



På väg mot en värdefull styrning

Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre

Redaktörer: Anna Krohwinkel Karlsson & Hans Winberg

På väg mot en värdefull styrning

LHC Report: #1 2012

Anna Krohwinkel Karlsson
Hans Winberg



Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick i juni 2011 ett regeringsuppdrag inom ramen för den äldresatsning som görs under mandatperioden. Syftet var att påbörja arbetet med att utarbeta ersättningsmodeller för vård och omsorg av de mest sjuka äldre. Första resultatet är den rapport du nu har i din hand. Detta är också första steget i en djupt rotad ambition vi har att tillämpa den rika forskning om organisering och ekonomistyrning som finns inom det företagsekonomiska fältet.

Arbetet har under hösten 2011 varit intensivt och utförts av en grupp engagerade forskare vid fem universitet och ett svenskt konsultföretag. Alla bidrar med en gedigen kunskap kring vårdsystemens uppbyggnad, ekonomistyrningens roll och effekterna av detta och andra styrsystem på vardagens arbete. För den ovane läsaren kan ibland språket te sig en aning främmande. Det är forskningens vardag att begrepp och resonemang skall vila på en solid samhällsvetenskaplig grund. I denna första fas av vårt projekt krävs att området kartläggs och belyses från olika håll för att hitta grunden för att gå vidare. I nästa fas kommer vi själva att ge oss ut och samverka med dem som de facto levererar vård och omsorg till de mest sjuka äldre för att förankra och förstå vardagens villkor. Så kommer att ske under 2012. I en avslutande tredje fas är ambitionen att omforma kunskaperna till mer praktiskt inriktade råd kring utformningen av ersättningsmodeller och ersättningssystem.

Ytterst vill vi bidra till att hitta former för att ge patienter och brukare en vård som fungerar även när man behöver passera gränser – mellan hemtjänst och hemsjukvård, mellan öppen och sluten vård, mellan kommunen och landstinget, mellan olika utförare.

Vi tackar för förtroendet att få genomföra detta projekt och särskilt för samarbetet med regeringens äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholm med medarbetare på Socialdepartementet. Vi har också samverkat med Socialstyrelsen och SKL, där Anders Tegnell respektive Maj Rom med medarbetare medverkat. Tack för det. Och givetvis tack till alla skribenter och referensgruppen för ett fantastiskt arbete under stark tidspress.

Stockholm i januari 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care



Innehåll

Sammanfattning	7
Styrning mot samverkan	23
<i>Hur kan ersättningssystemen anpassas?</i>	
De ”mest sjuka äldre”	51
<i>Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för bättre vård och omsorg</i>	
Mångfaldig styrning	75
<i>– en teoriöversikt</i>	
Styrning på gränsen mellan sluten och öppen vård	99
<i>Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar</i>	
Lean i äldre vården	119
<i>– en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker</i>	
Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre	151
<i>– implikationer för mål och indikatorer</i>	
Verktyg för att realisera samverkan	175
<i>En vetenskaplig undersökning av TioHundra projektet</i>	



Sammanfattning

LHC Report: #1 2012

Innehåll

Inledning	8
<i>Bakgrund</i>	8
<i>Problembild</i>	9
<i>Analytiska utgångspunkter</i>	10
Delstudier	11
<i>Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?</i>	11
<i>De 'mest sjuka äldre': Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg</i>	12
<i>Mångstyrighet i vården – en teoriöversikt</i>	12
<i>Styrning på gränsen mellan sluten och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar</i>	13
<i>Lean i äldre vården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker</i>	14
<i>Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer</i>	14
<i>Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet</i>	15
Diskussion och slutsatser	16
<i>En sammanhållen vård och omsorg kräver ett fokus på flödeseffektivitet snarare än resurseffektivitet</i>	17
<i>Om systemförändring är målet måste lösningarna vara därefter</i>	17
<i>Ett mer patientanpassat ersättningssystem är inte nödvändigtvis mer specifikt</i>	17
<i>Vägar framåt</i>	18
Uppdraget	19
Kvalitetskriterier för en LHC-rapport	21

Inledning

På uppdrag av Socialdepartementet har Stiftelsen Leading Health Care under hösten 2011 påbörjat ett arbete med att utarbeta ersättningsmodeller anpassade till de mest sjuka äldres behov. Medlen har huvudsakligen använts för kartläggningar, förstudier, utvärderingar och kunskapssammanställningar, utförda av LHC:s nätverk av forskare (se nedan). Inom ramen för uppdraget har LHC haft ett publikt seminarium med 30 deltagare och en särskild workshop med vår fokusgrupp för styrning i vården med deltagare från landsting, myndigheter, professionsförbund, patientorganisationer samt läkemedels- och medtechindustri. Samråd har även skett med SKL och Socialstyrelsen.

Denna sammanfattning presenterar resultat och utmaningar utifrån de sju delrapporter som tagits fram inom uppdraget. Projektet har letts av ek. lic. Hans Winberg (LHC:s generalsekreterare) samt ek. dr. Jon Rognes och ek. dr. Anna Krohwinkel Karlsson, också vid LHC. I skrivarbetet har deltagit professor Anders Anell (Lunds universitet), Rolf Bowin (HCM), ek. dr. Karin Fernler (Handels-högskolan i Stockholm), doktorand Ida Larsson (Uppsala universitet), Dag Noren (HCM), docent Ebba Sjögren (Handelshögskolan), ek. dr. Karin Thoresson (Linköpings universitet), och doktorand Per Åhblom (Handelshögskolan). Arbetet har ventilerats i en vetenskaplig referensgrupp bestående av professor Claes-Fredrik Helgesson (Linköpings universitet) samt professor Johnny Lind och professor Pär Åhlström (Handelshögskolan i Stockholm). Författarna ansvarar dock själva för slutsatserna i sina respektive delrapporter (se även kvalitetskriterier för en LHC-rapport längst bak i denna sammanfattning).

Sammanfattningen är upplagd som följer. I nästa avsnitt tecknas en kort bakgrund till uppdraget samt de utgångspunkter som varit vägledande för LHC:s arbete. Därpå följer en redovisning av arbetets upplägg och en kort summering av varje delstudie. Därefter diskuteras några av de utmaningar som framkommit vid genomförandet av uppdraget. Sammanfattningen avslutas med utredarnas slutsatser kring i vilken riktning ersättningssystem bör utvecklas för att underlätta en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Vi pekar också ut några möjliga steg på vägen mot en styrning som fungerar bättre runt patienten, brukaren.

Bakgrund

Regeringen angav i Budgetpropositionen för 2011 att en satsning ska genomföras för att få vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård att samverka bättre. I december 2011 tecknades en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stimulansbidrag inom äldreområdet. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Ambitionen är att det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet.

Totalt beräknas satsningen på de mest sjuka äldre att uppgå till drygt fyra miljarder kronor under denna mandatperiod. Huvuddelen av medlen fördelas till kommuner och landsting under 2012-2014, men redan för 2011 fanns en mindre budgetpost avsatt för att ta fram underlag för bestämning av lämpliga indikatorer på måloppfyllelse samt för kartläggningar, förstudier, utvärderingar, riktlinjer och nödvändiga kunskapssammanställningar. LHC:s uppdrag att påbörja arbetet med att utarbeta modeller för ersättningssystem som är anpassade till de mest sjuka äldre har utförts inom ramen för detta.

Problembild

Vården och omsorgen om äldre beskrivs ofta som fragmenterad. För en äldre person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika vårdgivare vara svåra att överskåda, och insatserna är inte alltid koordinerade sinsemellan. Tidigare studier av vård och omsorg om brukare med sammansatta behov har pekat på ett antal problematiska gränssnitt där tvister kring resurser, ansvarsfördelning och informationsdelning aktualiseras. En del handlar om det delade huvudmannaskapet mellan kommuner och landsting. En annan del berör de professionella reviren hos olika personalkategorier. Skiljelinjer finns också mellan öppen och sluten vård, liksom mellan hemsjukvård och övrig äldreomsorg. Det är när vårdtagaren korsar dessa organisatoriska gränser som problem med bristande kontinuitet, kommunikation och samverkan ofta uppstår.

En omfattande uppsättning lagar, riktlinjer och avtal har upprättats för att styra mot ett överbryggande av de problematiska gränssnitten. Graden av faktisk samverkan i det vardagliga vård- och omsorgsarbetet påverkas dock även av mer informell styrning, bland annat professionella normer och ekonomiska incitament. Varje styrform kan i teorin bidra till både sammanlänkning och splittring. Den tvärprofessionella konsensus som finns kring fördelarna med samverkan kan till exempel utgöra en stark enande kraft, samtidigt som yrkes- och organisations-specifika arbetssätt kan verka i motsatt riktning.

Den ekonomiska styrningen i sin nuvarande form är inte lika välbalanserad, utan fokuserar nästan uteslutande på enhetsspecifik resursoptimering. Detta tenderar att öka fragmenteringen mellan vårdgivare, eftersom uppmärksamheten riktas mot den egna verksamheten snarare än mot resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Särskilt när budgetramarna är snäva bidrar detta “stuprörstänk” till att incitamenten att samverka med vårdgrannar försvagas.

För att målet om en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre ska kunna realiseras behöver den ekonomiska styrningen utformas på ett mindre avgränsande sätt. En stor utmaning är alltså att hitta ekonomiska verktyg som stödjer verklig sammanlänkning mellan huvudmän, vårdenheter och professioner. Detta kan uttryckas som att den horisontella logiken i styrningen måste förstärkas. Kort sagt: när vårdtagaren är beroende av att flera parter talar med varandra måste ersättningssystemen stödja detta.

Analytiska utgångspunkter

En förhoppning som ofta uttrycks är att annorlunda utformade ersättningssystem har potential att avhjälpa många av de brister som finns i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det gäller bristande samverkan, bristande kontinuitet och bristande uppföljning av den enskildes vårdbehov. Vi delar uppfattningen att den ekonomiska styrningen i mycket hög grad kan inverka på effektiviteten och kvaliteten i vården och omsorgen. Vi tror dock inte att ett funktionellt ersättningssystem kan konstrueras separat – snarare är samspelet mellan ersättningssystem och andra styrsystem i vården avgörande för att förstå vilka effekter som kan förväntas. Denna uppfattning är baserad på ett antal analytiska utgångspunkter med bred förankring i den företagsekonomiska forskningen kring vård- och omsorgssystem.

En första utgångspunkt sätter fokus på relationen mellan intra- och interorganisatorisk styrning, det vill säga styrning inom, respektive mellan organisationer. Den återkommande praktiska svårighet som observerats vid försök till att utveckla inter-organisatoriska vårdkedjor kan förstås som bestående av två samverkande processer. Dels en vertikal process som hanterar relationen mellan ägare/uppdragsgivare, ledning och medarbetare, dels en horisontell process mellan de parter som behöver samordnas. Även om den vertikala styrningen av samordning är tydlig, kan den horisontella realiseringen av detta samarbete försvåras av befintliga lednings- och ekonomistyrningssystem. En förutsättning för att ersättningssystem som stödjer horisontell samordning ska kunna utvecklas är att relationen mellan organisationer synliggörs.

En andra utgångspunkt ligger i hur mötet mellan olika formella och informella styrsystem hanteras i organisationers vardagspraktik. Med detta menas att konkreta verksamheter mottar en mängd olika styrsignaler från flera olika källor. Ofta finns en mångfald av legitima krav på verksamhetens utfall, men dessa kan vara svåra att uppfylla samtidigt och de kan till och med motsäga varandra. Medicinska, ekonomiska och brukarrelaterade mål följs upp parallellt, och flertalet beslut som fattas i verksamhetens vardag kräver en balansering av dessa olika dimensioner av vad som utgör en god prestation. Olika styrsystem är dock ofta endimensionella i vad de syftar till att kontrollera. Likaså diskuteras och reformeras de olika styrsystemen ofta var för sig. Hur de samverkar, och vilka konsekvenser det får om vi ändrar i ett av dem utan att ta hänsyn till konsekvenser i andra delar av systemen, är däremot ett hittills underbelyst område. En av de viktigaste faktorerna att analysera vid utformningen av ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg är därmed hur den övriga styrningen på området ser ut, och vilka krockar och överlappningar som kan finnas.

En tredje utgångspunkt är att värdet för brukaren – och ytterst även för samhället – uppstår när vårdtagaren får rätt mix av insatser. Styrningen av vården och omsorgen syftar ytterst till att rätt insats görs för rätt individ i rätt tid. Det kräver att behovsbedömning, behandling, bemötande och annat utförs på det i situationen rätta sättet. Detta kan dock åstadkommas på olika sätt. En central problematik är hur arbetsfördelningen ska se ut mellan styrning på makro-, meso- och mikro-

nivå, det vill säga nationellt, via kommuner och landsting respektive i utförarledet? Relaterat till detta är avvägningen mellan specificitet och flexibilitet i styrningen. Idag tenderar styrningen av vården och omsorgen på många områden att bli mer och mer detaljerad. Detta betyder dock inte nödvändigtvis att den sammantagna styreffekten förstärks – styrningen kan tvärtom ge upphov till ett överskott av styrimpulser och kanske till ett underskott på efterlevnad. En central utmaning för utvecklingen av ersättningssystem blir därmed i vilken grad styrmodellerna bör utformas centralt, och i vilken grad utrymme ska lämnas för lokal autonomi och de vårdprofessionellas situationsspecifika bedömningar. Brukarens/patientens eventuella inflytande över sin egen situation påverkas också.

Mot bakgrund av ovanstående analytiska utgångspunkter har ett mål för LHC:s arbete med detta uppdrag varit att sammanställa kunskapsunderlag för att belysa interaktion mellan styrsystem av relevans för de mest sjuka äldres situation. Med detta vill vi påverka inramningen av styrdiskussionen och grunda för ett nytänkande kring ersättningssystem och hur de kan skapa önskade värden för målgruppen. Vår ambition har varit att belysa frågan genom såväl teoretiska genomgångar som mer praktisknära bidrag. Litteraturgenomgångar, empiriska studier, utvärderingar samt nätverk och diskussion med inblandade parter har ingått. Nedan följer en kort summering av varje delstudie och dess implikationer för tänk kring utformning av ersättningssystem.

Delstudier

Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?

I denna inledande delrapport, författad av ek. dr. Anna Krohwinkel Karlsson, görs en nulägesbeskrivning av hur dagens styrning av vården och omsorgen om äldre ser ut genom regler, normer respektive ekonomiska incitament. Vi presenterar därefter en översikt över tidigare förslag på hur ett mer sammanhållet system kan åstadkommas. Översikten innefattar både mer principiella förslag och sådana som rör ersättningsmodeller specifikt.

Vi konstaterar att det finns många idéer kring hur samverkan kan förbättras som är av systemförändrande karaktär. Dock utgår de förslag som rör ersättningsmodeller och ekonomiska incitament oftast från rådande vertikala styrlogik. Trots att målet är en mer sammanhållen vård och omsorg, formuleras ersättningsprinciper i regel utifrån organisationsspecifika uppdrag, prestationer och processer. När det gäller målbaserade ersättningar tillkommer ofta en projektlogik, det vill säga en tidsbegränsning av styrinitiativen. Erfarenheter från förslag som omsatts i praktiken visar att dessa strukturer ofta verkat hämmande på allomfattande och varaktigt förbättringsarbete. Slutsatsen är att om den ekonomiska styrningen kan formuleras så att den fungerar mindre avgränsande i tid och rum, så ökar också dess chanser att stimulera till en mer utvecklad samordning.

Rapporten avslutas med några exempel på hur fördelningsgrunderna för ersättningssystemen kan modifieras i linje med denna ambition. Ersättning för

resultat på systemnivå och budgetering över organisationsgränser är några av förslagen som tas upp. Denna typ av lösningar har endast i begränsad omfattning testats inom hälso- och sjukvården, och det finns ett behov av praktiskt utvecklingsarbete kring hur ekonomiska verktyg som främjar samordning kan utformas. För detta skulle värdefull kunskap kunna hämtas från andra sektorer, liksom från den företagsekonomiska forskningen med fokus på inter-organisatoriska relationer.

De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg

Den grupp som benämns ”mest sjuka äldre” består demografiskt av äldre individer med stora behov av såväl vård och omsorg och kan därmed betraktas som vårdens och omsorgens ”storkunder”. Det är viktigt att arbeta med dessa ”storkunder” utifrån en överblick av samlade vård- och omsorgsinsatser. Denna delstudie, genomförd av Rolf Bowin och Dag Norén, syftar till att fördjupa kunskapen om vad som utmärker gruppen i form av likheter och skillnader i vård- och omsorgskonsumtion och kostnader i relation till olika behovsgrunder. Rapporten bygger på den mest omfattande undersökningen som hittills utförts i Sverige – den av författarna och SKL nyligen genomförda studien av ”multisjuka äldre”, som kan beskrivas som en nationell kartläggning med medverkan av 12 landsting och 29 kommuner. Studien inkluderade 298 unika individfall med ordinärt boende under en sammanhängande period av 18 månader. Utifrån detta material beskrivs och analyseras omhändertagandet idag, och hur detta skulle kunna utvecklas mot former som skapar bättre vård och omsorg för målgruppen.

Utifrån studiens fallbeskrivningar kan flera olika typer av kostnadsdrivare konstateras, såsom bristande samspel mellan olika ansvarsgränser och insatser, avsaknad av samlad patient/individöversikt, brist på förebyggande fokus, fragmenterad insatsstyrning och otrygghet utifrån brist på information och kontakt. Dessa kostnadsdrivare och systembrister är viktiga att bemöta med nya grepp för att höja både kvalitet och kostnadseffektivitet, vilket bland annat bör inkludera ett skifte från behovsbedömning och planering på insatsnivå till behovsbedömning och planering på individnivå, ett tydliggörande av kritiska kärntjänster och ett utvecklingsarbete kring hur tjänsterna överförs gentemot målgruppen mest sjuka äldre.

Av ovan framgår att utvecklingen mot en bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre i första hand handlar om nytänkande och brukarfokuserade arbetsmodeller för vård och omsorg. Detta bör sedan i nästa steg kombineras med ersättningsmodeller som stödjer den arbetsordning som ska utföras. Varje komponent för sig (dvs. nya arbetsmodeller eller ändrade och mer raffinerade ersättningsystem i befintliga stuprörsstrukturer) håller inte för att uppnå de resultat som är önskvärda. En annan förutsättning för att uppnå goda resultat är en definition av målgruppen som utgår från situationsorienterade snarare än produktionsorienterade mått.

Mångstyrighet i vården – en teoriöversikt

Problematiken kring mångfaldig styrning tenderar att förstärkas med anledning

av de många aktörer som ingår i nätverket kring äldre med komplexa och sammansatta vårdbehov. Denna delrapport, författad av ek. dr. Karin Thoresson, beskriver med utgångspunkt i utredningar och forskning vad man vet om dels hur olika styrförsök hanteras i praktiken, och dels hur effekterna av dem relaterar till samverkan i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

Forskningen om styrning av hälso- och sjukvård är omfattande och involverar flera forskningsfält. När det gäller den forskning som inriktats på vilken betydelse som styrning har i praktiken tenderar de flesta studier att följa enskilda styr-signaler. Ett viktigt resultat av litteraturstudien är därmed att den forskning som finns om hur mångstyrighet hanteras i vård- och omsorgspraktiker är mycket begränsad. Några studier visar emellertid hur de vårdprofessionella dels formas av olika styrsignaler och dels hur de vårdprofessionella samtidigt formar själva styrsignalerna genom tolkning, översättning och anpassning. Detta framstår som nödvändigt för att få vårdens vardag att fungera, dels på grund av motsättningar mellan olika styrsignaler men också med hänsyn till regelbundna avvikelser från styrningens utgångspunkter. Utöver detta betonar många forskare vårdsituationens komplexitet och den goda omsorgens lokala och situationsberoende karaktär. Hur styrningen ser ut kan ha stor betydelse för möjligheten att bedriva en gränsöverskridande äldreomsorg som utgår från individens behov. I synnerhet framstår det som viktigt att sträva mot en mer balanserad styrning där enskilda hänsyn inte kopplas till en hård ekonomisk kontroll.

Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar

En sammanhållen vård och omsorg förutsätter konkret samverkan och koordinering i den vardagliga vård- och omsorgspraktiken mellan akutsjukhus, geriatriska kliniker, primärvårdsmottagningar, hemtjänst och olika typer av korttids- och mer permanenta boenden. Den här rapporten, författad av ek. dr. Karin Fernler, syftar till att illustrera den gränsdragningsproblematik mellan olika vårdaktörer som är ständigt närvarande i vården av svårt sjuka äldre. Utifrån en etnografisk observationsstudie på två akutgeriatriska avdelningar diskuteras detta utifrån frågan om vad som avgör om en patient är medicinskt utskrivningsklar? Som rapporten visar styrs den frågan inte bara av medicinska hänsyn, utan påverkas även av ekonomiska, medicinska, sociala, psykologiska och humanitära avvägningar. Detta betyder att man i varje enskilt fall väger samman olika regelverk till en bedömning av patientens situation.

Beskrivningen ligger till grund för en analys av hur interorganisatorisk samverkan ska kunna åstadkommas. Vi uppmärksammar risken för att alltför många och alltför detaljerade regler kan försvåra för den lokala praktiken att balansera olika värden och hänsyn. Vi pekar också på risken för att riktade ersättningar omformar verksamheten mot en ekonomisk logik på bekostnad av en bredare inramning. En slutsats är att man bör iakttä försiktighet med att hårdkoppla regler, ersättningar och utvärderingar så att de styr mot en och samma aktivitet eller ett och samma värde. Detta innebär inte att man från centralt håll ska avstå från att styra vården, men att

styrverktygen behöver utformas annorlunda. Ett exempel på detta kan vara utvärderingar som designas inte främst i kontrollsyfte, utan för att fungera som underlag för diskussion med dem som är verksamma i vårdpraktiken. Ett annat förslag är att stödja utbildning som bidrar till utvecklingen av ett professionellt omdöme och praktiskt förnuft hos alla personalkategorier som arbetar med de mest sjuka äldre.

Lean i äldreården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker

Det har hävdats att en perspektivförskjutning från diagnoser och rutiner till ett processorienterat synsätt är en förutsättning för att bättre och mer effektivt kunna tillfredsställa de mest sjuka äldres behov. Denna delstudie, genomförd av ek. dr. Jon Rognes och doktorand Ida Larsson, tar fasta på vad detta betyder rent konkret för vårdverksamheternas organisering. Studien presenterar en översikt över lean och flödesorientering vid geriatriska kliniker i Sverige.

En av grundprinciperna i lean är att fokus skall ändras från resursoptimering till att verka för ett effektivt flöde genom hela kedjan för patienten. Liksom inom övriga delar av vården kan vi konstatera att många initiativ i denna riktning pågår; dock är lean i geriatriken idag mycket heterogent och mognadsgraden vad gäller att utveckla och ta till sig nya arbetssätt är relativt låg. Vi finner också mycket få exempel där förändring av ersättningssystemen har ingått som del i verksamhetsutvecklingen. Snarare finns det skäl att tro att ersättningssystem av den typ som finns i vården i dag till stor del fungerar hämmande vid en flödesorientering, då de tenderar att bevara det befintliga stuprörstänkandet. Studien visar på problem som kan uppstå när en typ av organisationsförändring sker med bristande hänsyn till systemets övriga komponenter, vilket är av hög relevans för framtida utveckling av ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg.

Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer

En av orsakerna bakom fragmenteringen av vården och omsorgen för äldre är det inte finns någon aktör som ser till helheten. I den här rapporten, författad av professor Anders Anell, drivs tesen att primärvården bättre förutsättningar än andra att ta ett sådant helhetsansvar. Med en integrerad vård där primärvården ansvarar för helheten finns bättre möjligheter att agera proaktivt vid tidiga symtom, snarare än att olika vårdgivare reagerar i efterhand på akuta problem. Förutom att de mest sjuka äldres hälsa skulle kunna förbättras, finns sannolikt möjligheter att reducera onödiga akutbesök och inläggningar på sjukhus.

Rapporten baseras på en analys av data från Region Skåne om hur genomsnittligt antal vårddagar per person för de mest sjuka äldre över 75 år varierar mellan olika vårdenheter i primärvården. Sammanfattningsvis visar analysen att det finns förhållandevis stor variation i den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen per person. Till en del kan variationer förklaras av slumpen. Vårdenheter med få listade personer i målgruppen har större sannolikhet att tillhöra de enheter som redovisar de allra lägsta respektive högsta värdena för en viss given period. Men analysen indikerar också att förutsättningarna för att åstadkomma en låg genomsnittlig slutenvårds-

konsumtion varierar mellan geografiska områden. Det kan bero på utbudsfaktorer, t.ex. att primärvården har olika kontinuitet mot de äldre eller samverkar mer eller mindre bra med kommunal omsorg och sjukhus. Men det kan också bero på efterfrågefaktorer, t.ex. olika socioekonomisk profil bland de mest sjuka äldre som leder till skillnader i utnyttjande av slutenvård i genomsnitt per person.

Studien ger underlag för diskussion om resultatmål som underlag för styrning för bättre vård och omsorg till de mest sjuka äldre. Ett generellt problem med resultatmål är att de i större utsträckning påverkas av slumpen. Resultatmål kan också ”straffa” de vårdgivare som tar sig an patienter där målen är svårare att nå trots att rätt insatser sätts in. Det är på så sätt enklare att använda resultatmål på övergripande organisatorisk nivå där ”de stora talens lag” gör att slumpmässiga variationer tar ut varandra. Indikatorn ”vårddagar per person i genomsnitt för de mest sjuka äldre” kan enligt analysen i rapporten vara svår att använda som underlag för styrning på vårdenhetsnivå. Det gäller också liknande indikatorer som ”undvikbara slutenvårdstillfällen”. En sådan användning blir orättvis eftersom den kan missgynna vårdenheter beroende på var man finns etablerad och vilka äldre man listar. Det hindrar inte att indikatorn kan användas som underlag för styrning på övergripande nivåer. Ett landsting som belönas utifrån indikatorn har anledning att ta reda på varför konsumtionen per person skiljer sig i genomsnitt mellan vårdenheter respektive områden och om utfallen kan påverkas genom bättre arbetssätt. Man kommer att ha anledning att försöka lära sig från enheter som redovisar både bäst och sämst resultat.

Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet

TioHundraprojektet i Norrtälje är ett av få exempel på systemövergripande organisationsreformer med det uttryckliga syftet att fördjupa samverkan mellan kommun och landsting. I den här delstudien, genomförd av docent Ebba Sjögren och doktorand Per Åhblom, undersöks hur samordning har underlättats respektive försvårats inom TioHundraprojektet med utgångspunkt från två bärande strukturer: en lokal beställarfunktion med samlat sjukvårds- och omsorgsansvar (Förvaltningen) samt en stor, integrerad vårdproducent (Vårdbolaget). Dessa relationer har studerats med utgångspunkt i styrningen av den löpande verksamheten relaterat bland annat till patientkategorin geriatriska patienter.

Undersökningen visar hur gränser mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet har förskjutits på flera olika sätt, genom såväl beställar- som utförarintegration. Förvaltningens formulering av sammansatta avtal som spänner över huvudmannaskapsgränsen är ett tydligt exempel på gränsförskjutning. Ett annat exempel på strukturell beställarintegration är utvecklingen av en sammansatt uppföljning av utförarens arbete. Utförarintegration har i sin tur skett i organisering och styrning av den operativa verksamheten. Med den formella och fysiska organisationsstrukturen som ett viktigt övergripande verktyg har Vårdbolaget skapat nya organisatoriska enheter där resurser kan poolas och omfördelas för att lösa gemensamma problem som uppstår i relation till patienter med sammansatta behov. Samtidigt som TioHundraexemplet konkret visar på hur olika styrverktyg kan

användas för att öka samverkan, så finns det också utvecklingsområden. Trots målsättningen att främja samverkan har mycket av Förvaltningens faktiska arbete skett med utgångspunkt i gamla modeller, som exempelvis ersättning för verksamhetsspecifika prestationer.

Undersökningen visar också på målkonflikter. I synnerhet har de tillkomna målen om ökad valfrihet, konkurrens och mångfald medfört att förutsättningarna för utförarintegration minskat. En ökad konkurrensutsättning understryker således behovet av en ytterligare fördjupad beställarintegration för att stödja samordningen av aktiviteter i utförarledet. Utvecklingen av horisontellt orienterade ersättningssystem bedöms vara en viktig komponent i detta.

Diskussion och slutsatser

Ovan presenterade rapporter har självständigt, utifrån olika perspektiv och med olika typer av material angripit problematiken kring en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Målet i detta första steg av vårt projekt har inte varit att presentera en detaljerad ekonomistyrningsmodell som ”löser” problemet. Snarare har vi haft som ambition att belysa några centrala överväganden och avvägningar som måste göras för att kunna bedöma vilka effekter förändringar i ersättningssystemen kan tänkas ge.

Samverkan är ett koncept vars vikt alla är överens om, men som är svårt att mäta och följa upp. En del tidigare diskussioner har handlat om hur man kan bli mer konkret kring innehållet i samverkan, och i högre grad koppla den ekonomiska styrningen till specifika interaktionsmoment. Utifrån resultaten i våra delrapporter är vår slutsats dock en annan.

Vi menar att det kan finnas fördelar med att införa en flexibilitet som tillåter verksamheter att i viss mån självständigt verka i linje med samverkansambitionen. Som flera bidrag visar på kan en sådan flexibilitet kan vara mer förenlig med den typ av professionell yrkesutövning som vården och omsorgen karakteriseras av. En mer flexibel styrning kan också synas lämplig då det råder oklarheter kring vilka metoder som är bäst för att nå önskvärd förbättring för målgruppen. Avsaknaden av entydiga och generaliserbara recept kan inte enkom skyllas på bristande utvärdering eller svårigheter att ta till sig och utnyttja kunskap, utan kan även ses som ett uttryck för behovet av variation i utarbetandet av lösningar. En styrning som ger utrymme för lokal och vardagsnära autonomi kan därmed ge bättre resultat, samtidigt som den bäddar för ett bredare och mer långsiktigt engagemang för samverkansarbetet. Sist men inte minst är en bredare styrning en förutsättning för en integrerad ansats med den äldre i fokus i sammanhållna vårdkedjor. En konsekvens av allt detta är att det finns fördelar med ersättningssystem som stödjer en högre grad av flexibilitet än i dagsläget.

Mot bakgrund av detta resonemang har vi identifierat ett antal generella principer som vi anser bör vara vägledande vid fortsatta försök till förändring av ersättningssystem i syftet att främja en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre:

En sammanhållen vård och omsorg kräver ett fokus på flödeseffektivitet snarare än resurseffektivitet

I dagsläget ges ersättning till vård- och omsorgsgivare till övervägande del utifrån organisationsspecifika uppdrag och prestationer, alltså enligt en vertikal styrningsprincip. För att bidra till en bättre sammanhållning krävs en omprövning av dessa fördelningsgrunder till att inbegripa horisontella element. En möjlighet är att ge ersättning gemensamt till flera utförare, till exempel utifrån vårdepisoder snarare än per enskild insats. Detta har tidigare främst diskuterats i relation till specifika diagnoser. På grund av målgruppens sammansatta behovsbild är ett sådant angreppssätt visserligen förenat med särskilda utmaningar, men ingalunda en omöjlighet så länge styrningen tillåts utgå från individens perspektiv. Man kan exempelvis tänka sig en praktisknära, rumslig avgränsning av flödet, utifrån boendeort. Detta kan generera effektivitetsvinster samtidigt som det ger större möjligheter till ett situationsanpassat arbetssätt utifrån vårdtagarens behov och önskemål.

En andra väsentlig komponent är att synliggöra de begränsningar och beroenden som finns mellan vård- och omsorgsverksamheter, och att fundera över var de relevanta gränserna dras. För detta behövs kunskap om vilka resurser som tas i anspråk av olika ingående organisationer, samt hur de skapar värde för brukaren. Patientgruppen ”mest sjuka äldre” skulle härmed kunna fungera som ett pilot-exempel där viktiga samverkansfrågor penetreras. På längre sikt ser vi det dock som angeläget att förändringsinitiativ innefattar en bredare grupp av vårdtagare, i synnerhet om målet är att arbeta mer preventivt i syfte att uppnå en minskad vårdkonsumtion och en högre livskvalitet för äldre.

Om systemförändring är målet måste lösningarna vara därefter

Då den ekonomiska styrningen enbart är ett av många styrsystem som påverkar vården, krävs på sikt justeringar av flera delar av systemet för att nå önskade samverkans effekter. Flera exempel visar att omorganisering eller modifiering av ekonomiska incitamentsstrukturer enbart leder en bit på väg. Därmed bör omdefiniering av ersättningsmodeller med nödvändighet få konsekvenser även för uppdragsbeskrivningar, informationshanteringssystem och uppföljning. Om någon av dessa komponenter upplevs som svåra att förändra, eller om förändring av någon av dem sker isolerat, blir lösningarnas effekter ofta mindre långtgående än avsett.

Särskilt viktigt syns det oss att ekonomiska befogenheter justeras så att verklig integrering (snarare än koordinering av fortsatt separata verksamheter) kan åstadkommas. Finansiella lösningar som spänner över enhetsgränser är svåra att utforma men aspekten är central för diskussionen. Koncentrerat kostnadsansvar hos en central aktör är en annan möjlighet som bör utredas vidare, lämpligen i kombination med frågan om hur en mer brukarcentrerad och helhetsorienterad äldrevårdsorganisation kan skapas.

Ett mer patientanpassat ersättningssystem är inte nödvändigtvis mer specifikt

Samverkan uppnås troligen inte främst genom ersättningssystem, men dessa får i

sig inte hindra samverkan, vilket de till stor del gör i dag. Ersättning för resultat på systemnivå behöver utvecklas som underlag till styrning på övergripande nivåer. Under systemnivå faller resultat som aggregerats från flera olika verksamheter, men också resultat som är en konsekvens av relationen mellan olika organisationer, och där negativa utfall indikerar brister i samverkan. Styrningen bör åtföljas av metoder för gemensam och/eller överlappande uppföljning av olika kvalitetsdimensioner, från övergripande hälsomål till patientupplevd nytta. På makronivå handlar det om att anlägga ett helhetsperspektiv, som tar hänsyn till hur samspelet ser ut mellan olika delar av en vårdkedja och mellan olika vårdkedjor på lång sikt.


I det kortare perspektivet är implikationerna på mikronivå kanske än viktigare. Givet den heterogena målgruppen och att individuella behov skriftar över tid är det svårt att noga förutse exakt vilka omständigheter som kommer att råda vid genomförandet av olika vård- och omsorgsinsatser. Att skapa mer specifika föreskrifter för innehållet i samverkan är därför sällan en hållbar lösning. Fokus på ett eller några samverkansmoment riskerar också att tränga undan andra. En mindre stram ekonomistyrning, där exempelvis ersättning för ospecificerad tid eller buffertkapacitet kan ingå, innebär större möjligheter till ett situationsinriktat förhållningssätt gentemot de mest sjuka äldre. Utrymme för ett sådant förhållningssätt är troligen en viktigare premiss för samverkan än både regelverk och riktade ekonomiska incitament.

Vägar framåt

Omsättningen av ovanstående principer i praktiken skulle med självklarhet kunna få mycket långtgående konsekvenser. Till viss del ligger det i sakens natur. En slutsats är ju just att tidigare styrförsök ofta fallit på begränsningarna i sin omfattning, eller på att någon del av systemet reformerats isolerat från dess övriga delar. Det är dock inte vår bedömning att förslagen skyndsamt ska implementeras på bred front. En sådan reform vore varken praktiskt genomförbar eller principiellt önskvärd. Vår ambition är istället att lyfta debatten om hur man kan och bör styra vården och omsorgen från att fastna i en problematisering av enskilda verktyg för mätning och resultatstyrning, och inom ramen för detta våga utmana för-givet-tagna tankestrukturer. En sådan diskussion kan och bör föras på många nivåer. En viktig utgångspunkt för förändringar är att överläggningar på lokal nivå initieras kring specifika förutsättningar och prioriteringar. I detta inkluderas även att sätta olika kvalitetsdimensioner (medicinska resultat, kostnadseffektivitet, patientsäkerhet, brukarnöjdhet osv.) i relation till varandra, och att väga värdet av samverkan mot andra typer av mål för vården och omsorgen.

För att sådana diskussioner och utvecklingsinitiativ ska bli konstruktiva krävs sannolikt kompetensutveckling hos framför allt kommuner och landsting kring principerna för ekonomisk styrning mot en sammanhållen vård och omsorg. Vår förhoppning är att det underlag som presenteras här tillsammans med vidare arbete ska kunna utgöra stöd för en sådan satsning.

Uppdraget

 <div>REGERINGEN</div>	<div>Regeringsbeslut</div> <div>2011-06-16</div>	<div>II:4</div> <div>S2011/5159/FST (delvis)</div>
<div>Socialdepartementet</div>	<div>Leading Health Care</div> <div>Box 17914</div> <div>118 95 Stockholm</div>	
<div>Ansökan om medel för att utarbeta modeller för ersättningssystem anpassade för de mest sjuka äldre</div> <div>1 bilaga</div>		
<div>Regeringens beslut</div> <div>Regeringen beslutar att bevilja Stiftelsen Leading Health Care 4 000 000 kronor för att utarbeta modeller för ersättningssystem anpassade för de mest sjuka äldre. Medlen utbetalas efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, anslagspost 20 Sammanhållen vård och omsorg om äldre. Rekvisitionen ska hänvisa till det diarienummer som bidragsbeslutet har. Medel som ej används ska återbetalas till Kammarkollegiet senast två månader efter slutredovisning. En redovisning av arbetet ska ske senast den 15 februari 2012.</div> <div>Allmänna villkor för bidrag till föreningar, stiftelser m.fl. framgår av bifogad <i>bilaga</i>.</div>		
<div>Ärendet</div> <div>Regeringen anger i Budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1, Utgiftsområde 9) att en satsning ska genomföras för att få vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård att samverka bättre. Nya sätt för att samla insatserna kring den äldre för ett bättre omhändertagande behöver utvecklas. För en äldre person med många olika symptom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personal-kategorier vara svåra att överskåda. Därför genomför regeringen en särskild satsning på att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från patienternas behov samt organiseras effektivare. Satsningen ska premiera resultat så att lokala lösningar anpassade till förutsättningar i respektive landsting och</div>		
<div><div>Postadress</div><div>103 33 Stockholm</div><div>Besöksadress</div><div>Fredsgatan 8</div></div>	<div><div>Telefonväxel</div><div>08-405 10 00</div><div>Telefax</div><div>08-723 11 91</div></div>	<div><div>E-post: registrator@social.ministry.se</div></div>

kommun kan växa fram. För 2011 finns avsatt 150 000 000 kronor för åtgärder för en sammanhållen vård och omsorg för äldre, för 2012 avsätts 1 000 000 000 kronor och för åren 2013 och 2014 kommer 1 300 000 000 kronor att avsättas under förutsättning att riksdagen anvisar medel respektive år. Totalt uppgår satsningen till 3 750 000 000 kronor under mandatperioden. Stimulansmedlen för att förbättra vården och omsorgen om äldre ska framöver framförallt kopplas till prestations- eller resultatbaserade mål.

Medlen som avsatts för 2011 ska i huvudsak användas för att påbörja arbetet med att ta fram underlag för bestämning av lämpliga indikatorer på måloppfyllelse samt för kartläggningar, förstudier, utvärderingar, riktlinjer och nödvändiga kunskapssammanställningar.

Huvudmännens ersättningssystem inverkar i mycket stor utsträckning på effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen. De utvecklingsinitiativ som har tagits under senare år har i många fall haft sin utgångspunkt i generella system, utan särskild anpassning till de mest sjuka äldres behov. Enskilda huvudmän saknar därtill i många fall kapacitet att själva utveckla nya effektiva ersättningssystem. Det finns därför anledning att genomföra en nationell satsning på området. Överhuvudtaget finns få exempel på ersättningssystem, nationellt eller lokalt utarbetade, som är anpassade till de mest sjuka äldre, som har särskilda behov i vården och omsorgen.

Annorlunda utformade ersättningssystem har potential att avhjälpa många av de brister som finns i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det gäller bristande samverkan, bristande kontinuitet och uppföljning av den enskildes vårdbehov. Stiftelsen Leading Health Care vid Handelshögskolan i Stockholm har den 19 maj 2011 till Socialdepartementet inkommit med en ansökan om att under 2011 påbörja arbetet med att ta fram modeller för ersättningssystem inom hälso- och sjukvården och omsorgen som är anpassade för de mest sjuka äldres behov och som kan spridas till landsting, regioner och kommuner. Regeringen anser att modeller för ersättningssystem anpassade efter de mest sjuka äldres behov är angeläget att utveckla och ge statliga medel till. Arbetet ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting och återrapportering ska ske till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 februari 2012.

På regeringens uppdrag

Maria Larsson

Gert Knutsson

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC rapport ska uppfylla följande krav:

- 1) Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- 2) En LHC rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- 3) Författarens ev. jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- 4) En färdig LHC rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHCs kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- 5) En LHC rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- 6) Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHCs verksamhetsområde.



Styrning mot samverkan

Hur kan ersättningssystemen anpassas?

Anna Krohwinkel Karlsson

Innehåll	
Sammanfattning	24
Inledning	25
Mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre	25
<i>Vad är problemet?</i>	25
<i>Målgrupp och målbild</i>	26
<i>Nya medel för att nå målen</i>	27
Styrning mot samverkan – och bort från den	28
<i>Regler kring samverkan</i>	29
<i>Normer kring samverkan</i>	30
<i>Var kommer ersättningssystemen in?</i>	31
<i>Ekonomi styr både direkt och indirekt</i>	33
Förslag för att förbättra samverkan: några observationer	37
<i>Horisontella lösningar finns – på det principiella planet</i>	37
<i>... men helhetslösningar beställs sällan</i>	39
<i>Ersättningsprinciper förblir vertikala</i>	40
<i>Kortsiktig ekonomistyrning stjälper många försök</i>	42
Hur kan man tänka istället?	43
<i>Nya fördelningsgrunder för ersättningssystemen</i>	44
<i>Sammanfattande kommentarer</i>	45
Referenser	47

Sammanfattning

Det finns en bred konsensus kring behovet av en mera sammanhållen vård- och omsorg om äldre. Det finns också en gemensam insikt kring komplexiteten i orsakerna till att dagens system inte i tillräcklig grad kan leverera ett integrerat omhändertagande. Många av de principiella lösningar som föreslagits för att åstadkomma en förbättrad samverkan och koordinering kring äldre rör sig följaktligen på en övergripande systemnivå, och innefattar ofta idéer om omprövning av de gränssnitt mellan vård och omsorg som idag upplevs som problematiska.

När det kommer till ersättningsmodeller och ekonomiska incitament för att främja samverkan finner vi dock att de flesta förslag och försök utgått från organisationsspecifika uppdrag, prestationer och processer. Trots att målet är en mer sammanhållen vård och omsorg, formuleras ersättningsprinciper i regel så att de stödjer en vertikal logik snarare än verklig sammanlänkning mellan huvudmän, vårdenheter och professioner. När det gäller målbaserade ersättningar tillkommer ofta en projektlogik som i sig kan verka hämmande på varaktigt förbättringsarbete.

En stor utmaning är därför att hitta ekonomiska verktyg som stödjer verklig och varaktig sammanlänkning mellan huvudmän, vårdenheter och professioner. Detta kan uttryckas som att den horisontella logiken i styrningen måste förstärkas, samtidigt som fokus måste förflyttas från kortsiktiga resultat till långsiktigt förändringsarbete.

Om den ekonomiska styrningen kan formuleras så att den fungerar mindre avgränsande i tid och rum så ökar också dess chanser att stimulera till en mer utvecklad samordning. I rapportens övriga delstudier utvecklas dessa idéer vidare, teoretiskt såväl som genom empiriska nedslag.

Inledning

Regeringen har uppdragit åt Stiftelsen Leading Health Care att påbörja arbetet med att ta fram underlag till att utarbeta ersättningssystem anpassade för de mest sjuka äldre. Trots vad formuleringen antyder är det inte fråga om ett renodlat pionjärarbete. Både frågan om hur ett bättre omhändertagande av målgruppen kan åstadkommas, och frågan om hur hälso- och sjukvårdens ersättningssystem kan utvecklas har tidigare diskuterats och analyserats flitigt. Dock inte alltid i kombination, och inte alltid med utgångspunkter och förslag som harmonierar sinsemellan.

Denna rapport sammanfattar hur “problemet” med de mest sjuka äldre beskrivits, samt hur målbilden för förbättring framställts i den svenska debatten. Vi går igenom hur styrning mot samverkan utformas i dagens system, och hur den ekonomiska styrningen kommer in i bilden. Vi presenterar därefter en översikt över tidigare utvecklingsförslag för en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre, både mer principiella och sådana som rör ersättningsmodeller specifikt. Erfarenheter från några förslag som implementerats i praktiken diskuteras också. Mot bakgrund av ovanstående diskuterar vi avslutningsvis några empiriskt och teoretiskt grundade förslag till nya ersättningsprinciper som skulle kunna bidra till systemförändring.

Mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre

Andelen äldre i befolkningen ökar. Med stigande ålder ökar risken att drabbas av kroniska sjukdomar, få nedsatt funktionsförmåga och bli allmänt skör. Sköra äldre löper stor risk för att bli sjuka och skadade och har ofta svårigheter att självständigt klara av de vardagliga aktiviteterna. De kan ha behov av vård- och omsorgsinsatser i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård eller sjukhusvård, ofta i kombination.

Vad är problemet?

Kvaliteten i vården och omsorgen om äldre är flitigt omdebatterad åtminstone sedan Ädel-reformen 1992, då kommunerna övertog ansvaret för sjukhemmen från landstingen.¹ Egentligen är det flera problem som debatteras. Ett problem handlar om att insatserna i kommunal äldreomsorg är för knapphändiga eller av bristfällig kvalitet. Ett annat problem är att vården på sjukhus kan vara dåligt anpassad till äldre, dels eftersom sjukhusmiljön är en särskild påfrestning för redan sköra patienter, dels för att de behandlingar och insatser som sätts in fokuserar på enskilda diagnoser och problem snarare än att man ser till helheten. I fokus för debatten står slutligen också att vården och omsorgen om de äldre är fragmenterad, ett problem som accentueras i relation till insatser som utförs kommunalt respektive i landstingens regi, men som även förekommer mellan insatser under samma huvudman (till exempel öppen och slutenvård). Det är detta problem som är utgångspunkten för denna rapport.

Ju fler olika utförare och vårdpersonal en individ möter, desto större är risken att vården och omsorgen inte blir integrerad. Ett tecken på detta är att de äldre som

¹ För en historisk överblick, se SKL (2011): *Från fattigvård till valfrihet. Utvecklingen av vård och omsorg om äldre.*

- 2 Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas. Socialdepartementet 2011-06-22.
- 3 Gurner, Ulla (2011): Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre – Att rita kartan och få kunskap om systemhinder. Presentation vid SKL:s konferens om Multisjuka äldre – hur fungerar vården och vad kostar den, 15 mars 2011.
- 4 Regeringskansliet (2010): Den ljusnande framtid är vård: Delresultat från LEV-projektet.
- 5 SOU 2010:48: Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år – En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård.
- 6 Tex vid SKL:s konferens om Multisjuka äldre – hur fungerar vården och vad kostar den, 15 mars 2011.

konsumerar mest vård och omsorg också är de som är minst nöjda med den vård och omsorg som ges.² Kvalitativa uppföljningar har visat på att missnöjet ofta härstammar från brister i tillgängligheten, kontinuiteten och samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivare.³ Fragmenterade insatser gör att de äldre och även anhöriga förlorar i hälsa och trygghet. När varje vårdgivare arbetar för sig själv och inte har fullständig information om patientens hälsotillstånd och tidigare insatser ökar risken för misstag och felbehandlingar. Till exempel härleds problemet med polyfarmaci ofta till bristande samverkan mellan förskrivande läkare. Också tros en stor andel akutbesök och sjukhusinläggningar bland äldre kunna undvikas genom ett bättre samarbete mellan hemsjukvård, äldreomsorg och primärvård.

Sammantaget skapar fragmenteringen problem i flera dimensioner. Undvikbar vård, felaktig vård och vård på för hög nivå är suboptimalt både sett till medicinska resultat, ur ett kostnadsperspektiv och i fråga om patientens upplevelse av livskvalitet. När det gäller vården och omsorgen om äldre misstänks avsaknaden av ett helhetsperspektiv alltså leda till onödiga kvalitetsbrister såväl som samhälls-ekonomisk ineffektivitet. Det senare problemet accentueras genom det faktum att en liten grupp äldre står för en mycket stor del av vårdkostnaderna.⁴ Förhoppningen är därmed att en mer patientcentrerad organisering skulle kunna leda till stora besparingar, samtidigt som kvaliteten för den enskilde skulle öka.

Målgrupp och målbild

Tidigare har diskussioner om en fragmenterad vård främst förts med utgångspunkt i begreppet multisjuka äldre, det vill säga äldre med flera diagnoser.⁵ Eftersom en sådan definition omfattar väldigt många individer, varav en del bara har smärre vård- och omsorgsbehov, har olika avgränsningar införts. Upprepade tillfällen av slutenvård under en viss tidsperiod i kombination med multipla diagnoser är en definition som ofta använts.⁶ I den aktuella debatten talas istället om de “mest sjuka” äldre, med ambitionen att betona symtom snarare än diagnos som urvalsgrund. Socialstyrelsen har nyligen utkommit med en avgränsning som förutom vårdtunga patienter även inkluderar dem som har omfattande omsorgsinsatser från kommunen. Ännu ett steg längre vore att se mer till ett bedömt tillstånd av nedsatt funktionsförmåga, snarare än beviljade åtgärder. Oavsett vilken definition som används är de problem som beskrivits för gruppen desamma, liksom målbilden för vad som ska uppnås genom bättre samordning:

Bättre samordning antas leda till högre brukarupplevd kvalitet, då den äldres sammantagna behovsbild bättre kan förstås och bemötas genom sinsemellan koordinerade insatser och med kontinuitet för den enskilde. Genom bättre samordning antas också de äldres vårdkonsumtion och därmed förknippade kostnader bättre kunna hållas under kontroll. Ofta menas att det optimala, såväl för individen som för vårdsystemet, är att den äldre kan vara kvar i hemmet så långt det är möjligt och få omfattande insatser där när hälsan och funktionstillståndet sviktar. När behovet av hemtjänst eller flytt till särskilt boende uppkommer så ska individuell valfrihet och medbestämmande vara viktiga ledmärken. Samtidigt finns insikten att många äldre lider av kognitiv svikt, vilket begränsar deras för-

måga att inhämta och bearbeta information om olika utförare och innehållet i deras tjänster och behandlingar. En annan viktig målsättning är därför att äldre personer med omfattande behov inte ska behöva samordna och administrera sina vård- och omsorgskontakter på egen hand.⁷

En förutsättning för att målbilden ska kunna realiseras är enligt många en perspektivförskjutning från ett produktionsinriktat till ett situationsinriktat förhållningssätt gentemot de mest sjuka äldre.⁸ Vad detta innebär är inte entydigt, men en komponent som ofta nämns är processorientering, det vill säga skapandet av en obruten vårdkedja som utgår från den äldres sammantagna behov av insatser, snarare än de enskilda enheter som står för utförandet av var och en av dessa. En annan komponent som framhålls av många är ett funktionsstödjande arbetssätt, som i jämförelse med dagens i många avseenden sjukdomsorienterade system lägger större vikt vid prevention och vardagliga behov. Sammantaget kan en sådan perspektivförskjutning främja att de äldre omhändertas vid rätt tid, på rätt vårdnivå och att de samlade resurserna används på ett för samhället effektivt sätt.

Nya medel för att nå målen

Att dagens vård- och omsorgsorganisation inte på ett bra sätt kan tillgodose de mest sjuka äldres behov råder det inga meningsskiljaktigheter kring. Inte heller målet om en integrerad vård- och omsorgsprocess är särskilt omtvistat. Att systemövergripande förändringar krävs för att uppnå målet är också alla överens om. Med undantag för den omfattande reformering av vård- och omsorgssektorn som nämndes inledningsvis (den så kallade Ädel-reformen), så har insatserna för att förbättra situationen för målgruppen dock ofta tagit formen av avgränsade projekt.⁹ Exempelvis har regeringen sedan 2007 årligen avsatt medel till kommuner och landsting för arbete inom prioriterade sakområden,¹⁰ och med kvalitetsregister. Lokala initiativ stöds också, vilket genererat försöksverksamheter kring gemensamt huvudmannaskap, samlokaliserad verksamhet, tvärprofessionella team, lotsfunktioner, och IT-lösningar för vårdplanering och informationsdelning.¹¹ Mycket finns också investerat i avtal och riktlinjer om samverkan på olika nivåer.

Även om varje åtgärd haft goda intentioner framhålls det ofta att effekterna inte varit tillräckligt omfattande och långlivade. Många exempel kan ges på initiativ som trängts undan på grund av resursbrist, åtgärder som aldrig förankrats i den vardagliga vården, försök som krockat med andra organisationsreformer, och projekt som trots goda resultat lagts ned då finansieringen upphört.¹² Det finns en väl omvittnad projektrötthet bland vård- och omsorgspersonal trots en stor förändringsvilja när det gäller målgruppen. En successiv omläggning av de riktade statsbidragen mot generella stimulansmedel för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med särskilt fokus på de mest sjuka äldre har därför initierats. Regeringen angav budgetpropositionen för 2011 att en satsning ska genomföras för att få hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård att samverka bättre.¹³ Sammanlagt har 3,75 miljarder avsatts till denna prioriterade fråga under åren 2012 – 2015.¹⁴

- 7 SKL (2011): Bättre liv för sjuka äldre.
- 8 SFAM, SGF och SIM (2008): Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram.
- 9 Detta innebär inte att övergripande reformer som berör äldreomsorgen har saknats under de senaste decennierna. Den ökade marknadsanpassningen med konkurrensutsättning och kundval som centrala inslag är ett sådant exempel. Dessa reformer har dock inte varit specifikt anpassade till de mest sjuka äldres situation, och vad de reella effekterna har blivit för denna målgrupp är också omtvistat (Szebehely, 2011). Valmöjligheterna för den enskilde har successivt ökat, men också antalet enheter och den geografiska spridningen på dem som ska samverka.
- 10 Rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition, samt läkartillgång.
- 11 SKL (2010): Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre. Information om riktlinjer för ansökan och beskrivningar av 19 projekt som beviljats medel.
- 12 Se t ex Socialstyrelsen (2011): Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Redovisning för 2010. Erfarenheter från några specifika samverkansförsök beskrivs i bilaga 2. Vi hänvisar också till fallstudierna som redovisas i andra delrapporter inom detta uppdrag.
- 13 Prop. 2010/11:1, utgiftsområde 9.
- 14 Hägglund, Göran & Larsson, Maria (2011): “Vi satsar 3,75 miljarder på de allra mest sjuka äldre”. DN Debatt 2011-01-12.

15 Socialdepartementet & SKL (2011): Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

16 Ansökan om medel för att utarbeta modeller för ersättningssystem anpassade för de mest sjuka äldre. Regeringsbeslut 2011-06-16.

17 Jfr Thorslund, Mats (2007): Det nygamla gränssnittet: äldre vården och dess organisationer. I Paula Blomqvist (red.): Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.

För fördelning av medlen har regeringen riktat särskilt intresse mot prestationsbaserade system och målbaserad ersättning. 2012 års överenskommelse mellan staten och SKL handlar specifikt om att genom ekonomiska incitament uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting.¹⁵ Utgångspunkten är ett antagande om att finansiell styrning i mycket stor utsträckning inverkar på effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen, och att annorlunda utformade ersättningssystem (där resultatersättning ses som en viktig del) har potential att avhjälpa många av de brister som finns i dagens system. Ersättningsmodeller anpassade till de mest sjuka äldre förväntas kunna stimulera till nya, integrerade vård- och omsorgslösningar som i större grad utgår från patienternas behov, samtidigt som användandet av resurser effektiviseras.¹⁶

För att kunna diskutera utvecklingsmöjligheter och vilken anpassning som krävs är det nödvändigt att utgå från en nulägesanalys på området. I påföljande avsnitt diskuterar vi hur dagens styrsystem inom vården och omsorgen om äldre ser ut, och vilka strukturella mekanismer som kan antas främja respektive hindra utveckling av samverkan. En utgångspunkt är att ersättningsmodeller är en bland många styrformer som påverkar vårdens och omsorgens utförande. Härav följer att förståelse för hur dessa interagerar är central för att förutsäga effekterna av förändringar. En annan viktig poäng är att den ekonomiska styrningen kan ha både direkta och indirekta effekter, och att öronmärkning av kronor och ören enbart är ett av många möjliga sätt på vilket ersättningssystem kan modifieras för att bättre anpassas till målgruppen. Mot bakgrund av detta följer en genomgång av tidigare föreslagna samverkanslösningar och observationer kring utformningen av dessa.

Styrning mot samverkan – och bort från den

Det finns flera tänkbara förklaringar på både utbuds- och efterfrågesidan bakom den fragmenterade vården och omsorgen om äldre. Fler och fler äldre med kroniska sjukdomar, tilltagande resursknapphet där kraven på prioriteringar ökar, problem med personalomsättning i vården och omsorgen, en ökad mångfald av utförare, en ökad specialisering inom sjukvården och en samtidig nedvärdering av breda kompetenser som geriatrik och allmänmedicin är några bakomliggande orsaker som har nämnts - ofta beskrivna i termer av trender som är svåra att påverka.¹⁷ Under sådana premisser blir frågan om styrning av samverkan naturligtvis besvärlig att tackla.

En annan möjlig utgångspunkt är att titta på dagens vård- och omsorgssystem utifrån ett antal grundläggande karakteristika som försvårar ett sammanhållet tillgodoseende av äldres behov, men som kan överbryggas med hjälp av olika styrinitiativ. Centralt i ett sådant angreppssätt är att närmare försöka förstå i vilka situationer samverkansproblematiken accentueras, med andra ord *vad* det är som ska styras samman?

Tidigare studier av vård och omsorg om äldre med sammansatta vårdbehov har pekat på ett antal problematiska gränssnitt där tvister kring resurser, ansvarsför-

delning och informationsöverföring aktualiseras.¹⁸ En del handlar om det delade huvudmannskapet mellan kommuner och landsting, där var och en har skilda uppdrag och mål, ansvarsområden och budgetar. En annan del berör gränssnittet mellan vårdens och omsorgens utförare, där det finns skillnader i arbetssätt och prioriteringar. Gränser finns också mellan öppen och slutenvård och mellan hemsjukvård och övrig äldreomsorg. Det är när vårdtagaren korsar dessa organisatoriska gränser som problem i termer av bristande kontinuitet, kommunikation och samverkan ofta uppkommer.

För att få till samverkan över gränssnitten krävs inter-organisatorisk styrning, alltså styrning mellan organisationer. I denna rapport utgår vi ifrån att sådan styrning kan ta sig både formella och informella uttryck, och att det faktiska utfallet i termer av samverkan i en viss situation är resultatet av en sammanvägning av olika styrimpulser. Nedan diskuteras på vilka sätt regler, normer och ekonomiska instrument bidrar till ambitionen om sammanlänkning i vården och omsorgen, och på vilka sätt styrningen istället upprätthåller en fragmentering mellan enheter. Vi fortsätter därefter med en sammanställning av förslag på hur styrningen mot samverkan på olika sätt kan förstärkas.

Regler kring samverkan

Formellt styrs samverkan idag huvudsakligen genom reglering. Huvudmännens skyldighet att samverka är fastlagda i såväl lagstiftning som föreskrifter och avtal. Kommuner och landsting har enligt både socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skyldighet att samverka om vården och omsorgen om äldre.¹⁹ Landstingens skyldighet att samverka med kommunerna omfattar planering och utveckling av hälso- och sjukvården, och kommunerna har motsvarande skyldighet.²⁰ Som tillägg till lagen har de flesta kommuner och landsting slutit övergripande lokala samverkansavtal som reglerar formerna för samverkan på politisk och administrativ nivå.

Genom en lagstiftsändring, likalydande i både SoL och HSL, som trädde i kraft vid årsskiftet 2009/2010 har kravet på samverkan kring den enskilde ytterligare förtydligats. Lagen föreskriver att en individuell vårdplan ska upprättas när en individ har behov av insatser från både socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.²¹ Även Socialstyrelsens allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete föreskriver att vårdens och omsorgens utförare, genom att identifiera relevanta processer och rutiner, ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten.²² Som tillägg till lagen och föreskrifterna har många kommuner och landsting tecknat överenskommelser om samverkansrutiner i vissa specifika situationer, till exempel i samband med in- och utskrivning i slutenvården, avseende läkarinsatser i särskilda boenden, etc.

18 Se t ex Landstingsrevisorerna (2010): Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. SLL 5/2010.

19 SoL 3 kap § 5 och 5 kap § 6.

20 HSL § 8 resp. 21.

21 HSL § 3f; SoL 2 kap § 7.

22 SOSFS 2011:9.

- 23 Den som tillhör hälso- och sjukvården får överlåta en arbetsuppgift till någon annan om det är förenligt med kravet på en god och säker vård (SFS 1998:531), och först efter det att formellt delegeringsbeslut fattats. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl (SOSFS 1997:14).
- 24 SLL (2010): Regelbok för husläkarverk-samhet med basal hemsjukvård.
- 25 PRO m fl. (2010): En vård värd sam-verkan: Upprop till samverkan mellan äldrevård och äldreomsorg.
- 26 Thorslund, Mats (2007): Det nygamla gränssnittet: äldrevården och dess omorganisationer. I Paula Blomqvist (red.): Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjuk-vård. Stockholm: SNS Förlag.

Uppdraget att samverka finns vidare i de beställningar och uppdrag som huvud-männen ger sina utförare. I exempelvis Stockholm finns, i såväl stadens avtal med hemtjänstutförare som i landstingets regelbok för husläkarmottagningarna, tydliga skrivningar om hur samverkan ska ske med vårdgrannar. För hemtjänsten gäller det bland annat deltagande i individuell vårdplanering och samarbete kring vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs på delegering eller som egenvård.²³ När det gäller husläkarna föreskriver regelboken uttryckligen att äldre med stora och sammansatta vårdbehov ska prioriteras, samt att primärvården har ett ansvar att “vid behov hjälpa patienten vidare till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet eller till rätt huvudman/myndighet och aktivt bidra till samordning med dessa”.²⁴

Sammanfattningsvis finns en uttalad ambition till inter-organisatorisk styrning i de regelverk, föreskrifter och avtal som vårdens och omsorgens utförare har att rätta sig efter. Samtidigt kan det noteras att regelverkens grundläggande struktur oftast följer en vertikal logik. Varje vårdenhet är en separat juridisk enhet med avgränsat ansvar. Detsamma gäller kommuner och landsting. Ett enkelt uttryck för det senare är den kvarstående uppdelningen mellan HSL och SoL som den juridiska basen för vården respektive omsorgen om äldre. Att de två verksam-hetstyperna lyder under olika lagar är inte enbart en formsak; exempelvis råder olika typer av dokumentationskrav, vilket kan försvåra kommunikation och informationsöverföring mellan utförare. Lagarnas separata sekretessklausuler innebär dessutom att uppgifter kan lämnas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten enbart om den enskilde har lämnat sitt medgivande, vilket väsentligen kan försvåra samverkan kring exempelvis äldre med demens-problematik och dem som vårdas i livets slutskede.

På ett mer övergripande plan har det uppmärksammats att behovsdefinitionerna skiljer sig åt mellan HSL och SoL. Socialtjänstlagen ger brukaren en viss lagstadgad rätt till stöd om behov föreligger, medan hälso- och sjukvårdslagen anger en skyldig-het för huvudmannen att erbjuda en god sjukvård. Detta har bidragit till olika arbets-sätt inom kommuner respektive landsting. I det dagliga arbetet har SoL ofta gett litet utrymme för flexibilitet, då det många gånger krävs formella behovsbedömningar och beslut för att en insats ska komma i fråga. HSL reglerar mindre detaljerat, vilket upplevs ge bättre möjligheter för ett situationsanpassat arbetssätt.²⁵ Förutom att detta försvårar samverkan i praktiken, så komplicerar de olika behovsdefinitionerna också politiska diskussioner om prioriteringar mellan vården och omsorgen.²⁶

Normer kring samverkan

Vårdens och omsorgens utförare påverkas också av mera informella typer av styrning. Något som särskilt kan antas påverka förutsättningarna för konkret samverkan i den vardagliga vård- och omsorgspraktiken är de professionella normerna för vad som uppfattas som god vård av de individer som utför tjäns-terna. Vårdpersonalen kan antas lyssna till yrkesmässig erfarenhet och personliga värderingar för vad som är rätt att göra i den specifika situationen. En annan viktig influens är det grupptryck som utvecklas i det dagliga arbetet och mani-festeras exempelvis i diskussioner kollegor emellan.

Mycket tyder på att denna typ av informella styrning främjar samverkan mellan vårdens och omsorgens utförare (i alla fall så länge den ekonomiska situationen medger, se vidare nedan). Det tycks finnas en konsensus kring att samverkan är något bra och eftersträvänsvärt, liksom i att kvaliteten riskerar att bli lidande om man inte samverkar.²⁷ En långtgående samverkan på operativ nivå, såväl som på förvaltningsnivå och politisk nivå framhålls ofta som en framgångsfaktor för en högkvalitativ äldreomsorg.²⁸ Studier av verksamheter som uppfattas som välfung-erande har också visat att dessa ofta samverkar utöver (eller vid sidan om) vad olika regler föreskriver. Exempel är lokalt framtagna medgivandeblanketter för att kringgå sekretessen, eller mer långtgående delegering än vad avtalen anger. En väl fungerande kommunikation och utrymme för flexibilitet i arbetsfördel-ningen mellan enheter är en förutsättning för att detta ska fungera.²⁹ Enligt dessa beskrivningar kan skapandet av utrymme för en situationsbaserad professionell bedömning således vara en viktigare drivkraft bakom samverkan än en ordagrann efterlevnad av regler, riktlinjer och standarder.

Samtidigt finns det normer och praxis som styr bort från samverkan. Både inom och mellan olika yrkesgrupper och organisationer kan skapas förhållningsätt som utgör hinder för samarbete.³⁰ Formella hierarkier och mer informella “kultur-krockar” mellan vårdbiträden och sjuksköterskor, mellan sjuksköterskor och läkare, och mellan läkare och socionomer som möts kring den äldre är exempel som ofta har lyfts. Skillnaderna kan till exempel yttra sig att i den ena parten är inriktad på att fastställa och behandla sjukdom, medan den andra driver en mera hälsofrämjande logik. Detta kan i sin tur ge olika uppfattningar och konflikter kring vilka insatser som behövs och ska prioriteras. Specialiserad kunskapsstyr-ning med behandlingsriktlinjer som formuleras per diagnos är en annan trend som anses förstärka fragmenteringen mellan utförare, i synnerhet när det gäller multisjuka äldre med en komplex symptombild.³¹ Sammantaget utgör kultur-skillnader och bristande kunskap om andra verksamheter hinder för samverkan, liksom organisatoriska och yrkesspecifika revir.

Slutligen, hur samverkan fungerar i den vardagliga vård- och omsorgspraktiken har visat sig vara i hög grad personberoende. Goda exempel på samverkan ofta bygger ofta på engagerade enskilda individer och/eller ett dedikerat ledarskap. Detta gäller ute i verksamheterna såväl som inom förvaltningen och på politisk nivå.³² Samtidigt som eldsjälar tillför initiativ och förändringskraft säger det sig självt att en samverkan som är sårbar för personalbyten, politiska skiften och ekonomiskt svåra tider ger en bräcklig grund för en mer bestående integrering.

Var kommer ersättningssystemen in?

Som beskrivits ovan finns goda förutsättningar, både i regelverk och genom prak-tisk konsensus, för att få till stånd en samverkan mellan vården och omsorgen om äldre. Samtidigt finns både regelstrukturer och normer som försvårar realiseringen av samverkan. Utöver dessa faktorer har under senare år alltmer ljus riktats mot den ekonomiska styrningens roll. Ersättningssystem utpekas ofta som “boven” bakom bristande samverkan, samtidigt som det finns en stor tilltro till att en

- 27 Gurner, Ulla och Thorslund, Mats (2003): Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre: Om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och Kultur.
- 28 SKL (2010): Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009.
- 29 Kraus, Kalle (2008): Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården. Forskning i Fickformat 2008:2. Stockholm: EFI.
- 30 Äldrecentrum (2010): Sköra länkar i vårdkedjan: Äldre med samman-satta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun. Bilaga till SLL 24/2010.
- 31 Fernler, Karin m.fl. (2008): Utan tivel är man inte klok – kunskapsstyrningens problem. I Helgesson, C-F och Winberg, Hans (red.): Detta borde vårdebatten handla om. Stockholm: EFI.
- 32 PRO m fl. (2010): En vård värd samverkan: Upprop till samverkan mellan äldrevård och äldreomsorg.

33 Hearing om ersättningssystem vid Socialdepartementet, 2011-09-07.
34 Jfr Anell, Anders (2010): Vården i vården - en ESO-rapport om mål-baserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.
35 Anell, Anders (2008): Vårdval i primärvården; Jämförelse av ersättnings-principer och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. KEFU Skriftserie 2009:1.
36 SKL (2011): Kartläggning av ersättningssystem hemtjänst.
37 Jfr t ex Socialstyrelsen (2011): Utvärdering av Q-projekten – Projekt för att stimulera kvalitetsutvecklingen i primärvården genom ekonomiska incitament.
38 Unsgaard, Edvard (2011): När Amelia behöver hemtjänst. Stockholm: Timbro.
39 Äldreentrum (2010): Sköra länkar i vårdkedjan: Äldre med samman-satta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun. Bilaga till SLL 24/2010.

justering av de ekonomiska incitamenten kan överbrygga andra typer av hinder mot samverkan.³³ En grundläggande fråga är därvidlag vad det är i dagens ersättningssystem som motverkar en sammanhållen vård och omsorg om äldre? På vilket sätt är ersättningssystemen inte anpassade till de mest sjuka äldres behov?

