

Programdirektiv Nära vård i Västernorrland

Version 0_6, 2020-09-10



Härnösands
kommun



Kommunförbundet
Västernorrland



Kramfors
kommun



Region
Västernorrland



Sollefteå
kommun



Sundsvalls
kommun



TIMRÅ KOMMUN



Ånge
kommun



ÖRNSKÖLDSVIKS
KOMMUN

Innehåll

1. Grundläggande information	4
1.1 Bakgrund och motiv för direktivet	4
1.2 Direktivets idé	8
1.3 Direktivets syfte	8
1.4 Verksamhetsstrategi	8
2. Mål	9
2.1 Nyttoeffekter	9
2.2 Program mål	9
2.3 Förväntat resultat av etableringsfasen (etapp 1)	10
3. Krav på programmet	11
3.1 Förutsättningar	11
3.2 Avgränsningar och kopplingar till andra projekt och verksamheter	11
4 Tidplan	12
5 Ekonomi	12
5.1 Kostnader	12
5.2 Finansiering	13
6 Övergripande risker	13
7 Rapportering till beställaren	15
8 Styr- och referensgrupper	16

Dokumenthantering

Ansvar	Roll	Namn
Ägare	Kommundirektörerna och Regiondirektören.	Företräds av Regiondirektören.
Informerar	Kommunala ledningsgrupper, Regionledningsgruppen	

Revisionshantering

Version	Datum	Summering av förändringar i förhållande till föregående version	Ändringar markerade (j/n)
0.1	20-08-05	Första version.	
0.2	20-08-17	Andra version.	
0.3	20-08-24	Tredje version.	
0.4	20-08-26	För godkännande av Beredningsgruppen.	
0.5	20-09-01	Justerat förslag efter möte med Beredningsgruppen.	
0.6	20-09-07	Mindre redaktionella justeringar samt införande av kommunloggor, slutförslag för godkännande av ReKo.	nej

1. Grundläggande information

1.1 Bakgrund och motiv för direktivet

Internationella utvecklingsinitiativ

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystem är internationell och pågår ”överallt”. Världshälsoorganisationen (WHO) har konstaterat att en central strategi för att uppnå hälsomålen i Agenda 2030 är att hälso- och sjukvårdssystemet har sin grund i en rätt resurssatt primärvård som arbetar med interprofessionell samverkan och har ett personcentrerat förhållningssätt när vården utformas och erbjuds patienten. WHO konstaterar vidare att sjukhusen i större utsträckning behöver se utanför sina egna väggar för att möta patienterna och bidra till förbättrad folkhälsa och samordning med primärvården och med sociala tjänster på ett mer holistiskt sätt. FN antog i december 2019 en deklARATION om hur vården ska nå hela världens befolkning (Universal Health Coverage, UHC). I den betonas också primärvårdens roll som en hörnsten i hälso- och sjukvårdssystemet. Utöver deklARATIONerna finns också visionsdokument och operationella ramverk för hur omställningen kan stödjas. Konkret kommer den här inriktningen till uttryck bland annat i Agenda 2030, mål 3 – “God hälsa och välbefinnande”.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag

Hälso- och sjukvårdslagen definierar i sin portalparagraf vårdens uppdrag (3 kap. 1 - 2 § HSL):

”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa”.

Hur vi vårdgivare tillsammans, och i nära dialog med de som behöver vården ska arbeta för att löpande anpassa hälso- och sjukvården till det samhälle vi lever i idag och kommer att leva i imorgon? Det är det som omställningen till en nära vård ytterst handlar om.

Nationella utvecklingsinitiativ

Statens initiativ ”God och nära vård” ger uttryck för anpassningen av hälso- och sjukvårdssystemet. Det nationella uppdraget handlar om att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med utgångspunkt i ett personcentrerat, holistiskt ¹

¹ Ett filosofiskt betraktelsesätt att helheten är större än summan av delarna och att ingenting kan beskrivas enskilt utan kontext.

arbetssätt.

Nära vård är ett förhållningssätt till hur all hälso- och sjukvård organiseras och tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas.

En god och nära vård förutsätter fördjupad samverkan mellan olika vårdgivare, framförallt kommunerna, Regionen och andra vårdgivare inom primärvård.

