

Den värdeskapande vårdprocessen

Slutrapport från VVP – projektet

2009-01-30

Sune Andreasson
Ulf Essler
Uno Fors
Lars-Åke Johansson
Margaretha Strindhall
Monica Winge

Innehåll

Den värdeskapande vårdprocessen.....	1
Slutrapport från VVP – projektet	1
Innehåll.....	2
0. Sammanfattning	5
1. Inledning.....	7
1.1 En patientberättelse	7
1.2 Bakgrund till VVP	8
1.3 Syfte och mål	10
Projektmål.....	11
Behov av nya samverkansmodeller och ekonomiska affärsmodeller för vård och omsorg	11
1.4 Ingående resultat	11
1.5 Förväntat resultat, effekter och generell nytta	12
Patienter, närstående och upplevelse av värde	12
Vårdgivare	12
Industrin.....	13
Forskning inom medicinsk informatik och ekonomi.....	13
1.6 Nyhetsvärde – vad är unikt med projektet	13
1.7 IKT-inriktning.....	14
Kommersialisering av generella e-tjänster	14
1.8 Projektupplägg och metoder	14
1.9 Projektplan och budget	15
Budget.....	17
Tidsplan	17
1.10 Parter och roller.....	17
1.11 Projektorganisation	20
1.12 Begrepp och termer som används i rapporten.....	20
1.13 Avgränsning.....	20
1.14 Rapportens disposition.....	21
2.1 Det globala perspektivet	22
2.2 Beskrivning och problematisering av hur vården ser ut idag	25
Intryck från fältarbete, rapporter och diskussioner - Ostrukturerad vård och omsorg på ekonomins villkor.....	25
Var står vården i dag? - Arbetet med vårdkedjor och vård- och omsorgsprocesser för att skapa struktur.....	26
2.3 Värdeskapande – möjligheter	30
Vad innebär begreppet ”värde” i vården?.....	31
Vad skapar ökat värde i vården?.....	33
Vilka problem finns det kring värdeskapande i vården?	37
2.4 Hur ser den patientprocess ut som möter individuella behov och skapar mest värde för patienten?	38
Några tankar kring hur projektmodeller och kvalitetsverktyg skulle kunna appliceras på den individuella patientprocessen.....	39
Värdeskapande som utgångspunkt för att formulera individuella mål för patientens vård och omsorg	40
Vårdplanering som syftar till att uppnå de individuellt formulerade målen.....	41
Organisera för kontinuitet, samverkan och effektiv resursanvändning genom att applicera	

”projektmetoder” och salutogent förhållningssätt	41
Kvalitetsverktyg som PGSA och Värdekompassen för att stödja patientarbetet	42
3. Samverkan – en kärnfråga	45
3.1 Är bristande samverkan ett problem?	45
3.2 Problematisering av samverkan	46
3.3 Vem behöver samverkan?	47
Samverkan inom äldreården	48
Sammanfattande analys baserad på intervjuer vid ANS	48
Samverkan för patienter/brukare med sammansatta behov (Neuropsykiatriska handikapp, multisjuka, m.fl.)	50
Samverkan i vårdkedjor	51
Den nöjda och den missnöjda medborgaren	54
Bakgrund: Studier av Mobila Tillämpningar inom Hälso- och Sjukvård	55
Vård och omsorgsprocessen	56
3.4 Drivkrafter och incitament för samverkan och förändring	57
3.5 Hinder för samverkan och förändring	57
4. e-Tjänster som stödjer de nya vårdkoncepten	59
4.1 Inledning	59
Bakgrund	59
Nya krav på informationstjänster	59
Olika grad av kommunikationsorientering för e-tjänster	59
Förändring i ett processperspektiv och krav på e-tjänster	59
4.2 Processer, samverkan, verksamhetstjänster och e-tjänster	59
4.3 E-tjänster och system	63
4.4 På vilket sätt kan e-tjänster vara en möjliggörare (eller ses som ett hot)?	64
4.5 På vilket sätt bör e-tjänsterna förändras för att kunna stödja ett processorienterat arbetssätt som stödjer samverkan och fokuserar på individens behov?	65
4.6 Vilken betydelse har användning av standarder för att möta denna utveckling?	65
Standarder och medvetna val i arkitekturer	66
4.7 Hur bör plattformarna för e-tjänster vara uppbyggda för att stödja processorientering och ett samverkansorienterat synsätt?	67
4.8 Processer och informationsbehov	67
Hur kan man skapa e-tjänster som stödjer en process?	68
Att avgränsa e-tjänster som hänger samman och stödjer processen	69
4.9 Individens aktivitetskomponent	73
Prototyp för Individens aktivitetskomponent	75
Prototyp för teamets samverkanskomponent	76
4.10 Att erbjuda de nya e-tjänsterna på en marknad	77
Hur kan olika leverantörer erbjuda komplementära e-tjänster till en helhet av kommunicerande e-tjänster	78
Hur förhåller man sig till arvssystemen?	79
5. Hur skall nya vårdmodeller/koncept och nya e-tjänster kunna införas på bästa sätt?	81
5.1 Användningsfall/Scenario	82
5.2 Strategi för att införa nya vårdkoncept/modeller:	86
5.3 E-hälsa som möjliggörare – kan e-tjänster skapa värde?	86
5.4 Ledningens betydelse för samverkan och förändring	88
5.5 Värdegrund och värdeskapande	89
5.6 Komplexiteten	90
5.7 Kliniskt Mikrosystem - platsen där värdet för patienten/kunden skapas	90
5.8 Systematiskt förbättringsarbete	91

5.9 Mäta för att leda	94
5.10 Det speciella med vårdkonceptet	94
5.11 Institutionella hinder	96
Incitament och Institutionell Logik	96
Fritt vårdval – nya och ökade krav på samverkan?	97
Kommersialisering av Nya Tjänster inom Hälso- och Sjukvården	98
6. Förslag på vidare forskning.....	99
7. Konklusioner	102
8. Referenser.....	104
Bilaga 1 – definitioner av centrala begrepp	107
Bilaga 2	114
Delrapport från fältarenan Jönköping	114
Bilaga 3	115
Delrapport från fältarenan Capio Acessakuten	115
Bilaga 4	116
Delrapport från fältarenan Sophiahemmet.....	116
Bilaga 5	117
Förslag till och initial specifikation av tjänst ”Patientens komponent”	117

0. Sammanfattning

Vårdbehovet kommer med stor sannolikhet att öka i Sverige under de närmaste 10 åren. Politiska beslut på lokal, nationella samt EU-nivå påverkar vårdens förutsättningar starkt och har lett till att det i dag finns betydligt fler både offentliga och privata vårdgivare, med sina emellanåt mycket olika syn på vårdens utförande och prioriteringar. Anhörigas roll i omvårdnaden har dessutom blivit allt viktigare. Samtidigt verkar samhällets resurser för vård och omsorg inte kunna öka i den omfattning som det ökade vårdbehovet egentligen kräver.

Hälso- och sjukvårdens resurser behöver således användas mer effektivt och olika vårdinsatser bör koordineras bättre så att man kan uppnå en optimal samverkan mellan alla olika vårdgivare samt inte minst med patienter och anhöriga.

VVP-projektet har arbetat med målet att försöka skapa en ny, patientfokuserad och samverkansstödande vårdmodell som med hjälp av ett anpassat stöd av lämpliga e-tjänster skulle kunna ge patienter och närstående, men även vårdaktörerna själva, ett ökat värde.

En viktig konklusion från projektet är att en ökad fokus på processorientering och vad som bygger värde för individen ställer nya krav på hur vård och omsorg byggs upp och styrs. Detta ställer i sin tur helt nya krav på hur e-tjänsterna bör vara uppbyggda för att nå önskade effekter för individen. Det är patientens process om är central, inte de olika vård- och omsorgsprocesser som en och samma patient kan vara föremål för.

Vidare har vi funnit att arbetet med att på ett djupare plan förstå vad samverkan mellan olika enheter hos olika huvudmän med fokus på individen situation är, ger stora möjligheter till generalisering och effektmöjligheter för många olika patientgrupper.

Det mest väsentliga resultatet från VVP är förslaget om ett nytt vårdkoncept. Detta koncept bygger på en struktur i tre nivåer:

- Den Patientnära nivån
- Mellannivån (Vårdteamet)
- Yttre nivån – nätverket med externa konsulter/expertter

VVP-projektet föreslår att en samverkande/samordnande ”dirigent” skall införas i vården som har såväl ett uttalat mandat att samordna andra aktörers arbete kring patienten som kompetens att utföra detta arbete.

Speciellt är också ”Projektanken”, dvs. att teamet kring individen/patienten är behovsanpassat och riggas allt efter aktuellt behov samt att själva processen utgår från individen som helhet och inte från aktuell sjukdom/vård- och omsorgsprocess, dvs. individen skall ses som helhet med alla sina medicinska, psykiska, personliga problem och förutsättningar. Patienten är inte ”höftleden”, ”ögat” eller ”stroken”, utan en individ som i sin tur kan ha ett antal olika medicinska eller andra problem som har med olika organ att göra.

Idén med VVP-konceptet är också att det hela tiden finns information som flyter mellan de tre olika nivåerna och för alla inblandade aktörer, inkl. patient, anhörig, kommunala aktörer, landstingsaktörer och privata aktörer. Vilken information som sprids till vilken typ av aktör, beror på vilken typ av aktör det gäller.

Arbetet med VVP har lärt oss att informationsflöde och e-tjänster är mycket väsentliga och att inget av dagens alla IT-system klarar att supporta detta nya vårdkoncept. Patientnivån behöver sannolikt helt andra e-tjänster än mellan/teamnivån som i sin tur behöver andra former av e-tjänster än den externa/specialistnivån.

Vad vi föreslår är inte att på en gång skrota alla gamla IT-system, utan att man först studerar vad som behövs per nivå, och sedan parallellt med att nya e-tjänster utvecklas, också skapa nya samverkande tjänster som kan länka ihop de i dag befintliga systemen som sannolikt kommer att behöva behållas under överskådlig framtid.

Detta öppnar sannolikt en ny marknad för nya typer av e-tjänster som kan integrera, kommunicera och visualisera information på ett nytt sätt och för att kunna göra sig attraktiva på marknaden behöver sannolikt dessa nya e-tjänster sättas ihop i större eller mindre ”kluster” av logiskt och tekniskt sammanlänkade e-tjänster.

Vidare anser vi inom VVP att de nya vårdkoncepten måste få en chans att utvecklas vidare och tydliggöras, och detta i samarbete med vården. Och just detta har VVP också studerat och kommit fram till att det i dag saknas en väl fungerande incitamentsstruktur för att kunna få en bred implementation av såväl VVPs som andra innovativa projekts resultat. Det finns många institutionella hinder som måste undanröjas och somliga av dessa åtgärder måste börja på den politiska nivån.

1. Inledning

1.1 En patientberättelse

Vården i Sverige präglas av hög kvalitet och god tillgänglighet för alla på lika villkor. Så har det varit under mer än 50 år och vi förväntar oss att allt fungerar som brukligt den dag vi blir sjuka. Men under de senaste 10 åren har något hänt och fler och fler medborgare börjar uppleva att något har hänt med vårdens kvalitet och tillgänglighet. För att ge en beskrivning till hur vården kan se ut i dag, följer här ett par konkreta exempel kring en patient, hämtade direkt ur den sanna vardagen.

En äldre multisjuk patient på 90 år med dubbla proteser i både höftled och knä, och som relativt nyligen remitterats för axelprotesoperation. Patienten är dessutom deprimerad, har svagt hjärta och har fått ett par strokeanfall under senaste året, som medfört medicinering med blodförtunnande läkemedel. Denna medicinering har i sin tur lett till ett par akuta inläggningar på sjukhus med blödningar som följd. Patienten har också varit på akuten ett par månader tidigare, p.g.a. att en 18 år gammal höftledsprotes börjat ge symptom. Medicinlistan omfattar ca tolv olika läkemedel, som ska tas vid specifika tillfällen under dagen. Patienten bor hemma, har visst stöd från hemtjänsten och är trots sin ålder och sina sjukdomar klar och redig i sinnet.

Problem 1

Patienten kontaktar sin son och säger att hon fått kallelse till ortopedmottagningen på Södersjukhuset, men vet inte om det är för den nya axeloperationen, höftledsprotesen som gör ont, eller om det är en sedvanlig efterkontroll av någon av knäproteserna. På kallelsen står det ej vad det gäller och modern vet inte om hon ska bli inlagd eller ej. Sonen följer med till mottagningen och uppmärksammar läkaren på att patienten inte vet vad besöket gäller. Då konstateras att det finns tre olika remisser som går till tre olika ortopedläkare på samma klinik, men ingen vet om den andres remisser. Sonen kräver att detta utreds. Det visar sig att en remiss är för kontroll, en annan är för undersökning inför eventuell revidering av den gamla höftledsprotesen och den nu aktuella kallelsen gäller inläggning samma dag för operation av axeln. Intressant nog läggs mamman in för den aktuella axeloperationen, trots att rehabiliteringen av den kräver att patienten kan gå, vilket är svårt eftersom höftledsprotesen har lossnat.

Problem 2

Samma patient som ovan, men två år senare. Patienten har nu fått ytterligare strokes och är så pass medtagen att hon måste flytta till ett äldreboende. En natt får hon en ny misstänkt stroke. Äldreboendets läkare, som kallas in akut, remitterar patienten till Södersjukhuset för utredning och behandling av den misstänkta stroke. Ingen personal medföljer patienten till sjukhuset, utan hon skjutsas dit i en sjuktransport och har bara med sig remissen från äldreboendet. Patienten känner sig dålig och orolig. Efter några timmars väntan får hon ringa sin son, som kommer in. Han talar med sköterskor på akuten, som säger att mamman snart ska få träffa läkare. Detta är tre timmar efter att hon inkommit p.g.a. misstänkt stroke. Sonen åker hem och lovas besked så snart mamman är undersökt. Då sonen inte hör ifrån sjukhuset på kvällen, ringer han dit igenom på morgonen och undrar hur det blev med modern. Svaret blir att de inte hade tid att undersöka henne, så hon fick åka tillbaks till äldreboendet ca nio (!) timmar efter att hon inkommit akut för sin misstänkta stroke. Ingen

gav henne mat, ingen utredde strokemisstanken och ingen läkare fick hon träffa. Dagen efter tvingar sonen äldreboendet att sända mamman åter till sjukhuset. Nu konstateras att hon sannolikt fått ytterligare en mindre stroke. Äldreboendets personal var övertygad om att mamman blivit undersökt redan och att hon blev hemskickad för att det inte var någon stroke. Inget remissvar medföljde patienten.

Så kan alltså vården se ut i dag. Det är viktigt att påpeka att de exempel som redovisats här ovan tyvärr inte är unika. Liknande berättelser finns att få från alltför många håll i Sverige i dag. Denna totala brist på samverkan leder inte bara till ökat lidande för patienterna. Den ger förstås även problem för anhöriga och även för själva vården, som blir ineffektiv.

1.2 Bakgrund till VVP

Vårdbehovet kommer med stor sannolikhet att öka i Sverige under de närmaste 10 åren och framför allt från 2020 då de stora barnkullarna från 40-talet kommer att bli 80 år och äldre. Studier visar dock på att svenskar har det bästa hälsotillståndet i Europa och att skillnaderna är stora. [52]. Men även politiska beslut på lokal, nationella samt EU-nivå påverkar vårdens förutsättningar starkt och har lett till att det i dag finns betydligt fler både offentliga och privata vårdgivare, med sina emellanåt mycket olika syn på vårdens utförande och prioriteringar. Anhörigas roll i omvårdnaden har blivit allt viktigare [52]. Samtidigt verkar samhällets resurser för vård och omsorg inte kunna öka i den omfattning som det ökade vårdbehovet egentligen kräver.

Hälso- och sjukvårdens resurser behöver således användas mer effektivt och olika vårdinsatser bör koordineras bättre så att man kan uppnå en optimal samverkan mellan alla olika vårdgivare samt inte minst med patienter och anhöriga.

Detta problem har beröring med Baumols [4] påpekande redan på 1960-talet att arbetsintensiva tjänster snabbt blir dyrare i jämförelse med tillverkade varor där mekaniseringen är enklare. Baumol menade vidare att ytterligare följer av detta är att vissa tjänster antingen blir av sämre kvalitet eller försvinner helt från marknaden (Baumols hypotes är utvecklad för den privata sektorn kan tilläggas). Baumol menade också att för att hantera kostnadsutvecklingen på tjänstesidan är det nödvändigt att innovera och det finns enligt honom i huvudsak två vägar att gå, eller förstås en kombination av de två:

Organisationsförändring och *Ny Teknik*. Detta kan sannolikt vara en bra väg att gå även för vården, dock vill vi inom VVP mena att *Förändrade Arbetsformer* kan vara minst lika viktigt.

I vård och omsorg verkar samma typ av problem som prognostiserades av Baumol vara för handen – tjänsterna tenderar att bli dyrare och möjligen också av sämre kvalitet.

Det sätt som den privata sektorn hanterat problemet är att innovera via kunderna (i vårt fall skulle detta kunna vara patienterna). Att ta in kunderna/patienterna i processen, att ge patienterna verktyg för att lösa delar av tjänsten själva skulle således kunna vara en viktig del i en framtida lösning.

I VVP-projektet är detta själva utgångspunkten - ***Att undersöka hur patient/medborgare ser på vård- och omsorgsprocessen för att utifrån patientens/medborgarens värdeskapande processer innovera hälso- och sjukvårdens processer.*** Med eller utan ny teknik kan tilläggas. Teknik är inte ett värde i sig, utan teknikens värde skapas först i och med dess eventuella användning.

Flera utredningar och tidigare projekt har påtalat att det i dagens vård finns stora brister i samverkan mellan de olika aktörerna. Så har t.ex. SAMS-projektet som pågick under åren 2002-2005 [48] dragit slutsatsen att ”Idag är det många inblandade i vården kring patienten och varje aktör har sin egen informationsåtkomst. Det blir svårt för alla inblandade att veta om vad som händer kring patienten. För att klara uppgiften att vårda patienter i hemmet så behöver både vård- och omsorgsformer utvecklas och IT-stöden förbättras för bättre samverkan, så att åtgärder utförda av olika aktörer kring patienten är harmoniserade och ger en bra kvalitet för patienten”. Och även om SAMS utvecklade både modeller och systemkomponenter för ett förbättrat samarbete i vården, är det mycket som kvarstår.

Även projektet MobiSams (2004-2006), som försökte ta resultaten av SAMS-projektet vidare och koppla de i SAMS föreslagna integrerande IKT-komponenterna vidare in i en mobil miljö, kom fram till att samverkan är allt annat än optimal i dagens vård. De sade bl.a. att ”Att vårda patienter med hemmet som bas kan för flera patientgrupper ge både bättre kvalitet och lägre kostnader än att vårdas på institution. Fler patienter och helt nya patientgrupper skulle också kunna vårdas i hemmet än vad som sker idag. För att åstadkomma en kvalitativ vård i hemmet krävs dock en god samverkan mellan de aktörer som deltar i vård och omsorg av patienten inklusive patienten själv och närstående. Denna samverkan är inte realiserad i tillräcklig utsträckning idag” [38]. Andra projekt som har kommit fram till ungefär liknade resultat är TILLIT och VITA-Nova, projekten vilka drevs under ungefär samma tidsperiod och finansierades av bl.a. VINNOVA.

I den nationella IT-strategin [53] påpekas det att det är väsentligt att samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare förbättras och att det bli en ökad fokusering på individens behov och säkerhet. Inte minst måste informationssystemen förändras så att man aktivt kan stödja en sådan utveckling. I anslutning till den nationella IT-strategin har ett antal nationella initiativ och projekt startas för att påverka utvecklingen i den utpekade riktningen. Även lagstiftning och föreskrifter är under förändring.

Således är det klarlagt att det finns stora brister i samverkan mellan vårdens aktörer och att det dessa brister leder till låg kvalitet i vården, ibland t.o.m. till direkta risker för patienten. Dock har såväl SAMS, MobiSAMS som andra projekt som t.ex. EU-projektet Intercare [27] också kommit fram till att det borde gå att få till bra samverkansmodeller, som dessutom kan bli än mer effektiva med ett riktat IKT-stöd för denna samverkan.

Vidare är det så att eftersom mål inte kommuniceras med patienten så minskar möjligheterna för patienten att kunna påverka planeringen och olika vårdgivare kommer att ha olika målbilder för sina åtgärder, vilket i sin tur kan leda till ett dåligt utnyttjande av resurser, ökade kostnader, problem för vårdorganisationerna men framför allt också stora problem för patienten själv.

En ökad vård med hemmet som bas - inkluderande avancerad vård i hemmet och olika former av närsvård - kommer att kräva en än bättre samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare med incitamentsstrukturer som stöd för denna samverkan. Detta ställer krav på bl.a. nya IKT-tjänster för att möjliggöra ett bra arbetssätt. En friare etableringsrätt för privata vårdgivare kommer att ställa ytterligare krav på att samverkan fungerar.

Därutöver borde patienten själv och hennes närstående kunna bli mer delaktiga, så länge som de upplever att vården ges på deras egna villkor och med deras bästa för ögonen. Ett ökat

fokus på patienten krävs således i det fortsatta förändringsarbetet och dessutom att IKT-tjänsterna kan stödja denna utveckling. En patientorienterad process bör alltså tydliggöras som kan öka patienternas känsla av att vården ger ett högt värde för dem.

IT-bolagen lyckas i liten grad att leverera de effektiva, flexibla IKT-tjänster som vården idag behöver och kraven kommer att bli än högre imorgon. Ett tydliggörande av de nya vårdkoncepten som krävs för framtiden är angeläget samtidigt som de nya IKT-tjänsterna som följer av detta kan konkretiseras. Nya standarder och arkitekturer erbjuder idag möjligheter för olika leverantörer att bygga flexibla, generaliserade IKT-tjänster som kan kombineras. Dessa möjligheter borde kunna tas tillvara. Helt nya affärsmodeller både på verksamhetsnivån och på IKT-tjänstnivån tydliggör en marknad i förändring. Tillväxtpotentialer finns både nationellt och internationellt, inte minst genom sammankopplade vårdkoncept och IKT-tjänster.

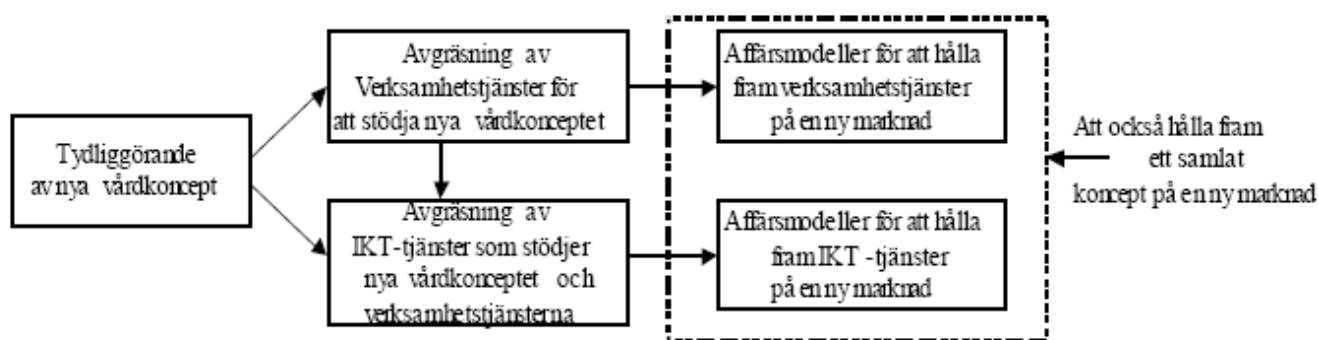
Således, med denna bakgrund startade projektet *Den Värdeskapande Vårdprocessen (VVP)* med ett antal mål som alla gick ut på att försöka skapa en värdeskapande process för patienten, där patienters egna behov och värderingar skulle undersökas och sättas i centrum.

1.3 Syfte och mål

VVP-projektets övergripande mål sattes initialt till att:

- Tydliggöra de *vårdkoncept* som idag är på väg fram och som skall både svara på dagens problem och klara framtidens krav
- Baserat på ett radikalt vårdtagarperspektiv beskriva hur vårdtjänster och IKT-tjänster skulle kunna hållas fram på en förändrad marknad
- Beskriva vilka generaliserade verksamhetstjänster som behöver finnas i ett patientcentrerat vårdkoncept för att bl.a. åstadkomma en bättre samverkan, incitament för samverkan, med utgångspunkt i patientens unika värdeskapande
- Beskriva de generaliserade IKT-tjänster som behövs för att stödja de nya vårdkoncepten och hur de stödjer de olika verksamhetstjänsterna
- Visa hur en IKT-plattform med olika anslutna avgränsade IKT-tjänster skulle kunna se ut och kunna levereras från olika och till viss del nya leverantörer

Med ”vårdkoncept” ovan menas vilka delar/enheter som samspelar för att samverka runt patienten samt vilka roller de har, former för vård i hemmet, vilken syn man har på medverkan från patienten och närstående, hur IKT-tjänster skall stödja olika verksamhetstjänster, vilken tillgänglighet vården skall ha, hur ledningen skall stödja vården, etc. (se vidare i definitionslistan i Bilaga 1).



Projektmål

VVP identifierade också i inledningsskedet ett antal mer specifika projektmål, där man tyvärr behövde prioritera ner utveckling av nya IKT-tjänster till förmån för en djupare kartläggning av patienternas behov och värdeuppfattningar. Dessa slutgiltiga projektmål inkluderade:

- Att via de nya vårdkoncepten, identifiera och beskriva vilka generaliserade vårdtjänster som bör kunna utvecklas; vilka IKT-tjänster som krävs för att stödja vårdkonceptet samt beskriva hur dessa tjänster skall kunna erbjudas på en förändrad marknad både nationellt och internationellt
- Att visa hur de nya verksamhetstjänsterna och IKT-tjänsterna kan bidra till att sätta patientens behov och närstående i fokus på ett annat sätt än idag och hur en bättre samverkan kan åstadkommas runt patienten.
- Att visa nya former för hur vård och IKT-tjänster kan beställas, både från kundsidan och från leverantörssidan
- Att visa hur en uppsättning IKT-tjänster kan fungera för att stödja en multisjuk patient genom en process där det finns ett flertal vård-, omvårdnads- och omsorgsgivare
- Att visa hur komplementära IKT-leverantörer på olika nivåer i arkitekturen skulle kunna erbjuda kunden sammansatta tjänster som stödjer en samverkande vård och möter de nya behoven
- Att ta fram kravspecifikation på nya typer av samverkansstödjande och värdeskapande IKT-tjänster och dessutom att specificera lämpliga gränssnitt för olika användargrupper inklusive patienten själv

Behov av nya samverkansmodeller och ekonomiska affärsmodeller för vård och omsorg

Brister i samverkan leder till dålig kvalitet, resursslöseri och en rad negativa (värdeförstörande) upplevelser för patienten. Samverkansproblematiken är ett av flera resultat av den ökande specialiseringen, kommunernas ökade åtaganden på vårdområdet och blandningen mellan offentlig och privat vårdorganisation. Samverkan är helt enkelt en effekt som slår på lite olika sätt, vissa positiva andra mindre så.

Samverkan är ett begrepp som bör preciseras och skärpas för att kunna användas effektivt. Ambitionen inom VVP har varit att kunna beskriva de samverkande ekonomiska affärsprocesser som idag upplevs som ”komplexa”, och att på ett effektivt sätt introducera IT så att samverkande nya arbetssätt premieras. Incitamentsstrukturen bör tydligt länkas till samverkansbegreppet..

För att lyckas med att förnya vårdkoncept och samverkansmodellerna menar vi att vi i VVP måste utgå från ett radikalt vårdtagarperspektiv. Med detta menar vi att; projektets utgångspunkt är medborgarens *upplevda* värde med vård och omsorg och dess organisationer. Tesen är att de möjligheter som tas tillvara ofta har fokuserat på värdet för organisationen (intern effektivitet) snarare än på värdet för medborgaren (extern effektivitet). Konceptet affärsmodell har blivit centralt de senaste åren. En affärsmodell ligger mellan en organisations strategi och dess affärsprocesser, och knyter ihop dessa på ett begripligt sätt.

1.4 Ingående resultat

VVP-projektet har byggt vidare på erfarenheter från, och dessutom vidareutvecklat, ett antal

viktiga projektresultat från de avslutade MobiSams [38] respektive SAMS-projekten [48].

De två förstnämnda projekten har arbetat med att stödja en bättre samverkan mellan vård-, omvårdnads- och omsorgsgivare och fokuserar särskilt på sjukvård med hemmet som bas. Projekten har visat hur en mer patientfokuserad process med generella verksamhetstjänster och motsvarande IKT-tjänster kan se ut, som dessutom bygger på internationella standarder. Tjänsterna är utöver detta mobilt användbara. Verksamhetstjänsterna och de stödjande IKT-tjänsterna (komponenter) har byggts upp på genomarbetade informationsmodeller som fokuserar de krav på begreppsdefinitioner och föregående analys som kommunikation i samband med samverkan mellan enheter ställer. Dessutom har processmodeller utvecklats för att beskriva hur en förbättrad samverkan fungerar där patientens perspektiv sätts i centrum.

De konkreta IKT-tjänster som projektet kan utnyttja och bygga vidare på är tjänster för Vårdåtagandehantering, Vårdplanering, Aktivitetsplanering och genomförande, Vårdkontaktbeskrivning, Resurshantering, Uppföljning samt Betalhantering.

1.5 Förväntat resultat, effekter och generell nytta

VVP-projektet har försökt stödja hållbar tillväxt genom att beakta ekonomiska, sociala och ekologiska effekter. Resultaten kan förväntas ge följande effekter och nytta på kort respektive lång sikt. Mäns och kvinnors kompetens har också tillvaratagits genom ett teamorienterat arbetssätt med olika deluppgifter.

Arbetet och därmed resultaten har försökt belysa olika intressenters perspektiv, dvs. vi har försökt fokusera på såväl *Patienterna*, *Vårdgivarna*, *Industrin* som på *Forskarsamfundet*.

Patienter, närstående och upplevelse av värde

Inom VVP ser vi som tidigare nämnts patienten som det centrala. De studier och resultat som genomförts inom VVP har så långt som möjligt försökt sätta patienten och hennes närstående i centrum och på så sätt ge dem ett mervärde jämfört med dagens ofta vårdgivarcentrerade perspektiv.

Målen med att sätta patienten i centrum är flera - Att patienten genom att sättas i centrum kan uppleva en ökad säkerhet och kvalitet av vården och omsorgen. Men detta kan också leda till en ökad delaktighet för patienten och närstående i vården, som i sin tur också kan ge ökat värde. Helt centralt är också att patienten kan uppleva en ökad tillit genom att veta vad andra gör och ansvarar för i vård- och omsorgsprocessen.

Vårdgivare

Naturligtvis måste också vårdgivare inom landsting, kommuner och privata sektorn beaktas. Således har VVP försökt att göra det möjligt för vårdgivare, vårdtagare och närstående att ta del av information om patientens hela situation genom att vårdplaner, planerade åtgärder och besök från olika vård-, omvårdnads- och omsorgspersoner görs tillgängliga. Att effektivisera resurser och frigöra tid för vårdgivare genom t.ex. minska dubbelarbete är en aspekt av detta, men det finns många andra aspekter som kan komma in här, inklusive nya sätt att bedriva vården på. Detta kan inkludera prevention, involvera patienter och anhöriga på ett bättre sätt,

dvs. nya och ändrade processer i vården.

Industrin

För industrin har målet varit att tillsammans med forskningsaktörerna och andra leverantörsaktörer bygga ny kunskap om de nya vård- och omsorgskoncepten och vad dessa kräver för att skapa ett försprång på marknaden i att bilda konsortier som erbjuder de nya sammansatta tjänsterna som stödjer de nya vårdkoncepten. Det är av stor vikt att industrin på ett aktivt sätt är med i arbetet med i att bilda ny kunskap om vilka krav i form av tjänster som de nya vårdkoncepten kräver. Att skapa relationer till nya viktiga partners som framtiden kommer att kräva för att möta de nya affärsmodellerna. Olika former av nya konsortier med komplementära partners är väsentliga för att möta de nya kraven. Det är också viktigt att rent konkret prova och undersöka förutsättningarna för de nya tjänsterna och hur de kan fungera i en ny, standardbaserad, kommunikativ och öppen plattform.

För industrin har målet varit att tillsammans med andra leverantörsaktörer få ett försprång på marknaden i att bilda konsortier som erbjuder de nya sammansatta tjänsterna som stödjer de nya vårdkoncepten. Att vara med och bilda kunskap om vilka krav i form av tjänster som de nya vårdkoncepten kräver. Att skapa relationer till nya viktiga partners som framtiden kommer att kräva för att möta de nya affärsmodellerna. Att kunna prova de egna tjänsterna och hur de kan fungera i en ny, standardbaserad, kommunikativ och öppen plattform.

Forskning inom medicinsk informatik och ekonomi

Slutligen har VVP också ett viktigt forskningsperspektiv. Dvs. VVP har fokuserat på att även skapa kunskap om hur samverkan fungerar inom vård och omsorg och hur den skulle kunna fungera på ett bättre sätt utifrån vårdtagarens behov och att skapa värde i processen. Att erhålla kunskap om hur affärsmodeller kan se ut som omfattar sammansatta tjänster på både verksamhets- och IKT-planen och hur marknaden för detta kan fungera. Att erhålla kunskap om hur tillväxt genom gångbara koncept kan skapas inom vårdområdet nationellt och internationellt. Att erhålla kunskap om metoder för framtagande av processmodeller, begreppsmodeller, informationsmodeller, databasmodeller inom vård och omsorg och som bygger på samverkande vårdkoncept. Att erhålla kunskap om hur verksamhetstjänster och IKT-tjänster kan beställas på ett annorlunda sätt baserat på förbättrade vårdkoncept som leder till bättre kvalitet i vården, uppföljning, utvärdering av resultat, samt kunskap om behovet att se över brister i ersättningsystem.

1.6 Nyhetsvärde – vad är unikt med projektet

Det unika med detta projekt är att man utgår från patientens egen uppfattning om vad de själva upplever som värdeskapande i vården. Vårdens egna bedömningar och prioriteringar har här fått stå tillbaks, eftersom det visat sig att patienter och vårdgivarna ofta värdesätter helt olika saker.

Projektet är också unikt genom att man försöker ta hänsyn till och integrera IKT-tjänster från andra projekt som i sig också kan uppfattas som unika eller åtminstone nyskapande.

Projektet kan på detta sätt arbeta med och tydliggöra de nya vårdkoncepten och hur de nya

IKT-tjänsterna kommer att kunna se ut. Projektet har också tillgång till unik kompetens inom vård och omsorg, uppbyggnad av IKT-tjänster och arkitekturer, affärsmodeller och värdeskapande samt standarder.

Projektet har också tillgång till aktörer bland leverantörerna, vilket innebär att projektet förväntas nå långt med att konkretisera de nya affärsmodellerna för IKT-tjänster.

Dessutom innehåller VVP en bred studie för att fånga upp trender och konceptidéer, djupintervjuer med patienter, anhöriga och företrädare för vården för att öka kunskap om vad som skapar värde, arbete på ett antal olika fältarenor samt arbetet och länkar till all bakgrundsinformation som finns hos flera av VVPs partners.

1.7 IKT-inriktning

IKT's roll är att underlätta kommunikationen och interaktionen mellan vårdtagare och vårdgivare samt att stödja kommunikationen mellan olika vård- och omsorgsgivare i syfte att uppnå resultat för patienten. Det innebär bland annat att ge möjlighet till omedelbar och flexibel interaktivitet på medborgarens villkor, och på så sätt göra vård och omsorgssektorns produktionskedjor och innovationsprocesser mer interaktiva, transparenta och efterfrågebaserade.

Kommersialisering av generella e-tjänster

Projektet har också arbetat med att ta fram förslag på hur e-tjänsterna skulle kunna göras kommersiellt tillgängliga. I VVP finns en ambition att kunna beskriva hur företagen och verksamheterna skulle kunna gå tillväga för att skapa en nationell och en internationell marknad.

Projektet har också tagit fram tankar kring de hinder som idag kan finans för att kunna föra de nya tjänsterna till en fungerande marknad.

1.8 Projektupplägg och metoder

I projektet har stor vikt kommit att läggas vid ”korsbefruktning” mellan verksamheter och professioner dvs. mellan användare, teknik och ekonomi. Så har t.ex. arbetet med de lokala verksamhetsarenorna integrerats med undersökningar med patientens behov och värderingar satts i fokus.

Användarbehov i anslutning till informationstjänsterna har definierats successivt under förändringsarbetet och parallellt har verksamheterna tidigt i projektet fått möjligheter att diskutera olika former av ett tänkbart IKT-stöd. Och sätta detta i relation till sina befintliga stöd och projektets egna uppfattningar om de nuvarande systemens möjligheter i denna nya patientcentrerade värld.

Ett lärororienterat arbetssätt har tillämpats i VVP. En etnografisk ansats har använts för att arbeta med fallen på de olika fältarenorna. Fenomenologiska metoder och deltagande observation har använts i både patientundersökningar som för att se samverkansmönster i organisationer och verksamheter.

Utifrån de erfarenheter projektets medlemmar haft från tidigare projekt, har vi också initierat en dialog för att skapa insikter, för att uppfatta och adaptera nya modeller och för hur de kan föras ut på en marknad. Under arbetet med utveckling och beskrivning av patientens process har studier och dialoger bedrivits med andra tillämpningsområden som t.ex. industrin för att jämföra hur man där har utvecklat de processer och det processansvar man har idag och hur arbetet bedrivs vidare.

1.9 Projektplan och budget

Projektet har bedrivits genom aktiv medverkan från verksamheternas olika intressenter, tillsammans med behovsmotiverad forskning och industrins intressenter.

För att på ett praktiskt sätt dela upp arbetet i VVP i olika steg, skapades fem olika arbetspaket (Work packages - WP). Dessa har varit:

- WP 1 Projektledning (lett av KI)
- WP 2 Vårdkonceptet Ett Radikalt Medborgarperspektiv (lett av HHS)
- WP 3 Utveckling av e-tjänster samt verksamhets- och e-tjänster på en marknad (lett av Alkit)
- WP 4 Iterativ utprovning och fältförsök på arenorna (lett av ICC)
- WP 5 Resultatspridning och Exploatering av resultat (lett av HHS)

I *WP 1* har ingått sedvanliga projektledningsaktiviteter, inkl. administration och budgetuppföljning, men också dokumentation av möten, Webb-sida för projektet samt hantering av den projektinterna dokumentportalen Reflex.

WP 2 har fokuserat på fältstudier på de arenor som valts ut, dvs. Sophiahemmet Rehab, Jönköpings landsting och kommun samt Capio Axessakuten Göteborg. Huvudsakligen har här genomförts undersökningar i enkät- och intervjuform med såväl patienter som ledning för de olika fältarenorna.

Dessutom har kompletterande information hämtats in från intervjuer med ett femtontal patienter, anhöriga och vårdgivare i olika positioner inom äldreården i nordöstra Göteborg. Seminarier har genomförts med representanter för de olika samverkande verksamheterna. Arbetsmodellen skall ses som en förprocess till kommande förbättringsarbete för att utveckla samverkan. Slutligen har diskussioner förts med bl.a. nyckelpersoner bakom Angereds närsjukhus.

WP 3 har arbetat med dels studier av befintliga IKT-plattformar på de olika arenorna och hur dessa eventuellt kan fungera i ett nytt mer patientfokuserat arbetssätt, men också på att ta fram specifikationer på nya, informationsintegrerande verktyg som skulle kunna lösa många av de samverkansproblem som dagens IKT-system har. Dessutom har WP 3 undersökt hur andra nationella IKT-projekt som t.ex. NI, NPÖ, GVD m.fl. kan påverka den typ av samverkan som VVP-projektet arbetar med.

WP 4 har arbetat med planering, diskussioner och vissa preliminära studier av hur en mer värdeskapande och patientfokuserad process skulle kunna se ut och fungera.

Slutligen har *WP5* fokuserat på kunskapsspridning och arbete med tänkbara exploateringsvägar av resultaten från VVP.

Resultaten av arbetet i dessa arbetspaket är redovisat längre fram i denna rapport under rubrikerna På väg mot en vård som skapar ökat patientvärde, Värdeskapande – möjligheter, e-Tjänster som möjliggörare samt Hur skall nya vårdmodeller och nya e-tjänster kunna införas?

Budget

Total budget för projektet satts ursprungligen till 9.1 Mkr, varav Vinnova skulle ha täckt c:a 4.7 Mkr och resterande 4.4 Mkr skulle komma från så kallad Integrerad finansiering, dvs. från andra finansiärer och från ingående partners och fältarenorna själva. Det visade sig dock vara svårt att få andra finansiärer att ställa upp med matchande bidrag, vilket gjorde att VVP i samråd med Vinnova lade sig på en annan, lägre totalbudget och med Vinnova som den extern finansiären.

Således sattes projektets totala budget till 5.215 Mkr, med ett bidrag från Vinnova på 3.675 Mkr. Resterande 1.540 Mkr täcks av i projektet ingående fyra huvudpartners. Till detta kommer arbetstid för de olika arenorna som ligger utanför projektets totala budget, men som kan uppskattas till cirka 0.5-1.0 Mkr ytterligare.

