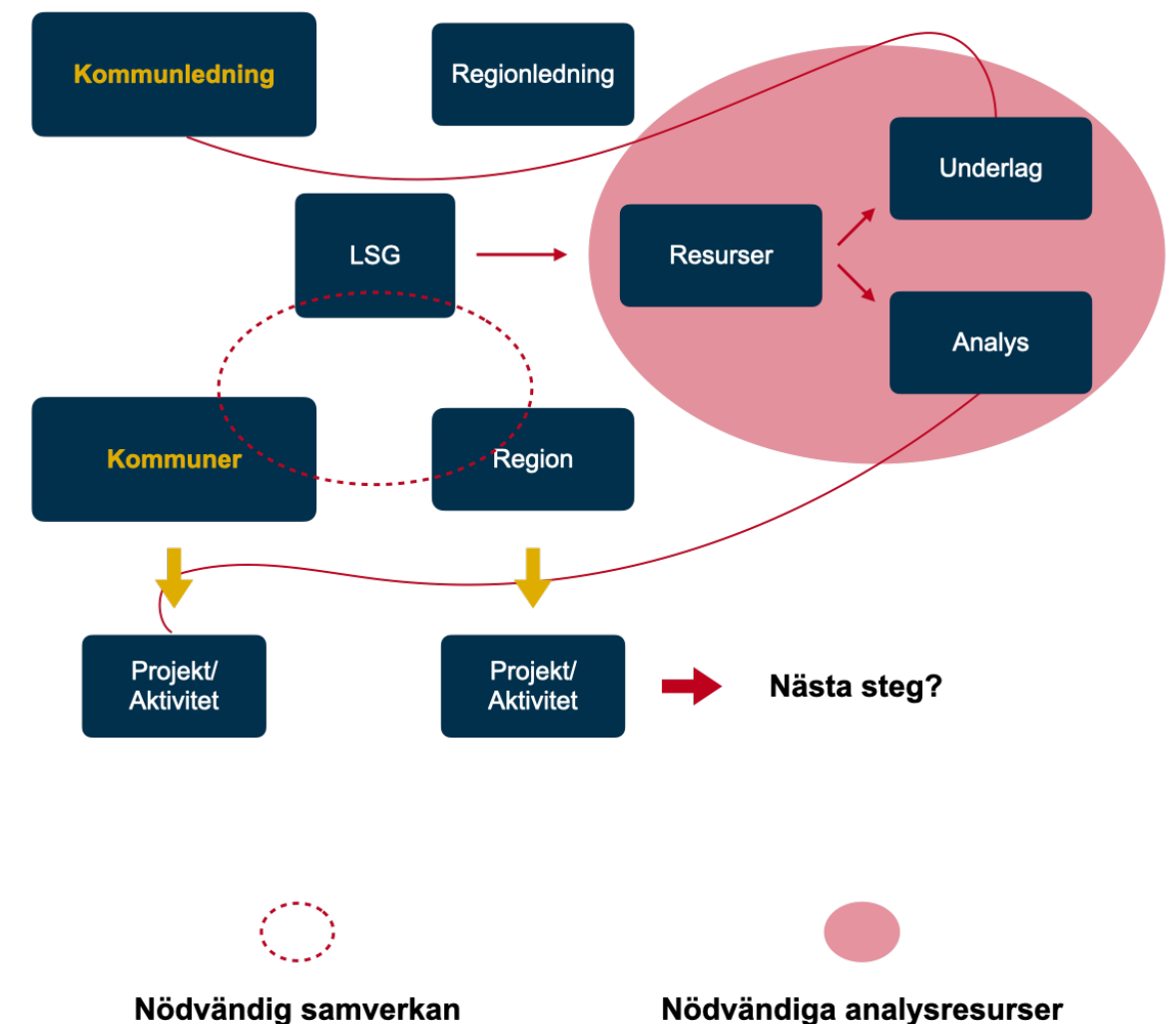
Varför drabbas så många goda satsningar av projektdöden? När det lyckade projektet är slut läggs det ner. Bra satsningar överlever inte om eldsjälens försvinner eller de extra projektresurserna tar slut – varför blir det så? Kan det vara så att satsningarna inte kan visa tillräckligt tydligt att de är bra, vad de tillför eller vilken handfast nytta som de leder till?