Även betydande delar av den idag sjukhusbundna vården har uppdrag inom ”nära vård” och behöver ingå som en naturlig del i utformningen av det anpassade hälso- och sjukvårdssystemet.

Samma behov av samverkan och ömsesidigt lärande har tandvården och övriga vårdgivare.

Omställningen till god och nära vård i enlighet med den statliga utredningens färdplan har redan påbörjats i såväl kommuner som regioner. En omställning till en personcentrerad vård kräver en samordning av planering och utförande av hälso- och sjukvård mellan olika huvudmän och vårdnivåer. Vårt behov att öka både måluppfyllelsen och effektiviteten i de gemensamma utvecklingsprocesserna är tydligt.

Varför behövs ett förändrat hälso- och sjukvårdssystem

Människor vill idag i allt högre utsträckning att tjänster de får ska anpassas efter deras egna behov. Deras förväntningar på tjänsterna ökar. Tjänsteleverantörer jobbar allt mer med att ”på riktigt” sätta kunden i centrum. Inom Vården sker det bland annat genom att arbeta mer med tjänstedesign/”patientresan”, medborgardialoger, fördjupade dialoger med spetspatienter och ”personcentrering” – att utifrån människors behov av vård anpassa sättet att ge den vården utifrån individuella behov. Människor blir också mer och mer aktiva aktörer i sin egen vård.

Genom åren har invånarnas behov av Hälso- och sjukvård förändrats. Dagens system bygger på behov som tidigare hade en mer akut karaktär såsom infektionssjukdomar och olycksfall. Bland annat på grund av stora medicinska framsteg består befolkningens vårdbehov idag mer av kroniska och långvariga sjukdomstillstånd. Behoven är ofta mer sammansatta och komplexa. Behoven behöver mötas med bland annat utvecklade arbetssätt.

Det är känt att många av de kroniska sjukdomar som finns i befolkningen till stor del är påverkbara genom människors val av livsstil. En viktig del i det fortsatta arbetet är därför att aktivt och tillsammans med många olika intressenter arbeta för att invånarna själva, på olika sätt, väljer att göra egna val i sina liv som över tid leder till en förbättrad hälsa och ett minskat behov av hälso- och sjukvård.



Bild: Svensk hälso- och sjukvård under 100 år.

Ansvarsfördelningen mellan region och kommun har förändrats. Idag utförs en betydande del av hälso- och sjukvården i kommunal regi. Kostnaderna för Hälso- och sjukvård i kommunerna utgör närmare 30 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i landet.

Hälso- och sjukvårdssystemet består av många olika aktörer som tillhandahåller tjänster inom hälso- och sjukvårdens område.

Basen i vårt system, den primära vården har två huvudmän, kommunerna och regionen. Det ökar komplexiteten och kan bidra till ökad fragmentisering.

Tandvården har mycket kunskap om patienterna och om olika hälsofaktorers betydelse som behöver komma övriga delar av vården tillgodo.

För att möta de riskerna behöver vårt system byggas integrerat och personcentrerat. Hälso- och sjukvårdens olika delar, ibland också tillsammans med samhällets övriga insatser, behöver ges i nära sammanhang med varandra.

Vi behöver hantera de samlade behoven klokt tillsammans. Det behövs ”ett större vi”!

Kunskapsutvecklingen sker mycket snabbt. För att förbättra förutsättningarna för god och jämlik vård i landet har samtliga Regioner beslutat att utveckla och införa en gemensam modell för kunskapsstyrning.

Parallellt håller landets kommuner på att utveckla en kunskapsstyrningsmodell för socialtjänsten och den kommunala hälso-och sjukvården. Det pågår även ett arbete att samordna kunskapsstyrningen mellan huvudmännen inom hälso-och sjukvårdens område.

Den medicintekniska utvecklingen skapar nya möjligheter att ge vård. Patientens möjligheter och förutsättningar att utföra egenvård förbättras ständigt. Vård som behöver ges till många och ofta kan och bör ges nära patienten. I många fall direkt i patientens eget hem. Upplevelsen av närhet kan förstärkas med hjälp av distansöverbyggande teknik och andra digitala lösningar. Vård kan distribueras med hjälp av modern teknik.