Tidsplan

Projektet påbörjades i januari 2006 och planerades att avslutas april 2008. Dock tog arbetet på de olika fältarenorna mer tid än beräknat samt blev också påverkat av att två olika nyckelpersoner i projektet bytte arbetsgivare under åren.

Projektet ansökte pga. detta om förlängd arbetstid, vilket också beviljades av Vinnova och slutligen sattes slutdatum till 31 december 2008.

1.10 Parter och roller

I projektet har ett antal olika grupper och intressenter engagerats. I huvudsak har dessa varit Projektledning, Vård/verksamhetsföreträdare, Forskningsgrupp respektive Industrigrupp.

Projektledningen har på ett naturligt sätt bestått av de fyra parter som varit initiativtagare till projektet, dvs. Handelshögskolan i Stockholm (HHS), Karolinska Institutet (KI), Intercare Connexion AB (ICC) samt Alkit Communications AB (Alkit).

Se vidare nedan under avsnitten Parter resp. Projektorganisation för ytterligare detaljer kring projektledningen.

Vård/verksamhetsföreträdarnas huvudsakliga roll har varit att tillsammans med projektledningen analysera och beskriva behov utifrån ett vårdgivar- och patientperspektiv samt att delta i utvecklingen av modeller och nya organisationsoberoende arbetsätt som kan generera nya effektiva vårdformer/koncept med hjälp av ny IT som möjliggörare. Verksamhetsföreträdarna har också deltagit i arbetet med kunskapsutveckling lokalt kring samverkande gemensamma IT-stöd.

De verksamheter som VVP arbetat med har i huvudsak varit följande:

Landstinget respektive kommunen i Jönköping. Här har man ett för Sverige unikt engagemang och erfarenheter av effektivisering av vården utgående från patientens perspektiv. Kontaktpersoner har varit bl.a. Göran Henriks, Margaretha Strindhall, Anette Eckerheim samt från kommunen Elisabeth Meyersjö och Tommy Stillvall. Jan Günther-Hanssen från

landstinget i Jönköpings IT-enhet har också ingått i arbetet.

Landstinget Dalarna. Projektets avsikt var att etablera ett fält i Dalarna. Kontaktperson Anders Paperin. Landstinget i Dalarna har en mycket god kunskap om och intresse för behovet av nya samverkansbehov, informationsbehov mellan olika vårdaktörer inom vård och omsorg såväl på regional och nationell nivå. Utveckling av samverkan hade sedan några år pågått i projektet Kersti med Faluns Kommun som samverkanspartner. Tyvärr valde kommunen av olika skäl att inte delta varför det inte heller blev meningsfullt för landstinget att delta så aktivt i projektet som de initialt önskat.

Sophiahemmet Rehab Center i Stockholm. Kontaktperson Stefan Andersson och Peter Seger. Har en bra kunskap om samverkansbehov runt patienter, rehabilitering av långtidssjukskrivna mm. Dessutom har man god insikt i hur vård- och omsorgsprocesserna samverkar med försäkringskassa, länsarbetsnämnder, privata försäkringsbolag, företagshälsovård, arbetsmiljöarbete och privata vårdgivare m.fl. privata rehabiliteringsaktörer, samt hur vårdgivarens uppdrag, roll kan definieras med avseende på ovanstående.

Capio Axessakuten i Göteborg. Kontaktpersoner har varit Fredrik Thafvelin, VD för Capio Norden samt Annelie Söderström, verksamhetschef för Capio Axess akuten. Här är man mycket intresserad av patientcentrerad vård, där patienter ses som kunder sida vid sida med organisatorisk effektivitet och ekonomisk lönsamhet. Man är också speciellt intresserad av IKT-tjänster som kan stödja detta arbete.

Närsjukhuset i Angered. Kontaktpersoner har varit Anders Ågård och Marianne Olsson som är projektledare för Angered's närsjukvård (ANS) som är tänkt att arbeta med en ny form av patientcentrerad verksamhet. ANS har till del tjänat som en kompletterande bas för vissa kartläggningsaktiviteter inom VVP, men har inte varit en huvudarena då deras verksamhet inte är igång kliniskt ännu.

Forskning, vårdutveckling och IKT-stöd för samverkan

Forskningen inom VVP har i huvudsak letts från HHS och KI, men projektet har också haft kontakter och idéutbyte med forskare från Umeå Universitet och Eva Lindh-Waterworth där, samt med Uppsala Universitet och Sabine Koch.

Handelshögskolan i Stockholm och dess CIC-grupp forskar och arbetar med efterfrågade affärsmodeller och har erfarenhet av olika branscher som finansiella tjänster, bilindustrin och kraftindustrin.

Karolinska Institutet och institutionen LIME arbetar med medicinsk informatik i synnerhet med verksamhetsutveckling inom vård och omsorg, processer, begrepps- och informationsmodeller, samverkande arkitekturer. LIME har en stor samlad erfarenhet från tidigare angränsande projekt som. SAMS och MobiSams.

VVP-projektet har också haft tät kontakt med ett antal viktigare nationella projekt som kommer att ha stor inverkan på möjligheterna att införa ett bra IKT-stöd för samverkan i vården. Exempel på dessa projekt som vi samarbetat med är Socialstyrelsens Nationell informationsstruktur (NI-projektet), Nationella patientöversikten (NPÖ), Sjukvårdsrådgivningen samt Stockholms Länds Landstings projekt Gemensam vårddokumentation (GVD).

Tillsammans med dessa projekt har vi arbetat med nästa generations IT-lösningar och hur

dessa skall kravställas och utvecklas i samverkan med vården.

Industrigrupp

Industrins huvudsakliga roll i VVP-projektet har varit att delta i arbetet med att nå en ökad förståelse av "kunden" och baserat på denna ökade förståelse skapa kommersiellt effektiv IT och på så sätt öka tillväxten och sina marknadsandelar.

Industrigruppen består av ett nätverk företag med kunskap och erfarenhet om verksamheten inom hälso- och sjukvården, befintliga system och miljöer, teknisk utveckling, trender på marknaden dvs. beställare och leverantörer samt av vårdgivarna önskade framtida läge.

Industrigruppen har kunskap om metoder och arbetssätt som i kombination med nya affärsmodeller och samverkansformer som sammantaget ger en kostnadseffektiv utveckling och ett effektivt stöd av IT i vårdkedjan.

Huvudsakliga aktörer har här varit:

Alkit Communications AB. Kontaktperson Lars-Åke Johansson med kompetens inom arkitekturer, applikationer och komponenter för samverkande system, metoder för verksamhetsanalys och systemutveckling, tekniker för modellering av verksamheter och informationsförsörjning, datakommunikation samt realtidssystem för video och ljud.

Intercare Connexion AB. Kontaktperson Sune Andreasson med kunskap om verksamhetsutveckling, IT-strategier i vården, utveckling och produktifiering av ITK-tjänster, bl.a. en kommunikationsplattform (remiss och svar) för att möjliggöra samverkan inom vården samt planerings- och schemalägningsverktyg.

Kontakt har dessutom etablerats med Volvo IT och Volvo Cars, kring en analys av vilka synergieffekter som kan uppnås speciellt vad avser utveckling av processer.

Hewlett-Packard Svenska AB, Ove Utberg. Har stor kunskap om såväl system för vården som integrerade IT-system på en generell marknad.

Pay & Read Sweden AB. Kontaktperson Torbjörn Karlsson. Företaget har kunskap inom elektronisk debitering och säker identifiering, säkra IT-system, samt utveckla och implementera tjänster inom dessa områden. Förutom den direkta nyttan, delta i bidra till att öka användandet av Elektronisk Legitimation såväl i datorer som i mobiltelefoner kopplat till vårdens behov. Kompetens inom, entreprenörskap och kommersialisering.

Linde Gas Therapeutics AB. Kontaktperson Lars Källsäter. Linde har ett intresse av att komma närmare kundens behov och skapa ett lärande runt detta. Synergier mellan vårdens processer kopplat till industrin.

Telia Sonera AB. Kontaktperson Stefan Markiewicz. Ingår i projektet med spetskompetens om nya typer av tjänster, vill hitta metoder för att utveckla nya tjänster med medborgare som är intresserade av.

WM-data AB har också deltagit i det initiala arbetet.

1.11 Projektorganisation

Initiativtagare till projektet har varit Monica Winge, KI och Ulf Essler, HHS. Projektet blev prioriterat som ett av två utvalda projekt i Katalysatorsprogrammet på VINNOVA. Projektet har letts gemensamt av Handelshögskolan och Karolinska Institutet som via denna unika konstellation gemensamt har lett projektet. Initialt var Ulf Essler på HHS projektledare, samt Monica Winge bitr. projektledare (KI). Projektledarrollen övertogs sedan av Uno Fors, KI från 2008 fram till projektets avslut.

En styrgrupp har under projektets gång arbetat med strategiska frågor rörande budgetfördelning, huvudsaklig inriktning på forskningsaktiviteter, urval av fältarenor samt andra strategiska frågor. Styrgruppen har haft cirka 3-4 sammanträden per år.

Denna grupp har bestått av Per Andersson (HHS), Uno Fors (KI), Sune Andreasson (ICC) samt Lars-Åke Johansson (Alkit). Vid behov har personer som Ulf Essler (HHS), Monica Winge (KI) m.fl. adjungerats.

Styrgruppen har också haft en sekreterare som också arbetat med VVPs Web samt hållit projektets interna dokumentportal uppdaterad. Detta arbete sköttes initialt av Satu Pulkkinen (KI), men övertogs sedan av Gudrun Werlin (KI).

Arbetet på de olika fältarenorna har delats upp mellan projektets medlemmar, således har arbetet med Sophiahemmet Rehab letts av Ulf Essler medan Jönköpingsarenan och Capio Axessakuten Göteborg, och arbetet vid ANS letts av Sune Andreasson.

Totalt sett har cirka 10-15 personer varit engagerade i de olika praktiska arbetspaketen i VVP under åren, men huvuddelen av arbetat har utförts av följande personer:

- Ulf Essler, HHS
- Uno Fors, KI
- Monica Winge, KI
- Linda Ander/Sonesson, KI
- Margaretha Strindhall, KI/ Jönköpings läns landsting
- Sune Andreasson, ICC
- Lars-Åke Johansson, Alkit
- Mats Gustafsson, Alkit

1.12 Begrepp och termer som används i rapporten

I denna rapport används ett ganska stort antal begrepp som för olika läsare med olika bakgrund skulle kunna betyda olika saker. På grund av detta har vi i Bilaga 1 lagt in definitioner av ett flertal begrepp som används i rapporten.

1.13 Avgränsning

Eftersom vård och omsorg vänder sig till alla patientgrupper och brukare så måste den anpassas till en rad olika situationer och förutsättningar. I projektet har vi studerat processer för såväl akut som planerad vård och patienter som haft neuropsykiatriska handikapp såväl

som äldre multisviktande patienter och patienter med behov av rehabilitering som rehabilitering. I denna rapport har vi valt att fokusera på att beskriva problematik och vårdkoncept för patienter med sammansatta vårdbehov – i första hand äldre och skröpliga/multisviktande – som vårdas i hemmet eller i den kommunala omsorgen. Vårdmodellen är dock sannolikt tillämpbar även för personer med neuropsykiatriska funktionshinder eller andra komplexa vårdproblem.

1.14 Rapportens disposition

I avsnitt 2 redovisar hur de nya vårdkoncept som skall möta framtida krav kan komma att se ut.

Där skisserar vi hur en värdeskapande patientprocess kan se ut och tar hjälp av projekt och kvalitetsverktyg.

I avsnitt 3 beskrivs samverkansproblematiken och i kapitel 4 beskriver vi e-tjänster som skall stödja det vårdkoncept som växt fram i avsnitt 2.

I avsnitt 5 ett försök till konkretisering genom att beskriva hur det nya konceptet skulle kunna införas och hur kvalitetsverktygen kan användas i patientprocessen. Slutligen redovisar vi Konklusioner och Förslag till fortsatt forskning i de två sista avsnitten.

Därutöver finns en referenslista och bilagor med bl.a. definitioner av centrala begrepp som används i rapporten

2. På väg mot en vård som skapar ökat patientvärde

2.1 Det globala perspektivet

En genomgång av artiklar och strategidokument från ett stort antal länder, visar en samstämmig bild av att vårdssystemen - så som de är utformade idag - inte kommer att klara de utmaningar som finns eller kan förutses. Bland dessa utmaningar nämns i första hand ökade vårdbehov. Allt fler blir äldre, allt fler drabbas av en eller flera kroniska sjukdomar och den medicinska kunskapstillväxten gör det möjligt att framgångsrikt behandla allt fler sjukdomstillstånd. Demografiska beräkningar visar att år 2020 kommer 25 % av Europas befolkning att vara över 65 år. Närmare 60 % av världens resurser går till just vård av äldre. Lägg där till patienter med kroniska sjukdomar och med sammansatta vårdbehov så svarar de sammantaget för en mycket stor andel av vårdkonsumtionen – vi uppskattar det till över 70 %. Eftersom det finns stora förbättringsbehov och – möjligheter för dessa patienter/brukare, har vi orienterat projektet mot dessa grupper.

Det har blivit uppenbart att dagens system är grundade på föråldrade principer. Det finns en samstämmig bild av att radikala förändringar behöver göras i sjukvårdssystemen. Någon har uttryckt det så drastiskt som att det är omöjligt att tillhandahålla vård i det tjugonde århundradet genom en sjukvårdsapparat som utformats på organisations- och ledningsprinciper från artonhundratalet.

De visioner och strategiska inriktningar som vi tagit del av är, om inte identiska, så variationer på samma tema. Det finns också en övertygelse om att IKT har en central roll, och är en strategisk förutsättning, för att visionerna om de nya vårdssystemen ska kunna förverkligas.

EU har under 2008 startat ett program som ska löpa fram till 2013 - Ambient Assisted Living (AAL) Joint Programme [18]. EU Kommissionen tillskjuter en årlig budget på 25 miljoner euro och de deltagande länderna tillsammans ungefär lika mycket. Tillsammans med industrins delfinansiering av projekten förväntas programmet totalt omsluta i storleksordningen 600 miljoner euro över sex år.

I beskrivningen av bakgrunden pekade man på den utmaning som Europa står inför att kunna möta efterfrågan av vård från en åldrande befolkning med en allt vanligare förekomst av kroniska sjukdomar och ofta multikroniska tillstånd. Det krävs ett ”paradigmskifte” i vård och omsorg som karaktäriseras av:

- Mer individualiserad vård
- Mer vård i hemmet
- Mer förebyggande insatser, inkl. riskbedömningar
- Mer egenvård
- Mer och bättre informationshantering

I rapporten Health Informatics Review från Department of Health [16] slår man fast att behovet av ”high quality information” inom NHS samt omsorgen i England aldrig varit större. Slutsatser och rekommendationer grundas på en omfattande dialog där 1400 intressenter – anställda inom NHS, patienter, allmänhet, frivilligorganisationer och professionella organisationer - varit aktiva.

Rapporten lyfter fram en vision som kännetecknas av en rättvis, behovsanpassad, säker och effektiv vård av hög kvalitet. Särskilt framhålls förändringar som leder till att:

- Patienter och anhöriga blir mer aktivt involverade i att planera och genomföra den egna vården
- Vården anpassas till individuella behov

- Patienterna får tillgång till ett utökat utbud av vårdtjänster
- Den vård som ges är garanterat säker och effektiv

Det framkom tydligt att de allra flesta som deltog i dialogen anser att tillgången till information är kritiskt viktig, för att nå den höga nivå på patientsäkerhet, kvalitet, patientupplevelse och effektivitet som rimligen kan förväntas.

Det finns också en tydlig insikt om att IKT inte kan ”leva ett eget liv”. De nödvändiga förändringarna i sjukvårdssystemet är styrande för vilka tjänster som behöver utvecklas. Patienter vill veta vilka alternativ som står till buds för att kunna göra sina val. Vårdgivare behöver pålitlig och relevant klinisk information för att kunna ge rätt behandling till patienter. Allmänheten förväntar sig att de som leder vård och omsorg säkerställer kvalitet i vården genom att beslut baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett brett arbete med att se över och granska sina vårdssystem (local services) har genomförts av Strategic Health Authorities (SHA) i olika delar av England. Department of Health initierade 2005 ett projekt - ”Telecare in England” - med en budget på ca en miljard kronor över två år, där pilotprojekt riktade mot äldre med sammansatta vård- och omsorgsbehov påbörjades [15]. Ingående utvecklingsområden är

- Individanpassad vård (Dedicated case management)
- Evidensbaserad vård för patienter med kroniska åkommor
- Gemensamma team för vård och social omsorg
- Tillgänglighet (24/7)
- Prova integrerad vårddokumentation
- Stöd till Egenvård

I Kanada har Canadian Home Care Association tagit fram en rapport ”Integration through ICT for Home Care in Canada” [12] där man bl.a. uppmärksammar den obalans vad gäller investeringar i IKT, som finns mellan sjukhussektorn och primärvård/kommunal vård /hemsjukvård. Det finns en insikt hos beslutsfattare om att alltmer av vården kommer att tillhandahållas i eller närmre patientens hem, men det har inte i tillräcklig utsträckning påverkat de strategiska besluten och resursfördelningen.

Även om akutsjukvården omfattar viktiga och betydelsefulla händelser för den enskilde, är det den långsiktiga relationen till vården som har störst betydelse för de många äldre kanadensare och kanadensare med kroniska åkommor. Denna relation byggs i första hand mot primärvård och kommunal vård och omsorg och allmänheten har höga förväntningar på sjukvårdssystemet. Man förväntar sig att informationen ska följa patienten när olika vårdgivare anlitas, integriteten skyddas, få möjligheter att påverka beslut, säkerheten garanteras och att man snabbt ska få information och besked om resultat mm.

En smidig och fullständig integration av olika vårdtjänster dominerar den aktuella agendan för sjukvården i Kanada och man betraktar IKT som en ”möjliggörare” (enabler) för detta. Forskning visar att IKT är en avgörande faktor för att team-kommunikation, förnyelse och samverkan ska fungera.

USA har länge varit ledande vad gäller IT-användningen i vården, men har betydande problem med att få en fungerande sjukvård. Det finns en vildvuxen flora av olika vårdssystem. Trots den stora användningen av IT, har man inte alls den spridning av datoriserade journalsystem som vi har i Europa och Norden. Vid en vårdpolitisk workshop som hölls 2007 med deltagare från EU och USA, presenterade en representant för Department of Health and Human Services den amerikanska agendan i form av American Health Information Community Priorities for 2007 and 2008

- 2007

- Emergency Responder – EHR
- Consumer Access to Clinical Information
- Medication Management
- Quality
- 2008 (Possible)
 - Personalized Health Care
 - Remote Monitoring
 - Remote Consultation
 - Public Health Case Reporting
 - Response Management
 - Referrals and Transfer of Care

Denna lista visar stora likheter med de prioriteringar som finns i övriga västländer.

Michael Porter, en av de ledande forskarna kring marknadsutveckling, har på senare år ägnat sig åt att studera den amerikanska sjukvården [47]. Han hävdar bl.a. att det är bra att göra ständiga förbättringar, men att detta inte räcker för att komma tillrätta med de strukturella problemen. Han påstår vidare att den konkurrens som finns idag inte har någon koppling till värdeskapande och att en sjukvårdsreform måste baseras på förutsättningen att den ska resultera i det. Målet måste vara att skapa patientvärden, inte att i första hand sänka kostnaderna. Vidare måste vården organiseras kring ”medical conditions” och omfatta hela vårdepisoden. Ersättningssystemen måste förnyas, så att värdeskapande blir lönsamt, menar Michael Porter.

Det finns en mångfald av sjukvårdssystem i USA. En grupp forskare med prof. Paul Batalden i spetsen studerade tjugo av de bäst presterande systemen för att förstå varför de så väl lyckades skapa värde för patienterna. Studien inriktades mot sjukvårdens minsta enheter, där vårdpersonalen möter patienterna. Dessa framgångsrika s.k. mikrosystem (clinical microsystems) karaktäriseras bl.a. av att de har ett kompetent ledarskap, ett starkt patientfokus, en ”informationstät” miljö och en starkt värdebaserad kultur. De arbetar med systematiska förbättringar för att öka sin kunskap om de resultat de uppnått och för att utveckla sina processer. Resultaten av studien presenterades i Joint Commission Journal on Quality Improvement under perioden september 2002 till oktober 2003 och i en artikel av Batalden m.fl. [44]. Mikrosystem har blivit ett begrepp och en modell för högpresterande, värdeskapande vård (se mer utförlig beskrivning i kapitel 5) som fått en viss spridning i USA och Europa, med bl.a. Landstinget i Jönköping som en aktiv part. De principer som dessa högpresterande mikrosystem utvecklats på harmonierar väl med det koncept som vi vill utforma i VVP. Därför kommer vi längre fram att återkomma till mikrosystem, speciellt den dimension som rör informationshanteringen.

De nordiska länderna ser liknande utmaningar som västvärlden i övrigt. För att ta Danmark som exempel så har man i sin nationella IT-strategi [41] beskrivit den förväntade utvecklingen och tagit fram en vision av den framtida sjukvården som skall ha hög kvalitet och vara resurseffektiv. Visionen karaktäriseras i övrigt bl.a. av att patienter och medborgare är tillgängliga, förebyggande och botande, bra kommunikation, lärande och attraktiv arbetsplats. Patienterna och medborgarna kommer att bli allt mer involverade och samarbetet mellan olika aktörer utvecklas. IKT skall stödja den övergripande visionen och är inte ett mål i sig. Danmark är sannolikt det land som kommit längst i breddinförande av kommunikationstjänster i vården. Beräkningar visar att man bara under 2008 har sparat över en miljard Dkr genom att använda IKT för överföring av olika typer av meddelanden [40].

Efter denna internationella utblick, kan vi konstatera att de policydokument som utformats på nationell nivå i olika länder är ganska samstämmiga och pekar på att vården, så som den bedrivs idag, inte kan förväntas klara framtidens behov. Detta gäller även för ett antal svenska dokument, som den Nationella IT-strategin [53], Socialstyrelsens God Vård [54] m.fl.

Vi bedömer att vi har utvecklat en god kunskap om pågående utveckling i omvärlden. Bilden är entydig och bidrar till en stabil grund och en klar inriktning för vårt arbete med att konkretisera de nya vårdtjänsterna och identifiera de viktigaste områdena för värdeskapande e-tjänster.

Den största utmaningen ligger inte i att formulera policydokument eller att skissa på nya visioner, utan att hitta effektiva former att driva förändringsarbetet mot de nya visionerna samt att färdigställa och implementera e-tjänster som stödjer det arbetet. Därför har vi i VVP projektet arbetat med slutanvändare och brukare på fältet för att försöka bli mer konkret, dvs. bl.a. ta fram en beskrivning av hur förändringsarbetet kan utformas och vilka verktyg som kan stödja detta.

2.2 Beskrivning och problematisering av hur vården ser ut idag

God Vård – en vägvisare

Socialstyrelsen har under senare år blivit allt mer aktiv även vad gäller hur vården bör utvecklas. 2005 kom en föreskrift - God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [54]. En annan skillnad från tidigare är att genomslaget blivit större. God Vård och de principer som läggs fast där är nu högt på agendan på alla ledningsnivåer.

Några av ”nyheterna” är följande: Föreskrifterna ställer krav på ett ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Systemet skall omfatta alla delar av verksamheten och tydliggöra hur ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet skall fördelas mellan aktörerna. Patientsäkerhet lyfts fram som ett grundläggande krav på god vård. Föreskrifterna anger en terminologi för patientsäkerhetsarbete och ställer krav på hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet skall genomföras.

För att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har en vägledning till föreskriften tagits fram. Vägledningen syftar också till att koppla samman nationell och internationell erfarenhet av kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård med den nya föreskriften.

Intryck från fältarbete, rapporter och diskussioner - Ostrukturerad vård och omsorg på ekonomins villkor

Vi har försökt få en bild av nuläget i vården genom intervjuer, diskussioner och rapporter av olika slag. Vi har haft en inriktning mot patienter med omfattande vårdbehov som äldre, multisjuka och personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Intrycket från de intervjuer vi gjort, är att vårdgivarna beskriver att de ofta arbetar i en ostrukturerad och rörig verklighet. Faktorer som får arbetet att fungera är kontakter, nätverk och relationer på det personliga planet. Det är också detta de ser som lösningar på samverkansproblematiken. Problemet med dessa lösningar är att människor byter arbete, nya aktörer kommer till och

organisationsförändringar bryter sönder fungerande team och nätverk.

När man pratar om vårdprocesser, utgår man oftast från en bild av stabila, förutsägbara processer som vilar på vetenskaplig grund - evidensbaserade vårdprogram. Detta gäller för en del verksamheter och för en del diagnoser. Ett lårbensbrott kan säkert behandlas på ett standardiserat sätt men oftast möter man en verklighet som ser helt annorlunda ut.

För äldre vården och vården av multisjuka gäller andra förutsättningar. Här handlar det inte om att en patient kan botas, utan om att en patient ska få hjälp att hantera dagen, olika problem som dyker upp och händelser som inträffar. Det handlar naturligtvis också om att lindra problem som orsakas av sjukdomen snarare än att bli frisk, alltså att hindra eller motverka en försämring p g a sjukdomen. Planeringen måste vara mycket mer dynamisk. Dessutom har inte alla äldre en enhetlig uppfattning om vad som är värdeskapande, d v s vad som bör göras eller inte göras.

De röriga och de tydliga strukturerna lever sida vid sida. En fallbeskrivning för en äldre skulle visa att patienten under en period får hjälp av olika personer på ett ganska ostrukturerat sätt. Sedan råkar patienten ut för en händelse (fallskada), som kräver insatser som är strukturerade och planeringsbara (operation). Därefter slussas patienten tillbaka ut i en oförutsägbar rehabilitering och fortsatt omvårdnad, där den äldre själv med hjälp av anhöriga får navigera efter bästa förmåga. Det finns naturligtvis undantag och som exempel kan nämnas initiativ som tagits i Västra Götaland där flera sjukhus skapat team för att utveckla bättre förståelse för helheten och patienternas situation när de skrivs ut från sjukhuset.

Det påstås ofta att arbetet fungerar trots brist på struktur, därför att människorna i vården vill göra gott, vill göra ett bra jobb och tar ansvar. Detta är naturligtvis delvis sant. Men när patienten är beroende av olika vårdgivare och remitteras över organisationsgränser blir problemen tydliga. Socialstyrelsens revisioner visar alltför ofta på brister i rutiner och system. En annan iakttagelse är att det inte alltid – och alltmer sällan - är sant att personalen kan hantera brister i organisation och rutiner. En bland flera orsaker är att det uppstår en konflikt mellan vad den enskilde vårdgivaren uppfattar som viktigt och som ger en god vård, och det uppdrag som ligger på den enhet där man jobbar. Uppdraget är oftast kopplat till ekonomiska ramar eller resultat. Eftersom chefer värderas efter resultat, och eftersom ekonomi och budget är överordnat det mesta, så kan kostnader lätt bli viktigare än vård. Ansvar tas där det finns struktur samt tydliga mål och riktlinjer. När den ostrukturerade och röriga vården ställs mot en fyrkantig ekonomisk struktur blir det ofta lättare att lägga fokus på att klara de ekonomiska målen än att utveckla vården.

Naturligtvis är inte detta långsiktigt hållbart. Vård och omsorg för äldre (multisjuka) och grupper med särskilda behov (exempelvis personer med neuropsykiatriska funktionshinder) måste bli bättre organiserad och genomförd. Redan nu vill vi framhålla att svårigheten inte ligger i att utforma en vision eller modell för hur en vårdkedja eller en process kan se ut, eller hur vården bör organiseras. Det handlar istället om att få igång ett förändringsarbete som leder till verkliga och hållbara förbättringar.

Var står vården i dag? - Arbetet med vårdkedjor och vård- och omsorgsprocesser för att skapa struktur

Intresse för processinnovation startade på allvar med Michael Hammer och Thomas

Davenport [14, 24]. Den bärande idén blev känd som “Business Process Re-engineering” eller BPR. Idén består av två interrelaterade idéer; internt samarbete och extern kundorientering, båda möjliggjorda av informationsteknologi. En organisation som initierar processinnovation via BPR tror att genom tillämpning av informationsteknologi, så kan problem med internt samarbete och bristande kundfokus avhjälpas. BPR fick dåligt rykte i slutet av 1990-talet, men har fortsatt leva och faktiskt levt upp via ett förnyat intresse från aktörer i offentlig sektor i Europa sedan 2002 och framåt.

Tillämpningen av ett processperspektiv i hälso- och sjukvårdssektorn har fokuserat på fler variabler än på ett specifikt problem. [8, 11, 36]:

- Resursminskningar
- Ökade medborgar/patient krav
- Långa väntetider
- Tillgäng till hälso- och sjukvård
- Leverans av sjukvård
- Felbehandling

Studierna till dags dato inom området verkar visa på att användning av processinnovation är ett sätt att adressera interna problem inom vården, snarare än problem med kundfokus. Men gäller detta för den svenska sjukvården?

För att få en så välgrundad beskrivning som möjligt av nuläget, har vi intervjuat sex personer som vi bedömer har en god överblick över situationen. Det innebär dock inte att den bild vi ger är heltäckande eller ens rättvisande i alla delar.

Vi var intresserade av följande frågeställning: Vilka resultat har uppnåtts genom utveckling av vårdkedjor och processer i Sverige?

Intervjuerna resulterade i en ökad kunskap om nuläget, men ger långt ifrån en heltäckande bild eftersom process- och verksamhetsutvecklingen oftast är lokala företeelser och det skulle krävas en betydligt större insats för att få underlag för mer långtgående och definitiva slutsatser. Nedan återger vi ett urval av de uppfattningar (delvis samstämmiga, delvis motstridiga) som de intervjuade uttryckt.

Landsting som utmärker sig är Norrbotten, Jönköping, Halland, Blekinge och Kalmar. Olika former av utvecklingsarbete har pågått hos dem sedan mitten av 90 talet. Detta kvalitetsarbete har ökat successivt men tagit riktig fart de senaste 2 åren. Utvecklingsarbetet i Kalmar län har gått från QUL initiativ som enstaka och några till ett system där ledande tjänstemän, politiker och verksamhetsledning efterfrågar samma typ av resultat.

Tillgänglighetsarbetet som startades 1999 har varit en murbräcka för övrigt utvecklingsarbete. Öppenhet – att visa resultat på intranät och Internet är en drivkraft. Medborgare och patienter får en större insyn och delaktighet.

Hela psykiatriförvaltningen i Kalmar arbetar processororienterat, serviceförvaltningen är certifierad och tandvården kommer på bred front. Idag har alla tre sjukhusen påbörjat ett patientprocessarbete. Landstingsstyrelsen har gett uppdrag och beslutat att landstinget skall arbeta processororienterat.

Det är trots detta ännu inte så många svenska sjukhus som kan visa bestående resultat av ett systematiskt arbete med processutveckling. I Stockholm finns sjukhus som arbetar med processer och kvalitet sedan många år. S:t Görans sjukhus startade ett processororienterat arbetssätt och processledning tidigt på 1990-talet. Idag är dessa arbetssätt relativt väl

förankrade på sjukhuset.

1997 påbörjades ett liknande arbete med att föra in processledning och tvärfunktionella arbetssätt på Huddinge sjukhus, likaså på Södersjukhuset. På Huddinge universitetssjukhus och Karolinska universitetssjukhuset (numera under gemensam ledning) insåg man att valet av processer var för snävt och att för få patienter fanns i de aktuella flödena, t ex djup ventrombos. För ett år sedan breddades därför processarbetet till att även omfatta akuta interna processer som involverar många patienter, t ex akut neurologiprocess och akut gynekologiprocess. Beslutet grundades på att 60 procent av alla vårdtillfällen på dessa sjukhus är av akut karaktär. Här samlas många diagnoser i samma process. 16 parallella vårdflöden har identifierats och de går över flera organisationsgränser.

Danderyds sjukhus bedriver också ett omfattande processarbete.

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) i Borås är ett annat gott exempel. I samband med ombyggnaden av SÄS gjordes en satsning på moderna arbetssätt, med inriktning mot processororientering. Varberg är ett annat sjukhus som ses som föregångare vad gäller att arbeta processororienterat.

Universitetssjukhuset i Lund gör en stor satsning på att införa Lean- konceptet, där huvudprincipen är att eliminera slöseri. Alla aktiviteter som genomförs i en verksamhet kategoriseras utifrån om de ökar värdet på produkten/tjänsten eller inte. De aktiviteter som är icke värdeadderande är slöseri och dessa ska systematiskt elimineras vilket man gör med hjälp av olika verktyg och metoder.

En förhållandevis stor del av processutvecklingen görs vid sjukhusen, vilket kan vara naturligt eftersom produktionsprocesserna och logistiken där är mer komplexa än i vården i övrigt. Där finns också de specialister som vill utveckla de diagnosrelaterade processerna och vårdkedjorna.

En annan aspekt som vi intresserat oss för, är om processutvecklingen gett några resultat i praktiken. Eller är det så att eldsjälar och engagerade team beskrivit och skapat (eller återskapat, istället för redesignat) processer, men att rapporterna blivit hyllvärmare och verksamheten fortsatt i gamla hjulspår? I många fall kan det säkert vara så, men Johan Thor vid Karolinska Institutet visar i sin avhandling [56] att 58 procent av processutvecklingsprojekten har lett till påtagliga förbättringar.

En av de intervjuade uppskattade på en mer intuitiv grund att svensk sjukvård kommit till två på en tiogradig skala, där tio skulle betyda att vi tagit tillvara hela potentialen i det processororienterade utvecklingsarbetet.

På S:t Görans sjukhus visar förändringsarbeten på akutmottagningen resultat på att t ex väntetider minskar om rätt kompetens flyttas fram i tidigt skede. Tvärprofessionella arbetssätt, där sköterskor och läkare gör gemensamma bedömningar, leder till bättre kvalitet, mer ändamålsenlig behandling och färre undersökningar.

Handledning av AT-läkare och nya sjuksköterskor upplevs fungera bättre om de först får delta i ett team för att lära av såväl mer erfarna kollegor som av varandra. Då blir de snabbare ”självgående”.

Ulf Andersson beskriver i intervjun att kvinnoklinikerna i Västerbotten, Rehabilitering centrum samt ett antal vårdcentraler är optimala i sin systematik och långsiktighet när det gäller processarbete och utvecklingsarbete. Idag pågår ett processarbete med alla vårdcentraler och nu påbörjas ett processarbete på alla sjukhusen.

På KK kliniken i Halmstad har det skett en spridning från diagnos- till sökorsaker. När det var

diagnosinriktat var det läkare som var processledare nu är det mer ett team av både läkare och barnmorskor som tillsammans leder processarbetet. Som kuriosita kan nämnas att KK kliniken påbörjade processutveckling med Lean-ansats redan 1992 inom ramen för POS-projektet (Det PatientOrienterade Sjukhuset). Detta ger perspektiv på utvecklingsarbetet i sjukvården och de långa ställtider som finns mellan idé – genomförande – spridning.

Flera intervjuade tror inte att de stora initiativen ledda av sjukhusledning leder till de resultat som förväntas. Kanske med undantag för privata sjukhus där man ”är duktigare” på att kopiera fungerande lösningar. Självorganiseringens princip är stark i vården och har en lång tradition. Ledningsinitiativ, t.ex. de som omnämns ovan, leder dock till att kunskap om processutveckling sipprar ner i organisationen och kan på så sätt stödja och uppmuntra lokala initiativ.

Det som sker är då är att man driver förbättringsarbete inom det man själv styr över – den egna verksamheten. Så fort processen är gränsöverskridande blir problemen större. Ledarskapet på enhetsnivå är viktigt för att processutvecklingen ska fungera, men är inte det stora problemet när det inte gör det. Låsningen ligger oftast en våning upp och är då kopplat till ekonomistyrningen. Det finns en oförmåga och ovilja att utmana denna. Ekonomistyrningen är överordnad, därför stannar ofta utvecklingsarbetet vid att maximera den egna nyttan i den egna enheten. Lite drastiskt uttryckt så har politiker och de översta ledningsnivåerna ekonomistyrningen som enda maktmedel och håller naturligtvis krampaktigt fast vid den.

Ett annat problem är gränserna mellan professioner. Men arbetet i tvärprofessionella team har successivt utvecklats och det finns nu en bred acceptans på att tvärprofessionella team är en framgångsfaktor i utvecklingsarbetet.

Vårdprogram, kliniska riktlinjer och evidensbaserad vård utgår från en viss diagnos eller sjukdomstillstånd. De blir då med nödvändighet generaliserade tjänster som, när de sedan utförs, i bästa fall anpassas till de specifika förutsättningar som gäller för den aktuella patienten. Vi ser alltför ofta att patienten behandlas som ”en njure”, ”ett hjärta” eller ”en stroke”. Vad innebär det för värdeskapandet? Det finns risker med för mycket processororientering baserat på diagnoser. Det kan fragmentera och hindra systemtänkande och minska möjligheterna att se helheten.

Oftast tar det arbete som görs för att utveckla vårdkedjor sin utgångspunkt i att ett problem uppstått eller att en diagnos ställts. Sällan breddas ansatsen till att förebygga eller förhindra att problemet uppstår. Och att förebygga eller förhindra att sjukdom uppstår är för patienten intimt förknippad med upplevelsen av värde.

För ökad förståelse av den fortsatta redovisningen vill vi här förtydliga skillnaden mellan en (patientorienterad) vårdprocess och patientprocessen (patientens egen process)

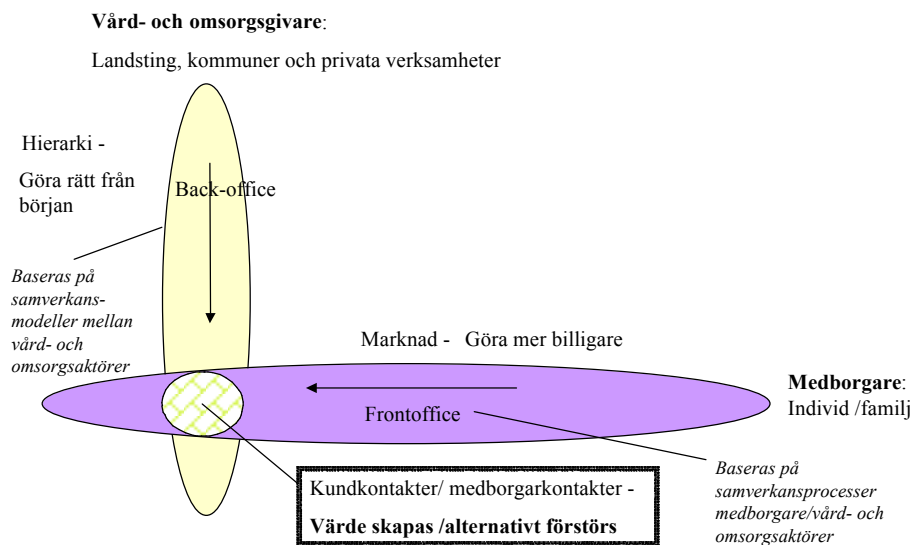
- vårdprocessen (om än patientorienterad) skapas från ett produktionsperspektiv
- vårdprocessen kan effektiviseras med hjälp av metoder som Lean, etc.
- en patient kan ingå i flera parallella vårdprocesser (som ofta inte är koordinerade)
- patientprocessen utgår från patienten och har ett mottagarperspektiv / helhetsperspektiv
- patientprocessen omfattar även aktiviteter som inte härrör från vårdprocesser

2.3 Värdeskapande – möjligheter

Frågar man två olika personer om vad värde är får man ofta olika svar; pengavärde, värdefulla föremål, människovärde och värdefulla minnen. Kanske också svaret handlar om värderingar och normer.

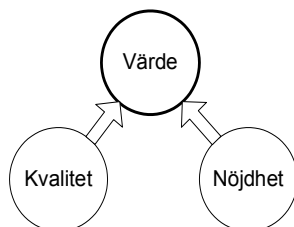
I bilden nedanför beskrivs mötet mellan medborgaren och sjukvårdssystemet. Med ”frontoffice” menas delar av organisationen som har kundkontakt. Med ”backoffice” menas delar av organisationen som saknar sådan.

Här kan också skillnaden mellan en vårdprocess och patientprocessen skönjas. I ”backoffice”-segmentet skall verksamheten utformas så att ”det blir rätt första gången”. De olika aktiviteterna skall kugga i varandra på ett effektivt sätt, logistiken skall fungera optimalt. I ”frontoffice”-segmentet skall det fungera på ett bra sätt för vård- och omsorgstagaren i mötet med vårdgivarna.



Definitionen av Värde är följaktligen en klart definierad “sam-skapande” process i vilken medborgaren är nöjd med en process som häver symptomen, och en sjukvårdsaktör som är nöjd med en process som löser problemet. Symptom (tillfredsställelse) och problem (kvalité) är två sammanvävda spår som tillsammans skapar värde.

