



Kunskapsunderlag vid Workshop 23 maj:

En samlad vårdprocess för kroniskt sjuka - vilka incitament och verktyg behövs?

Integrerad vård – erfarenheter och visioner

Göran Stenberg

Innehållsförteckning

Förord	4
Släpp in patienten/brukaren i centrum!	4
Inledning	5
<i>Integrerad vård</i>	5
Några brister idag	6
<i>Bristande vårdtagarperspektiv</i>	6
<i>Fragmentiserad vårdorganisation</i>	6
<i>Styrning och ledning på verksamhetsresultat</i>	7
<i>Andra hinder för en integrerad vårdorganisation:</i>	8
Utmaningar	8
<i>Vårdtagarens perspektiv i vårdorganisationen</i>	8
<i>Medarbetarnas drivkrafter i förändringsarbete</i>	8
<i>Organisera utifrån definierade patient/brukarprocesser</i>	9
<i>Balansering mellan fördjupad specialisering och samordning av kompetenser</i>	9
<i>Styrsystem för kvalitet och ekonomisk effektivitet</i>	9
<i>Hälso- och sjukvård, vård och omsorg som kunskapsorganisation</i>	10
<i>Gränsöverskridande ledarskap</i>	10
Goda exempel	11
<i>Nisseprojektet i Malmö</i>	11
Nisseverksamheten idag	13
Nisse i framtiden	13
Utmaningar	14
Reflexioner	14
<i>Projektet äldre multisjuka i Region Skåne</i>	14
Erfarenheter hittills	15
<i>Sioux-projektet i Sydvästra Skåne</i>	16
Reflexion	17
<i>TioHundra Norrtälje</i>	17
Reflexioner	19
Åtgärder för framgång	20
Nyckelfrågor för framtiden	20
Litteraturförteckning	22

Förord

Släpp in patienten/brukaren i centrum!

Det finns flera, med tiden ganska slitna uttryck inom sjukvård och omsorg som illustrerar några av de mest påtagliga problemen med vårdorganisationen. Uttrycket ”att hamna mellan stolarna” handlar ofta om multisjuka människors eller kroniskt sjuka människors behov av vård och omsorg från flera vårdgivare där samordningen mellan dessa saknas. Med en fragmentiserad vårdorganisation, som erbjuder patienter/brukare, kan man vara säker på att det då och då uppstår glapp mellan olika vårdaktörer till men för vårdtagaren.

”Patienten i centrum” är ett inarbetat uttryck som säkert betyder olika för olika vårdaktörer. Det är dock sällan man hittar exempel från vårdorganisationer i Sverige som är skapade utifrån patient-/brukarperspektivet. Organiserandet utifrån ett produktionsperspektiv är fortfarande förhärskande.

Då och då funderar väl alla som arbetar inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg över vem jag arbetar för, vad jag gör, varför jag gör det och hur jag gör det. I den bästa av världar möts människor med olika sjukdomsproblem eller andra vårdbehov (patienter, brukare eller vårdtagare) av professionella vårdgivare som i dialog med vårdtagaren och/eller dennes närstående kommer överens om vilka behandlingsinsatser, vård eller omvårdnad som passar bäst för den enskilde och som leder till bästa möjliga resultat för denne. För att detta ska kunna bli en realitet för alla vårdtagare behövs konkreta och realistiska mål för; medicinska effekter, patientnöjdhet och livskvalitet, för alla involverade vårdgivare – enskilda professionella medarbetare i olika yrkesgrupper, enheter, kliniker, boenden etc. oavsett huvudmannaskap och privat eller offentlig vård – vars kompetens och insatser vårdtagaren behöver.

Efter att i åratal ha hört uppmaningen om ”patienten i centrum” är det mer än hög tid att i verkligheten också göra just detta. Det är dags att byta perspektiv från produktionsperspektivet till vårdtagarperspektivet också när det gäller att styra, ersätta (finansiera) och organisera sjukvården om omvårdnaden.

En ideal vårdorganisation byggd utifrån vårdtagarnas perspektiv kombinerar djup professionalitet hos medarbetare och ledare som samverkar för att nå bästa gemensamma resultat för vårdtagaren. Likt dirigenten i en symfoniorkester, som har att samordna professionella musiker med olika instrument, temperament och ambitioner att framföra ett musikstycke som faller åhörarna i smaken, har ledaren för patientprocessen att samordna olika professionella inom olika specialiteter och vårdgivare för att nå bästa möjliga resultat för patienten/brukaren. Dirigenten har tillgång till resurser med rätt kompetens, instrument, partitur, lokaler, tid för samövning och repetitioner och bedöms för kvaliteten i det samlade resultatet. Ledaren för patientprocessen har tillgång till olika professionella specialister, andra resurser, vårdprogram, kvalitetsmål och bedöms för kvaliteten i det samlade resultatet.

Nyckeln till framgång ligger i att bygga styrsystem, organisation, ledarskap och kompetensutveckling som skapar bästa möjliga förutsättningar för olika verksamheters medarbetare att arbeta integrerat mot gemensamma mål för bästa möjliga resultat för patienten/brukaren.

Inledning

Några grundläggande utgångspunkter för detta paper om vård och omsorg gällande kroniskt sjuka människor är:

- Människor med komplexa behov – t.ex. Multisjuka äldre eller människor med kroniska sjukdomar – behöver ofta vård och omsorg av många inblandade vårdgivare.
- Utan integration av hälso- och sjukvård, vård och omsorg samt social service lider systemet brist på god kvalitet
- Förståelse för individens behov, önskemål och icke tillfredsställda behov är viktigt.
- Systemets design bygger på basal förståelse av respektive patientprocess genom hela vårdsystemet. Kritiskt är övergången mellan olika vårdgivare.
- Risker finns för vårdtagaren att ”hamnar mellan stolarna”
- Byte av fokus – från inifrån och ut – till utifrån och in. Byte från vårdgivare att passa in i systemet till att låta systemet formas av ny kunskap och erfarenheter.

Integrerad vård

Integrerad hälso- och sjukvård, vård och omsorg samt social service är ett system byggt på den samlade klokskapen hos olika professionella vårdgivare (yrkesgrupper och individer) som använder sina kunskaper och kompetenser tillsammans med vårdtagaren för att möta dennes behov och önskemål.

Det är den enskilde individens egen livs- och hälsosituation, behov och önskemål som är grundläggande för vilken vård och omsorg denne behöver. Behoven och önskemålen framkommer i dialog mellan professionella och vårdtagare där bedömningar och beslut om vårdinsatser sedan dokumenteras i överenskommelser. Dialogen kan vid behov även ske med närstående om vårdtagaren medger detta eller inte bedöms kunna föra fram sina önskemål eller behov. Vårdtagarens kunskap kan användas i en mer balanserad dialog med vårdgivaren om behov, krav och önskemål i planeringen av vård och behandling och som dokumenteras i en överenskommen vårdplan. Denna kan sedan följa vårdtagaren vid olika vårdinsatser oavsett vem som utför denna. I överenskommelsen finns också dokumenterat vilka realistiska kvalitetsmål som ska kunna uppnås och när de ska följas upp.

