

Vård i hemmet

Slutrapport kort sikt

Projektägare: Åsa Himmelsköld

Projektledare: Elize Leto

Biträdande projektledare: Elin Silfversten

Diarienummer:

Datum: 2023-04-14

Version:

Region Uppsala

Innehållsförteckning

Slutrapport för Vård i hemmet, på kort sikt	3
Sammanfattning.....	3
Utvecklad styrning och ledning i samverkan som ger förutsättningar för en mer personcentrerad och samordnad vård i hemmet.....	3
Testa personcentrerad resurssamordning vid vårdcentrum	4
Bakgrund	4
Omställningen Effektiv och nära vård 2030	4
Samordnad vård i hemmet är en del av Hälsosystemet 2030	4
Vårdcentrum som nod för en samordnad vård i hemmet	5
Målet är en samordnad och personcentrerad vård i hemmet.....	5
Syfte	6
Teoretiskt angreppssätt.....	6
Systemförändring i komplexa system	6
Leda förändring i komplexa system	7
Projektet vård i hemmet som pilot i länets utveckling av systemdesignstöd	8
Projektmål	10
Kartläggning	10
Analys av kartläggningen och identifierade förbättringsområden samt dess målbilder	11
Prioriterade förbättringsområden.....	14
Omvärldsspaning	16
Framtagande av förslag	17
Idégenerering	17
Idégenerering för HSVO TL samt studenter på Uppsala universitet	20
HSVO TL	20
Studenter på Uppsala universitet.....	22
Åtta prioriterade områden blev fem.....	23
Arbete med prioriterade områden	23
Palliativ vård i hemmet	27
Lärdomar och insikter – när systemet ska ställa om till en mer samordnad och personcentrerad vård i hemmet.....	27
Svårigheten att skifta fokus från organisation till person	27
Patient och brukarmedverkan i utveckling.....	28

Parallella och osynkroniserade utvecklingsarbeten	28
Utmaningar i samverkansprocessen – det behövs tillit	29
Omställningens målbild omsätts inte i vidare målstyrning	29
För- och nackdelar med att driva systemförändring i pågående pandemi	29
Rekommendationer för fortsatt arbete utifrån lärdomar och insikter	31
Utvecklad styrning och ledning i samverkan som ger förutsättningar för en mer personcentrerad och samordnad vård i hemmet.....	31
Utveckla och testa personcentrerad resurssamordning vid vårdcentrum.....	32
Konsekvenser av rekommendationer	32
Utfall tidplan.....	33
Överlämning och leverans av projekt.....	33
Referenser.....	34
Dokument	35
Beslut	35

Slutrapport för Vård i hemmet, på kort sikt

Sammanfattning

Patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov ökar och ställer krav på en god och säker vård i hemmet. Detta förutsätter ett personcentrerat förhållningssätt, god planering och samverkan mellan de aktörer som utför vård i hemmet, oberoende av vårdnivå och huvudman. Hembesök skapar förutsättningar för multiprofessionella team att möta patientens behov i hemmet och ge en trygg och god vård. Utvecklingen av digitala stöd är en av flera viktiga komponenter. Exempelvis kan digitala möten ersätta långa resetider för att få rätt stöd och egenmonitorering kan möjliggöra en bättre vård i hemmet.

Syfte med projektet har varit att länets kommuner och Region Uppsala tillsammans skulle ta fram förslag på hur vården i hemmet kan utvecklas i länet utifrån målbilden för en effektiv och nära vård 2030 samt inriktningen för utvecklingen av vårdcentrum.

Projektet har haft samarbete med Uppsala läns systemdesignstöd vilket har resulterat i en kartläggning av projektets komplexitet och gett en bild av vad som är utmaningar för patienter och aktörer i vården samt tydliggjort de organisatoriska mellanrummen.

I rapporten beskrivs resultatet av genomförd kartläggning av behov och förbättringsområden samt omvärldsspaning och ett antal prioriterade områden. Vidare beskrivs lärdomar och insikter där de samlade erfarenheterna bland annat handlar om svårigheten att skifta fokus från organisation till person, vikten av patient- och brukarmedverkan i utvecklingsarbetet samt hur parallella och osynkroniserade utvecklingsarbeten påverkar varandra.

Andra lärdomar som lyfts är utmaningar i samverkansprocesser, att omställningens målbild inte omsätts vidare i målstyrningen samt för- och nackdelar med att driva systemförändring i pågående pandemi.

Rapporten landar i följande rekommendationer för det fortsatta arbetet:

Utvecklad styrning och ledning i samverkan som ger förutsättningar för en mer personcentrerad och samordnad vård i hemmet

All hälso- och sjukvård samt tandvård som bedrivs i hemmet behöver samordnas och utvecklas utifrån de insikter som projektet bidragit till. Rekommendationen innebär att den vård som bedrivs i hemmet samordnas och utvecklas utifrån patienternas perspektiv inom ramen för HSVO. För att stötta och ge förutsättningar för det fortsatta arbetet över organisationsgränser är bedömningen att befintlig samverkansstruktur utifrån ansvaret som systemledning behöver utvecklas ytterligare. Ömsesidiga samverkansnyttor behöver synliggöras och samverkan byggas utifrån tillit och med ett delägarskap från alla huvudmän.

Testa personcentrerad resurssamordning vid vårdcentrum

Personcentrerad resurssamordning innebär att utifrån patientens behov samordna de gemensamma resurserna, inom och över organisationsgränser, för att uppnå en mer effektiv och nära vård i hemmet. Rekommendationen innebär att insikter och lärdomar från projektet vård i hemmet samt från delprojektet om palliativ vård i hemmet tas till vara och testas inom ramen för vårdcentrumutvecklingen. De lokala styr- och ledningsstrukturerna för vårdcentrum föreslås leda utvecklingsarbetet. De test som visar på positiva utfall vid uppföljning kan skalas upp och testas i hela länet. Patienter och brukare samt medarbetare bör ha en central plats i utformningen och uppföljningen av de tester som görs. Egenmonitoreringslösningar och andra digitala innovationer behöver inkluderas i utvecklingsarbetet.

Bakgrund

Omställningen Effektiv och nära vård 2030

För att hälso- och sjukvården och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, samt möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:01) är ett första steg i en stor system- och strukturförändring av den svenska hälso- och sjukvården. Utredningen bygger på förslagen från Effektiv vård (SOU 2016:2) och ska stödja regioner, kommuner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Primärvård i lagstiftarens mening är en vårdnivå där regionen och kommunen som enskild huvudman har ett gemensamt ansvar (SOU 2018:39). Den regionala och kommunala primärvården ansvarar för en stor del av den nära vården och därmed är det viktigt att omställningen genomförs tillsammans över huvudmannagränserna.

Ytterst är målet för omställningen god hälsa, gott välbefinnande och minskad ojämlikhet. Målbilden innefattar fyra områden för framtidens hälso- och sjukvård – att den är nära, effektiv, samskapande samt hälsofrämjande och förebyggande. För invånaren innebär det vård nära på nya sätt, att vården hålls samman på rätt nivå med stöd av rätt kompetenser som känner mig, att patienten är en aktiv och självklar partner i sin egen vård och att individen får stöd i att främja sin egen hälsa. Utgångspunkten är ett förebyggande och hälsofrämjande arbete i samverkan mellan regionen och länets kommuner samt andra aktörer.

Samordnad vård i hemmet är en del av Hälsosystemet 2030

För att uppfylla målbilden för Effektiv och nära vård behöver hälsosystemet förändras där hälsofrämjande insatser, egenvård och primärvård, utgör basen i det nya hälsosystemet. För att göra en förflyttning där invånare är en aktiv del i sin egen vård behöver hen få stöd i att identifiera vilka styrkor som finns och hur dessa kan tas tillvara på ett sätt som stärker hälsan och bidrar till att individen tar ett större ansvar över sin egen hälsa. När behov av hälso- och sjukvård uppstår behöver det finnas tydliga ingångar i vården för att underlätta för invånare och medarbetare.

Bild 1. Målbild av hälsosystemet 2030.



Vårdcentrum som nod för en samordnad vård i hemmet

Ett vårdcentrum kan beskrivas som en nod där kompetenser från kommunal och regional primärvård samverkar med den specialiserade vården för att bättre möta de behov som finns runt om i länet. Även aktörer utanför hälso- och sjukvården, såsom socialtjänst och elevhälsa blir en naturlig del i nätverket vårdcentrum. Syftet är att invånarna ska få tillgång till en mer nära och samordnad vård.

Även länsövergripande verksamheter som inte finns på alla vårdcentraler kan kopplas till ett vårdcentrum, till exempel jourverksamhet, mobila team, röntgen, och närvårdsplatser. Närvårdsplatser är en vårdform på primärvårdsnivå med dygnet-runt-verksamhet för patienter som till exempel har stora vårdbehov men som inte är i behov av sjukhusets alla resurser.

Målet är en samordnad och personcentrerad vård i hemmet

För att bättre stödja invånare till ett långt och hälsosamt liv samt möta de behov som finns behöver vården ges närmare patienten, i större utsträckning som en integrerad del i patientens hem. Vården i hemmet behöver också bli en integrerad del av andra insatser som ges i hemmet, till exempel stöd, omsorg och tandvård.