För det första bör noteras att vi när vi talar om ersättningssystem inte talar om ett utan flera system. Ersättningsmodellerna varierar mellan olika vård- och omsorgsgrenar, och samma typ av tjänst kan också ersättas på delvis olika sätt i olika kommuner och landsting. Trots de stora skillnaderna kan några generella komponenter urskiljas.³⁴

I grunden för ersättningen till en vårdgivare ligger ofta ett anslag, det vill säga en fast ersättning som är känd i förväg och som utgår oavsett produktion eller resultat. Inom geriatriken exempelvis bestäms den fasta ersättningen utifrån antalet äldre som bor inom upptagningsområdet. Inom primärvården ges ersättning per listad patient, ofta kombinerat med riskjustering för ålderssam-mansättning, socioekonomi osv.³⁵ Till detta kommer i både öppen och sluten vård prestationsersättning per besök, behandling eller ingrepp/åtgärd. Hem-tjänsten ersätts på ett liknande sätt, med skillnaden att det finns en på förhand given ram för varje individs omsorgskonsumtion i form av ett biståndsbeslut, som i detalj specificerar hur många timmar och ofta även vilken typ av tjänster den äldre har rätt till. Mång kommuner har differentierat ersättningen baserat på innehåll (service, omvårdnad, hemsjukvård), geografi (tätort – glesbygd), eller tid (dag, kväll, helg, natt).³⁶ I särskilt boende utgår däremot ofta en klumpsumma baserad på en skattning av individens totala vårdtyngd.

En komplettering av grundmodellen med målbaserad ersättning har testats inom primärvården i ett litet antal kommuner. Det har dock rört sig om förhållandevis små andelar av den totala ersättningen, och de mål som åsyftats har ofta varit kopplande till diagnosspecifika processer och resultat som inte särskilt kopplats till målgruppen äldre.³⁷ De allra flesta kommuner har inte heller några finansiella incitament för att få enheter inom äldreomsorgen att uppnå specifika mål.³⁸ De statliga stimulansbidragen för kvalitetshöjning inom äldreomsorgen är ett undantag – dessa har dock riktats mot kommuner och landsting snarare än mot enskilda vårdgivare.

Problem som lyfts i relation till ersättningssystemens effekter för de mest sjuka äldre har till stor del berört hur denna grupp prioriteras i förhållande till andra patient-grupper. Med nuvarande ersättningssystem riskerar tidskrävande patienter såsom äldre med komplex problematik att bli nedprioriterade, i synnerhet i primärvården där ersättning utgår per besök. Kraven på tillgänglighet som ställs på mottagning-arna är också svåra att kombinera med behovet av planerade insatser och hembesök för äldre och kroniskt sjuka som inte själva tar sig till vårdcentralen.³⁹

Ett annat ersättningsrelaterat problem accentueras i övergången mellan öppen och sluten vård. Enligt den så kallade betalningsansvarslagen inträder kommunens betalningsansvar dagen efter att en läkare har förklarat en patient utskrivnings-

klar och en vårdplan är upprättad, dock tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelse till vårdplaneringen.⁴⁰ Sjukhusen menar ofta att kommunerna i för stor utsträckning använder sig av de fem betalningsfria dagarna, mot medicinsk praxis och ibland emot den äldres önskemål att få gå hem. Detta hävdas gälla särskilt i samband med storhelger. Från kommunsidan talas istället om alltför snabba utskrivningar av personer i mycket skört tillstånd, vilket inte sällan leder till återinläggningar och därmed förenad problematik.⁴¹

Ett tredje exempel rör tvister om ersättning i samband med uppgifter som utförs på delegering, t ex apoteksärenden och hjälp med att ta medicin. Hemtjänsten ersätts i regel inte för sådana uppdrag, trots att de kan vara mycket tidsödande för äldre som har flera läkemedel. Detta bedöms ha lett till en minskad benägen-het hos hemtjänstutförare att acceptera delegering från sjukvården, med minskad kontinuitet för den äldre som följd.⁴²

Sammanfattningsvis beskrivs problemet med ersättningssystem i relation till de mest sjuka äldre ofta i termer av inomorganisatoriska prioriteringar, alternativt i termer av en gränsdragningsproblematik mellan olika vårdgivare där målgruppen kommer i kläm. Denna problemformulering sätter fokus på frågan om hur äldres vårdtyngd ska hanteras och av vem, men adresserar i mindre utsträckning frågan om hur den ekonomiska styrningen kan utformas för att ge incitament för gräns-överskridande arbetssätt. För att angripa den andra frågan räcker det inte med att laborera med öronmärkning av kronor och ören, utan vi menar att man måste också se till ekonomistyrningens indirekta effekter. Nedan utvecklas dessa resonemang som bakgrund till den påföljande diskussionen av lösningsförslag.

Ekonomi styr både direkt och indirekt

Tidigare studier pekar på att ersättningssystem som utformas för att ge effektivitets- och produktivitetsincitament på organisationsnivå kan ge snedvridningseffekter på systemnivå, t ex genom undanträngning av vissa patienter eller vissa uppgifter utan tillräcklig hänsyn till individuella behov.⁴³ Incitamenten inom den egna orga-nisationen är dock bara en del av ekonomistyrningen. När det gäller samverkans-problematiken så kan ersättningssystemens avgränsande effekt vara minst lika viktig.⁴⁴ Med detta menas att uppmärksamheten riktas mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Varje vårdenhhet har ett avgränsat ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer. Ersättning som ges per utförd åtgärd eller som budgettilldelning till en specifik utförarorganisation främjar effektiv vård inom varje specifik del av vårdkedjan/processen. Som en konsekvens av denna typ av ekonomiska styrning kan verksamhetsmässigt bero-ende aktörer bli ekonomiskt oberoende av varandra. Det primära för de olika vårdgivarna blir då att klara sitt uppdrag, på bekostnad av intresse att ta ansvar utanför det egna avgränsade uppdraget, ofta omtalat som stuprörstänk.⁴⁵

Insatser som görs med det primära syftet att åstadkomma kostnadsminskningar för den egna enheten kan dock ofta missgynna den enskilde, särskilt om denne är beroende av flera vårdgivare. Att enskilda patienter bollas mellan olika vård-

40 SFS 1990:1404.
41 Landstingsrevisorena (2010): Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. SLL 5/2010.
42 Ibid.
43 Anell, Anders (2010): Vården i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersätt-ning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.
44 SOU 2009:84: Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i speciali-serad öppenvård. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.
45 Kraus, Kalle & Lind, Johnny (2008): Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara säger ut bitarna? I Helgesson, C-F och Winberg, Hans (reds.): Detta borde våradebatten handla om. Stockholm: EFI.

46 Se Kraus, Kalle (2008): Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldreomsorgen. Forskning i Fickformat 2008:2. Stockholm: EFI.

givare och/eller huvudmän kan ses som ett uttryck för detta problem. Dessa fall kan visserligen uppstå på grund av bristande ansvarstagande hos någon aktör, men det kan också vara så att alla parter ”gjort sitt” enligt de ersättnings- och utvärderingssystem som finns på plats – men ändå brister helheten.

Som ersättningssystemen är utformade finns alltså svaga eller inga ekonomiska incitament som styr mot samverkan i gränssnitten mellan utförarna. Mot bakgrund av ovanstående utläggning om normstyrning kan man naturligtvis fråga sig vad detta gör för skillnad för vårdens om omsorgens praktik. I vilken utsträckning kan vårdpersonalen förväntas ta ekonomisk hänsyn när de utför sina uppgifter? Forskningen ger ingen entydig bild kring detta – det finns de som hävdar att de vårdprofessionella (kanske framförallt läkarna) i stort sett struntar i kostnadsaspekterna när de bedömer vilken behandling som ska sättas in. Andra studier har nyanserat bilden genom att visa på en omvärldsberoende variation: När det finansiella trycket på en vårdenhet är lågt tas ingen finansiell hänsyn; får enheten däremot ekonomiska problem börjar personalen ta hänsyn till kostnader i utförandet av vården, även då det står i konflikt med deras syn på patienternas bästa.⁴⁶ Ett annat exempel är när nya upphandlingsrutiner, som ökat trycket på en finansiellt orienterad, vertikal styrning av enskilda verksamheter, medfört att ett bredare perspektiv på verksamhetens samlade värdeskapande har trängs undan (se exempel nedan).

När det råder resursknapphet verkar det alltså som att vertikal ekonomistyrning kan sätta andra horisontella styrmekanismer ur spel. Om man är pressad att hålla budgeten är sannolikheten större att man brister i regel- och normefterlevnad, till exempel när det gäller samverkan med vårdgrannar. Det blir ett fokus på de interna angelägenheterna på bekostnad av ett samarbete som alla egentligen tror är av godo.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att problematiken med ersättnings-systemens anpassning till de mest sjuka äldre är mer komplex än vad den ofta framställs som. Dels kan det finnas direkta snedvridande incitament som nedprioriterar gruppen och komplicerar vårdprocessen för den enskilde. Dels skapar organisationsspecifik ekonomistyrning på olika sätt verksamhetsmässiga revir som främjar enhetsvis resursoptimering på bekostnad av helhetssyn och samverkan. Sist men inte minst kan en alltför snäv ekonomistyrning minska utrymmet för de vårdprofessionellas autonomi och flexibilitet, med andra ord förutsättningarna för ett situationsbaserat arbetssätt och därpå baserad samverkan.

Vikten av att ta ekonomistyrningens olika deffekter i beaktande kan illustreras genom de svårigheter och utmaningar som tidigare samverkansförsök stött på. Nedan redovisas tre typfall. Exemplet är valda för att tydliggöra några principiella problem – direkta och indirekta – som kan uppstå när ekonomistyrning interagerar med samverkanskontexten i övrigt. I nästföljande stycke följer en mer omfattande översikt över tidigare samverkansförslag, och en diskussion kring hur designen på dessa hänger ihop med de upplevda implementeringsproblemen.

Exempel 1: Försök som styrt snett

Under 2009 tecknade samtliga geriatriska vårdgivare i Stockholms län avtal om en bonusmodell som ger en förhöjd ersättning vid direktintag från hemmet. Syftet var att stimulera till vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå, samt att undvika onödiga och påfrestande förflyttningar inom vårdkedjan för de äldre. Som ett resultat av åtgärden ökade andelen patienter som skrevs in direkt från i genomsnitt 23 procent år 2008 till 27 procent 2009.

Äldrecentrum har som en del av ett uppdrag till Landstingsrevisorerna intervjuat företrädare för geriatriken. Det framkommer att direktintag anses ha fungerat bra ur medicinsk synvinkel. En invändning är dock att försöket har lett till att det blivit svårare för patienter inom somatisk slutenvård att få eftervård/rehabilitering inom geriatriken, då patienter som kommer direkt hemifrån prioriteras. Även i hälso- och sjukvårdsförvaltningens årsrapport redovisas att ”signaler om att geriatriska patienter inte får plats hos de geriatriska vårdgivarna behöver följas upp. Detta gäller även signaler om att patienter med geriatriskt behov onödigtvis vårdas vid akutsjukhusen”.

Som en konsekvens av utvärderingen har Landstingsrevisorerna föreslagit en utökning av geriatrikplatserna i Stockholms län.

Källor: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010): Årsrapport geriatrik; Äldrecentrum (2010): Sköra länkar i vårdkedjan: Äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun. Bilaga till SLL 24/2010.

Exempel 2: Försök som fallit mellan stolarna

Regeringen har under en följd av år avsatt medel för att stödja kommuner och landsting i deras gemensamma arbete med att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Under 2007-2010 riktades satsningen särskilt mot sju prioriterade områden: rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition, samt läkarillgång. För att få del av medlen var kommuner och landsting tvungna att formulera sin samverkan tydligt genom att ta fram gemensamma program och avtal.

Socialstyrelsen har, i en lägesbeskrivning från 2010 av hur de tre tidigare årens stimulansmedel använts, särskilt undersökt vilken utsträckning verksamheterna samordnats mellan huvudmännen. Utifrån huvudmännens egna bedömningar har stimulansmedlen främjat ett bättre samarbete inom samtliga områden, om än i varierande utsträckning. Av redovisningarna framgår det samtidigt att det har funnits problem med att genomföra projekten i samverkan. Som svar på en direkt fråga om så har varit fallet, svarar över 130 huvudmän att problem förekommit (vilket är nära dubbelt så många som de som inte upplevt några problem). Bland orsakerna framhålls bristande resurser och ibland ett upplevt ointresse av att samverka. Tidsbrist, vilket i sig kan bero på bristande resurser, har också varit vanligt. Vidare redovisar många huvudmän att faktorer som kan hänföras till organisationsstruktur och organisationsförändringar har försvårat samarbetet. Andra förklaringar som angetts är att huvudmännen kan ha olika prioriteringar och mål med att delta i satsningarna. Ett antal huvudmän har dessutom pekat på att hantering och rutiner kring sekretess, samt problem med informationsöverföring (tekniska eller juridiska) har förekommit.

Av 916 avslutade projekt anger huvudmännen att 663 stycken permanentats och nu ingår i den ordinarie verksamheten. Det innebär att 30 procent av försöken med all säkerhet lagts ner så snart stimulansmedlen tagit slut. I 2012 års överenskommelse för en sammanhållen vård och omsorg om äldre poängteras särskilt att det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen i högre grad ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet.

Källa: Socialstyrelsen (2011): Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Redovisning för 2010.

Exempel 3: Försök som varit framgångsrika, men kortlivade

Våren 2006 invigdes en äldrevårdcentral i Solna, med visionen om en samlad kompetens för äldre och multisjuka. Förutom sedvanlig bemanning av allmänläkare- och distriktssköterskor fanns även geriatriker med ansvar inom alla Solnas omvårdnadsboenden knutna till ÄVC. Äldrevårdscentralens läkare hade, utan beslut från biståndshandläggaren, möjlighet att direktremittera patienter från Äldrevårdscentralen till två av kommunens korttidsplatser som fanns inom samma byggnad. På samma plats fanns sedan tidigare också lokaler för äldreboende samt dag- och rehabiliteringsverksamhet.

I en utvärdering gjord av Äldrecentrum hösten 2007 fick ÄVC Solna mycket goda vitsord: ”Alla är överens om att verksamheten fungerar bra för de äldre, bättre än vid vanliga vårdcentraler. De hittills anslutna patienterna har fått en mycket mer välfungerande vård ur ett helhetsperspektiv. För några har detta varit avgörande för att kunna bo kvar hemma”.

Trots att verksamheten gett avsedda samordningseffekter och rönt uppskattning hos patienterna lades den ner 2008. En förklaring var att den inte passade in i systemet med husläkare. Mer avgörande kan dock ha varit att det nya pengssystemet som infördes i samband med ”Vårdval Stockholm” passade dåligt för den typ av verksamhet som äldrevårdcentralen bedrev. Som beskrivits ovan bygger ersättningssystemet i primärvården på att vårdcentralerna får betalt per besök, vilket innebär att det lönar sig med snabba och okomplicerade besök. Den tidsödande men långsiktigt troligen lönsamma samordningen av de äldres totala vårdbehov rymdes inte inom modellen.

Liknande försöksverksamheter har därefter initierats lokalt med hjälp av stimulansbidrag. Mot bakgrund av ovanstående erfarenheter finns dubier kring hur varaktiga dessa försök kan bli, så länge de inte åtföljs av förändringar i ersättningsystemen.

Källa: Äldrecentrum (2007): Solna Äldrevårdcentral: Intervjuer med personal och samverkanspartners. Rapport 2007:15.

Förslag för att förbättra samverkan: några observationer

Som framgått ovan karakteriseras dagens vård- och omsorgssystem av ett antal gränssnitt som försvårar ett sammantaget tillgodoseende av de mest sjuka äldres behov. En omfattande uppsättning lagar, riktlinjer och avtal har upprättats för att styra mot ett överbryggande av dessa gränssnitt. Graden av faktisk samverkan i det vardagliga vård- och omsorgsarbetet påverkas dock även av mer informell styrning, bland annat professionella normer och ekonomiska incitament. Varje styrform kan i teorin inrymma både vertikala och horisontella element. Den tvärprofessionella konsensus som finns kring fördelarna med samverkan kan till exempel utgöra en stark sammanlänkande kraft, samtidigt som yrkes- och organisationsspecifika revir kan verka i motsatt riktning. Den ekonomiska styrningen i sin nuvarande form är inte lika välbalanserad, utan baseras nästan uteslutande på en vertikal logik, som genom sitt fokus på enhetsspecifik resursoptimering tenderar att öka fragmenteringen mellan vårdgivare. En stor utmaning är därför att hitta ekonomiska verktyg som stödjer och stärker den horisontella logiken.

Mot bakgrund av ovanstående systembeskrivning är det intressant att titta mer systematiskt på förslagna lösningar för att förbättra samverkan. Observationerna nedan bygger på en inventering av tidigare förslag – principer, metoder och konkreta exempel – som specifikt riktat in sig på hur arbetet mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre kan förstärkas. Sammanställningen har upprättats genom sökningar på relevanta nyckelord (samverkan plus äldre) samt genom snöbollsprincipen, det vill säga utifrån källhänvisningar och länkar till tidigare arbeten på området. Förslagslistorna har också stämts av mot mer generella litteraturoversikter kring integrerade vårdssystem.⁴⁷

Förslagen i tabell 1 och 2 härstammar i huvudsak från rapporter som utgivits av svenska myndigheter och intresseorganisationer med fokus på äldreområdet. Många av förslagen har redan implementerats i kommuner och landsting (åtminstone tidvis). Som underlag för tabell 3 används i högre grad hypotetiska förslag från forskning kring vård- och omsorgssystem, fortfarande dock med fokus specifikt på målgruppen äldre.⁴⁸

Översikten gör inte anspråk på att vara absolut heltäckande. Inte heller finns någon ambition att ranka eller utvärdera olika enskilda förslag. Syftet är snarare att visa på en variation av möjliga lösningar, som underlag till diskussionen om hur samverkansproblematiken på olika sätt kan adresseras. I linje med uppdraget ligger ersättningssystemens roll – och potentiella roll – särskilt i fokus. Nedan redovisas några observationer utifrån sammanställningen.

Horisontella lösningar finns – på det principiella planet

De principiella förslagen för att främja samverkan spänner, föga förvånande, över en rad vitt skilda metoder:

⁴⁷ Medical Management Centre (2011): Review of research into comprehensive integrated care systems; Åhgren, B och Axelsson, R (2011): A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care* 11(11).

⁴⁸ Förslagen är inte ömsesidigt uteslutande, tvärtom förekommer ofta flera förslag ofta parallellt i samma rapport; många återges också i flera rapporter. Av denna anledning anges källorna inte per enskilt förslag, utan sammanhållet i referenslistan.

Tabell 1: Principiella förslag

Princip	Metod	Exempel
Organisering	Gemensamt huvudmannaskap	Gemensam nämnd, gemensam beställarfunktion för vård och omsorg, kommunaliserad hemsjukvård
	Samfinansiering	Strokerehabilitering som bekostas av kommuner och landsting gemensamt
	Sammansatta utföraravtal	Gemensamt vård- och omsorgsbolag, gemensamt uppdrag för geriatrik, SÄBO och ASIH
	Samlokaliserad verksamhet	Äldrevårdcentral, ”sjukstuga”
	Lotsfunktioner	Extern tjänst eller utveckling av primärvårdens roll, fast vårdkontakt
Strukturer för samverkan	Samverkansavtal, handlingsplaner	Övergripande och lokala överenskommelser för ansvarsfördelning mellan kommun och landsting
	Dedikerade samverkansfunktioner	Utvecklingsledare kommun – landsting, lokala samverkansansvariga
	Samverkansfora	Gemensamma möten på strategisk och operativ nivå, nätverkssatsningar
	Verksamhetsnära riktlinjer	T ex kring delegering, informationsöverföring
	Tvärprofessionella team	För behovsbedömning och vårdplanering, mobila insatser
Arbets sätt	Om fördelning av befogenheter	Möjlighet för hemsjukvården eller ambulans att direkt inskriva till geriatriken; ordination av korttidsboende via primärvården, utan särskilt biståndsbeslut
	Kompetensutveckling	Förstärkt sjukvårdskompetens hos omsorgspersonal, ledningskompetens för samverkan, chefsteam
	Nya bedömnings- och behandlingsmetoder	Angreppssätt som är specifikt anpassade till komplexa hälsoproblem (t ex DBU) och den äldres livssituation
	Arbete med fokusområden under krav på samverkan	Rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition, läkartillgång
	Tjänsteutveckling utöver direkt vård och omsorg	T ex informationstjänster och samverkan med anhöriga
Information och dokumentation	Processororienterad dokumentation	Kartläggning av vårdkedjor, problembaserad journal
	Standardiserad rapportering	Kvalitetsregister med fokus på äldre, öppna jämförelser, system för avvikelserapportering
	Informationsdelning	IT-lösningar för gemensam patientinformation, ”trygghetskvitto” som följer patienten
	Uppföljning	Rapportering och utredning av brister i samverkan, system för brukar- och anhörigrevision
	Regler och normer	Sekretessfrågan, starkare åtgärder i samband med bristande efterlevnad (t ex avseende genomsam vårdplanering)
	Värdegrundsarbete	Gemensamma synsätt kring bemötande och omhändertagande
	Kunskapsstyrning	Utveckling och implementering av forskning med fokus på de mest sjuka äldre
	Resursfördelning	Utveckling av sjukvård i hemmet, satsning på geriatriker och allmänläkare, fler geriatrikplatser (flera ej koherenta förslag)

Källor: Se noter och referenslista.

Som tabell 1 visar har många olika varianter av omorganisering, uppstrukturering, arbetsomfördelning, normering, teknikutveckling och omprioritering förslagits för att överbrygga gränssnitten mellan vården och omsorgen. Några av förslagen handlar om att i avtal, riktlinjer och genom uppföljning tydligare specificera hur samarbetet och ansvarsfördelningen mellan olika enheter ska se ut och fungera. Andra handlar om gränsöverskridande informationsutbyte, kompetensutveckling och nätverkande. Kopplat till detta finns förslag kring hur en samsyn kring den äldres behov kan skapas på principiell nivå likväl som i det dagliga arbetet. Ytterligare förslag berör hur engagemang för samverkan ska förankras, ledas och spridas.

Man kan notera att det finns förslag som berör strukturer och aktiviteter som ligger i utförarrollen, det vill säga genomförandet av uppdraget, likväl som förslag kopplade till strukturer och aktiviteter som beställarrollen förfogar över, t ex specifikation av uppdrag och design av uppföljningssystem. (Till den senare kategorin hör även ersättningsmodeller, som diskuteras i detalj nedan). Därtill finns några förslag på politisk nivå, relaterat till övergripande prioriteringar mellan olika verksamhetsområden.

Intressant är också att många av förslagen – om än inte alla - förutsätter en *omfördelning* av mandat och befogenheter mellan enheter. Det handlar inte enbart om att överbrygga, utan även om att omdefiniera gränserna mellan huvudmän, organisationer, professioner, budgetar och lagrum. Ofta föreslås en högre grad av aggregering, det vill säga en sammanslagning av element som tidigare varit organisatoriskt separerade. Denna typ förslag finns både på beställar- och utförarnivån, och berör olika “processsteg”, från utformningen av uppdrag och avtal, via formerna för genomförandet, till dokumentationen och uppföljningen av processerna. Det finns alltså en långtgående ambition om systemförändring hos många av dem som tänkt till kring hur samverkansproblematiken kan lösas.

... *men helhetslösningar beställs sällan*

Genomgången ovan indikerar att det principiellt tycks finns goda förutsättningar för övergripande förändringar av vård- och omsorgssystem i syftet att skapa ett mer sammanhållet omhändertagande av äldre. Av källmaterialet framgår dock att realiserade försök ofta varit betydligt mer begränsade i sin utformning. Uppdrag om förstärkt samverkansarbete har ofta utgått till särskilda fokusområden, som geografiskt begränsade satsningar, eller avseende en viss avsnävad målgrupp. Även om så inte har varit intentionen kan denna typ av avgränsningar ha förstärkt försökens karaktär av punktinsatser och säråtgärder, med bristande förankring och begränsad spridning som följd.

Man kan också konstatera att samverkansuppdrag i praktiken ofta getts separat till deltagande organisationer, liksom det ännu ges separat i HSL respektive SoL. I praktiken förändras grundläggande regelverk, avtalsstrukturer och uppdrag med andra ord sällan (lokala undantag finns, se vidare nedan). Merparten av de lösningar som prövats har alltså riktat in sig på att överbrygga bibehållna gränssnitt, snarare än att rita om eller eliminera dessa. Ett konkret uttryck för detta är

pågående försök med att införa externa koordineringsfunktioner för att samordna arbetet mellan fortsatt separata enheter (t ex vårdlots, vissa IT-lösningar). En anledning till att helhetslösningar sällan kommer till stånd är naturligtvis att det ofta är olika huvudmän som ansvarar för de verksamheter som ska samordnas. Staten kan därmed ha en viktig funktion som överordnad beställare, samtidigt som det lokala självstyret måste respekteras. På äldreområdet har detta främst tagit sig uttrycket att samverkan mellan kommuner och landsting skrivits in som ett villkor för att ta del av vissa riktade statsbidrag. Att genom lagöversyn främja omorganisering är en annan potentiellt kraftfull åtgärd som inte prövats i lika stor utsträckning.

En annan anledning till att övergripande lösningar sällan realiserats är helt enkelt att de är allomfattande, det vill säga de kräver koherenta justeringar av flera delar av systemet samtidigt. Exempelvis får omdefiniering av uppdragsspecifikationer med nödvändighet konsekvenser även för ersättningsmodeller, informationshanteringssystem och uppföljning. Om någon av dessa komponenter upplevs som svåra att förändra, eller om förändring av någon av dem sker isolerat, blir lösningarnas effekter ofta mindre långtgående än avsett.

Ersättningsprinciper förblir vertikala

Utifrån ovanstående resonemang är det särskilt intressant att titta på hur lösningar som berör ersättningssystem formulerats. Detta då förändring av ersättningsmodeller ofta beskrivs både som en metod i sig, dels som ett medel för att omsätta andra typer av samverkansförslag i praktiken.

Tabell 2: Förslag på modifiering av dagens ersättningsystem

Princip	Metod
Förändrad kapitering	Ersättning enligt ACG i primärvården
	Differentierad besöksersättning snarare än listersättning
	Kapitering i geriatriken kopplat till faktiskt utnyttjande snarare än i området boende personer
Förändrad prestationsersättning	Högre ersättning för hembesök hos målgruppen
	Högre ersättning för direktintag till geriatriken
	Högre ersättning för läkarbesök i särskilt boende som sker på jourtid
	Ersättning för tidig vårdplanering i hemmet, hälsosamtal
	Ersättning till hemtjänsten för uppdrag som görs på delegering från hälso- och sjukvården
	Ingen ersättning för never-events (undvikbara biverkningar och komplikationer)
Resultatbaserad ersättning	Ersättning för registrering, täckningsgrad, process och/eller resultat i kvalitetsregister
	Ersättning för minskning av olämpliga läkemedel och olämpliga läkemedelskombinationer
	Ersättning för minskning av undvikbar slutenvård och återinläggningar (i samma diagnos)
Projektmedel	Ersättning för arbete inom prioriterade områden
	Ersättning för arbete med värdighetsgarantier och nationella värdegrunden
	Finansiering av regionala utvecklingsledare, kompetensutveckling, nätverk, nationell samordning
	Ersättning för utveckling av brukarundersökningar och öppna jämförelser för äldre
	Ersättning till lokala försöksverksamheter kring organisering, arbetssätt, information och dokumentation, etc. (jfr ovan)

Källor: Se noter och referenslista.

Som tabell 2 visar har de förslag som handlar om att modifiera ersättningssystem “på deras egna meriter” handlat dels om att hitta nya beskrivningsmått som bättre kan återspegla de mest sjuka äldres vårdtyngd- eller vårdutnyttjande, och som kan bilda grund för den fasta ersättningen till vårdgivare. Dels finns förslag kring ändrad prestationsersättning, där huvudpoängen är att öka produktionen av den typ av tjänster och insatser som de mest sjuka äldre antas behöva. Bland de senare kan särskilt nämnas förslaget om direkt ersättning för samverkansaktiviteter, vilket testats inom ramen för valfrihetssystem i ett litet antal kommuner.⁴⁹ Även om det inte är utrett vilka eventuella direkta effekter detta incitament haft på konventionella effektivitets- eller produktivetsmått, så kan man argumentera för att synliggörandet av samverkan i sig torde bidra till att detta uppfattas som meningsfullt inom varje utförarorganisation. I ingetdera av fallen förändras dock ersättningsmodellernas grundläggande principer, eller deras organisations-specifika avgränsningar.

Därmed blir det intressant att titta närmare på de förslag på resultatbaserad ersättning som nyligen formulerats.⁵⁰ Pay-for-performance presenteras ofta som

49 T ex i Norrtälje. Se vidare delrapporten av Sjögren och Åhblom inom ramen för detta uppdrag.
50 Socialdepartementet & SKL (2011): Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överens-kommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

51 Anell, Anders & Mattisson, Ola (2009): Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Lund: Studentlitteratur.

52 SOU 2010:48: Multipla hälsoproblem bland personer över 65 år – En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård. Notera dock att översikten talar om sjukhusutnyttjande generellt, vilket skiljer sig något från definitionen undvikbar slutenvård (vilket förutsätter tidigare diagnos och behandling).

53 Socialstyrelsen (2011): Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Redovisning för 2010.

54 SKL (2011): 19 projekt har tilldelats medel till försöksverksamheter.

55 Ramsberg, Joakim och Ekelund, Mats (2011): Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga.

ett försök att förskjuta perspektivet från att styra på enskilda organisationers kostnader, till att styra mer på värde i vårdkedjor.⁵¹ Detta kan ske genom att olika aktörers insatser kopplas till ett gemensamt utfall, till exempel brukarupplevd kvalitet eller kvalitetsbrister. Förslaget om att ersätta för resultat i kvalitetsregister lutar åt detta håll, men så länge fokus istället ligger på registreringsverktygets täckningsgrad finns alltid risken att vården styrs mot processer och protokoll snarare än ett intresse för patienters individuella behov.

En alternativ utformning av resultatstyrningen är att belöna resultat som förutsätter samverkan, eller där negativa resultat indikerar brist på samverkan. Ersättning för minskning av undvikbar slutenvård är ett exempel på ett sådant förslag, då det är vetenskapligt belagt att en stor del sjukhusinläggningar bland äldre skulle kunna undvikas genom ett bättre samarbete mellan primärvård, äldreomsorg och hemsjukvård.⁵² Riskfylld läkemedelsbehandling är ett annat problem som ofta kopplas till bristande koordinering och informationsöverföring. Ur ett samverkansperspektiv är en nackdel med den senare indikatorn dock att befogenheterna för påverkan är koncentrerade till en viss professionsgrupp – de förskrivande läkarna. Om styrningen trots sina goda intentioner uppfattas som att den belönar verksamhetsspecifika resultat, kan samverkanseffekten gå om intet (i vilken mån får framtiden utvisa, då dessa förslag omsätts i praktiken först med start 2012.)

Kortsiktig ekonomistyrning stjälper många försök

En typ av ekonomisk styrning som följer en något annorlunda logik än den som beskrivits ovan är de specialdestinerade bidrag som under senare år riktats mot vården och omsorgen med syftet att stimulera samverkan kring äldre. Som visas i Tabell 2 så har stimulansmedlen fördelats dels till statligt definierade fokusområden där alla kommuner och landsting förväntats delta; dels utifrån av kommuner och landsting egenutformade ansökningar, där den uttryckliga avsikten har varit att främja lokalt anpassade lösningar och dito engagemang. Erfarenheterna visar att ett stort antal projekt har genomförts, vilka utifrån huvudmännens egna bedömningar ofta har lett till ett bättre samarbete.⁵³ På lokalt initiativ har ett mindre antal försök av varierande karaktär initierats, varav några kan beskrivas som systemintegrerande. Bland de projekt som premierades i 2010 års ansökningsomgång fanns samlokaliseringslösningar, tvärprofessionella team med delade befogenheter, och försök till flödesorientering.⁵⁴ När det gäller att sjösätta nya samverkanslösningar så verkar stimulansbidrag alltså i viss mån infria förväntningarna om ”hängrännor” mellan systemets stuprör.⁵⁵

Samtidigt uppkommer med stimulansmedlen en annan typ av incitamentsproblem, som har att göra med styrningens tidsperspektiv. Med prestations- och resultatbaserade bidrag belönas enheter enligt hur väl de under en viss förutbestämd tidsperiod lyckats uppnå specificerade mål. Detta kan ge incitament att genomföra insatser i linje med statsmakternas prioriteringar, men inte därutöver och inte under längre tid än då ersättning utgår. Även då medlen fördelas utifrån lokala ansökningar utgår de vanligen enligt en projektlogik, där det är på förhand känt

att bidrag bara kan ges under en viss testperiod. Detta har fått som konsekvens att många av de försök som faktiskt haft som ambition att i grunden adressera gränsdragningsproblematiken, ofta blivit temporära (jfr exempel 3 ovan).

En sammanfattande kritik mot specialdestinerade statsbidrag har därmed varit att de riskerar att substituera för kommuners och landstings egna, hypotetiskt mer allomfattande och långsiktiga samverkanssatsningar.⁵⁶ Motargumentet är naturligtvis att det inte med säkerhet kan antas, att några sådana lösningar alls hade kommit till stånd på lokalt initiativ. Nedan fortsätter vi denna diskussion med att föreslå några alternativa tankesår för hur en styrning mot samverkan kan se ut.

Hur kan man tänka istället?

Frågan om hur ekonomistyrning kan stimulera verksamheter att arbeta mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre är således komplicerad. Vi har diskuterat en rad tidigare förslag på hur ersättningsmodeller kan modifieras för att förbättra för de mest sjuka äldre. En typ av anpassning som ofta föreslagits handlar om att med hjälp av nya fördelningsmallar förändra inomorganisatoriska prioriteringar, så att målgruppens behov i mindre grad än idag riskerar att trängas undan av andra patientgrupper. En annan typ av anpassning sätter fokus på att belöna ett urval prestationer och resultat som antas vara särskilt relevanta för att förbättra omhändertagandet av de mest sjuka äldre. Dessa lösningar kan leda en god bit på väg, men som vi konstaterat ovan formuleras de i regel inom ramen för rådande vertikala logik med organisationsspecifika uppdrag, aktiviteter och processer. Därmed angriper de inte problemet med gränssnitt mellan olika utförare och än mindre mellan de olika huvudmännen, utan riskerar snarare att förstärka signalen om resursoptimering inom de enskilda enheterna. Med detta kan incitamenten och utrymmet att samverka med vårdgrannar försvagas. För att målet om en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre ska kunna realiseras behöver den ekonomiska styrningen alltså kompletteras med element som följer en mer horisontell logik.

En annan observation utifrån förslagssammanställningen har haft att göra med styrningens tidsperspektiv. Vi har konstaterat att många av de förslag som omsatts i praktiken fått karaktären av punktinsatser eller sårlosningar. Olika typer av begränsningar i hur samverkansuppdrag beställs är en bakomliggande faktor; en annan viktig orsak är att finansieringen av samverkansförsök ofta utformats som projektbidrag på central eller lokal nivå. För att kunna stimulera till hållbara förbättringar behöver den ekonomiska styrningen alltså kompletteras med element som följer en mer långsiktig logik där varaktigt förbättringsarbete premieras.

Ett sätt att adressera ovanstående utmaningar skulle kunna vara att bli mer specifik kring innehållet i samverkan, och i högre grad koppla den ekonomiska styrningen till detta. Från beställarhåll skulle detta till exempel kunna utformas genom mycket detaljerade avtalsklausuler om hur den praktiska samordningen mellan olika utförares aktiviteter ska ske, kompletterat med ekonomiska incitament för samverkansaktiviteter. Användningen av ett sådant verktyg för att realisera

56 Statskontoret (2011): Tänk efter före: Om viss styrning av kommuner och landsting. Rapport 2011:22.

57 För en mer ingående diskussion, se delrapporten av Anders Anell inom ramen för detta uppdrag.

samordning skulle emellertid förutsätta att det vore möjligt att mycket noga förutse vilka omständigheter och som skulle komma att råda vid genomförandet av de olika aktiviteterna, inbegripet en förhandsanalys av patienternas behov. Sådant kan, av uppenbara skäl, vara svårt att göra i praktiken – särskilt på ett område som kännetecknas av en starkt heterogen målgrupp. Fokus på ett eller några samverkansmoment kan också tränga undan andra gynnsamma initiativ.

Nya fördelningsgrunder för ersättningssystemen

I den mån samverkan inte fullt ut kan översättas i en modellbeskrivning enligt ovan, finns alternativet att införa ersättningssystem som är *mindre* specifik och fungerar mindre avgränsande i tid och rum. I tabell 3 listar vi några förslag som införlivar aspekter av bredd och flexibilitet i den ekonomiska styrningen.

Tabell 3: Exempel på inter-organisatorisk ekonomistyrning

Princip	Metod
Horisontella styrmekanismer	Ersättning för resultat på systemnivå, t ex enligt hälsorelaterad livskvalitet, undvikande av onödig och felaktig vård, brukarnöjdhet
	Aggregerad prestations- och resultatmätning, t ex ersättning för hela vårdepisoder
	Överlappande ansvars- och redovisningsskyldighet, t ex ersättning till behandlande verksamhet enligt resultat i rehabilitering
	Koncentrerat kostnadsansvar hos en aktör, som får köpa vård- och omsorgstjänster utifrån individens behov
	Mindre snäv ekonomistyrning på makronivå: gemensam budget, flerårsbudgetering
	Mindre stram ekonomistyrning på mikronivå: inkludering av ospecificerad tid i biståndsbesluten, en extra vårdplats som buffert i varje verksamhet

Källor: Se noter och referenslista.

Förslagen visar hur ersättningsprinciper skulle kunna utformas som i högre grad synliggör och värderar det ömsesidiga beroendet mellan olika vård- och omsorgsverksamheter. Det finns många tänkbara sätt på vilket detta kan göras som alla i grunden handlar om att hitta nya, gränsöverskridande fördelningsgrunder för ersättningen. Det mest frekvent diskuterade förslaget är att koppla ersättningen till resultat på systemnivå. Med systemnivå förstås resultat som beror av flera olika verksamheter och där avsaknaden av samordning antas leda till sämre utfall.⁵⁷ En förutsättning för en sådan styrning är att metoder för aggregerad och/eller överlappande resultatmätning utvecklas. Här finns stora utvecklingsmöjligheter för vården och omsorgen där brukardimensionen och resultat av hälsofrämjande arbete i högre grad uppmärksammas i ersättningssystemen.

Andra exempel på lösningar som omnämnts är bland annat möjligheten att dela ut ersättning gemensamt till flera utförare utifrån en hel definierad vårdepisod, från akuta insatser till rehabilitering. Detta skulle skapa ekonomiska incitament för samordning mellan enheter och professioner, och främja tidigare insatser som

underlättar det efterföljande vårdförloppet.⁵⁸ En liknande princip vore om ersättningen till en behandlande verksamhet påverkades av hur väl de enheter som utför den påföljande rehabiliteringen lyckas åstadkomma bra resultat.⁵⁹

En utmaning i sammanhanget är att vårdtagare med sammansatta och komplexa behov sällan kan inlemmas inom ramen för vårdkedjor med en tydlig start- och slutpunkt. Att definiera objekten för den horisontella styrningen är därför svårt, men inte omöjligt. Enligt forskningen om flödesorientering definieras processer genom att ta en flödesenhets perspektiv, vilket i detta fall är att likställa med vårdtagaren.⁶⁰ Man skulle alltså kunna tänka sig en praktisknära, rumslig avgränsning av de verksamheter som ska samordnas, utifrån den äldres boendeort. Ett alternativt förslag är att kostnadsansvar koncentreras hos en vårdaktör med allmänmedicinsk eller geriatrisk kompetens, som därmed får befogenheter att bedöma, köpa in och koordinera alla vård- och omsorgsinsatser som den äldre är i behov av.

Sammanfattningsvis syftar den typ av förslag som diskuterats ovan till att anlägga ett helhetsperspektiv, som tar hänsyn till hur samspelet ser ut mellan olika delar av en vårdkedja och mellan olika vårdkedjor på kort och lång sikt. På samhälls-ekonomisk nivå handlar det om att se momentana synergieffekter men också att anlägga ett mindre snävt tidsperspektiv, där det anses relevant att synliggöra och värdera effekter som sträcker sig utöver enhetsspecifika budgetar och enskilda budgetår.⁶¹

Tankegångarna om en mindre snäv ekonomistyrning kan också appliceras på verksamhetsnivån. Flexiblare ersättningsmodeller, där exempelvis ersättning för ospecificerad tid eller buffertkapacitet kan ingå, innebär troligen större möjligheter till gränsöverskridande samarbete mellan olika vårdprofessionella i det vardagliga arbetet. Mycket tyder på att ett sådant utrymme kan vara en viktigare premiss för samverkan än både regelverk och specifika ekonomiska incitament.⁶²

Sammanfattande kommentarer

Av vår översikt i denna rapport kan slutsatsen dras att varken prestations-, kapi-terings- eller projektmedelsbaserade ersättningssystem är optimala för att främja sammanhållna vårdkedjor med patienten i centrum. Detta var välkänt redan innan vårt uppdrag.⁶³ Samtidigt har vi konstaterat att den dominerande formen av ersättning och uppföljning fortlöpande baseras på produktivitetmått kopp-lade till avgränsade organisationsenheter, och/eller ges avgränsat i tiden. Även merparten av de samverkanslösningar som särskilt riktat in sig på modifiering av ersättningssystem håller sig inom dessa gamla tankebanor.

Behovet av att införa horisontella styrmekanismer har omnämnts på många ställen, men då i generella ordalag och ofta utan exempel på hur sådana kan se ut. Ovan har vi listat och diskuterat några konkreta förslag. Denna typ av lösningar har dock i mycket begränsad omfattning testats inom hälso- och sjukvården – över huvud taget ter sig kunskapsläget kring inter-organisatorisk styrning för en

58 Anell, Anders (2010): Värden i vården - en ESCO-rapport om målbaserad ersätt-ning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.

59 SOU 2009:84: Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i speciali-serad öppenvård. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.

60 Modig, Niklas & Åhlström, Pär (2011): Vad är lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet. Stockholm: SIR.

61 Sjögren, Ebba, Winberg, Hans, Paulsson, Thomas & Neij, Fredrik (2010): Hälsa per krona. Leading Health Care Report nr 1. Stockholm: LHC.

62 Se vidare delrapporterna av Karin Thoresson och Karin Fernler inom ramen för detta uppdrag.

63 Nutek (2008): Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer.

64 Se t ex Kraus, Kalle & Lindholm, Cecilia (2010): "Accounting in inter-organisational relationships within the public sector". I Accounting in networks, red. Håkansson, H., Kraus, K. & Lind, J. London: Routledge.

65 Lundberg, Anders (2011): Valfärdens svaga länk: Färre stuprör ger bättre välfärd. Stockholm: Timbro.

sammanhållen vård och omsorg som ytterst begränsat. Betydelsen av att utforma ekonomiska verktyg som främjar värdefull samordning mellan ömsesidigt beroende verksamheter erkänns dock inom allt fler sektorer, inklusive den offentliga. Behovet av praktiskt utvecklingsarbete har också nyligen uppmärksammats i företags-ekonomisk forskning,⁶⁴ likväl som i den bredare debatten kring organiseringen av vård och omsorg i allmänhet och för de mest sjuka äldre i synnerhet.⁶⁵ Vår förhoppning är att vårt fortsatta arbete kan bygga på och bidra till detta.

Referenser

Akner, Gunnar (2005): Multisjuklighet hos äldre: Analys, handläggning och förslag om Äldrevård-central. Stockholm: Liber.

Andreasson, Sune m.fl. (2009): Den värdeskapande vårdprocessen – slutrapport från VVP-projektet.

Anell, Anders (2008): Vårdval i primärvården; Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. KEFU Skriftserie 2009:1.

Anell, Anders (2010): Vården i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.

Anell, Anders & Mattisson, Ola (2009): Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt. Lund: Studentlitteratur.

Fernler, Karin m.fl. (2008): Utan tveivel är man inte klok – kunskapsstyrningens problem. I Helgesson, C-F och Winberg, Hans (red.): Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI.

Gurner, Ulla (2011): Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre – Att rita kartan och få kunskap om systemhinder. Presentation vid SKL:s konferens om Multisjuka äldre – hur fungerar vården och vad kostar den, 2011-03-15.

Gurner, Ulla & Thorslund, Mats (2003): Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre: Om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och Kultur.

Gustafsson, Allan (2009). Framtidens hälso- och sjukvård: Finansiering och styrning. Delrapport 7 i långtidsutredning om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting 2008-2025. SLL.

Hägglund, Göran & Larsson, Maria (2011): "Vi satsar 3,75 miljarder på de allra mest sjuka äldre". DN Debatt 2011-01-12.

Kraus, Kalle (2008): Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården. Forskning i Fickformat 2008:2. Stockholm: EFI.

Kraus, Kalle & Lindholm, Cecilia (2010): "Accounting in inter-organisational relationships within the public sector". I Accounting in networks, red. Håkansson, H., Kraus, K. & Lind, J. London: Routledge.

Kraus, Kalle & Lind, Johnny (2008): Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna? I Helgesson, C-F och Winberg, Hans (red.): Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI.

Landstingsrevisorerna (2010): Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. SLL 5/2010.

Lundberg, Anders (2011): Valfärdens svaga länk: Färre stuprör ger bättre välfärd. Stockholm: Timbro.

Medical Management Centre (2011): Review of research into comprehensive integrated care systems.

Modig, Niklas & Åhlström, Pär (2011): Vad är lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet. Stockholm: SIR.

Nies, Henk (2006): Managing effective partnerships in older people's services. Health and Social Care in the Community 14(5), 391-399.

Nutek (2008): Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer.

PRO m fl. (2010): En vård värd samverkan: Upprop till samverkan mellan äldrevård och äldreomsorg.

Prop. 2010/11:1, Utgiftsområde 7: Äldrepolitik.

Ramsberg, Johan & Ekelund, Mats (2011): Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga. Dagens Samhälle 39(5), 41-52.

Regeringskansliet (2010): Den ljusnande framtid är vård: Delresultat från LEV-projektet.

SFAM, SGF och SIM (2008): Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram.

SFS 1982:763: Hälso- och sjukvårdslagen.

SFS 1990:1404: Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

SFS 1998:531: Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

SFS 2001:453: Socialtjänstlagen.

Sjögren, Ebba, Winberg, Hans, Paulsson, Thomas & Neij, Fredrik (2010): Hälsa per krona. Leading Health Care Report nr 1. Stockholm: LHC.

SKL (2010): Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009.

SKL (2010): Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre. Information om riktlinjer för ansökan och beskrivningar av 19 projekt som beviljats medel.

SKL (2010): Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. Slutrapport.

SKL (2011): Bättre liv för sjuka äldre.

SKL (2011): Från fattigvård till valfrihet. Utvecklingen av vård och omsorg om äldre.

SKL (2011): Kartläggning av ersättningssystem hemtjänst.

SLL (2010): Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

Socialdepartementet (2011-06-22): Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas.

Socialdepartementet (2011-09-07): Hearing om ersättningssystem.

Socialdepartementet & SKL (2011): Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen (2011): De mest sjuka äldre: Avgränsning av gruppen.

Socialstyrelsen (2011): Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Redovisning för 2010.

Socialstyrelsen (2011): Utvärdering av Q-projekten – Projekt för att stimulera kvalitetsutvecklingen i primärvården genom ekonomiska incitament.

SOSFS 1997:14: Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 2011:9: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

SOU 2000:114: Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.

SOU 2009:84: Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.

SOU 2010:48: Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år – En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård.

SOU 2011:55: Kommunaliserad hemsjukvård.

Statskontoret (2011): Tänk efter före: Om viss styrning av kommuner och landsting. Rapport 2011:22.

Svensk Sjuksköterskeförening & Vårdförbundet (2010): Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer.

Szebehely, Marta (2011): Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Hartmaan, Laura: Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd. Stockholm: SNS.

Thorslund, Mats (2007): Det nygamla gränssnittet: äldreården och dess omorganisationer. I Paula Blomqvist (red.): Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS Förlag.

Ungaard, Edvard (2011): När Amelia behöver hemtjänst. Stockholm: Timbro.

Åhgren, Bengt & Axelsson, Runo (2011): A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. International Journal of Integrated Care 11(11).

Äldrecentrum (2010): Sköra länkar i vårdkedjan: Äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun. Bilaga till SLL 24/2010.

Äldrecentrum (2011): TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre.

De ”mest sjuka äldre”

Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för bättre vård och omsorg

Rolf Bowin & Dag Norén

Innehåll

Sammanfattning	52
Vilka är de mest sjuka äldre?	53
<i>Definition och avgränsning av målgruppen/profiler</i>	53
<i>Hur ser behov, insatser och kostnader ut för målgruppen?</i>	55
BEHOVEN	55
INSATSERNA	56
KOSTNADERNA	58
<i>Sammanfattande diskussion</i>	60
De mest sjuka äldres resor inom vård- och omsorgssystemen	61
<i>Fallstudie 1: Brist på anpassning av vård- och omsorgstjänster till målgruppen</i>	61
SITUATIONEN	61
KARTLÄGGNINGEN	62
IAKTTAGELSER	63
KOSTNADSDRIVARE	63
<i>Fallstudie 2: Bristande kontinuitet, många olika vårdkontakter</i>	63
SITUATIONEN	63
KARTLÄGGNINGEN	64
IAKTTAGELSER	65
KOSTNADSDRIVARE	65
<i>Fallstudie 3: Slingriga vårdvägar, brist på förplanerade direktinläggningar</i>	65
SITUATIONEN	65
KARTLÄGGNINGEN	66
IAKTTAGELSER	67
KOSTNADSDRIVARE	67
<i>Kostnadsdrivare som blir särskilt tydliga i samlade fallbeskrivningar</i>	67
Slutsatser om systembrister och strategier för högre värdeskapande	69
<i>Skifta från behovsbedömning och planering på insatsnivå till behovsbedömning och planering på individnivå</i>	69
<i>Vård och omsorg till äldre multisjuka består av flera olika och kritiska kärntjänster</i>	70
<i>Distribution; inte tillräckligt bra anpassning av hur tjänsterna överförs till de äldre multisjuka</i>	70
<i>Avslutande synpunkter</i>	71
Referenser	73

Sammanfattning

Den grupp som benämns ”mest sjuka äldre” består demografiskt av äldre individer med stora behov av såväl vård och omsorg och kan därmed betraktas som vårdens och omsorgens ”storkunder”. Det är viktigt att arbeta med dessa ”storkunder” utifrån en överblick av samlade vård- och omsorgsinsatser. Risker finns annars att kostnadsdrivande situationer uppstår som förenar sämre resurshantering med lägre kvalitet.

Sammansatta kartläggningar av behov, insatser och kostnader för målgruppen är dock mycket sällsynta. Den här rapporten bygger på den mest omfattande undersökningen som hittills utförts i Sverige – den av författarna och SKL nyligen genomförda studien av ”multisjuka äldre”, som kan beskrivas som en nationell kartläggning med medverkan av 12 landsting och 29 kommuner. Studien inkluderade 298 unika individfall med ordinärt boende under en sammanhängande period av 18 månader.

Ett antal kostnadsdrivare utifrån studiens fallbeskrivningar kan konstateras:

- Bristande samspel mellan olika ansvarsgränser och insatser
- Ingen samlad patient/individöversikt
- Stor brist på förebyggande fokus
- Fragmenterat insatsfokus, insatsstyrning och insatsersättning
- Otrygghet utifrån brist på information och kontakt

Dessa kostnadsdrivare och systembrister är viktiga att bemöta med nya grepp för att höja både kvalitet och kostnadseffektivitet, vilket bland annat bör inkludera ett skifte från behovsbedömning och planering på insatsnivå till behovsbedömning och planering på individnivå, ett tydliggörande av kritiska kärntjänster och ett utvecklingsarbete kring hur tjänsterna överförs gentemot målgruppen mest sjuka äldre.

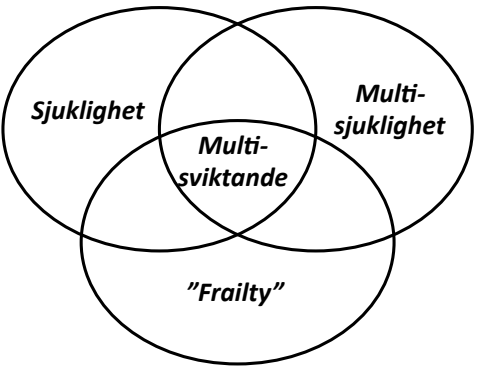
Vilka är de mest sjuka äldre?

Definition och avgränsning av målgruppen/profiler

Den grupp som här benämns ”mest sjuka äldre” består av individer som kan beskrivas som fysiskt åldrade med stora behov av såväl vård och omsorg eller endera av dessa insatsområden. Tillsammans med ett fåtal andra grupper (exempelvis missbruksgrupper) tillhör de vårdens och omsorgens ”storkunder”. Vad som ska definiera denna grupp och därmed hur stor den är debatteras och analyseras på olika håll. Viktiga definitionsfrågor är var åldersstreckets ska dras (exempelvis vid 75 eller 65 år) då biologisk ålder och kronologisk ålder kan vara ganska olika på ”ålderns höst” (olika grader av åldrande). Vidare är definitionsfrågor om det är olika konsumtionsnivåer (exempelvis antal inläggningar på slutenvårddelning) eller antalet diagnoser (multisjuklighet) som ska vara definierande. I vissa fall används definitioner och avgränsningar utifrån renodlade konsumtionsmått av vård och/eller omsorg. Exempelvis har Socialstyrelsen nyligen utkommit med en rapport för definitionen av ”mest sjuka äldre” som bygger volymnivåer av vårddagar i slutenvården, antal inskrivningar i slutenvården och den öppna specialistvården samt inskrivning i särskilt boende, antal hemtjänsttimmar m.m.

Andra utgångspunkter för definitioner och avgränsningar av gruppen kan vara utifrån tillstånd som exempelvis skörhet eller skröplighet vilket är en ”grogrund” för snabb utveckling av ytterligare sjukdomar och försämringar av allmäntillståndet. Multisviktande är en annan definition än multisjuka som utökar gruppens omfång av individer genom att mindre se till antalet diagnoser och mer till ett bedömt tillstånd av nedsatt rörlighet och ork, funktionsuppehållande insatser under lång tid samt sammantaget en skör livssituation med återkommande omprövningar av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser. Ett steg längre är det begrepp som försöker definiera faktorer som ännu bredare indikerar skörhet, bräcklighet eller skröplighet. Det engelska begreppet “frailty” (skörhet eller bräcklighet) utifrån nedsatt ”struktur” i form av minskande muskelmassa, viktminskningar m.m. och ”funktion” i form av nedsatt fysisk förmåga som exempelvis minskad handstyrka och ibland kognitiv funktionsförmåga är en definition och avgränsning som används allt mer men som samtidigt är mer komplex.

BILD 1: Samspel mellan sjuklighet/multisjuklighet/frailty/multisviktande



De olika definitionerna av gruppen ”mest sjuka äldre” kan beskrivas på ett kontinuum från mer vårdproduktionsinriktade mått som volym och fastställda diagnoser till mer situationsorienterade mått som symtom, tillstånd och funktion. I Sverige har mest de vårdproduktionsinriktade måtten använts. I andra länder av intresse för utvecklingsfrågor inom området används oftare de situationsorienterade måtten.

Kritiker har menat att de vårdproduktionsorienterade måtten framför allt underskattar omfånget av individer som bör ingå i gruppen ”mest sjuka äldre” och i synnerhet om syftet är att kunna arbeta mer preventivt gentemot gruppen i syfte att förbättra livskvalitet och minska kostnader framöver i exempelvis den dyra slutenvården.

Beroende på användning av åldersstreck och definition så är spannet av antalet individer som ingår i gruppen stor. Strängare definitioner utifrån volymmått av insatser och antal diagnoser bestämmer målgruppens omfattning från 2% av befolkningen 65 år och äldre, 29 000 individer (med omfattande insatser av både sjukvård och omsorg, Socialstyrelsen) till definitioner som utgår från multisviktande grunder, 24% av befolkningen 65 år och äldre, 400 000 individer (två eller flera samtidigt förekommande hälsoproblem, Gunnar Akner, professor i geriatrik).

En viktig utgångspunkt för val av definition och avgränsning torde vara vilket syftet är med exempelvis en målgruppsanalys.

Är syftet att främst förbättra kunskaperna om hur slutenvården kan samarbeta bättre och mer individinriktat med öppenvården och den kommunala hemsjukvården samt omsorgen kan strängare definitioner utifrån vårdproduktionsinriktade mått vara väl användbara; exempelvis multisjuka äldre som är 75 år eller äldre som de senaste 12 månaderna vårdats på slutenvårdsavdelning vid minst tre tillfällen samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller flera sjukdomsgrupper enligt ICD10.

Är syftet att fokusera på bättre livskvalitet, undvika eller underlätta för kommande sjukdomar samt utveckla förebyggande omhändertagande som leder till undvikbar slutenvård är definitioner med fokus på situationsinriktning bättre som exempelvis ”frailty”; innebärande konstaterad viktninskning, trötthet/lätt uttrötthet, minskad handstyrka, långsam gång och låg fysisk aktivitet, successivt ökad stelhet, försämrad balans, minskat funktionellt oberoende, nedsatt ADL-förmåga och ökad risk för sjukdomar.

Definitionerna innebär samtidigt olika komplexitet i bestämmandet vilka som ingår i målgruppen vilket kan förklara varför produktionsinriktade mått, som är enklare att applicera, är de som nästan alltid har använts hittills (vilket även gäller regeringens aktuella äldresatsning). Ska de situationsorienterade måtten användas i större omfattning förutsätter detta att bättre kartlägningsinstrument efter dessa grunder utvecklas och används inom vård och omsorg.

Hur ser behov, insatser och kostnader ut för målgruppen?

Sammansatta kartläggningar av behov, insatser och kostnader för målgruppen är mycket sällsynta. Används mer situationsorienterade definitioner som exempelvis ovan nämnda ”frailty” finns inga övergripande studier i Sverige som kartlägger behov, insatser och kostnader utifrån hela vård- och omsorgsbehovet. Den mest omfattande studien av behov, insatser och kostnader som hittills utförts i Sverige för målgruppen är den av författarna och Sveriges Kommuner och Landsting nyligen genomförda studien av ”multisjuka äldre”¹ som kan beskrivas som en nationell kartläggning med medverkan av tolv landsting och 29 kommuner från Västerbottens län i norr till Kronoberg och Kalmar län i söder. I denna kartläggning av 12 län (där långt ifrån samtliga kommuner deltog) visade på att problemen inte var särskilt skilda mellan områdena utan att det snarare var mer som förknäpade i problematiken än vad som skiljde områdena åt. Det fanns heller inga märkbara skillnader om hemsjukvården var i kommunal regi eller i landstingets regi. Kostnadssammanställningar och jämförelser (så långt detta kan göras) har möjliggjorts genom att tillämpa en standardprissättning för samtliga insatser inom vård och omsorg baserat på av studiedeltagarna godkända standards utifrån KPP (kostnad per patient inom landstingen) och KPB (kostnad per brukare inom kommunerna).

Studien inkluderade 298 unika individfall med ordinärt boende utifrån den definition av målgruppen som användes under en sammanhängande period av 18 månader. Samtliga insatser inom slutenvård, öppen specialistvård, primärvård inklusive hemsjukvård samt kommunal omsorg, hemsjukvård och biståndsbedömning kartlades och kostnadsberäknades. Insatskartläggningen inkluderade även anhöriginsatser. Vidare kartlade studien vilka diagnoser, symtom och ADL-kapacitet som fanns på individuell nivå samt vikt, tandstatus och hjälpmedel. De kvalitativa intervjuerna kartlade även sociala faktorer och även 265 närstående intervjuades. Resultatet blev en bred och omfattande sammanställning som utgör en mycket intressant källa för vidare studier av målgruppen.

BEHOVEN

Resultat av studien visade att de äldre multisjuka inte är någon homogen grupp. Behoven och utnyttjandet av insatser skiftar väsentligt. Det som förenar den studerade målgruppen är likartade bilder av diagnoser, symtom och övriga problem samt att de använder ungefärligen lika mängder läkemedel och har ungefärligen lika många läkemedelsrelaterade problem. Däremot är deras förutsättningar för hälsa, vård och omsorg skiftande. De har mycket olika funktionsförmåga utifrån bedömning av ADL och använder vården och omsorgen i olika utsträckning. Detta innebär stora skillnader i vård- och omsorgskostnader för gruppen; från kostnader per individ som lägst på 56 758 SEK till 1 189 136 SEK för den individ med den högsta kostnaden i studien (under 18 månader).

De stora skillnaderna i kostnader mellan de studerade fallen visar att behoven är olika inom målgruppen äldre multisjuka. Vissa grupper kan beskrivas som betydligt ”friskare” multisjuka där behovet av förebyggande och övervakande insatser i

¹ Utifrån definitionen ”75 år och äldre och som under en tolv månadersperiod har vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller flera olika sjukdomsgrupper enligt ICD10” med vårdepisoder som underlag för insatser (ej vårdtillfällen), Slutrapport ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre, Ulla Gurner, SKL 2011 (refereras till i det följande som ”SKL-studien 2011”). Samtliga individfall gäller äldre personer i ordinärt boende (ej särskilt boende/vårdhem).

2 Gunnar Akner, professor i geriatrik, se exempelvis "Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler", Läkartidningen nr. 44, 2010

tidigt skede skulle öka livskvalitet betydligt samtidigt som kostnader skulle kunna minskas genom mer förplanerade insatser och mindre användning av slutenvården. Underlaget i studien visar på ofta icke-koordinerade insatser och en förlorad läkemedelskontroll med många dokumenterade s.k. läkemedelsrelaterade problem. Vidare visar kartläggningarna i SKL-studien 2011 att de äldre multisjuka får sparsamt med geriatrisk vård som har ett helhetsperspektiv i sjukdomsbilden, men de får desto fler organ- och monodiagnosticerande läkarbedömningar.

Det finns grund för ett antagande om uppenbara risker att ”friskare” individer inom målgruppen drivs mot ökad sjuklighet och därmed behov av ännu fler insatser inom vård och omsorg. Detta sker i en takt som är snabbare och startar tidigare än vad som kanske hade varit fallet om vård- och omsorgsinsatserna hade varit organiserade i former som är mer individstyrda (situationsorienterade) och mindre styrda utifrån separata insatser som främst reagerar utifrån konstaterad ”skada”.

Som ett led i att klargöra ”behovsfrågan” är det tydligt att det finns mycket att vinna för samtliga (vården och omsorgens huvudmän, patienter/omsorgstagare och anhöriga samt samhället i övrigt) om behoven hos de mest sjuka äldre förstås på ett bredare och djupare sätt. Nyckeln till att organisera insatserna på ett effektivare sätt, med mer kvalitet för mottagaren av dessa, ligger i dessa behovsanalyser i ett ”användarperspektiv”. Geriatriker brukar framhålla att behandlingar av äldre multisjuka personer ofta baseras på extrapoleringar från vetenskapliga studier av yngre personer och att sjukdomstillstånd eller symtom behandlas utifrån ett tillstånd i taget vilket inte ger bra resultat för den multisjuka.² Det är närmast som att man använder en ”produktionsapparat” som är uppbyggd för friskare individer och försöker använda denna på en målgrupp som har mycket större och mer sammansatta behov utifrån sin multisjuklighet eller skröplighet (”frailty”).

Med ett situationsorienterat synsätt blir det tydligt att det inte bara är tillhandahållandet och utförande av olika insatser inom vård och omsorg som är viktigt. Det finns också andra viktiga behov som exempelvis en mer fast och sammanhållen planering av ”kompotten” av vård och omsorgsinsatser, individanpassad information som minskar ”orosdriven” vårdkonsumtion och underlättar för bättre ”övergångar” mellan olika insatser, preventiva övervaknings- och insatsformer (s.k. aktiv hälsostyrning) och individanpassade distributionsformer, dvs. effektiv förmedling av vård och omsorgsinsatser. Dessa tjänster är viktiga delar av de behov som mest sjuka äldre har (vilket kommer att redogöras för längre fram i denna skrivning).

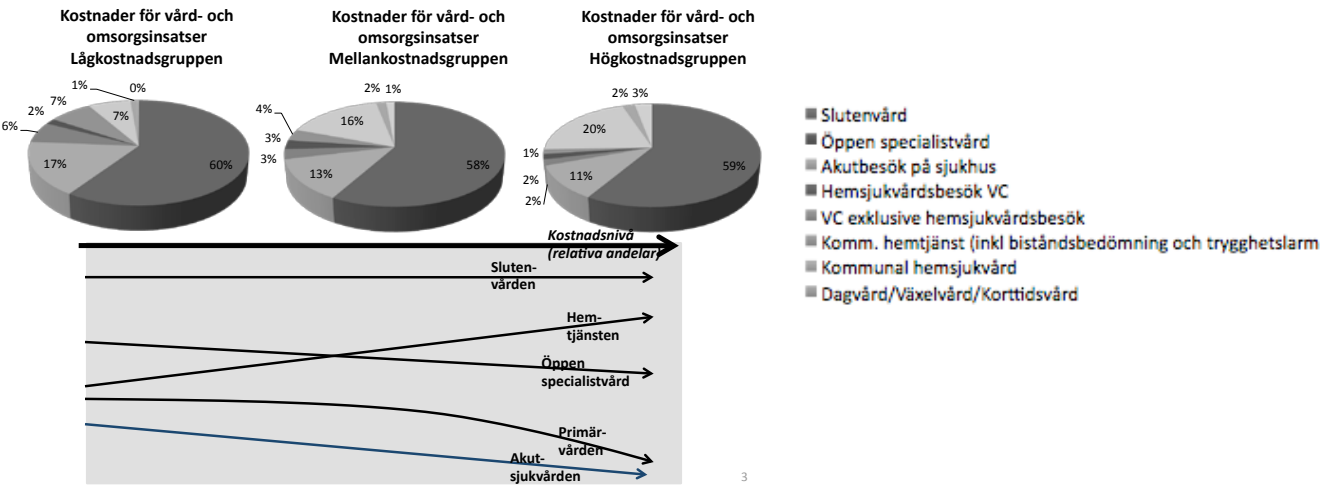
INSATSERNA

SKL-studien 2011 visar att omfattande insatser utförs och att dessa oftast utförs av varje ansvarig kompetens utifrån vad som får anses som bästa förmåga med den tid och organisering samt inflytande som finns tillgängligt. Genom att utveckla unika grafiska översiktsskildrar för varje individfall, baserat på journal- och registergenomgångar samt intervjuer med de äldre och deras anhöriga, skapades en överblick som sällan skådats i ett perspektiv av den äldre multisjukets situation och liv bland vård- och omsorgsinsatser. Av studiens 18 månader inom varje individfall tillbringas i genomsnitt 17 av dessa månader utanför den slutna vården. Trots detta

dominerar kostnaderna för den slutna vården stort som andel av de totala vård- och omsorgskostnaderna (i genomsnitt 59 %). Bilderna visade att primärvården genom vårdcentralerna många gånger gör mycket insatser men utan förmåga att skapa kontinuitet och helhetsansvar gentemot den äldre samt med tydliga svårigheter att följa upp patienten efter insatser i slutenvården (även i de fall då epikriser och vårdplaneringar genomförts på ett bra sätt). Samtliga insatser, från öppen specialistvård, primärvård och omsorg är hårt insatsstyrda med basen i ett ersättningssystem per insats. Närmast undantagsvis fanns särskilda enheter eller samverkansformer involverade som exempelvis ASIH (avancerad hemsjukvård i hemmet), palliativa team, äldreteam eller rehabiliteringsteam. Generellt kan vård- och omsorgssystemet för den äldre multisjuka beskrivas som olika separata insatser utifrån ”produktkatalog” och i former som oftast agerar utifrån inträffad ”skada”.

Studeras de olika insatsområdena (sluten specialistvård, öppen specialistvård, akutsjukvård, primärvård och hemtjänst) utifrån olika nivåer av faktiska kostnader per patient ses olika trendutvecklingar beroende på den multisjukets behov av ökade insatser. I relativa tal ligger slutenvården ungefärligen konstant per kostnadsgrupp av äldre multisjuka. Slutenvården är därmed dominerande även för de individer som har färre insatser totalt. Däremot ökar hemtjänstinsatserna markant ju mer insatser i övriga vården som den äldre behöver. Detta förklaras dock till stor del av att anhängstödet för omsorgsinsatser är stort inledningsvis för den äldre för att gradvis falla ifrån ju svagare den äldre blir. Dock är anhängstödet totalt sett omfattande ”hela vägen”. Med ökade vård- och omsorgskostnader minskar den öppna specialistvårdens insatser något liksom akutsjukvårdens andel. Desto tydligare faller dock primärvården undan när patientens samlade insatser ökar. Detta förklaras till viss del av att mer slutenvård behövs när patienterna blir sjukare men samtidigt leder observationen till frågan om primärvården har en organisering och tjänsteöverförande som är relevant och passar den äldre svårt multisjuka. Hembesök genom primärvården utförs relativt frekvent av distriktsjuksköterskor men läkarbesök i hemmet är ovanliga.

BILD 2: Trendbeskrivningar av insatsområden i förhållande till vård/omsorgstyngd



3 Anhörigstödet har bedömts och uppskattats genom intervjuer och därefter beräknats efter standardpristaxa för hemtjänsttimmar. Uppskattade anhörigkostnader ingår dock inte i de beräknade totalkostnaderna för respektive individ utan har endast en jämförande roll i sammanhanget.

En viktig del av insatserna är läkemedelsförskrivningen och kontrollerna av dessa. I SKL-studien 2011 framkom omfattande användning av läkemedel inom den aktuella målgruppen; i genomsnitt 10 olika läkemedelspreparat per individ med ett min-maxtal från 0 till 27. Studien visade på liknande mönster som vid tidigare genomförda läkemedelsgenomgångar med ett undantag; mer av läkemedel används för kroppsliga sjukdomar (främst hjärt/kärlsjukdomar och magsår) och mindre av psykofarmaka såsom lugnande medel och sömnmedel. Kartläggningen visade dock på att läkemedel tillkom löpande för patienterna från många olika håll. Sällan överensstämde läkemedelslistor mellan vårdcentraler, slutenvården och den äldre egna uppgifter om läkemedelsanvändning. Endast i ett mindre antal fall fanns läkare som följt upp, värderat och omprövat läkemedelsanvändningen för en patient. Vidare visade sig många av läkemedlen vara kontraindicerande. Antalet läkemedelsrelaterade problem var högt; i genomsnitt 5 per person med ett min-maxtal från 0 till 18. Som nämnts tidigare så är läkemedelsanvändningen ungefärligen densamma oavsett om den äldre är ”storkonsument” av vård- och omsorgsinsatser eller inte. Detsamma gäller de läkemedelsrelaterade problemen för de äldre i målgruppen.

