

FEBRUARI 2015

Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte

Dag Norén

Förord

Ett paradigmskifte på gång?

Sedan en tid tillbaka pågår en utveckling steg för steg, delvis i det tysta, som kan beskrivas som ett paradigmskifte för hur hälso- och sjukvården och omsorgen kommer att bedrivas. Skiftet består i att hälso-, vård- och omsorgsinsatser, till grupper med större behov, alltmer kommer att samorganiseras, och utföras med utgångspunkt från helheter av behov. Dessa nya och mer förplanerade arbetssätt kommer också att arbeta med förmedlingsformer av insatserna som bättre passar olika målgrupper med större behov. De nya arbetssätten utvecklas och drivs oftast utanför traditionella mottagningar och insatsuppdelade arbetsmodeller – och betydligt mer i direkt samverkan med patienterna.

De resultat som framkommer av de nya arbetsformerna är närmast häpnadsväckande. Väsentliga kvalitetslyft i kombination med resurseffektiviseringar i spannet 50–90 procent. Många har frågat sig om det verkligen kan stämma och om det är möjligt att sprida dessa organisatoriska innovationer i en större skala vilket då, i förlängningen, borde ge mycket stora kvalitets- och resursvinster.

De nya arbetssätten utgör viktiga och välkomna bidrag till en utveckling där utmaningarna finns i att hantera ökande behov som drivs av demografiskt förändringstryck, krav på ökad effektivitet i resursanvändningen samt utifrån medborgarnas krav på ökad kvalitet i tjänsterna. Med potentialerna till effektiviseringar finns det möjligheter att tillföra hälso- och sjukvården och omsorgen de viktiga resurser som kan förbättra och utveckla verksamheterna.

Utvecklingen kan verka lovande men de nya innovationerna är helt uppenbart sköra och behöver mer uppmärksamhet och stöd för att komma framåt och spridas.

Frågan är om de nya arbetssätten ens kan överleva inom dagens verksamhetssystem? Denna skrift avser att försöka fånga skeendet som detta nytänkande bidrar till och uppmuntra till fortsatt stöd för utvecklingen.

Kunskaper och erfarenheter som här återges bygger på många år av stöd till, och utvärderingar, av dessa nya arbetsformer och strukturer. De tre fallstudier som tas upp i denna skrift är främst fokuserade på den stora gruppen av sjuka och sköra äldre, men angreppssätten, som alltid modifierade utifrån olika sammanhang, är giltiga för alla olika grupper med stora behov, eller förmodat kommande stora behov, av hälso- och sjukvård och omsorg.

Skriften har möjliggjorts tack vare en bred grupp av viktiga intressenter i hälso- och sjukvårdens samt omsorgens utveckling. Stöd och aktivt engagemang i detta arbete har erhållits genom Fysioterapeuterna, Region Skåne, Svenskt Näringsliv, Sveriges Läkarförbund, SYLF – Sveriges Yngre Läkares Förening, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdförbundet och Vårdföretagarna. I övrigt har diskussioner förts med många personer från professionerna, verksamhetsledare, forskare och experter, politiska företrädare samt patienter och brukare som alla inte kan nämnas här men som författaren riktar sitt tack till.

För innehåll och slutsatser inom denna studie ansvarar som vanligt författaren själv.

Stockholm i januari 2015

Dag Norén
Implement Consulting Group
dag.noren@implement.se

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
1. INLEDNING	8
1.1 Bakgrunden: Insatsfokus	8
1.2 Möjligheterna: Individfokus	11
2. PÅ VÄG MOT ETT PARADIGMSKIFTE	15
2.1 Drivkraften i omvärldsutvecklingen	15
2.2 Drivkraften i värdeskapande och tjänsteutveckling	18
3. TJÄNSTEKONCEPT SOM BANAR VÄG MOT PARADIGMSKIFTET	25
3.1 Närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg – en del av ett nytänkande och gränsöverskridande närvårdssystem för de allra mest sjuka	25
3.2 Trygg hemgång i Ronneby – att snabbt formera krafterna mot ett gemensamt mål när det behövs för tidvis sviktande patienter	28
3.3. Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg – att sätta in rätt insatser i tid, innan hälsotillstånd förvärras för sköra äldre	31
4. TJÄNSTEKONCEPTET; ETT OUTNYTTJAT STYR- OCH ERSÄTTNINGSSYSTEM?	35
5. FRAMÅT: MÖJLIGHETER OCH FALLGROPAR	38
5.1 Möjligheter	38
5.2 Fallgropar	40
6. EFTER PARADIGMSKIFTET; HUR GICK DET TILL?	43
KÄLLFÖRTECKNING	47

Sammanfattning

Denna skrift har som främsta syfte att lyfta fram det paradigmskifte som kan skönjas inom hälso- och sjukvården och omsorgen till grupper med stora behov. Samtidigt reser sig frågan om hur utvecklingen mot paradigmskiftet kan stödjas, vilket också berörs.

Det finns många tecken på att ett paradigmskifte kan vara på väg och många krafter i utvecklingen talar för detta. De försök som prövats, varav några beskrivs här, har i vissa fall uppnått förvånansvärt goda resultat. Framgångarna gäller såväl betydande kvalitetslyft för patienter och brukare som arbetsmiljön för de verksamma inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Det gäller samtidigt stora resursvinster inom vård- och omsorgssystemen genom bland annat väsentligt minskade behov av vårddagar inom specialistvård och övrig vård, färre akutbesök och återinläggningar samt reducerade behov av korttidsplatser för att nämna några exempel. Detta är värdefulla resultat för att kunna få ut mer hälso- och sjukvård och omsorg utifrån tillgängliga resurser – en utmaning som behöver hanteras med nytänkande.

Trots de mycket goda resultaten är den fortsatta utvecklingen av dessa nya lovande arbetsätt, som här benämns med det starka ordet "paradigmskifte", mycket osäker och bräcklig. På många sätt ställer den dagens system, insatsuppdelade organisationsformer och styr- samt ersättningssystem på ända.

Det är grupper med stora och frekventa behov av hälso- och sjukvård och omsorg som är i fokus för paradigmskiftet. Det är olika målgrupper som behöver det mesta av resurserna – och därför bör bemötas på sätt som skapar bäst möjligheter till kvalitet och effektiv resursanvändning. I denna skrift kommer de flesta av exemplen från organisatoriska innovationer som är riktade till de äldre. Dessa beskrivna exempel på arbetssätt, och de idéer de utgår ifrån, är dock giltiga för alla grupper med stora och kontinuerliga behov inom hälso- och sjukvården samt omsorgen som bland annat kroniskt somatiskt och psykiatriskt sjuka och återkommande sviktande äldre patienter och brukare.

När samtliga insatser för dessa patienter och brukare kartläggs och samlas i situationsbilder för en tidsperiod syns det tydligt att det är ett insatsfokuserat system som reglerar snarare än ett individfokuserat system. Mycket vård och omsorg utförs och varje enskild insats utförs säkerligen väl, med de bästa ambitioner och professionell etik. Sammantaget blir dock resultatet inte alltid bra då insatserna ges från skilda verksamhetsorganisationer i en för patienten oklar ordning, med bristande kontinuitet samt osäker planering och koordinering framåt i tiden. Dessutom, för att få tillgång till viktig hjälp, måste alltför ofta en svårt sjuk patient bege sig till olika instanser med mottagningar som var och en ansvarar för sin respektive insats. Det blir ett omfattande vårdpussel att klara av och det finns tydliga tecken på att detta inte bara genererar sämre kvalitet utan även är ett kostnadsdrivande sätt att bedriva sjukvård. I det insatsfokuserade systemet är det få vård- och omsorgsgivare som får en verklig överblick av sjukare patienters hälsotillstånd och grundläggande behov vilket minskar möjligheterna att arbeta mer proaktivt och hälsofrämjande. Med ett starkt fokus på insatscentrering drivs vård- och omsorgssystemen mot mer ad-hoc och stand-by-artade arbetssätt för att hantera inkommande nya situationer dag för dag. Det blir i slutändan ett dyrt sätt att bedriva vård och omsorg och då särskilt för dem med stora behov.

På andra sidan av paradigmskiftet finns en ny generation av verksamhetsmodeller som tar sin utgångspunkt i övergripande patient- och brukarbehov. Dessa behov kan exempelvis vara komplicerad och svår multisjuklighet, periodvis instabilitet och skörhet, säker utskrivning till hemmet efter sjukhusvård och förebyggande hälsovård för att minska tiden med framtida sjuklighet. Detta är individfokuserade problem eller behov som bemöts med patient- eller personcentrerade samverkanslösningar där organisations- och insatsgränserna suddas ut – åtminstone i patientens perspektiv.

Detta sätt att organisera vården och omsorgen, i individfokuserade lösningar, benämns här som tjänstekoncept. Tjänstekoncept är insatsövergripande från början och syftar till att lösa eller bemöta en större och sammanhängande behovsproblematisering hos en betydande patient- eller brukargrupp inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Tjänstekoncept, som i samverkande former fokuserar på en mer övergripande patient- och brukarproblematisering, har ofta visat sig vara ett naturligt sätt att arbeta på för de olika professioner som deltar. Då samverkan så tydligt utgår från ett problem eller en utmaning för patienten/brukaren så ökar det dessutom väsentligt möjligheterna för mottagaren av tjänsterna att själv involveras och delta mer aktivt. De väl fungerande tjänstekoncepten har visat sig vara vinna-vinna-situationer för samtliga, med höga kvalitetslyft parallellt med förbättrad resursanvändning i nivåer som inte sällan är 50-procentiga kostnadseffektiviseringar eller mer per patient. Det är viktigt att betona att effektiviseringsresultaten inte nödvändigtvis uppstår för att mindre vård och omsorg ges till patienter och brukare. Det handlar om att rätt vård och omsorg ges mer frekvent, i rätt ordning och i rätt tid över en längre period – samt att patientens egna förmågor och resurser används på ett positivt sätt. En form av kontinuitet av hälso- och sjukvård och omsorg, med högre precision och delaktighet, ersätter spridda skurar av insatser och förvirring samt upplevd osäkerhet för patienten, vilket kan ge betydande effektiviseringspotentialer med samtidig högre kvalitet.

Resultaten uppkommer då insatsfokus byts ut mot individfokus. Detta är en bärande grund för alla effektiva tjänster; att göra så rätt som möjligt från början. Det behövs dock mer inslag av så kallade intelligence-system (en systematik för insamling av viktiga uppgifter och informationer) som kan upptäcka övergripande behov, och helst i rätt skede, för att därefter matcha dessa identifierade behov mot lämpliga tjänstekoncept av förplanerade samverkansinsatser. Välutvecklade intelligence-system ska möjliggöra för nya sätt att kommunicera och involvera patienter och brukare, med hjälp av lättillgänglig informations- och kommunikationsteknik. Det är huvudsakligen ett annat sätt att arbeta än vad som görs idag – ett paradigmskifte.

Utvecklingen mot detta paradigmskifte drivs på av omvärldsutvecklingen på flera olika sätt. Förutom välkända omvärldskrafter, som leder till sammanlagt högre kostnader för hälso- och sjukvården och omsorgen (som exempelvis att vi blir att fler äldre, kan göra allt mer inom hälso- och sjukvården och med högre kravställande från användarna av vård- och omsorgstjänster) är finansieringsutmaningen viktig att tackla på nya sätt. Det behövs ett nytt perspektiv på hur vi kan utöka resurseffektiviteten i hälso- och sjukvården och omsorgen genom att arbeta mer individ/person/patientcentrerat. Detta för att utveckla de nya effektiva och kvalitetsinriktade samverkanslösningar som kan ersätta ett disciplin- och insatscentrerat arbetssätt.

Digitaliseringens fortsatta språng har redan skapat grunden för ett paradigmskifte genom att snabba informations- och kommunikationsnätverk finns enkelt tillgängliga överallt när som helst i strukturerade former som snabbt kan skapa översikt oavsett var man är. Möjligheterna att skaffa sig helt nya kunskaper och överblick av patient- och brukargrupper kan skapas med modernare arbetsmetoder som utnyttjar tillgänglig information på ett mer systematiskt och förebyggande arbetssätt. Dessa kunskapssystem kan ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen från stand-by läge, för att hantera akut uppkomna problem dagligen, till att arbeta planerande och löpande med bra insikt i patient/brukarbehov samt sätta in rätt tjänster i rätt tid med proaktiva och hälsofrämjande arbetssätt. Med interaktiva stödssystem, som använder de digitala möjligheterna, kan verksamheterna ställa om till att interagera tätare med patienten/brukaren och skapa möjligheter till hälsosam och berikande delaktighet från dennes sida. Hälso- och sjukvårdens och omsorgens särskilda utmaning är i detta fall att hantera patientuppgifter med höga krav på integritet och säkerhet.

En tredje viktig omvärldskraft är den sedan en tid pågående medborgarrevolutionen och nedbrytningen av institutionella hierarkier. Förändrade krav och synsätt, både bland medborgare och profession, öppnar upp för andra samverkansformer med patienter och brukare som en partner och medskapare i hälso-, vård- och omsorgstjänsterna. Förändrade synsätt underlättar också för nya former av mer funktionella teambildningar över olika organisations- och ansvarsområden som är kritiskt viktiga för de nya arbetssätt som fokuserar på helheter av behov.

Kommer vi att se ett skifte enligt ovan i sådan omfattning att vi kan tala om ett paradigmskifte inom hälso- och sjukvården och omsorgen?

Även om vi ser flera exempel i riktningen mot ett paradigmskifte är frågan alltså svår att besvara. De flesta utvecklingsförsök enligt dessa linjer lever under en period som projekt men når sällan full mognad och etablering till att bli ordinär verksamhet. En av de vanligaste anledningarna till "projektdöden" är att dessa utvecklingsförsök inte når tillräcklig autonomi i förhållande till de etablerade vård- och omsorgssystemen. Ersättningsystem som fokuserar på enskilda insatser istället för helheter av resultat är ett av de största hindren för dessa nya arbetssätt. Att exempelvis rejält minska antalet mottagningsbesök är sällan populärt inom ett ersättningssystem som enbart bygger på ersättning per besök. Övriga hot och nedläggningar av utvecklingsförsök kan uppkomma när någon annan aktör inom vård- och omsorgssystemet upplever påtagliga minskningar eller öknings av patient/brukarströmmar, och därför inte längre vill samarbeta inom försöket - trots mycket goda resultat för vård- och omsorgssystemet som helhet.

Upphandlingar genomförs inte sällan i en egen logik utan inblick i utförarverksamheternas värld. Upphandlingar som är utformade så att angelägen eller befintlig samordning mellan aktörer går förlorad är ett exempel. Etablerade organisationskulturer och professionskulturer är också utmanande för insatsövergripande tjänstekoncept; särskilt sådana som bygger på nya modeller av teamsamarbete och över medicinska discipliner. Att inte uppnå en god överensstämmelse mellan en behovsgrupp och ett tjänstekoncept är ytterligare ett exempel på hur utvecklingsförsök dör ut. En från början god lösning kan vändas till att istället bli kostnadsdrivande då exempelvis alltför många "enklare behov" bemöts med en överdimen-

sionering av insatser. Det finns många fler exempel som kan nämnas på varför utvecklingsförsök i riktning mot paradigmskiftet inte når sina mål.

Om ett paradigmskifte ska komma till stånd behövs det förmodligen en stor portion mod och ganska mycket mer tillit, ett investeringstänkande på en mer övergripande systemnivå och att de gamla insatsindelade ersättningssystemen upphör inom vissa testzoner (där ersättning istället ges utifrån ett komplett tjänstekoncept). Möjligheterna att utveckla innovationerna är beroende av att alla krafter utnyttjas genom att skapa förutsättningar för och stödja de entreprenörskrafter som finns inom företag och offentliga organisationer.

De utvecklingsförsök som lyckats, i riktningen mot paradigmskiftet, har alla utvecklats "underifrån-och-upp". De har sällan planerats fram utan har istället hittat sina vägar genom att tillåta naturliga, sunt-förnuft-baserade samarbetsätt att få växa fram mellan professioner och insatsorganisationer – med fokus på ett övergripande patient- eller brukarbehov som alla kan se och förstå. Det är en medveten professionsdriven utveckling, i nära samförståelse med användarna av tjänsterna, som utvecklat den "goda verksamhetsmodellen". Exempelen som ytterligare stärker denna insikt kan hämtas från många andra tjänstebranscher där välfungerande verksamhetsmodeller är den avgörande framgångsfaktorn.

Det är angeläget att ersättningsmodeller kan stödja denna helhetsutveckling och inte bromsar eller hindrar genom att fokusera på delarna. Ersättningssystemet för den "goda verksamhetsmodellen" behöver mer fokus och utveckling. Med ett nytt och mer okomplicerat angreppssätt för ersättningssystem kan de nya verksamhetsmodellerna utvecklas som kan ge "kaskad-effekter" av kvalitet och resurseffektivitet i de övriga vård- och omsorgssystemen – utifrån paradigmskiftets grunder.

1. Inledning

Paradigmskifte:

När någon/något bryter kollektivets tankemönster..... och ett nytt tankemönster vinner gehör

Utdrag från Wikipedia 2015



1.1 Bakgrunden: Insatsfokus

Denna skrift försöker fånga ett utvecklingsförlopp, eller möjligen en begynnande rörelse, inom hälso- och sjukvården samt omsorgen; en utvecklingskraft som söker efter nya organisations- och arbetsformer som bättre bemöter sammanhängande behov för grupper av patienter och brukare. Detta gäller ofta vård- och omsorgsinsatser som griper över hela branschens fält av olika insatsorganisationer; från högspecialiserad slutenvård, specialiserad öppenvård och akutvård samt vidare till primärvårdens olika tjänster, hemsjukvården och omsorgen.

