

Covid-19-pandemins effekter på Nära vård:
En intervjustudie med företrädare från
kommuner och regioner

Erik Eriksson, CHI

Patrik Alexandersson, CHI

Christian Gadolin, CHI

Johanna Eriksson, CVA

Göran Lindahl, CVA

Förord

Rapporten är författad av Erik Eriksson, Patrik Alexandersson, Christian Gadolin, Johanna Eriksson och Göran Lindahl vid Chalmers tekniska högskola på uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Centre for Healthcare Improvement (CHI) är en centrumbildning vid Chalmers tekniska högskola som bedriver forskning och utbildning inom förbättring, innovation och transformation av hälso- och sjukvård. Målet är att tillsammans med svensk hälso- och sjukvård skapa och sprida forskningsbaserad och handlingsorienterad kunskap om hur vi kan uppnå en bättre och säkrare hälso- och sjukvård. Hemsida: www.chi.chalmers.se.

Centrum för vårdens arkitektur (CVA) är ett nationellt centrum för utveckling och spridning av kunskap om vårdens fysiska miljö. CVA verkar aktivt inom forskning, samverkan, utbildning och nyttiggörande.

Hemsida: <https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva/sidor/default.aspx>.

Vi vill rikta tack till Marie Blom Niklasson med kollegor på SKR som varit behjälpliga inte minst avseende kontakter med personer att intervjua. Tack också till de personer som ställt upp på intervjuerna och som förblir anonyma.

Sammanfattning

Syftet med föreliggande rapport är att under pågående pandemi få en uppfattning om huruvida Nära vård-arbetet påverkats – och i så fall hur. Roster har inhämtats genom intervjuer med 29 personer som företräder kommuner och regioner.

Begreppet Nära vård konkretiseras av vissa intervjurespondenter i termer av relation till patient/vårdtagare och kollegor eller i termer av samverkan med företrädare för andra organisationer. En Nära vård anses av flera som nödvändig för förbättrad tillgänglighet och mer ändamålsenlig resursanvändning. En bild som stämmer väl med den målbild som finns för omställningen till Nära vård (SOU 2020:19).

Under pandemin har ledningsfunktionens fokus till stor del fokuserat på samordning och strukturering. Ledarskapet på olika nivåer och i olika delar anses som mer samspelade eftersom det gemensamma målet att bekämpa pandemin har varit helt dominerande. Ansvarsgränserna, som tidigare utgjort hinder, upplevs nu som mindre strikta eller rent av oviktiga – både mellan och inom organisationer. Vissa i patient-/vårdtagarnära arbeten har varit delaktiga i att arbeta fram riktlinjer för hur organisationen ska bedriva sjukvård under covid-pandemin. Överlag upplever de i patient-/vårdtagarnära arbete en hög grad av tillit ”uppifrån” och ett mandat att själva testa nya arbetsätt, vilket lett till ökat engagemang och delaktighet. Även gränser mellan professioner har minskat i betydelse under pandemin. Vikten av pragmatik och nya arbetsätt har ofta inneburit ett behov av att jobba ihop rent praktiskt och därmed minskat glappet mellan yrkesroller.

De organisationer som redan tidigare haft en god samverkan inom Nära vård har också haft lättare att hantera pandemins utmaningar och har kunnat utöka samarbetet under denna period. Andelen icke-fysiska möten har ökat markant under pandemin – främst telefonmöten (vanliga röstssamtal), mindre omfattning via digitala kommunikationsverktyg såsom Zoom, Teams, Skype – både med patient/vårdtagare som med kollegor och företrädare för andra organisationer. Fördelarna visavi fysiska möten är att denna typ av kommunikation tar mindre tid i anspråk per möte och anses mer fokuserade och lösningsorienterade. Distanstolkning för patienter i behov av teckenspråk/bildstöd eller med annat modersmål än svenska har också ökat och har generellt sett fungerat mycket bra.

Det finns en viss oro att vård och omsorg inte ska nå de äldre. Även om tekniken och digitala lösningar kan tillhandahållas krävs ofta fysiska besök från personal för att visa hur appar och andra hjälpmedel ska användas, något som försvårats markant under pandemin. Det är också tydligt att somatisk vård är norm då psykiatriska utmaningar i tider av pandemin endast nämns undantagsvis. Viljan att behålla goda arbetsätt som utvecklats under pandemin är stor – särskilt icke-fysiska mötena och olika gränsöverskridande arbetsätt – och förutsättningarna för förändring bedöms av flera vara bättre än innan pandemin på grund av en mängd nya erfarenheter och ett bättre samarbetsklimat. Oron för återgång till hur man tidigare arbetat är emellertid stor samtidigt som reflektioner om hur de nya förutsättningarna kan användas är svårfunna i det empiriska materialet, trots att frågan explicit ställdes.