Att veta om satsningar går bra, och vilka resultat som har uppnåtts, är nödvändigt för att kunna avgöra vad nästa steg ska bli. Det fungerar som en bas för verksamhetsutveckling, samt beslutsunderlag för systemledningen i form av nyttoanalyser. Det är dessvärre något som nästan alltid brister i de projekt vi stött på.

Det finns inte någon egen kompetens inom projekten för att kunna göra det, och det finns inte heller några personer inom organisationen som arbetar med just den typen av frågor. Här ser vi ett stort och viktigt behov som behöver fyllas. För att kunna utveckla verksamheten behöver vi stöd att avgöra hur bra en satsning gått, och vilka resultat som uppnåtts.

Det här är inte en enkel uppgift inom vården. Det gäller först att ställa rätt fråga - vad vill vi uppnå och hur kan vi mäta det? Därefter gäller det att få fram rätt data, tillräckligt detaljerad och aktuell. Så behöver den analyseras och ett svar tas fram. Det behöver inte vara svårt men kräver en kompetens som inte kan finnas överallt i varje projekt. Vi har därför tagit fram ett förslag på hur ett analysstöd kan organiseras och bemannas.

Analysenhet för uppföljning



Vad behöver en analysenhet kunna?

- Kunna hjälpa till att formulera relevanta frågor och mått
- Ha en god lokal kompetens inom data / information
- Kunna räkna och modellera

Vilka uppdrag skall en sådan enhet ha?

- Svara på engångsfrågor – inte göra löpande uppföljning
- Ge snabba svar – helst dagar snarare än månader

Vilken kompetens behöver den ha?

- Informations- / dataexpert – kunna ta fram underlag (prioriterad tillgång till alla datakällor)
- Beräkning och modellering – controllers / ekonom
- Konsekvensbedömning – verksamhetskunnig senior person
- Regelefterlevnad – kännedom om regler och lagrum

Förslag på gruppammansättning (medelstor region med kommuner)

- IT / data: en expert halvtid, en mer junior person för insamling / sammanställning heltid
- Beräkning: 2 controllers, en senior
- Konsekvensbedömning: 1-2 verksamhetsutvecklare, seniora
- Tillgång till jurist och avrop från övriga staber och organisationer

Våra tankar kring en analysenhet bygger på alla de intervjuer och diskussioner vi haft de senaste åren kring nära vård. alla satsningar tycker att de har ett bra resultat, men nästan ingen kan ta fram några siffror som visar det.

I ett projekt kring informationsdriven vård, med finansiering från Vinnova och med SKR och AI Sweden som huvudparter lyfter man fram samma brist på information och analys som vi funnit. Det rapporteras i *En handbok för informationsdriven vård* där man går igenom hur informationsdriven vård kan bidra till nytta för svensk vård.¹⁰

Det finns väldigt mycket information inom vården idag, men den är svår att komma åt och svår att tolka på rätt sätt. För att kunna göra det krävs många olika kompetenser och angreppssätt, till exempel IT-kunniga och ekonomer, vårdprofessioner och verksamhetsansvariga samt kunskap om forskningsmetod och juridik. I rapporten beskriv hur Region Halland arbetar med Centrum för informationsdriven vård.

Ett annat vanligt exempel är Intermountain Health Care i Salt Lake City. Här har man sedan flera decennier arbetat mycket med dataanalys och informationsbaserat förbättringsarbete, mycket baserat på tankar kring TQM, och utvecklar av Brent James. En tänkvärd kommentar från Brent vi fått från ett möte är att det viktiga är inte att kvalitetssäkra data, utan att kvalitetssäkra analysen. Då kan all data vara värdefull.

¹⁰ En handbok för informationsdriven vård. AI Sweden. <https://drive.google.com/file/d/1e7ATvD2RaEmrH-kKRv5GkdgUD7piCeoeG/view>

Råd till andra

Vi har valt ut fyra råd som vi tror är viktiga att ta med sig i det egna arbetet med nära vård. Det är viktigt att börja rätt, att få till samverkan på ett enkelt men fungerande sätt, att veta hur det går, och att stödja arbetet med experter i form av duktiga analytiker och experter.