Mycket avancerad vård (den högspecialiserade vården) som berör få patienter koncentreras av kvalitets- och effektivitetsskäl till ett fåtal orter i landet. Ur patientens perspektiv behövs även här god samverkan mellan vårdgivarna för att helheten ska bli både begriplig och av god upplevd kvalitet.

Urbaniseringens effekter, bl.a. i form av vart människor väljer att bo och de kompetensförsörjningsproblem det medför driver på omställningsarbetet i vården.

Trots att vården har mycket kompetenta och engagerade medarbetare dras den med ökande tillgänglighetsproblem.

De resurser som samhället har är begränsade och ska räcka till många olika saker. Resurserna är ändliga och kommer inte att räcka till allt i nuvarande omfattning/sätt att erbjuda välfärdstjänsterna.

En slutsats är att det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet inte svarar upp mot befolkningens behov tillräckligt väl. Vi kan inte fortsätta att göra som vi gör, det är inte hållbart. En anpassning av systemet är helt nödvändig.

Kärnan i utvecklingsarbetet inom Västernorrlands län

Kommunernas och Regionens samarbete inom Hälso- och sjukvård sker via ReKo-samarbetet.

ReKo: s målbild för nära vård lyder (enligt förslag 2020 - 08):

- Jag har en vård som är tillgänglig för mina behov
- Jag har en kontinuitet i min kontakt med vården
- Mitt behov är i fokus och jag är aktiv i min egen vård
- Vården är hälsofrämjande och förebyggande för min hälsa

Förverkligandet av målbilden är kärnan i vårt gemensamma utvecklingsarbete.

I hela Västernorrlands län pågår en mängd olika aktiviteter och projekt inom området ”god och nära vård”. Vi behöver skapa en bättre överblick över aktiviteterna, och förbättra samordningen av olika uppdrag. Överblick och samordning ska uteslutande ske för att skapa största möjliga värde för invånarna.

Tillsammans ska vi ändra vårt sätt att tänka och arbeta. Vi ska gå:

- Från fokus på sjukdom och behandling – *till fokus på hälsofrämjande och förebyggande.*
- Från synen på patienten som passiv mottagare – *till att se patienten som aktiv och delaktig partner.*
- Från vård på sjukhus – *till vård i öppna vårdformer.*
- Från att se enstaka vårdinsatser – *till att söka samordning utifrån patientens behov av kontinuitet.*

Vi gör det för att:

- Bibehålla eller öka kvaliteten i vården.
- Förbättra människors tillgång till vård.
- Människors förtroende för vården ska öka.
- Vårdgivarnas samlade resurser ska kunna användas mer effektivt.

Kärnan i vår utmaning är att utforma ett hållbar hälso- och sjukvårdssystem som över lång tid framåt kan utvecklas för - och tillsammans med – det samhälle vi verkar i.

1.2 Direktivets idé

Direktivets idé är att samla och använda alla de kunskaper och erfarenheter vi har för att tillsammans med Regionens och Kommunernas chefer och medarbetare (i alla förvaltningar), samverkande vårdgrannar, andra regioner och övriga relevanta aktörer utveckla vårt hälsofrämjande arbete i vid mening och skapa förutsättningar för en sömlös vård där organisatorisk och administrativa gränser inte utgör hinder för en god och säker vård och där människor är medskapare för sin egen hälsa. Möjligheten till egenvård ska tas tillvara i högre utsträckning. Vården ska ges med stöd av utvecklade arbetsätt, kompetenser och tekniska hjälpmedel. Effekten vi eftersträvar är att de

invånare som är i behov av hälsofrämjande insatser eller vård ska få den helt inom ramen för Socialstyrelsens begrepp ”God vård”².

1.3 Direktivets syfte

Direktivets syfte är att etablera en programstyrning där varje aktörs ansvar för sin egen utveckling tydliggörs. Samordning och koordinerad uppföljning/styrning av det gemensamma arbetet med utvecklingen av nära vård möjliggörs av programplanen för utveckling av nära vård i Västernorrland. Programplanen är beställarnas konkreta verktyg för att följa och uppmuntra det viktiga gemensamma utvecklingsarbetet.