De 29 intervjuerna pekar i en relativt entydig riktning, ovanligt för kvalitativa intervjuer med olika professioner från olika organisationer. Kanske är detta en konsekvens av att det vid intervjutillfällena alltså var ett läge som kan beskrivas som ”sense of urgency”, där lösningsfokus och framåtanda dominerade i intervjuerna. Av denna anledning var avsaknaden av reflektion påtaglig i intervjuerna – utrymmet att ta ett steg tillbaka och reflektera fanns helt

enkelt inte, vilket ofta ledde till antingen-eller-resonemang snarare än nyanserat det-beror-på-resonemang (telefonbesök kanske inte alltid kan ersätta fysiska besök, avsaknad av regler och gränser kan otydliggöra ansvar och möjliggöra godtycke etcetera).

Relationer och tillit nämns i intervjuerna som viktiga för Nära vård och känns igen från tidigare studier och statliga utredningar. Mer överraskande är det som inte nämns (ersättningsmodeller och konkurrenssituationen som hinder för samverkan eller effekter av bristande journalsystem). Tidigare erfarenheter och studier är emellertid svåra att relatera till i den atypiska situation vi nu befinner oss i. Kanske är covid-pandemin att betrakta som en ”game changer” för organisering och ledarskap framöver. Ett antal observationer avslutar rapporten.

Inledning

Även om forskare länge varnat för komplexa utmaningar, såsom pandemier, som en konsekvens av det senmoderna samhällets sätt att organiseras (Beck, 1992) och tidigare erfarenheter visat att vi kan ändra arbetssätt och arbeta gränsöverskridande i tider av kris (t.ex. Bhidé's [2017] forskning i en hiv/aids-kontext) är den situation vi nu befinner oss i unik. Så pass att organisationsforskare av välfärdstjänster numera menar att sättet att se på befintliga problem som komplexa inte räcker till för att beskriva nuvarande situation. Nu är frågan tillspetsad och det är inte ens problemen som är i fokus utan omgivningen som sådan som bedöms som turbulent (Ansell et al., 2020).

Denna turbulenta kontext innebär att konsekvenserna av pågående pandemi än så länge är lika stora som oöverskådliga. Inte minst påverkar viruset och den följande sjukdomen hur hälso- och sjukvården och omsorgen organiseras. Några generella slutsatser kan ännu inte dras, men situationen erbjuder en unik möjlighet att öka förståelsen för hur centrala aktörer inom ramen för Nära vård agerar och interagerar i realtid. Detta i en situation när hälso- och sjukvårdens och omsorgens vardag, och därmed dess rutiner och regler, är satta inom parentes. Snarare än att söka generaliserbara slutsatser har vi valt att göra några nedstick för att fånga ett antal ögonblicksbilder från olika perspektiv (utifrån geografisk, organisatorisk och professionell bakgrund). Perspektiven bedöms också ge relativt god spridning, från ledning till mikronivå. En brist är emellertid avsaknaden på patient-/vårdtagarröster i intervjuerna. Större geografisk spridning hade också varit önskvärd.

Syftet med rapporten är att under pågående pandemi få en uppfattning huruvida Nära vårdarbetet påverkats och i så fall hur.

Uppdragets frågeställningar är:

- Har rådande pandemi påskyndat arbetet med den Nära vården – i så fall hur?
- Hur resonerar deltagande organisationer kring säkerställandet av att Nära vårdrelaterade arbetssätt som redan nu tvingats fram som resultat av pandemin bibehålls/utvecklas ytterligare?
- Vad har inte skett? Vad kan stärkas?

Nära vård handlar inte om organisation utan om *organisering* som sker på nationell, regional och kommunal nivå. Följande områden var utgångspunkten för intervjuerna, de kom att beröras i olika omfattning i de intervjuer som gjordes:

- Har förhållningssättet att arbeta ändrats från organisationsfokus till fokus på relation/tillit till patient/vårdtagare?
- Har kommunernas/regionernas stöd för att möjliggöra patienten/brukarens egenvård påverkats? Gäller det särskilda patientgrupper?
- Inkluderas brukaren/patienten i att utveckla vårdens tjänster?
- På vilket sätt arbetar kommuner/regioner preventivt och hälsofrämjande – alltså både att förhindra sjukdom men också främja välmående hos redan sjuka?
- Har förhållningssättet att arbeta ändrats från organisationsfokus till fokus på relation och tillit i samverkan mellan kommun och region för att skapa en sammanhängande vård?
- Har särskilda åtgärder krävts gentemot vissa brukar-/patientgrupper baserat på ålder, språk etc.?

- Används ny teknik för att utveckla arbetssätt och kommunikation inom vårdgivarens organisation, mellan organisationer och med brukare/patient?
- Har personal varit med att utveckla arbetssätt och använda ny teknik?
- Har relationer och roller ändrats mellan professioner?
- Hur skedde förändringar i arbetssätt: avvaktade direktiv ”uppifrån” (politik el. tjänstemannachefer?) eller skedde det ”naturligt”?

