



Vad innebär omställningen till Nära vård för primärvården ur ett chefsperspektiv?

Eva Larsson
FoU primär och nära vård Fyrbodalen
Västra Götalandsregionen

Eva Larsson, FoU-koordinator, fil.mag.
FoU primär och nära vård Fyrbodalen

Kontakt:

Telefon 010-441 62 90

E-post eva.yvo.larsson@vgregion.se

"...alltså förutsättningen för att det ska bli en bra vård är ju att ha patienten i centrum. Det är ju det som det handlar om när vi pratar om nära vård faktiskt."

Citat från informant

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården i Sverige håller på att förändras. Det pågår ett omställningsarbete som är tänkt att leda till ett större fokus på nära vård vilket bland annat innebär att vården ska komma närmre patienter och brukare samt vara mer människocentrerad. Digitaliseringen framhålls av regionledning och staten som avgörande för att kunna genomföra den nya vårdens organisering och arbetssätt.

Rapporten beskriver primärvårdschefer synpunkter och reflektioner på vad omställningen till Nära vård innebär för primärvårdsverksamheten och dess medarbetare. Fyra primärvårdschefer med ett sammanlagt ansvar för cirka 55 vårdcentraler, 52 chefer och 1 750 medarbetare har intervjuats.

En innehållsanalys lyfter bland annat fram följande faktorer som starkt påverkande för hur man kan lyckas; kompetensförsörjning, tillgänglighet, utvecklingstid, samverkan, digifysiska arbetssätt, kompetensutveckling i IT-kunskap, personcentrerat arbetssätt och patienternas delaktighet.

Kompetensförsörjningen framhålls som den största utmaningen och ses som ett dilemma. Bristen på medarbetare bidrar till att vårdtillgängligheten är begränsad och det leder i sin tur till att medarbetare inte har den utvecklingstid de skulle behöva för att sätta sig in i nya digifysiska arbetssätt.

Cheferna framhåller avseende samverkan att samarbetet med sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård bör utvecklas. Kunskap, insikt och förståelse om och för varandra på olika vårdnivåer behöver förstärkas.

Digitaliseringens möjligheter har hittills inte kunnat förverkligas enligt cheferna. Man menar att de system som upphandlats snarare hindrar än underlättar utvecklingen av nya arbetssätt. Samtidigt finns det exempel på framgångar där egenmonitorering framhålls av flera som lovande. Möjligheter och utmaningar med detta och andra verktyg (triagering, onlinetjänster) diskuteras utförligt i rapporten.

Primärvårdscheferna framhåller också behovet av IT-kunskap, samverkan och personcentrerad vård och arbetssätt.

Man framhåller också behov av att få en ökad patientinvolvering; att patienterna blir aktiva medskapare av vården.

Rapporten visar på förbättringsområden som behöver hanteras på olika samhällliga och organisatoriska nivåer. Primärvårdscheferna framhåller kompetensförsörjningen som den allra största utmaningen för att klara utvecklingen av den nära vården. På detta kommer också kompetensutvecklingsbehov av digitala färdigheter för att kunna utnyttja digitaliseringens möjligheter. Man framhåller också behovet av att utveckla förmågan att arbeta i team för att kunna utveckla nya gemensamma arbetssätt.

Personcentrerad vård, prioritering och jämlikhet är andra områden som diskuteras i rapporten.

Sammantaget finns det många frågor kring kompetens och arbetssätt som behöver bearbetas av verksamheterna och huvudmännen. Den utvecklingsorganisation som finns i termer av utvecklingsavdelningar och FoU-enheter skulle kunna bidra med bearbetning av en del områden medan andra bör hanteras på regional nivå och av statliga aktörer.

Nyckelord:

Nära vård, digitalisering i vården, patientsäkerhet, kompetensförsörjning, digifysiska arbetssätt, samverkan, primärvård

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Problemformulering.....	4
Syfte.....	5
Finansiering	5
Metod.....	5
Ansats.....	5
Urval.....	5
Datainsamling	5
Analys.....	5
Etiska överväganden	6
Resultat.....	6
Omställning till Nära vård – primärvårdens möjligheter och utmaningar.....	6
Digifysiska arbetssätt	10
Kompetensutveckling.....	16
Personcentrerad vård och arbetssätt	18
Diskussion.....	22
Resultatdiskussion.....	22
Metoddiskussion.....	23
Slutsatser	24
Tack.....	24
Referenser	26
Bilaga 1	29

Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige är under omställning. Bland annat ska den nära vården utvecklas vilket påverkar primärvårdens uppdrag och därmed hur verksamheten ska bedrivas. Detta får följdverkningar för patienter, medarbetare och chefer. Digitaliseringen framhålls som en viktig faktor för att kunna klara den nya vårdorganiseringen. Rapporten beskriver vad primärvårdschefer anser att omställningen och digitaliseringen innebär för verksamheterna och dess medarbetare.

Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) anser att vården kan vara mer effektiv och av fortsatt god kvalitet om den kommer närmre patienter och brukare med olika behov (1). Hittills har hälsosystemet främst fokuserat på sjukdomar, men planeras att omvandlas till ett system som är mer människocentrerat. Omställningen till Nära vård innebär inte att en ny organisationsnivå införs, utan att nya arbetssätt implementeras för att arbeta med hälsa, vård och omsorg, där primärvården spelar en central roll. Fokus skiftar från organisation till individ och relation, från passiv mottagare till aktiv medskapare, från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande, samt från isolerade vård- och omsorgsinsatser till en sammanhållen vård utifrån individens behov. Genom nya arbetssätt och ökad tillgänglighet kan vårdens och omsorgens resurser användas mer effektivt. Patienter och brukare kan själva använda sig av egenvård, vilket är den närmaste vården.

Vård- och omsorgsanalys genomförde under år 2020 en undersökning över befolkningens upplevelser av vården i Sverige jämfört med befolkningen i tio andra OECD-länder (2). Undersökningen visade att svensk vård fick goda resultat bland annat genom en hög digitaliseringsgrad och positiva patientupplevelser vid sjukhusvård. De flesta patienter känner att de är delaktiga i beslut om sin vård och behandling. Däremot presterar svensk vård svagt internationellt sett när det gäller väntetider, kontinuitet och samordning. Sverige har längre väntetider för icke-akut vård jämfört med andra länder, och det finns brister i hur information överförs till personalen på den ordinarie mottagningen efter utskrivning från sjukhus. En lägre andel personer i Sverige upplever att deras ordinarie läkare eller vårdpersonal känner till viktig information om deras sjukdomshistoria jämfört med andra länder. Få har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till, men de flesta har en ordinarie mottagning. Personer med en ordinarie läkare eller sjuksköterska har generellt bättre vårderfarenheter än de som endast har en ordinarie mottagning. Faktorer som ålder, hälsa och utbildning påverkar vårdupplevelsen, där personer med kroniska sjukdomar eller sämre självskattad hälsa har sämre erfarenheter, medan de med högre utbildning rapporterar bättre erfarenheter. Få svenska patienter som behövt prata om sin psykiska hälsa uppger att de fått ett stödsamtal.

Målbild för Nära vård

Inom Västra Götalandsregionen (VGR) finns primärvårdens verksamheter inom förvaltningarna Närhälsan och Regionhälsan. Dessa, så väl som VGR:s övriga verksamheter, har beslutat att följa SKR:s definition och målbild för Nära vård (3). I målbilden ingår att konkretisera delar där man ännu inte kommit så långt. Det ingår även att mäta och följa upp andra delar. Några av de huvudrubriker som finns i Hälso- och sjukvårdsstyrelsens (HSS) handlingsplan för år 2021 om Nära vård är mobil nära vård, ökad trygghet och kontinuitet i vården samt att utveckla digitala vårdformer och tjänster.

Digital vård – en tillbakablick

Under år 2013 introducerades ett bolag som erbjöd en digital tjänst där det främsta syftet var att skriva ut recept till patienter med urinvägsinfektioner. Detta efterföljdes av fler bolag som även införde digitala patientbesök. Genom ett avtal mellan Region Jönköping och ett digitalt vårdbolag, fakturerades patientbesöken de regioner som patienterna tillhörde som utomlänsbesök. Detta innebar en kostnad på cirka 2 000 kr per besök vilket blev kostsamt för regionerna och dåvarande SKL (Sveriges kommuner och landsting) rekommenderade en lägre avgift (4).

Genom åren har digitaliseringen utvecklats och sedan år 2016 har digitala konsultationer med specialister i allmänmedicin ökat med 20 % per månad (5) (6). VGR utvecklade och introducerade en digital tjänst under år 2017, Närhälsan Online, där medborgare och patienter har kontakt med vårdpersonal inom VGR (7). Det finns speciella krav för att få tjänstgöra på Närhälsan Online, ett av dessa är att ha en anställning inom Närhälsan. De som tjänstgör får kontinuerlig utbildning och coachning. Rutinerna baseras på integrerad digifysisk vård och tjänsten ska fungera som en förlängd arm för vårdcentralerna då deras egna kontaktvägar inte är tillgängliga eller inte räcker till.

Under år 2019 genomfördes utredningen Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet, med syftet att ge förslag på hur man på ett effektivt sätt kan uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen med fokus på jämlik vård (4). Genom ett tilläggsdirektiv fick man även i uppgift att analysera hur ett långsiktigt system för de så kallade nätläkarna kan skapas. Begreppet digifysisk vård innebär en kombination av digitala och fysiska besök som kan minska arbetsbelastningen och skapa flexibilitet i arbetet för specialister i allmänmedicin (5). Det har även visat sig att det underlättar både för patientarbetet och för patientsäkerheten att videokonsultationer hålls inom den organisation där patientens ordinarie vårdcentral fanns, men att det inte är lämpligt för alla typer av diagnoser.

Framgångsfaktorer, möjligheter och utmaningar

SKR kan se ett antal framgångsfaktorer i det omställningsarbete som pågår, figur 1. I rapporten Vården är värd en bättre styrning (8) beskrivs både utmaningar och möjligheter med omställningen till Nära vård. En av de utmaningar som finns är att rekrytera fler specialister i allmänmedicin. Rekryteringen är viktig då vården behöver öka för att undvika obekväma prioriteringar. Att utarbeta mer effektiva arbetsformer kan underlättas av personcentrerat arbetssätt och digitalisering. I

rapporten beskrivs även följande faktorer som främjar innovationer och utvecklingsarbete;

- Självinsikt – kunskap om nuläge.
- Extern kommunikation – externa relationer som visar vad/hur andra gör, vilka erfarenheter och upplevelser patienterna har.
- Intern kommunikation – vad ska vi göra?
- Ledarskap – lokal ledare som håller ihop och driver på utvecklingen samt befogenhet att utveckla egna lösningar.
- Tid – tid för reflektion och för arbetet.