Integreringen av vården och omsorgen sker sedan i ett gränsöverskridande samarbete mellan de kompetenser som olika vårdaktörer har och som krävs för att tillgodose vårdtagarens behov och önskemål med bästa möjliga resultat. Vårdaktörernas organisatoriska tillhörighet är av underordnad betydelse och är inget som vårdtagaren ska få anledning att reflektera över. Vårdtagaren ska inte kunna se gränsovergångar mellan olika aktörer utan vård, omvårdnad och service ska ske samlat med helhetssyn hos alla berörda.

Arbetsformen innebär inte att alla involverade vårdgivare utför arbetet i samlad tropp utan snarare att arbetet läggs upp gemensamt mellan dem och i dialog med vårdtagaren. Varje vårdgivare utför sin del och ska bidra till värdeskapandet för vårdtagaren. Det gemensamma ansvaret för resultatet är drivkraften för en god kvalitet i vården.

Några brister idag

Inom hälso- och sjukvårdens, vård och omsorg samt social service organisation i Sverige idag finns en rad svårigheter och hinder för en integrerad vårdorganisation. De tydligaste hindren kan sammanfattas enligt följande:

Bristande vårdtagarperspektiv

Vårdtagaren och närstående har fortfarande en relativt svag ställning i relation till den professionelle vårdgivaren. Vårdtagaren kan känna sig i beroendeställning till vårdgivaren och lita på dennes bedömningar utan att egentligen ha haft delaktighet i t.ex. behandlingsbeslut. I kontrast till detta står berättelser om allt mera kunniga vårdtagare som via internet eller andra källor har läst och lärt och lärt mycket om sin sjukdom eller om andra behov man kan ha i relation till sjukdomen. Detta ställer ökande krav på vårdgivaren att inte känna sig ifrågasatt i sina medicinska beslut.

Vårdtagarperspektivet är sällan utgångspunkten för organiserandet av vårdgivarna och deras samarbetsformer. Det är i stort sett uteslutande producentperspektivet som gäller idag. (*Lind J-I Nästa vårdsystem – under professionell självkontroll 2010*)

Fragmentiserad vårdorganisation

En vårdorganisation borde fungera som människokroppen dvs. där det mesta är kommunicerande kärl och allt hänger ihop. Om det blir stas någonstans uppkommer det snart följd effekter någon annanstans.

Ett problem som ofta förs fram är fragmentisering av vårdinsatser mellan olika vårdgivare och inom vårdgivare – t.ex. kliniker och enheter. En välfungerande patientprocess har löst problemen med gränsöverskridandet och man har hittat samarbetsformer och gemensamma rutiner. Men verkligheten visar att det finns en rad barriärer som hindrar ett sunt gränsöverskridande samarbete. (*Närsjukvårdens ansikte – Edgren, Stenberg – 2006*).

Barriärerna kan vara strukturella t.ex.

- mellan olika huvudmän med olika finansieringsprinciper som leder till ett splittrade erbjudanden
- mellan olika lokal vårdaktörer med olika ersättningsprinciper och handläggningsprinciper som försvårar ett adekvat patientmottagande
- mellan vård på sjukhus och vård utanför sjukhus som kan ge oklar ansvarsfördelning
- mellan akut omhändertagande inom närsjukvård och sjukhus som skapar otydlighet gentemot patienten
- bostadens lämplighet för hemsjukvård

Barriärerna kan också bero på olika organisationskulturer t.ex.

- olika sätt att organisera vård och omsorg mellan landsting och olika kommuner

- finansiärens separata överenskommelser eller kontrakt med enskilda vårdaktörer som försvårar ett gemensamt angreppssätt

Barriärerna kan bero på olika professionskultur t.ex.

- mellan befolkningens önskemål och professionens preferenser som kan försvåra tillgängligheten
- mellan olika professionella yrkesgrupper genom att var och en utför sitt eget avgränsade arbete som kan försvåra en helhetssyn på patientuppdraget
- mellan olika specialiteter som leder till att man skickar vårdtagare mellan sig
- olika uppfattning om det sjukdomsförebyggande arbetet inom olika vårdprofessioner som kan försvåra omprövning av arbetsformer
- mellan akutsjukvård och vård av kontinuerlig karaktär där bristen på naturliga kontaktytor försvårar kommunikation

Barriärerna kan bero på olika IT-lösningar och andra tekniska lösningar t.ex.

- IT lösningar som i första hand är till för att lösa den egna enhetens behov – olika journalsystem som inte kan kommunicera.

Det krävs fortsatt ökad satsning på samarbete mellan primärvård, sjukhus och vård och omsorg utanför sjukvården för att minska misstro mellan medarbetare, enheter, verksamheter och huvudmän. Uppbyggnaden av vårdvalsenheter och ersättningsmodell för dessa har på sina håll fördröjt primärvårdsenheters deltagande i planering och utveckling av hela patientprocesser tillsammans med andra vårdgivare. Detta försvårar möjligheterna att sätta mål för hela patient-/brukargrupper och för enskilda vårdtagare.

Styrning och ledning på verksamhetsresultat

Styrning och ledning som sker idag följer organisationsstrukturen med verksamheter och enheter. Målet blir ofta ekonomiska ramar med traditionella mått på verksamheten som vårddagar, patienter, besök, operationer mm. Här och var finns kompletterande kvalitetsmått för verksamheten. Svagheten med detta är att resultatet för patienterna inte mäts i tillräcklig omfattning och man vet oftast inte om skattepengarna verkligen gett full valuta. De organisatoriska riskerna med detta styrsystem är att verksamheter, enheter eller grupper isolerar sig och reviren stärks. Detta accentueras för verksamheter som har sparmål vilket inte sällan leder till gränsstängning istället för gränsöppning. Vården riskerar att drivas i en suboptimerad organisation utan helhetssyn. Exempel på detta upplever många medarbetare dagligen.

Olika huvudmän har olika sätt att allokera ersättningar till sina respektive verksamheter eller kontraherade verksamheter. Med fokus på ekonomisk styrning skapar detta svårigheter att få ett helhetsgrepp om verksamheternas resultat. Man kan ha olika politiska mål och olika rutiner.