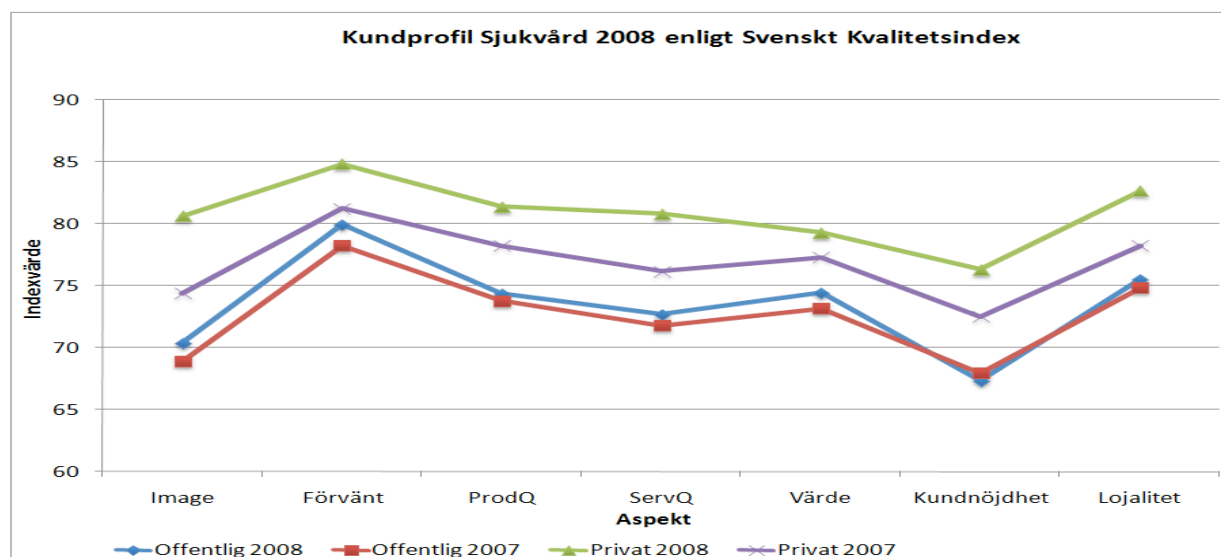
Vad innebär begreppet ”värde” i vården?



Denna förenklade bild illustrerar att det krävs både en bra teknisk kvalitet och bra servicekvalitet för att skapa värde för patienten. Värdebegreppet kan sedan byggas på också med en resursdimension och detta är speciellt relevant om vi diskuterar värde i ett systemperspektiv. Brent James definierar värde med formeln:

$$\text{Värde} = (\text{TQ} + \text{SQ}) / \text{Resurser}$$

SKI (Svenskt Kvalitets Index) gör undersökningar av hur patienter och medborgare uppfattar sjukvården och mäter då 7 olika parametrar där också Image, Förväntningar och Lojalitet återfinns.



Detta visar att det inte finns en entydig definition av värde utan att värdebegreppet varierar med kontext eller referensram.

I VVP har vi utgått från att värde skapas genom att man utför något med god kvalitet på ett sätt som gör att mottagaren blir nöjd. Ofta leder en hög kvalitet till att kunden blir nöjd. Inom vården är utfall och resultat viktiga, d v s att målen för insatsen uppnås; att patienten blir frisk eller att smärtan hålls på en önskad nivå. Men det har visat sig att bemötande och parametrar i utförande och process har stor betydelse för hur nöjd patienten blir. Detta blir allt viktigare när jag som patient har ökad möjlighet att välja vårdgivare.

Omvänt, måste vi här också diskutera om "kundtillfredsställelse" (eller i detta fall "patienttillfredsställelse") är det ultimata måttet på en väl fungerande vård med höga värden. Det är ofta så att man bör sträva efter att tillfredsställa det som patienten önskar, men det finns också tillfällen där patienten på grund av okunnighet, ovilja eller annat "vill fel". En patient som önskar narkotikaklassade smärtstillande tabletter ska ju inte alltid få det, den som önskar en speciell behandling mot cancer som sakkunskapen avråder ifrån ska kanske ej heller rekommenderas, en psykiskt sjuk patient är inte alltid i stånd att avgöra vad som är bäst för honom/henne o s v. men till allra största del är det sannolikt så att en utveckling till ett ökat patientfokus och en värdeskapande patientprocess, medför att patienten blir friskare fortare och kan hålla sig friskare även framöver.

Det är svårt att definiera begreppet "värde" då olika människor uppfattar det på olika sätt. Och detta speciellt i sammanhang som är så komplexa som just medicin och vård. Sannolikt skiljer sig dessutom uppfattningen om värde i vården mellan olika grupper, som t ex patienter, läkare, sjuksköterskor och administratörer. Eftersom VVP-projektet utgår från ett radikalt medborgarperspektiv, kommer vi i detta kapitel dock att fokusera på patientens egen uppfattning av värde, inte vårdgivarnas.

Ett radikalt medborgarperspektiv innebär att:

- värde bestäms av individens uppfattning av vad som är värde, inte av vårdsektorns antaganden eller intentioner om vad som är värde.
- värde bestäms av individens användning av vårdtjänsten, inte av vårdsektorns produktion av tjänsten.
- värde bestäms av vad individen får ut av tjänsten.
- förstå vad som är viktigt för individen och hur organisationen kan bli bättre på att beskriva och tydliggöra individens val för att nå dit hon vill komma

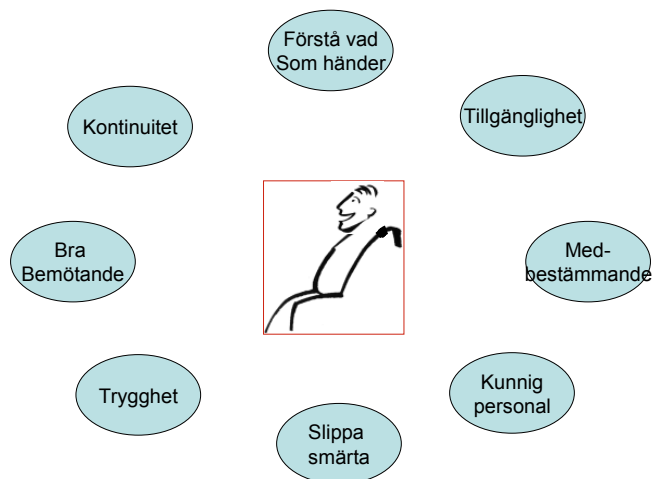
För en person som står i begrepp att köpa någonting, brukar värde innebära vad man är beredd att betala för en viss vara eller tjänst. Men i samband med medicin och vård, som åtminstone i Sverige normalt sett inte är förknippat med köp- eller säljaktiviteter, innebär oftast begreppet värde något helt annat. Det kan vara värdet av att vara frisk, värdet av att kunna bli frisk och/eller värdet av att kunna förbli frisk, d v s värdet av förebyggande vård. Och för de som inte kan bli friska, kanske värdet ligger mer i smärtfrihet, möjligheten att bo kvar hemma under den sista tiden eller liknande.

Vad skapar ökat värde i vården?

Att vara frisk är sannolikt det värdemått som de flesta människor skulle sätta bland de högsta. Det kommer ofta före en god materiell standard och liknande. Ur VVP:s perspektiv förstärker detta motiven för att vidga processen till att omfatta preventiva insatser för att undvika sjukdom.

Patienter framhåller ofta att de vill ha både ”hjälp till självhjälp”, och att vården på ett bättre sätt arbetar aktivt med att förebygga att de insjuknar (igen).

När man är sjuk vill man bli frisk. Och det är just *hur denna process går till* som är ett viktigt mått på hur patienter värdesätter vården och den vård- och omsorgsprocess man blir del av. Många patienter som ingått i VVP:s olika delstudier kan tydligt beskriva när vård- och omsorgsprocessen inte skapat ett gott värde. Sådant som minskar värdet i vård- och omsorgsprocessen är t e x långa väntetider, oklara besked, dålig samverkan eller dåligt bemötande. Man kan inte lika lätt peka ut företeelser som ger mervärde, vilket tyder på att det finns ett relativt stort antal patienter som uppfattar dagens vård som mindre värdeskapande. Dock är det sannolikt så att om de negativa saker som framhålls kan förbättras, så kommer detta att leda till ett ökat värde i patientens ögon.



När patienter och anhöriga tillfrågas om vad som kan förbättras inom hälso- och sjukvård framstår ofta tillgänglighet, bemötande och kontinuitet som de tre viktigaste företeelserna för värdeskapande. I projektet har vi i intervjuer, enkäter, litteraturstudier och diskussioner på olika sätt fångat uppfattningar om värde. Nedan följer en kort redovisning av ett urval av olika företeelser som kan ligga till grund för en förbättrad ”bli frisk-process”.

Värdet av smärtfrihet, att kunna bo kvar hemma, kunna äta själv, kunna fungera i samhället etc.

För många personer som lider av kroniska sjukdomar eller terminala sjukdomstillstånd skulle en patientprocess som stödjer just dem i sin specifika situation upplevas som värdeskapande. Märk här att det är återigen individanpassade lösningar som efterfrågas.

En patient som t ex har cancersmärter vill bli smärtfri, en annan som har neuropsykiatriska funktionshinder vill kanske ha stöd med att komma ihåg sina olika vårdkontakter, en tredje person skulle värdesätta att få avancerad sjukvård i hemmet för att kunna fortsätta leva med sin partner/familj trots en svår sjukdom.

Somligt av detta skulle sannolikt, om dock ej lösas, kunna stödjas av nya tjänster och e-tjänster.

Tidsperspektiv

Tiden innan man träffar sin läkare, får behandling och/eller blir frisk är ett av de mest vanliga problem som VVP:s patientgrupper framhåller. Ofta förekommande önskemål är allt från att få veta vilken väntetid det är på akutmottagningen, till väntetiden innan en remiss till specialist tas omhand, och ända fram till att kunna minska den faktiska behandlingstiden.

Kunskap och information

Vid studier, såväl inom VVP som i andra undersökningar, framhåller ett stort antal personer att de önskar förbättrade informationsmöjligheter. Som patient vill man få ökad kunskap om sin sjukdom eller om hur man kan minska risken för att bli sjuk, man vill veta vad som händer med sin remiss mm.

Även här skulle nya och förbättrade tjänster och e-tjänster kunna finna sin plats. Exempel på tjänster som till viss del redan finns, men som skulle kunna ge ett kraftigt ökat värde om de implementerades på en bred bas är:

- Att via webbtjänster eller e-post kunna fråga sin läkare, tandläkare eller sköterska om de egna specifika problemen eller frågeställningarna
- Att via webbtjänster kunna få personanpassad information om olika behandlingsalternativ och deras för- respektive nackdelar
- Att via Internet kunna förbereda sig på vad som väntar på röntgenavdelningen, strålbehandlingen, dialysavdelningen eller liknande
- Samma som ovan, men anpassat för personer med särskilda förutsättningar att ta till sig information, som barn, äldre, personer som ej förstår svenska etc.

Medbestämmande

Dagens moderna patienter vill ofta kunna påverka sin egen vård. För att kunna göra det krävs tillgång till information och kunskap. Det kan gälla att välja mellan två olika behandlingsalternativ, delta i vårdplanens utveckling eller annat. Medbestämmande är svårt inom många komplexa sjukdomstillstånd, men exempelvis en webbaserad informationstjänst skulle kanske kunna vara ett stöd.

Fritt vårdval som nu är på väg att införas på många håll, är exempel på ökat medbestämmande. Dock löser inte detta alla aspekter på ökat medbestämmande.

Bemötande

Som nämnts ovan värdesätter i stort sett alla människor att bli bemötta vänligt och med respekt av vårdpersonalen. Även om VVP inte i sig fokuserar på patientbemötande, skulle sannolikt vissa nya e-tjänster och en mer samverkande vård ge vårdgivarna lite mer tid att ta hand om sina patienter och på sikt därmed också tid för ett mer öppet och värdigt bemötande.

Vår kartläggning inom VVP visar att flertalet intervjuade anser att bemötande är direkt knutet till känslan av värde (djupintervjuer med individer som lever med ADHD och eller Asperger). Samtliga hade negativa erfarenheter från omgivningens bemötande, där speciellt skolväsendet får mycket kritik från såväl de som lever med ADHD och/eller Asperger samt deras anhöriga.

Överblick

Patienter vill erhålla en överblick över vad som händer närmast - väntetider, vart remissen går och vad som händer där, vad olika typer av vårdgivare gör (exempelvis läkare på specialistkliniken, allmänläkaren, distriktssköterskan, hemsjukvården och hemtjänsten). Detta skulle också kunna stödjas av nya e-tjänster såsom:

- Att kunna boka och boka om tider på vårdcentralen, tandläkaren eller sjukhuset.
- Se remissvägen - när den är sänd, till vem, när den tas omhand och när man får träffa sin nya behandlare etc.

Samverkan

Man efterfrågar gemensamma riktlinjer för vård och omsorg gällande behandling, bemötande och omhändertagande. Samverkanssvårigheter består oftast av kommunikationsbrister mellan olika kontaktytor. Effektivare vård- och omsorgsprocesser skapar mer värde för den enskilde individen och anhöriga

Patienter med mångfacetterade sjukdomstillstånd (t ex multisjuka) framhåller som mycket värdeskapande att via samverkande e-system kunna länka ihop olika informationssystem i vården.

Här finns stora möjligheter att utveckla speciella e-tjänster som kan hålla ihop och sprida rätt information till rätt person, inkl. patienten och dennes anhöriga. Exempelvis:

- Att via samverkande e-system kunna länka ihop olika informationssystem inom specialistvård, vårdcentraler, distriktssköterskor, hemsjukvård, hemtjänst m.m.
- Att via en ”patientkomponent” få en överblick över vilken information som flödar vart, vilka behandlingsinstanser som görs och resultaten av dessa, vem som är ansvarig, etc.

Kontinuitet

Vi vet att det ofta finns alldeles för många aktörer/vårdgivare runt den äldre och kroniskt sjuke patienten. I hemtjänsten kan den äldre ha ”otur” och få möta ett stort antal olika personer i sitt hem. Brist på kontinuitet av ansvariga vårdgivare leder till dålig kommunikation runt patientens situation. Det blir svårt att hålla en tydlig bild runt patientens hela vårdsituation.

Trygghet

Samtliga intervjuade patienter i VVP:s fokusgrupp i Jönköping framhöll att det nätverk som utvecklats i samband med att utredning startades och vård- och omsorgsprocessen tog sin början, idag utgör en grundtrygghet, i form av vägledning och hjälp med att planera och etablera en fungerande vardagsstruktur

När vardagsstrukturen fungerar hålls stressnivån nere. Det ökar möjligheten att lära sig mer om sig själv och sin egen situation.

Flexibilitet

I Jönköping efterfrågades också av både de som lever med ADHD och Asperger, samt deras anhöriga, en flexibilitet hos skolväsendet och vården rörande bemötande, pedagogik och vårdplanering.

Rätt kompetens

För att kunna möta patientens behov finns det även anledning att fundera över om verksamheten har rätt kompetens för sitt uppdrag. I den kommunala verksamheten kan det idag finnas helt utbildad personal som arbetar som semestervikarier på äldreboenden och demensboenden. På ett annat plan finns också problemet att det t.ex. på akutmottagningar ofta saknar kompetens inom geriatrik, samtidigt som äldre patienter är en mycket stor del av de som söker på akutmottagningarna.

Tillgänglighet

Tillgänglighetsproblematiken, med långa väntetider inom flera områden inom hälso- och sjukvården samt svårighet att få telefonkontakt, är naturligtvis oacceptabel. För att sträva efter en balans mellan behov och kapacitet/resurser, borde det finnas en hög ambition att planera sin verksamhet ur patientens fokus och inte ur ett organisatoriskt perspektiv.

Delaktighet/möjlighet att påverka

Anhöriga i Jönköping framhöll vikten av att erbjudas möjlighet att få vara delaktiga i barnens kontakt med olika enheter i samhället, eftersom de har gedigna kunskaper om sina barn och kan hjälpa till att komma ihåg och återberätta olika möten med t ex läkare.

Förbättringar inom i stort sett allt som beskrivits ovan skulle kunna öka det patientupplevda värdet av vården. Det viktigaste är sannolikt att börja se patienten som en viktig resurs för vården och inte som en sjukdom eller företeelse.

Relativt begränsade insatser kan generera ett ganska stort värde för den enskilde. Enklare e-

tjänster som t ex tidsbokning via Internet, möjlighet till kommunikation med sin egen doktor eller att få ta del av sin remisshanteringsprocess, skulle ge stora värden för ett mycket stort antal människor.

Vilka problem finns det kring värdeskapande i vården?

Värdeskapande i vården är förknippat med många olika aspekter...

- Incitamentsstrukturen
- Invanda roller och beteenden
- Förutsättningar (ex. kontinuitet) och Metoder för att ta reda på vad som skapar värde i det enskilda fallet
- Finns det situationer där medicinsk sakkunskap har företräde framför patientens värdebedömning? Exempel?
- Skapas värde på bekostnad av någon annans värde? Exempel?
- Hur hanteras situation där det finns motstridiga värdeutfall?
- Snabbhet vs kvalitet
- Effektivitet vs bemötande

Eftersom värde kan betyda så många olika saker för olika människor, är det svårt att finna en enda modell för värdeskapande i vården. För att hantera detta problem, måste man först definiera vilken typ av värde man vill rikta in sig på att skapa/förbättra. När väl detta är gjort, kan man försöka skapa modeller. Men man måste hela tiden iaktta försiktighet, eftersom en modell för ökat värde för en viss grupp personer kan leda till minskat värde för en annan grupp. För att komplicera det hela ytterligare så uppstår värde först på individnivå – för den enskilde patienten.

Ett enkelt men tydligt exempel på detta vore om man startar en process för att snabba på omhändertagandet och behandling av höftledsoperationer. Detta skulle sannolikt öka uppskattningen och värdet för den grupp människor som står i behov av just denna typ av operation. Men om detta sker på bekostnad av att andra ortopediska operationer senareläggs, leder det direkt till minskat värde för de patienter som drabbas av detta.

Ett annat tydligt exempel är att två olika patienter kan ha helt olika uppfattningar om vad som är av störst värde: *Att bli vänligt bemött* eller *Att snabbt kunna bli behandlad*? Observera att detta inte behöver innebära ett motsatsförhållande, men att det inte alltid är lätt att tillfredsställa två olika behov när man ska utveckla för att öka värdet i vården.

Mer konkreta exempel på problem med att utforma en värdeskapande patientprocess, är att det i dagens sjukvårdssystem ofta saknas incitament för att leverera det som patienten uppfattar som viktigt. Det finns t ex inga eller få mått och incitament för samverkande vård, förebyggande vård eller informationstjänster riktade till patienter. Detta är något som måste ändras om en värdeskapande patientprocess ska kunna utvecklas. Ingen satsar på att skapa eller inköpa nya tjänster, om inte organisationen vinner på det ur ena eller andra synvinkeln.

Vi kommer i följande avsnitt att redovisa vårt förslag på hur problematiken med värdeskapande kan hanteras. Eftersom uppfattningen om värde är högst individuell kan en värdeskapande process bara skapas genom att patient och anhöriga får en reell delaktighet som byggs in i arbetsrutiner och metoder. För att teamet som ansvarar för vården skall kunna

arbeta på det sättet måste organisation och andra förutsättningar skapas som gör det möjligt att tillhandahålla denna individualiserade vård.

2.4 Hur ser den patientprocess ut som möter individuella behov och skapar mest värde för patienten?

Utifrån den kunskap som vunnits genom intervjuer, diskussioner och litteraturstudier i VVP-projektet, samt tidigare erfarenheter och kunskaper hos projektdeltagarna, skissar vi i detta avsnitt en vision av en ny vårdmodell, som tillgodoser de nya kriterier på god vård som vuxit fram under senare år. Vi avser då i första hand en ny och mer aktiv patientroll (inkl. anhöriga), en vård som lägger stor vikt vid prevention samt en vård som är utformad för att skapa största möjliga värde för patienten. Allt detta samtidigt som vården ska vara effektiv på så vis att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt. För att göra uppgiften hanterbar gör vi en avgränsning, där fokus ligger på patienter som är äldre/skröpliga/multisviktande med sammansatta vårdbehov, ofta med kroniska besvär. Dessa patienter har en långvarig relation till vård- och omsorgsgivare. Deras behov medför att många olika vårdgivare blir involverade. Vården utförs ofta i patientens hem eller i den kommunala omsorgen.

I arbetet med att utveckla en ny modell för denna målgrupp har vi använt olika (väl)kända metoder, teorier och företeelser och kombinerat dem på ett innovativt sätt.

För att skapa bättre organisatoriska förutsättningar har vi använt relativt stora delar av projektmodellen och modifierat den, för att på ett flexibelt och individanpassat sätt stödja patienten och för att nå de uppsatta projektmålen.

Vi har tillämpat ett processororienterat synsätt för att styra olika insatser och aktiviteter, men vi har också identifierat brister i de traditionella processmodellerna. Som beskrivits i avsnitt 2.2 är det väsentliga skillnader mellan en patientorienterad process och patientens process. Detta blir särskilt viktigt att beakta när målet är att skapa värde för patienten.

För att säkerställa att rätt saker görs, blir målformuleringen kritisk. Det blir också nödvändigt att arbeta iterativt för att få en dynamik i processen och för att undvika att statiska mål gör det svårt att hantera nya problem som uppstår. För att skapa värde för patienten blir det viktigt inte bara vilka mål som sätts, utan också hur de utformas och av vem. Här blir det självklart att patienten och anhöriga involveras och får ett så stort inflytande som möjligt. Detta kan bara ske om de vårdgivare som finns i teamet runt patienten arbetar på ett s.k. relationsinriktat sätt [8]. I det koncept som växer fram på denna grund kan även olika preventiva insatser föras in på ett naturligt sätt.

I en doktorsavhandling - "Workow Modelling of Coordinated Inter-Health-Provider Care Plans" [10] har Eric Donald Browne, School of Computer and Information Science University of South Australia, utvecklat modeller som inspirerat. Modellerna har dock haft en mer teknisk ansats som syftat till att skapa verktyg för automatisering av beskrivning och design av arbetsflödesprocessen.

För att sedan kunna implementera en ny vård- och omsorgsprocess kan kända kvalitetsverktyg, som PGSA, fiskbensdiagram, fyrfältstabeller och värdekompassen komma till användning. Dessa verktyg har en bred förankring i vården, men har mest använts i förbättringsarbete på organisationsnivå och har endast undantagsvis använts på individnivå. Vi vill nu i kommande avsnitt pröva att konsekvent använda kvalitetsverktygen för att öka värdeskapandet i den individuella vårdplaneringen.

Några tankar kring hur projektmodeller och kvalitetsverktyg skulle kunna appliceras på den individuella patientprocessen.

I samband med utvecklingsarbete inom de flesta branscher och samhällssektorer, används projektmodellen för att organisera och styra aktiviteterna. Projektformen används många gånger i komplexa samverkanssituationer där olika kompetenser från olika organisatoriska enheter ska samarbeta för att nå ett gemensamt mål. De principer som projektmodellen baseras på, används naturligtvis också i olika sammanhang i vården, men då inte på patientnivå i det direkta vårdarbetet. De skulle också kunna tillämpas för att organisera vården för en patient med sammansatta vårdbehov. På samma sätt kan kvalitetsverktyg som PGSA och Värdekompassen användas för att formulera mål, identifiera förbättringsmöjligheter (i hälso- eller sjukdomstillstånd), planera åtgärder och följa upp resultat för den enskilde patienten.

Fördelen med projektmodeller och kvalitetsverktyg är att de är kända, brett accepterade och spridda. Kvalitetsverktygen är utformade för att skapa delaktighet och är i de flesta fall pedagogiska. De stödjer lärande och är lätta att ta till sig. Att använda kvalitetsverktygen i planering och genomförande av vårdinsatser skulle leda till och underlätta att patienter och anhöriga får en mer aktiv roll, blir mer delaktiga och engagerade. Det motsatta inträffar ju när professionen pratar ”över huvudet” på patienten och förstärker sitt övertag med obegripligt fackspråk. Kvalitetsverktygen skapar också struktur och överblick, vilket ökar engagemanget och förutsättningarna för alla involverade att bidra och att utföra sina åtaganden.

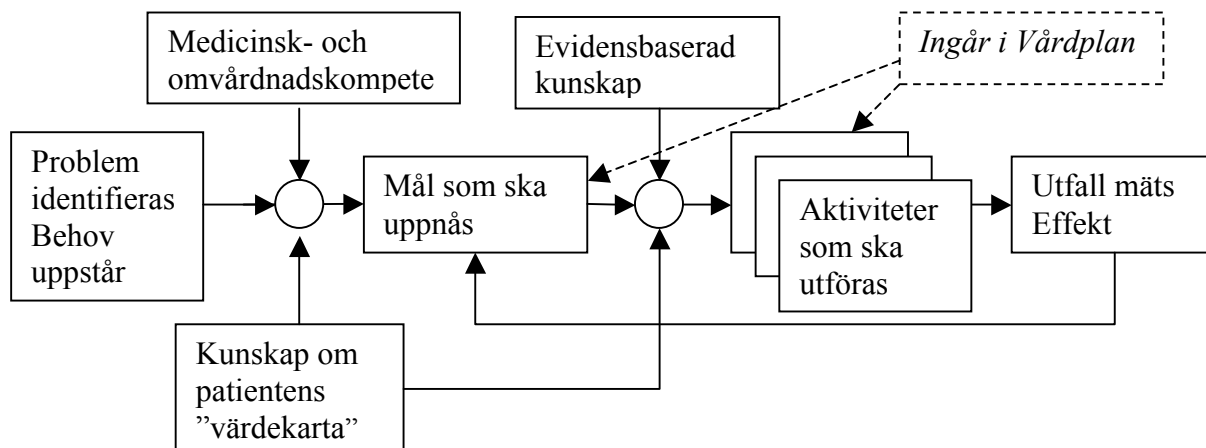
Något förenklat och anpassat kan patienten ses som ett projekt. Målet är att skapa så mycket värde som möjligt under ”projektets” livstid. Detta kan ske både genom att åtgärda problem som uppstått och genom att hindra att de uppstår (vårdprevention).

En verksamhet kan då dimensioneras för att driva ett visst antal projekt. Verksamheten ansvarar för att identifiera och starta nya projekt när det är motiverat. Projektet startas när en patient ”kvalificerat” sig för det, exempelvis genom att ha uppnått en viss ålder eller genom att patienten har ett så omfattande vård- och omsorgsbehov att det är motiverat att starta ett projekt.

Låt oss först bestämma ett användningsfall och definiera några utgångspunkter. I detta exempel utgår vi från att patienten är en äldre, multisjuk person och att han har behov av olika insatser från olika kompetenser. Ambitionen är att individualisera vården – d v s sätta in de åtgärder som skapar värde för patienten. Det ställer krav på förmåga att fånga upp vad patienten uppfattar och uttrycker som värdeskapande samt flexibilitet och löpande anpassning till ändrade prioriteringar och nya behov.

I detta sammanhang är det viktigt att definiera och förstå hur patientprocessen ser ut för just denna kategori patienter och hur den skiljer sig från en mer traditionell, standardiserad process. Vi ska också titta på hur det som utförs relaterar till värdeskapande.

Gurner – Thorslund beskriver i sin bok ”Dirigent saknas” [22] hur brister i samverkan leder till att äldre far illa. De efterlyser en ”dirigent” – någon som kan fungera som projektledare. ”Dirigenten” ska tillsammans med den äldre, och i bästa fall också en anhörig, kunna utgöra projektledning för det aktuella fallet. De planerar och beslutar om vilka förbättringar/mål som ska uppnås, vilka insatser som ska sättas in och vem som ska utföra dem.



De mål som sätts för vårdinsatserna ska harmoniera med patientens värdeskala. Den planering som behöver göras ska vara dynamisk. Mål ska kunna omformuleras och modifieras. Nya mål ska kunna sättas. Mål som inte längre är viktiga ska tas bort. Vård- och omsorgsprocessen ska hela tiden kunna ändras när händelser inträffar som ger nya förutsättningar för den vård som ska ges.

För att få flyt i vårdplanering och olika aktiviteter, krävs en bra och tydlig informationsöverföring och kommunikation mellan professioner, team och gränsöverskridande organisationer

I en bra vård- och omsorgsprocess/vårdplanering eller vårdssystem arbetar ledning och personal kontinuerligt med att kartlägga, analysera, samtala, reflektera och ständigt förbättra sin verksamhet. Viktiga förbättringsområden är kontinuitet, kompetens, tillgänglighet för att ge rätt vård i rätt tid, bemötande samt samverka för att åstadkomma en smidig process för patienten.

Värdeskapande som utgångspunkt för att formulera individuella mål för patientens vård och omsorg

I dialogen kring vilka mål som ska sättas, relateras målen – direkt eller indirekt – till patientens ”värdeskala”. Detta förutsätter, eller underlättas naturligtvis av, kontinuiteten och den nära kontakten mellan patient och vårdkoordinator. Detta arbete sker löpande i takt med att nya problem uppmärksammas, men kan naturligtvis också göras med vissa bestämda intervall.

Genom att använda PGSA skapas struktur och systematik i detta arbete. Målen blir tydliga och formuleras tillsammans med patient och anhöriga. På så sätt säkras att målen skall leda till något som tillför värde till patienten. De blir också naturligt att involvera patienten när det är dags att följa upp att de insatser/åtgärder som sätts in verkligen leder till att målet nås. Modeller som överensstämmer med detta synsätt är bl.a. Modellen för Relationsinriktat Arbetsätt [6] och den modell som rekommenderas av Canada Home Care Association ”Partnership in Practice” [13]:

- Knyt samman ”homecare case managers” med distriktsläkaren genom en formaliserad och strukturerad samverkan för att skapa vårdteam som har förutsättningar att erbjuda optimal vård och omsorg.
- Utvidga hemsjukvården vad gäller de patienter med kroniska åkommor så att patienter som skulle vinna på tidigare insatser (prevention) omfattas i större utsträckning.

Vårdplanering som syftar till att uppnå de individuellt formulerade målen

När vi nu vill beskriva hur patientprocessen för äldre skulle kunna utformas, ska vi utgå från att de aktiviteter som utförs i processen skapar så mycket värde som möjligt med de resurser som finns att tillgå. Aktiviteter som inte skapar värde ska elimineras.

För den aktuella patientgruppen är det inte möjligt att utforma ett strikt samband mellan ett övergripande mål och evidensbaserade insatser. En vital äldre kan, genom att olika händelser inträffar, snabbt bli en skröplig och starkt vårdkrävande patient. För dessa patienter är det naturligt att nya problem uppstår. Nya mål formuleras och åtgärder/aktiviteter planeras. Det innebär att teamet måste ha förmåga att snabbt ställa om till nya insatser. Eftersom framtiden inte är förutsägbar för dessa patienter, skulle den samlade patientprocessen bli summan av ett antal subprocesser, alla med sina tydliga mål som formulerats tillsammans med patienten (se föregående avsnitt). Detta planeringsarbete dokumenteras med fördel med hjälp av PGSA-hjul (se exempel i avsnitt 5). I detta arbete tar man ställning till vilka åtgärder som skall sättas in. Även dessa val har betydelse för värdeskapandet. En del aktiviteter kan uppfattas som mycket negativa av patienten medan andra har en mycket mer positiv upplevelse. Patienten och anhöriga kan därför på ett naturligt sätt delta i planeringsarbetet och få ett inflytande över val av åtgärder och även vem som skall utföra dem.

Det kommer att bli flera hjul under arbetets gång. Sannolikt kommer det i många fall att behöva byggas upp målhierarkier (mål/delmål), där det blir möjligt att använda standardiserade/evidensbaserade delprocesser för att nå uppsatta mål. De vårdplaner som tas fram kan då delvis baseras på evidensbaserad kunskap. I planeringsarbetet kan kvalitetsverktyg som exempelvis fyrfältstabell och fiskbensdiagram komma till användning för att skapa struktur och stödjande prioriteringar.

Mycket kunskap finns att hämta från Landstinget i Jönköpings län, som bl.a. tilldelats Guldskalpellen 2008 för vårdprevention med inriktning på trycksår, fall och nutrition.

Utgångspunkterna för vårdprevention är:

- Bygg in prevention som en prioriterad ansats.
- Identifiera risker som fallskador, nutrition, trycksår, biverkningar och interaktion.
- Identifiera riskpatienter som kräver särskild uppmärksamhet.

Naturligtvis kan man tänka sig mängder av preventiva insatser och att prioriteringar behöver göras.

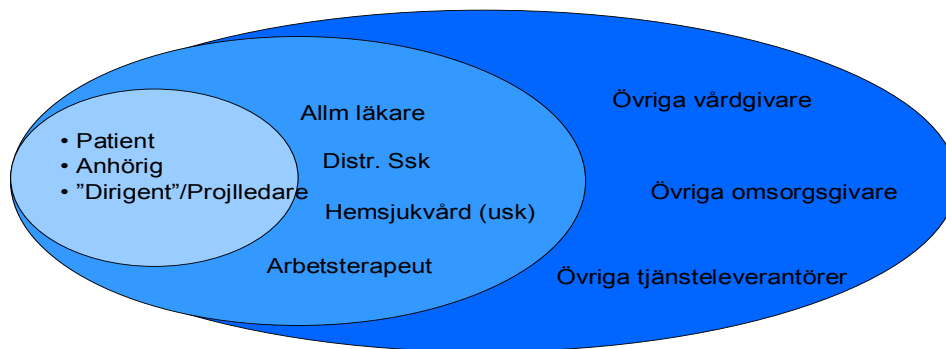
En annan konsekvens av ovanstående resonemang är att det som är värde för en specifik patient inte nödvändigtvis behöver vara det för en annan. Vårdplaner kan och bör grundas på någon form av vårdprogram med evidensgrund – men måste alltid individualiseras genom en avstämning mot den enskilde patientens värderingar och uppfattningar om vad som skapar värde.

Organisera för kontinuitet, samverkan och effektiv resursanvändning genom att applicera ”projektmetoder” och salutogent förhållningssätt.

Ett stort problem i dagens vård är att patienterna kommer i kontakt med alldeles för många vårdgivare, med alldeles för specialiserade uppgifter. När dessutom informationsförsörjningen fungerar dåligt, kommer patienten att uppleva kvalitetsbrister och otrygghet. Här kan vi faktiskt tala om att värde förstörs, snarare än skapas. En annan konsekvens är att sannolikheten för dubbelarbete ökar. Ytterst kan det påverka patientsäkerheten. Därför måste vården organiseras på så sätt att det blir en så god kontinuitet som möjligt, samtidigt som

samverkan och god resurshushållning säkras. Vår utgångspunkt är att patienter i vår patientgrupp behöver ett team som tillhandahåller den absoluta merparten av vård och omsorg som patienten behöver. Detta team leds av någon som kan ta på sig rollen som koordinator. Vi har i denna rapport emellanåt använt olika termer för denna roll - vårdkoordinator/dirigent/projektledare/.

Koordinatören har en mycket ”tät” kontakt med patienten och ibland även nära anhörig. För att fungera väl måste koordinatören förstå patienten bl.a. genom att skaffa sig en god kunskap om patientens levnadshistoria och vad det är som har betydelse för patienten. Tillsammans bildar de en ”projektledning”, som har ansvar för att fånga upp behov, formulera mål, planera insatser, arbetsfördela och följa upp. Till sitt förfogande har de en projektgrupp med olika kompetenser. Gruppens sammansättning kan variera över tid, men ska innehålla de kompetenser/professioner som den äldre har ett frekvent behov av. Det är viktigt att teamet hålls så litet som möjligt och att det finns en kontinuitet i kontakterna. När behoven inte kan tillgodoses av teamet, kommer man att behöva vända sig till andra utförare och göra ”beställningar”. Valfriheten kommer sannolikt att öka utbudet av olika tjänster, vilket innebär ett behov av ny information för att kunna fatta beslut och för att göra sina framställningar. Bilden nedan ger en illustration av de olika nivåerna.



Från ett tjänsteinnovationsperspektiv kan patienten betraktas som en underskattad och underutvecklad resurs. Att en person som lider av något definitionsmässigt blir en passiviserad ”patient” när kontakt etableras med den som behandlar honom/henne, är en roll som inte skiljer sig så väldigt mycket från det som fanns redan på artonhundratalet. En ”patient” beskrivs, betraktas och behandlas (”ageras på”) som en passiv mottagare av något från en tjänsteleverantör; en tjänsteleverantör som avbördar patientens lidande, men som i gengäld tar dess autonomi. Inom andra sektorer är rollen ”medskapande” allt mer viktig av två skäl: rationaliseringsskäl och riskminimering. Det är utomordentligt riskfyllt att utveckla tjänster där man inte har en god uppfattning om vad kunderna tycker och tänker. Och om kunden inte tycker om den nya tjänsten alls eller bara lite grann, har man som tjänsteleverantör ett problem med sin kundrelation.

En förändring av patientrollen är en central del av paradigmskiftet och när vi utformar förslaget till vårdkoncept så har vi utgått från detta. Då kommer också e-tjänster som bidrar till patientens ”empowerment” att bli en viktig komponent[39].

Kvalitetsverktyg som PGSA och Värdekompassen för att stödja patientarbetet

När målen har satts planerar man vilka aktiviteter som behöver sättas in. Här skulle PGSA-

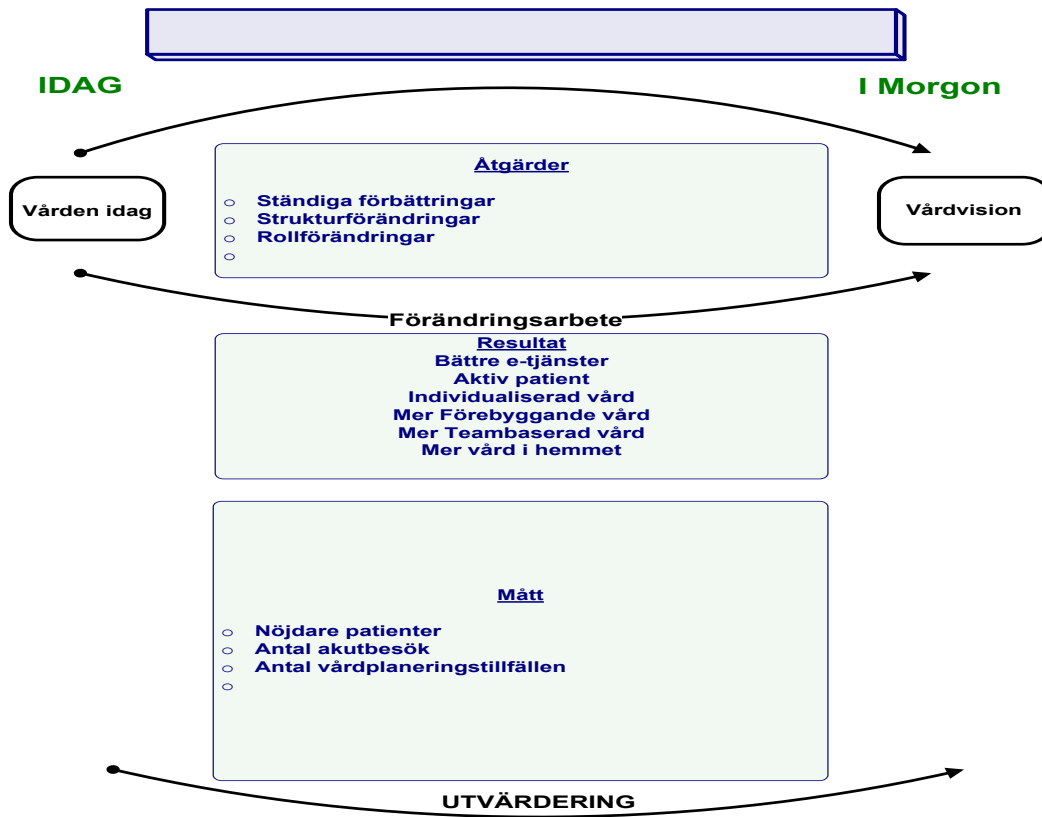
hjulet komma väl till pass. På denna nivå bör det, åtminstone för vissa problem, vara möjligt att standardisera eller evidensbasera insatserna. I en sådan här arbetsmodell kommer patienten att få stort inflytande. Att diskutera sin situation utifrån symptom, problem, mål och möjliga insatser är i de allra flesta fall möjligt för äldre eller utsatta patienter. I planeringen ska naturligtvis patientens egna förmågor tas tillvara så långt möjligt.

Modellen kan också användas i preventivt/förebyggande syfte. Detta är viktigt eftersom det ofta inträffar händelser som får starkt negativa – ibland katastrofala – konsekvenser. Det går att uppskatta risken för att sådana händelser inträffar och åtgärder kan vidtas för att undvika dem. Exempel på sådana händelser är fallskador, infektioner, bensår, läkemedelsbiverkningar, uttorkning/undernäring m.fl.

Omsatt i vardagsaktiviteter innebär detta en intensifierad interaktion över områdesgränser och hierarkiska gränser, patienten som delaktig i värdeskapandet, ett gemensamt lärande mellan vårdpersonal och patient, ökat teamarbete där tydliga arbetsgränser reduceras till fördel för den gemensamma potential som skapas i det kollektiva intellektet samt ett serviceperspektiv (d v s att patientens önskingar och behov sätts före organisationens).