Det pågår en utveckling, ett sökande, efter att hitta nya arbetsformer som bättre kan svara emot de målgrupper inom hälso- och sjukvården samt omsorgen som har stora behov. Det är dessa målgrupper som är i fokus i denna skrift och de angreppssätt, arbetssätt och utvecklingsinitiativ som beskrivs här. För dem som är relativt friska och funktionsstarka och bara behöver vården ibland, t.ex. i händelse av en infektion eller tillfällig sjukdom, kan ett insatsuppdelat system av sjukhusvård, klinikmottagningar och besök på vårdcentraler alltså vara ett bra system.

Om man däremot behöver löpande hälsoinsatser för att upprätthålla fysiska funktioner eller återhämtning efter sjukdomsförlopp, har kroniska sjukdomar och/eller multisjuklighet med återkommande behov av vård eller har behov av kontinuerliga vård- och omsorgsinsatser i hemmet för att få livet att fungera, är det en annan situation.

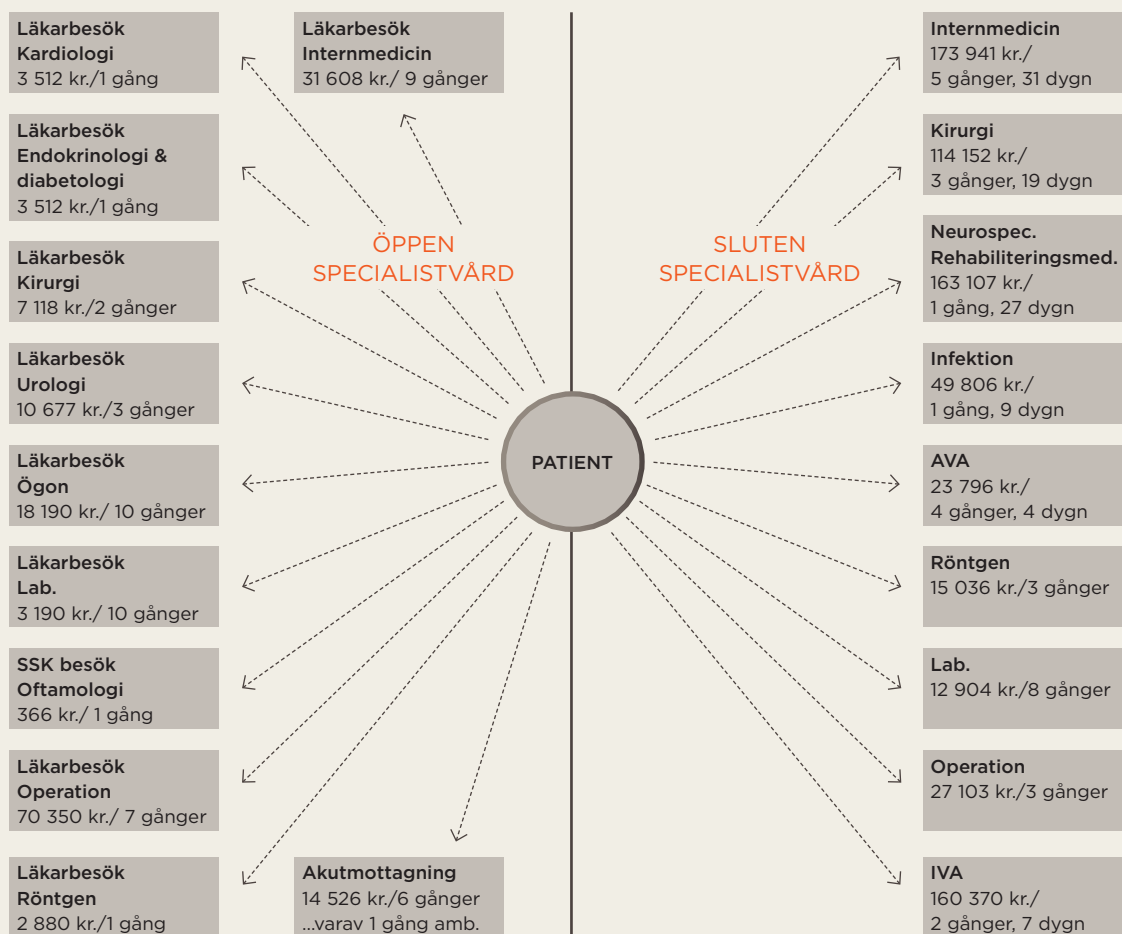
Sällan kommer de bilder fram som tydligt visar problematiken för patienter med stora behov från många olika och skilda insatsorganisationer – som möter ett uppdelat insatssystem. Inom det nationella programmet "Bättre liv för sjuka äldre" som drevs av SKL mellan 2010 och 2014 kartlades inledningsvis i detalj 298 äldre patienter med multisjuklighet¹; en av de största behovsgrupperna inom gränsöverskridande vård och omsorg. Grafiska situationsbilder, som sällan har setts sammanfattande på detta sätt, togs fram för dessa patienter, innefattande alla olika händelser i alla insatsorganisationer inom vård och omsorg under arton månader. I praktiken är det de skilda journal- och registersystemen som samtidigt börjar tala till oss och nästintill fångar patientens och brukarens liv i en ögonblicksbild.

¹ Enligt en målgruppsdefinition som var 75 år och äldre med minst tre diagnoser och minst tre inläggningar under en period av arton månader.

Bilden visar med tydlighet hur en patient med stora behov möter ett insatsuppdelat produktionssystem. Förutom att bilden markerar alla besök och sjukhusinläggningar för patienten under den aktuella perioden så är även de samlade kostnaderna för varje vårdinstans angivna. Det framgår då ännu tydligare att, trots att mycket vård ges och till höga kostnader, så möter patienten en vård som inte är särskilt väl anpassad till dennes situation. I många fall kan det finnas mer grundläggande behov som inte åtgärdas. Resultatet blir en

BILD 1: PATIENTSITUATIONEN

Sammanboende kvinna 79 år i gruppen med de högsta kostnaderna och med diagnoser som bl.a. endokrina sjukdomar/nutritionsrubbnings, tumörer, sjukdomar i andningsorgan, urin- och könsorgan, infektioner och parasitsjukdomar (period av 18 månader).



Kostnader öppen specialistvård.....165 929 kr.

Kostnader slutenvården.....740 215 kr.

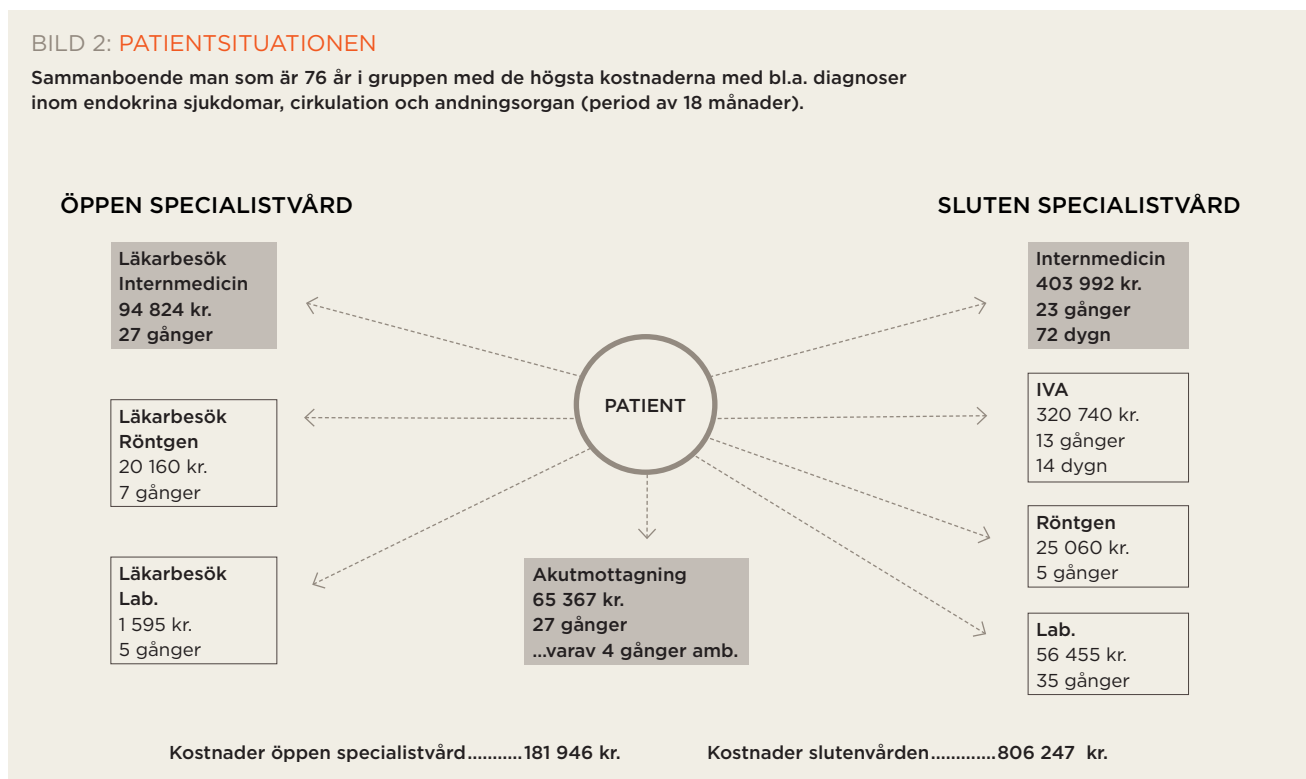
bristande kontinuitet och en vårdssituation som kan beskrivas som "styckevis och delt" med brist på att bemöta den grundläggande ohälsan. Betraktas denna situation i en helhet så är den uppenbarligen inte bra för någon; varken för patienten eller hälso- och sjukvården.

I stort sett all vård, som är omfattande under perioden, utförs genom olika insatser uppdelade på skilda mottagningar för specialistkunskaper. Varje mottagning hanterar sina särskilda specialistkunskaper utifrån olika organ eller ingrepp. Patienten tvingas i detta tillstånd vända sig till många olika instanser för att få bedömningar och vård för alla de hälsorelaterade problem som multisjukligheten för med sig.

I detta exempel av patientfall med omfattande specialistvård, i både öppen och sluten vård, var primärvårdens insatser mycket begränsade; en tendens som sågs i flertalet av de patientfall som kartlades. När specialistvården blir mer omfattande tenderar denna att ta över patienten och varken tid eller resurser verkar finnas över för att ge hälsovård och annan grundläggande vård som skulle kunna underlätta för patienten och eventuellt minska behoven av specialistinsatser. Istället för en kontinuerlig och stabiliserande vård blir det skurar av skilda insatser till höga kostnader.

BILD 2: PATIENTSITUATIONEN

Sammanboende man som är 76 år i gruppen med de högsta kostnaderna med bl.a. diagnoser inom endokrina sjukdomar, cirkulation och andningsorgan (period av 18 månader).



Denna andra patientbild visar en patient som återkommande (27 gånger) under 18 månader uppsöker akutmottagningen och lika många gånger får vård inom samma specialistkompetens och klinik. I nära hälften av fallen har patienten dessutom uppenbarligen varit i så dåligt skick att denna måste läggas in på intensivvårdsenheten. Den aktuella vårdepisoden tycks återupprepas gång efter annan som om varje gång var den första. En naturlig åtgärd hade varit att patienten lyfts ut ur denna cirkelrörelse och fått ett omhändertagande som fungerat bättre och med möjligheter att stabilisera situationen. Problematiken i detta fall är att det inte finns markörer som upptäcker patientens läge och kanske inte heller en modell för ett annat omhändertagande inom hälso- och sjukvården.

Dessa patientfall visar på typexempel där det inte finns utrymme och/eller system för att samla in kunskap om patienternas situation och erbjuda former av mer individanpassat omhändertagande. Av de 298 patientfallen som kartlades i detalj på detta sätt var det endast ett fåtal personer som hade erhållit särskilda former av omhändertagande som exempelvis teaminsatser från sjukhus, palliativa team och rehabiliteringsteam².

De patientsituationer som beskrivits ovan visar i praktiken på ett problematiskt resultat av ett omhändertagande med en produktionslogik av skilda organisationer. Situationen försvåras ytterligare genom att skilda insatssystem praktiseras även inom dessa organisationer som exempelvis sjukhusorganisationens skilda kliniker. Det är uppenbart att förmedlingsformen för vårdens tjänster inte passar särskilt väl för denna målgrupp av storkonsumtionspatienter. Kvaliteten sjunker och kostnaderna ökar förmodligen när behoven inte bemöts på bästa möjliga sätt.

Sådana här bilder av olika patientsituationer, och de berättelser som finns bakom dem, säger dock till oss att det bör finnas andra sätt att arbeta på. Problemen som illustreras är förstas inte okända och de diskuteras ofta i olika möten, seminarier och workshops. Modeller och praktiska erfarenheter för att arbeta på andra sätt, att försöka göra mer rätt från början, är däremot mer sällsynta. De börjar dock skönjas fler initiativ till nya former av samverkan, och mer kunskaper samt arbetsmetoder som stödjer att något av ett paradigmskifte inom vissa delar av hälso- och sjukvården samt omsorgen kan vara under framväxande. De goda nyheterna som kommer fram är att det finns stora möjligheter att höja kvaliteten påtagligt för vård- och omsorgstagarna – samtidigt som resursanvändningen kan förbättras väsentligt. Detta leder oss in i ett nytt intressant möjlighetslandskap.

1.2 Möjligheterna: Individfokus

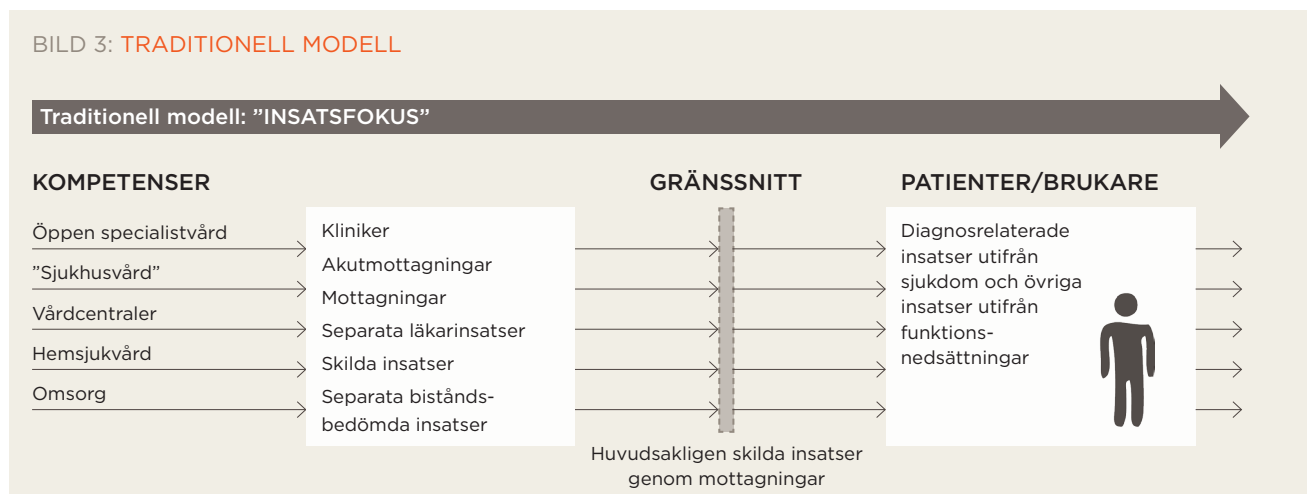
Den etablerade insatsfokuserade arbetsmodellen är idag i allmänhet utgångspunkten för de olika vård- och omsorgsorganisationer som ansvarar för sina respektive kompetensinsatser till patienten eller brukaren. Varje produktionsorganisation har sin egen modell för att över-

² Enligt sammanställningar av kartläggningar i studien "Utanför sjukhuset: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL, 2012

föra insatsen vilket tydligt visas i föregående patientfallsbeskrivningar. Vanligen är detta mottagningar i form av kliniker, akutmottagningar, vårdcentraler eller särskilda specialistmottagningar.

Även omsorgen är strikt uppdelad i skilda insatser beroende på biståndsbeslut. Inom hemtjänsten får utförarna enbart utföra de tjänster som är biståndsbeviljade, och i den omfattning och tid som beslutats om vid ett tidigare tillfälle, trots att behov och situationer kan variera stort i en äldre persons vardag. Insatserna från hälso- och sjukvården samt omsorgen ges och ersätts huvudsakligen utifrån fastställda sjukdomsdiagnoser samt utifrån konstaterade och biståndsbedömda insatser för att hantera funktionsnedsättningar hos en individ.

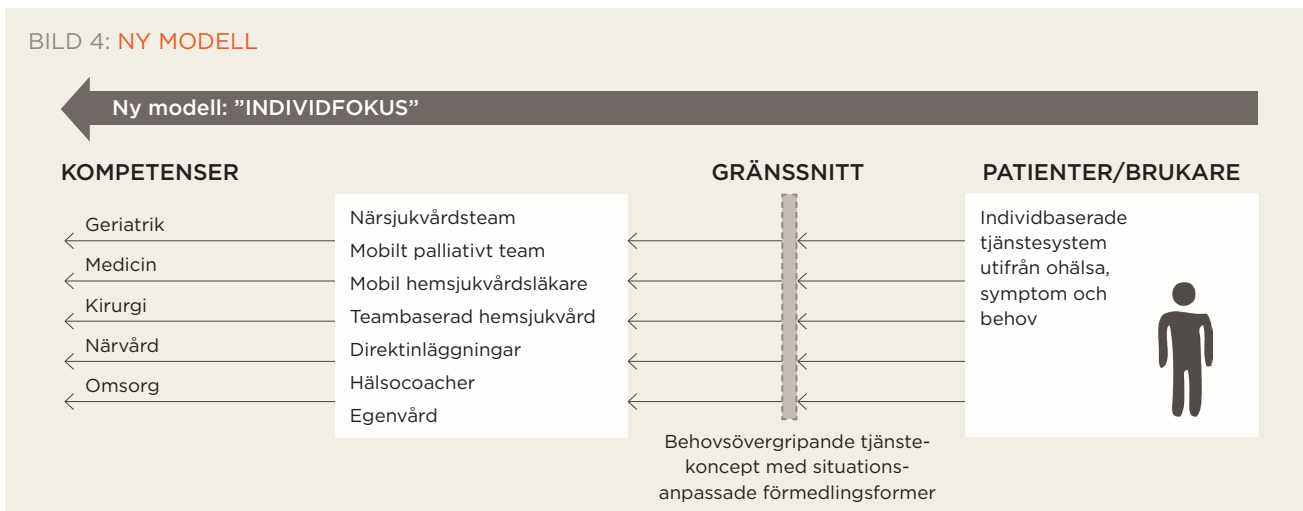
BILD 3: TRADITIONELL MODELL



I en ny *individfokuserad arbetsmodell* är utgångspunkten inte de olika produktionsorganisationerna för vården och omsorgen³. Utgångspunkterna är istället den hälsosituation, symptom eller helheter av behov som en patient eller brukare har (och då vanligen patienter/brukare med stora eller bedömt kommande stora behov). Det är alltså den sammantagna behovssituationen och patientens möjligheter som blir utgångspunkten för produktionslogiken och planeringen, inte de olika produktionsorganisationernas ansvarsuppdelning. Med denna utgångspunkt blir det naturligt med andra former av förmedling än produktionsorganisationernas uppdelade insatssystem.