Andra hinder för en integrerad vårdorganisation

- Olika geografiska ansvarsområden för primärvård, sjukhusvård och kommunalt finansierad vård med fritt vårdsökande till flera specialiteter.
- Primärvård med egen organisation med egna mål
- Många kontaktytor mellan olika vårdgivare som sjukhus, primärvård och kommunal vård och omsorg
- Ökad specialisering medför ökat behov av koordinering. Bristande koordineringskompetens och resurser
- Osäkerhet om det finns likvärdig kompetens inom sjukvård och kommunal vård och omsorg efter Ädelreformens genomförande. Problem med gränsöverskridande samarbete mellan olika kompetenser. Bäst samarbete finns där man tillhör samma yrkesgrupp t.ex. sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.
- Vårdtagarens perspektiv är inte enbart tillgänglighet eller information utan kan också vara delaktighet i vårdplanering, vård och behandling samt resultatuppföljning.
- Bristande kunskapsnivå och kompetens hos delar av det administrativa ledarskapet och chefskapet. Det finns ingen gemensam utbildning i Sverige som säkerställer en lägsta acceptabel kunskapsnivå vad gäller ledning och utveckling av sjukvårdsorganisationer utifrån evidensbaserade metoder.

Utmaningar

Vårdtagarens perspektiv i vårdorganisationen

Själva utgångspunkten för en integrerad vårdorganisation är att arbeta samlat runt vårdtagaren utifrån dennes behov eller önskemål. Varje vårdaktör ska bidra till ett gott resultat. För detta krävs att man definiera vilka resultatförväntningarna är, när de ska uppfyllas, vilka kompetenser som krävs av vårdaktörerna och hur dessa bäst samverkar gränsöverskridande. Med ett gemensamt perspektiv som delas av alla berörda uppstår också möjligheter att hitta nya arbetsformer och kompetenser som ytterligare kan bidra till ett gott resultat för vårdtagaren. Vårdtagaren är en självklar aktör i vårdplanering. Många vårdtagare har lärt sig alltmer om sin sjukdom eller vårdbehov och är aktiva i vårdval och kundval. I media omnämns exempel på där vårdtagare bytt kommunens hemtjänst mot privata tjänster som subventioneras via RUT-avdrag.

Medarbetarnas drivkrafter i förändringsarbete

Drivkraften för förändring av vårdorganisation och arbetsformer utgår ofta från vårdtagarens behov och önskemål kanaliserade genom berörda vårdgivare och deras ambitioner att utföra sina uppdrag så bra som möjligt. Att utföra och utveckla det man är utbildad till. Tyvärr finns det en rad hinder som skapar svårigheter att släppa loss dessa krafter. Ett bra sätt att stimulera

medarbetare i förändrings- och utvecklingsarbete är att lyfta bort så många hinder som möjligt, vilket är en uppgift för ledning och chefer.

Organisera utifrån definierade patient/brukarprocesser

Gemensamma riktlinjer eller vårdprogram men också väl genomarbetade rutiner för patientprocesser är en god hjälp för att nå en högre gemensam kompetens hos alla berörda vårdaktörer men också för att minska variationerna i vården som kan bero på olika enskilda vårdaktörers preferenser. Variation utifrån patientens/brukarens behov och önskemål är mera relevant.

Definiera patientgruppen eller brukargruppen t.ex. kroniskt sjuka patienter och beskriv patientprocessen sätt mål för kvalitet och ekonomi och ha täta uppföljningar.

Balansering mellan fördjupad specialisering och samordning av kompetenser

Hälso- och sjukvården består idag ofta av splittrade vårdprocesser, där varje aktör och funktion gör sitt bästa, men sambanden dem emellan och bristen på helhetssyn skapar osäkerhet både hos patienter och medarbetare. (*Skånsk Livskraft Vård och Hälsa – 2003*).

Den alltmer ökande specialiseringen inom hälso- och sjukvården, är driven av professionellas ambitioner att nå djupare kunskaper om sjukdomar och deras orsaker för att hitta nya möjligheter till behandling och bot med allt bättre kvalitet. Behandlingsmetoder och medicinsk teknik utvecklas och olika patientgrupper får tillgång till dessa och förväntningarna från både patienter och vårdgivare på positiva resultat ökar.

Den ökade specialiseringen, i syfte att nå högre kvalitet, kan ur ett samarbetsperspektiv i vårdprocessen, leda till ökade problem i gränsområden mellan olika kompetenser och vårdgivare och spä på fragmentiseringen inom sjukvården och omsorgen.

Styrssystem för kvalitet och ekonomisk effektivitet

Ett dilemma är de allt dominerande styrsystemen som finns inom både landsting och kommuner med budget eller vårdöverenskommelser mellan finansierarna och olika mer eller mindre specialiserade verksamheter i offentlig eller privat vård. Resultat för patientprocesser och resultat för verksamheter ser ofta mycket olika ut. Resultat av patientprocessen gäller uppnådd kvalitet för patienterna i den definierade patientgruppen enligt överenskomna mål t.ex. medicinska, patientnöjdhet och livskvalitet, inom den ekonomisk ram som bygger på jämförbart acceptabla kostnader. Resultat för verksamheter innehåller prestationer av olika typer t.ex. besök, patienter, operationer, vårddagar, ibland kombinerade med några

kvalitetsmått som t.ex. reoperationer, mortalitet, men styrningen sker i allt väsentligt på det ekonomiska slutresultatet och den enskilda verksamheten bedöms utifrån uppnått ekonomiskt resultat.

Styrning och ledning sker idag på enhetsnivå – verksamhet, klinik, enhet etc – och den ekonomiska styrningen är prioriterad framför kvalitetsstyrning

Ekonomiska sparmål för olika verksamheter används ofta som metod för lägre kostnader. Sparmålen avgränsning till verksamheter och enheter leder inte alltid till ökad ekonomisk effektivitet för vårdens processer. Det finns exempel, där sparmålen snarare skapar revirbevakning med suboptimering mellan olika verksamheter som resultat. En effektiv styrning borde ske mot kvalitativa mål för patientprocessen och inte enbart mot ekonomiska mål för verksamheter och enheter. Analyser av patientprocesser blottlägger ofta ineffektiviteter i vårdarbetet i form av dubbelarbete, omarbete, bristande kommunikation, onödiga transporter och väntetider dvs. aktiviteter som inte bedöms skapa värde för vårdtagaren eller verksamheten.

Hälso- och sjukvård, vård och omsorg som kunskapsorganisation

Hälso- och sjukvård, vård och omsorg är ingen militär eller industriell organisation. Medarbetarna inom vårdsektorn är professionella och har hög utbildning och kompetens för sina uppgifter och nya kunskaper utvecklas ofta i vårdssituationer eller forskning som sker nära vårdtagarna. En hållbar utveckling handlar mycket om att fånga upp ny kunskap och genom styrning och ledning sprida denna till de som kan ha nytta av den. Vårdens organisationer bör snarare betraktas som kunskapsorganisationer och styras och ledas efter de principer och möjligheter som finns med denna organisationsform.