Framgångsfaktorer, möjligheter och utmaningar

- Samverkan mellan kommuner och regioner.
- Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom.
- Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen.
- Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

Figur 1 Framgångsfaktorer för den nära vården (Sveriges Kommuner och Regioner)

Patienter med komplexa vårdbehov har oftast behov av vård från flera vårdgivare, både inom den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården. För att detta ska fungera på ett optimalt sätt behöver vårdpersonal från olika vårdgivare samverka. Utan samverkan och samordning av vårdinsatserna riskerar patienterna att ”falla mellan stolarna”. Problemet är att ingen tar det fastställda samordningsansvaret för patientens vård (9). Brist på samordning riskerar att ge en sämre patientsäkerhet vilket kan leda till ökat behov av akutsjukvård, som i sin tur innebär ökade kostnader för vården. Samordning av insatser är en stor utmaning för vården och många patienter har svårt att själva samordna sin vård och omsorg. Regeringen har därför tagit ett initiativ till patientkontrakt vilket är en sammanhållen vårdplan som både ska fungera som ett stöd för planering och samordning av patientens vårdkontakter och även ge patienter, och även deras närstående, en översikt över beslutade insatser oavsett aktör eller huvudman (10). På detta sätt kan patienterna bli mer delaktiga i sin vård samtidigt som det skapar en trygghet när de känner till planerade insatser (11). Under 2019 var det cirka en miljon patienter och brukare som hade behov av samordnade vårdinsatser (9).

Till de framgångsfaktorer för omställning till Nära vård som SKR nämner, figur 1, hör användning av ny teknik och satsning på utveckling av egenvård. Genom utredningen Digifysiskt vårdval (4) föreslås att medborgarna ska vara listade på en godkänd vårdcentral som tillhandahåller både fysisk och digital vård. Genom listningen knyts patienterna närmare sin vårdcentral vilket ger ökad

tillgänglighet, kontinuitet och lägre patientavgift. En av förutsättningarna för personcentrerad vård är just kontinuitet.

Genom personcentrerad vård (PCV) utgår man från patienternas unika kunskap om sig själva och sin livsvärld (12). För att anpassa insatser till varje specifik individs behov och förutsättningar används ett personcentrerat arbetssätt (1) som är ett etiskt förhållningssätt där man ser personen som mer än sin sjukdom. Det är viktigt för vård- och omsorgspersonalen att ta utgångspunkt i de behov, kunskaper och förmågor som den specifika patienten har, och tillsammans skapa en plan för vård och behandling (13) (14). På detta sätt blir patienten medskapare av den vård och omsorg som behövs. Genom patientkontrakt ges patienterna kunskap om vilka vårdinsatser som är inplanerade, att de genomförs inom rimlig tid dessutom kan patienterna själva vara med och utföra planeringen (11).

Egenmonitorering är ett verktyg som ska bidra till trygghet och kontinuitet i relationen mellan patienter och vårdpersonal. Det innebär att patienterna själva kan mäta värden som exempelvis blodsocker, blodtryck och andningsfrekvens med digital teknik i hemmet. På detta sätt förväntas patienterna bli mer delaktiga i sin vård. Patienterna rapporterar sina uppmätta värden till vårdpersonalen som i och med detta kan arbeta mer proaktivt och individanpassat. All data som rapporteras in utgör en journalhandling. Definitionen av egenmonitorering är ”löpande registrering, övervakning och bedömning av värden avseende en persons hälsotillstånd, där personen själv utför registreringen” (15).

Egenmonitorering förväntas ge nytta både för patienterna, medarbetarna och organisationerna samtidigt som det ställer krav på ökad samverkan mellan den regionala och den kommunala hälso- och sjukvården då det kan vara nödvändigt med gemensamt arbete kring installation, utbildning och support (16). Genom egenmonitorering kan vårdpersonalen arbeta mer proaktivt, vilket både leder till ökad vårdkvalitet och bättre arbetsmiljö samtidigt som vårdens resurser kan användas på ett bättre sätt (15).

Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården är en nationell utmaning. I januari 2023 gav Sveriges regering i uppdrag till Socialstyrelsen att tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet ta fram ett förslag för en nationell plan med syftet att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (17).

Definitionen av ordet kompetensförsörjning är enligt Rikstermbanken (18) att på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Begreppet omfattar analys av kompetensbehov, utbildning, rekrytering, behålla medarbetare med rätt kompetens samt hur medarbetarnas tid och kompetens används (19).

Problemformulering

För primärvårdens verksamheter kan SKR:s framgångsfaktorer för den nära vården ([figur 1](#)) innebära utmaningar. Nya digitala lösningar behöver upphandlas och kvalitetssäkras. Nya arbetssätt och arbetsredskap behöver vara möjliga att testa och utveckla av vårdpersonalen innan de implementeras i vårdverksamheterna. Informationsöverföring mellan regioner och kommuner kräver gemensamma säkra datasystem. Det formuleras även att det behövs

satsningar på kompetensförsörjning som stödjer en förmåga att arbeta på nya sätt som inte ingår i de traditionella arbetssätten.

Syfte

Syftet var att undersöka vad primärvårdschefer anser om omställningen till Nära vård och den där till kopplade digitaliseringens innebörd för primärvårdens medarbetare och verksamheter, både i inledningsfasen och i framtiden.

Finansiering

Arbetet har finansierats av Interreg-projektet VITAL – för den goda hälsan, Hälsoakademin Väst samt FoU primär och nära vård Fyrbodol.

Metod

Ansats

Då studien syftade till att undersöka, och få en förståelse för, vad omställningsarbetet innebar för primärvårdens medarbetare och verksamheter valdes en kvalitativ ansats och genomfördes med en kvalitativ metod för innehållsanalys (20). Intervjuer genomfördes med primärvårdschefer om vad de ansåg om omställningen med utgångspunkt i digitaliseringen.

Urval

Primärvården i VGR är uppdelad i olika geografiska områden, cheferna för dessa bjöds in att delta i studien. De fyra som accepterade inbjudan om att delta i studien hade tillsammans ett ansvar för 55 vårdcentraler och cirka 1 750 medarbetare.

Datainsamling

Datainsamlingen ägde rum under våren 2022 av författaren. Individuella intervjuer (n=4) genomfördes utifrån en intervjuguide bestående av semistrukturerade frågor (21) som avsåg att identifiera deltagarnas uppfattning om det pågående omställningsarbetet till Nära vård. Informanterna erbjöds att delta fysisk eller digitalt vid intervjutillfället. Vid digital intervju bestämde informanten själv lämplig plats och författaren befann sig i ett rum som säkrade avskildhet. Intervjuerna som varade mellan 33 och 46 minuter, spelades in och transkriberades ordagrant i så nära tid som möjligt efter tillfället för intervjuerna.

Analys

Författaren läste igenom de transkriberade intervjuerna flera gånger för att få en känsla för helheten i texternas innehåll (22) (20). För analys av intervjuerna användes en manifest innehållsanalys som gjorde det möjligt att beskriva informanternas ord med minsta möjliga tolkning av författaren (20). Då det inte fanns tidigare teorier eller studier att jämföra texterna med användes en induktiv

ansats (22). Texterna delades in i meningsbärande enheter för att sedan delas in i kategorier och subkategorier, tabell 1.

Etiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationens forskningsetiska regler (23) och godkändes av Etikprövningsmyndigheten 2020-04-09, dnr 2020-00099. Informanterna fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte och gavs möjlighet att ställa frågor kring studien och deltagandet. Informanterna fick muntlig information om innehållet i informerat samtycke och har antingen undertecknat blanketten eller samtyckt via e-post.

Resultat

Efter kodning av det transkriberade materialet sorterades texterna in i 4 kategorier och 13 subkategorier, tabell 1. Utifrån dessa kategorier och subkategorier presenteras studiens resultat.

Tabell 1 Primärvårdschefer - Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Omställning till Nära vård – primärvårdens möjligheter och utmaningar	Kompetensförsörjningen är både ett regionalt och ett nationellt dilemma Tillgänglig och patientsäker primärvård Användning av tid Samverkan internt och externt
Digifysiska arbetssätt	Tidseffektivitet Nuvarande digitala arbetssätt och framtidsspaning Digital samverkan
Kompetensutveckling	Information och utbildning om nya IT-system Utbildning i personcentrerat arbetssätt (PCA) Utbildning kring samverkan
Personcentrerad vård och arbetssätt	Jämlik, säker och nära primärvård Medarbetarnas arbetsmiljö och inställning till personcentrerat arbetssätt Patienterna som delaktiga medskapare av vården

Omställning till Nära vård – primärvårdens möjligheter och utmaningar

Kompetensförsörjningen är både ett regionalt och ett nationellt dilemma

Primärvårdscheferna ansåg att kompetensförsörjningen var den största utmaningen i omställningsarbetet. Befolkningen blir generellt sett allt äldre och vårdens medarbetare ska därmed räcka till så många fler. Vid intervjuerna framkom att det saknas medarbetare inom flera olika yrkeskategorier med specialiteter inom primärvård och allmänmedicin, vilket förhindrar arbete med nära vård på ett optimalt sätt. Informanterna ansåg att det inom den nära vården

kommer att behövas fler medarbetare än vad som finns idag samt att det även kommer att krävas tillskott av resurser från regionens sjukhus. Det är många patienter som ska ha primärvårdens hjälp samtidigt som det är för få i yrkesför ålder som kan ta hand om dessa. Även om fler unga personer skulle välja att utbilda sig till läkare med specialiteten allmänmedicin så informerade primärvårdscheferna om att det tar cirka 10–15 år innan de är färdigutbildade.

”...för vårdens del skulle det innebära att om vi skulle få den kompetens vi behöver så skulle alla som går ut gymnasiet nu behöva satsa på vård, vilket ju inte kommer att ske.”

Det behöver sökas andra lösningar på problemet. Detta, menade informanterna, har varit känt under en lång tid och är ett problem som behöver lösas på nationell nivå. Informanterna riktade även kritik mot distriktsköterskeutbildningen som inte anses ge tillräcklig kompetens för att hantera den bredd av diagnoser som hör till de stora folksjukdomarna och som till stor del hanteras inom primärvården.

