

Forskningsplattformen  
för utveckling av Närsjukvård

# Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie

Collaborative and integrated approaches to health 2005:6

**Jane Springett, Kerstin Blomqvist, Marie Nilsson,  
Birgitta Höglund, Sara Säthersten Haraldsson**

Med bidrag från medlemmarna i forskningsplattformens forskargrupp:  
Agneta Abrahamsson, Agneta Berg, Irena Dychawy Rosner, Susanna Hägglöf,  
Yvonne Johansson, Lisbeth Lindell, Cecilia Lindskov, Ingela Olsson,  
Sven-Erik Olsson, Pia Petersson

# Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård är ett samarbete mellan:

Bromölla kommun, Hässleholms kommun, Kristianstad kommun,  
Osby kommun, Perstorps kommun, Östra Göinge kommun samt:



Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie  
Collaborative and integrated approaches to health 2005:6  
ISSN 1652-9977

Jane Springett, Kerstin Blomqvist, Marie Nilsson, Birgitta Höglund, Sara  
Säthersten Haraldsson

Med bidrag från medlemmarna i forskningsplattformens forskargrupp:  
Agneta Abrahamsson, Agneta Berg, Irena Dychawy Rosner, Susanna Hägglöf,  
Yvonne Johansson, Lisbeth Lindell, Cecilia Lindskov, Ingela Olsson, Sven-Erik  
Olsson, Pia Petersson

Kristianstad Maj 2006

Grafisk design: videte sustainable design

Högskolan Kristianstad  
Insitutionen för Hälsovetenskap  
291 88 Kristianstad, Sweden  
Phone no.: +46 44 20 40 80  
Fax no.: +46 44 20 40 43  
E-mail: [hv@hkr.se](mailto:hv@hkr.se)  
[www.hkr.se](http://www.hkr.se)



## Förord

Initiativet till att genomföra denna pilotstudie kom från Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård, ett samarbetsprojekt mellan Region Skåne, högskolan Kristianstad och sex kommuner i nordöstra Skåne (NÖS). Den forskning som bedrivs vid enheten utgår från forskningstraditionen participatory action research (PAR). För att skaffa en överblick över hur Närsjukvård uppfattas och införts i landet gjordes en dokumentgenomgång. Denna kom att ligga till grund för en pilotstudie av Närsjukvård som det uppfattas i NÖS.

Participatory action research, på svenska ungefär deltagarbaserad och förändringsfokuserad forskning, är en process som vanligen involverar tre faser – problemlösningsidentifiering, planering och utvärdering. Till skillnad mot traditionell forskning ges problemlösningsidentifieringen stor betydelse och tillåts ta tid. Problemlösningsidentifieringsfasen syftar till att definiera och beskriva problemet som ska fokuseras ur de olika berörda perspektiv. I planeringsfasen tar de berörda ställning till vilka förändringar som behöver genomföras med utgångspunkt från det som framkommit i problemlösningsidentifieringen. Utifrån dessa förslag planerar deltagarna för hur förändringar skall kunna realiseras i verksamheten och för hur effekterna skall utvärderas. Utvärderingsfasen innebär att på ett systematiskt sätt undersöka vilka effekter förändringsarbetet har medfört för de involverade. Ett forskningsprojekt som bygger på PAR kan rapportera resultat från de enskilda faserna liksom en processbeskrivning av hela förloppet.

I den aktuella rapporten redovisas material som framkommit från problemlösningsidentifieringsfasen. Förhoppningen är att denna ska bilda bas för diskussion och reflektion bland medborgare, yrkesverksamma, beslutsfattare och politiker. Avsikten är också att genomföra en mera omfattande kartläggning av hur olika aktörer ser

på Närsjukvård och att följa processen med att införa Närsjukvård i Regionen.

Planeringen av undersökningen har skett av gästprofessor Jane Springett i samråd med samordningsgruppen, doktorander och forskare vid forskningsplattformen. Datainsamlingen har genomförts av doktorander och forskare vid enheten. Ett stort tack riktas till alla som ägnat energi åt att läsa, reflektera och ge kloka och konstruktiva synpunkter på rapportens utformning.

Kristianstad i maj 2006

Jane Springett & Kerstin Blomqvist

# Innehåll

<b>1. Översikt och bakgrund</b>	<b>7</b>
1.1 Inledning	7
DEL A	
<b>2. Det nationella politiska läget</b>	<b>11</b>
2.1 Det svenska hälso- och sjukvårdsväsendet	11
2.2 Förändringar i demografi, teknologi och konsumentförväntningar	13
2.3 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården	14
2.4 Effekten av den nationella planen	15
2.5 Närsjukvård inom den lokala hälso- och sjukvårdspolitiken	17
2.6 Närsjukvård i Region Skåne	25
2.7 Slutsats	29

## DEL B

3. Lokala tolkningar av Närsjukvård; en pilotstudie	33
4. Metod	35
4.1 Urval	35
4.2 Intervjuer och datainsamling	35
5. Resultat	39
5.1 Närsjukvård, innebörd i termen Nära	39
5.2 Närsjukvård, innebörd i termen Sjukvård	41
5.3. Närsjukvård som en organisationsförändring	44
<b>Figur 1.</b>	
En modell för fyra idealtyper av närsjukvård	48
6. Slutsatser	55
Referenser	57
Bilaga 1 Begrepp och värdeord	65

# 1. Översikt och bakgrund

## 1.1 Inledning

Närsjukvård är ett centralt begrepp i ett förändringsarbete som för genomförs i nordöstra Skåne för att utveckla hälso- och sjukvårdsväsendet. Det ingår därmed som en av de centrala delarna av Region Skånes vision om hälso- och sjukvård: *Skånsk livskraft – vård och hälsa*. Syftet med denna rapport är att ge en bakgrund till begreppet (Del A) och att presentera en del preliminära rön beträffande hur olika aktörer i nordöstra Skåne uppfattar begreppet (Del B).

Del A ger en översikt kring ursprunget till begreppet Närsjukvård inom ramen för de förändringar i hälso- och sjukvården som sker i Sverige i stort. Den beskriver sedan vilka slags förändringar som har planerats på politisk nivå och som nu håller på att genomföras under detta paraplybegrepp, nationellt, regionalt och lokalt. För detta syfte används statliga dokument och publicerade utvärderingsstudier i stor utsträckning som källmaterial. Denna del ska därför inte ses som en heltäckande översikt.

Del B inriktas på att belysa hur långt förverkligandet av idén om Närsjukvård har kommit inom regionen. Avsnittet är en kartläggning av olika aktörers förståelse av Närsjukvård i den nordöstra delen av Region Skåne. Forskningsfrågorna inriktades på hur folk pratade om Närsjukvård, det vill säga på hur de *förstod* och *använde* begreppet.



# Del A



## 2. Det nationella politiska sammanhanget

### 2.1 Det svenska hälso- och sjukvårdsväsendet

Historiskt har utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården skett utifrån en sjukhusbaserad vård snarare än en primärvårdsbas, vilket avspeglas i fördelningen av resurser inom systemet. För närvarande är ansvaret för hälso- och sjukvården i stor utsträckning delat mellan kommuner och landsting inom en politisk ram som fastlagts genom lagstiftning och ekonomistyrning, såsom framgår av Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt Socialdepartementet (SOU 2003:91) finns det dock strukturella brister som försvårar samarbetet där gränser mellan olika sektorer begränsar möjligheterna för ett samlat agerande utifrån individens behov (SOU: 2003:91).

“Hälso- och sjukvården består av fragmenterade vårdprocesser där varje aktör och funktion gör sitt bästa, men sambanden dem emellan och bristen på helhetssyn skapar osäkerhet både hos patienter och hos medarbetare. Detta förhållande ger en otydlig bild av vårdens kompetens och kvalitet och kan leda till att patienter söker eller remitteras till annan kompetens eller vårdnivå än vad som är relevant” (Olauzon, 2003, s.54).

Detta får effekter i synnerhet för de äldre och för andra vars behov kräver olika typer av hälso-, sjukvård och social omsorg (Jennbert, 2003). Vem som har ansvar för olika delar av hälso- och sjukvård till de äldre är ofta dåligt definierat och det brister i samordningen mellan olika enheter och organisationer (Henriksen et al., 2003). Under 1990-talet initierades en rad förändringar, bl.a.:

- Koncentration av akutsjukhus och vissa specialiteter såsom kirurgi och avancerad specialistvård till färre sjukhus.
- Utökad användning av öppenvård på sjukhusen.
- Viss övergång från sjukhusvård till primärvård, i synnerhet de delar av primärvården som tillgodoses av kommunerna.
- Utökad primärvård i landsting och kommuner.
- Utveckling av utökad primärvård som ett medel för att skapa integration i flödet av vårdinsatser mellan sjukhusen och primärvården i landsting och kommuner.
- Teknologiska framsteg – mer utspridd laboratorietestning, diagnostik och mer akutbehandling i ambulanser.
- Användning av IT och kommunikation liksom av ökad kunskap om logistik och flöden för att skapa mer effektiv kontinuitet i vården.<sup>1</sup>

(Svenska Kommunförbundet & Landstingsförbundet, 2004, s.9)

Till följd av detta har många sjukdomar som tidigare behandlades som en del av sjukhusvården nu kommit att behandlas på öppenvårdsbasis. Detta innefattar patienter som behöver uppföljning av och stöd för kroniska tillstånd, de som lider av en eller flera sjukdomar och sköts i hemmet eller i ett särskilt boende och/eller människor vars liv lider mot sitt slut. Emellertid har inte dessa förändringar lett till att större resurser har slussats över till öppenvården, vilket har försvårat för öppenvården att åstadkomma

---

<sup>1</sup> T ex Made & Hellström (2003) har beskrivit bruket av telemedicin inom primärvården i Västerbotten.

tillgång, kvalitet och samordning (Socialdepartementet, 2000, Ekman, Philips, Ahlberg & Huzzard, 2003).

Dessutom har även andra krafter verkat inom hälso- och sjukvårdsväsendet, vilket har ökat decentralisering i beslutsfattandet till den operativa personalen och lett till större subspecialisering och till fortsatt stelhets i de yrkesmässiga gränser som ofta förstärkts av lagstiftningen (Åhgren, 2001).

## **2.2 Förändringar i demografi, teknologi och konsumentförväntningar**

Demografiska förändringar, ny medicinsk teknik och ett ökat antal människor med komplexa hälsoproblem som kräver många vårdinsatser är exempel på förändringar som ställer nya krav på hälso- och sjukvårdsväsendet i Sverige. År 2003 var drygt 17 % av Sveriges befolkning 65 år eller äldre. Andelen äldre i samhället väntas växa under de kommande decennierna. Statistiska Centralbyrån har beräknat att en fjärdedel av befolkningen kommer att vara 65 år eller äldre år 2035. Dessutom bor fler äldre människor kvar i sina egna hem till livets slut nu än tidigare, och även svårt sjuka kan få hälso-, sjukvård och social omsorg i hemmen (Lindström, Nilsson, 2003). Detta har lett till ökade krav på kommun- och landstingsbaserade tjänster. Enligt olika beräkningar väntas den erforderliga volymökningen av hälso-, sjukvård och social omsorg uppgå till mellan 10 och 30 % under den kommande 30-årsperioden (Lagergren, 2002). Dessutom har de medicinsk-tekniska framstegen under 1990-talet nu gjort det möjligt att behandla människor med sjukdomar och handikapp som tidigare inte var behandlingsbara. Förbättrade behandlingsmetoder har lett till ett ökat antal operationer och behandlingar. Detta har i sin tur lett till längre kölistor, eftersom ingreppen kan utföras på lindrigare sjukdomstyper eller tidigare i sjukdomsförloppet (Socialdepartementet, 2003).

