

Framtidens vårdbyggnadsstruktur

Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna
efter omställningen

CHARLOTTA THODELIUS
JENS WIDMARK
GÖRAN LINDAHL
ABDERISAK ADAM

RAPPORT FRÅN CENTRUM FÖR VÅRDENS ARKITEKTUR

Framtidens vårdbyggnadsstruktur

Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen

CHARLOTTA THODELIUS

JENS WIDMARK

GÖRAN LINDAHL

ABDERISAK ADAM

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2021

Framtidens vårdbyggnadsstruktur
Hälsa- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen

Charlotta Thodelius, Jens Widmark, Göran Lindahl, Abderisak Adam

ISBN 978-91-984300-0-4
© Centrum för vårdens arkitektur

En rapport från Chalmers Centrum för vårdens arkitektur
Publikation 2021:1

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Telefon +46 (0)31-772 1000

Tryck: Chalmers digitaltryck
Göteborg 2021

Förord

Projektet som redovisas i denna rapport har haft som mål att ta fram en nationell översikt avseende hur regionerna arbetar med ”omställningen till god och nära vård”, eller bara Nära vård, och hur användning av lokaler och byggnader diskuteras och hanteras i detta arbete.

Bakgrunden är den utveckling som sker där nya arbetssätt i vården avser bidra till att vården kommer närmare patienten och brukaren och att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre. Detta för i sin tur med sig strukturella förändringar i användning av vårdlokaler, något som påverkar större akutsjukhus, specialistsjukhus, närsjukhus och primärvården samt har effekter på vård i hemmet.

Syftet är att bidra till regionernas och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) arbete med omställningen till Nära vård. Ett långsiktigt syfte är att bidra till beslutsfattande och ge möjligheter till såväl vidare FoU-arbete som ökad samverkan mellan akademi, myndigheter och organisationer.

Målet, mer specifikt, med det arbete som presenteras i denna rapport var att ta fram en översikt av pågående utvecklingsarbete, hur det är organiserat och vilka beaktande som görs med avseende på lokalisering av vårdverksamhet och vilka lokal-, bygg- och fastighetsfrågor som är aktualiserade i detta. Arbetet kompletterar delvis det som bedrivs av regionerna och SKR redan idag, men som har större fokus på verksamhetsutveckling.

Projektets planering inleddes före pandemin med Covid-19 och dess påverkan på vår vardag. Arbetet i projektet har sedan genomförts inom ramen för den interaktion och de arbetssätt som varit möjliga. Samtidigt har pandemin satt igång anpassningar, utvecklingsarbete och nytänkande som delvis kan relateras till frågor som berör Nära vård. Pandemin har både försvårat och på sitt sätt bidragit till arbetet.

Arbetet har finansierats av Fastighetsrådet, dvs. regionernas FoU-fond för fastighetsfrågor, och bygger på samverkan med i olika grad samtliga regioner i Sverige för att få en bild av vilka satsningar, utvecklingsarbete, pilotprojekt och liknande arbete som genomförts. Såväl fastighetssidan som verksamhetsutvecklingssidan är berörda. Med finansiering från de 163 kommunerna inom FoU-fonden för kommunernas fastighetsfrågor, arbetar CVA, Chalmers, också med en motsvarande studie under 2020–2021 om hur omställningen till Nära vård påverkar behov och utformning av kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boende. Dessa två rapporter kompletterar varandra.

Projektet har genomförts av en arbetsgrupp vid Centrum för vårdens arkitektur, CVA, vid Chalmers tekniska högskola. Arbetsgruppen har bestått av Göran Lindahl, Charlotta Thodelius, Jens Widmark och Abderisak Adam. Vi tackar alla som bidragit från regionerna med inspel, enkätsvar och deltagande i intervjuer. Ur

allas olika delar får vi bidrag till en gemensam överblick för fortsatt utvecklingsarbete.

Göran Lindahl, professor, forskningsledare
Centrum för vårdens arkitektur
Chalmers tekniska högskola

Denna rapport är en del av Centrum för vårdens arkitekturs rapportserie. Centrum för vårdens arkitektur är en nationell arena för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA bedriver forskning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning. Forskningsfokus för CVA är arkitektur i relation till läkande, patientupplevelse och effektivitet.

För ytterligare information om CVA:s rapporter och aktiviteter, se vår hemsida:
<https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva>

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1. Introduktion..... | 7 |
| 2. Bakgrund | 12 |
| 2.1. God och nära vård | 16 |
| 3. Regionalt arbete i omställningen till Nära vård i projekt som berör vårdens lokal- eller fastighetsbestånd..... | 17 |
| 3.1. Västra Götalandsregionen..... | 18 |
| 3.2. Region Blekinge..... | 19 |
| 3.3. Region Gävleborg..... | 20 |
| 3.4. Region Kronoberg..... | 21 |
| 3.5. Region Skåne..... | 23 |
| 3.6. Region Stockholm | 23 |
| 3.7. Region Uppsala..... | 25 |
| 3.8. Region Västerbotten | 26 |
| 3.9. Region Örebro län..... | 27 |
| 3.10. Sammanställning av regionernas omställning till Nära vård | 28 |
| 4. Enkät- och fokusgruppsstudien | 31 |
| 4.1. Resultat | 35 |
| 4.2. Slutsatser av studien | 47 |
| 5. Sammantagen bild och avslutande kommentar | 51 |
| 5.1. Nuläget i korthet | 51 |
| 5.2. Utvecklingsarbete som behövs..... | 56 |
| 5.3. Hållbara investeringar | 59 |
| 5.4. Avslutande kommentar..... | 61 |
| 6. Referenser:..... | 63 |
| 7. Bilagor..... | 68 |
| 7.1. Bilaga A: Intervjumall..... | 68 |
| 7.2. Bilaga B: Enkät | 69 |
| 7.3. Bilaga C: Deskriptiv sammanställning av enkätsvar | 72 |

1. Introduktion

Startpunkt, upplägg och terminologi

Svensk vård är under förändring genom omställningen till Nära vård. Begreppet ”Nära vård” omsluter en rad olika företeelser och tar sin utgångspunkt i att vården behöver komma närmare patienten och brukaren. För att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, måste den kunna hantera den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett effektivt sätt. För att klara detta krävs en omställning i hela vårdkedjan. Detta får också som konsekvens en strukturell förändring från akutsjukhus till specialistsjukhus, närsjukhus och primärvården och relaterade effekter på vård i hemmet. Denna utveckling har också stor effekt på lokalisering och lokalanvändning vilket är denna rapportens fokus. Rapporten startar med introduktion och bakgrund, därefter följer en kartläggning som via ett avsnitt som rapporterar från enkät-fokusgruppsstudie leder fram till det sista kapitlet slutsatser.

Ett arbetssätt baserat på målet att komma närmare patienten och brukaren presenterades i rapporterna ”Effektiv vård” (SOU 2016:2) och ”God och nära vård. En primärvårdsreform” (2018:39). Även utredningarna ”God och nära vård - en gemensam färdplan och målbild” (SOU 2017:53) och ”Vård i samverkan” (SOU 2019:29) samt ”God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem” (SOU 2020:19) har behandlat ämnet och ger ytterligare bakgrund till arbetet med Nära vård. Utvecklingen av en Nära vård pågår idag i olika omfattning på kommunal, regional och nationell nivå. Vidare sker en utveckling av digital teknik och kommunikation som också påverkar den framtida vårdens organisering och lokalbehov. Högspecialiserad vård, HSV, kan numera bedrivas i hemmet där också samverkan mellan region och kommun blir aktuell. Sammantaget bidrar dessa nya krav och möjligheter till att vården behöver komma närmare patienten och brukaren, och det skapas ett rumsligt kontinuum från vård i hemmet till högspecialiserad vård på sjukhus.

Vad som också är viktigt att beakta är att Nära vård inte är en ny organisationsnivå eller en ny benämning på dagens primärvård. Nära vård beskrivs snarare som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är också den som brukaren kan ge sig själv (egenvården) samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. Målet, sammantaget, är att uppnå en bättre resurseffektivitet.

I rapporter och utredningar förekommer flera termer, ”God och nära vård”, ”omställningen” och ”nära vård”. I denna rapport används härefter ”Nära vård” genomgående för att beskriva det arbete som de ovan angivna SOU-rapporterna tar upp, nämligen den omställning som sker till nya arbetssätt och den organisering samt de anpassningar av lokaler och andra resurser som följer av detta. Genomgående används beteckningen SKR för Sveriges Kommuner och Regioner i

löpande text också för det som gjordes då organisationen hette SKL (Sveriges Kommuner och Landsting).

Rapportens syfte och mål

Målet med rapporten är att ta fram en översikt av pågående arbete avseende omställningen till nära vård. Fokus är hur vårdens lokaler och fastigheter berörs, hur det är organiserat och vilka beaktande som görs med avseende på lokalisering av vårdverksamhet, det vill säga vilka lokal-, bygg- och fastighetsfrågor som är aktualiserade i detta arbete. Rapporten kompletterar delvis det arbete som bedrivs av SKR redan idag (SKR, 2020b) och avser att kontextualisera det pågående utvecklingsarbetet i relation till vårdens lokaler och fastighetsbestånd. Eftersom omställningen till Nära vård innefattar en rad olika initiativ med olika huvudmän och organisatoriska roller så innebär detta att lokal- och fastighetsfrågor berörs i flera olika avseenden.

Frågan som guidat detta projekt är skenbart enkel:

Vad sker i regionerna med utgångspunkt i omställningen som påverkar lokalbehov direkt eller indirekt?

Målet har varit att ta fram en nationell översikt avseende hur regionernas arbetar aktivt med att de fysiska miljöerna ska ge stöd till verksamhetsomställningen till Nära vård, dvs. hur detta påverkar behov, utformning och användning av lokaler och byggnader. Syftet är att bidra till vård- och fastighetsorganisationernas samt SKR:s arbete med omställningen. Ett långsiktigt syfte är att bidra till beslutsfattande och ge möjligheter till såväl vidare FoU-arbete som ökad samverkan mellan akademi, myndigheter och organisationer.

Urvalet av intervjupersoner och regioner att studera är baserat på kontakter med samtliga regioner via dels en kontaktlista från SKR, dels uppföljande mailkonversation med kontaktpersoner. Personer som intervjuats har också valts via sökningar på regioners webbplatser för att finna kontaktpersoner kopplade till Nära vård. Urvalet kan betraktas som ett bekvämlighetsurval vilket används för att finna de respondenter som är villiga att delta och som är lättillgängliga.

(Denscombe, 2018) Denna urvalsmetod är fördelaktig vid mindre forskningsprojekt då det finns begränsningar avseende budget och tid. Samtidigt måste representativitet säkerställas genom att personer väljs från små respektive stora regioner, olika bakgrund etc., något som beaktats vid komplettering vid val av intervjupersoner.

I denna rapport behandlas således vårdens lokaler i relation till arbetet med Nära vård. Tanken bakom detta förhållningssätt är att presentera en schematisk överblick kring de olika aktiviteter, organisationer och samhällsenliga strukturer som påverkas av lokal- och fastighetsfrågan. Det bör här påpekas att rapporten inte fokuserar på begreppet Nära vård i isolation utan snarare försöker behandla

begreppet i relation till de fastighetsmässiga konsekvenser som uppstår för regionerna i omställningsarbetet. I vissa avseenden behandlas även andra lokalrelaterade konsekvenser som står utanför regionernas regi men vilka påverkar regionernas fastighetsbestånd och lokalanvändning indirekt.

En utgångspunkt, en utveckling i rörelse

I SKR:s rapport ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019” (SKR 2019e) redovisas utvecklingen mot Nära vård som en ”rörelse”;

- från sluten vård till öppen vård
- från akut och oplanerad vård till planerad vård
- mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård
- mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård
- mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser

Till ovan ska också läggas, som också noteras nedan, behovet av en ökad samverkan mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Studerar man ovan punkter i ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019” för att finna direkta konsekvenser för vårdens lokaler är det få eller inga kommentarer. En slutsats från en läsning av rapporten visar att det pågår ett utvecklingsarbete kring Nära vård, men att detta inte i någon större grad relateras till lokaler och byggnader. Då ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019” är en beskrivning av ett nuläge är det dock relevant att också här kommentera denna.

Under punkten ”från sluten till öppen vård” tas upp att; på grund av minskad användning av slutenvård, kortare medelvardtider så sker mer utanför sjukhusen och färre vårdplatser behövs. Dock finns en risk för överbeläggning vilket illustrerar såväl en organisatorisk/bemannings- utmaning som brist på alternativa lösningar i vårdens byggnadsbestånd. En situation som utmanats under pandemin då tillgänglighet till intensivvårdsplatser (IVA-platser) blivit en akut fråga att hantera.

Punkten ”från reaktiv till proaktiv vård” tar upp akutmottagningsbesök för äldre som en illustration till den Nära vårdens förmåga att ha ett proaktivt arbetssätt, vilket avses minska behovet av insatser vid akutmottagning och i slutenvård. Vidare tas upp frågan om att avlida i hemmet, också det en på sitt sätt rumslig fråga för vården.

Under punkten ”bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård” tas problematiken med utskrivning och samordning upp. En fråga som fysiskt berör vårdplatser, överbeläggning och samverkan mellan regioner och kommuner och därigenom också våra bostäder. Att notera är att primärvård är en vårdnivå med såväl kommunal som regional huvudman.

Avseende ”bättre tillgänglighet i den nära vården” nämns utmaningen med att den specialiserade vården och sjukhusens akutmottagningar inte alltid används till de vårdbehov de är specifikt avsedda för. Vidare är det under denna punkt som det digitala vårdmötet är betydelsefullt - ett möte som sker i vardagsmiljö. Avsikten är att ökad tillgänglighet till annan Nära vård ska avlasta sjukhusen.

Punkten ”hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser” är den punkt i rapporten som nämner det mest konkreta kopplat till lokaler och byggnader, nämligen fallskador.

Det kan konstateras att frågan om hur vården faktiskt ska vara fysiskt nära, eller närvarande i vardagen inte framgår i någon större utsträckning i ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019”. Inte heller behandlas hur vårdverksamhet fysiskt ska komma till uttryck i tätbebyggda områden respektive landsbygd.

Frågan om lokalers placering och utformning i relation till personalbehov, kompetensförsörjning, rekrytering och liknande utmaningar tas inte upp. Rekrytering och att personal stannar i en verksamhet torde dock i viss utsträckning också kunna kopplas till vårdmiljöns utformning. Region Uppsala beskriver, på sin webbplats, sitt mål avseende kompetensförsörjning på följande sätt:

”Hälso- och sjukvården är en spännande och innovativ miljö med attraktiva och hälsofrämjande arbetsplatser. Det är nyckeln till att behålla och locka framtida arbetskraft samt grunden för en hållbar kompetensförsörjning.”

Vidare togs det i ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019” upp betydelsen av att följa upp omställningsarbetet genom ”nationella uppföljningsmått”. Denna punkt är kort men den behandlar den fysiska representationen av vården, oavsett om det är storsjukhus eller mammografibuss i glesbygd, vilket torde ha betydelse för individens upplevelse av vården som ”tillgänglig och nära”. Hur detta ska mätas och vilka indikatorer som kan vara lämpliga behandlades inte i rapporten.

Närhet, som ofta används som term i ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019”, kan ha flera dimensioner. Det kan exempelvis handla om:

- geografisk närhet
- närhet i relationen mellan patient och professioner, och med aktörer i civilsamhället samt närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning
- olika aspekter av tillgänglighet, exempelvis genom olika angreppssätt som lokalisering respektive digitalisering

Samtliga punkter ovan har också en fysisk dimension som berör resor, väntrum, vårdens lokaler och byggnader, sjukhusbyggnader och områden som symboler etcetera.

Samverkan och standardisering

Ett återkommande tema i diskussionen kring Nära vård är fokus på samverkan mellan olika organisatoriska enheter och regionala områden. Samverkansbehovet har en påverkan på både omfattningen av fastighetsbeståndet såväl som utformningen av regionernas lokaler. Detta illustreras genom att vissa regioner har infört närmare samarbeten med kommunala aktörer (till exempel Borgholmsmodellen eller Hälsostaden Ängelholm) vilket inneburit att regionernas användning av sjukhuslokaler har minskat. I andra situationer har utformningen av lokaler berörts som följd av standardiseringsarbete och interna samarbeten mellan olika regioner. Exempelvis har Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Östergötland varit först ute med att införa IBD Home, ett applikationsbaserat självtest för patienter med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom, vilket senare introducerats i flera andra regioner (Insikt Medicin, 2020).

Här har standardiseringsorgan så som SIS (Svenska Institutet för Standarder) en väsentlig roll genom utvecklingen av standarder och minimikrav. Standardisering är bland annat relevant i avseende till e-hälsa och digitalisering där det är viktigt att finna gemensamma rutiner när det kommer till samordning av tekniknivå och begrepp (teknisk och semantisk interoperabilitet). Detta är ett arbete som prioriteras av regeringen, främst genom att bevilja finansiella medel till SIS i utformandet av standarder inom socialtjänstområdet, men även genom att ge uppdrag till E-hälsomyndigheten, som tillsammans med Vinnova framfört en plan för hur standarder inom e-hälsa ska förvaltas långsiktigt (Regeringskansliet, 2019). SKR bidrar till detta arbete, bland annat genom att delta i ett samarbete med Swedish Medtech och Inera AB, där fokus varit att gå från teori till praktik i fråga om implementeringen av diverse standarder inom e-hälsoområdet (SKR, 2019b).

Dock föreligger en stor del av arbetet utanför standardiseringsorganens domän och bärs av andra aktörer, däribland plattformar som möjliggör för kollegialt samarbete och kunskapsdelning. Exempel på detta är PTS Forum (Program för Teknisk Standard), som arbetar med att finna gemensamma rutiner för byggandet av vård- och hälsolokaler, där majoriteten av Sveriges regioner finns representerade (PTS Forum, 2020). Andra intressentgrupper inkluderar det nationella regionala FoU-samarbetet Fastighetsrådet, föreningar såsom Forum Vårdbyggnad, forskningsbaserade organisationer som exempelvis CVA (Centrum för vårdens arkitektur på Chalmers) och statliga organ såsom Boverket, som arbetar med regeringsuppdraget Arkitektur och gestaltad livsmiljö med deluppdraget ”Utveckla vårdens byggda miljöer”¹, och Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Det är följaktligen viktigt att betona samspelet mellan forskning, praktik och statlig förvaltning när det kommer till utvecklandet av ändamålsenliga lokaler och fastigheter i omställningsarbetet till Nära vård. Värdet av detta samspel betonas även av regeringens särskilda utredare Anna Nergårdh i

¹ <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/arbetssatt/vardens-miljoer/>

huvudbetänkandet ”God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem” (SOU, 2020:19), där även vikten av att involvera andra aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn uppmärksammas.

”Hälso- och sjukvården kan inte ensamt lösa dagens och morgondagens hälsoutmaningar. Determinanter för hälsa finns i alla sektorer.” (SOU, 2020:19)

Detta perspektiv är särskilt relevant när det gäller hälso- och sjukvårdssektorns lokal- och fastighetsbestånd, där intressenter inom bygg- och fastighetssektorn kan bidra till och stödja omställningsarbetet. Vikten av att involvera företrädare som representerar ett forskning- och fastighetsperspektiv lyfts fram specifikt i detta huvudbetänkande ”God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”:

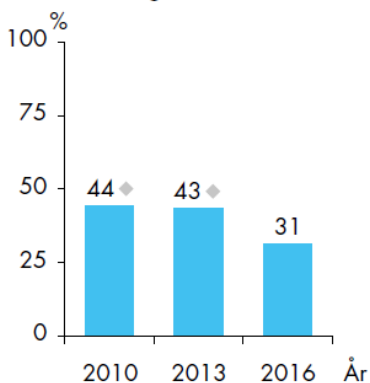
”Huvudmännen måste alltså utforma sina tidsramar för omställningen även utifrån andra områden än den rena kärnverksamheten, såsom till exempel FoU och fastigheter. För att göra detta krävs [det] att företrädare för dessa perspektiv finns med från start. Annars finns det en risk för investeringar i stora dyra byggnader, med stora klimatavtryck, samtidigt som vården flyttar ut från den traditionella sjukhusmiljön” (SOU, 2020:19)

2. Bakgrund

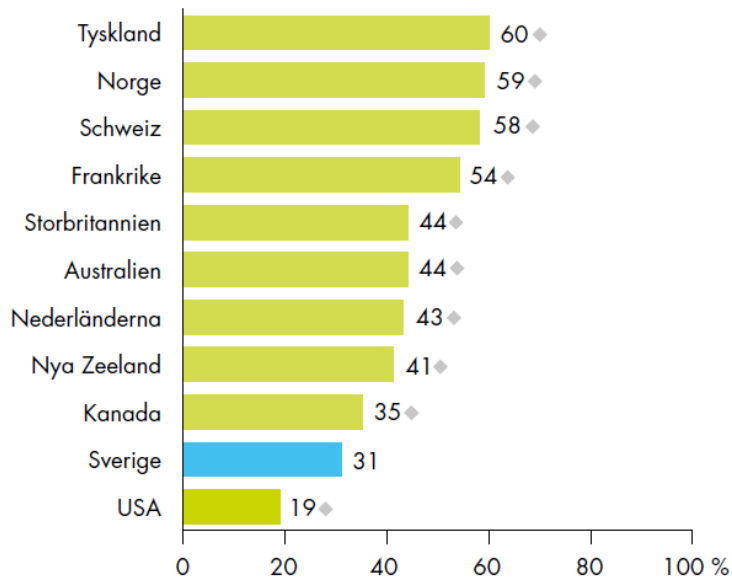
Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet står inför stora utmaningar de kommande åren till följd av ekonomiska påtryckningar, demografiska förändringar och utveckling av teknologiska innovationer (Region Uppsala, 2018). Sammantaget leder detta till ett behov av en anpassning eller omställning från sjukvårdens sida, där rådande arbetssätt behöver förändras och relationen mellan sjukvård och patient måste ses över. Förändringen, eller omställningen, innebär även att ett grundläggande reformarbete gällande vårdens struktur och organisation kan ses som nödvändigt. Bilden av att vården måste förändras, är en bild som även delas av befolkningen, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (se Figur 1), där enbart 31 % av de tillfrågade i Sverige anser att vården fungerar bra och att endast mindre förändringar krävs för att vården ska utvecklas (Vårdanalys, 2016).

Vilket av följande påståenden beskriver bäst din uppfattning om sjukvårdssystemet i Sverige?

Trend i Sverige, %



Andel som valt svarsalternativet: "på det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra och endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre"



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Figur 1. Uppfattning om hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige. Andelen som anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra och endast mindre förändringar krävs, samt trenden för Sverige mellan 2010 och 2016 (Vårdanalys, 2016).

Framtidens sjukvård innebär att vården i högre grad drivs av patienten själv, som i allt större utsträckning ansvarar för sin egen hälsa (Dagens Medicin, 2019b). Detta perspektiv, ofta benämnt *patientnära vård* eller *patientcentrerad vård*, kommer därmed ha konsekvenser för både hur vården organiseras och för de lokaler där vård utförs. I dagsläget syns även en trend, där individer rör sig ifrån den offentliga vården till privatvården. Allt fler privatpersoner tecknar privata vårdförsäkringar för att minska på sin kötid och även regionerna själva köper allt fler sjukvårdstjänster av privata aktörer (Ibid).