Intervjuer

Semistrukturerade intervjuer har valts som metod för att söka kvalitativa data eftersom vi är intresserade av subjektiva betraktelser samt för att förstå företeelsen Nära vård under pandemin utifrån de intervjuades situation, position och expertis (Thomsson, 2010). Fokus är därmed på hur saker upplevs, snarare än i vilken utsträckning de förekommer. Därmed ska uttryck i stil med ”de flesta intervjuade tyckte att...” eller ”några ansåg att...” inte övertolkas. Snarare än att nå en definitiv slutsats söker vi istället skapa kunskap som bidrar till ökad förståelse för det studerade fenomenet och som ”öppnar upp, snarare än stänger” (Alvesson och Sköldberg, 2009, s. 9, vår översättning). Enkelt uttryckt, en beskrivning av nuläget i en pågående utvecklingsprocess.

Som framkommer i tabell 1 har totalt 29 intervjuer gjorts med representanter för de geografiska områdena Västra Götaland, Sörmland och Lycksele. Vi försökt få god spridning mellan små, medelstora och stora städer samt mellan kommunal vård, primärvård och sjukhus.

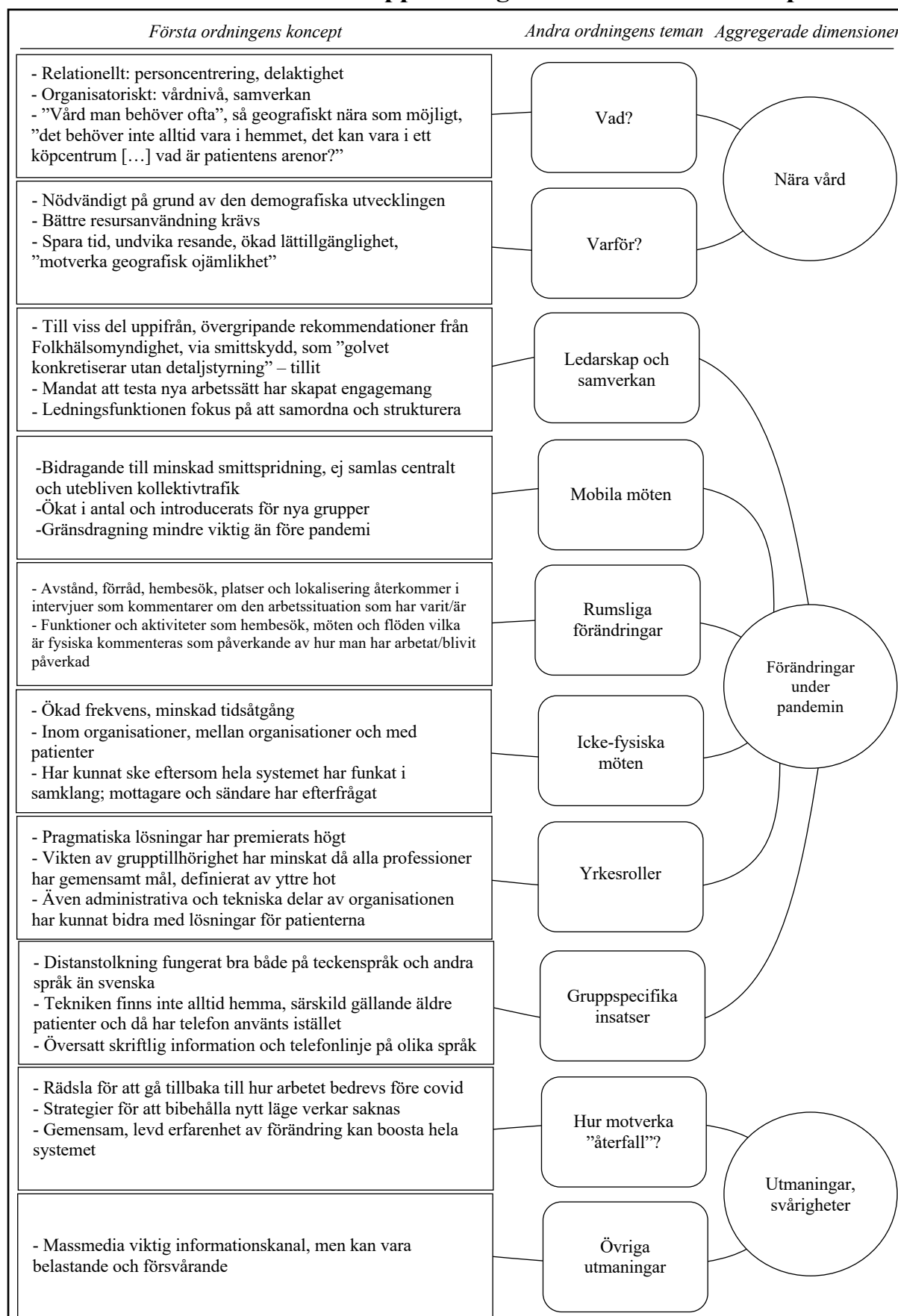
Tabell 1. Respondenternas bakgrund

Organisation		Kön	
Kommun	Region	Kvinna	Man
3	26	22	7
TOTALT: 29			

Intervjuerna har varit semi-strukturerade och avgränsats till frågor relaterade till arbetet med den nära vården i ljuset av pandemin. Avgränsningen bedömdes nödvändig för att hålla intervjuerna så korta som möjligt (i genomsnitt 30 minuter) för att inte belasta en redan tyngd hälso- och sjukvård samtidigt som god kvalitativ empiri skulle inhämtas. Av smittspridningsskäl genomfördes intervjuerna via digitala kommunikationsverktyg. De flesta intervjuer genomfördes med enskilda respondenter (i en intervju deltog emellertid två respondenter). Kodningen av det insamlade empiriska materialet har skett induktivt (Gioia och Corley, 2013), se figur 1 nedan för de kategorier som strukturerats av insamlad data. För att säkerställa att inget missförstått, misstolkats eller satts i ett felaktigt sammanhang har materialet validerats vid olika tillfällen i form av presentationer och diskussion av initiala fynd med nyckelpersoner, uppdragsgivaren och regionala instanser med fokus Nära vård.

Den atypiska situationen med pandemin påverkade naturligtvis också datainsamlingen. Till exempel bör nämnas att intervjuerna genomfördes under perioden juni och augusti 2020, en tid då tron att pandemin-kulmen passerat och då en andra våg sällan nämndes.

Struktur över insamlad data: Uppfattningar av Nära vård under pandemin



Figur 1. Kodningsstruktur

I textanalysen för *första ordningens koncept* i figuren ovan används de ord och uttryck som respondenterna använt i intervjuerna i så stor mån som möjligt. *Andra ordningens teman* har kategoriserats baserade på likheter mellan första ordningens koncept. I det sista steget har andra ordningens teman kategoriserats för att utveckla övergripande *aggregerade dimensioner*, vilka också sammanfaller med underrubrikerna nedan.