1.4 Verksamhetsstrategi

Regionen och länets kommuner har ett antal policys, reglementen och planer som programplanen för god och nära vård ska verka inom. Som exempel kan nämnas; fullmäktiges flerårsbudgetar, personalpolitiska styrdokument, Målbild för hälso- och sjukvården, strategier för verksamhetsutveckling och digitalisering.

Därutöver finns olika samverkansöverenskommelser med länets kommuner och Regionen inom ReKo-samarbetet. Regionen har också samverkansavtal med Norrlandsregionerna inom Norra sjukvårdsregionförbundet (NRF). Införandet av den nationella modellen för kunskapsstyrning utgör en planeringsförutsättning för arbetet med nära vård.

Programplanen ska utformas med hänsyn till dessa dokument och strategier.

² God vård enligt Socialstyrelsens definition: En god vård är: kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik, tillgänglig & ges i rimlig tid.

2. Mål

2.1 Nyttoeffekter

Den förväntade nyttan av programmet är att det övergripande ska bidra till att patienten upplever att vården finns nära och är sammanhängande genom att information och kunskap om behov och önskemål, finns med i hela vårdkedjan.

Därutöver bidrar programmets stöd i utvecklingsarbetet till:

- att patienten och närstående är medskapande i sin egen vård.
- att skapa en överblick av det pågående utvecklingsarbetet.
- att vårdgivarna och andra aktörer har en *kontinuerlig och aktiv samverkan* kring frågor som är gemensamma.
- att våra *gemensamma resurser används effektivt*.
- att vi *följer upp och kontinuerligt utvärderar effekterna* av vårt samarbete.

Som referensram i målarbetet finns de mål som delbetänkandet god och nära vård föreslår (SOU 2018:39, kapitel 8) som bygger på en logik liknande balanserade styrkort. Målen är fyra, ett i varje perspektiv:

Perspektivet invånare: förtroendet för vården (patienten och invånarnas förtroende för vården är gott);

Perspektivet process (vårdkedjan): andelen oplanerade inskrivningar inom 30 dagar (den samlade vården som ges ger avsedd och bestående effekt för patienten);

Perspektivet medarbetare: andel utfärdade utbildningsbevis för allmänläkare (ger utbildningssystemet avsedd effekt);

Perspektivet ekonomi: Primärvårdens andel av den totala Hälso- och sjukvårdens budget, vilket också inkluderar primärvård i kommunal regi.

Delar av målen kan fungera på länsnivå, andra behöver utvecklas.

Anpassade "lokala mått" formas inom ramen för programmet med denna utgångspunkt. Goda exempel i det här sammanhanget kan med fördel hämtas från Västra Götalandsregionen och Region Norrbotten.

2.2 Programsmål

Programmets leverabler i första etappen är:

- Ett skriftligt förslag till programplan, en "gemensam färdplan för nära vård i Västernorrland" som beskriver hur Region Västernorrland, och länets kommuner och andra relevanta aktörer ska arbeta med omställningen enligt "god och nära vård". Planen som tagits fram av kommunerna och Regionen gemensamt genomförs med hög delaktighet från privata vårdgivare och andra intressenter.
- Programplanen ska:
 - inledas med en nulägesbeskrivning av Regionens och Kommunernas arbete med god och nära vård.
 - identifiera samverkans- och samarbetsbehov med andra vårdgivare som krävs för att invånarna ska tillgång till både hälsofrämjande tjänster och till god och säker vård utifrån de individuella behoven.

- beskriva utvecklingsarbetet överskådligt för de kommande sex åren. De två första åren ska beskrivas mer detaljerat.
 - ge förutsättningar för effektiv samordning av det pågående arbetet i syfte att ge invånarna största möjliga värde för våra gemensamma resurser.
 - ge förslag på relevanta mål och mått för programmets nytta som beskriver tillgången till och effekterna av god och nära vård.
 - ge förslag på programmets organisation och finansiering.
 - möta de krav på återrapportering som finns i överenskommelsen mellan Staten och SKR, ”God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården”.
- Förslaget till programplan ska vara upprättat senast 2021-01-25.