Patienter med mer komplexa vård- och omsorgsbehov ökar och ställer krav på en god och säker vård i hemmet. Detta förutsätter ett personcentrerat förhållningsätt, god planering och samverkan mellan de aktörer som utför vård i hemmet, oberoende av vårdnivå och huvudman. Hembesök skapar förutsättningar för multiprofessionella team att möta patientens behov i hemmet och ge en trygg och god vård. Utvecklingen av digitala stöd är en av flera viktiga komponenter. Exempelvis kan digitala möten ersätta långa resetider för att få rätt stöd och egenmonitorering kan möjliggöra en bättre vård i hemmet.

Syfte

Syfte med projektet är att länets kommuner och Region Uppsala tillsammans tar fram förslag på hur vården i hemmet kan utvecklas i länet utifrån målbilden för en effektiv och nära vård 2030 samt inriktningen för utvecklingen av vårdcentrum.

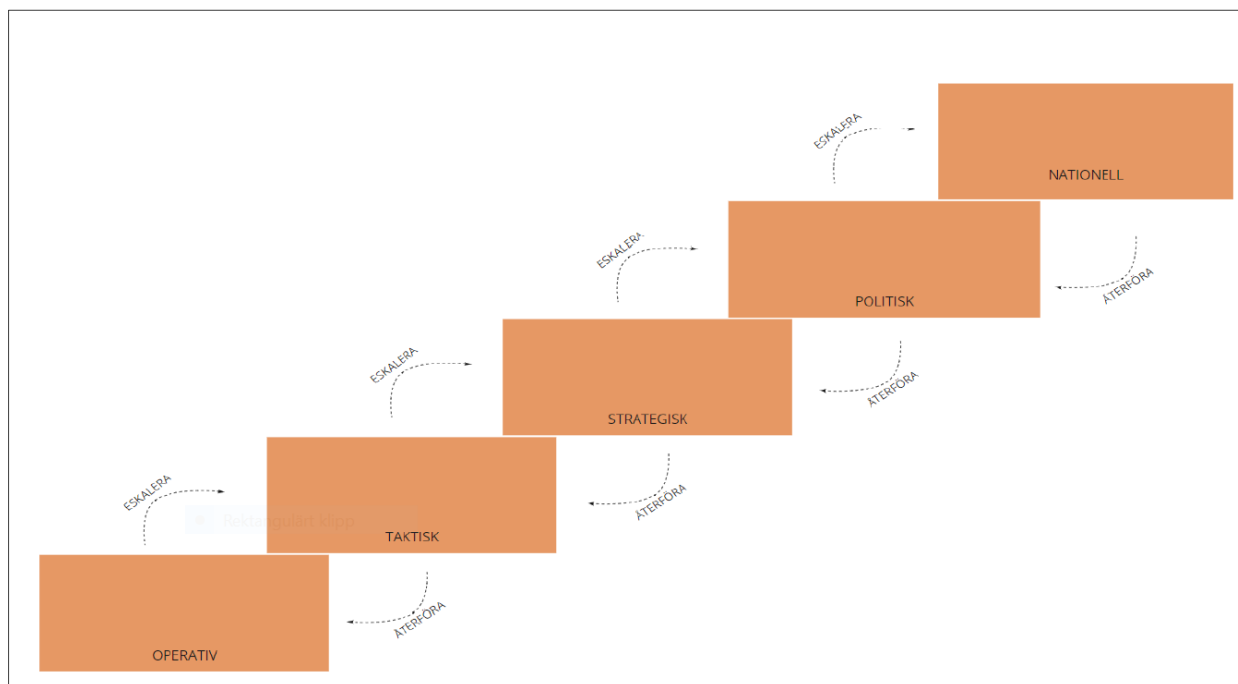
Teoretiskt angreppssätt

Projektets utgångspunkt är att ta fram förslag som utgår från behoven hos de patienter som får vård i hemmet. Arbetet har utgått ifrån ett användarperspektiv, där SKR:s Innovationsguidens metod för Tjänstedesign (se bilaga 1) använts i arbetet. Projektet har även tagit fasta på Klara Palmberg Broryds forskning om att leda utvecklingsarbeten i komplexa system.

Systemförändring i komplexa system

Hälso- och sjukvård i hemmet är ofta en komplex vårdform innehållande många olika delar som är beroende av varandra. Vård i hemmet kan ses som ett eget system inom hälso- sjukvårds- och omsorgssystemet. För att möta kommande behov behöver utgå från patientens behov och samarbeta över organisationsgränser i stället som enskilda aktörer, i s.k. ”stuprör”. För att åstadkomma detta behöver samtliga nivåer i systemet involveras.

Bild 2. Fem nivåer som kan behöva vara delaktiga i utvecklingsprocessen för att uppnå systemförändringar.



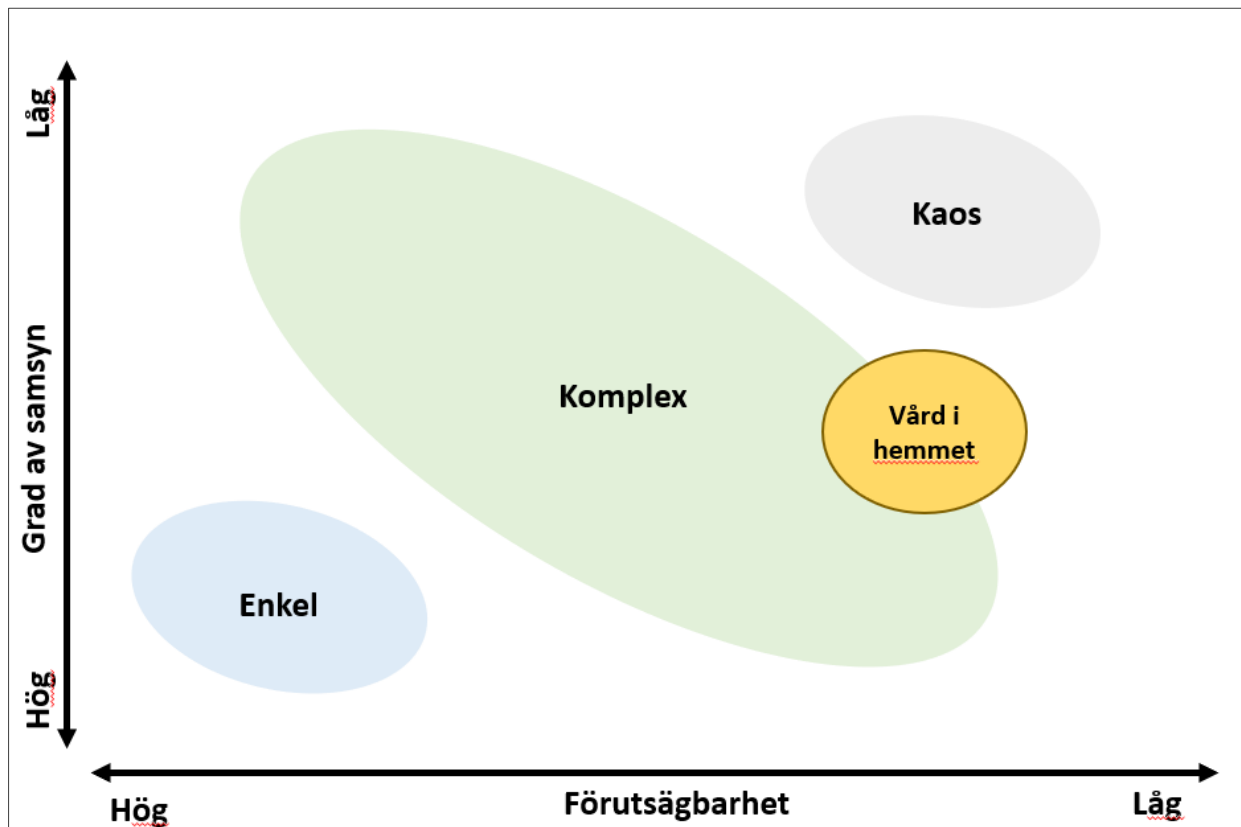
Leda förändring i komplexa system

Eftersom förslagen som togs fram skulle leda till bättre samordning och flöden över organisationsgränser har projektet tagit fasta på Klara Palmberg Broryds forskning om att leda utvecklingsarbeten inom komplexa system. Hon förespråkar ett stegvist införande i liten skala utifrån bland annat genombrottsmetodik för att komma i görande. Förändringar behöver ske på många olika nivåer i olika delar utifrån den beslutade målbilden för att åstadkomma omställningen till Nära vård. Hon beskriver:

”Ett traditionellt förhållningssätt, där förbättringsförslag samlas in, utvärderas, förstudier genomförs, idéer prioriteras och utreds och så vidare ofta kan ske då det finns en risk att man som ledare vill vara trygg och ber om ytterligare en förstudie, riskanalys och så vidare innan man ens vet om det är en bra idé. Ett projekt som bedrivit förstudier och planering under flera år har ju förbrukat stora resurser och då är det svårt att inse att det inte blev som man tänkt sig eller önskat.”

Klara Palmberg Broryd menar vidare att förändring i komplexa system behöver arbeta med tester i liten skala. Nya idéer med låg förutsägbarhet kring vad som kommer att fungera behöver testas för att förstå hur systemet påverkas av detta. Forskning visar att team som använder flest tester når bäst resultat. Det betyder inte att varje test är framgångsrikt, men att teamet lärt sig att testa, förstå och gå vidare. Det är först när man testat att göra annorlunda som man kan börja märka hur systemet reagerar.