Informanterna såg omställningen som en del av lösningen på kompetensförsörjningen men inte som den enda. De såg utmaningar i att få redan utbildad sjukvårdspersonal att arbeta på primärvårdsnivån och att få dem att arbeta på landsbygden.

Informanterna framhöll även att primärvården är underfinansierad vilket gör det omöjligt att utföra uppdraget fullt ut och med tanke på personalbristen såg informanterna små möjligheter att fokusera på förebyggande arbete. Det är även svårt att hinna med att lära sig nya arbetssätt. Informanterna menade att digitaliseringen inte är den enda lösningen på de problem som finns. Däremot innebär det nya arbetsredskap som ska tas om hand och utvecklas så att det kan innebära något bra i framtiden.

Primärvårdscheferna menade att digitaliseringen kan underlätta rekrytering till landsbygd genom att använda digitala arbetssätt i kontakter med patienter och olika samverkansparter i den mån det är möjligt. Oavsett om arbetet kommer att utföras fysiskt eller digitalt såg informanterna det som nödvändigt att förhålla sig till prioriteringar och framför allt behövs fler kompetenta medarbetare som utför arbetet. Informanterna saknade någon som i större utsträckning tar itu med dessa problem.

”...kan införa hur många IT-system som helst och omställa än det ena än det andra, men finns det inte personal så blir det inget av det.”

Tillgänglig och patientsäker primärvård

Vid intervjuerna framkom att det är svårt att hålla den tillgänglighet som önskas och förväntas. Under pandemiåren söktes inte vård på samma sätt som tidigare, däremot skötte primärvården den största delen av vaccineringen vilket tog mycket tid i anspråk. Informanterna menade att detta bidrar till den vårdskuld som framkommit nu när pandemin är över och söktrycket åter ökar. Samtidigt som ”vårdskulden” ska tas om hand, ska även de digitala lösningarna utvecklas.

Informanterna menade att det tycks finnas en tradition i Sverige av att prata om specialistvård och primärvård, utan att tänka på att primärvård också är specialistvård. De menar att man i stället borde prata om primärvård och

sekundärvård, där sekundärvård är vård inom sjukhusen. Informanterna menade att om man börjar prata om vårdnivåerna på detta sätt så kan det leda till att befolkningen tänker sig för då de söker vård. I dagsläget får akutsjukvården mycket uppmärksamhet i media vilket leder till att befolkningen också söker dit även för åkommor som hör till primärvårdsnivån.

Med tanke på resursbristen menade informanterna att det är det värdefullt att patienterna använder egenvård i den mån det är möjligt, detta är en förutsättning för att klara kompetensförsörjningsproblemet. I verksamheterna diskuteras detta och informanterna menar att medarbetarna är måna om att göra det som är bäst för patienterna och att finnas till för dem.

”Då snackar vi ju om att man ska få den vård man behöver ofta och nära sig. Medan sådant man kanske behöver mer sällan kan vara längre bort.”

Informanterna ansåg att diagnoskodning är ett bra sätt att arbeta patientsäkert samtidigt som det bidrar till att olika vårdgivare kan kommunicera säkert kring en patient. Som exempel nämndes när man tar emot en remiss från slutenvården. På remissen finns patientens kroniska diagnoser antecknade vilket gör att vårdcentralspersonalen redan då de kallar patienten till besök känner till vilka kroniska diagnoser patienten har. Vid besöket tar personalen reda på vad som är nytt. På detta sätt säkerställs att det finns ett patientsäkert omhändertagande. Diagnoskodningen är även ett ekonomiskt verktyg för att ersätta vårdcentralerna utifrån patienternas vårdtyngd, och vid intervjuerna framkommer att det enligt de ekonomiska ersättningsmodellerna inte ska gå till på detta sätt. Informanterna menade att det bestäms hur man ska diktera och hur man ska journalföra på sätt som de inte anser är medicinskt betingat. Med anledning av detta menade de att det är ett felaktigt sätt att fördela ekonomisk ersättning då fokus mer verkar vara ett sätt att fördela pengar än att arbeta patientsäkert. De såg därför en risk med att styrande beslut medför problem och menar att just diagnoskodningen är ett medicinskt verktyg som mister sitt ursprungliga syfte.

”Då styr de plötsligt upp en massa saker som inte går i realitet i, som inte är verklighetsanknutna. Som gör att det blir merarbete i stället. För man måste hela tiden tänka på att det här får jag inte göra så, nu får jag inte göra så och nu får jag inte göra så och så har vi gjort i alla tider och så får vi inte göra längre. Då blir det ett problem.”

Det framkom även att informanterna och deras medarbetare försöker hålla tiderna inom vårdgarantin. Informanterna menade att patienterna får någon form av kontakt inom rätt tid men det kan vara svårt med besökstider även om medarbetarna i möjligaste mån tar hand om patienterna i rätt tid. Telefontillgängligheten sågs som ett problem även om de försöker hålla en så god tillgänglighet som möjligt. Informanterna menade att när patienterna kommer fram på telefonen får de någon form av hjälp men det är inte alltid som patienterna är nöjda med detta. Inom vissa områden har detta fungerat bra men samtidigt som det är hög sjukfrånvaro i samhället så påverkas även vårdcentralernas medarbetare då det inte finns tillräckligt antal utbildade timanställda som kan täcka upp vid sjukfrånvaro.

Informanterna upplevde att medarbetarna har blivit bättre på att lyssna på patienterna. Exempelvis användes en digital utvärderingspanel där patienterna

får besvara några enkla frågor om sitt besök på vårdcentralen. Denna typ av utvärdering upplevdes mer effektiv och relevant för primärvården, det är enkelt formulerade frågor som går snabbt att svara på. Svaren har både gett möjlighet att åtgärda brister och framfört positiv feedback.

Användning av tid

Vid intervjuerna framkom att informanterna upplevde ett politiskt tryck kring digitaliseringsarbetet. De var eniga i att digitalisering är viktigt men menade också att det är viktigt att det sker i ett tempo som verksamheterna hinner och orkar med. När de digitala systemen inte fungerar som tänkt försvårar det och medför att det kräver mer tid i stället för att spara tid. Verksamheternas resurser är begränsade och medarbetarna behöver i första hand finnas till för att ta hand om patienterna. Informanterna menade att tiden inte används på bästa sätt i dagsläget, men utifrån hur situationen är så gör medarbetarna på varje enhet allt de kan för att vara lojala och gör sitt bästa.

Informanterna trodde att digitaliseringen tidsmässigt kan hjälpa dem bland annat genom att patienterna på egen hand kan sköta vissa kontroller hemifrån för att sedan rapportera in sina uppgifter till vårdcentralen. De menade även att vården möjligtvis kan upplevas bli ojämlig om man inte tar hänsyn till patientens möjlighet att använda digitala kontaktvägar, men det som kan bli en positiv följd är att det kan frigöra tid för de som av olika anledningar inte använder de digitala tjänsterna eller vars åkommor behöver fysiska besök. Informanterna menade att tidsbristen är ett stort problem och i takt med pensionsavgångar och vakanser blir det än svårare att räcka till. Dessutom tar det tid att lära sig de nya digitala arbetssätten.

”...när vi erbjuder digitala alternativ då kan man tycka att vården kanske blir ojämlig, men ja, och det kommer inte alltid kunna gå i takt, men det som händer är också att vi frigör tid och resurser till de som verkligen behöver.”

Det finns möjligtvis en chans till bättre arbetsmiljö för de som arbetar på vårdcentralen men informanterna menade att det inte kommer att bli någon tid över vid de förändrade arbetssätten. Söktrycket är högt och prioriteringar behöver göras. Det saknas tid för att få in årsbesök då man även behöver ha tid att ta emot akuta besök. Den tid man eventuellt kan vinna genom digitaliseringen behöver användas till de uppgifter som inte hinns med i rätt utsträckning i dag, så som administrativa uppgifter, föra anteckningar, signera, hantera inkomna prov- och röntgensvar. Det saknas också tid för reflektion och för att utveckla verksamheten. Medarbetarna gör allt de kan för att ta hand om patienterna på bästa sätt men det är även viktigt att utveckla verksamheterna för att se vad som kan göras på bättre sätt både när det gäller att spara tid och att utveckla bättre arbetssätt. Primärvårdscheferna menade att det varken finns medarbetare eller pengar för det.

Samverkan internt och externt

Primärvårdscheferna menade att samverkan med exempelvis sjukhusen och den kommunala primärvården skulle kunna bli bättre än den är idag. De ansåg att samverkan tar tid och är svårt i och med att ingen av de samverkande parterna kan bestämma över den andra. Parterna måste vara överens om de beslut som tas

och det kan ta tid att nå överenskommelser. Detta, menade de, handlar främst om att det behövs kunskap om varandras lagar, system och förutsättningar. Denna kunskap brister idag.

Det framkom vid intervjuerna att samverkan kan underlättas genom de digitala verktygen. Som exempel nämndes olika typer av möten där patienten kan närvara antingen digitalt eller fysiskt tillsammans med vårdgivare och/eller anhöriga. Andra exempel var falldragningar, presentationer eller diskussionsärenden. Informanterna menade att de digitala arbetssätten är rätt väg att gå, framför allt då det finns mycket samsjuklighet bland patienterna. De menade även att det är viktigt att lösa samverkan för att få möjlighet att ge patienterna ett bra omhändertagande.

”Ja vi försöker ju starta nu ihop med sjukhuset ortoped, digital ortopedkonsult. Det blir ju då att primärvårdsläkaren tillsammans med patienten träffar en specialist på sjukhuset då. I det här fallet då när vi börjar med ortopedi så är det en ortoped då. Så beskriver man och visar upp sina bekymmer. Så att då behöver inte patienten åka in och vår läkare behöver inte heller skriva remisser som sedan kanske kommer tillbaka för de var ofullständiga enligt ortopederna o.s.v. Sedan träffar man patienten tillsammans. Så att patienten också får berätta sin historia själv för specialisten.”