Samtidigt finns det ett högt förtroende för det svenska vårdssystemet i en internationell jämförelse. I SKR:s Hälso- och sjukvårdsbarometer (SKR 2019c) beskrivs situationen som att:

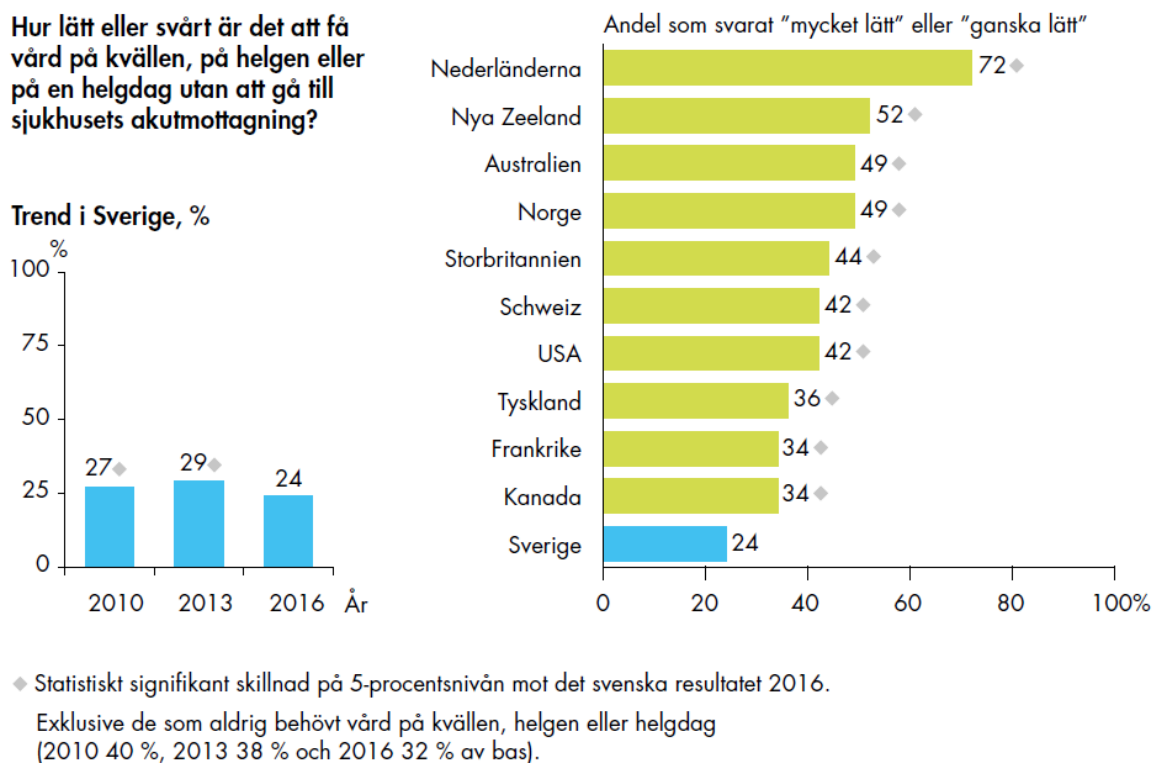
"Mer än åtta av tio invånare anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. I samtliga regioner instämmer mer än tre av fyra invånare att de har en god tillgång till vård."

Och att:

"Resultatet [av undersökningen] är i princip oförändrat jämfört med 2018 gällande invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. Likaså är resultatet stabilt för förtroende för hälso- och

vårdcentraler. Invånarnas förtroende för sjukhusen har ökat något, från 67 % till 69 %.”

Däremot så råder det fortfarande stor brist på tillgänglighet gällande vårdens öppettider på kvällar och helger i förhållande till ekvivalenta länder (Vårdanalys, 2016).



Figur 2. Tillgänglighet till vård på kvällar och helger utan att gå till sjukhusets akutmottagning (Vårdanalys, 2016).

Även i förhållande till antalet tillgängliga somatiska vårdplatser, har Sverige legat under genomsnittet (OECD, 2020). I en jämförelse med andra OECD-länder låg Sverige lägst med 2,0 somatiska vårdplatser per 1000 invånare. Detta kan sättas i kontrast till exempelvis Danmark (2,4), Norge (3,2) och Storbritannien (2,1). Dessa siffror har dock sannolikt påverkats till följd av Covid-19.

Enligt uppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB) hade investeringar i hälso- och sjukvården fördubblats över en tioårsperiod medan befolkningen lever i genomsnitt allt längre (Vården i siffror, 2019). Andelen yrkesverksamma svenskar har därmed minskat samtidigt som antalet äldre ökat vilket ställer betydande utmaningar för vårdens finansiering, då en procentuellt mindre andel skattebetalare ska bära en större ekonomisk börda. Motsvarande utveckling har skett i flertalet andra länder inom EU vilket medfört till att frågan om vårdens effektivitet har uppmärksammats även utanför Sveriges gränser (European Commission, 2018). Som ett svar på denna utmaning har ett antal utredningar

genomförts som fokuserat på vårdens effektivitet. Den mest framstående av dessa tidiga utredningar var Göran Stiernstedts utredning ”Effektiv vård” (SOU, 2016:2), som på uppdrag av regeringen undersökte hur hälso- och sjukvårdens resurser kunde användas på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.

Utredningen belyste utvecklingsområden och effektivitetsutmaningar som fanns inom sjukvårdssektorn, vilket mynnade ut i ett antal rekommendationer, däribland:

- inrättande av ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov,
- en förändrad organisering av vården för patienter med omfattande behov (speciellt där insatser från olika aktörer krävs),
- samt en förändring i arbetssätt och en förändrad arbetsorganisation för vårdssystemet som innebär att rätt kompetens utför rätt uppgifter.

Utredningens förslag syftade framförallt till att påverka strukturen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet där den nya inriktningen ”[...] går att sammanfatta med mer nära vård och en starkare primärvård” (SOU, 2016:412). Regeringen beslutade följaktligen att tillkalla en uppföljande utredning med särskilt uppdrag att, utifrån förslagen i den statliga utredningen ”Effektiv vård” (SOU 2016:2), stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Den nya utredningen leddes av Anna Nergårdh och gick under namnet ”Samordnad utveckling för god och nära vård” (SOU 2017:01).

”Nära vård innebär en vård som är mer flexibel, ofta mobil och att den möter patienten där den är såväl fysiskt som kognitivt. Omställningen innebär en kulturförändring och nya arbetssätt i hela hälso- och sjukvården. En ökad samverkan internt och med andra samhällsaktörer, i synnerhet länets kommuner, är en förutsättning. Om en förflyttning från vård på sjukhus till vård i öppna vårdformer ska vara möjlig, måste primärvården vara navet i den nära vården och det självklara första valet för invånaren.” (Region Örebro län, 2019).

Omställningsarbetet fastslogs behövas utföras parallellt med de demografiska förändringar som sker både inom och utom Sverige. En växande proportion av befolkningen utgörs av seniorer - en andel som förväntas öka kommande år och som också efterfrågar en större resursförbrukning än vad som tidigare krävts. Två samverkande faktorer kan anses förklara dessa förändringar, dels (1), den ökade andelen kroniska sjuka, vilka kommer behöva vård under längre tidsperioder än tidigare (Nordens välfärdscenter, 2019), och (2), den minskade proportionella andelen av yrkesverksamma skattebetalare i förhållande till befolkningen i sin helhet, vilket utmanar finansieringen av hälso- och sjukvårdstjänster.

I SKR:s ekonomirapport (2019a) beskrevs det ekonomiska tillståndet för den svenska sjukvården som kritiskt. I rapporten konstaterades att glappet mellan sjukvårdens kostnader och intäkter växer allt mer. Detta avstånd har tidigare kunnat hanteras genom intäktsökningar som genererats från främst skatter och markförsäljning, vilket var en lösning som fungerat under högkonjunktur. Emellertid tyder ekonomiska prognoser på att Sverige nu lämnar en period av högkonjunktur vilket kommer att kräva att betydande åtgärder tas för att säkerställa att hälso- och sjukvården inte blir lidande.

Ett effektiviseringsarbete för att täcka upp förlorade intäkter kommer i framtiden att krävas, enligt Ekonomirapporten (2019a). Det årliga intäktsglappet förväntas motsvara ungefär 20 miljarder kronor år 2020. Detta och andra frågor relaterat till utmaningar för vård- och omsorg diskuteras ingående och kommenteras i andra rapporter och statliga utredningar (exempelvis rapporter från SKR och SOU-rapporter som refererats till tidigare) och kommer därför inte ytterligare behandlas i denna rapport. Sammantaget visar de dock på en överskridande konsensus att-, hur-, och vilka demografiska förändringar som kommer att påverka sjukvårdssektorn. Det finns även i hög grad en överensstämmande bild av vikten att bemöta dessa förändringar genom den omställning till Nära vård som svensk sjukvård nu står inför.

2.1. God och nära vård

År 2017 tillsatte regeringen en särskild utredning med uppdrag att utifrån förslagen i ”Effektiv vård” (SOU, 2016:2) stödja landsting (regioner), berörda myndigheter och organisationer med målet att utveckla en modern hälso- och sjukvård som var jämlik, tillgänglig och effektiv med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Detta arbete har sedan dess genomgått ett antal revideringar och nya tilläggsdirektiv har tillkommit. Arbetet har utvecklats enligt följande ordning:

- (2017-06-07) Delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).
- (2017-09-21) Överlämning av tilläggsdirektiv (dir. 2017:97).
- (2018-06-01) Överlämning av delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).
- (2018-08-23) Utredningen tilldelade ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2018:90).
- (2019-06-05) Överlämning av delbetänkandet God och nära vård – Vård i Samverkan (SOU 2019:29).
- (2019-08-15) Utredningen gav ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2019:49).
- Utredningen överlämnade huvudbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Regeringen har genom ovanstående betänkanden och direktiv involverat intressenter i utvecklingen av en nationell plan för en *god och nära vård*. Utvecklingsarbetet har skett med utgångspunkten att nuvarande organisatoriska huvudmän kvarstår som de är i dagsläget, men att ett större samarbete kommer krävas mellan berörda organisationer, exempelvis mellan regioner och kommuner (Se exempelvis SKR:s webbplats samt flera av ovan SOU).

Omställningsarbetet mot Nära vård kommer att få effekter på lokalfrågor, detta som en direkt konsekvens av att sjukvårdens system och rutiner förändras och nya lokalbehov uppstår. Hur stor förändring detta kommer att innebära för sjukvårdens fastigheter och lokaler är oklart då det saknas specifika statliga eller regionala utredningar som fokuserar på just denna fråga. På ett övergripande vis adresseras frågan genom den statliga utredningen avseende "Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård" som genomförs 2019–2021 (Regeringen, 2019).

I rapporten "God och nära vård" (SOU, 2020:19) lyfts lokalfrågan som en av flera frågor som kommer att behövas tas i beaktning som en del av omställningsarbetet. Vikten av att skapa ändamålsenliga lokaler betonas i rapporten och ses som en stor del av förändringsarbetet. Det innebär bland annat att vårdcentraler kommer att behöva bli större då primärvården förväntas axla en större roll i framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Även så kallade virtuella vårdtrum förväntas behövas i en större utsträckning.

"Det kommer exempelvis att behövas större vårdcentraler med fler hälso- och sjukvårdsprofessioner än specialister i allmänmedicin och sjuksköterskor, specialiserade enheter och obemannade lokaler där invånare kan mäta och digitalt rapportera in värden till ansvarig vårdkontakt" (SOU, 2020:19)

Lokalfrågan berör fastigheter, framförallt sjukhusbyggnader och vårdcentraler. Den berör primärvården och sekundärt berörs även kommunala/privata lokaler (utökade apotek etcetera) samt ytterst i form av i privata boendemiljöer (där även äldreboenden och särskilda boenden anpassade för hemvård inkluderas).

3. Regionalt arbete i omställningen till Nära vård i projekt som berör vårdens lokal- eller fastighetsbestånd

I följande avsnitt presenteras ett antal framträdande exempel på regionernas arbete med lokal- och fastighetsfrågor kopplade till Nära vård. Sammanställningen är primärt framtagen genom en litteratursökning över tillgängliga publikationer från de olika regionerna. Utöver detta inkluderas även material som tillkommit utifrån söktermer som riktat sig mot indexerade sidor som funnits tillgängliga

under regionernas respektive webbplatser. I samtliga fall rapporteras enbart resultat som berör lokal- och fastighetsfrågan i anknötning till omställningsarbetet.

3.1. Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen (VGR) är en av de regioner som varit tidigt ute med att ställa om sitt arbetssätt utifrån Nära vård. Exempelvis var de först ute med att använda IBD Home, ett app-baserat självtest för patienter med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom (Insikt Medicin, 2020). Självtestet reducerade antalet sjukhusbesök vilket sparat tid för både patient och vårdgivare. Dessutom gav självtesten en större trygghet för patienterna, eftersom de kunde få tillgång till provresultat direkt. Detta har medfört att sjukvården kunnat upptäcka försämringar i patientens tillstånd tidigt och kunnat sätta in medicinska åtgärder snabbare.

I Göteborg utvecklas ett nytt specialistsjukhus i stadsdelen Högsbo, där fokus har varit att stödja omställningsarbetet till Nära vård genom att bland annat profilera sjukhuset mot dagkirurgi och möjliggjort för flexibla lokaler med hög tillgänglighet (VGR, 2017). Till exempel har det byggts sjukhuslokaler utifrån moduler för att åstadkomma en hög nivå av flexibilitet genom att använda separata vårdflöden och just-in-time (JIT)-leveranser. Detta har även inneburit ekonomiska besparingar och flexibilitet bland lokaler då lagerhållningsbehovet minskat. Dock finns det meningsmotståndare som anser att dessa typer av logistiska lösningar inte ämnar sig åt offentliga verksamheter eftersom tillförlitligheten reduceras - speciellt under extraordinära förhållanden. Den pågående Covid-19-pandemin har väckt kritiska röster, som menar att sjukvården inte ska förlita sig på JIT-leveranser när det kommer till läkemedel och viktig utrustning (Dagens Medicin, 2019a; Dagens Samhälle, 2020). Det kommer förmodligen krävas utredningar kring vilka situationer JIT-leveranser är lämpliga.

En ny klinik i Borås ska erbjuda ”sjukvård hem till dörren” med hjälp av mobila team och digitala verktyg. Initiativet är tänkt att leda till att patienter ska slippa spendera mer tid på sjukhus än nödvändigt och därmed undvika onödiga och krävande resor till och från sjukhus (VGR fokus, 2019). Detta anses bidra till en trygg och säker vård för dem som har behov av flera vårdgivare.

I Göteborg har även ett liknande projekt påbörjats där en hälsobuss ambulerar runt i stadsdelen Angered (SKR, 2020a). Bussen utgör ett exempel på hälsoverksamheter där vårdens lokaler är dynamiska och där vårdlokalen möter patienten. Syftet med hälsobussen i Göteborg är primärt att möta områdets barnfamiljer och även att erbjuda informationskampanjer i förebyggande syfte. Även tandvårds- och BVC-besök erbjuds. Bussen utgör en plats där det är möjligt för sjukvårdspersonal att föra enskilda samtal med patienter och föra dokumentation mellan besöken (Ibid). Projektet har mottagits positivt av både personal och invånare och har ansetts vara en lyckad insats inom kunskapspridning och hälsofrämjande för Angereds befolkning.

Mobila sjukvårdstjänster är något VGR arbetat särskilt mycket med. Utöver den standardhemsjukvård som erbjuds till de med komplexa besvär (se exempelvis, 1177 Vårdguiden, 2018) som behöver avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), erbjuder även VGR utökade hembesök till nyblivna föräldrar (VGR, 2018). Under 2018 påbörjades en satsning för att utöka hembesöken i utvalda områden i Göteborg. Barnfamiljer bosatta i dessa områden blev erbjudna sex hembesök av en barnhälsovårdssjuksköterska och en föräldrastödjare. Besöken var till mån för föräldrar som för första gången fått barn i Sverige. Initiativet var en del av ett familjecentrerat arbetssätt där VGR har samarbetat med Göteborgs Stad.

3.2. Region Blekinge

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Blekinge (2019) rekommenderade en omstrukturering av Blekingesjukhusets akutmottagning. I förlängningen förespråkades även ett införande av en närakut i Karlshamn, med argumentet att endast de akuta tillstånd som kräver sjukhusresurser bör nyttja sjukhusets akutmottagning. Rekommendationen betonar även att utbudet av vården inom regionen bör ge en jämlik tillgång till akutsjukvård och att samma vårderbjudande bör finnas tillgänglig i exempelvis Karlshamn som i Karlskrona.

För att klara av den ökande mängd besök som framtidens primärvård förväntas innebära så behöver närakuten identifiera de patienter som haft upprepade akuta behov och på så vis kunna erbjuda en fastare vårdkontakt och skapa en sammanhållen vård hos det ansvariga teamet på vårdcentralen. Detta kräver att framtidens närakut har en bredare kompetens än vad som finns tillgängligt i dagsläget.

Regionen framhåller att ”framtidens närakut ska vara den naturliga vägen till vården för den invånare som drabbas av akuta sjukdomssymtom” (Region Blekinge, 2019) för att på så vis minska belastningen på akutsjukhusets redan begränsade resurser. En mobil akutsjukvård med exempelvis läkarbilar planeras utgå från Närakuter där det ska finnas kapacitet till att skicka akuta- eller fasta team, alternativt personal från vårdcentraler om behov uppstår. Förändringen innebär att Närakuten kommer att behöva erbjuda en mer komplicerad diagnostik och röntgen. Även andra typer av akuta undersökningar och behandling av mindre komplexa frakturer – delar av patientverksamheten som annars hade behövt gå via akutremiss till sjukhusakuten, behöver tillhandahållas.

För att kunna genomföra ovanstående förändringar krävs att regionens nuvarande fastighetsbestånd ses över. Regionen har utfört en verksamhetsbeskrivning som utgår från lokalbehoven som finns i befintlig verksamhet och det som kommer att krävas för att uppnå de eftersökta förändringarna. Det förs en diskussion gällande nuvarande fastighetsbestånd och om det kan byggas om och uppfylla de uppsatta målen eller om nybyggnation krävs. Nackdelen med att renovera befintliga fastigheter belyses även:

"Nackdelen med att ta gamla akutmottagningens lokaler i bruk (efter ombyggnad/renovering) är att det kraftigt begränsar och ytterligare fördyrar möjligheten att i framtiden skapa en närakut med vårdplatser i direkt anslutning då det inte kommer att gå att bygga om/till när verksamheten väl är igång i lokalerna" (Region Blekinge, 2019).

Regionen har beslutat att samlokalisera verksamheter och säkerställa att det är öppet även nattetid. För att åstadkomma detta krävs lokaler som har en direkt ingång i anslutning till en framtida närakut och som kan se till att obehöriga inte får inträde till intilliggande sjukhus, vilket lett till att det gjorts övervägande i fråga om en utökning av antalet lokaler. Antalet vårdplatser i akutmottagningen ska utökas (förslagsvis från 6 till 15 vårdplatser) samt att en utökning av vårdplatser kräver att ytterligare lokaler tillgängliggörs för patienters kök/matsal. För att kunna åstadkomma en samlokaliseringsplan krävs det att förutom utökning av vårdplatser att primärvårdsavdelningen ges utrymme för observationsplatser med kapacitet för övervakning. Om dessa krav inte kan uppnås i den befintliga fastigheten krävs det att en ombyggnation sker i nuvarande dagakutens lokaler och där skulle de utökade vårdplatserna tillkomma så att verksamheten kan samlokaliseras.

Säkerhet är en ytterligare faktor som behöver tas i beaktande avseende närakuter, då en sådan verksamhet kräver utökad säkerhet i form av personliga överfallslarm till personalen, tillgång till ordningsvakter, där ordningsvaktens närvaro under natten är ett krav, samt att övervakningskameror sätts upp i lokalerna krävs tillståndsprocesser och att rutiner finns på plats som kan hantera detta.

Det förslag som tagits fram kring närakuten i Karlshamn är att den nyttjar gamla dagakutmottagningens lokaler vid Blekingesjukhuset i Karlshamn. Där finns det redan tillgång till egen entré, reception/triagerum, 13 bedömningsrum, ett väntrum, ambulansintag och andra faciliteter (saneringshall, dusch för patienter). Att nyttja denna lokal bedöms vara mer kostnadseffektivt än att bygga nytt, speciellt med tanke på att lokalen stått tom sedan 2016 och tidigare använts som både akutmottagning, jourcentral och dagakutmottagning. Däremot behöver lokalen genomgå ett stort renoveringsarbete men detta arbete beräknas genomföras snabbare än en eventuell nybyggnation av en Närakut (Region Blekinge, 2019).

3.3. Region Gävleborg

Sedan 2015 har det funnits en bedömningsbil dygnet runt i Los med omnejd, ett glest befolkat (350 invånare) område i Ljusdals kommun. Bedömningsbilen har samma typ av utrustning som en ambulans, men saknar bår (Region Gävleborg, 2020). Projektet med bedömningsbil initierades för att lösa bristen på tillgänglighet av akutfordon i orten samt för att skapa kontinuitet och trygghet för de boende. Innan detta projekt startade fanns en dagambulans stationerad, men eftersom ambulanssjukvården tillämpade en så kallad gränslös dirigering innebar detta att

ambulansen användes för uppdrag som ägde rum utanför Losområdet efter att en patient lämnats på sjukhus. Avståndet till närmsta sjukhus är långt, vilket innebar att ambulansen under större delar av dagen inte fanns tillgänglig i Los. Denna problematik låg till grund för att ersätta dagambulansen med en bemannad tjänst som bestod av ambulanssjuksköterska i en bedömningsbil som verkade dygnet runt (SOU, 2020:19). Syftet var att kunna använda bedömningsbilen för att utföra akuta insatser medan ordinarie ambulans eller helikopter larmades.

Utöver detta erbjöds läkarstöd via telefon, antingen via Färila hälsocentral på dagtid eller via Familjeläkarjouren Ljusdal under jourtid. Bedömningsbilen startade som ett projekt men övergick till att bli en del av den ordinarie verksamheten år 2018. Totalt finns det i dagsläget åtta ambulanssköterskor och arbetet utförs i samverkan mellan Region Gävleborgs primärvård och Ljusdals kommuns hemsjukvård. Initiativet har mottagits positivt av ortens invånare och har resulterat i att 89 % av tillfrågade har svarat att de känt sig ”trygga eller mycket trygga med bedömningsbilen” (Region Gävleborg, 2020).

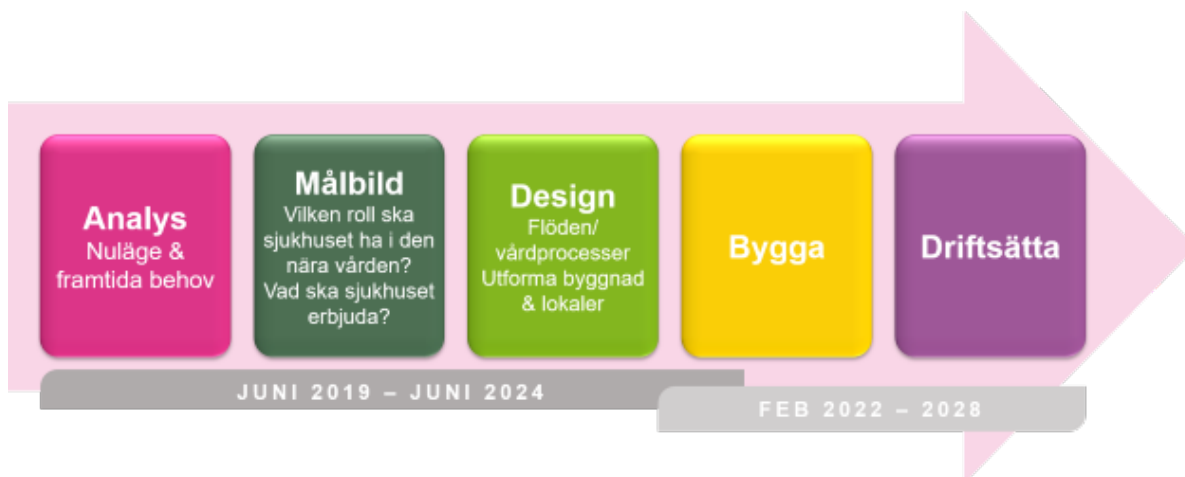
Bedömningsbilen utgör ett gott exempel på en satsning där vårdens resurser använts för att ge en nära och jämlik vård. Användandet av bedömningsbilen har även inneburit en tryggare hemgång för patienter, en bättre möjlighet till uppföljning, ett lägre behov av att utnyttja sjukhusets lokaler samt färre onödiga resor till akuten eller annan sjukhusvård.