Att som patient och anhörig arbeta tillsammans med, eller i ett team tillsammans med vårdpersonal, skulle skapa både en större helhet, bättre kontinuitet, ökad trygghet samt delaktighet. Det finns indikatorer (som givetvis behöver undersökas grundligare) på att den totala tiden både för sjukvården och patienten skulle minska samt ledtiderna kortas betydligt, om ett sådant perspektiv och arbetssätt skulle införas. Missförstånd skulle kunna minimeras och därmed även felbehandlingar, onödigt lidande och klagomål. Även beslutsfattande skulle ha potential att både bli tillförlitligare och snabbare med en sådan ansats. Dock behövs det en annan uppsättning antaganden för att omforma vården mot ett ökat värdeskapande fokus för patienten. ”Vårdmaskinen” går inte att köra fortare, eftersom den inte är en maskin!

Det nya vårdkonceptet illustreras i bilden nedan. Olika åtgärder behöver sättas in för att realisera visionen. En lyckad transformering leder till resultat som omfattas av och karaktäriserar vårdvisionen. För VVP är nu utmaningen att i avsnitt 4 beskriva e-tjänster som möter de nya kraven och att i avsnitt 5 beskriva hur ett genomförande skulle kunna gå till. Eftersom den nya vårdvisionen ställer mycket höga krav på samverkan mellan olika berörda parter vill vi i avsnitt 3 först belysa den problematiken.



3. Samverkan – en kärnfråga

3.1 Är bristande samverkan ett problem?

I de studier, enkäter och utvärderingar av svensk sjukvård som har gjorts så finner man alltid en hög nöjdhet med vården när man väl har fått tillgång till den. Däremot har valfrihet och tillgänglighet varit svaga punkter liksom brister i samverkan när patienten behöver vård på olika vårdnivåer – dvs. kommun, primärvård och sjukhus – eller när många olika vårdgivare behövs för att tillgodose vårdbehoven. Detta är väl kända problem som dokumenterats i en rad rapporter under det senaste decenniet. I de intervjuer och i de diskussioner vi fört i olika grupperingar i VVP projektet bekräftas detta.

Det är ofta patienten själv som måste navigera i ett allt mer fragmenterat leveranssystem.

Samverkansproblemen finns i olika former och ser olika ut beroende på samverkanssituation. De mest uppmärksammade problemen avser äldre multisjuka patienter som vårdas i hemmet eller på vårdhem och där många olika vårdgivare är inblandade. Dessa patienter behöver till och från också hjälp från primärvård och specialistvård. Speciellt problematiskt blir det vid akuta situationer då akutmottagningen på sjukhuset är enda alternativet. Här finns konkreta exempel i Gurner-Thorslund "Dirigent saknas" [22].

För andra patienter med särskilda eller sammansatta behov så kan det vara svårt att veta vilka resurser som finns att tillgå och risken att hamna "mellan stolarna" är stor. Arbetet i Jönköping med inriktning på yngre personer med neuropsykiatriska funktionshinder belyser denna problematik. Parallellt med arbetet i Jönköping så har omfattande nationella initiativ tagits inom ramen för Nationell Psykiatrisamordning. Personer med ADHD kan behöva hjälp från många samhällsliga sektorer som socialtjänsten, skola, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, vuxenhabilitering, vuxenutbildning, psykiatri, m.fl. Insatserna som dessa förmedlar är till mycket större hjälp om de grundas i en samsyn om hjälptagarens svårigheter och sedan i en gemensam planering verksamheterna emellan.

Samverkansproblemen kring personer med funktionshinder har beskrivits i olika utredningar. I Nationell psykiatrisamordnings rapport 2006:3 (Långsiktighet, samordning och engagemang) påtalas att "verksamhetsföreträdarens utrymme för att själva tolka och avgränsa sitt uppdrag är stort när det gäller samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder". Det "leder i flera fall till att människor med behov av insatser på olika områden inte får dessa tillgodosedda därför att behoven inte passar in i den befintliga organisationsstrukturen" och istället "riskerar människor med sammansatta behov att hänvisas fram och tillbaka". Det leder också till att en verksamhet "väntar in" andras insatser istället för att ta ansvar för att tidigt samordna insatser. Rapporten påtalar nödvändigheten av utarbetade samverkansformer mellan olika aktörer.

Ett vägledningsdokument för vuxna med ADHD och AST har utarbetats [42, 43]. Bakgrunden till detta var den stora skillnad som finns mellan den kunskap som faktiskt finns om problematiken och de stora bristerna ute i verksamheterna, något som stämmer väl överens med det vi funnit i fältarbetet i Jönköping. Även i detta dokument betonas hela tiden behovet av samverkan och gemensamt synsätt hos de olika aktörerna.

I de mer förutsägbara vårdkedjorna finns också brister i samband med "övergångarna" från en

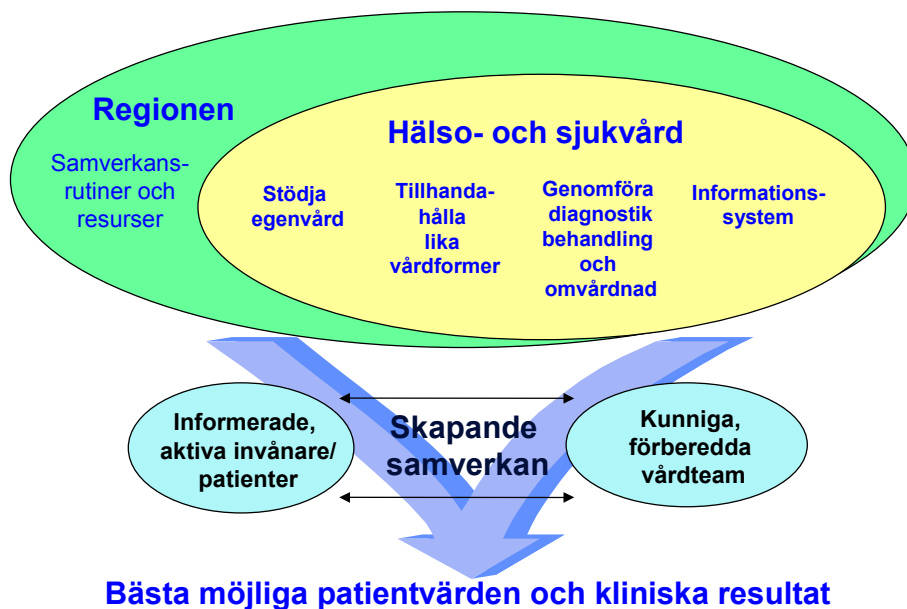
vårdnivå till en annan. Samtidigt som det finns mycket kvar att förbättra så kan vi konstatera att utveckling av vårdkedjor har pågått 15 – 20 år och att arbete pågår på många håll för att överbygga de problem som skapas i äldrevården genom det dubbla huvudmannaskapet.

Vi kan här slå fast att bristande samverkan är ett problem, att det får konsekvenser i form av onödiga kostnader, skapar en otillfredsställande arbetssituation och framför allt att det förorsakar den enskilde patienten och anhöriga stora olägenheter.

Vi kan underbygga våra slutsatser med exempel från olika rapporter och annan litteratur och vi kan exemplifiera med vad som kommit fram genom fältarbete och djupintervjuer i VVP.

Vi kan också konstatera att det finns goda möjligheter att förbättra samverkan. Lagar och författningar som tidigare utgjorde ett hinder, är i dagens läge inte det avgörande problemet [20], insikten om nödvändigheten att utveckla och förbättra samverkan ökar och allt fler e-tjänster som stödjer samverkan blir tillgängliga.

Wagner [57] menar att förändringar krävs på många plan.



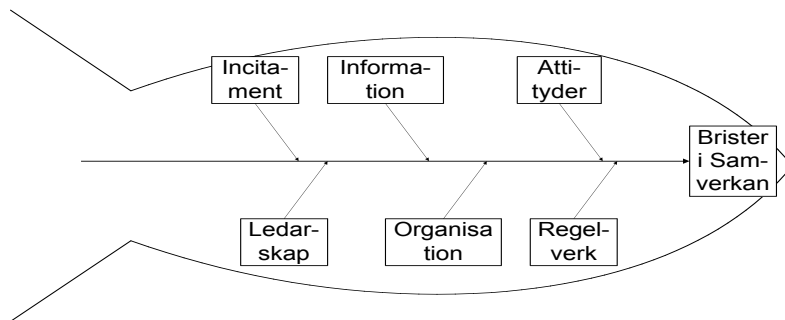
3.2 Problematisering av samverkan

Samverkan och samarbete är en mycket komplex företeelse som svår att greppa eftersom den har så många dimensioner och infallsvinklar. Det är svårt att urskilja och avgränsa problematiken eftersom den är beroende av och påverkas av så många parametrar. Många aktörer är inblandade – medborgare, patienter, vårdgivare, beslutsfattare, politiker. Samverkan kan påverka kvaliteten i vården, ekonomin, arbetstillfredsställelse, integritet och rättssäkerhet för att bara nämna några effektområden. Hur kan man mäta och utvärdera olika insatser för att förbättra samverkan när en mängd olika händelser i omgivningen kan påverka utfallet?

Finns det då olika samverkansmodeller? Kanske, i den meningen att man i olika projekt och i

lokala utvecklingsarbeten skapat fungerande lösningar på en delmängd av samverkansproblematiken eller att man utvecklat fungerande metoder för att förbättra samverkan.

Samverkansproblematiken är förmodligen inte något man finner en lösning på. Den finns hela tiden och påverkas av ständiga förändringar i olika förutsättningar. Det blir då en fråga som hela tiden måste uppmärksammas och bör, med tanke på konsekvenserna för patienterna och ekonomin vara en prioriterad ledningsfråga. Kan man skapa en organisation som har förmågan att parallellt med vårduppdraget löpande och i tidiga skeden identifiera brister i samverkan och arbeta på att undanröja dem för att skapa bättre patientvärden? I ett sådant arbete skall man kunna beskriva problematiken med hjälp av ett fiskbensdiagram (Cause – Effect) och systematiskt ta reda på och förstå vad som orsakar bristerna i samverkan.



Det är naivt att tro att bättre informationssystem eller e-tjänster löser samverkansproblemen. Det är helt nödvändigt att först utveckla samverkan - vilket till stor del handlar om tillit, respekt för varandras kompetenser, attityder och inställningar, rutiner och processer – och i den utvecklingen formulera krav på information och funktionalitet som kan tillgodoses av e-tjänster. Bättre informationssystem leder i sig inte till bättre samverkan – men rätt utformade e-tjänster kan skapa förutsättningar att utforma samverkan, rutiner och arbetsformer på innovativa och värdeskapande sätt.

3.3 Vem behöver samverkan?

En viktig utgångspunkt i arbetet med att förbättra samverkan är att skapa en gemensam värdegrund där alla berörda ökar sin medvetenhet om och fullt ut accepterar att alla insatser som görs i vård och omsorg ytterst görs för att skapa värde för Patienten.

Här kan också föras ett vidgat resonemang om att vården har begränsade resurser och att allt dubbelarbete eller onödigt arbete skall undvikas för att på så sätt göra det möjligt att möta nya behov som hela tiden uppstår.

En fungerande samverkan skapar bra arbetsförhållanden. Vårdgivare av alla slag behöver känna arbetstillfredsställelse. Brister i samverkan skapar en otrygghet i arbetsituationen och leder ofta till konfliktsituationer som tar mycket kraft från det egentliga uppdraget.

De patientgrupper som är mest utsatta behöver oftast samverkan som mest. Äldre, skröpliga patienter, patienter med neuropsykiatriska funktionshinder eller diagnoser och ibland patienter med kroniska åkommor är exempel på detta. De förbrukar tillsammans omkring 80% av vårdens resurser och har behov som inte kan tillgodoses av en specialitet eller en huvudman.

För dessa patienter blir det speciellt viktigt att den gränsöverskridande samverkan fungerar.

Samverkan inom äldreården

Nordöstra Göteborg karaktäriseras av en multietnisk befolkning med ganska betydande hälsoproblematik. Äldrevården i området är inget undantag. En satsning görs nu för att komplettera den befintliga vård- och omsorgsstrukturen med ett närsjukhus – Angered's Närsjukhus (ANS) – som skall möta behov som inte kan tillgodoses idag. Tanken är att ANS bl.a. skall fylla en lucka mellan den lokala vård och omsorg som kommunen och primärvården tillhandahåller och den högspecialiserade vård som kan fås på Östra sjukhuset - som utgör en del av Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Den dialog om samverkan som togs upp med berörda parter visar på de svårigheter som finns att skapa ett samlat engagemang även kring angelägna frågor. De etablerade uppdragen och strukturerna är styrande och det är svårt att få utrymme för nya initiativ. Detta ledde oss fram till en strategi som förhoppningsvis skall ge resultat på lite sikt, men som initialt handlar om att bygga en gemensam vision, kunskap, gemensam värdegrund och tillit. Det vi här kan redovisa är de erfarenheter och resultat som uppnåtts i den förstudie/det seminarieprogram som genomförts i Angered under hösten 2008 (upplägg och design se kap 5).

För att få en bild av situationen idag gjordes en faktainsamling där 15 - 20 personer intervjuades. Intervjuerna var semistrukturerade och avsikten var att fånga upp olika aspekter på samverkan i området. Genom intervjuerna fick vi en god bild av bl.a.

- hur samverkan fungerar idag
- tankar och idéer om möjliga förbättringar
- incitament och hinder
- informationshanteringens betydelse

Sammanfattande analys baserad på intervjuer vid ANS

Det finns en samstämmig bild av att samverkan mellan olika vårdgivare inom området kan förbättras avsevärt. De som är mest kritiska till hur samverkan fungerar idag talar om ”svarta hål” och ”vattentäta skott”.

Man jobbar i professionella och organisatoriska stuprör. Några anser att förbättringar har skett och då nämns den gemensamma vårdplaneringen i samband med utskrivningar från Östra. Mot detta skall ställas uppfattningar om att vårdplaneringsmötena inte fungerar som avsett. Ofta saknas läkare och sköterskor vid dessa tillfällen och olika utgångspunkter, framför allt mellan biståndshandläggare och vårdpersonal leder till motsättningar och irritation. Det händer att t.o.m. att konfrontation uppstår i patienternas närvaro. Här krävs insatser för att vårdplaneringen verkligen skall fylla sin funktion med patientens bästa i sikte.

Mest kritik riktas mot primärvården som inte fungerar för gruppen ”äldre/skröpliga”. Brist på läkare är en förklaring, men situationen idag kännetecknas av att det är rörigt, det brister i kontinuitet och kommunikationen är obefintlig.

När det inte fungerar blir ofta akuten den enda lösningen. Alltför många patienter kommer in till akuten av detta skäl. De skulle kunna tas om hand i primärvården. Väl på akuten blir det långa väntetider och för många patienter blir det enda resultatet en inläggning på vårdavdelning och en gemensam vårdplanering som lika väl kunde ha gjorts på äldreboende

eller i hemmet. Ibland görs utredningar mer p.g.a. att patienten finns till hands än att det verkligen är medicinskt motiverat. Målsättningen måste vara att minimera de äldres kontakt med akutmottagningen. Här hänvisas till de lyckade resultat som uppnåtts genom bl.a. mobila team på Hisingen.

Andra områden där det brister är informationshanteringen och kunskapen om medicinska insatser som är bäst för de äldre. De flesta ville ha möjlighet att sätta in sina åtgärder i ett sammanhang, med bättre information och kunskap om vad andra gjort eller kan göra i den aktuella situationen - Kort och gott en utökad helhetssyn. Då måste informationshanteringen fungera bättre. Man kan inte ha en rad olika dokumentationssystem för olika verksamheter. En del har förhoppning om att nya system skall förbättra situationen, men det är svårt att se hur det skall kunna ske inom överskådlig tid eftersom ingen känd koordinering sker mellan Kommun och Region.

Det finns en hel del idéer om förbättringar som kan göras. Den största problematiken ligger i att verksamheten bedrivs i olika organisatoriska enheter. Man har inte lyckats organisera verksamheten så att det skapats en stabilitet. De personliga nätverken uppfattas av många som mycket viktiga medan andra anser att det är för sårbart eftersom personal slutar och organisationsförändringar slår sönder fungerande samverkan. Den befintliga strukturen måste ändras på något sätt.

Ett förslag som återkommit från flera intervjuade är att skapa behovsanpassade team runt patienten med en samordningsansvarig. Då skulle det bli lättare att få kontinuitet, de olika vårdgivarna skulle lära känna varandra bättre och framför allt skulle man på ett helt annat sätt än idag än idag kunna göra den äldre och anhöriga delaktiga i planering och genomförande av olika åtgärder – och tillämpa ett salutogent arbetssätt. Man måste känna sig fri att göra det bästa för patienten utan att "svika" sin organisation.

Vi uppfattar att det finns en viss uppgivenhet inför svårigheterna att rekrytera allmänläkare. Om det nu är så att det inte går att bemanna primärvården så måste man naturligtvis göra det bästa av den situation som är och de resurser som finns måste tas tillvara på bästa sätt. Vi har inte uppfattat att man gemensamt försökt lösa detta problem.

Hur skall en förbättring komma till stånd? Många av de intervjuade lägger ett stort ansvar på ledningarna för de berörda verksamheterna. Man måste ta sitt ansvar för att rätta till de systemfel som leder till att samverkan fungerar så dåligt som den gör.

De ekonomiska styrsystemen har stor betydelse för hur samverkan fungerar eller inte fungerar. Detta är sannolikt en fråga som måste adresseras om verkliga förbättringar skall komma tillstånd.

Tydliga budskap, genomarbetad värdegrund, börja med förändringar som ger snabba positiva resultat, sortera fram det som är viktigt och koncentrera på det, hämta inspiration från utveckling som lett fram till bättre samverkan - är några förslag som framkommit. Eller som någon uttryckte det: Det är bara att göra det! Det ligger i uppdraget!

Insikten om att det krävs ett systematiskt och strukturerat förbättringsarbete för att uppnå en god samverkan verkade inte finnas på alla händer. Inte heller att informationsförsörjningen är kritiskt viktig för en väl fungerande samverkan.

Efter ett första introduktionsmöte med berörda verksamhetsledningarna kom vi överens om att genomföra en förprocess där representanter från de olika verksamheterna deltog. Intervjuerna gav ett bra faktaunderlag för diskussionerna om samverkan. Med en ganska begränsad insats

uppnåddes en samsyn i viktiga frågor som problembild, förbättringsområden och värdegrund. Vi diskuterade också det vårdkoncept som skisserats i kap.2 och som kommer att konkretiseras i kap.5 och vi fick värdefulla bidrag till konceptutvecklingen bl.a. genom erfarenheterna från projekt där relationsinriktat förhållningssätt i vården prövats. Förprocessen resulterade också i en stark vilja bland deltagarna att gå vidare med planeringen av förändringsarbetet.

I området finns ett sedan några år tillbaka etablerat samverkansforum – ÖstSam – som hittills inte lyckats åstadkomma några större förbättringar i samverkan. När nu arbetet skall drivas vidare måste man ta ställning till om det skall göras i etablerade forum eller om det krävs något nytt. Det kan behövas ett nytt fora, men erfarenheter från näraliggande Hisingen visar att det är möjligt att få igång ett långsiktigt och uthålligt förbättringsarbete inom de befintliga strukturerna.

Samverkan för patienter/brukare med sammansatta behov (Neuropsykiatriska handikapp, multisjuka, m.fl.)

Kommunen och Landstinget i Jönköping valde att rikta in studien mot yngre personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Denna grupp är en alltmer uppmärksammas kategori med sammansatta vårdbehov. Den består av personer som har alltifrån omfattande vårdbehov till personer som inte själva betraktar sig som sjuka, men som ändå har en hel del problem med att hantera vardagen. Det finns uppskattningar som pekar på att närmare 5% av befolkningen kan ingå i gruppen.

Även i Jönköping skapades en arbetsgrupp med representanter från olika berörda verksamheter samt en mindre styrgrupp. Eftersom berörda brukare kommer i kontakt med många olika vård- och omsorgsverksamheter, myndigheter och privata verksamheter så inledde vi med att göra en kartläggning av de verksamheter som har störst betydelse för målgruppen. Parallellt påbörjades djupintervjuer med brukare och anhöriga. Intervjuerna gav en mycket god bild av den problematik som målgruppen upplever genom sina handikapp. Arbetsgruppen träffades i seminarieform vid 5 tillfällen. Med faktainsamling och intervjuer som grund kartlade vi problem och arbetade fram förbättringsområden. Trots ett mycket ambitiöst arbete som redan tidigare bedrivits av kommunen för att sprida kunskap om problematiken med neuropsykiatriska handikapp i första hand bland politiker och på ledningsnivåer, så finns mycket kvar att göra. Samverkan mellan kommun och landsting i det praktiska arbetet fungerar förhållandevis bra, men det finns en del strukturella problem, som har bäring på brister i samverkan. Det gäller i första hand samverkan inom landstinget där professionella ”stuprör” gör det svårt att hitta de mest effektiva arbetsformerna, vilket i sin tur leder till långa väntetider för att få sin diagnostisering/utredning utförd och också svårigheter att få fram de resurser som behövs för den vård som utredningarna rekommenderar.

Parallellt med arbetet i Jönköping har arbete pågått på det Nationella planet inom ramen för Nationell Psykiatrisamordning och resultaten från detta arbete ger starkt stöd för de slutsatser vi kommit fram till i Jönköping [42, 43]. I nyhetsbladet Nytt om NU nr5/2008 konstaterar man att en av kärnpunkterna vägledningsdokumenten för ADHD och AST är att det inte är en enda samhällsinstitution som har ansvar för att stödinsatser för de handikappade fungerar – **det krävs samverkan.**

Se vidare i Bilaga 2, *Delrapport från fältarenan Jönköping.*

Samverkan i vårdkedjor

Även om vi, som angetts inledningsvis, har orienterat denna rapport mot patientgrupper med sammansatta vårdbehov som sträcker sig över längre perioder ofta för resten av livet, så vill vi redovisa erfarenheter och lärande från en verksamhet som präglas av att den är förhållandevis planeringsbar och där insatserna syftar till att patienten blir frisk. I en delstudie på Sophiahemmet i Stockholm studerade VVP vårdkedjor och vårdprocesser inom rehabilitering. I dessa fältstudier kunde tydliga tecken återfinnas på vad som uppfattas som värdeskapande - eller inte.

Kritisk incident teknik (KIT) och standardiserad enkät användes i undersökningen [21]. En av de stora skillnaderna dem emellan är att i KIT antas att en enda kritisk incident, dvs. en mycket tillfredsställande eller en mycket otillfredsställande händelse, ges hög prioritering av en individs helhetsomdöme av en leverantör. I den standardiserade enkätmetoden antas helhetsomdömet formars av den kumulativa erfarenheten av leverantörens prestation, vilken inkluderar kritiska incidenter, förväntad prestationsnivå och mindre händelser som ger upphov till missnöje eller oväntad nöjdhet. i termer av ett antal attribut.

Som redan indikerats spelar medborgaren i denna studie rollen som patient. Mer specifikt, så rör det sig om människor som är sjukskrivna – en teknisk term för en person som formellt inte arbetar av hälsoskäl. Sådana patienter möter typiskt fyra olika typer av organisationer under perioden som sjukskriven: Arbetsgivaren, Försäkringskassan, Företagshälsovården och övrig hälso- och sjukvård.

Medborgaren/patienten in denna studie måste alltså hantera flera organisationer när han/hon är sjukskriven. Denna kontext innebär en högre grad av komplexitet jämfört med många andra studier av konsumenters perception av tjänsteleverantörer, på det sättet att den typiska studien fokuserar på en enda tjänsteleverantör. Kontexten är dock inte unik då många tjänster levererade av en enda leverantör är i verkligheten delar i ett större system från konsumentens perspektiv. Resande kan kräva interaktion med erbjudanden från flygplatser, flygbolag, hotell, biluthyrningsfirmor. Hur som helst så har KIT använts i patient situationer i tidigare forskning om nöjdhet, och vissa författare har också argumenterat för att metoden, och inte en standardiserad enkät, är speciellt användbar i sådana sammanhang [9]. Data har samlats om kritiska incidenter, attribut-nivå prestanda förnimmelser, och om övergripande nöjdhet via enkät. Denna enkät postades till personer som var sjukskrivna enligt register hos en specifikt sjukhus med vilka vi samarbetade för att få tillgång till patienter. Antalet patienter i studien är 222.

Kritiska Incidenter och Nöjdhet

Vad gäller kritiska incidenter så samlades data in om både positiva och negativa incidenter. För positiva incidenter bads respondenterna tänka på hela perioden av sjukskrivning och försöka minnas om det fanns en speciell incident under denna period som hade gjort han eller henne speciellt nöjd. Om svaret var ja, ombads respondenten att ge en verbal redogörelse för denna incident. Dessutom ombads respondenten uppskatta graden av nöjdhet; frågan var "Hur nöjd var du när detta hände?", och ett svarsformat gavs med tre steg från något nöjd, nöjd och mycket nöjd. Samma approach användes för att fånga data om negativa incidenter, men i detta fall var frågan "Hur missnöjd var du när detta hände?", och ett svarsformat gavs med tre steg från något missnöjd, missnöjd och mycket missnöjd. Det bör noteras att den typiska KIT studien inte fångar separata information om graden i vilken en incident skapar nöjdhet eller missnöjdhet [17], trots att denna information naturligtvis behövs om man är intresserad av

association mellan olika variabler (i detta fall mellan graden av nöjdhet skapad av en kritisk incident och den övergripande graden av nöjdhet).

Dessutom tillfrågades respondenten om när den rapporterade incidenten inträffade; en öppen fråga som genererade data om antalet veckor som passerat mellan incidenten och deltagande i undersökningen. I den typiska KIT studien är sådana data inte genererad – tror det faktum att en lång tidsperiod kan introducera en minnesförskjutning [17]. I detta fall var dock, både var gäller negativa och positiva incidenter, korrelationen mellan incident-genererad nöjdhet och incident-tid måttet nära noll och icke signifikant. Men dessa låga korrelationer indikerar att respondenternas nivåer nöjdhet och missnöjdhet med en specifik rapporterad incident verkar vara beroende av när incidenten inträffade.

Vad gäller attributnivå prestanda bads respondenterna uppskatta prestanda av var och en av de fyra aktörerna (arbetsgivare, försäkringskassa, företagshälsovård, och övriga hälso- och sjukvårdsaktörer) som de möter när de blir sjukskrivna. För varje aktör bads respondenten svara hur hon/han uppfattade hela behandlingen. En 5-stegs skala introduceras som gick från 1 (mycket dåligt) till 5 (mycket bra) för varje aktör. Varje aktör är alltså hanterad som ett aggregerat attribut av systemet patienten interagerar med under sjukskrivningsperioden.

Övergripande nöjdhet uppskattades genom att be respondenten ranka hur bra hon/han tyckte att den övergripande behandlingen hade varit under sjukskrivningsperioden, tagande med i beräkningen alla de människor och organisationer som mötts i processen. En 5-stegs skala introduceras som gick från 1 (mycket dåligt) till 5 (mycket bra) för varje aktör. En inspektion av svarsdistributionen indikerade den typiska snedvridna distributionen (jämför [46]) som karakteriserar övergripande nöjdhet i många enkätundersökningar fanns i data: bara 5.5 procent av respondenterna valde de två missnöjdhets indikatorerna Den övergripande nöjdhetsvariabeln uppvisade sålunda ett mönster som liknar nöjdhetsmått i tidigare studier, och det indikerar att åtminstone någon validitetsnivå i detta mått.

Innehållsanalys av de Kritiska Incidenterna

Innehållsanalysen av de 222 respondenterna gav att 121 personer svarade på frågan om att beskriva en incident som skapade stor missnöjdhet. De genererade totalt 5 105 ord. Tolv personer svarade NEJ på denna fråga. Fem personer gav ett svar som inte gick att tolka.

Fler personer, 131 stycken, svarade på frågan om att beskriva en incident som skapade stor nöjdhet. De genererade totalt 3 408 ord. Elva personer svarade NEJ på denna fråga. Fyra personer gav ett svar som inte gick att tolka. I många fall är respondenterna en och samma person.

Respondenterna gavs en tregradig skala som gick från 1 (något nöjd) till 3 (mycket nöjd)

Vid mappning av de kritiska incidenterna på den ovan beskrivna vård- och omsorgsprocessen, skapades följande resultat för de 104 missnöjda medborgarna.

- Problem – 5 (4.8%) personer
- Val av resurser och kompetenser – 38 (36.5%) personer
- Uppskattning – 6 (5.8 %) personer
- Handlingsplan – 6 (5.8 %) personer
- Realisering – 9 (8.6 %) personer
- Uppföljning – 39 (37.5 %) personer

- Hela processen – 1 (1 %) person

Vid mappning av de kritiska incidenterna på den ovan beskrivna vård- och omsorgsprocessen, skapades följande resultat för de 116 nöjda medborgarna.

- Problem – 5 (4.3 %) personer
- Val av resurser och kompetenser – 29 (25 %) personer
- Uppskattning – 11 (9.5 %) personer
- Handlingsplan – 7 (6 %) personer
- Realisering – 26 (22.2 %) personer
- Uppföljning – 8 (7 %) personer
- Hela processen – 30 (26 %) personer

Det finns klara asymmetrier mellan de positiva incidenterna och de negativa incidenterna. De negativa incidenterna är lokaliserade i två delar av processen – valet av resurser och kompetenser och i uppföljningen medan de positiva incidenterna rör hela processen och realiseringen.

Symmetrierna är också slående. De rör problem delen av processen och handlingsplanen.

Kraften och värtaligheten i historierna är illustrativa av medborgarens nöjdhet och missnöjdhet med vård- och omsorgsprocessen. Tjänsteattribut som är viktiga för medborgaren är tydliga. Dessa attribut för nöjda medborgare är:

- Snabbhet och precision i behandling.
- En personlig relation med hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor – en chef, en doktor, en sjuksyster, en kommun samordnare, en handläggare vid försäkringskassan är ofta nämnda med namn – som ger professionellt stöd. “Att Jag tillåts fortsätta mina sessioner med “min” psykiater”, det är min livlina och får mig att inse att Jag har ett ansvar för mitt liv”
- Tid att prata med hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor. “När X vid Y hade tid och lyssnade till mig under tre och en halv timme, och också gick runt bordet till mig och gav mig en stor, varm och trygg kram när jag talade om “tung” erfarenheter som tyngde mig”
- En icke-patient status, dvs. när hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor låter medborgaren kontrollera processen så mycket som möjligt.
- Lärande. “Är mycket nöjd med min specialist doktor som har tagit sig tid och givit mig tankvärda idéer”. “När min före detta doktor arrangerade så att jag fick gå på kurs för att lära mig grundläggande kunskap om min kropp.”

Attribut för missnöjda medborgare är:

- Sparsam eller ingen kommunikation från hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor. “Chefen är och har varit osynlig hela tiden (av sjukskrivningen. Författarens interjektion). Jag känner mig maktlös efter alla dessa år med företaget. Jag har älskat mitt arbete och givit mitt liv, min tid och min hälsa”. “Försäkringskassan. Ingen kontakt på två år, då jag plötsligt får ett brev om att jag ska kontakta dem. Jag försökte få tag på henne i en vecka men hon kom aldrig tillbaka. Jag blev tvungen att ringa hennes chef, och då ringde hon upp.”
- Misstro mot sjukskrivna människors “historia” bland hälso- och sjukvårdsinstitutioner och enskilda människor; speciellt misstro från chefer och från försäkringskassan.

- Motsägelsefulla historier från hälso- och sjukvårds personal och från arbetsgivare. “När mina doktorer säger att jag absolut inte ska följa instruktioner jag fått från terapeuten. Doktorn och terapeuten arbetar på samma sjukhus och de har kontor som ligger bredvid varandra. Vilket samarbete!”
- Inget intresse att anpassa arbetsuppgifter och/eller arbetssituation för att stödja en person som kommer tillbaka från sjukskrivning. “Min chef tyckte att jag kunde gå tillbaka till mina gamla arbetsuppgifter och var inte intresserad att ge mig andra uppgifter”.
- Långa väntetider. “Efter en massa invändningar, skickade min doktor mig till en lungklinik. Därefter fick jag vänta femton månader för att få en tid. Jag fick mycket värre astma under denna tid och kände mig hjälplös. I försökte flera gånger få en tid, men när du är så sjuk som jag var då har du ingen kraft”.

Sammanfattning av Resultat

Resultaten indikerar att erfarenheterna av processen är både goda och mindre goda. Den gemensamma frågan i innehållsanalysen av de kritiska incidenterna är relationen mellan och sinsemellan hälso- och sjukvårdens aktörer vilka generera både bra och dåliga incidenter. Något förvånande är det inte tillgång till processen som är frågan, utan resursplaneringen. Hur kan då resursplaneringen blir mer styrd av medborgaren?

Diskussion och Implikationer

Nya teknologier, speciellt mobila tjänster, kan underlätta medborgarens missnöjdhet med processen på två sätt. Först genom att ge medborgaren en överblick och kontroll av hela processen så att gap och glapp i och mellan aktiviteter blir mer synliga och förståeliga. Sedan att genom att stödja hälso- och sjukvårdens aktörer så att dessa samarbetar sinsemellan. Resultaten är klara vad gäller behovet av ägarskap över vård- och omsorgsprocessen. Någon aktör bör äga samordningen av processen.

Resultaten indikerar att relationen mellan patient/anhöriga och hälso- och sjukvårdens aktörer är tillfällig. Patienter som etablerar en personlig relation med hälso- och sjukvårdsaktörer har ofta en positiv erfarenhet av vård- och omsorgsprocessen. Patienter som inte lyckas skapa en sådan relation, tenderar att etablera en neutral eller negativ erfarenhet av processen.

Den nöjda och den missnöjda medborgaren

Patienten/medborgaren är således nöjd när det finns en tydlig process och medborgaren är nöjd när problemet/lidandet lyfts ifrån honom/henne. Värde skapas när det finns en historia med en (smärtsam) början och ett (smärtfritt) slut, och där slutet är lyckligt. För att det ska finnas en början och ett slut måste det finnas en sammanhållen process där givare att detta lyckliga slut är regisserade, eller till och med väl regisserade. Att se en enstaka episod i dramat gör ingen övertygande film. Det behövs en regissör som vet att skicka in rätt aktör vid rätt tillfälle.

Medborgaren är inte nöjd när vårdgivare sinsemellan inte ”kommunicerar” eller sinsemellan bråkar.

Medborgaren är inte alls nöjd när det inte finns ett slut på processen. Om en aktör (vårdgivaren) inte vet hur historien går, om de saknar manus eller inte läser manus så skapas inte värde för medborgaren på det som medborgaren vill att det ska göra. Medborgaren i rollen som patient vill bli ”förlöst” av precis samma skäl som ett lyckligt eller olyckligt slut

förlöser en historia.

En integrerad vårdprocess ger nöjda patienter, och något förvånande är det inte tillgång till processen som är frågan, utan resursplaneringen. Det är en fråga om många, ofta alltför många, möten, mellan medborgaren och flera sinsemellan o-koordinerade tjänsteleverantörer. Det verkar som om samordningen till stor del hamnar hos medborgaren och att detta uppfattas som en odelad börda av medborgaren ovanpå hans/hennes redan existerande lidande. En central fråga blir, baserat på undersökningen vid Sophiahemmet, hur resursplaneringen kan bli mer styrd av medborgaren och/eller hur resursplaneringen horisontellt kan integreras av vårdgivarna.

En stark hypotes är att det behövs en "regissör" av processen, dvs. att det idag saknas en roll utan vilken vi inte kommer att få ett bra slut på historien, eller kanske inte ens en historia alls.

Resultaten från studien indikerar att erfarenheterna av processen är både goda och mindre goda. Den gemensamma frågan i innehållsanalysen av de kritiska incidenterna är relationen mellan och sinsemellan hälso- och sjukvårdens aktörer vilka genererar både bra och dåliga incidenter. Något förvånande är det inte tillgång till processen som är frågan utan resursplaneringen. Hur kan då resursplaneringen bli mer styrd av medborgaren?

Nya teknologier, speciellt mobila tjänster, kan underlätta medborgarens missnöjdhet med processen på två sätt. Först genom att ge medborgaren en överblick och kontroll av hela processen så att gap och glapp i och mellan aktiviteter blir mer synliga och förståeliga. Sedan att genom att stödja hälso- och sjukvårdens aktörer så att dessa samarbetar sinsemellan. Resultaten är klara vad gäller behovet av ägarskap över vård- och omsorgsprocessen. Någon aktör bör äga samordningen av processen.

Resultaten indikerar att relationen mellan patient/anhöriga och hälso- och sjukvårdens aktörer är tillfällig. Patienter som etablerar en personlig relation med hälso- och sjukvårdsaktörer har ofta en positiv erfarenhet av vård- och omsorgsprocessen. Patienter som inte lyckas skapa en sådan relation, tenderar att etablera en neutral eller negativ erfarenhet av processen.

För ytterligare detaljer om undersökningen på Sophiahemmet, var god se Bilaga 4, "delrapport från fältarenan Sophiahemmet".

Bakgrund: Studier av Mobila Tillämpningar inom Hälso- och Sjukvård

Mobila teknologier utvecklas snabbt och dess möjligheter har i ökad takt uppmärksammats av traditionella industrier som läkemedelsproduktion och hälso- och sjukvård [34]. I detta avsnitt argumenteras för att mobila innovationer kan skapa nytt värde och påverka organisationers strukturer.

Hälso- och sjukvård har genomgått och genomgår förändringar genom vilka nya arbetsmönster skapas, delvis som en effekt av ny IT. I en nyligen publiceras studie om mobil Internet teknologi inom sjukvården av Wickramasinghe och Goldberg [59], påstås att vården nu har tre former förändringstryck: En informerad och kraftfull konsument, behovet av e-hälsa med allt vad det innebär av anpassningsförmåga, och en förskjutning av fokus från att läka till att förhindra sjukdom. Dessutom sägs att "the cost of delivering quality healthcare is increasing exponentially" [59]. En ökad medvetenhet om möjligheterna med IT, inklusive mobila innovationer, verkar vara på gång inom sjukvården. Mot bakgrund av nya

förändringskrafter inom sektor argumenterar Fisher [19] för att mobila tjänster verkar kunna skapa värde. Han et al [25] observerar att mobila teknologier har börjat adopteras inom sektorn och “has the potential to slowly become an integral part of healthcare practice, management and processes”. Liknande observationer har gjorts av Liang et al [33], som tittat på hur Personal Digital Assistants (PDAs), har fått uppmärksamhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationer för “their potential contribution to enhancing healthcare practice”.

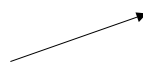
Mobila system har blivit en del av medicinska system och stödjer organisationer vad gäller upprätthålla en verksamhet där det finns ökat tryck på att minska kostnader, öka arbetseffektivitet och bättre attraktivitet på arbetsmarknaden [30, 34, 59]. Mobil kommunikation har potentialen att skapa olika typer av värde inom vården. Att förstå processer och faktorer som påverkar värdeskapandet och potentialen för att understödja detta värdeskapande via mobila teknologier är fokus i detta kapitel.

Vård och omsorgsprocessen

Vård och omsorg har utvecklat en situation av “informationsasymmetri” mellan den som tar emot sjukvård och den som skapar sjukvård. Möjligheten för den som tar emot sjukvård att göra kloka, välinformerade val är följaktligen kopplad till en kostnad för medborgaren. Man skulle kunna tro att introduktionen av informationsteknologi i form av persondatorer och mobila telefoner skulle ha inneburit en förändring av sakerna tillstånd, men så är inte fallet. Konkurrens mellan olika grupper inom sjukvården gör att datorsystem utvecklas för någon eller några få personer, utan tillgång till systemet för vare sig andra personer inom sjukvårdssystemet eller för medborgaren. Som ett exempel kan nämnas att på ett av Stockholms sjukhus är antalet datorsystem fler än två hundra, och dessutom inte sammankopplade. Detta är på intet sätt unikt.

Introduktionen av informationsteknologi har gjort att mötet mellan medborgare och sjukvården har komplicerats och till och med försämrats. Detta beror bl.a. på att läkare och sjuksköterskor i allt större grad är beroende av elektroniska hjälpsystem och datorbaserade journaler, vilket leder till att ögonkontakten mellan vårdgivaren och patienten försämras [35, 37]. Dessutom är varje interaktion med en ny vårdpersonal ofta ett första möte, i vilket tidigare historia inte existerar. Detta skulle kunna lösas genom att en personlig och långsiktig relation mellan medborgaren och vårdgivaren etableras, en relation som båda parter kommer ihåg.

Men i dag ser det ofta annorlunda ut. En “process” i egentlig mening existerar inte vad gäller informationshantering. Det som existerar är ett antal disparata delar enligt modellen nedanför (detta är i varje fall så som vi tolkat situationen för många av de patienter som återfinns på VVP-arenan på Sophiahemmet Rehab).



Processen som är beskriven på Sophiahemmet består av sex aktiviteter. Den börjar med att medborgaren upptäcker ett symptom som indikerar ett problem and han/hon tar kontakt med hälso- och sjukvården. En hälso- och sjukvårdsaktör tar medborgarens berättelse och definierar ett medicinskt problem baserat på berättelsen. Målen är att medborgaren antas vara att bli symptomfri och komma tillbaka till arbetslivet eller komma hem. Målet för sjukvårdsaktören antas vara att lösa det medicinska problemet och få en nöjd och glad medborgare.