Digifysiska arbetssätt

Tidseffektivitet

De digitala möjligheterna innebär komplexa och viktiga arbetssätt men informanterna upplevde att det finns för lite tid att i lugn och ro arbeta på ett genomtänkt sätt. De menade att man inte ska vara emot omställningen till digitala arbetssätt men de upplevde att hälso- och sjukvårdens styrning inte alltid har med sig verksamheterna då de beslutar om vad som ska införas. Vissa delar av de digitala arbetssätten fungerar bra men IT-systemen upplevdes inte tillräckligt bra när det gäller att ge stöd åt vårdpersonal i att hantera data och att prioritera vad som är viktigt. Informanterna efterlyste verksamhetsnära personer som kan arbeta tillsammans med vårdpersonalen för att kartlägga behov för bra system och upphandlingar. De informerade om att det i dagsläget inte finns tillräckligt med resurser för att finnas i varje upphandlingsgrupp. Detta är komplext och svårt att lösa eftersom det är viktigt att verksamheterna får komma till tals i upphandlingsarbetet då detta skulle öka möjligheterna att få digitala system som fungerar bättre för verksamheterna. När de upphandlade digitala tjänsterna inte motsvarar behoven innebär det att tid och pengar används på fel sätt. Informanterna menade att det är viktigt att detta fungerar för att digitaliseringen ska medföra tidsbesparingar.

”...det finns inte tillräckligt mycket verksamhetsnära folk med i upphandlingar. Eller de har inte så mycket att säga till om. De har kanske svårt att höja sin röst i sammanhanget. Dessutom är det tyvärr så här att vi har inte tillräckligt med resurser för att tillsätta i varenda upphandlingsgrupp.”

Informanternas förhoppning var en mer effektiv och bättre vård med möjlighet att hantera samhällets ökande grupp av äldre personer och möjlighet att ta hand om de som inte riktigt hinns med idag. Förhoppningen var även att få mer tid till samverkan och utvecklingsarbeten.

Informanterna menade att det tar tid att börja arbeta på de nya digitala sätten och att den digitala kompetensen hos både medarbetarna och patienterna varierar. Till viss del handlar det också om hur förändringsbenägna personerna är. Som exempel menade informanterna att i det privata livet används digitala hjälpmedel för att handla, sköta bankärenden och liknande och de förmodade att även patienterna kommer att önska/kräva mer kontakt med sina vårdgivare på detta sätt. Det finns medarbetare som är intresserade och det finns de som är oroliga för vad de nya arbetssätten innebär.

Genom intervjuerna framkom att digitalt inrapporterad data inte förs in per automatik till patientjournalen genom nuvarande IT-system. När IT-systemen byggts ut så de kan ta hand om data kan det innebära en tidsvinst för vårdpersonalen som i dagsläget får avsätta tid för att sköta detta manuellt. Digitaliseringsarbetet är fortfarande nytt och informanterna menade att det finns mycket att lära sig. Det tar tid att använda de digitala lösningarna eftersom det är olika system som används med olika inloggningar. Detta, menade informanterna, är tidsödande och frustrerande men förhoppningen var att de i framtiden kan arbeta mer effektivt då de lärt sig de nya systemen.

Det framkom även att de digitala patientbesöken vanligen kräver kortare tid för vårdpersonalen än fysiska besök. När det gäller tidsbesparing för patienterna så menade informanterna att det till största delen gäller den tid de kan spara i restid.

Det finns bokningsystem där patienterna själva bokar in sina vårdbesök. Även om det finns instruktioner för detta upplevde informanterna att det kan vara problematiskt för patienterna att göra rätt. Felaktigheter medför frustration och skapar merarbete för vårdpersonalen som behöver rätta till det felaktiga. Det medför också problem då patienterna bokar in besök för åkommor som egentligen inte skulle behöva ett besök, eller när tid bokas för läkarbesök som i stället borde ha bokats till distriktsköterska eller annan yrkeskategori.

Det skapar frustration och kräver mycket administrativ tid då de olika systemen inte är integrerade med varandra, sade informanterna och nämnde tidbok som finns i olika system som inte synkroniseras med varandra. Risken för fel ökar.

”...att det inte är integrerat i varandra är ett jätteproblem. Att man inte kan ha en tidbok till exempel där man utgår från och jobbar. Nej, ska man jobba med onlinesystemet så är det en speciell plattform. Då är det en annan tidbok som man ska bjuda in folk till. Missar man att ändra i den så kan man ha folk som väntar fast man är sjuk i den andra om man säger. Alltså det, det finns inget, det är inte alls, det är så tunggrott. Det kräver ju mycket administration också.”

Nuvarande digitala arbetssätt och framtidsspaning

Vid intervjuerna framkom att flera verksamheter hade kommit i gång att använda egenmonitorering, de menade att detta är något som alla behöver använda sig av. Egenmonitorering upplevdes generellt fungera bra men även detta är viktigt att

använda för de patienter som har möjligheterna att mäta sina värden och att rapportera in dem. Informanterna berättade att all typ av egenmonitorering inte sker genom digital rapportering. Det förekom även att patienter skrev sina värden på ett papper som lämnades till vårdcentralens reception.

”...så det är också en pusselbit som måste vara på plats för att vi ska kunna spara tid. För annars så kommer vi bara översköljnas av data där vi måste i det här bruset titta vad som är det relevanta och viktiga.”

Som en positiv följd av egenmonitorering ansågs att patienterna får ett större engagemang för sin hälsa, därmed menade informanterna att det är ett bra sätt att arbeta personcentrerat. För patientbesök kring psykisk hälsa hade man hittat digitala arbetssätt som upplevdes fungera bra och som medförde färre återbesök än till fysiska besök. Som ett exempel nämndes iKBT för patienter med lindrig till måttlig depression och ångest.

Då patienterna själva rapporterar in sina värden är det lättare att göra tätare uppföljningar vilket kan ge en bättre vård. Dessutom sparar patienterna tid genom att inte behöva ta sig till vårdcentralen. Informanterna menade att digitaliseringen är en del i att skapa en nära vård när patienterna har möjlighet att själva mäta sina värden och rapportera in till vårdcentralen. Att sköta detta från hemmet kan underlätta för patienterna. Inom delar av Närhälsan har egenmonitorering för patienter med hjärtsvikt använts under flera år. På frågan om exempel där digitaliseringen kan hjälpa till nämndes olika typer av mätningar som både yngre och äldre patienter kan göra i hemmet, exempelvis pulsoximeter för att mäta blodets syremättnad, blodtryckskontroller och blodsockermätningar.

Det fanns möjligheter för patienterna att registrera olika typer av mätvärden som de själva sköter hemifrån och skickar till vårdcentralen. En förhoppning var att detta även skulle kunna användas för att arbeta mer förebyggande så förändringar kan upptäckas tidigare, men Primärvårdscheferna önskade att det kan gälla medicinska så väl som sociala förändringar. Informanterna beskrev olika typer av digitala arbetssätt som används. Ett av dem var möten med patienterna då vårdpersonalen sänder en möteslänk till patienterna för att koppla upp sig antingen direkt eller vid ett tidsbestämt samtal vid ett senare tillfälle.

Inom vårdcentralerna användes digitala uppkopplingar till patienter genom appen Närhälsan Online där även de egna listade patienterna kan tas omhand genom Min vårdcentral online. Inom 1177 e-tjänster finns olika delar som ska användas så som digitala kallelser, bokningssystem för patienter, registrering av egenremisser med mera. Vårdcentralernas läkare kommer alltmer till insikt i vilken typ av besök som lämpar sig för digitala besök. Det är viktigt att vara distinkt i sin frågeställning för anamnes och noga med vilka frågor som behöver ställas. Detta är något man arbetar mycket med. I Närhälsan Online används AI för triagering efter att vårdsökande besvarat frågor som antingen kan resultera i ett digitalt besök eller ett råd om att kontakta vårdcentralen nästkommande dag. Genom AI-systemet matchas frågor till patienternas svar så sjuksköterskor kan få ett bra rådgivande underlag inför beslut.

”...ett triageringsverktyg. Och då är det så att invånare triagerar sig med hjälp av det här AI-verktyget som nischer och ställer frågorna utifrån vad

patienten svarar. Så att det är inte bara ett träd utan det är lite smart det här systemet så att sköterskorna får ett bra underlag.”

Det fanns även möjlighet att använda sig av en triageringstjänst för tidbokning där besök kan bokas till den yrkeskategori patienterna önskar besöka. Denna funktion var inte fullt utvecklad och informanterna kunde inte se att det skulle medföra någon tidsbesparing. Det gäller för patienterna att hitta rätt i IT-systemet och att besöket lämpar sig för digital hantering. För vissa patienter fungerar de digitala besöken inte lika bra som de fysiska, för andra kan dessa besök till och med fungera bättre än fysiska. Det är patienten och dennes problem som avgör vilken besöksform som är lämpligast enligt informanterna.

”... beroende på vad det är för besök så är det viktigt att det är rätt form av besök... allmänna symtom som kanske påverkar en stor del av kroppen, då är det nog svårare digitalt att ha ett sådant förstagsbesök.”

Informanterna såg en osäkerhet kring var ansvaret för vårdgarantin ligger då patienter som står på väntelista uteblir till besök som de själva boket och inte tar kontakt för att boka ny tid. Informanterna var osäkra på om det i dessa fall är vårdgivarens eller patientens ansvar att tiderna inom vårdgarantin hålls. Detta behöver berörda myndigheter ta ställning till och klargöra, menade informanterna.

Den digitala och kostnadsfria IT-tjänsten Hälsocoach online används för råd om livsstilsfaktorer, kost och motion samt rökavvänjning enligt informanterna.

Självincheckning var ett av de nya IT-systemen som patienterna skulle använda sig av för att ”checka in sig” då de kommer till vårdcentralen. Systemet användes inte av alla vårdcentraler eftersom det inte upplevdes fungera tillfredsställande och detta medförde att användningen var begränsad. Systemet kunde inte användas vid akuta besök, vid hälsokontroller eller vid vaccinationer. Inom andra delar av hälso- och sjukvården i VGR finns ett annat självincheckningssystem som upplevdes vara enklare och därmed fungera bättre än det primärvården hade tillgång till.

Informanterna berättade om en snabbundersökning där patienterna kan besvara tre frågor via en terminal efter deras besök på vårdcentralen. Denna undersökning ansåg informanterna vara till god nytta då de har möjlighet att snabbt åtgärda brister som patienterna påpekar. Svaren är vanligen mer positiva än negativa och det är bra för personalen att de får höra att de gör ett bra arbete. Tidigare användes en patientenkät med flera frågor som kunde vara svåra att förstå och som patienterna lätt förväxlade med sjukhusbesök.