3.4. Region Kronoberg

Ett nytt sjukhus planeras i Växjö och beräknas kosta 4.9 miljarder kronor (Region Kronoberg, 2020a). Beslutet kom efter att en förstudie övervägt kostnaderna och fördelarna med att bygga ett nytt sjukhus mot alternativet att fortsätta att bygga om och till det befintliga sjukhuset.

”En bärande del i Region Kronobergs utvecklingsstrategi för hälso- och sjukvården, och även i utvecklingen nationellt, handlar om att stärka den nära vården – att mer sjukvård ska erbjudas utanför sjukhusen, till exempel på vårdcentraler och i hemmiljö. Detta blir en viktig förutsättning som påverkar utformningen av ett nytt sjukhus.”
(Region Kronoberg, 2020b).

Byggprocessen förväntas starta 2023 med planerad driftsättning av byggnaden år 2028 (Region Kronoberg, 2020b). Målbilden i figur 3 innehåller en punkt som nämner sjukhusets roll i relation till Nära vård. Denna målbild utvecklades i en demografisk analys på uppdrag av regionen, där den potentiella befolkningsökningen och dess konsekvenser prognosticerades och ställdes i relation till det nya sjukhuset och antalet vårdplatser som kan tänkas behövas i det (Region Kronoberg, 2019).



Figur 3: Illustration från Region Kronoberg som visar på byggprocessen för Växjö's planerade sjukhus (Region Kronoberg, 2020b).

I analysen av nuläge och framtida behov beaktades förändringar som uppkommer ur omställningsarbetet till Nära vård, så som digitaliseringens utbredning och hemmets förändrade roll i sjukvårdssystemet. Frågan om lokalbehov nämns även och beskrivs enligt följande:

"Omställningen till nära vård och digitaliseringen förväntas på sikt att få stor bäring på det nya sjukhusets vård-innehåll liksom lokalbehov. Det första steget i arbetet med att ta fram ett ändamålsenligt förslag till dimensionering, där kapacitet står i proportion mot förväntat vårdbehov, är att på en övergripande nivå prognosticera befolkningens framtida vårdkonsumtion utifrån historisk utveckling" (Region Kronoberg, 2019).

Rapporten presenterar olika scenarioanalyser där den primära analysen byggd på en så kallad "basprognos" som utgår ifrån vårddata från Region Kronoberg och befolkningsstatistik från SCB (Region Kronoberg, 2019). Tillväxten i regionen prognosticerades sedan med hjälp av den genomsnittliga årliga tillväxten per capita under tidsperioden 2009–2018. I analysen justerades det för befolkningsökningen och den förändrade åldersstrukturen. Det lyftes även fram historiska trender berörande vårdproduktion och konsumtion och hur dessa förändrats, även inom öppenvård "liksom fördelat på akuta/oplanerade respektive planerade vårdtillfällen/besök" (Ibid). Detta basscenario kompletterades efteråt med andra scenarioanalyser där bland annat potentiella effekter av omställningen till Nära vård betraktas. Exempelvis presenterades ett scenario där "digitalisering och nära vård" förväntas leda till 10 % färre besök i övrig specialiserad öppenvård och primärvård.

3.5. Region Skåne

Region Skåne (2014) antog en utvecklingsstrategi under namnet ”Det öppna Skåne 2030”, efter omfattande dialoger med regionens medborgare, vilket kom att påverka civilsamhälle, näringsliv, sjukvårdssektor och annan offentlig verksamhet. Målet med strategin var att uppnå en större grad av öppenhet, pluralism, kännetecknad av hög tolerans och hög grad av delaktighet i gemensamma samhällsfrågor. Målbilden som lyftes fram i strategin sammanfaller till viss del med den nationella omställningen till Nära vård avseende regionens hälso- och sjukvård. Ett viktigt område berör regionens vård- och omsorgsinsatser, med fokus på att stödja invånare med kroniska sjukdomar och andra i hälsorelaterade riskgrupper. I enlighet med den nationella utvecklingen erbjuds ”en god och trygg äldreomsorg där den enskildes självbestämmande och välbefinnande är i fokus” (Region Skåne, 2014). Regionen framhåller vikten av att utveckla en så kallad *nätverkssjukvård*, som har för avsikt att ge de mest sårbara i samhället en direkt tillgång till den vård och omsorg som de behöver när de behöver den.

Ett nationellt uppmärksammat koncept inom Region Skåne är ”Hälsostaden Ängelholm”, ett pågående projekt med mål att bedriva bästa möjliga vård i Ängelholm (Hälsostaden, 2020a). Hälsostaden är ett pilotprojekt som sker i samarbete mellan kommun, primär-, och specialistvård. Det är därmed ett konkret exempel på en omslutning där flera olika aktörer/huvudmän samverkar för att erbjuda invånarna en god och effektiv vård. Projektet påbörjades år 2013 och drivs under namnet Hälsostaden Ängelholm AB, ett så kallat joint venture mellan Region Skåne och de privata företagen Peab Sverige AB och Wihlborgs Fastigheter AB.

Projektet utgår ifrån ett patientcentrerat synsätt i form av tillgänglighet för befolkningen samt placering- och utformning av sjukvårdslokaler. Bland annat har hänsyn tagits gällande närhet till stadens centrala delar, tillgång på parkeringsplatser samt avstånd till tåg- och bussanslutningar för kollektiva transportalternativ. Det är främst en enkel form av närsjukvård och framför allt öppenvård som premierats, där samlokalisering med andra samhällsfunktioner ses som en del av konceptet.

”Miljön ska vara levande och främja möten mellan människor med olika bakgrund, kultur och ålder. Dessutom ska byggnaderna inte vara något fristående, utan de ska ha en koppling till samhället.” (Hälsostaden, 2020b)

3.6. Region Stockholm

Stockholmsregionen räknas som en av Europas snabbast växande storstadsregioner, vilket också medför ett växande vårdbehov. För att möta detta behov genomför Region Stockholm en av de största satsningarna någonsin inom

hälso- och sjukvården med målet att leverera mer vård, bättre lokaler och nya arbetsmetoder.

Inom arbetet för framtidens hälso- och sjukvård betonar Region Stockholm vikten av att hälsoarbetet bör bedrivas på den vårdnivå som är mest effektiv - och i den mån det är möjligt av en vårdgivare i nätverk med öppenvården. Tre helomfattande mål har satts upp inför år 2025 som handlar om (1) hög tillgänglighet, (2) god kvalitet och delaktighet, samt (3) hög effektivitet (SLL, 2020). För att uppnå ovanstående mål har regionen genomfört ett antal reformer i både utbudet av sjukvårdstjänster kopplade till regionens sjukhus och i utformningen av regionens vård- och hälsolokaler. Under den senare kategorin återfinns bland annat nio nya närakuter som byggts ut inom Region Stockholm och där en tionde planeras att färdigställas under 2020 (SLL, 2019b).

Förändringen av sjukvården i Region Stockholm innebär att viss vård kan utföras utanför akutsjukhusen och att regionen kan erbjuda akut medicinsk dagvård och konsultationer med inriktning att stödja en Nära vård. Denna företeelse, där vården utförs inom öppenvård istället för slutenvård, kallas för *poliklinisering* och utgör en väsentlig del av framtidsplanen för hälso- och sjukvården i regionen (SLL, 2019a). Det innebär bland annat att allt fler operationer kan utföras på närsjukhus och på så vis undvika att belasta akutsjukhusens resurser, som i regel är betydligt mer kostsamma. En sådan utveckling kan iakttas inom exempelvis allmän kirurgi och gynekologi.

Ett antal stora strukturförändringar har genomförts i regionen (SLL, 2019b), vilket bland annat mynnat ut i ett nytt högspecialiserat sjukhus, Nya Karolinska Solna (NKS). På NKS har stora delar av vården flyttats ut till vårdformer verksamma utanför akutsjukhuset genom att:

- det akuta omhändertagandet strukturerats om,
- den prehospitla vården omstrukturerats och byggts ut,
- regionens digitala närvaro/tjänster har utökats,
- geriatrikverksamheten har byggts ut,
- det i dagsläget pågår det en utveckling av den digitala infrastrukturen inom programmet FVM (framtidens vårdinformationsmiljö).

Omställningsarbetet i regionen påverkar dess vårdlokaler. Som följd av förändringen förväntas fler större vårdcentraler behövas ”med fler hälso- och sjukvårdsprofessioner än specialister i allmänmedicin och sjuksköterskor, specialiserade enheter och obemannade lokaler där invånare kan mäta och digitalt rapportera in värden till ansvarig vårdkontakt” (SLL, 2019b s. 21). Regionen arbetar även med att utveckla formerna för den vård som tillhandahålls av hälso- och sjukvårdsprofessioner utanför vårdcentraler. Nya utvecklingsmodeller kring övergången mellan primär- och slutenvård behöver också utvecklas, framförallt

frågor rörande direktinläggning för definierade patientgrupper behöver utarbetas. Likt andra regioner, framhåller Region Stockholm behovet av tydligare samordning och koordinering med andra delar av den Nära vården, till exempel barnmorskemottagningar, barnvårdscentraler, ungdomsmottagningar, hemsjukvård, närakuter och öppenvård inom övriga medicinska specialiteter.

Lokal- och fastighetsfrågan berördes i RUFS 2050 (Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen år 2050) under rubriken "Lokalisera utbudet till behoven" (Tillväxt- och regionplaneförvaltningen, 2018). Här beskrevs hur offentliga lokaler kommer att behöva användas mer flexibelt för att nå ett så stort antal invånare som möjligt. I detta innefattas hälso- och sjukvårdens lokaler, men även andra platser, till exempel inrättande av hälsorådgivning i en öppen förskola. Rapporten framhöll att dessa lokaler behöver planeras utifrån invånarantal och andra relevanta aspekter som till exempel områden med låg tillit.

3.7. Region Uppsala

Region Uppsala är en expansiv region med populationstillväxt. I deras omställningsarbete mot Nära vård har fokus varit på att utveckla den typ av vård som har en hög grad återkommande patienter. Inom regionens strategi föreslogs bland annat ett namnbyte av regionens vårdcentraler så att de istället kallas för hälsocentraler. Detta för att betona verksamhetens inriktning mot hälsa och helhetsansvar, till skillnad från tidigare där verksamhetsansvaret enbart berört behandling av sjukdomstillstånd. Därav följer en förändring över hur mottagningarnas ytor nyttjas där fokus nu ligger på att skapa "gemensamma arenor" för att underlätta samarbete (Region Uppsala, 2018).

"Med fördel kan närmottagningen kombineras med inrättande av så kallade hälsorum där det kan förmedlas allmän och lokalt utformad hälsoinformation fysiskt eller digitalt. En stor fördel vore om kommunala tjänster erbjöds i anslutning till mottagningen. Exempelvis skulle hemtjänsten kunna nyttja lokalerna för viss verksamhet. Gemensamma arenor underlättar samarbete. Utredningen har valt att inte föreslå vilka tätorter där det bör finnas en närmottagning. Förslaget är att Region Uppsala arbetar vidare med frågan i dialog med primärvården, länets kommuner och patient- och brukarföreträdare. "
(Region Uppsala, 2018).

Vården ska flyttas närmare patienterna i form av geografisk- och social tillgänglighet. Vidare diskuteras inom regionen om en vård som upplevs vara nära genom att patienter får större möjlighet att delta i sin egen vård och bli behandlade av personal som känns igen. Regionen var tidiga med att införa egna system för videomöten för distanserad verksamhet och var först ute med att ha ett digitalt system för patientmöten, fullt integrerat med det egna journalsystemet (Cosmic). Nya vårdcentraler i regionen byggs utifrån ett Nära vård-perspektiv. Detta yttrar

sig bland annat genom den grad av flexibilitet som byggs in i vårdcentralernas lokaler. I Almunge har det exempelvis nyligen byggts en vårdcentral. Den har rests i en plats som är centralt placerad, i anslutning till ”busstorget” och i närheten av en skola. Utöver den geografiska dimensionen har den nya vårdcentralen även anammat idén om flexibilitet när det kommer till vårdlokalernas funktionalitet. Lokalerna innefattar cirka 1000 kvadratmeter och ger möjlighet till flexibel användning av rummet (Läkartidningen, 2018).

3.8. Region Västerbotten

Region Västerbotten har arbetat intensivt med digitalisering av vårdens processer (Läkartidningen, 2020). Bland annat har det införts digitala vårdrum, där patienter ges möjlighet att ta egna prover och få hjälp med vårdkontakt på distans. Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman har utvecklats till ett internationellt forskningscentrum med ett stort globalt nätverk. Centret specialiserar på innovativa vårdlösningar och har fått motta flera pris för det sätt som de förbättrat vård i glesbygdsområden. Det arbete som utförs i Västerbotten har inspirerat många andra regioner, bland annat Region Skånes projekt ”Läkarstöd på distans” (Innovation Skåne, 2020). I relation till Nära vård-omställningens påverkan på fastigheter och lokaler är tre projekt i Region Västerbotten särskilt intressanta; de virtuella vårdrummen i Slussfors, digitala läkarkontakter på SÄBO samt minskad lagerhållning med stöd av drönare.

Termen ”virtuella rum” används inte exklusivt för att beskriva vårdverksamhet utan har även använts inom andra sektorer tidigare och inbegriper den digitala mötesplats som uppstår tillfälligt när två eller fler personer har kontakt via digitala media, med eller utan bild (Lindahl et al., 2020). Ett virtuellt vårdrum är en definition av rum ämnade för telemedicin, eller annan form digital teknik som gör det möjligt att från avlägsen ort erbjuda medicinska tester, behandling och vård för patienter i exempelvis glesbygd.

I Slussfors, utanför Storuman, finns ett virtuellt vårdrum som fått stor medial uppmärksamhet och beröm (Sveriges Radio, 2017; Dagens Nyheter, 2015). Patienter har där möjlighet att få stöd med att exempelvis ta blodprov, hörselprov, blodtrycksmätningar samt utföra vissa mätningar helt på egen hand. Provresultaten finns därefter tillgängliga för både patient och sjukvårdspersonal och skickas vidare till ansvarig läkare via en videokonferensanslutning. Denna process minskar patienters transportsträcka (i vissa fall uppemot 60 mil) och gör det möjligt för läkare att diskutera eventuella behandlingar på distans. De virtuella vårdrummen i Region Västerbotten har inspirerat flera andra regioner att anamma liknande lösningar och har lett till en utökning av virtuella vårdrum till sju andra orter i Västerbotten samt ytterligare en ort i Norrbotten (Sveriges Radio, 2017).

Regionen har även påbörjat ett projekt kring införande av digitala läkarkontakter med fokus på särskilda boenden (SÄBO). Detta projekt inkluderar den digitala vårdgivaren KRY, forskningsinstitutet RISE samt sju kommuner inom

Västerbottens län. Den patientgrupp som berörs är framförallt äldre patienter och patienter med svåra kroniska sjukdomar. Projektet startades under hösten 2020 och finansieras av Vinnova. Det förväntas pågå i sex månader och inkludera uppemot 200 patienter i Södra Lappland. Det primära syftet är att undersöka huruvida den läkarbrist som i dagsläget hanteras med hjälp av stafettläkare istället kan hanteras genom att kombinera en fysisk- och distansbaserad samverkan för att på så vis möjliggöra för ökad trygghet, kontinuitet och involvering i behandlingsprocessen av patienter på SÄBO.

Region Västerbotten har varit tidigt ute med att testa drönarbaserade lösningar inom den offentliga vården med fokus på leveranser av läkemedel i glesbygden. Projektet utförs av Glesbygdsmedicinskt centrum i samarbete med Chalmers tekniska högskola som utvecklat en drönare som kan frakta blodprov, läkemedel och lättare utrustning. Dessa transporteras över en 60 km lång sträcka till regionens hälsorum i inlandet. Det första testområdet består av Slussfors och sjukstugan i Storuman. Projektet finansieras av Energimyndigheten som beviljat 6,2 miljoner kronor till detta ändamål (Läkartidningen, 2019; Sveriges radio, 2019).

Genom att använda drönare i större skala kan lagerhållning minimeras och på så vis även den byggnadsareal som krävs inom vårdens lokaler. Drönares potentiella effekter på framtidens vårdlokaler är således indirekta och bidrar till att minska på lokalernas byggnadsyta. Att finna nya logistiska lösningar kommer att bli allt viktigare, inte minst för landets glesbefolkade regioner.

En motsvarande lösning till Region Västerbottens exempel har testats i större skala i avlägsna landområden i bland annat Rwanda där ett amerikanskt drönarföretag (Zipline) numera säljer och tillhandhåller drönare som levererar blod mellan avlägsna områden med bristande infrastruktur (Svenska Dagbladet, 2019). Dessa lösningar har visat sig vara kommersiellt gångbara och tyder på att drönarteknologi kan komma att utgöra en bestående del av framtidens vårdsystem.

3.9. Region Örebro län

Under 2020 öppnade den nya akutmottagningen i Örebro universitetssjukhus (USÖ). Det pågår satsningar på både specialistsjukhuset och den övriga sjukvården i regionen med att utveckla nya arbetsmetoder och erbjuda mer avancerad teknisk utrustning. Regionen betonar, liksom många andra, att delar av lokalerna på USÖ är byggda för många år sedan och lämpar sig inte för den typ av verksamhet som behövs i nuläget. Anpassning av sjukvårdens lokaler görs för att klara kraven på framtidens sjukvårdslösningar där ”framtidssäkring och flexibilitet” ses som centralt i projekteringen av ombyggnationsprojektet (Region Örebro län, 2020).

Regionen har gett invånarna möjlighet till digitala vårdmöten på specifikt utvalda mottagningar. Med mobil-applikationen *Digital mottagning* kan patienter utföra videobesök från sin mobiltelefon eller surfplatta (Region Örebro län, 2019).

Projektet påbörjades inom Ungdomsmottagningen, Medicinmottagning 1 och på en vårdcentral men har senare fortsatt som en del av ordinarie verksamhet. Under 2019 utökades digitala återbesök till att även inkludera övriga vårdverksamheter inom regionen. Detta har nu nått ett 20-tal mottagningar som nu etablerat digitala återbesök. Utvecklingsarbetet riktas i dagsläget mot att etablera en digital vårdmottagning som även berör nybesök inom primärvården. Fokus ligger på att erbjuda insatser för patienter med såväl somatiska som psykiska besvär. Målet med projektet var att möjliggöra för digitala vårdmöten och på så vis öka tillgängligheten för invånarna.

3.10. Sammanställning av regionernas omställning till Nära vård

I kartläggningen av regionernas omställning till Nära vård ter sig lokalfrågan vara sekundärt behandlad på respektive regions websidor och i uttalanden i media. Naturligtvis är fokus i omställningen primärt på verksamheten och dess framtida organisering och utveckling utifrån detta nya vårdperspektiv. Lokalfrågan är dock samtidigt en central punkt i omställningsarbetet till Nära vård även om detta inte uttrycks konkret. Ordet *nära* (i upplevelse av vården) är återkommande kopplat till avstånd och lokalisering och hur brukarna ska möta vården. Genom en förändrad organisation förändras också lokalbehoven och nya strukturer uppstår. Trots detta saknas det i stor utsträckning konkret uttalade planer kring hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor kommer att behandlas inom regionerna kopplat till Nära vård. I flertalet fall nämns enstaka meningar om att lokalfrågan bör lyftas men utan någon vidare konkretisering om hur lokalfrågan faktiskt kommer att behandlas i detalj. Istället är det vårdverksamhetens perspektiv som dominerar, genom att verksamhets- och organisatoriska förändring i vårdprocesserna presenteras. Kartläggningen visar att de effekter på fastigheter- och lokaler som beskrivs kopplat till omställningen till Nära vård främst avser dimensioner av digitalisering, utökad samverkan, mobila lösningar samt logistiklösningar (tabell 1).

Tabell 1: Hur omställningen till nära vård påverkar vårdens lokaler och fastigheter.

| Dimension Relevant faktor | Regionala satsningar Exempel från regionerna | Lokal och fastighetspåverkan Beskriver kopplingen till vårdens lokaler |
|-------------------------------------|--|---|
| Digitalisering | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Virtuella vårdrum (Slussfors i R Västerbotten, även R Norrbotten, Jämtland, VGR) | Virtuella vårdrum minskar på sjukhusens lokalbehov, kräver dock flexibla modullösningar (Lindahl et al., 2020). Motsvarande ökning i användning av primärvårdens lokaler. |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobila applikationer (IBD Home i VGR, videomöten R Örebro län) | Mobila applikationer som möjliggör får digitala vårdbesök minskar på akuta sjukhusbesök. Mobil självmonitorering minskar på den plats som upptas av teknisk utrustning. |
| Ökad samverkan | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrerade vårdssystem (Hälsostaden i Ängelholm, Borgholmsmodellen) | Bättre resursfördelning mellan regional och kommunal vårdförfarande vilket bidrar till mer optimala lokalförsörjningsplaner. |
| Mobila lösningar | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobila vårdbilar/bussar (Angereds hälsobuss (VGR), mobil öppenvårdsmottagning (R Stockholm)) | För vårdens lokaler till brukaren istället för det motsatta. Representerar en fragmentation av vårdens lokaler. Minskar på vårdbesök och ökar tillit/tillgänglighet. |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobila hembesök (Hembesök för nya föräldrar i VGR) | Vården erbjuds i brukarens hem. |
| Logistiklösningar | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Just in time (JIT) (Högsbo Specialistsjukhus i VGR) | Minimering av lagerhållning och JIT leveranser. |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drönare i leveranskedjan (R Västerbotten drönarprojekt) | Minskar på lagerhållning i vårdlokaler (gynnsamt i glesbygd med långa avstånd) och reducerar nödvändig byggnadsarea. |

Från ett praktiskt perspektiv, handlar fastighetsfrågan om huruvida vårdlokalernas yta ska utökas eller minimeras, och hur de enskilda rummen ska dimensioneras och utformas för att möjliggöra en Nära vård. Enligt utredningen ”God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem” (SOU, 2020) är det viktigt att betona att nya sjukhusbyggen behöver utformas utifrån ett för Nära vård gemensamt synsätt. I annat fall finns risken att det byggs onödigt komplexa och dyra sjukhus med stora klimatavtryck som inte tar i åtanke den förflyttning av verksamhet som sker från sjukhus till primärvård. Därtill behöver samverkan och

samverkansformer analyseras för att se hur de kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet. Genom att fastighetsfrågan lyfts i SOU:n (2020), så borde det även vara av stor vikt att involvera vårdverksamheten och regionala byggherreorganisationer i det pågående omställningsarbetet för att utveckla strukturella frågor. I annat fall finns risk att det investeras i onödigt stora och komplexa byggnationer, när en mer flexibel lösning vore mer kostnadseffektiv. Även andra intressentorganisationer inom byggsektorn och framförallt inom vårdbyggnade, torde kunna bidra i detta arbete.

Frågorna ovan kan också relateras till arbetet med den statliga utredningen avseende ”Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård” som genomförs 2019–2021 (Regeringen, 2019).

Utformningen av framtidens vårdlokaler är komplex, eftersom det inte bara handlar om att ta hänsyn till de regelverk som finns kring diverse minimikrav, såsom nivå av renlighet, ventilationsfrågor och ergonomi. Det handlar även om att utforma flexibla byggnader, som stödjer ett framtida arbetssätt, där dels vårdens lokaler utnyttjas effektivt, dels genom bemötande av arbetsmiljörelaterade krav – såväl ergonomiska som säkerhetsrelaterade. Med omställningsarbetet till Nära vård tillkommer ytterligare en dimension, ”närhet”, där framförallt vårdlokalernas flexibilitet, grad av mobilitet och geografiska placering berörs. Vill man detaljera det ytterligare så behöver en rad krav och behov hanteras, bland dessa finns olika kravnivåer för ventilation, tillgång till vatten/avlopp, hållfasthet i konstruktionen (golv, väggar och tak), takhöjd, säkerhetsmässigt, elkapacitet, uppkoppling mot internet och telefonnät, medicinska gaser, förvaringsmöjligheter, samverkan med distansvård, tillgänglighet, hälsofrämjande design, estetik, dagsljus och belysning, inne/ute, sekretess, robusthet, klimatskydd, smittskydd och städbarhet, omställningsbarhet (från vad till vad?), arbetsmiljö, akustik, samband, logistik och flöden etc. Frågor som delvis finns idag men som i relation till Nära vård aktualiseras från ett annat perspektiv och ska appliceras i lokaler som kan vara både decentraliserade från sjukhusstrukturer, ombyggda kontor och bostäder, före detta butiker etc.