³ I denna studie används löpande begreppet "individ" eller "individfokus" som kontrast mot "insats" eller "insatsfokus" (i dialektiken *Insats visavi Individ* som utgångspunkt). Det betyder inte att det är enbart individuella utgångspunkter som är basen utan även sådant som är gemensamt för grupper av patienter/brukare. De sammanhang som patienten/brukaren befinner sig i (exempelvis boendemiljö, anhöriga) samt de mänskliga resurser som patienten/brukaren förfogar över är också viktiga utgångspunkter. Därför är även begreppet personcentrering överensstämmande i detta sammanhang.

BILD 4: NY MODELL



När möjligheten ges att tillämpa dessa individfokuserade arbetssätt framstår de inte sällan som mer eller mindre självklara för professionsgrupperna⁴. Istället för mottagningar och separata insatser, beroende på vilken typ av vård- och omsorgsinsats som är aktuell, uppstår exempelvis mer mobila helhetslösningar eller centrumbildningar samlade inom vissa behov. Samverkande team med fokus på olika naturligt sammanhängande vårdformer som när(sjuk)vård, palliativ vård, geriatriska team, hemsjukvård eller liknande, förenklar patientens liv betydligt samtidigt som vård och omsorg kan ges rationellt och med bättre resultat genom en sammanhängande ordning.

För patientgrupper med stora behov av vård och omsorg är förmedlingen av vård genom mottagningar inte särskilt rationell. När läkarinsatser förmedlas i uppsökande former i hemmen istället för via mottagningar kan vårdbehovet ofta bedömas bättre och insatser göras i rätt tid. Den tid som mobila läkarinsatser får lägga ner på transporter "betalar sig väl" när ohälsosituationer bättre kan förstås utifrån hemmets situation, mer förebyggande insatser ges och möjligheter till förbättrad läkemedelskontroll. När patienten stabiliseras i hemsituationen på detta sätt, genom att läkarens hela potential utnyttjas, i förbättrad samverkan med såväl patienten som övrig profession, minskar slutenvårdsbehoven på omfattande sätt⁵.

När sjukhusets specialistinsatser behövs är det naturligt att utveckla samverkansformer som möjliggör direktinläggningar; åtminstone inom de specialitetsområden där patientgrupperna har återkommande behov inom sjukhusvården. Dessa arbetsmodeller är naturliga istället för de ofta ad-hoc-inriktade akutbesök som återupprepas och som vanligen leder till sämre kvalitet och högre kostnader.

⁴ Detta grundas på serier av utvärderingar som genomförts av pilotprojekt under perioden 2013-2014 som bl.a. ingått i stödet från SKL:s program "Bättre liv för sjuka äldre" samt andra referensuppdrag som utvecklats genom arbetsmodeller med individfokus

⁵ Utvärderingar av flera olika pionjärprojekt visar på dessa resultat. Exempelvis Närsjukvårdsmodellen i västra Skaraborg som presenteras längre fram i denna skrift.

Genom att arbeta med ohälsosituationer som utgångspunkt och symptom som tydligare grunder skapas möjligheter till att mer systematiskt arbeta med hälsofokuserade insatser genom fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, sjuksköterskor, läkare och andra yrkesgrupper samt därutöver även särskilda insatser som exempelvis hälsocoacher. Ett ökat fokus på de preventiva inslagen underlättas genom tätare teamsamverkan, med patientens sammanhang som utgångspunkt och med dennes mer aktiva involvering i insatserna. Dessa arbetssätt, ofta med hemmen som utgångspunkt, kan öppna upp helt nya källor till resurser genom att patienten/brukaren får större möjligheter till egen aktiv involvering, genom stöd till egenvård och hälsofrämjande eget engagemang. Dessa möjligheter ökar betydligt om ett skifte sker från insatsuppdelade mottagningar till individfokuserade helheter av hälso-, vård- och omsorgsbehov. För att realisera dessa viktiga förbättringar av resursanvändningen måste verksamhetens kostnader ses i ett övergripande perspektiv av omhändertagande och inte insats för insats. Det senare är dock den dominerande modellen idag för kostnadsstyrning och kostnadsuppföljning.

2. På väg mot ett paradigmskifte?

Finns det krafter i utvecklingen som verkar för att vi är på väg mot en grundläggande förändring för hur hälso- och sjukvården samt omsorgen bedrivs; ett skifte i den grundläggande verksamhetslogiken från insatsfokus till individfokus? Ett skifte som skulle kunna bli så grundläggande och omfattande att man kan tala om ett paradigmskifte?

Nedan beskrivs några mer omfattande utvecklingstendenser som talar för att detta skifte är på gång. Samtidigt bemöter dessa olika utvecklingar även motkrafter som kan bromsa, modifiera och delvis avstanna utvecklingen periodvis.

2.1 Drivkraften i omvärldsutvecklingen

Det finns mycket att säga om omvärldsutvecklingen och mycket har också sagts i många studier och samtal. Det som beskrivs i det följande är några av de krafter som här uppfattas som särskilt viktiga och betydande i riktningen mot ett paradigmskifte för hälso- och sjukvården samt omsorgen.

Krafterna i resurs- och kvalitetsutmaningen

Det är väl avhandlat i andra sammanhang att invånarna i Sverige och andra jämförbara länder på ett markant sätt blir allt fler äldre, och samtidigt lever allt längre. Likaså att den medicinska och medicintekniska utvecklingen möjliggör att allt mer kan utföras och allt högre upp i åldrarna. Detta påverkar resursutmaningen på ett accelererande sätt.

I ljuset av den demografiska utvecklingen och förändrade behandlingssätt är dock finansieringsutmaningen av offentliga tjänster kanske en särskilt stark drivkraft som behöver tas ännu mer på allvar; särskilt då för hälso- och sjukvården samt omsorgen som är de stora verksamhetsområdena för offentligt finansierade tjänster.

Idag utgör de äldre och barn/ungdomar 72 procent i relation till den del av övriga befolkningen som är mellan 20 och 64 år och som delvis kan beskrivas som den arbetsföra befolkningen⁶. År 2030 kommer detta relationstal att ha ökat till 84 procent. Ytterligare trettio år därefter, år 2060, beräknas de äldre och barn/ungdomar utgöra 92 procent i relation till den grupp som till större delen ingår i arbetskraften. Relationstalet mellan de i den arbetande, försörjande gruppen och de i behov av försörjning börjar därmed närma sig 1 till 1. Finansieringsutmaningen kan mildras genom bland annat nya migrationsrörelser och arbetsmarknadens utveckling, höjning av pensionsålder, väsentligt ökade egenavgifter för offentliga tjänster.

Utvecklingen som den ses idag utmanar dock de offentliga försörjningssystemens finansiella grunder. Nya inkomstkällor, genom ökad beskattning och väsentligt höjda egenavgifter eller personligt ekonomiskt ansvar för vissa vård- och omsorgsinsatser, är politiskt och värderingsmässigt problematiskt. I denna utveckling finns det två övergripande strategier för hanteringen av situationen (som självfallet också kan kombineras):

⁶ SCB Befolkningsstatistik 2013

-
1. Stramare prioriteringar, "grindvaktsfunktioner" och tydligare avgränsning av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvård och omsorg
 2. Utveckla väsentliga resursförbättringar genom innovationer, optimeringar och förnyelse av arbetssätt – med fokus på hur de sammanlagda resurserna används i hälso- och sjukvården och omsorgen (samt hur samverkan sker med andra närliggande områden som arbetslivsinsatser, övrig socialtjänst etc.)

Den första strategin har tidigare haft ett större inflytande men det finns nu allt fler tecken på att den andra strategin börjar ta över i utvecklingen; en strävan efter att få ut mer resurser och högre kvalitet i samma steg genom att reorganisera de flöden av insatser hälso- och sjukvården samt omsorgen utför.

De goda nyheterna i utvecklingen, som illustreras av den växande basen av pionjärinsatser, är att det inte tycks finnas någon motsättning mellan resursförbättringar och högre kvalitet (vilket finns mer implicit antaget i den första strategin). Tvärtom visar utvecklingen inom systemövergripande leanmetoder, tjänstekonceptutveckling utifrån helhetsbehov (tjänstedesign och service management) samt patientcenterade och medskapande arbetsformer att stora resursvinster kan kombineras med väsentliga kvalitetsförbättringar. Ju fler insatser som är involverade i ett sammanhang för en patient eller brukare desto större är potentialen till olika förbättringar genom att fler nya länknings (reorganisering) mellan insatser kan göras. När många är inblandade ökar alltså möjligheterna till att hitta nya lösningar. Komplexiteten är därmed snarare en vän än en fiende i utvecklingen om den utnyttjas på rätt sätt.

Digitaliseringen, självorganiserande principer och "göra-själv"

Digitaliseringen är numera så långt gången, i form av åtkomst till snabba informations- och kommunikationsnätverk överallt och för de allra flesta när som helst, att det numera går att tala om ett paradigmskifte teknologiskt och i värdeskapandet. Det som är särskilt intressant i utvecklingen mot hälso- och sjukvårdens samt omsorgens paradigmskifte är de resultat som uppkommer av denna "interkonnektivitet"; möjligheten att sammankoppla olika aktörer och informationsmängder i realtid.

En intressant drivkraft för paradigmskiftet är digitaliseringens möjligheter till såväl spontana som planerade självorganiserande lösningar; nya nätverksorganisationer som till och med kan bli effektivare än de resurser som erbjuds av etablerade företag och offentliga organisationer. Missing People, Waze och Patients like me är sociala innovationer, utvecklat och drivet av "användarna" som inte sällan kan erbjuda bättre lösningar än Polisen, Trafikverket och Hälso- och sjukvården i motsvarande nämnd ordning utifrån syfte och uppgift.

En mycket stor del av hälso- och sjukvården samt omsorgen är informationsströmmar i form av patientinformation, instruktioner och andra uppgifter – som ännu inte berörts på ett omfattande sätt av digitaliseringen. Det ger en tankeställare om vilka möjligheter det finns att ställa om verksamheterna till andra arbetsformer. Inte minst hur patienter och brukare kan utföra mer hälso- vård- och omsorgsrelaterade insatser själva och få insatserna mer när de verkligen behövs och mindre när verksamheten har tid.

En stor fråga för ökad kvalitet och resursanvändning i vården är om "timing" kan utvecklas bättre. För detta spelar behovsanalyserna, spårning av patienternas behov och situation samt kontakterna mycket stor roll. I många andra branscher har CRM-system (Customer Relations Management) under en längre tid varit viktiga för att kunna planera resurser, bättre bemöta behov och för en effektivare resursanvändning. Hälso- och sjukvården samt omsorgen har en stor potential i att bygga upp denna form av "intelligence-system"⁷.

Den största potentialen finns som vanligt inom grupperna med större behov där många insatsområden involveras. Arbetsmodellerna bör då genereras utifrån dessa sammanhängande behov för att bäst kunna svara emot definierade patient- och brukargrupper. Idag utnyttjas denna möjlighet ytterst begränsat med tanke på hälso- och sjukvårdens samt omsorgens omfattande verksamhet för grupper med stora behov. Vården och omsorgen kan till stora delar beskrivas som i ett "stand-by-läge" redo att dag för dag hantera plötsligt uppkomna situationer. Detta är ett mycket dyrt sätt att bedriva verksamheter.

Digitaliseringen ger också möjligheter till att utveckla nya så kallade gränssnitt gentemot medborgarna och patienterna. "Kundtjänst-tanken" har inte utvecklats inom hälso- och sjukvården och omsorgen på samma sätt som i andra branscher. När denna arbetsmodell utnyttjas strategiskt är det ett sätt att styra "kunderna" till rätt lösningar så effektivt som möjligt och även involvera dem i tjänsterna vilket kan skapa högre effektivitet och kvalitet i samma steg. Ledande i utvecklingen har varit handeln (retail) och finansiella tjänster.

Ännu används "kundtjänsten" inom hälso- och sjukvården samt omsorgen vanligen som ett slags katalogsystem för information (att jämföra med exempelvis en telefonkatalog) där information ges om var vård finns utifrån olika situationer och vilka olika vård- och omsorgsutförare som erbjuds inom olika områden. Den interaktiva möjligheten utnyttjas begränsat, innebärande exempelvis att återbesök ersätts genom kontakter mellan involverad läkare och patient via utvärderingsinstrument, interaktivt informationsstöd för egenvård etc. över nätet.

Möjligheterna till att involvera patienten eller brukaren som en medskapare eller samarbetspartner inom behandlingen är en stor potential som kan realiserars genom digitaliseringens möjligheter. Den kräver dock inte bara ett nytänkande arbetssätt och tillgång till moderna IT-verktyg utan också ett styr- och ersättningsystem som betalar för ett angreppssätt eller en övergripande arbetsmodell snarare än för varje besök.

Medborgarrevolutionen och patientbegreppet

I takt med stigande utbildningsnivåer, bättre informationstillgång och mindre acceptans för institutionella hierarkier bland medborgare i allmänhet börjar även samhällstjänsterna att förändras. Användarna av offentliga tjänster ser sig alltmer som rättmätiga kunder och ställer högre krav utifrån detta. Viljan att acceptera lösningar på andras villkor och med

⁷ Det "intelligence-system" som avses här är mer managementinriktat än exempelvis "population management" som utvecklats inom amerikanska HMO-system (Health Maintenance Organizations) och Aktiv hälsostyrning. Dessa former av "intelligence" är mer fokuserade på att följa och bedöma hälsoutvecklingen inom en befolkningsgrupp. Med "intelligence-system" i detta sammanhang är utvecklingen av bästa modell för överensstämmelse mellan behov och åtgärdsorganisering i fokus.

begränsad lyhördhet för den egna situationen minskar⁸. Detta kan ses tydligt i hälso- och sjukvården där patienten i sammanhanget har varit relativt underordnad verksamhetens villkor. Patienten "kallas" till konsultation, måste få "remiss" för att bli beviljad till nästa specialistinstans och får inordna sig i "väntrummet" och akutmottagningens ofta obestämbara väntetid. Denna modell för förmedling av tjänsterna ifrågasätts allt oftare och kommer att generera merarbete för hälso- och sjukvården och omsorgen om den inte förändras i takt med samhällets utveckling.

Denna omvärldsutveckling får sitt avtryck inom verksamhetsorganisationerna och bland professionen som mer och mer arbetar med kundorienterade lösningar med fokus på att bemöta ett problem ur ett patientperspektiv. Innebörden av det traditionella patientbegreppet börjar ersättas med begrepp som partnerskap med patienten, och patienten som en medskapare i hälso- och sjukvården. Med patient/brukardriven tjänstedesign söks efter nya arbetsprocesser som bättre ska bemöta behoven och leda till en effektivare genomströmning och kundorienterad upplevelse.

De nya synsätten gynnar en utveckling mot professionsövergripande teambyggande i hälso- och sjukvården och omsorgen utifrån olika helhetsproblematiker för patienterna. När gränsöverskridande team används för att formera ett omhändertagande utifrån en behovssituation påverkas i sin tur tjänstesystemet inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Tidigare etablerade organisationsgränser omprövas och nya samspelsformer prövas. Detta kan ses i ökat samarbete mellan vård, omsorg och hälsofrämjande insatser inom exempelvis äldreområdet. Även om denna utveckling pågått under flera år börjar nu dessa nya arbets sätt att spridas i en sådan omfattning att det gynnar en ny nationell och internationell kunskapsrörelse inom hälso- och sjukvården och omsorgen som kan nå kritisk massa för genomslag och förändringar.

2.2 Drivkraften i värdeskapande och tjänsteutveckling

Göra rätt från början

En viktig kraft i utvecklingen är ett förnyat intresse att förstå mer om helheten och problematiker runt patientgrupper med stora behov. Efter en lång tid av vetenskapligt driven kunskapsutveckling mot fördjupande kunskaper, som har tagit sig uttryck i subspecialiseringar och ytterligare ansvarsuppdelningar av insatser, verkar intresset öka för att bemöta sammanhang av hälsoproblematiker.