Begreppet Nära vård

Att definiera begreppet Nära vård är centralt för att arbeta med det, utveckla det och ge det ett innehåll, men liksom alla koncept varierade dess tolkning i intervjuerna. Vissa respondenter definierade Nära vård i relation till personcentrering: ”individpassat, utgår från den personen vi har framför oss [...] patienten får känna att jag är en del i teamet”, vilket bidrog med såväl ökad trygghet som makt att styra över sin vård för patient/vårdtagare. Andra respondenter gjorde en tydlig koppling till sin vardag, oavsett om de arbetade patient-/vårdtagarnära eller i en övergripande funktion. För flera av dem som jobbade på mikronivå var relationen och interaktionen med främst patient/vårdtagare, men också närstående och kollegor, en bärande del av Nära vård. Flera chefer på övergripande nivå nämnde eller kommenterade istället Nära vård med organisatoriska termer – något som skulle uppnås genom samverkan mellan organisationer, eller enheter inom en organisation. Samarbetet mellan alla runt patienten var centralt, särskilt nämndes samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun.

Samverkans exemplet till trots, så definierades ändå Nära vård utifrån respondentens egna organisatoriska hemhörighet: en kommunrepresentant menade att ”... man kan göra väldigt mycket inom den kommunala vården, bara man får stöd ifrån högre medicinsk kompetens”; en primärvårdsrepresentant att ”... hembesök är väldigt mycket den nära vården. Eller jag skulle vilja säga så här, primärvård är den nära vården. Punkt.”; medan flera sjukhusrepresentanter menade att de gjorde mycket av Nära vård-arbetet. Överlag, menade flera, var Nära vård synonymt med en vård på ”lägre vårdnivå”, ”inte på sjukhus”, utan snarare hemma hos patienten/vårdtagare eller någon form av organiserat boende, eller andra arenor där personen befann sig, såsom köpcentrum eller andra offentliga platser. Vissa såg med viss oro på denna utveckling:

Jag är väldigt orolig att man förskjuter ansvar och så ner i knät på kommunerna [...] den stora delen av befolkningen, de bara kommer längre ifrån specialistkompetensen.

Att jobba med Nära vård ansågs av flera som nödvändigt på grund av den demografiska utvecklingen med allt fler äldre. För just äldre var det särskilt viktigt att undvika sjukhus där det fanns risk för ”förvirring, fall och vårdrelaterade infektioner”. Flera tyckte också att flera arbetssätt, t.ex. telefonkonsultation, som de relaterade till Nära vård innebar ett klokare sätt att använda gemensamma resurser, framförallt gällde detta vård man behövde ofta. Nära vård kunde också leda till ökad tillgänglighet och motverka geografiska ojämlikheter då det innebar mindre resande för patient/vårdtagare. Andra ville nyansera denna gängse bild:

Om Nära vård är i termer av fysiskt nära vård så är det mer resurskrävande förstås för oss, om än mindre resurskrävande för patienten.