Framtidens hälso- och sjukvårdssystem kommer således att innebära en rumslig, organisatorisk och teknisk/digital omfördelning av vårdinsatser, kombinerad med en förändrad demografisk uppsättning. Detta kommer dels att innebära en fragmentering av de olika instanser där vården bedrivs, dels en ökning av antalet intressenter. Från akutsjukhus till primärvård. Från ett system där lokaler och fastigheter utgjort navet till ett system där digitalisering, mobila sjukvårdsteam, hembesök, egenvård med kontinuerlig övervakning, virtuella vådrum och nya logistiska metoder för att leverera medicin och sjukvård spelar en allt större roll.

Reformarbetet som pågår inom vården innebär att det nu finns en möjlighet till att utveckla inte bara nya arbetssätt, utan även nya vårdlokaler som främjar en nära

och flexibel vård, vilket lyfts fram i ”God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem” (SOU, 2020):

”Samt att vi i dessa pågående och planerade stora byggnadsprojekt riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör. I stället för att ta tillfället i akt och använda dessa tillfällen till att – i samverkan – utveckla nya flexibla och hållbara vårdbyggnader.” (SOU, 2020).

Omställningsarbetet kommer även innebära en överflyttningseffekt på andra fastigheter och lokaler utanför sjukvården. Främst eftersom hemsjukvården förväntas utgöra en viktig del av framtidens vårdssystem, där fastighetsbolag med såväl lokaler som bostäder, privata som offentliga, kan komma att få ansvar för att se till att boendemiljön och lokalerna stödjer hemsjukvård. Förskjutningen till den privata bostaden antas även påverka logistik, vilket kan innebära att exempelvis gårdar med portkod utformas så att leveranser av läkemedel kan ske obehindrat. Ökningen av mobila team kommer också att påverka behov av parkering, tillfartsvägar, decentraliserade personalutrymmen etc. Under 2018 genomförde ett antal intresseorganisationer och företag (Sveriges Arbetsterapeuter, Tamro och Hyresbostäder Norrköping) tillsammans med Kairos Future en framtidsstudie kallad ”Nära liv – Nära vård”. I studien behandlades hemsjukvård där även vikten av en boendemiljö som främjar Nära vård betonades, och behovet av att ”våra bostäder och hem klarar av att möta kraven för framtidens nära liv - nära vård” (Dagens Samhälle, 2019).

4. Enkät- och fokusgruppsstudien

För att komplettera rapportens inledande inventering av arbetet i regionerna gällande pågående projekt, genomfördes en mindre empirisk studie baserad på enkäter och fokusgruppsintervjuer. Syftet var att identifiera hur det pågående arbetet är organiserat, hur samverkansfrågor behandlats samt vilka lokal-, bygg- och fastighetsfrågor som aktualiserats i det pågående arbetet och vilka frågor som antas aktualiseras framöver. Genom att välja några frågor och låta respondenterna fördjupa sig kring dessa i en fokusgrupp, så gavs det möjlighet att ställa följdfrågor. Detta gjordes även för att ge utrymme för ett kunskapsutbyte mellan respondenterna samt hitta eventuella diskrepanser mellan det som beskrivs på regionernas webbplatser ur ett vårdverksamhetsperspektiv och det som görs i relation till fastighetsutveckling.

För att genomföra studien samlades det in ett primärmaterial (i form av förenkät och intervjuer) och ett sekundärmaterial (SKR:s enkät om regionernas investeringar i hälso- och sjukvårdens fastigheter under sommaren 2020). Genom att triangulera ett syftesspecifikt material (primärdata) med ett redan insamlat material (sekundärdata) i analysen, möjliggjordes både en jämförelse mellan de tre olika datakällornas utfall (Hammersley 1992) samt ett sätt att fånga både

kollektiva och specifika erfarenheter hos respondenterna (Dahlin-Ivanoff & Holmgren 2017; Layder 2018)².

Urval av respondenter och insamling primärdata: Respondenterna kontaktades via e-post, med en förfrågan om att delta i fokusgruppsintervjuerna. De identifierades dels genom en kontaktlista från SKR, dels via sökningar på regioners webbplatser för att finna personer kopplade till Nära vård. Totalt 21 respondenter ställde sig positiva till ett deltagande och urvalet kan därmed beskrivas som ett bekvämlighetsurval. 14 av dessa kom från fastighetssidan och 7 från vårdverksamhetssidan, 16 av de som intervjuades hade en strategisk roll. Detta kan medföra att det finns en viss konformationsbias i urvalet, där vi fångat kunskap och erfarenheter från de aktörer som redan har ett stort intresse i frågan, antingen på individ- eller chefsnivå. Intervjugruppernas uppdelning, på grund av möjlighet i deltagande, orsakar även en snedfördelning i de olika intervjuerna i förhållande till antalet deltagare per region. Detta har givetvis också medfört en påverkan på hur samtalen utvecklats och därmed också tyngden i de olika lägesbeskrivningar och åsikter som framträder i studien samt vilka slutsatser som kan dras från studien som helhet.

Fokusgruppsintervjuerna hade till syfte att samla in den kollektiva förståelsen av ämnet (Dahlin-Ivanoff & Holmgren 2017:83), genom att respondenterna fick diskutera utifrån sina olika regioner, hur de arbetar och förhåller sig till olika faktorer relaterade till omställningsarbetet. Totalt genomfördes fyra fokusgruppsintervjuer samt tre enskilda intervjuer. De enskilda intervjuerna var inte inplanerade från början, utan kom till som följd av att det blev av- och ombokningar i de planerade fokusgrupperna. Förutom respondenterna, deltog två till tre projektmedlemmar från CVA vid fokusgruppsstillfallet för att säkerställa validiteten på studien, genom att minst två tog fältprotokoll som senare jämfördes och samanalyzerades. I tabell 2 återfinns vilka som var närvarande vid de olika intervjutillfällena.

² Det kan dock vara så att samma personer har ingått i urvalet för både primär- och sekundärdatainsamlingen, men att det skulle ha påverkat utfallet i någon särskild riktning är inte sannolikt eftersom båda datamaterialen syftar till att skapa en nulägesöversyn. Värt att notera är också att år 2020 påverkades flertalet inom regionernas personal relaterad till vården av effekter av Covid-19 pandemin vilket också kan ha påverkat vilka som haft tid eller att delta.

Tabell 2: Genomförande av fokusgrupper.

| | 20-10-08 | 20-10-16 | 20-10-22 | 20-10-23 | 20-11-11 |
|-----------------|--------------|-------------|----------|----------|--------------|
| Regioner | Gotland | Kalmar | Uppsala | Kalmar | Östergötland |
| | Halland | Skåne | | | Västerbotten |
| | Kronoberg | Västmanland | | | Norrbottn |
| | Värmland | | | | |
| | Östergötland | | | | |
| CVA | GL | | GL | | GL |
| | CT | CT | CT | CT | CT |
| | JW | JW | JW | JW | JW |

GL = Göran Lindahl, CT = Charlotta Thodelius, JW = Jens Widmark

Den intervjumall som användes vid både de enskilda- och fokusgruppsintervjuerna utgick från tre olika teman med underliggande semistrukturerade, öppna frågor. Syftet med de öppna frågorna var att stimulera en diskussion kring lokalanvändning, lokalförsörjning och lokalutveckling i samband med omställningsarbetet mot Nära vård ur flera olika infallsvinklar (se bilaga 8.1). Innan intervjutillfällena medverkade respondenterna i en mindre förberedande enkät. Förenkäten, som innehöll tio frågor, syftade till att skapa en uppfattning om respondenternas specifika erfarenheten och kunskap (jfr. Yin 2009:42). Enkäten innehöll både fasta frågor (där respondenten anger ett eller flera alternativ) samt frågor där respondenten skattar betydelsen av en viss faktor genom så kallade likertskalor (se bilaga 8.2 för enkäten och 8.3 för sammanställning av svaren).

Frågorna till intervjumallen och enkäten utformades från den sammanställning av regionernas arbete med omställningen till Nära vård samt hur omställningsarbetet påverkat vårdens lokaler och fastigheter (avsnitt 3.10, tabell 1 i rapporten).

Varje fokusgruppstillfälle pågick i cirka 90 minuter och genomfördes digitalt via Skype. Valet att intervjua digitalt kan ha bidragit till två primära begränsningar i studien.

För det första, kan tiden ha påverkat enskilda respondenters samtal och kunskapsutbyte negativt, genom att de valt att inte utveckla vissa resonemang (känt att de inte vill stoppa upp samtalet). *För det andra* kan den digitala lösningen ha påverkat interaktionen negativt, genom att det digitala rummet gör det svårt att tillfullo läsa av interaktioner, samspele och kan leda till en osäkerhet gällande de olika funktionerna i det digitala mötesrummet (jfr. Deakin & Wakefield, 2014).

I förlängningen kan detta ha gett en negativ effekt på respondenters engagemang och deltagande i samtalen beroende på andra deltagares initiativtagande och sätt att föra samtal. Det digitala mötesrummet möjliggör på så sätt för deltagare att anta en mer passiv roll i förhållande till det fysiska mötet vilket därmed medför en

risk att nyttiga instick och synvinklar på diskussionsfrågorna förloras. Styrkan med de digitala intervjuerna är möjligheten att inkludera fler deltagare över en större geografisk yta, utan att det innebär resor eller förflyttningar (framförallt under förhållanden då avrådan mot resor och sociala samlingar är i bruk). Även tidseffektiviteten med att arbeta digitalt kan vara positiv och öka deltagandet, eftersom respondenterna både före och efter intervjun kan återgå till ordinarie uppdrag utan att behöva förflytta sig mellan två olika lokaliteter.

Ytterligare en begränsning, eller rättare sagt utmaning med den här typen av explorativ studie är att den inte bara fångar det kollektiva och det specifika, utan ibland även kontinuumet mellan det objektiva (i termer av tjänstepersonsperspektiv) och det subjektiva (personliga åsikter). Detta kan dels förklaras av att olika positioner inom en organisation kan sitta på olika typer av kunskap eller uppfattningar, dels av att frågan om hur Nära vård ska implementeras/organiseras inte alltid är professionellt grundad utan ibland blir privat. I resultatredovisningen har vi, trots detta, valt att genomgående hänvisa till respondenterna som deras regioner, vilket gör det viktigt att komma ihåg att svaret representerar en regionsrepresentant inte regionen som helhet.

Sekundärdata: SKR skickade ut en enkät till landets regioner i juni 2020 gällande ”Regionernas investeringar i hälso- och sjukvårdens fastigheter”. Syftet var att samla in data för tre olika sammanhang och att göra detta samordnat.

Intressenterna i detta utskick var dels CVA och det projekt som rapporteras i denna rapport, dels den statliga utredningen, ”Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård” samt Fastighetsrådet, via SKR, som avsåg samla data till rapporten ”Regionernas fastighetsinvesteringar”.

De data som kom in re-analyserades genom ett urval av fyra frågor som berörde investeringar, samverkan och övergången till nära vård, nämligen:

- *Fråga A2:* Redovisa de fem största planerade investeringar i vårdbyggnader. Redovisa typ av vårdverksamhet, tidplan och belopp för beslutad investering (kronor).
- *Fråga B6:* Hur beaktas Nära vård i regionens investeringsplan?
- *Fråga B8:* I vilken utsträckning samverkar regionen med andra regioner inför/kopplat till investeringar i vårdbyggnader?
- *Fråga C3:* Hur förbereder ni ert fastighetsbestånd för kommande förändringar, Nära vård och andra initiativ?

Frågorna A2 och B6 valdes för att kartlägga regioners vilja/ovilja att investera i nuläget. B8 valdes för att se om frågan om investeringar lett till samverkan kring fastighetsprojekt, vilket skulle underlätta en samlokalisering eller samutnyttjande. C3 valdes för att skapa en bild av hur regionerna på en generell nivå förbereder arbetet med fastigheter till Nära vård.

Dessa fyra frågor användes för att komplettera primärmaterialet genom att skapa en regionövergripande sammanställning över fastighetsinvesteringar, eftersom förenkäten och intervjun riktade sig till enskilda tjänstepersoner och deras specifika verksamheter. 18 av 21 regioner hade svarat på SKR-enkäten; Norrbotten, Gävleborg och Kronobergs svar saknades, vilket ger en svarsfrekvens på 85,7 %. Svarsfrekvensen ses därmed vara tillräckligt hög för att kunna göra en trovärdig sammanställning för generalisering (jfr. Jones, 1996).

Analys: Analysen av förenkäten och SKR:s enkät kom att ligga till grund för att beskriva *hur* det ser ut, genom att göra en deskriptiv analys av frekvenser och medelvärden på enkätfrågorna (Nolan & Heinzen 2014:3). Fältprotokollen från intervjuerna analyserades med en deduktiv innehållsanalys (Bergström & Boréus 2005:43–88), med syfte att ge en förklaring till enkätsvaren. Intervjuernas bidrag blev så att säga att förklara *varför* utfallet ser ut som de gör.

Fältprotokollen från intervjuerna transkriberades och kodades i två steg, där den första kodningen genomfördes utifrån intervjumallens tematiserade frågor och den andra kodningen var för att möjliggöra en tolkning av meningsbärande faktorer och identifiera processer (Silverman 1993). Det handlar, så att säga, om att synliggöra ”vad som finns mellan raderna” (*latent* uttalanden), med det tydligt sagda (*manifest* uttalanden) genom att jämföra olika uttalanden med varandra och tolka dess innebörd (Bergström & Boréus 2005).

Validiteten och reliabiliteten (trovärdigheten och överförbarheten) i studien får därför bedömas utifrån datainsamlingsmetoderna, hur väl resultatet står sig i förhållande mot den tidigare genomgången av regionernas arbete (kapitel 3 i rapporten) samt hur väl respondenterna känner igen sig i resultatredovisningen.

Resultaten av de båda enkäterna samt panelgruppsintervjuerna vävs nedan samman och utgår från fyra olika rubriker, först introduceras resultatkapitlet med en summering av fördelar, nackdelar, möjligheter och utmaningar med omställningsarbetet i nuläget. Därefter redovisas resultaten kring frågor om samverkan och begreppsdefinition i förhållande till arbetsprocesser och nivåstyrning. Vilket följs av analyser kring lokalers betydelse för Nära vård, nu och i framtiden: användning, förvaltning och flexibilitet, innan resultatredovisningen avslutas med reflektioner kring omställningsarbetets överspillningseffekter.

4.1. Resultat

I intervjuerna framkom att de olika regionerna som deltog hade, av olika skäl, kommit olika långt i arbetet med omställning till Nära vård. Cirka hälften uppgav i förenkäten att de hade ett eller flera goda exempel på hur de arbetade med omställningsfrågor i nuläget. I intervjuerna framkom att i några fall hade arbetet med Nära vård integrerats med redan pågående projekt. I andra fall har diskussioner precis inletts, eftersom arbetet tidigare överskuggats av andra projekt,

saknat konkreta direktiv/inriktningsbeslut eller haft brist av behovsanalyser och förstudier.

Vid intervjutillfällena blev detta tydligt. Bland annat lyfte Region Gotland fram att arbetet var nyligt initierat: ”I går var första gången vi diskuterade kopplingen mellan god vård och lokaler, innan dess så har vi inte lyft den kopplingen på en högre nivå”. Medan, till exempel Region Skåne, hade integrerat Nära vård i ”Framtidens hälsosystem”, där alla verksamheter ska arbeta med en Nära vård-princip (se även avsnitt 3.5).

På frågan om hur och om diskussionen om omställningen till Nära vård har påverkat fastighetsfrågor, framkommer i förenkäten (tabell 3) att förändringar av fastighetsbeståndet främst har diskuterats på en tjänstemanna-, och på en strategisk politisk nivå samt att strategiska diskussioner främst förts kring digitalisering och e-hälsa. Diskussioner om Nära vård upplevs inte konkret ha påverkat fastighetsinvesteringar eller diskussioner om fysisk samlokalisering.

Tabell 3: Fråga 7 i förenkäten. Upplever Du att diskussioner om omställningen till nära vård har: (Markera 1 = ja, 2 = nej, 3 = vet ej). Enbart svarsalternativ JA redovisas nedan i % och antal.

| | |
|---|---------------|
| Har påverkat fastighetsinvesteringar? | 21 % (n = 3) |
| Har lett till diskussioner om förändringar av fastighetsbeståndet på en strategisk politisk nivå? | 79 % (n = 11) |
| Har lett till diskussioner om förändringar av fastighetsbeståndet på en tjänstemannanivå? | 93 % (n = 14) |
| Har påverkat arbetet med FUP (fastighetsutvecklingsplan)? | 57 % (n = 8) |
| Har lett till diskussioner av nya former av fysisk samlokalisering inom verksamheten? | 36 % (n = 5) |
| Har diskuterats på strategisk nivå i relation till digitalisering och e-hälsa? | 79 % (n = 11) |

Samtidigt verkade det finnas en utmaning med att arbeta med fastighetsfrågor och Nära vård, dels genom en otydlighet gällande vilken typ av fastighetsbestånd som krävs för framtiden, som en deltagare från Region Kalmar län sa ”[Det är en] utmaning att kunna förutse vad som händer i framtiden. Regeringsuppdraget till exempel innefattar att mindre vård ska ske, trots det kommer att ske en ökning av kontroller/screenings. Det är motstridiga bud”. Men även eftersom ”nya och gamla tankar samsas i processen, kompromisser för att undvika konflikter. Vi måste hitta ett sätt att jobba kort- och långsiktigt samtidigt” (Region Uppsala).

Dessa ingångar i diskussionen, både att arbeta med motstridiga bud och att försöka undvika konflikter, kan förklara den variation som förekommer bland de planerade fastighetsinvesteringarna i regionerna (fråga A2 och B6 i SKR:s enkät).

Bland dessa fastighetsinvesteringar står Region Skåne för den största summan, med över 20 miljarder kronor i planerade och startade fastighetsprojekt. Detta står ut jämfört med de andra regionerna där Region Värmland har näst störst fastighetsinvestering med strax över 7 miljarder kronor i ett stort projekt kring Centralsjukhuset i Karlstad. Projektet har en tidshorisont på mellan 10- och 15 år innefattande nybyggnationer, renoveringar samt rivningar av sjukhuslokaler utefter uppskattat behov. På motsatt sida av spektrumet fanns Region Örebro län som inte hade någon planerad investering i vårdbyggnader (se figur 4). De har redovisade behov i lokalförsörjningsplaner och i ”fysisk utvecklingsplan för investeringar”, men beslut om dessa dokument var inte fattade vid tiden för SKR:s enkätundersökning.

Den genomsnittliga investeringsplanen för de deltagande regionerna låg på ungefär 2,7 miljarder kronor. Denna summa är dock inte representativ för hela landet då regioner såsom Skåne och Värmland drar upp värdet avsevärt, samt att sammanställningen inte heller tar hänsyn till investeringsplanens tidsdimension. Det vill säga, de fem största investeringarna kan ha redovisats för en tvåårsperiod eller för en 10-årsperiod. Medianinvesteringsvärdena står Region Jönköping och Region Västmanland för, vilket kan ses som starkare beskrivningar för läget nationellt, någonstans mellan 580- och 680 miljoner kronor i planerade investeringar i de fem största projekten³ (jfr. Fitzgerald & Fitzgerald, 2013: 99–102). Eftersom dessa summor endast motsvarar de fem största investeringarna så kan de inte anses ge en helt rättvis bild över regionernas Nära-vård-investeringar eftersom dessa även kan återspeglas i mindre och mer utspridda investeringar över hela verksamheten. Denna representation får istället läsas som en återspeglning av hur regionerna investerar i fastigheter under den närmaste framtiden vilket därmed kan påverkas av omställningen till en Nära vård. Inför fortsatt arbete med Nära vård behöver också regionerna ta fram, dokumentera och redovisa den variation av investeringar som görs för att kunna få en rättvisande bild. Troligen behöver även förvaltningsåtgärder och underhåll, och möjligen det som ingår i posten ”Tillsyn, skötsel och felavhjälpan underhåll” i Fastighetsnyckeltal 2019 (SKR, 2019d), ingå för en komplett bild av fastighetsekonomiska konsekvenser av Nära vård. Möjligen ska också en sammanställning av konsekvenser på inhyrning och lokalkostnader som konsekvens av samverkan med kommuner kartläggas. Materialet finns idag i regionerna men sammanställs och presenteras inte med ovanstående detaljeringsgrad utanför den direkt berörda verksamheten.

Flera regioner gav i SKR-enkäten sken av att befinna sig i stiltje angående beaktning av Nära vård i investeringsplanerna och det återfanns ett par exempel där utredningar pågår kring hur övergången till Nära vård kan anpassas i investeringar. Bland annat har Region Blekinge under ett par års tid genomfört en utredning kring detta, men inget underlag hade ännu tagits fram vid tidpunkten för

³ Noteras ska att de regioner som inte svarat på enkäten redovisas med ett 0-värde, tillsammans med Region Örebro län, som uppgett att de inte har några planerade investeringar i nuläget.

SKR:s enkätundersökning. Detta påpekas vara en stressfaktor för regionen då de står inför ett renoveringsbehov av sina lokaler. Regionerna Halland och Gotland genomför även de utredningar kring hur Nära vård ska beaktas i investeringsplanerna framöver.

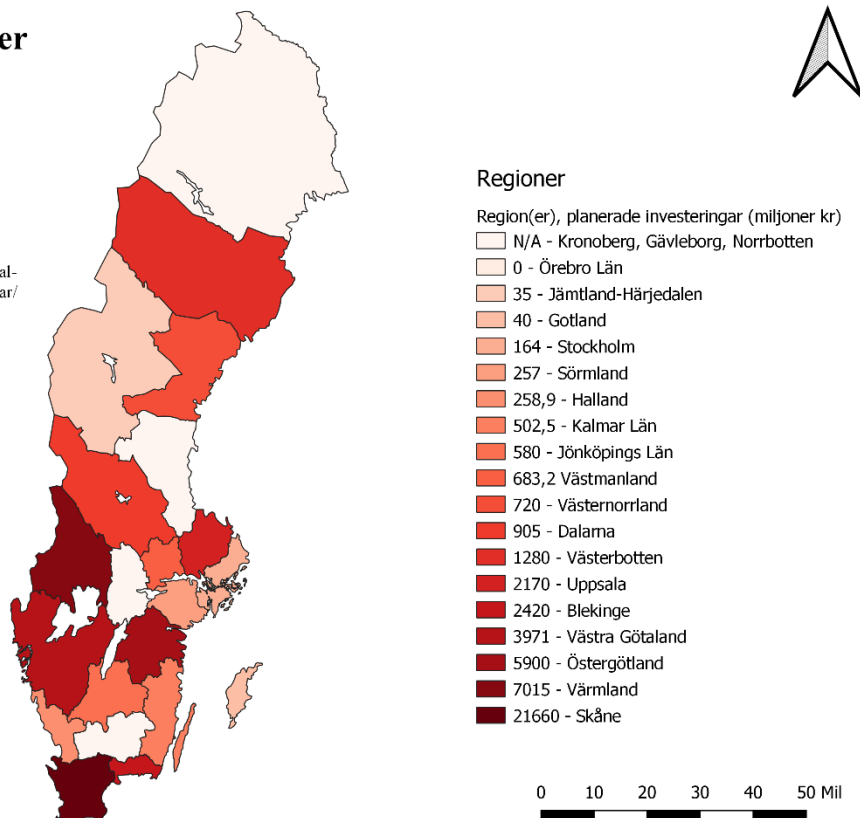
Utöver detta var den sammantagna bilden från SKR-enkäten att det främst handlat om diskussioner kring hur Nära vård kan förekomma i investeringsplaner, men inte som konkreta mål. Samtal genomförs bland annat tillsammans med representanter från vården och politiken samt under inspel från Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen. Inom Region Uppsala och Region Jönköpings län finns budgeterade poster för arbete med Nära vård, men någon specificering mot fastighetsinvesteringsplaner var ännu inte gjord. Det är Region Örebro län och Region Skåne som sticker ut ur mängden något med mer tydliga exempel på aktiva prioriteringar i FUP (fastighetsutvecklingsplanerna) (Örebro) samt inom målbilden "Framtidens Hälsosystem" (Skåne). Region Värmland har tagit hänsyn till Nära vård i deras stora investeringsprojekt kring Centralsjukhuset i Karlstad. Hälften av de svarande regionerna beskrev situationen som antingen otydlig, oklar eller att ingen hänsyn tas till Nära vård i nuläget i förhållande till fastighetsinvesteringar.