Människors förväntningar på hälso- och sjukvård har också förändrats vad gäller kvalitet och tillgänglighet. Allt eftersom

samhället förändras i riktning mot en tjänste- och informationsinriktad kultur, kommer en alltmer multikulturell och bättre utbildad befolkning med tillgång till medicinsk information att påverka vilken typ av krav som ställs (Socialdepartementet, 2000). Behovet av större fokus på konsumentbeteende har inneburit att den gängse diskursen inom det svenska hälso- och sjukvårdsväsendet har förändrats till att placera patienten/konsumenten i centrum. Detta har lett till en växande förståelse för behovet av att förändra sättet att organisera arbetet inom hälso-, sjukvård och social omsorg.

“Dessa nationella stämningar tydde på ett ökande behov av att etablera samarbete mellan de olika vårdgivarna... på både lokal och regional nivå. Patienternas krav på likvärdig tillgång till högkvalitativ vård över hela landet innebar även nationella normer (SOU 1999:66). Med andra ord måste sektorn samordnas enligt nationella normer men ändå samtidigt anpassas till lokala sammanhang.” (Ekman Philips et al, 2003, ss. 2-3).

## **2.3 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården**

I november 2003 fastställdes en *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården* (prop. 1999/2000:149) av Sveriges regering. Syftet var att förstärka den primärvård som tillhandahålls av landstingen och den primärvård av äldre som tillhandahålls av kommunerna. Den var ett försök att minska en rådande obalans mellan efterfrågan och resurser inom primärvården och att stärka utvecklingen av primärvården inom landstingen och kommunerna och specialistvården inom och utanför sjukhusen. För att säkerställa att primärvården utgjorde grunden i hälso- och sjukvårdssystemet, planerades en ökning av antal allmänläkare kopplad till ett försök att

erbjuda varje patient en familjeläkare. Dessutom sågs samarbete mellan de olika delarna av systemet som ett viktigt medel att förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet genom en ökning av olika slags vårdgivare. Handlingsplanen innefattade även åtgärder för att förstärka stödet till människor med psykiska sjukdomar (barn, ungdomar och äldre människor). Det nationella stödet för dessa åtgärder innefattade insatser för att förstärka forskning och utveckling, bl.a. genom stöd till regionala FoU-centra och till kunskapsutveckling inom primärvården (Socialdepartementet 2000; Socialstyrelsen 2003).

Åtgärderna i handlingsplanen utgick från en gemensam överenskommelse mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Denna överenskommelse angav att kommunerna och landstingen skall svara för att säkerställa att de äldre får ordentlig vård genom bättre samarbete. Psykiska och kroppsliga vårdbehov skall tillgodoses genom ett utökat samarbete mellan landstingens primärvård, psykiatri och social omsorg (Jennbert, 2003). Det övergripande syftet var att förbättra tillgängligheten utan att sänka kvalitetskraven (Sveriges Läkarförbund, 2003). Till stöd för denna utveckling gav staten en anslagsökning på nio miljarder kronor under 2001-2004 till kommunerna (30%) och landstingen (70%) (Jennbert, 2003). Andra nationella åtgärder infördes inklusive att skapa ett Familjemedicinskat institut (Fammi), som grundades i januari 2002 och var avsett för alla som arbetar inom primärvården. Fammis huvudfokus är att samla och sprida kunskap. Den nuvarande finansieringen räcker till 2006.

Den nationella handlingsplanen angav en önskad riktning för förändringar, men beslut om vilka faktiska konkreta åtgärderna som skulle vidtas överlämnades till det lokala beslutsfattandet. Det enda bindande kravet var att de åtgärder som vidtogs av de ansvariga myndigheterna skulle följas upp och utvärderas och att det skulle finnas lokala handlingsplaner (Sveriges Läkarförbund, 2003).

## 2.4 Effekten av den nationella planen

Socialstyrelsen fick i uppdrag att utvärdera effekten av handlingsplanen. En rapport år 2004 visade att alla landsting hade utvecklat lokala handlingsplaner med årliga uppföljningar. Samtidigt visade rapporten att landstingen skilde sig åt i sina strategier och särskilt i sina attityder till begreppet primärvård och dess utveckling. Alla anser att vårdcentralen har en central roll för den grundläggande hälso- och sjukvården och i de flesta landsting sker utvecklingen av primärvården inom en vidare föreställning om Närsjukvård (Socialstyrelsen, 2004a).

Det fanns indikationer på att, som en del av denna utveckling, även andra trender var i görningen. Åtgärder för att förbättra tillgängligheten omfattande bl.a. införandet av ett datorbaserat telefonsvarssystem vid vårdcentralerna, att möjliggöra för patienterna att nå vårdcentralerna via e-post, att utvidga specialistmottagningarna och att säkerställa ett länstäckande allmänt informationssystem för hälso- och sjukvården. Att erbjuda invånarna möjlighet att välja en stadigvarande läkare är ett mål som endast en minoritet av landstingen har lyckats uppnå. Fastän lagen fastslår att valet av läkare inte kan vara begränsat till ett visst geografiskt område, har många landsting dessutom angett att läkaren skall tillhöra den lokala vårdcentralen. Även om antalet läkare har ökat, är ökningstakten överlag avsevärt mindre (250 per år) än vad som avsågs i den nationella handlingsplanen (350 per år). Medan man har tagit ett strukturerat grepp om forskning och utveckling, har endast få landsting tagit sig an frågan om kompetensutveckling och fortbildning och tagit fram strategier till stöd för detta ändamål (Socialstyrelsen, 2004a).

Utvecklingen av äldrevården har också varit ojämn. Antalet sköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter med förstärkt kompetens ökade inom den kommunala sektorn under 2000-2003. Samarbetet mellan landstingen och kommunerna har också förbättrats även med avseende på lokala avtal om läkares medverkan vid vårdinrättningar. De senare avtalen är emellertid ännu inte

tillräckliga liksom inte heller tillgången till jourläkare. Detta innebär att patienterna i stor utsträckning utnyttjar sjukhusens akutmottagningar. Trots den lagstadgade skyldigheten att göra upp vårdplaner för patienter som skrivs ut från sjukhusen men som fortfarande behöver vård, saknas sådana planer för många patienter. Till sist kan sägas att, fastän en del insatser har gjorts för att tillhandahålla stöd till anhörigvårdare, så är dessa insatser ännu av ringa omfattning.

Vad gäller psykiska sjukdomar är de dokumenterade insatserna ojämna. De åtgärder som vidtagits är i huvudsak inriktade på barn och ungdomar. Fastän psykiska sjukdomar bland äldre betraktas som ett betydande hälsoproblem, har mindre än hälften av landstingen utvecklat metoder för att identifiera och behandla äldre med behov av psykiatrisk vård.

Fördelningen av resurser till de olika delarna av hälso- och sjukvården domineras fortfarande av den kroppsliga vården. Den erhöll 60 % av alla resurser, medan 19 % gick till primärvården och 11 % till den psykiatriska vården. Fastän många landsting angav att primärvården ska få en ökad andel av resurserna under kommande år, har detta mål ännu inte uppnåtts i praktiken. Inte heller har utbudet av vårdgivare undergått några större förändringar. Under åren 2000-2002 blev det en mindre ökning både av antalet privata vårdcentraler och av antalet besök hos privatläkare. Överlag har landstingen inte prioriterat en ökning av utbudet av vårdgivare. Däremot blir det fler alternativa vårdgivare inom den kommunala vården, både genom direkt tillgång och genom förhyrning.

## **2.5 Närsjukvård inom den lokala hälso- och sjukvårdspolitiken**

Som tidigare nämnts har den övergång till primärvård som utmålades i den nationella planen till stor del blivit inlemmad som en del av en bredare föreställning om Närsjukvård. Det finns olika tolkningar av vad Närsjukvården ska inriktas på. I en rapport från ett

seminarium arrangerat av Svenska Kommunförbundet år 1996 (Alaby, 1996), uttryckte deltagarna t ex att Närsjukvården handlade om att göra det möjligt för människorna att engagera sig i en dialog. Detta skulle stärka människors egna resurser och deras möjligheter att göra hälsosamma val. Möten mellan yrkesverksamma vårdgivare och medborgarna borde utgå från vad individen uppfattar som sina behov och sin situation. Målet skulle vara att motivera - genom en dialog - individen att delta i den egna behandlingen i syfte att nå de överenskomna målen (Alaby, 1996).

I motsats därtill skiljer Vårdförbundet mellan Närsjukvård och specialistvård och hävdar att båda dessa typer av vård skulle gagnas av att bättre tydliggöra sina respektive uppdrag. De framhåller vikten av en helhetslösning som gör det möjligt att tillgodose de allra flesta behoven i ett sammanhang. Denna lösning skulle innebära att resurser tas från akutsjukvården och överförs till primärvården. Detta skulle i sin tur leda en ännu större koncentration av den högspecialiserade vården som bedrivs parallellt med Närsjukvården och ge den en tydligare roll inom systemet. Samarbete, externt med socialtjänsten och hemsjukvård och internt inom hälso- och sjukvården, framhålls som viktigt av Vårdförbundet. De anser även att all Närsjukvård inte kan organiseras enligt en gemensam modell som kan tillämpas över hela landet. I stället måste lokala förhållanden tillåtas styra utvecklingen. Slutligen framhåller Vårdförbundet vikten av förebyggande åtgärder (Vårdförbundet, 2002).

Dessa två motstridiga tolkningar av begreppet kan tyckas avspegla dess kontroversiella natur och oklara innebörd. Denna oklarhet genomsyrar också offentliga handlingar och rapporter. Olika begrepp med anknytning till "Närsjukvård" används på liknande sätt, t ex "närvård", "primärvård", "vård nära", "nära vård" samt "patientcentrerad verksamhet". I samma dokument används ibland samma begrepp men med olika betydelser. Exempelvis används "primärvård" och "närvård" synonymt i vissa dokument, medan primärvård beskrivs som en del av "Närsjukvården" i andra

dokument (Landstingsrevisorerna, Rapport nr 6/02). Svenska Distriktsläkarföreningen, (DLF; [www.svdlf.se](http://www.svdlf.se), 2004) anser att en orsak till förvirringen är att politiker och tjänstemän blandar ihop begreppen funktion och organisation. När de använder ordet Närsjukvård syftar de ibland på en organisationsnivå och i andra sammanhang på olika funktionsdelar. DLF hävdar att så länge som det råder oklarhet om vad som faktiskt menas med Närsjukvård är det inte meningsfullt att använda ordet.