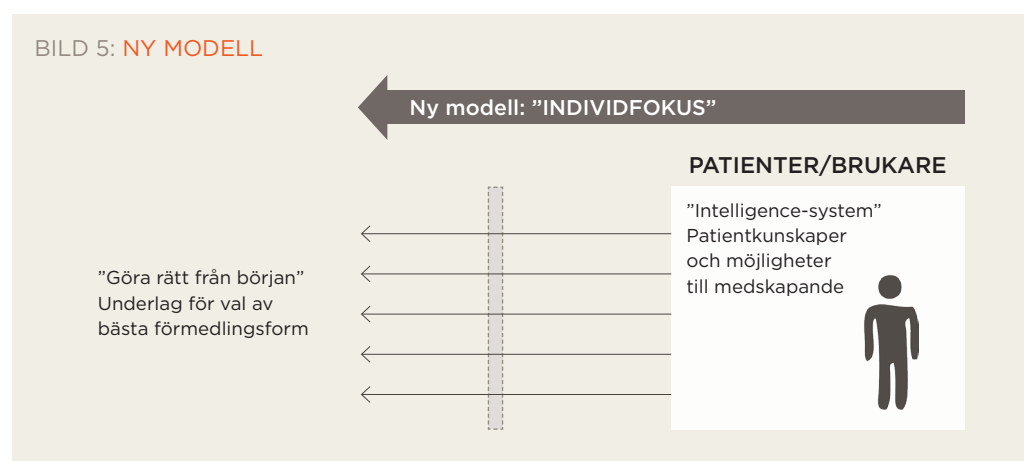
En viktig pusselbit i denna utveckling är synen på patientdata; att identifiera, följa och utvärdera den information som patienter med stora behov lämnar efter sig. Detta är progressiv information om bland annat förändringar av vård- och omsorgskonsumtion, förutom diagnoser även symptom- och hälsosammanställningar, behandlingsresultat, patientens egna förmågor och resurser i sammanhanget och läkemedelsläget. Det är en övergång från synen på separata journaler och register som enskilda vårdgivares stödnoteringar till

⁸ Detta skeende skildras i flera böcker och studier som ex.vis "Kan landet lagom vara bäst", Kurt Lundgren, SNS, 2013

att dessa uppgifter bildar ett "intelligence-system" för att bemöta patientens hela situation så effektivt som möjligt utifrån de samlade vård- och omsorgsresurser som finns tillgängliga.

Med den tillgängliga informations- och kommunikationstekniken är det idag tekniskt möjligt att bygga upp automatiserade system där olika tröskelvärden (utifrån fastställda indikatorer) flaggar för uppmärksamhet och åtgärd. Den idag lättillgängliga och mobila accessen till information innebär möjligheter att skapa och förmedla patientstrukturerad information som i princip inte tar arbetstid i anspråk utan som tvärtom sparar tid.

Digitaliseringen har kommit så pass långt att den kan vända på den grundläggande arbetsordningen inom hälso- och sjukvården samt omsorgen. Det finns dock många särskilda hinder och begränsningar inom området som exempelvis skilda lagstiftningar för de två huvudmännen, samt lagreglerade förhållanden om rätt att sammanställa och ta del av känsliga person- och patientuppgifter. Särskilt gäller detta utifrån målsättningar att arbeta med proaktiva insatser; åtgärder innan en "skada" har skett. Hälso- och sjukvården och omsorgen har därför en särskild situation att hantera jämfört med många andra tjänstebranscher som arbetar med kundfokus med stöd av digitaliseringens möjligheter. Patienternas integritetsskydd är viktigt men detta har samtidigt försvårat utvecklingen mot att utnyttja dessa möjligheter.



Parallellt med denna potential av data-hantering kan mer kunskap utvecklas från början genom att på ett tidigt stadium ta tid för samtal med fokus på att förstå patienten, patientens situation och involvera denne. Ett individ-, patient- eller personcentrerat arbetssätt bygger på att utforska vilka specifika möjligheter som finns att involvera patienten på bästa sätt, vilka förmågor patienten själv har och vilka möjligheter som finns i det sammanhang som patienten är i. Detta kan beskrivas som en slags inledande kartläggningsfas när samverkansprocessen inleds; en interaktiv kundtjänst.

Syftet med dessa "intelligence-system" och inledande kartläggning bygger på det mest grundläggande för vad som utgör effektiva tjänster; att göra så rätt som möjligt från första början. En dåligt utförd tjänst måste ofta göras om vilket innebär samtidiga stora kvalitets- och resursförluster. Detta är situationer som återkommer gång efter gång i vården till grupper med stora behov av vård och omsorg. Att utnyttja den patientdata som är möjlig att tillgå, och förstå patientens förmågor och sammanhang, är en stor potential för att utveckla de nya helhetslösningar av tjänster (tjänstekoncept) som bättre kan hantera patientgrupper med stora behov - i kontrast till dagens system av mer eller mindre reaktiva och insatsuppdelade system. Att hitta rätt förmedlingsform (i överensstämmelsen mellan behov och insatser) är avgörande för att nå god kvalitet och effektiv resursanvändning.

Paradigmskiftet; från insats till individ

Det ovanstående angreppssättet börjar i en grundlig utvärdering av det samlade behovet och kan beskrivas som att arbeta utifrån en omvänd logik mot hur förhållanden vanligtvis ser ut i dag. Det är därför detta rationella och naturliga arbetssätt har så svårt att utvecklas; det finns varken styrsystem, ersättningsmodeller och organisationsstrukturer som stödjer ett sådant arbetssätt annat än undantagsvis och/eller i tillfälliga FoU-projekt.

Den idag oftast dominerande insatscentrerade arbetsmodellen har sin bas och förankring i olika skilda forskningsdiscipliner inom medicin, omvårdnad, rehabilitering m.m. Den viktiga och starka forskningsbasen håller ofta isär de olika kunskapsdisciplinerna. De delas upp mellan olika ansvariga huvudmän och produktionsorganisationer beroende på innehåll och djup inom vård- respektive omsorgsområdena. Från de olika forskningsdisciplinerna inom medicin och omvårdnad dokumenteras bästa kunskaper genom kunskapsstyrningen till vårdprogram och riktlinjer. Även omsorgsinsatserna delas upp i olika riktlinjer för biståndsprogram. På basen av dessa kunskaper ska tjänsterna utföras genom i första hand fastställande av diagnoser inom olika områden och behandlingar därefter. Detta görs vanligen uppdelat mellan olika kliniker och mottagningar beroende på vilken medicinsk kunskap som är aktuell.

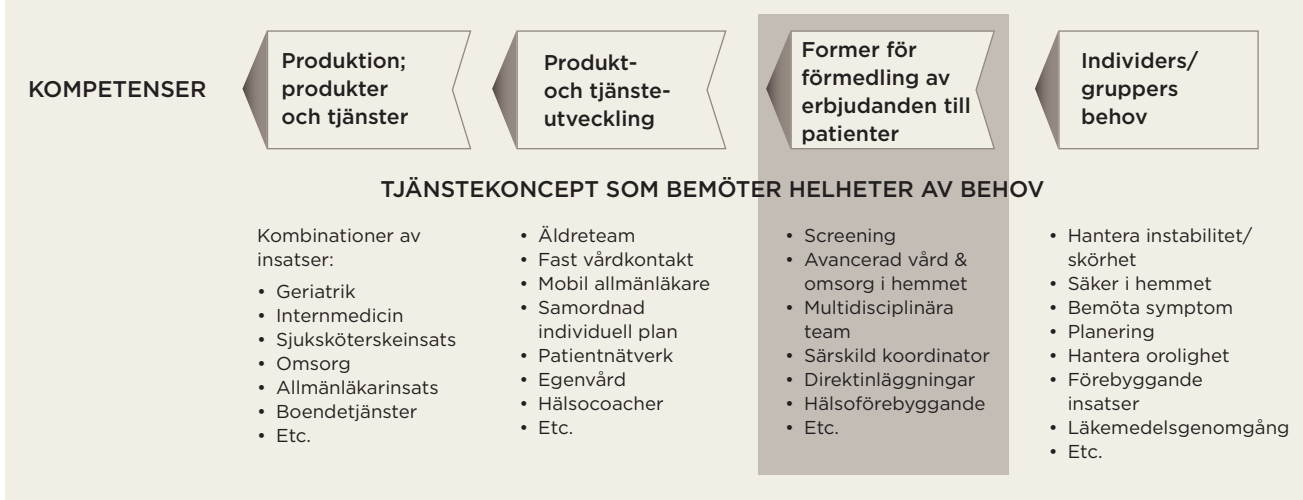
BILD 6: DEN INSATSCENTRERADE VÄRDEKEDJAN



Det intressanta i denna etablerade värdekedja för vården och omsorgen är att de kritiskt viktiga förmedlingsformerna – som i teorin ska syfta till att skapa så god överensstämmelse som möjligt och helst från början gentemot ett behov – kommer sent in i bilden. Förmedlingsformerna är i praktiken formade efter de olika produktionslogikernas förhållanden och inte utifrån de olika patientsituationerna. För grupperna med stora behov, som är i fokus i denna studie, är det ofta alltför sent. Den befintliga distributionsmodellen, som dessutom är uppdelad på så många olika förmedlingskanaler, har svårt att bemöta den samlade behovsbilden på ett hållbart sätt och med risker för att till och med förvärra situationerna för dessa patientgrupper (vilket diskuterats inledningsvis genom två patienttypfall)⁹.

I en individcentrerad värdekedja kommer däremot förmedlingsformerna tidigt in i bilden. De formas efter de behov och patientsituationer som definieras allra först. Genom att utveckla behovsanpassade och personcentrerade arbetsformer, samt att utnyttja de särskilda omständigheter och förutsättningar som kan finnas, kan en bättre överensstämmelse nås mellan behov, miljöförutsättningar, möjligheter till medskapande och den samlade nyttan av olika kompetensinsatser. Grundläggande behov som skörhet och kontinuerlig instabilitet bemöts av förplanerade tjänstekoncept som exempelvis mobila insatsteam som kan hantera de allra mest sjuka i hemmen istället för att dessa patienter åker fram och tillbaka mellan skilda mottagningar. Stundtals sviktande kan hanteras bättre genom tjänstekoncept som säkrar en bättre utskrivnings- och planeringsprocess efter sjukhusvistelse samt med en särskild koordinator som kan genomföra direktinläggningar för dessa patientgrupper när det kan behövas. Riskgrupper kan identifieras tidigare och få råd till egenvård och särskilda insatser av hälsocoacher med fokus på att upprätthålla hälsan längre och därmed balansera och eventuellt minska riskerna för snabbt ökande vård- och omsorgsbehov.

BILD 7: DEN INDIVIDCENTRERADE VÄRDEKEDJAN



⁹ För ytterligare beskrivningar av relevanta patienttypfall utifrån dessa förhållanden se exempelvis "Utänför sjukhuset; kvalitativ uppföljning av multisyjuka äldre i ordinärt boende", SKL 2012

Precis som i den insatscentrerade värdekedjan finns kunskapsstyrningen och alla viktiga kompetenser tillgängliga inom den "individcentrerade värdekedjan" men de olika processerna och insatserna flätas ihop tidigare genom ökat behovsfokus och anpassning till patientspecifika förhållanden. Förmedlingsformerna kommer in i tidigt i bilden och därmed den övergripande planering som är så viktig för kvalitet och effektivitet; "att försöka göra så rätt som möjligt från början". Tjänstekonceptet är verksamhetsmodellen som får samarbetet att hänga ihop tydligare – även om de olika professionsföreträdarna kommer från olika organisationer.

Tjänstekoncepten; nyckeln till paradigmskiftet?

Ska en övergripande arbetsmodell (som den insatscentrerade modellen) ersättas med en ny arbetsmodell (som den individcentrerade modellen) måste det finnas en överordnad organiserande idé och ett angreppssätt som kan användas systematiskt för att nå effektivitet. Utan en reell, kunskapsbaserad, användbar och accepterad ny modell och produktionslogik för hälso- och sjukvårds- samt omsorgstjänster riskerar alla försök att arbeta med individ- eller personcentrerade arbetssätt att bara bli tillfälliga försök eller projekt som i bästa fall kan påverka vissa avgränsade eller lokala områden för ett tag. Barriärer i form av skilda insatsorganisationer, styr- och ersättningsystem samt traditionella kunskapskulturer förblir för starka för "det nya tänket".

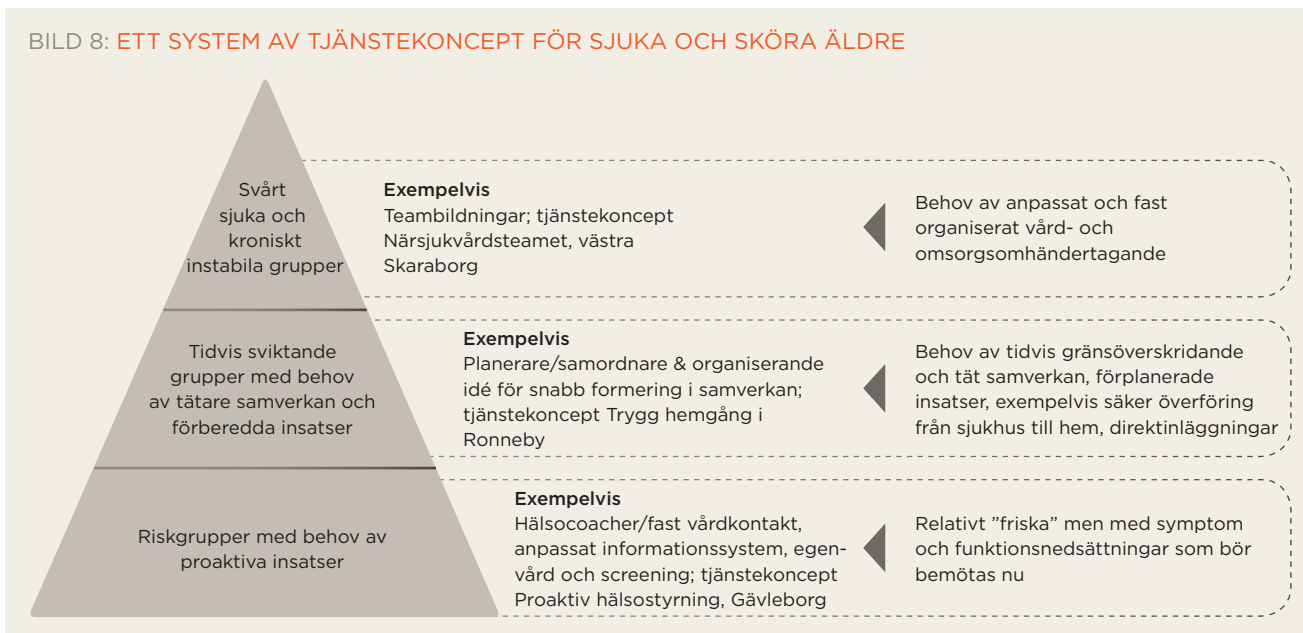
Kan tjänstekoncept, sammansatta insatser utifrån en specifik organiserande idé för att uppnå ett helhetsvärde, vara en nyckel till ett paradigmskifte för hur hälso- och sjukvård och omsorg förändras till nya arbetssätt? Tjänstekoncept har beskrivits i forskningen som den inom olika branscher "saknade länken" mellan en önskan om en samverkande arbetsordning till att denna ordning blir utförd¹⁰. Praktiskt kan tjänstekoncept beskrivas som 1) en paketerad tjänst innehållande flera olika insatser som ofta förekommer men som vanligtvis är uppdelade i separata moment, och 2) en tjänst utvecklade utifrån ett tydligt men inte systematiskt adresserat behov hos mottagaren av tjänsten, dvs. vård- och omsorgstagaren. Grundläggande är en organiserande idé om hur ett större värde kan skapas genom att kombinera olika insatser som annars inte systematiskt hänger ihop.

Skulle det kunna vara möjligt att bygga upp system av tjänstekoncept, som motsvarar olika typer av ofta förekommande sammanhängande behov, för de grupper inom vård och omsorg som är de stora användarna av dagens separata insatser? I kartläggningar av gruppen "sjuka och sköra äldre" kan det vara relevant att definiera tre övergripande delgrupper bland dessa med tre olika typer av grundläggande behov och därmed matchande tjänstekoncept¹¹.

¹⁰ Begreppet "Tjänstekoncept" beskrivs inom tjänsteforskningen som 1) på vilket sätt som tjänsten levereras, 2) kundens direkta upplevelse av tjänsten, 3) nyttan och resultatet av tjänsten för kunden, samt 4) värdet av tjänsten i relation till kostnaderna (efter bl.a. The Service Concept; the missing link in service design research, Susan Meyer Goldstein, Robert Johnston, JoAnn Duffy, Jay Rao, Journal of Operations Management, no.20, 2002)

¹¹ Denna analys bygger bl.a. på kartläggningar av alla vård- och omsorgsinsatser till 298 multisjuka äldre, under en 18-månaders period, inom ramen för det nationella programmet "Bättre liv för sjuka äldre" under ledning av SKL 2010–2013

BILD 8: ETT SYSTEM AV TJÄNSTEKONCEPT FÖR SJUKA OCH SKÖRA ÄLDRE



De *svårast sjuka och kroniskt instabila* är de patienter som hanteras sämst i ett insatscentrerat arbetssätt där mycket av vården alltjämt ges i ett mottagningsbaserat system. Den äldre personen med flera svåra och utvecklade sjukdomar kan tvingas besöka många olika kliniker löpande för att få åtkomst till den vård som behövs. Dessa personer behöver en tydlig kontinuitet i vårdkontaktarna för att tas om hand på ett bra sätt. I det insatsupplade och mottagningsbaserade systemet kan utvecklingen bli att patienten trots sitt stora vårdbehov är okänd för alla och måste på något sätt hitta lösningar för att hantera alla vårdkontakter och bokningar; inte sällan genom att någon anhörig försöker agera som vårdkoordinator.

Ett relevant *tjänstekoncept* i detta sammanhang är istället ett *mobilt team* dimensionerat för att kunna utföra vård kontinuerligt gentemot den äldre i patientens hem (eller annan boendeform i förekommande fall). Teamet arbetar med att försöka stabilisera situationer av sjuklighet och med en insikt och kännedom om patientens situation som en viktig grund för ett bra arbete. Genom att finnas till hands i nära samverkan med hemsjukvård och äldreomsorg underlättas hälso- och sjukvården och omsorgen för alla inblandade. Ett exempel på ett relevant tjänstekoncept är Närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg som arbetar med andra stödjande aktörer i för målgruppen väl anpassad närvård. Exemplet presenteras i nästa kapitel i denna studie.