KOSTNADERNA

Slutenvården

I SKL-studien 2011 delades målgruppen äldre multisjuka (samtliga i ordinärt boende) in i tre kostnadsgrupper; lågkostnad (0 till 249 tkr), medelkostnad (250 till 499 tkr) och högkostnad (500 tkr till 1,2 mkr). För samtliga kostnadsgrupper dominerar slutenvården stort med nära 60% av den relativa kostnadsmassan. Oavsett vilken kostnadsgrupp den äldre befinner sig i så är slutenvårdens relativa andel ungefärligen densamma. Slutenvården har med andra ord lika stor betydelse oavsett sammanlagd vårdtyngd för en patient.

Hemtjänsten

Den kommunala hemtjänsten är den näst största kostnadsposten men minskas ändå av omfattande anhöriginsatser i framför allt lågkostnadsgruppen men även medelkostnadsgruppen. Till skillnad från slutenvården ökar den relativa kostnadsandelen för hemtjänstinsatser gradvis med ökande vårdkostnader men anhöriginsatserna pågår hela tiden även om de minskar tydligt trendmässigt ju större vårdtyngden blir. Läggs värderingen av anhörigstödet in tillsammans med samtliga vård- och omsorgsinsatser är den relativa andelen för dessa insatser av anhöriga uppskattade från 32% för lågkostnadsgruppen till 12% för högkostnadsgruppen.³ Det ska dock påpekas att det aktiva anhörigstödet förstås ser olika ut för de äldre i varje unik situation beroende på förutsättningarna.

Öppna specialistvården

Den öppna specialistvården är också relativt omfattande och utgör sammantaget den tredje största relativa kostnadsposten (med undantag för lågkostnadsgruppen där hemtjänsten är mindre än öppna specialistvården mätt i relativ andel). För de äldre spelar den öppna specialistvården en viktig roll då det är i denna vårdform som flest antal läkarbesök genomförs. Problemet är dock att varje läkare

besöks utifrån varje organsjukdom eller andra specialiserade sjukdomsrelaterade situationer och med svaga överföringskopplingar till primärvården. Ett antagande är att detta leder till en begränsad överblick av patientens samlade sjukdomsbild (den sammanhängande multisjukligheten).

Första linjens vård; primärvården och hemsjukvård i primärvårdens och kommunens regi

Primärvården utgör i relativa andelstal av kostnader en i många stycken förvånande liten del; endast 5% (där 3% gäller insatser på vårdcentral och 2% hemsjukvård med utgångspunkt från vårdcentralen). Läggs den andel till som innefattar hemsjukvård i kommunal regi (då vissa landsting studien har överfört denna sjukvård till kommunerna) tillkommer en relativ andel av kostnadsmassan som är 2%. Detta innebär att den ”första linjens” vård samlar totalt 7% av kostnadsmassan. Även om det ska vägas in att första linjens vård är betydligt mindre kostsam per insats än specialistvården är det fortfarande en liten andel som utgörs av den vård som är tänkt att vara första kontakt och samordnare av vården utifrån den äldre situation.

I noteringarna registrerade från vårdcentralerna finns många insatser och flertalet av dessa avser telefonkontakter, receptförskrivningar samt övrig administration med förhållandevis låga kostnader som resultat. Med tanke på de omfattande behoven hos målgruppen får det i sammanhanget anses som att ganska få läkar-kontakter sker i primärvården; i genomsnitt 4 besök under en 18-månaders period med i genomsnitt 3 olika läkare inblandade. Endast 8% av individfallen har fått hembesök av en läkare en eller flera gånger från vårdcentralen under perioden och 15% har fått hembesök av primärvårdens jourläkare.⁴ Genomsnittligt antal besök i hemmet av distriktssjuksköterskor är högre men fortfarande kan inte hemsjukvård beskrivas som annat än en förhållandevis begränsad insats för de äldre multisjuka med låg grad av involvering av läkare. Det ska betonas att resonemanget ovan bygger på genomsnittliga data för hela den studerade målgruppen och att det ser olika ut över landet beroende på landsting och kommun.

Akutsjukvården på sjukhus

Akutsjukvårdens relativa andel av kostnaderna utgörs i studien av totalt 3%. I genomsnitt har den äldre i SKL-studiens målgrupp varit på akuten 4 gånger och 98% av hela undersökningspopulationen har någon gång besökt akuten. I en del fall återkommer en och samma person ofta till akuten och läggs in på samma slutenvårdsavdelning varje gång. Som mest har en person i undersökningsgruppen besökt akuten 27 gånger under den studerade 18-månadersperioden.

Dagvård/Växelvård/Korttidsvård

Dessa vårdformer, oftast erbjudna som övergångsvård mellan slutna landstingsvård och kommunal omsorg, utgörs av endast 2% av den relativa kostnadsmassan. Relativt få individer har fått dessa tjänster. Flest (13%) har varit inom korttidsvården någon gång. De intermediära vårdformerna kunde utnyttjas oftare för att minska problematiker i samband med utskrivningar från slutenvården och med svagt

4 Andelen angiven för hembesök av läkare gäller i detta fall enbart de områden som har hemsjukvården i landstingets regi

förankrat omhändertagande inom primärvård och hemtjänst. En bättre och mer utvecklad ”mellanvård” skulle kunna stabilisera situationer bättre och förmodligen minska riskerna med att patienter snabbt kommer tillbaka till akuten för ytterligare en vända av insatser. Detta skulle också underlätta för bättre förberedelser inom första linjens vård och omsorg som skapar ett mer hållbart ”vardagsomhändertagande”.

Sammanfattande diskussion

- *Mycket stor kostnadsspridning*
De multisjuka uppvisar mycket stora skillnader när det gäller insatser och därmed kostnader för vård och omsorg. Att enbart arbeta med indikatorer av volymmått för konsumtion av vård och omsorg fångar inte in målgruppen om syftet är att arbeta med aktiv hälsostyrning och bra omhändertagande av de mest sjuka äldre.
- *Slutenvården dominerar för alla*
Oavsett nivåer av vård- och omsorgsbehov så är slutenvårdens kostnader närmast konstanta i relativa termer för målgruppen. Slutenvården är därför ur relativ kostnadssynpunkt betydande för alla i målgruppen.
- *De flesta av läkarkontakterna är uppdelade på olika organ/sjukdomsspecialister*
Läkarkontakterna inom primärvården är generellt mindre omfattande än de läkarkontakter som målgruppen har med specialistläkare inom öppna specialistvården och slutenvården. Det finns därmed risk för en begränsad överblick och läkarkunskaper om många individers situationer av multisjuklighet och allmänt hälsotillstånd.
- *Första linjens vård har en liten andel av kostnaderna*
Första linjens vård i form av primärvård samt hemsjukvård i primärvårdens och kommunens regi är förhållandevis begränsad och i synnerhet när det gäller läkarinsatser. Detta även med hänsyn till slutenvårdens betydligt högre kostnader per insats.
- *Hemsjukvård, som bäst passar målgruppen, utförs i liten omfattning*
Hemsjukvårdsinsatserna är relativt begränsade med tanke på vilken nytta många i målgruppen skulle ha av denna kanal för insatser. Det gäller i synnerhet läkarinsatserna.
- *Anhöriga står för stora insatser och därmed minskade kostnader för främst omsorgen*
De anhöriga gör påfallande stora insatser när dessa värderas utifrån likande grunder som den kommunala omsorgen. Detta gäller i synnerhet för de ”friskare” äldre multisjuka men även de med stora insatser av vård och kommunal omsorg har ett relativt stort anhängstöd
- *Nationell utmaning; mer likheter än skillnader i olika geografiska områden*
I den omfattande nationella studien av SKL, som ovanstående slutsatser bygger på, är likheterna mellan olika länsområdena påfallande. De finns många lokala variationer men övergripande är mönstren av omhändertagandet av målgruppen lika. Relativt få områden arbetar systematiskt med specialiserade modeller för omhändertagande av de mest sjuka äldre. Det finns heller inga uppenbara skillnader beroende på om hemsjukvården är i landstings-

eller kommunal regi eller om det är samma huvudman för såväl vården som omsorgen (i detta fall dock endast i Norrtälje/TioHundra). Studien visar på utmaningar som är lika över hela landet.

De mest sjuka äldres resor inom vård- och omsorgssystemen

De många olika vård- och omsorgsinsatser som är aktuella till de mest sjuka äldre är spridda över många olika ansvarsorganisationer och med två olika huvudmän; landsting och kommuner som finansieras i separata skattesystem och som dessutom arbetar utifrån två skilda lagrum; Hälso- och sjukvårdslagen som är en skyldighetslagstiftning och Socialtjänstlagen som är en rättighetslagstiftning. Utgångspunkterna är därför klart olika och till detta tillkommer olika verksamhetskulturer; landstingskulturen som är tydligt förankrad i hög utbildning, forskning och statusorientering samt äldreomsorgen förknippad med i utförarledet ofta låg utbildningsnivå, begränsad forskningsbaserad samt låg status. Med dessa utgångspunkter är det mycket som talar för att bra samverkan har sina utmaningar. Även då resurserna förenas i en gemensam verksamhetsbudget, som exempelvis i fallet TioHundra med Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting kvarstår många av problematikerna kring samverkan (se vidare delrapporten av Sjögren och Åhlblom inom ramen för detta uppdrag).

Grunderna för samtliga insatser, inom vården och omsorgen, är att de i gränssnittet gentemot den äldre är organiserade i skilda vårdområden och i separata insatser. Från slutenvårdens högspecialiserade insatser till äldreomsorgens biståndsbedömda och godkända skilda insatser förenas upplägget att samtliga insatser är organiserade i ett insatsstyrt produktionsperspektiv. Välkänt är att utmaningarna uppstår kring grupper (storkonsumenter) som har behov av många olika insatser som behöver korrespondera mot varandra för att ge effekt. Utmärkande för alla tjänster, såväl i vården och omsorgen, är att det är viktigt att olika insatser kommer i den följd som ger bäst resultat och utan avbrott som förtar effekten; annars är riskerna stora att tjänsten måste göras om vilket innebär en destruktiv kombination av lägre kvalitet parat med högre resursanvändning.

I det följande beskrivs tre individfall⁵ som illustrerar olika typproblem som uppstår för de mest sjuka äldre med vanligtvis omfattande behov av vård och omsorg. Efter dessa fall följer en sammanställning av kostnadsdrivare som är av intresse att fokusera i utvecklingsarbete.

Fallstudie 1: Brist på anpassning av vård- och omsorgstjänster till målgruppen

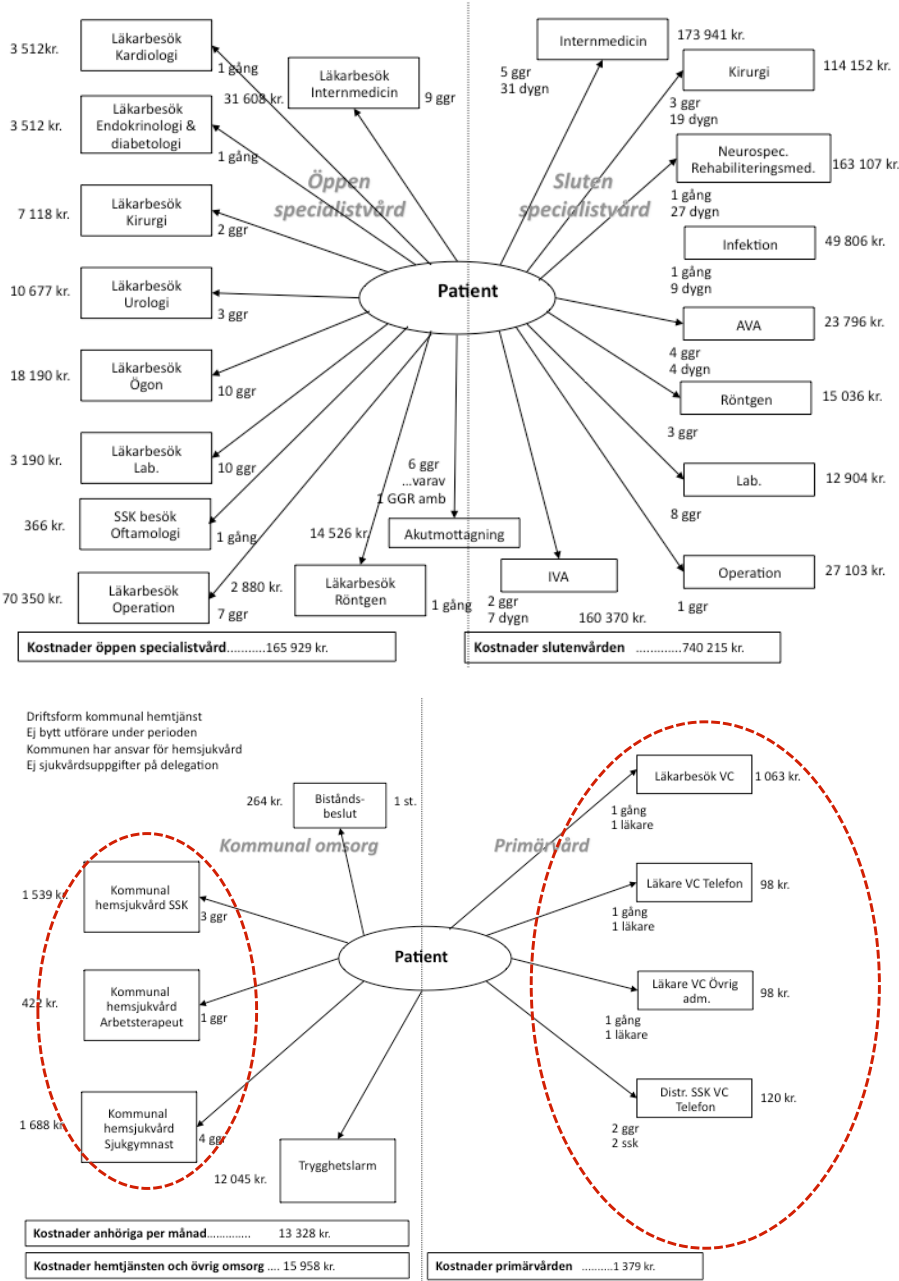
SITUATIONEN

Sammanboende man 79 år gammal som ingår i högkostnadsgruppen med diagnoser som bl.a. endokrina sjukdomar/nutritionsrubbningar, tumörer, sjukdomar i andningsorgan, urin- och könsorgan, infektioner och parasitsjukdomar. Mannen har ett relativt stort anhängstöd som gör att hemtjänsten är begränsad till endast

⁵ Samtliga individfall är hämtade från den omfattande individkartläggningen som författarna utfört inom ramen för SKL:s nationella studie av multisjuka äldre 2011.

trygghetslarm. Utöver detta finns begränsade insatser från kommunal hemsjukvård. Mannen har omfattande vårdbehov i såväl öppenvården som slutenvården. Sammanlagt har 26 specialistläkare varit involverade under perioden (9 inom internmedicin, 10 ögonläkare, 3 urologer, 2 kirurger, 1 kardiolog och 1 inom endokrinologi och hepatologi). Utöver detta har under perioden genomförts 6 akutmottagningsbesök. Primärvårdens insatser är mycket begränsade i detta fall med endast ett läkarbesök under hela perioden förutom enstaka telefonkontakter.

Kartläggningen



IAKTTAGELSER

Den äldre multisjuka har stora vård- och omsorgsbehov med många insatser inom öppenvårdens olika specialiteter. Det som är slående är att primärvården och även kommunens hemsjukvård spelar en så liten roll i detta fall och det finns anledning att tro att de olika behoven skulle kunna samordnas bättre och de insatser som görs skulle behöva följas upp bättre, bl.a. genom mer aktivt stöd efter sjukhusvård. Skulle primärvården ha kunnat spela en mer aktiv roll och på detta sätt underlättat i samband med specialistkontakter? Skulle en aktiv hemsjukvård från primärvårdens och kommunens sida, med direktkontakter med specialister, kunna utgöra en bättre anpassning av tjänsterna till den äldre multisjukes situation? Nuvarande upplägg, som snarast kan beskrivas som på professionens villkor, kan vara drivande för högre behov av såväl slutenvård som övrig specialistvård och inte effektivt för vare sig verksamheten eller patienten.

KOSTNADSDRIVARE

Detta individfall, liksom många andra som har kartlagts inom SKL-studien 2011, visar hur tjänsterna förmedlas i former som är mycket svåra att hantera för de mest sjuka äldre. När de är som svagast i livet har de många gånger behov av att hantera de mest komplexa och svårförståeliga sammanhang de någonsin konfronterats med i livet. När tjänsterna definieras utifrån skilda insatser och förutsätter att den äldre och sjuka tar sig till en mottagning för åtkomst sker det många gånger med stora ansträngningar som kan försämra ett redan svårt hälsoläge. Många kartläggningar visar på en verklighet med få hembesök av läkare och många läkarbesök för de äldre på skilda specialistmottagningar samtidigt som sviktande organ och sjuklighet i samband med detta ofta förutsätter ett helhetsperspektiv för att ge bestående resultat. Få är inskrivna i och får hemsjukvård, äldreteam och andra relevanta teambildningar av olika kompetenser är sällsynta.

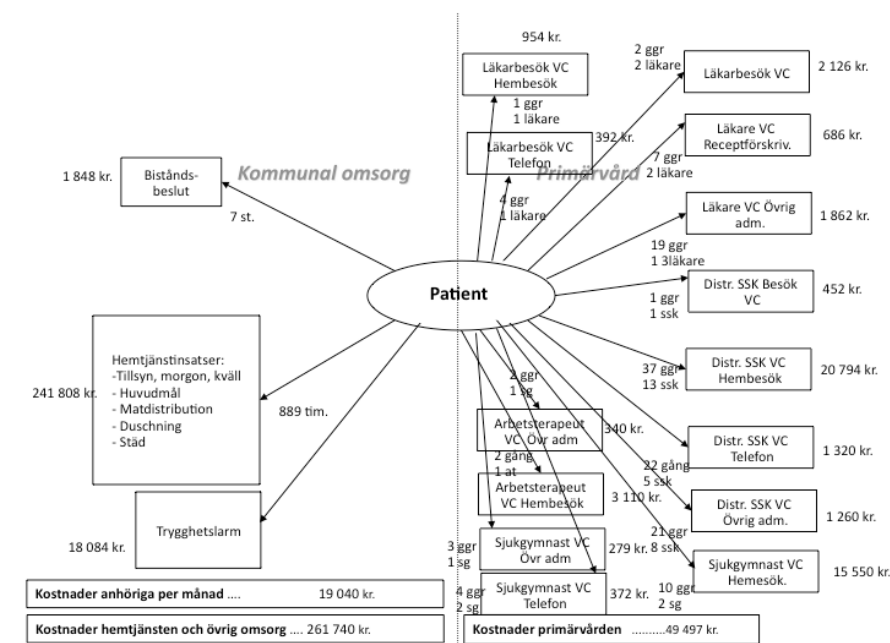
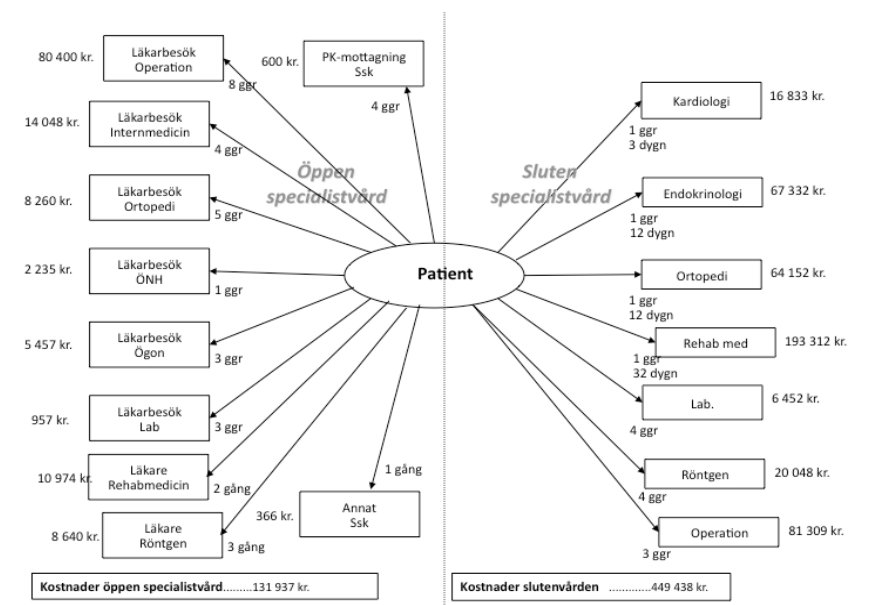
Ett viktigt utvecklingsarbete för att minska kostnader ligger i att skapa nya organisatoriska innovationer med fokus på distributions-/förmedlingslösningar som passar de mest sjuka äldre och som främjar och inte utmanar deras hälsa. Dagens system för insatser och mottagningar passar bättre för andra betydligt mer friskare patienter eller de som har singulära hälsoproblem.

Fallstudie 2: Bristande kontinuitet, många olika vårdkontakter

SITUATIONEN

Sammanboende kvinna som är 78 år med flertalet diagnoser inom bl.a. endokrina sjukdomar/nutrition och sjukdomar i andningsorganen. Hon har ett relativt stort anhörigstöd och befinner sig i högkostnadsgruppen. Kartläggningen visar på många olika läkarkontakter inom många olika specialistområden i den öppna specialistvården. Hon har sammanlagt 59 vård dygn inom slutenvården under perioden inom kliniker som kardiologi, endokrinologi, ortopedi samt medicinsk rehabilitering. Kontakterna med primärvården är omfattande och med många läkare, sjuksköterskor och därutöver sjukgymnaster samt arbetsterapeut. Läkarbesök och hembesök av läkare från vårdcentral är få i sammanhanget. Hemtjänsten är omfattande med tillsyn morgon och kväll.

KARTLÄGGNINGEN



IAKTTAGELSER

En mängd olika läkarkontakter utifrån många olika specialistområden är involverade och många är de personer, läkare och sjuksköterskor, som handlägger hennes fall utifrån vårdcentralen; som mest 13 olika läkare och 13 olika sjuksköterskor. Det är svårt att föreställa sig någon kontinuitet i omhändertagandet för denna person med så många olika personer och separata specialistkontakter involverade. Skulle primärvården ha kunnat erbjuda en mer kontinuerlig kontakt i detta sammanhang som hade underlättat samordning och resultatet av de många olika insatserna från bl.a. den öppna specialistvården? Hade resultatet från den omfattande slutenvården blivit bättre med en sådan tjänst dedikerad i syfte att skapa kontinuitet. En utsedd person, av typen case manager, skulle kunna bidra till bättre resursanvändning och stödjande support efter sjukhusvård.

KOSTNADSDRIVARE

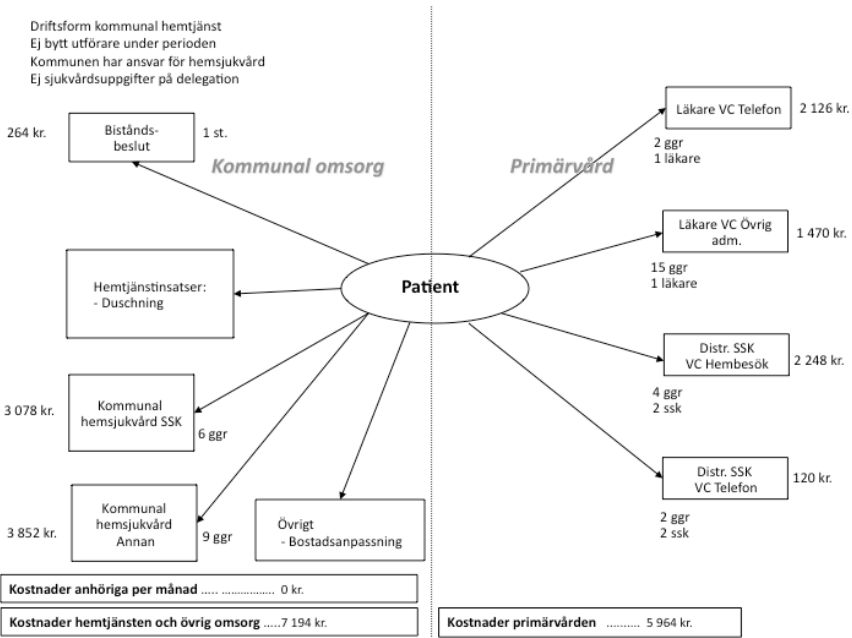
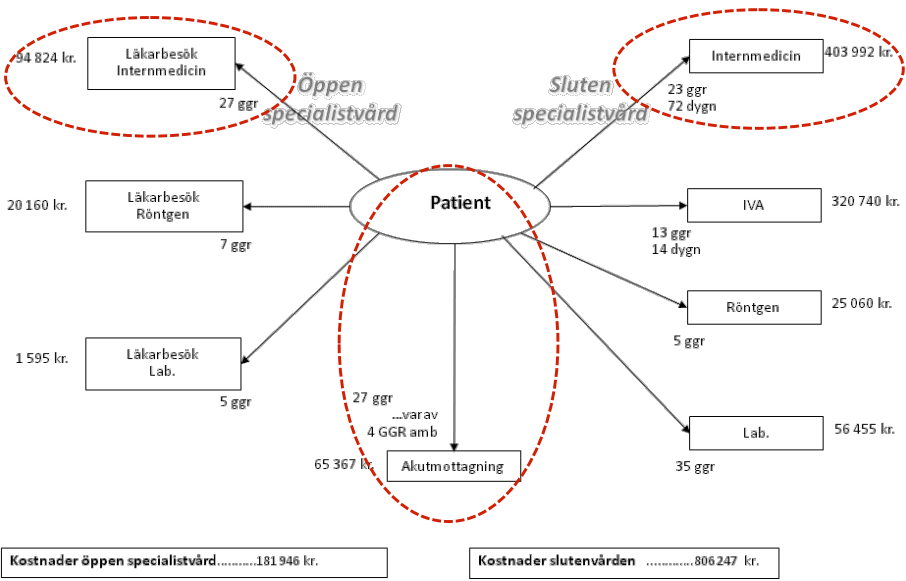
Detta individfall, liksom många andra av de kartlagda fallen inom SKL-studien 2011, visar på hur de mest sjuka äldre har många olika vårdkontakter som inte överför och utbyter information i den utsträckning som behövs. Bristande kontinuitet är också allvarlig och frekvent inom de områden där personkännedom är extra värdefull som inom första linjens vård och omsorg. Inom primärvården har de mest sjuka äldre kontakter med olika läkare och sjuksköterskor beroende på deras tillgänglighet. Med så många olika personer inblandade även inom första linjens vård och omsorg utvecklas inte en personkännedom vilket är viktigt för en bra hantering och förståelse av olika situationer som kan vara kritiska.

Fallstudie 3: Slingriga vårdvägar, brist på förplanerade direktinläggningar

SITUATIONEN

Sammanboende man som är 76 år. Mannen har bl.a. diagnoser inom endokrina sjukdomar, cirkulation och andningsorgan. Han är inte inskriven i hemsjukvården men har under perioden haft 15 insatser från den kommunala hemsjukvården och 4 hembesök från vårdcentralen. Mannen har inget anhörigstöd och mycket begränsade insatser från hemtjänsten . Han har haft omfattande insatser inom internmedicin inom såväl den öppna specialistvården (27 tillfällen) som den slutna vården (23 tillfällen med sammanlagt 72 vårddygn) och 13 inläggningar på IVA. 27 gånger har han kommit till akutmottagningen varav 4 gånger med ambulans. Med dessa insatser tillhör personen högkostnadsgruppen med över 800 tkr i kostnader inom slutenvård och nära 200 tkr inom öppna specialistvården.

KARTLÄGGNINGEN



IAKTTAGELSER

Denna person har återkommande stora behov inom internmedicin och borde på detta sätt vara en för den specialiserade vården inte okänd patient. Trots detta kommer personen mycket ofta in genom akutmottagningen. Detta synes inte vara ett optimalt sätt för omhändertagande av en person som borde stå mer under löpande observation. Med en fast läkarkontakt för denna person skulle denne kunna få ett bättre och mer direkt omhändertagande på en klinik som ofta behöver ta hand om patienten. Istället tycks varje händelse uppstå såsom det var första gången med ökade kostnader som följd och lägre kvalitet för patienten i omhändertagandet.

KOSTNADSDRIVARE

Bristen på planering och utveckling av vårdkedjor som är anpassade för stor-konsumenter av vård, som de mest sjuka äldre, leder till slingriga vägar inom vården som skapar onödiga insatser och behov av extra personal som exempelvis vårdcoacher. Extra tydligt blir det i de fall som ovan då en äldre svårt sjuk person ständigt tar vägen via akutmottagningen för att upprepande gånger under den studerade perioden tas in på samma internmedicinska slutenvårdsavdelning. Patienten borde kunna erbjudas en annan inläggning än via akuten, som innebär långa ledtider, en för de äldre tuff miljö, tuffa miljö och dessutom kontinuerligt högre kostnad för vården. System av direktinläggningar för "storkunderna" borde vara en självklarhet att erbjuda då det dessutom tar mindre resurser i anspråk. Direktinläggningsmodellerna skulle kunna kommuniceras hela vägen till hemtjänsten istället för att man därifrån ringer efter ambulans som åker till akutmottagningen. Nyckelfunktionen är oftast en patientansvarig läkare eller väl insatt sjuksköterska men detta kräver oftast en kombination med förplanerade vårdvägar för att utveckla den kvalitet och effektivitet som är viktig för denna målgrupp.

Kostnadsdrivare som blir särskilt tydliga i samlade fallbeskrivningar

De kartläggningar av individfall som beskrivs ovan skapar mer av levande bilder om hur olika verksamhetsinsatser sker vilket sällan ges möjlighet för professionen som i de flesta fall enbart ser sina egna insatser. Även när journaler från andra vårdgivare studeras är det svårt att få hela bilden. De beskrivningar som redovisats ovan är alla hämtade från journal- och registerdata som är komplexa att få grepp om och som det idag krävs omständliga medgivanden för att samla ihop. Beskrivningarna ovan illustrerar att andra kartläggningsverktyg, som exempelvis grafiska framställningar av vård- och omsorgsprocesser i kombination med kostnadssammanställningar, är ett viktigt verktyg för kunskaper om patienterna och översikt om hur omfattande kvalitetsvinster kan uppnås – ofta även i kombination med relativt omfattande resursvinster.

Några exempel på andra framträdande kostnadsdrivare i samband med granskning av patientfall inom SKL-studien 2011 är följande:

- *Bristande samspel mellan olika ansvarsgränser och insatser*

I övergångarna mellan olika vård- och omsorgsområden brister kontinuiteten på systemnivå runt en patient. Ofta innebär detta att viktiga insatser för att exempelvis stabilisera en situation inte utförs, att insatser utförs i fel ordning eller på ett felaktigt sätt. Det finns tydliga tecken på att det insatsorienterade systemet inte skapar tillräckligt bra samverkan mellan insatser av sammanlagt stor betydelse för de mest sjuka äldre. I vissa fall ses exempel där insatser kan vara kontraproduktiva. Studier av många individfall bland de mest sjuka äldre lägger grund för en bedömning att alla insatser skulle kunna få ett större och mer bestående resultat om de samordnades bättre. Bristen på samspel på detta sätt är också påtagligt tydligt inom läkemedelsförskrivningen vilket har inneburit stor risk för patienterna och kraftig ökning av slutenvården. Bättre samspel förutsätter dock att ersättningssystemen är anpassade för insatsövergripande tjänster som verkar horisontellt över dagens vård- och omsorgssystem. I dessa sammanhang spelar beställarstyrningen och innovativ samverkan över huvudmannagränser mycket viktiga roller för att utveckla ett nytt tänkande och genomförande av insatsintegrerande arbetsmodeller.

- *Ingen samlad patient/individöversikt*

Det saknas ansvar och funktioner för att löpande skaffa överblick av en patients situation av vård och omsorg. Mycket viktig kunskap finns i journal- och registerdata men dessa används främst för ”dagboksliknande” noteringar och som grund för att yrka ersättning. En systematisk bearbetning och utveckling av kunskap om patienten utförs inte trots att det kan göras tillgängligt. Det råder inte brist på viktig information om patienterna som väsentligt kan bidra till att effektivisera verksamheterna (innefattande kvalitets- och resursförbättringar).

- *Stor brist på förebyggande fokus*

En förbättrad överblick och kännedom om äldre individer, även de som idag inte ingår i gruppen mest sjuka äldre, skulle ge möjligheter till inhämtning av stora kvalitets- och resursvinster genom att arbeta med förebyggande insatser och system för aktiv hälsostyrning. Speciellt markörer eller indikatorer på ADL-området, inklusive kognitiva måttetal, kan ge viktiga signaler om insatser som bör sättas in och i rätt tid för att minska tyngden av vårdbehov längre fram. Då få hälsoorienterade insatser med fokus på förebyggande utförs idag har flera geriatriska studier visat på hur snabbt hälsotillståndet kan försämrats och därmed hur vård- och omsorgsbehoven kan eskalera utifrån tillstånd som begynnande skörhet eller skröplighet. Aktiv hälsostyrning blir mest värdefull om den sker tidigt; långt innan tyngden har blivit omfattande i slutenvården.

- *Fragmenterat insatsfokus, insatsstyrning och insatsersättning*

Kartläggningar av individfallen visar på att många insatser utförs och med stora resurser involverade. De medicinska resultaten visar också på allt bättre effekter till följd av ökande kunskaper och ständig utveckling av avancerad medicinsk teknik som kan utnyttjas allt högre upp i åldrarna. Samtidigt så finns viktiga utmaningar i att utveckla starkare funktioner som kan koordinera bättre och rakare vårdkedjor.

- *Otrygghet utifrån brist på information och kontakt*

Vården och omsorgen består till stora delar av information som används av professionen parallellt med insatserna. Informationsgivningen till patienterna är dock fortfarande begränsad och i synnerhet i format och kanaler som är anpassade för de mest sjuka äldre. Speciellt riktad information till storkonsumenterna av vård och omsorg borde vara en kärntjänst för verksamheterna men då detta många gånger saknas blir avsaknaden av information till den äldre en kostnadsdrivare. En stor del av informations- och kontaktarbetet för de mest sjuka äldre utförs av anhöriga som brukar beskrivas som experimenterande ”vårdlogistiker”. Oavsett om det är en anhörig eller den äldre med löpande behov av vård och omsorg visar kartläggningar av en del fall på många telefonsamtal och ibland även frekventa mottagningsbesök pga. bristen på information och trygghet. Bättre informationsgivning kan innebära att belastningen på vården minskar.

Slutsatser om systembrister och strategier för högre värdeskapande

I detta avslutande avsnitt härleds, utifrån kartläggningar av individfall inom målgruppen mest sjuka äldre samt konstaterade kostnadsdrivare, ett antal slutsatser om troliga systembrister. Dessa kan anses som några av de mest grundläggande och därmed viktiga att bemöta med nya grepp för att kunna utföra en bättre vård och omsorg till en målgrupp med stora behov; de mest sjuka äldre. Åtgärder av dessa systembrister är också högst väsentliga för att få ut mer av de omfattande resurser som idag sätts in; att vården och omsorgens huvudmän försäkras sig om att fokus ligger på effektivitet i resursanvändningen då de sammanlagda resurserna behöver utnyttjas på bästa sätt – nu och framöver.

Skifta från behovsbedömning och planering på insatsnivå till behovsbedömning och planering på individnivå

Studier av de olika individfallen och kostnadsanalyserna på såväl övergripande nivå som individnivå visar på att de behov, som i de allra flesta fall är viktigast för de äldre multisjuka, inte bemöts på ett bra sätt trots många goda enskilda insatser inom olika vård- och omsorgsområden.

Grundläggande för effektivitet i resursanvändning och kvalitet gentemot målgruppen bygger på att insatser organiseras utifrån de sammanhängande behoven för denna grupp. Den äldres ”livssituation” bör utgöra utgångspunkten för behovsbedömningar och planeringar av lämpliga insatser i samverkan. Dagens ”system” för omhändertagande definieras från olika delar (insatsområden) för att försöka bemöta en helhet bestående av individens situation. Istället borde verksamheten för denna ”storkonsumentgrupp” definieras tvärtom utifrån individens situation (helheten) först, och därefter borde de olika relevanta insatserna planeras och genomföras.

- *Slutsats 1: Då det saknas uppgiftsansvar för att bedöma behov och planera insatser utifrån den äldre multisjukets ”livssituation” (helhetsbilden av behov inom vård och omsorg) används resurser på ett icke-rationellt sätt vilket ökar kostnaderna och sänker kvaliteten.*

Det är av stor betydelse för effektivitet och kvalitet att ”storkundernas” omfattande behov förstås utifrån en helhet och planeras därefter. Ansvar och styrning utifrån enskilda insatser fungerar bättre för friskare målgrupper än de äldre multisjuka.

- *Strategi: Etablera uppgiftsansvar för kartläggning, bedömning och planering utifrån den äldre multisjukets ”livssituation” med syfte att förbättra överensstämmelsen mellan behov och insatser – och därmed öka effektiviteten för såväl patient som produktion.*

Vård och omsorg till äldre multisjuka består av flera olika och kritiska kärntjänster

För att vården och omsorgen till den äldre multisjuka ska bli effektiv, utifrån såväl resursanvändning som kvalitet, är det viktigt att se att verksamheten inte enbart består av tjänster utifrån olika direkta insatser från vården och omsorgen.

Viktiga kärntjänster till den äldre multisjuka består dessutom av exempelvis förebyggande insatser, trygghetstjänster, kontinuitet genom dedikerade resurser och planering, löpande kontroller och monitorering, information och kommunikation anpassad till individsituation samt anhöriginformation. Samtliga av dessa kärntjänster, rätt utförda, bidrar till att öka möjligheterna att ge rätt insatser i rätt tid samt minska behoven av vård och omsorg samtidigt som kvalitet (främst för individen) ökar. Idag utförs dessa kärntjänster i vissa sammanhang styckevis och delat men genom att ses som etablerade tjänster på samma nivå som varje vård- och omsorgsinsats bör detta kunna utvecklas mer systematiskt och därmed bidra till sammantaget bättre resursanvändning i vården och omsorgen till de äldre multisjuka.

- *Slutsats 2: Vård- och omsorg till äldre multisjuka består av ett antal viktiga kärntjänster; förutom direkta vård- och omsorgsinsatser även individuell planering av olika vård- och omsorgstjänster, trygghetshantering, informations- och upplysningstjänster, bevakning och uppföljning, samverkan med anhöriga. När dessa tjänster inte utförs ökar kostnaderna då fler insatser måste utföras nu eller senare.*
- *Strategi: Tydliggör och ansvarssätt de kritiska kärntjänsterna som är av betydelse för äldre multisjuka (utöver vård- och omsorgsinsatser) med fokus på att planera och möta behov innan de ökar ytterligare.*

Distribution; inte tillräckligt bra anpassning av hur tjänsterna överförs till de äldre multisjuka

För att vård- och omsorgstjänster ska bli effektiva i resursanvändningen och ha god kvalitet är det avgörande på vilket sätt tjänsterna överförs. De kartlagda individfallen visar att överföringen av tjänsterna ofta inte passar denna målgrupp som har klara begränsningar för hur man kan involveras i vården och omsorgen.

I princip samtliga specialistinsatser utförs genom ett leveranssystem som består av mottagningar till vilken den äldre måste bege sig. Dessutom är dessa mottagningar uppdelade på olika specialiteter vilket innebär att den äldre multisjuka ofta behöver göra fler besök än vad som egentligen borde vara nödvändigt. Avancerad hemsjukvård är mycket ovanligt och hemsjukvård utifrån ”bassjukvården” är relativt begränsad för många. Läkare som utför hemsjukvårdsinsatser mot målgruppen är mycket få. Patientcentrumbildningar riktade mot äldre multisjuka, exempelvis geriatriska centrum, är mycket ovanliga. Likaså gäller detta för team med relevant kompetensmix för den äldre multisjuka. Många individer i målgruppen som borde ha hemsjukvård har inte detta utan får istället uppsöka vårdcentralens mottagning. Bristen på anpassning av hur primärvården levererar sina tjänster kan innebära att denna vårdform inte utnyttjas som den borde. Specialistvårdens mottagningssystem kan, trots att denna leveransform inte passar målgruppen, bli utnyttjad mer då det inte finns en första linjens vård och omsorg som utförs i former och med tillräcklig (access till) specialistkompetens som passar målgruppen.

- *Slutsats 3: Brist på anpassning av hur vård- och omsorgstjänster bäst överförs till målgruppen mest sjuka äldre ökar kostnaderna.*
- *Strategi: Det krävs mer fokus och utvecklingsarbete inom distribution; hur tjänsterna överförs gentemot den speciella målgruppen mest sjuka äldre.*

Avslutande synpunkter

Ett bättre utnyttjande av de samlade resurserna, och med ökat värdeskapande för de mest sjuka äldre, handlar främst om tre viktiga funktioner som behöver utvecklas:

- 1) *Sammanlänkning av olika insatser* så att ett ökat mervärde kan uppstå; exempelvis nya teambildningar av kompetenser, patientanpassade vårdkedjor utifrån olika typsituationer för mest sjuka äldre och bättre övergripande sammanlänkning av första linjens vård och omsorg med den ”andra linjen” av specialistinsatser.
- 2) *Identifiera, utveckla och etablera de kärntjänster* som idag utförs begränsat, osystematiskt eller inte alls; vid sidan om kärntjänsterna inom medicinska vård- och omsorgsinsatser exempelvis ”individ-intelligence”/monitorering (samlad information och kunskap om storkonsumenterna), planeringstjänster, förebyggande tjänster, trygghetstjänster (främst genom anpassad information), fast patientkontakt för individer med mycket stora behov.
- 3) *Nytänkande kring förmedling av tjänster* innebärande mer kunskap och fokus på hur tjänsterna kan överföras i former som skapar mer effektivitet för såväl mottagaren av tjänsterna som utförarverksamheterna; exempelvis hemsjukvård genom teambildningar, patientcentrumbildningar, monitoreringstjänster (exempelvis i hemmet).

Dessa tre övergripande funktioner kräver investeringar och kan vara dyrare per enhet i driftssituationer jämfört med separata insatssystem. Typexemplet är ett vårdteam eller en äldrevårdscentral som i jämförelser med olika öppenvårds-mottagningar ofta kostar mer att driva. De stora resursvinsterna finns dock i att få hela vård- och omsorgssystemet att fungera bättre med färre inläggningar i slutenvården, färre akutmottagningsbesök och patienter som upplever ett stabilare och mindre sjukligt tillstånd. Framför allt borde det vara en målsättning att undvika den dyra slutenvården, som är en dominerande del i kostnadsbilden för de mest sjuka äldre, vilket gynnar såväl resurserna som patienterna för de fall då god vård kan ges tidigare och närmare patienterna.

Av ovan framgår att utvecklingen mot en bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre i första hand handlar om nytänkande och individfokuserade arbetsmodeller för vård och omsorg. Detta bör sedan i nästa steg kombineras med ersättningsmodeller som stödjer den arbetsordning som ska utföras. Med ett ersättningssystem med fokus på separata insatser som idag kan inte dessa utvecklingsprojekt överleva. Av detta har vården och omsorgen många erfarenheter där nytänkande arbetsmodeller ”dör ut” när projektpengarna tar slut.

Två förutsättningar hänger därför ihop; nytänkande och ”kundorienterad” organisering med ersättningssystem som styr efter de modeller man vill arbeta med. Var och en för sig (dvs. nya arbetsmodeller eller ändrade och mer raffinerade ersättningssystem i befintliga insatsstrukturer) håller inte för att uppnå de resultat som skulle behöva uppnås.

Referenser

Akner, Gunnar, Multisjuklighet hos äldre, Liber, 2005

Akner, Gunnar, Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler, Läkartidningen, nr. 44, 2010

Bowin, Rolf, Noren, Dag, Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg; kostnader, kostnadsdrivare och systembrister, delstudie inom ”Kvalitativ uppföljning av äldre multisjuka”, HCM Health Care Management/SKL 2011

Gurner, Ulla, Utanför sjukhuset; kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL, 2011

Haglund, Olle, Förebyggande och behandling av skörhet/bräcklighet hos äldre – ett hyperangeläget område, Medicinsk access nr. 7, 20120

Majanen, Peter, Mellberg, Lotta, Norén, Dag, Äldrelivsbranschen – en framtidsbransch, KK-stiftelsen, 2007

Nutek, Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential (nya trender mot patientfokus och effektivitet), R 2007:13, 2007

Nutek, Mer vård för pengarna . genom organisatoriska innovationer, R 2008:01, 2008

Socialstyrelsen, De mest sjuka äldre; avgränsning av gruppen, 2011

Schön, Per, Hagman, Lisbeth, Wånell, Sven Erik, TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för de mest sjuka äldre, Äldrecentrum, 2011

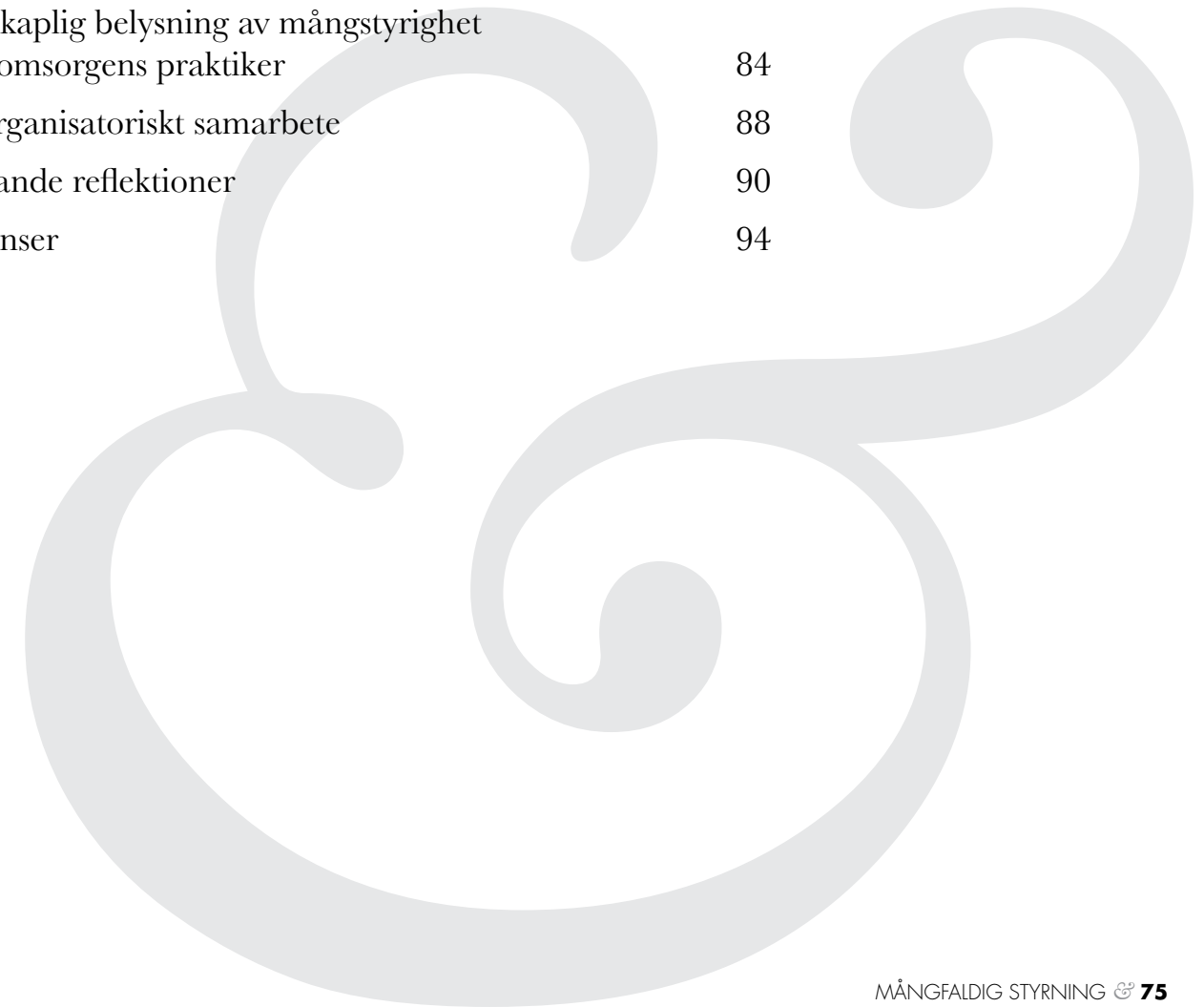


Mångfaldig styrning — *en teoriöversikt*

Karin Thoresson

Innehåll

Sammanfattning	76
Inledning	77
Tillvägagångssätt och disposition	79
Vård och omsorg i den offentliga sektorn – en bakgrund	80
Forskningen om styrning i vård- och omsorgspraktiker	81
Vetenskaplig belysning av mångstyrighet i äldreomsorgens praktiker	84
Interorganisatoriskt samarbete	88
Avslutande reflektioner	90
Referenser	94



Sammanfattning

Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre präglas, liksom hälso- och sjukvården generellt, av ett möte mellan ett antal styrsignaler av olika slag. Det handlar om olika regler, riktlinjer och standarder från olika avsändare, som avser påverka vård- och omsorgspraktiken i bestämda riktningar. Detta fenomen kan benämnas mångfaldig styrning och det är något som de vårdprofessionella har att hantera i sitt vardagliga arbete. Två eller flera styrsignaler kan verka i samma riktning, men det uppstår också motsättningar mellan de skilda hänsyn som olika styrförsök kan sägas representera.

Med anledning av de komplexa och sammansatta vårdbehov som är kännetecknande för de mest sjuka äldre tenderar den mångfaldiga styrningen att förstärkas, detta eftersom fler aktörer ingår i nätverket kring den äldre. Syftet med denna uppsats är att ge en arbetsdefinition av vad mångfaldig styrning är, att titta på vad vetenskaplig litteratur kan säga om hur detta fenomen hanteras i vårdpraktiker samt att specifikt diskutera det i relation till vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Till grund för uppsatsen ligger en litteraturstudie.

Forskningen om styrning av hälso- och sjukvård är omfattande och involverar flera forskningsfält. När det gäller den forskning som inriktats på vilken betydelse som styrning har i praktiken tenderar de flesta studier att följa enskilda styrsignaler. Ett viktigt resultat av litteraturstudien är därmed att den forskning som finns om hur mångstyriighet hanteras i vård- och omsorgspraktiker är mycket begränsad. Några studier visar emellertid hur de vårdprofessionella dels formas av olika styrsignaler och dels hur de vårdprofessionella samtidigt formar själva styrsignalerna genom tolkning, översättning och anpassning. Detta framstår som nödvändigt för att få vårdens vardag att fungera, dels på grund av motsättningar mellan olika styrsignaler men också med hänsyn till regelbundna avvikelser från styrningens utgångspunkter. Utöver detta betonar många forskare vårdsituationens komplexitet och den goda omsorgens lokala och situationsberoende karaktär.

Inledning

I vårdens vardag möts ett betydande antal regler, riktlinjer och standarder av olika slag. De vårdprofessionella – läkare, sjuksköterskor och andra – måste i sitt dagliga arbete hantera många styrsignaler som kommer ifrån olika avsändare. Tänk dig en situation där en läkare på en vårdcentral för första gången ska skriva ett recept på ett blodförtunnande läkemedel för en av sina patienter:¹

Vilka regler, riktlinjer och standarder är tillämpliga i en sådan situation? Vilken styrning kan med andra ord i någon mening ses som aktiva försök att påverka hur denna situation förloper? Med lite inlevelse blir listan lång och varierad: Regler om behörighet att förskriva läkemedel, samsas med Socialstyrelsens riktlinjer, det aktuella landstingens läkemedelslista med rekommenderade läkemedel och primärvårdens resultatansvar, osv.²

Föreställ dig nu också att patienten är lite över åttio. Hon har hjärtproblem och besväras även av yrsel. Det senaste halvåret har hon ramlat ett flertal gånger, ett par gånger så illa att hon fått åka till sjukhusets akutvårdsmottagning. Hon har svårt att gå längre sträckor, inte bara på grund av yrseln. Den senaste gången hon föll slog hon i höften så illa att hon fick en fraktur. Många kvinnor i hennes ålder är bensköra. Hon är trött och lite orolig. Det är inte ovanligt att hon glömmer att ta sina olika mediciner ibland, trots att hon har fått en dosett för att hålla ordning på vad som ska tas och när.

Den patient som beskrivs ovan skulle stämma in i den grupp som vi i dessa texter karaktäriserar som de mest sjuka äldre – människor som ofta har kommit upp i den så kallade fjärde åldern³ och som lider av minst två sjukdomstillstånd eller allvarliga besvär samtidigt: de är multisjuka. De är ofta i åttiotaårsåldern, de är beroende av andra och deras sjukdomar och besvär kommer i de allra flesta fall inte att gå över. Vården och omsorgen handlar om lindring, mer sällan om bot.⁴ Den handlar om att kunna leva ett så gott liv som möjligt med sjukdom.

I båda exemplen ovan ställs den vårdprofessionella inför ett antal styrsignaler. Han eller hon måste avgöra vilka av dessa som är tillämpliga i den aktuella vårdsituationen och hur de förhåller sig till varandra. Det är enkelt att se hur det kan uppstå motsättningar mellan styrsignaler, även i en rutinartad vårdsituation. Hur ska exempelvis det medicinskt optimala vägas mot patientens autonomi? Och mot ekonomiska hänsyn? I exemplet med den multisjuka patienten blir situationen än mer komplex. Det beror på att patientens sammansatta och komplexa sjukdomstillstånd och vårdbehov för det första aktualiserar fler regler och riktlinjer, samtidigt som det blir mer komplicerat att följa dessa. Ta bara förskrivningen av läkemedel: Hur påverkar blodtryckssänkande medel patientens yrsel? Kommer risken för fallolyckor att öka? Hur interagerar medicinen med de andra läkemedel som patienten får? Vad som är en lämplig behandling för en patient med en diagnos är inte nödvändigtvis rätt behandling för en som är multisjuk. När det gäller behandlingsriktlinjer för patienter med hjärtproblem; vad baseras den riktlinjen på? Är det kvinnor över åttio som ingått i de stora kliniska prövningar som utgör riktlinjens evidens? Om det inte är det – vilken betydelse har det för riktlinjens tillämpbarhet i den aktuella

¹ Exempel inspirerat av Helgesson 2011a.

² Helgesson 2011a.

³ Gurner & Thorslund 2003.

⁴ Gurner & Thorslund 2003.

5 Helgesson 2011a s. 1.
6 Carlsson-Wall, Kraus & Lind 2011.
7 Anell & Mattisson 2009 s. 13.
8 Se t.ex. Kraus 2007.

situationen? En andra orsak till att situationen blir mer komplex är att multisjukligheten drar samman många olika aktörer, vilket kräver ett fungerande samarbete för att hela vårdupplevelsen ska bli bra för patienten. I det nätverk som bildas runt patienten ingår kommunen som huvudman för äldreomsorgen, landstingen som huvudman för sjukvården, eventuellt ingår privata vårdnadsgivare och säkerligen flera olika specialiserade kliniker och professionella grupper. I relation till det kan en tredje viktig aspekt nämnas: äldre, multisjuka patienter kan sällan själva fungera som en sammanhållande och aktiv länk mellan dessa olika aktörer. I den konkreta vårdsituationen innebär allt detta att den läkare som ska skriva ett recept på ett läkemedel måste beakta en mängd olika hänsyn, där just mötet mellan olika riktlinjer, standarder och regler utgör en betydande aspekt.

Den här uppsatsen handlar om fenomenet mångfaldig styrning – mångstyrighet – och hur denna kan ta sig uttryck i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Med mångfaldig styrning menas att vård- och omsorgspraktiker, det vill säga konkreta verksamheter, ”mottar en mängd olika styrsignaler från flera olika källor.”⁵ Den vertikala styrningen inom en organisation, exempelvis ett landsting, en kommun eller ett vårdföretag, är endast ett av flera styrimperativ som syftar till att påverka vårdsituationen i en viss riktning. Förutom den *intraorganisatoriska*⁶ styrningen förekommer också styrning från en rad externa aktörer, företrädesvis olika statliga myndigheter. Hälso- och sjukvården i Sverige regleras av flera olika myndigheter: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket samt den nyinrättade myndigheten Vårdanalys, en myndighet med uppgift att granska hälso- och sjukvården ur ett patient- och brukarperspektiv. Ett sätt att uttrycka detta på är att alla dessa myndigheter genom regler, riktlinjer och standarder uttrycker olika hänsyn som ska beaktas i en konkret vårdsituation och påverka hur den förlöper.

Inom äldreomsorgen blir det extra tydligt att en god omsorg kräver ett interorganisatoriskt samarbete, det vill säga en form samverkan som involverar samarbete eller samordning mellan olika organisatoriska enheter.⁷ En *interorganisatorisk* styrning, som reglerar hur organisationer ska samarbeta, kan också läggas till listan av styrsignaler. Det kan handla om att organisera verksamheters samarbete genom gemensamma möten⁸ eller att reglera parternas egna och gemensamma åtaganden i ett avtal.

Uppsatsens syften är följande:

- 1) att ge en arbetsdefinition av vad mångfaldig styrning är,
- 2) att redogöra för vad vetenskaplig litteratur kan säga om hur mångfaldig styrning hanteras i vårdpraktiker,
- 3) att specifikt diskutera det i relation till vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Eftersom mångstyrigheten förstärks i det nätverk av aktörer som knyts till den multisjuka äldre, ska jag även beröra interorganisatoriskt samarbete i relation till mångstyrighet.

Tillvägagångssätt och disposition

Redan i detta avsnitt blir jag tvungen att föregripa resultatet av den litteraturomgång som följer av det andra delsyftet. Forskningen om styrning av hälso- och sjukvård är omfattande och involverar flera forskningsfält. När det gäller den forskning som inriktats på vilken betydelse som styrning har i praktiken tenderar de flesta studier att följa enskilda styrsignaler. Ett viktigt resultat av litteraturstudien är därmed att forskningen om hur mångstyrighet hanteras i vård- och omsorgspraktiker är mycket begränsad. Trots att många forskare har observerat fenomenet mångfaldig styrning, har denna observation i de allra flesta fall stannat vid ett konstaterande.⁹ Några senare studier berör att mångfalden av styrsignaler kan ha betydelse i praktiken: att de och eventuella motsättningar mellan dem måste hanteras, samt att det kan finnas interaktionseffekter.¹⁰

Detta forskningsläge har haft implikationer för mitt tillvägagångssätt såväl som för uppsatsens disposition. Det har för det första inneburit att jag har valt att ge en högst övergripande redogörelse för de forskningsfält som engagerat sig i styrningen av hälso- och sjukvården (äldreomsorgen inkluderad). Denna redogörelse kan inte på något sätt betraktas som uttömmande för respektive fält utan syftar istället till att ge en orientering till vem som visat intresse för styrning av hälso- och sjukvård, hur man närmat sig detta – hur och från vilka utgångspunkter som styrningen har problematiserats – och något om vilka övergripande likheter och skillnader som framträder mellan dessa forskningsfält. För det andra har den begränsade forskningen om mångstyrighet specifikt inneburit att jag valt ut ett fåtal studier som jag ger relativt stort utrymme.

Mitt konkreta tillvägagångssätt har sett ut som följer. Jag har systematiskt sökt litteratur på två stora databaser: Scopus och Libris. Scopus är en bred tvärvetenskaplig databas som håller erkänt hög kvalitet. Här har jag sökt relevanta, vetenskapliga artiklar publicerade i internationella peer-reviewade tidskrifter.¹¹ Libris har i huvudsak använts för en sökning bland avhandlingar, företrädesvis svenska. Sammanlagt har jag gått igenom över sjuhundra träffar, men endast en liten del av dem har haft bäring på uppsatsens frågeställningar. Utöver detta har jag också studerat tongivande bidrag inom respektive forskningsfält, litteratur som inte behandlar mångstyrighet specifikt men väl olika typer av styrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta har lett till ytterligare referenser.

Uppsatsen är disponerad så att detta inledande avsnitt, i vilket jag har exemplifierat och formulerat en arbetsdefinition av mångfaldig styrning, följs av en bakgrundsbeskrivning där jag med breda penseldrag tecknar en bild av den offentliga sektorns utveckling under de senaste två decennierna. Denna bakgrund har betydelse för styrningen – men också för *forskningen om* styrningen – i hälso- och sjukvårdssektorn. I anslutning till det följer en beskrivning av de olika forskningsfält som engagerat sig i dessa frågor, också den tecknad med breda penseldrag. Jag gör därefter en kort summering och går vidare till ett avsnitt där jag behandlar mångstyrighet i vård- och omsorgspraktiken närmare genom att i huvudsak koncentrera mig på två studier: redovisningsforskaren Kalle Kraus avhandling

9 Blomqvist 2007, Brunsson & Jacobsson 2000, Epstein 2009, Fernler & Helgesson 2006, Lampland & Star 2009, Sahlin-Andersson 1999, Timmermans & Epstein 2010.

10 Lampland & Star 2009, Fernler & Sjögren (kommande), Timmermans & Epstein 2010.

11 Jag har använt mig av sökorden *elder* or old* (keywords) AND control* or standard* or management* or guideline* (keywords) AND practice* or dilemma* or problem* or conflict* (article title, abstract, keywords) AND care* (article title, abstract, keywords)*. Även denna relativt specificerade sökning gav ett stort antal träffar, varför jag använt mig av ytterligare avgränsningar: *samhällsvetenskap och humaniora* samt ett antal ämnesområden. Detta resulterade i en träfflista omfattande drygt 600 st träffar.

12 Second review.
13 Power 1997, Rothstein 2001, Barretta & Busco 2011, se också Sahlin-Andersson 2006, Lindberg 2002, Blomqvist 2007, Szebehely 2005, Vabø 2005.
14 Lindberg 2002 s. 15.
15 Szebehele 2005, Öhrming 2008.
16 Öhrming 2008, även Lindberg 2002 s. 16f.
17 Lindberg 2002 s. 16f.
18 Cyert & March 1963.
19 Anell 2007.
20 Lindberg 2002 s. 17.
21 Lindberg 2002 s. 14ff.
22 Se t.ex. Barretta & Busco 2011.
23 Levay & Waks 2006.

Sven, inter-organizational relationships and control och en studie om praktiker kring nutrition på en geriatrisk klinisk som genomförts av redovisnings- och organisationsforskarna Karin Fernler och Ebba Sjögren. Den text som jag refererar till här är under slutfasen av publiceringsprocessen.¹² Med dessa studier som bas – de enda studier som jag har funnit som behandlar hur mångfaldig styrning hanteras inom äldreomsorgens praktiker – anknyter jag också till ytterligare litteratur av relevans. Detta följs av en närmare diskussion om interorganisatoriskt samarbete. Det sista avsnittet består av avslutande reflektioner.

Vård och omsorg i den offentliga sektorn – en bakgrund

Den västerländska utvecklingen av hälso- och sjukvården, liksom utvecklingen av den offentliga sektorn i bred bemärkelse, har de senaste decennierna ofta beskrivits under benämningen New Public Management (NPM). I följdvattnet av en omfattande kritik om en byråkratisk, dominerande och ineffektiv statsapparat har förändringar skett som, mycket förenklat, kan beskrivas i termer av decentralisering och införandet av olika former av marknadskonstruktioner och -lösningar.¹³ Verksamheter som tidigare utförts i statlig regi har genom reformer i större utsträckning ålagts andra offentliga aktörer, alternativt har de tidigare utförts i offentlig regi och ålagts privata aktörer. ÄDEL-reformen, som bland annat innebar att kommunerna fick överta landstingens ansvar för äldreomsorgen, är ett exempel på en sådan decentralisering.¹⁴ På senare år har möjligheterna för privata aktörer att bedriva äldreomsorg också blivit större, vilket illustrerar hur offentliga verksamheter organiseras för att i högre utsträckning likna den privata sektorn.¹⁵

De marknadskonstruktioner som på senare år blivit kännetecknande för den offentliga sektorn vilar på idéer om att konkurrensen mellan en mångfald av exempelvis vårdgivare ska fungera som en mekanism som driver fram innovation, kvalitet och effektivitet samtidigt som de verkar emanciperande för medborgarna, som ju står fria att välja som kunder och konsumenter av offentligt finansierade tjänster. Därmed har en effekt varit att aktörerna har blivit fler inom hälso- och sjukvårdsområdet. En närliggande utveckling har också varit en ökad specialisering.¹⁶ Den ökade specialiseringen kan ses som ett sätt att hantera de förändrade kraven genom att särskilja och renodla från början sammansatta och komplexa verksamheter i syfte att göra dem lättare att mäta och utvärdera.¹⁷ Till detta hör att uppdelning också är ett sätt att hantera mångfalden av alternativ och intressen.¹⁸ Specialiseringen inom hälso- och sjukvården har bland annat relateras till läkarprofessionens intressen.¹⁹ Som organisationsforskaren Kajsa Lindberg påpekar har utvecklingen med andra ord inneburit att nya gränser dragits upp inom och mellan organisationer. Hon menar att organisationer inom hälso- och sjukvården i och med denna förändring tenderar att göra snävare bedömningar av vilka uppgifter som faller inom ramen för det egna uppdraget.²⁰ Allt detta ställer högre krav på samverkan eller interorganisatoriskt samarbete, det vill säga gränsöverskridande aktiviteter i syfte att lösa uppgifter som berör flera organisationer samtidigt.²¹

Trots goda intentioner har de förändringar som beskrivs ovan inte varit fria från komplikationer.²² Verksamheter som vård och utbildning är komplexa och omfattar ett antal olika värden. Det är verksamheter som till sin karaktär är svåra att följa upp och utvärdera,²³ samtidigt som de är oerhört centrala i det västerländska välfärdssamhället. Som nämns ovan ställer den ökade fragmenteringen av hälso- och sjukvården högre krav på samarbete över organisationsgränser,²⁴ vilket inte minst aktualiseras i omsorgen av de äldre. I decentraliseringen och marknadsanpassningen av offentliga verksamheter uppstår också nya och omfattande behov av styrning och uppföljning. Det följer av det övergripande statliga ansvaret, men också av beställar-utförar-modeller där offentligt finansierad sjukvård eller omsorg sker i privata vårdgivares regi (i vilka landsting och kommuner utgör beställare). Aktörer som tidigare själva både ansvarade för och utförde vårdverksamheten får därmed en ny roll. Styrningen förändras till att bli mer distanserad och det typiska är att den utövas genom regleringar och uppföljning av resultat. Flera forskare understryker att äldreomsorgen genomgått betydande organisationsförändringar.²⁵ Problem i organisering, styrning och inte minst samordning inom äldrevården har påpekats av bland andra Ulla Gurner och Mats Thorslund.²⁶

Sammanfattningsvis har de förändrade ansvarsrelationerna genererat nya former av styrning som fört med sig en betydande expansion för redovisning, granskning och utvärdering,²⁷ även i ett internationellt perspektiv.²⁸ I Sverige har vi kunnat se tillkomsten av mindre myndigheter och andra statliga organ vars huvudsakliga uppdrag utgörs just av granskning och utvärdering. På hälso- och sjukvårdsområdet har det senaste tillskottet varit Myndigheten för Vårdanalys (MyVA), men även SBU kan räknas till denna kategori. SBU var vid bildandet 1987 i internationellt perspektiv en av de första myndigheterna i sitt slag.²⁹ Vissa forskare har påpekat att styrningen och organiseringen av hälso- och sjukvården nu ”nått bortom” NPM, åtminstone bortom dess tidiga former.³⁰

Forskningen om styrning i vård- och omsorgspraktiker

Förändringen av den offentliga sektorn, i vilken expansionen av reglering och styrning i nya former är en del, har även satt vetenskapliga avtryck. Flera olika forskningsfält har engagerat sig i och även medverkat till dessa förändringar. Forskningen om NPM och styrning i termer av governance är alltför omfattande för att gå in på här. Något som bör sägas är dock att tillämpade system för styrning, redovisning och uppföljning i hög grad är sammanvävd med vetenskap och expertis. Detta gäller exempelvis företagsekonomisk, normativt orienterad redovisningsforskning vars övergripande intresse kan beskrivas som att bidra till effektiva system för styrning och redovisning. Ytterligare två exempel, av särskild relevans för hälso- och sjukvårdsområdet, är den utpräglade kunskapsstyrning som går under namnet *evidensbaserad medicin* (EBM) samt implementeringsforskning, vilket i hög grad hänger ihop med målsättningar inom EBM.³¹ EBM vilar på en idé om att hög effektivitet och kvalitet i vården uppnås genom att den kliniska praktiken baseras på bästa tillgängliga kunskap (vilket i sammanhanget uteslutande syftar på vetenskaplig kunskap). Som många forskare påpekar är EBM närmast att betrakta som en rörelse, framdriven som ett kvalitetssystem

22 Se t.ex. Barretta & Busco 2011.
23 Levay & Waks 2006.
24 Öhrming 2008, Barretta & Busco 2011.
25 Thorslund 2007, Szebehely 2005a.
26 Gurner & Thorslund 2003, Thorslund 2007.
27 Levay & Waks 2006b, Sahlin-Andersson 2006.
28 Power 1997, Barretta & Busco 2011.
29 Bohlin & Sager (red.) 2011, s. 10.
30 Sahlin-Andersson 2006 s. 36. Se även Barretta & Busco 2011.
31 Nilsen, Per 2010b.

32 Bohlin & Sager 2011, Nilsen 2010b, Timmermans & Berg 2003, Timmermans & Epstein 2010, Fries, Helgesson & Fernler 2006.
33 Eccles et al. 2009, Heyland et al. 2010, Nilsen 2010a, Nilsen 2010b.
34 För en historisk översikt av implementeringsforskning se Garpenby 2010.
35 Se Timmermans & Epstein 2010, Timmermans & Berg 2003.
36 Timmermans & Berg 2003, Timmermans & Epstein 2010, Bohlin & Sager 2011.
37 Berg 1997.
38 Bowker & Star 1999.
39 Brunsson & Jacobsson 2000.
40 Se t.ex. Berg 1997, Mol 2002, Mol 2011, Timmermans & Angell 2001, Timmermans & Berg 2003, Timmermans & Epstein 2010.
41 Se t.ex. Bowker & Star 1999, Epstein 2007, Epstein 2009, Helgesson, C-F 2011b, Sjögren 2006a, Sjögren 2006b, Timmermans & Epstein 2010 samt Brunsson och Jacobsson 2000. Se även Fernler & Helgesson 2006 om utformningen av kunskapsbaserade regler även utanför hälso- och sjukvårds-sektorn.
42 Helgesson 2011, Fernler et al. 2008, Sjögren 2006a, Sjögren 2006b.

inom den medicinska professionen i bred bemärkelse.³² Denna rörelse har vunnit starkt fäste internationellt och har ivriga förespråkare såväl som skarpa kritiker.