I avsaknad av en tydlig rikstäckande definition finns det betydande utrymme för lokala områden att göra sin egen tolkning i handlingsplaner och lösning av lokala problem baserade på lokala och regionala erfarenheter. I en genomgång av initiativ inom Närsjukvården under 2003 har Olauzon skisserat några av de gemensamma nyckelinslag som håller på att utkristalliseras. Flera landsting använder t ex som utgångspunkt att

”... syftet med närsjukvården är att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är:

- vanligt förekommande i befolkningen
- ofta förekommande för individen
- är samhällsekonomiskt rimliga att bedriva lokalt”

(Olauzon, 2003, s 78)

Ett annat gemensamt kännetecken för tolkningen av Närsjukvård såsom den används i handlingsplanerna är att den innefattar förbättring av samarbetet mellan de tre vårdgivarna: kommunen, den primärvård som tillhandahålls av landstinget och specialistvård huvudsakligen kopplad till sjukhusvården. Flera landsting betonar vikten av att få med kommunerna i planeringen och utvecklingen av Närsjukvården redan från början. I praktiken fann Olauzon emellertid att kommunerna inte hade varit med i någon större utsträckning.

Bland de flesta landsting förekommer också en speciell inriktning mot patientgrupper som har återkommande och långvariga kontakter med hälso- och sjukvård. Dessa är därför i särskilt behov av en vårdstrategi som bedrivs i ett långsiktigt perspektiv, som ger kontinuitet och tar ett helhetsgrepp. I Närsjukvårdsutveckling finns därför en inriktning mot att tillhandahålla samordnad vård av äldre människor med flera sjukdomar, kroniskt sjuka, psykiskt sjuka och barn och deras familjer. Närhet i tid och rum anses också vara viktiga inslag i Närsjukvården (Olauzon, 2003).

I flertalet landsting som använder termen Närsjukvård ligger tonvikten på funktionen snarare än på organisationen. Vissa talar om Närsjukvård som en ny vårdlogik<sup>2</sup> eller ett nytt sätt att arbeta med vissa patientgrupper för att särskilja den från andra vårdlogiker som högspecialiserad vård eller elektiv (förplanerad) vård etc. Därför betonas vikten av arbetsmetoder och sätt att kommunicera och informera snarare än formella strukturer. De flesta landsting talar om samarbete inom den befintliga organisationen, men en del hävdar att en förändring av arbetsinnehållet leder till en förändring av organisationen, i vart fall på lång sikt. En del har redan genomfört omorganisationer och hävdar att en ny organisation behövs för att stödja dessa processer.

Ett exempel på det sistnämnda är Dalarnas län, som använder begreppet Närsjukvård för att skapa en integrerad och samordnad vård där primärvården och specialistvården arbetar på gemensam basis med ett uttalat syfte att balansera hälso- och

---

<sup>2</sup> Vårdlogik eller vårdkedjor är hur de olika behoven för en patientgrupp är sammankopplade, såsom vårdkedjan för de äldre, som i många fall består av flera olika vårdgivare. Dessa kontakter måste vara kontinuerliga (hållas samman) i ett flöde för att uppnå det önskade resultatet. Valfungerande vård av de äldre förutsätter därför ett välutvecklat och flexibelt samarbete mellan kommunen, primärvården och sjukhuset. I detta avseende är därför en grundläggande ledningsuppgift att identifiera verksamhetslogiken. Ledningssystem, organisationer, styrsystem, personalpolitik och kommunikation behöver utformas så att de avspeglar och stöder verksamhetslogiken.

sjukvårdsfinanserna (Olauzon, 2003). Under år 2003 genomförde landstinget Dalarna en större granskning av hälso- och sjukvårdsstrukturen med fokus på långsiktig hållbarhet (Landstinget Dalarna, 2004). För att stimulera internt samarbete har man skapat fem Närsjukvårdsområden, vart och ett med en närsjukvårdschef, där primärvården utgör grunden för Närsjukvården och kompletteras av andra specialiteter (Olauzon, 2003). Syftet är att 80 % av vårdbehoven ska behandlas inom Närsjukvården (Landstinget Dalarna, 2004). Andra komponenter i visionen om Närsjukvård är att hälso- och sjukvården ska vara patientinriktad, befolkningen ska känna en trygghet i Närsjukvården och patienterna ska delta och ha inflytande över sin egen vård. Skillnaden mellan hälso- och sjukvård och egenvård har betonats liksom målsättningen att uppnå samförstånd om vad dessa innebär.

I motsats därtill handlar Närsjukvården i Värmland endast om nya arbetssätt och nya former av samarbete, och inte om en ny organisation. Vårdvisionen i Värmland återfinns i dokumentet *År 200X* (Landstinget i Värmland, 1999). Visionen uppvisar en bild där de patienter som behöver vård ofta och länge ska få denna vård nära bostadsorten. Vårdcentraler utgör även här grunden för Närsjukvården, men med lokala anpassningar och lokal utveckling:

“Närsjukvården ser inte riktigt likadan ut i alla våra fem sjukvårdsdistrikt. Men var du än bor få du mycket kvalificerad hjälp”. (Landstinget i Värmland, 1999, s.9).

Vad gäller samarbete ligger fokus igen både på samverkan inåt mellan vårdcentralerna och sjukhuset och på samverkan utåt mellan landstinget och kommunerna (Olauzon, 2003). Det senare innefattar årliga möten mellan tjänstemän och politiker för att diskutera lösningar på gemensamma problem. En framgångsindikator som ska användas i Värmland är patienternas tillfredsställelse med vården.

För vissa landsting är Närsjukvård ett tidsbegränsat projekt. Så är fallet i Kalmar, där arbetet på detta område startade i december 2001 och avslutades i september 2004. Definitionen av Närsjukvård byggde på funktion:

“Närsjukvård är nära, samverkande och för befolkningen tillgänglig vård oavsett organisation. Den ska svara för hälso- och sjukvårdsbehov som inte kräver sjukhusets samlade resurser”. (Olauzon 2003, s. 50).

I Kalmar utgjorde primärvården kärnan i Närsjukvården och utgångspunkten hade fokus på utvidgning av primärvården. Genom att använda ordet Närsjukvård hoppades man lättare kunna närma sig sjukhusvården. Med ett gemensamt begrepp för systemet hoppades man att samverkan skulle underlättas. Fokus i Närsjukvård var hälsa sett ur befolkningens och patientens perspektiv. Inom projektet fanns det sju samarbetsområden:

- Hemvård och palliativ vård
- Vård av personer med demens
- Stöd och hjälp till människor med psykiska funktionshinder
- Psykiatrisk vård av öppenvårdspatienter
- Barns hälsa
- Ungdomars hälsa

Inom vart och ett av de sju områdena identifierades nyckelprinciper för patientfokuserade vårdprocesser i arbetslag med personal från landstinget och medverkande kommuner. För Kalmar handlade

således Närsjukvården om att nå samförstånd för att ge patienterna/brukarna så god vård som möjligt med tillgängliga resurser (Skobe & Nilsson, 2004). Det är oklart hur stora framsteg som gjordes under projektets korta varaktighet. Klart är dock att det förekom problem kring samarbetet mellan kommunerna och landstinget (personlig kommunikation, 2004).

Ett sista och mer detaljerat exempel på Närsjukvårdsinitiativ som kombinerar organisationsförändring med fokus på att uppnå samförstånd kring vad som är patienternas behov beskrivs utförligt i ett nyligen publicerat dokument (Socialstyrelsen, 2004b). I rapporten uttalas aldrig vilket landsting det gäller. I rapporten delas landstinget in i tre Närsjukvårdsområden omfattande vård som uppgår till 50 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården. Inom varje område finns en närsjukvårdschef och en linjeledningsstruktur med en chef vardera för primärvården, psykiatri och de relevanta klinikerna. De sjukhuskliniker som ingår i närsjukvårdsområdet är internmedicin, dialys, infektion, neurologi, rehabilitering, avancerad hemsjukvård, habilitering och en akutklinik. Närsjukvårdschefen hade ansvar för övergripande strategiska beslut angående hur chefer utsågs, lönesättning och hantering av ekonomi. Detta hade tidigare hanterats på primärvårdsnivå eller klinik nivå. Varje klinik hade fortfarande ansvaret för de ekonomiska utfallen inom kliniken, men över- och underskott fördelas mellan de tre nivåerna: den egna kliniken, området (t ex primärvården) och Närsjukvården. Den centrala ledningsgruppen sammanträder varannan vecka och information sprids till de cirka 100 andra cheferna genom en e-postlista. En gång varje termin träffas samtliga chefer för att arbeta med gemensamma värdefrågor. Det var särskilt viktigt att skapa arenor där alla läkare kunde träffas, eftersom kliniska beslut och arbetsmetoder har ett stort inflytande på kostnaderna. Varannan vecka träffas de tre närsjukvårdscheferna i sex timmar för att diskutera gemensamma frågor. Stående diskussionspunkter har rört den gemensamma sjukvårdsrådgivningen, system för ersättning och läkarkontakt.

Närsjukvårdscheferna var också medlemmar i landstingets ledningsgrupp tillsammans med bl a de tio cheferna för de medicinska centra, som ligger utanför Närsjukvården.

Inom det studerade Närsjukvårdsområdet, fanns det ca fyra kommuner med gemensamma intressen rörande hemvård av äldre och arbete med människor med psykisk ohälsa. Hur man samverkar kring dessa områden varierar. Varje månad träffas ledningsgruppen för Närsjukvården t ex socialtjänst- och vård och omsorgschefer från den största kommunen. För att underlätta samarbetsprocessen inrättades två samlokaliserade tjänster på heltid av landstinget respektive kommunen. I en annan kommun finns det en särskild samorganisation, och i de två andra kommunerna behandlar man gemensamma frågor allt eftersom de dyker upp. Inom psykiatrin finns det många patienter för vilka det råder oklarhet om huruvida ansvaret ligger hos kommunen eller hos landstinget. Här strävar man i riktning mot gemensam enhetsfinansiering. Nattpatrullerna är redan en gemensam enhet, men frågan om gemensam patientdokumentation mellan de två ansvariga myndigheterna har ännu inte lösts. Inom andra områden har datorisering av patientdokumentationen ökat och den personal som arbetar inom Närsjukvården ska ha tillgång till alla elektroniska data om en patient oavsett vilken enhet patienten behandlas i. Ett undantag utgörs av de fyra privata vårdcentralerna, som likväl har visat goda resultat med sina åtgärder för tillgänglighet via telefon och kösystem. De privata primärvårdscentralerna fungerar bra och cheferna är lyhörda för de förändringar som äger rum inom landstinget. Vårdcentralerna ligger utanför linjeledningen, men deras företrädare ingår i en grupp som består av samtliga chefer för vårdcentralerna, och de träffar den ansvarige för primärvården inom Närsjukvården. De deltar även i samarbetet med kommunen.