”Mellangruppen” i denna beskrivning är de äldre som *från tid till annan sviktar* men som under längre perioder kan klara sig relativt väl med hjälp av hemsjukvård och välordnad äldreomsorg. Dessa äldre behöver inte det löpande fasta och mobila vårdomhändertagandet. Däremot, när situationen uppstår, ska de inte behöva utsättas för ett ad-hoc-baserat insatssystem. Ett passande *tjänstekonceptet* i detta fall är *förplanerade ”vårdvägar”* som kan initieras av en samordnare eller koordinator när situationen uppstår. Ett exempel på en sådan förplanerad vård- och omsorgsväg är Trygg Hemgång i Ronneby som presenteras i nästföljande kapitel med fallstudier.

Den tredje och oftast största gruppen av äldre är *riskgrupperna*; de med begynnande prevalens för sjuklighet och som visar tecken på skörhet. I det reaktiva insatscentrerade vård- och omsorgssystemet upptäcks dessa alltför sent då hälsosituationerna kan ha försämrats på ett onödigt sätt och vård- och omsorgsbehoven ökat rejält. Ett *tjänstekoncept* som upptäcker denna målgrupp i tid utifrån indikatorer och tillhandahåller olika former av *hälsocoaching* för egenvård eller med lämpliga stödjande insatser är viktigt hälsoförebyggande arbete. Detta arbetssätt utförs sällan systematiskt för denna typ av målgrupp. Ett exempel på detta tjänstekoncept, utifrån de modeller som arbetats fram inom Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg, beskrivs i kapitlet med fallstudier.

Av stor betydelse för kvalitet i förhållande till insatta resurser är att vara noga med vilka målgrupperna är och de inklusionskriterier som används för att definiera de individer som ingår i målgruppen. För att lyckas med tjänstekonceptet måste överensstämmelsen mellan behov och insatta resurser/kompetenser vara väl överensstämmande. Finns det en obalans, exempelvis av för mycket eller för lite resurser, eller fel kompetenser eller fel patient/brukargrupper, kan tjänstekonceptet lätt bli kostnadsdrivande istället.

3. Tjänstekoncept som banar vägen mot paradigmskiftet

Det finns många exempel som kan illustrera vägen mot paradigmskiftet. De tre fallstudier som presenteras här har valts ut för att de sammantaget ger konturerna av ett tjänsteförmedlingssystem för en av de målgrupper som har särskilt stora behov inom vård och omsorg; de sjuka och sköra äldre. Genom att skaffa en mer ingående kunskap om en målgrupp, förstå olika situationer och hur förmedlingen av tjänster kan göras bäst utifrån dessa förhållanden, finns det möjligheter att utveckla system som kan förbättra kvalitet och resursanvändning med mycket stora potentialer.

Samtliga tre fallstudier, som beskrivs nedan, har utvecklats i dynamiska samspel mellan kommunal hemsjukvård och landstingsdriven primärvård samt specialistvård. Förutsättningarna för att lyckas har varit att dessa olika (och annars ofta åtskilda) verksamheter arbetat gemensamt med patientens bästa för ögonen, på ett jämbördigt och med lika drivande motivation där varje vårdorganisation har kunnat bidra med det bästa av sina kompetenser och insatser. Med tjänstekoncepten som angreppssätt har man med gemensamma krafter suddat ut besvärliga gränser.

Vart och ett av dessa tre exempel är utvecklade i sina unika sammanhang. Graden av komplexitet är ofta hög och varierande vilket ställer höga krav på specifika anpassningar till varje situation. Arbetsmodeller och arbetssätt kan sällan kopieras till detaljerna. Däremot, förutom att vara inspirerande och vägledande för hur en utveckling kan genereras och stödjas i andra sammanhang, är de grundläggande angrepps- och arbetssätten (den organiserande idén) fullt möjliga att överföra till olika verksamhetsmiljöer.

3.1 Närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg – en del av ett nytänkande och gränsöverskridande närvårdssystem för de allra mest sjuka

Inom kommunerna och sjukhuset i västra Skaraborg hade man gemensamt uppmärksammat och inlett en diskussion om att det borde finnas andra former för omhändertagande än de som praktiserades för de allra mest sjuka. Det kunde inte vara rätt att dessa personer i svåra tillstånd, som kunde vara såväl äldre som yngre svårt sjuka, forslades runt i vårdsystemen beroende på vilken vårdinsats som behövdes. Det sågs som ett ovärdigt sätt att hantera svårt sjuka på och det fanns tecken på att allmäntillstånden förvärrades av denna arbetsmodell. Dessutom verkade detta inte vara optimalt utifrån resurssynpunkt när man betraktade hela systemet av vård- och omsorgsinsatser. Både vården och omsorgen upplevde att arbetssätten många gånger försvårade ett bra omhändertagande.

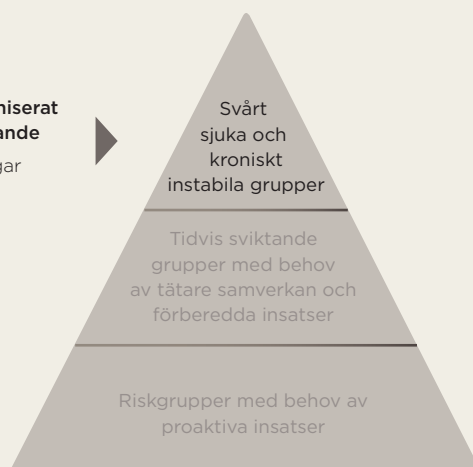
Västra Skaraborg med sex kommuner utgör ett upptagningsområde om 96 000 personer. Med tanke på att målgruppen av "allra mest sjuka" normalt kan uppskattas till omkring 0,2 procent handlar det endast om cirka 200 personer¹². Det begränsade antalet individer kan ha underlättat utvecklingen när patienterna kanske till och med kunde kännas igen.

¹² Närvården i västra Skaraborg; utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, SKL/HCM 2013

Genom att arbeta med mobilitet som grund, och inte med den traditionella modellen av olika mottagningar, utvecklades en tanke om ett väl anpassat team som kunde arbeta med de mest sjuka i hemmen som förstahandsval av arbetsplats. Det nytänkande med teamet var att man tidigt såg det som en egen vårdform (som man måste skrivas in i) och att man utvecklade arbetsmodellen på ett balanserat sätt med både hemsjukvårdens och sjukhusets resurser på lika grunder (och därmed inte enbart som sjukhusets "förlängda arm" med ett ASIH-team som bas¹³). De nära banden med hemsjukvården, och äldreomsorgen, förstärkte dessa organisationers möjligheter att göra ett bättre vård- och omsorgsarbete och få kontakt med närsjukvårdsteamet på ett enkelt sätt. Genom att utveckla närsjukvårdsteamet på basen av både hemsjukvården och sjukhuset blev också kostnaderna för teaminsatserna lägre än vad som är vanligt för specialiserade ASIH-team.

BILD 9:
MÅLGRUPP FÖR NÄRSJUKVÅRDSTEAMET I VÄSTRA SKARABORG

Behov av anpassat och fast organiserat vård- och omsorgsomhändertagande
Tjänstekoncept med teambildningar



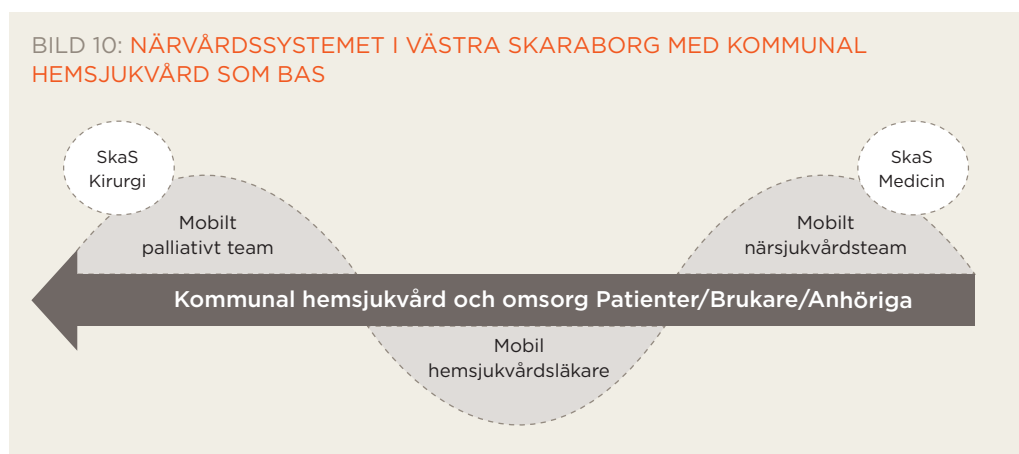
En ytterligare viktig och nytänkande idé var att närsjukvårdsteamet skulle beakta hela livssituationen hos de patienter man samarbetade med, dvs. alla sjukdomar, symptom, funktionsnedsättningar och omsorgsbehov. Genom att ta utgångspunkt i helheten, och förstå denna ännu bättre med en djupare insyn i patientens situation, som uppstod då man verkade i hemmet, skulle man kunna underlätta samt utnyttja det bästa av de möjligheter som ändå kunde finnas till hands. Genom att fokusera på samsjuklighet, funktionsproblematiker och hälsomöjligheter kunde man på närmast oväntade sätt stabilisera kritiska lägen och även skapa viktig trygghet för patienterna.

Närsjukvårdsteamet har en viktig koppling till sjukhuset i Lidköping (ingående i Skaraborgs sjukhus) och särskilt till Medicinkliniken. Detta säkrar en viktig arbetsmodell där en patient kan direktinläggas på kliniken när sjukhusets särskilda resurser behövs. Om en patient behöver läggas in släpper aldrig teamet kontakten med denne. Teamets läkare fortsätter att hålla den kritiskt viktiga patientkontakten och utvärderingen genom att även "ronda" på sjukhuskliniken när så blir aktuellt. Patienterna uppskattade den kontinuitet, närhet och det helhetsgrepp som etablerades och som stod i skarp kontrast till den typen av vårdkarusell man tidigare hade upplevt.

¹³ ASIH, avancerad sjukvård i hemmet, förekommer relativt ofta som en del av ett sjukhus vårdinsatser i hemmen till svårt sjuka patienter

Närsjukvårdsteamet bestod vid denna tidpunkt av en läkare (geriatriker) och två specialist-sjuksköterskor med omkring 24 patienter inskrivna¹⁴. Merparten av dessa patienter var äldre men även yngre kunde skrivas in utifrån ett antal definierade inklusionskriterier nedan (varav minst fyra måste uppfyllas för att få tillgång till denna vårdform):

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- Klarar inte den personliga vården
- 75 år eller äldre
- Inskriven i hemsjukvården



En viktig förklaring till ett skifte mot stabilisering och helhetskvalitet för patienterna är att närsjukvårdsteamet också ingår i ett i övrigt samverkande närvårdssystem. Förutom hemsjukvården, primärvårdens vårdcentraler och omsorgen finns det tillgång till en mobil hemsjukvårdsläkare från primärvården som bedriver sin huvudsakliga verksamhet i hemmen (för all hemsjukvård inom Lidköpings kommun). Den insyn och överblick som denne får genom att arbeta i dessa uppsökande former underlättar väsentligt för såväl hemsjukvården, primärvården i övrigt, omsorgen liksom närsjukvårdsteamet.

Därutöver finns även tillgång till ett mobilt palliativt team som består av en läkare (fördelat på två halvtider) och två sjuksköterskor (fördelat på en heltid och två halvtider). Detta team har viktiga kunskaper för kritiska lägen och förfogar även över några vårdplatser i sin samverkan med vårdstiftelsen Hospice Gabriel. Vidare har man nära kontakt med kirurgkliniken vid sjukhuset som är viktig för många av detta teams patienter. Detta innebär också möjligheter att direktinlägga. De tre samverkande vårdmodellerna (närsjukvårdsteamet, mobila hemsjukvårdsläkaren och mobila palliativa teamet) genererar självförstärkande effekter mellan varandra. Mervärdet blir sammanlagt betydligt större än insatserna. Det

¹⁴ Närvården i västra Skaraborg; utvärdering och ekonomisk analys, SKL/HCM 2013

samverkande närvårdssystemet för de svårt sjuka, och kunskapsöverföringarna mellan de olika teamen, mobila läkare, patienterna, hemsjukvården och omsorgen, skapar de sömlösa förutsättningar som gör att alla inblandade kan arbeta med bättre resultat.

Samverkanssystemet består egentligen av fyra olika verksamhetsmodeller som har utvecklat ett värdeskapande mikrosystem för särskilt väl anpassad vård och omsorg till den aktuella målgruppen. Kommunerna bidrar med sin insats genom hemsjukvården och omsorgen, primärvården med sin genom att finansiera den mobila hemsjukvårdsläkaren och sjukhuset med sina specialistresurser genom att finansiera närsjukvårdsteamet som en del och det mobila palliativa teamet som en annan del. Varje verksamhetsmodell har en "helhetsfinansiering" för sitt uppdrag och den personal som där ingår. Det finns inga komplicerade modeller för insatsfinansiering eller rörlig ersättning för varje individuell insats.

Resultaten av detta närvårdssystem och direkta insatser av närsjukvårdsteamet innebar att de involverade patientgrupperna av svårast sjuka äldre i västra Skaraborg i stort sett lyfts ut ur sjukhusvården och det ständiga sökandet och pusslandet med olika mottagningsbesök. Ganska omgående efter att det teambaserade arbetssättet startat sjönk återinläggningar inom 30 dagar för samma diagnos eller sjukdomsbild med mellan 80–90 procent¹⁵. Vid mätningar år 2009 hade slutenvårdsbehovet nästan raderats ut. För de patienter som var inskrivna i Närsjukvårdsteamet kunde följande resultat konstateras:

- ✓ Antalet vårddagar minskade med 92 procent
- ✓ Akutbesöken minskade med 80 procent
- ✓ Antalet mottagningsbesök minskade med 89 procent

I efterföljande mätningar året därpå så låg dessa nivåer på cirka 75 procents minskning. För de patienter som var inskrivna i Närsjukvårdsteamet behövdes inte vårdcentralernas tjänster vid något tillfälle¹⁶.

3.2 Trygg hemgång i Ronneby – att snabbt formera krafterna mot ett gemensamt mål när det behövs för tidvis sviktande patienter

Det finns vissa lägen i hälso- och sjukvården och omsorgen då samverkan är särskilt kritisk för att klara en övergångsfas. Ett exempel på ett sådant kritiskt skede av god samverkan är vid utskrivningsprocessen av en patient från sjukhusvård till ett fungerande boende i eget hem. En stabil situation kräver ofta välfungerande eftervård och stödjande omsorg. Brister dessa grunder kan vårdbehoven öka snabbt för främst äldre patienter som annars skulle ha kunnat klarat sig bättre. Inte sällan finns det också en stark oro hos patienten och anhöriga som driver på vård- och omsorgsbehoven även om det är svårt att bedöma hur mycket

¹⁵ Närsjukvårdsteamets egna utvärderingar, 2009, Närvård västra Skaraborg

¹⁶ Närsjukvårdsteamets egna utvärderingar, 2010, Närvård västra Skaraborg

detta påverkar. Även professionen inom hemsjukvården och omsorgen kan känna oro och få svårt att hantera uppkomna situationer då osäkerheten är ömsesidig och vårdkontakter samt vårdplanering brister. Återinläggningar efter kort tid förekommer ofta för patienter i sådana lägen. Vidare behövs ofta korttidsplatser för patienter som är utskrivningsklara och som kommunen då är ansvarig för att ta över även om vårdplanering och biståndsbedömningar inte är klara. Denna form av tillfälligt interimboende mellan sjukhuset och hemmet är närmast standard och utgör en stor kostnad för kommunerna. Livskvaliteten försämras och kostnaderna kan öka snabbt och på ett onödigt sätt för vården liksom omsorgen för varje patient som hamnar i detta läge.

BILD 11: MÅLGRUPP FÖR TRYGG HEMGÅNG I RONNEBY



I Ronneby såg man behovet av att samverka mot en grupp av patienter som benämndes "vårdens debutanter". Detta kunde vara äldre patienter som inte tidigare varit "tunga" i vården men som blivit inlagda på sjukhus och därefter kunde hamna i en virvlande spiral av ökande vård- och omsorgsinsatser. Trots att förutsättningar ofta fanns för att säkra patientens möjligheter att leva i hemmet, med en anpassad nivå av hemsjukvård och omsorg, så kunde en bristande samverkan och/eller planering leda till en onödig utveckling för alla parter. I grunden var detta en patientgrupp som till stora delar i livet klarade sig ganska bra med endast viss bassjukvård och omsorg men som då och då behövde ett välfungerande omhändertagande. Brister i detta omhändertagande visade sig generera eskalerande vård- och omsorgsbehov som man med genomtänkt planering och samverkan kunde undvika.