Förändringar under pandemin

Vad gäller frågor kopplade till aspekter av ledarskap upplevde många av respondenterna att de regionala smittskyddsenheterna hade fått en naturlig ledande roll, samt att sjukvårdsledningarna hade ”fattat beslut och styrt upp saker”. Flera nämnde

Folkhälsomyndighetens rekommendationer som man ”helt och hållet hållit oss till” och vidarebefordrat till sina anställda, medan andra menade att dessa rekommendationer var av mer ”övergripande karaktär” och att verksamheterna därför behövde tolka ”hur vi kan operationalisera det – vad betyder det praktiskt?”. En chef menade att det statliga stödet ibland hade tagit oskäligt lång tid: ”Socialstyrelsens rekommendationer för hur man skulle driva primärvård [...] det kom sent. Då hade vi redan jobbat i en månad”.

Flera av respondenterna upplevde att den egna ledningsfunktionen till stor del fokuserat på att ”samordna och strukturera och på ledningsnivå komma överens med samverkanspartners”. Kanske var detta ett skäl till att många vittnade om att ansvarsgränser inte längre upplevdes som lika strikta – såväl mellan som inom organisationer. Flera upplevde att ledarskapet på olika nivåer och i olika delar – administration, IT-stöd, kliniskt arbete – hade fokuserat på samma fråga och mål i pandemin på ett sätt som man inte gjort tidigare. Vissa som arbetade patientnära hade varit delaktiga i att arbeta fram dokument för hur man i organisationen skulle jobba under covid-pandemin. Andra förklarade på liknande sätt att man ”jobbade tajt med cheferna” under pandemin. En chef menade att beslut avseende telefonbemanning och skydd av riskpersoner kunde tas snabbt, i och med ett nära samarbete med medarbetare och andra chefer: ”De besluten som togs ju i en *sense of urgency* för vad vi behövde uppnå”.

Av dem som arbetade nära patient/vårdtagare upplevde de flesta att ”det inte kommit direktiv uppifrån den egna ledningen” eller ”... ingenting som kommit från politiken eller från regiondirektören eller så” och samtidigt att ingen uppifrån la sig i ”detaljer”. En chef menade att vissa saker borde lämnas till ”golvet” för det var där kunskapen fanns: ”patientsäkerheten, det sitter i deras ryggmärg”. Istället hade det patient-vårdtagarnära ledarskapets roll förstärkts och ”golvnivån” kände att man hade mandat att ”lösa uppgiften på plats”, utan att behöva ”invänta beslut uppifrån”. Just att ingen ”uppifrån” bestämde hur saker skulle göras noterades som en förutsättning som skapade engagemang för att ta fram nya lösningar själva. Många upplevde en ökad känsla av att ”få vara delaktig i processen”. Ordet ”testa” användes av flera respondenter:

Vi har fått lov att testa det här på ett sätt som vi själva har fått tänka ut, och det tror jag har varit en framgångsfaktor för oss.

Ett annat återkommande ord var ”flexibilitet” som hängde starkt samman med att testa och ”inte ha så strikta ramar”: ”... vi kollade hur det är på bästa sätt och vi ändrade oss under resan beroende på – alltså vi försökte utvärdera hela tiden.” Det patientnära arbetet med att finna lösningar beskrevs av flera som något som skedde ”intuitivt” och ”utifrån ett brinnande vilja att skydda”. Förändringarna på sjukhusen innebar stora skillnader mot tidigare och behov av nya arbetssätt, bland annat nya patientgrupper att vårda (’plötsligt har vi inte kardiologiska patienter på kardiologen) och ett annat inflöde (’plötsligt så blev det lugnt på akutmottagningen och lugnt på våra vårdavdelningar och så där’).

Flera beskrev att de ofta ”tagit direktkontakt med kollegor” på andra sjukhus ”och liksom fått ihop det [samarbetet]”. Det var tydligt att de organisationer som redan tidigare haft en god samverkan inom Nära vård förefallit bättre rustade för att hantera pandemins utmaningar och flera av dem hade kunnat starta eller utveckla nya samarbeten och kontakter relativt snabbt:

Såväl sjukhus som primärvård och även från kommun, att det har blivit en förstärkt teamarbetskänsla. Att alla har velat hjälpa till, oavsett yrkeskategorier.

De befintliga mobila närvårdsorganisationerna hade skapat fler team under pandemin och en positiv potentiell bieffekt som noterades var en minskad risk för smittspridning i och med att närstående inte behövde vistas på sjukhus och att kollektivtrafiken inte har behövts användas i samma utsträckning. De flesta beskrev att nya närvård-satsningar har kommit igång snabbare och mer ofta än vad som var tänkt:

Så skruvade vi upp vår plan där ganska så rejält, och satte i gång ungefär 200 procent mer än vad vi hade tänkt oss. Så att vi satte i gång det tidigare, och vi satte i gång det i större skala än vad vi hade tänkt.