Bild 3. Grafisk bild över Vård i hemmet enligt Klara Palmberg Broryds teori om komplexitet (1). Projektet har en låg förutsägbarhet samt en grad av samsyn som ligger på en medelnivå, varken hög eller låg, och är därmed komplext.

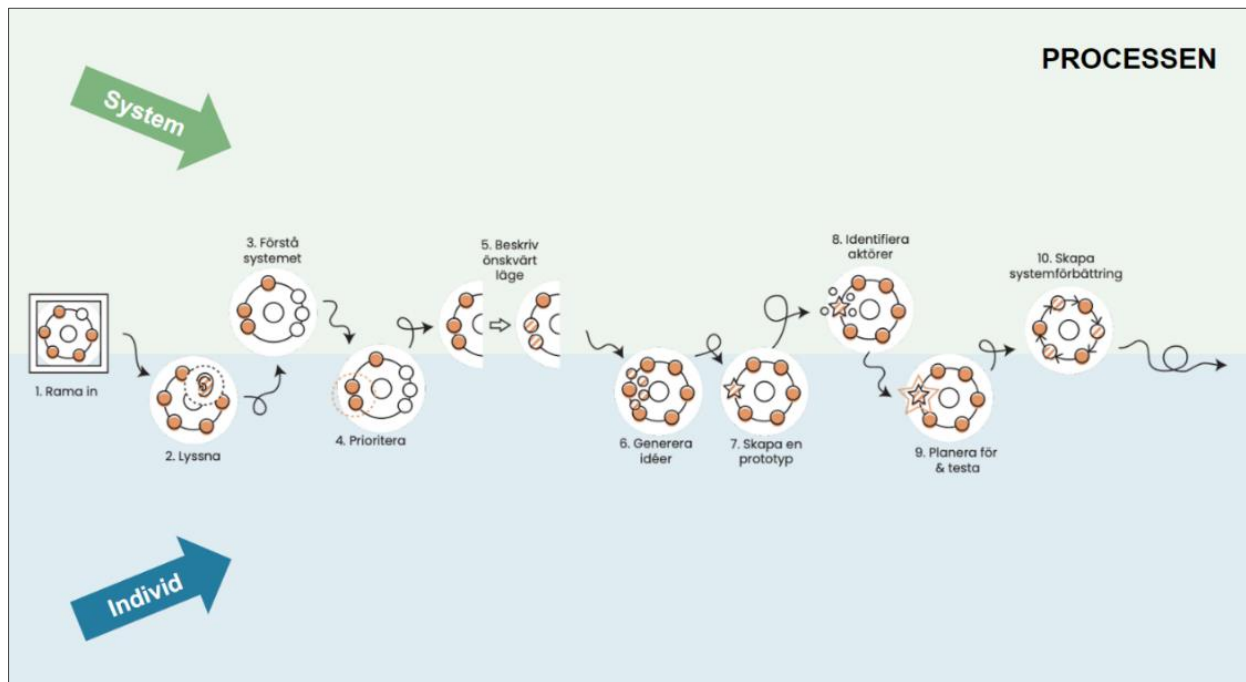


Projektet vård i hemmet som pilot i länets utveckling av systemdesignstöd

Våren 2021 beslutades att Vård i hemmet skulle ingå som en pilot i Uppsala läns Systemdesignstöd. Systemdesign ämnar kombinera tjänstedesign med systemteori, att se hur utveckling av nya idéer kan skapa värde i hela det system som ska förändras. Detta genererade stöd för arbete med Vård i hemmet och nya insikter i utformandet av systemdesignstödet. Samarbetet mellan Vård i hemmet och systemdesignstödet har resulterat i en kartläggning över vård i hemmets komplexitet. Kartläggningen ger en bild av vad som är utmaningar för patienten och organisationerna i vården och den tydliggör de organisatoriska mellanrummen.

Systemdesignstödet har med hjälp av redan framtagna metoder utarbetat en process för hur kombinationen tjänstedesign och systemmetodik kan kombineras i arbete med att förändra komplexa system.

Bild 4. Schematisk bild över Uppsala läns systemdesignstöds utvecklingsprocess i komplexa system.



Uppsala läns Systemdesignstöd har även haft samarbete med Hälsolabb (2) vilket möjliggjort erfarenhetsutbyte med Regionerna Värmland, Västernorrland och Örebro.

Under regelbundna seminarier inom ramen för Hälsolabb har gemensam kunskap byggts kring hur komplex organisationsöverskridande samverkan kan utvecklas.

Inom ramen för systemdesignstödet har studenter vid Linköpings universitet skrivit en masteruppsats (3) om Vård i hemmet. Arbetet undersökte huruvida en systemmetodik ”soft system methodology” (4) - kan vara fördelaktigt för styrning av förändringsprojekt inom en organisation med flera parallella förändringsprojekt. Studien drar slutsatsen att användning av systemmetodik inom en organisation med parallella förändringsprojekt kan leda till positiva effekter för resultaten. Effekterna kan vara en ökad måluppfyllnad, en minskning av mängden resursslöseri inom organisationen och hjälp att skapa systemförändring.

Projektmål

Projektet har haft som mål att kartlägga behoven, göra en omvärldsspaning samt utifrån dessa lämna förslag på framtida utformning av vården i hemmet samt beskriva konsekvenser av lagt förslag.

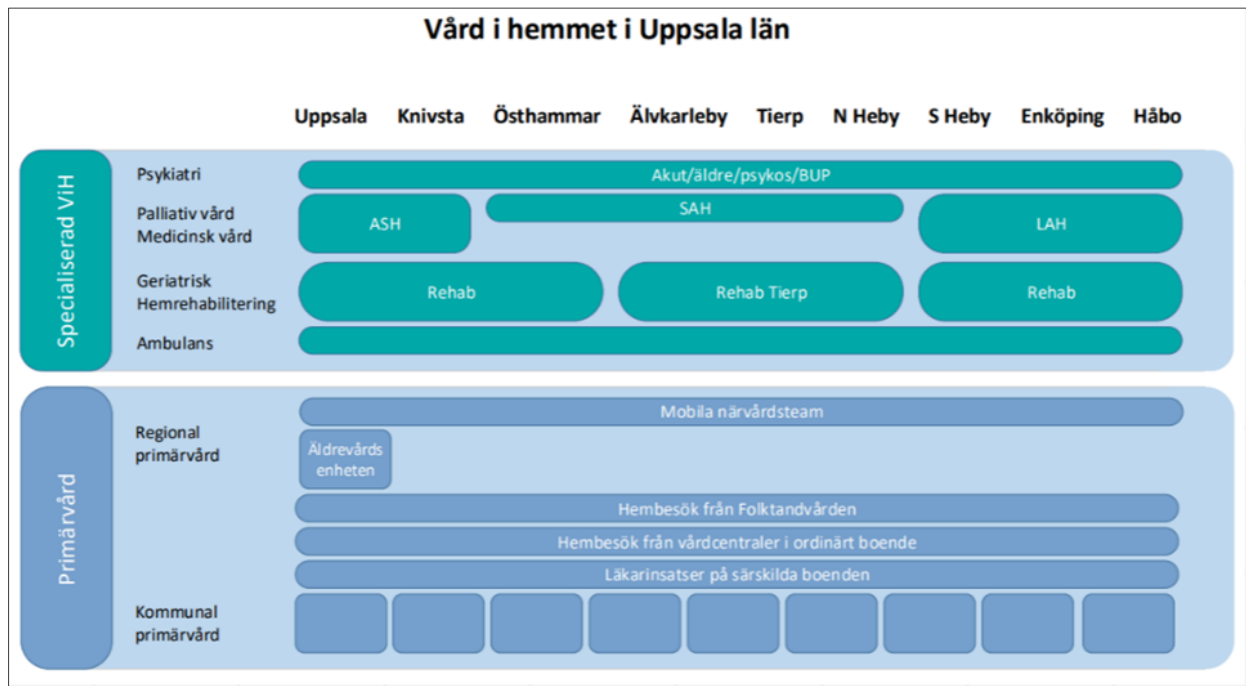
Bild 5. Projektets mål: Kartläggning, omvärldsspaning samt förslag på gemensam utformning av samordnad vård i hemmet på kort och lång sikt.



Kartläggning

Kartläggningen utfördes under första fasen av projektet och redogör för hur det såg ut under den perioden. Den bestod av användarresor som genomfördes av projektgruppsmedlemmarna i respektive verksamhet eller nätverk, se figur 5. Användarresorna utgick ifrån patienten, anhörig- eller medarbetarperspektivet och identifierade upplevelser av vården i hemmet med både bottennapp och höjdpunkter. För att tydligare förstå bottennapp och höjdpunkter från de patienter som får vård i hemmet av flera olika utförare parallellt, skapades fiktiva personas med många olika behov och i en workshop gjordes användarresor även för dessa.

Bild 6. Kartläggning som genomförts har skett i respektive projektgruppsmedlemmars verksamheter såsom det såg ut under kartläggningsfasen.



Analys av kartläggningen och identifierade förbättringsområden samt dess målbilder

Slutet på kartläggningsfasen kom parallellt med pandemin och under tiden som projektet pausades sammanställde projektledningen höjdpunkter och bottenapp från utförda användarresor. Samtliga bottenapp skrevs upp var och en för sig som en insikt. Alla insikter med innehåll av gemensam karaktär klustrades sedan ihop.