Sveriges 21 regioner

Summa av de fem största planerade fastighetsinvesteringarna inom varje region.

Källa: SKR-enkät "Regionernas investeringar i hälso- och sjukvårdens fastigheter"

© Statistiska centralbyrån (SCB)
<https://www.scb.se/hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/regionala-indelningar/digitala-granser/>



Figur 4. Beslutade belopp för framtida investeringar inom regionerna. 2020

Resultatet från förenkäten visade att arbetet i nuläget skattades i ungefär lika stora delar till att förknippas med möjligheter (53 %) som med utmaningar (47 %) av

respondenterna (förenkäten fråga 3). Fördelarna med omställningsarbetet som identifierades (fråga 2) var att omställningen till Nära vård skulle vara tids- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren (38 %) och/eller för organisationen/verksamheten (28 %). I ett försök att identifiera likheter och skillnader mellan de respondenter som förknippade Nära vård-omställningen med möjligheter respektive utmaningar, gjordes en korstabulering mellan förenkätens fråga 2 och 3. Eftersom fråga 2 gav respondenten möjlighet att ge två svar, så beräknades det utifrån olika svarskombinationer, till exempel att respondenten valt A och B-alternativet (tabell 4).

Tabell 4: Korstabell fråga 2 och 3 i förenkäten. Kolumnprocent. (n = 15).

| | Möjligheter | Utmaningar | Totalt |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Tids- eller kostnadseffektivt för organisationen/verksamheten (A) samt tids- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren (B) | 37,5 % (n = 3) | 71,4 % (n = 5) | 53,8 % (n = 8) |
| Tids- eller kostnadseffektivt för organisationen/verksamheten (A) samt hälsofrämjande (E) | 12,5 % (n = 1) | - | 6,7 % (n = 1) |
| Tids- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren (B) samt nära vård är en förutsättning för en jämlik vård i landet (D) | 25 % (n = 2) | 14,3 % (n = 1) | 20 % (n = 3) |
| Tids- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren (B) samt hälsofrämjande (E) | - | 14,3 % (n = 1) | 6,7 % (n = 1) |
| Nära vård är en förutsättning för en jämlik vård i landet (D) samt hälsofrämjande (E) | 25 % (n = 2) | - | 13,3 % (n = 2) |
| Totalt: | 100 % (n = 8) | 100 % (n = 7) | 100 % (n = 15) |

Analysen som görs utav detta är att de som främst förknippar arbetet i nuläget med utmaningar ser fördelen med Nära vård kombinerat med att skapa en tids- och resurseffektivitet, inte bara för verksamheten utan även för brukaren/besökaren. Detta kan förstås som en paradoxal och utmanande arbetsuppgift. Bland de som kopplar övergången till Nära vård med utmaningar är det endast en (1) som anser att Nära vård innefattar en hälsofrämjande aspekt, medan tre av de som ser möjligheter drar den kopplingen.

Utifrån förenkäten identifierades även två utmaningar (fråga 4), nämligen att få brukare att välja Nära vård-lösningar istället för att söka sig till den ”traditionella vården” samt att få en fungerande samverkan kring omställningen till Nära vård med övriga aktörer. Det krävs så att säga både utåtriktat och inåtriktat arbete för att klara av omställningsarbetet.

I intervjuerna diskuterades även förhållandet mellan möjligheter och utmaningar ur ett verksamhetsperspektiv, där en av möjligheterna som lyftes fram var att

”integrerad vård som koncept, ger flexibilitet och sektionerar subspecialiteter. [...] Nära vård kräver mer yta men effektiviserar yt-användning, flexibilitet och bemanningsförutsättningar centralt” (Region Kalmar län). Utmaningar innefattar bland annat att de som arbetar med fastighetsfrågor och de som arbetar i verksamheten, arbetar i olika tidsperspektiv. Arbetet med lokaler och fastigheter är långsiktigt, medan verksamheten arbetar med vardagens problem, till exempel bemanning, här och nu. Dessa olika tidsaspekter, gör att arbetet med lokalfrågor och omställning blir svårt att diskutera och kan beskrivas som att situationen blir svår att hantera (Region Kalmar län).

Det handlar även om att vårdverksamheten inte kan se vad som är nytt, eller att de bara ser på de behov som finns i dagsläget. ”Lokalförändring [verkar vara] första strategin istället för att se om det går att förändra verksamheten. Finns, så att säga inga lokaler på hyllan, utan det måste genomföras behovsanalyser. Vilka lokaler behövs och varför? Lokalers relation till verksamheten måste förtydligas, verksamheten tänker ofta ’ny funktion = nytt rum’” (Region Gotland). Ett sätt att hantera fokus på att nya funktioner kräver nya lokaler lyfts fram av Region Östergötland, där det dras en parallell till den ”fyrstegsprincip” som deras samhällsplanerare använder sig av. Genom att applicera den på vårdsektorn, så skulle lokalförändring kunna vara sista steget och föregås av en förändring av arbetssätt, öppettider och liknande verksamhetsnära funktioner.

Liknande indikationer framkom även i SKR:s enkät (fråga C3) där flexibilitet, fastighetsutvecklingsplaner och inventeringar av bestånd var ledord för hur regionerna beskrev sina förberedande aktioner inför kommande förändringar och övergång till Nära vård. Ett fåtal regioner uppgav att inget arbete gjorts kring detta utan att man väntar på tydliggörande gällande vad som förväntas från den egna vårdverksamheten, framförallt från primärvårdens håll. Fler är de regioner som såg till deras förutsättningar och framtidsprojektioner i form av demografisk förändring och befolkningsökning, vilka förväntas spela roll för hur framtidens behov kommer se ut inom fastighetsbestånden. Det som alla respondenter var eniga om i intervjuerna var att det fanns ett behov av att hantera de utmaningar som finns i dagsläget genom att (1) samverka både internt och externt i omställningsarbetet, samt att (2) samverkan underlättas av att hitta en gemensam definition eller tillämpbar conceptualisering av begreppet Nära vård.

Samverkan och vikten av att begreppsliggöra Nära vård

I förenkätens femte fråga framkom att 25 % av respondenterna trodde att organisationens behov av att samverka kommer att öka. I intervjuerna lyftes två aspekter av samverkan fram, den interna samverkan inom organisationen och den externa samverkan mellan region och kommun samt samverkan över regiongränserna.

Den interna samverkan fungerade olika bra i olika regioner. Främst rörde den interna samverkansfrågor om ”hur gränser dras och hur resurser (kompetens,

lokaler och ekonomi) fördelas” (Region Kronoberg). I flera fall önskades en ökad samverkan med vårdverksamheten, eftersom ”hela verksamheten ska samverka inom det här, där vi har tre möjliggörare: medarbetare, digitalisering och fastighetsbeståndet” (Region Skåne). Vilket även Region Östergötland lyfte fram: ”samverkan, kan beskrivas som trevande, det går sakta framåt. Vi måste arbeta vårdnära med ett patientperspektiv. Patienter och kostnader, måste tas med i omställningsarbetet”. Den interna samverkan, kopplades även till den externa samverkan, ”vi behöver initiera samverkan mellan öppen- och slutenvård, samt region-kommun. Idag finns inga direktiv vilket gör det svårt med tydligheten” poängterade Region Värmland.

Att initiera samverkan med kommunen ansågs i flera fall vara svårt, främst eftersom diskussionerna ofta rörde ett ”kostnadstänk” i och med det delade huvudmannaansvaret. Där ett sätt att komma vidare i diskussionen skulle kunna vara att ”kommuner och regionen måste diskutera ’Nära vård’ i termer av samverkan eller utbyten, genom att samverka som organisatoriska enheter” (Region Östergötland). Samverkanspotentialen verkade även vara beroende av kommunstorlek, där Region Gotland lyfte fram att ”vår region skiljer sig, vi har enbart ett sjukhus och är en liten region, vi kan alltid ha den lilla diskussionen”, medan Region Uppsala lyfte fram det motsatta förhållandet: ”dialoger skiljer sig åt, stora kommuner har mer naturliga och vardagliga dialoger, till exempel runt infrastruktur, men småkommuner har inte det, utan det blir mer sällan frågor, som markanvisningar”. Oavsett, kommunstorlekens betydelse, så kan det här resonemanget kanske mer peka på vikten av att redan ha en pågående dialog som en väg för att nå en bra samverkan mellan region och kommun.

Under intervjuerna framkom en del exempel på samverkan över kommun- och regiongränserna. Det handlade till exempel om samverkan mellan Stockholm-Gotland samt Uppsala-Västerås-Örebro-Dalarna. Den här formen av överbryggande samverkan var i flera fall relaterad till frågor om närhet till fysiska vårdlokaler och efterfrågade vårdformer, utifrån externa faktorer, såsom åldersstrukturer, geografisk lokalisering samt turism. Region Östergötland lyfte även fram att samverkan inte får bli statiskt, utan ”vi måste också arbeta med kontextuella förutsättningar och anpassningar. Olika typer av kommuner behöver olika lösningar.” I SKR-enkäten (fråga B8) tillfrågades regionerna om hur de samverkar med andra regioner i fråga om fastighetsinvesteringar. I svaren framkommer en tydlig bild av att regionerna har utbyte av kunskap, erfarenhet och information mellan varandra, genom bland annat studiebesök, konferenser kring vårdfastighetsfrågor samt i olika forum och nätverk, bland annat Program för Teknisk Standard (PTS Forum).

Utöver detta framkommer ett par konkreta exempel på samverkan mellan regioner i form av:

- Samlokalisering/delade lokaler (Regionerna Blekinge och Kronoberg delar på lokaler för mikrobiologi och materialdepåer).

- Informationsdelning och redovisning (att man agerar utifrån gemensam information) gällande större investeringsprojekt kring fastigheter och utrustning mellan varandra, med syfte att undersöka ifall det finns möjligheter till samverkan över regiongränserna kring investeringar (Regionerna Uppsala, Värmland och Örebro län).
- Samverkan genom informationsutbyte (att man ger varandra information) mellan regionerna i de norra delarna av landet gällande planering och genomförande av fastighetsinvesteringar (Regionerna Norrbotten, Västerbotten, Jämtland-Härjedalen och Västernorrland). Samverkan i form av informationsbyte här handlar dock mer om att frågor behandlas i den mån de dyker upp.

Samtidigt var det genomgående bland svaren i enkäten att definitionen av vad samverkan innebär kan vara otydligt, då flertalet regioner svarar att det förekommer samverkan med andra regioner som i sin tur svarat att de inte bedriver någon form av samverkan över regiongränserna. I analysen av intervjumaterialet framkom även att samverkansfrågor är tätt förknippade med att Nära vård som begrepp uppfattas som abstrakt och sällan ger något konkret att arbeta med inom verksamheten.

Okklarheter vad som menas med Nära vård i praktiken har minst två konsekvenser: För det första försvåras initieringen av samverkan, ”det saknas en begreppsdefinition som vägleder arbetet” (Region Kronoberg). För det andra kan, ”det abstrakta även bli en ursäkt för att inte ta beslut inom verksamheten” (Region Halland).

Avsaknaden av ett enhetligt begrepp om vad Nära vård innefattar, återfanns även i förenkäten, där det går att se att de olika regionsrepresentanterna tolkar begreppet med en viss variation (fråga 1, tabell 5), där det ingår processer (samverkan och nivåstrukturering/omfördelning av resurser) och produkter (mobila lösningar).

Tabell 5: Fråga 1: Vad förknippar Du med begreppet "Nära vård"? (Ange alla aktuella alternativ). Kolumnprocent (n = 96). Antal respondenter per alternativ inom parentes.

| | |
|--|-----------|
| Digitalisering | 11 % (11) |
| Process, där resurser och besökare går från sluten- till öppen vård i högre utsträckning | 14 % (13) |
| Process, där vårdprocessen går från reaktiv till proaktiv vård, genom att den nära vården är fokuserad på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser | 11 % (11) |
| Ökad tillgänglighet till vården | 11 % (11) |
| Samverkan mellan regioner, kommuner och socialtjänst gällande hälso- och sjukvård | 16 % (15) |
| Integrerade vårdssystem | 11 % (11) |

| | |
|---|-------------|
| Samlokalisering av verksamheter | 8 % (8) |
| Mobila lösningar, det vill säga att vården kommer till besökarna istället för tvärtom genom att använda till exempel vårdbilar och vårdbussar | 15 % (14) |
| Inget av ovanstående/annat | 2 % (2) |
| Totalt | 100% |

Variationen återfanns även i att begreppet troligen tolkas olika av politiker, regionen och medborgare, vilket kan försvåra samverkan och det praktiska omställningsarbetet. Genom att de olika förväntningarna och antagandena skiljer sig åt även om de i praktiken berör en vårdnivå-strukturering (förenkäten fråga 9, tabell 6).

Tabell 6: Fråga 9: I relation till begreppet "Nära vård", vilken typ av lokaler eller strukturella förändringar tror Ni att regionen (markeras med 1), politiker (markeras med 2) och medborgarna (markeras med 3) avser i första hand (n = 92).⁴

| | Regionen | Politiker | Medborgare |
|---|-----------------|------------------|-------------------|
| Den strukturella förändringen från akutsjukhus till specialistsjukhus, närsjukhus, primärvården och vård i hemmet | 14 % | 8 % | 2 % |
| Standardiseringsarbete och interna samarbeten mellan olika regioner | 4 % | 4 % | 0 % |
| Samarbete mellan regioner och kommuner | 5 % | 9 % | 0 % |
| Samlokalisering av verksamheter | 4 % | 0 % | 0 % |
| Digitala vårdmöten | 7 % | 4 % | 10 % |
| Hälsobussar eller liknande uppsökande vårdformer | 5 % | 3 % | 4 % |
| Mobil självmonitorering | 5 % | 4 % | 8 % |
| Totalt | 44 % | 32 % | 24 % |

Det fanns överlag i intervjuerna en stark önskan om en konkretisering av begreppet, antingen "uppifrån", genom en statlig/politiskt eller nationell definition, eller nerifrån, - att varje region ges en flexibilitet i att, utifrån regionala behov definiera vad Nära vård är. Både Region Halland och Värmland uttryckte i

⁴ Analysen av fråga 9 ska tolkas med försiktighet, dels för att respondenterna har tolkat frågan olika (en del har enbart gett alternativ för regioner, politiker respektive medborgare, medan andra har markerat flera olika definitioner som används av regioner etcetera. Oavsett vilken tolkning som gjorts av frågan, framkommer dock ett tydligt mönster av att regionernas förförståelse präglas av att politiker och medborgare "menar något annat" med Nära vård.

intervju, behovet av en nationell samsyn och statligt förtydligande om vad som förväntas inbegripas av begreppet "Nära vård", medan Region Östergötland ansåg att definitionsfrågan måste ligga på primärvårdens bord, då det är den nivå som i första hand berörs. Region Kalmar län, i sin tur, menade att en av knäckfrågorna kring definitionen ligger kring att ställa frågan "vad är Nära vård för dig?", eftersom den leder till ytterligare frågor såsom var regiongränser och upptagningsområden ska dras kontra ansvarsområden och vikten av brukarens bästa/brukarens tillgänglighet.

I intervjuerna användes begreppet Nära vård i hög utsträckning i samband med begreppen *hemvård* och *digitalisering*. I flera fall var diskussionerna tydligare kopplade till vårdverksamhet, vårdutförande och samverkan, än till utformning av lokaler. Det handlar, så att säga, oftare om vilken vård som ska utföras och inte om var den ska utföras och hur den fysiska utformningen stöttar det nya arbetssättet. Det gavs ett intryck av att vissa regioners arbete med projekt och nyetablering till viss del pausats eller går trögt i nuläget på grund av att den vaga definitionen av Nära vård leder till en osäkerhet om vad som ska byggas och vad som kommer att efterfrågas i framtiden. De regioner som tidigt etablerat ett arbete som lätt kan transformeras eller omvandlas till Nära vård, har till synes lättare att arbeta. Bland annat lyfte både Region Skåne och Kronoberg fram att det var viktigt att arbeta med olika möjliggörare i utvecklingen, till exempel medarbetare, digitalisering och fastighetsbeståndet. Region Västerbotten i sin tur, lyfte fram vikten av att arbeta under "väntan", genom att vara proaktiva och att ha "[...] skapat ett arbetskoncept efter sommaren, kopplat till god och nära vård", där bland annat ledord likt "vi, tillsammans" använts för att driva på frågan inkluderande genom hela vårdprocessen.

Fastigheters och lokalers betydelse i framtiden

Bilden av lokaler och fastighetsbestånd i framtiden, efter omställningen till Nära vård, innefattar en stor variation mellan de olika regionerna. I förenkäten (fråga 5) framkommer att de flesta regioner tror att lokalbehovet kommer att öka eller åtminstone vara oförändrat. I intervjuerna lyfts det fram att det handlar dels om ett framtida utökat lokalbehov med fler vårdplatser (Region Uppsala), dels ett ökat behov av nya lokaler, bland annat digitala vårdmiljöer (Region Halland) eller nya funktioner som ambulerande vårdcentraler (Region Kronoberg).

Även de regioner som förutsåg ett minskat behov av lokaler och främst vårdplatser på sjukhus i framtiden, ansåg att framtidens vårdlokaler kommer behöva inbegripa en hög flexibilitet. Främst utifrån att verksamheter som idag ofta placeras inom sjukhusen måste kunna flyttas ut till primärvård, såsom enklare operationer, mammografi och röntgen. Men även för att kunna stödja det som kan beskrivas som "lättvård", det vill säga självskattningar och självbehandlingar under uppsikt av vårdpersonal (Region Uppsala). I samband med diskussioner om nivåstrukturer av vården och processen, där resurser och besökare går från den

slutna till den öppna vården i högre utsträckning i omställningen till Nära vård lyftes tre andra aspekter fram som var viktiga för att kunna förstå framtidens lokaler och lokalbehov.

Den första rörde nivåstruktureringsstrategier, i termer av att besluta vad som ska vara kvar i slutenvården. Region Skåne nämnde bland annat att ”omställningsarbetet måste utgå från ett sjukhus – vilken vård måste ske där (IVA, operation, infektion) och vad kan flytta någon annanstans”, medan Region Västmanland lyfte fram att omställningen ska börja med att se till ”mobilitet och vårdnivå – vad kan göras direkt som Nära vård. På det sättet kan vi se hur många vårdplatser som behövs. Jag tror inte att vi ska prata fastigheter direkt, utan vi får börja att diskutera med kommunen – vilken vård finns nu (hemtjänst, SÄBO, äldreboende med mera) och diskutera vårdens förutsättningar”.

Den andra aspekten var att framtida vårdlokaler även kunde innebära samlokalisering, delade vårdlokaler och lokaler med möjligheter att hyras ut, där vårdverksamheten kan samsas och skapa en ny form av tillgänglighet för invånarna. Exempel på redan implementerade samlokaliseringslösningar som framträtt i intervjuerna är bland annat vårdcentrum i Finspång, som inkluderar ett mindre mottagningshotell (Region Östergötland), det påtänkta konceptet om kombinerade trygghetsboenden och vanliga lägenheter i Kungsgärdet, Uppsala, samt i Region Norrbotten där lokaler i äldreboende har gjorts om till att även inkludera hälsocentraler. Gemensamt för dessa och andra samlokaliseringslösningar som lyfts under intervjuerna har varit att de är lokalt förankrade utifrån vilken tillgång och vilket behov som redan finns i den enskilda regionen eller kommunen.

Den tredje aspekten berörde medarbetares roll i processen. ”Omställningsarbetet diskuteras ofta i termer av byggnader eller prylar, här behöver medarbetare komma in, man glömmer kulturrezan: hur skapar vi trygghet och förtroende” (Region Skåne). Medarbetare och personal påverkar även direkt och indirekt nivåstruktureringen, eftersom ”nivåstrukturering är svårt att få grepp om, högspecialiserad vård lättare men mellanskiktet svårare – basal hälsovård behöver erbjudas på alla orter men ska till exempel operationer ske på ett eller tre sjukhus, all verksamhet styrs ju av tillgång på personal” (Region Kalmar län). Ett par regioner lyfter även fram vikten av att ha ”eldsjälar” som driver lokala övergångs- och personalfrågor ur en Nära vård-aspekt i processen.

Det ansågs även finnas ett behov av att utforma och bemanna nya typer av lokaler i omställningsarbetet. Region Kalmar län klarlade att ”lokalbehovet [i yta] kvarstår men kommer att förändras [nya funktioner]”. Exempel på nya funktioner är bland annat vårdplatser på vårdcentraler samt digifysiska rum, men även att funktioner kommer att ske i andra typer av lokaler, såsom skolor, köpcentrum och hälsotek. Under en av intervju-sessionerna, när Region Västerbotten och Region Östergötland deltog, så diskuterades de möjligheter som finns med redan

implementerade hälsorum inom hälsocentrum som kan utvecklas till samhällsrum, där andra aktörer kan samlokaliseras och ytan kan samutnyttjas framöver.

Frågan om nya typer av lokaler ledde även i intervjuerna fram till diskussioner kring att patienters hem kommer att vara en vårdlokal i framtiden, genom till exempel ”specialiserad vård i hemmet” (Region Skåne). En ökad användning av hemmet som vårdlokal, kommer i sin tur att innefatta nya utmaningar i fråga om hygien, förvaring, logistik, sekretess och patientsäkerhet, personalens arbetsmiljö och arbetsmiljövillkor samt anhörigas roll/situation. Vad händer egentligen när hemmet blir en vårdlokal, vilka konsekvenser får det i förlängningen? Även digitalisering problematiserades både utifrån patienters kunskaper och tillgång till digitala medel, men även i relation till trygghet- och förtroendeskapande faktorer.

Vilka andra samhällsomställningar krävs för att möjliggöra Nära vård?

Implementeringen av Nära vård möjliggörs inte bara av verksamheternas arbete utan även omställningar eller förändringar av omkringliggande faktorer, allt från individers vårdsökningsmönster till samhällsplanering.

”Lokalarbetet kräver ju även en beteendeförändring, vi ser ju en ökad vårdkonsumtion i regionen” säger Region Östergötland, och beteendeförändring i vårdsökande lyfts även fram av Region Halland, som ställer frågan ”hur kan vi få människor att välja rätt vårdform/vårdsnivå?”. Även samhällsförändringar krävs i form av att ha med vård i hemmet i framtida bostadsplanering, bostadsbyggande och anpassningar i nuvarande bostäder. Utöver detta kan även förtätningar av städer ge konsekvenser, ”var ska alla bilar till exempel parkera på sjukhusområden, vid vårdcentraler eller vid privata bostäder?” (Region Skåne). Region Uppsala har redan påbörjat ett arbete med att minska antalet bilar på vårdområdena, genom att erbjuda besökare gratis kollektivtrafik i samband med vårdbesök.

Utbildning av vårdpersonal lyftes fram i intervjuerna som en möjliggörande omställning, Region Skåne diskuterade potentialen av att slussa in ny personal i det nya arbetssättet kring Nära vård redan från början. Även utbildning, i form av allmänutbildning eller tydligare informationsförmedling till befolkningen gällande hur den nya typen av vård kommer genomföras föreslås vara viktig ur fastighetssynpunkt (Region Kronoberg).