I samverkan med kommunerna planerades för gemensamma inköp av digitala hjälpmedel som patienterna kan använda i hemmet. Detta medför att patienterna har tillgång till utrustning i hemmet som både kommunerna och primärvården i samverkan anser vara till nytta för patienterna.

Det har utvecklats en prototyp för en app att använda i hemmet för egenmonitorering av blodtryck. Liknande projekt är beroende av samarbete mellan flera aktörer så som sjukhusen och IT-kompetens inom regionen för implementering. Egenkontroller för astma/KOL-patienter har testats

tillsammans med ett sjukhus. I det projektet var patienterna för pigga för att studien skulle ge ett bra resultat.

Det fanns informanter som själva hade laddat ner appar för att testa och se hur de fungerar för patienterna, på så sätt fick de en större förståelse för hur dessa fungerar. Informanterna kunde föreställa sig framtida användningsområden så som övervakningskamera i hemmet för äldre patienter och läkemedelsrobotar som kan hjälpa både yngre och äldre att ta sina mediciner på egen hand.

Ytterligare exempel som beskrevs var där ambulanspersonal kopplar upp sig mot en vårdcentral när de anlänt till den som larmat. På detta sätt kan en läkare göra en snabb bedömning av personen innan man avgör vilken hjälp som behövs. Har man dessutom en god kontinuitet och läkaren känner patienten är det lättare att fatta rätt beslut. Även bärbara ultraljudsapparater för att undersökningar i hemmen testades.

Informanterna beskrev svårigheter att införa vissa digitala hjälpmedel som medför problem i form av längre beslutsvägar och där lagkrav försvårar användningen av molntjänster och lagring av data.

Informanterna ansåg inte att videobesök var det viktigaste användningsområdet för majoriteten av patienterna. För besök kring psykisk ohälsa användes tekniken redan och fungerade bra för dessa besök. Informanterna antog att chattfunktionen kan utvecklas så vårdpersonal kan kommunicera med sina patienter i chattrådar. I dagsläget fanns inte möjlighet att undersöka hjärta och lungor digitalt men enligt informanterna fanns det möjligheter att i framtiden även kunna göra detta. De betonade också vikten av att kontinuerligt utvärdera vad som fungerar och hur de digitala besöken uppfattas av både vårdgivare och patienter.

Flera nya system var på väg att testas och lanseras. Närhälsan Online som fungerar likt ett digitalt jourcentralbesök där vårdpersonalen har möjlighet att titta i halsen, på prickar, hudförändringar och liknande. Patienterna har möjlighet att skicka bilder på sår, bett och utslag. När det gällde bekymmer kring barn kan föräldrar uppleva det smidigare att använda sig av digitala besök i stället för att åka till en jourcentral. Här såg informanterna bra möjligheter.

Det fanns även system som krävde ett arbetssätt som informanterna menade inte var optimalt. De menade att detta indirekt påverkar säkerheten och omhändertagandet av patienten eftersom det är ett sätt för dem att hållas uppdaterade om patienterna.

”...patienterna i 1177 begär recept ...sköterskorna skrev in en anteckning att patienten behöver [läkemedlet] och kontrollerade att det stämde. Skrev in diagnoserna som patienterna har kopplat till dessa läkemedel och sedan får doktorn ett meddelande i systemet. Skriver ut de här recepten. För då är all säkerhetskontroll gjord av sköterskan och hon har tittat på det, eller han, tittat på att det har gått tillräckligt lång tid så att säga. Det är inga konstigheter. Inga nya mediciner som påverkar. Då fick vi rättning på det också, att så får man inte göra. Det är en doktor som måste skriva diagnosen. Så att det så att säga uppgiftsväxlingen och förenklingen för att det verkligen skulle kunna användas till rätt sak, det fick vi inte heller göra.”

”det blir konstigt när man på administrationens vägar styr saker som så att säga är på ett annat sätt medicinskt. Ja och det påverkar ju indirekt i viss mån, alltså det påverkar kanske inte personcentrering. Det påverkar omhändertagande av personen.”

Digital samverkan

Utöver digitala möten med patienter användes tekniken för samverkansmöten med kommunerna, slutenvården och privata vårdcentraler med vårdavtal. Digital samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården vid särskilda boenden och liknande betraktades som användbart för att slippa flytta gamla och sköra personer. Teamsmöten användes för SIP-möten (Samordnad Individuell Planering) där vårdgivare, patienter och närstående deltar. Vid denna form av samverkansmöten kan även nationella, så väl som internationella, patientrepresentanter från intresseorganisationer för sällsynta sjukdomar medverka.

Digitala möten med läkare inom slutenvården användes då primärvårdsläkare och patient träffar till exempel en ortoped för konsultation. På detta sätt undviks onödig remittering och patienten gavs möjlighet att själv beskriva sina bekymmer för respektive specialist. Konsultation kan även ske genom att bilder skickas till exempelvis hudmottagningar för bedömning. Det förekom även digital konsultation med psykiatrikliniken då primärvårdens medarbetare gavs möjlighet att diskutera patientfall för att avgöra om behandling kunde ske inom primärvården eller om remittering behövde göras till annan specialitet. Det fanns en önskan bland informanterna om att använda samma arbetssätt gentemot kommunerna, där personal från äldreboenden kan kontakta primärvårdens läkare digitalt för konsultation, för att arbeta mer effektivt.

”Om doktorn för det första ska transportera sig till boendet. Ska titta på ett visst antal och tiden är ju begränsad. Då hinner man inte så pass många. Men skulle de gå runt med en platta eller en dator precis som du och jag sitter här nu och så visar patienten upp själv om den har förmåga till det och kan själv få berätta och så kan man visa sår och ja annat som det kan vara något bekymmer med.”

Primärvårdens medarbetare genomförde digitala utbildningstillfällen riktade till kommunens personal. Det kunde gälla speciella teman som diabetes eller information om nyheter samt instruktioner och metoder som rör arbetet med patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. På så sätt kunde fler medarbetare delta och färre behövde resa, vilket gav en tidsbesparing både för vårdcentralens och kommunens personal. Utbildningarna fanns i VGR:s Lärportalen där även läkarfortbildningen fanns. Detta arbetssätt infördes under pandemin och blev därefter ett allt vanligare sätt att genomföra utbildningar på. Informanterna upplevde att detta fungerade väl.

I stöd- och behandlingsplattformen gavs möjlighet att använda olika typer av formulär och uppföljning. Under intervjuerna framkom att e-post och sms-korrespondens med patienter inte får användas av sekretesskäl men att vårdpersonal ändå kontaktades av patienter på detta sätt.

Digitala möten upplevdes fungera bra för avstämningar och statusrapportering mellan två och flera personer. Däremot upplevde informanterna att möten där problem diskuteras inte fungerar lika väl.

”...sedan kan man ju säga att när man väl känner någon lite bättre, då är det ju bra med digitala möten men ibland är ju känslan hos många att är det helt okända människor och man ska ha en närmre samverkan så vill man gärna ibland träffas initialt i alla fall, i verkligheten, för att enklare kunna ha ett digitalt möte. Men det är också något i hjärnan hos oss. Det är ju vanan också är jag övertygad om så att det blir ju en vanesak det där också. Men man tycker att det kanske blir lite mindre personligt om man inte känner varandra så väl. En bra samverkan kräver att man känner varandra lite mer tänker jag också faktiskt.”

I dagens samhälle finns många möjligheter att människor registrerar data med hjälp av smarta klockor där EKG, blodtryck, syremättnad, puls kan mätas. Om dessa mätningar hade varit kvalitetssäkrade och om vården hade haft tillgång till denna data skulle det kunna innebära en stor resurs för att tidigare upptäcka exempelvis förmaksflimmer, menade informanterna. Det fanns inget sätt att handha denna data men förhoppningen var att detta kan lösas i framtiden.

Kompetensutveckling

Information och utbildning om nya IT-system

Informanterna menade att det fanns behov av kompetensutveckling kring nya digitala system. I deras chefsansvar ingår att säkerställa att medarbetarna känner sig trygga med och behärskar de arbetsuppgifter som ska utföras. Därmed är det deras ansvar att medarbetarna får utbildning i de nya systemen och arbetssätten.

“Det ankommer ju mycket förstås på oss som är chefer i vården att säkra att man som medarbetare är trygg med det man ska göra under sin arbetstid. Och det är klart att ska man använda ett nytt digitalt verktyg, så måste man ju få chansen att lära sig det först.”

Före nya IT-system införs testas de i pilotstudier. Vid dessa ingår utbildning. Pilotstudierna upplevdes positiva eftersom brister kan identifieras i system, produkter och manualer. När produkterna senare implementeras genomförs vanligen större utbildningsinsatser för samtliga medarbetare. Alla system fungerar dock inte tillfredsställande initialt. Som exempel nämndes ett nytt telefonsystem som inte fungerar på det sätt man önskat.

”Och det är klart att ska man använda ett nytt digitalt verktyg, så måste man ju få chansen att lära sig det först. Bara förväntas att endast ska... här har du... det inte bara sätta i gång utan, det måste ju ingå utbildning.”

Informanterna poängterade att det är viktigt att vårdpersonalen får utbildning i att använda ny digital teknik, eftersom de i sin tur ska utbilda patienter i den teknik de förväntas använda vid exempelvis egenmonitorering. Många äldre patienter är ovana vid digital teknik och är i detta sammanhang beroende av vårdpersonalens stöd. Informanterna betonar att det tar tid även för patienterna att lära sig de nya digitala verktygen.

”Alltså det jag bara tänker på det är att man måste våga ta sig den tiden som det tar liksom. Det som vi var inne på i början när vi sa det att man måste nog lägga lite tid och kraft på att lära folk, både personal och patienter hur det digitala fungerar. Gör vi det kommer vi vinna tid sedan.”

Nya IT-system infördes i rask takt. Generellt ansåg informanterna att flera system hade en layout, som inte inbjöd till användning och var dåligt självinstruerande. Som jämförelse nämns att de appar som används privat vanligtvis är lättare att förstå och hantera. De efterlyste bättre instruktioner för att underlätta för både medarbetarna och för patienter som ska använda systemen.