Förbättringsområde	Underområde
Kompetens	Kompetens generellt Kompetens begränsat till en viss tid på dygnet Vetskap om flöden och uppdrag
Samordning av resurser generellt	
Helhetssyn av patienten	Helhetssyn av patienten Styra och leda
Utskrivningsprocessen	Rehabilitering Informationsöverföring vid utskrivning Ut/ kommun-klar Läkemedelshantering vid utskrivning Följer ej rutiner
Informationsöverföring mellan vårdgivare	Informationsöverföring mellan vårdgivare Första kontakt med medarbetare
Administration	
Informationsöverföring från vårdgivare till patient och anhörig	
Journalföring	
Läkarsamverkan	
Nationell samverkan	
Rehabiliteringsprocessen	
Folktandvården	
Platsbrist slutenvård	
Undvikbar sluten och akutvård	

Förbättringsområde	Underområde
Smittutbrott	
Arbetsmiljö	
Transport	

Prioriterade förbättringsområden

En prioritering av de 20 områden gjordes med hjälp av tjänstedesignsmetoden Prioriteringsmatris, se bilaga 1, för att identifiera vilka som skulle arbetas vidare med. Utifrån matrisen prioriterades åtta områden som förankrades lokalt i respektive organisation/verksamhet och i den regionala tjänsteledningen (TL HSVO) samt samråd.

Till varje område utsågs en ansvarig person från projektgruppen med uppdrag att ta fram målbilder för varje område utifrån patienternas behov. Målbilderna för de åtta prioriterade områdena förankrades sedan i projektgruppen och fungerade som utgångspunkt i kommande idégenereringsworkshops.

De prioriterade områdenas insikter och målbilder:

Läkemedelshantering vid utskrivning

Insikter: När läkemedel inte skickas med hem och det när det saknas recept och signeringslistor riskeras patientsäkerheten. När patienten kommit hem och inte har rätt mediciner med måste kommunens personal hämta medicin och ibland skickas medicin med taxi.

Mål: Skapa trygghet genom att få med rätt mediciner hem och säkra tillgång till läkemedelslistor.

Involvera alla som behövs där rätt kompetenser är på rätt plats även spetskompetens. Tydliggöra vem som har ansvaret att skriva ut läkemedel vid utskrivning från slutenvård.

Fördelning av medicinskt ansvar

Insikter: Olika begrepp används i verksamheterna kring fördelning av ansvar, som till viss del beror på att det finns många olika riktlinjer att hålla koll på inom verksamheterna.

För patienter inom ordinärt boende är det ibland svårt att nå läkare.

Mål: Det finns en väg in där alla har en samsyn kring riktlinjer och vet vad som gäller.

Helhetssyn av patienten

Insikter: Idag finns ofta en brist på samverkan, särskilt när många aktörer ska utföra vård i hemmet samt även på grund av att olika lagrum försvårar. Det finns sällan en gemensam plan vilket resulterar i avsaknad av samsyn om vem som ansvarar för vad vilket tar mycket tid och resurser i anspråk men även leder till att patienterna inte känner sig trygga.

Vidare ses att ansvarsfördelningar kan vara otydliga och uppföljning bristfällig.

Det finns behov av fast vårdkontakt och att det uppdraget är tydligt.

Mål: Patienter och dess anhöriga känner sig trygga och är en aktiv del av planeringen samt vet vem som ska kontaktas i olika lägen.

Patienter och anhöriga känner sig trygga i att personalen har rätt kompetens.

Medarbetare har tillgång till en gemensam plan och relevant information och vet vem som ska kontaktas för samtliga åtgärder, insatser och uppföljning.

Undvikbar slutet och akutvård

Insikter: När det inte är möjligt att få tag i rätt person, får stöd i rätt tid eller saknar alternativ vårdnivå leder det till att sjukhuset blir den plats patienterna åker till.

Mål: Patienter får hjälp av rätt vårdnivå, i den mån det är möjligt att få vården i hemmet.

Medarbetare har stöd att få under hela dygnet. Alla som vårdar patienten har samma information och kan ta del av gemensam planering.

Samordning av resurser

Insikter: Bristande samordning kan leda till resursbrist då fokus läggs på fel saker. Lagrum mellan kommun och region gör att mycket arbete utgår ifrån dessa organisatoriska hinder snarare än utifrån patienten behov och det skapas otydlighet i vem som har vilket ansvar.

Mål: Patienter vet vart de ska vända sig och de resurser som finns är samordnade och kontaktvägar samt uppdrag är tydliga.

Samverkan kring specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet

Insikter: Vården är ojämlig i länet och det saknas en tydlig form för samverkan när flera vårdgivare har ansvar för samma patient.

Det finns en gråzon mellan vilka insatser som utförs inom ramen för hemsjukvård på specialiserad nivå respektive primärvårdsnivå.

Mål: Samsyn och jämlik vård över hela länet där resurser samnyttjas beroende på individens behov.

Den samordnade planeringen utgår från primärvårdsnivå för att därefter identifiera vilka ytterligare resurser som behövs för att säkra vården i hemmet.

Insatserna koordineras av en samordningsansvarig fast vårdkontakt för bästa möjliga effekt utifrån den enskilda individens behov och önskemål.

Området bör omfatta all specialiserad hemsjukvård och utgå från patientens behov.

Rehabiliteringsprocessen

Insikter: Idag saknas många gånger möjlighet att förbättra eller bibehålla förmågor efter utskrivning eftersom tillgång till hjälpmedel och rehabilitering skiljer sig åt i de olika kommunerna och specialiserad rehabilitering inte alltid är tillgänglig i hemmet vilket även leder till att patientsäkerheten ibland riskeras. Idag flyter inte alltid rehabiliteringsvårdkedjan på och patient eller anhörig behöver ofta vara ansvarig för samordning.

Mål: På lika villkor ha tillgång till rehabilitering, inkl. specialiserade team, och hjälpmedel i rätt tid oberoende av vårdform, boende och vårdnivå samt ålder och diagnos, där rätt kompetenser är tillgängliga för att skapa möjligheter för att förbättra eller bibehålla förmågor.

Patienten ska vara delaktig och skapa egna rehabiliteringsmål utan att behöva koordinera insatserna. Utskrivningsklara patienter i slutenvården ska även innefatta rehabilitering och hjälpmedel för att möjliggöra hemgång, med beaktande av hemmiljön.

Ojämligheter i länet

Insikter: Lokal utveckling har inneburit att olika lösningar för vård i hemmet har etablerats på olika platser i länet. Det har inneburit en ökad risk för ojämlig vård och oklara förhållanden, både mellan huvudmännen och mellan olika mobila verksamheter.

Olikheter i länet är störst gällande palliativ vård, Äldrevårdsenheten samt rehabiliteringsprocessen.

Mål: Patienter får den vård de behöver oavsett vårdnivå och var de bor.

Omvärldsspaning

Under omvärldsspaningsfasen upptäcktes att pågående arbeten nationellt gällande vård i hemmet till stor del handlade om isolerade insatser såsom införande av ex. mobila team.

Även om insatserna drevs genom tjänstdesignmetodik var det svårt att se andra pågående utvecklingsprocesser i Sverige som sträckte sig över flera olika organisatoriska enheter och som arbetade med att skapa samordningsvinster mellan olika utförare utifrån användarnas behov.

Dock hittades rapporter från delvis SKR som beskriver bristerna inom vården i hemmet som utbredda där det svenska vårdssystemet inte är optimalt designat för att möta patienter som har flera sjukdomar med behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt. I en rapport från SKR beskrivs den bristande läkarmedverkan som ett problem för dagens vård i hemmet (5).

En annan rapport beskriver både hinder och framgångsfaktorer gällande vården och omsorgen i hemmet där de kvaliteter som efterfrågas är tillgänglighet, kontinuitet, medicinsk kunskap, helhetsperspektiv, samordning och planering. Rapporten visar även på identifierade framgångsfaktorer för vården och omsorgen i hemmet. Några exempel på dessa är att vara proaktiv, samskapa, designa för mötesplatser, gå från organisation till organisering kring en patient, bjuda in patienter och anhöriga att vara en del av teamet, kompetensutveckla och ha ett tydligt ledarskap med målbild som följs upp (6).

Framtagande av förslag

Framtagande av förslag har utförts inom de prioriterade områden i form av Tjänstedesigns metod för idégenerering.

Idégenerering

En digital workshop för idégenerering genomfördes för att ta fram idéer och lösningar för de åtta prioriterade områden.

Ca 50 deltagare från länets kommuner och region Uppsala deltog. Även deltagare från angränsande projekt bjöds in såsom ex. Äldremottagningar, Patientens egenmonitorering, arbetet med samordnad individuell plan (SIP) och patientkontrakt samt den gemensamma analysgruppen för samverkansprocesser i Uppsala län (GAP-UL).

Idéerna som framkom på de åtta områdenas idégenerering var:

1. Läkemedelshantering vid utskrivning:

Att ha en ansvarig receptarie som har ansvar för läkemedelshantering vid utskrivningen. Receptarien använder sig av en checklista för att se att alla läkemedel är under kontroll och kan avbryta utskrivningsprocessen om hen märker att något saknas.