## 2.6 Närsjukvård i Region Skåne

Närsjukvård i Region Skåne konkretiserades i policydokumentet *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*, producerad av Region Skåne och Kommunförbundet i Skåne. Dokumentet, som fastställdes i juni 2004, utgör grunden för vidareutveckling av hälso- och sjukvården i Skåne och innefattar en uppgiftsbeskrivning som bildar basen för den inriktning som utvecklingen ska ha. Dokumentet utgjorde kulmen på ett arbete som inleddes under 2001. I syfte att definiera visionen och få människorna med på noterna genomfördes en rad dialogkonferenser som en del av en omfattande kommunikationsstrategi. Denna process underlättades av ett sekretariat som upplöstes i slutet av 2004.

Det övergripande syftet med *Skånsk Livskraft – vård och hälsa* är att ge människorna i Skåne bättre och jämlikare vård genom att skapa ett säkert och tillgängligt hälso- och sjukvårdssystem.

Dokumentet belyser många frågor som redan beskrivits i tidigare avsnitt och pekar särskilt på det kvarstående problemet, understruket av Ädelreformen, som innebär att många äldre med komplexa medicinska behov flyttas runt mellan sjukhusvård och olika former av öppenvård (Region Skåne, 18-19 juni 2003). Man poängterar att det finns ett angeläget behov av att hitta nya arbetssätt för att underlätta för enskilda medarbetare och göra arbetsmetoderna mer resurseffektiva.

En analys av offentliga dokument visar att Närsjukvården är tänkt att omfatta huvuddelen av människornas vardagliga vårdbehov och att Närsjukvård är en av fyra identifierade vårdlogiker. De övriga tre är:

- Specialiserad planerad vård
- Specialiserad akutsjukvård
- Högspecialiserad vård

Region Skåne identifierar fyra grundläggande aspekter på Närsjukvården; “tillgänglighet, kontinuitet, helhetssyn och trygghet”. Dessa har ytterligare definierats av utvecklingsgruppen med starkt fokus på kompetensfrågan:

- Tillgänglighet är att ha tillgång till människor med rätt kompetens inom rimlig tid
- Kontinuitet är att möta samma personer och en enhetlighet i vårdens innehåll
- Helhet är att mötas av en kompetens som sätts in i ett sammanhang
- Trygghet är att möta rätt kompetens, att bli sedd och att känna tillit (Region Skåne, Nyhetsbrev nr. 4/04)

Närsjukvård är alltså vård som ska vara nära både i tid och rum, ska ge en känsla av trygghet och förtroende. Termen Närsjukvård som begrepp anses kunna tillämpas på alla slags vårdbehov. I Skåne läggs fokus särskilt på:

- Kroniska sjukdomar
- Vanliga sjukdomstillstånd
- Äldre och barnfamiljers vårdbehov
- Psykisk ohälsa
- Missbruk
- Hälsovård - barn och ungdom, mödrahälsovård

- Äldrehälsovård
- Rehabilitering
- Habilitering

(Region Skåne 2003, s. 8)

Liksom i andra delar av Sverige fokuserar Skåne i hög grad på Närsjukvårdens funktion och inte på organisationsförändring enligt de officiella dokumenten. Uppgiftsbeskrivningen (Region Skåne, 18-19 juni 2003) lägger tonvikten på processtänkande som ett sätt att arbeta, varigenom Närsjukvården kommer att utföras oberoende av organisationsstrukturen (Region Skåne, 28 september, 2004). Denna strategi styrs av några grundläggande principer som förväntas vägleda arbetet inom Närsjukvården. Först av allt ska medborgares behov styra allt arbete som utförs. Oberoende av vårdbehov eller livssituation ska således var och en kunna vara förvissad om att få den vård som hon/han behöver. Medborgarna ska veta vart de ska vända sig vid behov. En andra princip är att ett hälsofrämjande perspektiv ska driva vårdstrategin. Detta stämmer med ett av Skånsk Livskrafts syften, som är att gå från hälso- och sjukvård i riktning mot hälsoförebyggande arbete. En tredje princip är att samarbete ska ske i olika former mellan vårdgivare. Slutligen ska forskning, utveckling och utbildning understödja alla arbetsområden. I alla officiella handlingar återkommer tonvikten på patientens behov och på patientens position i centrum. Exakt hur detta ska omsättas i handling, dvs hur kunskaper om patientens behov ska tas fram, är inte klarlagt.

Initialt genomfördes femton dialogkonferenser som organiserades av projektgruppen för de fyra vårdlogikerna. Det var resultaten från dessa dialogkonferenser, som innefattade alla politiker, ett urval av anställda från landstinget och kommunerna samt patientrepresentanter, som ledde till den ovan beskrivna

begreppskonstruktionen. Efterhand har dessa idéer konkretiserats till olika försöksprojekt och aktiviteter i olika delar av regionen. I NÖ Skåne bedrivs exempelvis fyra projekt:

- Akutmottagning för Närsjukvård
- Utveckling av Närsjukvård i Bromölla
- Sängplatser för Närsjukvård vid sjukhuset i Kristianstad
- Lokala Närsjukvårdsprojekt i Hässleholm, Osby och Perstorp

I november 2004 träffades de ursprungliga medlemmarna från dialogkonferensen för att gå igenom de framsteg som gjorts sedan 2001. Rapporten från denna konferens (Region Skåne, 2005) ger en del insikter från nyckelpersoner i förändringsprocessen angående vilka framsteg som gjorts och de utmaningar som man mött i sin strävan efter att ändra tanke- och handlingsmönster. De som hade deltagit i processen delade en känsla av kollektiv vision men ställdes också inför utmaningar i arbetet med att realisera förändringarna. De insåg också att detta arbete tar tid. Det stod klart att de områden som var mer välkända för de yrkesutövande, som t ex akutvården, var lättare att konkretisera och att Närsjukvården innebar flest utmaningar p.g.a. dess många dimensioner. Det var också inom detta område som spänningar uppstod mellan å ena sidan de politiker som ivrade för en förändring av de yrkesmässiga perspektiven i riktning bort från inrättningar till lösningar styrda av befolkningsperspektiv och å andra sidan förväntningarna inom vårdyrkena att de endast skulle behöva göra små justeringar av sitt beteende. Detta har inneburit att en del konkreta projekt inte har legat i linje med visionen. Slutsatsen blev att det kanske hade varit bättre att ha definierat och utvecklat begreppet Närsjukvårdslogik först och sedan utvecklat de andra logikerna, med Närsjukvård som

utgångspunkt snarare än tvärtom, så som utvecklingen blev. Man tillstod även att patientperspektivet som strategi krävde olika kompetenser, i synnerhet vad gäller sätten att samarbeta.

## 2.7 Slutsats

År 1976 presenterade Socialstyrelsen ett program för utveckling av primärvården. En stor del av diskursen i det ursprungliga förslaget innehöll inslag som avspeglas i de rådande föreställningarna om Närsjukvård. Det angav att arbetet med primärvård förutsätter samarbete med kommunen, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och med hälso- och sjukvården inom länen och regionerna. Helhetssyn, närhet och tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och trygghet och tonvikt på förebyggande åtgärder skulle vara nyckelinslag (Swarling, 2001). Idén om Närsjukvård och de uttryck den fått är således inte helt nya. Man skulle kunna hävda att den bara är gammalt vin i en ny flaska och avspeglar hur tidigare försök att förbättra hälso- och sjukvården genom inriktningar liknande Närsjukvård bara har lett till små förändringar i praktiken. Många av hindren för förändringar existerar fortfarande, såsom visats i forskningen om "Vårdkedjor" i Sverige. En undersökning av landstingen (Åhgren, 2003) visade att det krävs flera år och kontinuerlig, ihärdig och konsekvent utveckling för att undanröja de interna organisatoriska hindren, som t ex stark fraktionsbildning, vertikala maktstrukturer och värderingar baserade på motstånd bland läkare. Samma undersökning lyfte också fram frånvaron av patientmedverkan som en nyckelfaktor i deras tröga utveckling.

Ingrepp i samhällsstrukturen initieras vanligen genom särskilda politiska ståndpunkter som drivs av ett styrande organ. En outtalad 'teori' om orsak och verkan ligger alltid bakom sådana ståndpunkter och vägleder valet av den föreslagna lösningen eller interventionen. Pawson (2003) ger en insiktsfull redogörelse för hur varje gång en ursprunglig idé implementeras, så tillförs ytterligare analyser och tolkningar som för den närmare vad som är möjligt att förverkliga i praktiken. Ursprungliga problem och lösningar som beslutats på till exempel den politiska nivån kan till sist bli helt andra problem och lösningar på andra nivåer i implementationskedjan på grund av skillnader i deras praktiska sammanhang.

Vi kan använda en liknande förståelse av hur en ursprunglig idé utvecklas till vad som realiseras i praktiken i fallet Närsjukvård. Detta kräver att vi förstår hur lokala aktörer tolkar de ursprungliga politiska intentionerna och vilken effekt dessa tolkningar har på sättet att arbeta i vardagen. Det kräver också förståelse av organisationsstrukturerna som vägleder/binder sådana tolkningar, och slutligen, och allra viktigast, av hur de aktiviteter som blir följden påverkar vårdens kvalitet. Det är dessa aktörer inom hälso- och sjukvårdsväsendet och deras tolkningar av Närsjukvård som Del B fokuserar på.

# Del B



### 3. Lokala tolkningar av Närsjukvård; en pilotstudie

Som visades i slutet av Del A, har avsevärda insatser gjorts i Region Skåne för att utveckla och etablera idéerna om Närsjukvård med aktivt deltagande av politiker, chefer och olika vårdgivare inom regionen. I viss utsträckning har även medborgare medverkat i utvecklingen och realiseringen av idéerna om Närsjukvård, i synnerhet under de inledande dialogkonferenserna. Det är osäkert i vilken utsträckning dessa försök har lett till en gemensam förståelse av idén om Närsjukvård. För att belysa hur långt förverkligandet av idén om Närsjukvård har kommit inom regionen, utfördes en kartläggning av olika aktörers förståelse av Närsjukvård i den nordöstra delen av Region Skåne. Forskningsfrågorna inriktades på hur folk pratade om Närsjukvård, det vill säga på hur de *förstod* och *använde* begreppet.



## 4. Metod

### 4.1 Urval

Ett urval av människor som på olika sätt kontaktats i samband med pågående projekt vid Forskningsplattformen (FPL) för utveckling av Närsjukvården i nordöstra Skåne användes för datainsamling. Informanterna var medborgare och personal som arbetade inom hälso- och sjukvård eller social omsorg. I sin helhet bestod urvalet av 57 personer yrkesverksamma inom hälso-, sjukvård eller omsorg, och 40 medborgare. De yrkesverksamma representerade olika yrken såsom arbetsterapeut, läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och socialarbetare. Yrkesverksamma från både lednings- och tjänstemannanivåer var representerade i urvalet. Några intervjupersoner valdes därför att de fungerade som samordnare i ett regionalt huvudmannaskapsövergripande nätverk till stöd för Närsjukvårdsutvecklingen. Data samlades in på vårdcentraler, sjukhus och familjehus (en inrättning med barnvårdscentral, mödravårdscentral och öppen förskola). En kombination av intervjuer med yrkesverksamma på deras arbetsplatser och telefonintervjuer användes. Medborgare kontaktades vid entrén till olika vårdmiljöer. Om de besökte vården som patienter eller av andra skäl är inte känt.