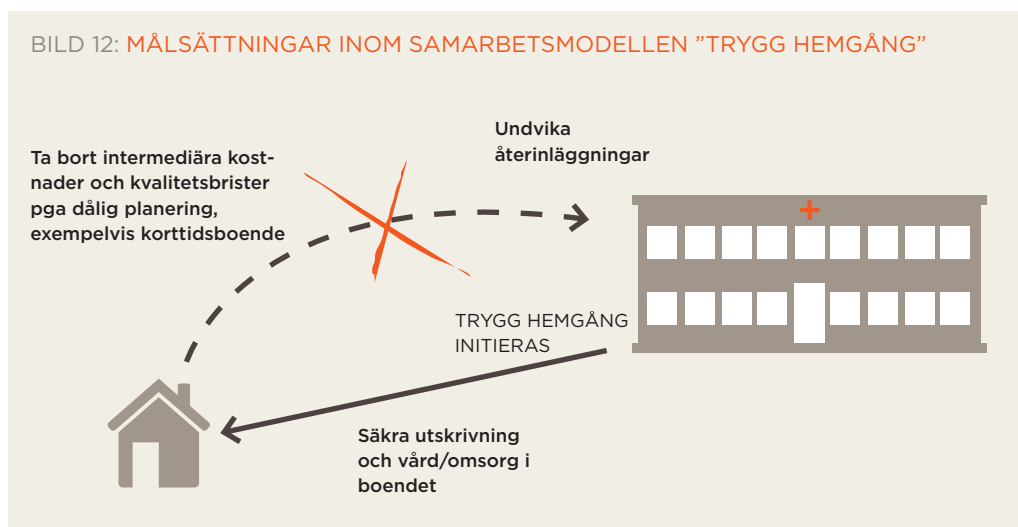
"Trygg hemgång" utvecklades utifrån ett inledande samverkansprojekt mellan Äldreförvaltningen i Ronneby kommun och hemsjukvården inom Landstinget Blekinge under 2010. Utgångspunkten var initialt att skapa ett mer rehabiliterande förhållningssätt i arbetet. Stegvis upptäckte man grunderna för en gemensam samarbetsmodell som kunde skapa en från början koordinerad och systematisk utskrivnings- och planeringsprocess med hållbara resultat och med effekter av minskad slutenvård och betydligt lägre användning av korttidsplatser. Målgruppen inom kommunen identifierades till omkring 100 personer och med nedanstående kriterier som grund¹⁷:

- Okomplicerade frakturer
- Från oberoende till mycket beroende
- Omfattande sjukvård och omsorg vilket betyder:
 - >19 dagar i slutenvården
 - >7 öppenvårdstillfällen
 - >25 timmar per månad hemtjänst

¹⁷ Senare har man dock förändrat dessa inklusionskriterier till enbart att "det kan konstateras en stor oro hos vårdtagaren inför hemgång efter sjukhusvården" men att detta alltså kräver en biståndsbedömning utifrån detta övergripande kriterium.

Genom att benämna samarbetsmodellen "Trygg hemgång" stod det klart för var och en vad målsättningen var. Även för patienten som på detta sätt lättare kunde involveras i arbetet. I praktiken hade man på detta sätt utvecklat ett tjänstekoncept, fokuserat på ett värde och med en organiserande idé, för att bereda vägen för en hållbar förflyttning av patienten från sjukhusvården till en fungerande vård- och boendesituation i egna hemmet. Tjänstekonceptet ska ses som en tillfällig intermediär tjänst, som är resursstark i den kritiska övergången, för att minska riskerna med att denna relativt utsatta patientgrupp kommer in i en eskalerande situation av ökade vård- och omsorgsbehov.

BILD 12: MÅLSÄTTNINGAR INOM SAMARBETSMODELLEN "TRYGG HEMGÅNG"



Tjänstekonceptet "Trygg hemgång" initieras i förekommande fall som en biståndsbeslutad insats i samband med att vårdplanering görs för patienten vid utskrivningstillfället från sjukhuset. Särskild information om tjänsten är framtagen till patienten. Beslutet innebär att denne under en period, som sällan är mer än tio dagar, erhåller en högsta nivå av omvårdnadsinsatser som innebär minst 26 timmar per månad.

Ett kärnteam finns knutet till "Trygg hemgång", bestående av fyra undersköterskor varav en av dessa har särskild inriktning på rehabilitering. Detta säkerställer tillgång till en grundläggande kapacitet. När patienten kommer till hemmet möts denne av ett tvärprofessionellt team, som utgörs av en till två undersköterskor från kommunens s.k. kärnteam samt berörd personal från hemsjukvården och hemtjänsten. Detta samverkansteam ska se till att "basen" säkras för patienten i dennes hem. Den eller de undersköterskor som kommer från kärnteamet stannar i hemmet upp till två timmar vid första ankomststillfället och säkerställer att där finns mat, de aktuella medicinerna samt att den boende kan förflytta sig i hemmet och klara sig med hjälpmedel m.m. Under den tid som tjänsten "Trygg hemgång" är i drift så fungerar en av undersköterskorna i kärnteamet som koordinator för den boende och har

en nyckelroll i samordning och kontroll av insatserna från vården och omsorgen. När situation är stabil och en trygghet finns etablerad i situationen för alla parter upphör det biståndsbedömda tjänstekonceptet "Trygg hemgång". Den genomsnittliga användningstiden var vid en utvärdering 2012 7,4 dagar¹⁸.

Resultaten av utvärderingar har visat på ett stort värde av just den ökade trygghet som detta förplanerade tjänstekoncept kan skapa. Jämfört med den tidigare modellen, präglad av osäkerhet om nästa steg och separata lösningar samt kontakter dag för dag, kunde alla uppskatta den säkerhet som uppstod och att det var tydligt vad var och en skulle bidra med. Patienten var också en del av tjänstekonceptet och kunde lättare förstå och involveras i former som ökade tryggheten. Istället för den passiva och utsatta situation som patienten ofta fick erfara kunde denne involveras som en medskapare i "trygg hemgångs-arbetet" vilket underlättade på oväntade sätt.

I en utvärdering 2014 kunde ett antal viktiga resultat konstateras¹⁹:

- ✓ Markant ökad trygghet för patient och profession
- ✓ Reducerade återinläggningar med 80 procent
- ✓ Kostnader för korttidsboende hade upphört helt
(motsvarande en tidigare medelkostnad av 50 000 kr per individ)

Den framväxande tydliga modellen för samverkan innebar att alla involverade utförde sina uppgifter som tidigare, men på ett mer koordinerat och flödesinriktat sätt. Även hjälpmedelsproblematiken, ofta problematisk genom eftersläpningar och dålig koordinering, tycks ha eliminerats.

Att driva tjänstekonceptet kostade i praktiken inget extra. Däremot fick samtliga utförare ut mer värde totalt sett av sitt arbete. Den biståndsbedömda insatsen "Trygg hemgång" innebar automatiskt en högsta nivå av omsorgsinsatser enligt kommunens skala men ses som en investering för att säkra att väsentligt högre kostnader reduceras längre fram.

3.3 Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg – att sätta in rätt insatser i rätt tid, innan hälsotillstånden förvärras för sköra äldre

En utmaning för hälso- och sjukvården och omsorgen är att utveckla systematiska arbets-sätt som hittar de individer som tillhör riskgrupper – för att undvika att ställas inför faktum av plötsligt stora vård- och omsorgsbehov som kunde ha mildrats om patienten fått hjälp med hälsofrämjande insatser och stöd i ett tidigare skede. Detta handlar om arbetssätt som

¹⁸ Baserad på 44 involverade vård-/omsorgstagare, i rapporten "Trygg Hemgång 2012", Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge kompetenscentrum, 2012

¹⁹ Trygg Hemgång i Ronneby: Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept, SKL/HCM, 2014

BILD 13:

EN AV MÅLGRUPPERNA FÖR PROAKTIV HÄLSOSTYRNING I GÄVLEBORG

Relativt "friska" men med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas nu

Tjänstekoncept med hälso-coacher/fast vårdkontakt, anpassat informationssystem, egenvård och screening



ställer om vård och omsorg från ett i grunden reaktivt signalsystem till ett signalsystem som möjliggör mer proaktiva inslag.

Ofta hörs synpunkter som att "vi vet inte hur vi ska hitta dem" och "vi har fullt upp med att hantera alla som behöver vård här och nu", men ska vård och omsorg bidra till livskvalitet och rationell resursanvändning måste ett mer skadeförebyggande förhållningssätt och arbetssätt kunna etableras. Att arbeta fokuserat på detta sätt med riskgrupper bör kunna innebära bättre möjligheter att med de befintliga resurserna bemöta de som har kommit "längre i en utveckling" mot stora vård- och

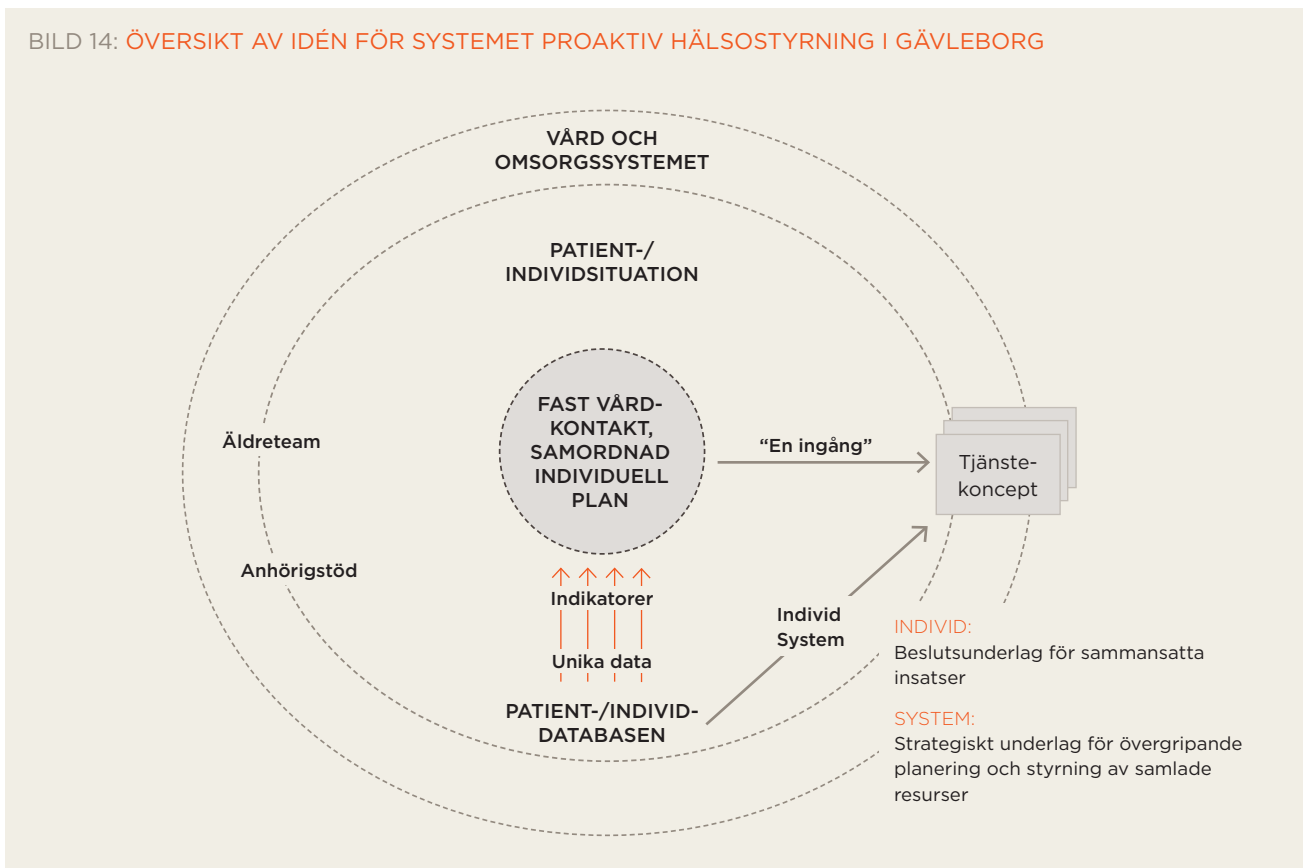
omsorgsbehov. Det finns stora möjligheter att med proaktiva, hälsofrämjande insatser komprimera den tidsperiod då en äldre person behöver mer omfattande vård- och omsorgsinsatser. Detta blir ännu viktigare med tanke på att livslängden ökar påtagligt i Sverige och i andra länder. Vi kan komma att leva med sjukdomar och funktionsproblematiker allt längre, som då behöver bemötas bättre med mer inslag av hälsoinriktade insatser. Målsättningen är ökad livskvalitet och att skjuta upp omfattande vård- och omsorgsinsatser till en kortare period i livet.

Ett komplett tjänstesystem av designade tjänster till sjuka och sköra äldre vore ofullständigt om inte de som ingår i riskgrupperna – ännu inte särskilt väl synliga i journalsystemen – bemöttes med insatser så tidigt som möjligt för att främja hälsa och funktionsförmåga.

I Gävleborg växte tankar fram om att utveckla ett system – "Proaktiv hälsostyrning" – i samverkan mellan Gävle och Hudiksvalls kommuner och Landstinget Gävleborg. De individer som identifierades, genom ett signalsystem styrt av valda riskindikatorer som "flaggade" när vissa värden överskreds, skulle bemötas med hjälp av en uppsättning olika fördefinierade tjänstekoncept. För att matcha individen mot rätt tjänstekoncept var en samordnad individuell plan (SIP) ingången som också innebar att en fast vårdkontakt utsågs för patienten. Tjänstekoncepten kunde bestå av ett "sortiment" av olika verksamhetsmodeller där kommun och/eller landsting samverkade på ett förplanerat sätt gentemot olika delmålgrupper. Sortimentet skulle på sikt delvis kunna ersätta det fragmentariska insatssystemet.

I Gävleborg var detta signalsystem tänkt för att kunna användas i syfte att identifiera samtliga målgrupper inom sjuka och sköra äldre; alltså hela den målgrupstriangel som beskrivits i föregående stycke. Särskilt fokus lades på målgruppen "allra mest sjuka" med ett tjänstekoncept som benämndes "Äldreteam" i samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hemsjukvård.

BILD 14: ÖVERSIKT AV IDÉN FÖR SYSTEMET PROAKTIV HÄLSOSTYRNING I GÄVLEBORG



Det fanns dock planer för att även mer systematiskt identifiera riskgrupperna och arbetet påbörjades med att erbjuda hälsocoacher som ett tjänstekoncept bestående av stöd till hälsofrämjande egenvård eller tidiga insatser av arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska beroende på situationen. Konceptbegreppet hälsocoacher byttes senare ut till benämningen "fast vårdkontakt" för att koppla till lagstiftningens begrepp och inte införa ytterligare nya begrepp som kunde skapa förvirring hos både patienter och medarbetare.

Ursprungligen fanns idén om att utveckla ett "intelligence-system", genom att samordna vård- och omsorgsinformation baserat på ett antal primära indikatorer. Detta system kunde bestå av signaler som visade när en person kommit in i en riskzon där kraftigt ökade vård- och omsorgsinsatser skulle kunna vara nästa fas. Dessa indikatorvärden kunde man främst hitta inom kommunernas biståndsbedömning när insatser för personlig hygien och hjälp med matleveranser, städ och tvätt ökade markant liksom andra inslag, som exempelvis behov av trygghetslarm och tilldelning av hemsjukvård. Den tänkta samordningen av information mellan kommunerna och landsting blev dock för komplicerad och svår att genomföra utifrån juridiska frågor om rätt till uppgiftslämnande.

Det tänkta signalsystemet ändrades istället till införande av systematisk screening. Screeningsverktyget utvecklades utifrån en svensk bearbetning av en screeningskala från Kanada för sjuka och sviktande äldre och syftade till att bedöma skörhetstillstånd utifrån förekommande utmattningar, svaghet i fysiska funktioner, långsamhet, viktnedgång, låg aktivitetsgrad och fallrisker. Screeningstationerna var främst vårdcentralerna men även kommunernas biståndsbedömare använde screeningen som ett moment. Akutmottagningarna på sjukhusen var också tänkta som en viktig plats för screening, eftersom många i målgruppen kunde upptäckas första gången vid dessa besök. Tempot på akutmottagningarna bidrog dock oftast till att det var svårt att sitta ner och genomföra detta moment.

Om en person identifierades i samband med screeningen som ingående i målgruppen kopplades en fast vårdkontakt in (tidigare benämnd hälsocoach). Beroende på situation eller särskilda behov kunde den fasta vårdkontakten vara en arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, undersköterska eller i förekommande fall annan lämplig professionsföreträdare. En kartläggning utfördes av personens hälsa och situation med bl.a. initiala bedömningar av psykosocial situation, riskbedömning genom senior alert, läkemedelsavstämning samt mätning av längd och vikt. Därefter var två alternativ tillgängliga enligt tjänstekonceptet:

1. Personen bedömdes klara sig bra med information om hälsoläget och ett informationsstöd för egenvård och ett hälsosamt liv
2. Situationen lades fram inför ett "hälsoteam", inkluderande biståndsbedömare som beslutade om lämpliga insatser. Även hemtjänstinsatser eller inskrivning i den kommunala hemsjukvården kunde bli aktuell.

Oavsett vilket alternativ som blev aktuellt hade den fasta vårdkontakten till uppgift att utföra periodiska avstämningar med patienten under en ettårsperiod och därefter genomföra en ny utvärdering.

En följeutvärdering genomfördes under en stor del av pilotprojektet och i slutet av 2013 sammanställdes en utvärderingsrapport med några viktiga resultat²⁰.

- ✓ En tydlig ökning av det systematiska arbetet med riskbedömningar kunde ses på de tre vårdcentraler som ingick i pilotförsöket.
- ✓ "Träffsäkerheten" i screeningsinsatserna var hög; en målgrupp av riskpatienter och sköra identifierades som uppgick ungefärligen till samma relativa storlek som kan konstateras från övergripande hälsostatistik.
- ✓ Av de som screenades (vid vårdcentralerna) konstaterades att mellan 80–67% av dessa personer var riskpatienter eller sköra med behov av aktiv hälsocoachning. Inom biståndsbedömningens screeninginsatser konstaterades 100–95% vara behov av hälsocoachning i dess olika varianter.
- ✓ Många patienter som annars hade varit utan vårdplaner fick nu detta samt höga till mycket höga nivåer av uppföljning från de tre vårdcentraler som ingick i studien.

²⁰ Från idé till verklighet? Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg; sammanställning av resultat och utvärdering, HCM 2013

4. Tjänstekonceptet; ett outnyttjat styr- och ersättningsystem?

Ovan har ett försök utförts till att beskriva:

1. Ett system av fördjupad behovssegmentering och
2. Matchande tjänstekoncept mot dessa behov.

Sammantaget, om modellen är heltäckande mot en målgrupp, bildas ett tjänstesystem. Detta är relevant för en målgrupp med stora behov och syftar till att omhänderta dessa behov på ett systematiskt och väl överensstämmande sätt. I grunden innebär detta ett paradigmskifte med viktiga fördelar för hanteringen av hälso-, vård- och omsorgsresurserna till denna målgrupp, med betydligt högre kvalitet till en markant effektivare resursanvändning som följd.