I princip alla respondenter menade att antalet möten per telefon eller digitalt med patient/vårdtagare hade ökat under pandemin. Flera nämnde telefon som den kommunikationsväg som ökat mest och som mest ändamålsenligt för direktkommunikation. Kommunikation via digitala kommunikationsverktyg (såsom Zoom, Teams, Skype) eller liknande nämndes mer sällan och andra former av digital teknik, såsom mobilappar, nämndes överhuvudtaget inte. Många menade att telefonsamtalen hade en positiv inverkan på kvaliteten och ofta fokuserade man på en specifik fråga under samtalet som dessutom tog mindre tid i anspråk än fysiska möten:

...i början på året så var det bara någon enstaka mottagning som hade börjat med digitala vårdmöten för patienterna. Nu har nästan alla mottagningar startat upp [...] i april hade vi över 1 000 digitala vårdmöten med patienter. Men en del har känt att det här funkar väldigt bra, och sett på möjligheterna, så att det faktiskt också ibland kan ersätta ett fysiskt besök.

Som en konsekvens av ett ökat antal digitala vårdmöten ökade användandet av distanstolkning väsentligt för patienter i behov av teckenspråk/bildstöd samt med annat modersmål än svenska och generellt hade detta fungerat mycket bra.

Antalet icke-fysiska möten hade ökat också inom och mellan organisationer. Liksom att för patient-/vårdtagarbesök hade tidsåtgången per möte minskat. På samma sätt var det främst telefonsamtal som hade ökat och fördelen var här att man löste frågor snabbare än vid fysiska möten eller per e-post:

Telefonsamtalen har däremot ökat. Jag tror inte jag hade pratat så mycket telefon på tio år som jag gjorde i mars månad och i början på april. Och då blir man ju oftast färdig med någonting i stället för att mejla fram och tillbaks och förtydliga eller förklara eller såna där saker.

Påverkan på den fysiska miljön och lokaler, eller effekter av den, nämndes inte explicit under intervjuerna, däremot i samband med de nya arbetssätt som utvecklats under pandemin. Sällan kopplades emellertid detta till Nära vård, dock med vissa undantag:

Det finns inte en region som inte lägger ner miljardbelopp på nya sjukhusbyggen och ombyggnationer och så. I en tid när man pratar om Nära vård och man egentligen skulle minska ner på sjukhusen och satsa på vårdcentraler och på mobila team och specialistbussar istället, eller någonting sånt.

Som nämnts ovan, ökade icke-fysiska möten med patient/vårdtagare och de flesta respondenter konstaterade att detta var en självklar konsekvens av pandemin. Detta innebar också att många

fler platser kom att användas för att utföra sitt arbete, vilket inte kommenterades. Färre reflekterade också över att olika typer av kontakter kan ha olika innehåll, dock en sådan notering: "...men vi har ett telefonsamtal också. Men vi tänker väl kanske inte att de ersätter besök, utan att de bara har något annat syfte kanske".

Liksom för organisatoriska gränser hade även gränser mellan professioner minskat i betydelse under pandemin. Vikten av ett pragmatiskt angreppssätt och nya arbetssätt innebar ofta ett behov av att jobba ihop rent praktiskt och därmed minskade skillnaden mellan yrkesroller, framför allt avseende läkarrollen:

... inom sjukhuset blev det väldigt tydligt, att man inte kunde hålla så hårt på de normala professionsrollerna. Och det är rent praktiskt, på de avdelningarna som man hade covid-patienter så var ju... om doktorn satte på sig full skyddsutrustning och gick in på rummet så var doktorn också tvungen att ta ut lunchbrickan som stod där inne, till exempel.

Som nämnts ovan upplevde de flesta att distanstolkning för olika grupper fungerat mycket bra under pandemin. Tidigare hade man antagit att det var svårt att teckentolka på distans, men under pandemin var en respondents erfarenhet att "man kan tolka lika bra, upplever jag, på telefon". Några respondenter menade också att man på relativt kort tid kunnat ta fram en telefontjänst tillsammans med flera andra regioner [se *Coronaphone* i referenslistan] med covid-information på olika språk, ett samarbete som i vanliga fall ofta gick trögt. Vissa hade samarbetat med socialtjänsten för att nå ut med information i segregerade områden. Andra menade att översatt skriftlig information på olika språk kunde gjorts snabbare, både regionalt men också nationellt.

Några respondenter upplevde oro över att vård och omsorg inte kunde nå de äldre och teknikovana. Eftersom teknik och digitala lösningar ofta diskuterades fanns en risk att de äldre inte hade denna möjlighet i sina hem. Även om teknik kunde erhållas från vårdgivaren, krävdes ändå att personal kom ut fysiskt och hjälpte de äldre:

Många av våra patienter kan ibland behöva utbildning i detta och då har vi inte kunnat träffas för att genomföra någon form av utbildning för att visa hur man ska hantera appen till exempel, utan många har helt enkelt inte kunnat få någon form av besök alls, utan då har det varit telefonbesök.