Ett återkommande exempel på hur något utanför vården gav positiva effekter på omställningsarbetet, var att Covid-19 satt nya krav på både digitalisering och brukarnas beteende i uppsökning av vård. En tidigare tröghet och till viss del motstånd mot digitalisering har setts överbyggas i och med Covid-19 (Region Gotland). Pandemin verkar ha ”tvingat” regionen till konkret handling för att utveckla tillgängligheten, samtidigt som smittspridningen skulle reduceras (Region Värmland). Frågan, som ställs av Region Norrbotten är dock, ”om man kommer fånga det som gjorts nu som utgångspunkt för Nära vård-utveckling?”

4.2. Slutsatser av studien

Innan huvudfrågan för denna studie kan besvaras, måste det återkopplas till de tre nyckelfaktorer som tidigare presenterats som möjliggörare; begreppsdefinition, samverkan och grunden till reformarbetet. Dessa leder sedan till svaret på frågan om vilka lokal-, bygg- och fastighetsfrågor som för närvarande (hösten 2020) diskuteras i relation till Nära vård.

I studien framkommer tydligt att det är centralt att *definiera begreppet Nära vård* för att få ett så kallat gränsobjekt att arbeta med. Gränsobjekt, enligt Lindberg (2009), krävs för att kunna skapa en samsyn inom och utom organisationen om vad som ska göras, hur det ska göras och hur samverkan ska initieras (det vill säga vad syftet med samverkan är). Samtidigt framkom det en motstridig önskan gällande definitionen av Nära vård, vissa regioner önskar en nationell eller övergripande definition som leder till likriktning, andra regioner vill ha en lokalt anpassad eller en flexibel definition som är anpassningsbar utifrån kontextuella förutsättningarna inom den enskilda regionen. Avsaknaden av ett greppbart gränsobjekt, försvårar både initiering av samverkan i nuläget samt för uppstart av processer med omställning till Nära vård, eftersom det finns en osäkerhet kring vad som förväntas i flera regioner.

I analysen av intervjumaterialet gick det att se att regionernas olika grad av arbete kring Nära vård dels kan tolkas som en effekt av den otydlighet som begreppet i nuläget innefattar, både utifrån lokala förutsättningar och erfarenheter. Arbetet verkade underlättas om regionerna tidigare jobbat utifrån liknande principer (till exempel integrerad vård, närsjukhus, hälsocentrum) eller om regionerna har "eldsjälar" som arbetar mer proaktivt, genom att ha skapat sin egen innebörd av Nära vård och därmed tagit över taktpinnen för utvecklingsarbetet inom den egna regionen. Dessa eldsjälar kan dock i vissa fall vara närmre kopplade till mindre geografiska enheter inom regionen såsom en enskild kommun eller en samling av kommuner som har en nära samverkan.

En annan viktig punkt som lyfts i intervjuerna är *samverkan och nya former av samordning* kring den nära vården. Det handlar både om samordning eller samverkan internt och externt. I vissa fall om samverkan inom regionen, mellan regioner, eller mellan region och kommun – men också om initiering av samverkan som är gränsöverskridande (till exempel med andra förvaltningar, samhällsplanerare etcetera) eller med privata aktörer. Samverkan och samordningsinitiativ verkar i dagsläget underlättas av att redan ha samverkan i andra frågor, till exempel infrastrukturfrågor, eller att det finns forum där kommuner och regioner möts, vilket gör att det finns etablerad arena att lyfta in frågan om Nära vård på. Under pandemin har situationen inom vården både inneburit nya samordningsmöjligheter och framtvingat detsamma, man har blivit tvungen att pröva nya arbetssätt skarpt utan föregående utvecklingsarbete (Eriksson et.al., 2020)

Omställningsarbetet beskrivs även som ett *reformarbete*, antingen som en tillgänglighetsreform (vården kommer till medborgarna i högre utsträckning), eller som en reform för att öka effektiviteten (rätt resurser och rätt personer på rätt plats). Frågan är dock hur detta arbete med vårdstrukturering ska genomföras, ska de ske uppifrån och ner (det vill säga att den dominerande frågan är ”vad kan flytta ut från sjukhuset”) eller nerifrån och upp (det vill säga ”vilken vård behöver medborgarna i sin närhet”). Beroende på svaret så kommer organiseringen av omställningsarbetet att se olika ut, att arbeta uppifrån och ner innebär att det finns en likriktning, nerifrån och upp ger en högre grad av flexibilitet (jfr. Lawrence & Lorsch 1967). Reformarbetet eller organiseringen av vårdstrukturering är på många sätt beroende av både en begreppsdefinition och av samverkan, men även av att hantera parallella eller motstridiga tidsdimensioner i arbetsprocessen.

Flera gånger i intervjuerna lyftes det fram att fastighetsutvecklare och lokalplanerare arbetar mot framtida behov, medan vårdutvecklare och vårdverksamhet jobbar här och nu med frågor, vilket kan leda till en diskrepans i behovsuppfattningar eller behovsanalyser. Om till exempel lokalplaneraren arbetar utifrån frågan vilka behov finns om 10 år, och verksamheten vilka lokalbehov finns just nu – så kommer svaren att vara väldigt olika. Därför är det centralt att initiera dialoger, koordinering och samordning mellan fastighetsfrågor och vårdfrågor, för att skapa en väg framåt *tillsammans* i omställningsarbetet (jfr. Lawrence & Lorsch 1967).

De lokal-, bygg- och fastighetsfrågor som diskuterades i relation till Nära vård och som därmed beskriver framtidens vårdlokaler kan sägas innefatta tre modeller, visualiserade i figur 4: minskat antal vårdlokaler, ökat antal vårdlokaler och oförändrad lokalyta. Dessa tre olika modeller kräver också specifika förutsättningar för implementering kan förknippas med olika konsekvenser.

Modell 1 avser en minskning av regionernas vårdlokaler, främst vårdplatser inom slutenvården. En bakomliggande tanke är att se vad som kan flyttas ut från sjukhusen till kvartersnivå och på så sätt skapa en tydlig nivåstrukturering, där mycket av vården kommer att ske i (befintlig) primärvård och i hemmet. Detta kommer i sin tur att kräva flexibla lokaler, en utökning av mobila team och/eller digitala vårdlösningar. De risker som kan identifieras i den här modellen är förknippade med stadsplanerings- och infrastrukturfrågor (framkomlighet, parkeringar, bilism i en förtätad stad samt utveckling av bredbandstjänster), patientsäkerhet och ett anhörigperspektiv (hur går det att utföra god vård i hemmet, vilka krav går det att ställa på den privata bostaden, hur kommer anhöriga att hantera hemmets omvandling till vårdlokal?), samt ett tillgänglighetsperspektiv (primärvård och hemvård inte får bli ”diskriminerande” instanser, genom att utesluta patientgrupper som saknar ett tekniska kunnande eller av ekonomiska skäl inte har tillräckligt tillgång till digitala funktioner).

Ett minskat antal mottagningslokaler, vårdplatser och andra funktioner inom sjukhusen kan också påverka modellen genom förändring av lokalbehov kopplat

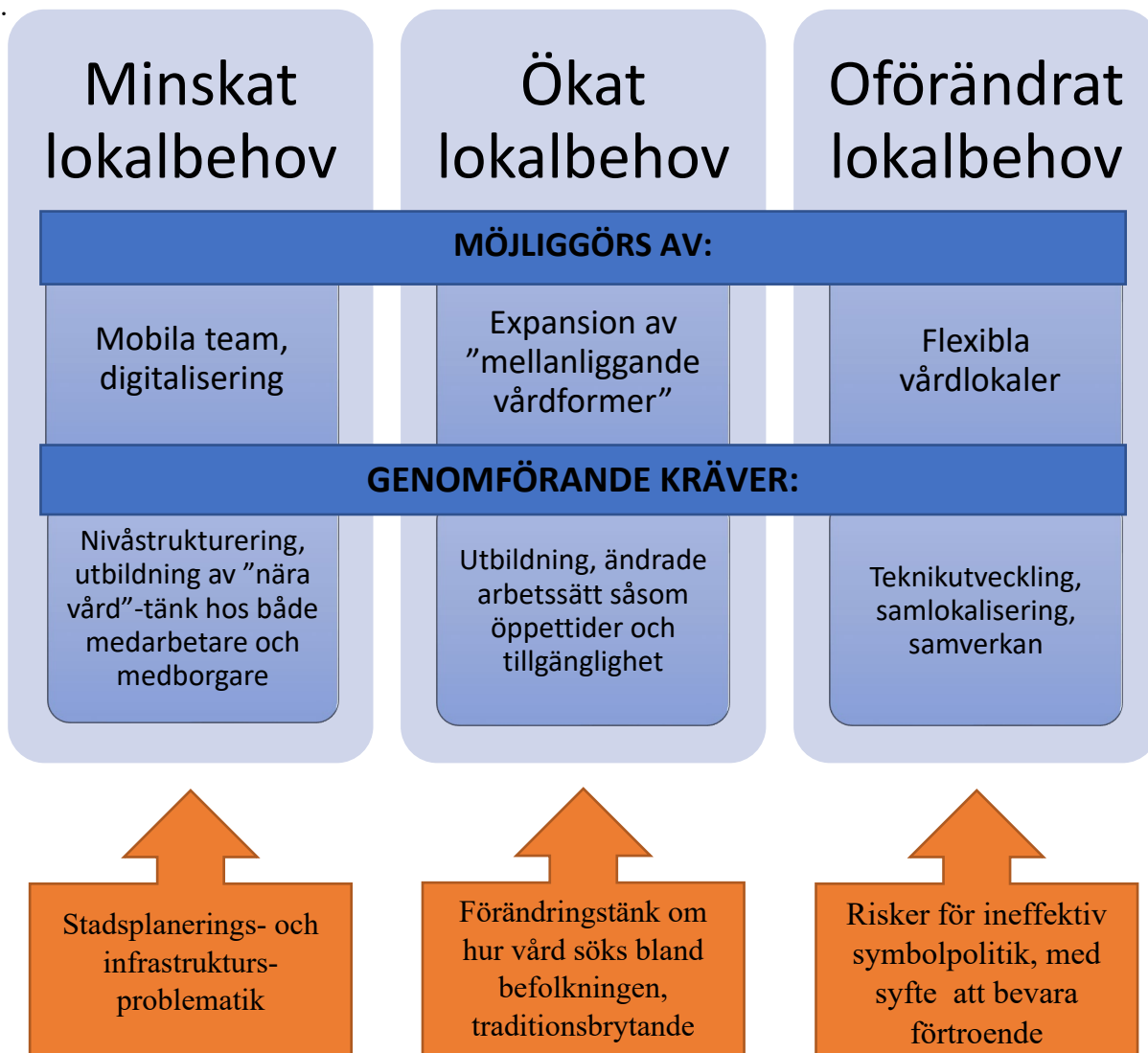
till ändrade verksamhetsformer och uppgradering av äldre lokaler. Exempel på detta kan vara vid en förändring från flerpatientrum till en-patientrum.

Modell 2, avser ett angreppssätt som inbegriper ett ökat lokalbehov. Modellen utgår från att fler lokaler iordningsställs där olika funktioner kan integreras. I den här modellen är samlokalisering och samutnyttjande av vikt, men även en tillgänglighetsprincip, där medborgaren ska ha en "Nära vård" fysiskt/geografiskt. Detta angreppssätt med flera "nära" lokaler för med sig fler etableringar och nya lokaltyper för att möta krav från nya former av verksamhet. Här medför således inte omfördelningen av lokalyta från sjukhus till andra verksamhetsformer en minskning av yta.

Även om nivåstrukturen, specialistvård, vård i primärvården och vård i hemmet finns med här, så handlar det även om att expandera den "mellanliggande vårdformen" ytterligare – genom flera olika nivåer av lättvård. För att den här typen av Nära vård-lokaler ska kunna implementeras, så krävs det en förändring av hur och när vård söks, information till medborgare samt en förändring av vårdverksamheten i relation till öppettider och arbetssätt.

Modell 3, utgår från en tanke om att framtidens vård har en oförändrad total lokalyta, men att den har förflyttats från sjukhuset och fördelas till andra platser i regionen, genom att vårdlokalerna blir fler numerärt men mindre till ytan. Man behöver också beakta att oförändrad total lokalyta innebär behov av effektivisering av de lokaler som används eftersom det samtidigt måste vara möjligt med vissa verksamhetskopplade öknings av yta.

Denna tanke innefattar både samlokalisering och samutnyttjande, men även en flexibilitet, där teknikutveckling och demografiska faktorer spelar en stor roll. Det kan till exempel röra sig om möjligheten att göra fler screeningar i framtiden på fler olika platser, och att enbart riskgrupper genomför screeningar vid primär- eller specialistvården. Det här kräver, precis som i modell två en flexibilitet i öppettider och arbetssätt, men det ingår även en fråga om att bevara vissa lokaler och funktioner utifrån vad man skulle kunna kalla symbolpolitik, till exempel att visa på att det finns en närhet till vården inom glesbygdsområden eller att bevara ett förtroende för att vården är nära. Samtidigt bör man beakta att hälso- och sjukvårdslagen betonar just detta, att vård ska ges på lika villkor till alla i befolkningen. (HSL, 2017)



Figur 4: Visualisering av framtidsmodeller, möjliggörare, förutsättningar för genomförande samt risker/utmaningar och sårbara beroenden.

Slutsatsen, om vilken modell som är bäst lämpad på en generell eller nationell nivå är svår att dra utifrån den här studien. Tvärtom, verkar resultatet peka på att modellernas styrka är beroende av vilket *behov* de enskilda regionerna har utifrån sina förutsättningar, vilket ger vid handen att det även kan finnas av interna lokala variationer inom regioner. De tre olika modellerna är även en utgångspunkt för att diskutera olika valmöjligheter i samband med översyn av lokaler.

Samverkan mellan regioner och kommuner kan också ge en annan sammantagen bild av det totala lokalbehovet. I de tre modellerna ovan ligger fokus på regionerna, troligt är dock att samverkan av olika slag kommer påverka det totala lokalbehovet. Vad som kommer att vara mest samhällsekonomiskt kostnadseffektivt kommer att vara en viktig fråga att följa upp och studera under utvecklingen av Nära vård.

En ytterligare aspekt att beakta är att; oavsett omfördelning av verksamhet och verksamhetslokaler så innebär en omfördelning från sjukhus, eller andra av regionernas lokaler, inte att lokaler som friställs direkt får annan användning och att relaterade drifts- och underhållskostnader väsentligt kan minskas eller undvikas.

5. Sammantagen bild och avslutande kommentar

Den fråga som var styrande i det projekt som redovisas i denna rapport var: *vad sker i regionerna med utgångspunkt i omställningen som påverkar lokalbehov direkt eller indirekt?* Att besvara frågan, är däremot inte enkelt. Både kartläggningen samt enkät- och fokusgruppsstudien visar att trots att lokalfrågan är en central punkt i omställningsarbetet mot Nära vård, så saknas det ofta konkreta planer som berör exakt hur lokal- och fastighetsrelaterade frågor kommer att hanteras inom regionerna. Den närmast relaterade beskrivningen av lokalfrågan, återfinns i SKR-rapporten *Att driva omställningen till Nära vård* (2020c). I denna rapport föreslås omställningsarbetet mot Nära vård hanteras ur ett helhets- och verksamhetsperspektiv genom att:

"Omställningen innebär att flytta fokus från sjukdomar och institutioner till ett hälso- och sjukvårdssystem som är designat för människor. Att vårdens tjänster ger stöd till ett gott liv med god hälsa." (SKR, 2020c).

Utifrån att Nära vård ska erbjuda både individ och samhälle hälsofrämjande och förebyggande insatser, med en helhetsmässig sammansättning av civilsamhälle och vård- och omsorgens olika delar (SKR, 2020c) behöver de vårdlokaler som ska användas anpassas därefter för att kunna stödja hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt.

5.1. Nuläget i korthet

För att kunna beskriva nuläget i korthet så utgår det här avsnittet från att jämföra och summera de slutsatser som framkom i kartläggningen av regionernas arbete (avsnitt 3), enkät- och fokusgruppsstudien (avsnitt 4) samt SKR-rapporten *Att driva omställningen till Nära vård* (2020c). I kartläggningen om hur omställningen till Nära vård påverkar vårdens fastigheter och lokaler var det främst fyra dimensioner som refererades; digitalisering, ökad samverkan, mobila lösningar och logistiklösningar. De två förstnämnda dimensionerna framkom även i intervjustudien och därför kommer nulägesbeskrivningen att fokusera på just dessa teman.

Digitalisering innefattar både en ökning av virtuella vårdrum och ökad användning av mobila applikationer. Virtuella vårdrum kan antas minska sjukhusens lokalbehov, men kräver dock flexibla modullösningar (Lindahl et al., 2020).

Lokalminskningen inom sjukhusen i det här fallet innebär inte en större ekonomisk besparing för regionerna, utan det kommer att ske en motsvarande ökning i användningen av primärvårdens lokaler. Det innebär bland annat att vårdcentraler kommer att behöva bli större då primärvården förväntas axla en större roll i framtidens hälso- och sjukvårdsystem. Dock innebär primärvårdslokaler mindre komplicerade byggnader utan kulvertar, logistiklösningar och system som finns inom sjukhus/sjukhusområden. Samtidigt kommer service, och möjligen flera serviceoperatörer att innebära ett ökat behov av organisatorisk koordinering.

Digitalisering har genomgående varit en punkt under intervjuerna som kopplats till hur lokalanpassning till Nära vård kommer och i viss mån har förändrats redan. En utveckling påskyndad av rådande pandemirestriktioner med ökade säkerhetsstrategier inom vårdverksamhet – som framtvingat nya arbetssätt anpassade för den Nära vård som efterfrågas. Frågan kvarstår dock huruvida dessa åtgärder kommer att utvecklas och kvarstå i en typ av standardutformning av den framtida vården eller om verksamheten återgår till hur det sett ut pre-Covid-19 (personlig kommunikation Region Norrbotten, 2020).

Det handlar samtidigt om en användning av teknikens möjligheter och framtida utveckling för att frigöra tid och resurser till de delar av vårdverksamhet som tekniken inte kan ersätta och som också är en vital del i den Nära vården, nämligen ”[...] mötet människor emellan, den nära omsorgen och kontakten.” (SKR, 2020c).

Diskussioner omgivande digitalisering och kopplingen till den sociala aspekten av Nära vård förekom vid flertal panelintervjuer och konkretiserades i form av en potentiell problembild runt patienters/brukares digitala kunskaper och tillgänglighet. En ökad mängd digitaliserad vård och krav på vad som måste finnas för vård i hemmet får inte resultera i diskriminerande tillvägagångssätt (Region Kalmar län). Det vill säga att medborgare inte ska nekas vård på grund av sin bostads- ekonomiska- eller sociala situation eller på grund av att de saknar förutsättningar att kunna använda digitala lösningar. Här uppstår också frågan om driftsansvar för digitala lösningar, vilar det på patienten, kommunen eller regionen? Även frågan om trygghet och förtroende diskuterades i relation till digitalisering, hur skapas en förtroendeingivande relation utan det fysiska mötet i framtiden. Region Västerbotten, lyfter fram den princip som de har organiserat vården kring, nämligen ”Digitalt när det går, fysiskt när det behövs.”

En ökad digitalisering och förflyttning av vård till hemmet, diskuterades i intervjuerna som att den privata bostaden kommer att bli en typ av nya vårdlokal. Till exempel Region Skåne lyfter fram sitt koncept *specialiserad vård i hemmet*. En ökad användning av patienters privata hem som vårdlokal ställer nya krav och utmaningar på vårdverksamheten, inte minst runt lokalfrågor. Bland annat har det lyfts funderingar gällande hygienkrav, patientsäkerhet, arbetsmiljö- och arbetsmiljövillkor för personal samt anhörigas roll och/eller situation och frågor som återkommit är bland annat:

- Vad händer egentligen när hemmet blir en vårdlokal?
- Vilka konsekvenser får det i förlängningen?

Hemmet eller bostaden som vårdlokal skapar även en utgångspunkt där flera aktörer kommer att mötas eftersom hälso- och sjukvårdsverksamhet innefattar primärvård i både regional och kommunal regi, specialiserad och högspecialiserad vård, tandvård, medicinsk diagnostik samt rehabilitering (SKR 2020c). Detta blir särskilt tydligt när det kommer till de invånare som är i störst behov av stöd och hjälp, exempelvis multisjuka, som har behov som både region och kommun ansvarar för (Ibid). Sjukvård i hemmet kan därmed ses vara ett exempel på när samlokalisering och samverkan har en stor roll i fastighetsfrågor kring omställningen mot Nära vård.

Ökad samverkan innebär både integrerade hälsosystem (till exempel Hälsostaden i Ängelholm och Borgholmsmodellen) eller ett effektivt lokalutnyttjande genom *samllokalisering*.

I SKR:s rapport (2020c) handlar samverkan främst om den form som utspelas mellan region och kommun, eftersom dessa delar på ansvaret för olika delar av hälso- och sjukvården. För att lyckas med omställningen till Nära vård är därmed samverkan mellan region och kommun en viktig del i pusslet, men det finns även en tanke på att samverkan mellan region och kommun skulle kunna gynna invånarna eftersom:

"Utifrån ett invånarperspektiv är gränsdragningen mellan regionens och kommunens ansvar inte så lätt att förstå, och ofta en snårig djungel att ta sig igenom när man är i behov av hjälp." (SKR, 2020c).

Under intervjuerna diskuterades både samverkan inom regionen, mellan regioner och mellan region och kommun. Samverkan inom regionerna handlade om frågor om hur regionen drar gränser, och fördelar resurser. Där Region Gotland lyfte fram att samverkan måste utgå ifrån tre saker: fastigheter, funktioner och omsorgspraktik.

Samverkan mellan regioner handlade bland annat om att ha informationsutbyten inom forum såsom PTS Forum eller kring lokalfrågor och lokalnyttjande. Regionerna Kronoberg och Blekinge delar exempelvis på lokaler för mikrobiologi och materialdepåer. Det är ett område med utvecklingspotential och diskussioner kring delade ansvarsområden runt vårdupptäckning mellan regioner förekom i flera av de genomförda intervjuerna.

I beskrivningar av samverkan mellan region och kommun framkom en väldigt splittrad bild, en del regioner beskrev samverkan som en trevande process, medan andra regioner hade en god samverkan i dagsläget.

Samverkan, knöts även till frågan om lokaler och bemanning i intervjuerna. Där samverkan mellan olika organisatoriska enheter skulle leda till ett effektivt

utnyttjande av lokaler genom att verksamheter kan dela på gemensamma ytor. I kartläggningen av regionernas pågående arbete och under intervjuerna framkommer att en samlokalisering kan säkerställa tillgängligheten till vården genom att arbeta med geografisk närhet, rumslig närhet (till exempel att närakut ligger i anslutning till sjukhus) och utökade eller förändrade öppettider.

För att till exempel kunna minska belastningen på sjukhusens akutmottagning, så krävs det att primärvården har ändrade öppettider, att dessa kan bemannas samt att personal måste ha rätt kompetens för att eventuellt kunna arbeta med något mer komplexa akutfall än vad som görs idag. Det leder även till en fråga om hur landsortssjukhusens försörjning ska säkras, när det kommer till bemanningsrelaterade frågor.

Förändrade öppettider kommer inte bara leda till organisatoriska förändringar av verksamheten, utan även nya säkerhetsproblem. I kartläggningen av pågående arbete så lyfter bland annat Region Blekinge upp hur den nya närakutverksamheten kräver utökad säkerhet i form av: personliga överfallslarm, tillgång till ordningsvakter och övervakningskameror.

Det gavs även goda exempel på hur samlokalisering kan se ut i praktiken, till exempel vårdcentrum i Finspång, som inkluderar ett mindre mottagningshotell (Region Östergötland), det påtänkta konceptet om kombinerade trygghetsboenden och vanliga lägenheter i Kungsgärdet, Uppsala, samt i region Norrbotten där lokaler i äldreboendet har gjorts om till att även inkludera hälsocentraler.