Gränsöverskridande ledarskap

En viktig faktor för hur väl den integrerade vårdorganisationen fungerar är det gränsöverskridande ledarskapets kompetens och förmågor att navigera i en komplex organisationsstruktur. Planerade förändringar har ersatts av mera omedelbara sätt att arbeta då de involverade aktörerna kontinuerligt ändrar sitt arbetssätt när man möter nya villkor och förhållanden. Sunt förnuft används för att påverka förändringar. Drivkraften kommer ur det gemensamma ansvar man har för resultatet och att man har kapacitet och befogenheter att agera.

Ledarskapets uppgift är att styra verksamheten, leda och stödja medarbetarna mot det mål som fastställts för respektive patient/brukargrupp. Det handlar om att kunna förmedla uppdragets mål och innehåll och därigenom skapa gemensamt ansvarskännande för resultaten. Ledarna skapar också möjligheter för kontinuerligt lärande och återkoppling som genereras i arbetet. Det handlar också om att upptäcka och reducera barriärer och skapa sammanhållna processer kring olika patient/brukargrupper. I förlängningen kan ersättningen för patientresultatet allokeras till processledaren som då får en tydligare roll som kvalitetsansvarig. Denna roll är ett viktigt komplement till verksamhetschefers som ansvariga för struktur, resurser och kompetenser.

Innovativa ledare ser vårdtagaren som en aktiv medproducent av vård. Teambyggandet är aktivt prioriterat inter-organisatoriskt såväl som inter-professionellt och olika vårdaktörer delar generöst kunskap och information i syfte att stärka hela systemet och öka dess totala värdeskapande. Arbetsrelationerna mellan vårdaktörer är kollegiala och bygger på tillit

Integration handlar om att integrera aktörer och dess olika uppgifter, utan att reducera olikheter, som leder till ett effektivt utförande av uppgifterna.

Goda exempel

Det finns en rad goda exempel i Sverige på lyckade projekt med ambitionen att hitta former för bättre samarbete och i förlängningen bättre integrering av vårdgivare runt vårdtagarens behov. De mest långtgående exemplen involverar vårdgivare inom såväl primärvård, sjukhusvård – öppen vård och slutenvård, kommunal vård och omsorg inklusive kommunal service samt sociala insatser inom kommuner. Vårdgivarna kan vara både offentliga eller privata. Det finns också exempel på planer att fysiskt bygga lokaler för närsjukvårdsenheter med integrering av vårdgivare som grundtanke.

Nedan redovisas några exempel på projekt som arbetat utifrån vårdtagarperspektivet och som syftar till bättre integrering mellan vårdgivare.

Nisseprojektet i Malmö

Syftet med Nisseprojektet var att utveckla gemensamma rutiner för vården av multisjuka patienter och därigenom öka effektiviteten i den medicinska vården, omvårdnaden och andra resurser för patienter i hemsjukvård eller vid äldreboenden.

Vägen dit var att erbjuda nära kontakt vid särskild vårdavdelning på sjukhus för primärvården och äldreboenden för att öka bekvämligheten, tillgängligheten och patientsäkerheten.

Resultatförväntningarna var

- ökad effektiviteten i planeringen av vårdbehov och rehabilitering genom att öka kunskapen om den individuella patienten
- reducera antalet patienter som söker akutmottagningen
- förbättra logistiken för patienten vid dennes försämring i sin sjukdom och behov av sjukhusvård eller andra medicinska insatser behövdes
- förbättra det gränsöverskridande samarbetet i rehabilitering mellan vårdgivare oavsett finansiering

För att möjliggöra förbättrade rutiner krävdes att patientgruppen definierades. Denna var

- multisjuka - patienter som har somatisk sjukdom som inte kräver högspecialiserad vård eller kontinuerlig vård hos organspecialist

- patienten ska ha nytta av nära samarbete mellan sjukhusvård – primärvård och vård och omsorg utanför sjukhus.
- patienten ska ha sjukdomar inom specialiteten allmän internmedicin eller av lätt ortopedisk karaktär som inte kräver operativa ingrepp.

En annan avgränsning var den geografiska kopplingen mellan vårdavdelning vid sjukhus och omvårdnad/äldreomsorg inom en stadsdel i Malmö.

En internmedicinsk försöksavdelning inrättades för att primärt täcka vårdbehovet för patienter från en stadsdel i Malmö med ca 30 000 invånare. Avdelningen benämndes Nisse-avdelning. Varje gång en patient från stadsdelen ansågs vara i behov av sjukhusvård eftersträvades inläggning på Nisse-avdelningen.

Särskild personal för Nisse-patienterna identifierades inom primärvård och den kommunala vården och omsorgen samt inom social service som kopplades till vårdavdelningen. Nisseprojektet bedrevs utan ekonomiskt resurstillskott.

Primärvårdens allmänläkare och distriktssköterskor samt sjuksköterskor vid äldreomsorgen kunde ringa direkt till avdelningen och arrangera för patientens inläggning utan att patienten behövde passera akutmottagningen. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter från både sjukvård och äldreomsorg ingick i teamet.

För de patienter som uppsökte akutmottagningen inrättades integrerade team med bl.a. rådgivande sjuksköterska som snabbt kunde hänvisa kroniska patienter till rätt vårdgivare. Även sjukgymnast arbetar parallellt i triaget för att snabbt kunna bedöma patientens vårdbehov.

Resultaten blev bl.a.

- Nöjda patienter och närstående med förändringen av arbetssättet.
- Ökad kommunikation och kunskaper om varandra. Fokus lades på att öka kommunikationen och att dela kunskaper mellan de tre vårdgivarna vilket gjorde det möjligt för olika vårdgivare att samarbeta redan tidigare i patientprocessen.
- Patienter inom Nisseprojektet kunde i högre grad återvända till sina hem eller äldreboende utan eller med oförändrad service från kommunen.
- Patienter på Nisseavdelning hade i snitt 2 dagar kortare vårdtid på sjukhus jämfört med de patienter som behandlades inom övriga internmedicinska avdelningar.
- Vårdpersonalen observerade förbättringar av vårdkvaliteten och patientsäkerheten. I huvudsak beroende på förbättrad kunskap om patienten från andra vårdgivare, gemensamma rutiner och förbättrade kommunikationer mellan vårdgivare.
- Direktinläggning på vårdavdelning utan att passera akutmottagningen ökade till 44 %
- Flera besök och närvaro av biståndshandläggare på vårdavdelningen
- Bättre förståelse av olika vårdgivares situation och planering som ökat förtroendet och tilliten dem emellan
- Bättre flöde av information med bättre kommunikation mellan vårdgivarna
- Bättre support från intermedicin till primärvården och bättre medicinsk support till patienten i dennes hem eller äldreboende
- Snabbare flöde för kroniskt sjuka patienter på akutmottagningen och patienterna mötte de kompetenser man behövde samlat. Tiden på akutmottagningen minskade för de kroniska patienterna, flera patienter kunde återvända hem och hemsjukvården har förbättrats.