2. Fördelning av medicinskt ansvar:

En viktig del är att utveckla riktlinjen för ansvarsfördelning så att det finns mindre tolkningsutrymme och alla vet vad som gäller. Introduktion av styrdokument till nya medarbetare. Utveckla samverkanswebben till en samarbetsplattform med sökfunktion efter gemensamma styrdokument då de är svåra att hitta.

3. Helhetssyn av patienten:

”Sambandscentral” som fungerar som en digital plattform där man knyter ihop och koordinerar hela vårdkedjan utifrån en gemensam plan, sömlöst. Patienten är delaktig och allt utgår ifrån frågan ”Vad är viktigt för dig”. Sambandscentralen håller ihop och förtydligar flödet och övergångar i vårdkedjan. Ett journalnummer finns så att patient och medarbetare alltid kan få kontakt och hjälp. ”Ett system som är flexibelt och adaptivt då verkligheten kan förändras så att man inte låser in sig i strukturer som är allt för oföränderliga.”

4. Samordning av resurser:

Patienten ska ha ett tydligt kontaktsätt in till vården där hen kan få hjälp och stöd. Ha utbildningar tillsammans över verksamhets- och huvudmannagränser för att lära känna varandra och varandras uppdrag samt dela erfarenheter. Tillgänglighet till resurser och stöd efter kl. 17:00 där kommunernas sjuksköterskor lättare kan få kontakt med läkare.

5. Samverkan kring specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet:

Att ha forum för vårdgivare att mötas kring patienten, där rätt resurser kopplas på för att skapa sömlös vård. Ett gemensamt styrsystem för kommunikation och dokumentation.

Det finns en samordnande kontakt på primärvårdsnivå som koordinerar vården utifrån patientens behov. Möjlighet att koppla på specialistnivån vid behov. Det finns en gemensam begreppsmodell och informationsmodell samt har mandat för samordning och är oberoende av huvudman.

6. Undvikbar sluten och akutvård:

Det ska finnas en väg in för patienter som får vård i hemmet, här ska vården koordineras. En plan för patienten som är välkänd för alla och framtagen tillsammans med patienten i dialog med de aktörer som patienten har behov av. Alla ska veta vad som ska göras i olika situationer som kan uppstå, se bild 8 nedan.

Om patienten försämras och ev. behöver åka in till akuten kan egenvårdsråd fås digitalt och med hjälp av egenmonitorering få stöd i om jag som patient behöver åka in eller inte.

Under jourtid behövs tillgång till utökat mobilt team eller läkarstöd för hembesök.

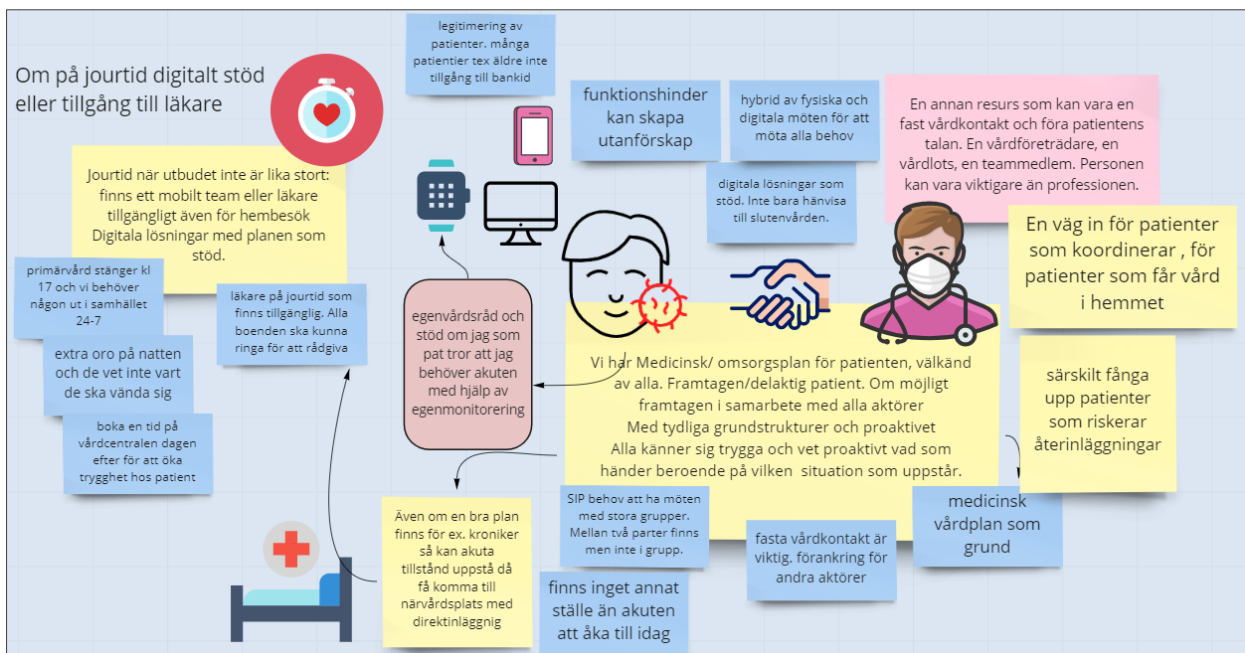
7. Rehabiliteringsprocessen:

Gemensam bild av rehabiliteringsprocessen över hela länet där riktlinjer, lagar och förordningar är tydliga och välkända. Jämlikt och med samma förutsättningar. Skapa team kring patienten och samarbete med flera olika professioner där patienten och anhöriga är en självklar del. Kompetensutveckling av rehabiliteringsinsatser, för rehabiliteringspersonal men även för annan hälso- och sjukvårds samt omsorgspersonal. Rehabilitering är en självklar del av utskrivningsprocessen.

8. Ojämligheter i länet: Rehabilitering, Äldrevårdsenheten samt den palliativa vården:

Att ha fokus på vad som är viktigt för patienten. Möjlighet att jobba utanför verksamhetsgränserna och hjälpas åt. Erbjuda digitala och fysiska möten oavsett var patienten bor. Utveckling av de mobila teamen. Stödet från Äldrevårdsenheten behövs länets alla kommuner.

Bild 8. Ett urklipp från digital anslagstavla på idégenereringen för området Undvikbar sluten och akutvård.



Idégenerering för HSVO TL samt studenter på Uppsala universitet

Ytterligare workshops för idégenerering ordnades för TL-HSVO samt studenter på Uppsala universitet, Här genererades idéer kring två utav de prioriterade områden, **samordning av resurser samt läkemedelshantering vid utskrivning.**

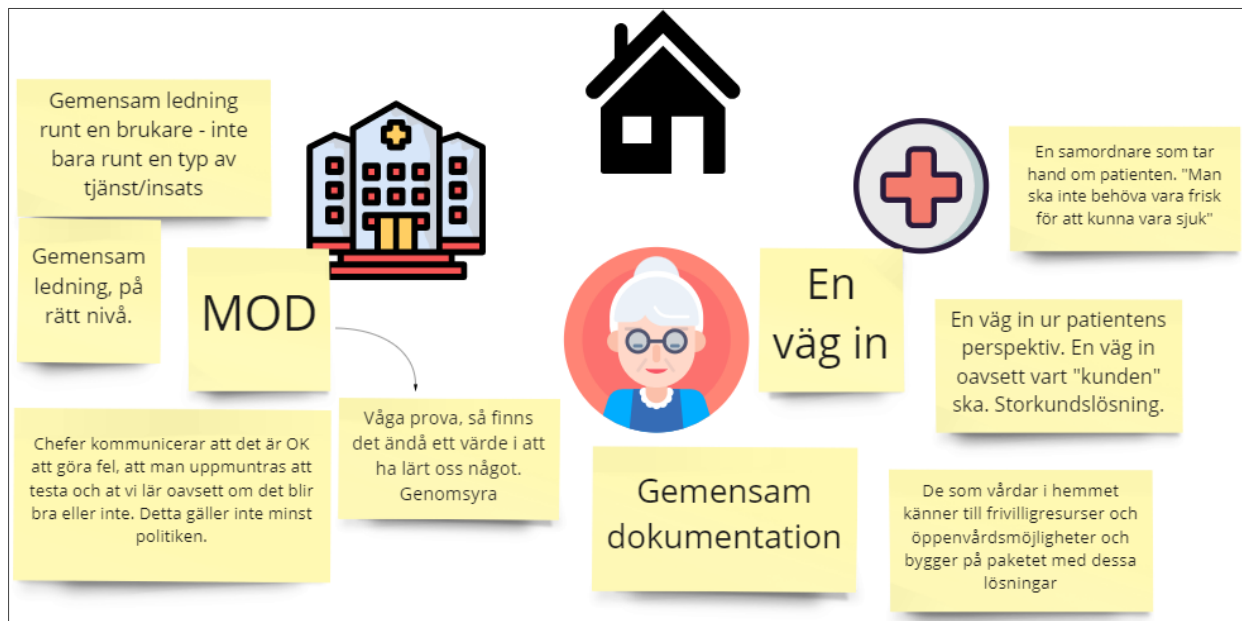
HSVO TL

Samordning av resurser

Förslag på lösningar från TL-HSVO inkluderade test inom ett geografiskt avgränsat område, för en särskild målgrupp med gemensam planering kring patienten/brukaren tillsammans med de olika aktörer som patienten har behov av.

Vidare handlade förslagen om att på rätt nivå besluta om hur det skall samordnas samt allokera budget för detta.