Överlag var det tydligt att somatisk vård var norm och psykiatriska utmaningar sällan uttrycktes i intervjuerna, med några undantag: "en liten undergrupp av de psykiatriska patienterna, de har ett så pass utagerande beteende att du inte kan ha dem på en medicin- eller en infektionsavdelning".

Utmaningar, svårigheter

Viljan att behålla de arbetssätt som upplevts som goda, effektiva och tillfredsställande var stor. Framför allt var de icke-fysiska mötena och gränsoverskridande arbetssätten som utvecklats (såväl mellan organisationer som professioner) något de flesta ville behålla. Oron för återgång till hur man tidigare arbetat var dock stor och olika strategier för att undvika återgång var under utveckling eller efterfrågades av många:

Det är någonting som vi pratar om och vi är väldigt rädda för att det ska försvinna. För att det är någonting som har givit resultat.

Förutsättningarna att förändra vedertagna arbetssätt bedömdes av flera vara bättre nu än innan pandemin och man upplevde ”mycket bättre samtalsklimat” nu än tidigare. De tvärhierarkiska och tvärprofessionella arbetssätten som utvecklats bedömdes också viktiga att vidareutveckla för en kommande Nära vård-omställning.

Massmedia ansågs av flera utgöra en viktig kommunikationskanal till befolkningen för vad som gällde i kontakter med hälso- och sjukvård under pandemin, inte minst på mindre orter. Andra menade att kontakt från journalister inte sällan var belastande och försvårade deras arbete då det tog mycket tid i anspråk att förklara vilka insatser som gjorts och varför. Flera respondenter lyfte även fram utmaningarna med att motivera vård på lägre vårdnivå i relation till sjukhus- och IVA-vård, framförallt i relation till anhörigas krav och förväntningar.

Avslutning

Studiens syfte har varit att fånga Nära vård mitt i pandemin. Just detta, att studera ett fenomen just när det händer, är en utmaning. Flera av intervjuerna betonade vikten av lösningsfokus och positiv anda som en nödvändighet för att hantera det akuta läget. Antagligen var detta ett skäl till den bristande reflektion som intervjumaterialet uppvisar. Till exempel argumenteras relativt mycket i termer av antingen-eller, snarare än det-beror-på (telefonbesök kanske inte alltid kan ersätta fysiska besök, avsaknad av regler och gränser kan otydliggöra ansvar och möjliggöra godtycke etc.). Det hade därför varit intressant att göra uppföljande intervjuer efter pandemin då respondenterna kunnat ta ett steg tillbaka och reflektera över arbetssätt (Vad gjordes bra? Hur undviker vi återfall?). Att reflektera när saker händer och normala bedömningskriterier är satta ur spel är erkänt svårt (Schön, 1983) – och torde gälla särskilt under denna atypiska situation.

Till stor del speglar rösterna i intervjuerna det som står att läsa i såväl utredningar som tidigare studier. Till exempel är vikten av relation och god kommunikation för samverkan välbeforskad (t.ex. Agranoff och McGuire, 2003; Provan och Kenis, 2008). Vikten av tillit hos de professionella framkommer inte minst i statliga utredningar som tar upp tillitsbaserad styrning och ledning (SOU 2019:43). Intressant är också det som inte nämns i intervjuerna. Exempelvis hur ersättningsmodeller och konkurrenssituationen försvårar samarbete förekommer i princip alltid i dylika studier (t.ex. Mandell och Keast, 2008), men nämns inte alls i de aktuella intervjuerna. Inte heller avsaknad av ändamålsenliga journalsystem eller liknande nämns i intervjuerna.

Det är inte okomplicerat att relatera arbetssätt som diskuterats ovan i förhållande till tidigare studier som skett under ”vanliga omständigheter”. Ordet ”komplext” bedöms av vissa inte längre tillräckligt för att beskriva vår samtid. Snarare ska den förstås som ”turbulent” och där covid-19-pandemin är en ”game changer” för hur organisation och ledarskap fungerar i offentlig sektor (Ansell et al., 2020).

Observationer

Nedan följer observationer som vi noterat. Vi har valt att inte kalla punkterna nedan rekommendationer då vi bedömer att mottagaren av rapporten och vårdens aktörer är bättre lämpade än oss att bedöma rimligheten i dessa.