När problemet definierats, är nästa fas att välja resurser och kompetenser för att lösa eller lindra problemet och att ge resurser och kompetenser en kostnad i monetära termer. Detta görs huvudsakligen av sjukvårdsaktören eller sjukvårdsaktörerna. En vårdplan/handlingsplan skapas, vilket också huvudsakligen görs av vårdgivare, och planen realiserar, vilket är ett samarbete mellan vårdtagare och vårdgivare. Den avslutande aktiviteten är uppföljning i vilken vårdtagare och vårdgivare kontrollerar att symptom och problem är lösta.

3.4 Drivkrafter och incitament för samverkan och förändring

Samverkan innebär att man flyttar fokus från den egna uppgiften till det gemensamma uppdraget. Den starkaste drivkraften för samverkan är önskan att göra gott för patienten. Att skapa värde för patienten är ett gemensamt mål som fungerar som kitt i samverkanssituationen. Ofta kompenseras brister i organisation och arbetsrutiner med personliga insatser och initiativ.

Den enskilt viktigaste åtgärden är sannolikt att utforma mått och mätsystem som gör det möjligt att följa hur väl samverkan utvecklas och att anpassa belöningsystemen så att vårdgivarna tydligt kan se ledningens prioriteringar.

Inom äldreområdet så finns det ett antal utvecklingsinitiativ som började med ”Esther-projektet” i Eksjö. Sedan följde bl.a. Kersti i Falun, Hilma i Örebro, Agda i Hälsingland, Herman och Britta i Värnamo. Nyligen anordnades den första ”släktträffen” för utbyte av erfarenheter och idéer.

Dessa och andra projekt är viktiga informationskällor till arbete med att skapa nya vård- och omsorgsprocesser med inriktning på ökat patientvärde och samverkan.

3.5 Hinder för samverkan och förändring

Det allvarligaste problemet är sannolikt när de ekonomiska styrsystemen inte premierar en samverkan. Chefer på olika nivåer bedöms i första hand efter förmågan att hålla den fastslagna budgeten. Ekonomin kommer då att påverka beslut och beteende på ett oförutsägbart sätt. I en situation där resurserna är knappa så kommer man att på olika sätt försöka finna lösningar som gör att den egna verksamheten kommer i balans även om det skulle innebära att mindre värde skapades för patienterna.

Speciellt tydligt blir detta problem när patienten skall flyttas över huvudmannagränser. Vid utskrivning från slutna vård skall patienten åter till vård i kommunens regi. När man hamnar i en situation där pengar kan sparas genom att någon annan får stå för vården så blir detta fokus i samverkan – inte det som är bäst för patienten. För att komma till rätta med detta problem

har Socialstyrelsen utarbetat ett särskilt regelverk där kostnadsansvaret och former för överlämnandet har preciserats.

Ett annat problem är de professionella stuprören. Identiteten kring den egna professionen leder till att värdeskapandet för denna blir viktigare än värdeskapandet för patienterna. Detta förstärks ibland av lagar och föreskrifter som försvårar utvecklingen av rationella arbetsformer och effektiv arbetsfördelning.

Likaså finns det en bred uppfattning om att dagens informationssystem inte stödjer samverkan. De är inte utformade för att möta behovet av samverkan och saknar oftast de egenskaper som gör det möjligt att kommunicera. Det kan diskuteras om detta beror på leverantörernas oförmåga att utveckla sådana system eller om det är så att vården har de system de förtjänar – dvs. om samverkan generellt sett är så dåligt utvecklad att man inte tillräckligt brett och tydligt har formulerat krav på informationssystemen så får man inte heller sådana system.

4. e-Tjänster som stödjer de nya vårdkoncepten

4.1 Inledning

Bakgrund

I avsnitt 2 har vi skisserat på nya vårdkoncept som skall kunna möta framtidens krav. I olika policydokument och i bakgrundsbeskrivningen till AAL [18] talar man om ett paradigmskifte. I slutet av avsnitt 2.4.7 har vi sammanfattat vad som karaktäriserar de nya visionerna. Datorstödda informationstjänster kommer att spela en viktig roll när dessa visioner skall förverkligas.

Nya krav på informationstjänster

Datorstödda informationstjänster kan vara en viktig del i detta förändringsarbete. De kan vara direkt nödvändiga för att skapa den informationsförsörjning som ett förändrat arbetssätt kräver eller som krävs för att patientens roll skall kunna förnyas mot en informerad, delaktig och medbestämmande patient [39].

Olika grad av kommunikationsorientering för e-tjänster

Det finns en mängd olika typer av e-tjänster. En del är mer isolerade och kan fungera för sig själva, andra är mer uppbyggda kring att kommunicera med andra e-tjänster för att intressanta effekter ska uppstå. Ett antagande är att den senare gruppen av e-tjänster kommer att bli allt viktigare i det framtida arbetet inom vård och omsorg.

Förändring i ett processperspektiv och krav på e-tjänster

Med tanke på ovanstående behov av att förändra vård och omsorg finns det här ett annat viktigt antagande som kan göras, inte minst i relation till VVP-projektet: Datorstödda informationstjänster kan vara en viktig del i att förändra vård och omsorg mot att skapa processorienterade och samverkande arbetssätt, där individens behov och värdebyggande sätts i centrum. Detta ställer krav på att e-tjänsterna blir mer kommunikativa för att stödja hela individens process (patientprocessen). Dessa e-tjänster finns i mångt och mycket inte idag – främst för att processerna inom vård och omsorg inte tillräckligt beskrivits och analyserats. E-tjänsterna kan delvis kommunicera, men det finns mycket i övrigt att önska, speciellt då i vilket avseende de ska kunna kommunicera.

I fortsättningen av detta kapitel ska vi främst gå igenom förutsättningar för att göra detta möjligt och vad som fordras för att sådana möjligheter och effekter ska uppstå.

4.2 Processer, samverkan, verksamhetstjänster och e-tjänster

Arbetet med att definiera processer ska utgå ifrån vilka värden man vill att en verksamhet ska åstadkomma. För vård och omsorg bör processen vara inriktad på att skapa värden som är uttryckta ur individens synvinkel. För att uppnå olika värden och den process som ska

genomföras, måste ofta olika enheter från olika huvudmän engageras. Man kan tala om en organisationsövergripande process.

Det koncept vi föreslår bygger på en teambaserad vård. Medlemmar i teamet utför den allra största delen vården och omsorgen. Planeringen utgår från patientens behov och prioriteringar. Mål som leder till värde formuleras gemensamt.

För att nå dessa mål behöver ibland tjänster begäras från andra utförare. Information behövs om tjänsteutbudet och e-tjänster behövs för att beställa, förmedla nödvändig information, ta emot svar o.s.v. Vissa tjänster är enkla medan andra är mer komplexa som behöver specificeras noggrant. En möjlighet är att utforma standardiserade överenskommelser – ”Service agreements” – som reglerar vad som krävs av respektive part. Dessa överenskommelser kan då också reglera arbetsfördelningen – d.v.s. vad som skall ha utförts innan beställningen etc. - vilken information som skall ingå i beställningen och hur den skall struktureras.

Tjänster kan avgränsas på verksamhetsnivån. Ett exempel är att genomföra ett visst labbprov på basis av en viss mängd blod och rapportera tillbaka resultatet till den aktör som vill ha provet utfört. Orsaken till att provet behöver genomföras är att en bedömning behöver göras. En professionell aktör behöver kunna göra denna bedömning för att dra en slutsats om att t ex vissa behandlande aktiviteter behövs.

Ett annat exempel kan vara ett en allmänläkare ber en specialist på ett visst område att göra en bedömning av en frågeställning om ett visst misstänkt tillstånd, för att skapa en diagnos. Ytterligare en tjänst kan vara att patienten ska träna vissa rörelser två gånger per dag under två månader och rapportera rörlighetstillstånd uttryckt på ett visst sätt.

Om flera aktörer och olika enheter behöver engageras i en process, kan det vara en stor fördel att avgränsa tydliga tjänster på verksamhetsplanet som behövs för att man ska nå de avsedda resultaten för processen. Inte minst då en upphandlande enhet ska upphandla olika tjänster, som ska finnas tillgängliga i t ex en region för att olika processer ska kunna genomföras på ett effektivt sätt.

När man skapar ett upphandlingsunderlag är det därför väsentligt att beskriva de önskade tjänsterna på ett tydligt sätt. Inte minst bör tjänsternas önskade egenskaper beskrivas både ur professionell synvinkel och ur individens synvinkel, så att avsedda värden med den samlade processen kan uppnås.

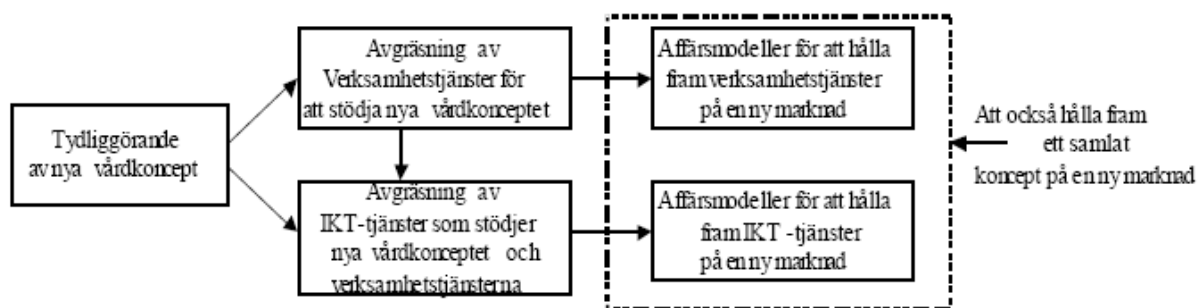
Den enhet som utför en tjänst kan också behöva samverka med andra enheter under det att tjänsten utförs. För till exempel en multisjuk individ, är detta av stor vikt. Det krävs för att samverkans effekter ska uppstå, alltså att olika aktiviteters sammanlagda resultat för en individ uppnås.

För att tjänster på verksamhetsnivån ska kunna utföras effektivt, krävs en god informationsförsörjning. Ett antagande är att de olika tjänsterna på verksamhetsnivån bör ha e-tjänster som stämmer med avgränsningen av verksamheterna. Detta av två skäl: E-tjänsten ska ge ett gott stöd för verksamhetstjänsten och den e-tjänst som ska stödja verksamhetstjänsten ska kunna kommunicera med andra e-tjänster, som dels tar hand om information som lämnas i samband med att verksamhetstjänsten efterfrågas, dels ska kunna lämna information tillsammans med övriga resultat från verksamhetstjänsten om det resultat som har uppnåtts.

Det finns dels e-tjänster som är inriktade på att stödja en viss verksamhetstjänst, dels e-tjänster som är inriktade på att stödja hur man hittar, väljer och initierar en av en verksamhetstjänst ifrån en annan.

Ett exempel på det senare är en remiss- och svarstjänst. Det innebär att e-tjänsten normalt kan ge stöd för att dels hitta en verksamhetstjänst som kan passa ett visst behov i processen, dels identifiera enheter som kan utföra en viss typ av tjänst. I övrigt kan tjänsten också stödja att formulera en frågeställning och peka ut relevant information som mottagaren behöver för att utföra verksamhetstjänsten, samt medföra en bevakningstjänst så att avsändaren kan se status på remissen (om den är läst, fördelad till bedömningsaktör etc.).

Ett exempel på en e-tjänst som stödjer att en viss verksamhetstjänst utförs, är inom omsorgen, där e-tjänsten kan utföra aktiviteter som t.ex. en biståndsbedömare har beslutat om för en individ. Det innebär att den stödjer beskrivning av de aktiviteter som ska utföras, stödjer allokering och planering av hur de ska utföras samt stödjer uppföljning av vilka aktiviteter som verkligen är utförda, etc.



Hela processens uppbyggnad kan ställa krav på verksamhetstjänsternas innehåll och också på vilka egenskaper som e-tjänsterna bör ha. Ett exempel på detta är s.k. vård- och omsorgsplaner för den samlade individorienterade vård- och omsorgsprocessen. Till exempel kan vård- och omsorgsplanen vara ett viktigt instrument för att hålla samman en patientprocessen: mål som formulerats och de olika aktiviteter som olika aktörer har att göra. Det innebär att olika verksamhetstjänster bör omfatta en hantering av dessa vård- och omsorgsplaner så att de är aktuella och relevanta samt att motsvarande e-tjänster kan beskriva planerna, både vad gäller innehåll och hur de hänger samman med varandra.

Vi kan alltså med fördel betrakta begreppet tjänst på verksamhetsnivån som relationer mellan olika typer av professionella aktörer och individen. De professionella aktörerna kan utföra hälsorelaterade tjänster för en individ – både direkt och indirekt. Det kan vara vård-, analys-, bedömnings-, omvårdnads- och omsorgstjänster, mm. Detta gäller speciellt i relation till ett processorienterat synsätt på vad som händer för en individ från det att någon uppfattar en hälsofrågeställning till dess att man har uppnått ett förändrat hälsotillstånd. När en mängd olika aktörer behöver vara involverade i processen kan tjänstebegreppet vara intressant att beakta.

Utförandet av en tjänst kan innebära att en aktör utför ett antal åtgärder för att uppnå ett visst resultat. Det är viktigt att det förväntade resultatet av en tjänst är väl beskrivet, eftersom det ibland kan vara upp till utföraren att välja uppsättning av åtgärder för att uppnå ett visst resultat.

I vissa fall kan beskrivningen av en tjänst vara enklare, som till exempel att ta ett blodtryck

vid en viss tidpunkt för en individ och rapportera resultatet till en viss aktör. I andra fall kan tjänster vara svårare att definiera, som till exempel att utföra vissa primärvårdsåtgärder för en viss befolkning i ett visst geografiskt område under en viss tid. Observera dock att det även i det första fallet är viktigt att beskriva hur blodtrycket är uppmätt för att man ska kunna tolka resultaten rätt.

Det kan vara svårt att beskriva tjänster som starkt har med samordning till andra utförare att göra. Ett exempel är om det förväntas att en aktör ska närvara vid t ex vårdplanering, där andra aktörer också deltar och där kvaliteten på vårdplanen ska bli så bra som möjligt ur individens synpunkt. Här rör det ju sig om minst två deltjänster; dels att bidra med sin kompetens när det gäller att sätta sig in i och bedöma individens behov och dels att göra åtaganden om genomförande av åtgärder för individen i utförandet av vården och/eller omsorgen (som ju är relaterade till de aktuella ersättningssystemen).

I det Vinnova-stödda projektet Hälsotjänster (se mer på www.vinnova.se) har man studerat tjänstebegreppet noggrannare. Där har man också beskrivit hur t ex en enhet kan beskriva ett ”utbud” av tjänster för en omgivning.

I en miljö där olika aktörer bjuds in för att utföra tjänster inom vård och omsorg är det av stor vikt att man uttrycker vad utförandet av tjänsten ska resultera i, d v s vilket värde som ska levereras. Annars finns det risk för att man inte kan avgöra om leveransen är utförd eller inte. I vissa fall är individen direkt med i genomförandet av den enskilda tjänsten och då kan det vara lättare att avgöra värdeökningen, i andra fall är individen inte med och värdet måste beskrivas på ett indirekt sätt.

En viktig aspekt är således att kunna beskriva vilka tjänster som behöver utföras för att få önskat resultat av en samlad process för en individ. Resultatet ifrån olika tjänsters utförande måste kunna sättas samman så att de önskade värdena kan byggas för en individ.

Det kan ibland finnas goda skäl att avgränsa e-tjänster så att de passar för att utföra tjänster på den verksamhetsmässiga nivån. Ett exempel på detta är att olika slags laboratorieprov kan behöva stöd av olika e-tjänster, som avgränsas för att kunna leverera svar på proverna, utifrån uppdragsgivarens önskade resultat.

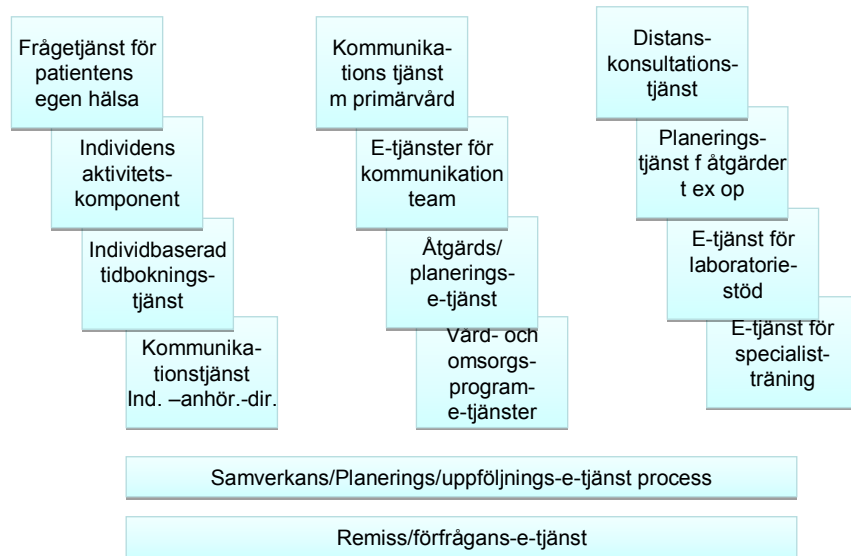
SOA-standarderna (Services-Oriented Architecture) är något som tagit sikte på detta sätt att se på tjänster och som har vuxit fram ur ett IKT-perspektiv. Avsikten med standardiseringsarbetet är dock numera att inte enbart ta sikte på e-tjänster, utan att ha ett mer generellt förhållningssätt till utförande av tjänster.

Förhållandet mellan organisationen (vård- och omsorgsprocesserna) i det nya vårdkonceptet som vi föreslår i VVP och möjliga e-tjänster som stödjer detta kan illustreras på följande sätt:

Verksamhets-
nivå/vårdprocess



Exempel på
möjliga e-
tjänster per nivå
och mellan
nivåerna



4.3 E-tjänster och system

Begreppet "system" i samband med datorstödda informationssystem används på ett ibland farligt och ibland konserverande sätt.

Inom vård och omsorg förknippas ofta begreppet system med den gamla formen av journalsystem, med någon typ av patientadministrativ hantering eller dylikt.

Med detta systembegrepp menar man ofta att man köper ett antal datorstödda funktioner med en ofta hårt integrerad datalagringsmöjlighet, vilket innebär att systemet uppfattas som en hårt sammansatt enhet som är svårföränderlig och inflexibel. Ibland har leverantörerna till och med byggt systemet så att det ska vara svårt att ersätta det med något annat och att det ska vara svårt att bygga ut eller förändra. Kunden ska bli beroende av leverantören.

Hypotesen här är att man i framtiden måste bygga upp informationsresurser i sig till viss önskad kvalitet, lagra dem på ett åtkombart sätt (enligt noggranna specifikationer) så att man kan komma åt dem när rätt aktörer behöver dem och att man kan uppnå avsedda värden på verksamhetsplanet. Skilt från detta är de datorstödda funktionerna, som kan fylla på eller manipulera denna information i önskad riktning.

Fokus ligger då alltså på att ur verksamhets- och individsynpunkt bygga upp

informationsresurser till en tillräcklig nivå och med tillräcklig kvalitet. Inte på att ”ha ett visst system”. Funktionerna för att manipulera information blir mer sekundära och kan substitueras av olika leverantörer.

4.4 På vilket sätt kan e-tjänster vara en möjliggörare (eller ses som ett hot)?

E-tjänster kan vara en möjliggörare för att åstadkomma en förändrad vård och omsorg. Här bedrivs analysen utifrån att man vill åstadkomma en vård och omsorg som fokuserar på individens samlade behov.

Vilka förutsättningar måste finnas för att e-tjänster ska utgöra en möjliggörare?

1. Det finns ett intresse hos professionella vård- och omsorgsgivare av att fokusera på individens samlade behov och att e-tjänsterna utifrån detta kan stödja med information, så att man lätt kan se dessa samlade behov och att man kan formulera det överordnade målet och arbeta i denna riktning.
2. Att man kan få en samlad bild av individens behov och vad som i övrigt är planerat för denne. Denna samlade bild ger insikt om att man måste göra ett antal saker på ett samordnat sätt för att kunna påverka individens tillstånd på ett adekvat sätt.
3. Saknas det information om individens samlade behov, kan det vara lätt att ”skylla på” situationen (dvs. eftersom det inte finns någon information om individens samlade behov, kan man inte göra något åt det hela).
4. Man kan få olika effekter ”på köpet”. Genom att t ex samla information om alla planerade och genomförda åtgärder, kan man också följa upp huruvida man har lyckats möta de samlade behoven och om man med insatserna från olika enheter har lyckats påverka det aktuella tillståndet hos individen.
5. I vissa fall finns det ett stort intresse för att genomföra förändringar, men man inser att bristen på e-tjänster är en bromsande faktor. I ett sådant fall får e-tjänsterna en extra (särskild) roll som möjliggörare.

Att genomföra förändringar i en eller ett antal verksamheter kan vara något som vissa aktörer vill motverka. Det kan finnas många skäl till detta. Ett skäl kan vara att en förändring motverkar en maktposition som en viss professionell aktör innehar.

E-tjänster som på samma sätt stödjer en sådan förändring kan ibland utgöra ett hot, t ex genom att de utgör ett hot mot vissa aktörers ställning.

Ett exempel på detta kan vara att nya aktörer (andra ledare på en viss nivå på ett sjukhus) kan ta del av sammanställningar om vad en viss enhet utför i form av åtgärder. Detta kan ses som ett hot mot t ex en ledare för en enhet som inte vill att denna information ska vara tillgänglig för andra chefer. (Bakgrunden kan vara att en processutveckling kommer att medföra att vissa åtgärder på vissa enheter prioriteras, i förhållande till åtgärder och resurser inom andra enheter.)

Att det kommer nya e-tjänster kan därför vara något som vissa aktörer inte ser som något positivt. De nya e-tjänsterna motarbetas istället, eftersom de stödjer förändringar som vissa aktörer inte vill ha.

4.5 På vilket sätt bör e-tjänsterna förändras för att kunna stödja ett processorienterat arbetssätt som stödjer samverkan och fokuserar på individens behov?

E-tjänster som stödjer ett mer processorienterat synsätt i en eller flera organisationer och deras enheter bör vara mer kommunikativa än de e-tjänster (eller de system) som används inom vård och omsorg idag.

Om en individ behöver komma i kontakt med många olika enheter och olika professionella aktörer i dessa enheter för att vissa tillstånd ska förändras, och om individen och närstående dessutom är aktiva aktörer i denna process, måste de olika e-tjänsterna som stödjer den samlade processen i hög grad kunna kommunicera med varandra.

Varför behöver e-tjänsterna då vara mer kommunicerande? Några exempel kan vara:

1. Om en enhet beslutar sig för att i samförstånd med individen göra en viss åtgärd, måste en annan enhet kunna få reda på att åtgärden är utförd, t ex för att risker inte ska uppstå för individen.
2. Om ett antal enheter har upprättat en vårdplan för individen, ska en ny enhet kunna ta del av den upprättade vårdplanen för att kunna utföra de egna åtgärderna i enlighet med vårdplanens intentioner och vara informerad i samtal med individen och närstående.
3. Om en enhet har haft en frågeställning och genomfört åtgärder i samband med denna, ska informationen finnas tillgänglig, om individen senare tar kontakt med en annan enhet för att arbeta med en ny hälsofrågeställning som eventuellt kan ha ett samband med den tidigare "episoden". Sådan information kan ge ökade möjligheter att ställa en korrekt diagnos, vilket kan leda till ökad säkerhet, tidigare insatta behandlande åtgärder och mindre lidande för individen.
4. Kommunicerande e-tjänster kan också behövas för att kunna följa upp på vilket sätt värde egentligen har byggts för en individ, i en process som kan ha varit ganska lång, med många involverade aktörer som har gjort olika saker.

En utgångspunkt för detta resonemang är också att e-tjänster kommer att vara lokala (i stället för centrala) till sin karaktär och att olika enheter handhar informationsresurserna hos sig för att stödja den operativa verksamheten.

4.6 Vilken betydelse har användning av standarder för att möta denna utveckling?

Standarder kan ha en stor betydelse för att stödja förändring av vård och omsorg mot ett mer uttalat fokus på värdebyggande för individen.

Ett exempel på möjligheterna med att använda standarder, kan vara att man snabbt och på ett förhållandevis enkelt sätt kan kommunicera med andra tjänster som redan finns. Genom att skapa relativt enkla nya tjänster där andra befintliga tjänster anropas, kan man uppnå snabba och marginellt stora effekter genom s.k. förstärkningseffekter då olika e-tjänster kommunicerar med varandra.

Standarder och medvetna val i arkitekturer

Ökad användning och beaktande av standarder när man utvecklar e-tjänster kan medföra ett antal möjligheter. En sådan möjlighet är att man kan kommunicera med andra e-tjänster, om rätt standarder har beaktats. Ett av problemen är dock att standarder ligger på olika nivåer i en arkitektur. Det kan vara svårt att skilja dessa standarder åt och förstå på vilken nivå de ligger. Här finns således ett kunskapsproblem.

De som har skapat en standard eller ett förslag till en standard har haft en avsikt med den: att den ska lösa ett visst problem. Vi ska i det följande beskriva och exemplifiera några av dessa nivåer.

Vi kan utgå ifrån följande grova indelning av en arkitektur för att diskutera standarder:

- 1. Generaliserad överordnad verksamhetsnivå*
Här finns standarder som ofta är formulerade på hög generisk (allmängiltig) nivå och som via ett antal generiska begrepp försöker skapa möjligheter för kommunikation mellan olika verksamheter, som ibland har ganska olika referensramar.
- 2. Domänorienterade modeller för kommunikation*
Här finns standarder, ofta i form av begrepps- eller informationsmodeller, som på ett domänorienterat och noggrant plan beskriver begrepp samt hur de ska tolkas för att uppnå en säker kommunikation mellan aktörer.
- 3. Verksamhetstjänstenivå*
Här finns vissa standarder som försöker formulera generella verksamhetsorienterade tjänster med tillhörande e-tjänster, som till exempel att beskriva en kontakt mellan en individ och en professionell vårdgivare.
- 4. Distributionsnivå*
Här finns standarder som försöker definiera vad som gör det möjligt att direkt komma åt information från en annan distribuerad enhet och dess informationssystem, i syfte att skapa en lokal, distribuerad kommunicerande miljö. Exempel är CORBA, Web Services samt domänorienterade relaterade standarder för till exempel hälsovård. Det kan också vara tjänster av typen HSA (Hälsa- och sjukvårdens adressregister), som används för att ta reda på vilka andra enheter som finns i en viss ”miljö” att kommunicera med, samt vad de heter.
- 5. Meddelandeöverföringsnivå*
Här finns standarder som beskriver hur ett visst meddelande ska se ut som ska sändas från en avsändare till en mottagare. Här finns en mängd exempel, allt ifrån bilindustrin till hälsovårdssektorn (exempelvis openEHR och HL7, meddelandedefinitionsdelen).
- 6. Generell systemarkitekturnivå*
Här finns standarder för hur gränssnitt till en databashanterare av en viss typ ska se ut; hur man ska anropa för att lagra ett objekt, hämta ett objekt, etc.
- 7. Operativsystemkomponentnivå*
Här finns standarder för hur man ska utnyttja olika tjänster som många operativsystem tillhandahåller. Exempel på tjänster är hur en e-tjänst kan finna en kommunikationskanal till en annan enhet, t ex en lagringsenhet.
Det kan också vara standarder som rör hur en maskin får sig tilldelad en IP-adress för att kunna kommunicera med en omgivning, t ex DHCP (Dynamic Host Configuration Protocol).
- 8. Teknisk lagrings- och kommunikationsnivå*
Här finns standarder för t ex hur en e-tjänst kan skapa ett informationspaket och skicka

iväg det till en annan aktör. Ett exempel är standarder som behövs för hur man hanterar paket över ett nätverk, t ex TCP/IP.

9. *Fysisk nivå*

Här finns standarder för t ex hur man på olika sätt sänder ljus i en fiber, etc.

Det kommer således standarder som gäller en mängd olika nivåer. Man kan diskutera dessa nivåer i en arkitektur. Det är väsentligt att inte blanda samman olika standarder. Varje standard måste diskuteras på den nivå där den är avsedd att användas.

Det finns också andra utmaningar när det gäller standarder. Att skapa sammankopplingsbara e-tjänster som stödjer individens samlade process, är något som ännu inte tillräckligt tydligt fokuserats på i det standardiseringsarbete som förekommer idag. Exempel på detta är de i många sammanhang nämnda standarderna som börjat användas på flera håll i den europeiska miljön, som t ex openEHR och EHRcom. Dessa tar sin utgångspunkt i de klassiska journalsystemen, som oftast endast hanterar en del av den sammanlagda information som behövs för att stödja individens process inom en samverkande vård och omsorg. Dessa standarder kan sägas ha stora begränsningar i ett processororienterat synsätt. Kompletterande standarder behövs därför för att kunna stödja individens hela process.

4.7 Hur bör plattformarna för e-tjänster vara uppbyggda för att stödja processororientering och ett samverkansorienterat synsätt?

E-tjänster som stödjer ett mer processororienterat synsätt, där man kan stödja samverkan och där individens behov sätts i centrum, behöver kunna kommunicera med varandra på ett effektivt sätt. Bakom detta antagande ligger att e-tjänster i framtiden kommer att vara mindre, och inte i för stor grad vara sammankopplade i stora "system".

En plattform kan innehålla faciliteter och grundfunktioner för att underlätta kommunikation mellan e-tjänster.

Plattformen kan ha många uppgifter, men bör ha egenskaper som gör att den underlättar kommunikation. Exempel på sådana egenskaper är ett skarpt och väldefinierat gränssnitt, som kan användas för att anropa en kommunikationstjänst, vilket gör att man kan nå en annan "mål-tjänst" hos en annan enhet.

Ett väldefinierat gränssnitt i plattformen kan innebära att den som skriver e-tjänsten, på ett smidigt och snabbt sätt, kan välja bland olika kommunikationstjänster samt att man kan lämna och ta emot data på ett lättdefinierat sätt när man anropar kommunikationstjänster, respektive när man tar emot resultat från en kommunikationsorienterat "anrop" i plattformen.

4.8 Processer och informationsbehov

I detta avsnitt finns en beskrivning av hur man kan skapa e-tjänster, som bygger på ett antal komponenter som kan stödja en individorienterad process där samverkan är en väsentlig del. Att utgå ifrån individorienterade värden är väsentligt.

Hur kan man skapa e-tjänster som stödjer en process?

Vård och omsorg är oftast inte uppbyggd runt individens behov. Man klarar inte av samverkan mellan olika enheter för att fokusera på individens behov. Informationssystemen är ”stuprörssystem” och kan bara stödja en enhet i taget ifråga om åtgärder och planer för individen.

Om intentionen är att bygga vård och omsorg på att skapa värden för individen, kan man i ett förändringsarbete arbeta med att definiera de processer och delprocesser som behövs för att skapa dessa värden. När processerna är definierade, kan de arbetsflöden som förverkligar värdena definieras.

Vård och omsorg är oftast inte definierade utifrån denna utgångspunkt och informationssystemen har heller inte denna utgångspunkt.

Hur kan man skapa informationsförsörjning som är mer inriktad på individens process och individens samlade behov, samt komma fram till ett önskat resultat i relation till vad man vill uppnå för individen?

I det följande ska vi gå igenom ett arbetssätt som kan användas för att utforma e-tjänster som är mer inriktade på att stödja en samlad process, och som i sin tur också är inriktad på att ligga till grund för samverkan kring individens behov.

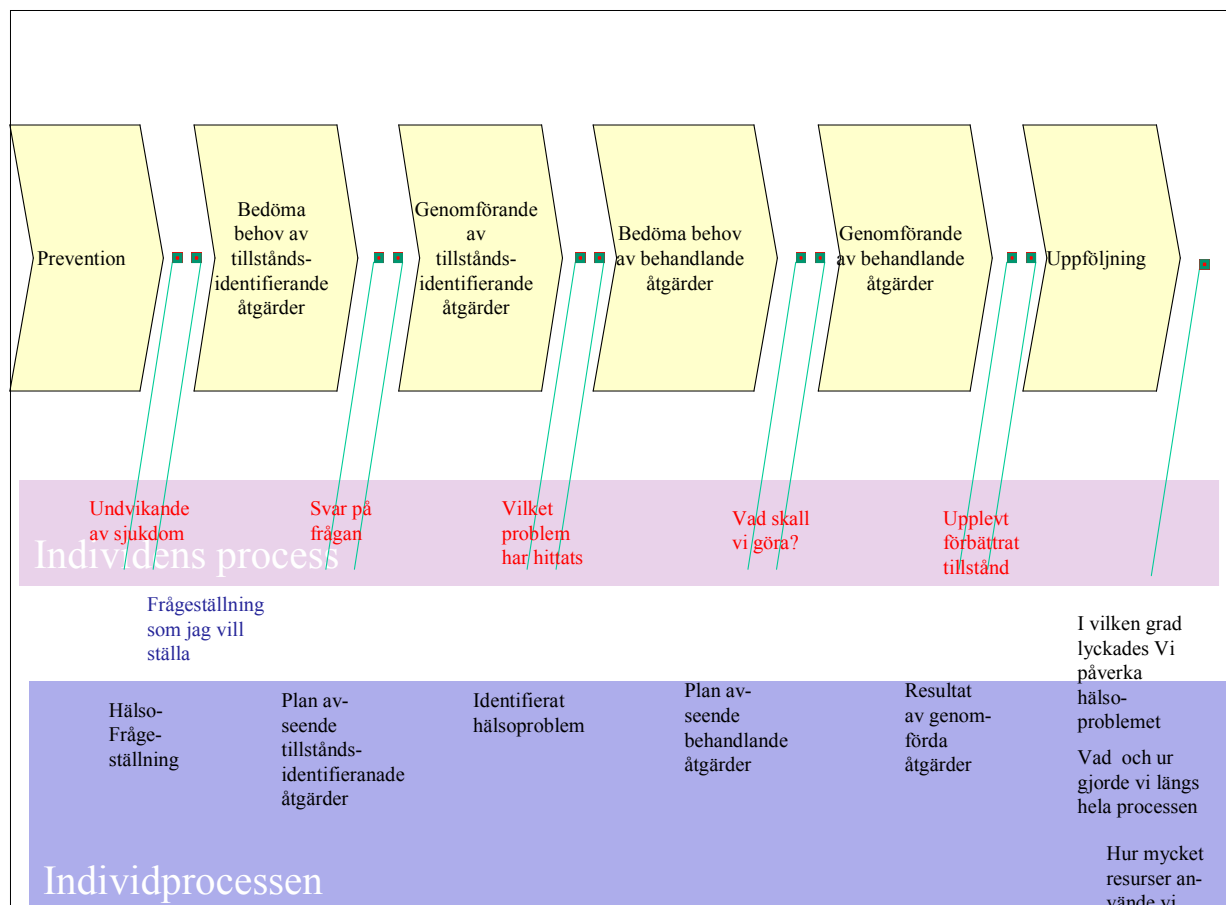
Det första steget blir att definiera de processteg som behövs för att bygga de värden som har identifierats.

Först behöver man emellertid identifiera vilka värden som ska byggas ur individens synvinkel.

Sådana värden kan vara:

- Undvikande av sjukdom.
- Svar på frågan om individens hälsofrågeställning.
- Svar på frågan om vilket problem som har hittats.
- Klargörande och konsensus om vad vi ska göra.
- Upplevt förbättrat tillstånd för individen.

På basis av dessa värden kan man tänka sig följande struktur av delprocesser. Det kan vara viktigt att skilja på de värden som individen ser själv i individens egen process (som har delar som sträcker sig utanför de delar där vård och omsorg är inblandade), och en individorienterad process (som vård och omsorg kan se och är den ”vy” som vård och omsorg kan bygga upp utifrån för att möta individens behov). Se figuren nedan.



På basis av denna överordnade processmodell, som grundar sig på värdebyggande, kan man sedan bygga samverkanskoncept där olika enheter spelar olika roller i en samverkansmiljö, och där olika aktörer med olika kompetenser från dessa olika enheter kan spela olika roller.

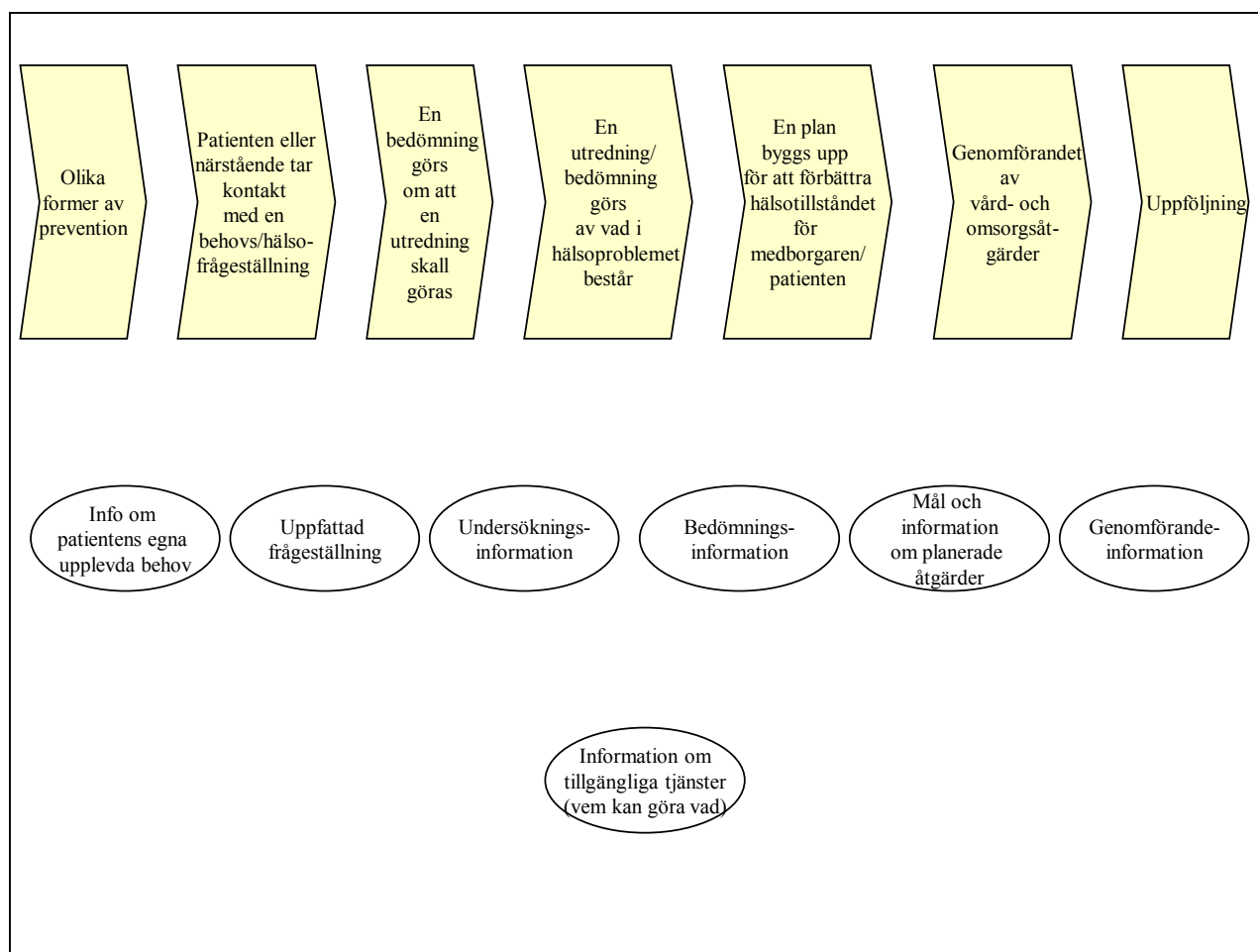
Samverkan kan illustreras i en modell, enligt nedan. Där man ser enskilda samverkande enheter, den samordnande vårdplanen (som ett viktigt instrument för att styra processen) samt kopplingar till ”lokala” planer (som olika enheter använder för att planera enskilda utföranden av åtgärder), och där man kan allokera resurser (t ex personal med en viss kompetens) för att kunna utföra åtgärderna.

Att avgränsa e-tjänster som hänger samman och stödjer processen

Hur kan man då avgränsa och utforma komponenter för att skapa en informationsförsörjning som stödjer processen, så att den hänger ihop och så att man kan uppfylla målen med processen?