Implementeringsforskare har intresserat sig för hur riktlinjer, regleringar och andra styrförsök kan omsättas i den praktiska verksamheten på ett sätt som ger avsedd effekt. En tidig iakttagelse är nämligen att implementeringen av regler och riktlinjer inte alls är någon okomplicerad fråga: ofta blir det inte som det är tänkt.³³ Detta fält kännetecknas av en top-down-approach, det vill säga att utgångspunkt tas i en specifik riktlinje och att det är den praktik som styrningen avser som problematiseras genom forskningsfrågor som: Varför fungerar det inte i praktiken? Hur kan lärande och förändring understödjas? Forskningen är inriktad på ett nyttogörande av medicinsk kunskap, ett vetenskapligt engagemang som syftar till att bidra med något till vad man uppfattar som praktiska behov och problem.³⁴ Samtidigt har en del av detta – dock inte på ett generellt eller entydigt sätt – inneburit en samproduktion där vetenskapen tydligt bidragit till att formulera vårdpraktikens problem och behov. Den senare iakttagelsen har i synnerhet gjorts inom det fält som kallas teknik och vetenskapsstudier, eller med den internationella benämningen *Science and technology studies* (STS, härnå efter STS-fältet).³⁵

STS-fältet är en del av en samhällsvetenskaplig tradition. Fältets främsta intresse rör, som framgår av akronymen, den roll som vetenskaplig expertis och teknologier har i samhället – här i styrning, redovisning och utvärdering av hälso- och sjukvård. Inte minst har fenomenet EBM fångat dessa forskares intresse,³⁶ liksom försök och teknologier för att implementera en evidensbaserad praktik³⁷ (samt den standardisering som är grundläggande för EBM), men även standardisering i bredare bemärkelse.³⁸ Som Brunsson och Jacobsson påpekar är standardisering central i styrning.³⁹ Till skillnad från den top-down-approach som nämndes ovan har STS-forskare antagit den motsatta utgångspunkten: den medicinska praktiken. Här har riktlinjer och standarder ofta problematiserats i det analytiska ljuset av den medicinska praktikens mikrokosmos – en rik flora av kroppar, teknologier och andra materialiteter, liksom av rutiner, synligt och osynligt arbete, aktiviteter, kategorier, professioner, hierarkier och gemenskaper.⁴⁰ En ledstjärna har varit att analytiskt uppmärksamma den lokala praktiken, det som påverkas av situationen, det komplexa: sådant som inte låter sig standardiseras så lätt. Men intresset för regler och standardisering har också yttrat sig i studier av praktiken kring *skapandet* och *utformningen* av regler och standarder. Här har forskare, varav flera inspirerade av STS-fältets konstruktivistiska ansatser till kunskap, visat hur reglering och standardisering inbegriper kategorisering, bedömning, och hantering av exempelvis motsägelsefulla kunskapsanspråk.⁴¹ En viktig slutsats som är av relevans för hur regler och standarder fungerar i praktiken är att den kunskap som ligger till grund för särskilt kunskapsbaserad styrning (som t.ex. EBM) sällan är så stabil, entydig och generell som riktlinjerna kan ge sken av när de väl formulerats.⁴²

STS-fältet är emellertid inte det enda fält som närmat sig regler och riktlinjer utifrån praktikens horisont, istället för motsatsen. För att återgå till den företags-ekonomiska redovisningsforskningen finns här en tradition, också den en del av

en större kritiskt samhällsvetenskaplig tradition, av att beforska vad som händer i de praktiker som styrs – vad som händer med regler och riktlinjer och vad som händer med verksamheten. Denna forskning överlappar i hög grad med organisationsforskning, som på den disciplinära kartan kan placeras i gränslandet mellan företagsekonomi och sociologi. Organisationsforskningen har sedan länge uppmärksammat att den process i vilken problem och lösningar för organisationer formuleras inte kan betraktas som rationell eller given. Snarare är det så att utifrån kommande och utpräglat normativa föreställningar om hur verksamheter ska organiseras tenderar att få stort inflytande. Här har man också påvisat en diskrepans, eller särkoppling, mellan dessa idéers förankring i organisationers formella mål och riktlinjer och förankringen i konkreta rutiner och arbetsprocesser. För att en organisation ska vinna legitimitet genom att anamma en viss organisationsmodell krävs inte att denna modell sipprar ner hela vägen. Tvärtom kan avvikelser och modifieringar vara nödvändiga för att upprätthålla en fungerande verksamhet, i synnerhet med hänsyn till att flera och ofta motstridiga krav ställs på organisationer.⁴³

När det gäller de omfattande organisationsförändringar som den svenska äldreomsorgen genomgått finns det fortfarande stora kunskapsluckor rörande konsekvenserna, detta gäller inte minst effekterna för de som berörs i vårdpraktiken: patienter/brukare och de vårdprofessionella.⁴⁴ Enligt en kunskapsöversikt över forskningen om äldreomsorgen i Norden från 2005 har mycket av forskningen om NPM och äldreomsorgens styrning och organisering saknat ett ”gräsrots-perspektiv” liksom ett välfärdspolitiskt – eller socialpolitiskt – perspektiv. Det första innebär att forskningen till stor del har skett från ledningens och administratörens synvinkel, snarare än från brukarens och de vårdprofessionellas.⁴⁵ Det andra innebär att reformerna till stor del har skildrats som mer eller mindre neutrala: de har framstått som tekniska eftersom forskningen i mycket liten utsträckning har synliggjort och kritiskt problematiserat de värderingar som ligger till grund för dessa organisationsmodeller.⁴⁶ Här menar den norska äldreomsorgsforskaren Mia Vabø att trots att några studier påvisar svårigheterna för äldre att orientera sig med hänsyn till sina rättigheter i vård- och omsorgssystemet, lyser den forskning som sätter denna problematik i relation till NPM-reformerna med sin frånvaro. Hon skriver att det är en viktig uppgift för framtida forskning att belysa reformerna ur detta ljus och ställer frågan om välfärd, ökat individuellt ansvar och konsekvenserna för resurssvaga patientgrupper i förgrunden.⁴⁷

Vabø menar vidare att den forskning som finns om de vårdprofessionella och omsorgsarbetets förutsättningar antyder en upplevd konflikt mellan NPM-influerade styrprinciper och god omsorg. Det finns, menar hon, ett dilemma mellan transparens och god kvalitet och den främsta anledningen till det är att omsorgen i så hög grad är beroende av den individuella brukaren och situationen. Detta medför att den goda omsorgen förutsätter flexibilitet och situationsanpassning. I samma antologis sammanfattning skriver Marta Szebehely, professor i socialt arbete med lång erfarenhet av äldreomsorgsforskning, att forskningen om omsorgens vardag är mycket samstämmig på en punkt:

43 Meyer & Rowan 1977, DiMaggio & Powell 1983, Brunsson 2002.
44 Szebehely 2005b, Szebehely 2011, Vabø 2005.
45 Vabø 2005.
46 Szebehely 2005b, Vabø 2005.
47 Vabø 2005 s. 105f.
48 Szebehely 2005a s. 17.

48 Szebehely 2005a s. 17.
49 Fernler & Helgesson 2006.
50 Ahne & Brunsson 2004.
51 Kraus 2007.

”En välfungerande omsorg förutsätter att det finns kontinuitet i omsorgsrelationen, att personalen har tillräckligt mycket tid i det vardagliga mötet med hjälptagaren och tillräckligt stort handlingsutrymme så att hjälpen kan anpassas till olika äldres skiftande behov.”⁴⁸

Szebehely sätter detta i relation till att de pågående organisationsförändringarna innebär en större distans mellan beslut och utförande liksom en starkare förhandsstyrning, vilket hon anser försvårar ett realiserande av god omsorg.

Jag har ovan försökt att teckna en övergripande bild av de olika forskningsfält som engagerat sig i hälso- och sjukvårdens styrning. Avslutningsvis har jag inriktat mig mer specifikt mot äldreomsorgen. Det säger sig självt att detta inte är en heltäckande redogörelse för forskningsfält som vart och ett är mer omfattande och nyanserade än vad som kan återges i en uppsats av denna omfattning. Mitt syfte är emellertid att ge ett historiskt och vetenskapligt sammanhang kring den mer specifika frågan om *mångfaldig styrning* i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. För att avsluta detta avsnitt kan ett par ytterligare, sammanfattande och generella kommentarer tillfogas. Det finns en bred vetenskaplig insikt om att antalet regler, standarder och riktlinjer har ökat i samhället – vissa talar till och med om ett regelsamhälle⁴⁹ eller en regelexplosion⁵⁰ – såväl som inom sjukvården specifikt. Som jag inledningsvis nämnt konstaterar flera forskare att verksamheter omfattas av en mångfaldig styrning,⁵¹ men endast ett fåtal går närmare in på vad detta innebär i praktiken, det vill säga hur mångfalden hanteras av dem som berörs och hur interaktionseffekterna av olika styrförsök ser ut samt hur de påverkar praktiken och dess utövare. Forskningen om hur regler, riktlinjer, standardiseringar och andra styrförsök hanteras i praktiker har i stort sett utslutande koncentrerats till enskilda styrimperativ.

Vetenskaplig belysning av mångstyriighet i äldreomsorgens praktiker

Eftersom forskningen om hur mångfaldig styrning hanteras i vårdpraktiken är närmast obefintlig, ska jag i detta avsnitt ta utgångspunkt i två studier av svensk äldreomsorg där fenomenet är centralt. Med detta som grund anknyter jag också till annan forskning. Den ena studien utgörs av Kalle Kraus avhandling om relationen mellan styrning och interorganisatoriskt samarbete i äldreomsorgen, närmare bestämt mellan den kommunala hemtjänsten och landstingets vårdcentraler. Den andra studien är genomförd av Karin Fernler och Ebba Sjögren och baseras på fältstudier vid två geriatriska avdelningar.

I sin studie av samarbetet mellan hemtjänst och primärsjukvård skildrar Kraus hur förhållandet mellan olika styrsignaler ändras med hänsyn till ekonomiska åtstramningar, samt hur en hårdare ekonomisk styrning påverkar de vårdprofessionella och det interorganisatoriska samarbetet mellan vårdbiträden och sjuksköterskor. Han gör tre nedslag i tiden: innan, före och efter en ekonomisk kris. Kraus konstaterar att samarbetet innan krisen tog sin utgångspunkt i den individuella brukarens behov och att det fungerade väl, men att omsorgen under denna period var förknippad med regelmässiga kostnadsöverskridanden. Med

den ekonomiska krisen följde hårdare krav på att vårdpersonalen inte skulle göra något utöver vad som angivits i biståndsbesluten, ett krav som också reproducerades bland vårdbiträdena, även om kravet här tog sig ett modifierat uttryck. Under samtliga perioder visar de vårdprofessionella en vilja att göra mer än vad som står i biståndsbesluten. De understryker också betydelsen av flexibilitet för att kunna ge god omsorg. Medan de innan den finansiella krisen inte upplevde någon större konflikt i detta avseende, leder de nya ekonomiska kraven till att de försöker lösa situationen genom att ”ge och ta” från olika brukare med avseende på vem som har störst behov utifrån dagsform. Men även relationen mellan vårdbiträden och sjuksköterskor förändras. Den minskade flexibiliteten och fokusen på den egna ekonomiska balansen försämrar samarbetet, vilket drabbar brukarna. Den tredje fasen, efter den ekonomiska krisen, präglas av en större ekonomisk medvetenhet i jämförelse med den första samt av bättre förutsättningar för interorganisatoriskt samarbete i jämförelse med den andra. Det senare är delvis ett resultat av medvetna ansträngningar, exempelvis skapandet av gemensamma forum som regelbundna möten mellan all berörd personal.⁵²

Kraus breddar styrningsbegreppet genom att använda en begreppsapparat utvecklad av Hopwood (1974) som skiljer mellan administrativ styrning, social styrning och självkontroll.⁵³ Den administrativa styrningen är en formell styrning av verksamheten – typiskt genom olika former av regler, riktlinjer och standarder – medan den sociala styrningen och självkontrollen är informell. Den sociala styrningen kan närmast förstås som en professionell etik som får ett kulturellt och organisatoriskt uttryck när de vårdprofessionella genom samtal skapar en gemensam bild av hur arbetet ska utföras. Den individuella självkontrollen, som Kraus beskriver både i termer av individens värderingar – exempelvis om vad som är en värdig äldreomsorg – och magkänsla, skulle kunna liknas vid ett utövande av individuellt omdöme. Att göra skarpa gränsdragningar mellan individens värderingar, angående vad som är god vård och omsorg, och den professionella gruppens kan emellertid kritiseras. Kraus skiljer också på vertikal och horisontell styrning, den första i hög grad relaterad till finansiella hänsyn och verksamhetsmål inom en organisation. Den vertikala styrningen utgår från ledningen och riktas mot de anställda, de som utför vården. Den horisontella styrningen sammanfaller i hög grad med den sociala styrningen och självkontrollen ovan. Den handlar i första hand om relationer dels mellan olika organisationer (och tillhörande professionella grupper) och dels om relationen i mötet mellan brukaren och den individuella vårdutföraren.

En central slutsats som Kraus gör är alltså att den vertikala styrningen i vissa fall blir dominerande över den horisontella, vilket yttrar sig i att vårdprofessionella under speciella omständigheter tenderar att i första hand fokusera på den interna verksamheten och dess mål, på bekostnad av helheten. Detta resulterar i en sämre vårdupplevelse för brukarna, och en lägre kvalitet på vården. Av intervjuerna med vårdbiträden framgår samstämmigt att det är viktigt för dessa att det finns utrymme för flexibilitet i mötet med brukaren. De sätter tydligt kvaliteten i omsorgen i relation till möjligheten att vara flexibel i förhållande till brukarens dagsform, önskemål och humör. Detta kan enligt vårdbiträdena inte omfattas av ett biståndsbeslut. Detta

52 Kraus 2007.
53 Se Hopwood 1974.

54 Bowker & Star 1999, Lampland & Star 2009.
55 Star 1991.
56 Star 1991.
57 Star 1991 s. 275.
58 Jämför Berg 1997.
59 Star 1991 s. 276-277.
60 Bowker & Star 1999, Lampland & Star 2009.

perspektiv ligger därmed helt i linje med vad Szebehely och Vabø drar för slutsatser utifrån forskningen om omsorgens vardagliga praktiker. Sammanfattningsvis uppmärksammar Kraus hur en styrsignal kan bli dominerande i en mångfaldig styrning och på ett avgörande sätt påverka avvägningar mellan olika hänsyn.

Karin Fernler och Ebba Sjögren skildrar i sin studie av två geriatriska avdelningar den informella och lokala organiseringen av vårdarbetet. I analysens fokus står hanteringen av återkommande avvikelser från formella och utifrån kommande riktlinjer. Fernlers och Sjögrens empiriska intresse riktas mot regler, standarder och riktlinjer rörande nutrition och måltider från vårdpraktikens perspektiv. Som författarna åskådliggör är nutrition och ätande föremål för ett flertal standarder och riktlinjer som de vårdprofessionella har att förhålla sig till. Dessa förutsättningar måste inte bara fås att passa ihop med varandra, utan också med den individuella brukarens psykiska och fysiska villkor och önskemål. Flera av de förekommande avvikelserna från de formella riktlinjerna är återkommande och personalen utvecklar sätt att hantera detta, vilket beskrivs som ett artikuleringsarbete. Fernler och Sjögren visar hur artikulerade standarder materialiseras med hjälp av olika redskap (som post-it-lappar och whiteboard-tavlor) och hur de på så sätt överskrider en enda, specifik situation.

Begreppet artikuleringsarbete – på engelska *articulation work* – har tidigare använts av teknik- och vetenskapssociologen Susan Leigh Star⁵⁴ för att förstå standarder och riktlinjer. Star är tillsammans med Anselm Strauss den som främst förknippas med detta begrepp.⁵⁵ Star har hävdat att de klassificeringar och det ordnande som ligger till grund för regler och riktlinjer är ett arbete som osynliggörs. Trots att standarder – i bred bemärkelse – ofta reifieras, det vill säga att de med tiden uppfattas som mer eller mindre självklara, formuleras de alltid utifrån en specifik synvinkel och de är alltid resultatet av ett *arbete*. Men även mottagandet av standarder kräver ett arbete. Star menar att inga ”rationella modeller” som påförs en organisation eller arbetsorganisation kan ta hänsyn till arbetets fulla komplexitet. För att de ska fungera i den meningen att de omsätts i praktiken krävs ett osynligt arbete som fogar samman dessa abstraktioner med situationens konkreta förutsättningar och omständigheter.⁵⁶ Detta anknyter särskilt till den form av arbete som Star kallar *articulation work*, artikuleringsarbete:

*Articulation is work that gets things 'back on track' in the face of the unexpected, and modifies action to accomodate unanticipated contingencies. The important thing about articulation work is that it is invisible to rationalized models of work.*⁵⁷

Inom sjukvården kan sådana modeller handla om en patients trajektoria – hur en behandling ska förlöpa – eller om ett arbetsflöde som följer ett bestämt schema.⁵⁸ Dessa kompliceras av sidoeffekter och oförutsedda händelser, kollisioner som exempelvis kan bero på att sjukdomstillståndet hos patienten är mer komplext än det som modellen utgår ifrån. Star skriver att varje diagnos och behandling kräver ytterligare artikulering, det vill säga att för att få vården att fungera måste de abstrakta kategorierna kopplas till det kroppsliga, omedelbara och situationsbestämda. En viktig orsak till att artikuleringsarbete är en ofrånkomlig del av

vårdarbetet är just den *grundläggande pluralism* som präglar detta arbete, menar Star. Hon skriver att denna pluralism innebär:

*[...]multiple trajectories of work, which gives rise to incompatible viewpoints about what should be done in a situation. Rationalization does not really encompass a fundamental pluralism – the different but equal status of paths of action leaves indeterminate the direction of action. [...] Pluralism means conflict and negotiation – both inimical to the perpetuation of reified invisibles.*⁵⁹

Star kommer här in på mångfald men går inte närmare in på mångfaldig styrning, även om denna konstateras i senare publikationer.⁶⁰ Det osynliga artikuleringsarbete som Star beskriver illustreras i Fernlers och Sjögrens studie och kan även sättas i relation till de insikter som gjorts inom organisationsforskningen: det är ett arbete som är nödvändigt för att regler och riktlinjer ska fungera i praktiken, men som också innebär en transformation av dem. Rutinerna är lokala och kända av de vårdprofessionella som berörs, men osynliga utanför organisationen. Hur regler och riktlinjer framträder skiljer sig därmed åt beroende på var i organisationen man tittar. Som Vabø påpekar finns det paradoxalt nog en risk att personalens försök att ”rädda” den goda omsorgen bidrar till organisationsmodellers fortlevande, trots att en del av dessa modeller i själva verket kan motverka god omsorg med sin rigida struktur. Enligt Vabø kan det snarare vara personalens *motstånd* mot implementeringen av vissa reformer (att man arbetar runt dem), än anpassningen till dem, som gör att dessa reformer fortlever. Detta för att de vårdprofessionellas osynliga arbete tenderar att kompensera för riktlinjer när de uppfattas som ett hinder för god omsorg – en sådan compensation illustreras av Kraus vårdbiträden. Samtidigt visar Kraus också att utrymmet för en sådan compensation är begränsat, och han tydliggör därmed den dubbelriktade relationen mellan lokala arbetsrutiner och administrativ styrning.

Fernler & Sjögren vidareutvecklar begreppet artikuleringsarbete genom att tala om *artikulerade standarder*. Artikulerade standarder betecknar lokala överenskomelser och redskap för att hantera återkommande avvikelser och är just resultatet av ett artikuleringsarbete. Det är med andra ord vårdpersonalen som ordnar och organiserar, och resultatet är en slags lokalt utvecklad standardisering. Här blir parallellen till Kraus och den sociala kontrollen ännu tydligare. I båda fallen handlar det om lokala överenskomelser mellan de vårdprofessionella om hur det konkreta arbetet ska utföras – en lokal styrning eller organisering som påkallas av situationsbestämda förutsättningar.

Sammanfattningsvis är en viktig likhet mellan Kraus avhandling och Fernlers och Sjögrens studie därmed iakttagelsen att det existerar en informell styrning eller organisering av vårdpraktiken som är betydelsefull och som sker i relation till annan styrning. Samtidigt som den är lokal och situationsanpassad har den också en viss stabilitet.

I detta sammanhang kan det också vara värt att nämna en annan relevant forskningsinriktning, som dock inte i första hand fokuserat styrning men väl

59 Star 1991 s. 276-277.
60 Bowker & Star 1999, Lampland & Star 2009.
61 Alsterdal 2011 om praktisk kunskap i äldreomsorgen, se även Schwartz & Sharpe 2010 om praktisk kunskap mer generellt. Schwartz & Sharpe menar att omdömet i vår tid tenderar att ersättas av regler och/eller styrning genom incitament men att detta inte kommer att lösa de upplevda problemen. Se även Ylva Hasselberg (2009) för en kritisk analys av kunskapssyn, omdöme och professionalitet.

61 Alsterdal 2011 om praktisk kunskap i äldreomsorgen, se även Schwartz & Sharpe 2010 om praktisk kunskap mer generellt. Schwartz & Sharpe menar att omdömet i vår tid tenderar att ersättas av regler och/eller styrning genom incitament men att detta inte kommer att lösa de upplevda problemen. Se även Ylva Hasselberg (2009) för en kritisk analys av kunskapssyn, omdöme och professionalitet.
62 Kraus 2007, Carlsson-Wall et al. 2011, se även Kraus & Lind 2008.
63 Carlsson-Wall et al s. 317.
64 Carlsson-Wall s. 316f.
65 Carlsson-Wall et al. s. 316.

betydelsen av ”praktisk kunskap”.⁶¹ I en nyutkommen antologi redigerad av arbetslivsforskaren Lotte Alsterdal skildras god omsorg i hög grad som ett resultat av praktisk kunskap: förmågan att anpassa sitt handlande till situationen och att agera omdömesgillt. Det är en erfarenhetsbaserad kunskap. I flera av antologins bidrag belyses konflikter mellan situations- och individanpassning å ena sidan och äldreomsorgens organisationsstruktur å den andra. Även filosofen och hälso- och sjukvårdsforskaren Annemarie Mol berör denna tematik i sin bok *Omsorgens logik*. Mol beskriver god omsorg som i hög grad ett praktiskt, pragmatiskt och situationsbaserat arbete. Här ställer hon omsorgens logik mot valets logik och uppmärksammar med det ett tänkesätt som legat till grund för en stor del av hälso- och sjukvårdens styrning under de senaste decenniernas utveckling. Jag ska återkomma till Mol i uppsatsens avslutande reflektioner.

Interorganisatoriskt samarbete

Som beskrivs ovan visar Kraus att styrning, i synnerhet den vertikala ekonomistyrningen inom en organisation (som dock kan påverkas av krav på effektivitet utifrån), kan få betydelsefulla konsekvenser för det samarbete som krävs mellan organisationer för att vården och omsorgen ska hålla en hög kvalitet. Kraus menar att den vertikala ekonomistyrningen kan balanseras med horisontell, interorganisatorisk styrning som syftar till att skapa ett fungerande samarbete samtidigt som de ekonomiska resurserna förvaltas på ett effektivt sätt.

Enligt Martin Carlsson-Wall, Kalle Kraus och Johnny Lind har forskningen om interorganisatorisk styrning hitills till övervägande del koncentrerats till den privata sektorn. Utöver det har den till stor del också bortsett från betydelsen av de enskilda organisationernas ekonomistyrning för interorganisatoriskt samarbete, samtidigt som det funnits ett för snävt fokus på administrativ och formell styrning då forskare i stort sett har bortsett från den informella styrning som utvecklas socialt och lokalt bland de vårdprofessionella. Kraus och Carlsson-Wall et al.⁶² visar att det finns ett tydligt beroende mellan vertikal ekonomisk styrning och interorganisatoriskt samarbete.

Med utgångspunkt i Kraus studie identifierar Carlsson-Wall, Kraus och Lind fem olika slags styrning som är av betydelse för vård- och omsorgsarbetet.⁶³ Genom att sätta detta i relation till Kraus tre tidsliga nedslag analyserar de ”... some of the complexities relating to how the different types of control interact with each other, and the consequences such interaction has for intra- and inter-organisational work practices.”⁶⁴ Författarna skriver vidare att olika styrpulser både kan verka i samma riktning och inte, men att det finns en risk för motsättningar mellan ledningens mål och de vårdprofessionellas, det vill säga mellan administrativ och social styrning (om vi utgår från Kraus/Hopwoods styrningsbegrepp).⁶⁵ För att kort summera: I Kraus avhandling och i artikeln av Carlsson-Wall et al. uppmärksammas relationen mellan mångfaldig styrning och interorganisatoriskt samarbete, samt hur denna relation påverkas av yttre omständigheter som varierar över tid.

Anders Anell och Ola Mattisson redogör i boken *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt* för forskning om och dokumenterade erfarenheter av samverkan, bland annat inom vård och omsorg. De identifierar tre typer av samverkan där interorganisatorisk samverkan är en. De övriga två är interprofessionell samverkan och intersektoriell samverkan. Den första typen betecknar följaktligen samarbete mellan yrkesgrupper och den andra mellan olika huvudmän. Som Anell och Mattisson skriver aktualiseras alla tre typerna i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre, vilket gör att gör samverkan inom detta verksamhetsområde extra komplicerat.⁶⁶ I relation till Kraus användning av begreppet interorganisatoriskt samarbete kan man notera att detta i vissa fall kan inbegripa alla tre typer, eftersom de olika organisatoriska enheterna i Kraus studie dels representerar två olika huvudmän och dels innebär ett möte mellan (främst) två olika professioner: vårdbiträden och sjuksköterskor. Med hänsyn tagen till den professionella specialiseringens betydelse för hälso- och sjukvårdens förändrade organisation⁶⁷ kan det interorganisatoriska samarbetet betraktas som en relativt utbredd samverkantyp – oavsett om den fungerar eller brister – som ibland men inte alltid sammanfaller med interprofessionellt och intersektoriellt samarbete.

Anell och Mattisson definierar vidare den gemensamma ”kärnan” i all samverkan som ett gränsöverskridande, gemensamt arbete.⁶⁸ De menar att den övergripande slutsats som kan dras utifrån forskning och dokumenterade erfarenheter av olika samverkansprojekt är att samverkan är svårt. Med utgångspunkt i en litteraturstudie gjord av Axelsson & Bihari-Axelsson pekar de på ett flertal betydelsefulla hinder av både strukturell och kulturell karaktär, varav flera av de strukturella illustreras i Kraus studie. Exempelvis gäller det förekomsten av olika regelsystem, budgetar och ansvarsområden samt andra administrativa gränsdragningar. Applicerat på Kraus studie är det just ett gränsdragningsarbete som stimuleras hos vårdbiträdena under perioden med finansiell knapphet, ett arbete som utgår ifrån den egna budgeten. Anell & Mattisson understryker att det finns ett beroende mellan strukturella och kulturella hinder. Det senare avser ”olika sätt att se på patienter och brukare, olika utbildningar, samt olika språkbruk, attityder och värderingar”,⁶⁹ de kulturella hindren bör således ha särskilt stor relevans för samarbetet mellan olika professionella grupper.⁷⁰

Författarna understryker särskilt interprofessionell samverkan som en utmaning i vården och omsorgen av multisjuka patienter. Inom närsjukvården är denna form av samverkan helt grundläggande, menar de.⁷¹ Med referens till sociologen Andrew Abbotts forskning skriver Anell och Mattisson att den professionella specialiseringen (bland läkare), som bottnar i ett konkurrens- och karriärmässigt förhållande, medför en uppenbar risk för att olika subprofessioner blir delvis introverta vilket fjärrar dem från den grundläggande uppgiften. De blir sämre rustade för att hantera komplexa problem, som exempelvis multisjuklighet, och förutsättningarna för interprofessionellt samarbete blir givetvis också sämre. Här ser vi en parallell till Kraus studie, i det att en grupp eller organisation fokuserar på de egna målen i en utsträckning som får negativa konsekvenser för helheten.⁷² Problemet med bristande samverkan mellan läkare är inte löst i en

66 Anell & Mattisson 2009 s. 53.
67 Anell & Mattisson 2009 s. 88.
68 Anell & Mattisson 2009 s. 14.
69 Anell & Mattisson 2009 s. 86-87.
70 Se till exempel Mol 2002 för specialisters skilda synsätt på patient och sjukdom, se även Lindgren 1992 för en studie om professioner, kultur och makt.
71 Anell & Mattisson 2009 s. 87.
72 Anell & Mattisson 2009 s. 88.

73 Anell & Mattisson 2009 s. 91ff.
74 Anell & Mattisson 2009 s. 106.

handvändning enligt Anell och Mattisson, detta beror bland annat på specialiseringsens koppling till status inom professionen.

Sammanfattningsvis menar Anell och Mattisson att samverkan har störst förutsättningar att lyckas om den utvecklas lokalt, och att det största hindret för att få den att fungera är för stora skillnader i de ingående parternas intressen och mål. Det är viktigt med gemensamma målsättningar, samtidigt är det orealistiskt att tänka sig en fullständig harmonisering. Aktörerna kommer alltid att ha olika mål och intressen, det viktiga är att dessa inte står i tydlig konflikt med varandra samt att gemensamma målsättningar och perspektiv inte saknas. Det handlar till stor del om att lära sig att hantera olika, och delvis motstridiga, målsättningar. Här har styrningen betydelse. Inom hälso- och sjukvårdsområdet kan uppföljning med fördel göras från ett patient- och brukarperspektiv eftersom det framför allt är patienten eller brukaren som känner av konsekvenserna av hur väl samverkan fungerar. En dålig samverkan drabbar inte i första hand de ingående parterna. Men också andra delar av ekonomistyrningens utformning är betydelsefull, menar Anell och Mattisson.⁷³ De skriver att ”ekonomistyrningen måste anpassas och ge stöd åt samverkan. Det gäller inte minst hur resurser fördelas, vilket ansvar som ska utkrävas av olika aktörer och hur dessa ska belönas.”⁷⁴ Belönings-system och andra typer av styrning bör premiera aktörer som söker samverkan. Även i relation till de slutsatser som dragits av Kraus med flera ovan, framstår det därmed som problematiskt om ersättningssystemen leder till att aktörers målsättningar och intressen divergerar.

Avslutande reflektioner

För att kort sammanfatta denna uppsats har forskningen om styrning i vårdens praktiker involverat olika men i flera fall överlappande forskningsfält. Forskningen har fokuserat olika aspekter av styrningen, till stor del som en naturlig konsekvens av skilda vetenskapliga utgångspunkter. Några väsentliga likheter kan särskilt nämnas: för det första att styrning av en praktik genom regler, riktlinjer och standarder inte är en okomplicerad företeelse. Någon enkel ”överföring” eller ”implementering” existerar inte. I processen förändras såväl styrinstrumentet som de praktiker som styrningen avser, också på oväntade och ibland oönskade sätt. För det andra har forskningen närmast uteslutande följt enskilda slag av styrimperativ, trots att flera studier uppmärksammat att hälso- och sjukvården liksom samhället i stort präglas av en mångfald av regler, riktlinjer och standarder. Vad denna mångfaldiga styrning innebär i praktiken har i allt väsentligt lämnats utanför de djupgående analyserna. Detta är med andra ord en intressant och viktig forskningsfråga för framtida studier.

Detta avslutande avsnitt innehåller några kortfattade reflektioner med utgångspunkt i vad som behandlats ovan. Här ska jag också ta tillfället i akt att tydligare beröra ett patient- och brukarperspektiv genom att ställa frågan: *Vem* är vården organiserad för? Som jag beskrivit i bakgrundsavsnittet har de senaste decenniernas utveckling av hälso- och sjukvården till stor del strävat emot att skapa förutsättningar för en patient som är fri att välja och att utöva inflytande över sin

vårdsituation – många reformer har syftat till ett ökat patientinflytande. Samtidigt som patienter har fått ett större frihet har också ett större ansvar tillkommit individen. Jag vill påstå att vården till stor del har organiserats för en *aktiv* patient, som gör val och som i någon mån fungerar som en aktiv länk mellan olika vårdenheter. Detta eftersom många reformer har syftat till ökade möjligheter att göra val och att fatta egna beslut om den vård och omsorg som man som patient eller brukare ingår i.

Hälso- och sjukvårdsforskaren Lars Nordgren skriver att språkbruket har förändrats med marknadiseringen av vården. Det blir vanligare att tala om patienter som kunder eller konsumenter av vård. Nordgren menar att språkbruket också förändrar synen på patienten, och den roll som finns för patienten att spela. Detta har förstås varit en avsikt, men med de avsedda effekterna om ökat patientinflytande följer också andra effekter, på gott och ont. Tveklöst är det så att när organisationen förändras, omformas även roller – både de vårdprofessionellas olika roller och patientrollen. Nordgren skriver att ”patienten förväntas uppträda som en aktiv partner som inte bara ställer krav på den vård hon får utan också medverkar aktivt i vården och i främjandet av den egna hälsan.”⁷⁵ *Den aktiva patienten* förväntas vara självbestämmande och göra egna val, ta ett ökat ansvar.⁷⁶ När det gäller de mest sjuka äldre står det klart att denna patientroll är förenad med stora svårigheter. Istället blir den äldre beroende av andra.

Eftersom valfrihet har kommit att bli en ledstjärna för reformer inom hälso- och sjukvårdssektorn kan det också vara värt att för ett ögonblick uppehålla sig vid relationen mellan valfrihet och god omsorg. Som jag berörde ovan har Annemarie Mol gjort en analytisk jämförelse mellan vad hon uppfattar som två skilda logiker: omsorgens logik och valets logik. Mol vänder sig emot att sätta ett likhetstecken mellan valfrihet och god omsorg. Trots alla goda intentioner, menar hon, är det inte nödvändigtvis så att valfriheten leder till den goda vården och omsorgen. Det kan vara så att rollen som aktiv patient är för snäv, och i vissa lägen rentav motverkar en god omsorg. En viktig poäng som Mol gör är att det överordnade syftet för patienten, och i stor utsträckning också för de vårdprofessionella, är att åstadkomma en god omsorg (begreppet omsorg betecknar för Mol både sjukvård och hälsorelaterad omsorg i vidare bemärkelse). *Att välja* är inte ett mål, utan ett medel för att leva ett så gott liv som möjligt med sjukdomen. Anledningen till att Mol skriver *att leva med sjukdomen*, är att hennes resonemang utgår ifrån patienter som har diabetes. Detsamma gäller för multisjuka äldre: framtidsutsikterna handlar inte om bot utan att leva ett gott liv även i den fjärde åldern, med den kropp man har. Mol menar att den goda omsorgen erkänner kroppsligheten till skillnad från valets logik. Att välja en vårdcentral kommer då inte bara att handla om vilken vårdcentral som har bäst bemötande, utan också om vilken som man klarar av att ta sig till. Omsorg är något som görs praktiskt, menar Mol, och det innebär en hantering av en mängd situationsbestämda, individuella och praktiska förutsättningar. Det är en ömsesidig och pragmatisk process mellan vårdprofessionella och patienten, inriktad på att hitta det som fungerar bäst – en välavvägd kompromiss mellan olika hänsyn – för den här patienten, just nu: med det dåliga hjärtat, yrseln och den trasiga höften, tröttheten och oron, glömskan. I lösningen av sådana

75 Nordgren 2008 s. 98.
76 Nordgren 2008.

77 Exempelvis Kraus 2007, Fernler & Sjögren, kommande och Vabø 2005.
78 Kraus 2007.
79 Kely 2008, citerad i Timmermans & Epstein 2010 s. 79.

problem blir gränser, mellan den professionellas och patientens ansvar och mellan olika organisationers uppgifter, inte konstruktiva. Istället för att lägga ansvaret för besluten på patienten menar Mol att en god omsorg bygger på en ömsesidighet: på lyhördhet men också omtänksamma följdfrågor från de vårdprofessionella. Framför allt, understryker hon betydelsen av det som är specifikt i den konkreta vårdsituationen – den goda omsorgen görs i vårdpraktiken.

Hur förhåller sig då Mols resonemang om omsorgens logik till vården och omsorgen om de mest sjuka äldre? Till organiseringen och styrningen av densamma? Till att börja med bör den inte tolkas som något som står i direkt motsats till den utveckling av hälso- och sjukvården som har skett under de senaste två decennierna. Men den kan ge nya uppslag till reflektion över de dokumenterade bristerna i äldreomsorgen och hur de kan hanteras. Några frågor att ställa sig är: Vilka förutsättningar har de multisjuka att vara aktiva och väljande patienter eller brukare? Hur stödjer eller motverkar vårdens specialisering lösningen av komplexa och sammansatta problem? Om lösningen av sådana problem är situationsberoende och skapas i den konkreta praktiken – hur kan man då styra mot den goda omsorgen? Flera studier i denna uppsats visar hur de vårdprofessionella, genom osynligt arbete, pusslande med scheman och lokalt utvecklade standarder får vården att fungera. Detta sker med hjälp av regler och riktlinjer men också *trots* dem. En total frånvaro av styrning och organisation skulle omöjliggöra vårdverksamheten, men detsamma gäller också en strikt tillämpad styrning, och det är därför styrningen omformas i praktiker. Inte minst gäller detta med anledning av att styrningen är mångfaldig. För att avsluta reflektionen kring patientrollen vill jag poängtera att valfriheten i äldreomsorgen också kan förstås i långt mer vardagsnära termer än att välja vårdgivare. Det kan handla om att som patient och brukare ha möjlighet att välja exempelvis aktiviteter, insatser eller måltider, inom en given ram, beroende på sin dagsform. Ur det perspektivet blir det avgörande att det finns en flexibilitet i den lokala vårdpraktiken, något som har belysts i ett flertal av de studier som nämns ovan.⁷⁷ Det kan rent konkret röra sig om resurser i form av specificerad tid.⁷⁸

*“The nice thing about standards is that there are so many to choose from.”*⁷⁹

Den mångfaldiga styrningens paradox är att den med nödvändighet leder till en större autonomi för läkare, sjuksköterskor och andra som arbetar inom vården. Claes-Fredrik Helgesson, som under flera år forskat om organisationen inom hälso- och sjukvårdssektorn, menar att olika styrsignaler kan betraktas som uttryck för olika värden som ibland kommer i konflikt med varandra, vilket kräver avvägningar. Detta leder till omedelbart till två frågor: Vem ska göra dessa avvägningar? Och hur skapas förutsättningar för att de görs på ett klokt sätt? Givet att en värdeskapande vård är situationsberoende, vilket särskilt gäller de multisjukas komplexa sjukdomstillstånd och livssituation, kan avvägningar endast i begränsad omfattning göras på avstånd. Helgesson påpekar vikten av att inte försöka jämka olika styrsignaler på avstånd. Styrningen måste få vara mångfaldig, trots de motstridigheter som kan uppstå, eftersom det krävs att styrningen situationsanpassas om den ska fungera i vårdpraktiken. En mångfaldig styrning kräver därmed självständiga och professionellt grundade bedömningar om hur olika styrsignaler

ska tillämpas i enskilda situationer. Även att det faktum att den medicinska kunskapen inte är så entydig, stabil och generell som många regler och standarder förutsätter är ett argument för att kunskapsbaserad styrning också måste möta en omdömesgill tillämpning, det vill säga: även här krävs det en professionell tolkning av tillämpbarheten hos de behandlingsriktlinjer som kan vara aktuella i den specifika situationen.⁸⁰ Något annat, menar Helgesson, vore varken önskvärt eller möjligt.⁸¹

Att avvägningar görs betyder emellertid inte att styrsignaler saknar betydelse, tvärtom, vilket också har påvisats ovan. Däremot implicerar det ett sätt att se på styrningen – som snarare vägledande än en absolut. Mångfaldiga styrsignaler kan med andra ord fungera som ett stöd för kloka avvägningar, men här blir också utformningen betydelsefull, vilket särskilt understryks av Kraus avhandling. Kraus avhandling tydliggör att styrningens utformning spelar stor roll: en utpräglad ekonomistyrning får konsekvenser, vilket tyder på att det finns anledning att vara försiktig med ersättningsmodeller som ”sågar ut bitarna i vårdpuslet”⁸² genom att koppla ekonomisk ersättning till enskilda styrsignaler istället för att se helheten. Kraus och Fernler & Sjögren belyser också att det inte bara handlar om antingen formella riktlinjer eller avvägningar helt beroende av situationen. Som ett slags mellanting mellan dessa finns lokalt utvecklade arbetsrutiner och överenskommelser bland de vårdprofessionella, en lokal och informell organisering av arbetet. Med rätt utformning har olika styrsignaler i en mångfaldig styrning potential att fungera som påminnelser om de olika värden som ska beaktas i en självständig och professionell avvägning.

Avslutningsvis blir därmed frågan om hur en självständig och professionell bedömning aktivt kan understödjas central. Enligt Kraus, och även Anell och Mattisson, kan en horisontell styrning främja helhetssyn och interorganisatoriskt samarbete. I Kraus fall handlade det som bekant om att utforma en mer balanserad styrning där enskilda hänsyn inte kopplas till en hård ekonomisk styrning. Med Anell och Mattissons ord kan denna balans uttryckas som en styrning som främjar patient- och brukarperspektiv samt gemensamma målsättningar i en heterogen verksamhet som äldreomsorgen. I ett betydligt vidare perspektiv än vad som ligger inom ramen för denna uppsats, bör även det stöd för professionellt omdöme som ges i olika vårdutbildningar vara ha relevans.⁸³

80 Helgesson 2011a.
81 Helgesson 2011a.
82 Kraus & Lind 2008.
83 För en fortsatt diskussion, se Karin Fernlers delrapport inom ramen för detta uppdrag.

Referenser

Ahrne, Göran och Brunsson, Nils (red.) (2004) Regelexplosionen. Handelshögskolan i Stockholm, Stockholm.

Alsterdal, Lotte (red.) (2011) Omtankar. Praktisk kunskap i äldreomsorg.

Anell, Anders och Mattisson, Ola (2009) Samverkan i kommuner och landsting. En kunskapsöversikt. Studentlitteratur, Lund.

Anell, Anders (2007) "Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen" s. 78-103 i Blomqvist, Paula (red.) Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. SNS Förlag, Stockholm.

Barretta, Antonio D. & Busco, Cristiano (2011) "Technologies of government in public sector's networks: In search of cooperation through management control innovations" s. 211-219 i Management Accounting Research Årg. 22 Nr 4.

Berg, Marc (1997) Rationalizing medical work. Decision-support techniques and medical practices. MIT Press, Cambridge, Mass.

Blomqvist, Paula (red.) (2007) Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. SNS Förlag, Stockholm.

Bohlin, Ingemar & Sager, Morten (red.) (2011) Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Arkiv Förlag, Lund.

Bowker, Geoffrey C. & Star, Susan Leigh (1999) Sorting things out. Classification and its consequences. MIT Press, Cambridge Mass.

Brunsson, Nils & Jacobsson, Bengt (red.) (2000) A world of standards. Oxford University Press, Oxford.

Brunsson, Nils (2002) The organization of hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations. Liber ekonomi, Malmö.

Carlsson-Wall, Martin, Kraus, Kalle & Lind, Johnny (2011) "The interdependencies of intra- and inter-organisational controls and work practices. The case of domestic care of the elderly" s. 313-329 i Management Accounting Research Årg. 22 Nr. 4.

Cyert R. och March, J. G. (1963) "A behavioral theory of the firm" Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Eccles, Martin P., Armstrong, David, Baker, Richard, Cleary, Kevin, Davies, Huw, Davies, Stephen, Glasziou, Iliott, Irene, Kinmonth, Louise, Leng, Gillian, Logan, Stuart, Marteau, Theresa, Michie, Rogers, Hugh, Rycroft-Malone, Jo och Sibbald, Bonnie (2009) "An implementation research agenda", Implementation Science Årg. 4. Nr 18.

Epstein, Steven (2009) "Beyond the standard human" s. 35-63 i Lampland, Marta och Star, Susan Leigh (red.) Standards and their stories. How quantifying, classifying, and formalizing practices shape everyday life. Cornell University Press, Ithaca.

Epstein, Steven (2007) Inclusion. The politics of difference in medical research. University of Chicago Press, Chicago.

Fernler, Karin & Sjögren, Ebba (kommande, under second review)

Fernler, Karin (2011) "Kunskapsstyrningens praktik – kunskaper, verksamhetsrationaliteter och vikten av organisation" s. 131-162 i Bohlin, Ingemar & Sager, Morten Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Arkiv Förlag, Lund.

Fernler, Karin, Sjögren, Ebba och Helgesson, Claes-Fredrik (2008) "Utan tveivel är man inte klok – kunskapsstyrningens problem" s. 115-134 i Helgesson, Claes-Fredrik och Winberg, Hans. Detta borde vårddebatten handla om. EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, Stockholm.

Fernler, Karin & Helgesson, Claes-Fredrik (red.) (2006) Kloka regler? Kunskap i regelsamhället. Studentlitteratur, Lund.

Fries, Liv, Helgesson, Claes-Fredrik & Fernler, Karin (2006) "Mer än en litteraturöversikt: Evidens. baserade kunskapssammanställningar som regelsättande" s. 161-188 i Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik (red.) Kloka regler? Kunskap i regelsamhället. Studentlitteratur, Lund.

Garpenby, Peter (2010) "Perspektiv på implementering" s. 27-49 i Nilsen, Per (red.) Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund.

Godin, Gaston, Bélanger-Gravel, Ariane, Eccles, Martin och Grimshaw, Jeremy (2008) "Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on cognitive theories", Implementation Science Årg. 3 Nr. 1.

Gurner, Ulla & Thorslund, Mats (2003) Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Natur och Kultur, Stockholm.

Hasselberg, Ylva (2009) Vem vill leva i kunskapssamhället? Essäer om universitetet och samtiden. Gidlunds förlag, Hedemora/Möklinta.

Helgesson, Claes-Fredrik (2011a) "Reflektioner rörande den mångfaldiga styrningen till Statens vård- och omsorgsutredning". Underlag till statens vård- och omsorgsutredning.

Helgesson, Claes-Fredrik (2011b) "Avstånd och datatvätt i stora kliniska läkemedelsprövningar. Om två förbisedda företeelser som ökar prövningarnas trovärdighet." s. 69-95 i Bohlin, I. & Sager, M. Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Arkiv Förlag, Lund.

Heyland, Daren K., Cahill, Naomi E. och Dhaliwal, Rupinder (2010) "Lost in (Knowledge) Translation!" s. 610-615 i Journal of Parenteral and Enteral Nutrition Årg. 34 Nr. 6.

Hopwood, Anthony G. (1974) Accounting and human behaviour. Haymarket Publishing, London.

Kraus, Kalle (2007) Sven, inter-organizational relationships and control. A case study of domestic care and the elderly. Diss. Handelshögskolan i Stockholm, Stockholm.

Kraus, Kalle & Lind, Johnny (2008) "Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara säger ut bitarna?" s. 97-114 i Helgesson, Claes-Fredrik och Winberg, Hans. Detta borde vårddebatten handla om. EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, Stockholm.

Lampland, Martha och Star, Susan Leigh (red.) (2009) Standards and their stories. How quantifying, classifying, and formalizing practices shape everyday life. Cornell University Press, Ithaca.

Levay, C. & Waks, C. (2006) "Inledning" (red.) Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. SNS Förlag, Stockholm.

Lindberg, Kajsa (2002) Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer. Diss. Göteborgs universitet, Göteborg.

Lindgren, Gerd (1992) Doktorer, flickor och systrar. Om informell makt. Carlssons förlag, Stockholm.

Mol, Annemarie (2002) Body Multiple. Ontology in medical practice. Duke University Press, Durham.

Mol, Annemarie (2011) Omsorgens logik. Arkiv förlag, Lund.

Nilsen, Per (red.) (2010a) Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund.

Nilsen, Per (2010b) "Inledning" s. 17-25 i Nilsen, Per (red.) Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund.

Nordgren, Lars (2008) "Patient, kund och konsument" i Cederqvist, Jane (red.) Recept för vården. Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen. SNS Förlag, Stockholm.

Rothstein, Bo (2001) "Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet" s. 49-81 i Rothstein, Bo (red.) Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem. SNS Förlag, Stockholm.

Sahlin-Andersson, Kerstin (2006) "Transparensens former" i Levay, C. & Waks, C. (red.) Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. SNS Förlag, Stockholm.

Sahlin-Andersson, Kerstin (1999) "Afslutning" s. 291-311 i Zeuthen Bentsen, Eva, Borum, Finn, Erlingsdóttir, Guðbjörg, Sahlin-Andersson (red.) Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling av sygehus- og sundhedsvæsendet i Danmark och Sverige. Handelshøjskolens Forlag, København.

Sjögren, Ebba (2006a) Reasonable drugs. Making decisions with ambiguous knowlegde. Diss. Handelshögskolan i Stockholm, Stockholm.

Sjögren, Ebba (2006b) "Att ordna flera vet(en)skaper för att sätta en regel" s. 109-131 i Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik (red.) Kloka regler? Kunskap i regelsamhället. Studentlitteratur, Lund.

Star, Susan Leigh (1991) "The sociology of the invisible: the primacy of work the writings of Anselm Strauss" s. 265-285 i Maines, David (red.) Social organization and social process. Aldine de Gruyter, New York.

Schwartz, Barry & Sharpe, Kenneth (2010) Practical wisdom. The right way to do the right thing. Riverhead books.

Szebehely, Marta (red.) (2005a) Äldreomsorgsforskning i Norden: en kunskapsöversikt. Tema Nord 2005:508. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn.

Szebehely, Marta (2005b) "Nordisk äldreomsorgsforskning – en sammanfattande diskussion" s. 371-388 i Szebehely, Marta (red.) Äldreomsorgsforskning i Norden: en kunskapsöversikt. Tema Nord 2005:508. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn.

Szebehely, Marta (2011) "Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi" s. 215-257 i Hartman, Laura (red.) Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS Förlag, Stockholm.

Thorslund, Mats (2007) "Det nygamla gränssnittet: äldrevården och dess omorganisationer" s. 104-131 i Blomqvist, Paula (red.) Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. SNS Förlag, Stockholm.

Timmermans, Stefan och Angell, Alison (2001) "Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor" s. 342-359 i Journal of Health and Social Behavior Årg. 42, Dec.

Timmermans, Stefan och Berg, Marc (2003) The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Temple University Press.

Timmermans, Stefan. & Epstein, Steven (2010) "A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization" s. 69-89 i Annual Review of Sociology Vol 36.

Vabø, Mia (2005) "New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på?" s. 73-112 i Szebehely, Marta (red.) Äldreomsorgsforskning i Norden: en kunskapsöversikt. Tema Nord 2005:508. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn.

Öhrming, Jan (2008) Hälso- och sjukvårdens fragmentering. SNS Förlag, Stockholm.



Styrning på gränsen mellan sluten och öppen vård

*Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt
utskrivningsklar*

Karin Fernler

Innehåll

Sammanfattning	100
Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar	101
<i>Utskrivningsklar i relation till vad?</i>	103
VAD ÄR MÅLET FÖR PATIENTENS VISTELSE?	103
<i>Är patienten medicinskt utskrivningsklar?</i>	105
VAD ÄR PATIENTENS MEDICINSKA STATUS?	105
<i>Kan avdelningen göra något ytterligare medicinskt?</i>	106
HAR AVDELNINGEN GJORT SITT?	106
FÖRBÄTTRAS PATIENTEN?	107
DELTAR PATIENTEN I REHABILITERINGEN?	108
<i>Har patienten en trygg social situation?</i>	109
ATT PÅVERKA KOMMUNEN	109
VART SKA PATIENTEN?	109
ÄR PATIENTER OCH ANHÖRIGA MED PÅ ATT SKAPA EN TRYGG SITUATION?	110
ÄR PATIENTEN OK MED SITUATIONEN?	111
<i>Central styrning och praktisknära balansering</i>	112
NÅGRA DILEMMAN MED ATT STYRA VIA REGLER OCH ERSÄTTNINGAR	112
Referenser	116

Sammanfattning

Det finns ett starkt intresse för att styra offentlig verksamhet, bland annat sjukvården, med hjälp av alltför riktade (ofta tidsbegränsade) ersättningar och en alltmer omfattande samling regler, i form av exempelvis riktlinjer, standarder och rekommendationer. Den här rapporten ifrågasätter gränserna för att detaljstyra vårdens praktik via detaljerade regler och ersättningar. I rapporten argumenterar vi för att man från centralt håll bör man vara uppmärksam på konsekvenserna av en sådan snäv styrning. Hur goda enskilda värden än är förutsätter god vård en balansering mellan många olika värden – medicinska, ekonomiska, humanitära, sociala med flera. En sådan avvägning mellan värden förutsätter professionellt omdöme och praktiskt förnuft. Balanseringen måste ske lokalt, i relation till den enskilda patienten och med hänsyn tagen till den specifika situationen.

I rapporten ger vi ett antal olika exempel på lokal balansering. Exempelen är hämtade från en etnografisk observationsstudie på två allmäneriatrika avdelningar i Stockholm. I studien skuggades representanter för alla personalgrupper som var verksamma på dessa avdelningar. Totalt omfattade studien ett 40-tal observationsdagar.

I den avslutande diskussionen relaterar vi till tidigare studier som uppmärksammat risken för att alltför många och alltför detaljerade regler kan försvåra för den lokala praktiken att balansera olika värden och hänsyn, vilket i förlängningen kan leda till en sämre effektivitet och kvalitet. Vi pekar också på risken för att riktade ersättningar omformar verksamheten mot en ekonomisk logik på bekostnad av en bredare inramning. Detta innebär inte att man från centralt håll ska avstå från att styra vården, men styrningen bör ge utrymme för lokala, professionella bedömningar och praktiskt förnuft. Bland annat bör man iaktta försiktighet med att hårdkoppla regler, ersättningar och utvärderingar så att de styr mot en och samma aktivitet eller ett och samma värde.

Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar

De senaste decennierna har västvärlden dominerats av idén att offentlig finansierad verksamhet, inte minst sjukvård, ska styras med hjälp av två verktyg: regleringar och ersättningar för att utföra specificerade uppgifter. Regleringar går under många namn: riktlinjer, rekommendationer, certifieringar och standarder. Olika regleringar syftar till att kontrollera olika delar av verksamheten, alltifrån verksamhetens innehåll, såsom olika typer och aspekter av medicinsk och omvårdande behandling, till för verksamhetens syfte perifera aspekter såsom miljö eller jämställdhet. De många och varierande regleringarna motsvaras av en stor mängd aktörer som utfärdar dem, bland annat globala och nationella statliga organisationer, landsting, kommuner och professioner, men också privata konsulter och konsultbolag. Vad gäller ersättningar för att utföra vissa uppgifter är de ofta kopplade till olika typer av regleringar. Uppgifterna är också av varierande karaktär, alltifrån verksamhetsspecifika uppgifter som fallolyckor och andra typer av riskbedömningar till abstrakta aktiviteter som att formulera mål.

En sak som förenar i stort sett alla regleringar och ersättningar är att de syftar till att åstadkomma ”god vård” – god sittställning, god diet, goda mediciner som är både medicinskt och ekonomiskt effektiva etc. Trots en alltmer omfattande regel- och ersättningsstyrning tycks det emellertid inte räcka för att åstadkomma ”det goda”. Det är särskilt tydligt i vården av svårt sjuka äldre. Det finns åtminstone två förklaringar. En förklaring är att svårt sjuka äldre regelmässigt är multisjuka. Det ställer höga krav på avvägning mellan olika ”goda” värden. Till exempel kanske en enligt riktlinjen idealisk medicinering för en viss sjukdom, inte är möjlig på grund av interaktioner mellan mediciner eller svårigheter för patienten att svälja. Sådana dilemman skapar gap mellan principiella rekommendationer och praktik. Principiellt kan sådana gap åtgärdas via fler och mer detaljerade riktlinjer. I praktiken är dock den möjligheten begränsad.

En annan förklaring till att regelstyrning och specifik ersättningsstyrning är problematisk är att så många aktörer är involverade i vården av en svårt sjuk äldre. Det ställer stora krav på samordning, inte bara på en övergripande nivå i form av generella avtal mellan landsting och kommuner. Den stora svårigheten ligger i behovet av konkret samverkan och koordinering mellan de aktörer som deltar i den vardagliga vård- och omsorgspraktiken, alltifrån akutsjukhus och geriatriska kliniker, via primärvårdsmottagningar, till hemtjänst och olika typer av särskilda boenden. På en principiell nivå är det enkelt att formulera en vårdkedja där patienten sömlöst rör sig mellan vårdgivare som var och en har ansvar för olika delar av patientens vårdbehov. I praktiken är det svårt. Gränserna för ansvar är otydliga och det uppstår gap mellan olika vårdgivare. När sådana gap uppmärksammas – ofta på grund av att en patient farit illa – är lösningen ofta att ytterligare förtydliga och specificera olika aktörers ansvar, med hjälp av fler regleringar och nya ersättningar för specifika aktiviteter.

Den här rapporten ifrågasätter gränserna för en detaljstyrning av vårdens praktik. Att införa specifika regler och ersättningar för att styra mot vissa värden och vissa aktiviteter är att prioritera dessa framför andra. I rapporten argumenterar vi för att från centralt håll bör man vara mycket vaksam på konsekvenserna av en sådan snäv styrning. Det gäller särskilt när ersättningar kopplas till styrningen. Hur goda enskilda värden än är förutsätter god vård en balansering mellan många olika värden. Den balanseringen kan bara ske lokalt, i relation till den enskilda patienten och med hänsyn tagen till den lokala situationens villkor. Detta innebär inte att man från centralt håll ska avstå från att styra vården, men det handlar om en annan typ av styrning än ytterligare regleringar och ersättningar.

Rapporten är baserad på en etnografisk observationsstudie på två allmängeriatriska avdelningar. Den ena är särskilt inriktad mot rehabilitering av stroke, den andra mot frakturer. Båda avdelningarna behandlar dock patienter med andra sjukdomar och hälsoproblem. I studien skuggades representanter för olika personalgrupper under deras arbetsdag. Minst en observation, oftast flera, gjorde av personal från alla professionella grupper som var verksamma på avdelningen: sjuksköterskor, undersköterskor, logopeder, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, överläkare, underläkare och chefsjuksköterskor. Totalt genomfördes ett 40-tal observationsdagar. Vidare intervjuades klinikchefer och klinikekonomer.

Till en geriatrisk avdelning kommer patienter antingen direkt från hemmet eller via akutsjukhus. I den sistnämnda gruppen finns dels patienter som bara passerat via akuten, dels patienter som vårdats några dagar på sjukhuset för en akut skada såsom en fraktur. På den geriatriska avdelningen stannar patienten i snitt mellan 10-14 dagar. Syftet är att vistelsen ska leda till medicinsk rehabilitering, både från akuta skador och exempelvis näringsbrist. När patienten är medicinskt utskrivningsklar skickas patienten vidare till hemmet eller till ett särskilt boende, där kommunalt finansierad omsorg och primärvården tar över ansvaret.

Geriatriska avdelningar finns enbart på ett begränsat antal platser, men där de finns utgör de en viktig del av vårdkedjan för svårt sjuka äldre. Med sin placering mellan akutsjukhus och kommunal omsorg utgör de en utmärkt plats för att studera avvägningar mellan olika värden, inte minst i gränsdragningarna mellan olika aktörer i kedjan. Ett område som dessa aspekter blir särskilt tydliga i, är i beslutet om att en patient är medicinskt utskrivningsklar. Här måste många olika värden balanseras. I rapporten kommer vi därför fokusera på hur det avgörs att en patient är medicinskt utskrivningsklar.

För att tydliggöra hur olika värden och hänsyn balanseras i beslutet om att en patient är medicinskt utskrivningsklar består en stor del av rapporten av empirinära exempel på sådan balansering som hämtats från fältanteckningar gjorda under de etnografiska studierna. Avslutningsvis förs en mer analytisk diskussion av implikationerna för central styrning av vård av svårt sjuka äldre.

Utskrivningsklar i relation till vad?

VAD ÄR MÅLET FÖR PATIENTENS VISTELSE?

Begreppet medicinskt utskrivningsklar antyder att en patients alla medicinska problem har åtgärdats när patienten skrivs ut från avdelningen. Så är inte fallet. Det pågår ett ständigt arbete med att avgöra vad patienten har för hälsoproblem och vilka av dessa problem som de geriatriska avdelningarna ska behandla. En viktig aspekt där är vilka mål för patientens vistelse som har formulerats i patientens individuella vård- och rehabiliteringsplan (IVRP). IVRP:s mål ska formuleras senast tre dagar efter det att en patient skrivits in på den geriatriska avdelningen. Målen sätts vid de storronder som hålls två gånger i veckan där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor men också, när så är möjligt, sjukgymnaster, logopeder och arbetsterapeuter medverkar. Eftersom patienterna ofta är multisjuka, formuleras regelmässigt flera mål, inklusive mål som ”trygg social situation”. Ofta finns dock ett huvudmål som utgår från den åkomma som patienten lades in för. Det målet är vanligtvis styrande för utskrivningen.

Under storronden konstateras att en nyanländ patient lider av demens, påtaglig viktninskning och andra allvarliga hälsoproblem. Han är dock inskriven på avdelningen på grund av förstoppling. Under rondan beslutar man om ett antal åtgärder: nutritionsbedömning, utvärdering av sväljkapacitet av logopeden, gångträning med sjukgymnasten och laxermedel. Vidare ska remisser skickas till en onkolog för att utesluta att vikt förlusten beror på cancer och till en tandläkare med demenskompetens för att förbättra tandstatusen. ”Kan vi kalla till vårdplaneringsmöte nu?”, frågar överläkaren. ”Ja, vi behöver bara få igång hans mage”, svarar en av sjuksköterskorna. (StM 2010-06-27)

Att formulera mål inom tre dagar är viktigt eftersom detta är en indikator som används av beställarna för att utvärdera och ersätta avdelningen och kliniken. Svårt sjuka äldre kan dock behöva några dagar för att landa på avdelningen. Innan dess är det svårt att se vad som kan åstadkommas. Det gör att tre dagar ofta är en alltför kort tid för att formulera för patienten meningsfulla mål. I de situationerna finns det några standardmål som kan användas.

Ett par dagar tidigare har en ny strokepatient anlänt till avdelningen. Under storronden förs en lång diskussion kring patientens tillstånd där alla närvarande – sjuksköterska, läkare, logoped, arbetsterapeut och sjuksköterskeelev – kommer med bitar av information om patientens status. ”Ska vi skriva IVRP?” undrar överläkaren. Sjukgymnasten säger nej, hon behöver träffa patienten igen. Sjuksköterskan föreslår att man ska lämna målen till nästa vecka. ”Men tillfredsställande nutrition då? Vad mer kan vi skriva?”, undrar överläkaren. Det räcker för nu”, svarar logopeden. ”Minskad trötthet då? Det kan vi ta för vi är enormt duktiga på att få igång patienterna”, menar överläkaren. (ÖL 2008-04-17)

Att sätta upp standardmål är ett sätt att tillfredsställa beställarnas krav. Eftersom avdelningarnas personal också tar sitt professionella ansvar kompletteras de målen senare med för patienten mer relevanta mål. Mål kan också tillkomma på grund av att nya hälsoproblem dyker upp under patientens vistelse på avdelningen. Detta är ganska vanligt. Avdelningarnas patienter är multisjuka och

sköra. Det är inte ovanligt att de exempelvis (trots att avdelningen följt regler om fallriskbedömningar och larmmattor) ramlar. Patienterna kan också försämrats mer gradvis, till exempel på grund att de inte vill äta.

En patient, P, som har befunnit sig några dagar på avdelningen diskuteras under storrronden. Överläkaren undrar om alla känner henne och hur hon mår. En sjuksköterska svarar att hon mår bra, men att hon fortfarande bara äter flytande kost. Alternativa handlingsalternativ diskuteras. Är det meningsfullt att kontakta dietist? Vill patienten leva? Kan läkemedel som minskar slembildningen förbättra aptiten? ”Vi ska formulera mål också”, säger en sjuksköterska. ”Social planering, bibehållen ADL, förbättrat matintag”, svarar överläkaren. Det beslutas att man inte ska koppla in dietisten eftersom man bedömer att hon inte kan göra något. Däremot ska man ge medicin mot slemmet och försöka få i patienten närings-tillägg. ”Sen på måndag får vi börja fundera över varthän det lutar”, avslutar överläkaren. (ÖL 2008-04-17)

Som redan framgått av exemplen ovan är de mål som formuleras för patientens vistelse ofta mycket vaga. Ett skäl är att med den typ av sjukdomar och hälso-problem som svårt sjuka äldre har handlar det ofta om att förbättra hälsan, snarare än att bota. Kommer näringstillägg och energirik mat för att nå målet ”förbättrad näring” leda till att patienten går upp 1 kg, 2 kg eller 5 kg under den begränsade tid som patienten ska stanna på avdelningen? Det går inte att specificera. När det gäller praktisk rehabilitering från akuta skador är en annan orsak till vaga och generella mål att avdelningarna saknar vissa lokaler och viss utrustning för att åstadkomma mer specifik rehabilitering. Som en arbetsterapeut förklarade i ett samtal om hennes mål:

”Jag sätter ofta mål som att de ska bibehålla sin ADL. Men det är jättesvårt att sätta mål för vi arbetsterapeuter har ett ganska avgränsat område. Vi tar hand om den personliga vården. Vi skulle kunna träna patienterna i att laga mat också, men vi har inget tränings-kök. (AT 2008-04-09)

Brist på utrustning som leder till att man inte kan sätta som mål att träna matlag-ning eller att gå i trappor påverkar naturligtvis den framtida vårdkedjan. Kan man inte ha som mål att träna kaffekokning ställer det krav på kommunernas hem-tjänst. Att det finns ett stort interorganisatoriskt beroende mellan olika vårdaktörer är också tydligt i relation till strikt medicinska frågor. Det finns många medicinska problem som de geriatriska avdelningarna inte har utrustning och kompetens att åtgärda, och det är inte ovanligt att mer specialiserade kliniker är ovilliga att ta sig an patienten. I sådana situationer tenderar målen att handla om att utreda patientens status, och att tvinga andra vårdaktörer att ta sig an patienten.

En ny patient diskuteras på rondan. Journalen visar att patienten bland annat har KOL och lungabscess, men lungkliniken vill inte ta över henne. Först måste röntgenbilder länkas över. Patientens är mycket trött, vill inte äta. Överläkaren utbrister: ”Nej, fy sjutton. Det är en jätte-sjuk patient. Jag tycker att de ska ta över henne. Jag skriver det i remissen till lungläkaren. Det är ingen geriatrisk patient. Hon är för sjuk. IVRP vågar man knappt skriva. Jag skrev lite igår. Häva infektionen. Men jag tror inte att den går att häva med antibiotika...”. ”Ska vi ändra mål då till ’Utreda orsak till infektion’ och ’Remiss till lungröntgen’? Om vi inte kan häva det här?”, undrar en sjuksköterska. ”Ja, men slutmålet måste vara att häva”, svarar läkaren. (ÖL 2008-04-17)

För att summera: svårt sjuka äldre har regelmässigt flera sjukdomar och hälso-problem. De geriatriska avdelningarnas uppgift är inte att ”bota” patienterna från alla dessa problem. Vad man ska göra är att åtgärda ett begränsat antal problem, men avdelningarna försöker ta ett helhetsansvar för alla patientens hälsoproblem. Vilka problem som man ska ha som mål att åtgärda styrs i hög utsträckning av avdelningarna själva. Vissa mål syftar till att förbättra patientens status och vistelsen på avdelningen, andra remitterar man vidare eller lämnas så småningom till den kommunala vården. Hur målen formuleras beror på vad man ersätts för, vilka resurser som finns, men också i hög grad en professionell bedömning.

Oberoende av hur ambitiösa målen är så är de sällan entydiga och klara. Det kan vara svårt att avgöra om, och i så fall när, ett mål är uppnått. Måluppfyllelse är inte heller den enda faktor som styr beslutet om att en patient är medicinskt utskrivningsklar.

Är patienten medicinskt utskrivningsklar?

VAD ÄR PATIENTENS MEDICINSKA STATUS?

En viktig aspekt när man bedömer om en patient är medicinskt utskrivningsklar är självklart hans eller hennes medicinska status. Även om man relaterar den frågan till målen för patientens vistelse går det sällan att svara ett enkelt ja eller nej på frågan om den önskade statusen har uppnåtts. Ett problem är att olika medlemmar av personalen kan ha olika uppfattningar om vad patientens medicinska status är. Ibland är det möjligt att förstå varför det finns skilda uppfattningar. Exempelvis kan det handla om olika professionella kompetenser.

På storrronden diskuteras om patienten P är medicinskt utskrivningsklar. En undersköterska menar att ett problem som kvarstår är att P ibland faller bakåt. ”Det är en fråga om teknik”, svarar sjukgymnasten. ”Om du placerar gästödet korrekt är det inget problem”. (SfM 2010-06-27)

Olika syn på patientens status kan också bero på att olika yrkesgrupper möter patienten i olika situationer. Undersköterskor hjälper patienter att klä på sig, tvätta sig och äta. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter tränar patienten mer av-gränsat i specifika situationer på specifika platser.

Arbetsterapeuten har varit på hembesök med patienten P. På storrronden förklarar hon: ”Jag blev lurad. Sjukgymnasten sa att P var i dåligt skick, men jag höll inte med. Men jag hade inte sett P vara uppe och gå. Jag hade bara mött P i sängen. När vi kom hem till P blev det tydligt att det var stora problem! (AT 2010-03-16)

Beslut om en patient är medicinskt utskrivningsklar kräver emellertid varken att man förstår orsaken till, eller kan sammanjämka olika versioner av patientens medicinska status till en gemensam bild. Dels är patientens medicinska status oftast mångfacetterad. Dels är det inte bara patientens medicinska tillstånd som avgör om en patient anses vara medicinskt utskrivningsklar.

Kan avdelningen göra något ytterligare medicinskt?