Det var inte enbart teoretisk utbildning som behövdes när det gäller nya system, det behövs även tid för att träna det praktiska handhavandet. Om tid avsätts för att lära ut hur systemen fungerar så vinner man tid även framgent. Tyvärr saknades utrymme för denna form av träning i det dagliga arbetet. Informanterna önskade att det hade funnits möjlighet för de medarbetare som kan systemen att lära de som är ovana vid detta arbetssätt.

”...om de får hjälp med att just göra de här momenten att ladda ner i sin telefon o.s.v. och visar hur man ska använda det. Då använder folk det. Det har inte med åldern att göra, det är lika många 40-åringar som behöver hjälp med att ladda ner en app som 80-åringar har vi ju sett. Så att man ska nog inte dra alla över en kam p.g.a. ålder utan får man bara hjälpen så att säga och instruktionen på hur man ska göra så klarar folk detta oavsett ålder.”

Kompetensutveckling kring i personcentrerat arbetssätt (PCA)

Informanterna betraktade begreppet personcentrerat arbetssätt som politiskt gångbart och menade att primärvården alltid försöker beakta det som är väsentligt för varje individ ur ett holistiskt perspektiv.

Även om primärvården har en tradition att arbeta personcentrerat ansåg informanterna att kompetensutveckling bör ske genom att arbetsgrupperna resonerar kring vad PCA innebär och hur man tänker kring det. Till viss del ansåg informanterna att det kunde finnas behov av utbildning i vad PCA är, samtidigt är det viktigt att medarbetarna inte uppfattar det som kritik som skulle innebära att de inte arbetar personcentrerat. Detta menar informanterna är viktigt eftersom medarbetare med vårdutbildning har valt sitt yrke med en önskan om att hjälpa människor och därför kan ta illa upp om de ska utbildas i ämnet. Om det istället är möjligt att ordna det dialogburet i diskussioner om vilka uppfattningar som finns om vad PCA är, hur arbetssättet kan vara och samtidigt stärka det som medarbetarna redan gör så tänkte informanterna att det skulle vara positivt.

Informanterna menade att de med medellång vårdutbildning har lärt sig vad personcentrerat arbetssätt innebär redan i grundutbildningen. Däremot diskuteras det inte så mycket på arbetsplatserna eller så beskrivs det med andra begrepp. Inom läkarutbildningen tränas blivande läkare i konsultation med modeller inom konsultationsforskning. Informanterna uppgav att begrepp som personcentrering inte används i någon större utsträckning men reflekterade över att de tidigare missat att ta vara på patienternas resurser och att personcentrering kompletterar aktuella konsultationsmodeller för vårdmöten.

”Jag tror egentligen inte att det är utbildningen som är så viktigt, utan det är mer det här tydliggöra vad menar vi i det här sammanhanget med personcentrerat. Sedan att man diskuterar kring det. Så att man får samma bild av det hela, tror jag.”

Flera informanter lyfte fram att utbildning borde vara dialogburen för att stärka det som medarbetarna redan gör. Teorier kombinerat med samtalsstöd för att resonera kring hur man tänker kring olika situationer, kan vara ett bra sätt att utveckla sitt arbetssätt. De menade att ett personcentrerat arbetssätt till stor del handlar om var och ens personlighet och hur medarbetarna arbetar på arbetsplatsen eftersom medarbetare lär upp i den andan som finns där. Arbetar man personcentrerat och inser vad som är bäst för patienten så kommer detta arbetssätt att genomsyra verksamheten. De menar att utbildning och diskussioner om innebörden av PCA gör att samtliga får en gemensam bild av vad PCA är. Inom vissa områden ägnas en tid på ledningsmöten åt kvalitetsdriven verksamhetsutveckling bland annat med grupparbeten kring PCA, på detta sätt ges möjlighet att diskutera olika uppfattningar om innebörd och arbetssätt.

Utbildning kring samverkan

Samverkan handlar om relationer och informanterna menade att dessa relationer utvecklas genom samtal snarare än genom teoretisk utbildning i ämnet. De menade vidare att det inte är möjligt att utbilda sig i samverkan eftersom det krävs samtal mellan olika befattningshavare och verksamheter för att få bort negativa attityder som en ”vi och dom”-inställning. De saknade tillfällen för sådana samtal. Informanterna påtalade även behovet av att öka förståelsen mellan huvudmännen, att medarbetarna utbildas i vad det innebär att kommunerna är självstyrande, hur styrningen fungerar, samt innebörden av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. För att förbättra samverkan ansåg informanterna att det är viktigt att lära känna varandra, ha förståelse för varandras kompetenser, uppdraget och styrningen.

”Vi måste börja prata med varandra för det har vi för lite av. Det är mycket mer vi och dem, än samverkan fortfarande. Så där har vi en resa att göra.”

Personcentrerad vård och arbetssätt

Jämlik, säker och nära primärvård

Primärvårdscheferna menade att de flesta som valt vårdyrket har en önskan om att hjälpa människor och vill arbeta personcentrerat. Under senare år har de blivit bättre på att lyssna på patienterna.

Digitaliseringen har inneburit ett större patientinflytande och delaktighet i vården, menade informanterna. De antog att både yngre och äldre personer i befolkningen kommer att kräva av vården att vissa ärenden utförs digitalt. Genom att erbjuda digitala tjänster kan tid frigöras till patienter som inte har tillgång till eller behärskar digital teknologi. Informanterna ansåg därmed att digitaliseringen gör vården mer jämlik och nära. De antydde att det kan vara lättare att arbeta personcentrerat inom primärvården eftersom primärvårdens anställda har en bättre kännedom om sina patienter och deras

familjeförhållanden. Därigenom är det lättare att ha en helhetsbild av patienten och att individualisera vård och behandling. Informanterna menade att den personcentrerade vården medför både billigare vård och ett bättre omhändertagande.

"...man ser inte en person i diagnoser på det viset som andra specialiteter gör. Den personen jag har framför mig, vad är det för person och hur är det?"

Vid intervjuerna framkom att vårdverksamheterna var beroende av att även patienterna är redo att använda de digitala arbetssätten. Informanterna menade att det kan vara mer tidseffektivt för patienterna att använda sig av digitala besök eller egenmonitorering eftersom det inom det geografiska området finns mycket landsbygd med långa resvägar. De upplevde även att vissa grupper av pensionärer tycker om det fysiska besöket på en vårdcentral. Det framkom att för stora grupper av invånare på landsbygden fungerar inte tekniken för digitala arbetssätt, detta visar sig exempelvis genom störning vid uppkoppling vilket gör att det upplevs frustrerande och medför ett sämre besök.

Informanterna menade att digitala besök har en god kvalitet, ibland även bättre än vid fysiska möten sett till vad som kan vara enklare för patienten. Vissa besök behövde kompletteras med ett fysiskt besök. Det är med andra ord viktigt att ha möjlighet att välja rätt form av kontakt för det problem patienten har.

Primärvårdscheferna fick information från vårdcentralchefer som menade att befolkningen inte självklart är så intresserade av digitala besök. För pensionärer kan vårdcentralen ge en möjlighet att möta andra människor. De ansåg att det var yrkesverksamma som i större utsträckning önskade digitala besök. Det är just valmöjligheten som ger en jämlik vård.

För patienter med komplexa behov och som kanske har dålig både syn och hörsel kan det vara bäst att känna att vårdpersonalen finns i rummet och inte i en dator. Informanterna menade att det i vissa fall är möjligt att ha någon annan person med i rummet hemma hos vårdtagaren vid ett digitalt besök men det är inget självklart bra sätt att arbeta på.

"Å andra sidan har vi inget val vi måste börja med att nyttja tekniken mer. Men vi ska göra det så säkert som möjligt och självklart ligger det på varje individ, varje vårdpersonal som har mötet att om man inte tycker att man kan göra en bra bedömning, att faktiskt ta in dem för ett fysiskt besök. Och på chefer i vården att skapa en sådan kultur där man känner som medarbetare att det är helt okej att man tar in på fysiskt besök när ett digitalt inte har varit tillfyllt."

Primärvårdscheferna menade att det är svårt att räcka till för de mest sjuka patienterna. De betonade att det inte får förekomma felaktiga prioriteringar som styrs av om vårdpersonalen har bekymmer med att hinna med sina uppdrag, att de kan tekniken och att patienterna klarar av, eller vill ha, digitala besök. Detta såg de som ett dilemma och menade att det är lätt att tänka att digitala möten ska vara patientdrivna men prioriteringsgrunderna måste vara samma oavsett typ av besök.

”För när de hör det, då går allting i baklås. För då ser man liksom fel saker. Då blir det också, då blir digitaliseringen lika med de här nätdoktorerna, för det är liksom det man har på näthinnan och då blir det att de enkla fallen tar resurserna i stället för de svåra som man sliter med och så blir, allting blir fel. Så vi måste prata om det på ett helt annat sätt.”

I starten av omställning till fler digitala patientbesök, före arbetssättet är ordentligt inarbetat och tekniken är optimal, kommer möjligen misstag att ske som gör att arbetssättet kan ses som mindre säkert för patienterna. Däremot ansåg informanterna inte att de digitala besöken i sig drabbar patientsäkerheten, men detta är under förutsättning att de används för rätt typ av besök och rätt patienter. Informanterna hänvisade till en rapport från Vårdanalys som kunnat konstatera att personer på landsbygden, personer som är äldre och personer som är kroniskt sjuka inte använder de tjänsterna, men menade att det kanske är de som egentligen skulle kunna ha bäst nytta av dem. Informanterna menade också att det är problem med att se hela patienten vid de digitala mötena, vilket gör att fysiska besök ger en bättre helhetsbild.

”...nu sitter jag och ser dig från den här delen och uppåt och du ser mig bara från halsen vad jag verkar se, det gör ju att man kan tappa ganska mycket av hur använder patienten armarna och hur använder de benen. Hur går de och sådana saker. Där får man ju en helhetsbild av patienterna när de kommer in genom dörren på ett besök.”

Vid intervjuerna framkom exempel på nyttan med digitala besök genom diabetessköterskor som kan ge tätare stöd till nydiagnostiserade diabetiker som kan behöva tätare stöd för att hitta rätt hantering av sin sjukdom, provtagningar, insulindoser etcetera. De menade att det är lätt att göra täta korta avstämningar med patienterna genom videobesök där de kan ge feedback på teknik vid injektioner med mera. Dessa patienter är ofta i yrkesverksam ålder och på detta sätt behöver de inte ta ledigt för att transportera sig till vårdcentralen. Vissa medarbetare ansåg att det går bra med avstämningarna via telefon men andra ansåg att det ger mer då de har både ljud och bild så de kan visa på ett bättre sätt. Här har både vårdpersonalen och anhöriga en viktig roll i att notera förändringar hos patienterna. För patienter som har mer av allmänna symtom som påverkar en stor del av kroppen är det svårare att ha digitala förstagsbesök.