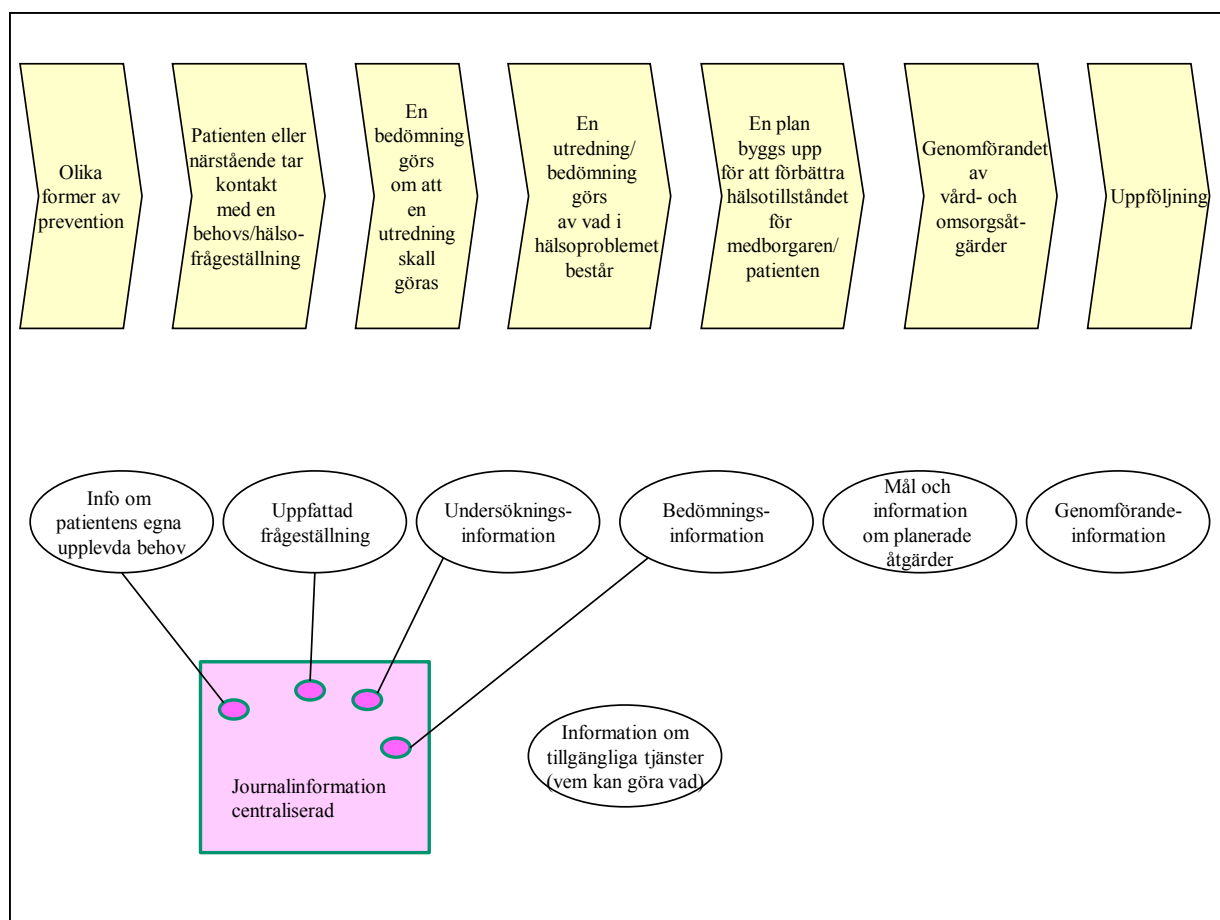
Ett sätt är att identifiera viktiga informationsbehov för processens olika delar samt avgränsa ett antal komponenter som är inriktade på att producera den aktuella informationen (som är logiskt sammanhängande på ett generaliserat plan).

I nedanstående figur identifieras viktiga kluster av sådan information i processen.

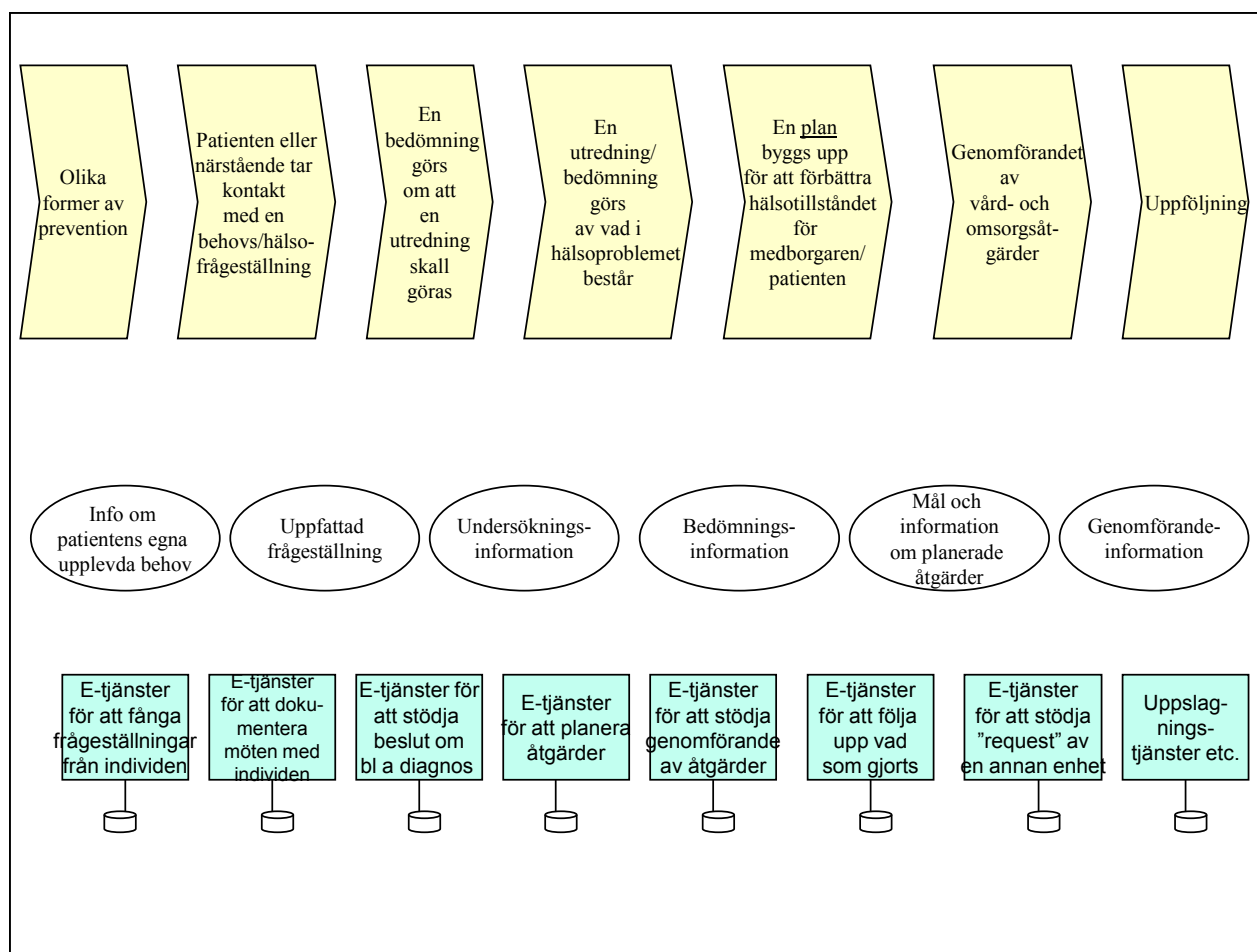


Tidigare har det funnits föreställningar (inte minst bland IT-aktörer) om att all denna information ska produceras av ett stort samlat, ofta monolitiskt system. Ett annat sätt är att istället bygga mindre komponenter, som är inriktade på att kommunicera med varandra längs processen. Komponenterna kan köras lokalt hos varje enhet och stödja samverkan genom att kommunicera viktig vård- och omsorgsinformation mellan varandra.

I centraliserad ansats kan det se ut som i följande figur:

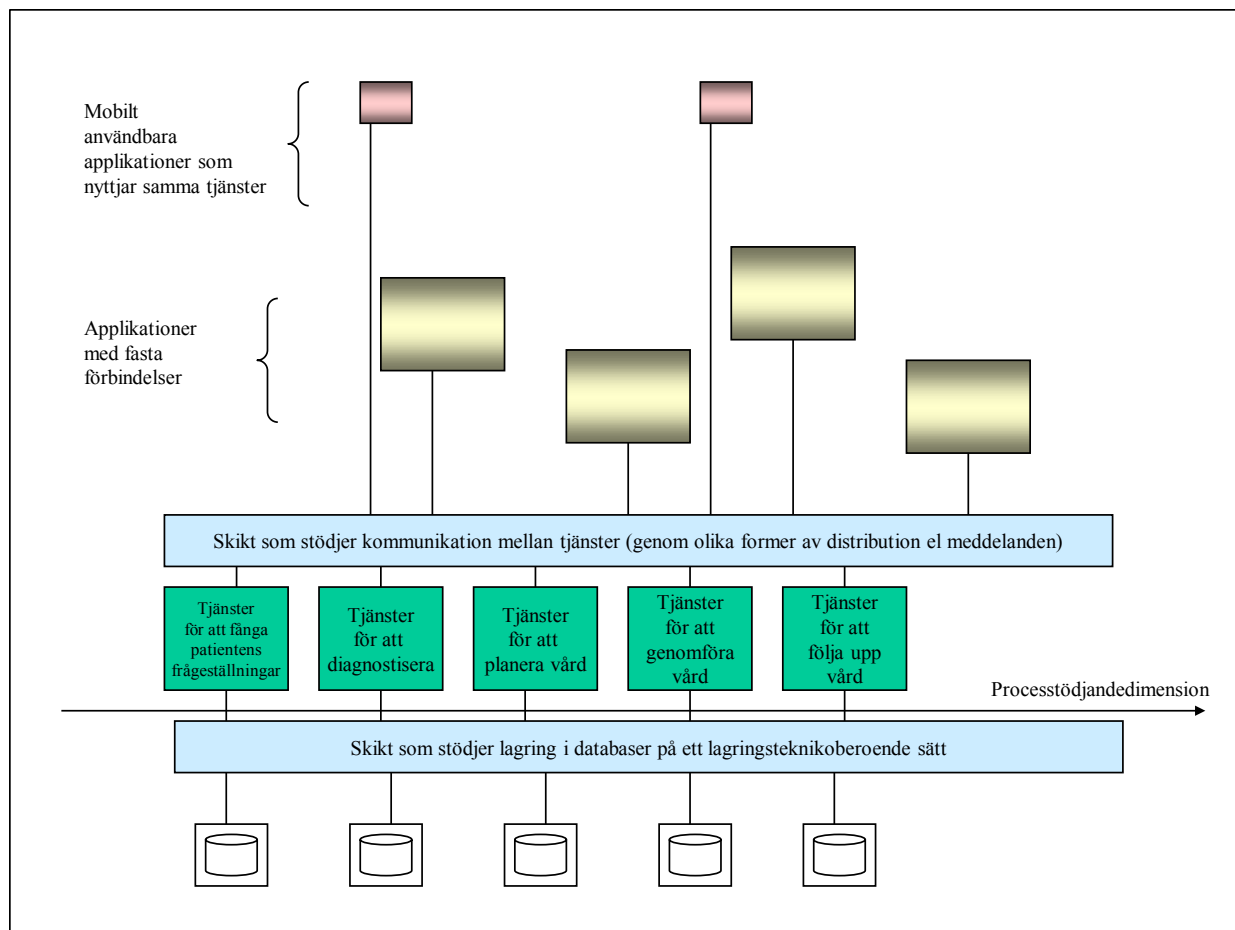


Vård och omsorg är dock sällan centralistisk till sin karaktär. Utvecklingen är snarare den motsatta. Det kommer att finnas allt flera olika enheter som kommer att spela olika roller i den samlade individorienterade processen. Varje enhet kommer att handha sin egen information om vilka åtgärder som planeras och utförs och ett ansvar för att denna information håller tillräcklig kvalitet. Men, denna information måste också på ett enhetligt och väldefinierat sätt göras tillgänglig för andra aktörer som har en ”vårdrelation” till individen. Att skapa kommunicerande komponenter enligt denna strategi kan då istället se ut så här:



Baserat på avgränsade komponenter kan sedan mobila och andra applikationer byggas på med olika typer av gränssnitt beroende på olika typer av användningssituation. Alla komponenter är definierade mot bakgrund av den information de ska hantera. Denna information är beskriven på ett verksamhetsorienterat plan, med hjälp av begreppsorienterade modeller. Det bidrar till att avgränsningen är gjord i verksamhetsorienterade termer och att de olika komponenterna kan användas av olika enheter, beroende på vilken tjänsteorienterad roll de har på verksamhetsplanet.

Komponenterna är avgränsade utifrån den individorienterade processen och inte utifrån gränser för organisatoriska enheter. Komponenterna kan också anpassas så att de t ex kan stödja olika klassifikationer av åtgärder, klassifikationer av personalkategorier, etc. Klassifikationerna kopplas till den begreppsorienterade modellen, så att klassifikationerna får en god och tydlig beskrivning. Detta kan anpassas av varje lokal enhet utan att samverkan behöver äventyras.



4.9 Individens aktivitetskomponent

För att individen ska kunna vara delaktig i sin egen vård och omsorg samt olika typer av vården kunna byggas för individen, behöver individen och närstående olika typer av informationsstöd som kan stödja det egna agerandet.

En viktig utvecklingsriktning, är att individerna och närstående kommer att bli mer aktiva i sin egen vård och omsorg. Individen själv kommer att behöva utföra åtgärder, som dels innebär att man undviker ohälsa, och dels att, om man drabbas av ohälsa, utför egna åtgärder i den egna vården. Inte minst i samband med de skälvalleknadssjukdomarna vet man nu att egna åtgärder är av stor betydelse för möjligheterna att undvika sjukdom och att uppnå ett förbättrat hälsotillstånd.

Man kan dela in e-tjänster som kan stödja individens agerande i följande grupper:

- A. Sådana e-tjänster där individen kan få information om planer, mål, kontakter och aktiviteter av olika typ, som är planerade och genomförda från alla vård- och omsorgsenheter som har ett engagemang för individen. De kan vara sammanställda i kronologisk ordning eller på annat sätt.
- B. E-tjänster som (förutom det som beskrivs under A) kan beskriva andra aktiviteter som individen planerar och har genomfört, samt presentera

samtliga aktiviteter som en helhet för individen, för t ex en viss dag. Här ingår också aktiviteter som kan beskrivas som preventiva åtgärder, som individen kan göra för att undvika sjukdom (t ex hjärt/kärlsjukdomar).

- C. E-tjänster som kan stödja bokning och ändring av en kontakt med vård eller omsorg, så att individen själv kan välja tid och eventuellt presentera en ny hälsofrågeställning. Detta kan också gälla mer akuta kontakter, där individen kan få information om kötider etc.
- D. E-tjänster som stödjer individens uppbyggande av kunskap om diagnoser och olika typer av möjliga behandlingsåtgärder för dessa diagnoser.
- E. E-tjänster som stödjer att individen kan ställa synkrona eller asynkrona frågor direkt till en vårdgivare. (T ex mail eller videostödd synkron kommunikation).
- F. E-tjänster som stödjer behandlande åtgärder som individen själv utför och som på olika sätt kan ledas av vårdgivaren. (T ex inom psykiatri- och logopediområdena).
- G. E-tjänster som stödjer kommunikation med andra individer med samma diagnos och där man på olika sätt stöder varandra. (T ex chatt och synkron videokommunikation)
- H. E-tjänster som hjälper och instruerar individen i att utföra aktiviteter som t ex har förskrivits av vårdgivare. Det kan gälla olika typer av multimediala instruktioner som utgår ifrån aktivitetstyper etc.

I VVP-projektet har vi valt att inom ramen för WP3, som handlar om e-tjänster, särskilt arbeta med e-tjänster av typerna A och B, enligt ovan. Bland bakgrundsresultaten till projektet finns e-tjänster av typ A och i VVP-projektet har vi valt att fokusera på e-tjänster av typ B, som kan stödja individen i den egna vården och omsorgen.

I detta arbete finns också ett processperspektiv och ett samverkansperspektiv, där individen är en av aktörerna i samverkansmiljön.

I VVP-projektet har vi valt att kalla en e-tjänst enligt typerna A och B för ”individens aktivitetskomponent”. Denna komponent är avsedd att vara ett stöd för både individens process och individprocessen.

Kravbild på en sådan komponent har varit:

- a. Att kunna stödja individens vardag, både med avseende på aspekter som är en del av den privata vardagen och aspekter som har med den egna vården och omsorgen att göra.
- b. Att kunna kommunicera med andra komponenter som vård- omsorgsgivare använder sig av, för att fånga adekvat information som rör planerade och genomförda åtgärder som gäller individen (och som således är en del av individens samlade helhet och

koppling till omvärlden).

- c. Att närstående, om så är lämpligt, ska kunna använda en version av individens komponent ("närståendes aktivitetskomponent"), för kunna delta i och stödja den sjukes vård och omsorg samt delta i att ta ansvar för patienten.

På en av arenorna för VVP-projektet har vi arbetat med individer med neuropsykiatriska funktionshinder. I relation till denna grupp av individer har vi särskilt studerat vilka värden "individens aktivitetskomponent" skulle kunna ha.

Också i samband med den nya processen kring Angereds Närsjukhus har dessa aspekter studerats.

I dokumentet Förslag till och initial specifikation av tjänst "Patientens komponent" [23] finns en specifikation av denna tjänst (se Bilaga nr 5).

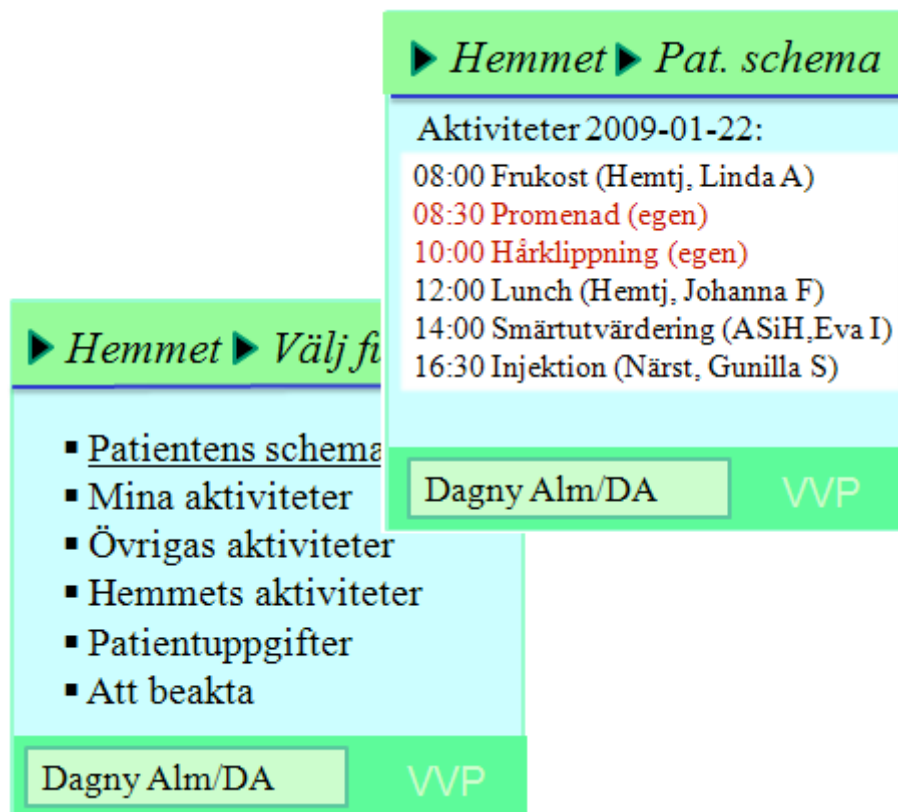
De viktigaste egenskaperna för tjänsten är följande:

1. Den ska kunna representera och beskriva alla åtgärder och/eller möten i vardagen som individen vill komma ihåg och när dessa inträffar. Det kan vara aktiviteter av högst privat karaktär, som att tvätta kläder, gå till frisören etc., men också att träffa boendestödjaren, etc.
2. Den ska kunna beskriva hur det går till att utföra dessa åtgärder, med hjälp av multimediala framställningssätt eller med hjälp av text.
3. Individen ska kunna bli påmind om dessa åtgärder genom olika typer av signaler som ljud, ljus eller andra sätt.
4. Den ska kunna kommunicera med vård- och omsorgsgivare på ett väldefinierat och så långt som möjligt, standardiserat sätt, så att det blir känt vilka kontakter och åtgärder som vård- och omsorgsgivarna har med och för individen. Syftet är att individen bland sina övriga möten och åtgärder som finns för dagen, ska kunna se samtliga vård- och omsorgsmöten och åtgärder som finns planerade och utförda – både de som individen definierat själv och de som kontakterna inom vård- och omsorgen har definierat.
5. Individen ska kunna beskriva åtgärder i den egna vården som är planerade och att de är utförda. Det ska även gå att följa upp hur många gånger de är utförda, etc. Om individen så tillåter, ska även en vårdgivare kunna se vad som är gjort.

Tjänsten ska kunna vara mobil (för vanliga mobila enheter). Den ska också kunna nås via fast uppkoppling och ha ett attraktivt och lättanvänt gränssnitt. Tjänsten ska bygga på de generaliserade begrepp för aktiviteter och åtgärder som definieras i olika nationella projekt som stödjer samverkan för att sätta patienten i centrum.

Prototyp för Individens aktivitetskomponent

Inom VVP-projektet har vi tagit fram en tidig prototyp på hur Individens aktivitetskomponent skulle kunna se ut och fungera. Här nedan ges exempel på gränssnitt för en del av denna.



Bilden visar ett mobilt gränssnitt (med två paneler) från prototypen. Prototypen bygger på att olika enheter kan samverka med varandra (genom självständiga samverkande enheter) men att individen och närstående har en tydligt markerad "egen" komponent som spelar rollen att beskriva individens egen vardag med olika aktiviteter och planer samt att denna "virtuella" aktivitetsmiljö både kan omfatta aktiviteter som har med vård och omsorg och sådana aktiviteter som inte har det. Individens aktivitetsmiljö är mer eller mindre knuten till där individens hem (man kan ju bo på flera ställen) och hemmet som vård- och omsorgsmiljö. Individens aktivitetskomponent kan ha flera aktörer knutna till sig såsom individen själv, närstående och t ex en "dirigent" (kontaktperson). Den övre panelen visar alla aktiviteter som är aktuella för individen en viss dag - både sådana aktiviteter som är helt privata och sådana som har med vård och omsorg att göra (och som också är representerade hos andra samverkande enheter). Uppsättningen av typer av privata aktiviteter är flexibel. Individens aktivitetskomponent kan "gå ut" i vård- och omsorgssamverkansmiljön och ta reda på vad som finns beskrivet i form av planerade aktiviteter, planer, etc.

Prototyp för teamets samverkanskomponent

Vi har också i en annan prototyp, som tagits fram i VVP, och som visar hur e-tjänster ifrån olika leverantörer kan fås att kommunicera med varandra på ett strukturerat och väldefinierat sätt så att man kan stödja samverkan och stödja en individorienterad process. Dessa kommunicerande e-tjänster skulle kunna utgöra en bas för en definierad samverkan och en definierad form av teamarbete relaterat till de vårdkoncept som beskrivs i denna rapport. Den avgränsade prototypen med samverkande e-tjänster bygger på komponenter som tagits fram i tidigare projekt som Sams, MobiSams (Alkit Communications) och P2P (ICC). Nedan finns ett gränssnitt från denna prototyp.

Fönstret som ligger ”underst” visar hur en vårdaktör utifrån den så kallade kontaktkomponenten i Sams-miljön från Alkit vill skapa en remiss avseende en viss individ (Asta Andersson) och formulera en frågeställning till en specialistenhet. Det övre fönstret visar hur denna enhet genom e-tjänsten som P2P (ICC) tillhandahåller och tillser att en mall överförs som beskriver vad specialistenheten vill ha reda på för att kunna utföra sin verksamhetsorienterade tjänst så väl som möjligt för individen. Detta underlag levereras således till aktören som vill skapa remissen. Anropet görs mellan komponenter som exekverar på olika maskiner. Kommunikationsgränssnittet mellan de kommunicerande e-tjänsterna är väl beskrivet bland annat genom en verksamhetsorienterad informationsmodell som grund.

4.10 Att erbjuda de nya e-tjänsterna på en marknad

De äldre, mer monolitiska och icke-kommunicerande journalsystemen (se nedan om arvssystem) har erbjudits till olika typer av vård- och omsorgsgivare. Lagen har ställt vissa typer av krav om dokumentation i detta sammanhang. Det finns en intressant frågeställning om det kan inträffa någon form av skifte i hur och på vilket sätt datorstödda informationssystemstöd kan erbjudas i framtiden. Man kan dela upp detta i ett antal

frågeställningar, eller förutsättningar:

1. Kommer vård- och omsorgsgivarna att intressera sig för och beskriva mer sammanhängande individorienterade processer och informationssystemstöd som detta kräver för samverkan etc?
2. Kan aktörer som arbetar med verksamhets- och samverkansutveckling ställa krav på e-tjänster och förmedla dessa krav till de som beställer e-tjänster för vård- och omsorgsgivarna?
3. Kommer vård- och omsorgsgivarna att intressera sig för och efterfråga mer heltäckande processtöd istället för de äldre konventionella journalsystemen?
4. Kommer beställarna av e-tjänster att efterfråga mindre avgränsade sådana med väl definierade gränssnitt och att dessa kombineras med varandra så att man kan kombinera e-tjänster från olika leverantörer?

Några kommentarer till detta:

Första frågan är om, och i vilken takt vård och omsorg kommer att bli orienterad mot ett processtänkande och mot fokus på individens samlade behov. I många andra branscher har detta tagit fart, men denna utveckling kommer säkert att ta några år inom vård och omsorg. De aktörer som beställer e-tjänster är mindre medvetna om denna utveckling och har hittills inte byggt upp någon kunskap om vad denna utveckling ställer för krav ifråga om e-tjänster. Detta samspel kommer därför att ta ett tag att bygga upp och mycket av kunskap och insikt måste byggas. Det förefaller vara väsentligt med olika typer av prov- och lärarenor inom området.

Avgränsning av mindre e-tjänster kommer förmodligen att ha med utvecklingen av standarder att göra. Internationellt har utvecklingen av standarder och medvetenhet om dessa till viss del tagit fart. Inom Europa kommer denna utveckling att få ökad kraft. Ett av problemen i denna utveckling är att de standarder som nu håller på att behandlas har ett starkt fokus på konventionella journalsystem. Standardiseringsarbetet måste därför förnyas mot ett mer processororienterat synsätt och individens samlade behov. (Jämför pågående arbete i Contsys 2).

En annan viktig fråga är: om leverantörerna kommer att erbjuda mindre, kommunicerande e-tjänster kommer då beställarna av e-tjänster att lyckas specificera dem och beskriva dem i olika typer av upphandlingsunderlag etc. Detta är beroende av olika typer av initiativ på det nationella planet såsom exempelvis den nationella IT-strategin i Sverige. Här måste man kunna beskriva tillräckligt väl, både verksamhetsmässiga och IT-orienterade arkitekturer, som är tillräckligt tydliga avseende gränssnitt och informationsstrukturer, och att man använder sig av dem i sina beställningar. Sådana ansatser måste dels utvecklas och dels kommuniceras till olika aktörer, framför allt till beställande aktörer hos vård- och omsorgshuvudmännen. Kompetens om dessa saker måste också byggas upp hos leverantörerna själva.

Hur kan olika leverantörer erbjuda komplementära e-tjänster till en helhet av kommunicerande e-tjänster

Olika leverantörer kan erbjuda e-tjänster som på olika sätt är komplementära till varandra. Man kan skilja på två dimensioner.

De horisontellt komplementära e-tjänsterna och de vertikalt komplementära e-tjänsterna. De horisontellt komplementära e-tjänsterna är de som är komplementära och kombinerbara i ett perspektiv längs den individorienterade processen. Ett exempel är att e-tjänster som stödjer byggandet och hanterandet av verksamhetsplaner också kan kommunicera med e-tjänster som stödjer utförande av de enskilda åtgärder som pekas ut i planen för en individ samt de resurser som enskilda aktörer inom vård- och omsorgsenheter och närstående samt individen själv behöver för att genomföra sådana ”utföranden”. Detta så att man kan följa upp vad som har gjorts och huruvida uppsatta mål har uppnåtts för individen.

Vertikalt komplementära e-tjänster är att e-tjänster som individen direkt ser i sitt gränssnitt kan utnyttja tjänster som ligger längre ner i den tekniska arkitekturen, såsom t ex tjänster som möjliggör att komma igenom olika typer av brandväggar mellan huvudmän, eller olika typer av övervakningstjänster, så att användarna upplever att de datorstödda tjänsterna är tillgängliga och tillförlitliga.

I båda dessa avseenden kan de aktörer som levererar e-tjänster börja samarbeta med varandra i olika typer av konsortier för att erbjuda beställarna sammanhängande kluster av e-tjänster. Därmed behöver beställarna inte utföra allt arbete med att undersöka hur olika e-tjänster kan kombineras.

Hur förhåller man sig till arvssystemen?

Om man skall förnya informationsförsörjningen i en verksamhet och det redan finns vissa datorstödda informationssystem, finns det ett så kallat systemarv. Problemet med äldre informationssystem är att de ofta är byggda på ett sätt som gör att de inte är flexibla eller ändringsbara och att det är svårt att få dem att kommunicera med andra datorstödda informationssystem. Att förändra ett sådant systemarv kan dels ta lång tid och dels föranleda stora kostnader. Olika användargrupper skall lära sig ett nytt gränssnitt etc.

Anledningen till att problemet med arvssystem är stort är att systemen är ostrukturerat byggda. Det kan vara svårt att gå in i systemen och skapa ett kommunikationsgränssnitt med omvärlden. Programmets struktur kan vara hårt integrerade med de data som lagras, data lagras på ett sätt som är hårt anpassat efter prestandaaspekter i dataåtkomst, program och lagringsstruktur är ofta dåligt beskrivna, etc. Detta medför att många arvssystem är svåra att förändra och de får ofta leva kvar i verksamheterna längre tid än som är önskvärt ur behovs- och förändringssynpunkt på verksamhetsnivån. Inom vård och omsorg är de äldre journalsystemen av denna art. Många anser att de bör bytas ut och/eller förändras, men det är ofta svårt att få fram de resurser som krävs för detta.

Journalsystemen är dessutom inte inriktade på individen och individens process, utan på att dokumentera ett möte mellan en professionell aktör och en individ (patient). Om man skall skapa ett sammanhängande processtöd för en individorienterad process kan man därför få problem med äldre arvssystem, där journalsystemen ingår. Ytterligare e-tjänster krävs. Dessa måste under en migreringsperiod kopplas ihop med de äldre journalsystemen för att få ett tillräckligt gott stöd för en samlad process, som dessutom måste stödja samverkan mellan olika enheter hos olika huvudmän. För att klara av detta krävs en tydlig och medveten strategi åt vilket håll man vill gå med samlade e-tjänster, så att man kan styra e-tjänsterna efter hand som man ersätter olika e-tjänster i en migreringsplan. Inte minst krävs en god och välutvecklad informationsmodell baserad på en begreppsmodell för att beskriva vilken information som i varje migreringsskede skall hanteras av vilken e-tjänst (och äldre system). I en sådan strategi kan ett äldre journalsystem spela en ny roll i ett större sammanhang än vad

det från början var byggt för att spela. Gränssnitten mellan modernare e-tjänster och äldre system är väsentliga att definiera. Man måste undvika att hamna i att behöva ta hänsyn till hur data är lagrade i ett äldre system, som kan vara anpassat efter vissa prestandamässiga aspekter vid en viss tidpunkt. Man måste utgå ifrån en verksamhetsorienterad informationsstruktur. Genom att utgå från en individorienterad process och de värden som den skall bygga, kan man ordna sina e-tjänster och även äldre system arv och migrera mot en medveten struktur som pekats ut av den individorienterade processen och de nödvändiga begrepps- och informationsmodeller som denna kräver.

5. Hur skall nya vårdmodeller/koncept och nya e-tjänster kunna införas på bästa sätt?

Svårigheten ligger i första hand inte i att skapa nya visioner eller designa nya e-tjänster. Utmaningen ligger i att införa dem och använda dem för att skapa värde för patienterna.

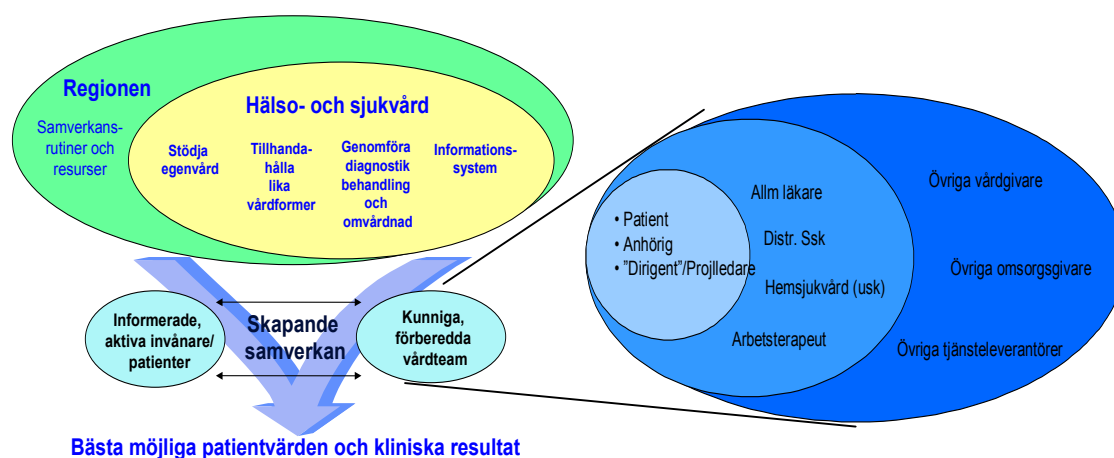
I inledningen av detta avsnitt beskriver vi ett användningsfall/scenario som förhoppningsvis ger en konkretisering av konceptet.

Därefter följer en skiss på införandestrategi och en skrivning som lyfter fram ledarskapets betydelse för att skapa de förutsättningar som behövs för att kunna realisera visionen om bättre äldreomsorg. Vi beskriver metoder, verktyg och arbetsformer som har visat sig användbara och effektiva vid systematisk verksamhetsutveckling i vården

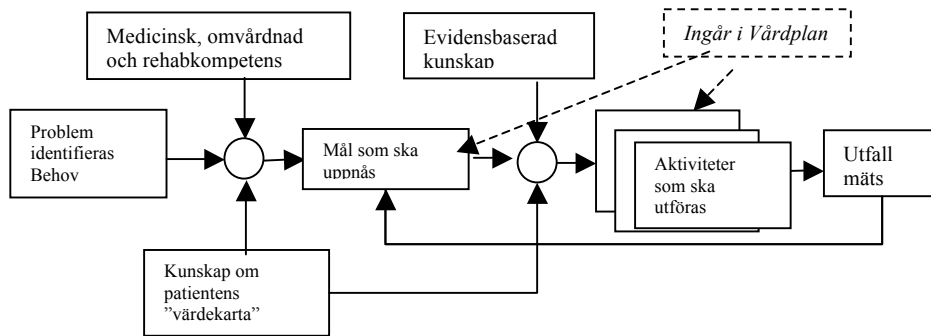
Mätningar är ett viktigt instrument som styr medarbetarnas insatser mot förväntade resultat.

När nya koncept skall införas som bryter mot invanda arbets- och tankemönster blir det särskilt viktigt att mäta utfall och skapa incitaments modeller som motiverar och inspirerar. E-tjänster behandlas i kapitel 4, men en diskussion om hur dessa kan tas i bruk är centralt för detta kapitel.

Enligt Wagners Chronic care model 2001 [57] krävs förändringar på många plan där kunniga och förberedda vårdteam skapar samverkan med informerade invånare/patienter.



Vårdteamets sammansättning kan variera i antal och kompetens beroende på patientens vårdbehov. Teamets arbetsprocess följer modellen nedan, där patientens behov kontinuerligt identifieras, mål formuleras, aktiviteter utförs och dess effekter och utfall följs upp.



5.1 Användningsfall/Scenario

Stig Persson är 86 år gammal och änkemann sedan två år tillbaka. Han är född och uppvuxen i en mindre ort där han har varit egen företagare och yrkesverksam i alla tider. Han har barn och barnbarn som står honom nära och hans högsta önskan är att få bo i sitt hus trots att det är numera är alltför stort.

Stig har äntligen efter ett års väntetid fått sin höft opererad. Rehabiliteringen skedde under samma vecka som han var inlagd för operation och vid hemgång fick han ett träningsprogram i sin hand. Han har fortfarande värk och måste använda sin käpp. Sjukdomarna fortsätter att drabba Stig. På hjärtinfarkt och följde strokeanfall med kvarstående afasi Bidrar till att situationen är svår och behovet av stödinsatser är stort.

En ledningsgrupp i området med representanter från Geriatrikavdelning, kommun och primärvård beslutar att Stig bör få en vårdkoordinator med befogenhet att skapa och leda ett team som har kompetens att tillgodose hans medicinska, omvårdnads och rehabiliteringsbehov.

Vårdkoordinatören i detta fall är en sjuksköterska och anställd inom kommunen. Hennes första åtgärd är att besöka Stig på Geriatriska vårdavdelningen för att lära känna honom. Han är medicinskt färdigbehandlad och klar för hemgång och det är helt klart att Stig behöver mycket vård och omsorg och att det skall ske i hans hem. Vårdplan och epikris överförs elektroniskt till vårdkoordinator och övriga i teamet.

Vårdkoordinatören etablerar teamet (nyckelresurser) som träffas i hemmet tillsammans med Stig och anhöriga i syfte att gemensamt göra en behovs- och riskinventering. En individuell vårdplan utarbetas och den innehåller åtta behovsområden som vardera planeras, systematiseras och struktureras med hjälp av PGSA-hjul.

1. Risk för fall
2. Värk i sitt högra ben
3. Dålig matlust
4. Behov av talträning
5. Gångträning/promenader
6. Hjälpt med dusch och hygien,
7. Ensamhetskänsla och nedstämdhet – behov av social aktivitet.
8. Läkemedelshantering

I respektive PGSA-hjul formuleras mål för varje behovsområde, ansvarig utses och tidsplan för respektive aktivitet bestäms. Vårdkoordinatören ger feedback och synliggör resultat för

teamet och använder Värdekompassen [44] för att säkerställa att vård och omsorg följs upp utifrån följande perspektiv: funktionellt perspektiv, kliniskt perspektiv, nöjdhetsperspektiv och kostnad.

Vårdkoordinatören samordnar vården och omsorgen, även när den är gränsöverskridande, och tar nödvändiga kontakter. Hon/han leder planering och dokumentation av de olika insatserna som sker i samråd med patient/brukare, anhörig och de i teamet som bidrar med kompetens och erfarenhet. Patienten och anhöriga blir delaktiga i planeringen och garanter för att de mål och insatser som beslutas verkligen tillför värde. Rätt kompetens, kontinuitet och bemötande är andra viktiga nycklar till en värdeskapande vård och omsorg.

Schemaläggning är en ledningsfråga av stor betydelse. Arbetet kan underlättas med analys verktyg som Balansräknare och Schemaläggare Axel [55] och komplettera de system som finns.

Vårdplan kan beskrivas på följande sätt:

Förbättrings modell – en översikt

<i>Vad vill vi åstadkomma?</i>	<i>Hur vet vi att en förändring är en förbättring?</i>	<i>Vilka specifika aktiviteter kan vi göra som kommer att leda till förbättringar?</i>
<p>Beskriv förbättringsarbetet/uppdraget (kortfattat):</p> <p>Teamet har i uppdrag att erbjuda Stig Persson ett tryggt och säkert omhändertagande oberoende av vårdgivare som även omfattar preventiva insatser.</p> <p>Övergripande mål:</p> <p>Stig Persson skall med omsorg/vård och rehabilitering klara ett dagligt liv i sitt hem och känna sig trygg och nöjd</p>	<p>Del mål: Förmåga att gör sig förstådd Mätningar: Följsamhet till checklista</p>	<p>Tal och läs träning dagligen Logoped kontakt PGSA 1</p>
	<p>Delmål: Uppleva smärtfrihet Mätningar: Visuell analog skala -VAS</p>	<p>Smärtan följs upp dagligen med VAS smärtstillande vid behov PGSA 2</p>
	<p>Delmål: Förhindra fall – O vision Mätningar: Fall och incident frekvens</p>	<p>Genomgång av ute och inomhus Utarbeta checklistor PGSA 3</p>
	<p>Delmål: Få aptit, känna matlust Mätningar: Kostregistrering, vikt</p>	<p>Servera önskade maträtter. Sällskap vid måltiderna PGSA 4</p>
	<p>Delmål: Kunna Promenera själv Mätningar: Antal promenader/vecka</p>	<p>Gångträning inne och ute 2 - 3 gånger per vecka PGSA 5</p>
	<p>Delmål: Stig vill klara sin hygien själv Mätningar: Registrera dusch tillfällen</p>	<p>Daglig support till självhjälp PGSA 6</p>
	<p>Delmål: Känna tillit och trygghet Mätning: Upplevd livskvalite</p>	<p>Samtal och social samvaro PGSA 7</p>
	<p>Delmål: Minska antalet läkemedel Mätningar: Följsamhet till läkemed.ordination</p>	<p>Genomgång av 13 olika läkemedel PGSA 8</p>

Ansvarig vårdkordinator och samordnare: Helen Johansson

Källa: AMI

Varje PGSA s detaljplaneras och uppdateras löpande. Se exempel nedan:

Övergripande mål: Stig Persson skall känna tillit och trygghet och klara sitt dagliga liv i sitt hem

Del mål: Förbättra Stigs tal och språk för att öka hans förmåga att göra sig förstådd i och utanför hemmet.