Börja rätt – utan att hoppa över viktiga steg

Vägen man behöver gå för att komma till nära vård beror på var man startar och hur ens tidigare arbetssätt ser ut. Det gör att alla måste göra sin egen resa. Visst går det att lära av andra, men vissa delar måste man igenom för att få med sig alla i den egna verksamheten.

Det går inte att rakt av kopiera någon som hållit på i 20 år – det är flera steg som behövs för att komma fram till samma läge, om det ens går. Förändringen behöver inte ta 20 år för den som kommer efter, men det går inte heller på en natt. Stora förändringar måste förankras lokalt och anpassas till egna förhållanden.

Kultur och ledarskap är alltid viktigt, liksom personer, eldsjälar och faktorer som lokala vanor och inarbetade rutiner – ”så brukar vi göra här”. Det som fungerar i Hjo kanske inte fungerar i Huddinge. Människor tar tid på sig att ändra sig. Att ändra en komplex organisation är komplext. Ta hellre lite mer tid på er i början och hitta rätt väg innan ni börjar förändra för mycket. Sen kan ni låna de delar som verkar bra från dem som gått före. Se till att lösningen passar hos er, genom att välja rätt, eller göra om det som inte passar.

Skapa en bra arena för samverkan

Nära vård innebär ofta nya sätt att arbeta, och även samarbete över gränser på andra sätt än man tidigare är van med. När man skall dela uppgifter på andra sätt, och ibland dra gränser annorlunda kommer det att innebära att man måste anpassa sig från båda håll. För att få till det behövs ett forum för att komma överens mellan kommuner, regionens olika delar och ibland privata aktörer. Ett forum där problem kan diskuteras och lösas. Vi har sett Länssamverkansgruppen i Västerbotten, som vi beskrivit i tidigare avsnitt, som ett bra exempel på detta. Många andra exempel finns, och det kan göras på flera sätt, men att det behövs är vi helt säkra på.

En sak som är viktig att tänka på är att en samverkansgrupp inte är en arbetsgrupp. Det måste finnas en linjeorganisation som tar hand om görandet, och det måste finnas resurser för detta. Det bör därför finnas mandat för samverkansgruppen att tillföra (eller begära) resurser där något behöver göras.

Kom ihåg att samverkan är dyrt (det tar värdefull tid) och att bara ”samverka” inte är något mål i sig. Samverkan är ett verktyg för att lösa problem, och skall bara användas när det behövs. Det är därför viktigt att veta vad som skall göras på samverkansmöten, och att de inte blir något man tvingas att sitta av för att det skall göras.

Använd förbättringscykeln

För att ha kontroll på sin verksamhet måste man alltid veta några grundläggande saker: vad som är viktigt, var man är idag, vart man vill komma med en insats, och hur det har gått när man försökt förbättra sig.

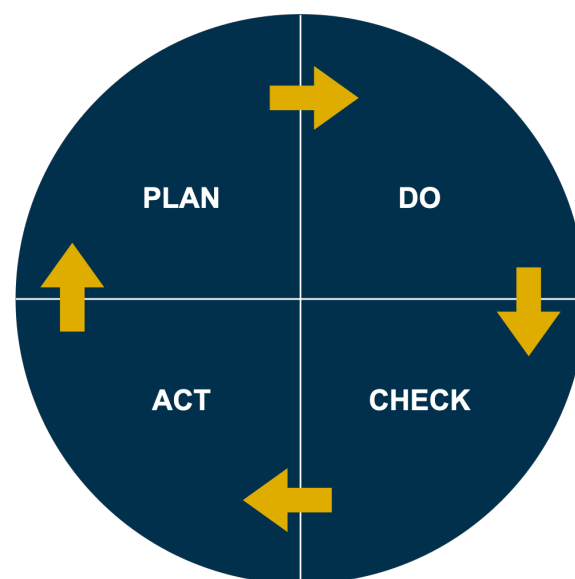
Vad som är viktigt kan variera beroende på vem man frågar. Just därför behöver man vara tydlig med vad man vill förbättra med en insats eller ett projekt, och hålla fast vid det.