”Det ska nog inte vara digitalt utan det ska man ha kopplat till verkligheten, eller att man då har så man kanske skulle behöva ha, att man har en sköterska kopplat till som på ett eller annat sätt eller annan personal, anhörig som liksom kan se och vara med och konstatera att ja men dessutom har det ju påverkat gången eller någonting annat eller funktionen i någon kroppsdel så att man får den kompletteringen. Det missar man ju kanske i ett digitalt möte när man bara ser en femtedel av kroppen.”

Medarbetarnas arbetsmiljö och inställning till personcentrerat arbetssätt

Informanterna menade också att en del av den nära vården innebär att vården finns där patienterna vill ha den och på de tider de vill ha den. Primärvården tar till största delen emot sina patienter på dagtid men vissa vill få sin vård på

kvällstid. Detta resonemang kräver att vårdpersonalen är villig att arbeta under dessa förutsättningar. De upplevde vissa motstridigheter kring hur tillmötesgående de ska vara kring patienternas önskemål vad gäller vårdcentralernas öppettider. Frågan var om öppettiderna ska anpassas efter patienternas önskemål eller efter medarbetarnas. De menade att arbetstiderna kan vara en av fördelarna med att arbeta inom primärvården, att arbetet inte innebär hel- och kvällsarbete, samtidigt som de vill finnas till för patienterna då de önskar och behöver.

”Så jag tycker det är ett förhållningssätt men det är sådant man får prata väldigt mycket om. För det står ju mot ett eget, det är ju din önskan om att kanske ha bra arbetstider och slippa jobba helger och inte jobba kvällar, mot att jobba när patienten behöver det.”

Patienterna som delaktiga medskapare av vården

Informanterna upplevde att primärvårdens medarbetare inte betraktar sina patienter som ”en diagnos” på samma sätt som det kan vara inom andra medicinska specialitetsområden. De ansåg sig dock kunna bli bättre på att diskutera och föra en dialog med den enskilda patienten kring hur vården kan planeras och genomföras.

”För det är klart att du ska kunna vara delaktig i din vård och vara med och lägga upp planen och lite så, eller ha tankar runt det, men det kommer också kräva att du tar ett ansvar för planen sedan. Det måste man vara beredd på som invånare.”

Ett sätt att göra patienterna till delaktiga medskapare av vården är att patienterna själva får utföra exempelvis blodtrycksmätningar i hemmet för att sedan rapportera sina värden till vårdcentralen. Härigenom kan de ta ett större medansvar för sin vård och behandling. Delaktigheten blir konkret vilket kan öka patienternas vilja att engagera sig ännu mer i att främja sin hälsa. Informanterna påtalade vikten av att ta vara på patienternas kunskap, färdigheter och önskemål i detta sammanhang.

”Jag pratade med en gammal dam, jag tror hon var 92 år, som fick möjlighet att monitorera sig själv. Hon sa det, det ger en sådan frihet. Jag behöver inte tänka på allt det här som ska till när jag ska på ett läkarbesök. Det är så mycket som ska ordnas med och det är skjuts och det är det ena och det är det andra och alltså det äter upp en hel dag för mig. Nu behöver jag inte det. Utan nu tas de här värdena och skickas in och jag är fri och göra vad jag vill på dagen.”

Genom god kontinuitet är det möjligt att arbeta mer förebyggande eftersom det då är lättare att upptäcka förändringar över tid. Därmed går det att genomföra tidigare åtgärder både gällande medicinsk kontroll och socialt.

”Det är inte rocket science egentligen någonting vi gör, men vi ska göra på ett lite bättre och lite mer samlat sätt egentligen. Jag tycker att förutsättningen för att det ska bli en bra vård är ju att ha patienten i centrum. Det är ju det som det handlar om när vi pratar om nära vård faktiskt. Man kan prata om nära vård rent geografiskt självklart om man vill. Då snackar vi ju om att man ska få den vård man behöver ofta och

nära sig. Medan sådant man kanske behöver mer sällan kan vara längre bort. Den är ju ganska enkel och den är ganska logisk.”

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens resultat förväntades ge svar på vad primärvårdschefer ansåg om omställningen till Nära vård och den där till kopplade digitaliseringens innebörd för primärvårdens medarbetare och verksamheter. Primärvårdscheferna är eniga i att kompetensförsörjningen är det största bekymret. Kompetensförsörjningen är viktig då primärvården blir navet i den nära vården och det kommer att krävas både mer personal och effektivare arbetssätt. Detta är en nationell utmaning (3) (24).

När det gäller frågor kring personcentrerad vård (PCV) och arbetssätt menade primärvårdscheferna att de som arbetar inom primärvården arbetar personcentrerat och har kännedom om hela patienten eftersom primärvårdsnivån hanterar en bredd av diagnoser och tillstånd i människans alla åldrar. PCV anses vara ett etiskt förhållningssätt som ska öka kvaliteten i vården (12) och som ingår i framgångsfaktorerna i den nära vården (1) (14). Förhållningssättet utgår från patienterna som unika personer och medskapare av vården, med ovärderlig kunskap om sig själva, en kunskap som personalen kan få genom att finna utrymme att lyssna till patienternas berättelser om sig själva. På detta sätt kan de bilda sig en helhet om patienterna och därmed följa det arbetssätt som förordas i de flesta svenska regionerna (25).

När det gäller studiens frågor kring PCV saknas frågor i intervjuguiden om vårdcentralernas medarbetares möjlighet att avsätta tid för att lyssna till patienternas berättelser. En enkät har utvecklats för att mäta patienters upplevelse av vården utifrån ett personcentrerat perspektiv (12) (26). Möjligen skulle resultatet kring hur man på vårdcentralerna arbetar med PCV se annorlunda ut om sådana frågor diskuterades. För att få en mer heltäckande bild bör både personal och patienter intervjuas kring detta.

Att arbeta i team kring patienter samt att tillsammans diskutera kring innebörden av personcentrerad vård, med komplement av teoretisk utbildning kan underlätta implementering av arbetssättet. En samsyn kring arbetssättet är viktigt då det ska implementeras (12). Fridbergs forskning visade att strategier för att utbilda personal i PCV och att skapa samarbete mellan olika personalkategorier inom den egna verksamheten fanns men det var få som informerade patienterna om att en sådan förändring höll på att genomföras. Forskningen visade även att PCV är komplext och svårt att förstå hur det ska omsättas i praktiken. Då personalen ser på PCV på olika sätt medför det att de inte arbetar med det på samma sätt. Detta kan bidra till ett sämre arbetsklimat (27).

VGR erbjuder en rad olika e-tjänster inom hälso- och sjukvård som går att nå genom appen Vård och hälsa. Där finns idag bland annat e-tjänsterna Digitala vårdmöten och Egenmonitorering som ska förenkla för invånare, patienter och medarbetare. De är också en förutsättning för VGR:s princip om att vård ska ges

digitalt när det går och fysiskt när det behövs (28). Vid tiden för intervjuerna väntade VGR:s medarbetare på att det nya IT-systemet Millennium skulle införas. Millennium skulle bland annat ge möjligheter att ta hand om mätvärden från patienter på ett bättre sätt, tillåta gemensam journal mellan primärvård och länssjukvård men även mellan de regionala vårdverksamheterna och den kommunala primärvården. Införandet genomfördes men togs snabbt ur bruk då det uppstod för många tekniska fel med systemet som äventyrade patientsäkerheten och skapade stress bland personalen. En granskning av införandet genomfördes under våren 2025 (29).

När det gäller digitala vårdmöten var primärvårdscheferna eniga om att det inte får påverka prioritering av patientbesöken och att det är viktigt att göra noggranna avvägningar kring vilka besök och vilka patienter som lämpar sig för denna typ av besök. Används det på fel sätt kan den jämlika vården påverkas negativt. Enligt eHälsomyndighetens rapport (30) kan e-hälsa och digitalisering bidra till att skapa förutsättningar för en mer jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård. Jämfört med flera andra länder har Sveriges invånare en hög digital mognad och enligt rapporten bidrar e-hälsotjänster till ökad patientsäkerhet och skapar förutsättningar för jämlik hälsa. För att underlätta för de personer som av olika anledningar inte har förutsättningar att använda det digitala utbudet är det viktigt att samverka med patient- och brukarorganisationer fungerar.

Primärvårdscheferna nämnde diagnoskodning och ansåg att det bidrar till att arbeta patientsäkert samt ge en säker kommunikation om patienterna mellan vårdgivarna. Detta stämmer väl överens med Socialstyrelsens beskrivning om ICD-10 koderna och dess mening. Socialstyrelsen ansvarar för flera både nationella och internationella hälsorelaterade klassifikationer. Bland annat möjliggör dessa klassifikationer att följa orsaker till att patienter kontakter vården på ett systematiskt sätt (31) (32). Genom att använda diagnosställningen som ett ekonomiskt ersättningssystem riskerar man att patienter får irrelevanta diagnoser och därmed kan patientsäkerheten riskeras. Det kan också leda till att journalen som källa till kunskap om patienterna vid kommande medicinska bedömningar minskar (4). VGR:s regionala rutin för sjukdomsklassifikation (33) syftar till att tydliggöra ansvar och ramverk för sjukdomsklassifikation. Rutinen beskriver att vårdhändelser i både öppenvård och slutenvård ska registreras och även klassificeras. Klassificeringen ska ske enligt Socialstyrelsens regelverk. För att mäta vårdtyngden är ACG-systemet (Adjusted Clinical Groups) en vanlig metod. Genom ACG-systemet grupperas diagnoser, för varje ACG-grupp finns en definierad kostnadsvikt som är beräknad på kostnad per patient (KPP). Utifrån vårdcentralernas sammanvägda sjukdomsbörda och vårdcentralernas vårdtyngd kan vårdcentralernas sannolika resursåtgång mätas jämfört med andra vårdcentraler. ACG-viktningen kan skapa incitament för registrering av diagnoser vilket kan leda till att en minskad ekonomisk ersättning om det är så att vårdcentralen inte ökar sina diagnosregistreringar i samma grad som övriga (34).