De resultat som kunnat konstateras av goda tjänstekoncept (som i några av fallstudierna ovan) är ofta i form av avlastande effekter på övriga vårdssystemet såsom exempelvis färre vårddygn på sjukhus, färre återinläggningar, färre besök i vården, eliminerat behov av kommunala korttidsplatser. Nivåer är dessutom höga med omkring 50 procent och mer, samt i vissa särskilda fall och perioder (som i exemplet från västra Skaraborg) upp till 90 procent färre dagar i vården för svårt sjuka patienter. Skulle dessa tjänstekoncept anpassas och kunna spridas vidare inom Sverige borde alltså effekterna av förbättrad resursanvändning bli avsevärda.

Det är svårt att få grepp om vad detta kan innebära i en spridning och högst vanskligt att extrapolera antagande om resursvinster på detta sätt. Ett försök gjordes för en del år sedan med att beräkna vad en framgångsrik arbetsmodell inom utvecklingsprojektet NISSE i Malmö skulle innebära i möjliga resursvinster om denna arbetsmodell hypotetiskt infördes för samma målgrupp av multiviktade sjuka patienter över hela landet²¹. Resultatet, som mer ska ses som en möjlig illustrerande hypotes snarare än en beräkning, skulle då kunna uppgå till omkring 20 miljarder årligen i förbättrad resursanvändning vilket vid detta tillfälle motsvarade nära en fjärdedel av vad den svenska äldreomsorgen kostar årligen.

De arbetssätt som är relevanta för en utveckling mot paradigmskiftet är såväl patient- som produktionsrationella för hälso- och sjukvården och omsorgen. Det är inte styrningen utifrån avancerade och välkonstruerade styr- och ersättningsystem som ligger bakom denna utveckling. De som har varit delaktiga i organisatoriska innovationer i linje med paradigmskiftet har på enklare sätt fått möjlighet att utveckla arbetssätt som känns naturliga. Man har kunnat arbeta utifrån sunt förnuft och vad som uppenbarligen är bra för patienten och brukaren utifrån en helhetssyn. Samspelet mellan professionerna och patienterna/brukarna har lett till positiva spiraler av lyft och ömsesidig nytta. De motkrafter som finns i utvecklingen har kunnat hanteras av ett fokuserat ledarskap men det krävs en medvetenhet om dessa krafter i ett större systemperspektiv av samverkan, ersättningsystem och informationshantering för att lyckas.

²¹ Gruppen multisjuka, överensstämmande med NISSE-patienterna, har i tidigare studier av Stiftelsen Äldrecentrum beräknats till cirka 3,6% av gruppen 75 år och äldre vilket användes som grund för antagande om målgruppens storlek i ett nationellt perspektiv. Se vidare studien "Mer vård för pengarna - genom organisatoriska innovationer", NUTEK, 2008

Det finns en stor och outnyttjad potential att låta professionerna själva få utveckla och leda de nya lösningarna efter individ/personcentrerade förtecken. Av de innovationer som lyckats helt eller delvis har alla kommit "underifrån-och-upp" – och inte några utifrån strukturförändringar och "arkitektplaner" "uppifrån-och-ner". Däremot är det viktigt att "uppifrån-och-ner" bereda vägen för och stödja att "underifrån-och-upp"-lösningar kan utvecklas. Det gäller inte minst hur beställarsystem med styrning och ersättningsmodeller hanteras.

Ett styrnings- och ersättningssystem bör kunna möjliggöra att nya lösningar kan växa fram inom professionsgrupper och företag som får en uppgift att "hitta en lösning" på en större fråga till en noga utvald målgrupp av patienter. För detta krävs lite mod, en stor portion tillit, ett investeringstänkande och att de gamla insatsindelade ersättningssystemen upphör inom vissa testområden. Istället för kontrollbaserat ersättningssystem indelat efter "fee for service" behövs då ett synsätt som möjliggör att de stora kvalitets- och resursvinsterna löses ut – med stora "kaskadeffekter" ut mot hela verksamhetssystemet som exempelvis rätt användning och dimensionering av dyra sjukhusresurser.

I arbetssätt som utvecklats i linje med paradigmskiftets nya förhållanden (varav tre exempel har beskrivits mer fördjupande ovan) är den goda verksamhetsmodellen, utifrån ett väl förankrat tjänstekoncept, och till en väl definierad målgrupp av patienter, en möjlighet till att utveckla och driva en form av insatsövergripande intraprenad- eller entreprenadlösning. Då målgruppen är mer exakt bestämd och definierad från början kan en naturlig verksamhetsmodell drivas med relativt enkla ersättningssystem till skillnad från de ganska komplicerade, viktade och mångfacetterade ersättningssystem som utvecklas i insatscentrerade arbets-sätt²². Med ett sunt-förnuft-koncept hittar yrkesgrupperna och patienten hittar sina respektive uppgifter på ett naturligt sätt utan försök till styrning genom olika ersättningar. De exempel som beskrivits ovan, och många andra som studerats i detta sammanhang, visar att det inte är ett avancerat ersättningssystem som frammanat dessa verksamhetsmodeller. Nyckeln är istället att definiera målgruppen mer precist och designa ett tjänstekoncept som bemöter behoven på ett passande och naturligt sätt. En granskning av andra tjänstebanscher och framgångsrika aktörer inom dessa bygger alla på starka verksamhetsmodeller anpassade till ett väldefinierat segment av kunder. Dessa utmärks av en god samstämmighet och överensstämmelse med vad kunderna (motsvarande patienterna/brukarna) uppfattar som nytta. För att detta ska kunna ske kan ersättningsmodellen baseras på det värde som arbetsmodellen som helhet genererar. Detta värde kan vara en kombination av bedömda hälsoreultat och resurseffektivitet som kan mätas inom verksamhetssystemen. Den fråga som reser sig är om det därför istället borde vara tjänstekonceptet och den goda verksamhetsmodellens betydelse för det sammanlagda värdet som skulle vara basen för styrningen och ersättningssystemen i dessa fall? Om svaret är ja bör verksamheterna bedömas och mätas utifrån systemeffekter och inte insats för insats.

²² Som i de styr- och ersättningssystem som förknippas med New Public Management (NPM)

Detta skulle kunna förenkla oerhört mycket och förmodligen kunna utlösa mer av de gömda och delvis glömda kvalitets- och resursvinster som finns att hämta inom verksamhetsområden som utmärks av stora volymer och komplexitet. När goda resultat kan påvisas stärker det inspirationen och motiven hos andra att, om förutsättningarna finns, tillämpa likartade verksamhetsmodeller eller finna andra områden där nya verksamhetsmodeller kan utvecklas. Detta är den begynnande utvecklingsvåg som nu kan ses och som kan komma att generera ett paradigmskifte.

5. Framåt: Möjligheter och fallgröpar

5.1 Möjligheter

Att utveckla hälso- och sjukvården samt omsorgen i riktning mot paradigmskiftet kan ta sig uttryck på flera sätt. De tre oftast förekommande strategierna är:

1. Behovsövergripande tjänstekoncept (som beskrivits ovan)
2. Öppna processerna för möjlighet till medskapande (som ingår i vissa moment av ovanstående exemplifieringar av tjänstekoncept)
3. Ta vara på möjligheter till självorganisering (vilket ingår som en del i tjänstekonceptet "Hälsocoach" ovan)

Samtliga strategier har visat på intressanta resultat av parallella kvalitetsökningar och resurseffektiviseringar. De tre fallstudierna ovan har främst visat på resultat av behovs- och insatsövergripande tjänstekoncept. Dessa angreppssätt har kanske de största potentialerna

Medskapande arbetssätt baseras på att patienten och brukaren själv är aktiv med att utföra tjänster inom hälso- och sjukvården samt omsorgen och även bidrar till att skapa tjänsten med egna handlingar. De verkliga potentialerna i medskapande uppnås inte genom att lyssna av patienter eller brukare, eller genom att arbeta med enkäter, patientråd eller andra liknande informationsinsamlings- och kommunikationsformer. För att dra nytta av den fulla potentialen i medskapande behöver patienten och brukaren ses som en partner och medlem i vård/omsorgsteamet.

De vinster som kan uppstå genom medskapande arbetsformer är:

- *Förbättrade möjligheter att "träffa rätt"/få bättre överensstämmelse*
Ökad ömsesidig förståelse om vad som är rätt att göra och hur det bör göras, skapa ökad involvering och insikt samt bättre följsamhet utifrån ett gemensamt perspektiv på vad som ska åstadkommas liksom metoderna för detta.
- *Bättre användning av de resurser som faktiskt finns tillgängliga*
Patienten och brukarens resurser involveras och används när så är möjligt vilket underlättar för professionens arbete och för att skapa bättre möjligheter till resultat av samtliga insatser.
- *Ökad ömsesidig trygghet och tillit genom att skapa jämbördiga förhållanden*
Framgångsrika tjänster bygger på ömsesidigt förtroende och att man kan känna sig trygg att de bästa intentioner finns. Detta underlättas genom ett bra och jämlikt samarbete. Brist på detta innebär ofta att insatser tar lång tid att utföra, får sämre resultat eller till och med måste göras om.

Medskapande arbetssätt bygger på att begreppet och synsättet på patienten som en vanligtvis passiv mottagare, som genomgår en behandling, byts ut mot ett begrepp och synsätt som är mer inriktat mot att se denna som en aktiv samarbetspartner. Medskapande bygger också på att arbetssätten medger möjligheter till att utveckla en initial helhetsförståelse av en ohälsosituation och vilka förmågor och sammanhang som vård- och omsorgsmottagaren själv besitter.

till kvalitet och effektivisering då de omsluter många olika insatser på samma gång; dvs. ett totalt sett stort värde av olika insatser. Medskapande arbetsformer är en strategi där vissa moment ersätts eller tillkommer där patienten eller brukaren själv bidrar med egna handlingar, förmågor och resurser. Patienten som en samverkanspartner, medskapare eller prosumer (producent och konsument på samma gång för att använda Alvin Tofflers begrepp).

Pilotförsök med medskapande arbetsformer har under en längre tid prövats inom NHS i Storbritannien och ofta i samverkan mellan sjukvård och social omsorg. Under 2013 presenterades en omfattande kartläggnings- och utvärderingsstudie som utifrån evidensgrundade resultat utvärderat 51 olika pilotförsök där medskapande arbetssätt varit centralt i utvecklingsarbetet²³. 21 av dessa studier kunde påvisa kvantifierbara resultat. Resultaten i denna studie delades in i två olika kvalitetsnivåer: 1) "Level A evidence" (högsta evidens) med höga krav på robusta resultat och validitet, samt 2) "All available evidence" (all övrig godtagbar evidens) som är övriga godtagbara resultat varav vissa är baserade på skattningar.

BILD 15: KARTLÄGGNINGSSTUDIER I STORBRIANNIEN

Bedömda resursvinster till oförändrad eller bättre kvalitet (målgrupper med stora behov)

Potential	Högsta evidens	Godtagbar evidens
Mindre antal dagar i vården	Strax under 50%	Tonvikt på 75 - 47%
Mindre involvering av sjukhuspersonal	Mellan 40 - 30%	Tonvikt på 75 - 47%
Minskade inläggningar vid sjukhus	Tonvikt på 50 - 25%	Tonvikt på 49 - 20%
Minskat behov av primärvård	Tonvikt på 45 - 10%	Tonvikt på 47 - 21%
Minskad användning av akutsjukvård	Strax över 40%	Tonvikt på 39 - 29%
Förbättrade hälsoreultat	Tonvikt på 30 - 9%	Tonvikt på 75 - 9%
Totala vårdkostnader	Tonvikt på 20 - 5%	Tonvikt på 50 - 6%

Källa: "The Business Case for People Powered Health", Nesta/Innovation Unit/PPL

I en av de bäst underbyggda fältstudier som förmodligen någonsin publicerats inom detta område visar den generella potentialen ofta omkring eller nära 50-procentsnivån när det gäller väsentliga resultat som mindre antal dagar i vården, behov av insatser från sjukhus och även primärvårdsinsatser. Hälsoreultat är alltid svårare att skatta men visar i många fall på väsentliga förbättringar även med skarpa krav på evidens. Att vårdkostnaderna totalt minskar genom medskapande är också tydligt även om variationerna i nivåer är stora.

²³ "The Business Case for People Powered Health", Nesta/Innovation Unit/PPL, London, april 2013

Resultaten från Storbritannien är i linje med de olika enstaka projekt som utvärderats kvantitativt utifrån svenska förhållanden. Det tycks vara fullt möjligt att genom medskapande samarbetsformer uppnå omkring 50-procentiga resursvinster inom vård- och omsorgsinsatser och samtidigt höja kvaliteten i verksamheterna. De hälsofrämjande insatserna ökar också betydligt.

Självorganisering som en strategi i linje med paradigmskiftets möjligheter kan ses som en del av det medskapande arbetssättet. Det innebär dock att man överlåter ännu mer av styrningen av vård- och omsorgsarbetet till patienten eller brukaren. Inom vuxenpsykiatri har arbetsformer prövats där patienten själv eller i aktiv samverkan med vårdprofessionen designar sin egen terapiprocess. Resultaten från en utvärdering av detta arbetssätt visade att mer än hälften av de som var sjukskrivna till 100 procent återkom i arbete efter den avslutande terapin²⁴.

Förutom tydligt medskapande arbetsformer använde Mag- och tarmkliniken vid Höglandssjukhuset i Eksjö ett arbetssätt som byggde på självorganisering. För att hitta nya lösningar på ett omfattande och kroniskt problem med långa väntetider och hög arbetspress med dålig arbetsmiljö som resultat prövades bland annat om de rutinemässiga återbesöken för kontroll behövdes. Ett alternativ som testades var att vissa patienter med rätt information och insatta i sin egen vårdprocess själva kunde avgöra om och när kontrollbesök behövdes. Det självorganiserande arbetssättet med medskapande roller i övrigt under vårdprocessen bidrog till att operationskön försvann på kort tid och att antalet nödvändiga inläggningar vid kliniken minskade med 40 procent (jämfört med ett genomsnitt i övriga Sverige på 4 procent)²⁵.

5.2 Fallgropar

Utmaningarna i utvecklingen är många och har berörts på flera ställen i denna studie. Fallgroparna kan vara förödande för utvecklingsförsök i riktning mot paradigmskiftet.

Bristande autonomi gentemot övriga vård/omsorgssystemet

En allvarlig fallgrop uppstår när olika pilotförsök inte har tillräcklig autonomi i förhållande till övriga vård- och omsorgssystemet. En av de vanligaste är och förblir ersättningssystemen. Mag- och tarmkliniken på Höglandssjukhuset (i ovanstående exempel) hade inte lyckats med sitt arbete, att med nytänkande och medskapande arbetsformer, radera ut väntetider, onödiga återbesök och halvera inläggningarna om hälften av intäkterna för sjukhuskliniken var hotade av detta. För att arbeta med denna nya modell och få nödvändig acceptans krävdes en särlösning med ersättning som inte byggde på så kallade pinnar för ersättning per enskild insats.

²⁴ Slutrapport Sjukfrånvaroprojektet, Södermalms stadsdelsförvaltning, 2010

²⁵ "Highland District County Hospital: Gastroenterology Care in Sweden", M. Porter/J.F. Baron/M. Rejler, Harvard Business School, 9-710-469, april 2010

För att klara utvecklingsprojekt som kan resultera i väsentliga volymförändringar av mot-tagningsbesök, klinikinläggningar och andra insatser behöver man vara förberedd på och kunna hantera de kringeffekter som uppstår. Detta kan vara väsentligt förändrade ersättningsströmmar mellan och till olika utförarorganisationer men även risker för sidoeffekter som ökade kostnader eller belastningar på andra håll i det funktionella verksamhetssystemet; exempelvis mellan huvudmännen kommunerna och landstingen/regionerna. Av detta följer att det är viktigt att se utvecklingsarbetets effekter i en större kontext av verksamhetssystemet och utveckla styr- och ersättningsmodeller som kan hantera detta.

Ju fler försök som dukar under av dessa skäl desto mindre möjligheter och vilja till att initiera dessa utvecklingsförsök på tvärs över systemen. Därför måste dessa kunskaper om kring- och sidoeffekter av betydelse förstås på förhand. Angreppssätt med testzoner och liknande ansatser kan vara ett sätt för att skapa den "autonomi" som är nödvändig och kunna lyfta bort de rekyleffekter som annars uppstår²⁶.

Över gränsen; hur långt ska individcentreringen drivas?

Hälso- och sjukvården samt omsorgen är komplexa tjänster och i synnerhet då dessa tjänster ska interagera med patienter och brukare med stora och sammanhängande behov. Överskådligheten kring effekter och förändringar är svår att uppnå. Variationerna kan vara stora och ibland uppkommer kritiska faser. Hur ska man då kunna förlita sig på medskapande arbetsformer från patienterna? Hur mycket ansvar kan egentligen läggas på patienten eller brukaren utan att patientsäkerheten äventyras och att vårdprofessionerna i sina ansvarsroller tar för stora risker?

Att utveckla arbetsformer med medskapande moment för patienter och brukare måste göras med stort kunnande och insikt om varje patients förmåga och resurser. Det krävs ett förarbete och ett kunskaps- samt erfarenhetsstöd för att införa säkra medskapande arbetsformer – och att dessa arbetsformer utvecklas med försiktighet steg för steg. Det finns dock mycket av "tyst kunskap" (ej ännu dokumenterad kunskap) om patienter och brukare som kan utnyttjas.

Frågor har också rests om hur långt hälso- och sjukvården samt omsorgen "ska gå" för att bemöta individuella behov. Hur mycket av det sociala innehållet ligger egentligen inom vårdens och omsorgens uppdrag?