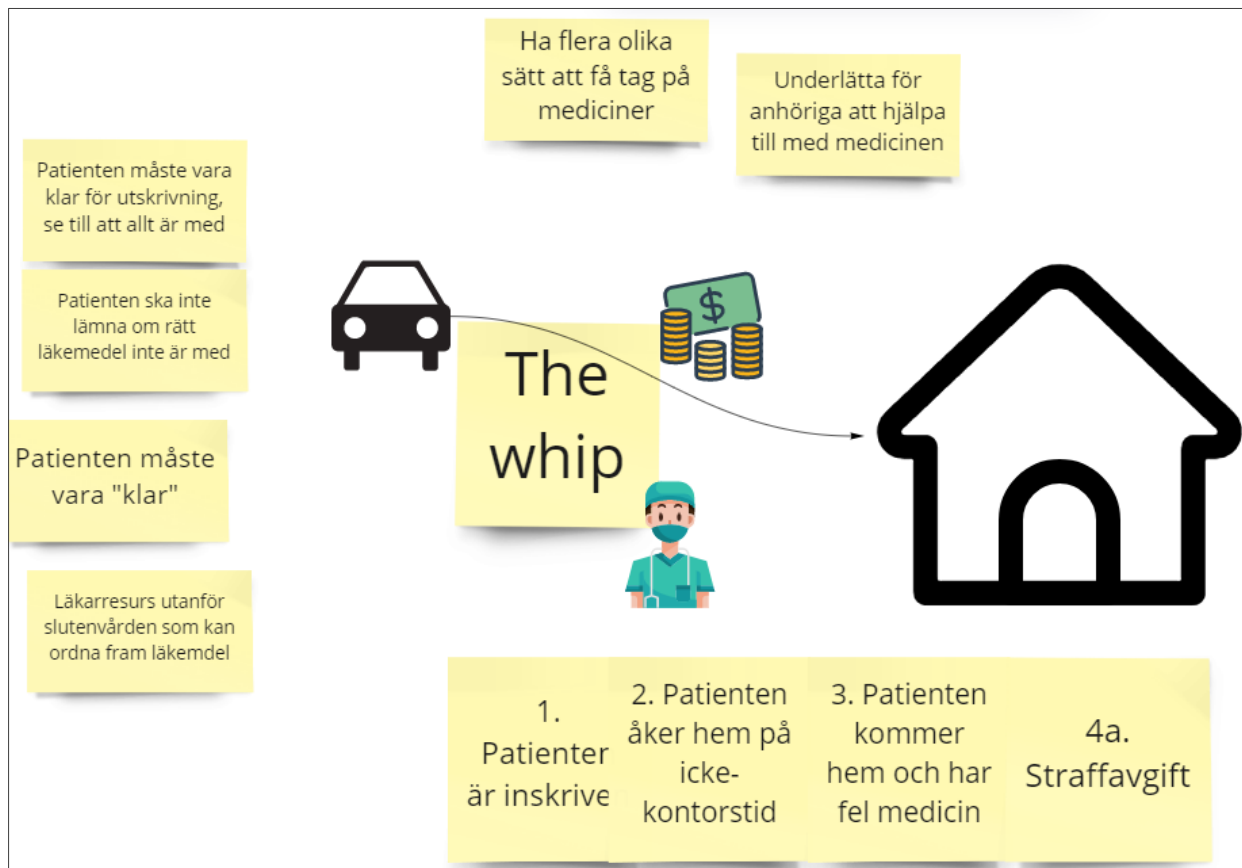
Bild 9. Ett urklipp från digital anslagstavla på HSVO-TLs idégenerering för området Samordning av resurser.



Läkemedelshantering vid utskrivning

Förslag som presenterades för läkemedelshantering vid utskrivning var en straffavgift för den som skickat hem patienten utan rätt läkemedel. Lösningen fick namnet the whip. Relativt snabbt insåg gruppen att hot och bestraffning inte är en klok väg att gå för att bättra samverkan kring patienten och risken finns för att lösning en splittrar mer än sammanfogar. Processen blev ett tydligt exempel på vikten av att låta alla idéer ha möjlighet att testas. Oftast kan de dåliga idéerna snabbt identifieras och avfärdas och det är möjligt att gå vidare och jobba med idéer som skapar värde.

Bild 10. Ett urklipp från digital anslagstavla på HSVO-TLs idégenerering för området Läkemedelshantering vid utskrivning.



Studenter på Uppsala universitet

Även studenter på Uppsala universitet för kursen Health Innovation fick idégenerera kring dessa två områden. Detta genomfördes fysiskt och de fick använda sig av olika material som främjar kreativitet, såsom ex. byggklossar.

Gällande Samordning av resurser handlade studenternas idéer om att samplacera de som utför vården i hemmet. Antingen under samma tak, i samma fikarum eller i form av nätverk. Några av deras idéer handlade även om att patienterna ska kunna ha en väg in till vården som hålls samman av en koordinatorsliknande funktion. Intressant är att studenternas idéer kring detta område stämmer väl överens med tanken om att samordna vården i hemmet utifrån vårdcentrum som nod.

Gällande läkemedelshantering vid utskrivning handlade idén om att ha en gemensam nationell budget för alla läkemedel för att undvika att läkemedel inte skickas med utifrån kostnadsfördelning och ansvar.

Åtta prioriterade områden blev fem

Efter idégenereringen blev det tydligt att områdena helhetssyn av patienten, undvikbar sluten/akutvård samt samordning av resurser innehöll samma grundproblematik och genererade samma typ av lösningar, vilket ledde till att dessa tre områden slogs ihop och döptes om till Personcentrerad resurssamordning.

Vidare bestämdes även att Ojämligheter i länet skulle införlivas i befintliga relevanta arbetsgrupper. Äldrevårdsenheten och möjligheten att utveckla det i hela länet kom att ingå i arbetet för Personcentrerad resurssamordning. Ojämlighet rörande palliativ vård lyftes in i arbetsgruppen för samverkan kring specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet. Ojämligheter gällande rehabiliteringsprocessen lyftes in där.

Arbete med prioriterade områden

Nya arbetsgrupper sattes ihop, där några av projektgruppsmedlemmarna blev sammankallande, för att arbeta vidare med respektive område. Arbete med att identifiera vad som behövde göras konkret utifrån idéerna som framkommit inom varje område inleddes.

Arbetsgrupperna påbörjade arbetet och snabbt inpå togs beslut att återigen pausa projektet på grund av pandemin. En hel del arbete blev ändå utfört under pausen då flera delar införlivades i annat pågående arbete som inte pausats, ex. införlivades fördelning av medicinskt, ansvar, delar av rehabiliteringsprocessen och läkemedelshantering vid utskrivning in i arbetet med införandet utav Cosmic-Link; där de underliggande processerna behövde beredas i form av revideringar av diverse ViS-riktlinjer.

I tabellen nedan redovisas vad som identifierats som viktiga förbättringsförslag för respektive prioriterat område, vad som har genomförts samt rekommendationer för fortsatt arbete. Flera utav områdena har samma utförda identifierade åtgärder och rekommendationer för de ligger överst i tabellen.

Tabell 2. Förteckning över viktiga förbättringsförslag för respektive prioriterat område, vad som har genomförts samt rekommendationer för fortsatt arbete.

	Förbättringsförslag	Vad har genomförts	Förslag till fortsatt arbete
Gemensamma för samtliga områden	<p>ViS-Riktlinjer</p> <p>a) Revidering av ViS-riktlinjer.</p> <p>Är inte alltid synkade och behöver uppdateras där fynd från projektet införlivas.</p>	<p>a) Revidering av VIS-Riktlinjer har delvis införlivats i GAP-ULs arbete kring införande av Cosmic Link och arbetet med underliggande processer där revidering av ViS-riktlinjer skett. Ex har sammankallande till arbetsgrupp ingått.</p>	<p>a) Ytterligare revideringar sker genom beslutad rutin.</p>
Gemensamma för samtliga områden	<p>ViS-Riktlinjer</p> <p>b) Implementering och följsamhet av riktlinjerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beslutade ViS-riktlinjer som ej implementerats. - Lokala riktlinjer som inte alltid tar hänsyn till eller är inom ramen för befintliga framtagna övergripande ViS-dokument. - ViS-riktlinjerna tolkas olika beroende på organisation och verksamhet. - Bristande kännedom om befintliga ViS-riktlinjer, helt eller delvis. 	<p>b) Projektet för implementering av ViS-riktlinjer har identifierats arbeta med detta, där vi konstaterat att vi ser samma saker.</p>	<p>b) Arbetet fortsätter inom projektet för implementering och följsamhet av VIS-riktlinjer.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Svårnavigerat system att hitta det ViS-dokument jag söker. 		
Läkemedels hantering vid utskrivning	<ul style="list-style-type: none"> - Utbildning av läkare i slutenvård och primärvård kring utskrivningsprocessens delar, såväl inom läkemedel som journalföring och kommunikation. - Synka riktlinjer kring utskrivning från slutenvård med nya läkarriktlinjer. 	<p>Obligatorisk utbildning av läkare inom slutenvården framtagen.</p> <p>Utöver detta har en checklista vid utskrivning från slutenvård tagits fram där läkarriktlinjerna även synkats med riktlinjer för utskrivning från slutenvård.</p>	Arbetet fortsätter i dialog med GAP-UL.
Rehabiliterings processen	<ul style="list-style-type: none"> - Tillgången till rehabilitering i hemmet ser olika ut i länets kommuner. - Kompetensutveckling. - Team runt patienten, utifrån patientens behov. - Utskrivningsprocessen, beslut för, samt tillgång till hjälpmedel och anpassning i hemmet. - Delaktighet från patienter och anhöriga. - Samverkan mellan olika verksamheter, regionala och kommunala 	Arbetsgruppen har arbetat i dialog med andra pågående utvecklingsarbeten ex. det som beskrivs ovan gällande gemensamma förbättringsförslag.	<p>Resterande delar såsom ex. Teamarbete, delaktighet och samverkan föreslås arbetas vidare med inom det fortsatta arbetet.</p>