Initiativet kom från medarbetare inom internmedicinska kliniken som snabbt fick acceptans inom den kommunala äldre vården och primärvården. Men genomförandet stötte också på en rad svårigheter som man fick arbeta sig igenom. Som i de flesta förändringsprojekt handlar det ofta om att initiativtagarna är entusiaster medan övriga medarbetare kanske håller en ”sund” distans innan de kan se fördelarna i förändringen. Det handlade om att komma över initialt motstånd från medarbetare. Fokus blev att bygga upp individuella relationer mellan medarbetare inom berörda vårdgivare. Den personliga kontakten blev viktig.

Mera praktiska problem som skulle lösas var patientlogistiken på jourtid dvs. säkerställa att direktinläggning fungerar även nattetid. Vårdplatserna som reserverades för Nisse-patienter krävde ett optimalt användande. Olika IT-system och journalsystem som inte kommunicerade med varandra skulle också lösas för att nå tydlig kommunikation om att målet var nyttan för patienterna både vad gällde säkerhet och kvalitet.

Alla berörda vårdgivare uppfattade projektets förväntade resultat som en vinnarvinnarsituation.

Nisseprojektet belönades med Guldskalpellen 2007.

Nisseverksamheten idag

Verksamheten för äldre multisjuka har byggts ut att gälla hela Malmös befolkning på 300 000 invånare. Alla internmedicinska avdelningar, primärvården i Malmö och den kommunalt finansierade vården och omsorgerna samt social service ingår.

Utökningen från 30 000 invånare till 300 000 invånare har inte skett lika smidigt som projektet med en stadsdel. Andelen direktinläggningar har minskat från 44 % till 5 %.

Svårigheter i utvidgningen av verksamheten för hela Malmö har enligt klinikledningen för internmedicin bl.a. varit att upparbetade rutiner inte lärts vidare till nya medarbetare. Man återföll till gamla mönster inom respektive vårdgivare. Kontakterna mellan vårdgivarna blev därmed sämre. En annan orsak till försämringen anges de sparbetning som sjukvården haft och har där antalet vårdplatser har reducerats till men för fungerande processer för kroniska multisjuka patienter.

Nisse i framtiden

Erfarenheterna med Nisse-projektet anser de involverade vårdaktörerna var så goda att man satsar på en revitalisering av verksamheten. Information internt om prioritering av de definierade multisjuka patienternas process har genomförts. Varje avdelning inom intermedicin reserverar två platser dagligen för dessa patienter. Information har gått ut till berörda vårdgivare och utbildning av ”Nisse-ambassadörer” sker för att skapa nätverk för bärarna av systemet och rutinerna. Det gäller nu att hålla liv i rutiner och arbetsformer. Alla berörda genomgår introduktionsutbildning och alla berörda medarbetare inom vårdavdelningarna har i uppdrag att lära känna sin egen stadsdel. Särskild hemsida är på gång (maj 2012). Ansvarig för nätverket är utsedd.

Revitaliseringen förväntas i ett första skede nå ett resultat där direktinläggningarna ska öka till 20 %. Under 2011 har direktinläggningarna ökat från 5 till 10 %.

Utmaningar

Utmaningen är att gå från projektform till ordinarie drift, öka omfattningen från 30 000 invånare till 300 000 invånare i upptagningsområdet och samtidigt vidmakthålla det goda resultat man tidigare uppnått.

Måltalen för de multisjukas process informeras om inom Akutcentrums ordinarie verksamhet och direktinläggningar är prioriterade. Detta ska alla medarbetare ha kunskap om.

Ledningen för hälso- och sjukvården i Region Skåne liksom sjukhusledningen tror på konceptet och Regionen styr pengar till arbetet med direktinläggningar inom alla regionens verksamheter vilket har givit ”rätt signaler”. Målet för hela Skånes Universitetssjukhus (SUS) är 5 % direktinläggningar och för de övriga sjukhusen i Skåne 10 % direktinläggningar. Detta gäller alla patienter inte enbart multisjuka.

Reflexioner

Initiativet till Nisseprojektet kom spontant från medarbetarna på sjukhusets internmedicinska klinik som ville förbättra samarbetet mellan olika vårdgivare och kompetenser för att göra det lättare för personalen att jobba bra. Inbjudan skickades till primärvården och den kommunalt finansierade vården och omsorgen. Kommunen var med på noterna direkt medan primärvården förhöll sig inledningsvis avvaktande. Men, så snart man upptäckt fördelarna med att erbjuda patienterna direkt väg in på sjukhuset blev man mera positiv. Hälsovalet har inneburit mera fokus på den egna verksamheten där var och en representerar sig själva och listning av patienter följer inte alltid stadsdelarnas gränser.

Projektet startade med handplockad personal som ville förbättra verksamheterna.

Trögt i starten – sedan blev det bättre. En viktig anledning var att ledningen för respektive vårdgivare agerade stöttande.

En framgångsfaktor i projektet var att sjukvården inte hade en top-down attityd mot kommunen. Initiativtagarna bjöd in andra berörda vårdgivare. Erfarenheten från internmedicinska kliniken är att kommunen ofta är intresserade av ett samarbete. Framförallt samarbete som kan gynna alla berörda parter – vårdtagare, sjukhus, kommun och primärvård.

Projektet äldre multisjuka i Region Skåne

I Region Skåne startades för ca 6 år sedan ett projekt som syftade till att hitta kvalitetsindikatorer som underlag för ersättning för patientresultat. Inledningsvis identifierades ett antal behovsgrupper som t.ex. patienter med ont i höften, patienter med ont i knät, patienter med symptom på stroke, patienter med olika former av cancer, äldre multisjuka patienter samt patienter med psykos. Varje patientgrupp identifierades och avgränsning för patientgruppen gjordes.

Därefter har för varje lokal patientprocess inom Skåne utsetts en processledare. Denne har i sin tur etablerat ett tvärkompetent processteam med lokala representanter från de mest berörda vårdgivarna, klinikerna, enheterna och kompetenserna.

Uppdragen till processledarna och teamen har getts av en professionell regional samordningsgrupp med bl.a. kompetens från sjukhusvård, primärvård och kommunal vård.

Varje processteam har kartlagt sin patientprocess och för t.ex. patienter med stroke har sju olika lokala processteam arbetat. Kartläggningen har visat olika sätt att arbeta, olika rutiner, olika mängd resurser och kompetenser och olika resultat.