Kännetecknen för framgångsrika tjänster är att de kontextuella faktorer (omständigheter i patientens eller brukarens sammanhang) som leder till ett bättre resultat av en tjänst i olika former hanteras direkt eller indirekt av en medveten tjänsteproducent. Inom exempelvis psykiatrin har det sedan länge varit naturligt och rationellt att samverka med många offentliga aktörer med andra samhällsuppdrag för att få ut bättre resultat av behandlingsprogrammen. Frågan som egentligen bör ställas är "hur kan vi uppnå bästa resultat av de insatser vi sätter in i ett patient-/brukarsammanhang?".

²⁶ Exempel på en sådan satsning är Region Skånes "Hälsostaden" inom Ängelholms kommun

En inte noga utvald och definierad målgrupp

En god överensstämmelse mellan ett behov och en tjänsteinsats är som nämnts tidigare avgörande för att uppnå effektivitet och kvalitet i tjänster. I mer komplexa tjänster som de som beskrivits ovan, med flertalet sammanhängande hälso-, vård- och omsorgsinsatser, är utmaningen stor att uppnå en bra överensstämmelse.

Det krävs en god insikt och analys av den aktuella målgruppens behov, att förstå sammanhangen och förutsättningarna för mottaglighet av ett tjänstesystem, vidare vilka förmedlingsformer som kan passa bäst i dessa sammanhang. Med risk för en grov generalisering bör det ändå sägas att dessa uppgifter, utifrån en målgrupps sammanhängande behov, inte har varit vårdens och omsorgens paradgren.

Försteget in i denna fallgrop är alltså en inte tillräckligt väl utförd analys och bedömning av en målgrupps behov och i följande steg utvecklingen av ett tjänstekoncept som antingen är överdimensionerat eller underdimensionerat mot behoven eller helt enkelt inte passar in.

I ett antal pilotförsök som utvärderats och studerats som underlag för denna studie finns det exempelvis inklusionskriterier (indikatorer för identifiering som ingående i målgruppen) som är för oskarpa eller för avgränsande så att en god överensstämmelse inte uppnåtts. Dessa identifieringsmarkörer är mycket viktiga för att "göra rätt saker". Vidare har exempel på goda tjänstekoncept studerats som "ligger fel i utvecklingen"; för sent eller för tidigt för den patientgrupp man har tänkt att stödja. Istället för att utveckla de lösningar som kan generera högre kvalitet och bättre resurseffektivitet skapar man kostnadsdrivande lösningar.

I det övergripande system av tjänstekoncept som beskrivits ovan för sjuka och sköra äldre är en viktig utmaning förmågan till "timing"; att komma in i rätt tid med rätt tjänstekoncept beroende på var den äldre patienten befinner sig i utvecklingen mellan skörhet och svårhanterlig multisjuklighet. "Intelligence-systemet" måste då fungera och ha en känslighet och precision för att uppnå det värdeskapande som är möjligt.

6. Efter paradigmskiftet; hur gick det till?

Våren 2023 samlades en stor grupp deltagare från många länder till symposiet "From People Powered Health Scare to People Powered Health Care; the case of the paradigm shift".

Rubriken för symposiet anspelade på att hälso- och sjukvården och omsorgen tidigare hade varit så påverkad och driven av medborgarnas rädsla för att inte få den hälso- och sjukvård och omsorg som man kanske skulle behöva och att professionen samt huvudmännen för verksamheterna på ett liknande sätt drivits av en rädsla för "att göra fel" och att inte klara av kostnader. Det var en "sinnesstämning" som hade låst in verksamheternas egentliga inneboende utvecklingskraft. Generellt verkade det nu som om rädslor hade bytts ut mot ett nytt slags förtroende. Tydliga inslag av samverkan över gränser fanns nu överallt – mellan patienter och professionsgrupper, mellan olika professionsgrupper och huvudmän, mellan olika branschaktörer inom hälsa, vård, omsorg, IT, medicinsk teknik, boende, sociala tjänster, för att nämna några exempel.

Syftet med symposiet var att diskutera den utveckling som pågått under senare år och i stora delar förändrat förutsättningarna för att bedriva hälsovård, sjukvård och omsorg. För grupper med stora behov hade dessa tjänster förändrats i grunden. Mycket återstod att utveckla, men vilka lärdomar kunde dras och hur hade utvecklingen kommit igång? Meningen med symposiet var att försöka "sätta fingret på detta" och få till en förnyad utvecklingskraft mot nästa nivå inom paradigmskiftet.

Patient- och medborgardriven utveckling

Under symposiet fanns det en tydlig bild av att det till stora delar var samhällsutvecklingen, medborgarna och patienterna själva, som drivit på denna utveckling. Hälso- och sjukvården samt omsorgen, en av de allra största branscherna inom näringsliv och samhälle, var predestinerad för att komma ikapp informationssamhället och tjänstesamhället. När medvetna medborgare och användare av hälso-, vård- och omsorgstjänster steg för steg tog sig in i "systemen" var tärningen kastad. Utvecklingen accelererades ytterligare av informations- och kommunikationsteknikens modularisering och lättillgänglighet genom app-tänkandet och användarvänliga IT-gränssnitt. Varje förändring mot ökade former av medskapande och jämbördigt samarbete mellan patienter och profession skapade exponentiellt ökade förändringar av systemen. Nya resursbaser upptäcktes när patienter och brukare aktivt involverades och nya teambildningar över professions- och ansvarsgränser genererade oväntat höga värden som långt överskred de insatta resurserna.

Styrning och ersättning mot värde, inte insats

Styr- och ersättningssystemens förändringar var också viktiga men med allt ljus på den efterlängttade vård- och omsorgsentreprenören hade den mycket viktiga frågan om de grundläggande styrsystemens begränsningar nästan glömts bort. Det hade uppstått märkliga situationer när såväl privata som offentliga utförarverksamheter såg potentialer i att utveckla nya verksamhetsmodeller med ett viktigt patientbehov som utgångspunkt – men ändå kunde dessa nyttiga lösningar inte utvecklas eftersom ersättningssystemen inte stödde preventiva insatser eller att mottagningar upphörde med helt onödiga patientbesök (för att istället överlåta till patienterna att göra dessa uppföljningar bättre genom stöd till egenvård).

Vändningen kom när styr- och ersättningsystemen fokuserade på helheter av verksamhetsmodeller istället för styrning och ersättning för varje separat vårdinsats. Detta handlade om mod att växla från kontroll till tillit men med tydligt fokus och krav på att värde utvecklades. Genom att ersätta för verksamhetsmodeller, baserat på de värden som åstadkoms med arbetssättet och inte separata insatser, kunde man uppnå en effektivitet som i andra dynamiska branscher. Företagandet och dess drivkrafter kunde ge de bidrag av nytänkande och innovation som eftersöktes istället för att tvingas kopiera befintliga insatssystem i traditionella upphandlingar och valfrihetssystem. Entreprenörskrafter bland såväl offentligt som privat anställda kunde utnyttjas bättre.

Genom att ersätta utifrån den goda verksamhetsmodellen kunde man också bedöma och utveckla de systemeffekter som uppkommer när rationella helhetslösningar får verka. Exempel på detta var de särskilda teambildningar som förstärkte och stabiliserade hemsjukvården för grupper av svårt sjuka så att sjukhusen kunde gå ifrån kaotiska stand-by-lägen, ibland med svår brist på vårdplatser, och istället arbeta under mer planerade och hållbara former där specialistkompetenserna utnyttjades på bättre sätt. Med de nya verksamhetsmodellerna fick primärvården möjlighet att fokusera på sina uppgifter och arbeta med den bredare allmänmedicinen och hälsofrämjandet i former som var mer kontinuerliga för många.

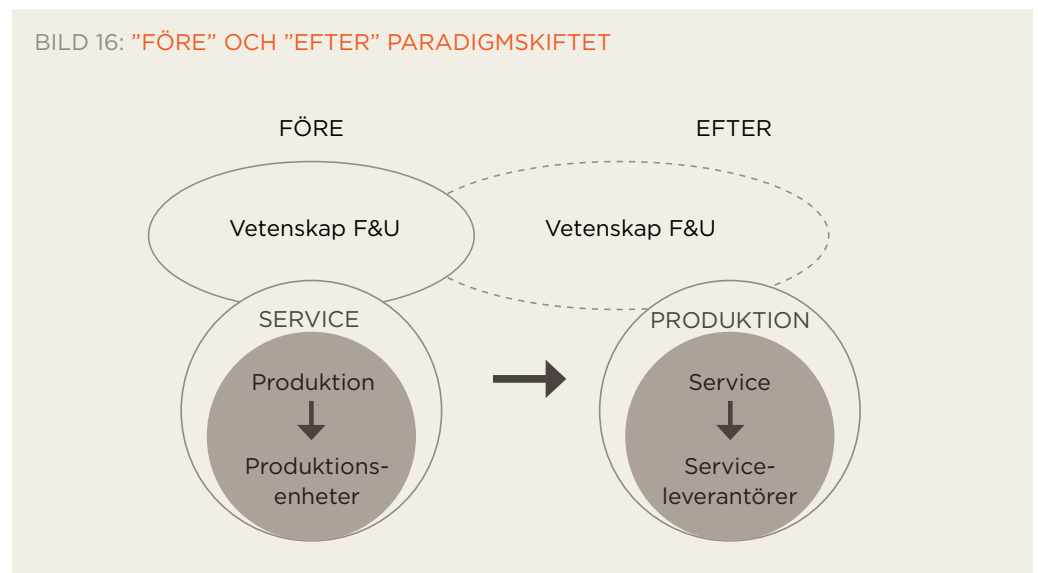
Nyckeln till paradigmskiftet

Kanske var det just en diskussion på symposiet som faktiskt bidrog med den "aha-upplevelse" man egentligen var ute efter; det där med att "sätta fingret på", vad det egentligen handlade om. Så här uttryckte en deltagare saken:

"Jag skulle vilja påstå att en viktig förklaring till den utveckling vi här pratar om egentligen ligger i att vi i hälso- och sjukvården och mina kollegor i omsorgen fick en ny självbild. Vare sig vi ville det eller ej, hade vi blivit en produktionsorganisation så till den grad att det tog över vårt sätt att tänka och arbeta. Jag talar nu inte om oss vård- och omsorgsprofessionella som individer, utan om de system vi verkat i; system som medvetet och omedvetet hade tagit över vårt agerande och försvårat vår förmåga att ta till oss "det nya".

Ni kanske tycker att jag nu går för långt, och jag tillåter mig samtidigt att generalisera och provocera något här, men vi har varit en produktionsfabrik med varuproduktion som logik. Det gäller även ända ut i omsorgens biståndsbedömning. Jag vet, vi arbetar med människor, som dessutom kan vara svårt utsatta, men den styrning vi har haft ledde till att varje vårdprocess och insatserna inom dessa utfördes som om det var en varuproduktion – inte serviceverksamhet för en kundgrupps särskilda situation, med anpassade tjänster.

Låt mig visa en bild av vår självbild "före" och "efter" paradigmskiftet:



Jag tror att service är ett ord som inte alltid klingat så väl i vård- och omvårdnadssammanhangen. Det har funnits en generell uppfattning att service är tjänster av lågt värde. Men faktum är att service och de tjänstesystem som finns i våra och andras sammanhang är avancerad kunskap, mer avancerad än att bedriva en produktionsenhet. Detta därför att service- och tjänstesystem bygger på viktig samverkan som kan generera ett högre värde utifrån en idé om att bemöta ett större behov; större än den enskilda vård- eller omsorgsinsatsen. Att man sedan arbetar så mycket bättre – i ett system där vi organiserar oss efter människan och behoven på ett sunt och rationellt sätt – då uppstår ett nytt förtroende för såväl systemet som mellan oss som professionsföreträdare. Det gör att man minns varför man valde detta yrke från första början.

Jag tror att en viktig förklaring till paradigmskiftet är att vi huvudsakligen ser hälso- och sjukvårds- och omsorgsverksamheterna som serviceverksamheter med väl utvecklade tjänster numera, inte som enskilda enheter som producerar vårdinsatser. Detta har öppnat upp möjligheterna till att se nya samverkanslösningar och de värden dessa nya sammanflätade verksamhetsmodeller har skapat inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Detta innebär inte att vi väljer bort våra kunskaper om produktion och produktionsstyrning. Dessa kunskaper utnyttjar vi fullt ut men det är inte produktionen som sådan som definierar vårt sätt att arbeta och tänka i branschen. Det är skillnaden. Vi ska också komma ihåg att det är mycket i vården som verkligen är ren serieproduktion; som planerad vård inom många olika

områden inom exempelvis kirurgi och ortopedi. För många patienter är det just enskilda insatser vi ska göra. Det är för grupperna med de stora och sammanhängande behoven, som tidigare inte hanterades särskilt väl, som paradigmskiftet har betytt mycket för.

Vetenskap, forskning och utveckling, har hjälpt oss genom att expandera i linje med detta skifte. Vi organiserar oss numera efter de behov som våra patienter och brukare har och inte efter vår olika kompetenser och ansvarsförhållanden. Vi ser numera patienterna och brukarna som partners i samverkanslösningar och som viktiga medhjälpare och resurser i vårt gemensamma arbete. Vi får bättre utrymme för att praktisera våra medicinska kunskaper och omvårdnadskunskaper. Vi får möjligheter att utveckla de möjligheter till nya lösningar som vi inom professionerna – och patienterna ser. Den möjligheten var svår att få till tidigare. Som jag ser det så är det detta som har fått gungbrädan att skifta till en ny situation. Det är vår kultur och vårt tänkande i branschen som har förändrats till stora delar samtidigt som vi har fått ett förnyat inflytande att med våra kunskaper och insikter göra rätt saker – och dessutom mer rätt. Tack!

Källförteckning

Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarmedverkan och inflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen, 2013

Benchmarking the Patient Experience: Five Priorities for Improvement, Jason A. Wolf, The Beryl Institute, 2013

Bättre patientresultat med professionell självkontroll, Jan-Inge Linfd, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet, 2013

Den komplexa vården – om komplexitet och komplexa processer i hälso- och sjukvården, Fredrik Nilsson, Utvecklingscentrum Region Skåne, 2007

Den ljusnande framtid är vår, delresultat från LEV-projektet, Socialdepartementet, 2010

Design av tjänster inom hälsa, vård och omsorg – en kunskapsöversikt, Vinnova/Sveriges Kommuner och Landsting/SOU Innovationsrådet/SVID, 2013

Design for Care: Innovating Healthcare Experience, Peter Jones, Rosenfeld Media, 2013

Empati och high tech, delresultat från LEV-projektet, Socialdepartementet, 2012

Experience Based Design; a practical method of working with patients to redesign services, John Pickles, Elaine Hide, Lynne Maher, Clinical Governance, vol. 13, 2008

Från idé till verklighet? Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg – sammanställning av resultat och utvärdering, HCM Health Care Management, 2013

Från insats till individ: Effekter av samordnat omhändertagande samt kostnadsstyrning för grupper med stora behov – Exemplet mest sjuka äldre, rapport till Socialdepartementet, HCM Health Care Management, 2013

Helping measure person-centred care, Debra DaSilva, Evidence Review March 2014, The Health Foundation, 2014

Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer, Omega & Nutek, 2008

Mångbesökare på akutmottagning i landstingets specialiserade beroendevård i Stockholm: Vårdutnyttjande, läkemedelsanvändning, kostnader och patienttättyder, Beroendecentrum Stockholm SLL & Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

När vården blir IT, en underlagsrapport till eHälsokommittén, Anders Ekholm, Drasko Markovic, Institutet för Framtidsstudier, 2014

Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hem-sjukvårdsläkare, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013

People Powered Health: Health for people, by people and with people, Nesta/Innovation Unit, London, 2013

Person-centered Care: Co-creating a healthcare sector for the future, Erik Rasmussen, Kalle Jörgensen, Stephen Leyshon, Sustania 2014

Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik, Inger Ekman (red), Liber, 2014

På väg mot en värdefull styrning – Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre, Leading Healthcare, 2012

Structuring the Patient Experience Effort: An inquiry of Effective Practice, Jason A. Wolf, Doug Della Pietra, Jamie Markel, The Beryl Institute, 2012

The Business Case for People Powered Health”, Nesta/Innovation Unit/PPL, London, 2013

The Patient-Centred Care Project – Evaluation Report, The Kings Fund, 2011

The Service Concept: The missing link in service design research?, Susan Meyer Goldstein, Robert Johnston, JoAnn Duffy, Jay Rao, Journal of Operations Management 20, 2002

Trygg Hemgång i Ronneby – utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept, HCM Health Care Management, 2014

User involvement for service innovation – an agenda for research and innovation in healthcare and social service, Per Echeverri, Per Skållén, Helene Hjalmarson m.fl., Involve – a national consortium/CTF, Karlstads universitet, 2014

Utanför sjukhuset: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

Vård- och omsorgstagaren som medskapare; den goda konsten att ta tillvara på resurserna, rapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013

Vägen till en patientprocessororienterad sjukvård, Fredrik Nilsson, Utvecklingscentrum Region Skåne, 2008

Värdebaserad vård – Är vi så bra vi kan bli?, Jörgen Nordenström, Karolinska Institutet University Press, 2014

Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg – Kostnader, kostnadsdrivare och systembrister, HCM Health Care Management, 2011

Implement Consulting Group är ett ledande nordiskt managementkonsultbolag specialiserad på att driva strategiska förändringsprocesser. Vi skapar förändring - på riktigt - och levererar "Change with impact".

Våra drygt 400 medarbetare är baserade i Stockholm, Göteborg, Malmö, Köpenhamn, Oslo, Helsingfors och Baltikum. Våra konsulter kännetecknas av bred erfarenhet och djup sakkunskap inom våra kompetensområden: Strategy & Transformation, Change Management, Finance Management, Commercial Excellence, Leadership Development, HR & Organisation, Innovation, Project Excellence, Operations Strategy, Process Improvement, Sourcing & Procurement, Planning Excellence, Change Communication and IT Management