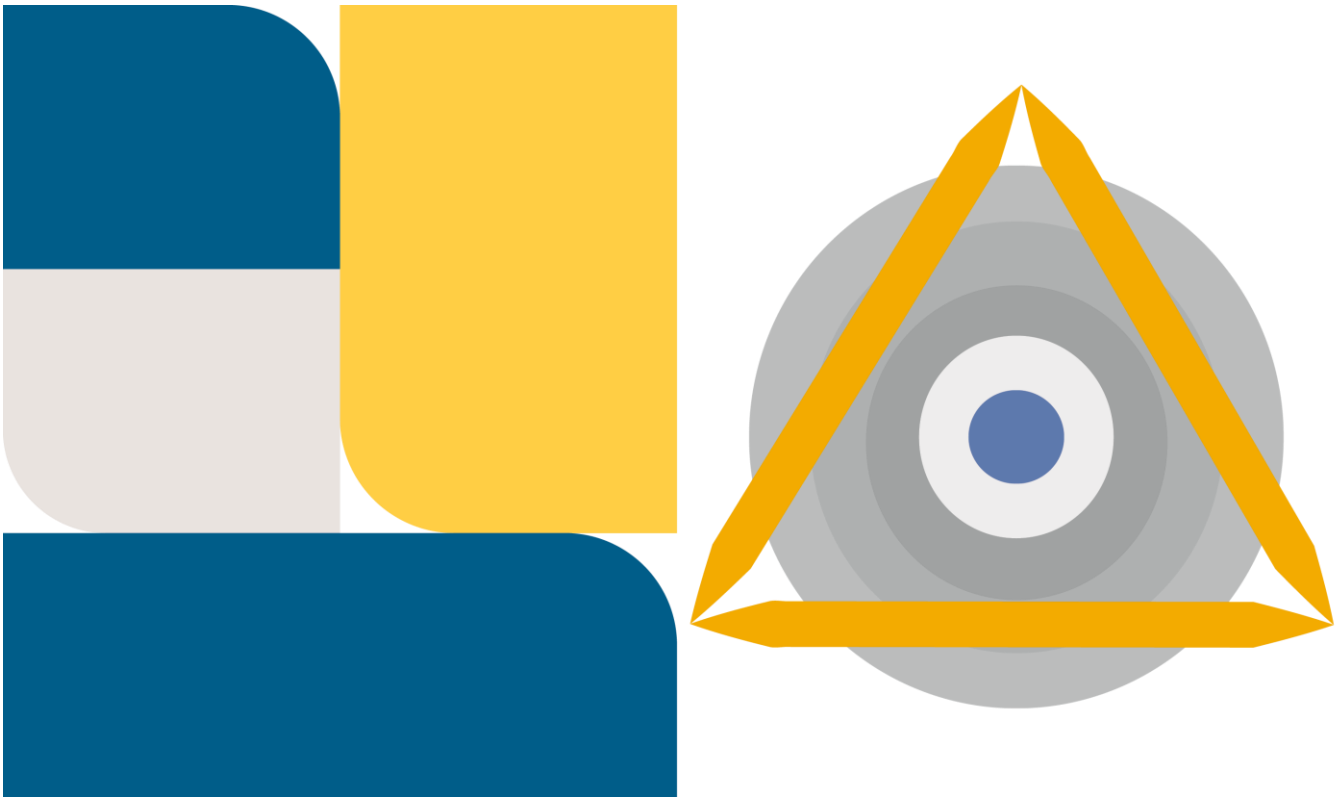


Nödvändiga förutsättningar för implementering av personcentrerade och sammanhållna arbetssätt i primärvården i VGR
Datum

Nödvändiga förutsättningar för implementering av personcentrerade och sammanhållna arbetssätt i primärvården

Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvården (PRIMP)
Projektledare Elisabet Gervind
Vice projektledare Märit Löfgren
Kommunikatör Carin Sjöström-Greenwood

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Innehåll

Sammanfattning för beslutsfattare 2

Implementeringsstrategier och implementeringshinder....3

Vilka förändringar innebär arbetssätt enligt PSV....3

Vad behövs för lyckad implementering?....4

Implementeringshinder 4

PRIMPs implementeringsstrategi....6

Konkreta implementeringsaktiviteter i PRIMPs regi 7

Sammanfattning för beslutsfattare

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSV) är verktyg för att underlätta för vården att arbeta både evidensbaserat och samordnat samt utifrån patienternas individuella förutsättningar och preferenser.