Samverkan kring specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet	<ul style="list-style-type: none"> - Behöver utgå från primärvårdsnivå. - Tillgång till palliativ hemsjukvård ser olika ut i länet, olika verksamheter kopplade till palliativ vård i länet som också har olika uppdrag – utarbeta en gemensam modell där följande är viktiga: <ul style="list-style-type: none"> - Flexibla anslutningar. - Kontinuitet där både patienten och närstående är inkluderade. - Samverkan kring SÄBO. 	<p>Palliativa vården prioriterades fortsätta under paus och fortsatte som delprojekt.</p> <p>Länsgemensam samverkansmodell för palliativ vård finns nu.</p>	<p>Övrig specialiserad vård föreslås arbetas vidare med inom det fortsatta arbetet för Vård i hemmet.</p>
Fördelning av medicinskt ansvar	<p>Den väsentliga delen här beskrivs ovan gällande gemensamma förbättringsförslag.</p>		
Personcentrera d resurs-samordning	<ul style="list-style-type: none"> - Helhetssyn av patienten. - Samordning av resurser inom och över organisationsgränser. - Undvikbar sluten/akutvård. - Olikhet i länet beträffande ex. Äldrevårdsenheten. - Ta tillvara och arbeta utifrån beslutande rutiner och arbetssätt. Ex. samordnad 	<p>Denna arbetsgrupp hann inte arbeta vidare innan paus.</p> <p>Beslut har fattats av HSVO att Äldrevårdsenheten blir länsövergripande.</p>	<p>Se punkt 6.2 gällande rekommendation om fortsatt arbete nedan.</p>

	individuell plan (SIP) och patientkontakt.		
--	---	--	--

Palliativ vård i hemmet

I mars 2022 kom pandemin in i en fas där vårdnära personal prioriterades till pandemiarbetet och beslut togs då att återigen pausa projektet med undantag för patienter i behov av palliativ vård vilka är en prioriterad målgrupp. Tidigare kartläggning inom projektet hade identifierat flera förbättringsbehov inom den palliativa vården och särskilt angeläget var det när patienten hade behov av både den allmänna och specialiserade vården.

Där den palliativa vården såg olika ut beroende på var i länet patienterna bodde. Samverkansmodell presenterades under maj 2022 men godkändes ej. Arbetet pausades och en omstart påbörjades i september 2022 som ett delprojekt till vård i hemmet som drivits, ägts och letts i samverkan mellan Region Uppsala och länets kommuner. Länsgemensam samverkansmodell för palliativ vård i hemmet har tagits fram och beslutats i TL-HSVO i april 2023, med gemensamt startdatum i augusti 2023. Lärdomar från delprojektet tas tillvara i det fortsatta arbetet med Vård i hemmet.

Lärdomar och insikter – när systemet ska ställa om till en mer samordnad och personcentrerad vård i hemmet

De samlade erfarenheterna handlar om (1) svårigheten att skifta fokus från organisation till person, vikten av (2) patient- och brukarmedverkan i utveckling och (3) hur parallella och osynkroniserade utvecklingsarbeten påverkar varandra. Andra lärdomar som lyfts är (4) utmaningar i samverkansprocesser, (5) att omställningens målbild inte omsätts vidare i målstyrningen samt så ges exempel på (6) för- och nackdelar med att driva systemförändring i pågående pandemi.

Svårigheten att skifta fokus från organisation till person

Behoven hos personer som får vård i hemmet är olika. En del har enstaka insatser från några få verksamheter och en del behöver hjälp och stöd från flera olika aktörer. I många fall saknas en gemensam plan som är känd för såväl patienter och anhöriga som för medarbetare. Uppdrag och ansvarsområden för vård som bedrivs i hemmet är inte alltid tillräckligt tydlig och fasta vårdkontakter finns inte i den utsträckning som behovet påvisar. Resultatet blir en fragmentiserad vård utifrån olika organisatoriska enheter i stället för en sammanhållen vård utifrån patienternas behov.

Patienter och anhöriga får många gånger ta ansvaret för att hålla ihop sin egen vård och navigera i hälso- och sjukvårdssystemet. Patientens behov och önskemål behöver tas tillvara i

större utsträckning och vården bli en mer sammanhållen helhet med hög kontinuitet oavsett boendeform eller geografisk boendeplats. Detta ställer krav på bland annat kommunikation och samverkan över organisatoriska gränser.

Som många andra projekt med systemteori som ingångspunkt har även detta identifierat att det nuvarande sättet att leda och leverera hälso - sjukvård samt omsorgstjänster är tydlig präglad av organisatoriska strukturer och hierarkier. När projektet har arbetat med att utforska nya arbetssätt och perspektiv över organisationsgränser skapas konflikter mellan viljan att utveckla nya metoder och de traditionella arbetssätt samt kulturer och perspektiv som finns idag.

Det är utmanande att tänka utanför de strukturer som är starkt etablerade, även fast det finns konsensus kring att de inte fungerar optimalt. Även i det nationella omställningsarbetet vittnar flera om att styr- och ledningsstrukturerna inte är anpassade till att utgå från erfarenheter hos patienter och brukare för att ta fram nya lösningar (7).

Patient och brukarmedverkan i utveckling

Precis som styr- och ledningsstrukturer behöver även utvecklingsarbeten och projekt utgå från erfarenheter hos patienter och brukare för att ta fram nya lösningar som uppfyller behoven. Projektet involverade patienter och anhöriga i användarresorna under kartläggningsfasen vilket bidrog till att behoven av utveckling formulerades utifrån patientens perspektiv.

Vid utformandet av lösningar under idégenereringsworkshops identifierades flera utmaningar i att involvera patienter och anhöriga. Bland annat ansågs frågorna verksamhetsnära, workshops planerades digitalt med anledning av pandemin, vilket ansågs vara en risk för möjlighet att stödja patienter och brukare tillräckligt för att skapa en positiv och trygg medverkan. Detta resulterade i att endast medarbetare, tjänsteledning och studenter involverades i denna fas. Vid utvärdering och reflektion av projektet har konstaterats att patienter och brukare behöver ha en större roll i projektet framöver.

Parallella och osynkroniserade utvecklingsarbeten

Under arbetets gång har flera andra projekt och initiativ identifierats som berör samma utvecklingsområden som projektet. Flera olika initiativ har genomfört liknande kartläggningar, med samma patientgrupper och medarbetare.

Detta kan bero på att olika uppdrag beslutas inom olika delar av systemet som inte har kännedom om eller kännedom om omfattningen på initiativ som redan pågår. Det är tydligt att utvecklingsresurser inte används optimalt och det finns vinster i att i högre utsträckning samordna utvecklingsarbeten. Om parallella initiativ inte samordnas finns en risk för att nya vårdlösningar gör vården ännu mer fragmentiserad och svårnavigerad.

En stor del av projektarbetet har handlat om att identifiera andra pågående arbeten, genom att bistå samt ta del av material och fynd med andra projekt. Till exempel kunde insikter och

lösningar från idégenereringsworkshops användas inom arbete med underliggande processer inom införandet av Cosmic Link.

Utmaningar i samverkansprocessen – det behövs tillit

Projektorganisationen skapades utifrån samverkansperspektivet med hänsyn till att inkludera så bred kunskap inom vård i hemmet som möjligt. Deltagare från länets kommuner och flera olika verksamheter som bedriver vård i hemmet i Region Uppsala har medverkat. Denna breda inkludering har inneburit stora grupperingar med både för- och nackdelar. Genom att involvera flera olika perspektiv i arbetet är det möjligt att se helheten av den hälso- och sjukvård som bedrivs och att identifiera samverkansvinster i denna. Även att deltagarna har förankrat arbetet i egna verksamheter har resulterat i viktiga inspel i arbetet. Det har även blivit tydligt att det finns svårigheter i att som ensam representera flera organisationer/verksamheter, eftersom även samma typ av verksamhet har olika förutsättningar. Till exempel att en medarbetare från en vårdcentral har hela vårdcentralsperspektivet eller att en MAS representerar hela MAS-nätverket i länet. Detta har resulterat i att mycket tid har nyttjats till förankring och stundvis svårigheter att få framdrift i projektet.

Omställningens målbild omsätts inte i vidare målstyrning

Region Uppsala och länets kommuner har ställt sig bakom en gemensam målbild och inriktning för omställningen. För att få genomslag behöver målbilden genomsyra den formella styrningen genom ett ledarskap som bär och driver förändringen på alla nivåer i systemet. När målbilden inte omsätts vidare till förvaltnings- och verksamhetsnivå kan omställningen i stället uppfattas som något utanför ordinarie styrsystem och som vare sig berör eller prioriteras.