Aktivitet: Tal och lästräning dagligen samt kontakt med talpedagog Start v 12 2009

Agera: Vilka slutsatser drar vi av testet? Behöver vi testa i större skala? Vilka förändringar bör göras mot bakgrund av de resultat testen visade?

Talpedagog checklisten

Stig läser bättre men använder fortfarande många av sina ord fel

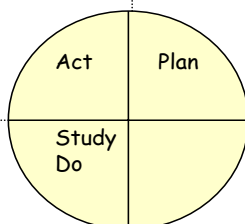
Talpedagogen fortsätter därför sin kontakt varannan vecka
Och tal och läsovning fortsätter dagligen ytterligare en månad

Analysera: Redovisa och tolka era data (bifoga diagram med en tidsaxel).

Enligt checklisten fungerar lästräning och talträning bra varje dag men bör helst ske på förmiddagen istället för sen eftermiddag

Planera: Vem skall göra vad, var och när

- Helen Vårdkordinator kontaktar Talpedagog v 12
- En checklista tas fram för tal och lästräning v 12 - ansvarig talpedagog
- Talpedagogkontakt med start v 13 - Helen samordnar
- Daglig läs och tal träning enligt checklista ansvarig hemtjänst
- Startar v 13 - Helen informerar och samordnar



Gör Genomför aktiviteterna enligt planen ovan. Beskriv eventuella svårigheter, avvikelser från planen och oförutsedda effekter.

Talpedagogs besök va vecka på torsdagar
Läs och talövning startar Måndag v 13.
Problem första dagen - checklisten var inte på plats.
Personalen missat informationen i fredags viste därför inte om detta. Helen samordnar och tydliggör

PGSA 1

Planeringen stöds av e-tjänster med mallar som gör det enkelt att skapa nya PGSA och som gör det enkelt att löpande dokumentera de insatser som görs. Den som har behörighet att ta del av informationen får på detta sätt snabbt en god överblick över mål, problem, åtgärder och utfall. Planeringen blir strukturerad och de insatser som görs har en direkt koppling till problem och mål. Patientens inflytande är inte något som blir beroende av hur just de vårdgivare som har ansvar för patienten väljer att arbeta, utan något som byggs in i arbetsrutinerna.

Förutsättningar och utgångspunkter;

Vi kommer nu att definiera vissa förutsättningar eller utgångspunkter för vårt scenario. Dessa är inte några absoluta förutsättningar - lokala variationer måste naturligtvis hela tiden beaktas.

I Östra distriktet har man beslutat sig för att utforma vården för äldre och patienter med sammansatta behov på ett nytt sätt. Man vill ge denna grupp en bättre vård genom ny organisation och nya arbetsformer. Modern teknologi skall stödja samverkan. Dagens system klarar inte av att tillhandahålla den information som olika aktörer behöver – detta gäller inte minst patienten själv och anhöriga.

I kommunen har man tillsammans med primärvården bestämt sig för att delta i ett projekt där ett nytt vårdkoncept skall prövas.

Vårdkonceptet karaktäriseras av att:

- Alltmer av vården sker i eller närmare hemmet.
- Patienten och anhöriga blir mer delaktiga i och kan påverka den vård och omsorg som behövs – allt för att skapa mer värde för patienten
- Mer kraft läggs på förebyggande insatser
- Mer egenvård i den bemärkelsen att patientens egna förmågor tas tillvara

- Olika professioner samverkar över organisationsgränserna
- Informationsteknologin blir en möjliggörare och värdeskapande

Cheferna vid berörda verksamheter har träffats vid fyra tillfällen och känner efter detta att de har en god bild av och en gemensam uppfattning om vad de vill förverkliga.

Kommunen har nu gjort en inventering som visar att det finns 230 personer som skulle vara i behov mer omfattande vård och omsorgsinsatser. En individuell bedömning har gjorts i varje enskilt fall. Åldern har varit ett kriterium, men många äldre är vid god hälsa och har fungerande sociala nätverk. Dessa har bara satts på "bevakningslista". Vårdcentralen har deltagit i inventeringen och därigenom har en del yngre med sammansatta vårdbehov också uppmärksamats och kommer på så sätt att ingå i satsningen.

Projektet kommer inte att vara heltäckande i den meningen att alla brukare kommer att omfattas. Istället görs en test i mindre skala där 25 brukare involveras. Efter utvärdering tas beslut om en breddning.

En ledningsgrupp har tillsatts. I den finns representanter från olika verksamheter, även det näraliggande sjukhuset, med befogenheter att fatta de beslut som krävs för att skapa rätt förutsättningar för projektet.

Ledningsgruppen har valt ut 5 medarbetare som skall ta på sig en nyckelroll i försöket. Det är en ny roll med nya uppgifter och befogenheter. Konceptet bygger på att varje brukare får en, vi kallar det "vårdkoordinator (VK)". VK är den som tillsammans med brukaren och eventuell anhörig skall vara ansvarig för att fånga upp problem och behov, som skall utforma mål för vård insatserna så att brukaren uppfattar att problemen hanteras på ett bra sätt – att de insatser som görs skapar största möjliga värde.

Denna löpande vårdplanering skall ske på ett strukturerat sätt. VK arbetar på ett relationsinriktat sätt vilket bl.a. innebär att VK målmedvetet har byggt upp en kunskap och förståelse för det som brukaren uppfattar som viktigt i livet. Detta för att på bästa sätt kunna medverka till att rätt insatser kan erbjudas. Eftersom brukaren har ganska omfattande behov så behövs ett team med flera olika kompetenser. VK har ansvar för att bygga upp denna grupp och har fått befogenheter från ledningsgruppen att disponera de resurser som krävs för respektive vård-/omsorgstagare. Gruppen blir behovsanpassad och kan variera något över tid, men det är viktigt att begränsa den till så få personer som möjligt och säkra en kontinuitet i kontakterna. Distriktsläkaren är en nyckelperson i denna grupp, även om insatsen i tid blir ganska begränsad. Kontinuitet, bemötande och tillgänglighet blir viktiga för att skapa trygghet och stabilitet. Om man lyckas med detta skapas också förutsättningar för en mer långtgående delegering av olika uppgifter än annars. Därför vill vi arbeta för en situation där den distriktsläkare som involveras har vård av äldre som en av sina huvudsakliga uppgifter.

VK har också, tillsammans med andra i samma roll, ansvar för att bygga upp ett lokalt nätverk med vårdgivare/utförare som kan anlitas vid behov. Den kanske viktigaste resursen i detta yttre nätverk är sjukhuset.

Teamet och distriktsläkaren kommer att fungera så väl att behovet av att ta kontakt med akutmottagningen kommer att bli avsevärt mindre, men när det väl behövs så finns väl genomarbetade rutiner för hur den äldre tas emot och behandlas. Den tiden då besöket på mottagningen innebar 6-8 timmars väntan på en läkare som hade ganska begränsad erfarenhet av de äldres vårdproblematik är över. Nu kommer patienten att snabbt tas om hand på den avdelning där den fortsatta vården kommer att ske.

I det lokala nätverket ingår inte bara vårdgivare av olika slag utan också andra organisationer och mötesplatser som kan bidra till ett välbefinnande.

Sammanfattningsvis så skulle man kunna säga att vi skapat en struktur i tre nivåer (se figur 5.1)

- Patientnära nivån (kärnan)
 - Patient – i detta exempel en äldre multisjuk person
 - Anhörig
 - Vårdkoordinatör – kan vara en person från kommunen, men måste kunna påverka såväl kommunala, landstingsstyrda som ev. privata aktörers insatser och ha mandat att bygga teametDessa personer är inte utbytbara

- Mellannivån – Teamets nivå
 - Allmänläkare
 - Distriktssköterska
 - Hemtjänst
 - Hemsjukvård
 - Arbetsterapeut
 - Sjukgymnast
 - mmVårdgivarna på denna nivå skall vara stabila och inte bytas ut titt som tätt, men teamet är behovsanpassat dvs. nya kompetenser kan behöva tillföras, andra kanske inte längre behövs

- Yttre nivån – det lokala nätverket med Externa konsulter/expert, olika organisationer och resurser som dels behövs för att hantera de medicinska problem som teamet inte klarar på egen hand, dels bidra med insatser av mer förebyggande eller social karaktär.
 - Akutmottagning
 - Specialistläkare
 - Operationer etc.
 - Och andra specialråden som t.ex. tandvård etc.
 - Frivilligorganisationer och intresseföreningar

5.2 Strategi för att införa nya vårdkoncept/modeller:

En strategi för att införa nya vårdkoncept kan och bör innehålla ett antal diskreta delar enligt följande:

- Implementera E- tjänster som skapar värde för patient/kund och ökar samverkan mellan patient/anhörig och vårdteam över organisatoriska gränser
- En ledning i de olika verksamheterna som skapar tydliga strukturer och ger förutsättningar för att driva systematiskt förbättringsarbete samt skapar samsyn kring värdegrunder enligt God Vård.
- Kliniskt Mikrosystem – platsen där värdet för patienten skapas
- Systematiskt förbättringsarbete och förbättringskunskap som komplement till professionell kunskap
- Mäta för att leda - resultat uppföljning utifrån flera perspektiv

5.3 E-hälsa som möjliggörare – kan e-tjänster skapa värde?

Samverkan förutsätter att informationsförsörjningen är sådan att de som skall samverka har

tillgång till relevant och gemensam information. Här finns stora brister genom att befintliga system inte byggts för kommunikation. Teknikutvecklingen har visserligen gjort det enklare att utbyta information mellan system bl.a. genom WebServices, men i grunden saknas en genomtänkt arkitektur för samverkan. Möjligen kan system som är dåliga att kommunicera med andra bli något mindre dåliga. Många anser att en radikalt ny design behövs. Det understryks ytterligare av den nya utmaningen som innebär att patienterna själva skall bli mer aktiva och delaktiga. De system som finns inom kommuner och landsting har utvecklats för att möta behov hos olika personalkategorier. Patienten har inte betraktats som en kravställare i detta sammanhang. Där kan vi se en påtaglig svängning och insikten om behovet av nya e-tjänster och system har successivt ökat. Den nya utmaningen är att göra informationen tillgänglig och anpassad också för allmänhet och patienter så att de kan ta ett ökat ansvar både för förebyggande, kurativa och rehabiliterande insatser. I den teoribildning som finns runt kliniska mikrosystem [44] finns också informationsförsörjningen med som en central komponent och budskapet är att

Ge tillgång till en informationsrik miljö för både patienter och personal

- Det kliniska Mikrosystemets framgång beror på samspelet mellan patienter och personal. De som ingår måste knytas samman på ett positivt och givande sätt så att rätt saker görs, på rätt sätt och i rätt tid.
- Ge alla rätt information vid rätt tidpunkt för att göra jobbet.
- Utnyttja IT-stödet fullt ut i stödet av vårdarbetet.
- Lyssna på allas idéer och knyt samman dem till förmån för patienterna och agerande som stödjer patientarbetet.
- Erbjud flera kanaler för patienter att interagera med mikrosystemet och för att kunna ta emot information från mikrosystemet (t.ex. skriven information, telefon, e-mail, webbaserad information, gruppbesök).

Implementera e-tjänster som stödjer samverkan

Information vägleder intelligent handlande. Brist på information utesluter möjligheten att agera smart. Följande processer stödjer denna viktiga princip:

- Designa och organisera en arbetsmiljö som ger tillgång till mycket information för att stödja och informera det dagliga arbetet och för att befrämja viktiga kompetenser som krävs för bra vård och omsorg.
 - Skapa flera formella och informella kommunikationskanaler för att informera alla som ingår i ett mikrosystem - patienter, familjemedlemmar, personal - information inom rimlig tid.
1. Det talas mycket om behovet av att olika system skall kunna kommunicera med varandra och de brister som finns i befintliga system. Detta är förvisso sant, men behovet av kommunikation är också beroende av hur vården organiseras. Det vårdkoncept vi skisserar i VVP kommer att innebära ett minskat behov av kommunikation eftersom den gemensamma och löpande vårdplaneringen sker i teamet där alla har tillgång till den information som skapas och behövs. Det är mikrosystemets kommunikation med omvärlden, dvs. andra vårdgivare och tjänsteutförare som kräver kommunikation liksom rapportering till olika intressenter. Det leder till att vi kan se tre större kluster av e-tjänster som speciellt värdeskapande för mikrosystemet/teamet: Tjänster som stödjer den löpande vårdplaneringen, vårdokumentationen och uppföljningen

2. Tjänster som stödjer kommunikation, tjänstebeställning mm från omvärlden och som kan byggas ut i takt med att det lokala professionella/sociala nätverket byggs ut
3. Tjänster som gör det möjligt att söka information av olika slag på nätet (content) och som skapar möjlighet att bygga communities [41]

Det gäller att skapa de grundtjänster som gör störst nytta – stödjer det nya konceptet på bästa sätt. Genom att e-tjänsterna till sin natur är mer fristående och kan kombineras på olika sätt så ökar möjligheten att ta till sig funktionalitet i takt med att verksamheten är mogen för det (readiness) – efterfrågar det. De nya e-tjänsterna skall också präglas av innovativa grafiska gränssnitt så att exempelvis kvalitetsverktygen kan integreras. Överblick och navigation kommer att vara andra egenskaper som gör att användarna kommer att vilja använda e-tjänsterna och upplever att de är värdeskapande på ett helt annat sätt än traditionella system.

5.4 Ledningens betydelse för samverkan och förändring

En ledning i de olika verksamheterna som skapar tydliga strukturer och ger förutsättningar för att driva systematiskt förbättringsarbete samt skapar samsyn kring värdegrunder (God Vård). En ledning som har modet att konsekvent arbeta för patienternas bästa och bryta med befintliga strukturer och när så behövs. Det är därför viktigt att inleda arbetet med en förprocess där ledningarna tillsammans arbetar igenom problematiken, kommer fram till en gemensam strategi och att man skapar någon form av kontrakt där man förbinder sig att göra sin del av arbetet.

Genom detta skapar man också förutsättningar för de vårdteam som skall genomföra det direkta arbetet med att utveckla sina rutiner och arbetsformer.

Eftersom ekonomin är så styrande för all verksamhet så blir det viktigt att tidigt och tydligt kunna påvisa att det inte bara handlar om att öka resursinsatserna utan att konceptet bidrar till en lägre totalkostnad. Genom bättre samverkan och bättre planering så skapas inte bara mer värde för patienterna utan det leder också till att riskerna för onödigt dubbelarbete minskar. Detta har påvisats i olika studier [26].

Det finns goda exempel på förändringsarbeten som visar att system- och tankegränser med fördel kan vidgas, med patientens behov i centrum, till att inte bara omfatta vården vid en klinik eller ett sjukhus eller ens landstinget. För att vården ska bli riktigt effektiv behöver till exempel sjukvård, äldreomsorg och apotek arbeta tillsammans för att skapa de bästa lösningarna för patienten. Ett sådant totalomfattande synsätt kräver samverkan av många aktörer.

Ledarskapets roll blir att undanröja hinder för olika professioner, huvudmän, aktörer och medicinska divisioner att arbeta tillsammans. I ledarskapet ingår att vara drivande och att vara systemsättare d.v.s. skapa de förutsättningar som krävs för att skapa värde för patienterna. Därför har ledarskapet på olika nivåer en avgörande betydelse för om sjukvården skall kunna klara av att möta de utmaningar man står inför och att göra de förändringar som krävs. I de intervjuer vi gjort så finns en ganska stark kritik mot det bristande ledarskap som visats upp hittills.

Ledningens betydelse för samverkan kan inte nog understrykas. Ledningen kommer, i samband med initiativ att utveckla samverkan, ofta i en lojalitetskonflikt mellan det gällande regelverket och belöningsystemen i den vertikala organisationsstrukturen och de nya nätverksbaserade samverkansmodellerna som ofta krävs för att komma tillrätta med

problemen.

Ledningens uppgift är att skapa förutsättningar för de lokala teamen att utveckla sina samverkansformer. Det finns enligt Marie Fridolf [20] en logisk ordning som börjar med att man tittar på sina gränser. När man ser det orimliga i gränserna kan nya steg tas:

- I det andra steget utgår man från värdeskapande för patienten. Vilket samarbete behövs för att skapa värd
- Det horisontella arbetet kan börja. Man skapar mötesplatser och arenor för detta arbete
- I detta arbete identifieras problem och brister i vården. Värde för patienten och därmed en helhetssyn på problematiken är hela tiden utgångspunkt.
- Man skapar ett lärande där man sätter den egna verksamheten i ett bredare sammanhang. Utifrån detta lärande identifieras förbättringsområden och utvecklas metoder.
- Ofta leder det till insikter om att nya arbetssätt inte premieras utan kanske t.o.m. bestraffas av de gamla vertikala mätsystemen. Nya mätsystem behöver utvecklas.
- För att kunna åstadkomma detta måste gemensamma mål, beslut, resurser och strukturer till.

En möjlig strategi, som antytts i avsnitt 5.1 ovan, skulle kunna vara att skapa en samsyn på ledningsnivå där de olika berörda verksamheterna är representerade. Detta arbete kan börja med att enas om en gemensam värdegrund och identifiera brister och problem som direkt påverkar möjligheten att skapa värde för patienten. Man formulerar sedan gemensamma mål (vision) för vad som skall göras och diskuterar hur samverkan kan utformas och hur man skall nå dit. Detta arbete på ledningsnivå behöver naturligtvis permanentas eftersom det hela tiden kommer att dyka upp nya frågeställningar som behöver hanteras på ledningsnivå.

Genom VVP så har en förprocess genomförts både i Jönköping och Angered. I båda fallen finns goda förutsättningar att förbättra vården så att mer värde skapas, men det är beroende av hur ledningsnivån på respektive håll tar sig an uppgiften och hur de tar vara på den vilja till förändring som finns bland dem som medverkat.

5.5 Värdegrund och värdeskapande.

Värdegrunder är de värderingar som styr vårdgivarnas beteende och handlingar.

Socialstyrelsens skrift *God Vård* ger en anvisning om vad som kan betraktas som lämplig värdegrund för vården.

Värdegrunden ska inte sammanblandas med värdeskapande som avser att skapa värde för en patient. Värdeskapande är högst individuellt, även om det naturligtvis är så att det är många äldre har samma uppfattning om vad för slags värde man vill att vårdgivarna ska tillföra eller bidra med. Motsvarande gäller för personer med neuropsykiatriska funktionshinder och andra grupper med sammansatta vårdbehov.

Vår uppfattning är att vårdgivarna i en verksamhet bör ha en gemensam syn på hur man ska förhålla sig till patienter och äldre, hur man ska bemöta dem, hur man ska prioritera etc. för att kunna ge en god vård och för att kunna skapa värde för dem som vården är till för. Därför måste ett förbättringsarbete alltid vila på en accepterad och tillämplig värdegrund. Ett gott exempel på hur en gemensam värdegrund kan formuleras har vi fått från Gotland där man utgått från *God Vård* och sedan utformat ett policydokument som kan användas i det lokala

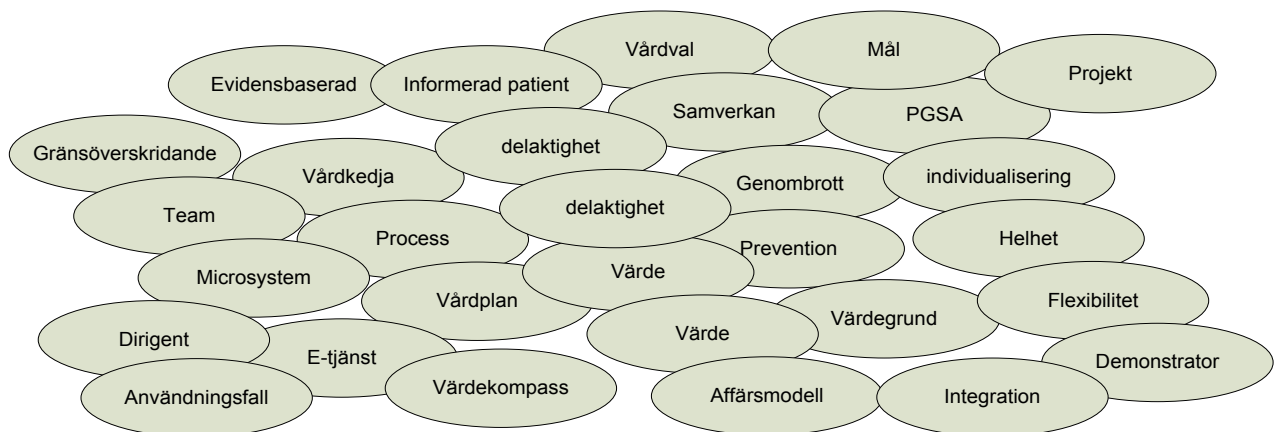
förbättringsarbetet.

Genom att utgå från en gemensam värdegrund, underlättas också ett förbättringsarbete som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocesserna. Detta speciellt när det gäller att få till stånd en gränsöverskridande process, där funktionella och professionella strukturer vill konservera och bevaka sina särintressen. Att då kunna grunda sina ansträngningar och initiativ på en ambition att skapa mervärde för patienten kan aldrig ifrågasättas.

5.6 Komplexiteten.

En lärdom som vunnits i arbetet med processutveckling och med att förbättra tillgängligheten, är att de flesta i vården saknar ett språk att hantera och driva utvecklingsarbete. Nya begrepp, modeller och synsätt tar tid att ta till sig i den grad som krävs för att bli en aktiv part i förbättringsarbetet.

Allt fler har utvecklat sin förmåga att delta i förbättringsarbete, men det finns anledning att vara observant på detta förhållande. När samverkan och processer i vid mening ska utvecklas, finns det många begrepp, koncept och modeller som skall förstås, värderas och fogas samman till fungerande helheter.



Denna bild ger en antydning av den komplexitet som ska hanteras. Ett vanligt förekommande sätt att reducera komplexiteten är att göra avgränsningar, men det leder också till att lösningarna inte ger de effekter som skulle vara möjliga att nå med en ökad helhetssyn. Som tidigare nämnts så finns det en stark tradition i svensk sjukvård som innebär att man utformar sina lokala lösningar. Denna princip tillåter ju också att man gör de avgränsningar som man finner lämpliga och hanterbara.

5.7 Kliniskt Mikrosystem - platsen där värdet för patienten/kunden skapas

Mikrosystemet är en liten grupp av medarbetare som regelbundet arbetar tillsammans för att tillhandahålla en service eller tjänst åt en specifik kund/patientgrupp [44]. Detta är platsen där värdet för kunden skapas. Det är här professionell kunskap utvecklas och omsätts i praktisk handling. Ett mikrosystem har gemensam målsättning, gemensamma resultat och gemensam informationsstruktur. Patienten är en viktig del i mikrosystem och bidrar aktivt till hur

tjänsten levereras.

Exempel på mikrosystem kan vara en del av en vårdavdelning där man vårdar en typ av patientgrupp. Det kan vara en del av en ekonomiavdelning som hanterar en viss typ av kunder, det kan vara ett ledningsteam som fungerar gemensamt för att leda en verksamhet. Det är kunden och inte medarbetaren som avgränsar mikrosystemet. I vård sammanhang kan vi också använda begreppet Kliniska Mikrosystem.

Vården kan inte betraktas som en maskin där man kan ta ut en del som inte fungerar, laga den och sedan sätta tillbaka den. Vi behöver istället arbeta med hela systemet samtidigt och ha ett dynamiskt systemtänkande i allt vi gör.

Ett pedagogiskt sätt att förstå systemets helhet och delar är en teoribildning där vårdens minsta och värdeskapande enhet kallas "mikrosystem". En grundpelare i denna teori är att patient, anhöriga och vårdgivare är del av samma system. Hela organisationen är till för att skapa de förutsättningar som behövs för att mötet med kunden ska bli så bra som möjligt och därigenom åstadkomma största möjliga värde. Den amerikanske forskaren och barnläkaren Paul Batalden gav sig tillsammans med sina kollegor, ut på en jakt efter framgångsrika mikrosystem inom hälso- och sjukvården [44]. Man fann att gemensamt för dessa framgångsrika mikrosystem var att;

- 1) de hade ett tydligt syfte med sin verksamhet
- 2) de visste vilka patienter de var till för och
- 3) vilka behov dessa patienter och deras familjer hade
- 4) de hade beskrivit och utvecklat sina processer
- 5) de följde och agerade utifrån sina resultat och
- 6) de arbetade teambaserat med sin medarbetare

Det finns mikrosystem - mottagningar och kliniska enheter - som åstadkommer fantastisk god vård, baserat på vetenskap, jämförelser och på specifik och unik kunskap om vad "denna patient" behöver och vill ha. Dessa enheter använder konsekvent data för att återge vad de presterar, övervaka och lägga upp arbetet, förbättra sin kvalitet, säkerhet och effektivitet. Men dessa enheter är undantag!

Information är det som binder samman allt och alla

Information och IT är ett näringssystem för ledarskap, patienter, medarbetare och prestationer. I mikrosystemen är utbyte av information det gränssnitt som sammanför personal med patient och personal med personal inom mikrosystemet; mikrosystem med mikrosystem; och mikrosystem med makroorganisationen.

5.8 Systematiskt förbättringsarbete

När man väl har bestämt sig för att införa ett nytt vårdkoncept så krävs ett ganska omfattande arbete för att få det på plats. Eftersom vi bryter ny mark så måste tid skapas för att utveckla de nya arbetsformerna och arbetsrutinerna. Det finns goda erfarenheter av att arbeta med Genombrottsmetodik och att organisera detta arbete så att 5-10 team arbetar och planerar tillsammans i återkommande workshops (Collaboratives) [60]. Deltagarna behöver utveckla sin kunskap om verksamhetsutveckling/förbättringskunskap och man behöver få metodstöd och verktyg för detta arbete. Man behöver också bygga kunskap om vilka möjligheter moderna e-tjänster ger för att förbättra samverkan, för att stödja patientarbete, för att få fram information som kan användas i det löpande förbättringsarbetet. Sist men inte minst behöver man lära sig mer om möjligheterna att med information stödja patienter och anhöriga i deras

nya roller. I detta avsnitt beskriver vi metoder och modeller som är användbara, kanske nödvändiga att använda för att lyckas med förbättringsarbetet.

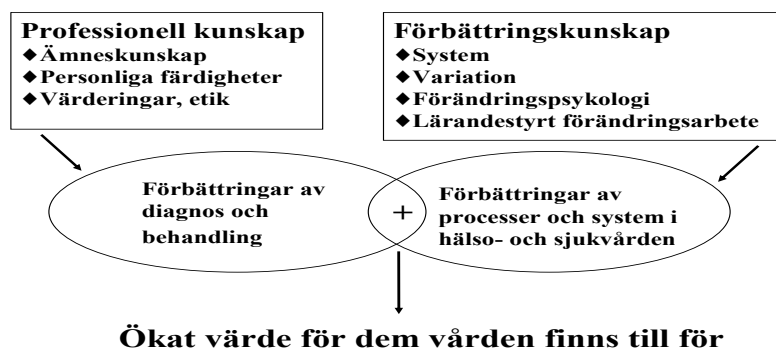
- Tydliga och utmanande mål
- Systematiskt och strukturerat förändringsarbete enligt PGSA struktur
- Ledningens stöd och förståelse
- Tvärprofessionella team
- Fungerande dialog och delaktighet
Verklighetsnära och handlingsbaserat
- En *vilja* att förbättra
- Mätningar

Förbättringskunskap

För att på bästa sätt kunna tillgodose patienternas behov behöver vi ett gediget yrkeskunnande i form av professionell ämneskunskap och personliga färdigheter. I takt med nya forskningsrön, metodutveckling och förfinad teknik blir tillgängliga så behöver vi kontinuerligt uppdatera vårt yrkeskunnande bland annat genom fortbildning och kompetensutveckling. Traditionellt sätt utvecklar vi vården genom att respektive profession förbättrar sina metoder för diagnostisering, vård och behandling. Detta behov av ständig förbättring och utveckling är vi väl medvetna om och även vana vid att på olika sätt tillgodose och avsätta resurser för. Men vi har också erfarenhet av att patienter trots våra ökade kunskaper och färdigheter inte alltid får så god vård som de rimligtvis borde få. Det kan handla om långa väntetider, informationsmissar, inställda behandlingar mm.

Det finns kunskaper och färdigheter, utöver de rent yrkesrelaterade, som är väsentliga för hur vården utformas och uppfattas av patienterna. Den kunskapen vi har inom sjukvården har hittills inte uppmärksammats i tillräcklig omfattning. Det är den kunskap som vi sammanfattningsvis benämner förbättringskunskap och den omfattar kunskap om system, variationer, förändringspsykologi samt det vi avser med lärandestyrt förändringsarbete.

Professionell kunskap Förbättringskunskap



Med denna bild (Utvecklat efter Batalden [7]) vill vi peka på hur de bägge kunskapsområdena ”professionell kunskap” och ”förbättringskunskap” tillsammans leder till en utveckling av verksamheten, såväl till innehåll som till systemet som helhet. Utveckling av kunskap är lika nödvändig inom båda områden för att patienter och andra kundgrupper skall uppleva att verksamheten skapar värde för dem.

Moderna kvalitetsverktyg och metoder som stöd i att ständigt förbättra patientens process

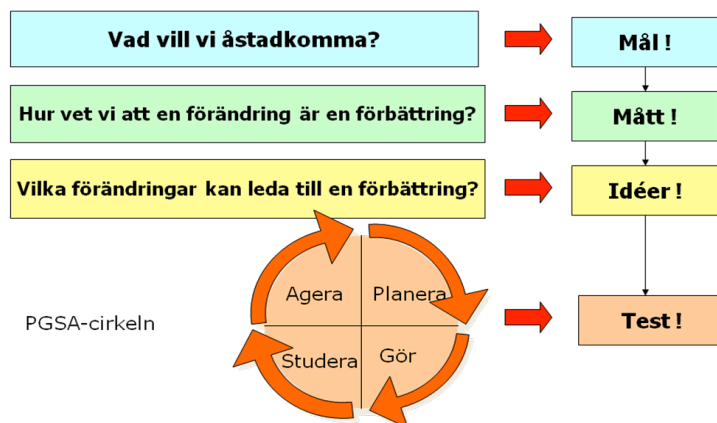
Verktyg och metoder som är användbara kan hämtas från Projektmetoder/-tekniker och från kvalitetsutveckling. Från ”projektvärlden” kan hämtas begrepp som projektledning, projektplan, ledningsgrupp, aktiviteter, uppföljning, reservplan, mm. Från ”kvalitetsvärlden” kan hämtas och appliceras begrepp som PGSA, Fiskbensdiagram, Värdekompassen, ständiga förbättringar, mm.

Vårdgivare arbetar idag mycket hårt för att få verksamheterna att gå runt. Kulturen i sjukvården är resultatnriktad och lösningsorienterad. Det visar sig ofta vara svårt att hitta tid och verktyg för att kritiskt reflektera över och analysera sin verksamhet. Det finns en risk att förändringar genomförs utan att olika alternativ övervägs. För att hantera denna problembild har statistikern Tom Nolan och läkaren Donald Berwick arbetat fram en modell för kontinuerligt förbättringsarbete, kallad ”Breakthrough series model” [7]. Modellen har översatts och anpassats till svenska termer och förhållanden och kallas Genombrottsmetodik.

Genombrottsmetodiken syftar således till att skapa struktur och kontinuitet i verksamhetens förbättringsarbete. I praktiken struktureras arbetet upp enligt ett antal lärseminarier varvat med eget arbete på hemmaplan. Seminarierna utgör forum för planering och analysering, medan de mellanliggande perioderna utgör en möjlighet för deltagarna att pröva olika förändringar i sin verksamhet enligt den s.k. PGSA-cykeln [32]. Modellen är generell och användbar i all verksamhet inom alla olika branscher. PGSA-hjulet är ett sätt att systematiskt pröva förändringar (helst i liten skala) för att se och lära om förändringar verkligen leder till den förbättring man vill uppnå.

Arbetet struktureras steg för steg med hjälp av en frågemall.

När hela hjulet är genomfört har mallen blivit ett protokoll, som kan ligga till grund för lärande



Tvärprofessionella team

Enligt genombrottsmetodiken bedrivs förbättringsarbetet baserat på delaktighet. Den deltagande verksamheten utser ett tvärprofessionellt team bestående av samtliga yrkeskategorier som berörs av en förändring. Deltagandet i teamen bör ske frivilligt och baseras på intresse. Teamen sätter gemensamma mål och förhållningsregler. Teamet är vidare drivande i att förankra förändringsarbetet på hemmaplan, dock med stöd av ledarskapet.

5.9 Mäta för att leda

Om vi skall föra in ett nytt vårdkoncept som skiljer sig från tidigare funktionsorienterade sätt att arbeta så blir det viktigt att kunna avgöra hur väl man lyckas nå sina mål eller hur nära visionen man kan komma. Ledare och medarbetare bedöms efter vissa kriterier och nuvarande system så handlar det vanligen om hur väl man lyckas hålla budgeten, hur god tillgänglighet man har, hur nöjda patienterna är etc. Mer sällan blir man uppskattad eller belönad för att man har kunnat utveckla en god samverkan med vårdgrannar. Mått och mätningar blir viktiga styrmedel. Redan Percy Barnevik, som kanske inte navigerade rätt i alla delar, formulerade den pragmatiska devisen "What's measured gets done".

Under 2008 påbörjade nästan alla landstingsledningar ett tvåårigt nationellt ledningsprogram under rubriken "Mäta för att leda" för att utveckla sin kunskap och förmåga att designa bra mätsystem. Qulturum, Landstinget i Jönköpings län håller i genomförandet på uppdrag av SKL.

Programmet har sin utgångspunkt i Strategier för Effektivisering [49] och har både nationell och internationell prägel. Teori och praktik varvas.

Ledningarna arbetar med sina system under och mellan de olika lärande seminarierna utifrån:

- Öppna Jämförelser definiera och prioritera viktiga problemområden.
- Tydliggöra vilka resultat som förväntas genom att formulera mål och uppföljningen av valda processer.
- Verka för långsiktighet och delaktighet genom att skapa arenor där ledningar och professioner möts och diskuterar resultaten.
- Designa IT-understödda rutiner för mätningars genomförande.
- Skapa medvetenhet om behovet av förändring.
- Organisera och genomdriva det praktiska förbättringsarbetet.
- Arbeta med vårdens logistik ur ett patientperspektiv, kartlägga prioriterade processer och koppla uppföljning till dessa.
- Mätandets psykologi, möjligheter och fallgropar.
- Att förstå och tolka variation.
- Att identifiera organisationens viktigaste systemmätt.

Många av de mått som nu formas och etableras på nationell nivå används i de "Öppna Jämförelser" som publiceras av SKL och Socialstyrelsen. Dessa förväntas ha en pådrivande effekt – ingen vill ju ligga i bottenkiktet. Bra utformade mått kan också med fördel användas för att utveckla andra typer av incitament system för att belöna goda insatser och för att stimulera förändringar

5.10 Det speciella med vårdkonceptet

Det som är speciellt i detta koncept är att

- Projektledare (som måste på ngt sätt ha en tät kontakt/samarbete med medicinsk kompetent person, typ allmänläkare)

- Projekt tanken – i form av att teamet är behovsanpassat och riggas allt efter aktuellt behov
- Den patientorienterade processen (inte behandlings/vård- och omsorgsprocessen), dvs. individen skall ses som helhet med alla sina medicinska, psykiska, personliga problem och förutsättningar
- Patienten (eller bättre den ännu ej sjuka medborgaren) väljs ut i någon form av process, proaktiv, eller reaktiv
- Patientens medbestämmande viktigt, men inte till vilket pris som helst
- Det skall finnas kriterier för att få förmånen av detta koncept som någon (Vem? Biståndshandläggaren? Eller annan person med ny form av mandat enl. ovan?) beslutar om man uppfyllt eller ej
- Speciellt är också att det hela tiden finns information som flyter (men med bibehållen integritet) mellan de tre olika nivåerna och för alla inblandade aktörer, inkl. patient, anhörig, kommunala aktörer, landstingsaktörer och ev. privata aktörer
- Vilken information som sprids till vilken typ av aktör, beror på vilken typ av aktör det gäller. T.ex. hemtjänsten behöver ej ha all detaljerad medicinsk information
- Viktigt är också utvärdering av de olika aktörerna så att koordinatören och andra får veta hur patient och anhöriga har tagits omhand av de olika specialisterna man konsulterat
- Att vi använde kvalitativa verktyg som t.ex. PGSA i den löpande vårdplaneringen
- Delaktighet och kontinuitet
 - Behov och önskemål identifieras genom t.ex. PGSA
 - Ett PGSA hjul per Mål
 - Kopplas till värdeskapande genom att patienten och dennes anhöriga får medbestämmande och får uttrycka sin vilja och vad som är viktigt
 - Man sätter upp specifika mål för individen
 - Ett team riggas per patient som skall ta hand om uppsatta mål
 - Teamet som skapas är Nivå 2 ovan, och har ett stort krav på kontinuitet i form av att patienten möter samma personer hela tiden
 - Planeringen blir individualiserad
- Målen
 - Olika aktiviteter sätts upp för att kunna nå målen (Akt 1, Akt 2, Akt n)
 - Patientens inflytande påverkar vilka aktiviteter som väljs
 - Om en aktivitet inte kan utföras av teamet, görs en beställning av en extern tjänst från nivå 3, t.ex. en specialistkonsultation, operation eller liknande
- Patienten/medborgaren
 - Ett eller flera mål per patient
 - Ett eller flera Aktiviteter per mål
- Informationsflöde och e-tjänster
 - Dagens gamla typ av IT-system klarar ej informationsflödet i detta nya vårdkoncept
 - Det måste skapas nya e-tjänster som bl.a. kan länka samman information och överföra uppdaterad information mellan samtliga aktörer i samtliga 3 nivåer ovan
 - Man måste skapa ett nytt informationssystem för teamet, och dagens system klarar med stor sannolikhet ej detta

- Detta öppnar sannolikt en ny marknad för nya typer av e-tjänster som kan integrera, kommunicera och visualisera information på ett nytt sätt

5.11 Institutionella hinder

Baserat på de erfarenheter som gjordes vid projektstart och projektets första år om svårigheterna att få institutionella aktörer att delta i ett konsortiebaserat projekt, så verkar det vara av central betydelse att beskriva och förstå de institutionella förutsättningar som hälso- och sjukvården arbetar med. Hypotesmässigt finns ett antal ”logiker” som krockar när samarbeten och samverkan av både mycket lös konstruktion, som i detta fall, och i mera strukturerade fall, som t. ex allianser.

De finns naturligtvis lagar och förordningar som förhindrar och försvårar samarbeten mellan företag och organisationer, t ex konkurrenslagstiftningen, men dessa bedöms vara av underordnad betydelse i detta sammanhang. För att uttrycka saken ännu tydligare; det finns ingenting som är unikt i hälso- och sjukvårdssektorns reglering som förhindrar forskningssamarbete. Samarbetssvårigheterna eller kanske samordningssvårigheterna är dessutom bredare än så.

Hypotesmässigt finns ett antal ”logiker” som krockar:

- Den *politiska logiken* – Medborgaren som del i olika ”kollektiv”, medborgaren som maktbas för ideologiska vägval.
- Den *kommersiella logiken* – Medborgaren som ”kund”, medborgaren som köparen av en tjänst.
- *Patientlogiken* – Medborgaren som ”patient”, medborgaren som en behovsprövad uppsättning biologiska funktioner att handhas av ”professioner” och ”regler”.
- *Medborgarlogiken* – Medborgaren som autonom ”individ”, medborgaren som unik, privat identitet.

Dessa logiker är överlappande och har sitt organisatoriska ursprung i behov av auktoritet, att kunna visa effektiv samordning, och rationalitet, att visa effektiv handling.

Incitament och Institutionell Logik

Det verkar vara så att de olika typerna av logiker har olika typer av belöningar. Generellt sett kan ingen institutionell aktör leva på en marknad av den typ som finns för kläder eller fastigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet.

I litteraturen finns förvånansvärd begränsad forskning kring incitament modeller. Den amerikanska forskningen fokuserar på en individ, den verkställande direktören, och försöka få hans/hennes intressen att överensstämna med aktieägarnas, och i den Skandinavien litteraturen fokuseras på en grupp, och produktivitetseffekter av grupparbete. Frågor om vad som är rätt mäta och vad som är intressant att följa upp för att undvika att ”felaktigt” beteende belönas lyser med sin frånvaro. En grundläggande åtskillnad av incitament är om de är interna (drivna av individuella krafter) eller externa krafter. De externa incitamenten kan dessutom åtskiljas i materiella och immateriella incitament [29, 55]. Mått som höjer individens interna motivation skapar starkare effekt vad gäller initiativ än externa motivatorer [2].