Processtöd för implementering i primärvården (PRIMP) är ett team med expertkunskap om implementering och förändringsledning som arbetar med införande av PSV i primärvården Västra Götaland (VGR). PRIMP fokuserar på att identifiera och ge förutsättningar för att lösa verkliga och återkommande problem snarare än introducera nya diagnosspecifika speciallösningar.

PRIMP bedömer att förändringsarbete som utgår från PSV har potential att bidra till verkligt personcentrerad och sammanhållen primärvård under rätt förutsättningar:

1. Det finns samsyn kring vad “Personcentrerad och sammanhållen primärvård” är och definitionen tar hänsyn till de behov patienter inom primärvården har och till primärvårdens specifika förutsättningar och uppdrag
2. Ledningen tydliggör att personcentrerad och sammanhållen vård är ett uttalat mål som ska genomsyra beslut på samtliga ledningsnivåer i primärvården samt primärvårdens ersättningssystem.
3. Ledningen prioriterar att arbete med implementering bedrivs och finansieras långsiktigt för att främja organisatoriskt lärande. Arbetet syftar till att höja medarbetares kunskap men också till att anpassa nya arbetssätt så att de blir relevanta i primärvårdens kontext och undanröja praktiska implementeringshinder.
4. Ledningen beslutar om finansiering av systematisk utvärdering av implementeringsprojekt i primärvården. Dels för att utvärdera interventioners effekt på vårdkvalitet och arbetsmiljö, dels för att utvärdera effekten av de implementeringsstrategier som används.
5. Ledningen beslutar om finansiering av återkommande samordnad kompetensutveckling och lokalt utvecklingsarbete för att möjliggöra samsyn kring och implementering av nya arbetssätt.

Ovan punkter är avgörande för att PSV ska kunna implementeras på ett sådant sätt att effekten blir den önskade: jämlik, kunskapsbaserad, personcentrerad och sammanhållen vård. Om förutsättningarna brister riskerar PSV att leda till fragmenterad vård och ökad arbetsbelastning snarare än den personcentrerade, sammanhållna och effektiva vård som eftersträvas.

Implementeringsstrategier och implementeringshinder

Processtöd för implementering i primärvården (PRIMP) är ett team med expertkunskap om implementering och förändringsledning med uppdrag att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSV) på ett sådant sätt att effekten blir den önskade - jämlik, kunskapsbaserad, personcentrerad och sammanhållen vård.

Målmedvetet förbättringsarbete med sikte på personcentrerade och sammanhållna arbetssätt, med PSV som verktyg, kan leda till både förbättrad vård för patienter och förbättrad arbetsmiljö för medarbetare. Detta under förutsättning att implementeringen tar hänsyn till identifierade hinder. Detta dokument sammanfattar implementeringshinder och ger förslag på implementeringsstrategier för att införande av PSV ska ge önskat resultat.

Vilka förändringar innebär arbetssätt enligt PSV

Problem som återkommande beskrivs i PSV som berör primärvården innefattar: patienter blir inte tagna på allvar, de söker ofta många gånger innan de får adekvat hjälp, de får inte evidensbaserad vård, personkontinuiteten brister och det saknas en sammanhållen plan för vården då olika professioner inte samordnar sitt arbete. Dessa typproblem behöver lösas för att möjliggöra personcentrerad och sammanhållen vård. Nedan är typproblemen omformulerade som effektmål.

1. Vårdpersonal lyssnar, förklarar och planerar vården i dialog med patienten. Det finns en plan för vården utifrån samlade diagnoser, symtombild, behov och preferens
2. Övergången från akut till planerad vård är smidig. Patienter i det akuta flödet som behöver planerad uppföljning uppmärksammas och triageras till rätt vårdnivå och profession.
3. Patienter får vård utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Det är lätt för vårdpersonal att ge adekvat vård.
4. Personkontinuitet för alla involverade professioner möjliggör trygghet och enkla kontaktvägar för patienten samt bättre förutsättningar för samarbete kring och med patienten.
5. Samordnade multiprofessionella insatser tillhandahålls. Professioner involveras utifrån patientens individuella behov. Det finns tydlig och ändamålsenlig arbets- och ansvarsfördelning mellan olika professioner, roller och vårdnivåer. Det finns också tydliga rutiner och tid för samarbete och informationsutbyte.

Vad behövs för lyckad implementering?