### 4.2 Intervjuer och datainsamling

Alla intervjuer med yrkesverksamma utfördes som en del av en undersökning i syfte att ta reda på och följa utvecklingen av Närsjukvården i regionen. Fem personer som arbetade som forskare, forskningsassistenter eller doktorander genomförde datainsamlingen.

Intervjuerna var halvstrukturerade. Alla intervjuer med yrkesverksamma inleddes med frågan *Vad betyder Närsjukvård för*

*dig?* Den första frågan till medborgarna var *Har du hört talas om Närsjukvård?* Om dessa svarade att det hade de inte, fortsatte intervjun med frågan *När du hör ordet Närsjukvård, vad tror du då att det betyder?* Sammanlagt genomfördes 71 personliga intervjuer och 26 telefonintervjuer. Intervjuernas längd varierade från några få minuter till ca 20 minuter. Samtliga intervjuer skrevs ut ordagrant.

Alla utskrifter av intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys (Burnard, 1998; Berg, 2001) begränsad till det manifesta innehållet, det vill säga det synliga och uppenbara inslaget, ibland benämnt ytstrukturen (till skillnad mot de djupstrukturer som analyseras med latent analys, som fokuserar på den innebörd som budskapet förmedlar). Innehållsanalys kan förstås som ett redskap för att bättre förstå den intervjuades perspektiv (Berg, 2001).

Analysen utfördes i olika steg. Först lästes utskriften igenom flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet och bli bekant med det. Inledningsvis läste och reflekterade forskningsgruppen vid FPL kollektivt över texten. Tre mindre grupper tog ansvar för var sin del av materialet. Grupperna identifierade nyckelord och strukturerade dessa i olika kategorier. Ett generellt mönster identifierades genom denna första analys. Oberoende av var datainsamlingen genomförts, fick termen "nära" den största uppmärksamheten från de intervjuade, men termens innebörd varierade. En naiv tolkning blev därför att "nära" förstods som det som var nytt inom Närsjukvårdsutvecklingen. Det beslutades att analysen skulle fokusera på olika uppfattningar om nära och närhet.

I en andra fas utförde två av forskarna ytterligare genomläsningar av hela datamaterialet. Denna läsning pekade på behov av att även uppmärksamma delar av texten som handlade om hur de intervjuade talade om uppdraget. I ett följande steg identifierades därför nyckelord som avspeglade innebörden av ordet sjukvård, uppdraget Närsjukvård och organisationen av Närsjukvården. Detta påminner om det Strauss (1990) kallar in vivo-koder, d v s termer som används av personer som undersöks. Det kunde vara fraser, meningar och stycken. Därefter omorganiserades hela materialet i underkategorier

som grupperades samman till huvudkategorier, dvs analytiskt konstruerade kategorier.

I en tredje fas gavs organisationen av Närsjukvården särskild uppmärksamhet genom konstruktion av en typologi bestående av olika uppfattningar om Närsjukvården. En typologi kan ses som en teoretisk konstruktion där typerna (i detta fall de olika uppfattningar om vad Närsjukvård innebar som identifierades i texten) används för att beskriva en empirisk tendens. Weber (1949) argumenterar för bruket av ideala typer och menar att dessa inte är någon hypotes, men att de erbjuder vägledning för konstruktion av hypoteser.

Det är inte en beskrivning av verkligheten, men det syftar till att ge otvetydiga medel för att uttrycka en sådan beskrivning (Weber, 1949, s. 90).

För att konstruera typologin fokuserades på vad som var de centrala aspekterna på organisationen av Närsjukvården liksom tidsaspekterna. Platsen, som t ex vårdcentralen eller sjukhuset, sattes i centrum av vissa intervjupersoner, medan idén om det nya framhövdes av andra. Texterna skilde sig även med avseende på om Närsjukvården förknippades med ett förflutet, nutida eller visionärt (framtida) vårdssystem. Alla intervjuer sorterades därefter i enlighet med om de fokuserade på platsen eller idén och huruvida tidigare, nutida eller framtida vårdssystem var centrala. I en fjärde fas diskuterades resultaten vid olika tillfällen och i olika konstellationer (forskargruppen vid FPL och en grupp där verksamhetsföreträdare ingick) och ändringar gjordes i enlighet med gruppens åsikter.



## 5. Resultat

En utgångspunkt för och ett syfte med analysen var att belysa termen Närsjukvård som den uppfattades och användes av yrkesverksamma och medborgare i regionen. Ett vanligt svar bland de yrkesverksamma, med undantag för dem i beslutsfattande ställning med ansvar för att organisera vården, var att de hade hört talas om termen Närsjukvård men inte visste eller kände sig osäkra om dess exakta betydelse. För dem var termen tvetydig, oklar och kunde förstås på olika sätt. Avsaknaden av en klar definition framstod därmed som ett problem. I motsats därtill var ett vanligt svar bland medborgarna att de inte kände igen eller visste vad termen innebar. De flesta medborgare använde som strategi att reflektera över orden *nära* och *sjukvård* och anknöt dessa ord till sin tidigare förståelse av hur hälso- och sjukvården vanligen organiseras. Bland de yrkesverksamma fanns en del som använde samma strategi som medborgarna. Det fanns dock andra som gav svar med fler detaljer, vilket kan tolkas som en djupare, tidigare inhämtad kunskap. Det fanns en större variation i innebörder av termen *nära*, medan det fanns större samförstånd kring betydelsen av termen *vård*.

### 5.1 Närsjukvård, innebörd i termen Nära

Analysen visade på tre olika sätt att se på närsjukvård där det nära handlade om tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet och samverkan.

#### 5.1.1 Fokus på tillgänglighet

För en majoritet betydde närsjukvård närhet i tid eller avstånd med det yttersta syftet att säkerställa medborgarnas tillgång till vård. Även om en majoritet framhöll vikten av geografisk närhet, fanns det även de som påpekade att avståndet var av sekundär betydelse. Enligt dem skulle närsjukvården garantera medborgarnas tillgång till vård när de

hade behov därav. Ett sätt att göra detta var att minimera eller reducera bruket av remisser.

... vikten av att man har tillgång till sjukvården när man behöver den. Det är närsjukvård det. För har man inte det så kvittar det hur nära det är. Det ska vara öppet och det ska finnas tider för dem som behöver. Inte som det är här i Kristianstad, där man mer eller mindre får köa för att få en läkartid (Medborgare, nr 7).

### 5.1.2 Fokus på kontinuitet

Ett annat perspektiv på närsjukvården var att anse närhet i mänskliga relationer som huvudsyftet. Här var kontinuitet den vägledande principen. En del uttalanden tycktes härstamma från kontinuitet ur ett användarperspektiv... *att kunna träffa samma läkare och samma sköterska...* medan andra snarare såg till de yrkesverksammes behov av kontinuitet.

Det är ju den gamla drömmen om vi säger så, den gamla engelska doktorn. Att jag verkligen kände patienten, att jag hade möjlighet att ta mig tid, och känslan att man kunde följa dem bättre om man säger så (Sjuksköterska, nr 1).

### 5.1.3 Fokus på samverkan och delaktighet

Ett annat sätt att se på termen närsjukvård var att förknippa den med samverkan och delaktighet. Bland de intervjuade fanns det de som talade om syftet med närsjukvård i termer av närhet mellan organisationer eller mellan yrken i syfte att föra dem närmare varandra. Intervjupersoner hänvisade till tidigare erfarenheter av problematiska relationer mellan yrkesverksamma från sjukhuset och den kommunala vård- och omsorgssektorn eller mellan personal med olika yrkesbakgrund.

... att det inte ska bli så svårt mellan de olika institutionerna i samhället, t ex mellan kommun och Region Skåne där man ibland har haft väldigt absurda diskussioner om vem som har ansvaret i närsjukvården... är det hemsjukvården eller hemtjänsten eller... (Sjuksköterska nr 9).

## 5.2 Närsjukvård, innebörd i termen Sjukvård

Ett vanligt tema var att närsjukvårdens funktion beskrevs genom att ge exempel på det närsjukvård *inte* var. Det tycktes som om de intervjuade använde detta slags "motbild" för att kunna förklara sin syn på närsjukvården. Ett exempel på när kontrasten användes var när de intervjuade sade att syftet inte var att tillhandahålla akutvård, högspecialiserad vård, vård som kräver långvarig sjukhusvård med inläggning, högteknologisk och/eller kostsam vård. Olika åsikter framfördes om huruvida sjukhusvård med inläggning skulle innefattas i begreppet närsjukvård.

Alltså, för mig är närsjukvården, det som finns närmast vård- eller omsorgstagaren, till exempel det man har i hemmet hos dem. Men det kan också vara från sjukhusets sida någon form av telefonuppföljning... men sen när man tänker på vad som händer i Skånsk Livskraft så ska man starta upp närsjukvårdsavdelningar. Och då ruckas min definition (skratt) (Nätverk, nr 9).

Analysen visade på två olika synsätt på vilka problem närsjukvården borde handskas med, vardagssjukdom och vardagsliv.

### 5.2.1 Fokus på vardagssjukdom

De som omfattade synsättet med vardagssjukdom talade om närsjukvården genom att förknippa den med medicinska diagnoser eller problem. Problem som borde handhas av närsjukvården rörde framför allt det man såg som små och vanliga hälsoproblem. För att understryka detta användes ord som krämpor, besvär och ”småsaker”. Sådana vardagsproblem betraktades som vanliga och kunde skötas utan alltför stora insatser eller kostnader.

- Närsjukvård, det är vård som är nära patienten. Att det är liksom, det mest basala man kan hjälpa till med. Det som största delen av Sveriges befolkning har problem med.
- Vad skiljer det från dem som inte ska vara i närsjukvården?
- Det är de här vardagliga sakerna, det kan ju vara en mamma, den äldre som får yrsel eller, som trillar och slår sig och får ett bensår, ja vad som. (Ledningsfunktion, nr 1).

Tillstånd som skulle behandlas av närsjukvården var framför allt kroppsliga sjukdomar. Exempel som gavs var hjärtbesvär, kärlsjukdomar, diabetes, astma, hemorrojder, nageltrång, åderbråck, stroke, fallolyckor och yrsel, medan uttalanden om psykisk sjukdom var sällsynta. Detta antyder att de intervjuade tenderade att tänka mera på fysiska än på psykiska sjukdomar som syftet med närsjukvården. Det tycktes som om patienter med kroppsliga sjukdomar som är vanliga och ofta långvariga betraktades som de huvudsakliga målgrupperna för närsjukvården.

Närsjukvård, då tänker man på de stora grupperna av patienter. Vanliga åkommor som hjärt- och kärlsjukdom, lungan, eller diabetikern som kommer vid sidan om

grundsjukdomen. Då skulle man kunna tänka sig att närsjukvården hjälper denna grupp så att de inte behöver söka specialistvård (Läkare, nr 6).