Samlokalisering och samlokaliserade lösningar är viktigt ur ett samhällsperspektiv för Nära vård i och med att det tar hänsyn till det civilsamhälle och andra typer av organisationer som spelar en stor roll för invånare, men som kanske inte är en del av regioners eller kommuners egna organisationer (SKR, 2020c). Att samlokalisera sin verksamhet i civilsamhället, togs upp under intervjuerna i relation till tillgänglighet. Samlokaliseringen och samverkan med civilsamhället skulle kunna ske genom att exempelvis hälsorum som utvecklas till så kallade ”samhällsrum”. Genom att en flexibel lokalyta ursprungligen avsedd för vårdverksamhet eller självscanning kan ha ett mångsidigt användningsområde beroende på tidsmässigt bundna eller lokala samhällsbehov (från intervju med Region Västerbotten och Region Östergötland).

Intervjuerna gav ett intryck om att det fanns en positiv bild av att samverka och hitta nya samlokaliseringslösningar, men att det största hindret för samverkan var att det saknades en definition av Nära vård och vad Nära vård rent konkret skulle innebära. Vissa regioner gav uttryck för att de önskar en nationell eller övergripande definition som leder till likriktning, andra regioner ville ha lokalt anpassade eller en flexibel definition som är anpassningsbar utifrån deras regionala eller lokala behov. Samtidigt, visade den korta förenkäten att även deltagare från samma region, kunde ha skilda uppfattningar om vad Nära vård innehåller, vilket

leder till att det finns ett komplext förhållande med en spridning mellan de olika regionerna i vad som krävs och förväntas.

Vissa menade att konkretisering och behovsdefinitionen av vad Nära vård innebär för fastighetsfrågan måste komma underifrån, från primärvården – med tydlig lokal förankring och flexibilitet som effekt. Andra hade uppfattningen om att denna konkretisering behöver komma uppifrån, från politiskt håll med tydlighet och gränsdragning för vad Nära vård måste innebära för hälso- och sjukvården i fastighetsväg. Det sistnämnda mynnade ibland ut i funderingar kring standardiseringar och den möjliga användningen av typrum för vårdlokaler. Detta bedömdes i sin tur skapa förutsättningar för samlokalisering och samverkan mellan olika organisationer, eftersom dessa verksamheter vet vad som kan förväntas inkluderas i vårdlokaler. Paralleller drogs bland annat till hur tandvården arbetar med typrum som en förutsättning för att stafett-/vikarieverksamhet ska kunna upprätthålla en god kvalitet och förutsättningar oavsett vilken ort eller vilken vårdlokal som läkare använder (Region Västerbotten).

I förlängningen kan detta även ha haft en passiviserande effekt på regioner i form av att de helt enkelt avvaktat med att initiera arbetet, Otydligheten gällande vad som förväntas, verksamheterna blir passiva och nya investeringar skjuts upp för att invänta tydligare direktiv, vilket även tas upp i SKR:s rapport (2020c):

"I omställningen till Nära vård kan man till exempel prata om komplexa behov hos de vi finns till för, komplexa utmaningar med många beroenden eller komplexa system som består av många olika organisationer. Ordet komplexitet kan användas som en förklaring eller ibland en ursäkt för varför det kan vara svårt att driva utveckling."

Med tanke på att termen *Nära vård* varken avser en ny vårdnivå eller en ny organisatorisk nivå blir frågan om hur Nära vård påverkar vårdens befintliga lokal- och fastighetsbestånd en fråga som måste sättas i ett sammanhang för att kunna besvaras enligt deltagarna i intervjustudien. Dels måste det definieras hur arbetet med vårdstrukturering ska genomföras: ska det ske uppifrån och ner (det vill säga att den dominerande frågan är "vad kan flytta ut från sjukhuset") eller nerifrån och upp (det vill säga "vilken vård behöver medborgarna i sin närhet")? Dels handlar det om hur vårdstruktureringen speglar statliga krav, regionala målbilder, kommunala förutsättningar och invånares behov (vem är vården nära, var och hur?)

Utifrån förenkäten identifierades även två utmaningar (fråga 4), nämligen att få brukare att välja Nära vård-lösningar istället för att söka sig till den "traditionella vården" samt att få en fungerande samverkan kring omställningen till Nära vård med övriga aktörer. Det krävs så att säga både utåtriktat och inåtriktat arbete för att klara av omställningsarbetet. Detta är överförbart till frågan om fastighetsutformning och förvaltning. Ifall systemet inte är tydligt och tillgängligt nog för de som det finns till för (invånare/patienter/brukare) behöves någon form

av guidning. De personer som har störst behov, exempelvis multisjuka, har ofta kontakt med flera olika aktörer inom hälso- och sjukvården och det kan därmed behövas en ”allmänutbildning” för att hjälpa dem att hitta rätt (Region Kronoberg; SKR, 2020c).

Utifrån intervjuerna belystes även möjligheten att införa utbildning kring Nära vård tidigt i utbildningsprocessen för framtida vårdpersonal – så att tankesättet kring Nära vård implementeras och genomsyrar framtidens vårdverksamhet och därmed även vårdlokaler (Region Skåne).

5.2. Utvecklingsarbete som behövs

I både kartläggningen och intervjuerna framkommer att fastighets- och lokalfrågorna på något sätt har hamnat i skymundan och att beskrivningar kring omställningen till Nära vård främst berör verksamhetsperspektivet och vårdens organisering, trots att verksamhetsfrågor och fastighetsfrågor påverkar varandra. I SKR:s rapport *Omställning pågår! Tillsammans för en nära vård, En lägesrapport från regionerna i Sverige hösten 2019* (2020d) beskrivs omställningen i termer av förskjutningar eller förändringar i vårdens organisering och verksamhet.

All förändring i verksamheter kommer direkt eller indirekt påverka lokalfrågan, även om den inte omnämns explicit. Vad sker till exempel med lokalerna när vården går från *organisation till person och relation* genom personcentrering, digitalisering, kompetensförsörjning och primärvården som bas? Eller när *invånaren ska vara en aktiv medskapare* genom att regioner tillämpar en brukarstyrd inläggning? Eller när vården går från *fragmentiserad till sammanhängande* genom samverkan och mobila team?

Utifrån ovanstående nulägesbeskrivning så framkommer tydligt att det krävs ett utvecklingsarbete som rör vilka faktorer som påverkar lokalbehov direkt eller indirekt i Nära vård-omställningen. Det handlar dels om att hitta *möjliggörare för genomförande*, dels hitta *strategier för att hantera utmaningar* som uppstår under arbetet.

I SKR:s rapport (2020c) framkom att inom i princip alla uppdrag, så finns det en variation mellan enkla, komplicerade och komplexa delar. Där en *möjliggörare* som presenteras är att “trycka” ner så mycket som möjligt i enkla hörnet och standardisera och automatisera de delarna, så att man har tid och resurser för att arbeta med de komplicerade och komplexa delarna. För att göra detta så är rådet att be några erfarna medarbetare att ta fram en rutin och sedan se till att alla gör likadant, varje gång. Enkla moment går att optimera och förfina så att de blir så effektiva som möjligt och tar så lite resurser som möjligt, medan komplicerade eller komplexa delar i ett uppdrag kräver mer tid.

Översatt till fastighetsfrågor, skulle detta kräva ett vidare arbete med att se vad som ska in i ”enkla hörnet” genom att skaffa tydliga riktlinjer kring vad som förväntas vara ”basalt” för samtliga regioner i relation till Nära vård. Det är också

viktigt att ha i åtanke att kunskap om regionernas befintliga fastighetsinnehav samt omfattning av inhyrda lokaler är nödvändig som utgångspunkt för det fortsatta strategiska planeringsarbetet – geografi, fastighetsteknisk standard, robusthet, funktionalitet, anpassningsbarhet inom byggnaderna alternativt med omkringliggande mark inom eller i anslutning till fastigheterna, detaljplaner, fastighetsekonomi etcetera. De mer komplicerade och komplexa frågorna i relation till fastigheter, kan sedan regionerna tillåtas ta hand om i samverkan med andra regioner och/eller kommuner för att studera hur fastighetsfrågan påverkas av demografi, geografi, ekonomi etcetera.

Inför fortsatt arbete med Nära vård behöver också regionerna ta fram, dokumentera och redovisa den variation av investeringar som görs för att kunna få en rättvisande bild av de fastighetsekonomiska effekterna. Även en sammanställning av konsekvenser på inhyrning och lokalkostnader som konsekvens av samverkan med kommuner kan behöva kartläggas för att få en bred samhällsekonomisk bild av konsekvenserna av Nära vård på offentliga fastigheter.

Det handlar även om ett utvecklingsarbete kring hur lokalfrågor kan hanteras mer samordnat, genom att se till vilka typer av lokaler kommer att behövas som effekt av avsikten med Nära vård. Vilka av dessa är gemensamma för sjukhus, primärvård och kommunal vård samt vilka är specifika för regionernas unika behov? Här kan man även lyfta in frågan om grad av standardisering kopplat till utformning av vårdlokaler.

Ett annat regionalt utvecklingsarbete handlar om att hitta eldsjälarna eller föregångarna inom regionen, organisationen eller verksamheten som kan möjliggöra ett mer effektivt lokalutnyttjande och ett nytt arbetssätt, så att det går att komma ifrån att en ny funktion i verksamheten alltid kräver en ny lokal. I det här arbetet så krävs ett samarbete mellan regionernas fastighets- och vårdverksamhet, så att lokalfrågan blir en del av den dagliga verksamheten, istället för att som idag ligga i separat organisationer som samverkar på projektbasis. Det handlar om att skapa förståelse för att lokaler är långsiktiga till sin karaktär och att verksamhetens ”här och nu” perspektiv behöver mötas samt att minimera risken för att nybyggen redan är gamla när de står klara. Det handlar även om att se över lokalvakanser, beläggning och produktivitet och en av de som intervjuades i denna studie sa att hen önskar en strategisk fastighetsplan, där verksamheten *ingår*, med ett 10-årsperspektiv.

För att stödja ovan behövs också en infrastruktur eller kommunikationsstruktur för spridning av lärande och inspirerande exempel mellan regioner och kontaktperson. Ett stöd för kollegialt lärande kan det beskrivas som. Redan idag finns en plattform för samverkan kring fastighetsfrågor kallad Offentliga fastigheter (www.offentligafastigheter.se). Detta är ett samarbete mellan kommuner, regioner och tre statliga fastighetsförvaltare och ska fungera som forum för erfarenhetsutbyte samt driva utvecklingen av gemensamma frågor inom

fastighetsförvaltningsområdet. En vidare utveckling av forum som detta torde vara av vikt för nationell kunskapsutveckling.

De *utmaningar* som måste belysas i det vidare utvecklingsarbetet är bland annat om det finns motsättningar mellan att utforma lokaler för att åstadkomma ”god hälsa” (utifrån det stöd som kan finnas inom exempelvis evidensbaserad design) och utformning som optimeras utifrån närhetsdimensionen. Till exempel, i fallet med Högsbo specialistsjukhus innebar den modulbaserade designen att sjukhusets lokaler skulle få mindre dagsljus än andra moderna sjukhus och utifrån tidigare studier har det visat sig att ökad tillgång till dagsljus har positiva effekter på både patienternas hälsa och vårdpersonalens välmående (Ulrich, 2012). Av den anledningen är det viktigt att kartlägga vilka potentiella motsättningar det kan finnas mellan ”god vård” och ”nära vård”.

Även akademien behöver involveras i det arbetet, eftersom det finns forskningsfält som fokuserar på just utformningen av vårdlokaler och dess effekter på patienter och personal. Den här typen av forskning utgör ett viktigt område för CVA (Centrum för vårdens arkitektur), ett forskningscentrum på Chalmers tekniska högskola, som undersöker hur utformningen av vårdlokaler kan påverka patienternas hälsa (Ulrich, 2012), personalens välmående (Joseph et al., 2018) samt utformningen av digitala vårdrum (Lindahl et al., 2020). Nationellt samverkar CVA också med forskare inom området vårdmiljö på Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet och forskare vid SLU, Sveriges lantbruksuniversitet. Empiriskt grundade studier, systematiska uppföljningar och fastställande av utgångspunkter för utvärdering och uppföljning kopplat till genomförandet av Nära vård torde vara av strategiskt värde – inte minst som grund för diskussioner och beslut.

I studien avseende E-hälsa (Lindahl et al., 2020) diskuterades utformningen av digitala vårdrum med utgångspunkt i designelement som gynnar effektivt användande av distansbaserad vård. Dessa inkluderar sådana faktorer som berör bland annat rummets lokalisering och storlek, akustik och inredning (Lindahl et al., 2020). En liknande redogörelse hade behövts för att identifiera de designfaktorer som bidrar till att stärka upplevelsen av en Nära vård bland patienter, i annat fall finns en risk att designarbete utgår från föråldrade arbetssätt och byggnadsstrukturer.

Även vård i hemmet kommer att kräva ett utvecklingsarbete gällande lokaler. Utvecklingsarbetet handlar både om hur det ska gå att säkerställa en god arbetsmiljö och en hög patientsäkerhet, men även ur ett kostnadsperspektiv. Kanske är det mer kostsamt att i längden köra runt på hembesök än att ha en mottagning, som en av respondenterna påpekade. För att förstå detta behövs studier med ett bredare samhällsperspektiv som kan belysa i vilken grad detta påverkar samhällsekonomiska kostnader totalt, blir det kanske kostnadsneutralt eller rentav mer kostnadseffektivt sett ur ett bredare samhällsperspektiv.

Nära vård kommer även att spilla över på stadsplanerings- och bostadsplaneringsfrågor. Det handlar bland annat om dialoger med kommuner för att kunna placera primärvårdslokaler i närheten av bostäder för att skapa en geografisk nära tillgång till vården, att det finns parkeringsplatser i närheten av bostäder för att mobila team eller vårdpersonal ska kunna ta sig till vårdtagarnas bostäder. Ytterligare en aspekt när det kommer till vård i hemmet på en strukturell nivå, är att se om det finns några *risiker* med en allt mer nära, hembaserad vård. Kan den till exempel innebära fler tillbud i samband med hot och våld eller att fler äldre blir isolerade i deras hem?

Även samverkan mellan kommuner och regioner blir framgent betydelsefull. Redan idag sker vård- och omsorgsverksamhet med kommunalt huvudmannskap och ett informations- och erfarenhetsutbyte kring den vård som bedrivs i hemmen är relevant för omställningen till Nära vård.

5.3. Hållbara investeringar

Samtidigt som detta projekt har genomförts har en utredning om ”Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård” startats. (Regeringen, 2019, Dir 209:69) Avsikten med detta projekt är att analysera hur vårdens investeringsprojekt förhåller sig till pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå samt analysera pågående eller planerad samverkan mellan aktörer som kan påverka eller bidra till detta arbete.

Utgångspunkten för arbetet är att den svenska sjukvården håller ”hög kvalitet” samtidigt som den står inför utmaningar såsom exempelvis åldrande befolkning, ökad psykisk ohälsa och ett ökat behov av samverkan mellan olika aktörer. Vidare anges strukturproblem som en utmaning, ett sådant som anges är personalbrist. Som bakgrund till arbetet anges också ett av regeringen initierat ”reformarbete” fokuserande högspecialiserad vård, tillgänglighet, kompetensförsörjning och digitalisering. En central del i arbetet anges vara utvecklingen av Nära vård och utvecklingen av primärvården. På så sätt så kopplar detta arbete till det projekt som redovisas i denna rapport.

Även lokalfrågor berörs då uppdraget omfattar att kartlägga regionernas investeringar i ”sjukvårdens infrastruktur”. En infrastruktur som ska möjliggöra hög kvalitet och vara samhällsekonomiskt effektiv. Utredningen ska därför:

- Kartlägga större investeringsprojekt i sjukhus
- Analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen
- Analysera hur samverkan, avseende hälso- och sjukvård, mellan stat och regioner samt mellan regioner kan utvecklas för bättre samhällsekonomisk nytta.

Den ”pågående utvecklingen” kan man tolka som omställningen till Nära vård men detta uttrycks inte specifikt. I ett tilläggsdirektiv utökades utredningen till att också (Dir 2020:116):

- Analysera ”större sjukhusinvesteringarnas beståndsdelar och komplexitet och eventuella behov av samverkan för att bidra till den nationella utvecklingen av hälso-och sjukvården.”
- Analysera, i relation till samverkan, olika former av samverkan, ”och vid behov lämna förslag på ändamålsenlig och kostnadseffektiv samverkan för nationell utveckling.”

Vidare ska utredningen:

- ”Överväga om någon statlig aktör, och i så fall vilken, bör ha ett samordnande uppdrag och vid behov lämna förslag på hur ett sådant uppdrag kan utformas...”

Frågan om någon statlig aktör väcker tanken om statliga organisationer, standardisering och liknande lösningar som tidigare varit sätt att hantera frågor om nationell samordning. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, SPRI, inrättades 1968 för att ta fram riktlinjer för dimensionering och planering av sjukhus. SPRI avvecklades under 1990-talet och den kunskaps- och kompetensproduktion som institutet drivit stannade av. (Ring, 2017) Sannolikt är det inte detta som efterlyses här men det blir tydligt att det måste definieras vad som ska vara gemensamt, samordnat respektive olika, speciellt i ljuset av de ekonomiska utmaningar som finns.

Avsikten med utredning avseende förutsättningar för hållbara investeringsprojekt är således att öka nationell samordning och effektivitet avseende sjukhusinvesteringar, men också avseende primärvården. Det betonas också i direktiven till utredningen att det är regionernas ansvar att leverera vård och att de därför behöver utveckla samarbeten och dialoger mellan och inom regionerna samt med andra aktörer. Detta mot bakgrund att det i det hittillsvarande arbetet i utredningen, tills hösten 2020, inte identifierats någon nationell gemensam samordning och planering av investeringar inom sjukvården. Detta såväl avseende byggande som avseende investeringar i kostsam klinisk- eller forskningsinfrastruktur. Liknande slutsatser ges i rapporten ”Planerings- och utvecklingsmodell för vårdmiljöer” (2018) dock med fokus på samordning av processen och betydelsen av att likartade processer används i de olika regionerna för att möjliggöra kunskapsöverföring.

Bygg- och lokalfrågor framträder i direktiven för utredning om hållbara investeringar i kommentarer som refererar till Nya Karolinska Solna, NKS. Dessa är i sin tur baserat på SOU 2020:15 om ”Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården”. Där kommenteras att investeringsprojekt inom sjukhusbyggande

”inte bara är ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt.” Utredningen konstaterar att ”frågor om upphandling, investeringar och organisationsförändringar är mycket nära kopplade till varandra i komplexa processer som ställer krav på helhetsperspektiv.” Det påpekas också att då regionernas ekonomi är ansträngd bör det nationella sjukvårdsperspektivet beaktas. Det senare pekar starkt på samordning som ett angreppssätt.

5.4. Avslutande kommentar

Omställningen till Nära vård är ett omfattande arbete som påverkar alla aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet i Sverige. I detta fall kan man rentav tala om ett behov av systeminnovation av hälso- och sjukvårdssystemet. Inriktningen med ett personcentrerat arbetssätt utifrån ett brukarperspektiv driver frågor om såväl organisering som arbetsprocesser och var dessa utförs.

Den nu aktuella verksamhetsförändringen, Nära vård, är den som måste definiera de behov som ska uppfyllas. Dess intentioner behöver också kopplas till det stöd denna reform behöver. Även om lokal- och byggprojekt har en stor påverkan och oftast kopplas till verksamhetsutvecklingsarbete, nya metoder, arbetssätt och liknande så måste arbetet med lokaler för Nära vård starta i en diskussion och ett utvecklingsarbete om hur man ska organisera och genomföra själva arbetet efter omställningen.

Ett fokus på verksamhetsinnehåll innebär dock inte att lokalutformning, lokaliseringsbeslut och andra vårdmiljöfrågor inte är relevanta att ta upp. Tvärtom, snarare behöver lokalfrågor integreras med verksamhetsutvecklingsarbetet och inte kopplas på som ett byggprojekt innan verksamheten definierat sina krav. Dessutom, med ökad omfattning av hemsjukvård, digitalisering av vårdtjänster, mobila team etc. så uppstår förutom själva sjukhusbyggandet också ett behov av lokallösningar i en mängd olika sammanhang – hälso- och sjukvårdsbyggnader är en del av Samhällsbyggandet.

Naturligtvis behövs samordning, också inom regionerna, där en växelverkan uppnås mellan vårdverksamhetens utveckling och dess lokalbehov. Givetvis är inte heller lokaler en oändlig resurs, de är kostsamma⁵ och ställer i sin tur krav på verksamheten och sätter ramar för vad som är möjligt så snart de är färdigbyggda. Men, det är verksamheten som sätter behoven för vad lokalerna ska stödja, bidra till och göra möjligt. Här behövs ett utvecklingsarbete där beställarrollen av lokaler är integrerad mellan vård och fastighet. En utmaning givet dagens organisering där vårdverksamheten beställer, ett sätt att se på lokalförsörjning som i sig självt har inbyggda utmaningar.

⁵ Att notera, det byggs årligen för cirka 10 miljarder, vårdverksamheten kostar mer än 325 miljarder (2019). (SKR, 2020e)

Avslutningsvis, för att komma vidare i frågan om framtidens vårdbyggnadsstruktur behöver regionerna välja dels grad av samordning och samverkan och dels behöver Nära vård konkretiseras. Så att det går att besluta om vad för verksamhet det skall byggas för. Detta i sin tur behöver utgå från grunden till det reformarbete som Nära vård baseras på.

6. Referenser:

- 1177 Vårdguiden. (2018). *Vård i hemmet*. 1177.
<https://www.1177.se/Stockholm/Stockholm/sa-fungerar-varden/varden-i-stockholms-lan/vard-nara-dig/vard-i-hemmet/>
- Bergström, G. & Boréus, K. (2005). *Textens mening och makt*. Lund: Studentlitteratur.
- Beroendecentrum. (2019). *Mobil vård buss erbjuder nu även sprututbyte*. Mobil vård buss erbjuder nu även sprututbyte.
<https://www.beroendecentrum.se/aktuellt/mobil-vardbuss-erbjuder-nu-aven-sprututbyte/>
- Dagens Medicin. (2019a). *En robust sjukvård kräver reservkapacitet*.
<https://www.dagensmedicin.se/opinion/kronika/en-robust-sjukvard-kraver-reservkapacitet/>
- Dagens Medicin. (2019b). *Köp av privat vård ökar*. Dagens Medicin.
<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/12/12/kop-av-privat-var-d-okar/>
- Dagens Samhälle. (2019). *Vi behöver tänka bredare kring nära vård*.
<https://www.dagenssamhalle.se/debatt/behover-tank-a-bredare-kring-nara-var-d-24150>
- Dagens Samhälle. (2020). *Just-in-time symtom på ett sjukt samhälle*.
<https://www.dagenssamhalle.se/kronika/just-time-symtom-pa-ett-sjukt-samhalle-32010>
- Dahlin-Ivanoff, S. & Holmgren, K. (2017). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Deakin, H., & Wakefield, K. (2014). Skype interviewing: Reflections of two PhD researchers. *Qualitative research*, 14(5), 603-616.
- Denscombe, M. (2018) *Forskningshandboken: För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund, Studentlitteratur.
- Eriksson, E., Alexandersson, P., Gadolin, C., Eriksson, J. & Lindahl, G. (2020) Covid-19-pandemins effekter på Nära vård: En intervjustudie med företrädare från kommuner och regioner. CHI/CVA, Chalmers. (Intern rapp SKR)
- European Commission. (2018). *The 2018 ageing report economic & budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*. Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- Fitzgerald, J., & Fitzgerald, J. (2013). *Statistics for criminal justice and criminology in practice and research: An introduction*. SAGE Publications.
- Hammersley, M. (1992). Some reflections on ethnography and validity. *Qualitative Studies in Education* 5(3): 195-203.