Forskning visar att verklig förändring kräver:

1. Ett tydligt syfte med förändringen som upplevs motiverande för de som ska förändra sina arbetssätt
2. Medarbetarna får nödvändig kunskap och färdigheter för att arbeta på önskat sätt
3. Organisatoriska förutsättningar, till exempel tekniska lösningar/journalsystem, ersättningsmodeller som stödjer samverkan mellan professioner och över organisationsgränser, tydlighet kring tid och resurser som behövs för nya arbetsuppgifter och administrativt stöd som gör det lätt att göra rätt.
4. Ledningens stöd, dvs ledningen visar i både ord och handling, exempelvis resursallokering och tydliga prioriteringar, att det nya arbetssättet är viktigt
5. Organisatoriskt lärande för att ständigt utvärdera och förbättra implementeringsprocessen.

Implementeringshinder

Primp har, i dialog med intressenter och med stöd i forskning, identifierat implementeringshinder och implementeringsstrategier kopplat till införandet av personcentrerad och sammanhållen primärvård med PSV som verktyg.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp behöver anpassas till primärvårdens kontext.

PSV är utformade utifrån en singel-diagnoslogik medan primärvårdens uppdrag är att ta hand om blandade symtom och samsjuklighet i en icke-selekterad patientpopulation. Chefer och medarbetare i primärvården framför att de nationellt utformade personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inte är hjälpsamma i primärvårdens kontext. Detta innebär att dokumenten behöver anpassas.

Brist på kompetensutveckling för medarbetare

Det saknas en regional struktur för samordnad återkommande kompetensutveckling som möjliggör samsyn kring förändrade arbetssätt med PSV som verktyg. Vidare hindrar ersättningssystemet att medarbetare inom båda vårdvalen deltar i fortbildning eftersom det innebär en kostnad genom förlorad tid för direkt patientarbete.

Bristande organisatoriska förutsättningar för att verksamheterna ska kunna arbeta enligt PSV

1. Kontinuitet brister för flera professioner. Bristande kontinuitet gör att professionerna saknar kunskap om patienternas sjukhistoria och personliga preferenser vilket kan leda till suboptimala rekommendationer och motverka personcentrerad och sammanhållen vård.
2. Rutiner och tekniska lösningar för informationsutbyte mellan vårdcentral, specialistsjukvård, rehabmottagning och kommun saknas på många håll vilket försvårar samarbete.
3. Primärvården upplever att de har ett större uppdrag än vad de klarar att hantera redan utan den uppgiftsöverföring till primärvården som PSV många gånger innebär. Resursbrist påverkar möjligheten för primärvården att ta emot PSV.
4. Bristande personalresurser. Verksamheterna upplever att det är svårt att anställa och behålla medarbetare i primärvården. Det leder till svårigheter att anpassa resurser till ett växande uppdrag.
5. Nuvarande ersättningssystem och fördelning av kostnadsansvar är hinder för personcentrerad och sammanhållen vård. Exempelvis lönar sig tillgänglighet bättre än kontinuitet, samarbete innebär en alternativkostnad genom förlorad tid för direkt patientkontakt och fördelning av kostnadsansvar tar fokus från patientnytta.
6. Struktur för dialog mellan regionens tjänstemanna- och politiska organisation och verksamheter/medarbetare på golvet saknas. Lyckad implementering förutsätter att medarbetare (och patienter!) involveras i att utvärdera nya arbetssätt och hinder som behöver lösas på vägen mot gemensamma mål.
7. Det saknas en struktur för att sprida nya arbetssätt och tillgängliggöra stöddokument. Det är idag otydligt var primärvårdsversioner av PSV ska tillgängliggöras och vilken funktion som ska ansvara för att förvalta dokumenten.
8. Det saknas en struktur för att arbeta långsiktigt med att förfina implementeringsstrategier i primärvården. Medel för systematisk utvärdering av införandet av flera parallella PSV i primärvården behövs, dels för att utvärdera interventioners effekt på vårdkvalitet och arbetsmiljö, dels för att utvärdera effekten av de implementeringsstrategier som används.

Ledningens stöd för införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp sviktar

1. Det saknas samsyn kring vad "personcentrerad och sammanhållen primärvård" är och vilka organisatoriska prioriteringar som behöver göras för lyckad implementering
2. Personcentrerad och sammanhållen vård är inte ett uttalat långsiktigt mål som genomsyrar beslutsfattande i primärvården VGR på ett sådant sätt att det ger tillräckligt stöd för implementering av PSV. Primärvårdens chefer och medarbetare uttrycker att de organisatoriska förutsättningar på regional nivå som krävs för verkligt personcentrerad och sammanhållen vård saknas.
3. Det saknas ett långsiktigt implementeringsuppdrag för personcentrerade och sammanhållna arbetssätt i primärvården. Aktuell stödfunktion bedrivs som ett projekt med årsvis finansiering. Detta är ett hinder för långsiktigt kunskapsbyggande, uppföljning av genomförda insatser och underhåll av stöddokument.