När personalen talade om konsumenterna av närsjukvård, var patient den vanligaste termen, medan ”man” eller ”vi” var termer som användes av patienter och/eller medborgare. Då de senare termerna mest användes i samband med sjukdomar eller olyckor, antyder rönen att både yrkesverksamma och medborgare såg närsjukvården som inriktad på sjuka personer snarare än på t ex. äldre personer med behov av omsorg, personer med handikapp i behov av socialt stöd eller på förebyggande, hälsofrämjande, rehabiliterande eller habiliterande vård. En annan indikator på tendensen att associera närsjukvård med medicinsk vård var att läkare och sköterskor var de vanligaste exempel som gavs på utövare av närsjukvård. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socialarbetare eller barnmorskor nämndes mycket sällan.

... att få träffa samma läkare och samma sköterska (Sjuksköterska nr 1).

### 5.2.2 Fokus på vardagsliv

Ett annat sätt att tala om vilka områden som närsjukvården borde ägna sig åt förekom i en minoritet av intervjuerna. Även om grundproblemet var knutet till sjukdom, så låg fokus på medborgarens sociala liv och vardag snarare än på diagnosen. Problemen beskrevs med ord som stress och oro snarare än som besvär och krämpor. I dessa intervjuer uttrycktes förväntningar på att närsjukvården skulle medföra hjälp i hemmet och stöd för att förbättra hela livssituationen.

... patienterna som tappas av någon anledning, det kan vara sociala anledningar, det kan vara somatiska eller psykiatriska anledningar, som gör att de kommer i trångmål och söker upp sjukvården. (Socialarbetare, nr 9).

Närsjukvård kunde också beskrivas som vård som var speciellt utformad för grupper av människor med olika behov beroende på var i livscykeln de befann sig. Skeden i livet såsom barndom, föräldraskap och åldrande gavs som exempel. Den grupp som oftast nämndes var äldre. En intervju framhöll invandrare som en målgrupp för närsjukvården. I en del intervjuer exemplifierades hela familjen eller närstående som en del av närsjukvården.

Jag tror det är bra här i Sverige, dom tar hand om hela familjen, barn, kvinnor... det är viktigt. (Medborgare, nr 9).

En annan indikator på en sammankoppling av närsjukvården till vardagslivet förekom när intervjuade talade om olika yrkesföreträdare inom närsjukvården. Här fokuserade man på samarbete över yrkesmässiga eller organisatoriska gränser. Detta kunde uttryckas i termer av multi- eller interdisciplinärt teamarbete där patient och närstående också kunde betraktas som delar av teamet.

Specialistsjukvården, det är kanske inte direkt, inte den här direkta specialistvården, utan mer omhändertagande och... Man behöver specialist också, men det är väldigt mycket primärvård, det är just det här då man försöker baka samman att det är runt patienten vi ska samlas, eller våra kunskaper och vårt sätt att se så är det inte att vi är där och de är där och de är där, utan det är patienten som finns där och vi finns till för att göra det så bra som

möjligt för patienten vad det gäller denna .  
(Sjuksköterska, nr 3).

### 5.3. Närsjukvård som en organisationsförändring

En vanlig föreställning var att se närsjukvård primärt som en organisationsförändring. Fastän de intervjuade inte uppmanades att ge synpunkter på en sådan organisationsförändring, var det vanligt med såväl negativa som positiva uttalanden. Kritiska uttalandena kunde gälla föreställningar om att närsjukvården var en modefluga producerad av politiker för att uttrycka handlingsförmåga. Andra uttryckte kritik kring att förändringen inte hade presenterats tillräckligt tydligt och/eller att förändringen i sin helhet inte var väl genomtänkt.

Det går mycket tid till spekulationer. Och det tycker jag är fel när man startar de här stora... Det här är ju en jättesatsning och, jag vet inte, jag kan visst tycka att det är positivt till en del med visioner, men visionerna får inte vara alltför långt från verkligheten. Det är för mig som att läsa en sagobok och ta en del ur den och tro att det ska bli så här. Så känns det för mig i alla fall. (Nätverk, nr 5).

Negativa eller kritiska uttalanden om närsjukvård återfanns både i intervjuer med personal och med chefer/administratörer. Andra exempel på kritiska synpunkter var att närsjukvården var alltför fokuserad på hälso- och sjukvård och att frågor rörande förebyggande vård och social omsorg lyste med sin frånvaro.

Alla var dock inte negativa. I en del intervjuer väckte närsjukvården förväntningar t ex om att en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård kunde handskas med vårdkvalitet mycket bättre än idag.

Det är svårt egentligen att ha ett begrepp om det, men när man läser om det så verkar det ju bra, att man har det här med närsjukvårdsplatser. Det är väl det som man säger är det stora, som vi har behov av. (Nätverk, nr 4).

För att beskriva olika perspektiv på organisationsförändringen, konstruerades en typologi. I det första perspektivet sattes platsen där vården gavs i centrum. En vanlig uppfattning var att patienterna flyttade sig till en plats, en vårdcentral eller ett sjukhus, för att få service och hälso- och sjukvård. Men platsen kunde också vara patientens eget hem. Med det synsättet på Närsjukvård var det personalen som flyttade sig till patientens hem för att där kunna erbjuda hälso- och sjukvård.

Ett ytterligare annat perspektiv på vad Närsjukvård innebar var att platsen för vården var av underordnat intresse. Här såg man Närsjukvård snarare som en idé eller en vision om något nytt. (Fig.1).

### 5.3.1 Närsjukvård som förbättring av Vårdcentralen

I dessa intervjuer låg närsjukvårdens perspektiv i nuet och sammankopplades med ett **befintligt vårdssystem**. Det nya med att införa Närsjukvård var tillförsäkra medborgare god **tillgänglighet** till hälso- och sjukvård. Organiseringen betonades och beskrevs som utveckling och utvidgning av befintliga vårdinrättningar utanför sjukhuset, som t ex vårdcentraler. Närsjukvårdens uppdrag var framför allt att ge stöd till medborgare med **vardagssjukdomar** (fig. 1).

Jag tänker mest på alltså, typ jourläkarcentral. Alltså mindre och nära. Om man säger utsatta i byar och så där. (Medborgare, nr 1).

I beskrivningarna syftade de intervjuade på vården så som den för närvarande utövas men man uttryckte som regel en önskan om mer, fler vårdcentraler, bättre öppettider, större geografisk spridning. Man betonade starkt att närsjukvårdens uppgift var att tillhandahålla vård till sjuka människor, särskilt till de äldre. I enstaka intervjuer framhölls dock hälsoperspektivet och betydelsen av att arbeta förebyggande och man införde termen när-hälso-vård. En syn på närsjukvård som förbättrad tillgänglighet till vårdcentraler omfattades i huvudsak av medborgare och personal.

### 5.3.2 Närsjukvård som utvidgning av Sjukhuset

Detta närsjukvårdsperspektiv låg i nuet och fokuserade framför allt på **sängplatser på sjukhuset** som plats för närsjukvård. Målet med närsjukvård var att skapa god **tillgänglighet** till sjukhusplatser. För dessa intervjuade var närsjukvårdens funktion att tillhandahålla sjukhusvård till människor med akuta men vanliga och huvudsakligen kroppsliga **vardagsjukdomar**. Denna vårdform behövdes när patienterna bedömdes vara alltför sjuka för att stanna hemma men inte tillräckligt sjuka för att behöva sjukhusvård i den form den har idag (fig. 1).

Närsjukvården beskrevs alltså som ”sängplatser” som det borde vara bättre tillgång till. En närmare granskning av människornas föreställning om hur man tänkte sig öka tillgången på sängplatser visade på två olika strategier. Enligt en strategi skulle sängplatser skapas som ägdes av primärvården men var placerade på sjukhuset. Tanken var att en del av den tidigare primärvården skulle flytta in i sjukhuset.

Man jämförde med hur det är idag, att du kan komma till akutmottagningen och ha en åkomma, och du kommer kanske till läkaren först efter en sju, åtta, nio timmar. Men är det Närsjukvård så kommer du direkt till specialisten,

du kommer direkt upp på vårdavdelning och det kanske tar två timmar bara. (Nätverk, nr 4).

En ny mellanliggande länk med sängplatser i kommunen, i nära anslutning till vårdcentralen, var en annan strategi för närsjukvården.

Som jag har hört är att man snabbt ska kunna lägga in patienten med akuta, inte alltför svåra problem, för observation. Att man har några platser direkt i anslutning till vårdcentralen för att få lite snabb vård istället för att ta sig in till akuten och sitta halva natten. Vårdcentralen skulle få en större betydelse. (Sjukgymnast, nr 8)

## Vårdcentralen

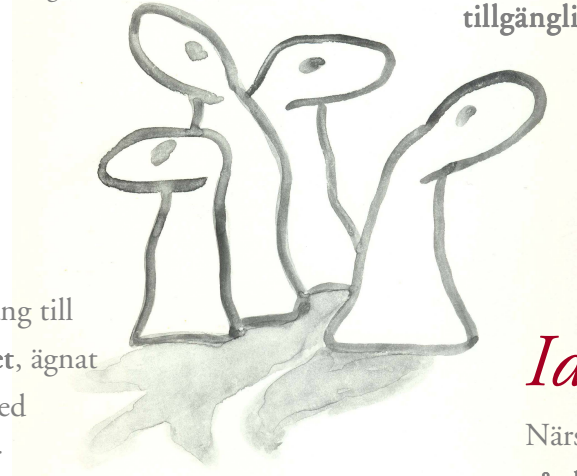
Närsjukvård som utveckling av **dagens vårdcentraler**, ägnade åt att hantera **vardagssjukdom** med värdeordet **tillgänglighet** för medborgaren

## Sjukhuset

Närsjukvård som **sängplatser på sjukhus**, ägnade åt att hantera **vardagssjukdomar** med värdeordet **tillgänglighet** för medborgaren

## Hemmet

Närsjukvård som en återgång till äldre dagars **vård i hemmet**, ägnat åt **vardagssjukdom** och med värdeordet **kontinuitet** för medborgaren



## Idén om det nya

Närsjukvård som idén om ett **nytt vårdsystem** med fokus på **vardagslivet** med värdeorden **samverkan** och **delaktighet**

Figur 1:1. En modell för fyra idealtyper av Närsjukvård

## Vårdcentralen

Närsjukvård som en förbättring av ett befintligt öppenvårdssystem, genom utökat antal vårdcentraler och förbättring av deras tillgänglighet



- Fokus på vardagssjukdom och tillgänglighet
- Vårdcentral, primärvård och familjeläkare
- Åsikt som i huvudsak omfattades av medborgare och personal i hälso- och sjukvårdsorganisationer

## Sjukhuset

Närsjukvård som en utvidgning av befintlig sjukhusvård, genom att låta primärvården flytta in på sjukhuset i form av sängplatser för närsjukvård



- Fokus på vardagssjukdom och tillgänglighet
- Sängplatser för närsjukvård på sjukhuset
- Åsikt som i huvudsak omfattades av personal i hälso- och sjukvårdsorganisationer

## Hemmet

Närsjukvård som en återgång till ett tidigare hemvårdssystem, genom tillskapande av anställningar som distriktsköterskor och läkare



- Fokus på vardagssjukdom och kontinuitet
- Distriktsvård och sjukvård i hemmet
- Åsikt som i huvudsak omfattades av personal inom hälso- och sjukvårdorganisationer

## Idén om det nya

Närsjukvård som skapande av en ny organisation och ett nytt vårdssystem, genom samverkan och delaktighet, nya gränsoverskridande arbetssätt, nätverksarbete och användning av ny teknologi



- Fokus på vardagsliv, delaktighet och samverkan med patienten i centrum
- Attitydförändring hos vård- och omsorgsgivare och medborgare
- Åsikt som i huvudsak omfattades av beslutsfattare, chefer och administratörer

Fastän man lade starkt fokus på “sjukhussängar”, upplöstes den gamla traditionella organisationen i bemärkelsen att primärvård och slutenvård blandades. Perspektivet att närsjukvården innebar en förbättring av ett befintligt sjukhusvårdssystem omfattades i huvudsak av personal (fig. 1).