När man väl vet vad som är viktigt behöver man veta hur man ligger till idag. Hur bra är man, och kanske även hur ser det ut jämfört med andra, eller hur det varit tidigare år?

När vi vet vad som är viktigt och hur vi ligger till behöver vi ett mål med insatsen. Vad vill vi uppnå inom det som är viktigt, och hur kan vi veta att vi uppnått något?

För att veta om vi uppnått något behövs det någon form av mått på hur det har gått. Vilka bevis finns det på att vi förbättrat det som var viktigt? Blev det som vi tänkt oss? Kan vi göra ännu mer, eller skall vi göra något annat?

Denna logik är grunden i de flesta förbättringsmetoder, och ingår som en del i många modeller och ansatser. Det är en form av sunt förnuft som ofta kallas en förbättringscykel eller ett förbättringshjul.



Det är inte ovanligt att man slarvar med något av stegen. Vi har sett många exempel där man varit duktiga på att sätta igång ett förbättringsarbete, men inte helt säkra på vad man vill uppnå, Det har funnits flera mål samtidigt, och man vet inte efteråt hur det gick eftersom man saknar data både på hur det var innan och om det blivit annorlunda efteråt.

Det gör att det blir svårt att motivera att man skall fortsätta på ett nytt sätt, och det blir svårt att övertyga andra att det är ett bra nytt sätt att arbeta på. Vi har sett många exempel på detta inom nära vård, och ser att det finns en risk att man istället faller tillbaka till det gamla.

Det gör att det blir extra viktigt att få med alla stegen i förbättringscykeln:

- Vad är viktigt?
- Var är vi idag?
- Vart vill vi komma med insatsen?
- Hur gick det?

Slutord

Visa resultat med riktiga siffror

När ni kommit en bit på väg och vill övertyga ledningen eller andra avdelningar om att det vore en bra idé att fler gör som ni, måste ni ha på fötterna.

- Mäta och räkna är svårt
- Många behöver låna en expert
- Det är inte tal om löpande stöd utan en specifik uträkning just nu

Vi har beskrivit hur ett räknestöd kan se ut i exemplet från Västerbotten. Det finns också mycket att hämta från rapporten kring informationsdriven vård. Inspireras gärna av det.

Kom ihåg att analysen är just nu och just för er, inte en indikator eller en uppföljning för alla. Det handlar om en engångsfråga, lite detektivarbete, och ett snabbt svar. Helst vill man ha det igår, men inom några veckor kan vara rimligare.

Vi vet att mycket är på gång runtom i landet. Lycka till med alla satsningar som görs ute i verksamheterna! Vi hoppas att det inte blir tomtebloss, utan att de kommer att leva kvar som nya arbetssätt. Det bästa betyget man kan få om tio år är att ingen tänker på att det är något nytt man gör, utan så har vi väl alltid gjort. Då har det blivit på riktigt.

Och till sist – lär av andra där det går. Hjulet kanske redan är uppfunnet någon annanstans, men ni behöver hitta rätt hjulstorlek för att det skall bli bra hos er.

Vidare läsning och kontakt

Om nära vård på SKR:

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

Om nära vård i Västerbotten:

<https://www.regionvasterbotten.se/god-nara-och-jamlik-varld/god-och-nara-varld>

Tidigare rapporter om nära vård från LHC:

Lärdomar från utvärdering av nära vård - en utvärderardialog kring praktiska problem och lösningar (2021)

<https://leadinghealthcare.se/publikationer/lardomar-fran-utvardering-av-nara-varld/>

Nära vård - nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter (2020)

<https://leadinghealthcare.se/publikationer/nara-varld/>

Om en Omställning - rapport från ett följeforskningsprojekt om hälso- och sjukvårdsutveckling i Västra Götalandsregionen (2020)

<https://leadinghealthcare.se/publikationer/om-en-omstallning/>

Från flytt till förändring - en studie av verksamhetsutveckling i Region Skåne (2017)

<https://leadinghealthcare.se/publikationer/fran-flytt-till-forandring/>

Närvård i västra Sörmland - en berättelse om roller, relationer och avstånd (2017)

<https://leadinghealthcare.se/publikationer/narvard-i-vastra-sormland/>

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 partnersnätverk 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 partnersorganisationerna.

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



leadinghealthcare.se