Geriatriska avdelningar har i uppdrag att ge rehabilitering och medicinsk behandling till geriatriska patienter som har större och mer komplexa behov av sådan medicinsk vård än vad akutsjukhusen kan erbjuda. Men vården ska leda till att patienten blir bättre, och patienten ska inte stanna på avdelningen mer än i snitt ett par veckor. Att avdelningarnas uppgift att åstadkomma en medicinsk förbättring och att det är den uppgiften de ersätts för avspeglar sig i beslut om huruvida en patient är medicinskt utskrivningsklar. Men det ekonomiska trycket balanseras av ett professionellt och humanitärt ansvar för patienten.

HAR AVDELNINGEN GJORT SITT?

En viktig fråga när avdelningens personal ska besluta om en patient är medicinskt utskrivningsklar är om avdelningen tagit sitt ansvar och gjort det som åligger den? För att göra sitt krävs att man funnit en orsak till patientens medicinska problem, att man har åtgärdat vad man kan och att man tagit ansvar för de problem som kvarstår. Svårt sjuka äldre har oftast flera sjukdomar och flera hälsoproblem. I många fall är det ett detektivarbete att försöka utröna vad som orsakar ett visst symtom. Kan man inte klargöra den saken, måste man så småningom ställa frågan om patienten ska skrivas ut trots märkbara kvarstående symtom. Ibland blir svaret att man ska göra ytterligare ansträngningar för att finna orsaken.

Patienten P är bestämd med att hon vill åka till ett privat rehabiliteringshem. Hon vill inte ha något vårdplaneringsmöte. Sjuksköterskan och underläkaren talar med varandra. Deras känsla är att P behöver mer hjälp. Frågan är om P behöver stanna på avdelningen för att få den hjälpen. Nyckelfrågan är om P ”bara kommer ligga där”. I så fall kan hon lika gärna åka hem. ”Men hon mår illa och har fått mediciner mot det. Det är något som inte är ok”, säger sjuksköterskan. Beslutet blir att man inte ska skriva ut patienten, utan vänta ett tag och se vad som händer. (UtSSK 2008-04-08)

I andra situationer blir bedömningen att avdelningen har gjort sitt. Då är ett kvarstående medicinskt problem inget skäl för att inte skriva ut patienten.

Två sjuksköterskor har rapport.
Ssk1: Jag hade P idag. Vi satte ut vätske- och kostregistreringen. Det visade sig att hon får i sig 600 kcal för lite. Vi satte in Resource x2 och näringsberikad kost. Hon hade lite temp i morse. Är utskrivningsklar idag.
Ssk2: Ja, vi har inte hittat vad tempen beror på. Hon är utskrivningsklar. Ska hon till kortis [kommunalt korttidsboende]? (SSK 2008-05-07)

Att finna orsaken till ett symtom är nära kopplat till en annan fråga som också ställs vid beslut om medicinskt utskrivningsklar: har avdelningen tagit sitt ansvar för och gjort tillräckligt för patienten? I vissa fall kan det handla om ytterligare undersökningar för att bedöma patientens status.

Föregående vecka har ett planerat vårdplaneringsmöte för P ställts in eftersom P fick smärtor i bröstet. Både personal och P:s son tror att smärtorna berodde på nervositet. Nu är frågan på storrronden om man ska kalla till ett nytt vårdplaneringsmöte? I den diskussion som följer diskuteras vad P:s huvudproblem egentligen är. Den allmänna bedömningen är att det är

kognitivt, vilket implicit innebär att P är medicinskt utskrivningsklar. Logopeden vill dock göra ytterligare en undersökning. Den kan inte göras förrän veckan därpå. Det beslutat att man ska kalla till ett vårdplaneringsmöte så snart undersökningen är gjord. (StM 2010-06-27)

I andra situationer upptäcker man att ytterligare behandlingar bör genomföras.

Sjuksköterskan har just informerat deltagarna i storrronden om att ett vårdplaneringsmöte är planerat för en patient nästa dag. Underläkaren berättar att hon just fått resultat från vissa prover. De förklarar varför patienten har så svårt att andas. Orsakerna är behandlingsbara och borde åtgärdas innan patienten skrivs ut. (StM 2010-06-27)

Att ha gjort sitt behöver dock inte innebära att avdelningen själv genomför en undersökning eller behandling. Det kan också handla om att delegera den fortsatta behandlingen till andra vårdgivare. En sådan delegering kan, som tidigare illustrerats, göras redan när patienten skrivs in, ofta på grund av att det är sjukdoms- och ohälsotillstånd som avdelningen inte är kapabel att åtgärda. Men remittering till andra vårdgivare är också en del i utskrivningsprocessen.

I diskussionerna om att skriva ut den tidigare nämnda patienten med andningsproblem, där underläkaren funnit en behandlingsbar orsak som hon vill behandla innan patienten skrivs ut, så kommer överläkaren med ett annat förslag: ”Vi kan inleda behandlingen på avdelningen så kan de fortsätta den i hennes hem”. Så fortsätter hon: ”Men har patienten syrgas hemma?”. När svaret är nej konstaterar överläkaren att då är det nog för tidigt att skriva ut patienten. Sen tillägger hon: ”Om vi inte gett patienten en fullgod behandling”. (StM 2010-06-27)

Huruvida avdelningarna bedömer att de tagit sitt ansvar är nära kopplat till en annan fråga: blir patienten bättre eller ej av att vistas på avdelningen?

FÖRBÄTTRAS PATIENTEN?

De geriatriska avdelningarna har i uppdrag att åstadkomma rehabilitering och förbättring av patientens hälsotillstånd. Det gör att en central fråga när man ska besluta om en patient är medicinskt utskrivningsklar är om patienten blir bättre av den vård som ges på avdelningen. Sker det ingen förbättring ska patienten skickas vidare i vårdkedjan. Vad som är att betrakta som bättre är dock en bedömningsfråga. Ibland tycks beslutet självklart.

Patienten P har fallit, fått en fraktur och skrivits in på avdelningen. På storrronden menar både sjukgymnasten och arbetsterapeuten att P:s tillfrisknande går framåt och att de vill ha mer tid med henne. De pekar också på ett antal åtgärder som behövs: remiss till en ortopedspecialist, kontakt med kommunens biståndshandläggare och problemet med P:s brist på socialt nätverk. Alla accepterar läkarens förslag om att P ska få stanna två veckor till på avdelningen. (UL 2008-04-03)

I andra situationer, när patientens förbättring är mindre påtaglig, är bedömningen att patienten förbättras betydligt svårare.

En strokepatient P som också är dement diskuteras under storrronden. P är aggressiv även om smärtstillande och antidepressiva tycks ha lugnat henne. Vidare är hon bland annat spastisk och har stora problem att kommunicera. Det gör rehabiliteringen från stroke mycket

svår. Men det sker små, små förbättringar och sjukgymnasten menar att även om hon inte kan återvända hem, utan behöver ett permanent särskilt boende, är det bättre om hon bara behöver hjälp av en person, än två. Det argumentet i kombination med hennes andra hälsoproblem leder till beslutet att hon ska få stanna ytterligare en vecka på avdelningen. (SjG 2008-03-27)

Att en dement patient kan ha svårt att samverka i sin rehabilitering är en sak, givet att rehabilitering ändå är möjlig att åstadkomma. När det gäller patienter som är så kallat ”kognitivt adekvata” ställs högre krav på samverkan.

DELTAR PATIENTEN I REHABILITERINGEN?

De geriatriska avdelningarna ska rehabilitera patienter och förbättra deras medicinska tillstånd. Det förutsätter vanligtvis att patienten deltar i vården. Också svårt sjuka äldre kan emellertid ha egna uppfattningar om hur behandlingen ska bedrivas. Ett område där en del patienter har bestämda synpunkter är mediciner. Patienter kan vägra förändra sin gamla medicinerings trots avdelningsläkarnas försök att förklara att dessa mediciner är direkt olämpliga. Patienter kan vägra äta vissa mediciner, till exempel smärtstillande, trots att det skulle underlätta rehabiliteringen. De kan också vägra äta mediciner enligt ordination. Patient-autonomi gör att om det inte går att övertala patienten så skrivs patienten ut trots den olämpliga medicinerings. Patienter kan även vägra att delta i behandlingen på andra sätt. Det är också en grund för utskrivning.

Vid storrronden diskuteras en patient P som är mycket negativ till att delta i rehabiliteringen. Enligt sjukgymnasten kan P gå med hjälp av ett gåbord, men P vägrar eftersom hon tycker det är ”fullständigt vedervärdigt med gåbord”. ”Ska vi se på utvärderingen?”, säger överläkaren. ”Ok, bedömningen blir att vi inte nått rehabiliteringsmålen på grund att patienten inte vill medverka”. Det bestäms att patienten ska till ett kortis där kan man bara uppmana dem att försöka uppmuntra patienten att gångträna med gångbord. (StM 2010-06-27)

En patients ovilja att acceptera en behandling måste dock vägas mot de medicinska risker som denna vägran innebär. Att inte kunna gå är en sak. Att riskera sitt liv är en annan. I den sistnämnda situationen blir bedömningen om patienten är medicinskt utskrivningsklar betydligt svårare.

Patienten P har stora svårigheter att svälja. Under storrronden undrar överläkaren om P:s näringsintag har säkrats. ”Om hon säger ja till peggen”, svarar underläkaren. En peg är en slang som sätts in i magen på patienter som inte kan svälja näringslösningar. I den fortsatta diskussionen blir det tydligt att P är mycket ambivalent till att få en peg. Ena dagen säger hon ja, andra dagen nej. Logopeden, kuratorn, sjuksköterskan kommer med olika förslag på hur P ska övertalas att sätta in den. Till slut säger överläkaren: ”P har redan varit här på avdelningen en månad. Hon kan inte stanna sex månader. Vi måste fatta ett beslut [om utskrivning] den här veckan.” (StM 2010-06-27)

För att summera: det finns många aspekter som påverkar huruvida en patient bedöms vara medicinskt utskrivningsklar. Alla dessa aspekter kräver tolkning och bedömning. Vad är patientens medicinska status? Har avdelningen gjort tillräckligt för att finna orsaker till, behandla de symtom man kan behandla och remittera andra till andra vårdgivare? Blir patienten bättre av att vistas på avdelningen? Är

patienten villig att göra sin del och delta i behandling och rehabilitering? Det är dessutom inte bara medicinska hänsyn som behöver tas. En annan fråga vid beslutet om att en patient är medicinskt utskrivningsklar är huruvida patienten har en ordnad social situation, det vill säga en fungerande omvårdnad.

Har patienten en trygg social situation?

Geriatriska avdelningar ska åstadkomma medicinsk rehabilitering, men de har också ett ansvar för att åtgärda patientens situation efter vistelsen på avdelning. Förutom medicinska mål är därför ett vanligt mål ”trygg social situation”. Det målet ägnas mycket tid. En grundläggande uppgift är att göra hembesök, bedöma möjligheterna för patienten att komma hem och beställa anpassningar av hemmet hos kommunen, till exempel att ta bort trösklar. Den mest komplexa delen av detta arbete handlar dock om att hantera det nätverk av aktörer, såväl andra vårdgivare som anhöriga, som ska stödja patienten när hon eller han kommer hem eller till ett annat boende. Patienten själv kan också behöva hanteras.

En patient P vill bli utskriven och åka hem utan någon hemtjänst. Hon är väldigt envis. Läkaren och arbetsterapeuten diskuterar behovet att tala med anhöriga före mötet, så att de inte stödjer P:s önskan att gå hem. Arbetsterapeuten förklarar att P:s hem är mycket olämpligt för henne, bland annat på grund av en trappa till ingången. ”Det finns trapphissar, men man måste kunna använda dem. Jag tvivlar på att hennes man klarar det”, säger arbetsterapeuten. ”Om hon vägrar finns det inget vi kan göra”, säger läkaren. ”Det beror på vilken biståndshandläggare vi får från kommunen”, säger arbetsterapeuten. (UL 2008-03-25))

ATT PÅVERKA KOMMUNEN

Många patienter behöver stöd från sin hemkommun när de skrivs ut i form av hemtjänst eller särskilt boende. Avdelningens personal får inte ha några synpunkter på vilken service kommunen ska erbjuda den äldre, men det får de anhöriga. Avdelningspersonalen lägger därför en del tid på att coacha anhöriga i vad den äldre behöver, hur de anhöriga ska gå tillväga för att åstadkomma det och vad de ska säga till kommunens handläggare. Det arbetet görs även när det leder till att patienten blir kvar längre än tänkt på avdelningen.

Två sjuksköterskor diskuterar en patient P som ska skrivas ut. P:s döttrar är oroade över hur P ska klara sig hemma. Personalen delar deras oro och har uppmanat döttrarna att ta kontakt med kommunens biståndshandläggare. Det tycks dock ha uppstått viss förvirring kring vad P har för slags behov. En av sjuksköterskorna mejlar till biståndshandläggaren för att förklara att det handlar om ett omsorgsbehov, det vill säga, det är kommunens ansvar. En timme senare talar hon med handläggaren i telefon. Hon berättar att P är mycket svag och trött. ”Är det bästa att hon åker hem?”, frågar sköterskan i telefon. När samtalet är slut är det bestämt att P ska få komma till ett särskilt boende. ”Så jag antar att hon blir kvar här tills det blir plats”, konstaterar sjuksköterskan. (UtSSK 2010-02-09)

VART SKA PATIENTEN?

Det finns i princip tre alternativa boenden för en patient som lämnar den geriatriska avdelningen. Patienten kan återvända hem, åka till ett kommunalt korttidsboende eller till ett mer permanent särskilt boende. Dessa olika boendeformer erbjuder olika typer av vård, något som i sin tur kan påverka beslutet om medi-

cinskt utskrivningsklar. På den avdelning som var specialiserad på stroke förklarade man att om en strokepatient återvände hem fanns det rehabiliteringsteam för stroke som gjorde hembesök. Skickade man patienten till ett korttidsboende var rehabiliteringsmöjligheterna sämre. Vid ett permanent särskilt boende fanns det i stort sett ingen rehabilitering att tillgå. Samtidigt måste en patient vara i någorlunda skick för att kunna bo i sitt hem. Medan förekomsten av stroteam talade för en tidigare utskrivning av en patient som skulle återvända hem, kunde alltså en önskan att återvända hem tala för en lite längre vårdtid. En sjukgymnast förklarade hur en sådan önskan påverkade hennes uppfattning att patienten skulle få stanna ytterligare en tid, trots att patienten var svårrehabiliterad.

Min tanke är att hon vill komma hem till hund och katt. Om det ska gå måste hon bli bättre på att förflytta sig. (SJG 2008-03-27)

Ett annat exempel på hur en patients framtida boende kan påverka beslutet om medicinskt utskrivningsklar gavs under ett vårdplaneringsmöte för patienten P. Vid mötet medverkade förutom P, även P:s anhöriga, en sjuksköterska från den geriatriska avdelningen, en läkare och en biståndshandläggare från P:s hemkommun.

Läkaren avslutar sin redogörelse för P:s många sjukdomar med att konstatera ”Ja, så har du kateter också”. Biståndshandläggaren frågar om katetern kommer tas bort innan P åker hem. När svaret är nekande undrar hon varför primärvården inte har kallats. ”De är kallade, men de kommer aldrig”, förklarar sjuksköterskan. Så tillägger hon ”Men P ska till korttidsboende”. Den implicita meningen är att korttidsboendet har egna sjuksköterskor. Biståndshandläggaren blir mycket upprörd. Hennes kommun har inga korttidsboenden, den har satsat på dementa patienter. Om P inte är medicinskt utskrivningsklar så är P den geriatriska avdelningens ansvar, menar biståndshandläggaren. När P:s anhöriga påpekar att P:s hem inte är anpassat för henne menar handläggaren än en gång att det är landstingets, det vill säga avdelningens ansvar. Till slut frågar handläggaren när P ska skrivas ut. Avdelningens sjuksköterska svarar: ”Vi trodde ni hade kortis så planen är måndag”. (Obs Avd 2010-06-03)

Det är inte bara kommunen som kan påverka när en patient är medicinskt utskrivningsklar. Anhöriga och patienten själv kan också ha synpunkter som påverkar avdelningens möjligheter att skapa vad de uppfattar som en trygg social situation, vilket i sin tur kan påverka när patienten anses vara medicinskt utskrivningsklar.

ÄR PATIENTER OCH ANHÖRIGA MED PÅ ATT SKAPA EN TRYGG SITUATION?

Personalen på de geriatriska avdelningarna lägger mycket tid på att förklara för anhöriga vad patienten har för behov. Den uppgiften kan vara särskilt svår när patient drabbats av en akut sjukdom som fått en kraftig påverkan på hennes eller hans hälsotillstånd.

En arbetsterapeut berättar om ett möte hon haft med en patients dotter och bror. Patienten har haft en stroke och det har varit ett besvärligt möte på grund av att de anhöriga har en annan uppfattning om patientens hälsa än avdelningspersonalen. Till slut verkar de anhöriga ha förstått att patienten inte kan bo hemma till att börja med. ”De tror att han ska återhämta sig”, förklarar arbetsterapeuten, ”men det är en hjärnskada. Men åker han till ett korttidsboende blir det ett nytt vårdplaneringsmöte där”. (ARB 2008-04-09)

Anhöriga har stor makt över patienten, särskilt om patienten är riktigt svårt sjuk. Ibland lyckas inte avdelningspersonalen påverka anhörigas uppfattning om hur patienten bäst ska vårdas efter vistelsen på avdelningen. Då måste patienten ändå skrivas ut.

Under storrronden diskuteras hur man ska skriva ut en kvinnlig patient P, som är i slutskedet av en demenssjukdom. P:s man är väldigt envis med att han ska ta hem henne och han vägrar att låta kommunens hemtjänst komma in i hemmet. Överläkaren konstaterar att P är så dålig att hon behöver bli omhändertagen som en baby, men hon är medicinskt utskrivningsklar och ett vårdplaneringsmöte ska hållas om tre dagar. ”Men vi kan inte skicka hem henne. Vi måste ta ansvar för patienten”, säger en sjuksköterska upprört. ”Tyvärr, måste det bli så här ibland”, svarar en annan sköterska. (ÖL 2008-04-17)

ÄR PATIENTEN OK MED SITUATIONEN?

Det är inte bara anhöriga som ska vara med på noterna. Det är också viktigt att få patienten att acceptera både att vara kvar och att skrivas ut från avdelningen. Ibland tycks det leda till att patienter blir kvar längre än avdelningen egentligen anser befogat.

Storrronden går över till nästa patient. ”13:2, hon åker hem i morgon”, säger en sjuksköterska. Överläkaren utbrister förvånat: ”Vad? Har ni lyckats med att få henne dit? Den kvinnan är i allvarlig risk att bli hospitaliserad. Hon trivs jättebra här”. (ÖL 2008-04-17)

Förr eller senare måste dock avdelningen sätta hårt mot hårt och skriva ut patienten. Ibland innebär det att man vet att patienten snart är tillbaka. Till exempel finns det patienter som inte trivs på det boende som kommunen erbjuder och som därför gång på gång återkommer till avdelningen på grund av att de inte ätit tillräckligt eller misskött sin medicinering. I andra fall får utskrivningen stoppas på grund av att patienten blir för nervös eller får bröstsmärtor som ett tidigare exempel visade. Det finns andra exempel på hur patienter som är ovilliga att gå vidare i vårdkedjan blir kvar på avdelningen.

”Vet någon hur det gick för P igår? Var det en fraktur? undrar överläkaren vid storrronden. P visar sig vara en kvinnlig patient som skulle skrivits ut dagen innan trots att hon ville stanna på avdelningen. Följaktligen var hon mycket grinig mot personalen och vägrade ta emot hjälp. Det slutade med att hon föll och fick en fraktur. (OBS Avd 2010-06-03)

För att summera: ett vanligt mål för patientens vistelse är att den sociala situationen ska vara trygg när patienten skrivs ut från avdelningen. Det kan påverka när en patient bedöms som medicinskt utskrivningsklar. Olika boenden ställer olika krav på patientens medicinska skick och ger också olika typer av vård. Olika kommuner ger också olika service. Eftersom avdelningspersonalen inte får lägga sig i kommunens bedömningar kan det krävas tid att coacha anhöriga så att de förstår patientens nya situation. Både anhöriga och patienter har egna viljor. De kan vilja skrivas ut eller vice versa, komma hem eller ej.

Central styrning och praktisknära balansering

De senaste decenniernas försök att styra hälso- och sjukvården har präglats av ökad tillit till riktlinjer, standarder och andra typer av regler, och av ökad användning av riktade ersättningar, ofta i form av tidsbegränsade projekt. De empiriska exempel från geriatriska avdelningar som beskrivits i denna rapport exemplifierar sådana regler och ersättningar, och deras styrande effekt. Mål för patientens vistelse formuleras regelmässigt inom tre dagar eftersom det finns en regel som avdelningarna utvärderas och ersätts utifrån. Målformuleringen görs även när det på grund av patientens tillstånd inte är lämpligt. Ersättnings-systemets utformning skapar tryck på avdelningarna att skriva ut patienter. Det gör det viktigt att avgränsa vilka av multisjuka patienters alla sjukdomar som avdelningarna ska ta ansvar för. Likaså låter man inte patienter ”bara ligga” på avdelningen, även om patienten själv vill.

De empiriska exemplen tydliggör emellertid också att de som är verksamma i vårdens praktik ständigt balanserar centralt formulerade regler och ersättnings-system med många andra hänsyn. Tredagarsregeln följs i relation till alla patienter, men om så behövs via allmänna standardmål. De för patienten viktigaste målen formuleras i dessa fall vid ett senare tillfälle. Avdelningarna begränsar sitt ansvar för patientens alla sjukdomar, men man gör en genomgång av patientens hälso-tillstånd och remitterar problem till andra vårdgivare. Det finns ett tryck på att få ut patienter från avdelningen, men personalen kan ägna tid åt att försöka övertala en patient som vill skrivas ut att stanna ytterligare en tid, eftersom man bedömer att patienten behöver det. Detta trots att det vore lätt att skriva ut patienten med hänvisning till patientens autonomi.

Det pågår följaktligen ett ständigt balanserande mellan regler, ersättningar och många andra hänsyn och värden. Även om det går att diskutera om den lokala balanseringen alltid är optimal – när ska exempelvis patientautonomin få styra? – visar ändå exemplen att god vård knappast kan åstadkommas genom att vårdpraktiken slaviskt anpassar sig till detaljerade, centralt formulerade regler och ersättningssystem. God vård förutsätter en avvägning mellan olika värden – ekonomiska, medicinska, sociala, psykologiska och humanitära. Den exakta avvägningen kan inte formuleras centralt. Den måste göras lokalt, i varje situation beroende av exempelvis vem patienten är och hur vården lokalt är organiserad. Vi ska avsluta denna rapport med att diskutera vilka implikationer det har för hur verksamheter i allmänhet, och vården av svårt sjuka i synnerhet kan styras.

NÅGRA DILEMMAN MED ATT STYRA VIA REGLER OCH ERSÄTTNINGAR

Ökad styrning via regler och riktade ersättningar är inte unikt för hälso- och sjukvården. Det är global trend (Brunsson och Jacobsson 2000). Trenden har varit särskilt påtaglig inom professionella verksamhetsområden som utbildning och sjukvård där det traditionellt funnits stor frihet för professionerna att agera. Men även om det kan finnas goda skäl att begränsa den friheten är det tveksamt om det går att styra professionella verksamheter genom att i detalj formulera regler och ersättningar för vilka uppgifter som ska utföras och hur. Det krävs

lokala professionella bedömningar och ett erfarenhetsbaserat praktiskt förnuft. Det finns studier som antyder att den ökade användningen av regler och riktade ersättningar kan motverka möjligheten att tillämpa ett professionellt och praktiskt omdöme (Schwartz och Sharpe 2010).

Ett exempel på problemet med många regler är Weicks (2001) studie av hur brandmäns möjlighet att överleva minskade i takt med att fyra enkla grundregler för överlevnad utökades till närmare femtio stycken som detaljerat beskrev hur brandmännen skulle agera i olika typer av riskabla situationer. Weick förklarade denna skenbara paradox med att fyra regler både är möjliga att komma ihåg, och att tolka, modifiera och utveckla utifrån den unika situation som man befinner sig i. Femtio detaljerade regler kan omöjligen hållas i minnet. Även om så vore möjligt täcker femtio regler inte alla de unika livshotande situationer som kan uppstå vid en brand.

Vad gäller riktade ersättningar är självklart en stor risk att en ekonomisk logik får ersätta det professionella omdömet så att vårdpraktiken drivs mot att utföra uppgifter som man ersätts för, på bekostnad av andra uppgifter som utifrån ett professionellt omdöme är mer relevanta. Detta behöver inte vara ett problem. I ett sjukvårdssystem där varje liten deluppgift är fördelad på olika vårdaktörer och där utförandet av varje uppgift är detaljreglerad kan ett sådant förhållnings-sätt tänkas ge såväl kostnadseffektiv som högkvalitativ vård. Patienterna utgör produkter i arbete som skickas mellan olika produktionsenheter, där varje enhet har ansvar för och blir ersatt för ett litet delmoment av produktionen. Enklare, standardiserade operationer på i grunden friska människor kan utan diskussion organiseras enligt en sådan industriell produktionsmodell.

Vård av svårt sjuka äldre har en annan karaktär. Här är det osannolikt att en strikt ekonomisk logik (inramning) sammanfaller med förutsättningarna för god vård. Här råder stor vaghet kring vad som ska åtgärdas och var gränserna för en vårdenhets ansvar går. Det skapar möjlighet att rama in den äldres situation på många olika sätt, med mer eller mindre gott vårdresultat. Inramningen kan handla om ambitionsnivå. Är syftet med en patients vistelse på avdelningen att patienten ska återvända hem? Eller är det fullt tillräckligt med förmåga att vistas på ett korttidsboende? Inramningen kan handla om hur stort ansvar vårdenheten ska ta. Ska man ta tid att utvärdera sväljförmågan eller ska man släppa det till nästa vårdgivare? Ska förbättrad gång vara ett mål för patientens vistelse eller ska man nöja sig med att få kontroll på blodsockret? Inramningen kan relatera till etiska frågor, till exempel utrymmet för patientens autonomi också på bekostnad av hans eller hennes hälsa. Hur en patients situation ramas in är alltså viktigt för vårdens kvalitet, men också denna inramning måste ske lokalt.

Om vårdens innehåll måste balanseras lokalt, om ersättningar riskerar att skapa inramningar som motverkar god vård, och om centrala regler kan leda till att vårdens kvalitet och effektivitet försämras – vilka möjligheter finns centralt att styra och påverka så att man motverkar de brister som uppenbart finns i vården av svårt sjuka äldre? Diskussion om betydelsen av professionellt omdöme och

förnuft tenderar att fokusera på att diskutera problem med regelstyrning eller att förespråka ökad tillit till praktiskt förnuft (t ex Alsterdal 2011). Men det finns några möjligheter som kan vara värda att gå vidare med. .

Styrning är en mångfaldig verksamhet som kan omfatta flera olika verktyg. Regler och ersättningar är två. Ett annat viktigt verktyg är uppföljning. Regler, ersättningar och uppföljningar kan vara mer eller mindre sammankopplade. Hur sammankopplade de är påverkar generellt sett hur hård styrningen blir. En regel om att mål för patientens vistelse ska formuleras inom tre dagar, där måloppfyllelsen både utvärderas och ersätts kommer att leda till att mål för vistelsen formuleras inom tre dagar. En så hård styrning kan vara en önskad effekt från dem som styr, men det riskerar att ske på bekostnad av andra relevanta uppgifter. Dilemmat är med andra ord att regler och ersättningar visserligen kan åstadkomma det som den som styr specificerar och betalar för. Däremot är det mer sällan som detta åstadkommer det som den styrande egentligen vill. Det väcker frågan om det är självklart och nödvändigt att koppla samman regler, ersättningar och utvärderingar?

Att utforma en regel eller ersättningsmodell förutsätter att man väljer att låsa fast vissa uppgifter och värden. Kopplas en utvärdering till dessa värden har man skapat en hårdkopplad styrmodell. Om lokal balansering av värden är viktigt för god vård bör man som styrande vara väldigt övertygad om att ett visst värde eller viss uppgift ska prioriteras innan man skapar en sådan hårdkopplad styrning. De flesta styrande har inte så begränsat fokus, utan det brukar finnas andra värden som de är intresserade av att uppnå. Att särkoppla utvärderingar, regler och ersättningar kan vara en möjlighet att upprätthålla ett sådant bredare perspektiv.

Att ersätta en verksamhet för en uppgift men utvärdera utifrån andra aspekter kan uppfattas som moraliskt klandervärt. En viktig fråga i relation till detta är hur man ser på och använder sig av utvärderingar? Är de ett underlag för en diskussion med dem som är verksamma i vårdpraktiken? Eller är de ett underlag för beröm och kritik och för ekonomiska bestraffningar och belöningar? Om det sistnämnda gäller krävs naturligtvis konsistens kring vad som ska åstadkommas och prioriteras. Men styrning av vården av svårt sjuka äldre kan knappast utformas så enkelspårigt. Den kräver även samtal och dialog. Här kan rätt utformade utvärderingar tänkas bidra till en sådan diskussion.

Ett annat sätt att försöka styra mot bättre vård för svårt sjuka äldre är att bidra till diskussioner och utbildning som syftar till att stödja utvecklingen av ett professionellt omdöme och praktisk erfarenhetsbaserad kunskap - inte bara inom läkarprofessionen eller andra etablerade vårdprofessioner som sjuksköterskor och sjukgymnaster, utan också bland undersköterskor och personal med begränsad formell utbildning. En central aspekt är att fördjupa frågan om hur olika situationer kan ramas in och hur en sådan inramning påverkar den fortsatta vården. Vilka situationer och frågeställningar som är viktiga att diskutera varierar sannolikt mellan olika grupper, men vissa frågor är gemensamma. Regeringens beslut att initiera ett arbete för att utforma en värdegrund inom äldreomsorgen är en

sådan fråga. Det arbetet verkar hittills ha fokuserats på relativt central nivå i kommuner, men det är möjligt att detta arbete skulle kunna utvidgas till att omfatta underlag för diskussioner också i den dagliga vårdpraktiken.

Normativ kunskap om hur man kan styra och stödja en lokal utveckling av det professionella omdömet och det praktiska förnuftet i syfte att åstadkomma bättre vård för svårt sjuka äldre är än så länge begränsad. Det krävs ökad forskning som är inriktad mot styrningsfrågor. En fråga är hur man kan visa tillit till vårdprofessionellas omdöme, utan att helt avstå från att styra? Hur avgör man vilka aspekter som man bör styra upp centralt, och vilka aspekter som ska lämnas till den lokala verksamheten? Hur utformar man ett ersättningssystem som inte snedvrider balansen mellan olika värden? Här krävs ytterligare studier.

Referenser

Alsterdal, Lotte (red) (2011) Omtankar. Praktisk kunskap i äldreomsorg. Huddinge: Södertörns högskola.

Brunsson, Nils och Bengt Jacobsson (red) (2000) A World of Standards. Oxford: Oxford University Press.

Schwartz, Barry och Kenneth Sharpe (2010) Practical Wisdom. The Right Way to Do the Right Thing. New York; NY: Riverhead Press.

Socialdepartementet/regeringen (2011) Ändring av beslut om uppdrag angående prestationsersättning till lokala värdighetsgarantier, dnr S2011/1232/FST, 2011-03-03

Weick, Karl E. (2001) Tool retention and fatalities in wildland fire settings: Conceptualizing the naturalistic. I Salas, Eduardo och George Klein (red) Linking expertise and naturalistic decision making. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.



Lean i äldre vården

— en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker

Ida Larsson & Jon Rognes

Innehåll

Sammanfattning	120	<i>Kategori 2: Har påbörjat integrering av lean i verksamheten</i>	134
Inledning	121	ARVIKA SJUKHUS	134
<i>En ögonblicksbild med begränsningar</i>	121	TORSBY SJUKHUS	134
Bakgrund	121	GÄVLEBORG, GÄVLE SJUKHUS	135
Flödesorganisering och lean – vad är det?	122	CENTRALSJUKHUSET I KRISTIANSTAD	136
<i>Principer för lean produktion</i>	123	SKÅNES UNIVERSITETSSJUKHUS, MALMÖ	137
PROCESSER OCH FLÖDESORIENTERING	123	NACKAGERIATRIKEN	138
VÄRDERINGAR	124	NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS, UMEÅ	138
LEDARSKAP	124	UNIVERSITETSSJUKHUSET I ÖREBRO	139
FÖRÄNDRING OCH FÖRBÄTTRING	124	<i>Kategori 3: Har ej integrerat lean i verksamheten</i>	139
MÅL, MÄTNING OCH ÅTERKOPPLING	124	DALARNA, AVESTA OCH FALU LASARETT	139
STANDARDISERAT ARBETSSÄTT	125	VÄSTMANLAND, VÄSTERÅS SJUKHUS	141
<i>Lean i vården</i>	125	VÄSTERVIK SJUKHUS	141
Lean i äldre vården idag	126	NYNÄSHAMNS GERIATRIK, LEGEVISITTEN	142
<i>Kategoriindelning och översikt</i>	126	Slutsatser och diskussion	143
KATEGORI 1: HAR INTEGRERAT LEAN I VERKSAMHETEN	126	<i>Lean och ersättningssystem</i>	144
KATEGORI 2: HAR PÅBÖRJAT INTEGRERING AV LEAN I VERKSAMHETEN	127	Referenser	145
KATEGORI 3: HAR EJ INTEGRERAT LEAN I VERKSAMHETEN	128	Bilaga 1: Metod, urval och avgränsning	146
KATEGORI 4: HAR EJ STÖTT PÅ BEGREPPET LEAN	128		
Fallbeskrivningar	128		
<i>Kategori 1: Har integrerat lean i verksamheten</i>	129		
HALMSTAD	129		
ÄNGELHOLMS SJUKHUS	129		
HANDENGERIATRIKEN	130		
CAPIO GERIATRIK DALENS SJUKHUS	132		

Sammanfattning

Syftet med studien är att göra en översikt över lean och flödesorientering inom äldre vården i Sverige, samt utreda konsekvenser av detta för framtida ersättningssystem. Geriatrisk verksamhet består av ett stort antal olika organisationer, och även organisationer med samma uppgift kan ha mycket olika struktur och mognadsgrad vad gäller förmåga att utveckla och ta till sig nya arbetssätt för att utföra uppgiften.

Lean i geriatriken är idag mycket heterogent och mognadsgraden är relativt låg.

- Många initiativ pågår på bred front inom alla delar av vården
- Få enheter har kommit särskilt långt jämfört med industrin

En utmaning kring lean i vården i kombination med utformning av ersättningssystem är att dessa system ofta inte är anpassade för en flödesorientering av en verksamhet, utan för en verksamhet med resultatenheter.

Dagens ersättningssystem utgår i huvudsak från utförda ingrepp eller definierade arbetsmoment. Medel i form av budget och andra resurser kanaliseras till resultatenheter, ofta i form av kliniker. En av grundprinciperna i lean är att fokus skall ändras från resursoptimering till att verka för ett effektivt flöde genom hela kedjan för patienten. Tidigare studier har visat att ersättningssystem av den typ som finns i vården i dag till stor del inte fungerar vid en flödesorientering, utan verkar bevarande av det befintliga silotänkandet. Initiativ av typen lean där målet är en mer flödesorienterad organisation av verksamheten kommer att accentuera detta problem.

Eftersom detta projekt syftar till att utveckla riktlinjer och principer för ett framtida ersättningssystem för sjuka äldre, är det av vikt att väga in den betydande strömning inom vården i allmänhet, och som vi sett här även inom geriatriken, mot ett mer processororienterat arbetssätt. Dagens ersättningssystem behöver anpassas om de skall stödja samarbete mellan olika delar i komplexa vårdkedjor för sjuka äldre.

Inledning

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har i uppdrag av Regeringens Äldresamordnare att ta fram relevanta kunskapsunderlag som kan ligga till grund för utvecklingen av ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Det har hävdats att en perspektivförskjutning från diagnoser och enskilda insatser till ett processororienterat synsätt är en förutsättning för att bättre och mer effektivt kunna tillfredsställa de mest sjuka äldres behov. Vad betyder detta rent konkret för vårdverksamheternas organisering?

Syftet med denna delstudie är att kartlägga dagsläget vad gäller införande av flödesorientering eller lean vid svenska geriatriska kliniker. Detta syfte mynnar ut i två frågeställningar för undersökningen:

- Vilka initiativ kring lean och flödesorientering finns inom äldre vård?
- Hur ser dessa ut med avseende på omfattning och karaktär?

Utifrån detta diskuteras hur initiativ till lean och flödesorientering kan tänkas interagera med andra försök till styrning och reglering av vården, särskilt de befintliga och tänkta ersättningssystem som berör geriatriken.

En ögonblicksbild med begränsningar

Detta är en nulägesrapport kring lean och flödesorganisering. Publika initiativ beskrivs och sammanställs utifrån befintligt offentligt material och rapporter. Då begreppet lean är mycket omfattande och inte alltid entydigt, fångar inte översikten allt som skulle kunna innefattas i lean, men som i dagsläget har en annan beteckning lokalt. Det finns alltså många exempel på systematiskt förbättringsarbete och processutveckling som inte omfattas av rapporten. Det finns sannolikt också många exempel på projekt som skulle kunna omfattas av lean-begreppet men som inte finns med i översikten eftersom de använt en annan terminologi och därför inte kommit med i sökningar på t ex ”lean” och ”flödesvård”.

Bakgrund

Geriatrisk innebär läran om åldrandets sjukdomar. I takt med att världens befolkning åldras så ökar denna patientgrupp kraftigt nu och kommer att göra så under de kommande decennierna. Med denna ökning kan vi även förvänta oss att behovet av en utvecklat sjukvård kommer att öka. Medelåldern på patienterna på en geriatrisk klinik ligger på över 80 år och på de medicinska klinikerna ligger den på 75 år (Akner, 2004).

Vad gäller antalet vårdplatser på sjukhusen har dessa minskat de senaste åren samtidigt som genomströmning av äldre patienter har ökat. Samtidigt som många äldre drabbas av ett flertal diagnoser är det många mellan 65 och 85 år som har en god eller mycket god hälsa. Åldrandet har tidigare enbart setts som

en börda och kostnad för samhället, vilket inte längre är fallet då många kan räkna med ett långt och rikt liv (Östlund, 2008).

Ökade krav om effektivisering och kostnadsbesparingar har drivit fram utvecklingen mot att synliggöra och arbeta mer medvetet med metoder och idéer för att uppnå en mer tids- och kostnadseffektiv verksamhet. Ny terminologi och nya tekniker har förts in i offentlig sektor tillsammans med ett ifrågasättande av det tidigare sättet att arbeta (Sahlin & Wedlin 2008).

Vården i Sverige har, trots sina många goda sidor, potential att förbättras, även om den svenska sjukvården är relativt kostnadseffektiv i förhållande till de medicinska resultat som den levererar. Ett återkommande tema i dag är att vårdorganisationer, genom att arbeta med verksamheternas organisering, försöker förbättra effektivitet och produktivitet i vården. Erfarenheter från utvecklingen i andra branscher visar att nya arbetssätt inom operations management har kunnat bidra till kraftiga förbättringar både vad gäller kvalitet och produktivitet. Många goda försök att applicera nya tankegångar inom vårdproduktion finns runt om i landet, för tillfället framför allt i termer av flödestänkande och lean. Filosofier och metoder för organisering av verksamhet med rötter i industrin har på många håll med goda resultat applicerats på vården (Rognes och Åhlström 2009).

Många offentliga verksamheter använder termer och principer hämtade från lean production utan att egentligen använda alla principer i lean production. Detta innebär att lean presenteras som ett universalmedel då den formulerar en filosofi om ökad effektivitet men även som en paradox då många ledare använder lean utan att tillfullo förstå principerna utan endast ser det som ännu ett verktyg så som många andra och inte ett i grunden nytt sätt att tänka (Radnor, Boaden, 2008). Fokus har istället legat på verktyg och tekniker associerade med lean, t.ex. kaizen blitz (radikal förändring av en specifik del av organisationen under en specifik tid), six sigma, value stream mapping (värdeflödeskartläggning) (Radnor & Boaden, 2008).

Lean och flödesorganisering kan möjliggöra att fler patienter kan få behandling snabbare – och med högre kvalitet i vårdprocesserna. Förbättrad genomströmning av patienter och reducerade kötider är ett uppnått resultat vid de försök att applicera industriella principer som har förekommit, vilket är en kvalitetseffekt för både individen och hela samhället. Det står dock klart att filosofier och metoder för processförbättringar behöver modifieras för att passa i äldrevården. Ett problem ligger i att organiseringen och framför allt styrningen av sjukvården idag, försvårar införandet av nödvändiga organisatoriska förändringar och bromsar effekterna av genomförda förändringar. Detta är starkt relaterat till styrning av vården genom bland annat ersättningssystem.

Flödesorganisering och lean – vad är det?

Lean är en heltäckande filosofi kring hur produktion av varor eller tjänster skall bedrivas på bästa möjliga sätt. Det har genom Toyotas framgångar fått en stor

spridning, och under de senaste åren har intresset för det väckts inom vården. För vårt vidare resonemang behövs en kort förklaring av begreppen.

Begreppet ”lean production” skapades i det världsomspännande forskningsprojektet kring världens bilindustri som ägde rum under mitten av 1980-talet. Den centrala frågan i projektet var varför japansk bilindustri var så överlägsen den amerikanska? Svaret man fann benämndes ”lean production” och visade sig leda till möjligheten att producera bilar med dubbelt så hög kvalitet till hälften av resursinsatserna. Det visade sig dessutom vara möjligt få dessa effekter utanför Japan. Det var organiseringsprinciperna som var de viktiga, inte i vilket land man befann sig. Centralt i dessa organiseringsprinciper var det arbetssätt som sedan andra världskriget utvecklats vid Toyota i Japan. Det är detta arbetssätt som utgör grunden i det som kom att kallas lean produktion.

Sedan begreppet lean myntades, har det kommit att spridas till många olika sektorer och har även fått mängder med uttolkningar. Det gör att det inte finns *en* definition av vad lean produktion är, utan väldigt många. Det är därför vanskligt att definiera exakt vad lean produktion är, men vi gör ändå ett försök.

Principer för lean produktion

Lean bygger på några centrala principer: organisationen kan hela tiden bli bättre (*ständiga förbättringar*) genom att involvera alla medarbetare (*allas ansvar*) i att eliminera alla onödiga moment (*reducera slöseri*) i verksamheten. Detta gör man genom att alla arbeta strukturerat och standardiserat mot gemensamma mål, genom mätning och feedback, och genom att ständigt förbättra verksamhetens processer.

För ledningen gäller det att ändra fokus i organisationen från bästa resursutnyttjande till att i stället fokusera på genomloppstider i verksamheten. Det innefattar att utforma produktionssystem och processer rätt, att skapa rätt incitamentsstruktur, till exempel belöningssystem och ersättningsmodeller, och att bygga rätt värderingar i organisationen. För mellanchefer innebär det att genom delegering av ansvar och befogenheter involvera alla medarbetare. Viktigt är också att arbeta med system för förbättringar och att skapa fokus genom lokal mätning, uppföljning och feedback. För medarbetarna innebär det att man arbetar med tydliga och gemensamma mål, att man i viktiga uppgifter har ett arbetssätt som är lika oberoende av vem som utför uppgiften, att arbeta med förbättringar i den dagliga verksamheten och att arbeta med mottagaren i fokus.

PROCESSER OCH FLÖDESORIENTERING

En viktig del i lean är att se verksamheten som processer i stället för som enskilda aktiviteter och avdelningar. Fördelen med att tänka process i stället för aktivitet är att fokus hamnar på producerat slutresultat i stället för på effektivitet i de enskilda momenten. Flödesorientering skall alltid ske med hela stora produktionsflödet i fokus, inte bara genom att mindre moment i enskilda avdelningar optimeras. En optimering av enskilda delprocesser kan ibland till och med skada helheten. Exempel på detta är om en klinik blir mycket effektiv på att förbereda

patienter för operation, men genomförandet av operationen inte är synkroniserad med förberedelserna. Den första effektiviseringen får då inget genomslag på hela processen utan kan i värsta fall leda till kö av förberedda patienter som eventuellt behöver förberedas igen, när operationen genomförs.

VÄRDERINGAR

Lean produktion är inte en samling verktyg som kan tillämpas var för sig, utan ett övergripande sätt att se på verksamheten. För att fungera måste det genomsyra alla delar, vilket gör det till en kultur- och värderingsfråga likaväl som en fråga om arbetssätt och flöden. Kundtänkande kräver att fokus ändras från den egna uppgiften till vad nästa led behöver för att slutresultatet skall bli bra.

LEDARSKAP

Ledarskapet är en mycket central del i hur väl lean produktion lyckas. Ledarskapet måste skapa en kultur med värderingar såsom öppenhet, ömsesidigt förtroende, lagarbete, kundfokus och utbildning/träning. Ledaren måste finnas till hands, vara synlig. Genom att delta i det dagliga arbetet och ställa frågor, lyssna och framför allt agera på det man får reda på uppnås ett förtroende. En viktig princip i lean och i förbättringsarbete är att betona allas ansvar för sitt eget arbete, alla är involverade och ansvariga för resultatet av sitt eget arbete. För att kunna arbeta med ständiga förbättringar och med tydligt kundfokus måste ansvar och befogenheter ligga hos den som utför uppgiften. Det innebär särskilda krav att leda en verksamhet som arbetar på detta viset. Det innebär att medarbetarna själva får ta beslut i så stor grad som möjligt. Om uppgiften är väldefinierad och kundbehovet är klart skall medarbetarna själva kunna avgöra hur undantag och problem skall hanteras. En annan viktig princip är att flera medarbetare skall kunna göra varje uppgift. På så vis blir organisationen mer flexibel och mindre känslig.

FÖRÄNDRING OCH FÖRBÄTTRING

Ständiga förbättringar är en av grunderna i lean. Ständiga förbättringar innebär att medarbetarna regelbundet reflekterar över hur arbetet utförs och är villiga att pröva nya, väl underbyggda och genomtänkta sätt att arbeta. För ett framgångsrikt förbättringsarbete behöver förändringar genomföras på ett metodiskt och organiserat sätt. Ordentligt faktaunderlag ska tas fram till varje viktigt beslut, och detta gäller alla nivåer i organisationen och både kort- och långsiktiga beslut. Varje medarbetare medverkar till att deras arbetssätt utvecklas över tiden. Alla arbetar i en process och varje process innehåller alltid icke värdeskapande aktiviteter som bör elimineras, även om de blir mindre och färre med tiden.

MÅL, MÄTNING OCH ÅTERKOPPLING

Mätning och uppföljning är ett krav för att kunna säkerställa förbättringar. En grundprincip för mätning av produktivitet och kvalitet är att vi skall mäta lokalt, på varje process. Mätningen skall användas som underlag för förbättringar där de görs. Alla mätningar skall återkopplas till den som utfört uppgiften. Målet är att det skall ske så snabbt som möjligt, helst direkt. Om resultatet inte är acceptabelt skall åtgärder ske direkt.

En förutsättning för att kunna göra ett bra arbete är att alla skall veta kriterier för vad som är ett bra arbete. I vården kan det vara ett problem att avgöra vad som skall prioriteras och var gränser skall dras. Både produktivitet och kvalitet är viktigt, medarbetarna måste veta vad som utgör ett bra arbete, och vad som skall undvikas. Gränsdragningarna skall inte göras av var och en, istället skall så klara riktlinjer som möjligt göra det lättare att göra ett bra jobb. En del i det är att alla skall få feedback på sitt arbete och genom den veta hur man ligger till jämfört med målen.

STANDARDISERAT ARBETSSÄTT

En uppgift skall alltid utföras enhetligt på bästa sätt för samma resultat, oberoende av vem som utför den. Det gör att medarbetarna undviker att uppfinna hjulet på nytt hela tiden. Genom att standardisera arbetssätt uppstår en förutsägbarhet i systemet och energin kan ägnas åt att förbättra det standardiserade arbetssättet. Därmed undviker man onödiga moment och arbetar med så enkla och effektiva verktyg och hjälpmedel som möjligt. Målet är att arbeta med en praktisk formaliseringsgrad, med enkla och användbara instruktioner och undvika krångliga och överarbetade strukturer och system.

Lean i vården

På flera håll inom sjukvården, framförallt på akutsjukhusen, arbetar man med att förenkla och snabba på patientflödet för att minska väntetider och öka effektiviteten med lean-metodik (Årsrapport 2008, Stockholms Medicinska råd). Exempel på lean-projekt är värdeflödesanalys för mathantering på en grupp bostad för äldre utvecklingsstörda där tidsminskningen gick från 26 till 7-8 timmar i månaden. Den tid som frigjordes användes istället till aktiviteter med de boende¹. Andra exempel som kan lyftas fram är kartläggning av städprocess på äldreboende², effektivare ronder³, utökad roll för ambulanspersonalen vid omhändertagande av patienter med höftfraktur⁴. Gemensamt för de olika lean-projekten är en önskan om att förbättra arbetsflödet och kvaliteten och att så mycket av arbetstiden skall användas till sådant som skapar värde för kunden. I grunden handlar det om att arbeta smartare, inte snabbare.

Ytterligare exempel är satsningar på ökad kvalitet inom äldre vården där man genom en strukturerad metod och checklistor identifierade behov av vård och omsorg tidigt vilket minskade problem med långa väntetider, överbeläggningar och otrygga utskrivningar. Denna satsning har nu nominerats till Götapriset 2011⁵.

Huruvida lean passar sjukvården råder det delade meningar om. Åsikter som t.ex. att läkekonsten offras genom att förbättringsarbetet fokuserar på det mätbara på bekostnad av det viktiga har framkommit. Man menar att beslutsfattare okritiskt har köpt kostsamma lean-aktiviteter om är ovidkommande inom sjukvården⁶. Samtidigt presenteras studier som visar att svensk sjukvård har stora effektivitetsvinster att hämta genom ett framgångsrikt arbete med lean vilket ger goda förutsättningar för sjukvården att utveckla verksamheten inför ett framtida ökat vårdbehov (Graneli, Murray, 2008). Vidare framkommer resultat som visar att både

- ¹ <http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/Angebo-gruppboende-sparade-17-timmar-i-manaden-pa-battre-rutiner/> 111021
- ² <http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/Kartlaggning-av-stadrutiner-sparade-massor-av-tid-pa-aldreboende-i-Vara/> 111021
- ³ [http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/](http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/Effektivare-ronder-med-lean/) 111021
- ⁴ [http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/](http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/Bra-start-pa-Lean-arbete-pa-demensboende-i-Sotenaskommun/) 111021
- ⁵ [http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/](http://www.suntliv.nu/Projekt/ldebanken/Projekt-och-exempel/Aldreomsorg-som-blir-battre-och-sparar-pengar/) 111021
- ⁶ <http://www.lakartidningen.se/engine.php?sectionId=0&articleId=14532> 111021

⁷ <http://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Specialitetsforening/Svensk-GeriatriskForening/Geriatrik-i-Sverige/> 111010

patienter, sjuksköterskor och läkare anser att utskrivning är möjlig i ett tidigare skede, vilket öppnar upp för en diskussion om förändringar i arbetssätt och patienternas delaktighet i eftervård, behandling och rehabilitering (Subasic, 2011).

Mycket finns skrivet om lean generellt inom sjukvården och dess effekter, men lite står skrivet om lean inom specifikt geriatrik.

Lean i äldre vården idag

I följande avsnitt beskrivs ett antal geriatriska verksamheters arbete med lean och flödesorganisering. Totalt omfattar kartläggningen 51 verksamheter. Se bilaga 2 för en förteckning över dessa.

Studien inleddes med en övergripande genomgång av tidskrifter, uppsatser och inläsning av de olika klinikernas hemsidor för att få en bild av engagemanget kring lean. Att enbart utgå från ovanstående källor visade sig pga. bristfällig information vara otillräckligt för att skapa en översikt över Lean inom geriatrik. Detta har därför kompletterats med intervju för att på så sätt skapa en bild kring integrering av lean inom geriatrik.

I urvalsprocessen har vi utgått från Svensk Geriatrisk Förenings⁷ hemsida och deras lista över geriatriska kliniker i Sverige, se bilaga 2. Utifrån denna lista har ett antal verksamheter kontaktats för telefonintervju.

Kategoriindelning och översikt

Studien resulterar i fyra olika kategorier av verksamheter. Nedan följer en beskrivning av de olika kategorier som har framkommit vid analys samt de verksamheter som ingår i respektive kategori. Verksamheterna är listade utan inbördes ordning.

Att en verksamhet ingår i en kategori behöver inte innebära att den uppfyller alla de punkter som ingår i exempel på insatser. Att en verksamhet har placerats i en specifik kategori bygger på den helhetsbild som har presenterats vid intervju. Nedanstående genomgång av de olika kategorierna följs sedan av en beskrivning av ett urval verksamheter och deras arbete med lean.

Kategori 1: Har integrerat lean i verksamheten

Innefattar verksamheter som aktivt har tagit till sig lean och som anser sig arbeta efter filosofin. Dessa verksamheter har arbetat utifrån lean-konceptet under ca 1-3 år och har aktivt arbetat för att det skall bli en del av kulturen.

Exempel på insatser

- Utbildning för chef och medarbetare
- Konsultstöd vid implementering
- Lean-spel
- Leantavla
- Strukturerat arbetssätt, rutiner
- Processkartläggning och flödesanalys
- Förändring i ledarskapet, från chef till coach
- Synliggjort slöserier, t.ex. dubbelarbete

I denna kategori finns följande 4 verksamheter:

- Halmstad
- Ängelholm
- Handens geriatriska klinik
- Capio geriatrik Dalens sjukhus

Kategori 2: Har påbörjat integrering av lean i verksamheten

Innefattar verksamheter som inspirerats av och/eller aktivt tagit till sig delar av lean alternativt verksamheter som precis påbörjat implementering.

Exempel på insatser

- Delvis utbildning för chef och medarbetare
- Har lean-tavla alternativt planerar för det
- Testat verktyg, t.ex. 5S samt infört pilotprojekt inom verksamheten
- Lean-spel
- Påbörjat definition av förbättringsarbete samt kartläggning
- Pilotprojekt inom verksamheten

I denna kategori finns följande 13 verksamheter

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| • Arvika | • Torsby |
| • Gävle | • Värnamo |
| • Sunderbyn | • Kristianstad |
| • Malmö | • Brommageriatriken |
| • Nackageriatriken | • Stockholmsgeriatriken |
| • Norrlands Universitetssjukhus, Umeå | • Kungälv |
| • Örebro | |

KATEGORI 3: HAR EJ INTEGRERAT LEAN I VERKSAMHETEN

Innefattar verksamheter som antingen aktivt har valt bort lean alternativt känner till begreppet men ej arbetar efter det.

Angivna orsaker

- Man menar att lean ej passar geriatriken
- Valt annan metod i arbetet
- Har ej tid pga. verksamhetsspecifika insatser, t.ex. omorganisering
- Lean används på en övergripande nivå men har ännu ej integrerats inom geriatriken
- Planer på att implementera lean längre fram

I denna kategori finns följande 18 verksamheter

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| • Avesta | • Falun |
| • Uppsala | • Västerås Närsjukhus |
| • Nässjö | • Västervik |
| • Karlskrona | • Växjö |
| • Jakobsbergsgeriatriken | • Löwet geriatrik, Upplands Väsby |
| • Nynäshamn | • Stockholms sjukhem |
| • Nyköping | • Sollefteå |
| • Sahlgrenska | • Uddevalla |
| • Närsjukvårdsteam för multisjuka | • Norrköping |

KATEGORI 4: HAR EJ STÖTT PÅ BEGREPPET LEAN

Innefattar verksamheter som vid samtal meddelar att de ej har hört talas om begreppet.

I denna kategori finns följande 2 verksamheter:

- Jönköping
- Länssjukhuset Kalmar

Fallbeskrivningar

Nedan beskrivs ett urval verksamheter och deras arbete med eller utan lean. För att ge en bild av verksamheternas olika grad av engagemang har vi valt att lyfta fram exempel på verksamheter som vid intervju anger att de arbetar med lean alternativt tagit delar av lean samt exempel på verksamheter som vid intervju anger att de inte arbetar med lean.

Kategori 1: Har integrerat lean i verksamheten

HALMSTAD⁸

På sjukhuset i Halmstad finns ingen renodlad geriatrisk klinik utan dessa patienter finns inlagda på andra avdelningar. Vi talar med avdelningschef medicin och får veta att man har arbetat med lean, men kallar det produktionsplanering. Arbetet med lean startade för ca tre år sedan och inleddes med en bred information om lean samt att man tog in konsultstöd. Två avdelningar fick utökat konsultstöd: cardio gastro och lungmottagningen, och dessa blev pilotprojekt.

Under de tre år som projektet har pågått har engagemanget, gått i vågor och man har noterat ett minskat intresse. Detta visar på vikten av eldsjälar som driver arbetet framåt. Ett minskat intresse kan vara en effekt av högt tempo inom sjukvården och att man därför ej orkar med en uppgift till. De två avdelningar som blev pilotprojekt har fått extra resurser. Man har spelat lean-spel, och på dessa avdelningar har engagemanget levt kvar.

Syftet med implementeringen av lean var att skapa ett bättre flöde, vinna mer patientnära tid och minska flaskhalsar i verksamheten. Två enheter har använt sig av lean-tavla där man bl.a. satt upp resultat av mätningar.

Patienterna har involverats genom enkäter som gått ut till alla patientgrupper. För personalen har använts ett system med enklare smileys där man genom en specifik smiley angett ange vad man tycker.

ÄNGELHOLMS SJUKHUS⁹

På Ängelholms sjukhus finns ingen renodlad geriatrisk avdelning utan dessa patienter ligger delvis inom rehabavdelningen. Vid samtal med avdelningschef framkommer det att man på rehab har arbetet med Lean sedan sommaren 2009. En extern konsult kopplades in och höll i utbildningar inom området. Ett stort antal medarbetare har även fått spela lean-spelet i implementeringsarbetet.

Fokus i arbetet med lean har legat på daglig styrning och processkartläggning. Man inledde med att genomföra en flödesanalys för att få en bild över verksamheten och nu ligger primärt fokus på daglig styrning. I kartläggningen synliggjordes alla delar i processen, från kallelse, behandling, till utskrivning. Standarder tecknades ned för varje del. Även undersökningsrummen har standardiserats så att alla rum numer ser likadana ut. Standard och struktur ändras hela tiden. Det är ett pågående arbete. Om en standard inte är bra så ändras den.

Syftet med att implementera lean var för att förbättra och skapa engagemang, man ville få in ett nytt synsätt i verksamheten och lyfta fram avvikelser. Huvudfokus låg på att skapa och möjliggöra aktiva medarbetare.

Ett resultat i arbetet är att produktionen har ökat utan att man har ökat personalstyrkan. Man har även sett att sättet att behandla patienterna har blivit bättre och

⁸ [http://www.regionhalland.se/sv/ward-halsa/hitta-din-ward/lanssjukhuset-i-halmstad/](http://www.regionhalland.se/sv/vard-halsa/hitta-din-ward/lanssjukhuset-i-halmstad/) 111115
⁹ http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Angelholm-samlingsnod/Angelholms_sjukhus/ 111115

10 <http://www.praktikertjanst.se/templates/PageStartExternalExtension.aspx?id=28762111115>
11 <http://www.praktikertjanst.se/templates/PageStartExternalExtension.aspx?id=28762111102>

att medarbetarna har stimulerats att presentera förslag till förbättring. Som exempel på resultat man nämns att man nu har 300 fler besök än samma tid förra året samtidigt som köerna minskat. Man har även tagit bort kvällsmottagningar. Men det finns självklart ett tak, det går ej att öka antalet besök hur mycket som helst.

Teamarbete är centralt och en ökad tydlighet i arbetsuppgiften har framkommit i och med lean. En gång i veckan träffas teamen och diskuterar den fortsatta utvecklingen, vad är bra och vad kan vi göra bättre? Att avsätta tid för utbildning har varit viktigt i arbetet. Teamen är multiprofessionella och vissa uppgifter har omfördelats mellan professionerna, ett arbete som inte alltid har varit uppskattat. Det finns ej bestämda förbättringsgrupper utan dessa sätts ihop efter behov.

På avdelningen har man en klassisk lean-tavla med tydliga mål, idéer, tidsplan, ansvar, etc. som man går igenom kontinuerligt.

Medarbetarna kommer dagligen med förslag på förbättringar som testas och genomförs. Viktigt här är att ge medarbetarna möjlighet att förändra och testa sig fram till bästa arbetssätt. Att arbeta utifrån lean har inneburit att chefen har fått en annan roll i arbetet där fokus numer ligger på att coacha, vara tillåtande, ta ett steg tillbaka och inte lägga sig i arbetet, vilket kan vara en stor utmaning i chefsrollen. Chefen ansvarar för att skapa engagemang och formulera vad som skall göras. Medarbetarnas ansvar ligger på att genomföra det. Arbetet med lean kräver dessutom eldsjälar som driver och upprätthåller arbetet.

Vad gäller kund/patientfokus och att lyfta fram deras synpunkter i förbättringsarbete är viktigt. På avdelningen utgår man från en nationell enkät samt samtalar med patienterna. När patienterna kommer med synpunkter är det viktigt att ge återkoppling och meddela att synpunkterna kommer att tas upp i arbetsgruppen.

Ängelholms sjukhus i stort arbetar utifrån tre värdegrundsord: engagemang, respekt och arbetsglädje vilket genomsyrar det dagliga arbetet. Dessa ord kom man fram till i samarbete med medarbetarna.

HANDENGERIATRIKEN¹⁰

Handengeriatriken drivs av Praktikertjänst Geriatrik AB och är ett helägt dotterbolag till Praktikertjänst AB. Det är en liten och modern geriatrisk klinik. På kliniken finns tre slutenvårdsavdelningar och en stor öppenvårdsverksamhet bestående av ASIH, Äldreteam, Trygg Hem, rehabilitering, minnesutredning och Rudans Vårdcentral¹¹.

Vid samtal med ekonomichef på minnesmottagningen framkommer att man har drivit ett lean-projekt med start i slutet av 2010 och som avslutades innan sommaren 2011. Tanken är att mottagningen ska fortsätta arbeta på egna ben efter avslutat projekt med uppföljning under 2012. I projektet har personalen fått utbildning i lean och har haft ett antal sittningar (ca 6-7 stycken) men har bedrivit eget arbete mellan dessa tillfällen. Viktigt är att skapa ett öppet klimat där ingen pekar ut varandra, dvs. att lyfta diskussionen till en högre nivå.

Man har ännu ej genomfört uppföljningssamtal med avdelningschef. Dock kan man se att personalen har börjat samtala mer och att man har blivit bättre på att använda tillgängliga system. Man har numer datoriserade journalsystem, något som man tidigare skrev för hand. Att arbetet är allas ansvar har fått ett större fokus. Eftersom berörd arbetsgrupp består av fem personer har denna grupp som helhet arbetat som ett team.

Hierarkin är tydlig inom verksamheten där läkaren har en stor auktoritet. Vad som har framkommit i projektet är att läkaren har fått upp ögonen på att sjuksköterskan kan genomföra arbetsuppgifter som läkaren tidigare gjorde. Detta är ett resultat av att man nu talar om att arbetet är en gemensam process där alla har ansvar för arbetet. Man har även diskuterat, inom t.ex. arbetsterapi, huruvida man måste göra alla tester på alla patienter. Detta har lett till kortare vårdtider vilket har gynnat både patienter och anhöriga. I projektet har man även tagit fram en broschyr med kartor och information om verksamheten som har delats ut, något som inte fanns tidigare.

Viktigt nu är att man inte slår sig till ro och anser sig vara färdig med lean-arbetet. Detta nya synsätt skall prägla verksamheten och leva kvar, ett arbete där chefen spelar en viktig roll. Att förändra kulturen i en inarbetad grupp är en utmaning. Syftet med att implementera lean var dels ökade krav på effektivitet dels egennyttan. Viktigt i arbetet är att sätta av tid och ifrågasätta och fundera kring vad det ger patienten i slutändan. Man har gått från en verksamhet där alla jobbar med sin egen process till en verksamhet där alla äger processen. Det har funnits motstånd till lean som bygger på tanken att det är bekvämast att göra som man alltid har gjort i en verksamhet där alla har sina tydliga roller. Det finns en inbyggd hierarki som kan vara svår att bryta. T.ex. första mötet med patienten som läkaren håller. Kanske detta möte kan hållas av sjuksköterska som har ett större fokus på omvårdnad?

Vad gäller värderingar har man talat mycket om att de problem som uppstår i verksamheten är allas problem, detta är något som har genomsyrat varje träff med medarbetarna. Vi arbetar tillsammans, inte var och en för sig.

Att definiera utmanande och realistiska mål ligger i nästa fas i processen. T.ex. att titta på specifika processer som vårdtider, hur kan vi korta ner tiden från exempelvis 3,5 mån till 3 mån? Det sparar pengar och det leder även till vinster för patienten. Även det fortsatta förbättringsarbetet ligger i nästa fas.

En del i arbetet är att kartlägga processer, vilket var en del i det initiala arbetet. Det visade sig att man var dåligt insatt i vad man gjorde vilket kunde generera dubbelarbete, t.ex. dubbeldokumentering. I kartläggningar ritade man upp en nåbar process och synliggjorde tidstjuvar. I varje kartläggning, som t.ex. inskrivningen, har det framkommit mycket som bör tas tag i. Detta visar att det är ett tidskrävande arbete.

På mottagningen finns en mindre lean-tavla vid vilken man har veckogenomgång.

12 <http://www.capiogeriatrik.se/sv/111010>
13 <http://www.capio.com/sv/Start/Nyheter/Capio-Geriatrik-invigt-av-Goran-Hagglund/2009-01-29>
Aktuellt Capio Geriatrik invigt av Göran Hägglund

12 <http://www.capiogeriatrik.se/sv/111010>
13 <http://www.capio.com/sv/Start/Nyheter/Capio-Geriatrik-invigt-av-Goran-Hagglund/2009-01-29>
Aktuellt Capio Geriatrik invigt av Göran Hägglund
14 <http://www.capiogeriatrik.se/sv/omoss/111110>
15 <http://www.capiogeriatrik.se/sv/omoss/Kvalitet/111110>
16 http://www.kvadrat.se/konsult.aspx?anv_id=5423111012
17 http://www.leanforum.se/LHC11/Lean_Healthcare_2011_low.pdf

18 <http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/nyheter/112-grattis-capio-geriatrikab>

Att lyfta in patientens synpunkter i arbetet har visat sig vara svårt med tanke på diagnosbilden. Men i diskussioner angående värdeskapande aktiviteter är patienten alltid i centrum.

Då det har varit en viss rörlighet i gruppen där medarbetare har slutat och nya tillkommit har lean inte varit första prioritet.

CAPIO GERIATRIK DALENS SJUKHUS¹²

”Socialminister Göran Hägglund klippte bandet i samband med invigningen av Capio Geriatrik i Stockholm. Capio vann den unika kvalitetsupphandlingen och driver sedan årsskiftet verksamheten vid Dalens sjukhus på uppdrag av Stockholms Läns Landsting. SLL:s upphandling är landets största kvalitetsupphandling, dvs. vårdgivarna har fått tävla om uppdraget utifrån ett i förväg fastställt pris där den vårdgivare som i sitt anbud på ett trovärdigt sätt kunde presentera ett upplägg med mesta möjliga kvalitet och mervärde för patienterna vann uppdraget. Capio Geriatrik, som tidigare hette Södra Stockholms geriatriks klinik, har totalt 145 vårdplatser i huset. Härtill kommer de patienter som får avancerad sjukvård och palliativ vård i hemmet. Dessa patienter kan vara både yngre och äldre. Antalet medarbetare är ca 400.”¹³

Capio Geriatrik är specialiserad på att behandla och rehabilitera äldre människor. Många av patienterna har flera sjukdomar och funktionsnedsättningar samtidigt. För att uppfylla varje patients önskemål om vård och behandling arbetar Capio Geriatrik i multiprofessionella team och tar beslut så nära patienten som möjligt. De arbetar efter filosofin att delegerat ansvar ger bättre vård och omsorg.¹⁴

Capio Geriatriks kvalitetsutveckling bedrivs på ett systematiskt sätt där patient-säkerhet sätts i första rummet. På kliniken finns olika kvalitetsgrupper, bland annat inom patientsäkerhet, hygien, nutrition, sårvård, hjärt- och lungreddning, läkemedel samt smärtlindring. För att ytterligare stärka det ständigt pågående förbättringsarbetet utifrån ett patientperspektiv arbetar de sedan 2009 enligt lean-filosofin. På kliniken finns en övergripande kvalitetssamordnare.¹⁵

Capio Geriatrik AB har sedan 2010 konsultstöd via Kvadrat i samband med verksamhetens förbättringsarbete enligt lean-filosofin.¹⁶

”Capio Geriatrik – Sveriges största geriatriska klinik med 6 slutenvårdsavdelningar och 2 öppenvårdsmottagningar delar med sig av sina erfarenheter kring arbetet med olika förbättringsåtgärder. Kliniken har också gjort en stor satsning på ledarskapet och valt Situationsanpassat Ledarskap, SLII®, som sina ledarprinciper, för att säkerställa framgång i sitt arbete med lean-filosofin.”¹⁷

Chefen för minnesmottagningen, Beata Terzis, berättar att de använder SveDem på olika sätt i sitt arbete. Dels som en avstämning varje månad på hur de ligger till i kötider och utredningstider och dels som ett kvitto på att deras förbättringsarbete gett resultat. ”Vi delger SveDem data regelbundet för klinikledningen vid

månatliga uppföljningar. Dessutom har hela mottagningen en genomgång ca två gånger per år där vi har SveDemdata som underlag för en diskussion kring kvalitet, verksamhetsutveckling m.m.”¹⁸

Vid samtal med kvalitetssamordnare får vi veta att man under hösten 2009 beslöt att implementera Lean. Man fick till en början hjälp av konsultstöd utifrån. Inledningsvis startade man upp alla enheter i pilotform. Alla avdelningar beskrev nuläge och framtida läge och man tittade på patientflödet från inskrivning till utskrivning. Ca 350 medarbetare spelade leanspel, från ledning till undersköterska. Man genomförde även en stor ledarsatsning om totalt 65 personer där man under tre dagar gav utbildning i situationsanpassat ledarskap.