Under det fortsatta arbetet med programplanens genomförande ska beställaren med stöd av arbetet ha en god bild av hur regionens och kommunernas samlade arbete med utvecklingen av god och nära vård går och, vid behov, kunna vidta kompletterande åtgärder för att säkra ett gott och ändamålsenligt genomförande.

2.3 Förväntat resultat av etableringsfasen (etapp 1)

De förväntade resultaten av etableringsfasen är:

1. En arbetsgrupp för att ta fram programplanen är utsedd.
2. Resurser för att bedriva arbetet inom tilldelad tid är säkrade.
3. Formatet för programplanen är godkänd av beställaren.
4. En realistisk och resurssatt tidplan som tar hänsyn till den kulturförändring som behövs i utvecklingsarbetet är upprättad och godkänd av beställaren.

3. Krav på programmet

3.1 Förutsättningar

Programplanen ska omfatta samtliga områden på en övergripande nivå på så sätt att de olika åtgärder som krävs för utvecklingen av nära vård initieras och att genomförandansvar tydliggörs.

Huvudansvaret för olika aktiviteter genomförande ligger alltid hos respektive beställare.

Utgångspunkten i arbetet är de huvudmannaskapsgränser som finns. För de situationer i utvecklingsarbetet som innebär överskridanden av huvudmannansvarsgränser ska dessa synliggöras och kostnadsberäknas.

Inom ramen för programplanens utformning;

- sker samordning av genomförandeplaner och tidsättning på en övergripande nivå.
- Beskrivs referenser/beroenden till befintliga, pågående arbeten och strategier. Dessa beroenden säkras i syfte att undvika dubbelarbete och överlappande uppdrag/åtgärder.
- Utgår åtgärder från ett personcentrerat perspektiv. Det gäller både hälsofrämjande insatser och insatser inom vården eller i stödförvaltningar.
- Innebär ett personcentrerat perspektiv inom vården att olika patientgruppers behov av anpassade vårdformer och prioriteringar utgör planeringsförutsättningar.

Programplanen kan innehålla både aktiviteter initierade av programmets ledning och aktiviteter initierade av annan beställare med annan genomförandansvarig funktion.

3.2 Avgränsningar och kopplingar till andra projekt och verksamheter

Aktiviteter som genomförs/är planerade inom nedan beskrivna projekt/områden ska **inte** omfattas av programplanens aktivitetsplanering:

- Samtliga uppdrag och delprojekt inom arbetet "God vård med rätt stöd 2020".
- Arbeten inom ramen för RVN:s digitaliseringsstrategi inklusive FVIS och DIGGA.
- Frågor som rör enskilda förvaltningar inom Regionen.
- Frågor som rör enskild kommun.
- Utvecklingen av en modell för kunskapsstyrning.
- Berörda förvaltningars arbete för en ekonomi i balans över tid.

Programplanen ska beskriva beroenden och samordningsbehov med dessa uppdrag i syfte att underlätta bland annat resurssättning. Samordning med projektkontor eller motsvarande funktion i kommun/Region ska göras.

Uppdraget ska löpande följa, och vid behov samverka med andra tillkommande uppdrag/aktiviteter som berör området "god och nära vård".

4 Tidplan

En översiktlig tidplan för att ta fram programplanen för god och nära vård har följande hållpunkter:

#	Vad	Vem	När
1	Godkännande av uppdragsdirektiv	Regiondirektör (RD)	201001
2	Tillsättande av arbetsgrupp och övriga resurser som ska ta fram programplanen.	RD	201001
3	Godkännande av format för programplan	RD	201101
4	En realistisk och resurssatt tidplan för arbetet är upprättad och godkänd av beställaren.	Programledare	210125
5	Avstämningar med politisk referensgrupp nära vård RVN	Programledare	Löpande
6	Avstämning med "Lill-ReKo"	Programledare	Löpande
7	Lägesrapport om programplanen till Regionens politiska instanser	Programledare	Oktober 2020
8	Lägesrapporter till kommunala politiska instanser	Respektive kommun	Oktober 2020
9	Lägesrapport till ReKo	Ordförande styrgrupp	Oktober 2020
10	Aktiviteter rörande nära vård inarbetas löpande i berörda förvaltningars verksamhetsplanering.	Respektive Förvaltningschef	Löpande

Programledaren genomför löpande avstämningar med den politiska referensgrupp som utses av Regionstyrelsen. Politisk referensgrupp för kommunerna beslutas av kommunerna. Samverkan med politiska referensgrupper i kommunerna organiseras av kommunerna.

Regionens och kommunernas programledare samverkar tillsammans i dialogen med "Lill-ReKo".

5 Ekonomi

5.1 Kostnader

För arbetet med att ta fram och genomföra programplanen krävs ytterligare resurser över tid.

Regionens kostnader inom programdirektivet beräknas för år 2020 bestå av de poster som framgår av tabell nedan:

Resurs	Belopp (kk)	Kommentar
Samordnare	1 300	
Administrativt stöd	400	Administrativt stöd 50 %
2 Utvecklare Vårdval	1 600	
Utvecklingsmedel	2 000	För att stödja omställningsarbetet 2020
Resor och adm omkostnader	200	För stödfunktionen
Kommunikation	250	Kommunikationsresurs 40 % 2020
Uppdatering epidemiologi	800	En utredare under 2020
Summa	6 550	Ej förbrukade medel återlämnas!

Kommunernas statliga medel för omställningen till nära vård fördelas på följande sätt:

Resurs	Belopp (kk)	Kommentar
Varje kommun får	1 714	För omställningsarbetet i kommunen.
Kommunförbundet får	2 286	Samverkan med Regionen, SKR, återrapportering av bidrag åren 2020 - 2021.
Medel till länet	14 286	För år 2020.

Vid varje delmoment i arbetet, t.ex. piloter, projekt och utvecklingsarbete som innebär överskridanden av huvudmannaansvarsgränser ska dessa synliggöras och kostnadsberäknas.

5.2 Finansiering

För arbetet med att ta fram och genomföra programplanen under de år som kommer krävs separat resurssättning. Förslag på organisation och resurssättning av arbetet presenteras i programplanen.

Finansiering av arbetet sker dels genom omfördelning av befintliga resurser och dels genom tilldelning av statsbidrag ur i första hand överenskommelsen ”god och nära vård”. Flerårig finansiering via statsbidrag bygger på antagandet att Staten avser att stödja omställningsarbetet ekonomiskt under hela den tid som den nationella färdplanen för omställningen pågår. Tilldelning av statsbidrag beslutas av kommunerna och av Regionstyrelsen. han

Beslut om omfördelning av befintliga resurser tas av respektive resursägare. Motsvarande handläggning sker hos respektive kommun med aktuella beslutsorgan.

6 Övergripande risker

Nedanstående lista ger exempel på risker under utvecklingen i verksamheter och stödstrukturer.

- Det här är en förändring av andra ordningen. Det handlar i första hand om att göra en synvända – att se, förstå, organisera och leda verksamheten på

nya/utvecklade sätt – allt med utgångspunkt i patientens perspektiv. För små synsättsförändringar innebär att ingen förändring sker i praktiken.

- Kulturen är svår och tidskrävande att förändra. Om mål och mening med utvecklingen inte uttrycks så att det väcker organisationens vilja att vara med och delta kan det avsevärt försvåra omställningsarbetet.
- Gammal styrlogik blir kvar och begränsar förutsättningarna för verklig omställning.
- Kommunikation/dialog brister eller får inte tillräckligt stort utrymme/tillräckligt med tid för att förändringsarbetet ska ta och hålla fart.
- Organisationerna har betydande ekonomiska problem. Risken att den verkliga, långsiktigt viktiga förändringen prioriteras ned till förmån för kortsiktiga strikt ekonomiska prioriteringar.
- För många stora projekt/frågor pågår samtidigt i organisationen. Svårt att ge och hålla det fokus som krävs för en förändring av den här omfattningen. Ledningskapaciteten räcker inte till för att hålla ihop frågorna parallellt med andra stora frågor och en ansträngd situation i vardagsdriften.
- Kompetensförsörjning: Det är mycket svårt att få tag på viktiga nyckelkompetenser i den nuvarande organisationsstrukturen. De nya/andra kompetenser som behövs framåt ska rekryteras i tuff konkurrens med andra arbetsgivare. Regionens och kommunernas arbetsgivarmärke kanske inte räcker till för att hävda sig i konkurrensen med andra arbetsgivare. Det påverkar i så fall genomförandeförmågan negativt.
- Uthållighet och fokus över tid brister.
- Kotter: s 8 framgångsfaktorer för förändringsledning är inte säkrade:

	Check!
Har vi skapat en känsla av att förändringen är angelägen?	<input type="checkbox"/>
Har vi byggt ett tillräckligt stöd för förändringen?	<input type="checkbox"/>
Har vi definierat målet och vinsterna med att nå dit?	<input type="checkbox"/>
Vet vi hur vi ska kommunicera och hur vi ska rekrytera volontärer?	<input type="checkbox"/>
Har vi möjliggjort handling genom att ta bort uppenbara hinder?	<input type="checkbox"/>
Vet vi hur vi kan generera snabba vinster?	<input type="checkbox"/>
Kan vi upprätthåll förändringstakten?	<input type="checkbox"/>
Har vi förankrat förändringen i vårt arbetssätt och kultur?	<input type="checkbox"/>

Identifierade risker för uppdragets eget genomförande är:

- Resurssättning sker inte tillräckligt snabbt.
- Programmets uppdrag får inte tillträde till de mötesplatser/beslutsarenor som krävs för att kunna utföra sitt uppdrag.
- Möjlighet till samverkan med många olika intressenter kan ge tidsmässiga utmaningar.
- Den pågående pandemin kräver organisationernas samlade fokus. Frågor om nära vård inom ramen för programmets genomförande får, av naturliga skäl, vänta på sin tur.

7 Rapportering till beställaren

- Under första etappen ska ett skriftligt förslag till utformning av programplan och en projektplan överlämnas till beställaren (2020-10-01). Förslag till utformning av planen ska innehålla alla delar som beskrivs i detta direktiv.
- Ett färdigt förslag till programplan ska överlämnas till beställaren 2021-01-25. Vid presentationstillfället ska ett bildpresentationsmaterial som beskriver programplanen också överlämnas.
- Materialet och planen ska presenteras till övriga intressenter utifrån beställarens anvisningar.
- Den fackliga samverkan som behövs sker i respektive berörd verksamhets ordinarie samverkanssystem.
- Programmets leverabler i andra etappen (under de sex år som programplanen avser) är att:
 - Löpande hålla programplanen levande genom kontinuerlig dialog med vårdgivare och andra intressenter. Anpassningar av planens innehåll och prioriteringar sker löpande.
 - Två gånger per år (juni och december) rapportera utvecklingen av programplanens olika aktiviteter och ge beställaren rekommendationer om behov av eventuella kompletterande beslut. Rapporteringen sker i form av statusrapportering enligt ReKo: s projektmodell.
 - Om avvikelser av betydelse uppstår ska dessa snarast rapporteras till beställaren.

8 Styr- och referensgrupper

Styrgrupp för programmet är Regionledningens arbetsutskott (RLG AU) och fyra företrädare för kommunerna i länet.

Ordförande i styrgruppen är RVN: s ordförande/vice ordförande i ReKo: s beredningsgrupp.

Vice ordförande i styrgruppen är kommunernas vice ordförande/ordförande i ReKo: s beredningsgrupp.

Förankring av olika frågor sker för regionens del via Regionledningsgruppen (RLG).

Varje Kommun förankrar sina frågeställningar enligt egen rutin.

Vid behov används annan befintlig ledningsstruktur som t.ex. vårdförvaltningarnas ledningsgrupper, Regionledningsförvaltningen (RLF), Vårdvals LOV-möte, ReKo/BG och kommunernas motsvarande ledningsstrukturer som då alla blir referensgrupp/-er.

Regiondirektören som en av beställarna av programplanen är, efter samråd med RLG, beslutande i frågor rörande RVN:s organisation. Kommunala beslut fattas av respektive kommun.

Politisk förankring i vårt gemensamma arbete sker via Beredningsgruppen, Lill-ReKo och ReKo.

Inom RVN tillsätts en politisk referensgrupp. Föredragande för den politiska referensgruppen är RVN: s programledare.

Kommunerna etablerar egen politisk förankringsmodell på motsvarande sätt.