Forskning om Open Source Software Community kan kanske ge ytterligare insikt [1, 5, 31, 58]. I denna miljö lägger ett stort antal mjukvaruutvecklare (och användare) tid och energi på att skapa, vidareutveckla och underhålla varor och tjänster som är ”gratis”. Lakhani och Wolf [31] har delat upp motivationstyperna i Open Source världen i fyra distinkta kluster:

- Programmerare som uttrycker glädje och lärande som primära motivatorer
- Programmerare som behöver ny kod för att tillfredsställa icke arbetsrelaterade behov
- Programmerare som har arbetsrelaterade behov plus ett karriärintresse
- Programmerare som känner ett åtagande mot andra likasinnade och som tror på mjukvara som gratis och öppen vara

Det verkar troligt att några av dessa faktorer också skulle kunna aktiveras i stora IT projekt där "kontrollbehovet" hos användaren är begränsat. **Det specifika med mobila teknologier är "upplösningen" av tid och rum.** Företag och organisationer i allmänhet och ekonomer i synnerhet modellerar dock arbete och dess organisation i traditionell produktionsorienterad miljö där företaget är aktivt och dess kunder passiva. Mobila tjänster och/eller IT-baserade tjänster kan med andra ord användas sina kunder och andra intressenter på nya sätt med hjälp av den nya tekniken. Innovationsbenägenheten vad gäller nya utbytesvärden som kan knytas till patienter och/eller medborgare lyser är dock begränsad trots att tiden med passiva patienter är förbi. Förklaringen till denna brist på innovationskraft kan sannolikt påträffas i de logiker, de (sociala styrmekanismer) som uppenbarligen har ett annat tempo än teknikutvecklingen.

Ett försök att beskriva logiker och incitamentsmodeller finns nedan.

LOGIKER/INCITAMENT	EXTERN/Materiell	EXTERN/Immateriell	INTERN
Den Politiska Logiken / Försäkringskassan	Makt och inflytande via bättre hälso- och sjukvård	Höga optionssiffror	Ideologibevarande
Den kommersiella logiken / SRC och Företagshälsovården	Överlevnad och expansion i symbios med det politiska systemet, kundföretag och försäkringsbolag.	Kundtillfredsställelse hos företagen och dess medarbetare, samt legitimitet i det politiska systemet.	Vinstskapande
Patientlogiken / Hälso- och Sjukvården	Bra arbetsmiljö, goda möjligheter att utvecklas, fungerande rutiner och hög lön	Legitimitet hos medborgarna – Få dödsfall och hög servicegrad	Bygga upp självkänsla och självförtroende. Uppskattning och tillfredsställelse av att göra något viktigt - glada och nöjda patienter
Medborgare logiken / Privatpersoner	Kunna arbeta	Harmoni och njutning	Välmående

Fritt vårdval – nya och ökade krav på samverkan?

Utvärderingarna av de nya vårdvalsmodellerna pekar på en del svårigheter bl.a. så riskerar samverkan mellan olika vårdgivare att försvåras och för de patientgrupper som har störst och mest sammansatta behov kommer det att bli svårare att få den vård de behöver. Politiken driver nu hårt frågan om ökad valfrihet. Vid årsskiftet 2008/2009 träder den nya lagen om

valfrihetssystem (LOV) ikraft. LOV får tillämpas frivilligt av huvudmännen och ersätter då Lagen om offentlig upphandling (LOU). Mycket talar dock för att LOV blir obligatorisk för primärvården inom något år. Sjukvårdshuvudmannen tar fram förfrågningsunderlag där också samverkan, prevention, ekonomi och uppföljning regleras. Villkoren bestäms av vart landsting/region för sig, men alla som uppfyller villkoren har rätt att bli ackrediterade och därmed rätt att etablera verksamhet. Syftet är att Patienternas ställning skall stärkas och det skall ske genom att patienten får disponera en "primärvårdspeng". Om storleken på denna grundas på vårdtyngd så kan även patienter med sammansatta vårdbehov bli "intressanta" för vårdgivarna. Det är för tidigt att nu säkert veta konsekvenserna av detta, men de kommer sannolikt att inledningsvis bli ganska begränsade i stora delar av landet. Däremot kommer sannolikt många nya aktörer att etablera sig i de större städerna vilket kommer att leda till att delar av nuvarande samverkansmönster slås sönder. Nya samverkanskonstellationer kommer att bildas och e-tjänster som stödjer samverkan kommer att behövas för att få det hela att fungera på ett smidigt och rationellt sätt.

För VVP och det vårdkoncept som vi presenterat ovan så kan valfriheten leda till att de patientgrupper vi adresserat väljer andra vårdformer. Men det kan också innebära att även privata entreprenörer kan etablera sig med detta koncept som grund och bygga tvärprofessionella team som möter vårdtagarnas behov. Därmed kan etablerade strukturer utmanas och förändringstrycket öka.

Kommersialisering av Nya Tjänster inom Hälso- och Sjukvården

Om nu nya tjänster inom vård och omsorg ska adopteras, köpas och användas, av en politiskt styrd förhandlingsekonomi där olika typer av offentliga upphandlingsförfaranden existerar kan det vara av värde att förstå hur dessa fungerar. Även om fokus i detta projekt inte varit på dessa mekanismer, så har vi en uppfattning i frågan.

Offentlig upphandling hamnar mellan två extremer. I den ena finns pris som enda kriterium. I den andra finns pris plus kvalitetskriterier. Erfarenheterna med pris som enda kriterium är dåliga då den upphandlade tjänsten till det lägsta priset kan medföra att tjänsten har en dålig kvalitet.

Erfarenheterna med användning av kvalitetskriterier är att de mer eller mindre ensidigt gynnar stora företag och att de kräver kompetens och kunskap hos upphandlande aktörer, vilket oftast är dyrbart i sin tur.

Intressant nog är lagen om offentlig upphandling (LOU) på väg att ändras, så att köp av tjänster inom t.ex. fritt vårdval mm skulle kunna underlättas. Lagen om valfrihetssystem (LOV) kommer, som vi har förstått det inom VVP, att på sikt ersätta LOU. Detta skulle kunna förbättra dagens situation vad gäller hinder i fri upphandling av tjänster till en god kvalitet.

6. Förslag på vidare forskning

Detta projekt har arbetat med ett antal olika mål, däribland att undersöka vad som händer om vården görs mer processororienterad, om det då skulle kunna skapa ökat värde för patienten som individ och att undersöka hur man kan få till en förbättrad samverkan mellan vårdens olika aktörer. Vi har också arbetat med bl.a. hypoteserna att om man sätter patienten i fokus, kan man få en mängd fördelar och att nya typer av vårdtjänster och e-tjänster skulle kunna förbättra såväl samverkan som patientvärdet.

Våra resultat är flera, och det synes vara så att en mer patientfokuserad, samverkande vård med stöd av nya typer av tjänster och e-tjänster skulle kunna förbättra såväl patienters behandling och deras värdeuppfattning på ett positivt sätt.

Dock finns det som i alla andra forskningsprojekt ett antal nya frågor och nya frågor att besvara. Som framgår av rapporten finns det en hel del intressanta aspekter från VVP som kan förbättra dagens patientprocess. Bland annat vore de bra om följande studier kunde genomföras innan ett nytt fungerande vårdkoncept kan implementeras i rutinemässig vård:

1. Vidare studier av samverkansstödande och patientfokuserade e-tjänster

Först och främst skulle de nya typer av samverkansstödande e-tjänster som föreslagits behöva utvecklas vidare och testas i en reell vårdmiljö för att studera deras möjligheter att underlätta samverkan och informationsflöde mellan vård och patient samt mellan vårdens olika aktörer.

Ett sådant projekt skulle kunna utveckla och på försök implementera en del av tankarna och förslagen som kommit fram inom VVP för att på så sätt få underlag för att bedöma potentialen för att nya tjänster och produkter skulle kunna utvecklas och få avsättning i landet.

2. Utveckling och utvärdering av ett samverkansorienterat och sammanhängande nytt vårdkoncept. Exempelvis kunde man utveckla ett vårdkoncept för äldre och multisjuka som fokuserar på individens behov och skapar större värde för patienterna än vad den vård som tillhandahålls idag gör. Vårdkonceptet skall kunna hävda sig internationellt och kunna generaliseras och användas i olika regioner i Sverige och internationellt.

3. Hur nå gemomslag i vården?

Vidare studier av hur resultat från forsknings- och utvecklingsprojekt med inriktning mot förändrade patientprocesser och förbättrade e-tjänster skulle kunna få ett bredare genomslag än vad som gäller i dag. I Sverige har det som beskrivits tidigare i denna rapport bedrivits ett relativt stort antal projekt med inriktning mot förbättrade samverkans-, vård- och omsorgsprocesser (ofta med hjälp av IT-stöd). Tyvärr har få av resultaten från dessa i många fall lyckade projekt kunnat skrida sig utanför den primära målgruppen, och inte ens det ibland. På många håll synes det finnas en stark centralstyrning där man säger sig ha fullt upp med befintliga och beslutade system. Den här typen av prototypprojekt som VVP utgör uppfattas då mer som ett störande inslag. Det finns en viss ovilja att pröva nytt om man inte får rimliga garantier på att man kan få en reguljär tjänst eller ett produktifierat system om man senare skulle vilja ha det.

Vi föreslår att man genomför projekt eller studier av hur dessa verkligt stora problem kunde lösas.

4. Studier av olika strukturella lösningar på problemen med dagens bristande informationssystem. Somliga aktörer (ofta representerade av industrin, men även av andra) säger ofta att om alla vårdgivare skulle införa ett och samma IT-system, skulle allt lösa sig. Dvs. att lösningen vore att alla vårdgivare inom stat, kommun, landsting och privata köpte in ett och samma IT-system.

Frågan är om detta verkligen är den ultimata lösningen, eller om man inte målar in sig i ett hörn och knyter upp sig alltför ensidigt till en och samma leverantör som faktiskt inget vet om de existerar på marknaden efter ett antal år. Vi föreslår studier av hur ett annat angreppssätt skulle kunna lösa upp dagens problem med avsaknad av samverkande system i vården. Skulle man t.ex. kunna införa ett helt nytt patientfokuserat vårdkoncept, och samtidigt öppna upp för en helt ny typ av nya samverkande e-tjänster? Dessa nya e-tjänster kan sedan i sin tur kommunicera med befintliga äldre system.

5. Klustrade e-tjänster och marknadsföring

För att kunna bli attraktiva på marknaden kan de nya e-tjänsterna sannolika behöva ”klustras” i olika logiska grupper av enskilda företag, eller konsortier av företag och möjligheten för att skapa sådana kluster bör också studeras. Viktiga delar som immateriell rätt till olika delsystem måste studeras för dessa framtida e-hälsotjänster.

Sannolikt är möjligheten att kommersialisera och få ut dessa nya e-tjänster större internationellt än lokalt. Därför bör studier kring nyttiggörande av nya e-tjänster inom vården bedrivas med ett internationellt perspektiv.

6. Kopplingar till nationella IT-strategin

Hur kan de resultat som idag produceras i de nationella projekten under den nationella IT-strategin kopplas till de resultat som har skapats i VVP-projektet för att skapa tillämpbara resultat?

Sannolikt bör alla nya e-tjänster som skall införas i Sverige relatera och förhålla sig till viktigare nationella projekt. Samtidigt behöver resultaten från t.ex. NI-projektet konkretiseras och testas i reella vårdmiljöer.

7. Studier kring integration med befintliga IT-system

Det behöver genomföras studier kring hur man kan utveckla migreringsstrategier där man kan koppla moderna processororienterade e-tjänster med befintliga journalsystem eller liknande, där de befintliga systemen också spelar en roll i ett förnyelsearbete.

8. Forskning om ekonomiska effekter av nya vårdkoncept

Slutligen föreslår vi att forskningsprojekt skapas där studier av ekonomiska effekter av olika nya vårdkoncept och liknande kan genomföras. Ofta diskuteras och argumenteras kring att olika nya modeller eller koncept i vården får så stor ekonomisk effekt. Dock saknas empiri för många av dessa argument.

9. Modeller för innovativ offentlig upphandling

VVP-projektet har som redovisats funnit att ett hinder för spridning av innovativa vårdmodeller och e-tjänster är den tröghet som finns i organisationerna. Samma gäller för upphandlingsregler inom offentliga sektorn som hindrar eller i vart fall komplicerar införandet av nya koncept. Vi föreslår därför att studier genomförs för att se hur dessa hinder kan lösas.

7. Konklusioner

VVP-projektet har arbetat på ett antal arenor och ibland med något olika fokus per arena men alltid med målet att försöka skapa en ny mer patientfokuserad och samverkansstödjande vårdmodell som med hjälp av ett anpassat stöd av lämpliga e-tjänster kan ge patienter och närstående, men även vårdaktörerna själva, ett ökat värde.

En viktig konklusion från projektet är att en ökad fokus på processorientering och vad som bygger värde för individen ställer nya krav på hur vård och omsorg byggs upp och styrs samt ställer helt nya krav på hur e-tjänsterna bör vara uppbyggda för att nå önskade effekter för individen. Och viktigt är också att denna process skall vara orienterad mot patienten. Dvs. det är patientens process som är central, inte de olika vård- och omsorgsprocesser som en och samma patient kan vara föremål för. På detta sätt är VVP-projektets namn missvisande, det skulle sannolikt ha hetat ”Den värdeskapande PatientProcessen” (VPP) i stället för ”Den Värdeskapande Vårdprocessen”.

Vidare har vi funnit att arbetet med att på ett djupare plan förstå vad samverkan mellan olika enheter (hos olika huvudmän) med fokus på individen situation är, ger stora möjligheter till generalisering och effektmöjligheter för många olika patientgrupper.

Det mest väsentliga resultatet från VVP är förslaget om ett nytt vårdkoncept. Detta koncept bygger på en struktur i tre nivåer:

- Den Patientnära nivån
 - Här finns såklart Patienten, men också dennes anhöriga
 - Vi föreslår även att man skapar en ny roll, en ”Dirigent” eller vårdkoordinator som har kunskap och mandat att hålla ihop patientens alla vårdkontakter
 - Dirigenten skall hela tiden vara en och samma person
- Mellannivån (Vårdteamet)
 - Detta är de personer som patienten möter inom primärvården, hemsjukvården, hemtjänster mm och utgörs av t.ex. Allmänläkare, Distriktssköterska, Hemtjänst, Arbetsterapeut m.fl.
 - Dessa personer skall vara stabilt tillgängliga och inte bytas ut titt som tätt, men teamet är behovsanpassat dvs. nya kompetenser kan behöva tillföras, andra kanske inte längre behövs
- Yttre nivån – nätverket med externa konsulter/expertter
 - Denna nivå utgörs av organisationer och resurser som dels behövs för att hantera de medicinska problem som teamet inte klarar på egen hand, dels bidra med insatser av mer förebyggande eller social karaktär
 - Exempel är Akutmottagning, Specialistläkare, Operationer, Tandvård men också Frivilligorganisationer och intresseföreningar

Även om införandet av en samverkande/samordnande ”dirigent” inte är unikt för VVP i sig, finns det ett antal unika delar i VVP-konceptet såsom att Dirigenten (vårdkoordinatör) har såväl ett uttalat mandat att samordna andra aktörers arbete kring patienten som kompetens att utföra detta arbete.

Speciellt är också ”Projektanken”, dvs. att teamet kring individen/patienten är behovsanpassat och riggas allt efter aktuellt behov samt att själva processen utgår från individen som helhet och inte från aktuell sjukdom/vård- och omsorgsprocess, dvs. individen

skall ses som helhet med alla sina medicinska, psykiska, personliga problem och förutsättningar. Patienten är inte ”höftleden”, ”ögat” eller ”stroken”, utan en individ som i sin tur må ha ett antal olika medicinska eller andra problem som har med olika organ att göra.

Speciellt med VVP-konceptet är också att det hela tiden finns information som flyter (men med bibehållen integritet) mellan de tre olika nivåerna och för alla inblandade aktörer, inkl. patient, anhörig, kommunala aktörer, landstingsaktörer och ev. privata aktörer. Vilken information som sprids till vilken typ av aktör, beror på vilken typ av aktör det gäller.

Arbetet med VVP har lärt oss att informationsflöde och e-tjänster är mycket väsentliga och att inget av dagens alla IT-system klarar att supporta detta nya vårdkoncept. Vi föreslår dock inte att ett nytt stort IT-system skapas i sig, utan att man försöker först från individens eget behov utreda vilka former av e-tjänster som behövs per nivå. Dvs. patientnivån behöver sannolikt helt andra e-tjänster än mellan/teamnivån som i sin tur behöver andra former av e-tjänster än den externa/specialistnivån.

Generellt måste man mer skilja på att bygga upp informationsresurser i sig och kvaliteten på dessa samt e-tjänsterna som bygger upp och behandlar informationen. Den gamla termen ”system” måste därför tillämpas på ett annat sätt. Det kommer inte att finnas ett enda system som löser all problem.

Vad vi föreslår är således att inte på en gång skrota alla gamla IT-system, utan att man först studerar vad som behövs per nivå, och sedan parallellt med att nya e-tjänster utvecklas, också skapa nya samverkande tjänster som kan länka ihop de i dag befintliga systemen som sannolikt kommer att behöva behållas under överskådlig framtid (fr.a. inom sjukhusen och andra specialinriktade områden).

Detta öppnar sannolikt en ny marknad för nya typer av e-tjänster som kan integrera, kommunicera och visualisera information på ett nytt sätt och för att kunna göra sig attraktiva på marknaden behöver sannolikt dessa nya e-tjänster sättas ihop i större eller mindre ”kluster” av logiskt och tekniskt sammanlänkade e-tjänster.

Vidare anser vi inom VVP att de nya vårdkoncepten måste få en chans att utvecklas vidare och tydliggöras, och detta i samarbete med vården. Och för att kunna få till detta måste ledningen på alla olika nivåer arbeta för att kunna implementera dessa nya idéer. Utan ett starkt engagemang från ledningen kan inga nya idéer genomföras. Således måste man på politisk nivå också skapa en medvetenhet om de nya vårdkoncepten för att få möjlighet att genomföra den förändring som behövs.

Och just detta har VVP också studerat och kommit fram till att det i dag saknas en väl fungerande incitamentsstruktur för att kunna få en bred implementation av såväl VVPs som andra innovativa projekts resultat. Det finns många institutionella hinder som måste undanröjas och somliga av dessa åtgärder måste börja på den politiska nivån.

8. Referenser

1. Ahonen, M, Antikainen, M and Mäkipää, M. (2007). How can companies work with Open Source Communities for Open Innovation? In Proceedings of the 30th Information Systems Research Seminar in Scandinavia, IRIS 2007, Tampere, Finland.
2. Amabile, T (1998): How to Kill Creativity. Harvard Business Review, Vol. 76, Issue 5, s. 76-87
3. Arvidsson, L: Vårdlogistik – En idéskrift om bättre service och effektivitet i vården. Sveriges kommuner och landsting. Oktober 2007. Best nr 5125
4. Baumol W J and Bowen W G (1966): Performing Arts: The Economic Dilemma, New York: The Twentieth Century Fund.
5. Benkler Y (2006): The Wealth of Networks - How Social Production Transforms Markets and Freedom. Yale University Press, New Haven and London
6. Berggren, M, Söderman D, : Meningsfull vård har fokus på relationen, Vårdfacket 29, augusti 2008
7. Berwick D, Batalden P. The Breakthrough Series—A Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvements. Boston, Mass: Institute for Healthcare Improvement 2003.
8. Bliemel, M., & Hassanein, K, (2004) E-health: applying business process reengineering principles to healthcare in Canada. IJEB 2 (6), pp. 625-643.
9. Brant S, 1992, Hearing the Patient's Story, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 5, No. 6, 5-7.
10. Browne E D: Workflow Modelling of Coordinated Inter-Health-Provider Care Plans; Thesis, Univ of South Australia, January 2005
11. Caccia-Bava, et al., (2005) Empirically testing determinants of hospital BPR success. International Journal of Health Care Quality Assurance 18 (7), pp. 552-563
12. Canadian Home Care Association: Integration through ICT for Home Care in Canada, Final Report, mars 2008 (<http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=172>)
13. Canada Home Care Association: National Home Care and Primary Health Care Partnership Project: Partnership in Practice - www.cdnhomecare.ca
14. Davenport, T.H. (1993). Process Innovation, Harvard Business School Press, Boston, MA.
15. Department of Health: 269652/Building Telecare in England, Email: doh@prolog.uk.com; 2005
16. Department of Health: Health Informatics Review, July 2008, mars 2008
17. Edvardsson B & Strandvik T, (2000), Is a critical incident really critical for a customer relationship?, Managing Service Quality, Vol. 10, No. 2, 82-91.
18. EU: Ambient Assisted Living (AAL) Joint Programme - Call for Proposals 2008 AAL-2008-1 "ICT based solutions for Prevention and Management of Chronic Conditions of Elderly People"
19. Fischer, S, Mehta, S & Lapinsky, S.E (2003). Handheld computing in medicine. Journal of the American Medical Informatics Association. 10(2), p139-149.
20. Fridolf, M: Samarbete för utveckling av välfärden, maj 2006, IDL - Institutet för Demokrati och Ledarskap
21. Gremler DD, (2004), The Critical Incident Technique in Service Research, Journal of Service Research, Vol. 7, No. 65-89.
22. Gurner & Thorslund: Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Natur och Kultur ISBN 91-27-07397-1
23. Gustafsson M & Johansson L-Å: Förslag till specifikation av tjänst "Patientens komponent". Alkit Communications. Version 0.1, 2007-10-14

24. Hammer, M. (1990, July-August). "Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate," Harvard Business Review, pp. 104-112.
25. Han, S, Mustonen, P, Seppänen, M & Kallio, M (2006). Physicians' acceptance of mobile communication technology: an exploratory study. International Journal of Mobile Communications. 4(2), p210-230.
26. Homer J, Hirsch G, Minniti M & Pierson M: Models for Collaboration: How System Dynamics Helped a Community Organize Cost-Effective Care for Chronic Illness, 2004
27. InterCare-projektet, slutrapport 2000. <http://intercare.imsgrp.net>
28. Josefsson U: Coping online – patients use of the Internet, Gothenburg Studies in Informatics, Report 37, February 2007, ISBN 978-91-628-7080-5
29. Kruglanski A (1975): The endogenous- exogenous partition in attribution theory. Psychological Review, 82, 387-406
30. Kung, H, Hsu, C, Lin, M & Liu, C (2006). Mobile multimedia medical system: design and implementation. International Journal of Mobile Communications. 4(5), p595-620.
31. Lakhani K R and Wolf R G (2005): Why hackers do what they do: Understanding motivation effort in free/open source software projects. In: Joseph Feller, Brian Fitzgerald, Scott A. Hissam and Karim R. Lakhani, Editors, Perspectives on Free and Open Source Software, MIT Press, Cambridge (2005), pp. 3–21
32. Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
33. Liang, H, Xue, Y & Byrd, T.A. (2003). PDA usage in healthcare professionals: testing an extended technology acceptance model. International Journal of Mobile Communications. 1(4), p372-3.
34. Linn, B & Vasser, J. A. (2004). Mobile healthcare computing devices for enterprise-wide patient data delivery. International Journal of Mobile Communications. 2(4), p343-353
35. Margalit RS, Roter D, Dunevant MA, Larson S, Reis S: Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. Patient Educ Couns. 2006 Apr;61(1):134-41.
36. McAdam, R., Corrigan, M. (2001), "Re-engineering in public sector health care: a telecommunications case study", Care Quality Assurance, Vol. 14 No.5, pp.218-27.
37. McGrath JM, Arar NH, Pugh JA: The influence of electronic medical record usage on nonverbal communication in the medical interview. Health Informatics J. 2007 Jun;13(2):105-18.
38. MobiSams - projektet, <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=25889&l=sv>
39. Monteagudo J L & Moreno O: e-Health for Patient Empowerment in Europe, Catálogo general de publicaciones oficiales, Madrid Juli 2007; www.ehealthnews.eu/content/view/1460/62/
40. National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Service 2008 – 2012
41. Nationell IT-strategi, Danmark, http://www.sdsd.dk/arch/_img/9080684.pdf
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4122310
42. Nationell Psykiatrisamordning, arbetsgruppen "ADHD och autismspektrumtillstånd för vuxna": Så här kan man göra... Vägledningsdokument för ADHD hos vuxna, augusti 2007
43. Nationell Psykiatrisamordning, arbetsgruppen "ADHD och autismspektrumtillstånd för vuxna": Så här kan man göra... Vägledningsdokument för AST, augusti 2007
44. Nelsson E C, Batalden P B & Godfrey M M: Quality by design: A clinical microsystem approach San Francisco: Jossey-Bass; 2007 p 3-35.
45. Nilsson, Fredrik: Vägen mot en patientorienterad vård, ISBN:978-91-7261-143-6

46. Peterson, R., & Wilson, W, (1992) Measuring Customer Satisfaction: Fact and Artifact, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 20, No. 1, pp. 61-71.
47. Porter, Michael E. och Olmsted Teisberg, Elizabeth. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. 2006.
48. Sams-projektet, slutrapport, ITHS 2, 2005-06-10 [<http://www.sll-sams.nu>]
49. SKL 2007: Strategier för Effektivisering, Från ekonomistyrning till kunskapsstyrning, Sveriges kommuner och Landsting, november 2007. www.skl.se/publikationer
50. SKL: Närvårdssamverkan i praktiken -Från ord till handling: ISBN 978-91-7164-244-8, maj 2007
51. SKL: Att utveckla närvårdssystem - Vård och omsorg i förändring; ISBN 10:91-7164-161-0, 2007
52. SKL: Aktuellt på äldreområdet 2008; ISBN 978-91-7164-398-8, Dec 2008
53. Socialdepartementet: Nationell IT-strategi för vård och omsorg, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB, Carelink, ISBN 91-631-8541-5, mars 2006
54. Socialstyrelsen, "God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården", ISBN: 91-85482-05-6, 2006
55. Strindhall M & Henriks G: How improved access to healthcare was successfully spread across Sweden. *Quality in management of Health Care* 2007, 16(1), 16-24
55. Talke I N, Hanikenne M and Krämer U (2006): Zinc-Dependent Global Transcriptional Control, Transcriptional Deregulation, and Higher Gene Copy Number for Genes in Metal Homeostasis of the Hyperaccumulator *Arabidopsis halleri*. *Plant Physiology* 142:148-167
56. Thor, Johan: Getting going on getting better: how is systematic quality improvement established in a healthcare organization? : Implications for change management theory and practice. Thesis. Karolinska Institutet 2007. ISBN: 978-91-7357-274-3 Diss: 07:195
57. Wagner, E et al: "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action; Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care." The People-To- People Health Foundation, Inc., Health Affairs, 2001.: www.improvingchroniccare.org
58. West J and Gallagher S (2006): Challenges of open innovation: the paradox of firm investment in open-source software. *R&D Management*, Vol 36 Issue 3, Pages 319 - 331
59. Wickramasinghe, N & Goldberg, S (2004). How M=EC2. *International Journal of Mobile Communications*. 2(2), p140-156.
60. Övretveit, J: How to run an effective improvement collaborative, *Int J Health Care Qual Assurance* 2002: 15(5)

9. Bilagor

Bilaga 1 – definitioner av centrala begrepp

I detta avsnitt följer definitioner och beskrivningar av olika för VVP-projektet centrala begrepp. En särskilt viktig distinktion vi gör i detta avsnitt är att tydliggöra skillnaden mellan en *patientorienterad vård- och omsorgsprocess* eller vårdprogram som tagits fram för att beskriva en effektiv insats från vårdgivarens sida och patientens process som tar sin utgångspunkt i hur patienten blir involverad i olika insatser från olika aktörer i vård och omsorg och hur detta också skall fungera ihop med andra viktiga aktiviteter som patienten är delaktig i. När vi skall arbeta fram vårdmodeller som skall skapa största möjliga patientvärde så har det stor betydelse var man tar sin utgångspunkt.

Affärsmodell

Beskrivning av hur en produkt eller tjänst kan marknadsföras

Aktörer

En aktör är en individ eller ibland en enhet inom en organisation som kan spela olika roller i olika situationer. En aktör kan t ex ha ett ansvar av en viss typ eller planera eller utföra en aktivitet.

E-tjänster

IKT-tjänster, dvs. elektroniska tjänster (i detta fall inom vård och omsorg). En e-tjänst är således ett elektroniskt stött hjälpmedel som kan försörja utförandet av en verksamhetsmässigt avgränsad uppsättning aktiviteter med relevant information så att aktiviteterna blir utförda enligt målen samt att stödja så att information tas om hand som behövs i andra delar av processen.

Se vidare under ”tjänst” nedan

IKT

Elektronsikt stödda informations- och kommunikationstjänster. ICT på engelska

Individorienterad

Vård- och omsorg kan sägas vara individorienterad om den fokuserar på individens behov och helhetssituation (och utifrån detta planerar olika behovsmotiverade aktiviteter), till skillnad ifrån att vara fokuserad på vad varje vård- och omsorgsenhet gör med individen.

Kommersialisera

Göra en produkt eller tjänst tillgänglig på en kommersiell marknad

Marknad

I Encyclopædia Britannica beskrivs ”marknad” som ”a means by which the exchange of goods and services takes place as a result of buyers and sellers being in contact with one another, either directly or through mediating agents or institutions on a market”.

I detta sammanhang kan det vara på sin plats att peka på att en marknad i traditionell mening inte existerar inom Hälso- och Sjukvårdssektorn för medborgaren. Frågan är om Hälso- och Sjukvårdssektorn kan betraktas som en marknad för tjänsteleverantören. Det finns inget vedertaget begrepp för vad den Svenska Hälso- och Sjukvårdssektorn är i förhållanden till ren planekonomisk och ren marknadsekonomisk resursallokering. En provisorisk definition i form

av en politiskt styrd förhandlingsekonomi används därför i denna rapport. En ”marknad” finns alltså inte för tjänsteleverantören utan en förhandlad upphandling inom ramen för en övergripande hierarki.

Multisviktande

Någon eller flera sjukdomsdiagnoser. Problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprovning av vård, omsorgs- eller rehabiliteringsinsatser.

Patientens process

En genomgång av den vetenskapliga internationella litteraturen visar att mer forskning skulle behövas kring patienters processer i samband med behovet av hälso- och sjukvård. Det mesta som gjorts tar sin utgångspunkt i produktionsprocessen där patienten är ett objekt som skall hanteras/åtgärdas på ett så effektivt och resurssnålt sätt som möjligt. Patienten är egentligen inte en del av det system som studeras och som skall effektiviseras. Vid en sökning med Google på ”Patientens process” blir det bara några få riktiga träffar. Det finns dock en del studier som tar sin utgångspunkt i patientens process. En del av paradigmskiftet består i att ändra roller och spelregler för att skapa mer värde för patienten. Detta leder naturligtvis till att vård- och omsorgsprocesserna måste studeras utifrån ett annat perspektiv.

En patient med flera hälsoproblem kan ju parallellt få vård på flera olika enheter och därmed samtidigt ingå i olika vårdkedjor. Även om vårdkedjorna var för sig är optimalt utformade så kan det ju för patienten bli en situation som blir svår att hantera och naturligtvis leda till att utfallet inte blir som förväntat. Vård- och omsorgsprocesserna tar inte heller hänsyn till andra aktiviteter som påverkar helheten för patienten.

Därför är det nödvändigt att sätta sig in i patientens situation för att på bästa sätt kunna skapa värde. Poängen är att för varje patient och/eller typ av patient skall just deras process beskrivas, analyseras, värderas, omvärderas och ifrågasättas i syfte att skapa förbättrings- och innovationspotentialer.

Och det är ingen tvekan om att potential finns för både förbättring och innovation i var och en av de ingående delarna i patientens process.

Vad som behövs för att öka patienttillfredsställelsen i vården är förståelse, kunskap och insikter om patientens processer. Resultatet kommer att leda till ökade servicenivåer, bättre tillgänglighet, förbättrad kontinuitet och ökad trygghet utifrån patientens behov.

Jämför också med vård- och omsorgsprocess nedan

Patientvärde

Något som av en patient uppfattas som värdefullt i sin vård

Salutogen

Salus är latin och betyder Hälsa. Genes har ett grekiskt ursprung och anger varifrån något kommer.

Därmed innebär ett Salutogent tänkesätt att man utgår från det friska.

Samverkan

Samarbete eller samverkan med specifikt syfte mellan två eller fler aktörer inom vård och omsorg; inkluderar aktörer inom såväl landsting, kommuner o/e privat verksamhet

Standardiserad vårdplan

En standardiserad vårdplan är ett journaldokument för en enskild patient. En standardvårdplan kan upprättas för patienter med samma medicinska diagnos eller likartade problem eller som underlag för olika undersökningar och behandlingar. Standardvårdplanen ska baseras på en evidensbaserad kunskapsöversikt som ska innehålla en aktuell sammanställning av vetenskapliga fakta och beprövad erfarenhet för aktuell diagnos, problemområde, undersökning eller behandling. En standardvårdplan utesluter inte en individuell vårdplan för en enskild patient när så behövs.

Tjänst

Två definitioner av begreppet tjänst används i rapporten. Dels en ekonomidefinition, dels en teknikdefinition.

Den ekonomiska definitionen är: ”The non-material equivalent of a good.” Den tekniska definitionen är: ”The provision of a discrete function within a systems environment”. Det är viktigt att påpeka att dessa två definitioner inte med nödvändighet är överlappande.

Mer konkret ser vi i projektet en tjänst som en avgränsad uppsättning aktiviteter vars resultat har ett värde för avnämaren och som en utförare sätter upp beredskap samt resurser och kompetens för att utföra och som utföraren åtar sig att utföra under givna förutsättningar och villkor.

Exempel på en tjänst: Utför omhändertagande av medicinakutpatienter på en akutmottagning med en viss kompetens och under vissa tider på dygnet och med en viss kapacitet.

Se vidare ”e-tjänst” ovan

Vårdkoncept

Ett vårdkoncept är det samspel som ett antal vård och omsorgsgivare i form av enheter med ingående aktörer och deras kompetens spelar i förhållande till varandra för att fokusera och hantera individens hälsofrågeställningar och väg mot ett definierat mål. Vårdkonceptet skall grundas på en värdeorienterad processbeskrivning som är organisationsoberoende och fokuserar på individens behov. Vårdkonceptet beskriver hur denna process realiserar genom ett antal vård- och omsorgsenheter och däri ingående aktörer. Exempelvis kan en viss typ av samverkan med definierade mål realiserar i flera regioner genom olika uppsättningar enheter och däri ingående aktörer, vilket resulterar i skillnader i samspel mellan enheterna. Individen och närstående är aktörer och ingår i samverkan inom ramen för vårdkonceptet.

Ett av skälen till att tydliggöra vårdkoncept är att samspelet mellan enheter måste framstå klart såväl för involverade förändringsaktörer som för individen själv och närstående. Ett oklart vårdkoncept för individen kommer bland annat att resultera i att man vänder sig till fel enhet för att t ex presentera en hälsofrågeställning samt att man förväntar sig fel saker av olika aktörer. Ett annat viktigt skäl för att definiera vårdkonceptet väl är att kunna välja och anpassa olika e-tjänster som behövs för att stödja det samlade vård och omsorgskonceptet på ett effektivt sätt.

Vårdkoncept kan också kallas vårdmodell; dvs. en beskrivning av hur vården kan organiseras och utföras. Kan exemplifieras genom s.k. use cases, dvs. användningsfall. Ett sådant exempel är hur vården av äldre multisjuka kan organiseras och utföras.

Vårdplan

En beskrivning av mål och planerade hälso- och sjukvårdsaktiviteter samt socialtjänstinsatser för enskild individ.

Vård- och omsorgsprocessen

Process innebär ett repetitivt använt nätverk av länkade aktiviteter som använder information och resurser för att tillfredsställa ett kundbehov.

Processerna utgör beskrivningar för hur och i vilken ordning olika aktiviteter ska utföras, och ger därför en helhetsbild av organisationen. Ofta används liknelsen att processen är en väg som man sedan gör återkommande resor längs varje gång en intressents behov behöver tillfredsställas. Varje resa kräver användande av olika resurser, till exempel personal och verktyg. (Wikipedia)

I skriften ”Vägen mot en patientorienterad vård” från utvecklingscentrum i Skåne [51] definieras processen på följande sätt:

En process uppkommer då flera parallella och sekventiella aktiviteter och händelser, utförs riktade att producera ett sammanhängande värde eller helhet. Men andra ord är en process ett fenomen som uppkommer genom flera individers handlingar.

Kontentan av det förda resonemanget ovan är alltså att funktioner behövs i syfte att säkerställa en vård som är tillräckligt specialiserad och djuplodande. Samtidigt behövs en annan, mer integrerad, orientering av vårdverksamheten riktad mot medborgaren och patienten. Ett gränssnitt som förpackar medicinska resultat och praxis till servicepaket för patienter – det är i detta sammanhang som begreppet process kommer in.

Även om begreppet processorientering sedan ett flertal år tillbaka är ett vedertaget begrepp så rapporteras det om svårigheter och om uteblivna framgångar i vissa fall där man har försökt tillämpa metoden. En anledning kan vara att det lätt uppstår konflikter och oklarheter då modellens tillämpning i verkligheten ofta blir en hybrid av den klassiska funktionellt orienterade verksamheten och den processorienterade.

Ur ett vårdrelaterat produktionsperspektiv, finns det många positiva aspekter att lyfta fram med processorientering men samtidigt saknas bejakandet av den komplexitet som sjukvården trots allt kännetecknas av. Framförallt mötet med patienten och patientens perspektiv försvinner ofta i processorienteringen då fokus på kvantifierbara resultat i den interna verksamheten (exempelvis vårdgarantin) tar all plats.

Vårdkedja

Inom vård och omsorg förekommer allt oftare begrepp som ”vårdkedja” och ”patientflöde”, vilka ger logistiska associationer.

Det finns stora likheter mellan en vårdkedja och materialflöden inom olika branscher. Hos det senare finns det ett lager eller varor som väntar mellan varje funktion, hos vårdkedjan finns det patienter som väntar mellan varje funktion. Båda finns där av samma skäl, nämligen att göra det möjligt att optimera varje enskilt steg i flödet men inte alltid helheten. Traditionellt har man i vården fokuserat på respektive funktion i ovanstående vårdkedja men nu kommer begreppet till användning när man vill beskriva hur samordnings- och samverkans- problem i denna skall kunna lösas. Följande citat belyser detta (se också Vårdlogistik nedan).

Det är alltså vanligt att betrakta ’vårdkedja’ som ett effektivt sätt att överskrida gränser i hälso- och sjukvården. När begreppet skall definieras används vanligen uttrycket ’patientens väg genom vården’. Det innebär att patienten ’sätts i centrum’. Det innebär att personalen slutar att fokusera på intern organisationsstruktur och

istället betraktar verksamheten som 'processer' och flöden, vilket sätter patienterna och inte vårdfunktionerna som sådana i centrum.

Vårdplanering

Planering av hälso- och sjukvård samt socialtjänstinsatser för en enskild patient

Vård- och omsorgsprocess

I boken Modern logistik förs en diskussion om vilka krav som kan ställas på en process i logistiksammanhang. Denna beskrivning kan ses som en utveckling och ett förtydligande av nedanstående definitioner och sammanfattas i nedanstående fyra punkter:

- *En process är en kedja av aktiviteter med en tydlig början och ett tydligt slut.*
- *En process är både planerad och repetitiv.*
- *Det finns tydliga mål för processen, en beskrivning av vilka steg som ingår samt vilka resultat som förväntas.*
- *En process omfattar flera aktiviteter, oftast både administrativa och operativa och är funktionsöverskridande.*

Vårdlogistik

Över tiden har det funnits ett antal olika definitioner av logistikbegreppet. En klassiker i detta sammanhang är ”de sju R:n” som formulerades av Shapiro och Heskett 1985 och som lyder enligt följande:

Logistik definieras som de aktiviteter som har att göra med att erhålla rätt vara eller service i rätt kvantitet, i rätt skick, på rätt plats, vid rätt tidpunkt, hos rätt kund, till rätt kostnad.

Ett försök till omtolkning av ovanstående definition till vårdens förutsättningar skulle kunna lyda på följande sätt:

Vårdlogistik definieras som de aktiviteter som gör att rätt patient, får rätt vård, av rätt kvalitet, på rätt nivå, på rätt plats, vid rätt tidpunkt, till rätt kostnad.

Vad som är ”rätt” i det enskilda fallet måste naturligtvis bli föremål för en medicinsk bedömning, men definitionen ger en möjlighet att identifiera och beskriva olika patienters vårdkedjor.

Vårdlogistik omfattar att på ett effektivt sätt planera, genomföra och kontrollera alla aktiviteter på patientens väg från vårdbegäran till avslutat vårdåtagande för att tillfredsställa patientens vårdbehov och önskemål. Dessutom innefattas det informationsflöde som behövs för att patientens vårdkedja skall fungera.

Vårdplan

Handling som beskriver planerad hälso- och sjukvård och ev. andra insatser för enskild patient.

Vårdprogram

Riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter

Vårdplanering

Planering av hälso- och sjukvård och eventuellt andra insatser för en enskild patient

Vårdtjänster

En beskrivning av vilken eller vilka tjänster som behövs för att utföra en vård- och omsorgsprocess

Vårdåtagande

Åtagande som hälso- och sjukvårdsproducenten gör att tillhandahålla minst en hälso- och sjukvårdsaktivitet åt patienten i syfte att påverka minst ett av de identifierade hälsoproblemen

Värde

Vad en person upplever som värdefullt för ens välbefinnande, tillfrisknande eller liknande

Värdeskapande

Vad som kan skapa värde för den enskilda patienten

Bilaga 2

Delrapport från fältarenan Jönköping

Bilaga 3

Delrapport från fältarenan Capiro Acessakuten

Bilaga 4

Delrapport från fältarenan Sophiahemmet

Bilaga 5

Förslag till och initial specifikation av tjänst "Patientens komponent"