Under 2010 låg fokus på att öva och pröva. Alla avdelningar identifierade avvikelser med hjälp av leantavla, mer eller mindre med framgång. Minnesmottagningen (inga inneliggande patienter) visade störst framgång där mängden arbete halverades. Man kortade ner tid från utredning till behandling med hälften. Vad gäller leantavla, vilket alla enheter har, finns två arbetssätt kring den. Det ena gäller avvikelser vilket man går igenom ca 1-2 gånger/vecka och det andra (vilket är en egen tavla) gäller det dagliga beträffande in-/utskrivning, hembesök etc.

Man har nu beslutat att utse vissa avdelningar, som har kommit längre, att vara föregångare där bl.a. en avdelning skall presentera vårdplanering. Man har effektiviserat vårdplanering och gått från 16 timmar till 8 timmar. Detta genom att strukturera om arbetet och arbeta mer teambaserat. Den tid som frigörs läggs på patienten.

Nästa steg är att beskriva och förändra vid inskrivning och öka säkerhet kring patienten. Man kommer även att ställa krav på att få in primärvård och kommunen i arbetet för att på så sätt se ytterligare effektivitetsvinster i arbetet. Ett exempel är att arbeta fram ett smidigare flöde med Södersjukhuset från vilka Capio främst får patienter.

Syftet med att implementera Lean var att man redan under 2008, pga. neddragningar, såg att man skulle göra lika mycket med mindre resurser. Man fick mindre pengar och var alltså tvungen att minska ner på antalet vårdplatser, vilket gällde alla geriatriska kliniker.

Sättet att involvera patienten i arbetet sker genom en övergripande årlig enkät parallellt med en egen enkät som delar ut en gång i kvartalet. I arbetet med patientsäkerhet involveras även närstående. Det sätt på vilket personalen uppfattar värde kan krocka med patientens uppfattning; av vilka många önskar ligga kvar längre, vilket ibland kan vara möjligt, men det beror på trycket på avdelningen. Här måste en avvägning göras mellan de patienter som är inskrivna och de som väntar på att bli inskrivna. Medelvårdtiden för patienter har sjunkit och många slussas över till kommunens vård. Vårdtiden är knapp, så fokus måste ligga på vad man ska leverera.

19 <http://www.liv.se/Halsa-och-varld/Sjukhus/Sjukhuset-i-Arvika/> 111115
20 <http://www.liv.se/Halsa-och-varld/Sjukhus/Sjukhuset-i-Torsby/> 111115

Vad gäller ledarskapet har detta förändrats mot att bli mer coachande genom att bekräfta och koppla tillbaka till lean-spelet vilket gör arbetet med levande.

Kategori 2: Har påbörjat integrering av lean i verksamheten

ARVIKA SJUKHUS¹⁹

På Arvika sjukhus ligger den geriatriska avdelningen placerad inom medicin. Man har i dagsläget ingen geriatriker anställd men hoppas att detta skall åtgärdas inom en snar framtid. Vid samtal med avdelningschef framkommer att det är svårt att rekrytera geriatriker.

I början av 2011 gick alla chefer inom landstinget en lean-utbildning (föreläsare Magnus Lord) och man har påbörjat implementeringen av lean i verksamheten. Medarbetare inom landstinget kommer också att få nöjlighet att gå en lean-utbildning. Man har tagit små steg i processen och arbetar med vissa projekt. Ett exempel är att man idag samordnar aktiviteter så att patienten enbart behöver komma på ett besök, man gör ”allt i ett svep”, allt för att underlätta för patienten.

Lean-tänket finns på golvet, man pratar gärna om sitt arbete och relaterar det till Lean. Arbetet är strukturerat i den mån man har ett vårdprogram som patienterna följer så långt detta är möjligt. Minst en sjuksköterska är ansvarig för vårdprogram och det finns ytterligare en sjuksköterska som kan täcka upp om behov uppstår. Det finns även en läkare kopplad till varje vårdprogram. Dock är inte team något man har arbetat med som ett lean-projekt.

Vad gäller efterfrågan om att avvakta med utskrivning så är detta möjligt i den mån det finns plats, dock är kön till medicin så pass lång att denna önskan hos patienten ej går att uppfylla i den mån man önskar. Att bli mer efterfrågestyrd är något man arbetar med.

Det kan finnas problem med tidsslöseri i form av avbokade tider. Detta beror på att det är svårt att få läkarscheman klart i tid vilket innebär att patienten får en kallelse nära inpå inbokat besök. Detta resulterar ofta i att patienten bokar av tiden. Dock är personalen medveten om slöseriet och arbetar med att minska detta. Ett mål är att skapa en öppen mottagning så att patienten själv kan påverka tidpunkten för besöket.

Arbetat visualiseras genom en lean-tavla som man går igenom en gång i veckan. Det är ett bra sätt att få en bild över arbetet. 5S är exempel på verktyg man arbetar efter. Man har även ett datasystem i vilket allt dokumenteras och som verkar som ett stöd i arbetet. Det är bra då någon ny börjar och även om man önskar få ut statistik.

TORSBY SJUKHUS²⁰

På Torsby sjukhus ligger den geriatriska avdelningen placerad inom medicin. Vid samtal med chefen på strokeavdelningen framkommer information om att man

precis har påbörjat sin lean-resa där man i dagsläget håller på att samla in uppgifter om lean vad gäller rondsystemet och att kartlägga arbetet. Man har börjat rensa och sortera i förråd utifrån metoden 5S. Det finns ingen lean-tavla ännu, dock har man börjat med att sätta upp lappar över förslag. I kartläggningen har man ställt frågor kring slöseriet utifrån patientens perspektiv. Patienterna har dock ej blivit intervjuade eller fyllt i enkäter utan deras synpunkter kommer fram genom sjuksköterskorna som är i kontakt med patienterna. Chefer har gått lean-utbildning, vilket även planerades för medarbetarna under oktober 2011.

På Torsby sjukhus hemsida finns sjukhusövergripande information om lean och information om det sätt på vilket man har arbetat med lean inom vissa specifika avdelningar. Man har bl.a. övergripande satsat på lean i Landstinget och det pågår ett stort antal lean-projekt runt om i landstinget.²¹

GÄVLEBORG, GÄVLE SJUKHUS²²

Under Almedalsveckan 2011 anordnade Landstinget Gävleborg ett seminarium vid namn ”Lean i sjukvården - Kejsarens nya kläder eller är det på riktigt nu?”. Sedan några år tillbaka arbetar Landstinget Gävleborg med lean i sjukvården vilket handlar om att medarbetarna utformar sina arbetssätt på ett så smart sätt som möjligt för att frigöra tid och öka värdet för patienter²³.

Rent övergripande lyfts bl.a. fortsatt effektiviseringsarbete i form av lean fram som en punkt i den strategiska planen för 2009 i Landstinget Gävleborg²⁴. Man menar att det finns en vinst i att Landstinget Gävleborg etablerar en lean-anda genom att förkorta väntetiden för patienterna, att de arbetssätt man använder är de bästa och att man inte gör något i onödan. Man räknar med att satsningen på att införa lean beräknas möjliggöra effektiviseringar som motsvarar 50 miljoner kronor²⁵.

Flera olika verksamheter och vårdprocesser har under 2010 effektiviserats och utvecklats genom att bl.a. använda metoden 5S (Sortera, Systematisera, Städa, Standardisera, Se till). Bl.a. har vårdflöden effektiviserats och patientsäkerheten och arbetsmiljön förbättras. Exempel på förbättrade processer är kol-, pace-maker-, höft-, knä och rondprocessen²⁶.

Aktiviteter som främjar en god verksamhetsutveckling pågår inom division medicin, där geriatrik ingår. Divisionens verksamhetsutvecklare har utbildats i lean och införandet av tankegångar utifrån lean-konceptet är positivt²⁷.

Som exempel på förbättringsarbete kan nämnas det som gjorts på Gävle sjukhus nya röntgenavdelning, vilket har lett till kortare köer och en bättre arbetsmiljö. Bakom förbättringarna ligger en genomtänkt planering utifrån verksamhetens och patienternas behov. Genom att relaterade verksamheter ligger i angränsning till varandra skapas ett bättre flöde i arbetet, det blir smidigare för patienterna och mer effektivt för medarbetarna. Förändringen har även lett till ökad tillgång, kortare köer, högre grad av patientsäkerhet, bättre hygien och bättre arbetsmiljö för personalen²⁸.

21 <http://www.liv.se/sidkat/6421/2011/Intryck4-11webb.pdf> 111013
22 <http://www.lg.se/LandstingetA-O/Halsa-och-sjukvard/Sjukhuset-i-Gavle/> 111115
23 <http://www.lg.se/Startsida/ikorthet/LandstingetGavleborg-fanns-pa-plats-i-Visby-underAlmedalsveckan-4-8-juli/Folj-oss/Folj-oss-i-Almedalen/> 111024
24 <http://www.lg.se/Startsida/ikorthet/Arkiv/Nyheter-2009/Stallningstagande-till-den-strategiska-planen/> 111024
25 http://www.lg.se/Global/StartPage/bilagor_till_nyheter/Arkiv_nyheter_2009/Slutrapport_strategisk_plan_090429.pdf 111024
26 http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/Patientsakerhet/patientsakerhetsberattelse_2010.pdf 111024
27 http://www.lg.se/Global/Tyck_till_och_paverka/vem_bestammer/Revisorer/2009/2009_RR_Basgranskning_div_medicin.pdf 111024
28 <http://www.lg.se/Startsida/ikorthet/Nya-rontgen-vid-Gavle-sjukhus/> 111024

29 http://www.skane.se/sv/Webbplatser/CSK/Centralsjukhuset_i_Kristianstad/ 111115

På geriatriken i Gävle arbetar man uttalat med lean. Syftet med implementeringen var att strukturera upp verksamheten och att vinna tid. Man hade begränsad bemanning men fortfarande lika mycket att göra. Här vill man synliggöra vad man använder arbetstiden till så att man gör rätt saker.

Vid samtal med verksamhetschef framkommer att man precis har dragit igång arbetet med lean. Under våren 2011 gick personalen en utbildning, spelade lean-spel och skrev en önskelista över förbättringsområden. Detta arbete följdes sedan upp efter sommaren där man på ett APT röstade om vilka områden som skulle prioriteras. Man kom fram till tre projekt som sedan drogs igång. Dessa är:

- 1) Salarna. Tidigare rådde det kaos på salarna, man snubblade över slangar etc. Här funderade man över vad som skall finnas på salarna och vad som inte skall finnas där och tillämpade 5S för att städa och sortera. Vem ansvarade för vad.
- 2) Morgonproverna. Fokus nu ligger på att undersköterskan påbörjar provtagning direkt på morgonen vid 06:45 och prioriterar de patienter som t.ex. ska på undersökning.
- 3) Dokumentation. Man har påbörjat journalgranskning inför hemgång. Vissa uppgifter skulle dokumenteras, en rutin som tidigare kunde brista. Här har man mätt och följt upp resultatet av insatsen. På sikt kan fler förbättringsgrupper tillkomma.

Vad gäller rummen har man numera en checklista för sugarna, något som tidigare har varit ett problem. På checklistan skall ansvarig signera att sugen är ok innan hemgång. Ytterligare en i personalen ansvarar för att kolla så att det är signerat, om inte så kontaktas berörs person.

En lean-tavla finns på plats, men har ännu ej börjat användas. Tanken med tavlan är att synliggöra mål, vem som är ansvarig och när det ska vara klart. Denna tavla skall vara ett stöd i att strukturera upp arbetet. Man kommer bl.a. se vem som ansvarar för vad beroende på om det är tidig eller sen tur på avdelningen.

Ett exempel på förbättringsarbete är morgonrutinen. Här har man bl.a. funderat kring vad man gör och vad man inte gör, om det finns aktiviteter man kan vänta med till senare på dagen. T.ex. så hinner man inte duscha alla, men frågan är om man måste det. Eventuellt kan man vänta med vissa patienter. Detta stäms av med patienten i dialog.

CENTRALSJUKHUSET I KRISTIANSTAD²⁹

Samtalar med avdelningschef på geriatriska mottagningen. Man arbetar ej uttalat med lean inom mottagningen men det pågår processer i region Skåne där man bl.a. har fått en allmän utbildning inom lean. Man arbetar processororienterat med samverkan mellan kommun och landsting där syftet är att skapa värde för patienterna i hela vårdkedjan. Sedan 2008 har man fokuserat på strokeprocessen och sedan 2010 på de multisjuka äldre.

Syftet med processarbetet är att öka värdet för patienterna och undvika ledtider. Tanken är även att det skall leda till ekonomiska vinster som gynnar patienterna övergripande på längre sikt. Man mäter resultatmätt, processmätt och jämför med best practice. Inom stroke jämför man resultat med riks-stroke, vilket är ett nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård. Patienterna är involverade genom enkät och intervjuer och läkemedelsgenomgångar. Förbättringsgrupper finns med representanter från kommun och landsting. Exempel på verktyg man använder är Toyotas A3-process.

Processkartläggning, med innehållande mål, finns tillgängligt för personalen i form av en tavla i kafferummet. Arbetet är strukturerat gällande strokeprocessen, dock är det fortfarande i sin linda gällande multisjuka äldre. Man har med andra ord mycket lean-tänk i verksamheten men har lyft upp det en nivå och arbetar med samverkan mellan kommun och landsting.

SKÅNES UNIVERSITETSSJUKHUS, MALMÖ³⁰

År 2010 slog Universitetssjukhuset i Lund och Universitetssjukhuset MAS i Malmö samman och bildade Skånes universitetssjukhus. Verksamhetsfilosofin för Skånes universitetssjukhus är lean healthcare.³¹ Under 2007 påbörjades arbetet med att utbilda medarbetare i lean healthcare i Lund och parallellt med detta har medarbetare i Malmö arbetat med olika typer av förbättringsarbeten som gett stort mervärde för patienterna³².

Vid samtal med verksamhetschef på den geriatriska kliniken i Malmö framkommer ytterligare information gällande engagemanget kring lean. För ca ett år sedan, hösten 2010, påbörjades arbetet med lean på den geriatriska mottagningen. Anledningen var antalet processer, remissflödet, rutiner och tidsåtgång på mottagningen. En arbetsgrupp startades där alla professioner fanns representerade, bestående av 8-10 personer, en grupp som verksamhetschefen har lett. Alla i arbetsgruppen har gått den lean-utbildning som regionen levererar. Man har genomfört grupparbete och gått igenom verktyg och arbetssätt och deltagit vid föreläsningar. Man har även spelat lean-spel. Inget konsultstöd har använts i arbetet.

I arbetet med lean började man med att beskriva det enskilda arbetsmomentet, t.ex. vart remissen tar vägen, var den registreras och vem som gör vad. I nästa fas tittade man på vad som kunde förbättras givet samma resurser och lokaler och hur man kunde hitta alternativa lösningar. En arbetsgrupp höll möten där man kom med förändringsförslag där vissa genomfördes omgående beroende på hur realistiska de var. Därefter formulerades ett dokument med förändrade rutiner och ansvar och man presenterade detta på ett större möte för alla medarbetare vilket ledde till att fler förslag från arbetsplatsen kom in. Slutligen togs ett slutdokument fram. Arbetsgruppen har schemalagda möten ca 1 gång/månad. Man har tagit fram en tavla där medarbetarna kan skriva förslag till förbättringar samt där processer, rutiner och tidsplan finns tillgängligt. Denna tavla går man igenom vid det månatliga mötet. I fokus ligger patientsäkerhet och hur man kan förbättra processerna, mer än slöseri av tid. En viktig fråga i arbetet har varit just säkerhetsperspektivet. Säkerhet gällande remisshantering, och behandling av

30 http://www.skane.se/sv/Webbplatser/SUS_Malmo/Verksamheter-A-O/Geriatrikt_Uvecklingscentrum/ 111115

31 <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Lean-healthcare/> 111114

32 <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Lean-healthcare/Hur-vi-jobbar-med-Lean/> 111114

33 <http://www.nackageriatriken.se/111115>
34 <http://www.vll.se/default.aspx?id=3017&refid=3018> 111115
35 <http://www.vll.se/Sve/Centralt/Standardsidor/Omlandstinget/Memeologen/Nedladdningsboxar/Filer/Inbjudan%20inspirationsdagar%202010.pdf>

patienter, hur trycksår behandlas etc. Utgångspunkter har varit att se hur man kan säkra att remissvar kommer ut till rätt mottagning. Inte om man kan spara 15 min, utan hur man kan göra detta på ett säkert sätt.

Syftet med att implementera lean var att se om man kunde arbeta på ett smartare sätt. Initiativet har lett till att man har förtydligat, alla vet sitt eget och andras ansvar. Man har fått kunskap om andras områden vilket är en konsekvens av att man strukturerat gått igenom processen.

NACKAGERIATRIKEN³³

Nackageriatriken har inspirerats av och arbetat enligt lean sedan 2003, parallellt med miljöarbete. Man har gått igenom alla processer och mer noggrant tittat på att rätt saker görs och att dubbelarbete synliggörs. Vissa chefer och medarbetare har genomgått utbildning i lean. Någon lean-tavla har man inte, men vid större projekt används lappar med förslag.

Man jobbar på att få patienten att säga ifrån om något är fel, både genom samtal och genom enkät. I dagsläget är 99 procent av alla patienter är nöjda när de har kommit in i sjukvården varför enbart enstaka tips kommer in från patienterna. Mycket av det patienterna önskar ligger utanför vården och det kan vara svårt med gränsdragningar mellan kommun och landsting. Förbättringsförslag från medarbetarna tas upp på APT och går sedan vidare upp till ledning.

Uppfattningen kring lean är att det bygger på ett strukturerat arbetssätt och ger en bra bakgrundförklaring, något som är tydligare i lean än i andra metoder.

Som ledare är det viktigt att skapa en förståelse hos medarbetaren kring helheten och varför vissa arbetsuppgifter flyttas från en profession till en annan.

NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS, UMEÅ³⁴

Under september 2010 bjöd man in alla medarbetare, ledare och politiker från landsting, kommuner och privata vårdsektorn till två dagar fyllda med inspiration där bl.a. lean-ledarskap togs upp som en punkt.³⁵ Vid samtal med geriatrisk mottagning informeras vi om att hela landstinget är på gång och att man på mottagningen delvis arbetar med Lean, dock ännu ej så strukturerat. Har ej lean-tavla.

Redan 2009 började man prata Lean och planen är att alla enheter, inklusive geriatriken, ska vara igång. Nu ligger fokus på att göra studiebesök och steg två är att alla chefer ska få stöd. En enhet inom geriatriken är igång sedan ca nio månader tillbaka.

Syftet med implementeringen är att säkerställa kvalitet, patientsäkerhet, att rätt saker görs, jobba mer effektivt och få en bättre arbetsmiljö. Än så länge har man inte sett några specifika resultat, men man ser att man har ökad produktion, det finns ökad samsyn, man har dagliga möten då man får tillfälle att upprepa saker, ökad förankring, ökad medvetenhet angående perspektiven. Produktionen flyter på vilket syns i siffrorna. Ett resultat som ändå syns är att man har kortat sina vårdtider.

Man tycker att lean känns rätt, det bygger på fakta, planering, uppföljning, tydlighet, mål, och att man i och med det har jobbat mycket med förbättringar, något som har fått genomslag under senare delen av 2010.

UNIVERSITETSSJUKHUSET I ÖREBRO³⁶

Vid samtal med klinikchef informerar denne att lean används mycket aktivt på sjukhuset som helhet, och att en sektion inom geriatriken, demenssektion, har påbörjat arbetet under 2011. Något motstånd mot metoden har inte uttryckts utan man är istället nyfiken på utvecklingen. Då man fortfarande är i början har man ej någon lean-tavla. Fokus nu ligger på att planera. Avdelningschefen driver arbetet och man har tillsatt förbättringsgrupper. En grupp tittar t.ex. på fallriskbedömningar. Man ser svårigheter att involvera patienterna i arbetet pga. sjukdomstillstånd. Viktigt då är att få med sig anhöriga i arbetet med bl.a. en anhörigenkät.

Att arbeta med att synliggöra fallgropar och spilltid är ett kontinuerligt arbete, med eller utan lean. Dock finns ett krav på produktion, man måste veta vad man håller på med och att rätt saker görs på den tid man har. Man kan inte göra som man alltid har gjort, varför fokus nu ligger på lean. Sjukhuset tillhandahåller en utbildning där man bl.a. spelar lean-spelet.

Klinikchefen har sett att avdelningen har nytta av lean, att synliggöra spillet och ta tillvara på kreativiteten hos medarbetarna. Dock är det svårt att ta konceptet rakt av, det måste istället anpassas till verksamheten.

Slöseri har synliggjorts bl.a. genom kartläggning av mottagning. Mycket har skett med gamla rutiner och man har nu frigjort mer skötersketid så att de kan svara i telefon och möta patienter och anhöriga den vägen. Några specifika resultat av arbetet med lean har ännu ej presenterats.

Kategori 3: Har ej integrerat lean i verksamheten

DALARNA, AVESTA³⁷ OCH FALU³⁸ LASARETT

Landstingsdirektören beslutade i oktober 2009 att införa lean i Landstinget Dalarna, och föreslog att 2 mkr skulle avsättas i budgeten 2010 på utvecklingsenheten som stöd för utveckling av lean och lean-handledare på lokal nivå³⁹.

Beslutet har föregåtts av två testprojekt där utveckling enligt lean med framgång prövats vid två enheter inom primärvård respektive sjukhusvård (Ernst & Young, 2010).

2008 erbjöd Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) Landstingen i Sverige att delta i utvecklingsprogrammet ”Lean i vården” som pågick under 2008-2009. Utvecklingsprogrammet var inriktat på test av ett centralt verktyg i en verktygs-låda, värdeflödesanalys med kartläggning av nuvarande flöde, framtida *flöde* samt handlingsplan *för förbättrande av flödet*. Inom ramen för programmet har två tester

36 <http://www.orebroll.se/sv/uso/Patientinformation/Kliniker-och-enheter/Geriatriska-kliniken/> 111115
37 http://www.lidalarna.se/templates/Base___76.aspx 111115
38 http://www.lidalarna.se/templates/Base___84.aspx 111115
39 <http://www.lidalarna.se/handling/LS/20091109/lsp20091109.pdf> 111024

40 <http://www.ltdalarna.se/handling/LS/20091109/lsp20091109.pdf> 111024
41 http://www.ltdalarna.se/upload/press/inblick/Inblick%20nr3%202011_webb.pdf 111024
42 <http://www.ltdalarna.se/upload/press/inblick/Inblick%20nr%201-2011.pdf>

av lean-verktyget värdeflödesanalys gjorts; Inkommande remisser på vårdcentralen Säter samt patienter med misstänkt djup ventrombos i samverkan mellan primärvården i Falu närsjukvårdsområde, akutmottagningen Falu lasarett, kemlab, röntgen och medicinkliniken Falu lasarett. De båda testerna har fallit väl ut. Entusiasmen för arbetet och verktyget är stort och de båda testenheterna anser att de fått stöd av lean-konceptet i sitt förbättringsarbete⁴⁰.

Processkartläggningar har gjorts under senare år som underlag för standardisering av vården för strokepatienter och patienter som ofta återvänder. Utveckling kring samverkan för äldre patienter har bedrivits sedan flera år tillsammans med både geriatriken och vårdcentralerna. Samverkan med kommunen fungerar enligt kliniken bra men kommunen drar ner på vårdkapaciteten vilket resulterar i tämligen många akutfall för äldre patienter (Ernst & Young, 2010).

Vårdcentralen i Säter är den första vårdcentralen inom Landstinget Dalarna som arbetar efter lean-metoden (som använts under tre år). Man arbetar bl.a. med en lean-tavla där alla medarbetare skriver upp förslag på hur verksamheten kan förbättras. En dag i veckan mellan kl 07:45-08:00 träffas man vid lean-tavlan och går igenom innehållet och bestämmer vem som ska ta hand om att göra det som behövs. En grundtanke med lean är att väntan är ett slöseri med resurser och att man med hjälp av lean sparar på allt, från tid och pengar till papper. Ett av resultaten med arbetet är att det idag inte finns något underskott i budgeten, trots mindre bemanning och användandet av stafettläkare⁴¹.

Cardiologiska kliniken på Falu lasarett ansvarar för den avancerade hjärtsjukvården i Dalarna där ny metod för att organisera arbetet har medfört stora förbättringar för kliniken. Bl.a. har kliniken flyttat till nya lokaler som är väl anpassade till verksamheten. Detta har genererat ett mycket bättre flöde i arbetet då allt finns under samma tak. Under hösten 2010 påbörjades ett samarbete, i enlighet med lean-tankens, med Falu hemsjukvård och VIH-teamet (vård i hemmet) i Borlänge. Man arbetar nu tillsammans för att hitta en vårdform som passar de multisjuka äldre med hjärtsvikt. Målet med samarbetet är att dessa patienter skall slippa åka in i vården via akuten utan istället få vård i hemmet. Man har ej längre klassiska ronder utan dessa sker istället i speciella rondrum där teamet kring patienten ser provsvar och journaler på bildskärmar. Där finns även lean-tavlor vilka åskådliggör läget för varje patient genom färgprickar som visar prioriteringar för patienternas behandling. Synen på problem har förändrats. Numer ses det som en ännu ej tillvaratagen möjlighet till förändring⁴².

Avdelningschef på geriatriken på Avesta lasarett har deltagit i informationsträff kring lean (under 2010) och begreppet är inte okänt, dock är det inget man arbetar efter på kliniken. I nuläget står man inför att implementera ett nytt datasystem vilket skall genomföras innan en eventuell implementering av lean.

Verksamhetschef inom geriatrik och rehabilitering på Falu lasarett meddelar att man inom landstinget talar om lean men att man inom geriatriken ännu ej har påbörjat arbetet. Lean har introducerats och bl.a. jobbar medicinkliniken med

detta. Geriatriken har projekt med ortopedi gällande processororienterat arbetssätt. Vad gäller teamarbete är det ett givet arbetssätt inom geriatriken men man kan bli bättre på att snabba upp processer.

VÄSTMANLAND, VÄSTERÅS SJUKHUS⁴³

Arbetet med att effektivisera landstinget pågår. Det har bland annat inneburit att den så kallade lean-processen börjat införas i landstinget. I januari inleddes ett pilotarbete med en översyn av tre gränsöverskridande vårdprocesser – djup ventrombos, brösttumör och endoskopi. Sex förbättringsledare utbildades i lean-metodik enligt Sex Sigma-modellen parallellt med att de, tillsammans med verksamheten, arbetade med kartläggning, analys och åtgärder inom pilotprocesserna. Utbildningen och processöversynen pågick under hela 2010. Landstinget har med de sex förbättringsledarna byggt upp intern kompetens för kvalificerad processutveckling⁴⁴.

Under februari (2010) genomfördes två inspirationsdagar för landstingets medarbetare. Syftet var att inspirera och ge kunskap som kan stödja verksamheternas arbete med processutveckling. Föreläsningar och workshops belyste, utifrån olika perspektiv och erfarenhet, hur sjukvården kan arbeta för att göra vårdprocessen så smidig, säker och kvalitativt högtstående som möjligt. En ”Lean arbetsprocess” stod i fokus för dagarna som lockade 900 deltagare⁴⁵.

Vid samtal med sköterska på den geriatriska kliniken på Västerås sjukhus får vi information om att man inte arbetar efter lean. Arbetet med att implementera filosofin har dock påbörjats och personalen skall spela lean-spel under hösten 2011. Någon vidare information kring implementeringsarbetet har personalen ej tagit del av.

VÄSTERVIK SJUKHUS⁴⁶

Vid samtal med undersköterska på den geriatriska avdelningen informeras vi om att de använder PGSA-metoden (planera, göra, studera, agera), ”varje dag lite bättre”. Denna metod innebär kort att man planerar vad man vill testa, samlar in data kring det, beslutar vem som skall gör vad och när, genomför tester och slutligen studerar och sammanfattar vad man har lärt sig och funderar kring om det har blivit bättre eller ej. Detta är en satsning i Kalmar län där har varit att förbättra verksamheten.

Patienterna har varit involverade genom en enkät där resultatet visar på en ökad grad av delaktighet inom patientgruppen. Arbetet med PGSA har pågått sedan 2008 och är tänkt att fortsätta. Information kring PGSA, vad man har beslutat inom ramen för PGSA, finns synligt i ett diagram i personalrummet samt på intranätet. Har gjort flödesschema och processbeskrivning för förbättringsprogram. Personal har fått utbildning i metoder, och uppföljningar sker kontinuerligt.

I och med PGSA framkommer tydliga mål kring vad som skall göras, vem som skall göra det och när det skall vara klart. Sådant som inte skapar värde i processerna framkommer i användandet av metoden. Metoden innebär teamarbete. Metoden har resulterat i att det har blivit tydligt var man behöver sätta in åtgärder för förbättring.

43 http://www.liv.se/LTVTemplates4/LTV_Page____29731.aspx
44 http://www.liv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Kanslier/Lt%20kansli/2011/arsredo_2010.pdf
45 http://www.liv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Kanslier/Lt%20kansli/Ekonomiska%20rapporter/2010/delarsrapp_1_2010.pdf#search='lean+geriatrik'
46 http://www.lkalmar.se/ltemplates/SubjectPage____310.aspx

47 <http://www.legevisitten.se/>
48 Ibid, 111012

Som exempel på förbättringsarbete kan nämnas att man, efter genomförd förbättring, kan se ett minskat antal komplikationer i samband med amputation.

NYNÄSHAMNS GERIATRIK, LEGEVISITTEN⁴⁷

På Uppdrag av Stockholms läns landsting driver Legevisitten geriatriks vård i Nynäshamn. Patienter tas emot efter remiss dygnet runt årets alla dagar. Legevisitten har idag 560 anställda och 13 verksamheter. Geografiskt finns de i Stockholm, Nynäshamn, Kristinehamn, Vålberg och Grums. Verksamheterna består främst av vårdcentraler men även läkarinsatser i särskilda boenden, hem-sjukvård, hemtjänst, primärvårdsplatser samt ett geriatriskt närsjukhus. Affärs-idén är att driva verksamhet inom hälsa, vård och omsorg med hög tillgänglighet och helhetsperspektiv. Genom medarbetarnas kompetens och engagemang skapas förutsättningar för trygghet och livskvalitet. Geriatriska vårdavdelningen är en akutgeriatrisk medicin- och rehabiliteringsavdelning. På avdelningen arbetar man i team där personalkategorierna överläkare, underläkare, sjuksköterska, undersköterska samt arbetsterapeut och sjukgymnast ingår. Även logoped och kurator tillförs teamet vid behov. Under vårdtiden på avdelningen har den plane-ringsansvariga sjuksköterskan huvudansvaret för planering kring patientens vård. Patienten och sjuksköterskan sätter tillsammans upp mål för vårdtiden. Det är också denna sjuksköterska som patienten och dennes anhöriga i första hand vänder sig till då man vill diskutera vården och framtiden. För samordning av insatser i samband med in- och utskrivning av patienter ansvarar koordinatorer.⁴⁸

Vid samtal med en av enhetscheferna vid den geriatriska enheten framkommer att man inte arbetar efter lean-filosofin. I nuläget pågår dock utbildning bland chefer kring lean och planer finns att implementera lean längre fram. Man står inför eventuell omorganisering och om det blir aktuellt att implementera lean kommer detta arbete påbörjas mot slutet av 2012.

Slutsatser och diskussion

Studien visar på en stor spridning vad gäller omfattning av engagemang kring lean mellan de geriatriska kliniker/mottagningar som ingår i kartläggningen.

I studien framkommer att verksamheterna har tolkat och implementerat lean på olika sätt. Vissa av verksamheterna menar att de har implementerat lean och arbetar efter konceptet medan andra har inspirerats av lean och tagit delar av konceptet. Det har även framkommit exempel på verksamheter som aktivt valt bort lean eller som hört talas om konceptet men ej arbetar efter det. Majoriteten av verksamheterna har varit i kontakt med och känner till begreppet lean.

En del i lean är att ta reda på vad kunden vill ha och vad han/hon anser vara av värde, och skapa en organisation som levererar detta så fort som möjligt till hög kvalitet, dvs. med minskade ledtider. Det har dock visat sig att en stor del av de verksamheter som ingår i studien anser det vara problematiskt att lyfta in patienterna i arbetet med att definiera värdeskapande aktiviteter alternativt från patienter få kommentarer på hur arbetet bedrivs. Detta anses svårt med tanke på patientprofilen då äldre multisjuka kan ha svårt att få fram vad de tycker och att uttrycka sig. Pga. sjukdom och hög ålder kanske man inte orkar uttrycka sina önskemål och behov på ett tydligt sätt. De flesta verksamheter använder någon typ av patientenkät för att få in synpunkter.

Vad gäller att presentera verksamhetsspecifika resultat för patienter har det framkommit exempel på verksamhet som presenterat information med ett alltför komplext språk vilket har inneburit att patienten ej har förstått informationen. I detta specifika fall har information om resultat förändrats och presenteras nu på en större tavla med enkel information där hela processen finns presenterad samt vad som är på gång och vad som är aktuellt. Detta har resulterat i att många patienter numera stannar och läser informationen mycket oftare än tidigare. Ambitionen finns och tanken är god, men sättet att informera patienterna samt innehållet i informationen har varit för komplicerat.

Andra exempel på synpunkter som har framkommit genom studien handlar om hierarkin inom sjukvården där framförallt läkaren gör som man alltid har gjort, något som kan vara svårt att förändra beträffande kultur och roller. Det kan t.ex. av läkaren uppfattas som ett hot då vissa uppgifter läggs över på t.ex. sjuksköterska. Detta, liksom att inte komma på inbokade möten eller att inte göra det som man gemensamt har kommit fram till ska göras, kan vara ett tecken på motstånd mot arbetsmetoden. Även inom grupper bestående av samma profession kan motstånd framkomma mot att omfördela arbetsuppgifter. Viktigt här är att lyfta diskussionen till en högre nivå och skapa ett system där alla delar arbetar tillsammans i en helhet. Detta förutsätter en ledare som skapar och upprätthåller förändringsprocessen och, vilket bekräftas utifrån kommenterar i studien, är engagerad och coachande i sin roll. Det behövs också eldsjälar som driver arbetet framåt. Det har även framkommit kommentarer som rör förändringsmättnad bland medarbetarna pga. högt arbetstempo vilket kan resultera i att engagemanget på sikt svalnar.

49 Se exempelvis Rognes, Jon, Pär Åhlström (2009): *How can health services learn from the production management of others*, och Modig, Niklas, Pär Åhlström (2011): *Vad är lean? En guide till kundfokus och flödes-effektivitet*. EFI förlag. Stockholm

Lean och ersättningssystem

Dagens ersättningssystem utgår i huvudsak från utförda ingrepp eller definierade arbetsmoment. Medel i form av budget och andra resurser kanaliseras till resultat-enheter, ofta i form av kliniker. Detta leder till vad som ofta kallas silo-tänk, där varje klinik eller resultatenhet främst ser till sin egen budget och sina egna kostnader. Det finns svårigheter att hantera ersättning av aktiviteter som innefattar flera enheter, eftersom medel då måste fördelas mellan dessa. Detta blir särskilt aktuellt för multisjuka äldre, som förutom flera diagnoser som i sig leder till inblandning av flera specialiteter, hamnar i en process som innefattar flera huvudmän; kommuner, landsting och eventuellt privata aktörer.

Initiativ av typen lean där målet är en mer flödesorienterad organisation av verksamheten kommer att accentuera detta problem. En av grundprinciperna i lean är att fokus skall ändras från resursoptimering till att verka för ett effektivt flöde genom hela kedjan för patienten. Tidigare studier⁴⁹ har visat att ersättningssystem av den typ som finns i vården i dag till stor del inte fungerar vid en flödesorientering, utan verkar bevarande av det befintliga silotänkandet.

Eftersom detta projekt syftar till att utveckla riktlinjer och principer för ett framtida ersättningssystem för sjuka äldre, är det av vikt att väga in den betydande strömning inom vården i allmänhet, och som vi även sett inom geriatriken, mot ett mer processorienterat arbetssätt.

Möjlighet att hantera kostnader som uppkommer inom en enhet men leder till större besparingar inom en annan enhet måste ingå i systemet. Dagens ersättningssystem måste ses över från grunden om det fullt ut skall stödja samarbete mellan olika delar i en komplex vårdkedja som innefattar sjuka gamla.

Referenser

Akner, G. (2004) Multisjuklighet hos äldre: Analys, handläggning och förslag om äldrevårdscentral. Liber.

Bergman, B & Klefsjö, B. (2007) Kvalitet från behov till användning. Sverige: Studentlitteratur.

Ernst & Young (2010) Landstinget i Dalarna, Granskning av processtyrning inom hälso- och sjukvården.

Granelli, J., Murray, J. (2008) Lean sjukvård, en möjlighet för svensk sjukvård att möta ett ökat vårdbehov. Stockholm, Kungliga tekniska högskolan.

Kim, C.S., Spahlinger, D. A., Kin, J.M., Billi, J.E. (2006) Lean health care – What can hospitals learn from a world-class automaker? Journal of Hospital Medicine, Vol. 1, No. 3, s.191–199.

Liker, J. (2009) The Toyota way, Lean för världsklass. Liber.

Modig, Niklas, Pär Åhlström (2011): *Vad är lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet*. EFI förlag. Stockholm

Radnor, Z., Boaden, R., (2008) Lean in the public service: panacea or paradox? Public Money and Management, 28(1), 3-6.

Rognes, Jon, Pär Åhlström (2009): *How can health services learn from the production management of others*, i boken *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value*, Stockholm, EFI förlag. Stockholm

Sahlin, K., Wedlin, L. (2008) Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing, i Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. and Suddaby, R., *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, (Eds.), SAGE publication: London, California, New Delhi, Singapore.

Stockholms läns landsting (2008) Årsrapport 2008, Stockholms Medicinska Råd. ISBN 91-85211-64-8. 2009:02.

Subasic, M., M. (2011) Inskrivning och utskrivning av akutmedicinska patienter. Linköping, Hälsouniversitetet.

Waring, J., J., Bishop, S. (2010) Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. Social science & Medicine 71 (2010) 1332-1340.

Östlund, H. (2008) Åldrande och livskvalitet, Nr 1/2008. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS.

Bilaga 1: Metod, urval och avgränsning

Studien inleddes med en övergripande genomgång av tidskrifter, uppsatser och inläsning av de olika klinikernas hemsidor för att få en bild av engagemanget kring lean. De sökord som har använts på google för att hitta information är: lean+geriatrik, ”specifik klinik”+lean, ”specifik klinik”+flöde.

Att enbart utgå från ovanstående källor räcker inte för att skapa en översikt över lean inom geriatrik eftersom det inte finns tillräckligt med information. Detta har därför kompletterats med intervju för att på så sätt skapa en bild kring integrering av lean inom geriatrik. Empirin består således av dels primärdata i form av intervjuer, dels sekundärdata i form av hemsidor, artiklar och rapporter

I urvalsprocessen har vi utgått från och avgränsat oss till Svensk Geriatrisk Förenings⁵⁰ hemsida och deras lista över geriatriska kliniker i Sverige, se bilaga 2. Denna lista skall enligt samtal med ordföranden i föreningen vara komplett. Utifrån denna lista har ett antal verksamheter kontaktats för telefonintervju. Vi har stävat efter ett varierat urval med ambitionen att sjukhus/verksamheter i varje län i Sverige skall vara representerat.

Respondenterna har vi kommit i kontakt med genom att ringa respektive sjukhusväxel och bett att få bli kopplad till geriatriken. Detta innebär att vi ej på förhand hade namnen på respondenterna samt att svaren kan variera beroende på om det har varit en sjuksköterska, verksamhetsutvecklare, verksamhetschef etc. vi har talat med. Det innebär även en variation gällande verksamhetsform. Vissa sjukhus har en egen geriatrisk klinik, mottagning eller avdelning medan den geriatriska kliniken på andra sjukhus ligger gemensamt med t.ex. rehabilitering. Av listans 53 verksamheter presenteras 37 verksamheter i nedanstående kategoriindelning, dvs. 66 procent. Av dessa har 36 verksamheter kontaktats för intervju.

Intervjuerna har varit av semistrukturerad karaktär och pågått ca 20-60 minuter. Vid intervjun har vi informerat om bakgrund och syfte med intervjun och svaren har nedteknats och sammanfattats i ett excelark inför analys och kategorisering. Frågorna till respondenterna har baserats på ett antal områden vilka respondenten har beskrivit sin verksamhet utifrån. Vid formulering av frågor har vi utgått från Diagnostics. Respondenterna har varit tillmötesgående och visat ett stort intresse för området. Dock har svaren i vissa fall varit knapphändiga då respondenten har besvarat frågorna under tidspress pga. arbetssituation.

Bilaga 2: Förteckning över geriatriska kliniker i Sverige⁵¹.

Län	Sjukhusnamn/Stad	Klinikstruktur
Värmland	Arvika	Inom medicin
	Karlstad	Enhet inom med.klin.
	Torsby	Enhet inom med.klin.
Dalarna	Avesta	Inom medicin
	Borlänge	Egen klinik
	Falun	Gemensam klinik med Rehabmedicin
Gävleborg	Gävle	Ingår i division med Medicin, Lung, Ger, Inf och Rehab.
Upplands län	Uppsala	Egen klinik
Västmanland	Västerås Närsjukhus	Egen klinik
Jönköpings Län	Jönköping	Egen klinik
	Nässjö	Egen klinik
	Värnamo	Egen klinik
Kalmar Län	Länssjukhuset Kalmar	Egen klinik Basenhetssrapport 2008
	Västervik	Gemensam klinik med Rehabmedicin
Norrbotten	Sunderbyn	Egen klinik
Blekinge	Karlskrona	Enhet inom med.klin.
Halland	Halmstad	Gemensam klinik för geriatrik och rehab
Kronoberg	Växjö	Egen klinik
Skåne	Kristianstad	Sektion tillsammans med neurologen inom medicin
	Malmö	Egen klinik
	Ystad	Egen klinik
	Ängelholm	Egen klinik-rehabmedicin
Stockholm	Brommageriatriken	Egen klinik
	Danderyd	Egen klinik
	Handens geriatriska klinik	Egen klinik
	Karolinska Huddinge	Egen klinik
	Jakobsbergsgeriatriken	Egen klinik

Län	Sjukhusnamn/Stad	Klinikstruktur
Stockholm	Löwet geriatrik - Upplands Väsby	Egen klinik
	Nackageriatriken	Egen klinik
	Nynäshamn	Egen klinik
	Stockholmsgeriatriken	Egen klinik
	Stockholms sjukhem	Egen klinik
	Södertälje	Egen klinik
	Capio Geriatrik Dalens sjukhus	Egen klinik
	Norrtälje	Egen klinik
Södermanland	Nyköping	Egen klinik
Västerbotten	Lycksele	Gemensam klinik för medicin och geriatrik
	Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	Egen klinik
Västernorrland	Sollefteå	
	Sundsvall-Härnösand	Egen klinik
	Örnsköldsvik	Gemensam klinik för medicin och geriatrik
Västra Götaland	Alingsås	Inom medicin
	Borås	Inom rehabmedicin
	Kungälv	Egen klinik
	Mölnadal	Egen klinik
	Sahlgrenska	Egen klinik
	Uddevalla	
Västra Skaraborg	Närsjukvårdsteam för multisjuka	
Örebro län	Universitetssjukhuset i Örebro	Egen klinik
Östergötland	Finspång	Närsjukvård
	Linköping	Egen klinik
	Motala	Enhet inom medicin
	Norrköping	Egen enhet

Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre

– implikationer för mål och indikatorer

Anders Anell

Innehåll

Sammanfattning	152
Inledning	154
Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre	155
Analys av data från Region Skåne	157
<i>Genomsnittligt antal slutenvårdsdagar</i>	158
<i>Geografiska skevheter</i>	160
<i>Förändringar i enheters placering över tid</i>	162
<i>Resultaten i sammanfattning</i>	164
<i>Jämförelse med kvalitativa studier</i>	166
Mål och indikatorer som underlag för styrning mot bättre vård och omsorg om äldre	167
<i>Struktur- och processindikatorer</i>	167
<i>Resultatindikatorer</i>	168
<i>Alternativa användningsområden för indikatorerna</i>	169
Förslag på fortsatta studier	170
Referenser	172

Sammanfattning

Det finns flera argument för att primärvården bör få ett koordinerande helhetsansvar för de mest sjuka äldre. Det saknas dock bevis för att ett sådant arbetssätt verkligen får positiva effekter på äldres hälsa så att bl.a. undvikbara slutenvårdstillfällen kan reduceras. I denna rapport presenteras en analys av data från Region Skåne om hur genomsnittligt antal vård dagar per person för de mest sjuka äldre över 75 år varierar mellan olika vårdenheter i primärvården där de är listade. Analysen ska betraktas som en förstudie men ger ändå underlag för diskussion om i vilken utsträckning primärvården genom sitt arbetssätt kan påverka resursutnyttjandet i slutenvården bland de mest sjuka äldre.

Sammanfattningsvis visar analysen att det finns förhållandevis stor variation i den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen per person. Till en del kan variationer förklaras av slumpen. Vårdenheter med få listade personer i målgruppen har större sannolikhet att tillhöra de enheter som redovisar de allra lägsta respektive högsta värdena för en viss given period. Men analysen visar att det också finns andra tänkbara förklaringar bakom variationerna. Signifikanta skillnader i genomsnittlig slutenvårdskonsumtion per person för vårdenheter i olika distriktet indikerar att förutsättningarna för att åstadkomma en låg genomsnittlig slutenvårdskonsumtion varierar mellan geografiska områden. Det kan bero på utbudsfaktorer, t.ex. att primärvården har olika kontinuitet mot de äldre eller samverkar mer eller mindre bra med kommunal omsorg och sjukhus. Men det kan också bero på efterfrågefaktorer, t.ex. olika socioekonomisk profil bland de mest sjuka äldre som leder till skillnader i utnyttjande av slutenvård i genomsnitt per person.

Noterade skillnader mellan privata och offentliga vårdenheter har sannolikt en koppling till både slumpen och enheters geografiska placering. Fler privata enheter är nyetablerade och har jämförelsevis få listade. Bland enheter som redovisar ett högt antal vård dagar per person i genomsnitt tycks dock inte antalet personer i målgruppen ha så stor betydelse. Skevheten i denna grupp skulle istället till en del kunna förklaras av att offentliga enheter till större del listar socioekonomiskt svaga personer, som i genomsnitt tenderar att konsumera mer slutenvård. Förutsättningarna för att åstadkomma kontinuitet och trygghet kan också vara sämre i socioekonomiskt svaga områden. Sett till samtliga enheter finns dock en stor variation även mellan vårdenheter där CNI (Care Need Index) för de listade inte skiljer sig. Socioekonomi kan således bara förklara en del av variationen.

Analysen ger underlag för diskussion om resultatmål som underlag för styrning för bättre vård och omsorg till de mest sjuka äldre. Ett generellt problem med resultatmål är att de i större utsträckning påverkas av slumpen. Resultatmål kan också ”straffa” de vårdgivare som tar sig an patienter där målen är svårare att nå trots att rätt insatser sätts in. Det är på så sätt enklare att använda resultatmål på övergripande organisatorisk nivå där ”de stora talens lag” gör att slumpmässiga variationer tar ut varandra. Indikatorn ”vård dagar per person i genomsnitt för de mest sjuka äldre” kan enligt analysen i rapporten vara svår att använda som underlag för styrning på vårdenhetsnivå. Det gäller också liknande indikatorer

som ”undvikbara slutenvårdstillfällen”. En sådan användning blir orättvis eftersom den kan missgynna vårdenheter beroende på var man finns etablerad och vilka äldre man listar. Det hindrar inte att indikatorn kan användas som underlag för styrning på övergripande nivåer. Ett landsting som belönas utifrån indikatorn har anledning att ta reda på varför konsumtionen per person skiljer sig i genomsnitt mellan vårdenheter respektive områden och om utfallen kan påverkas genom bättre arbetssätt. Man kommer att ha anledning att försöka lära sig från enheter som redovisar både bäst och sämst resultat.

Inledning

Kvaliteten i vården och omsorgen för äldre är flitigt omdebatterad. Ett problem är att vården och omsorgen för de mest sjuka äldre är fragmenterad och att det inte finns någon aktör som ser till helheten. När varje vårdgivare arbetare för sig själv och inte har fullständig information om patientens behov, hälsotillstånd och tidigare behandlingar ökar risken för misstag och otrygghet hos både vård- och omsorgspersonal och patienterna. Risken för onödiga, akuta besök på sjukhusen och undvikbara slutenvårdstillfällen relaterade till brister i läkemedelsanvändningen eller andra problem ökar. Sådana akutbesök och inläggningar är i sig en riskfaktor för nedsättning i äldres hälsa genom den förvirring som sjukhusvistelsen orsakar. Förutom förluster i patienters hälsa och trygghet skapar problemen onödigt höga kostnader, inte minst i sjukhusens slutenvård.

Utgångspunkten i denna rapport är att primärvården bör ta ett koordineringsansvar för de mest sjuka äldre. Med en integrerad vård där primärvården ansvarar för att koordinera helheten finns bättre möjligheter att agera proaktivt vid tidiga symtom, snarare än att olika vårdgivare reagerar i efterhand på akuta problem. Förutom att de mest sjuka äldres hälsa och trygghet skulle kunna förbättras, finns sannolikt möjligheter att reducera onödiga akutbesök och inläggningar på sjukhus. En utveckling mot att primärvården får ett koordinerande helhetsansvar för de mest sjuka äldre är inte enkel eller självklart önskvärd ens för dem som arbetar i primärvården. Det saknas dessutom bevis för att ett sådant arbetssätt verkligen får positiva effekter på äldres hälsa och att undvikbara slutenvårdstillfällen kan reduceras.

I denna rapport presenteras en analys av data från Region Skåne om hur genomsnittligt antal vård dagar per person för de mest sjuka äldre över 75 år varierar mellan olika vårdenheter i primärvården beroende på var man är listad. Denna analys ger underlag för diskussion om i vilken utsträckning primärvården kan påverka resursutnyttjandet i slutenvården bland de mest sjuka äldre genom sitt arbetssätt i samverkan med andra vårdgivare, eller om det är slumpen och vårdenheters geografiska placering och vem man listar som avgör behoven av slutenvårdsinsatser. Utifrån denna analys diskuteras sedan mål och indikatorer som underlag för styrning för bättre vård och omsorg till de mest sjuka äldre. Inledningsvis och som bakgrund till analysen sammanfattas argument för att primärvården bör få ett större koordinerande helhetsansvar för de mest sjuka äldre. Analysen av data från Region Skåne i rapporten ska betraktas som en förstudie. Avslutningsvis ges därför förslag på hur analyserna kan utvecklas i nya studier.

Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre

Utgångspunkten i denna rapport att primärvården är bäst skickad att ta ett koordineringsansvar för de mest sjuka äldre är inte ny. Samma idé har förts fram i flera tidigare rapporter. Ett sådant helhetsansvar stämmer också väl med primärvårdens tre funktioner enligt internationell litteratur:

- att svara för allmänmedicinsk prevention, diagnostik och behandling,
- att sortera bland behov och skicka remisser till relevanta specialister, samt
- att koordinera den vård som ges av andra utifrån individers förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingar och insatser.

På flera håll beskrivs att primärvården kan ha kontakter med både hemsjukvård och omsorgspersonal, liksom med sjukhusens specialister. Gurner och Thorslund (2003) har tidigare beskrivit följande roller för primärvård och generalistkompetenta läkare för äldre:

- Snabbt akut omhändertagande på sjukhus av generalistkompetent läkare
- Nya läkemedel i samråd med primärvård
- Etablera kontakter med primärvård vid utskrivning med kvittens att primärvården kan åta sig nödvändig behandling och vård
- En läkare tar helhetsansvar på patientens ”hemmaplan”
- Läkare ska kunna arbeta i den äldres hem (hembesök) tillsammans med kommunens äldreomsorg
- Viktigt att bedöma äldres intag av mat, vätska och social/fysisk aktivitet
- Läkemedelsgenomgångar och uppföljningar av läkemedelsanvändningen i både särskilt och ordinärt boende

Man kan argumentera för att primärvården har begränsade möjligheter att axla ett helhetsansvar för de mest sjuka äldre. Studier av Sveriges Kommuner och Landsting år 2011 har visat att primärvårdens andel av kostnaderna successivt minskar med stigande totalkostnader för de mest sjuka äldre. De tunga kostnaderna i högkostnadsfallen återfinns istället inom kommunal omsorg och i slutenvården. Ett motargument är att det inte finns någon annan vårdgivare som är bättre skickad än primärvården att ta ansvar för koordineringen av de mest sjuka äldres vård och omsorg. Om grundproblemet är att det är för mycket fokus på enskilda diagnoser och redan uppstådda skador och problem, och för lite fokus på att förstå och agera på grundläggande behov och tidiga symtom, så bör också ansvaret förskjutas mot någon part som kan ta ansvar i ett tidigt skede.

En alternativ möjlighet skulle vara att skapa en ny vårdgivare med denna inriktning, exempelvis äldrecentraler bemannade med geriatriker. En sådan lösning har tidigare praktiserats i bl.a. Stockholm. Det finns dock flera poänger med att utgå från befintlig primärvård. För det först finns ett rent praktiskt problem i form av få geriatriker. Det skulle vara svårt att på kort och medellång sikt bygga

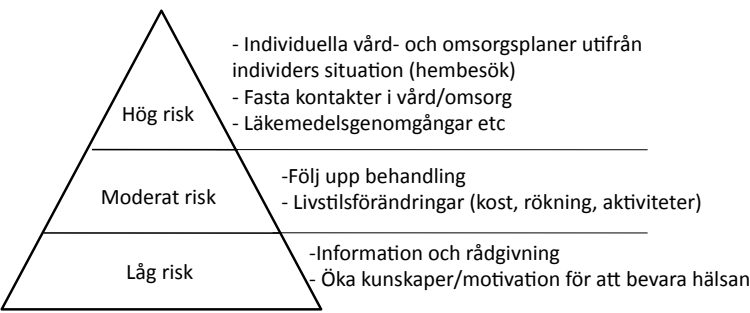
¹ Inom hälsoekonomin definieras ”capacity to benefit” som den potentiella hälsovinst för individ eller patientgrupp som följer av viss resursinsats.

upp ett system med äldrecentraler som blir heltäckande. Ett annat och kanske viktigare problem är att nya typer av vårdgivare skapar nya övergångsproblem. När ska de mest sjuka äldre bli äldrecentralernas ansvar? Hur ska man göra med de äldre som föredrar att hålla fast vid den kontakt man skapat i ordinarie primärvård? I allra värsta fall skulle en sådan lösning med separata vårdgivare för äldre kunna leda till försämringar. Om primärvården kan flytta över ansvaret för de mest sjuka äldre på någon annan vårdgivare när kostnaderna väl blivit höga, har man mindre anledning att ta ansvar för tidiga insatser som kan förbättra äldres situation och förebygga de höga kostnaderna.

Ett problem i sammanhanget är också att individer som tillhör gruppen ”mest sjuka äldre” kan variera över tiden, åtminstone om gruppen definieras utifrån aktuell vårdkonsumtionen. Bland svårt dementa och äldre med omfattande funktionsnedsättning behövs omsorg dygnet runt. Behoven av vård från primärvård och sjukhusens specialister kan dock variera stort över tiden för enskilda individer i dessa grupper, liksom bland övriga äldre som klarar sig med begränsade omsorgsinsatser eller helt själva. Det innebär att enskilda individer kan hoppa in och ur gruppen ”mest sjuka äldre” över tiden. En alltför strikt definition kan därför vara kontraproduktiv. Om behov definieras som *kapacitet att tillgodogöra sig viss insats eller behandling*¹ kan det mycket väl vara motiverat att fokusera på de individer som håller på att bli ”mest sjuka”, snarare än de individer som redan är ”mest sjuka” där det finns begränsade möjligheter att göra något åt problemen. Insatser riktade mot de mest sjuka äldre bör således beakta att den individuella patientprocessen har en oklar början, även om slutet är väl definierat (död). Däremellan kan behov av olika vård- och omsorgsinsatser skilja sig påtagligt där individer går in och ur olika subgrupper definierade efter graden av vårdutnyttjande. En viktig målsättning för primärvården tillsammans med kommunala insatser blir att så långt möjligt bevara individers livskvalitet och funktioner och förskjuta tunga vård- och omsorgsinsatser så långt framåt i tiden som möjligt.

En möjlighet till ett mera proaktivt arbetssätt som utvecklats på flera håll är att dela in de mest sjuka äldre i subsegment och sedan leverera anpassade tjänster till vart och ett av dessa, se exempel i figur 1. För de äldre som inte har några kroniska sjukdomar och liten risk för vårdutnyttjande blir förebyggande insatser i form av att öka individers kunskaper och egna motivation att leva hälsosamt viktigt. För gruppen äldre med kronisk sjukdom och förhöjd risk kan det istället finnas behov av riktade insatser för att följa upp behandling och dess resultat samt program för livsstilsförändringar vad gäller kost, motion, sociala aktiviteter etc. För de mest sjuka äldre med flera kroniska sjukdomar finns skäl för mer systematiskt och regelbundet stöd genom tätare kontakter med namngiven vård- och omsorgspersonal samt individuella vårdplaner utifrån individens specifika förutsättningar och situation. Även sett i detta perspektiv finns det en stor poäng med att primärvården tar ett större ansvar för de mest sjuka äldre, så att man inte skapar nya övergångsproblem mellan olika nivåer av insatser beroende på behov.

Figur 1. Olika interventioner och insatser beroende på sjukdomsbörda och risk.



Man kan i princip tänka sig en lösning där allt kostnadsansvar för de mest sjuka äldre läggs på primärvården, som sedan får ”köpa” tjänster från kommun och specialistvård vid behov. En sådan lösning skulle dock få mycket långtgående konsekvenser och är därför svår att genomföra. Den är inte heller självklart optimal. Den stora individuella variationen i kostnadsnivå och kostnadsstruktur bland de mest sjuka äldre gör att det blir svårt att beräkna en enhetlig, prospektiv ersättning för patientgruppen som kan användas på vårdenhetsnivå. Ett kostnadsansvar på vårdenhetsnivå skulle med stor sannolikhet innebära att enheter slumpmässigt ställs inför stora ekonomiska förluster och vinster, med konsekvenser som inte kommer att kunna försvaras. Ett sådant kostnadsansvar kräver i praktiken att vårdenheter är mycket stora och listar många äldre där sannolikheten för höga och låga kostnader per individ tar ut varandra. Ett alternativ är att vårdenheter går samman solidariskt i ”beställarkollektiv” för köp av tjänster från kommun och sjukhus. Det väsentliga är dock inte att primärvården tar ett ekonomiskt ansvar för patientgruppen. Avgörande är istället att primärvården stimuleras att ta ett ökat helhetsansvar och agerar proaktivt tillsammans med inte minst kommunal omsorgspersonal som träffar de mest sjuka äldre oftare.

Analys av data från Region Skåne

Gruppen ”mest sjuka äldre” kan definieras på olika sätt. En utgångspunkt är hur många diagnoser individer över 65 år har. Det innebär att ”mest sjuka äldre” definieras utifrån graden av multisjuklighet. Det finns flera studier internationellt som har haft denna utgångspunkt. I en systematisk litteraturöversikt från år 2011 identifierades 35 studier som analyserat sambanden mellan multisjuklighet och resursutnyttjande i vården hos äldre (Lehnert et al 2011). I så gott som alla studier identifierades ett positivt samband och i flera av studierna påvisades en exponentiell utveckling där de genomsnittliga kostnaderna ökade påtagligt för varje ytterligare diagnos. En tidigare studie med data från Medicare i USA år 1999 fann t.ex. att sannolikheten för inskrivning vid sjukhus för ”ambulatory care sensitive conditions”, dvs. undvikbara slutenvårdstillfällen, var 99 gånger högre för äldre med fyra diagnoser jämfört med äldre utan kronisk diagnos (Wolff et al 2002). På samma sätt var de genomsnittliga vårdkostnaderna för denna grupp med fyra diagnoser 66 gånger högre än för äldre utan kronisk diagnos. Det är dock inte säkert att individer

2 Uppgifter baseras på information i register i december 2011 och avser således inte hela året.

med många diagnoser konsumerar mycket vård och omsorg. Det finns därför skäl att vikta olika diagnoser beroende på förväntad vårdtyngd. Ett system för klassificering av patienter efter olika grad av sjuklighet och förväntad nivå på vårdkonsumtionen baserat på diagnoser är ACG-systemet ("Adjusted Clinical Groups") utvecklat vid Johns Hopkins Universitetet i USA. ACG har använts i denna rapport vid analys av data från Region Skåne om hur genomsnittligt antal vård dagar per person för de mest sjuka äldre varierar bland de vård enheter i primärvården där de är listade. "De mest sjuka äldre" definieras som de ACG-tyngsta 1,7 procenten i befolkningen över 75 år. Analysen utifrån ACG-tyngd kan anses särskilt relevant utifrån svensk primärvårds perspektiv. ACG används numera av flera landsting för att ersätta primärvårdsenheter utifrån vårdtyngden bland de som listat sig hos viss vård enhet. Bakgrunden är att sjukdomsburda har stor betydelse för variationer i primärvårdens kostnader på individnivå (Zielinski et al 2009). En riskjusterad ersättning baserad på ACG case-mix blir därför mer rättvisande än enklare ersättningsmodeller som baseras på t.ex. ålder och kön (Anell 2011). Information om ACG case-mix för olika vård enheter tas därmed fram regelbundet inom många landsting. Det är därför enkelt att få fram information om vilka personer som kan karakteriseras som mest vård tunga. Sådan information kan kompletteras med situationsspecifik information och användas för att planera lämpliga individuella vård- och omsorgsinsatser.

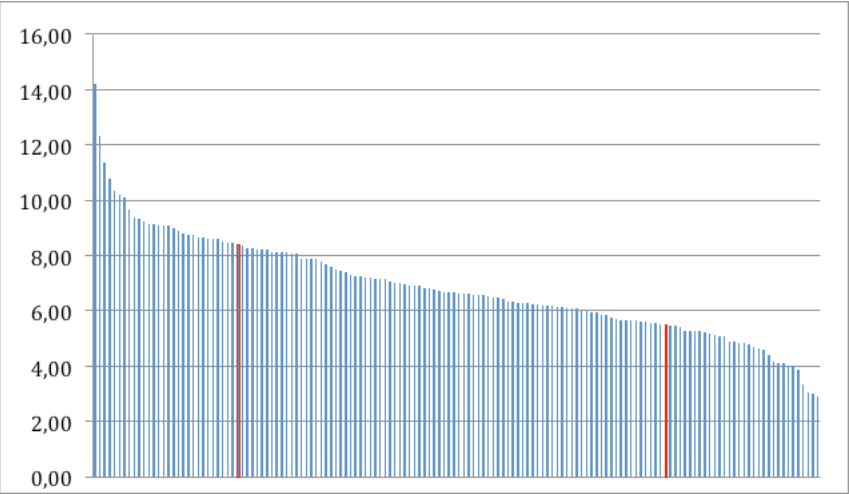
I Region Skåne har ACG använts som grund för ersättning till vård enheter sedan starten av Hälsoval Skåne våren 2009. ACG-klassificeringen baseras på ålder, kön och diagnoser de senaste 18 månaderna i all sjukvård, dvs. även de diagnoser som registrerats inom specialistvården. Den analys som redovisas i detta avsnitt baseras på information om den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen, mätt som vård dagar per person, hos äldre över 75 år som tillhörde de 1,7 procent i befolkningen med högst ACG-tyngd i Region Skåne under respektive år 2009-2011. Den huvudsakliga frågan är om den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen per person i denna grupp vård tunga äldre varierar beroende på vid vilken primärvårdsenhet de finns listade. Sådan variation kan tyda på att olika arbetssätt, t.ex. vilken kontinuitet primärvården har mot patienter och hur primärvården samarbetar med kommunala vård- och omsorgsinsatser samt med sjukhusen, har effekter på slutenvårdskonsumtionen. Men variationer kan också bero på slumpen eller vård enheters geografiska placering och vilka äldre man listar, vilket måste beaktas i analysen.

Genomsnittligt antal slutenvårdsdagar

I figur 2 redovisas den genomsnittliga konsumtionen av slutenvårdsdagar per person för de mest sjuka äldre inom Region Skåne för olika vård enheter i primärvården under 2011.² Som framgår finns en förhållandevis stor skillnad mellan de 30 vård enheter som har högst respektive lägst genomsnittlig vårdkonsumtion (markerade). Det kan tyda på en potential att minska slutenvårdskonsumtionen i den förra gruppen. Ett rimligt antagande är att andelen undvikbara slutenvårdstillfällen, dvs. sådana vård tillfällen som kan motverkas genom bättre insatser i den öppna vården och omsorgen, är högre bland de

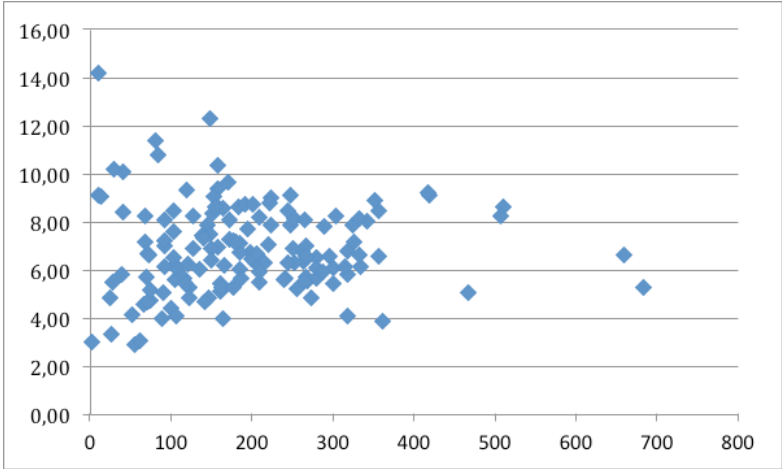
vård enheter som redovisar en högre genomsnittlig vårdkonsumtion. Med bättre koordinerade insatser utanför sjukhusen finns också bättre förutsättningar för att undvika långa vård tider.

Figur 2. Genomsnittligt antal vård dagar per person bland ACG-tunga 75+ år 2011 listade på olika primärvårdsenheter i Region Skåne.



De allra lägsta respektive högsta värdena i figur 2 kan betraktas som ytterfall där vård enheter redovisat få personer inom målgruppen. Resultaten blir då känsliga för enstaka individers vårdkonsumtion. En analys av sambandet mellan antalet personer i målgruppen som vård enheter listat och genomsnittligt antal vård dagar per person visar också en större variation bland de enheter som under perioden hade färre personer i målgruppen, se figur 3. Det innebär att vård enheter med relativt sett färre personer i målgruppen sannolikt blir överrepresenterade bland enheter med både låg och hög genomsnittlig vårdkonsumtion under en given period. För de allra flesta av de 148 vård enheterna under år 2011 baseras dock beräkningen av genomsnittlig vårdkonsumtion på många personer. Det minskar känsligheten för att enskilda individers vårdkonsumtion får stor betydelse för resultaten. Ytterfall i form av äldre med långa vård tider över 100 dagar, som kan påverka resultat för enskilda vård enheter, var också förhållandevis få och utspridda. De förhållandevis stora variationer som redovisas även bland enheter som har fler än 150 personer i målgruppen tyder därför på att det inte enbart är slumpen som förklarar skillnaderna.

Figur 3. Genomsnittligt antal vård dagar per person och antal personer listade vid olika enheter år 2011.

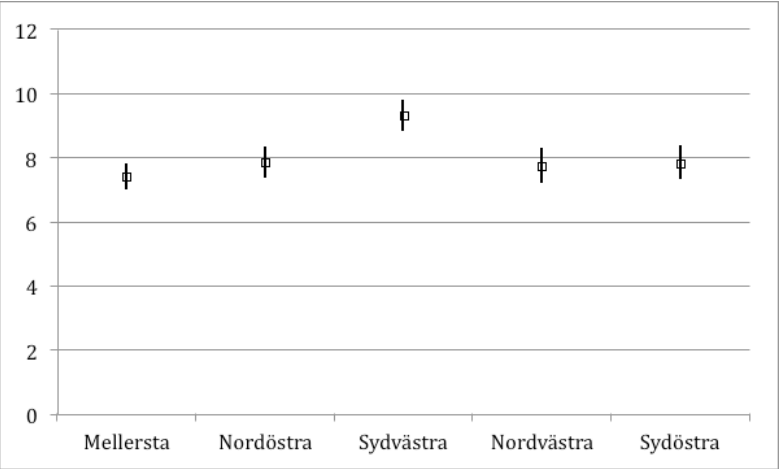


En närmare analys av de 30 enheter som hade högst respektive lägst genomsnittlig vårdkonsumtion enligt figur 2 visar på systematiska skillnader avseende vårdenheters geografiska placering. Sett till spridningen mellan de fem geografiska distrikten i Region Skåne fanns en tydlig överrepresentation från Sydvästra distriktet (Malmö-Trelleborg) bland de 30 enheter som redovisade högst genomsnittligt antal vård dagar per person; 17 enheter mot statistiskt förväntade 7 enheter baserat på andelen vårdenheter från Sydvästra distriktet. Även sett till antalet ytterfall av personer med fler än 100 vård dagar så kom hälften (30 av 59 personer) från Sydvästra distriktet. Fördelningen mellan privata och offentliga vårdenheter var också skevt fördelad. I gruppen med lägst antal vård dagar per person var 24 av de 30 enheterna privata, jämfört med statistiskt förväntade 12 enheter. Fördelningen mellan privata och offentliga enheter i gruppen med högst antal vård dagar per person i genomsnitt var ungefär den förväntade.

Geografiska skevheter

Den skeva fördelningen mellan olika distrikt analyserades också genom jämförelse av genomsnittligt antal vård dagar per person för samtliga vårdenheter och år 2009 – 2011. Resultaten inklusive beräknade konfidensintervall redovisas i figur 4. Som framgår finns en signifikant skillnad såtillvida att det genomsnittliga antalet vård dagar per person som redovisas för vårdenheter är signifikant högre i Sydvästra distriktet. Däremot finns inga signifikanta skillnader mellan de övriga fyra distrikten. Den skeva fördelning mellan distrikt som återfanns i resultaten för år 2011 återfinns således också i materialet som helhet. Resultaten tyder på att vårdenheters geografiska placering har betydelse för den genomsnittliga slutenvårdskonsumtionen för de mest sjuka äldre som redovisas.