Att ta sig an systemperspektivet på det här sättet kräver mod att våga testa. Det krävs mod för att bibehålla ett långsiktigt perspektiv som ser till helhet över organisationsgränser.

För- och nackdelar med att driva systemförändring i pågående pandemi

Projektet har påverkats av att ha genomförts under en pågående pandemi. Det mesta har fått genomföras via digitala medier. Det har delvis fungerat bra men vid kreativa processer och då tillit ska byggas, är fysiska möten att föredra. Pandemin har också periodvis påverkat projektdeltagarnas möjligheter att avsätta tid, då den tuffa verklighetens behov har behövts prioriteras.

Samtidigt har pandemin tvingat fram nya samarbetsformer. Stora anpassningar har behövts göras och omställningen till nära vård bedöms ha fått en skjuts. Det har funnits glädje i att gemensamt lösa problem vilket ökat viljan till nya samarbeten och samordning. Den digitala utvecklingen som tagit årtal att implementera, genomfördes på ett par veckor. Ökningen av

distansmöten med olika videolösningar har exploderat. Nya digitala tjänster har utvecklats och införts på bredare front än tidigare.

Rekommendationer för fortsatt arbete utifrån lärdomar och insikter

Att utveckla en mer jämlik, personcentrerad och samordnad vård i hemmet förutsätter ett helhetsperspektiv där hela hälso- och sjukvård och omsorgssystemet inkluderas. Detta ställer krav på styrning, ledning och organisering som behöver utgå från patienter och brukares behov. För att genomföra förändringsarbete som involverar många olika aktörer behöver nya idéer och lösningar testas i liten skala för att se vad resultatet blir, och för vem.

En utvecklad vård i hemmet som är personcentrerad och samordnad är beroende av hur hela hälso- och sjukvård och omsorgssystemet klarar av att styra, leda och organisera verksamheter utifrån individens väg genom vården. Det betyder att utveckling inom detta område är extra sårbart för organiseringen av vården och dess suboptimering. Därför handlar rekommendationerna för att komma framåt i nästa steg delvis om att (1) utveckla styrning och ledning i samverkan som ger förutsättningar för en mer personcentrerad och samordnad vård i hemmet och (2) testa personcentrerad resurssamordning vid vårdcentrum.

Utvecklad styrning och ledning i samverkan som ger förutsättningar för en mer personcentrerad och samordnad vård i hemmet

All hälso- och sjukvård, omsorg samt tandvård som bedrivs i hemmet behöver samordnas och utvecklas utifrån de insikter som projektet vård i hemmet och delprojektet palliativ vård har bidragit till. Rekommendationen är att hälso- och sjukvård på primärvård- samt specialiserad nivå i hemmet för vuxna personer, oavsett diagnos eller funktionshinder samordnas och utvecklas utifrån patienternas perspektiv inom ramen för tjänsteledningen för hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO).

Det kan finnas vissa verksamheter som inte har några beröringspunkter med annan vård som bedrivs i hemmet, men dessa utgör sannolikt ett undantag. För att stötta och ge förutsättningar för det fortsatta arbetet som går över organisationsgränser är bedömningen att befintlig samverkansstruktur utifrån ansvaret som systemledning behöver utvecklas ytterligare. Ömsesidiga samverkansnyttor behöver synliggöras och samverkan byggas utifrån tillit och med ett delägarskap från alla huvudmän.

Under kommande år kan samordning av helheten hanteras av en gemensam projektledning för att sedan övergå i förvaltningsfas.

Primärvården, som utgörs av Region Uppsala och länets kommuner, samt den specialiserade vården och tandvården behöver utforma gemensamma mål för vård i hemmet, som utgår ifrån patienternas perspektiv. För att få till ett lärande och effektivt införande, liksom styrning mot önskade resultat av nya arbetssätt, föreslås en uppföljning av samverkansnyttor kopplas till förnyelsearbetet.

Utveckla och testa personcentrerad resurssamordning vid vårdcentrum

Personcentrerad resurssamordning innebär att utifrån patientens behov samordna de gemensamma resurserna, inom och över organisationsgränser, för att uppnå en mer effektiv och nära vård i hemmet. För att arbeta vidare med lösningar för vård i hemmet, och test av dessa, beaktas tidigare idégenerering och omvärldsspaning. Det handlar om nya arbetssätt och nya former för samverkan mellan vårdens aktörer för att bättre möta behoven.

Detta kräver ett hållbart och gränsöverskridande utvecklingsarbete som utgår ifrån patientens perspektiv, så kallad organisatorisk innovation. En relevant organisatorisk innovation kan vara en lösning som möjliggör nya former för direkt teamsamverkan inom hälso- och sjukvård i hemmet som i samma steg kan lösa flera ”systembrister” som denna rapport pekar ut. Dessa nya lösningar föreslås tas fram och testas inom pågående vårdcentrumutveckling utifrån framtagna mål.

De lokala styr- och ledningsstrukturerna för vårdcentrum föreslås leda utvecklingsarbetet. De test som visar på positiva utfall vid uppföljning kan skalas upp och testas i hela länet. Patienter och brukare bör ha en central plats i utformningen och uppföljningen av de tester som görs. Egenmonitoreringslösningar och andra digitala innovationer behöver inkluderas i utvecklingsarbetet.

Konsekvenser av rekommendationer

Föreslagna rekommendationer har ett antal förväntade konsekvenser:

- Initiativ och uppdrag som tillkommer och som handlar om vård som ges i patientens hem, eller där det finns beröringspunkter, behöver tas upp och prövas inom HSWO för eventuell samordning innan genomförande.
- Processer för planering, budget och uppföljning behöver eventuellt anpassas.
- Samverkansnyttor behöver identifieras och lyftas upp för att stötta delägarskapet.

Utfall tidplan

Enligt den ursprungliga tidsplanen beräknades en leverans av delrapport i maj 2021, leverans av slutrapport okt 2021 och projektavslut dec 2021 men projektet har med anledning av pauser under pandemin inte kunnat följa tidsplanen.

November 2020 kom första pandemipausen, arbetet återupptogs våren 2021 i långsammare takt.

I mars 2022 fattade RSSL beslut att pausa projekt med anledning av pandemin och styrgruppen för Effektiv och nära vård beslutade att endast arbeta vidare med Palliativ vård i hemmet inom projektet och pausa resterande delar.

Bild 11. Tidsplan enligt beskrivning ovan.

Process Vård i hemmet	2020		2021				2022			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Projektstart										
Paus								Endast Länsgemensam samverkanslösning		
Omstart i saktare tempo										
Fas 1 Kartläggning utifrån behov	Användarresor			Användarresor utifrån personas						
Framtagande av fokusområden										
Förankring/beredning på lokal nivå samt arbete i arbetsgrupper										
Fas 2 Framtagande av förslag på utformning				Målområden	Idé generering	Förslag på utformning på kort sikt				Delprojekt Palliativ vård
Omvärldsspaning										

Överlämning och leverans av projekt

Projektet överlämnar det slutliga resultatet i form av denna slutrapport där resultat och rekommendationer (Word-format) ingår och en presentation (PowerPoint) till projektägare. Ett utkast till rapport inklusive rekommendationer godkändes av programstyrgruppen den 14 mars -23. Fortsatt beredning sker i inom TLHSVO den 14 april och det regionala samrådet för HSVO den 5 maj.

Referenser

1. **PalMBERG Broryd, Klara.** *Komplexitet: enklare navigerat, bättre hanterat - så driver du utveckling i komplexa system.* Livonia, Lettland : Volante, 2021.
2. **Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).** Hälsolabb Nära vård. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).* [Online] den 18 oktober 2022. [Citat: den 1 november 2022.] <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/berattelserochstod/stodforutveckling/halsolabb.46732.html>.
3. **Eriksson, S och Karlsson, T.** The use and effects of a system approach to the management of parallel projects. Linköping : Linköpings Universitet, 2022.
4. **Checkland, P.** Peter Checkland at 70: A Review of Soft Systems Thinking. *Systems Research and Behavioural Science.* 17, 2000, Vol. 1.
5. **Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).** Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet, (SKR 2020). *skr.se.* [Online] den 8 oktober 2020. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/lakarmedverkanikommunalhemsjukvard.65205.html>.
6. —. Vård och omsorg i hemmet 2019 svårigheter och framgångsfaktorer. *skr.se.* [Online] den 5 maj 2020. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/vardochomsorgihemmet2019svarigheterochframgangsfaktorer.65787.html>.
7. **Vestling, K, Legeby, M och Petrusson, K.** Ett steg närmare – Insikter och lärdomar om utvecklingsarbete för en Nära vård. *Experiolab.se.* [Online] den 6 oktober 2022. <https://experiolab.se/wp-content/uploads/2022/10/Ett-steg-na%CC%88rmare-Insikter-och-la%CC%88rdomar-om-utvecklingsarbete-fo%CC%88r-en-Na%CC%88ra-va%CC%88rd.pdf>.

Dokument

Specificera alla dokument som det är hänvisat till i Slutrapporten. Det kan vara politiskt beslut, beslutsprotokoll, förstudierapport, idébeskrivning, projektbudget med mera.

Dokument 1: Bilaga 1 Metod.

Dokument 2: Bilaga 2 Projektorganisation.

Beslut

Beslut att godkänna Slutrapport och dess rekommendationer

Kommentar:

Beslut att bordlägga beslutet

Kommentar:

Datum:

Projektägare: