

Slutredovisning av projekt medicinsk selektering

Det programövergripande projektet har haft i uppdrag att redovisa en analys av vilka patienter som bör selekteras ut för transport från sjukhuset i Sollefteå till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall samt vilka patienter det finns kompetens för att färdigbehandla på Sollefteå sjukhus. Projektets samlade förslag ska i sin tur ge förutsättningar för att vidareutveckla arbetssätt och rutiner på verksamhetsnivå.

Ett övergripande syfte med uppdraget har varit att bereda och ta fram en planering för ”rätt patient på rätt vårdnivå”. Den grundläggande frågeställningen är vilka akut sökande patienter som det kommer finnas medicinsk kompetens att omhänderta vid sjukhuset i Sollefteå – dvs. från bedömning till behandling och inläggning eller hemgång.

I det praktiska arbetet har det ingått att beakta och beskriva behovet av en tydlig säkerhetsmarginal i förslagen till fördelningen av patientflöden för ett patientsäkert omhändertagande. I många fall har denna säkerhetsmarginal lagts på en högre nivå, än vad som var fallet i den strukturutredning som låg till grund för regionfullmäktiges beslut sommaren 2025.

Uppdraget har inte omfattat beskrivningar eller framtagande av rutiner på verksamhetsnivå. Detsamma gäller utökande resurs- eller kapacitetsbehov på mottagande verksamheter vid sjukhuset i Örnsköldsvik och Sundsvall samt inom ambulansverksamheten. Denna typ av frågeställningar och utvecklingsarbete kommer berörda genomförandeprojekt (vård) att hantera inom ramen för respektive uppdrag.

Projekt direktivet innehåller även ett uppdrag om att redovisa ett förslag till uppföljningsmodell av den föreslagna selekteringen, som medger att utfallet kan följas upp och utvärderas. Arbetet kring utformning av en uppföljningsmodell pågår och kommer redovisas innan förändringarna genomförs.

Styrgruppen för sjukhusstrukturförändringen beslutade den 4 mars att komplettera den genomförda medicinska selekteringen med ett underlag som bedömer eventuella volymförändringar kring ambulanstransporter och vårdplatsbehov. I och med denna

rapport lämnas en slutredovisning med en sammanfattning av den utförda medicinska selekteringen, jämte bedömningar när det gäller förändrade patientvolymmer.

Beskrivning av arbetsätt och metod

Delprojektet har bedrivits under ledning av chefläkare och projektkontoret. Senior medicinsk kompetens, företrädesvis medicinskt ledningsansvariga läkare i berörda verksamheter har gjort de medicinska bedömningarna. Projektet har tagit avstamp i de förändrade vårdstrukturella förutsättningarna vid sjukhuset i Sollefteå. Ett övergripande fokus har legat på att identifiera vilka patienter som patientsäkert kan omhändertas lokalt, och vilka patienter som ska dirigeras vidare.

Projektets uppdrag har omgärdats av ett antal övergripande ramar och begränsningar som varit styrande. Den mest centrala begränsningen är det faktum att det inom sjukhuset kommer saknas en lokal möjlighet till eskalering till högre vårdnivå, utifrån att IVA/IMA/HIA¹ ej längre finns kvar. Möjligheten till kontinuerlig övervakning av patienter på vårdavdelningen kommer vara begränsade, ex finns ej tillgång till telemetri och vårdavdelningen kommer heller inte kunna erbjuda CPAP eller högflödesgrimma. Läkarkompetens på plats kommer delar av dygnet att vara AT/BT-läkare med stöd av bakjour i internmedicin i hemmet och en allmänläkare. Dessa förutsättningar har konsekvent använts som patientsäkerhetsmässig utgångspunkt i alla bedömningar.

Projektet valde tidigt att organisera sitt arbete i tematiska arbetsgrupper (bl.a. cirkulation, infektion, stroke/neurologi) samt separata uppdrag för kirurgi/ortopedi och barn. Varje grupp har haft väl definierade och avgränsade frågeställningar med representation från berörda specialiteter och vårdnivåer (inkl. ambulanssjukvård och IVA-kompetens). Syftet med det tematiska arbetsättet har varit att möjliggöra fördjupade, diagnos- och sökorsaksrelaterade analyser, samtidigt som resultaten senare har utsatts för prövning och samordning i helgrupp.

Genomgående har RETTS, NEWS och CFS² varit viktiga instrument för riskstratifiering. En central metodprincip har varit att använda den här typen av etablerade medicinska besluts- och prioriteringsstöd i kombination med klinisk helhetsbedömning av läkare.

Alla underlag har sammanställts till ett sammanhängande system av PM med gemensam logik och terminologi. Ambitionen har varit att bidra till en samstämmig metodik över specialitetsgränser, snarare än fristående lösningar, som kan underlätta nästa steg i

¹ IVA (Intensivvårdsavdelning – livshotande tillstånd, avancerad intensivvård), IMA (Intermediärvårdsavdelning – tät övervakning ej full intensivvård), HIA (Hjärtintensivvårdsavdelning – akut hjärtsjukvård och övervakning)

² RETTS: Triage för prioritering i akutsjukvård, NEWS: Poängsystem som upptäcker tidig försämring, CFS: Skala för att bedöma skörhet hos äldre.

processen – dvs. när den medicinska selekteringen ska omformas till riktlinjer, rutiner och styrdokument. Den underliggande selekteringen redovisas via följande delrapporter (inkl. bilagor):

- PM: Medicinsk selektering av kirurgiska och ortopediska patienter vid sjukhuset i Sollefteå
- PM: Redovisning av förslag till medicinsk selektering inom internmedicin
 - PM: Omhändertagande av patienter med infektionssymtom i Sollefteå
 - PM: Omhändertagande och övervakning av inneliggande patienter på sjukhuset i Sollefteå
 - PM: Slaganfall och kramper – handläggning av patienter i Sollefteås upptagningsområde
 - PM: Tema cirkulationsorganens sjukdomar
- PM: Redovisning av förslag till medicinsk selektering inom barn- och ungdomsmedicin
 - Prioriteringsprogram för akut sjuka barn – medicinsk selektering. Bilaga till PM.

Deltagare i projektet har hämtats från de verksamheter som påverkas av förändringarna. Dessa verksamheter är:

- Medicinkliniken, akutmottagningen och primärvården (närsjukvårdsområde väster)
- Länsverksamhet AN/OP/IVA
- Länsverksamhet ambulanssjukvård
- Länsverksamhet barn- och ungdomsmedicin
- Kardiologi, strokevård och medicin (närsjukvårdsområde söder och norr)
- Akutmottagningen Sundsvall
- Länsverksamhet ortopedi
- Länsverksamhet kirurgi

Sammanfattande slutsatser

Givet den medicinska kompetens som kommer att finnas tillgänglig, är projektets samlade slutsats är att en medicinskt hållbar och patientsäker vård vid sjukhuset i Sollefteå är möjlig under förutsättning:

- Att en medicinsk selektering tillämpas konsekvent
- Att det akuta omhändertagandet vid sjukhuset i Sollefteå utgår från en effektiv triagering som inte fördröjer tid till vård
- Att den prehospitala styrningen fungerar väl och att ambulansstillgängligheten upprätthålls.

- Att vårdnivån och uppdraget för sjukhuset i Sollefteå – i synnerhet akutmottagningen – är tydligt definierat och kommunicerat internt och externt.

Projektets slutsatser kan sammanfattas i följande huvudområden.

1. Patientsäkerhet kräver tydlig medicinsk selektering

Ett viktigt konstaterande är att patientsäker vård på sjukhuset i Sollefteå förutsätter en tydlig medicinsk selektering. Projektet konstaterar att risken för vårdskador är särskilt stor vid:

- Fördröjd transport till rätt vårdnivå
- Inneliggande vård av patienter vars tillstånd kan försämrats snabbt,
- Långa väntetider på akutmottagningen utan möjlighet till snabb eskalering.

Mot denna bakgrund förespråkas tidig och effektiv triagering och en tydlig styrning, inte minst redan i det prehospitala skedet. Patienter med hög risk för snabb försämring, behov av kontinuerlig övervakning eller potentiellt IVA-krävande tillstånd ska i normalfallet inte omhändertas lokalt, utan styras till sjukhus med högre vårdnivå. Detta gäller konsekvent över samtliga diagnosområden (internmedicin, cirkulation, infektion, kirurgi/ortopedi, neurologi samt barn).

De mer exakta rekommendationerna om fördelning av patienter mellan sjukhusen framgår av projektets delrapporter. Några av de mest centrala grunderna redovisas nedan:

Stroke: Projektet föreslår att akutmottagningen ska ge så kallad trombolys vid indikation ischemisk stroke och övervaka patienter fram till ambulanstransport till sjukhuset i Sundsvall. Prehospital styrning innebär samtidigt att vissa svårare patienter går direkt till sjukhus med IVA. Sjukhuset i Sollefteå behåller därmed sitt akuta strokeuppdrag med trombolysbehandling, men fungerar i allt väsentligt som akut diagnostik-, behandlings- och transportnod, inte som slutvårdande enhet.

Hjärtsjukdomar: Vid sjukhuset i Sollefteå kan stabila patienter med låg risk för akut försämring vårdas, liksom patienter med behandlingsbegränsningar eller med uttalad skörhet. Ett sådant exempel är stabila patienter med hjärtsvikt som inte behöver avancerad övervakning. Patienter som behöver telemetri eller annan mer avancerad övervakning ska styras till Örnsköldsvik. Patienter i behov av PCI transporteras fortsatt till Sundsvall.

Barn och unga: Patienter vars vårdbehov motsvarar primärvårdsnivå kan bedömas och behandlas av allmänläkare vid sjukhuset i Sollefteå. Alla andra akut sjuka barn och ungdomar ska hänvisas till annat sjukhus, där barnmedicinsk kompetens och rätt vårdnivå finns, i första hand Örnsköldsvik.

Kirurgiska och ortopediska patienter: Patienter vars vårdbehov motsvarar primärvårdsnivå kan bedömas och behandlas av allmänläkare vid sjukhuset i Sollefteå. Alla andra akut sjuka kirurgiska och ortopediska patienter ska hänvisas till annat sjukhus, där rätt vårdnivå finns, i första hand Örnköldsvik. Urologiska och kärllkirurgiska patienter transporterats fortsatt till Sundsvall.

Sepsis och infektioner: Patienter med misstänkt sepsis och risk för snabb försämring ska i normalfallet direkt till sjukhus med IVA-beredskap, i första hand Örnköldsvik. Vid sjukhuset i Sollefteå kan uteslutande kliniskt stabila infektionspatienter med låg risk för försämring vårdas, liksom patienter med behandlingsbegränsningar eller med uttalad skörhet.

2. Beslutstöd är viktiga verktyg – men den kliniska helhetsbedömningen avgör

Samtliga arbetsgrupper betonar vikten av att använda etablerade beslutstöd såsom RETTS, NEWS och Clinical Frailty Scale (CFS), men konstaterar samtidigt att dessa aldrig kan ersätta klinisk läkarbedömning. Beslutstöd ger struktur och underlättar riskstratifiering, men vårdnivåbeslut måste alltid förenas med en individuell läkarbedömning. Detta gäller särskilt i en vårdmiljö utan resurser för eskalering.

3. Prehospital styrning och tidig dialog är viktig

Effektiv prehospital styrning, i kombination med låg tröskel för kontakt med medicinbakjour i Sollefteå, bedöms vara viktigt för att undvika felaktiga transporter till sjukhuset i Sollefteå av medicinska patienter som behöver högre vårdnivå. Men den prehospitala styrningen ska samtidigt säkerställa att rätt patienter får möjlighet till lokal bedömning och vård. Här finns det skäl att särskilt betona behovet av samsyn och gemensamma rutiner mellan ambulans, akutmottagning och vårdavdelning.

4. Akutmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå får en lägre vårdnivå än tidigare

En viktig och övergripande slutsats är att akutmottagningen i Sollefteå, i flera specialitetsområden, i praktiken kommer motsvara primärvårdsnivå, även om vissa diagnostiska resurser (laboratieverksamhet, radiologi) finns tillgängliga. Detta gäller för barn- och ungdomsmedicin samt kirurgiska och ortopediska patienter.

En jourlinje förutsätts fortsatt bemannas av internmedicinkliniken, men möjlighet till eskalering av vårdnivå samt möjlighet till avancerad övervakning försvinner.

Projektet rekommenderar och understryker därför att vårdåtagandet kommuniceras tydligt, både internt och externt (inte minst till invånare och berörda kommuner). Vidare är det viktigt att vårdnivån avspeglas i benämningar, rutiner och förväntningar. Det blir en central patientsäkerhetsfråga att minska risken för felaktigt sökbeteende och orealistiska förväntningar på vårdnivå, i det fortsatta programarbetet.

5. Behandlingsbegränsningar bör ha betydelse för vårdnivåbedömningen

Patienter med dokumenterade behandlingsbegränsningar eller där intensivvård inte bedöms gagna patienten – utgör en målgrupp för fortsatt lokal vård på sjukhuset i Sollefteå. Här framhålls särskilt sköra äldre patienter och patienter i palliativ fas.

I dessa fall kan lokal vård vara både medicinskt rimlig och i linje med patientens vårdmål, förutsatt att vårdbehovet ryms inom tillgänglig kompetens och övervakningsnivå. Samtidigt understryks vikten av tidiga och tydliga beslut om behandlingsbegränsningar, samt god dokumentation, för att minska osäkerhet i akuta situationer.

6. Tydliga mandat och struktur minskar risk i beslutsfattandet

Slutligen konstaterar projektet att mandat, legala ansvarsfrågor och beslutsvägar måste vara tydligt definierade. Den läkare som först bedömer patienten i Sollefteå ska ha tydligt mandat att, vid behov och efter dialog med bakjour, besluta om vidare transport efter kommunikation med mottagande enhet. Otydliga ansvarsförhållanden bedöms utgöra en patientsäkerhetsrisk, särskilt i en verksamhet utan möjlighet till intern eskalering.

7. Eftervårdspatienter

Möjligheter till eftervårdspplatser vid Sollefteå sjukhus bör beaktas av verksamheterna i det fortsatta arbetet inom genomförandeprojekten (vård).

Påverkan på patientvolym

Projektet har, som nämnts ovan, fått i uppdrag att sammanställa och redovisa de förändringar av patientvolym som den medicinska selekteringen ger upphov till. Patientvolymerna kommer att påverka transportbehov men också andra övergripande resursbehov på sjukhusen i Örnsköldsvik, Sollefteå och Sundsvall.

Den medicinska selekteringen och dess förslag bygger, enkelt uttryckt, på att patientsäker vård i Sollefteå förutsätter en tydlig och känd fördelning av patienter till rätt vårdnivå. Genomgående präglas förslagen av en låg tolerans för patientsäkerhetsrisker – vilket i sin tur medför att antalet patienter som behöver transporteras till och vårdas på övriga sjukhus kommer öka.

Nedan redovisade beräkningar ingick ej i underlagen för Etapp 2 och kan således inte jämföras på något sätt med de numerärer som presenterats tidigare. Beräkningarna har utgått från de patienter som vårdats vid akutmottagningen på sjukhuset i Sollefteå under 2023 och visar hur dessa framåt ska fördelas. Patientunderlaget har varit stabilt under längre tid och statistiken bedöms därav vara relevant, även om tre år passerat. Som

underlag för beräkningarna har statistik hämtats från NCS Cross, Akutbas samt Paratus³. I underlaget ingår inte statistik från befintlig primärvårdsjour i Sollefteå.

Patienter som inte har anlänt med ambulans har i beräkningarna antagits söka på samma sätt som tidigare. Ingen hänsyn har tagits till förändrad triagering, förändrat sökmönster efter råd från tex 1177 eller en framtida ökad tillgång till ordinarie primärvård.

Bedömning av framtida patientflöde

Volymberäkningarna nedan utgår från en total volym på 12 900 patienter som under 2023 besökt akutmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå, varav 3 000 anlänt med ambulans och 9900 på annat sätt.

Numerären som redovisas är inte i absoluta tal då syftet med redovisningen är att visa på storheterna i förändrade patientvolymen vid de olika sjukhusen. Att redovisa absoluta tal kan ge en bild av utfallet är mer exakt och på en nivå som inte är möjlig att redovisa i dagsläget, då beräkningarna utgår från utfallet från tidigare års patientbesök.

Sjukhuset i Sollefteå

11 000 patienter förväntas fortsatt besöka akutmottagningen, varav 1 100 anländer med ambulans och resterande 9 900 anländer på annat sätt. Det ger ett minskat inflöde av patienter som anländer med ambulans med 1900.

Av de 11 000 patienterna uppskattas 2 600 ha behov av specialistvård vid annat sjukhus. Det innebär att cirka 8 400 patienter som besöker akutmottagningen kommer kunna slutbehandlas vid Sollefteå sjukhus.

Sjukhus i Örnsköldsvik

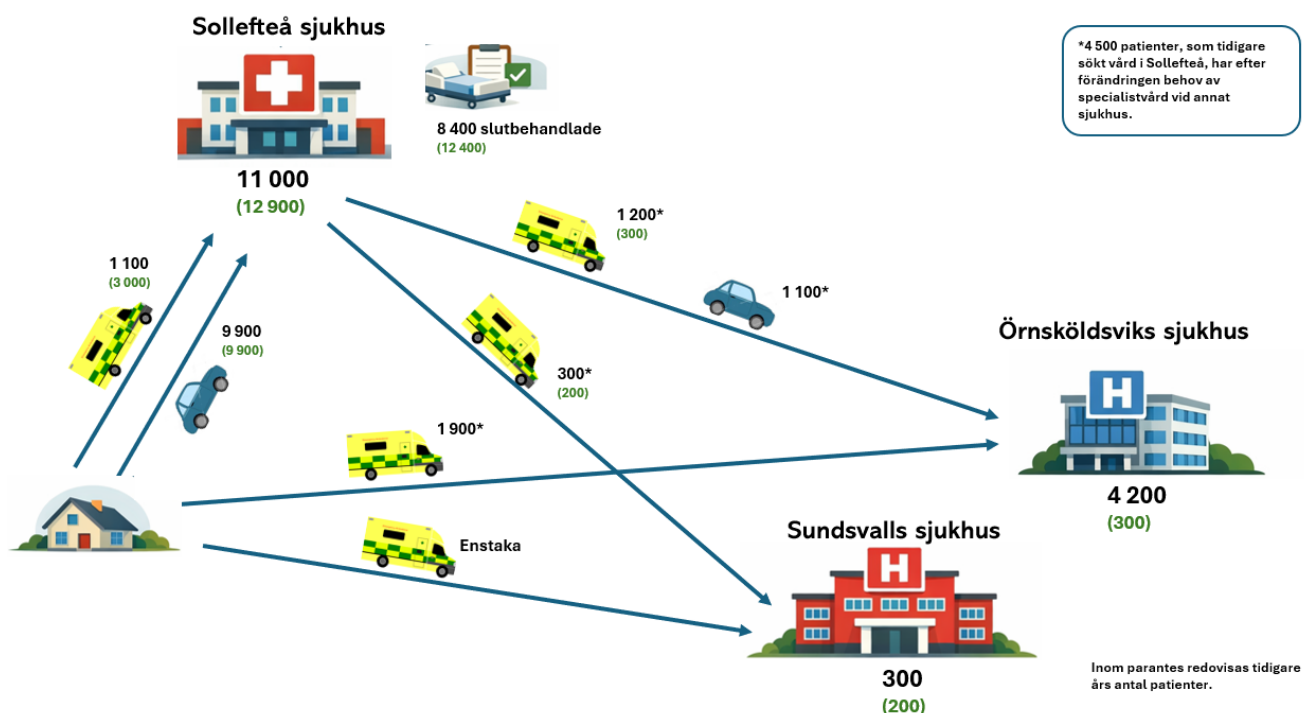
Av de 3 000 patienterna, som tidigare anlänt med ambulans till akutmottagningen vid Sollefteå sjukhus, kommer 1 900 i stället att transporteras till Örnsköldsviks sjukhus. Utöver det förväntas 2 300 patienter behöva vård vid Örnsköldsviks sjukhus, men där de initialt sökt vård vid akutmottagningen i Sollefteå. Det ger ett totalt ökat inflöde till Örnsköldsviks sjukhus på 4 200 patienter.

Sjukhuset i Sundsvall

Till sjukhuset förväntas ett inflöde med 300 patienter, vilka anländer med ambulans från akutmottagningen i Sollefteå.

Nedan illustreras patientflödena beskrivna ovan:

³ Ambulanssjukvårdens stöd- och journalsystem.



Effekter av förändrade patientvolym

Projektet har haft dialog med två av de mest berörda verksamheterna – ambulanssjukvården och medicinkliniken i närsjukvårdsområde norr – och bett dem lämna sina bedömningar kring effekterna av förändrade patientvolym. Nedan redovisas ambulanssjukvårdens sammanfattning.

Medicinkliniken har lämnat en preliminär bedömning som anger ett utökat vårdplatsbehov. Men med hänsyn till att nya uppdaterade numerärer har tillkommit, behöver verksamheten beredas tillfälle att få granska och vid behov lämna nya bedömningar. Ambitionen är att detta kan ske innan styrgruppens möte.

Ambulanssjukvården

Av ovan redovisade volymer framgår att av de 3 000 transporter som i dag inkommer akutmottagningen på sjukhuset i Sollefteå, så kommer 1 900, enligt selekteringen, att styras mot främst sjukhuset i Örnköldsvik. Till denna transportvolym ska läggas de cirka 600 primäruppdrag som i dag transporteras direkt till sjukhusen i Örnköldsvik eller Sundsvall.

Den totala volymen primäruppdrag som transporteras från det aktuella upptagningsområdet direkt till sjukhusen i Örnköldsvik och Sundsvall uppgår således till 2 500 transporter. Av historiska data framgår att cirka 30 procent av

primäruppdragen har transporterats till sjukhuset i Sundsvall, resterande till sjukhuset i Örnsköldsvik. Denna fördelning förändras med den medicinska selekteringens föreslagna flöden. Konsekvensen är att dirigeringsreglerna i högre grad kommer styra flödet mot sjukhuset i Örnsköldsvik, som mottagande sjukhus.

Sekundäruppdragen bedöms öka till 1 500 transporter. Av dessa bedöms 300 transporter till sjukhuset i Sundsvall och 1 200 till sjukhuset i Örnsköldsvik.

Den totala transportvolymen, avseende transporter från sjukhuset i Sollefteås upptagningsområde till sjukhusen i Sundsvall och Örnsköldsvik, beräknas således uppgå till 4 000 transporter. Av ambulanssjukvårdens rapport från strukturutredningens etapp 2 framgår en beräknad total volym om 2 000 transporter.

Slutsatsen är att den föreslagna utökningen – när det gäller ambulanssjukvårdens kapacitet – inte kommer att vara tillräcklig för att hantera de volymer som beräknats i samband med den medicinska selekteringen. Transportvolymens påverkan på ambulanssjukvården behöver därmed analyseras vidare. Det handlar om att närmare avgöra påverkan på tillgänglighet, beredskap och transportkapacitet – för att i nästa steg lämna förslag på dimensionering av ambulansresurser. Det är också sannolikt att projektplanens innehåll, främst angiven tidplan, behöver uppdateras.

Bedömningar kring tillkommande analysbehov på områdes- och verksamhetsnivå

Det finns, utöver ambulanssjukvårdens och medicinklinikens (i Örnsköldsvik) kapacitetsberäkningar, skäl att beröra den ökning av patienter som kommer att behöva hanteras vid akutmottagningarna på sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall. Det handlar för sjukhuset i Örnsköldsvik – och dess akutmottagning – om en utökning av antalet besök. Samtliga konsekvenser när det gäller resurser, bemanning och kapacitet bör lämnas till områdes- och verksamhetsdrivna genomförandeprojekt.

Omfattning av kvarvarande verksamhet vid sjukhuset i Sollefteå

Beräkningarna visar att det årliga antalet patienter som kan slutbehandlas på akutmottagningen i Sollefteå förväntas minska med ca 30 procent, exklusive den patientvolym som idag hanteras vid primärvårdsjouren som bemannas dagtid på lördagar och söndagar. Om patienterna med behov av specialistvård dessutom över tid söker sig direkt till annat sjukhus, innebär det ett ytterligare minskat patientunderlag.

Detta innebär sammantaget tydligt förändrade förutsättningar, jämfört med tidigare beslutsunderlag. Minskningen behöver beaktas i det fortsatta genomförandearbetet för den nya vårdstrukturen. Det finns bland annat anledning att närmare bedöma om ett mindre patientunderlag kan påverka möjligheterna att upprätthålla medicinsk kompetens

och klinisk rutin, särskilt inom områden där tillräcklig patientvolym är avgörande för kvalitet och patientsäkerhet.

Projektet har i samarbete med ansvarig verksamhet vid sjukhuset i Sollefteå bedömt att det planerade vårdplatsantalet är tillräckligt med hänsyn till de förändrade patientvolymerna. Vid sjukhuset i Sollefteå finns i dag vårdplatser för slutenvård på avdelning 16 med 24 platser, fem platser inom IVA/IMA samt två observationsplatser på akutmottagningen. Under 2023 uppgick antalet vårdtillfällen vid sjukhuset i Sollefteå till 1 236. Efter föreslagna förändringar bedöms mellan 450 och 600 vårdtillfällen fortsatt kunna genomföras i Sollefteå (med en vårdavdelning om 12 vårdplatser samt cirka 3-5 observationsplatser på akutmottagningen).

Övriga iakttagelser

Vid införandet av en ny sjukhusstruktur inom Region Västernorrland råder osäkerhet kring hur befolkningen kommer att söka vård framöver. Det gäller både var invånarna väljer att söka vård och i vilken utsträckning ambulanssjukvården kommer att användas. Erfarenhetsmässigt är beteendeförändringar i vårdsystem svåra att förutse, särskilt vid större strukturförändringar.

Invånarnas sökmönster påverkas av flera samverkande faktorer, såsom tidigare erfarenheter, upplevd tillgänglighet, förtroende för vården, geografiska avstånd samt information och signaler i omgivningen. Även om den nya sjukhusstrukturen blir tydligt definierad är det inte givet att detta omedelbart omsätts i praktiken hos befolkningen.

Det är därför svårt att på förhand bedöma i vilken utsträckning invånare kommer att söka vård lokalt i Sollefteå, välja att resa direkt till annat sjukhus eller avvakta med att söka vård. Särskilt under en inledande övergångsperiod kan vårdsökningsmönster sannolikt vara instabila och variera mellan olika grupper.

Utifrån den medicinska selekteringen och volymläkningarna ses att ett antal patienter årligen kan komma att söka vård vid sjukhuset i Sollefteå, där den vård de kan få inte är tillräckligt anpassad efter deras behov. Detta kan innebära att patienterna får fördröjd tid till adekvat vård. För ett optimalt, patientsäkert omhändertagande bör denna grupp patienter direkt söka vård vid rätt akutmottagning, vilket kan påverkas med bland annat tydlig information till allmänheten – inklusive en anpassad benämning på akutmottagningen – samt hänvisning till rätt vårdnivå via 1177.

Behovet av ambulanstransporter är särskilt svårt att uppskatta. Förändringar i tillgång till sjukhusvård kan både leda till ökad benägenhet att ringa 112 – för att säkerställa tillgång till rätt vårdnivå – och till återhållsamhet hos invånare som är osäkra på vårdens innehåll. Riktning och omfattning av dessa beteendeförändringar är osäker.



Sammantaget innebär detta att antaganden av vårdsökande, patientflöden och ambulanstransporter måste hanteras med viss försiktighet. Osäkerheterna talar för behov av fortlöpande uppföljning, flexibilitet i genomförandet samt tydlig och återkommande kommunikation, snarare än förlitan på antaganden om snabba och förutsägbara beteendeförändringar.