För att kunna säkerställa en likvärdig vård har samordningsgruppen i dialog med processledarna och teamen överenskommit om kvalitetsindikatorer för helhetsresultat och delprocessresultat. Resultaten har preciserats i medicinska termer, patientnöjdhet/omvårdnadstermer, livskvalitetstermer och inom krav på ekonomisk effektivitet. Resultattermerna sammanfattas som MOEL.

Med resultatindikatorer och mätningar på plats har statistik insamlats på samma sätt för alla lokala patientprocesser inom respektive patientgrupp. Med statistiken som underlag har olika resultatnivåer identifierats och arbetet med resultatförbättringsåtgärder startats och genomförts i flera fall.

När statistiskt underlag för MOEL fanns har samordningsgruppen för dialog med respektive processledare och team om MOEL-mål och uppföljningsperioder. Dialogen har dokumenterats i kontrakt.

För varje patientgrupp i Region Skåne har det utsetts en eller två regionalt processansvariga med uppdrag att bistå de lokala processledarna med stöd i metoder och kompetens för att säkerställa kvaliteten i arbetet.

Denna utvecklingsprocess har också startats för kroniska patienter med äldre multisjuka och patienter med psykos som exempel.

Arbetet med äldre multisjuka prövas inom fyra pilotkommuner – Tomelilla, Östra Göinge, Höganäs och Svedala. Teamen arbetar, mätpunkter och mätmetoder är fastställda. Mätningar pågår och kartläggning av patientprocessen genomförs bl.a. genom granskning av journaler eller annan dokumentation från berörda vårdgivare.

MOEL-målen följs med EQ-5D och Trygghetsenkät vad gäller helhetsresultat. Delprocesserna följs med statistik för bl.a. andel direktinlagda på sjukhus, antal hembesök, antal läkemedelsgenomgångar, antal gemensamma vårdplaner och andel återinläggningar på sjukhus.

Erfarenheter hittills

Konkurrensen mellan vardagens driftsfrågor och utvecklingsarbete drabbar ofta det senare även om nyttan på sikt är uppenbar. Vissa team har inte haft tillräckligt med tid för projektet och man har kommit olika långt. Man hade också initiala svårigheter att definiera vilka patienter som ingick i den valda patientgruppen.

Den gemensamma vårdplanen för varje patient/brukare fungerar i alla processteam. Man har haft kontraktsdialoger med samordningsgruppen samt utbytt erfarenheter vid nätverksträffar.

En viktig kunskap som framkommit är behovet av ett tydligare brukarperspektiv med välfungerande brukarenkäter.

Sioux-projektet i Sydvästra Skåne

Sioux-projektet var ett samverkansprojekt mellan Trelleborgs lasarett, Vellinge, Svedala och Trelleborgs kommuner

Utgångspunkter för projektet var problem med bristande samarbete mellan olika huvudmän och vårdgivare bl.a. för kroniska patienter t.ex. sjuka äldre med stora och sammansatta behov. En del av dessa problem kan ha organisatoriska orsaker eller handla om olika tolkningar av gränssnittsöverenskommelser men en del beror sannolikt på att medarbetare har dålig kunskap och förståelse för varandras organisationer och arbetsuppgifter.

De tre kommunerna Trelleborg, Svedala, Vellinge samt Trelleborgs Lasarett beslöt att tillsammans stärka samverkan mellan huvudmännen i syfte att öka kvaliteten i vårdprocessen för vårdtagare/patient som får insatser/vård av flera vårdgivare.

Målet var att öka medarbetares kunskaper om andra vårdgivares verksamheter samt bredda eller fördjupa egna yrkeskunskaper

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i de deltagande kommunerna samt på Trelleborgs lasarett har deltagit i utbildning och därefter hospiterat hos annan huvudmans verksamhet under fyra dagar.

Primärvården har inte deltagit i projektet, men har i några fall tagit emot hospiterande kollegor. Alla sjuksköterskor på Trelleborgs Lasarett har inom projektets ram inte kunnat ges utrymme att delta.

Totalt har 251 sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster deltagit på utbildningsdagen, men även chefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, biståndshandläggare, representanter från primärvård och koncernkontoret vid Region Skåne deltog.

220 personer har hospiterat inom annan huvudmans verksamhet, av dessa var 159 sjuksköterskor, 32 arbetsterapeuter och 29 sjukgymnaster.

Utbildningen har bestått av information om kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet samt om Trelleborgs lasarett, närsjukvårdens mål och riktlinjer, gränssnittsöverenskommelsen, multisjuka äldre, Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre och diskussioner om samverkansproblem.

Deltagarna var mycket nöjda med utbildningen både när det gällde innehåll och upplägg. Det framkom också att deltagarna upplevde ett positivt klimat och att många såg fram emot sin hospitering, "härligt positivt man går härifrån med ett glatt humör", "samarbetet kan bara bli bättre av detta". Många framförde också önskemål om att denna typ av utbildningsdag skulle återkomma kontinuerligt.

Efter deltagarnas individuella önskemål har hospiteringarna genomförts i hemsjukvård, på vård- och omsorgsboende/särskilt boende och på korttidsvård/kortidsboende i samtliga kommuner, på lasarettet i Trelleborg, på Lyftet i Vellinge och Trelleborg, primärvården i Vellinge, psykiatriska kliniken Trelleborgs lasarett och på ortopediska kliniken SUS i Malmö

Genom hospiteringen ansåg 95 % av deltagarna att de fått ökade kunskaper om andra vårdgivares verksamhet. 90 % av deltagarna ansåg också att de kunnat bredda, uppdatera och/eller fördjupa sina yrkeskunskaper genom hospiteringen.

Reflexion

Projektet har genomförts i sin helhet och alla deltagare har visat ett stort intresse för arbetet. Utbildningen och hospiteringarna har genomgående upplevts som mycket positiva och samtliga medarbetare har varit mycket tillmötesgående när det gällde att ta emot hospiterande kollegor.

Utbildningsdagens innehåll var väl anpassat till syftet med projektet. Närsjukvårdens mål och riktlinjer förtydligades men gränssnittsöverenskommelsen skulle kunna fått ett större utrymme eftersom den kan tolkas olika av huvudmännen.

Föreläsningen om multisjuka äldre gav bekräftelse på att denna grupp kräver mycket stor kompetens bl.a. på grund av komplexa sjukdomstillstånd och okarakteristiska symtombild. För att tillgodose vård- och omsorg hos denna grupp finns också ett stort behov av samverkan mellan olika vårdgivare.

Kvalitetsindikatorer för äldre gav en bra introduktion till kommande kvalitetsarbetet med bl.a. Senior alert och en ökad medvetenhet om vikten av att arbeta med dessa frågor.