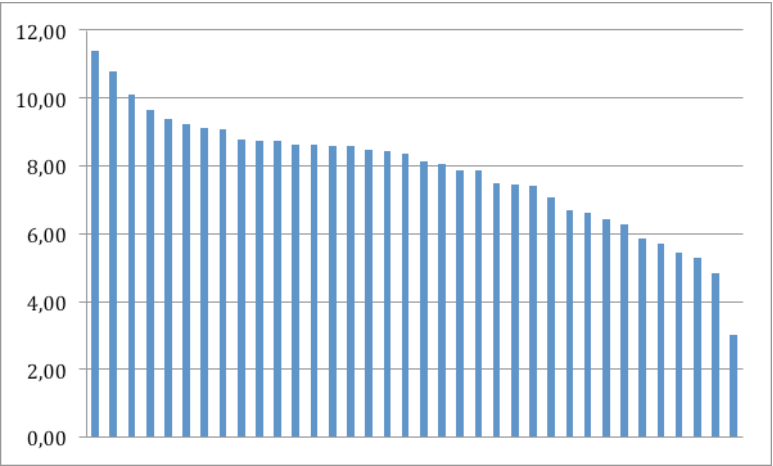
Figur 4. Genomsnittligt antal vård dagar per person och konfidensintervall (95%) för vårdenheter i olika distrikt i Region Skåne år 2009-2011.



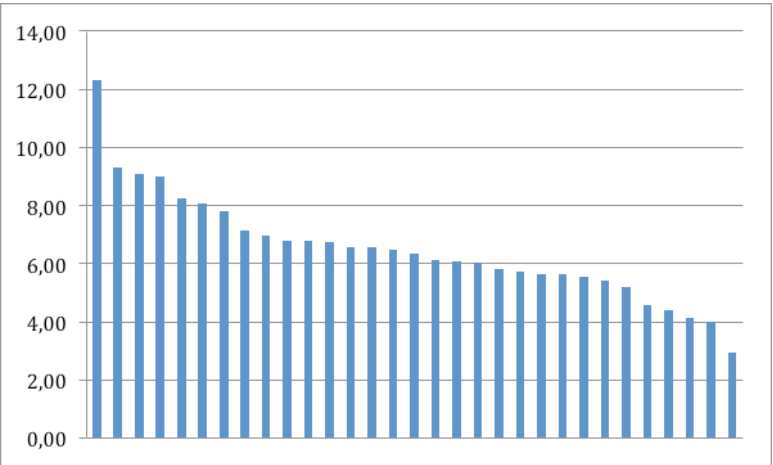
Även om det finns systematiska skillnader mellan exempelvis Sydvästra och Mellersta distriktet i Region Skåne så ska noteras att variationen mellan olika primärvårdsenheter inom dessa respektive distrikt är lika påtaglig som för Region Skåne som helhet. Det framgår av figurerna 5 och 6. Om ytterfallen exkluderas är spannet mellan de högsta och lägsta värdena i Mellersta distriktet (från 4 till 9 vård dagar per person i genomsnitt) i stort sett desamma som i Sydvästra distriktet (från 5 till 9 vård dagar per person i genomsnitt). Detta kan tolkas som att det finns en förbättringspotential även i det Mellersta distriktet.

Skillnaden mellan det Sydvästra distriktet och övriga distrikt kan bero på både utbuds- och efterfrågefaktorer. Om skillnaden förklaras av utbudsfaktorer, dvs. att kommunala vård- och omsorgsinsatser, primärvården och/eller sjukhusvården i något avseende fungerar sämre för de mest sjuka äldre i Sydvästra distriktet, finns belägg för en större förbättringspotential i detta distrikt. Genom förbättrade arbetssätt bör det finnas möjligheter att nå samma resultat som i andra distrikt. Om skillnaden istället beror på efterfrågefaktorer, dvs. att de mest sjuka äldre i det Sydvästra distriktet av något skäl har andra behov som medför större krav på slutenvården i genomsnitt, blir det svårare att nå samma absoluta nivåer som i de andra distrikten. Sådana skillnader mellan olika distrikt avseende förutsättningarna för att uppnå resultat för de mest sjuka äldre är viktiga att beakta i styrningen. Vårdgivare bör i princip enbart vara ansvariga för resultat som de själva kan påverka.

Figur 5. Genomsnittligt antal vård dagar per person bland ACG-tunga 75+ år 2011 listade på olika primärvårdsenheter i Sydvästra distriktet (Malmö-Trelleborg), Region Skåne.



Figur 6. Genomsnittligt antal vård dagar per person bland ACG-tunga 75+ år 2011 listade på olika primärvårdsenheter i Mellersta distriktet, Region Skåne.



Förändringar i enheters placering över tid

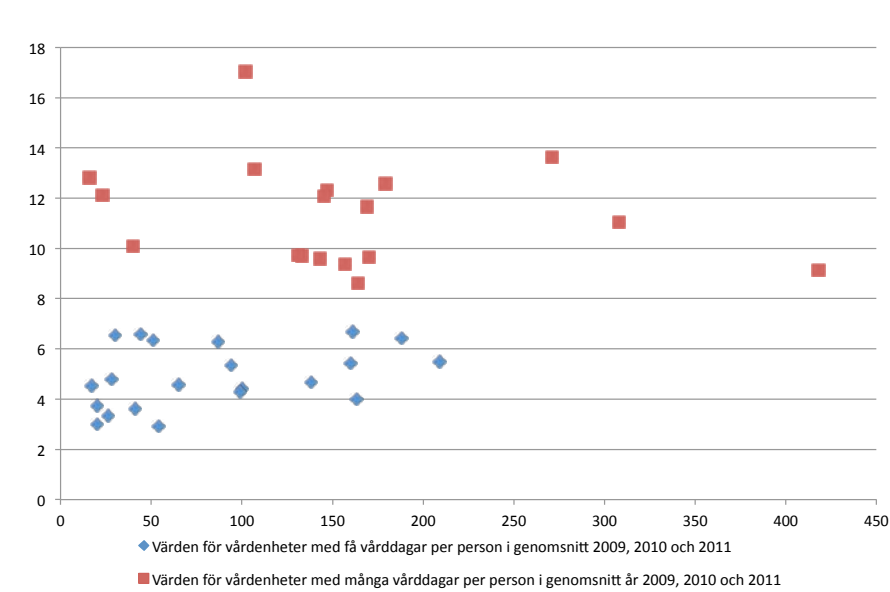
I en ytterligare analys av material från Region Skåne följdes utvecklingen för de 30 enheter som hade högst respektive lägst antal vård dagar per person i genomsnitt år 2009 under åren 2010 respektive 2011. Bland de 30 enheter som hade lägst antal vård dagar per person i genomsnitt under år 2009, var det 13 vård enheter som lyckades behålla samma position under 2010, vilket minskade till sju enheter år 2011. Sannolikheten för att en vård enhet skulle tillhöra de 30 enheter som redovisade lägst antal vård dagar per person i genomsnitt tre år i rad var alltså 23 procent. Utvecklingen bland de 30 enheter som hade högst antal vård dagar per person i genomsnitt under 2009 var i stort sett identisk. Det var 12 enheter som lyckades behålla positionen under 2010, vilket minskade till sex enheter 2011, motsvarande 20 procent av enheterna.

I en alternativ analys studerades hur många av de 30 enheterna med högst respektive lägst antal vård dagar per person i genomsnitt under år 2009 som lyckades placera sig i den ”bättre” respektive ”sämre” hälften av vård enheterna (samtliga) under följande år. Under 2010 var spridningen likartad mellan grupperna. Bland de 30 enheterna med lägst antal vård dagar per person i genomsnitt år 2009 var det två tredjedelar (20 vård enheter) som lyckades placera sig bland de 50 procent ”bästa” enheterna år 2010. Det innebär att resterande tredjedel (10 enheter) redovisade en påtaglig försämring och tillhörde den ”sämre” hälften av vård enheter med högre slutenvårdskonsumtion i genomsnitt. Bland de 30 enheterna med högst antal vård dagar per person i genomsnitt år 2009 var det på samma sätt två tredjedelar som placerade sig bland de 50 procent ”sämsta” enheterna år 2010. Resterande tredjedel redovisade en påtaglig förbättring och tillhörde den ”bättre” hälften med lägre slutenvårdskonsumtion per person i genomsnitt. Under år 2011 förändrades inte fördelningen bland de 30 enheter som redovisat lägst antal vård dagar per person i genomsnitt år 2009. Två tredjedelar av enheterna redovisade fortfarande resultat motsvarande den ”bättre” hälften. De 30 enheter som redovisat högst antal vård dagar per person i genomsnitt var dock jämnt utspridda; 16 enheter i den ”bättre” hälften och 14 enheter i den ”sämre”. Det fanns således generellt sett en stor rörlighet i olika vård enheters placering avseende genomsnittligt antal vård dagar per person mellan olika år. Denna rörlighet tycks framför allt gälla bland enheter som redovisar ett högt antal vård dagar per person i genomsnitt.

Sett till sammansättningen av de sju respektive sex enheter som lyckades behålla sin position under samtliga år 2009-2011 fanns systematiska skillnader. Bland de sju enheterna med lågt antal vård dagar per person i genomsnitt under samtliga år 2009-2011, var sex privata och fem var placerade i det Mellersta distriktet. Bland de sex enheterna med högt antal vård dagar per person i genomsnitt under samtliga år 2009-2011, var samtliga offentliga och fem från Sydvästra distriktet. Den skeva fördelningen mellan distrikten och mellan privata och offentliga enheter stämmer med den analys som gjordes med data från 2011. Rent principiellt kan man tänka sig att detta urval av enheter redovisar få personer i målgruppen och att det är slumpen som förklarar att man redovisat få eller många vård dagar per person i genomsnitt. Figur 7 visar att slumpen förefaller haft större betydelse för enheter med lågt antal vård dagar per person i genomsnitt, där fem av sju enheter redovisade högst 100 personer i målgruppen. Bland de sex enheterna med högt antal vård dagar per person i genomsnitt var spridningen avseende antal personer i målgruppen större. Bland de sex enheterna med högt antal vård dagar per person i genomsnitt återfanns även enheter med förhållandevis många personer i målgruppen. En analys av antalet ytterfall som konsumerat mer än 100 vård dagar förtydligar skillnaderna mellan grupperna. I gruppen av sju enheter med lågt antal vård dagar per person i genomsnitt återfanns inga ytterfall något av åren. I gruppen av sex enheter med högt antal vård dagar per person i genomsnitt återfanns ytterfall för minst 4 av enheterna under respektive år.

3 Care Need Index (CNI) används i Region Skåne för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippat med socioekonomiska faktorer. Högt CNI motsvarar svag socioekonomisk profil hos listade sammantaget.
4 Värden avser september 2010.

Figur 7. Genomsnittligt antal vård dagar per person och antal personer listade vid ett urval vårdenheter år 2009, 2010 respektive 2011.

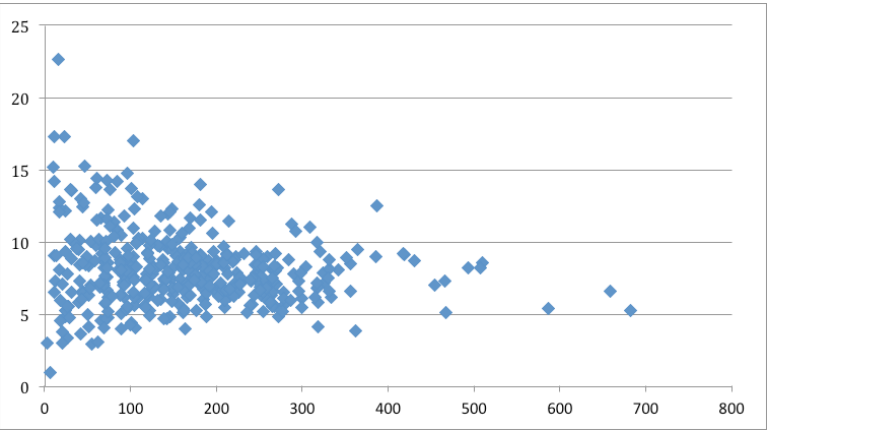


Det är känt från tidigare studier att socioekonomiskt svaga patientgrupper konsumerar mer slutenvård än socioekonomiskt starka patientgrupper. Mot den bakgrunden kan man förvänta sig fler vård dagar per person i genomsnitt hos de offentliga vårdcentraler som företrädesvis verkar i socioekonomiskt svaga områden i Sydvästra distriktet. Det kan noteras att genomsnittligt CNI³ för samtliga listade vid de sju respektive sex enheterna skiljer sig påtagligt. De sju enheterna med lågt antal vård dagar hade ett genomsnittligt CNI på 0,78 och ingen enhet översteg 0,92.⁴ De sex enheterna med högt antal vård dagar hade på samma sätt ett genomsnittligt CNI på 1,43 och ingen enhet hade under 1,03.

Resultaten i sammanfattning

Sammanfattningsvis visar analysen av data från Region Skåne att det finns förhållandevis stor variation i hur de mest sjuka äldre, definierat som de ACG-tyngsta över 75 år, konsumerar slutenvård. Till en del kan variationer i genomsnittligt antal vård dagar per person mellan olika vård enheter förklaras av slumpen. Enheter med få personer i målgruppen har större sannolikhet att tillhöra de enheter som redovisar de allra lägsta respektive högsta värdena för en viss given period. Den trattliknande fördelningen av olika värden för enheter under åren 2009 – 2011 i figur 8 åskådliggör förhållandet. En stor andel av de allra lägsta respektive högsta värdena återfinns hos enheter som redovisade färre än 100 personer i målgruppen vid mättillfället.

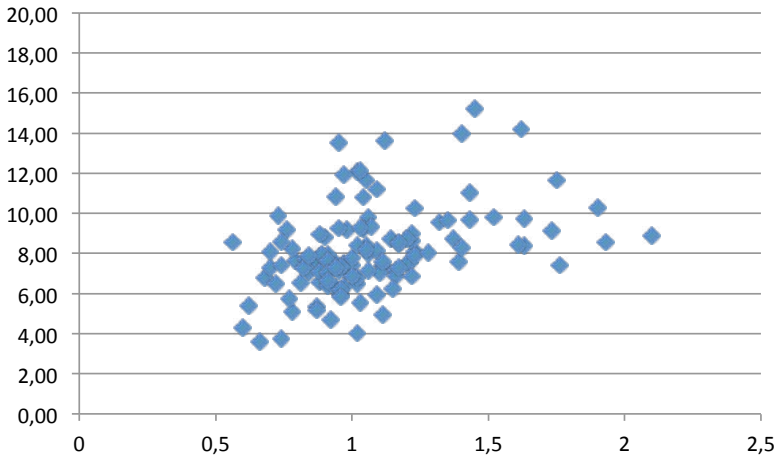
Figur 8. Genomsnittligt antal vård dagar per person och antal personer listade vid olika enheter, värden för respektive enhet åren 2009-2011.



Analysen visar också att det finns andra tänkbara förklaringar bakom variationerna. De signifikanta skillnaderna i genomsnittliga värden för vård enheter i Sydvästra distriktet (Malmö-Trelleborg) indikerar att förutsättningarna för att åstadkomma ett lågt utnyttjande av slutenvård för de mest sjuka äldre varierar mellan geografiska områden. Däremot ger analysen ingen förklaring till *varför* just Sydvästra distriktet utmärker sig. Det kan bero på utbudsfaktorer, t.ex. att primärvården av något skäl har sämre kontinuitet mot de äldre eller samverkar sämre med kommunal omsorg och sjukhus. Men det kan också bero på efterfrågefaktorer, t.ex. att fler av de mest sjuka äldre i Sydvästra distriktet har en socioekonomisk profil som leder till större utnyttjande av slutenvård i genomsnitt per person.

De systematiska skillnaderna mellan privata och offentliga enheter har sannolikt en koppling till både slumpen och enheters geografiska placering. Fler privata enheter är nyetablerade och har jämförelsevis få personer redovisade i målgruppen. Det är därför inte förvånande att de är överrepresenterade bland enheter med lågt resursutnyttjande i slutenvården i genomsnitt per person. Det är däremot mer förvånande att de inte på samma sätt är överrepresenterade bland enheter med högt resursutnyttjande i genomsnitt per person. Bland enheter som redovisar högt antal vård dagar per person i genomsnitt tycks inte heller antalet personer i målgruppen ha så stor betydelse. Skevheten i denna grupp skulle istället kunna förklaras av att offentliga enheter till större del än privata enheter listar socioekonomiskt svaga personer, som i genomsnitt tenderar att konsumera mer slutenvård. Det kan också vara så att förutsättningarna för att åstadkomma t.ex. kontinuitet och trygghet i de mest sjuka äldres vård och omsorg är mycket sämre i de socioekonomiskt svaga områden där företrädesvis offentliga enheter verkar. Som framgår av figur 9 finns dock stor spridning i genomsnittligt antal vård dagar per person även bland vård enheter med samma CNI. Även om skillnader i CNI var tydlig mellan enheter som kan beskrivas som ytterligheter kan socioekonomisk profil hos dem som vård enheter listar bara förklara en del av variationen i slutenvårdskonsumtion.

Figur 9. Genomsnittligt antal vård dagar per person hos de ACG-tyngsta över 75 år och CNI för samtliga listade vid vårdenheter i Region Skåne år 2010.



Ytterligare förklaringar bakom redovisade variationer mellan vårdenheter är att berörda vårdgivare, däribland primärvårdsenheterna själva, tillämpar olika arbetssätt och är olika framgångsrika när det gäller att nå resultat. Hur viktig denna faktor är för att förklara skillnaderna har inte kunnat studeras inom ramen för denna förstudie. Genom att ställa redovisade skillnader i genomsnittligt antal vård dagar bland de mest sjuka äldre mot olika arbetssätt inom primärvården riktade mot målgruppen, skulle framgångsrika arbetssätt kunna identifieras. Utifrån en sådan analys kan även mål och indikatorer som samvarierar med bättre vård- och omsorg för de mest sjuka äldre definieras. Inom ramen för denna rapport har det inte funnits någon möjlighet att göra en sådan analys, som kräver insamling av separat information om arbetssätt från många olika vårdenheter och mera noggrann kontroll av slumpens inverkan och socioekonomisk profil bland äldre. Det finns dock internt material från Region Skåne som kan användas om underlag för att generera hypoteser om sådana mål och indikatorer.

Jämförelse med kvalitativa studier

I en tidigare intern analys inom Region Skåne, baserat på data från 2009, valdes fyra vårdenheter med få respektive många vård dagar per person i genomsnitt ut för fördjupade studier.⁵ Personal vid vård enheterna, liksom vid den kommun och det lokala sjukhus som vård enheterna samarbetade med, intervjuades i syfte att försöka identifiera strukturella skillnader i arbetssätt. Flera faktorer bedömdes utifrån materialet ha en potential att förklara skillnader mellan vård enheter med hög respektive lågt antal vård dagar per person. Den viktigaste förklaringen var att urvalet vård enheter med lågt antal vård dagar bedömdes fokusera tydligare på gruppen mest sjuka äldre. Det fanns också bra förutsättningar för ett strukturerat arbetssätt gentemot kommunen och lokalt sjukhus genom god läkarkontinuitet i kontakter med dessa vårdgivare. Det strukturerade arbetssättet omfattade bl.a.

regelbundna träffar med kommunens personal, hembesök hos patienter för planering av vård- och omsorgsinsatser och läkemedelsgenomgångar utifrån varje individs situation. Läkare genomförde regelbundna besök på särskilda boenden. Dessa kontakter med kommunen tycks också ha skapat en trygghet och förtroende hos omsorgspersonalen vad gäller arbetssätt och kontaktvägar. Denna trygghet hos personalen bedömdes i sin tur spilla över på patienterna, vilket bedömdes vara av stor betydelse för resultaten.

Mål och indikatorer som underlag för styrning mot bättre vård och omsorg om äldre

De mål och indikatorer för en bättre vård- och omsorg som tidigare identifierats inom Region Skåne är inte förvånande sett till litteratur och rekommendationer på området. Liknande indikatorer har föreslagits på andra håll. I tabell 1 redovisas tänkbara mål och indikatorer för en bättre vård för de mest sjuka äldre indelat i struktur-, process- respektive resultatindikatorer.

Tabell 1. Struktur, process- och resultatindikatorer för mest sjuka äldre.

Typ av indikator	Exempel
Struktur	Läkarbemanning och kontinuitet Bemanning och kontinuitet för distriktssköterskor Bemanning och kontinuitet i kommunal vård och omsorg Tillgång till journalinformation Samarbetsstruktur och kommunikationsvägar mellan primärvård – kommun – sjukhus Flexibla biståndshandläggare i kommunen
Process	Hembesök Individuella vård- och omsorgsplaner Kvittens från primärvård innan utskrivning från sjukhus Läkemedelsgenomgångar Brytpunktssamtal Ronder på särskilt boende Ronder för hemsjukvårdspatienter
Resultat	Trygghet för äldre Livskvalitet för äldre Undvikbara slutenvårdstillfällen Undvikbara slutenvårdsdagar Undvikbara akuta besök

Uppdelningen i olika typer av indikatorer enligt tabellen är viktig eftersom struktur-, process- och resultatindikatorer har olika egenskaper när de används som underlag för styrning. För det första finns olika bakomliggande syften med styrningen, beroende på vilken typ av indikator som används. För det andra har olika typer av indikatorer skilda ”bäst före”-datum. För det tredje ger olika typer av indikatorer skilda förutsättningar för säker bedömning av utfall hos vårdgivare.

Struktur- och processindikatorer

Om struktur-/processmål används som underlag för styrningen är syftet att sprida evidensbaserad medicin, dvs. kunskaper som finns dokumenterade och

⁶ Bhattacharyya et al (2009) visar detta för höft- och knäledsplastik.

tagits fram av någon annan. Det kräver att det finns evidens för att viss struktur eller process bidrar till ett bra resultat för patienterna. Ett annat krav är att det finns en variation mellan olika lokala processer och därmed en potential till förbättring. Om alla redan erbjuder vård enligt de evidensbaserade struktur- och processmål som beskrivs i vårdprogram finns inget behov av att fokusera på sådana mål i styrningen. Struktur- och processmål kan på så sätt vara bättre för att identifiera de vårdgivare som är ”sämst”, snarare än att skilja mellan de många vårdgivare som är relativt bra i visst avseende.⁶ De processmål som fokuserar på den löpande styrningen måste också bytas ut eller förändras så att de blir svårare att nå när verksamhetens kvalitet förbättras. Struktur- och processmål måste också omprövas efter hand som evidens och kunskaper förändras.

Resultatindikatorer

Om resultatmål används som underlag för styrningen blir syftet annorlunda. Istället för direkta anvisningar om vilka strukturer och processer som ska införas får vårdenheter själva fundera ut vad som kan skapa bra resultat. Det kan handla om att införa evidensbaserade metoder, men även om att initiera eget förbättringsarbete och skapa helt nya arbetssätt så att målen nås. Till skillnad från struktur- eller processindikatorer finns inte något optimalt läge eftersom resultaten kan förbättras även i en verksamhet med mycket goda resultat. Resultatmålen kan därför användas som underlag för styrningen även på mycket lång sikt, oavsett hur evidens eller riktlinjer förändras. Resultatmål kräver inte heller någon kunskap på förhand om hur resultaten kan nås. Resultatindikatorer är därför att föredra i en situation när det är osäkert vilka metoder som är bäst för att nå önskvärda resultat, dvs. om evidens saknas, alternativt när all tillgänglig evidens avseende strukturer och processer redan omsatts i praktiken. Ett annat skäl för att använda resultatmål är om de insatser som krävs för att nå resultaten varierar för individuella patienter. Ytterligare skäl är om man helt enkelt vill främja lokalt förbättringsarbete och lokala innovationer.

Ett generellt problem med resultatmål är att de i större utsträckning påverkas av slumpen. Särskilt för enheter med litet patientunderlag kan bra eller dåliga resultat styras av slumpen snarare än de egna insatserna. Detta illustrerades tidigare i analysen av data från Regin Skåne, där vårdenheter med få personer i målgruppen ACG-tyngsta över 75 år hade större sannolikhet att redovisa få respektive många vårddagar per person i genomsnitt. Resultatmål kan också ”straffa” de vårdgivare som tar sig an sjukare patienter där målen är svårare att nå trots att rätt insatser sätts in. Även detta problem illustrerades i analysen av data från Region Skåne, som visade att förutsättningarna att uppnå bra resultat varierade mellan geografiska områden. Med resultatmål finns därför ofta behov av riskjustering så att inverkan av eventuella skillnader i case-mix mellan enheter beaktas. Resultatmål kan också vara svåra att använda för enheter med litet patientunderlag. Med ett litet patientunderlag blir osäkerheten med resultatmål större än om bedömningen avser vårdgivare som tar emot många patienter där slumpens betydelse reduceras. Vad som är kritisk nivå på patientunderlag kan inte bedömas på förhand utan beror på variationen i data för varje specifikt resultatmål.

Även om inverkan av slump och skillnader i case-mix talar till fördel för struktur- och processmått är det inte självklart att den senare typen av mål kan betraktas som mindre osäkra när det gäller att bedöma enheter. Även om bedömningen av om man uppnått struktur- eller processmål vanligtvis är säker och inte påverkas av slumpen är kopplingen till verklig patientnytta inte självklar.⁷ Processmål kan i värsta fall leda till en protokollstyrd vård som inte beaktar patienters förutsättningar för att tillgodogöra sig de processer som erbjuds eller syftet med insatserna. Även om struktur- och processmål är enklare att följa upp och bedömer vårdgivare med större säkerhet är kopplingen till patientnytta inte given.⁸

Alternativa användningsområden för indikatorerna

Indikatorers olika egenskaper tas lämpligen i beaktande när det bestäms hur de ska användas i styrningen. Det finns åtminstone tre olika tänkbara användningsområden för indikatorer när det gäller styrning av vårdenheter i primärvården för att uppnå bättre vård och omsorg till de mest sjuka äldre:

- Öppna jämförelser
- Ackreditering
- Målbaserade ersättningssystem (P4P)

En mjukare form av styrning är jämförelse mellan vårdgivare om i vilken grad man når de mål som ställts upp. En sådan jämförelse kan göras antingen dolt eller öppet. I en dold jämförelse är det enbart de som direkt berörs som kan ta del av resultaten. I öppna jämförelser är resultaten allmänt tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Studier i både USA och brittiska NHS har visat att den senare formen av jämförelser kan skapa drivkrafter till förbättringar, i första hand bland de vårdgivare som rankas lägst.⁹ Ingen vill vara sämst. Det är således inte informationen i sig som skapar drivkrafter utan främst den professionella prestige-förlust som vårdgivare förknippar med att rankas som sämst om informationen sprids öppet. Särskilt i ett system med vårdval kan sådan information skapa ett hot om att individer kanske väljer annorlunda om vårdenheter har svaga resultat. Man kan naturligtvis hävda att denna möjlighet till vårdval i första hand inte gäller de mest sjuka äldre. Men de individer som vet att de om några år kanske tillhör denna grupp har anledning att välja en vårdenhet som inger förtroende och kan skapa trygghet för framtiden.

Med enbart öppna jämförelser kan man inte förvänta sig någon allmän förbättring av verksamheten. Jämförelser är också problematiska att förlita sig på om det finns skäl att tro att förbättringspotentialen är stor för alla berörda verksamheter, dvs. om alla de verksamheter som jämförs är lika ”dåliga”. I så fall att kan faktiska värden jämföras med önskvärd kvalitet utifrån ”best practice” eller vad som bedöms lämpligt. Ett alternativ till mjukare former styrning är att koppla indikatorerna till ekonomiska incitament. I synnerhet struktur- och processmål kan användas för att definiera krav som måste vara uppfyllda för att verksamhet ska godkännas av uppdragsgivaren genom ackreditering. En annan form av

⁷ Ryan et al (2009) analyserar data från Medicare i syfte att utreda om det fanns ett samband mellan de processmått som användes för att belöna god vård och verkligt resultat. De diagnoser som studerades var hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation. Författarna refererar till flera tidigare studier som visat att det finns ett samband mellan de processmått som används för belöningar inom Medicare och 30-dagars mortalitet för de utvalda diagnoserna. Samtidigt menar man att dessa studier kan kritiserats eftersom de inte beaktat förekomsten av variabler som inte tas med i analysen. Sådana variabler kan exempelvis avse processmått som inte belönas men även vårdgivarnas intresse för kvalitetsfrågor i stort. Eftersom det sannolikt finns ett samband mellan utfallet på de processmått som faktiskt följs upp och de mått som inte följs upp, liksom mellan processmåten och andra variabler av betydelse för vårdens kvalitet, är det viktigt att inkludera s.k. icke-observerbara variabler i analysen. I författarnas egen analys, baserat på data från åren 2004-2006, konstateras att det finns en samvariation mellan processmåten som används för belöningar inom Medicare för diagnoserna hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation och 30-dagars mortalitet för samma diagnoser. Sambandet är dock inte kausalt. De processmått som används kan snarast betraktas som indikatorer på andra variabler, vilket skulle kunna ha att göra med läkares skicklighet eller sjukhusets intresse för att driva kvalitetsfrågor. Det finns därför skäl, menar författarna, att ifrågasätta om processmåten fullt ut kan användas för att bedöma verklig kvalitetsutveckling.

⁸ På många håll tycks exempel den kvittens som krävs från primärvården innan äldre skrivs ut från sjukhusen vara en ren pappersexercis, som uppfattas som en belastning snarare än ett stöd för verksamheten. Man gör det som krävs och förväntas, men utan att ta till sig den bakomliggande tanken med åtgärden.

direkta ekonomiska incitament är att ge vårdenheter extra ersättning om mål och indikatorer uppfylls, s.k. målbaserad ersättning.

I stort sett samtliga landsting använder sedan införandet av vårdval flera komponenter i sin ersättning till vårdenheter. Den fasta ersättningen per listad individ är den klart viktigaste i alla landsting, med undantag av Stockholm. Medan den fasta ersättningen i Stockholm uppgår till ca 40 procent av enheters intäkter uppgår samma ersättning i övriga landsting och regioner till mellan 80-98 procent av intäkterna. Under senare år har allt fler landsting följt den princip med riskjustering baserat på ACG-tyngd som först infördes i Region Skåne och som beskrivits ovan. Det ger goda möjligheter att införa en förstärkt fast ersättning per individ för de ACG-tyngsta äldre, som kan knytas till ett urval struktur- och processindikatorer enligt tabell 1. Vid avvikelse i förhållande till kraven kan vårdenheter åläggas förbättringar inom viss tid, och om problemen då kvarstår tvingas lämna vårdvalsmarknaden.

Eftersom struktur- och processmått ger en säkrare bedömning av enheter där exempelvis slumpen får mindre betydelse är de enklare att använda som underlag för ackreditering. Resultatindikatorer kan dock användas som del av ackreditering för ett exempelvis definiera vissa minimivärden för ett urval resultatmål. Det kan dock vara svårt att använda resultatmål som del av ackrediteringen mera allmänt eftersom detta riskerar att döma ut enheter på felaktiga grunder. Det gäller å andra sidan även om resultatmål används som underlag för målbaserad ersättning. Med användning av resultatmål finns alltid möjligheten att en enhets dåliga (eller bra) värden förklaras av slumpen snarare än dåliga (bra) arbetsinsatser.

Det är på så sätt enklare att använda resultatmål som underlag för målbaserad ersättning på övergripande organisatoriska nivåer, där ”de stora talens lag” gör att slumpmässiga variationer tar ut varandra. Indikatorn ”vårddagar per person i genomsnitt för de mest sjuka äldre” kan enligt analysen som presenterats ovan vara svår att använda som underlag för styrning på vårdenhetsnivå. Det gäller också liknande indikatorer som ”undvikbara slutenvårdstillfällen”. En sådan användning blir orättvis eftersom den missgynnar vårdenheter i geografiska områden där det av någon anledning är svårare att uppnå bra resultat. Dessutom kommer enheter med få personer i målgruppen att oftare bli föremål för belöningar eller sanktioner eftersom variationen hos dessa enheter är större. Det hindrar inte att indikatorn kan användas som underlag för styrning på övergripande nivåer. Ett landsting som belönas utifrån indikatorn har exempelvis anledning att ta reda på varför konsumtionen skiljer sig i genomsnitt mellan områden och om utfallen kan påverkas genom bättre arbetssätt. Man kommer att ha anledning att försöka lära sig från enheter som uppnår både bäst och sämst resultat.

Förslag på fortsatta studier

Tidigare analyser av de mest sjuka äldres situation pekar i stort sett mot samma typ av problem och lösningar. Problemen handlar inte minst om en fragmenterad verksamhet som inte beaktar äldres förutsättningar och kapacitet att tillgodogöra

sig behandlingar och insatser. De lösningar som skisseras handlar ofta om att primärvården måste ta ett ökat koordinerande helhetsansvar och kommunicera och samarbeta bättre med andra vårdgivare. Det gäller inte minst med kommunal vård- och omsorgspersonal som träffar patienterna oftare. På sjukhusens akutmottagningar och i slutenvården måste större hänsyn tas till äldres skörhet och att det ofta finns behov av snabb hjälp från generalister. Dessa problem och lösningar har upprepats i olika rapporter under minst 10 år. Det tyder på att problemen är svåra att lösa och måste angripas från flera olika håll. I den här rapporten har diskuterats hur primärvården skulle kunna få ett koordinerande helhetsansvar för de mest sjuka äldre. Främst har diskuterats hur mål och indikatorer kan användas som underlag i styrningen som del i öppna jämförelser, ackreditering av vårdenheter eller målbaserad ersättning. I nuläget finns många förslag på indikatorer för de mest sjuka äldre, men ganska knapphändigt med evidens om vilka indikatorer som är mest ändamålsenliga att styra mot. Inom detta område finns många möjligheter till fortsatta studier genom att koppa samman variationer i utnyttjande av slutenvård och akutbesök samt tryggheten hos gruppen mest sjuka äldre med uppgifter som beskriver vårdenheters arbetsätt, däribland mått på kontinuitet i olika relationer (både gentemot patienter och i kontakter mellan vårdgivare), graden av samverkan och specifika arbetsmetoder. Sådana kunskaper skulle kunna generas genom en utvecklad variant av den analys som presenterats i rapporten med data från Regions Skåne.

I analysen med data från Region Skåne illustrerades också några problem som uppstår när indikatorer används som underlag för styrning. Resultat kan påverkas av slumpen, var enheter är placerade geografiskt och vilka patienter man listar. Dessa problem kan inte bedömas generellt utan måste prövas empiriskt för varje typ av indikator. Sådana analyser kan ge svar på hur olika mål och indikatorer kan användas som underlag för styrning. Det gäller både lämpliga former för styrningen (underlag för ackreditering, målbaserad ersättning eller enbart öppna jämförelser) och vilken nivå som styrningen kan avse (vårdenhetsnivå eller enbart övergripande nivåer). Även inom detta område finns möjligheter till fortsatta och angelägna studier, som lämpligen integreras med den förstnämnda typen av studier om vilka indikatorer som är mest relevanta att styra mot.

Referenser

Anell A (2011) Choice and privatization in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 6(4): 549-569.

Bewan G (2010) If neither altruism nor markets have improved NHS performance, what might? *Eurohealth*; 16(3): 20-23.

Bhattacharyya T, et al. (2009) Measuring the report card: The validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery. *Health Affairs*; 28(2): 526-532.

Gurner U, Thorslund M. (2003) Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. *Natur och Kultur*.

Lehnert T, Heider D, Leicht H, et al. (2011) Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Research and Review*; 68(4): 387-420.

Ryan A M, et al (2009) The relationship between Medicare’s process of care quality measures and mortality. *Inquiry*; 46: 274-290.

Wolff J L, Starfield B, Anderson G. (2002) Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archive of Internal Medicine*; 162: 2269-2276.

Zielinski A, Kronogård M, Lenhoff H, Halling A. (2009) Validation of ACG case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. *BMC Public Health*; 9: 347.



Verktyg för att realisera samverkan

En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet

Ebba Sjögren & Per Åhblom

Innehåll

Sammanfattning	175	<i>Verktyg för uppdragsformulering och resursfördelning: nya gränser och gamla stuprör</i>	191
Interorganisatorisk samverkan inom vård och omsorg: ett svårlöst problem och en växande utmaning	177	NYA AVTAL SOM RITAR OM GRÄNSER MELLAN KOMMUN OCH LANDSTING	192
Målsättningarna med TioHundraprojektet	178	NYA AVTAL FÖR ATT KODIFIERA BEFINTLIGA AKTIVITETER	193
<i>Ett lokalt förankrat projekt för att rädda Norrtälje sjukhus och fördjupa samverkan mellan kommun och landsting</i>	178	GRUPPERING AV AVTAL	194
<i>Valfrihet, konkurrens och mångfald som nya målsättningar</i>	178	PRIORITERING AV MÅLGRUPPER OCH BALANSERING AV BESTÄLLNINGAR	195
<i>Ett tidsbestämt utvecklingsprojekt</i>	179	ERSÄTTNING FÖR SAMVERKANSAKTIVITETER	195
Utvärderingens utformning och genomförande	180	KOMMENTAR	197
<i>Specifikation av uppdraget</i>	180	<i>Verktyg för uppföljning: en ökad integration över tid</i>	198
<i>En analys av två bärande strukturer: Förvaltningen och Vårdbolaget i fokus</i>	180	GRUPPERING AV UPPFÖLJNING ÖVER AVTALSGRÄNSER	198
<i>Studiens utformning och genomförande</i>	181	MEDLING OCH FÖRMEDLING AV INFORMATION	199
EKONOMI- OCH VERKSAMHETSSTYRNING I FOKUS	181	EN SAMMANSATT UPPFÖLJNINGSPROCESS	199
GRÄNSÖVERSKRIDANDE PATIENTGRUPPER SOM METODOLOGISKT VERKTYG	182	KOMMENTAR	199
URVAL AV INTERVJUPERSONER	182	<i>Verktyg för verksamhetsutveckling i utförarledet: många järn i elden</i>	200
DATAINSAMLING	182	FORMELL ORGANISATION: GEMENSAMMA STRUKTURER OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	201
<i>Reflektioner kring studiens utformning och genomförande</i>	183	POOLNING AV RESURSER FÖR GEMENSAMMA AKTIVITETER	203
TIDSPERSPEKTIVET: EN UTBLICK FRÅN NUTIDEN	183	UTVECKLINGEN AV GEMENSAMMA ARBETSPROCESSER I INTER-ORGANISATORISKA RELATIONER	204
INSIDERPERSPEKTIVET: ALLA INFORMANTER ÄR OCKSÅ INTRESSEENTER	183	KOMMENTAR	205
HUVUDMANINAPERSPEKTIVET: VEM FÖRETRÄDER DET?	184	Diskussion och slutsatser	206
Analytiska utgångspunkter	185	<i>TioHundraprojektet som verktyg för att realisera samverkan i praktiken</i>	206
<i>Intra- och inter-organisatorisk ekonomistyrning i fokus</i>	185	<i>Organisering av hälsa, sjukvård och omsorg för ökad samordning – och andra mål</i>	210
<i>Organisationsstrukturer sedimenteras över tid</i>	188	Referenser	212
<i>Mötet mellan många styrsystem: ekonomistyrning i praktiken</i>	190	Appendix 1: Intervjupersoner	216
TioHundraprojektet: ett bygge med många verktyg för att realisera samverkan	190		

¹ Ett annat syfte har varit att bidra med ett underlag till det politiska beslut som ska fattas om den framtida organiseringen av sjukvård och omsorg i Norrtälje. Föreliggande rapport är en något omarbetad version av den redovisning som tidigare lämnats till SLL.

Sammanfattning

Denna rapport beskriver en undersökning av verksamhetsstyrning inom och av TioHundraprojektet i Norrtälje, med målsättningen att synliggöra hur samordning har underlättats respektive försvårats på operativ nivå och på ledningsnivå. Ett syfte har varit att vetenskapligt undersöka var och hur integrationen mellan ömsesidigt beroende verksamheter kan ske mellan organisationer, och över huvudmannaskapsgränserna.¹ Detta är en fråga som har stor praktisk relevans på samtliga områden där offentligt finansierade, komplexa och sammansatta tjänster ska tillhandahållas av olika organisationer.

Rapporten beskriver hur samordning har underlättats respektive försvårats inom TioHundraprojektet med utgångspunkt från två bärande strukturer: en lokal beställarfunktion med samlat sjukvårds- och omsorgsansvar (Förvaltningen) samt en stor, vertikalt och horisontellt integrerad vårdproducent (Vårdbolaget). I undersökningen riktas uppmärksamhet mot verktyg för strukturell beställarintegration respektive utförarintegration. Begreppet beställarintegration omfattar de verktyg för samordning som rör specifikation av uppdrag, utformning av modeller för resursallokering samt uppföljning. Med utförarintegration avses utformningen av ett kontrollsystem för planering, genomförande och uppföljning av aktiviteter inom ramen för en organisationshierarki. Med utgångspunkt från tre analytiska perspektiv har uppmärksamheten riktats mot relationen mellan intra- och inter-organisatorisk ekonomistyrning; sedimenteringen av olika kognitiva, juridiska och materiella strukturer över tid; samt, interaktionen mellan olika styrverktyg.

Undersökningen beskriver hur gränser mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet har förskjutits på flera olika sätt, genom såväl beställar- som utförarintegration. Förvaltningens formulering av sammansatta avtal som spänner över huvudmannaskapsgränsen är ett tydligt exempel på gränsförskjutning. Ett annat exempel på strukturell beställarintegration är utvecklingen av en sammansatt uppföljning av utförares arbete. Utförarintegration har i sin tur skett i organisering och styrning av den operativa verksamheten. Med den formella och fysiska organisationsstrukturen som ett viktigt övergripande verktyg har Vårdbolaget skapat nya organisatoriska enheter där resurser kan poolas och omfördelas för att lösa gemensamma problem inom verksamhetsområden.

Det tillkomna målet om ökad valfrihet, konkurrens och mångfald medför att förutsättningarna att samordna ömsesidigt beroende aktiviteter genom utförarintegration minskar, eftersom integration nu måste ske över organisationsgränser. Till detta är det inom-organisatoriska kontrollsystemet mindre lämpat. En ökad konkurrensutsättning understryker således behovet av en ytterligare utvecklad och fördjupad beställarintegration för att stödja samordningen av aktiviteter i utförarledet. En sådan beställarroll är nära förknippad med ett samlat beställarsvar för sjukvård- och omsorg.

Interorganisatorisk samverkan inom vård och omsorg: ett svårlöst problem och en växande utmaning

Det finns en bred konsensus kring att samverkan mellan vårdens och omsorgens utförare är en framgångsfaktor, särskilt för de medborgare som rör sig mellan dessa verksamhetsområden.² Olika studier har väl belagt de negativa konsekvenser som en bristande samordning³ kan åsamka de enskilda vårdtagarna, samt de organisationer som brister i samordningen av ömsesidigt beroende aktiviteter⁴ (se exempelvis SOU 2000:114). De negativa effekterna av bristande samverkan har särskilt uppmärksammats inom grupper med komplexa och sammansatta behov, exempelvis äldre med multisjuklighet (Gurner och Thorslund 2003) och personer med “dubbla diagnoser” (Ekermo och Zovko 2007). Många försök har gjorts i Sverige (Åhgren och Axelsson 2011) och internationellt i syfte att förbättra inter-organisatorisk samordning på operativ nivå, både inom sjukvården och alltmer även över huvudmannaskapsgränser.⁵ Men trots den stora samstämmighet som råder kring dess värde, förefaller det svårt att åstadkomma varaktiga och stabila former för samverkan såväl inom som mellan organisationer. Ekonomi- och verksamhetsstyrning framträder i flera studier som en källa till hinder för operativ samordning (för några exempel, se Kraus 2007; Blomgren 1999). Situationen har karakteriserats som att “styrningen sågar ut bitarna” (Kraus och Lind 2008).

I denna rapport presenteras en undersökning av hur deltagare i ett utvecklingsprojekt – TioHundraprojektet – arbetat med att skapa samordning mellan landstingskommunal och kommunal verksamhet som riktar sig till människor boende i Norrtälje kommun.⁶ En bärande vision för TioHundraprojektet är att “ingen ska falla mellan stolarna på sin resa genom vården och omsorgen” (TioHundranämnden 2011). Med detta menas att sjukvårds- och omsorgstjänster ska koordineras för att säkra ett gott omhändertagande av den enskilde patienten. I rapporten undersöks vilka strukturer och verktyg för ledning och ekonomistyrning som etablerats och använts under projektiden i syfte att förbättra samverkan. Hur har dessa strukturer och verktyg underlättat respektive försvårat för samordning på operativ- och ledningsnivå?

Genom att diskutera denna praktiskt och principiellt viktiga fråga syftar rapporten till att peka på vidare praktiska och teoretiska lärdomar som kan dras utifrån detta exempel på komplex intra- och inter-organisatorisk styrning. Styrning som sker *mellan* organisationer är en allt vanligare utmaning som organisationer möter inom svensk hälso- och omsorg. En anledning till detta är att vård- och omsorgskedjor blivit mer uppdelade, i takt med att allt fler organisationer medverkar i tillhandahållandet av dessa sammansatta och ofta kunskapsintensiva tjänster.⁷

Rapporten är organiserad på följande sätt. I nästa avsnitt beskrivs de centrala målsättningarna med TioHundraprojektet. Utvärderingens utformning och genomförande presenteras därefter i korthet, liksom några viktiga teoretiska utgångspunkter. I det följande avsnittet beskrivs den breda repertoar av verktyg för samordning som utvecklats på tre områden: Uppdragsformulering och

² Se t ex SKL (2010).

³ I rapporten kommer begreppen samverkan, samordning, koordinering och integration att användas synonymt.

⁴ Vi kommer att använda uttrycket “ömsesidigt beroende aktiviteter” för att betona att samordningsproblem inte enbart förekommer mellan organisationer med olika huvudmän utan även kan föreligga mellan verksamheter som befinner sig inom t ex landstingets ansvarsområde. Ett välkänt och vanligt exempel är svårigheten att samordna primärvård och slutenvård i samband med inläggning och utskrivning av patienter.

⁵ Internationellt används vanligen begreppet “integrated care”. Det finns många försök till att implementera modeller för integrated care såväl inom hälso- och sjukvården som mellan sjukvård och omsorg, bland annat i Storbritannien (Shaw et al. 2011). Se även Øvretveit, Hansson och Brommels (2010) för en genomgång.

⁶ I detta geografiska ansvar ingår även specialiserad vård som medborgare i Norrtälje får utanför kommunens gränser, samt de sjukvårdsinsatser som efterfrågas av det betydande antal personer som tillfälligt vistas i Norrtälje under sommarhalvåret.

⁷ Förekomsten av fler organisationer kan delvis spåras till den ökade andelen privata företag verksamma inom sjukvård- och omsorgssektorn (Anell 2011), men också till ett flertal reformer inom den offentliga sektorn som syftat till att skapa avgränsade organisationer och enheter med finansiellt och operativt resultatansvar (Brunsson och Sahlin-Andersson 2000; Almqvist 2006; Hood 1991, 1995).

⁸ Den bärande idén om samverkan yttrade sig även i den organisation som sjösattes vid årsskiftet 2005/2006. Denna organisationsstruktur kombinerade beställar- och utförarfunktionen, som var underställd en gemensam chef. Som beskrivits i tidigare rapporter gjordes emellertid en uppdelning av denna organisation; i början på 2007 hade strukturen renodlats till den nuvarande beställar-utförarmodellen (Öhrlings PWC 2009, s. 20).

resursfördelning, Uppföljning samt Verksamhetsstyrning och -utveckling. Därefter diskuteras några av de spänningar som framkommit vid genomförandet av studien. Rapporten avslutas med en sammanfattning av undersökningens slutsatser om hur samordning på operativ- och ledningsnivå har underlättats respektive försvårats inom TioHundraprojektet. Avslutningsvis förs ett resonemang kring de handlingsalternativ som föreligger vid det politiska beslut som ska fattas om den framtida organiseringen av hälsa, sjukvård och omsorg i Norrtälje.

Målsättningarna med TioHundraprojektet

En analys av TioHundraprojektets utveckling måste ta hänsyn till projektets historia och förutsättningar. Ingen särskilt undersökning av TioHundraprojektets historiska förlopp har genomförts inom ramen för det utredningsarbete som avrapporteras här. Det finns emellertid ett antal undersökningar som studerat såväl TioHundraprojektets uppkomst som tidiga historia (Collman 2008; SKL 2007) samt projektets senare utveckling (Medical Management Centrum 2011; Øvretveit, Hansson och Brommels 2010; Öhrlings PWC 2009). Tre välbelagda omständigheter som framkommit i dessa undersökningar har haft betydelse för den undersökning som återges i denna rapport.

Ett lokalt förankrat projekt för att rädda Norrtälje sjukhus och fördjupa samverkan mellan kommun och landsting

En första omständighet rör de ursprungliga målen bakom tillkomsten av TioHundraprojektet. Tidigare studier tar avstamp i det betydande ekonomiska underskott inom Stockholms läns landsting som aktualiserades under valåret 2002 (SKL 2007; Collmar 2008). Detta underskott föranledde att ett trettiotal förslag för att förbättra landstingets ekonomiska ställning presenterades av landstingets tjänstemän under hösten samma år. Ett av dessa förslag var att akutsjukhuset i Norrtälje skulle bli närsjukhus. Förslaget gav upphov till en proteststorm i Norrtälje, där det också fanns ett starkt och brett lokalpolitiskt stöd för att behålla akutsjukhuset. Landstingsfullmäktige fattade sedermera ett beslut om att Norrtälje sjukhus fick ha kvar sin akutstatus, men med sparbeting i verksamhetsbudgeten. Bakom detta beslut låg ett partiövergripande initiativ i Norrtälje med den uttalade målsättningen att förbättra den lokala sjukvården och omsorgen genom en utökad samverkan mellan landsting och kommun. Efter en utredning av hur en sådan fördjupad samverkan skulle realiseras, togs principbeslutet i respektive fullmäktigeförsamling i april 2005 om en samfinansiering och bildande av en gemensam organisation för sjukhuset, primärvården och omsorgen. Överenskommelsen var att den politiska samverkansformen skulle vara en gemensam nämnd och att driftsformen i utförlarledet skulle vara ett gemensamt ägt aktiebolag.⁸

Denna rapport tar således sin utgångspunkt i att *samverkan var en central och explicit målsättning med TioHundraprojektet* vid dess tillkomst. Denna idé har också format föreställningarna hos många centrala aktörer verksamma inom TioHundraprojektet, där samverkan fortfarande lyfts fram som en bärande vision (TioHundranämnden 2011). En ytterligare utgångspunkt är att *TioHundraprojektet har en tydlig lokalpolitisk*

förankring i Norrtälje kommun. Projektet har däremot inte tillskrivits samma betydelse inom Stockholms läns landsting (Öhrlings PWC 2009).

Valfrihet, konkurrens och mångfald som nya målsättningar

En andra omständighet som väglett den aktuella utvärderingen är att *det har tillkommit ytterligare målsättningar med TioHundraprojektet* sedan initiativet sjösattes i januari 2006. Under samma år bytte landstinget politisk majoritet, vilket förändrade de övergripande politiska prioriteringarna. Inom landstinget har det sedan 2006 funnits en tydligt politisk ambition att införa en ökad grad av konkurrens, valfrihet och mångfald inom offentligt finansierade verksamhetsområden i syfte att skapa mer effektiv resursallokering och ett ökat patient/medborgare-inflytande.⁹ Inom ramen för TioHundraprojektet har tillkomsten av konkurrens och valfrihet som centrala och explicita målsättningar yttrat sig på olika sätt. Några väsentliga förändringar har varit införandet av valfrihetsreformer inom bland annat primärvården (vårdval), äldreomsorg (kundval) samt diverse former av elektiv vård. Dessa reformer har medfört att antalet utförare verksamma inom Norrtälje kommun ökat. Valfrihetsreformerna har också skapat större möjligheter för medborgare boende i Norrtälje kommun att välja vård- eller omsorgsutförare utanför kommunens geografiska gränser. Som diskuteras vidare nedan har detta fått följdkonsekvenser, både för TioHundraprojektets beställarfunktion och för den gemensamt ägda utförarorganisationen TioHundra AB. Denna rapport tar sin utgångspunkt i att *målen om ökad valfrihet, konkurrens och mångfald tillkommit som viktiga förutsättningar för TioHundraprojektets aktörer*. Vidare antas att dessa målsättningar kommer att prägla förutsättningarna för hälsa, sjukvård och omsorg i Norrtälje kommun under en längre tid, även om den politiska majoriteten förändras i landstinget och/eller kommunen.

Ett tidsbestämt utvecklingsprojekt

En tredje och sista omständighet som varit betydelsefull vid genomförandet av den aktuella undersökningen är att TioHundraprojektet är ett tidsbestämt¹⁰ initiativ på ett område med många etablerade kognitiva, juridiska och materiella strukturer. TioHundraprojektet är ett utvecklingsprojekt där nya former för att organisera, leda och styra hälsa, sjukvård och omsorg har utvecklats parallellt med att verksamheten ska fortgå “som vanligt”. En utgångspunkt i rapporten är därmed att *svårigheterna med att samordna aktiviteter över huvudmannaskapsgränserna är ett vanligt förekommande och allmängiltigt problem som TioHundraprojektet sätter i fokus*. Detta innebär konkret att de utmaningar som TioHundraprojektet möter inte enbart kommer tolkas som tecken på brister i projektets utformning eller genomförande. De spänningar som uppstår i TioHundraprojektet kan även kopplas till att initiativet synliggör problem som torde föreligga på många platser – men då mer i det fördolda.

⁹ Denna utveckling är nära förknippad med det tankegods som benämns New Public Management (NPM). NPM är en idéströmning som haft stort inflytande på organisering och ledning av offentlig sektor i många länder sedan 1980-talet, framförallt i välfärdsstater i Europa (Hood 1991, 1995; Almqvist 2006).

¹⁰ Den ursprungliga projektiden har förlängts med ett år till december 2012.

11 TioHundraprojektets beställarfunktion är utformad utifrån en klassisk byråkratisk modell, med en politiskt tillsatt beslutande nämnd (TioHundranämnden) samt en tjänstemannalett förvaltning (TioHundraförvaltningen). Med begreppet Förvaltningen avses hela beställarorganisationen, om inte annat anges genom användningen av TioHundranämnden respektive TioHundraförvaltningen.

12 TioHundra är den 8:e största aktören med avseende på omsättning och antal anställda inom Stockholms län (Databas Retriever, Business <http://web.retriever-info.com.ez.hhs.se/services/businessinfo.html>, Bransch Hälsa & sjukvård exkluderat Tandläkare och Veterinärverksamhet. Tillgängligt 2011-11-23 kl 17.49).

Utvärderingens utformning och genomförande

Specifikation av uppdraget

Denna rapport är författad inom ramen för ett uppdrag till stiftelsen Leading Health Care (SLL Utveckling & styrning 2010). Syftet med projektet har varit att vetenskapligt utvärdera organiseringen av verksamhetsstyrning av TioHundra-projektet, med målsättningen att synliggöra hur samordning har underlättats respektive försvårats på operativ nivå och på ledningsnivå. För att besvara ovanstående frågor har projektgruppen genomfört en empirisk studie av TioHundra-projektet under perioden maj – oktober 2011. Studiens utformning och genomförande beskrivs i nästa avsnitt.

En analys av två bärande strukturer: Förvaltningen och Vårdbolaget i fokus

För att bidra till en diskussion om var och hur integration kan ske kommer den aktuella rapporten att analysera TioHundraprojektet som bestående av två bärande strukturelement: en beställarroll och en utförrarroll. Dessa strukturer utgör var och en i sig verktyg för att skapa integration över huvudmannaskapsgränsen.

TioHundraförvaltningen (härefter Förvaltningen) innehar beställarrollen i TioHundraprojektet.¹¹ Innebörden av tre egenskaper hos denna beställare kommer särskilt betonas i rapporten:

- det *geografiskt avgränsade ansvaret*, där Förvaltningen ansvarar för de vård- och omsorgstjänster som konsumeras av medborgare i och besökare till Norrtälje kommun;
- det *samlade ansvaret för sjukvård och omsorg*, som överbryggar de juridiska ansvarsområden som åligger kommun respektive landsting;
- det *breda ansvaret* som innefattar en mycket heterogen samling verksamheter med allt från primärvård och specialiserad akutsjukvård, till dagverksamhet för personer med funktionsnedsättning och socialpsykiatriskt boendestöd.

TioHundraprojektet rymmer även en utförrarroll, i form av TioHundra AB (nedan Vårdbolaget). Innebörden av fyra egenskaper hos denna utförrarroll kommer särskilt att diskuteras i rapporten:

- *storleken*, där Vårdbolagets nettoomsättning per år gör det till en av de tio största vårdaktörerna inom Stockholms läns landsting¹²;
- den *vertikala integrationen*, där olika behandlingsnivåer – primärvård och rehabilitering, specialiserad öppenvård samt slutenvård – ryms inom samma organisation;
- den *horisontella integrationen*, där sjukvård och omsorgsverksamhet inom samma område – t ex psykiatri – återfinns i samma organisation och verksamhetsområde;
- den befintliga *ägandestrukturen*, varvid Vårdbolaget är ett aktiebolag med en operativ styrelse som ägs av Kommunalförbundet Ägarsamverkan för sjukvård och omsorg i Norrtälje Kommun (se SKL 2007 och Öhrlings PWC 2009 för en beskrivning av uppkomsten av denna struktur)

Vid en jämförelse med internationella exempel av så kallad “integrated care” lyfter forskare fram att TioHundraprojektet skiljer sig åt från dessa på två väsentliga sätt. För det första, i och med att ambitionen är att skapa ökad samordning både på utförrar- och beställarnivå. För det andra, genom att samordningen ska ske med utgångspunkt från ett populationsansvar för både sjukvård och omsorg inom en bred samling verksamhetsområden (Øvretveit, Hansson och Brommels 2010).

Tidigare studier beskriver att det är mer vanligt att samordning eftersträvas mellan organisationer inom mer avgränsade område som t ex omhändertagandet av en specifik patientgrupp (se Åhgren och Axelsson 2011 för ett antal svenska exempel). Kombinationen av en Förvaltning och ett Vårdbolag med ovanstående egenskaper gör således TioHundraprojektet till ett strukturellt unikt projekt. De två strukturerna är emellertid inte ömsesidigt beroende; de finns olika framtidsscenario där beställar- och/eller utförrarrollen förändras tillsammans eller var och en för sig (se vidare Medical Management Centrum 2011). Genom att analysen av TioHundraprojektets arbete med samverkan delas upp i en beställar- respektive utförrarroll kan förtjänster och brister med båda strukturerna förtydligas.

Studiens utformning och genomförande

EKONOMI- OCH VERKSAMHETSSTYRNING I FOKUS

Studien har utformats för att analysera TioHundraprojektets “kontrollsystem”, dvs. hur operativt och finansiellt ansvar definierats och fördelats mellan olika aktörer samt hur uppföljning har skett. I linje med det specificerade uppdraget har projektet fokuserat på hur ledningsprocesser och system för ekonomistyrning har bidragit till att underlätta respektive försvåra samarbete mellan ömsesidigt beroende sjukvårds- och omsorgsverksamhet i vardagsarbetet. Projektet undersöker alltså de strukturella förutsättningarna för samverkan samt hur verksamhetsstyrning och samordningsprocesser fungerat i praktiken, sett utifrån TioHundraprojektets perspektiv.

Undersökningen har riktat uppmärksamhet mot styrning på fyra relationsnivåer:

- 1) mellan huvudmän och Förvaltning;
- 2) mellan Förvaltning och utförare (Vårdbolaget och andra aktörer);
- 3) mellan ägare/huvudmän och Vårdbolaget, samt;
- 4) inom Vårdbolaget

Med utgångspunkt från de övergripande mekanismer som finns för integration mellan ömsesidigt beroende aktiviteter har projektgruppen studerat: 1) hur uppdrag specificerats (inklusive hur resurser fördelats och ersättningssystem utformats); 2) hur uppföljning genomförts samt, 3) hur den operativa verksamheten utvecklats och styrs. Områdena Uppdragsbeskrivning och resursfördelning samt Uppföljning sätter beställarrollens funktion i fokus. Här fångas huvudsakligen Förvaltningens arbete och relation till huvudmän och utförare. Området Verksamhetens organisation och utveckling berör huvudsakligen Vårdbolagets interna ledning och styrning, samt organisationens relation till ägare/huvudmän.

Projektgruppen har i undersökningens utgångsskede fokuserat på verksamheter som riktar sig till två kategorier av patienter med komplexa och sammansatta behov: geriatriska patienter med rehabiliteringsbehov samt unga vuxna med psykisk sjukdom. Vårdtagare inom dessa grupper har ofta behov av insatser inom både sjukvård och omsorg eller socialtjänst, samtidigt som de kan ha svårigheter att själva koordinera kontakterna med olika vårdgivare. Den komplexitet som utmärker dessa vårdtagares behov leder ofta till samordningsproblem mellan landsting och kommun. Därmed utgör de ett metodologiskt verktyg för att belysa hur samverkan på operativ- och ledningsnivå fungerat inom TioHundraprojektet. Genom att välja dessa två patientgrupper finns också möjligheten att göra vissa jämförelser över tid, då tidigare genomförda undersökningar också studerat utvecklingen av verksamhetsområdena Geriatrik, Psykiatri och Barn, unga, familj (BUF) inom ramen för TioHundraprojektet (Öhrlings PWC 2009).

URVAL AV INTERVJUPERSONER

Intresset för de ovannämnda patientkategorierna var utgångspunkten för ett första urval av intervjupersoner inom Förvaltningen och Vårdbolaget. En beskrivning av projektet tillsammans med en förfrågan med totalt 25 namngivna individer eller funktioner skickades till utsedda kontaktpersoner inom respektive organisation. Ytterligare personer identifierades därefter i samband med att intervjuer genomfördes, i enligt med den så kallade “snöbollsmetoden” (Miles 1994). Inom Vårdbolaget intervjuades bland annat VD och ekonomichef samt ett antal verksamhetschefer, enhetschefer och controllers. Inom Förvaltningen intervjuades bland annat förvaltningschefen, ekonomichefen samt flera avtals-handläggare.

Till följd av önskemål från uppdragsgivaren att mer explicit fånga “huvudmannaperspektivet” på TioHundraprojektet påbörjades ett arbete med att identifiera ytterligare intervjupersoner. Emellertid var en slutsats av detta arbete att det förelåg ett antal praktiska utmaningar med att mer systematiskt fånga “huvudmannaperspektivet”. En bidragande orsak till detta var att det finns många olika organisationer och instanser som påverkar TioHundraprojektet, och en avsaknad av en eller ett fåtal entydiga företrädare. Detta utgör en relevant observation för den aktuella utvärderingen, som diskuteras vidare nedan. Den praktiska konsekvensen blev att ett fåtal intervjuer genomfördes med bland annat en erfaren tjänsteman på Stockholms läns landstings Hälso- och sjukvårdsförvaltning samt före detta ordförande i TioHundranämnden. Valet av dessa individer byggde på deras fleråriga erfarenhet av TioHundraprojektet samt deras tidigare eller nuvarande roll som gränsryttare mellan huvudmannaorganisationer (politiska eller tjänstemanna) och TioHundraprojektet.

DATAINSAMLING

Undersökningen bygger i första hand på intervjudata som insamlats av deltagarna i projektgruppen, samt interna arbetsdokument och offentligt material. Under perioden maj – oktober 2011 genomfördes 33 intervjuer med sammanlagt 32 personer; varav 8 på Förvaltningen och 21 inom Vårdbolaget (se Appen-

dix 1). Flertalet av intervjuerna (28 stycken) genomfördes vid personliga möten, där båda projektmedlemmarna deltog. Fem intervjuer genomfördes per telefon. Vid varje intervju ställdes frågan om informanten godtog att intervjun spelades in; alla utom en person godkände detta. Intervjuerna genomfördes med utgångspunkt från öppna frågor rörande hur uppdrag specificerades, hur ersättnings-systemet för verksamheter var utformad, vilken uppföljning som skedde av verksamheten samt exempel på samordning och verksamhetsutveckling. Vid samtliga intervjuer ställdes också specifika frågor om relationen mellan beställare och utförare, utifrån informantens horisont. Vid intervjuer med operativa verksamhetschefer och controllers ställdes även frågor om t ex samordning av aktiviteter *inom* den egna enheten, *mellan* den egna enheten och andra enheter inom Vårdbolaget samt mellan Vårdbolaget och andra utförare.

Reflektioner kring studiens utformning och genomförande

Studiens utformning och grundläggande förutsättningar påverkar såväl genomförandet som tolkningen av undersökningens resultat. Nedan diskuteras några viktiga perspektiv.

TIDSPERSPEKTIVET: EN UTBLICK FRÅN NUTIDEN

Att projektet genomförts under perioden maj – oktober 2011 har betydelse för undersökningens genomförande och resultat på flera sätt. En effekt är att projektgruppen varit beroende av intervjupersonernas tillgänglighet. Även om denna tillgänglighet överlag har varit mycket tillfredsställande och enskilda informanter varit generösa med att avsätta tid till att intervjuas, finns det ett fåtal fall där personer har avslutat sin anställning eller inte uttryckt ett intresse för att medverka i undersökningen.

Den aktuella utvärderingen saknar även en tydlig referenspunkt, utifrån vilken det går att följa och jämföra utvecklingen av TioHundraprojektet över tid. För att hantera denna problematik har studien utformats för att möjliggöra vissa jämförelser med och återkopplingar till tidigare genomförda studier, t ex genom att studera verksamhetsområden som tidigare undersökts. Trots detta är det ofrånkomligen så att den valda metoden och utvärderingens övriga förutsättningar omöjliggör att i mer detalj fånga utvecklingen av verksamhets- och ekonomistyrning på specifika områden över tid.

INSIDERPERSPEKTIVET: ALLA INFORMANTER ÄR OCKSÅ INTRESSENTER

I princip samtliga informanter som medverkar i den aktuella utvärderingen är intressenter som berörs mer eller mindre direkt av beslutet om den framtida organiseringen av hälsa, sjukvård och omsorg i Norrtälje kommun. Därmed finns ett starkt engagemang för utvärderingens resultat. Detta faktum har säkerligen bidragit positivt till studien då informanter har varit måna om att medverka och berättat ingående om ledning och styrning av TioHundraprojektet utifrån deras horisont. Samtidigt kan utvärderingen i sig bli ett verktyg för att (försöka) föra fram det egna perspektivet, inte bara kring vad som hänt utan hur dessa händelseförlopp ska tolkas. Att utvärderingen även syftar till att vara ett underlag till politiskt beslut

om ett utvecklingsprojekt där det finns en rad olika ståndpunkter har inte minskat trycket på att ge “en rättvisande bild” – ur olika intressenters perspektiv.

Med den valda undersökningsmetoden – intervjuer, kompletterat med dokumentstudier – framträder detta tryck tydligt, exempelvis i de starkt skilda verklighetsbeskrivningar som olika verksamhetsföreträdare ibland har gett. Studiens empiriska fokus har varit ekonomi- och verksamhetsstyrning inom och av TioHundraprojektet. Detta inbegriper både strukturer och verktyg samt deras praktiska användning. Det senare medför att det inte uppenbart finns *ett* entydigt svar på huruvida ett visst styrverktyg faktiskt gett upphov till önskad positiv effekt på samordning: detta är en fråga om perspektiv, vilket tidigare forskning också understryker (Berry et al. 1985; Dent 1991; Robson 1992). Således kommer skillnader mellan individers tolkning med avseende på frågor rörande uppdragsformulering, resursfördelning, uppföljning och verksamhetsutveckling som behandlas som en del av den empiriska undersökningens resultat. När det föreligger stora skillnader i hur olika verksamhetsföreträdare tolkar och förklarar ett händelseförlopp har dessa olika perspektiv ställts mot varandra och förutsättningarna för dessa olika tolkningar har undersökts med utgångspunkt från projektets teoretiska utgångspunkter. Detta är i linje med en kvalitativ, tolkande vetenskaplig ansats (Huberman och Miles 2002).

HUVUDMANNAPERSPEKTIVET: VEM FÖRETRÄDER DET?

Önskemålet från uppdragsgivaren att mer explicit fånga “huvudmannaperspektivet” på TioHundraprojektet föranledde ett försök att identifiera relevanta intervjupersoner. Emellertid var en slutsats av detta arbete att det förelåg ett antal praktiska utmaningar med att mer systematiskt fånga “huvudmannaperspektivet”. Den svåra och grundläggande frågan som aktualiserades var: vem är det som företräder huvudmännen i TioHundraprojektet? Det finns några olika svar.

Huvudmännen för TioHundraprojektet – Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun – har var och en för sig, och tillsammans, en rad olika politiska och tjänstemannaledda organisationer och instanser som beslutar om och arbetar med TioHundraprojektet. Bland dessa finns TioHundranämnden, Kommunalförbundet Ägarsamverkan för sjukvård och omsorg i Norrtälje Kommun (nedan Kommunalförbundet), styrelsen i TioHundra AB:s, landstings- och kommunfullmäktige samt Hälso- och sjukvårdsförvaltning (HSF). Även om det formellt föreligger en hierarkisk relation mellan dessa olika instanser, har det i tidigare undersökningar och i denna studie framkommit att denna formella ansvarsfördelning inte helt speglar inflytande i praktiken (Öhrlings PWC 2009; Elmersjö och Nilsson 2008).

Även med utgångspunkt från hur makt formellt är fördelad är det inte uppenbart hur t ex instanser som exempelvis “TioHundranämnden” eller “Kommunfullmäktige” ska fångas. Inom dessa och övriga ovannämnda politiska instanser finns det fler än en medlem. I flera fall finns företrädare för såväl landstinget som kommunen. Eftersom det rör sig om politiska insatser är ofta både den sittande majoriteten och oppositionen representerade. Den specifika sammansättningen

av såväl TioHundranämnden som landstings- och kommunfullmäktige har också påtagligt förändrats under projekttiden. En praktisk slutsats var därmed att en systematisk undersökning av “huvudmannaperspektivet” inte kunde genomföras inom ramen för den aktuella utvärderingen. En mer analytisk slutsats, som vi återkommer till senare i rapportens slutsatser är att bristen på sammanhållet huvudmannaperspektiv har varit och är en källa till strukturella spänningar i styrningen av TioHundraprojektet.