Hälsa och sjukvårdslag, 2017:30

Hälsostaden. (2020a). Om Hälsostaden. *Hälsostaden*. <https://www.halsostaden.se/om-halsostaden/>

Hälsostaden. (2020b). Visionsmål. *Hälsostaden*. <https://www.halsostaden.se/visionsmal>

Innovation Skåne. (2020). *Läkarstöd på distans | Innovation Skåne*. <https://www.innovationskane.com/sv/lakarstod-pa-distans/>

Insikt Medicin. (2020). *Fem regioner och landsting introducerar IBD Home*. <https://www.insiktmedicin.se/articles/556190/2018-09-19-11-30-53-fem-regioner-och-landsting-introducerar-ibd-home>

Jones, J. (1996). The effects of non-response on statistical inference. *Journal of health & social policy*, 8(1):49-62.

Joseph, A., Bayramzadeh, S., & Rostenberg, B. (2018). *Safety, Performance, and Satisfaction Outcomes in the Operating Room: A Literature Review*. 11(2), 137–150.

Lawrence, P.R. & Lorsch, J.W. (1967). *Organization and Environment*. Boston, MA: Harvard School of Business Administration.

Layder, D. (2018). *Investigative Research. Theory and Practice*. London: Sage.

Lindahl, G., Park, S., Eriksson, J. & Adam, A. (2018) Planerings-och utvecklingsmodell för vårdmiljöer, Nuläge, utmaningar, möjligheter. PTS, Jönköping/CVA, Chalmers, Göteborg.

Lindahl, G., Thodelius, C., Adam, A., & Wijk, H. (2020). *Hur påverkar vårdens digitala utveckling behovet av lokaler och utformningen av dem?* Centrum för vårdens arkitektur (CVA)

Lindberg, K. (2009). *Samverkan*. Malmö: Liber.

Läkartidningen. (2018, March 20). Principer för digitala vårdmöten i Uppsala fastställda. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2018/03/principer-for-digitala-vardmoten-i-uppsala-faststallda/>

Läkartidningen. (2019). Drönarprojekt i Västerbotten får miljonstöd. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/07/dronarprojekt-i-vasterbotten-far-miljonstod/>

Läkartidningen. (2020, July 8). *Västerbotten testar digital läkarkontakt på äldreboenden*. Västerbotten testar digital läkarkontakt på äldreboenden. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/vasterbotten-testar-digital-lakarkontakt-pa-aldreboenden/>

Nolan, S.A. & Heinzen, T.E. (2014). *Statistics for the Behavioral Sciences*. New York, U.S.: Worth Publisher.

Nordens välfärdscenter. (2019). *Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden*. Utgiven av Nordens välfärdscenter.

OECD. (2020). *Health equipment—Hospital beds—OECD Data*. Health Equipment - Hospital Beds - OECD Data. <http://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

Regeringen (2019) Kommittédirektiv från Socialdepartementet, Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård. Dir. 2019:69 och Dir 2020:116.

Region Blekinge. (2019). *Mötesbok: Hälso- och sjukvårdsnämnden (2019-10-24) Hälso- och sjukvårdsnämnden*. Hälso- och sjukvårdsnämnden. Region Blekinge.

Region Gävleborg. (2020). *Bedömningsbilen i Los Från projekt till permanent verksamhet*. Bedömningsbilen i Los Från Projekt till Permanent Verksamhet. <https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/halsoval/aktuellt/primarvard-utveckling/bedomningsbil-i-los-.pdf>

Region Kronoberg. (2019). *Demografisk befolkningsanalys av vårdkonsumtion i Region Kronoberg*. Sirona Group AB.

Region Kronoberg. (2020a). *Frågor & svar—Förstudie nytt sjukhus i Växjö*. Frågor & svar - förstudie nytt sjukhus i Växjö. <http://www.regionkronoberg.se/halsa-var-d-tandvard/framtidens-var-dbyggnader/centrallasarettet-vaxjo/fragor-och-svar-om-forstudie-nytt-sjukhus-i-vaxjo/>

Region Kronoberg. (2020b). *Nytt akutsjukhus i Växjö*. Nytt akutsjukhus i Växjö. <http://www.regionkronoberg.se/halsa-var-d-tandvard/framtidens-var-dbyggnader/centrallasarettet-vaxjo/>

Region Örebro län. (2019). *God och nära vård i Region Örebro län Redovisning med anledning av överenskommelse mellan staten och SKL*.

Region Örebro län. (2020). *Utveckling för framtidens vård* [Text]. Örebro läns landsting. <https://www.regionorebrolan.se/sv/Om-regionorebrolan/Projekt/Byggomrade-Sodra-Grev-Rosengatan/H-huset/>

Region Skåne. (2014). *Det öppna Skåne 2030. Skånes regionala utvecklingsstrategi*.

Region Uppsala. (2018). *Effektiv och nära vård 2030 Målbild och strategi*.

Ring, L. (2017) SPRI-tiden. Planering av vårdbyggnader i Sverige 1968 till 1989. Rapport 2017:1. Chalmers, CVA.

Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction*. London: Sage.

SKR. (2019a). *Ekonomirapporten—Om kommunernas och regionernas ekonomi*. Sveriges kommuner och regioner.

SKR. (2019b). *Gemensamt ramverk av standarder för interoperabilitet* [Text].
<https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/standardiseringinformatik/gemensamtramverk.11806.html>

SKR. (2019c) *Hälso- och sjukvårds barometern 2019 Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*

SKR. (2019d) *Fastighetsnyckeltal 2019, Sveriges Kommuner och Regioner*.

SKR. (2019e) *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019. Öppna jämförelser, Sveriges Kommuner och Regioner*.

SKR. (2020a). *Hälsobussen—En familjecentral på hjul—SKR. Hälsobussen - En Familjecentral På Hjul - SKR*.
<https://skr.se/tjanster/merfranskr/larandexempel/larandexempel/halsobussenenfamiljecentralpahjul.33043.html>

SKR. (2020b). *Omställning till en nära vård* [Text]. *Omställning till en nära vård*.
<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>

SKR. (2020c). *Att driva omställningen till Nära vård*.
<https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/attdrivaomstallningentillnaravard.34945.html>

SKR. (2020d). *Omställning pågår! Tillsammans mot en nära vård, en lägesrapport från regionerna i Sverige hösten 2019*. Sveriges Kommuner och Regioner.
https://skr.se/download/18.21a884af1715895327fb4a51/1586940875598/Omst%C3%A4llning_p%C3%A5g%C3%A5r_n%C3%A4ra_v%C3%A4rd_skr.pdf

SKR. (2020e). *Ekonomirapporten, oktober 2020*. Sveriges Kommuner och Regioner.

SLL. (2019a). *Framtidens hälso- och sjukvård Genomförande 2018*. Region Stockholm.

SLL. (2019b). *Genomförandeplan för primärvårdsstrategin 2019 – 2025*. Region Stockholm. <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2020/200128/genomforandeplan-for-primarvardsstrategi.pdf>

SLL. (2020). *Så förändras sjukvården i Stockholm*. Så förändras sjukvården i Stockholm. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/framtidsplanen/>

SOU. (2016). *Effektiv vård: Slutbetänkande (2016:2)*. Statens offentliga utredningar. Wolters Kluwer.

SOU. (2017). *Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01)*. Statens offentliga utredningar. <http://www.sou.gov.se/godochnaravard/>

SOU (2017) God och nära vård - en gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

SOU (2018) God och nära vård. En primärvårdsreform (2018:39).

SOU (2019) God och nära vård - Vård i samverkan (SOU 2019:29).

SOU (2020a) Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården. (SOU2020:15).

SOU. (2020b). *God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (2020:19)*. Statens Offentliga Utredningar.

Svenska Dagbladet. (2019). *Drönare räddar liv – släpper blod med fallskärm*. Drönare räddar liv – släpper blod med fallskärm. <https://www.svd.se/dronare-raddar-liv--blod-slapps-med-fallskarm>

Sveriges Radio. (2017, May 11). *Virtuella hälsorum i Västerbotten*. Virtuella hälsorum i Västerbotten. <https://sverigesradio.se/artikel/6693681>

Sveriges radio. (2019). *Miljoner för att utveckla drönare till medicintransport..* <https://sverigesradio.se/artikel/7256853>

Tillväxt- och regionplaneförvaltningen. (2018). *Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen RUF 2050*.

Ulrich, R. (2012). *Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*. Centrum för vårdens arkitektur (CVA). <https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva/Forskning/publikationer/rapporter>

Vårdanalys. (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

VGR. (2017, April 4). *Högsbo specialistsjukhus*. Västra Götalandsregionen. <https://www.vgregion.se/om-vgr/satsningar-och-samarbeten/hogsbospecialistsjukhus/>

VGR. (2018, Oktober 1). *Utökade hembesök Göteborg*. Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/uppdrag-och-avtal/central-barnhalsovard/informationsmaterial/utokade-hembesok/>

VGRfokus. (2019, Mars 4). *Ny klinik i Borås ska ge sjukvård hem till dörren*. *VGRfokus*. <https://vgrfokus.se/2019/03/ny-klinik-i-boras-ska-ge-sjukvard-hem-till-dorren/>

Yin, R.K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. (4:th ed.). London: Sage.

7. Bilagor

7.1. Bilaga A: Intervjumall

TEMA 1: Kartläggning av nuläget – vad har gjorts och vilka erfarenheter finns?

- **FG1:** På vilket sätt har omställning skett/arbetet med omställning implementerats/påbörjats? Vad har implementerats? Vad ser ni som fördelar, nackdelar och utmaningar med omställningen till nära vård? Vilka hinder har ni stött på? På vilket sätt löstes dem? Hur fungerar samverkan inom och utanför organisationen? Skillnad landsbygd-/storstad?

TEMA 2: Dagens arbete med lokalfrågor i relation med omställningen till nära vård

- **FG2:** Upplever ni att frågan om omställningen till nära vård diskuteras i relation till lokaler? På vilket sätt förs diskussionerna? Finns det någon aktör som driver frågan mer/mindre? Är lokaler viktiga för nära vård omställningen? Hur och varför? Vilka god/mindre goda exempel kan ni ge från ert eget arbete? Finns det någon skillnad i diskussionerna runt processerna ”från slutet till öppen vård”, ”bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård”, ”ökad tillgänglighet i den nära vården” samt ”hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser”?

TEMA 3: Utmaningar och möjligheter i relation till omställningsarbete och lokaler

- **FG3:** På vilket sätt kommer omställningen till nära vård påverka lokalanvändningen (kommer behovet av lokaler att minska eller öka)? Är det någon viss typ av vårdlokaler som kommer att minska/öka? Varför och på vilket sätt? Kommer samverkan med andra aktörer att påverka lokalbehovet och lokalanvändningen? Hur ska vårdlokaler bemannas? Vad förväntas gällande kompetens mm?
- **FG4:** Vilka lokal-, bygg och fastighetsrelaterade frågor har enligt er aktualiserats i diskussionen om nära-vård omställningen? Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i relation till att utforma och förvalta lokaler i det här skedet? I vilka forum diskuteras frågan? Har ni egna goda eller mindre goda exempel?
- **FG5:** Vilka olika typer av lokaler behövs i framtiden? Vad har de gemensamt och vad skiljer dem åt?

7.2. Bilaga B: Enkät

Förenkät: inför fokusgruppsintervjuer rörande omställningen till nära vård och framtidens vårdbyggnadsstruktur

1. Vad förknippar Du med begreppet ”nära vård”?

- A. Digitalisering
- B. Process, där resurser och besökare går från sluten- till öppen vård i högre utsträckning
- C. Process, där vårdprocessen går från reaktiv till proaktiv vård, genom att den nära vården är fokuserad på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- D. Ökad tillgänglighet till vården
- E. Samverkan mellan regioner, kommuner och socialtjänst gällande hälso- och sjukvård
- F. Integrerade vårdssystem
- G. Samlokalisering av verksamheter
- H. Mobila lösningar, det vill säga att vården kommer till besökarna istället för tvärtom genom att använda till exempel vårdbilar och vårdbussar
- I. Inget av ovanstående/annat

2. Vilken är den största fördelen med omställningen till nära vård enligt Dig? (Ange två alternativ)

- A. Tids- eller kostnadseffektivt för organisationen/verksamheten
- B. Tids- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren
- C. Verksamheten kan utnyttja lokaler mer effektivt
- D. Nära vård är en förutsättning för en jämlik vård i landet
- E. Hälsofrämjande
- F. Annan fördel
- G. Ser inga fördelar

3. Är omställningen till nära vård främst förknippad med.... (Ange ett alternativ)

- A. Möjligheter?
- B. Utmaningar?

4. På en skala mellan 1 och 5 (där 1 = ingen utmaning till 5 = en mycket stor utmaning) skattar Du Er regions utmaning är gällande:

- A. Att höja medarbetares kompetens gällande digitala lösningar
- B. Att höja brukares kompetens gällande digitala lösningar
- C. Få brukare att välja nära vårds-lösningar istället för att söka sig till den ”traditionella vården” (t.ex. att åka till närakuten/jourcentralen istället för sjukhusets akutmottagning)
- D. Få en fungerande samverkan kring omställningen till nära vård med övriga aktörer
- E. Utveckla och utforma lokaler som fungerar för att bedriva nära vård
- F. Kunna utveckla hållbara lösningar för lokaler inom sjukvården

5. Vilket eller vilka av följande scenarier anser Du är troliga inom de fem kommande åren? (Ange alla aktuella alternativ)

- A. Lokalbehovet kommer att öka i samband med omställningen till nära vård
- B. Lokalbehovet kommer att minska i samband med omställningen till nära vård
- C. Lokalbehovet kommer att vara oförändrat
- D. Utvecklingsarbetet av lokaler kommer att förändras negativt
- E. Utvecklingsarbetet av lokaler kommer att förändras positivt
- F. Arbetet med förvaltning och underhåll av lokaler kommer att förändras negativt
- G. Arbetet med förvaltning och underhåll av lokaler kommer att förändras positivt
- H. Organisationens behov av att samverka kommer att öka
- I. Organisationens behov av att samverka kommer att minska
- J. Omställning till nära vård kommer inte att förändra utvecklingsarbetet med lokaler, förvaltningsfrågor eller samverkans frågor på något större sätt

6. Vad ser Du och Din verksamhet som den största vinsten med omställningen till nära-vård i relation till lokaler? (Ange ett alternativ)

- A. Bättre resursfördelning mellan regional och kommunal vårdförfarande, vilket kan bidra till mer optimala lokalförsörjningsplaner.
- B. Vårdens lokaler kommer till brukaren istället för det motsatta (minskar på vårdbesök och ökar tillgänglighet till vård)
- C. Nära vård kommer att minska på lagerhållning i vårdlokaler
- D. Omställningen till nära-vård kommer att reducera den nödvändiga byggnads arean

7. Upplever Du att diskussioner om omställningen till nära vård har: (Markera 1 = ja, 2 = nej, 3 = vet ej)

- A. Har påverkat fastighetsinvesteringar?
- B. Har lett till diskussioner om förändringar av fastighetsbeståndet på en strategisk politisk nivå?
- C. Har lett till diskussioner om förändringar av fastighetsbeståndet på en tjänstemannanivå?
- D. Har påverkat arbetet med FUP (fastighetsutvecklingsplan)?
- E. Har lett till diskussioner av nya former av fysisk samlokalisering inom verksamheten?
- F. Har diskuterats på strategisk nivå i relation till digitalisering och e-hälsa?

8. På en skala mellan 1 och 5 (där 1 = låg prioritet och 5 = hög prioritet) anser Du att lokalfrågan har haft i diskussionerna om nära vård i följande sammanhang:

- A. På nationell nivå
- B. På regional nivå
- C. På kommunal nivå
- D. Inom er verksamhet
- E. I olika samverkansforum

9. I relation till begreppet ”nära vård”, vilken typ av lokaler eller strukturella förändringar tror Ni att regionen (markeras med 1), politiker (markeras med 2) och medborgarna (markeras med 3) avser i första hand:

- A. Den strukturella förändringen från akutsjukhus till specialistsjukhus, närsjukhus, primärvården och vård i hemmet
- B. Standardiseringsarbete och interna samarbeten mellan olika regioner
- C. Samarbete mellan regioner och kommuner (t.ex. Borgholmsmodellen)
- D. Samlokalisering av verksamheter
- E. Digitala vårdmöten
- F. Hälsobussar eller liknande uppsökande vårdformer
- G. Mobil självmonitorering

10. Har ni i Er region något gott exempel på när frågan om nära-vård, verksamhetsfrågor och fastighets/lokalfrågor har lösts eller diskuterats på ett bra sätt?

- A. Ja
- B. Nej

Ta gärna med det till fokusgruppen och beskriv vilka strategier som användes vid tillfället.

TACK FÖR ER MEDVERKAN!

7.3. Bilaga C: Deskriptiv sammanställning av enkätsvar

Fråga 1: Vad förknippar Du med begreppet ”nära vård”? (Ange alla aktuella alternativ, n = 96)

| | |
|--|------|
| Digitalisering | 11 % |
| Process, där resurser och besökare går från sluten- till öppen vård i högre utsträckning | 14 % |
| Process, där vårdprocessen går från reaktiv till proaktiv vård, genom att den nära vården är fokuserad på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser | 11 % |
| Ökad tillgänglighet till vården | 11 % |
| Samverkan mellan regioner, kommuner och socialtjänst gällande hälso- och sjukvård | 16 % |
| Integrerade vårdssystem | 11 % |
| Samlokalisering av verksamheter | 8 % |
| Mobila lösningar, det vill säga att vården kommer till besökarna istället för tvärtom genom att använda till exempel vårdbilar och vårdbussar | 15 % |
| Inget av ovanstående/annat | 2 % |

100 %

Fråga 2: Vilken är den största fördelen med omställningen till nära vård enligt Dig? (Ange två alternativ, n = 32)

| | |
|---|------|
| Tids- eller kostnadseffektivt för organisationen/verksamheten | 28 % |
| Tids- eller kostnadseffektivt för besökaren/brukaren | 38 % |
| Verksamheten kan utnyttja lokaler mer effektivt | 3 % |
| Nära vård är en förutsättning för en jämlik vård i landet | 16 % |
| Hälsofrämjande | 16 % |
| Annan fördel | 0 % |
| Ser inga fördelar | 0 % |

100 %

Fråga 3. Är omställningen till nära vård främst förknippad med.... (Ange ett alternativ, n = 15)

Möjligheter 53 %

Utmaningar 47 %

Fråga 4: På en skala mellan 1 och 5 (där 1 = ingen utmaning till 5 = en mycket stor utmaning) skattar Du Er regions utmaning är gällande:

| Faktor: | Medelvärde |
|---|--------------|
| Att höja medarbetares kompetens gällande digitala lösningar | 2,4 (n = 14) |
| Att höja brukares kompetens gällande digitala lösningar | 2,9 (n = 13) |
| Få brukare att välja nära vårds-lösningar istället för att söka sig till den ”traditionella vården” | 3,8 (n = 14) |
| Få en fungerande samverkan kring omställningen till nära vård med övriga aktörer | 3,9 (n = 14) |
| Utveckla och utforma lokaler som fungerar för att bedriva nära vård | 2,6 (n = 15) |
| Kunna utveckla hållbara lösningar för lokaler inom sjukvården | 2,9 (n = 15) |

Fråga 5: Vilket eller vilka av följande scenarier anser Du är troliga inom de fem kommande åren? (Ange alla aktuella alternativ, n = 57)

| | |
|--|------|
| Lokalbehovet kommer att öka i samband med omställningen till nära vård | 16 % |
| Lokalbehovet kommer att minska i samband med omställningen till nära vård | 5 % |
| Lokalbehovet kommer att vara oförändrat | 12 % |
| Utvecklingsarbetet av lokaler kommer att förändras negativt | 0 % |
| Utvecklingsarbetet av lokaler kommer att förändras positivt | 25 % |
| Arbetet med förvaltning och underhåll av lokaler kommer att förändras negativt | 2 % |
| Arbetet med förvaltning och underhåll av lokaler kommer att förändras positivt | 14 % |
| Organisationens behov av att samverka kommer att öka | 25 % |
| Organisationens behov av att samverka kommer att minska | 2 % |
| Omställning till nära vård kommer inte att förändra utvecklingsarbetet med lokaler, förvaltningsfrågor eller samverkansfrågor på något större sätt | 0 % |

100 %

Fråga 6: Vad ser Du och Din verksamhet som den största vinsten med omställningen till nära-vård i relation till lokaler? (Ange ett alternativ, n = 15)

| | |
|--|------|
| Bättre resursfördelning mellan regional och kommunal vårdförfarande, vilket kan bidra till mer optimala lokalförsörjningsplaner. | 13 % |
| Vårdens lokaler kommer till brukaren istället för det motsatta (minskar på vårdbesök och ökar tillgänglighet till vård) | 67 % |
| Nära vård kommer att minska på lagerhållning i vårdlokaler | 0 % |
| Omställningen till nära-vård kommer att reducera den nödvändiga byggnads arean | 20 % |

100 %

Fråga 7: Upplever Du att diskussioner om omställningen till nära vård har: (Markera 1 = ja, 2 = nej, 3 = vet ej). Enbart svarsalternativ JA redovisas nedan.

| | |
|---|---------------|
| Har påverkat fastighetsinvesteringar? | 21 % (n = 14) |
| Har lett till diskussioner om förändringar av fastighetsbeståndet på en strategisk politisk nivå? | 79 % (n = 14) |
| Har lett till diskussioner om förändringar av fastighetsbeståndet på en tjänstemannanivå? | 93 % (n = 15) |
| Har påverkat arbetet med FUP (fastighetsutvecklingsplan)? | 57 % (n = 14) |
| Har lett till diskussioner av nya former av fysisk samlokalisering inom verksamheten? | 36 % (n = 14) |
| Har diskuterats på strategisk nivå i relation till digitalisering och e-hälsa? | 79 % (n = 14) |

Fråga 8: På en skala mellan 1 och 5 (där 1 = låg prioritet och 5 = hög prioritet) anser Du att lokalfrågan har haft i diskussionerna om nära vård i följande sammanhang

| Sammanhang | Medelvärde |
|-------------------------|--------------|
| På nationell nivå | 2,2 (n = 13) |
| På regional nivå | 3,1 (n = 14) |
| På kommunal nivå | 2,4 (n = 8) |
| Inom er verksamhet | 3,2 (n = 15) |
| I olika samverkansforum | 3,4 (n = 13) |

Fråga 9: I relation till begreppet ”nära vård”, vilken typ av lokaler eller strukturella förändringar tror Ni att regionen (markeras med 1), politiker (markeras med 2) och medborgarna (markeras med 3) avser i första hand (n = 92):

| | Regionen | Politiker | Medborgare |
|---|----------|-----------|------------|
| Den strukturella förändringen från akutsjukhus till specialistsjukhus, närsjukhus, primärvården och vård i hemmet | 14 % | 8 % | 2 % |
| Standardiseringsarbete och interna samarbeten mellan olika regioner | 4 % | 4 % | 0 % |
| Samarbete mellan regioner och kommuner | 5 % | 9 % | 0 % |
| Samlokalisering av verksamheter | 4 % | 0 % | 0 % |
| Digitala vårdmöten | 7 % | 4 % | 10 % |
| Hälsobussar eller liknande uppsökande vårdformer | 5 % | 3 % | 4 % |
| Mobil självmonitorering | 5 % | 4 % | 8 % |
| | 44 % | 32 % | 24 % |

Fråga 10: Har ni i Er region något gott exempel på när frågan om nära-vård, verksamhetsfrågor och fastighets/lokalfrågor har lösts eller diskuterats på ett bra sätt?

Ja: 53 %

Nej: 47 %

Denna rapport är en del av en rapportserie från Centrum för Vårdens Arkitektur, CVA. Centret är en nationell plattform för utveckling, utbyte och spridning av kunskap kring byggd miljö för vård och omsorg. CVA är baserat på Chalmers tekniska högskola och genomför utbildning, fortbildning och forskning. Forskningsfokus är på byggd miljö och dess roll och funktion i vårdmiljöer.

Rapporterna utgår från antingen forskning och/eller ämnen relevanta för FoU avseende fysiska vårdmiljöer.

För mer information om CVA:s rapporter och aktiviteter, besök vår hemsida <https://www.chalmers.se/cva>



CHALMERS