Deltagarna har fått personliga kontakter med kollegor inom annan verksamhet och en ökad förståelse för varandras arbetsområden som säkert kommer att finnas kvar, men troligtvis endast under en begränsad tid eftersom ny personal ständigt tillkommer. Man måste därför fortsätta att aktivt samverka och också utvidga denna till att även omfatta primärvården..

Uppfattningen är att projektet har bidragit till att stärka samverkan mellan huvudmännen, med ökad kvalitet i processerna för vårdtagare/patient som får insatser/vård av flera vårdgivare. Man kommer att ha kontinuerliga gemensamma utbildningsdagar cirka två gånger per år.

TioHundra Norrtälje

Projektet TioHundra i Norrtälje startade i januari 2006. Syftet var att i en gemensam organisation erbjuda invånarna sjukhusvård, primärvård (offentlig), äldrevård, rehabilitering, socialvård, hemsjukvård och hemtjänst. Finansieringen skedde genom ett kommunalförbund bestående av Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun. Detta kommunalförbund har agerat ägare och beställare av TioHundras tjänster.

Med TioHundrabolagets bildande uppstod helt nya möjligheter att hitta helhetslösningar för olika patient/brukargrupper där traditionella barriärer som huvudmannaskap inte längre fanns.

En ambition som tidigt lanserades var att det var dags att tänka i nya banor. Man ville skapa en kundorienterad organisation men också ökat fokus på hälsa och funktionalitet.

En satsning skedde på integration för att stödja utvecklingen av ett mera komplett hälso- och sjukvårdssystem inklusive vård och omsorg samt social service.

Några av de insatser som gjordes tidigt var kvalitetsutveckling av processerna för patienter med stroke, patienter med höftfraktur och svårt sjuka patienter. Den senare gruppen är en del av patientgruppen med kroniska vårdbehov. De tre patientgrupperna processer omfattade alla berörda vårdgivare och de viktigaste kompetenserna inom akutsjukvård, sjukhusvård, rehabilitering, omvårdnad, hemsjukvård, hemrehabilitering och hemstjänst. Utvecklingsteamerna hade representation av medarbetare från de mest berörda verksamheterna. Genom regelbundna möten för journalstudier, kartläggning, mätningar, analyser och förbättringar fick deltagarna successivt fördjupade kunskaper om varandras bidrag till vårdtagarens resultat.

Andra resultat som redovisats i olika utvärderingar är bl.a.

- Äldreomsorgen
 - väntetiderna till äldreboende har kortats,
 - antalet väntande halverats och kvaliteten höjts samtidigt som kostnaderna för äldreboende sänkts
 - antalet boendeplatser har minskat.
 - hemtjänsten har utvecklats bland annat när det gäller samverkan med hemsjukvården.
 - brukarenkäter och öppna jämförelser visar på förbättrade värden och verksamheten ligger i flera avseenden över eller i nivå med genomsnittet för riket.

- Utökad geriatrik som bland annat stärkt läkarinsatserna i särskilda boenden och inneburit en satsning på läkemedels-genomgångar för de boende.
- Ett vårdplaneringsteam som utvecklat rutinerna och vårdplaneringen för den enskilde patienten.
- Medborgarnas förtroende för vården i Norrtälje är något högre än i övriga länet, men tillgängligheten får något sämre värden.
- Brukar- och patientenkäter tyder på att vård och omsorg inom TioHundra uppfattas som bra och visar på förbättringar inom flera verksamhetsområden.
- Gemensamt journalsystem har införts inom TioHundra AB för sjukhuset och primärvården, med ”titt”-funktion för äldreomsorgen, för att förbättra samverkan kring patienter och brukare.

Gjorda utvärderingar både 2009 och 2011 av TioHundraprojektet redovisade en rad positiva erfarenheter inom TioHundra. I en del fall har motsvarande förbättringar skett inom andra sjukvårdsområden eller kommuner i Sverige.

Huvudmannaskapet, som tidigare var en viktig barriär för integrerad vårdorganisation, har tagits bort. Härigenom förväntade man sig stora potentialer för förbättringar av vård och omsorg genom helhetssyn och nära samarbete mellan olika vårdaktörer.

En traditionell barriär för ökat samarbete är olika organisationskulturer och professionskulturer. I de tre ovan nämnda utvecklingsteamerna tog det tid att upptäcka vilka nya

möjligheter som yppade sig men där den egna kulturens påverkan och de egna rutinerna satt djupt hos var och en. Med ett gemensamt fokus på det förväntade resultatet för patient/brukargruppen som ständig påminnelse kunde blicken successivt höjas över gamla barriärer.

Erfarenheterna av projektet TioHundra AB och gemensam finansiering och beställning mellan kommun och landsting har inte smittat av sig till övriga landet. Intresse har funnits och många studiebesök har gjorts hos TioHundra från andra landsting.

Ur ett befolknings- och vårdtagarperspektiv, särskilt när det gäller människor med kroniska behov, verkar modellen med TioHundra finnas en uppsjö av möjligheter för helhetssyn och integrering av vårdorganisationen. Det fortsatta förändringsarbetet är beroende av långsiktighet, identifiering av barriärer mot effektivitet och ett gränsöverskridande ledarskap.

Reflexioner

Arbete i projektform är vanligt när det gäller olika förändringsambitioner. Det kan initialt vara fördelaktigt med stor entusiasm hos berörda, ofta utvalda medarbetare, bred och djup kunskap, starka drivkrafter och ofta stöd från ledningen. Svårigheterna kommer när projekttiden är slut och resultaten ska implementeras. Alla andra berörda medarbetare förväntas förändra sina arbetsrutiner enligt projektets resultat. Om projektet kommunicerats och medarbetare utanför projektgruppen känt delaktighet i resultatet kan, tillsammans med goda resultat, också denna fas bli lyckosam.

Ändå ser man ofta lyckade projekt som inte tas tillvara i den ordinarie driftsorganisationen. Svårigheterna i Nisseprojektet kom när man skulle växa från 30 000 invånare och en stadsdel i samarbete med primärvård och vårdavdelning på sjukhus till 300 000 invånare och tio stadsdelar i Malmö. Organisationen var inte förberedd tillräckligt för denna expansion och rutiner och arbetsformer gled tillbaka till före projekttiden.

Ett annat exempel är TioHundra i Norrtälje som var ett stort förändringsprojekt alltsedan starten i januari 2006 dvs. i drygt sex år. Man väntar idag på beslut om godkännande för en fortsättning. TioHundraprojektet har varit ett helhetsprojekt som kontinuerligt utvecklats och berör hela hälso- och sjukvården, kommunal vård och omsorg, hemtjänst, hemsjukvård, hemrehabilitering samt social service.