PRIMPs implementeringsstrategi

PRIMPs implementeringsstrategi är framtagen utifrån de identifierade implementeringshindren och i dialog med PrimÖR (samordnar privata vårdcentraler), Närhälsans primärvårdsområdeschefer, Samordningsråd primärvård, Primärvårdsrådet och medarbetare i primärvården VGR. Införandet av PSV i primärvården behöver integreras i den dagliga vården och ta hänsyn till den pressade resurssituationen genom att införa:

Grupperat

Införandet av flera PSV samordnas för att minimera tidsåtgång för själva implementeringen, men också för att effektivt införa rutiner som är gemensamma för flera PSV. Målsättningen är att i möjligaste mån gruppera PSV på bas av klinisk logik. Exempelvis finns synergieffekter av att införandet av PSV venös insufficiens, kritisk benischemi, diabetes med hög risk för fotsår och svårläkta sår genomfördes samordnat.

Typproblematiserat

Identifiera och lösa verkliga och återkommande problem snarare än att introducera nya diagnosspecifika speciallösningar. Ge utrymme för professionellt omdöme.

Hårt prioriterat

Sammanfattat och användbart! Primärvården har inte tid att läsa långa strategiska dokument för att sedan skapa egna lokala lösningar.

Verksamheterna önskar konkreta förslag på regionalt primärvårdsanpassade arbetssätt i enlighet med PSV som sedan kan anpassas lokalt.

Successivt och i dialog med lokala chefer och medarbetare samt regionens ledning

Många mindre beslut leder successivt fram mot målet. Chefer och medarbetare engageras under hela processen.

Konkreta implementeringsaktiviteter i PRIMPs regi

Under 2023–24 har totalt nio PSVer införts, grupperade utifrån kliniska områden. Takten för införandet har beslutats av Primärvårdsrådet med hänsyn till den upplevda belastningen i primärvården. Införandetakten har också varit beroende av att det finns samsyn kring de regionala anpassningarna före införandet. Det innebär både att aktuella samordningsråd har enats kring fördelning av ansvar och kostnader mellan organisatoriska enheter och att regionala processteam (RPT) tillsammans med PRIMP har tagit fram primärvårdsversioner av PSV som konkretiserar strategiska nationella dokument till sammanfattade och användbara lokala arbetssätt.

PRIMP genomför kontinuerligt flera konkreta implementeringsaktiviteter:

1. Fortlöpande stöd till RPT att ta fram primärvårdsversioner av PSV. Stöd från PRIMP handlar om process- och kontextkunskap samt om anpassningar för att underlätta implementering i primärvården, inte om medicinskt innehåll.
2. Tillgängliggöra och sprida primärvårdsversioner och stödmaterial på Vårdgivarwebben.
3. Informationstillfällen som riktar sig till chefer och professionsrepresentanter i syfte att ge stöd att påbörja det lokala förändringsarbetet. Chefers deltagande är viktigt för att möjliggöra lokala organisatoriska förutsättningar för förändring. Professionsrepresentanterna är viktiga för att driva förändringsarbetet, säkerställa att lokala rutiner tar hänsyn till verkligheten och utvärdera samt återkoppla hur förändringsarbetet fortskrider och vad det får för effekter.
4. Fortlöpande dialog med chefer, professionsrepresentanter, regionala processteam och regionala aktörer så att konkreta implementeringshinder kan uppmärksammas, lösas eller vid behov lyftas till regionens ledning som underlag för beslutsfattande.
5. Muntlig och skriftlig information till regionens ledning om identifierade implementeringshinder.

6. Fortlöpande arbete med att samla och sammanställa verksamhetsnära kunskap och erfarenheter kring effektiva strategier för att implementera personcentrerade och sammanhållna arbetssätt. Syftet med detta arbete är organisatoriskt lärande.
7. Flertalet ansökningar om forskningsmedel för systematisk utvärdering av implementeringsstrategier i primärvård och effekt av PSV på omställningen till personcentrerad och sammanhållen, evidensbaserad, god och nära vård.