Metoddiskussion

Vid planering av studien planerades för en rapport som skulle inkludera intervjuer med både medarbetare, vårdcentralchefer och primärvårdschefer. Då medarbetare och vårdcentralchefer hade intervjuats beslutades om vissa förändringar i intervjuguiden för att passa bättre till primärvårdscheferna. Det transkriberade materialet delades därför in i två grupper vars resultat redovisas i

separata rapporter. Denna rapport redovisar resultatet från intervjuer med primärvårdschefer.

Då datainsamlingen genomfördes under Covid-19-pandemin¹ var det svårt för primärvårdscheferna att avsätta tid för att delta i intervju. Vid denna tid fanns det nio primärvårdsområden inom VGR, en person var chef över två av dessa. De fyra primärvårdscheferna som slutligen accepterade deltagande i studien fanns i områden som innefattar både större städer och tätorter samt landsbygd med långa avstånd både för personal och för patienter. På detta sätt täcks en stor del av regionens förhållanden in i informanternas svar. Då en manifest analys av de transkriberade intervjuerna användes, det vill säga med så få tolkningar som möjligt, bidrar exakta citat från informanterna till resultatets trovärdighet.

Slutsatser

Studiens resultat ger en bild av vilka behov som finns av kompetensutveckling. FoU primär och nära vård Fyrbodals har möjlighet att arrangera seminarier/workshops gällande personcentrerad vård och samverkan där teori blandas med diskussioner för att nå samförstånd kring begreppen. För att seminarium/workshop kring samverkan ska ha störst nytta behöver medarbetare från både primärvården, slutenvården och den kommunala primärvården delta. För att visa om satsningen får någon effekt bör utvärdering planeras samtidigt som aktiviteterna planeras.

För att få en bredare bild kring hur omställningen till Nära vård påverkar primärvårdens medarbetare behövs en studie kring detta. Data i form av intervjuer finns insamlat och kommer att analyseras samt sammanställas av författaren.

Patienternas upplevelse av primärvårdens utifrån ett personcentrerat perspektiv är intressant. För mätning av detta kan eventuellt enkät ”the General Person-Centred Care Questionnaire” vara aktuell att använda.

Tack

Under åren 2019-2022 bedrevs projektet VITAL – för den goda hälsan vid Högskolan Väst. Jag vill tacka projektledare Ann Svensson som bjöd in mig att vara en del av VITAL genom denna studie och min chef Sven Persson Kylén, FoU primär och nära vård Fyrbodals, som gav mig tiden att utföra den. Tillsammans planerade vi för studiens genomförande och jag har även fått Svens hjälp att sammanfatta den, vilket jag är tacksam för.

¹ I december 2019 uppmärksammade WHO lokalt utbrott av flera fall av lunginflammation i Kina. Smittan spreds över världen. Den 1 februari 2020 beslutar Sveriges regering i enlighet med Folkhälsomyndighetens ansökan att klassa det nya coronaviruset som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. I maj 2023 bedömde WHO att Covid-19 inte längre uppfyllde villkoren för att beaktas som ett hot mot människors hälsa (www.folkhalsomyndigheten.se, 2024).

Genom Hälsoakademin Väst beviljades ekonomiskt stöd för att slutföra studien. Ett stort tack till dåvarande verksamhetsledare Christian Gadolin och styrgruppen.

Utan informanternas vilja att delta hade detta inte gått. Ett stort tack för att ni tog er tid för det trots det besvärliga läget under pandemin.

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Regioner. Omställning till en Nära vård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; [cited 2021 27 april]. Available from: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/p/rimarvardnaravard.6250.html>.
2. Vård- och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2020 - En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. 2021.
3. Sveriges Kommuner och Regioner. Omställning till Nära vård 2025. Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>.
4. Regeringen. Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet, SOU 2019:42. In: Socialdepartementet, editor. 2019.
5. Björndell C, Premberg Å. Physicians' experiences of video consultation with patients at a public virtual primary care clinic: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of primary health care*. 2021;39(1):67-76.
6. Ekman B, Thulesius H, Wilkens J, Lindgren A, Cronberg O, Arvidsson E. Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses. *International journal of medical informatics*. 2019;127:134-40.
7. Västra Götalandsregionen. Doktorn i mobilen - poppis bland 80-talisterna 2018. Available from: <https://vgrfokus.se/2018/02/doktorn-mobilen-poppis-bland-80-talisterna/>.
8. Anell A. Vården är värd en bättre styrning. Stockholm: SNS, 2020.
9. Larsson LG. Samverkan vid vårdplanering för patienter med komplexa behov – ett mellanorganisatoriskt triangeldrama [Doctoral Thesis]: Göteborgs universitet; 2019.
10. Regeringen. Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S2018:01). In: Socialdepartementet, editor. Regeringen.se2018.
11. Sveriges Kommuner och Regioner. Ett steg till - En guide till en mer samskapad hälsa, vård och omsorg genom Patientkontrakt. 2022.
12. Fridberg H. The complexities of implementing person-centred care in a real-world setting: A case study with seven embedded units: Högskolan Dalarna; 2022.

13. Larsson E. Innovationsvårdcentralens tillkomst: Medarbetarens erfarenheter från ett förändringsarbete inom primärvård. DIVA: Högskolan i Borås; 2020.
14. Sveriges Kommuner och Regioner. Personcentrerad vård [Website]. Sveriges Kommuner och Regioner; [updated 2024-12-17; cited 2021-04-06]. Available from: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/p/rimarvardnaravard/personcentreradvard.16029.html>.
15. Sveriges Kommuner och Regioner. Egenmonitorering, digitala produkter 2024 [2025-05-23]. Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/egenmonitoreringdigitalaprodukter.15226.html>.
16. Sveriges Kommuner och Regioner. Hemmet - platsen för framtidens vård och omsorg med stöd av digitala tjänster och produkter. 2019.
17. Regeringen. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. In: Socialdepartementet, editor. 2023.
18. Institutet för språk och folkminnen. Vad är Rikstermbanken? [cited 2025-05-23]. Available from: <https://www.rikstermbanken.se/search?q=kompetensf%C3%B6rs%C3%B6rjning&s=termer>.
19. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården 2023. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/>.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
21. Kvale S. BS. Den kvalitativa forskningsintervjun: Studentlitteratur; 2014.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
23. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025;333(1):71-4.
24. Socialdepartementet. God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. In: Socialdepartementet, editor. 2023.
25. Scholander H. Narrative relations : resources for meaning-making and person-centred practices in geriatric care 2023.

26. Fridberg H, Wallin L, Wallengren C, Kottorp A, Forsman H, Tistad M. Development and evaluation of the measurement properties of a generic questionnaire measuring patient perceptions of person-centred care. BMC Health Services Research. 2020;20(1):960.
27. Fridberg H, Wallin L, Tistad M. Tracking, naming, specifying, and comparing implementation strategies for person-centred care in a real-world setting: a case study with seven embedded units. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1409.
28. Västra Götalandsregionen. Vårdens digitala verktyg 2025 [cited 2025 8 juli]. Available from: <https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/regionhalsan/vard/var-dens-digitala-verktyg/>.
29. KPMG. Granskning. Införandet av Millennium Västra Götalandsregionen. 2025.
30. eHälsomyndigheten. Jämlik e-hälsa. Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik. Fokusrapport. 2020 2020-11-23. Report No.: Contract No.: Dnr: 2020/05075.
31. Socialstyrelsen. Klassifikationen ICD-10 2025 [cited 2025 07-07]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>.
32. Socialstyrelsen. Klassifikationer och kodverk 2018 [updated 2024-02-22 2025-07-07]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/>.
33. Västra Götalandsregionen. Regional rutin Sjukdomsklassifikation 2025 [cited 2025- 07-07]. Available from: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn14971-1865200826-39/surrogate/Sjukdomsklassifikation.pdf>.
34. Sveriges Kommuner och Regioner. Ersättningsmodeller för Nära vård. Ett kunskaps- och dialogunderlag med fokus på regionens primärvård. 2023.

Bilaga 1

Intervju nr:

Yrkeskategori: Primärvårdschef

Intervjuguide

- Kan du se några speciella utmaningar med nära vård?
 - o Hinder
 - o Möjligheter
- Hur kan digitaliseringen bidra i arbetet med nära vård?
- Vilka digitala lösningar använder verksamheterna för närvarande då det gäller kontakter med patienter?
- Används digitala lösningar vid egenvård (appar, egenmätningar och liknande) eller behandling?
- Tycker du att det finns behov av kompetensutveckling kring nya digitala och digifysiska arbetssätt?
 - o Vad behöver dina verksamheter?
- Vad skulle betyda mest för dig om man får till digitalisering och ett digifysiskt arbetssätt när det gäller tid, leveranssäkerhet och kvalitet. Vi börjar med:
 - o Tid
 - Används tiden på bästa möjliga sätt idag?
 - Tror du att det är möjligt att frigöra tid med hjälp av digitala eller digifysiska arbetssätt?
 - Till vad behöver tiden frigöras?
 - Har verksamheterna kö till besök idag? Kan den kön i så fall minskas genom digitalisering?
 - Klarar verksamheterna av telefonbelastningen idag? Kan telefonkön i så fall minska genom digitalisering?
 - o Leveranssäkerhet
 - Arbetar ni på ett personcentrerat arbetssätt?
 - Hur?
 - Erbjuder ni rätt tjänster?
 - Kan ni ge den vård som behövs?
 - Uppfylls vårdgarantin (rätt vård i rätt tid)?
 - o Kvalitet
 - Påverkas kvaliteten i dina verksamheter positivt eller negativt av de digitala arbetssätten? På vilket sätt?
 - Kan patientsäkerheten påverkas av digifysiska arbetssätt? Positivt eller negativt?
- Nära vård handlar till stor del av samverkan kring varje person/patient och även om samverkan med patienter. Vilka olika typer av samverkan kan ske genom digitala verktyg?
 - o Olika aktörer t.ex. NU-sjukvården, primärvårdsverksamheter, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten.
 - o Finns det behov av kompetensutveckling kring samverkan?
 - o Finns det behov av kompetensutveckling kring personcentrerat arbetssätt?
- Finns det något speciellt, generellt sett, som du tycker är positivt eller negativt med den ökande digitaliseringen?

Jag har fått svar på mina frågor. Är det något mer du vill tillägga?

Tack för att du ställde upp på intervjun!