Projektet med multisjuka äldre pågår och utvecklas successivt inom fyra pilotkommuner med samarbete mellan sjukhusvård, primärvård, kommunalt finansierad vård och omsorg samt social service. Patientgruppen är en av flera som är föremål för motsvarande processarbete inom Region Skåne. Projektet har successivt vuxit under sju år med nya patientgrupper men den framtida utvecklingen är oklar.

Siouxprojektet i sydvästra Skåne var en insats för ökad kunskap om varandras organisationer, rutiner och arbetssätt för att gynna bättre samarbete över huvudmannagränser och verksamhetsgränser. Projektet följs löpande upp.

Begreppen patient, brukare, vårdtagare eller kund förekommer hos olika vårdgivare. Oavsett vilket begrepp som används så har vårdtagarna allt större insikter i sina vårdbehov och i ökad grad ställer krav på vårdgivarna att tillgodose deras önskemål. För kroniska patienter kanske

detta är än mer giltigt och kontrasten mot den befintliga vårdorganisationen blir påtaglig. Med hjälp av vårdtagarens perspektiv borde vårdens organisation kunna utformas mer ändamålsenlig och därmed fungera effektivare än idag. Där var och en gör rätt saker, på rätt sätt, i rätt tid för rätt patient med rätt resurser och metoder för rätt resultat når man kostnads-effektivitet. Ingen medarbetare vill arbeta ineffektivt om man vet en bättre rutin eller metod. Men varje medarbetare har ofta sin kompetens och kunskap och ett helhetsresultat för vårdtagarna når man bäst genom effektivt samarbete i en integrerad vårdorganisation.

Åtgärder för framgång

- a. Undersök brukarnas/patienternas behov och önskemål och aggregera till brukar/patientgruppsnivå. Beskriv bästa möjliga resultat evidensbaserat för respektive brukar/patientgrupp.
- b. Hitta samarbetslösningar som leder till rätt resultat och som fungerar bra mellan olika aktörer oavsett var man har sin organisatoriska tillhörighet
- c. Beskriv vilka mål och resultat som kan förväntas för respektive individ inom bästa möjliga resultatnivå för gruppen, som underlag för uppföljning och ersättning. Målen beskrivs för medicinska effekter, patientnöjdhet, livskvalitet inom acceptabla kostnader
- d. Omvärldsbevaka om kommande förändringar eller förväntningar för respektive grupp
- e. Bedöm behovet av nya eller förändrade kompetenser i erbjudanden till patienterna/brukarna
- f. Utforma rutiner och arbetsorganisation utifrån ett processperspektiv för patient/brukarna
- g. Utbilda ledarna och cheferna i patient/brukarprocesser och utveckling av arbetsorganisation och ledarskap för en kunskapsorganisation
- h. Utforma styrsystem och ersättningsmodeller för att stödja rätt agerande och beteende för bästa möjliga patient/brukarkvalitet

Nyckelfrågor för framtiden

- Vem kan ha ansvaret för en integrerad vårdorganisation för kroniskt sjuka människor? Intressenterna finns i första hand inom kommuner, primärvård och sjukhuskliniker med utförare i offentlig eller privat regi. Den som har bästa möjligheterna att faktiskt driva verksamheten mot målen och har befogenheter, motivation och kraft att förändra kan vara den som bäst lämpar sig för ansvaret. Vem är detta?
- Hur kan man stimulera drivkraften hos vårdgivare och vårdtagare att utifrån önskan om kvalitetsförbättringar hitta ändamålsenliga och effektiva samarbetsformer som leder till förväntade resultat? Vårdtagarens möjligheter att aktivt vara delaktig i vårdplanering och behandling/vård kan vara en drivkraft. En annan kan vara borttagande av barriärer som uppfattas hindra ett gott samarbete.

- Hur utforma styrsystem och ersättningsmodeller som förstärker stimulansen av rätt beteende för att nå goda kvalitativa resultat inom ekonomiskt effektiva ramar? Kan finansierarna ge ersättningar grundade på uppnådda kvalitativa resultat inom jämförbart rimliga kostnader? Krävs det tydliga mål för varje berörd verksamhet eller kan man ha mål gemensamt för alla berörda?
- Vad krävs för utbildning och/eller kompetensutveckling för att ledare och chefer ska kunna leda verksamheterna mot kvalitativa resultat för vårdtagarna inom bästa möjliga ekonomiska effektivitet? Kan en särskild akademisk utbildning, likt de som finns i t.ex. England, Frankrike, Spanien mfl. länder för ledare och chefer inom hälso- och sjukvård vara av värde i Sverige?
- Hur kan man bryta upp de fast rotade traditionella styr- och ledningssystemen fr.a. i ekonomiskt kärva tider? Det är kanske då som nytänkande behövs mest men där utrymmet för idéinvestering och misslyckanden är som minst.

Litteraturförteckning

Axelsson R, Axelsson SB (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework.

Bar-Yam Y. (1997) Dynamics of Complex Systems

Edgren L, Stenberg G (2006) Närsjukvårdens ansikten

Harrington JH (1994) Business Process Reengineering

Hälso- och Sjukvården i Gästrikland (2000) Blev det bättre eller sämre för patienter och medborgare i Gästrikland efter sjukvårdens strukturförändringar?

Lind J-I (2010) Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll

Medical Management Centrum på Karolinska Institutet, Äldrecentrum samt Stiftelsen Leading Health Care. (2012) En vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet

Region Skåne (2003) Skånsk livskraft – vård och hälsa – vision för Skåne

Stenberg G (2010) Model of integrated health care and social services for chronically ill: A vision about future trends (presentation in Barcelona mars 2010 and in Madrid april 2011)

Stenberg G (2011) Integrated Care – Process of change to integrate Health and Social Care and Services based on patient needs (presentation in Madrid mars 2011)

Trelleborgs lasarett, Svedala, Vellinge och Trelleborgs kommuner (2010) Sioux-projektet. Ett samverkansprojekt för Trelleborgs lasarett och kommunerna i Trelleborg, Svedala och Vellinge.

Universitetssjukhuset MAS med avd 2, Malmö stad stadsdelsförvaltningen Västra innerstaden, Vårdcentralerna Lundbergsgatan och Fågelbacken. (2006) Slutrapport projekt NISSE

Warner M, Williams P, Gould N, Price A (2005) An integrated care network for Wales.

Åhgren B, Axelsson R (2005) Evaluating integrated health care: a model for measurement.

Öhrlings, PriceWaterhouseCoopers, (2009) TioHundra – någonting har hänt. Utvärdering av TioHundraprojektet

Därutöver egna erfarenheter från talrika projekt inom hälso- och sjukvården i Sverige under drygt 30 år.