- ”Nya” kontaktvägar, såsom telefon, upplevs spara tid då mötena ofta är kortare än vid fysiska möten. Samtidigt torde de relationella aspekter som anses viktiga för Nära vård påverkas (negativt) – både i förhållande till patient/vårdtagare och till kollegor. Vägen framåt kan därför till stor del handla om att hitta en god kombination av olika mötesformer, eller kommunikationsplattformar – för olika situationer och för olika målgrupper. I samband med pandemin utvecklas också dessa verktyg och här kan vi förvänta oss nya lösningar med ökad kapacitet.
- Vid validering av initiala intervjufynd noterades att chefer ofta vill behålla att fler icke-fysiska möten görs, medan medarbetare i högre grad vill återgå till det som var före pandemin. Här finns skäl att öka kunskap om dels hur icke-fysiska möten mellan personal samt mellan personal och patient påverkat verksamheten och dess effektivitet. Möjligen kan också chefers synpunkter relateras till utmaningar för rekrytering, en inte oviktig fråga för svensk vård.
- Få nya tjänster har skapats, istället är det vedertagna arbetssätt som utökats (telefon, mobila team, distanstolkning etc.) och detta har skett utifrån organisationsperspektiv. Hade detta sett annorlunda ut med patient/vårdtagarperspektiv, inte minst som delaktiga

att designa pandemispecifika arbetssätt såsom exempelvis kommunikationsvägar. Givet en icke-pandemisk utveckling av Nära vård, hade troligen också patient/vårdtagarperspektivet varit än mer framträdande.

- Att ”sudda ut” ansvarsgränser förklaras nästan uteslutande i positiva ordalag, men det finns en risk att skapa en laissez faire-kultur där regelverk spelar mindre roll samtidigt som datasäkerhet, lika behandling etcetera blir lidande. Detta blir en utmaning att beakta i det fortsatta arbetet med Nära vård, hur snabbhet och anpassningsbarhet kan kombineras med transparens, säker och jämlik vård och regelföljande.
- Flexibilitet genom att testa nya arbetssätt och utvärdera dessa nämns. Hur kan denna del stärkas – och också inkludera patient/vårdtagarperspektivet. Här är det viktigt att gjorda erfarenheter dokumenteras i närtid då de som varit med och utvecklat dem är kvar. Vad som var framgångskriterier och utmaningar riskerar att glömmas bort när medarbetare rör sig till nya platser i organisationen.
- Som noterat var fokus på organisering och arbetssätt. Samtliga av de förändrade arbetssätten har också rumsligt fysiska konsekvenser, från aspekter relaterat till fysisk arbetsmiljö och mer upplevelsebaserade sådana. Genom vårdens utsträckning från hem till IVA, med en organisering som ska täcka verksamhet från hemmet till högspecialiserade lokaler så uppstår ett rumsligt kontinuum. Med ökade volym av mobila team blir många olika miljöer den framtida arbets- respektive vårdplatsen.

Avslutningsvis: pandemin har belyst både svagheter och styrkor i det nationella vårdssystemet som helhet. Lärandet inför framtiden blir av stor vikt och fortsatta ställningstagande till Nära vård i termer av uppströmslösningar/prevention, samverkan och tillit behöver kunna samsas med en samtidig medvetenhet om flexibilitet och resurstilldelning till den mer akuta vården. En dikotomi som också kan ses som en diskussion mellan det mätbara/akuta och det långsiktiga mer svårfångade. För vårdens personal och patienter, vårdssystemets brukare, behöver denna diskussion fortsätta. Vår förhoppning är att denna rapport kan bidra till detta.

Referenser

Agranoff, R. och McGuire, M. (2003). *Collaborative Public Management: New Strategies for Local Governments*, Washington, DC, USA: Georgetown University Press.

Alvesson, M. och Sköldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*, London: Sage.

Ansell, C., Sørensen, E. och Torfing, J. (2020). The COVID-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems. *Public Management Review*, 1-12.

Beck, U. (1992). *Risk society*. New Delhi: Sage.

Bhidé, A. (2017). Constraining Knowledge: Traditions and Rules that Limit Medical Innovation, *Critical Review*. <http://dx.doi.org/10.1080/08913811.2017.1288464>

Coronaphone (2020). <https://www.vgregion.se/coronaphone>

Gioia, D. och Corley, K. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.

Mandell, M. och Keast, R. (2008). Evaluating the effectiveness of interorganizational relations through networks: Developing a framework for revised performance measures', *Public Management Review*, 10 (6), 715–731.

Provan, K. och Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252.

Schön, D. A. (1983). *Reflective practitioner* (Vol. 5126). Basic books.

Statens offentliga utredningar, SOU 2019:43. *Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Statens offentliga utredningar, SOU 2020:19. *God och nära vård*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Denna rapport är en del av en rapportserie från Centre for Healthcare Improvement ,CHI. Centre for Healthcare Improvement är en centrubildning vid Chalmers tekniska högskola som bedriver forskning och utbildning inom förbättring, innovation och transformation av hälso- och sjukvård. Målet är att tillsammans med svensk hälso- och sjukvård skapa och sprida forskningsbaserad och handlingsorienterad kunskap om hur vi kan uppnå en bättre och säkrare hälso- och sjukvård.

Rapporterna utgår från antingen forskning och/eller ämnen relevanta för FoU avseende förbättring av hälso-och sjukvård.

För mer information om CHI:s rapporter och aktiviteter, besök vår hemsida www.chi.chalmers.se.