### 5.3.3 Närsjukvård som återgång till vård i Hemmet

Detta synsätt på närsjukvård beskrevs genom att låna en modell från det förflutna, ”den engelska doktorn” eller den tidigare distriktsvården. I detta system betonades vikten av **kontinuitet**, personalen kände sina patienter och familjer och var kända av medborgarna i området. Närsjukvårdens funktion var att tillhandahålla hälso- och sjukvård i användarnas egna **hem**. Fokus låg framför allt på kroppsliga **vardagssjukdomar**. Personalen var rörlig och kom på besök till patienterna, för det mesta i hemmen. När man talade om Närsjukvård som Vård i hemmet framhölls som regel patienternas behov.

Närsjukvård, det är patienter som får bra och relevant behandling nära där de bor. Eventuellt att man kommer hem och behandlar dem. (Sjukgymnast, nr 14).

Det förekom emellertid andra intervjuer där längtan efter ett tidigare vårdssystem tycktes tillfredsställa vårdgivarnas snarare än patienternas behov.

... Ädel var bara en klar försämring definitivt, en klar försämring för mig som distriktsläkare. Allt var roligt för jag behövde bara bolla med några. Jag visste exakt, och det gällde hela befolkningspanoramat, vem man kunde diskutera med och söka upp. Det var ett väldigt roligt arbetssätt, man vet vem man pratar med och att det är hanterbart. Det är viktigt. (Läkare, nr 1).

Detta perspektiv kan ses som ett uttryck för nostalgi, att det var bättre förr. Här beskrevs relationen mellan läkaren/distriktssköterskan och patienten som speciellt viktigt. Idén om att Närsjukvården innebar en återgång till ett tidigare vårdssystem omfattades i huvudsak av personal (fig. 1).

#### 5.3.4 Närsjukvård som idén om Det Nya

Med detta synsätt förknippades Närsjukvården inte med en plats som t ex en vårdcentral, ett sjukhus eller ett hem. Närsjukvården beskrevs snarare som en idé om ett **nytt vårdsystem** som innebar ett nytt sätt att tänka och handla med stöd från exempelvis modern kommunikationsteknologi ... *för mig är Närsjukvård en attityd och ett arbetssätt...* Genom **samverkan och delaktighet** skulle visionen om att överskrida gränser förverkligas. Här sågs Närsjukvårdens funktion inte huvudsakligen som inriktad på de kroppsliga vardagssjukdomarna. Snarare var uppfattningen att fokus skulle ligga på människans **vardagsliv** med sjukdom oavsett om det handlade om kroppliga eller psykiska problem (fig. 1).

I dessa intervjuer beskrevs Närsjukvården som en idé om att överskrida gränser med hjälp av samverkan och delaktighet. Vilka gränser som skulle överskridas rörde det olika meningar om. En del lade tonvikten på att överskrida gränser mellan olika yrkesgrupper medan andra betonade frågan om hur man kan överskrida gränser mellan organisationer eller huvudmän.

Och de behöver ha den här multiprofessionella kunskapen, tillgången runt sig. Det räcker inte att man kommer in och får prover tagna och justerat medicinen där, utan man måste ta hand om hela problembilden... Och man måste lösa den tillsammans. Istället för att kämpa landstingsvården mot den andra.... (Nätverk, nr 2).

En annan huvudidé eller vision handlade om delaktighet och patienten i centrum. Ett sätt att beskriva patientcentrering var att den service som tillhandahålls av olika aktörer skulle samlas runt patienten. Det ytterst målet var att patienten inte skulle märka vilka olika slags vårdgivare som var involverade. Detta system skulle göra det möjligt för de yrkesverksamma att beakta hela den komplexa problembilden. Som komplement till denna bild fanns ett annat synsätt där patientcentrering sågs som utgående från patientens eller familjens resurser genom att utnyttja deras egna förmågor och betrakta dem som medlemmar av ett team.

Kanske också att man ska efterfråga ibland vad patienterna och familjerna vill ha. Ibland så stämmer det inte riktigt med vad vi i sjukvården tror att folk vill ha. Vi tror att de vill ha det si och så, men kanske att vi ska lyssna lite mer. (Sjuksköterska, nr 12).

För en del handlade visionen om Närsjukvård om förändrad balans. Allmänt sett skulle den vardagsnära vården utvecklas på specialistvårdens bekostnad. Till följd av detta skulle mer uppmärksamhet riktas mot människornas vardagsliv och mot vardagliga sjukdomar och mindre mot de ovanliga sjukdomarna och den högteknologiska vården.

Visst den här högspecialiseringen, den kotsamma, den är ju jätteviktig för en liten, liten klick. Medan det här berör väldigt många och påverkar deras liv också tror jag och mycket. Oro kanske och så. Men visst är den (*Närsjukvården*) viktig. Jag tycker det är bra att den har fått lite mer uppmärksamhet nu. (Nätverk, nr 6).

Konsekvenserna av att införa Närsjukvård betraktades som gynnsamma för patienterna, personalen och för samhället i sin helhet. Nyttan för patienterna var att de inte skulle behöva bry sig om vårdnivåerna, snabbare och enklare få tillgång till hälso- och sjukvård och risken att ”ramla mellan stolar” i form av olika organisationer skulle minimeras. En ökad arbetstillfredsställelse och fokusering av uppmärksamheten på de ”rätta sakerna” var exempel på vad som betraktades som positivt för personal i Närsjukvård. Genom införande av Närsjukvård förväntades balansen ändras från högteknologi och specialistvård i riktning mot vardagsnära vård och omsorg. Visionen om Närsjukvård som samverkan och delaktighet omfattades huvudsakligen av belutsfattare, ledare och administratörer (fig. 1).



## 6. Slutsatser

Som översikten i Del A och pilotstudien i Del B har visat, är uppfattningen om Närsjukvård i själva verket många uppfattningar, på nationell, regional och lokal nivå. Med termen Närsjukvård placeras diskursen huvudsakligen in i en sjukdomsmodell som förstärker befintliga tendenser att betrakta vård ur ett medicinskt perspektiv. Därmed finns en risk att ett bredare ägande av vård-omsorgs- och förebyggande åtgärder inskränks. Inom NÖ Skåne har de som varit direkt involverade i att skapa den strategiska inriktningen utvecklat en kollektiv vision om hälsa, där Närsjukvården som funktion förtydligats och förväntas inta en dominerande ställning. I den empiriska forskning som presenterats ovan, talar man däremot sällan om Närsjukvård på ett sätt som liknar den diskurs som återfinns i de regionala dokumenten. Detta är inte förvånande då endast ett fåtal av de människor som intervjuades i pilotstudien hade deltagit i de ursprungliga dialogkonferenserna. Dessa konferenser avsåg att underlätta sociala processer för betydelse- och kunskapskonstruktion, så att en gemensam grund och en ömsesidig förståelse kunde uppstå och verksamhet kunde planeras utifrån denna (Shotter & Gustavsen, 1999). De som inte deltog i denna process har inte haft möjlighet att i gemensam reflektion delta i att konstruera en ömsesidig förståelse kring Närsjukvårdens utmaningar och möjligheter (Gergen, 1991). Till och med där dessa dialogarenor har funnits, förekommer skillnader i förståelse av Närsjukvård, då förståelsen relateras till olika sammanhang. Pilotstudien lyfter fram flera områden där uppfattningar hos de intervjuade skiljer sig från den målbild som anges i dokumentet Skånsk Livskraft – vård och hälsa. I dokumentet riktas starkt fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete liksom på inriktningen psykisk ohälsa. De exempel som lyfts fram i intervjuerna visar – i motsats till målbilden – att Närsjukvård framför allt associeras till behandling av kroppslig sjukdom. För att uppnå målsättningen med

Närsjukvård i Region Skåne behöver dessa skillnader uppmärksammas och diskuteras.

Då människor tolkar ordet Närsjukvård på olika sätt, kommer de indirekt att handla olika utifrån dessa tolkningar (Blumen, 1962).

Hur Närsjukvården kommer att utvecklas kommer således också att variera. Det återstår att se om det Närsjukvården utvecklas till blir ett steg i riktning mot en förändring av ”vårdens väsen”. För att använda en analogi från komplexitetsteorin *är den bara en kortsiktig nyck utan någon grundläggande förändring eller en vändpunkt som leder till en ny verklighet vars form återstår att definiera?* (Zimmerman et al, 2001).

## Referenser

Åhgren, B. (2001) Chains of Care : a counterbalance to fragmented health care *Journal of Integrated Care Pathways* 5 126-132

Åhgren, B. (2003) Chain of Care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care (serial on line)* October 7, 3 Available from: URL: <http://www.ijic.org/>

Alaby, G. (1996). *Framtidens närvård*. Svenska Kommunförbundet

Anell, A., Rosén, P. & Hjortsberg, C. (1997). Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. *Health Policy*. 40: 157-168.

Berg, B L. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences*. USA: Allyn & Bacon.

Blumer, H (1962) *Society as symbolic Interaction* Prentice Hall, Englewoods cliffs NJ

Burnard, P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. 1991;11:461-466.

Burnard, P. Teaching the analysis of textual data: an experimental approach. *Nurse Education Today*, 1996; 16:278-281.

Burström, B. (2002). Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 62: 117-129.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. USA: SAGE Publications, Inc.

Ds 2002:32. *Welfare in Sweden. The Balance Sheet for the 1990s.* Ministry of Health and Social Affairs.

Downe-Wamboldt, B. Content analyses: Method, applications and issues. *Health Care for Women International.* 1992;13:313-321.

Ekman Philips, M. (red.). (2002). *Dialog över etablerade gränser. Om organisationsutveckling i sjukvården.* Arbetslivsinstitutet: Arbetsliv i omvandling, 2002:9.

Ekman Philips, M., Ahlberg, B.M. & Huzzard, T. (2003). Planning from without or developing from within? Collaboration across the Frontiers of Health Care. In Fricke, W., Totterdill, P. (eds) (2003). *Regional Development Processes as the Context for Action Research.* Amsterdam: John Benjamin. Forthcoming.

Ershammar, D. & Wiksten, A. (2002). Fråga Experterna! Brukarna som aktörer i FoU-arbetet. *Socialmedicinsk tidskrift.* 4: 312-318

Fammi/Familjemedicinska Institutet <http://www.fammi.se/fammi-web/jsp/polopoly.jsp?d=161> (2004-10-11)

Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2004). The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment. *Health Policy.* 69: 73-82.

Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2001). Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. *Health Policy.* 58:243-262.

Fridolf, M. (2004) *Samordning – nya möjligheter inom välfärdsområdet. En skrift om samordning utifrån ett individperspektiv mellan arbetsförmedling, försäkringskassa, kommun och landsting.* Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Fridolf, M. (2003). *Finansiell och politisk samordning i den lokala välfärden. En ny politisk arena för gemensam prioritering mellan huvudmän*. Göteborgs universitet: CEFOS rapport 20.

Fridolf, M. (2000). *Samverkan i det lokala välfärdssystemet: Politikens och ledares betydelse*. Göteborgs universitet: CEFOS rapport 14.

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24;105-112.

Gerdtham, U.-G. & Sundberg, G. (1998). Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 2 (259-264).

Henriksen, E., Selander, G. & Rosenqvist, U. (2003). Can we bridge the gap between goals and practice through a common vision? A study of politicians and managers' understanding of the provisions of elderly care services. *Health Policy*. 65:129-137.

Jennbert, K. (2003). *Care Co-ordination between Health care and Social Services*. Stockholm: The Swedish Association of Local Authorities and the Federation of Swedish County Councils.

Kommunallagen 365/1995

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lagergren, M. (2002). The system of care for frail elderly persons: The case of Sweden. *Aging Clin Exp Res*. 14: 252-7

Landstinget Dalarna. (2004). *Beredningsmemorial. 2004-06-01*.

Landstinget i Värmland. (2002). *Närsjukvård i sydvästra Värmland och norra Dalsland*.

Landstinget i Värmland. (2001). *Närsjukvård i östra Värmland*.

Landstinget i Värmland. (1999). *År 200X. Ett nytt sätt att tänka. Ett nytt sätt att arbeta. Vår vision för hälso- och sjukvården i Värmland*.

Landstinget i Värmland, Närsjukvård Fakta,  
<http://www.liv.se/page.jsp?node=2432> (2004-10-25)

Landstingsrevisorerna. (2002). *PROJEKTRAPPORT. Utbyggnad av primärvården?* Stockholms läns landsting. Stockholm

Lindström, I. & Nilsson, J. (2003). *Swedish elderly care – 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen

Lundberg, O. & Palme, J. (2002). A balance sheet for welfare: Sweden in the 1990s. *Scandinavian Journal of Public Health*. 30:241-243.

Made, C. & Hellström, S. (2003). Telemedicin i primärvården. Erfarenheter och angelägna behov. *Socialmedicinsk tidskrift*. 6: 512-519.

Ministry of Health and Social Affairs. (2001). *Challenges to the health care of the future. Summary of the National Action Plan for the Development of Health Care*.

Olauzon, M. (2003). *Kartläggning av närsjukvård – en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen.

Pawson, R. (2003). Nothing as practical as a good theory. *Evaluation*, 9(4), 471-490

Region Skåne (2004). *Genomförandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Beslut i HSN 28/9 2004.*

Region Skåne (2004). En ny struktur för hälso- och sjukvården. 28-29 juni 2004.

Region Skåne (2004). Skånsk Livskraft – vård och hälsa. *Nyhetsbrev för utvecklingsprocessen nr. 4/04, 2004-04-21*

Region Skåne. (2003). *Målbild Skånsk Livskraft – vård och hälsa.* 18-19 juni 2003.

Region Skåne. (2002). *Uppdragsbeskrivning för Utvecklingsgrupp Närsjukvård.*

Region Skåne ( 2005) *En Återblick på Arbetet 2001-2004 -06-30*

Rosén, P., Anell, A. & Hjortsberg, C. (2001). Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*. 55: 121-128.

Rosén, P.& Karlberg, I. (2002). Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Health Expectations*. 5:148-155.

Shotter J, Gustavsen B (1999) *The role of "dialogue conferences" in the development of "learning regions": doing "from within" our lives together what we cannot do apart.* Center for advanced studies in leadership, Stockholm

Skobe, S. & Nilsson, G. (2004). *Närsjukvårdsprojektet I Kalmar län – Slutrapport.*

Socialdepartementet. (2000). *Regeringens proposition. Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.* Prop.1999/2000:149. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2004a). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2004.*

Socialstyrelsen. (2004b). *Vision, vägval och verklighet. Styrning av hälso- och sjukvården speglat genom den nationella handlingsplanen.*

Socialstyrelsen. (2004c). *Om primärvårdens domän och strategier. Slutrapport för Socialstyrelsens projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet.*

Socialstyrelsen. (2003a). *Kartläggning av närsjukvård – en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen. (2003b). *Patienters rätt till information, delaktighet och medinflytande.*

Socialstyrelsen. (2003c). *Trygghet – en studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården.*

Socialstyrelsen. (2002). *Samsynt och framsynt. Framgångsfaktorerer för samverkan. Programberedning för vård och omsorg 2000-2002.*

Socialstyrelsen. (2001). *Brukarundersökningar inom vård och omsorg för äldre.*

Socialtjänstlagen 2001:453

SOU 2003:91. *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.* Socialdepartementet.

SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet.* Socialdepartementet.

SOU 2000:38. *Välfärd, vård och omsorg.* Socialdepartementet.

SOU 1997:119. *En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet.* Socialdepartementet.

Starrin B, Svensson P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund: Studentlitteratur.

Swartling, P. (2001). Primärvårdens utveckling i Sverige. *Allmänmedicin nr.4. Supplement nr. 1/01.*

Svenska Distriktsläkarföreningen, DLF's synpunkter och ställningstaganden,  
[http://www.svdlf.se/Styrelsen/narsjukvard/text\\_narsjukvard.htm](http://www.svdlf.se/Styrelsen/narsjukvard/text_narsjukvard.htm)  
(2004-10-18)

Svenska Kommunförbundet & Landstingsförbundet. (2004). *Swedish Health Care in Transition. Resources and Results with International Comparisons.* Stockholm

Sveriges Läkarförbund. (2003). *Hur går det med den nationella handlingsplanen? – en uppföljning av Läkarförbundet.*

Vårdförbundet. (2002). *Närvård –en vårdpolitisk idé.*

Weber, M. (1949). *The methodology of the social sciences.* New York: The Free Press.

Westin, M., Åhs, A., Bränd Persson, K. & Westerling, R. (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*. 68: 333-344.

Zimmerman, B.J. Lindberg, C. Plsek, P.E. (1998). *Edgework: Insights from Complexity Science for health care leaders* Irving TX, VHA publishing

# Bilaga 1 Begrepp & värdeord

## Trygghet

I en studie utförd av Socialstyrelsen (2003c) var trygghet det övergripande begrepp som bäst beskrev vad den stadigvarande läkarkontakten betydde för de intervjuade patienterna. Tryggheten grundades på fyra förhållanden: kontext (I); förtroende för vården (II); en förtroendefull relation (III); och goda möjligheter att få kontakt (IV). Följande avsnitt ger exempel på vad patienterna menade med de fyra förhållandena:

### I. *Kontext*: läkaren

- har kunskap om anamnesen (sjukdomshistorien)
- ser förändringarna i patientens tillstånd
- kan göra en bedömning i ett helhetsperspektiv

### II. *Förtroende för vården*: läkaren

- tar ansvar för och ett samlat grepp om vården
- är kompetent

### III. *En förtroendefull relation*: patienterna betonade vikten av att

- bli sedd som en individ och respekterad samt att mötas med förståelse och empati
- bli trodd och tagen på allvar
- uppleva samarbete och delaktighet, vilket kan göra det möjligt för dem att försöka påverka sin egen situation, "självbestämmande"

### IV. *Goda möjligheter att få kontakt*: Patienterna upplevde som viktigt

- kännedomen om den stadigvarande läkaren och hennes/hans arbetssätt, som patienten tillägnar sig med tiden
- att kunna nå doktorn.

## Primärvård

Primärvården är varken teoretiskt eller praktiskt ett otvetydigt begrepp. De praktiska förhållandena varierar liksom intentionerna med primärvården. Dessutom har den varierande roller och tonvikten läggs på olika saker i varje landsting (Socialstyrelsen, 2004c). Innebörden av begreppet har också förändrats över tid (SOU 1997:119). Från att tidigare ha betecknat en organisationsform inom öppenvården, d v s vårdcentralerna, representerar den idag den del av öppenvården som arbetar utan begränsningar beträffande sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver ett sjukhus resurser och kompetens (SOU 1997:119).

## Delaktighet

Liksom är fallet med andra begrepp, kan konsumenternas delaktighet ha olika betydelser för olika människor. De flesta av de offentliga dokumenten använder det i betydelsen 'möjlighet för den individuella patienten att påverka sin egen vård', d v s välja sin egen läkare eller välja vilken vård hon/han ska ha. Detta kan ses som ett begränsat sätt att ha inflytande. Konsumenternas delaktighet kan emellertid även användas i vidare bemärkelse, där konsumenten/patienten faktiskt får möjlighet att påverka hälso- och sjukvården i dess helhet, och inte bara sin egen vård. Patienterna kan ges möjlighet att påverka verksamheten/arbetet genom t ex konsumentnämnder. Ett annat sätt skulle kunna vara det som Ershammar & Wiksten (2002) föreslår, då de diskuterar vikten av att engagera konsumenten inte bara i verksamheten utan även i forskningen och utvecklingsarbetet. Författarna hävdar att konsumentnämnder inte är tillräckliga och framhåller vikten av att stärka konsumentens ställning och inflytande genom att erbjuda möjlighet att delta i alla aspekter av forskningsprocessen. Genom att

stärka konsumentens ställning utjämnas relationen mellan den överordnade forskaren och det underordnade forskningsobjektet. Det handlar om att uthålligt arbeta för en förändring av det ojämlika maktförhållande som råder mellan hälso- och sjukvården och patienten. Detta innebär också att professionella forskare ska utföra sin forskning *med* och inte *om* deltagarna.

## **Tillgänglighet**

Begreppet tillgänglighet används främst med innebörden att det ska vara lätt att komma i kontakt med vårdpersonalen, t ex genom generösa öppettider och telefontider. Begreppet används ibland även för att beskriva tillgången till olika typer av service, pålitlighet och förtroende (Socialstyrelsen, 2001).

## **Kontinuitet**

Begreppet kontinuitet inrymmer flera olika aspekter, t ex överföring av information, samarbete mellan olika vårdgivare och en sammanhängande hälso- och sjukvård. Stadigvarande läkarkontakt, dvs kontinuitet mellan en patient och en läkare betyder inom primärvården en kontakt som löper över en längre tidsperiod. Detta kallas ibland 'longitudinell kontinuitet'. Kontinuiteten mellan en läkare och en patient kan emellertid inte beskrivas enbart som en långvarig kontakt. Den innefattar även den stadigvarande läkarens kontinuerliga engagemang för patienten. För att understryka att kontakten mellan läkaren och patienten handlar både om en långsiktig och en förtroendefull relation, har begreppet 'personlig kontinuitet' blivit alltmer använt (Socialstyrelsen, 2003)