Analytiska utgångspunkter

Intra- och inter-organisatorisk ekonomistyrning i fokus

En första utgångspunkt är betydelsen av verksamhets- och ekonomistyrning och *relationen mellan intra- och inter-organisatorisk ekonomistyrning*, dvs. ekonomistyrning inom respektive mellan organisationer.

Gränsen mellan landsting och kommuners respektive ansvar för att tillhandahålla vård och omsorg har på många håll och under lång tid uppmärksammats som en källa till problem för såväl enskilda vårdtagare som för huvudmännen själva. TioHundraprojektet i Norrtälje har haft som uttryckligt syfte att överbrygga de samordningsproblem som uppstår då verksamhetsmässigt beroende aktiviteter genomförs inom skilda organisationer. Genom att skapa en vertikalt och horisontellt integrerad utförare – Vårdbolaget – har många gränssnitt som vanligen utgör en *inter*-organisatorisk relation mellan landsting och kommun blivit en *inom*-organisatorisk relation. Därmed ska ett väsentligt strukturellt hinder för en sammanhållen vårdkedja vara undanröjt. Emellertid har tidigare undersökningar beskrivit hur TioHundraprojektet ändå brottats med samordningsproblem, om än på olika sätt än det som tidigare forskning pekat på (exempelvis Kraus 2007). Medan man i den operativa verksamheten på många områden har hittat fungerande arbetsformer så har tjänstemannaorganisationen och den politiska styrningen upplevt problem med att samordna respektive huvudmäns resurser (Öhrlings PWC 2009). Att deltagare i TioHundraprojektet brottats med frågor kopplat till avgränsningen av det gemensamma respektive det enskilda ekonomiska ansvaret har bidragit till att spänningen mellan inter- och intra-organisatorisk ekonomistyrning även satts i fokus i den aktuella undersökningen. Här kan forskning om inter-organisatorisk styrning bidra med förklaringsmodeller för varför system för verksamhet- och ekonomistyrning kan leda till bristande samordning där “styrningen sågar ut bitarna” (Kraus och Lind 2008).

Den återkommande praktiska svårighet som har observerats vid försök till att styra och utveckla inter-organisatoriska vårdkedjor kan förstås med utgångspunkt från en enkel teoretisk modell som förekommer inom ekonomistyrningsfältet. Denna övergripande modell karakteriserar styrningen av all organiserad verksamhet som bestående av två samverkande processer. Dels en vertikal process, som hanterar relationen mellan ägare/uppdragsgivare, ledning och medarbetare, dels en horisontell process mellan de parter som behöver samordnas för att bedriva verksamhet (Östman 2008).

13 Att redovisningen fyller denna funktion kan förklaras med att finansiella koncept som intäkt, kostnad, tillgång och skuld definieras med utgångspunkt från att ett ekonomiskt värde har passerat en organisationsgräns.

Spänningen mellan vertikal styrning och horisontell samordning finns inom varje organisation, men är särskilt påtaglig i stora och komplexa organisationer där många medarbetare ska samordnas i tillhandahållandet av sammansatta produkter eller tjänster. När ömsesidigt beroende aktiviteter sker inom samma organisation, dvs. i samma vertikala process, är organisationshierarkin ett verktyg som kan användas för att uppnå horisontell samordning. Men även här kan det uppstå svårigheter. Ett sammanhang där denna spänning aktualiseras är i system för verksamhets- och ekonomistyrning. Dessa system utgör en viktig del av varje organisations kontrollsystem, dvs. hur ansvar definieras och fördelas samt följs upp för att bedöma individer och enheters prestation över tid (Simons 1995; Anthony och Govindarajan 2006).

System för verksamhets- och ekonomistyrning tenderar att förstärka den vertikala processen i en organisation. Det finns flera skäl till detta. Ett skäl är att system för ekonomistyrning ofta används för att följa upp enheters och individers prestationer i relation till förutbestämda mål. Dessa mål sätts vanligen med utgångspunkt från den strategi som ledningen bestämt, med utgångspunkt från den vision som ägare/uppslagsgivare har för organisationen. Ytterligare en anledning till varför system för ekonomistyrning betonar den vertikala processen i organisationer är att dessa system förutsätter en kategorisering och uppdelning av aktiviteter i mätbara enheter. Fördelningen av operativt och finansiellt ansvar bygger i grunden på att ansvarsområden och goda prestation avgränsas. Med andra ord: för att göra en enhet och enhetschefen resultatansvarig måste enhetens aktiviteter, resurser och resultat definieras och skiljas från andra aktiviteter och resurser. Redovisning är en grundläggande teknik för att konstituera organisationsgränser (Ezzamel 1992; Hopwood 1996; Brunsson och Sahlin-Andersson 2000) – både inom en organisation, dvs. mellan organisationsenheter, och mellan olika organisationer.¹³

Att konventionella system för verksamhets- och ekonomistyrning på detta sätt är nära sammanflätade med skapandet och upprätthållandet av organisationsgränsdragningen gör det till ett mindre kraftfullt verktyg för att samordna aktiviteter mellan organisationer (Dekker 2004; Gittell och Weiss 2004). Den särskilda utmaning som finns i inter-organisatoriska relationer är att den horisontella processen skär över organisationsgränser. Därmed finns det ingen part som direkt har möjlighet att bestämma över samtliga medverkande organisationer, då dessa inte befinner inom *en* organisationshierarki (se Håkansson et al. 2010). Med andra ord kan det uppstå skillnader mellan vilka utfall som den vertikala processen i respektive organisation styr mot. Svårigheterna med att använda konventionella ekonomistyrningsverktyg för att styra mot samverkan blir mer påtagliga och problematiska när en stor del av värdeskapandet sker i interaktion med andra organisationer (Mouritsen et al. 2001).

Forskare lyfter fram att en förutsättning för att system för verksamhets- och ekonomistyrning ska bidra till att stödja horisontell samordning i ett inter-organisatoriskt sammanhang är att relationen mellan organisationer synliggörs och att prestationer definieras kopplade till denna relation. Studier av redovisning

i inter-organisatoriska samarbeten har lyft fram hur nya verktyg kan utvecklas för att beskriva samverkan mellan olika enheter (Håkansson och Lind 2004; Lind och Strömsten 2006; Kajüter och Kulmala 2005; Carlsson-Wall et al. 2009; Carlsson-Wall och Kraus 2010) och skapa horisontella informationssystem (Frances och Garnsey 1996). Sådana metoder skapar andra former av synlighet för ekonomiska utbyten, med utgångspunkt från en bredare definition av vad som är ‘värdefullt’ för enskilda organisationer att arbeta med. Emellertid tenderar införandet av dylika metoder samtidigt synliggöra, snarare än på förhand balansera, spänningar mellan vertikal styrning och horisontell samordning. Med andra ord kräver strukturen för inter-organisatorisk styrning att det finns en process där osäkerhet och avvägningar hanteras löpande inom och mellan organisationer (Busco et al. 2008; Carlsson-Wall 2011).

Den praktiska användbarheten av de ovanstående redovisningsmetoderna kan alltså inte frikopplas från det organisatoriska sammanhanget. Det måste finnas förutsättningar för ömsesidig utveckling och anpassning av arbetsprocesser (Håkansson och Lind 2004). Med andra ord måste det finnas stöd för denna typ av utveckling på olika nivåer inom respektive organisation. Ytterst sett måste ledningen – i den vertikala styrningen – vara villiga att tillåta investering av tid och resurser i skapandet av en gemensam kontrollsystem med ansvarsfördelning, uppdragsformulering, informationsöverföring samt uppföljning av den horisontella processen över organisationsgränser. I detta arbete kan det finnas behov av en dominerande part (Carr och Ng 1995) eller en mer preciserad gemensam målbild (Miller och O’Leary 2007) som kan “tvinga” olika aktörer att samordna sitt arbete (se tidigare diskussion om vertikal styrning kontra horisontell samordning).

Tidigare studier av löpande verksamhet inom offentlig sektor som bedrivs i inter-organisatoriska relationer visar hur svårigheterna kring att skapa väl fungerande samarbeten mellan olika verksamheter delvis beror på att det finns spänningar mellan vad som är ett ekonomiskt och ett verksamhetsmässigt lämpligt agerande för vardera parten, samt på hur ekonomistyrningen traditionellt värderar aktiviteter inom, respektive mellan organisatoriska enheter (Carlsson-Wall, Kraus och Lind 2011; Miller et al. 2008; Kurunmäki och Miller 2006). Viljan att samarbeta hindras av att realiseringen av detta samarbete i verksamhetens vardag försvåras av befintliga ersättnings-, lednings- och ekonomistyrningssystem. Som tidigare beskrivits blir dessa system kraftfulla för att styra mot samverkan om aktiviteter och resurser avgränsas och kopplas till de ömsesidigt beroende aktiviteterna mellan organisationer, *samtidigt* som det gemensamma utfallet av de ömsesidigt beroende aktiviteterna kan tillskrivas ett ekonomiskt värde. Att uppfylla båda av dessa krav kan vara svårt i praktiken. Det kan gå att definiera samordningsaktiviteter, såsom möten, informationsöverföring eller gemensam planering. Emellertid utmärks dessa aktiviteter av att de ofta skapar värde *indirekt*. Att styra mot fler samverkansaktiviteter kommer således inte nödvändigtvis ge upphov till positiva direkta effekter, i form av förbättrad effektivitet och/eller produktivitet (Anell och Mattisson 2011).

Dock är det svårt att entydigt dra slutsatsen att det är generellt verkningslöst att styra mot fler samverkansaktiviteter. Det förblir relativt ovanligt att samordnings-

aktiviteter alls utgör en del av den *formella* verksamhets- och ekonomistyrningen eller att samverkan alls operationaliseras i mer detalj än en målbeskrivning. En studie av samordningen mellan hemtjänst och hemsjukvård i en svensk kommun visade exempelvis på hur en entydig betoning av vertikal styrning – i form av organisationens formella uppdragsbeskrivning och resurstilldelning – kan skapa stora problem i det vardagliga arbetet, och få olyckliga konsekvenser för den enskilda vårdtagaren. I studien framgick att det gick att utveckla strukturer för att stödja horisontell samordning, exempelvis i form av samordningsmöten. Emellertid var dessa strukturer bräckliga för situationer då försämrade ekonomiska förutsättningar skapade ett starkt vertikalt tryck inom organisationen att hushålla med den egna organisationens personalresurser (Kraus 2007).

Att enskilda organisationers vertikala styrning har svårt att synliggöra inter-organisatoriska beroenden pekar på vikten av beställarintegration i sådana situationer där det finns en stor omfattning av ömsesidigt beroende aktiviteter som sker i olika organisationer. Strävan efter valfrihet, konkurrens och mångfald medför att flera organisationer deltar i att utföra vård- och omsorgsaktiviteter. Konkurrens bygger också i grunden på möjligheten att jämföra tydligt avgränsade säljare av tydligt avgränsade produkter eller tjänster. Enligt resonemanget ovan blir kravet på avgränsning en hämsko för samordning, allt annat lika, eftersom vad samverkan är och vilket värde det har är svårare att definiera och därmed operationalisera. Styrkan av och begränsningarna i den vertikala ekonomistyrningen hindrar att den horisontella processen blir en explicit synliggjord prestation för organisationen (Kraus 2007; Lindholm 2003).

Sammantaget pekar tidigare forskning på att *både* sammanhang att formulera lösningar på gemensamma problem *och* strukturella förutsättningar för att stödja gränsöverskridande lösningar behövs för att *varaktigt* realisera samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter i vardagen. Ett intresse för intra- och inter-ekonomisk ekonomistyrning medför att uppmärksamhet riktas mot hur ömsesidigt beroende aktiviteter synliggörs och värderas inom enskilda organisationer, och mellan organisationer. Det blir viktigt att undersöka vilka specifika verktyg och strukturer som använts för att synliggöra den horisontella processen, och hur detta samspelar med vertikal styrning. Det blir också viktigt att förstå det bredare organisatoriska sammanhang i vilket dessa olika verktyg används. I det aktuella fallet är TioHundraprojektet ett tidsbegränsat utvecklingsprojekt som i skrivande stund löpt över snart fem år. Något om innebörden av detta sammanhang utvecklas i nästa avsnitt.

Organisationsstrukturer sedimenteras över tid

Under de senaste decennierna har det sjösatts många utvecklingsprojekt och initiativ i syfte att förbättra samordningen mellan kommun och landsting. Denna utbredda vision leder emellertid långt ifrån alltid till en varaktig samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter i vardagen. Att samverkan, liksom andra visioner som kan ligga bakom olika typer av organisationsreformer, har svårt att få fäste blir förståelig utifrån en andra analytisk utgångspunkt förankrad i den omfattande

forskningen av hur planerade organisationsförändringar genomförs i praktiken. I denna breda forskningstradition har projektet särskilt uppmärksammat de studier som pekar på den förändringströghet som följer av sedimenteringen av olika strukturer, arbetsformer och tolkningsmönster över tid (Brunsson och Olsen 1993). Detta är särskilt relevant att beakta i hälso- och sjukvårdssektorn, som utmärks av många styrlogiker och en mångfald av legitima krav på verksamheters organisation och utfall (Scott et al. 2000; Levay och Waks 2006).

Styrlogiker är för-givet-tagna föreställningar som uppstår och vidmakthålls i det omgivande samhället och som är invävda med kognitiva, materiella och juridiska strukturer. De blir därför starkt styrande för hur individer och organisationer ska bete sig för att uppfattas som legitima av sin omgivning (Meyer och Rowan 1977). Organisationer utsätts för ett tryck att agera i enlighet med den för tillfället dominerande styrlogiken, vilket i sin tur medför att organisationer genomför olika reformer i syfte att införa de strukturella element som är förknippade med den aktuella styrlogiken (DiMaggio och Powell 1983; Brunsson och Olsen 1993).¹⁴ Över tid sedimenteras olika strukturer i en organisation, allteftersom den successivt försöker att anamma olika föreställningar om vilka strukturer, processer och ideologier som utmärker en välfungerande, modern organisation. När nya idéer kommer på modet införs dessa således i ett komplext sammanhang där det uppstår interaktionseffekter mellan olika styrlogikers strukturella avlagringar. Av denna anledning går det att förstå varför inte nya idéer – och de kognitiva, materiella och juridiska strukturer som följer med dessa idéer – får fullt genomslag i en organisation.

I denna studie av TioHundraprojektet har detta analytiska raster för att förstå organisationsförändring och reformer haft betydelse på två sätt. Ett sätt är genom att betona att den idé om fördjupad samverkan som utgör en bärande vision för TioHundraprojektet för med sig en rad nya kognitiva, materiella och juridiska strukturer. En viktig fråga blir därmed hur dessa strukturer skiljer sig från de strukturer som fanns sedan tidigare, på såväl operativ nivå som på ledningsnivå. I mötet mellan olika styrlogiker kan det förväntas uppstå motstånd eller förvirring eftersom nya strukturelement inte passar in i befintliga sätt att tänka och arbeta (Brunsson 1994). Detta visar sig vara särskilt påtagligt när det gäller en av de mest innovativa och samtidigt centrala delarna i TioHundraprojektet: beställarfunktionen med ett samlat sjukvårds- och omsorgsansvar.

Det andra sättet på vilket detta analytiska perspektiv har format undersökningen är genom att ge ett sätt att förstå de valfrihetsreformer som genomförts i Stockholm och Norrtälje under den senaste femårsperioden. Idén om att offentliga verksamheter bör bli mer företagsliknande förstås som en alltmer för-givet-tagen föreställning om att marknaden är särskilt lämpad att styra verksamhetsinnehållet mot ökad effektivitet och kvalitet. Denna styrlogik har fått stort genomslag under de senaste decennierna, såväl i Sverige som i andra välfärdsstater i Europa (Hood 1991, 1995; Almqvist 2006). Det finns nu en rad kognitiva, materiella och juridiska strukturer som skapar och upprätthåller en “marknadssyn” på sjukvårds- och omsorgstjänster. En rad olika verktyg – alltifrån Lagen om offentlig

¹⁴ *Organisationsmoden kan vara mer eller mindre långlivade (Abrahamson 1996). Flödesorientering är en idé som har varit mycket uppmärksammat inom framförallt hälso- och sjukvården under de senaste åren. En styrlogik som däremot under längre tid funnits inom hälso- och sjukvården är den för-givet-tagna föreställningen som är nära förknippad med att professionella yrkesutövare ska bestämma innehållet i sjukvård- och omsorgstjänster.*

¹⁵ Ett vardagsexempel är att personer som använder sig av vård och omsorgstjänster i allt högre utsträckning än för tjugo år sedan benämns som kunder istället för medborgare eller patienter, eftersom de senare begreppen och tillhörande aktörsidentiteter är förknippade med andra styrlogiker (Aberbach och Christensen 2005).

¹⁶ Ett exempel från ett pågående projekt som studerar slutenvård av geriatriska patienter kan ge en praktisk illustration av mångfaldig styrning. Inom området geriatrisk nutrition finns en uppsjö av olika formella styrverktyg, som var och ett är utformat med utgångspunkt från en idé om vad som är ”bra nutrition”. Bland dessa verktyg återfinns olika standardkostalternativ anpassade efter medicinska behov och livsstil, hygienriktlinjer, lathundar för att förtjocka drycker för personer med sväljsvårigheter, instruktioner om god sittställning, en upphandling av de mest prisvärda näringslösningarna, en blankett för att fylla i mat- och dryckesintag vid misstanke om undernäring, en budget för personal- och matkostnader, en jämförelse mellan olika klinikers kostnad per måltid och mycket annat (Fernler och Sjögren 2011). Poängen är att dessa olika verktyg inte är på förhand anpassade till varandra, samtidigt som flertalet beslut som fattas i verksamhetens vardag kräver en balansering av olika dimensioner av vad som utgör en god presentation. Omhändertagandet av en undernärld strokepatient torde exempelvis medföra att samtliga av ovanstående verktyg blir aktuella – dock utan att det är på förhand uppenbart exakt på vilket sätt i ex budgeten ska ställas mot hygienriktlinjen när det gäller bemanning under lunchtid då många patienter behöver extra hjälp för att komma i den sittställning som är rätt enligt logopedens instruktion.

upphandling, Lagen om valfrihet, prestationsbaserad ersättning, samt Öppna jämförelser – bidrar till att ikläda aktörer rollerna som köpare eller säljare på en marknad för produkter där det finns flera konkurrerande producenter som måste jämföras (Forssell och Norén 2004; Helgesson, Kjellberg och Liljenberg 2004).¹⁵ Vikten av att undersöka kontrollsystemet i TioHundraprojektet understryks av vår *första utgångspunkt*, att system för verksamhets- och ekonomistyrning är viktiga för att förstå intra- och inter-organisatorisk styrning, liksom av den *andra utgångspunkten* om att organisationsreformer innebär att kognitiva, materiella, ekonomiska och juridiska strukturer införs i ett sammanhang med en omfattande avlagring av olika strukturelement. Den sista analytiska utgångspunkten är emellertid att det inte enkom går att fokusera på utformningen av enskilda formella styrverktyg. Detta ger inte en tillfredsställande bild av ekonomistyrningens effekter i praktiken, eftersom det innefattar interaktion mellan olika styrverktyg.

Mötet mellan många styrsystem: ekonomistyrning i praktiken

Innebördn av att organisationerna inom TioHundraprojektets måste balansera mellan en mångfald av styrimpulser utgör en tredje analytisk utgångspunkt för projektet. Denna forskningstradition intresserar sig för *hur mötet mellan olika formella och informella styrsystem hanteras i organisationers vardagspraktik*. Utgångspunkten är att olika styrsystem är ofta mer eller mindre “endimensionella” i vad de syftar till att kontrollera. Såväl beställare som utförare av sjukvård- och omsorgstjänster använder sig av en rad olika medicinska, ekonomiska och andra viktiga prestationsmål för att följa upp och utvärdera egna och andras aktiviteter. Det är emellertid ofta så att denna uppföljning sker i fristående processer i vilka olika individer och styrsystem deltar. Det är mer sällan att dessa olika processer är tydligt kopplade och anpassade till varandra.¹⁶

Intresset för mångfaldig styrning innebär i den aktuella undersökningen att kartläggningen av olika strukturer för att realisera samordning kompletteras med ett intresse för sådana situationer då olika formella styrimpulser möter varandra i praktiken. Hur olika styrverktyg med- eller motverkar varandra blir särskilt intressant i relation till det ömsesidiga beroendet som föreligger mellan de generella mekanismerna för beställar- respektive utförarintegration.

Sammantaget bidrar de tre teoretiska utgångspunkterna med ett analytiskt raster för att beskriva vilka strukturer och verktyg för ledning och ekonomistyrning som etablerats och använts under projekttiden i syfte att förbättra samverkan. Därtill utgör dessa analytiska utgångspunkter en grund för att diskutera hur dessa identifierade strukturer och verktyg underlättat respektive försvårat för samordning på operativ nivå och på ledningsnivå.

TioHundraprojektet: ett bygge med många verktyg för att realisera samverkan

I detta avsnitt beskrivs en rad verktyg som använts inom TioHundraprojektet med det uttalade syftet eller observerade effekten att samordna utförandet av

ömsesidigt beroende aktiviteter i vardagsarbetet. Framställningen är organiserad med utgångspunkt från tre områden: Uppdragsformulering och resursfördelning, Uppföljning samt Verksamhetsstyrning och utveckling. I framställningen kommer de första två områdena diskuteras med fokus på Förvaltningen och dess relation till Vårdbolaget och andra utförare. Redovisningen av området Verksamhetsstyrning och -utveckling förskjuter fokus till Vårdbolaget. I varje del kommer utformningen av kontrollsystemet för att främja att samordning står i fokus. En redogörelse för de olika styrverktyg som använts i syfte att skapa ökad integration kompletteras av de berättelser om förbättrad samordning som informanter tillskriver verktygens användning.

Sammantaget syftar denna genomgång till att beskriva vilka verktyg för beställar- respektive utförarintegration som faktiskt har använts, och något om vilka konsekvenser som detta har fått för ledning och styrning av TioHundraprojektet på operativ nivå och på ledningsnivå. Det öppnar i sin tur för en diskussion om vilka verktyg som har blivit möjliga att använda för att de utvecklats inom ramen för TioHundraprojektets övergripande struktur. Detta ger en fingervisning om vilket handlingsutrymme som skapats genom införandet av *dels* en beställarfunktion med ett brett och samlat sjukvårds- och omsorgsansvar, *dels* en stor, vertikalt och horisontellt integrerad vårdproducent.

Verktyg för uppdragsformulering och resursfördelning: nya gränser och gamla stuprör

Avtal utgör ett av de viktigaste verktygen för en beställare att styra de organisationer som är utförare av vård- och omsorgstjänster. Det finns ett flertal sätt genom vilket Förvaltningen arbetat med att utveckla avtal som styrmedel för att realisera samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter. Detta har framförallt skett genom formuleringen av *nya avtal* och *gruppering av avtal*. Därtill beskriver Förvaltningen hur *prioritering av målgrupper* har varit ett verktyg för att formulera nya uppdrag eller förstärka verksamheten inom vissa områden. Vad gäller verktyg för resursfördelning så har det införts nya ersättningsmodeller inom flera verksamhetsområden, men endast i mer begränsad omfattning har särskild *ersättning för samverkansaktiviteter* utvecklats. Hitintills har det heller inte skett någon anpassning av dessa riktade ersättningar mellan verksamheter som faller inom olika uppdragsområden.

Innan vi övergår till att beskriva ovannämnda verktyg för samordning är det relevant att påpeka att Förvaltningen ägnat omfattande resurser åt att organisera andra delar av beställaransvaret, som inte direkt är kopplat till att främja samordning. Ett första steg när TioHundraprojektet sjösattes var att få till stånd nya avtal på samtliga av de verksamhetsområden som nu låg inom ramen för Förvaltningens beställaransvar. Andra studier har beskrivit hur förutsättningarna för att åta sig detta samlade beställaransvar väsentligen skiljde sig mellan huvudmännen i projektets utgångsskede (Öhrlings PWC 2009; Schön, Hagman och Wånell 2011). Stockholms läns landsting var sedan länge organiserat utifrån en beställarutförarmodell. Det fanns avtal för olika verksamhetsområden, med en blandning av anslags- och prestationsbaserad ersättning. Flertalet av dessa avtal var emellertid

17 Det är värt att notera att denna stora förändring i den grundläggande kontrollinfrastrukturen genomfördes samtidigt som ett stort underskott uppdagades inom äldreomsorgen (SKL 2007; Öhrlings PWC 2009).

inte skrivna med utgångspunkt från TioHundraprojektets geografiska ansvarsområde. För verksamheterna med kommunalt huvudmannaskap fanns inte motsvarande utbyggda system med avtal, och då särskilt inte avtal med resursfördelning på basis av utförd prestation.

Informanter beskriver hur ett första steg för att skapa grunden för beställarfunktionen var att skapa paritet genom att upprätta avtal med prestationersättning inom framförallt äldreomsorgen. Detta, menar informanter, var ett omfattande arbete som genomfördes under tidspress, både då Förvaltningen skulle upprätta avtalen, och då Vårdbolaget skulle implementera detta nya tanke- och arbetssätt inom de berörda verksamheterna.¹⁷

Tillkomsten av nya avtal med nya ersättningsformer inom väsentliga delar av den kommunala omsorgsverksamheten var således en del i införandet av TioHundraprojektet. Införandet av avtal med prestationersättning var dock inte direkt avhängigt skapandet av en beställarfunktion med ett brett och samlat sjukvårds- och omsorgsansvar, eller en vertikalt och horisontellt integrerad vårdproducent. De nya avtalen var heller inte särskilt utformade för att stödja samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter. Detta är inte ovanligt. Merparten av de avtal som Förvaltningen ansvarar för är, liksom de konventionella beställarfunktioner som återfinns inom såväl landsting som kommun, verksamhetsspecifika. Med andra ord är avtalen “stuprör” som omfattar en typ av verksamhet, snarare än flera med varandra sammankopplade delar av en längre vårdkedja. Avtal innehåller “skall-krav” om att utföraren måste samordna sig med närmaste vårdgrannar, men detta är gängse skrivningar och inte specifikt för TioHundraprojektet.

Emellertid har vissa informanter inom Vårdbolaget beskrivit hur behovet av att från grunden skapa avtal på de kommunala verksamhetsområdena, öppnade för en del innovationer – och en verksamhetsanpassad utveckling av avtalets innehåll över tid. Ett exempel som lyftes fram var avtalet för Socialpsykiatri, där det under projektiden har tillkommit en uppföljningsbilaga med extra uppföljningsparametrar som exempelvis kompetensutveckling. Det senare speglar omfattande satsningar i utförarledet.

NYA AVTAL SOM RITAR OM GRÄNSER MELLAN KOMMUN OCH LANDSTING

Där skapandet av en beställarfunktion med ett brett och samlat sjukvårds- och omsorgsansvar har gett tydligt avtryck är i formuleringen av nya avtal i vilket tidigare gränser mellan sjukvård och omsorg överbryggats. Två sådana avtal lyfts fram av informanter. Det första är ett gemensamt avtal för särskilt boende, där läkarinsatserna som tidigare reglerats med ett landstingsavtal skrivits in i det som i andra sammanhang är ett renodlat kommunalt avtal. En fördel med denna konstruktion, jämfört med uppdelningen i två avtal, är enligt informanter att uppdraget för läkarinsatser direkt kan anpassas till hur omsorgsuppdraget är specificerat (se vidare Schön, Hagman och Wånell 2011 för en undersökning av de operativa effekterna av denna förändring).

Det andra exemplet på hur Förvaltningen har förskjutit gränserna mellan kommun och landsting är utformningen av kundvalssystemet för äldreomsorg. Inom TioHundraprojektet innefattar kundvalet en bredare grupp av sjukvård- och omsorgsaktiviteter som sker i hemmet: hemtjänst, hemrehabilitering och basal hemsjukvård som utförs av distriktssjuksköterska. Denna utformning flyttar den basala hemsjukvården från primärvårdens uppdrag. En undersökning (Schön, Hagman och Wånell 2011), liksom olika utförarinformanter i den aktuella undersökningen, menar på att denna gränsförskjutning har gett upphov till nya gränser mellan primärvårdens verksamhet och den utbyggnad av omsorgen som ännu ej åtgärdats fullt ut. Otvetydigt är det dock så att beställarfunktionens utformning i detta fall varit en plattform för att genomdriva denna typ av gränsförskjutning.

Samtidigt finns det bevisligen andra sätt att integrera hemsjukvård i omsorgsarbete än att skriva ett avtal som överbryggar huvudmannaskapsgränser. Två tredjedelar av landets kommuner ansvarar idag för hemsjukvård (SOU 2011, s. 115). Denna frivilliga kommunalisering av hemsjukvården har emellertid skett genom en överflyttning av verksamhets- och finansieringsansvar mellan huvudmännen (Ibid, s. 117) – inte genom användningen av ett verktyg för beställarintegration. En samlad beställarfunktion som spänner över huvudmannagränserna utgör därmed en plattform även för andra typer av avtalsbaserade gränsförskjutningar, vilket torde ge ett mer vidsträckt handlingsutrymme än en “styckvis” överföring av enskilda ansvarsområden.

Att formulera nya avtal över huvudmannaskapsgränserna är ett verktyg som i det närmaste förutsätter ett samlat sjukvårds- och omsorgsansvar. Ett mindre radikalt verktyg för beställarintegration vore att öka anpassningen av avtal inom respektive huvudmansområde. Detta skulle emellertid kräva en samordning mellan två beställarorganisationer; det finns i dagsläget begränsade erfarenheter av att detta skapar varaktiga och stabila former för samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter på operativ nivå. Både formerna av beställarintegration är dock mer utvecklade än utgångsläget i många landsting och kommuner idag. Därmed vore de en del av en gynnsam utveckling, givet det växande antalet organisationer som verkar som utförare av såväl sjukvårds- som omsorgstjänster.

NYA AVTAL FÖR ATT KODIFIERA BEFINTLIGA AKTIVITETER

Nya avtal och uppdragsformuleringar har inte enbart tillkommit på initiativ av Förvaltningen. Det finns även exempel som lyfts fram av informanter där tilläggsuppdrag uppstått för att kodifiera och formalisera aktiviteter och strukturer i samspel med den verksamhetsutveckling som skett inom Vårdbolaget. Ett exempel på detta är Unga vuxna-mottagningen inom verksamhetsområdet Psykiatri.

Unga Vuxna-mottagningen beskrivs av informanter i Vårdbolaget som ett gammalt initiativ som “dammades av” i november 2007 av anställda som tidigare jobbat med ett unga-vuxna projekt. Detta projekt hade inte fått en varaktig form då de särskilda medlen för att finansiera verksamheten tagit slut. Utgångspunkten för nysatsningen var att ledningsgruppen för verksamhetsområdet Psykiatri identifierade ett växande behov av preventiva och behandlande insatser i gruppen

¹⁸ Denna grupp befinner sig i gränslandet mellan barn- och vuxen-psykiatrisk verksamhet; dessa två verksamhetsområden har inte sällan svårigheter att samordna sina insatser till just denna grupp, enligt flera informanter. Därtill kan det föreligga en beroendeproblematik, något som ligger inom uppdraget för beroendemottagningen.

¹⁹ I Barn och Unga-kappan ingår bland annat Familjens hus, som alltså inte har ett eget avtal.

unga vuxna.¹⁸ Unga Vuxna-mottagningen finansierades inledningsvis genom överskottsmedel från Barn och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri, där “avtalen är bättre” enligt en linjeförord. Mottagningen bemannas av personal från BUP, Vuxenpsykiatri och beroenderådgivningen och är öppen för patienter mellan 16-24 år, utan krav på att personen är i behov av specialistpsykiatri. Denna verksamhetsutveckling skedde inom befintlig ram. Därefter inleddes en diskussion med Förvaltningen om att formalisera detta åtagande. Så skedde också. Möjligheten att föra ett sådant resonemang kan delvis kopplas till ett annat verktyg för samordning inom området Uppdragsformulering och resursfördelning, som diskuteras härnäst.

GRUPPERING AV AVTAL

Utöver arbetet med att skapa avtal, framhäver Förvaltningens företrädare att det samlade och breda beställaransvaret öppnat för en gruppering av avtal i syfte att stödja ett samlat perspektiv på breda samhällsgrupper. Det finns tre definierade målgrupper: Barn och unga, Vuxna och Äldre. Dessa kommuniceras både internt inom Förvaltningen och externt till utförare och andra parter, inklusive medborgare och andra besökare till hemsidan tiohundra.se.

Informanter inom Förvaltningen beskriver hur grupperingen av avtalen är ett sätt att bemöta den stuprörsstruktur som uppstår då enskilda avtal endast omfattar en mer avgränsad verksamhet. Grupperingen av avtal beskrivs exempelvis som ett verktyg för TioHundranämnden att betrakta helheten i de uppdrag som formuleras för respektive målgrupp, något som bidragit till samtal om prioritering av specifika målgrupper (TioHundranämnden 2011, s. 6; denna prioritering diskuteras även i nästa avsnitt). Att grupperingen av avtal även kan fungera som ett samordnande verktyg för Förvaltningen antyds av att organisationens fem avtalshandläggare alla har ansvar för ett större antal avtal, även om dessa endast i ett fall sammanfaller helt med någon av de tre målgrupperna. Detta fall syftar dock till att illustrera hur grupperingen av avtal verkar.

Ansvar för avtalsgruppen Barn och unga ligger på en avtalshandläggare. I denna målgrupp ingår nästan alla avtal för verksamhetsområdet Barn, unga, familj (BUF) inom Vårdbolaget (undantaget är BUP, som ligger inom psykiatri). I kappan som följer med avtalsgruppen Barn och unga beskrivs verksamhetsgemensamma uppdrag.¹⁹ Avtalsgruppen innehåller även anpassade uppföljningsplaner. Dessa anser informanter vara ett sätt genom vilket Förvaltningens gruppering av avtal i målgruppen Barn och unga bidrar till samordning av aktiviteter på operativ nivå. Sammantaget verkar målgrupperingen av avtal i Barn och unga både stödja samordningen av ömsesidigt beroende aktiviteter (särskilt Uppdragsformulering och Uppföljning) inom Förvaltningens egen organisation, och även fungera som ett av flera verktyg för beställarintegration som stödjer samordning av vissa ömsesidigt beroende aktiviteter i utförarledet.

Informanter inom Vårdbolaget som ej var kopplade till BUF-området tillskrev annars mer sällan grupperingen av avtal en konkret samordnande effekt, jämfört med informanter inom Förvaltningen. En återkommande invändning var att

klassificeringen av några avtal inte kan göras med utgångspunkt från de definierade målgrupperna. Anledningen är att vissa verksamheter helt enkelt rymmer aktiviteter som konsumeras av flera olika målgrupper. Några exempel är Norrtälje sjukhus akut-somatiska verksamheter samt vårdvalssystemet för primärvården. Att personer i utförarledet inte alltid upplever en konkret samordnande funktion av de grupperade avtalen kan förstås med utgångspunkt i att Vårdbolaget och Förvaltningen de facto ofta har olika sätt att gruppera aktiviteter. Som framgår ytterligare nedan arbetar Vårdbolaget mycket med den inom-organisatoriska formella och fysiska organisationsstrukturen för att skapa enheter bestående av ömsesidigt beroende aktiviteter. Men, som tidigare diskuterats i mer principiella termer, är beställar- respektive utförarintegration ömsesidigt beroende – men inte direkt speglade. Med andra ord är en verksamhetsmässigt relevant gruppering av aktiviteter i utförarledet inte per automatik den relevanta grupperingen ur ett beställarperspektiv – givet att uppdragsspecifikationen, som i detta fall, inte är så detaljerad så att inget handlingsutrymme finns för utföraren.

PRIORITERING AV MÅLGRUPPER OCH BALANSERING AV BESTÄLLNINGAR

En uppenbar roll för beställarfunktionen är att prioritera målgrupper genom särskilda satsningar. Inom ramen för Förvaltningens arbete finns det några genomförda och pågående initiativ som torde tjäna som verktyg för att fördjupa samordningen av ömsesidigt beroende aktiviteter. Ett sådant initiativ är byggandet av Familjens hus, en fysisk samlokalisering av Vårdbolagets verksamhetsområdet Barn, unga, familj (BUF) samt BUP. Informanter beskriver att idén med ett Familjens hus funnits länge, långt innan TioHundraprojektet startade. Beslutet att avsätta medel togs dock av TioHundranämnden i februari 2007.

Informanter inom Förvaltningen och Vårdbolaget nämnde även skapandet av en mellanvårdsform för geriatriska patienter som skrivs ut från sjukhuset och förhoppningen om utvecklingen av en palliativ vårdenhet och korttidsboenden på ROS som exempel på verktyg för att främja samordningen av ömsesidigt beroende aktiviteter för utsatta grupper med komplexa och sammansatta behov.

Ledningen för Förvaltningen framhåller även att beställarfunktionen i vissa fall haft möjlighet att använda den överblick i vård- och omsorgskonsumtion som följer av det samlade och breda beställningsansvaret för att anpassa beställningar av specifika aktiviteter för att parera förändringar i annan vård- och omsorgskonsumtion. Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) är det exempel som särskilt har lyfts fram. Här ska bland annat beställningsvolymen anpassats i relation till bland annat slutenvårdskonsumtion. Det har dock legat utanför ramen för den aktuella undersökningen att närmare undersöka förutsättningarna för och förekomsten av denna typ av mer detaljerad beställarstyrning (se vidare Avsnitt 5.3). I nästa avsnitt diskuteras förekomsten av styrning mot fördjupad samordning genom direkt ersättning för samverkansaktiviteter.

ERSÄTTNING FÖR SAMVERKANSAKTIVITETER

Som tidigare nämnts tar merparten av de prestationsmått som återfinns i TioHundraprojektets avtal – liksom för andra beställare av kommunala och lands-

20 Kod 564 Samverkan/Kontakt definieras som "Administrativ [av distriktssköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast utförd] åtgärd och används vid samverkan kring och kontakt med patient anhörig/företrädare." I de allmänna villkoren för kundvalet identifieras i mer detalj några av de parter med vilka samverkan ska ske: "Utföraren ska samverka med andra vårdgivare, anhöriga och andra för kunden viktiga personer och organisationer, liksom med gode män och förvaltare när det är aktuellt. Utföraren ska samverka med husläkarmottagningar, slutenvård och avancerad sjukvård i hemmet allt efter den enskildes behov och situation. Ersättning utgår för samverkansinsatser." (TioHundraförvaltningen 2011, s. 17).

tingskommunala tjänster – sin utgångspunkt i volym- och produktionsrelaterade prestationer. Med andra ord definieras uppdrag och resursfördelning i huvudsak med utgångspunkt från verksamhetsspecifika, snarare än verksamhetsgemensamma, aktiviteter. I några enstaka fall tillskrivs samarbete ett direkt ekonomiskt värde.

Det mest tydliga exemplet på detta är att en ersättning för samverkan ingår i kundvalet. Statistik från Förvaltningen visar på att ersättningen för koden Samverkan²⁰ har ökat under innevarande året, från 2,79 % av utförd tid i januari (med två utförare) till 5,4% i november (med fyra utförare). En tolkning är att det har samverkats mer i slutet av 2011 jämfört med tidigare samma år. Det är dock inte möjligt inte ramen för denna undersökning att närmare utreda vilka eventuella direkta effekter som denna ökade samverkan har haft på konventionella effektivitets- eller produktivitetsmått (se även diskussion i Schön, Hagman och Wånell 2011 om tidslag i effekter av genomförda organisationsförändringar). Det kan dock noteras att synliggörandet av samverkan *i sig* torde göra denna aktivitet till något som är meningsfullt för den vertikala styrningen inom respektive utförarorganisation.

Det andra exemplet där samverkan har tillskrivits ett ekonomiskt värde är inom vårdvalet. Här får utförare, enligt informanter, i förekommande fall en fast ersättning om 250 SEK/patient och år för att samverka med utförare inom kundvalet. Som tidigare nämnts så medförde kundval att nya gränser uppstod mellan de distriktssköterskor och patientansvarig läkare som tidigare haft samma organisatoriska hemvist men nu kan tillhöra olika enheter inom samma utförarorganisation (om Vårdbolaget valts i både vårdval och kundval) eller olika utförarorganisationer (om olika utförare valts i vård- respektive kundvalet). Enligt informanter täcker inte ersättningsbeloppet det merarbete som denna omställning medför på kort sikt, och det ytterligare arbete som informationsöverföring och samordning förutsätter även på längre sikt. Även det symboliska värdet av en direkt ersättning för samverkan torde minska om skillnaden mellan kostnader och ersättning upplevs som betydande.

Vad ovanstående exempel tillsammans visar på är en missad chans till beställarintegration, då vårdvalets och kundvalets ersättning för samverkan inte skapar liknande incitament för respektive utförare. Kundvalet ger ersättning efter prestation, vilket gör mer aktivitet eftersträvänsvärt ur ett strikt finansiellt perspektiv. Det fasta ersättningsbeloppet i vårdvalet ger tvärtom ett incitament att minimera aktivitetsnivån då gapet mellan kostnad och intäkt ökar ju fler aktiviteter som genomförs. Här måste dock poängteras att Förvaltningens förutsättningar att påverka utformningen av vårdvalet är mycket begränsade, jämfört med den frihet som funnits att definiera kundvalets utformning. Därmed är det i första hand en illustration på den möjlighet till integration som föreligger i en situation där en samlad beställarfunktion har makt att påverka utformningen av de olika uppdragsområden som faller inom det egna ansvarsområdet.

KOMMENTAR

Denna genomgång av verktyg inom området Uppdragsformulering och resursfördelning ger en inblick i hur Förvaltningen arbetat med att definiera beställarrollen i TioHundraprojektet (se Tabell 1, nedan).

Mekanismer	Verktyg för integration	Exempel	Utvecklingsmöjlighet
Uppdragsspecifikation	Gränsöverskridande avtal	Läkare i särskilt boende Kundval	
	Kodifiering av aktiviteter	Unga-vuxna- mottagningen	
	Gruppering av avtal	Samtliga (inom Förvaltningen) BUF (gentemot Vårdbolaget)	
	Prioritering av målgrupper	Familjens hus	
	Balansering av beställningar	ASIH	
Modeller för allokering av resurser	Ersättning för samverkansaktiviteter	Vårdval (anslag) Kundval (prestation)	
	(Anpassning av ersättnings-system mellan uppdragsområden)		Observerad krock mellan vårdval och kundval

Tabell 1: Samordning genom uppdragsspecifikation och modeller för allokering av resurser

Som framgår av ovanstående beskrivning är det flera initiativ som inte direkt är kopplade till en förbättrad samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter över huvudmannaskapsgränserna. Exempelvis har många nya avtal och ersättningsmodeller introducerats som ett led i att realisera en grundläggande “beställarfunktionalitet”, oaktat det samlade ansvaret för beställning av kommunal och landstingskommunal verksamhet som åligger Förvaltningen. Några verktyg, t ex grupperingen av avtal, verkar bidragande till att samordna interna aktiviteter inom Förvaltningen, och i viss utsträckning påverka styrningen av utförare beroende på överensstämmandet mellan grupperingen av avtal i målgrupper och organisationsstrukturen inom Vårdbolaget. Vår undersökning har även visat på exempel på riktade satsningar på målgrupper som på olika sätt främjat samordning av olika verksamheter. Samtidigt kan det resas vissa frågetecken kring vilket handlingsutrymme som TioHundranämnden de facto haft för att göra nysatser, givet att det finansiella resultat som Förvaltningen haft under många år varit negativt (Öhrlings PWC 2009).

Där det samlade beställaransvaret gett ett påtagligt avtryck är i formuleringen av de två nya avtal som suddar ut eller förskjuter huvudmannagränserna. Denna form av beställarintegration torde mest tydligt vara förknippat med den särskilda

beställarroll som TioHundraprojektet rymmer. Här föreligger ytterligare möjligheter att öka integrationen mellan olika “stuprörsavtal”.

Resursfördelning, och särskilt ersättningssystem, är ytterligare ett område där det förefaller finnas en utvecklingspotential. Med ett geografiskt avgränsat och samlat beställaransvar torde det föreligga intressanta förutsättningar att i mindre skala undersöka former för att direkt ersätta för fördjupad samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter. Tidigare forskning beskriver blygsamma försök och begränsade framgångar med målrelaterad eller resultatbaserad ersättning (Anell och Mattisson 2011). Exemplet med olika former av ersättning i vårdval respektive kundval pekar på att utvecklingen av ersättningssystem mot ökad samverkan inte måste inbegripa stora innovationer. Däremot är det angeläget att mer systematiskt utforska hur en beställare aktivt kan styra mot utfall av sammansatta vårdprocesser. Detta är ett angeläget kunskapsarbete för fler kommuner och landsting än de som utgör huvudmän för TioHundraprojektet. Uppföljning skulle vara ett viktigt komplement i ett sådant utvecklingsarbete. Hur denna mekanism för beställarintegration har använts i TioHundraprojektet diskuteras i följande avsnitt.

Verktyg för uppföljning: en ökad integration över tid

Informanter på Förvaltningen betonar att uppföljning har blivit ett mer utvecklat och betydelsefullt verktyg för arbetet med att säkra god kvalitet och fördjupa samordning mellan ömsesidigt beroende aktiviteter under projektiden. Inom vissa verksamhetsområden, t ex BUF, har det under längre tid förekommit en *samlad uppföljning över avtalsgränser*, med utgångspunkt från den målgruppsgruppering av avtal som beskrivits ovan. Mot slutet av projektiden har Förvaltningen även utvecklat en mer *integrerad uppföljningsprocess*, som olika aktörer från Förvaltningens interna funktioner delar. Det finns också en uttalad ambition från Förvaltningens sida att förbättra *kommunikation med externa parter*, såväl utförare som exempelvis Socialförvaltningen inom Norrtälje kommun. Även här finns det exempel sedan tidigare på hur Förvaltningen kan agera för att lösa praktiska problem i samordningen av ömsesidigt beroende aktiviteter.

GRUPPERING AV UPPFÖLJNING ÖVER AVTALSGRÄNSER

Förvaltningens blygsamma storlek medför att varje avtalshandläggare har uppföljningsansvar för ett antal olika avtal. I sådana fall då grupperingen av avtal överensstämmer med organiseringen av verksamhetsområden – som i fallet med Barn och unga och BUF – har Förvaltningens arbete med att specificera uppdrag för målgruppen kopplats samman med den uppföljning som sedan bedrivits. Informanter tillhörande olika verksamhetsområden i Vårdbolaget lyfter fram att uppföljningen fungerar som bäst när den är verksamhetsnära. I fallet med Barn och unga finns uppföljningsplaner kopplade till uppdragsbeskrivningar som bilagor till avtalet. Informanter talar också om en djup och verksamhetsnära förståelse hos avtalshandläggaren som kan förstärka det inom-organisatoriska utvecklingsarbetet. Enligt informanter inom Vårdbolaget bidrar det samordnade uppdraget och uppföljningsplanen till att skapa en tydlig struktur utifrån vilket det

går att utveckla och förbättra verksamheten över tiden, såväl internt som i relation till ömsesidigt beroende aktiviteter inom andra enheter eller organisationer.

Därutöver efterfrågas en mer utbyggd struktur för återkommande kommunikation med beställaren av många informanter hos utförare. Det beskrivs som önskvärt även av informanter inom Förvaltningen. I båda fall betonas dock att det i perioder föreligger kapacitetsproblem hos Förvaltningen som försvårar realiseringen av denna gemensamma målsättning.

MEDLING OCH FÖRMEDELING AV INFORMATION

Trots återkommande utsagor om Förvaltningens kapacitetsbegränsningar har olika informanter återgett flera exempel på när avtalshandläggare eller annan personal inom Förvaltningen intagit en tydlig och närvarande roll i lösningen av konkreta problem i vardagsarbetet. Förvaltningen har agerat som medlare, exempelvis genom att kalla samman till möten mellan enheter inom Vårdbolaget. Informanter på såväl Förvaltningen som Vårdbolaget beskriver även att det finns möjlighet att använda de korta kontaktvägar som finns mellan Förvaltningsledningen och högre tjänstemän inom kommunen för att hissa frågor. Att utveckla och fördjupa denna dialog kring gemensamma frågeställningar är något som lyfts fram som en planerad åtgärd (TioHundranämnden 2011).

Något som också håller på att inrättas är en mer systematisk dialog med utförare. Detta är också något som efterfrågas av utförare, som pekar på att detta förekom redan innan TioHundraprojektet, men då inom ramen för HSFs beställarorganisation.

EN SAMMANSATT UPPFÖLJNINGSPROCESS

Ovanstående fall av medling och förmedling har beskrivits som positiva exempel, men inte som en gemensam metod utifrån vilket olika personer på Förvaltningen agerat systematisk gentemot utförare. Sedan ett år tillbaka jobbar Förvaltningen med en ny uppföljningsmodell. Enligt denna modell genomförs årlig uppföljning av ett team som samlar de olika kompetenser och ansvarsområden som återfinns inom Förvaltningen: MAS²¹, MAR²², biståndshandläggare och avtalshandläggare. Villkoren för auktorisation i kundvalet och vårdvalet anger att uppföljning ska ske minst en gång om året, samt anger vilka parametrar som kommer utvärderas. Det ligger utanför ramen för denna undersökning att mer i detalj undersöka konsekvenserna av denna nya uppföljningsmodell. Emellertid är det en ovanlig konstruktion och ett exempel på hur det skett innovation i beställarrollen inom ramen för TioHundraprojektet (se även Schön, Hagberg och Wånell 2011).

KOMMENTAR

Att utveckla en mer systematisk uppföljningsprocess, som tydligare kopplar samman verksamhetsrelevanta uppdragsbeskrivningar med konkreta uppföljningsplaner är inte specifikt för beställarrollen i TioHundraprojektet. Den sammansatta uppföljningsmodellen som nu håller på att tillämpas i Förvaltningens arbete torde däremot vara en konstruktion som mer tydligt tar sin utgångspunkt i de omständigheter som föreligger i det aktuella projektet, där ett samlat och brett beställaransvar kombineras med myndighetsutövning (se Tabell 2, nedan).

21 Medicinskt ansvarig sjuksköterska.
22 Medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Mekanismer	Verktyg för integration	Exempel	Utvecklings-möjlighet
Uppföljning	Gruppering av avtal	BUF	
	Medling och förmedling av information	Sammanställande av möten eller förmedling av ärenden vid behov Utförardialog	Ökad strukturering planeras Under uppbyggnad
	Integrerad uppföljning	Samtliga avtalsområden	Under uppbyggnad

Tabell 2: Samordning genom uppföljning

Denna form för uppföljning torde ha många fördelar, just på grund av att det sker en samlad och sammansatt bedömning av utförares prestation utifrån olika perspektiv. Att på detta sätt öppna för att eventuella spänningar mellan olika verksamhetsmål kan synliggöras på ett mer systematiskt sätt är en möjlighet till lärande kring hur god sjukvård och omsorg produceras. Detta är ett angeläget kunskapsarbete, återigen givet den växande betydelse som tillsyn och uppföljning torde få då andelen offentligt producerad vård och omsorg minskar och ett allt större antal utförare bedriver sjukvårds- och omsorgsverksamhet.

Verktyg för verksamhetsutveckling i utförarledet: många järn i elden

Verksamhetssamordning och utveckling är aktiviteter som är nära förknippade med den ledning och styrning som sker *inom* en organisation. När det föreligger en vertikal kontrollstruktur, bestående av bland annat en organisationshierarki och en fördelning och uppföljning av ansvar via exempelvis system för ekonomistyrning, finns möjligheten att flytta gränser mellan olika intra-organisatoriska verksamhetsområden och styra mot fördjupa samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter. Skapandet av en organisation garanterar dock inte per automatik att en önskad samordning realiseras. Det finns många studier som beskriver hur ömsesidigt beroende aktiviteter som utförs inom en organisations gränser kan särkopplas från varandra (Brunsson 1989). En bidragande orsak till att så kan ske är att organisationer, och då särskilt komplexa organisationer, ofta hårbärgerar många, och ibland sinsemellan motstridiga målsättningar. Då dessa kan företrädas av personer på olika positioner inom organisationer, skapar det förutsättningar för att gemensamma frågeställningar delas upp i tid och rum för att undvika konflikt och möjliggöra handling (Cyert och March 1963). Samtidigt är den repertoar av verktyg som kan användas för intra-organisatorisk styrning bredare och kraftfullare än de som föreligger då samordning ska realiseras över organisationsgränser. Ett verktyg som Vårdbolaget särskilt använt sig av för att förflytta gränser mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet är den formella organisationsstrukturen, och därtill kopplade styrverktyg såsom ledningsgrupper och poolning av resurser.

FORMELL ORGANISATION: GEMENSAMMA STRUKTURER OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Organisationens formella struktur är ett verktyg som på ett påtagligt sätt kan rita om gränserna mellan ömsesidigt beroende aktiviteter. Skapandet av Vårdbolaget kan i sig betraktas som ett exempel på hur formell organisation använts som verktyg för att realisera fördjupad samverkan över huvudmannagränserna. Från det att olika verksamheter betraktades som kommunala eller landstingskommunala tillhörde de efter Vårdbolagets tillkomst en gemensam organisation. När en organisation skapas öppnar det för användningen av en rad olika verktyg för utförarintegration. Ett sådant är olika system för informationsöverföring.

Informanter har beskrivit det omfattade arbete som genomfördes inom Vårdbolaget för att minska antalet IT-system inom organisationen och, i de fall då olika system bedömdes nödvändiga att bibehålla, öka transparensen inom organisationen genom införandet av tittfunktioner och liknande åtgärder.²³ Enligt lag kan sådana åtgärder inte på samma sätt vidtas då information ska överföras mellan juridiska personer. Utöver det samtycke som krävs från varje enskild berörd individ, medför det ett behov av att ha tillgång till flera olika parallella informationssystem. Informationsöverföring har påtalats av flera informanter som ett växande problem i vardagsarbetet, i och med att det nu finns fler utförare av sjukvårds- och omsorgstjänster vilket ökar förekomsten av patienter som rör sig över organisationsgränser (se flera exempel i Schön, Hagberg och Wånell 2011).

En annan form av informationsöverföring som sker inom Vårdbolagets sker via återkommande kontaktytor inom och mellan verksamhetsområden. Vårdbolaget har sedan dess bildande arbetat med att skapa verksamhetsområden med ledningsgrupper som samlar cheferna för ömsesidigt beroende aktiviteter. Den exakta organisationsstrukturen har ritats om ett antal gånger under Vårdbolagets korta historia. Några syften som informanter tillskrivit en tidig organisationsstruktur med ett stort antal verksamhetsområdeschefer direkt underställda VD var att det skapade korta kommunikationsvägar. Detta var viktigt i ett inledande skede, då vitt skilda verksamheter skulle inordnas i ett nytt sammanhang. Vårdbolagets organisationsstruktur har sedan successivt minskat storleken på antalet chefer som direkt rapporter till VD.

I skapandet av nya verksamhetsområden och divisioner har dock ömsesidigt beroende aktiviteter återkommande organiserats tillsammans. Exempelvis har primärvården och geriatriken under längre tid inordnats i ett verksamhetsområde utifrån ett “närvårdstänkande”. Andra aktiviteter har flyttats mellan olika verksamhetsområden. Vid införandet av kundval flyttades den basala hemsjukvården från primärvårdsenheten till verksamhetsområdet Omsorg; härmed uppstod en gräns till det som tidigare var organisatoriska sammankopplade aktiviteter.²⁴ Även Rehabilitering – som i sig inbegriper flera olika former av rehabilitering i hemmet och i öppen och slutenvård – har omorganiserats många gånger.

Några av de utvecklingsmöjligheter som följer av en gemensam organisationsstruktur kan lämpligen illustreras med två verksamhetsområde: Psykiatri och

²³ Flera informanter beskriver hur de inom sitt verksamhetsområde kan ha medarbetare som arbetar i ett eller båda av de två dominerande systemen inom Vårdbolaget: ProCapita, som i första hand används vid aktiviteter som faller under socialtjänstlagen (SOL), eller TakeCare, för aktiviteter som faller under hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Värdet ligger i att dessa system beskrivs som synliga inom hela företaget. Informanter inom verksamhetsområdet Psykiatri framhåller exempelvis värdet av ett gemensamt journalsystem för sjukvårdspersonal inom primärvården och den öppna specialistvården, vilket minskar risken för överförskrivning av beroendeframkallande mediciner.

²⁴ Det ska dock poängteras att gränsförskjutningen i kundvalets uppdragsformulering inte per automatik skapat ett problem med ändrade gränsdragningar i den operativa verksamheten. I en jämförelse av hur olika aktörer organiserat sig inom kundvalet, pekar forskarna på att andra aktörer än Vårdbolaget hittat fungerande former för horisontell samordning inom sin respektive vertikala styrning (Schön, Hagberg och Wånell 2011).

Barn, unga, familj (BUF). I verksamhetsområdet Psykiatri, som skapades i ett tidigt skede av TioHundraprojektet. Tidigare fanns de aktivitetsområden som nu återfinns inom verksamhetsområdet Psykiatri i en rad olika organisationer:

- Vuxenpsykiatri, BUP och Beroendemottagningen tillhörde tre separata organisationer med olika avtal med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholm
- Barnmottagningen var en del av Norrtälje sjukhus
- Socialpsykiatri var en del av Socialförvaltningen i Norrtälje kommun

Samtliga av dessa verksamheter ingår nu i en övergripande enhet. Därmed träffas cheferna för de olika enheterna regelbundet. Ledningsgruppen är ett forum för att lyfta gemensamma problem och hitta lösningar över de olika enhetsgränserna – men *inom* det gemensamma verksamhetsområdet. Det finns många exempel på utvecklingsarbete inom verksamhetsområdet Psykiatri som framkommit i denna undersökning, och även beskrivits som stora framgångar i tidigare studier (Öhrlings PWC 2009). Bland dessa initiativ märks olika konkreta åtgärder för att minska längden på slutenvårdsinläggning genom anpassade insatser från bland annat vuxenpsykiatri (sjukvård) och socialpsykiatri (omsorg). Socialpsykiatri är en enhet som utvecklats väsentligen sedan skapandet av Vårdbolaget. När verksamhetsområde Psykiatri skapades medförde det en ändring i Socialpsykiatrins första kontaktyta mot sjukvården. Den övergick från primärvården till psykiatri.

Det finns många exempel på samverkan inom verksamhetsområdet Psykiatri. Ett exempel är att personal som arbetar med socialpsykiatriskt boendestöd sitter i samma lokal som de som arbetar med psykiatrisk mellanvård. En kontinuitet i relation till patienten eftersträvas genom att individer från mellanvården (slutenvård) går ut med patienten tillsammans med boendestödspersonal (öppenvård) för att underlätta övergången till eget boende. I denna arbetsprocess överbryggas två relaterade problem som ofta skapar hinder för ett samordnat omhändertagande av patienter. Det först problemet som vanligen uppstår i övergången från sluten- eller öppenvård tillskrivs skillnader mellan så kallade HSL²⁵- respektive SOL²⁶-uppdrag. HSL reglerar sjukvården, dvs. det som ligger inom landstingens formella ansvar, medan kommunernas huvudmannaskap regleras via SOL. Övergången från HSL- till SOL-uppdrag när det är olika huvudmän som står för respektive aktivitet beskrivs av informanter som ett gränssnitt där personer ofta “faller mellan stolarna” – eller åtminstone upplever en stor omställning. Informanter inom Vårdbolaget framhåller emellertid att så inte sker inom deras verksamhet, eftersom det är samma människor som patienten fortsättningsvis möter.

Skillnaderna i de två lagarna påverkar även hur verksamheten administreras, då det föreligger stora skillnader i dokumentationskrav för HSL- respektive SOL-uppdrag. Återigen framhåller informanter att patienten inte påverkas av att personalen övergår från att skriva i TakeCare (sjukvården) till att skriva i Procapita (omsorgen). Anledningen till detta är att både systemen är synliga för personalen, eftersom informationsöverföringen sker inom Vårdbolagets gränser. Den formella

organisationsstrukturen bidrar således till att olika verktyg för samordning – samlokalisering och informationsöverföring – stödjer varandra. Vi har observerat ytterligare ett fall då olika samordningsverktyg förstärker varandra.

En kombination av organisatorisk och fysisk samlokalisering kan observeras inom verksamhetsområdet BUF. Sedan våren 2011 är BUF – i vilket ingår bland annat barnavårdscentral, barn- och elevhälsa, barnmorskemottagningar, barnmottagning, samt ungdomsmottagning – lokaliserad i ett gemensamt Familjens hus. Här har även BUP, som organisatoriskt tillhör verksamhetsområdet Psykiatri, lokaler. Informanter beskriver hur denna samlokalisering öppnar för nya möjligheter att i vardagen anpassa olika aktiviteter utifrån de särskilda behov som föreligger hos enskilda patienter. Samtidigt betonar flera personer att det nya huset *i sig* inte leder till ett mer anpassat och sammanhållet bemötande. Återigen lyfts den gemensamma ledningsgruppen fram som ett viktigt verktyg för samordning i praktiken. Konventionella system för ekonomistyrning kan vara ytterligare en resurs för inom-organisatorisk beställarintegration, vilket utvecklas i nästa avsnitt.

POOLNING AV RESURSER FÖR GEMENSAMMA AKTIVITETER

När olika aktiviteter inom en organisation förs samman i en gemensam enhet, blir de underställda en chef med resultatansvar för verksamhetsområdet som helhet. Detta gör det möjligt att slå samman – poola – resurser. Att detta kan skapa ett handlingsutrymme för att driva gemensamma utvecklingsfrågor illustreras tydligt i fallet med verksamhetsområde Psykiatri.

Under TioHundraprojektet har en rad initiativ utvecklats och finansierats inom befintlig ram. Den ovannämnda Unga Vuxna-mottagningen är ett exempel. Utvecklingen av den socialpsykiatriska verksamheten är en annan. Enheten Socialpsykiatri skapades samtidigt som Vårdbolaget. Tidigare var socialpsykiatri en kommunal verksamhet uppdelad i tre distrikt som arbetade på olika sätt. Då Socialpsykiatri infogades i verksamhetsområdet Psykiatri gav det enligt informanter upphov till en rad positiva effekter. Framförallt innebar det en medveten satsning på kompetensutveckling. Inom befintlig ram genomfördes en rad generella utbildningar, samtidigt som andelen medarbetare med akademisk utbildning ökade. Detta beskrivs av informanter som en verksamhetsgemensam angelägenhet, eftersom förstärkningen av socialpsykiatri har bland annat bidragit till att förbättra omhändertagandet av patienter i eget boende (se föregående avsnitt). Slutligen finns det exempel på där enheter inom ett verksamhetsområde finansierar andra enheter, eftersom de avtal som ersätter uppdraget inte täcker kostnaderna för verksamheten.

I arbetet med att poola och omfördela finansiella resurser inom Vårdbolaget lyfter flera informanter fram verksamhetscontrollern som en kritisk resurs. Ett återkommande tema i samtal med linjechefer i organisationen är att den individuella kontrollern bidrar till att skapa ett handlingsutrymme för verksamheter genom att vara delaktiga i att översätta det ekonomiska utrymmet som definieras av avtalens modeller för resursallokering och Vårdbolagets interna system för ekonomisk uppföljning till verksamhetsrelevanta åtgärder. Controllerfunktionen, som är nära

förknippad med den *inom*-organisatoriska vertikala uppföljningen av enheters finansiella prestationer visar sig här även tjäna som ett verktyg för att stödja samordning mellan ömsesidigt beroende aktiviteter – även över enhetsgränser.

Det finns ytterligare exempel på hur även operativa resurser delats mellan enheter inom ett verksamhetsområde. Inom verksamhetsområdet BUF har det under projekttiden genomförts ett utvecklingsarbete av vårdprocessen för ADHD-utredningar. Från att tidigare ha identifierats i första hand genom kontakt med BUP, flyttades frontlinjen för identifiering och utredning närmare barnen. Grunden till ett mer samordnat arbetssätt lades under åren 2007-2008. Utgångspunkten var samordning på individnivå mellan två läkare på BUF respektive BUP. Med tiden formaliserades denna samverkan i ett ADHD-team, bestående av personer från Barn- och elevhälsan, Barnläkarmottagningen och BUP. Som en viktig del i att skapa varaktighet i vårdprocessen skapades en läkartjänst för en ADHD-specialist, som delades mellan Barn- och elevhälsan och Barnläkarmottagningen. Detta öppnade för att Barnläkarmottagningen påbörjade ADHD-utredningar, vilket påtalades för Förvaltningen som specificerade detta uppdrag i verksamhetens avtal. Barnläkarmottagningens avtal ger ersättning för antalet utredningar som utförs upp till ett fast tak; däremot utgår ingen särskild ersättning för ADHD-team. Såväl inrättandet av den delade läkartjänster, som formaliseringen av ADHD-teamet utgör exempel på poolning av – i detta fall – mänskliga resurser. Det kan också beskrivas som utvecklingen av gemensamma arbetsprocesser över verksamhetsområdesgränser (BUF och Psykiatri). Det finns ytterligare exempel på hur detta samordningsverktyg används – också i relationer med andra utförare.

UTVECKLINGEN AV GEMENSAMMA ARBETSPROCESSER I INTER-ORGANISATORISKA RELATIONER

Många delar av Vårdbolaget har relationer med verksamheter utanför denna organisation. Inom de verksamhetsområden som vi särskilt fokuserat på i denna undersökning uppvisar verksamhetsområdet Psykiatri ett antal sätt att utveckla arbetsprocesser med externa parter. Det finns dock risker med att göra sådana investeringar. I vissa fall kan de gå om intet. Informanter har beskrivit ett fall då vuxenpsykiatrin hade “ett väl fungerande samarbete” med en slutenvårdsenhet i Stockholm. Över tid utvecklades goda rutiner som medförde att slutenvårdskostnaderna successivt minskade. Relationen avslutades emellertid i samband med en större organisationsförändring, vilket medförde att Vårdbolaget fick inleda en ny relation med en annan utförare av slutenvård. Efter bytet av leverantör ökade plötsligt slutenvårdskonsumtionen, då vårdtiden per patient ökade. Informanter förklarade denna utveckling med att det fanns en otillfredsställande rapportering från den nya leverantören. För att åtgärda denna brist infördes en rutin med personliga samtal till de berörda vårdavdelningarna för att säkerställa vilka patienter som befann sig där.

Ett annat exempel på hur gemensamma arbetsprocesser utvecklats för att samordna ömsesidigt beroende aktiviteter över organisationsgränser är en handlingsplan inom socialpsykiatrin för att minska slutenvården vid ett sjukhus i Stockholm. Planen går ut på att skapa en sjukskötersketjänst som fysiskt kan

åka in till Stockholm och ronda Norrtälje-patienterna. Sjukskötaren ska tjäna som en personlig kontakt som personalen på sjukhuset kan lära känna och få ytterligare information ifrån kring omhändertagandet i Norrtälje. Detta ska, enligt informanter göra att de “vågar” skriva ut patienter.

Alla gränssnitt mellan Vårdbolaget och andra utförare verkar dock inte aktivt utvecklas och vårdas på samma sätt. Som tidigare nämnts har konkurrensut-sättning av äldreomsorgen lett till tillkomsten av nya utförare, vilket i vissa fall skapat organisationsgränser mellan utförare av primärvård (vårdval) respektive äldreomsorg (kundval). Informanter uttryckte en frustration av den situation som uppstått till följd av bristen på gemensamt informationssystem: “nu skickas information med fax eller telefon igen – och ibland är det inte klart ens vem som ska ha informationen!” (se Schön, Hagberg och Wånell 2011 för en mer utförlig beskrivning och exempel). Denna bristande samordning var föremål för åtgärder vid undersökningens genomförande.

KOMMENTAR

Det framgår av ovanstående genomgång att det finns en bred repertoar av verktyg för verksamhetsutveckling i utförlarledet som kan användas för att samordna ömsesidigt beroende aktiviteter (se Tabell 3, nedan).

Mekanismer	Verktyg för integration	Exempel	Utvecklingsmöjlighet
Genomförande	Formell organisation IT-system Ledningsgrupper	Psykiatri BUF Geriatrisk och primärvård	Hemsjukvård/Primärvård
	Poolning av resurser för gemensamma aktiviteter	Socialpsykiatri ADHD-team Samordning av boendestöd	
	Utvecklingen av gemensamma arbetsprocesser i inter-organisatoriska relationer	Psykiatrisk slutenvård	Öppen/slutenvård Gränssnitt till andra utförare i Norrtälje, t ex informationsöverföring

Tabell 3: Samordning i genomförandet

Flertalet av ovanstående verktyg är mer eller mindre hårt sammankopplade med förekomsten av en formell organisationsstruktur och hierarki. Genom att skapa Vårdbolaget, en vertikalt och horisontellt integrerad vårdproducent, uppstod möjligheten att skapa forum för informationsutbyte och gemensam problemlösning (ledningsgrupper) och verksamhetsområden inom vilket det går att poola ekonomiska och mänskliga resurser. Utvecklingen av gemensamma arbetsprocesser är däremot inte uppenbart förknippad med Vårdbolagets breda utförrarroll per se. Detta är ett verktyg som torde vara än mer betydelsefullt för en aktör som endast tillhandahåller en mindre del av en större vårdkedja. Det är också relevant att notera att samtidigt som Vårdbolaget framgångsrikt utvecklat samarbeten med viktiga delar av specifika verksamhetsområdets vårdkedja, är det inte per automatik så att Vårdbolaget är väl samordnat med alla externa utförare.

Sammantaget framstår kombinationen av ledningsgrupper och poolning av resurser som särskilt kraftfulla medel för att skapa handlingsfriheten att driva och finansiera ett verksamhetsgemensamt utvecklingsarbete. Emellertid måste det poängteras att denna slutsats bygger på observationer av två verksamhetsområden som båda i stor utsträckning är anslagsfinansierade. Det torde föreligga bättre förutsättningarna för att ackumulera och omfördela resurser inom en enhet som är anslagsfinansierad, eftersom det finns mindre osäkerhet kring vilka de ekonomiska ramarna faktiskt är. Om resursfördelningen är avhängigt löpande prestationer finns det hela tiden en större osäkerhet kring verksamhetens finansiella ställning (se Anell 2008 för ett snarlikt resonemang kopplat till olika former av ersättning inom vårdvalet). Enligt informanterna i studien skulle en prestationsbaserad ersättning inverka menligt på viljan och förmågan att se till mer än den egna gruppens prestation – även inom ett större verksamhetsområde.

Diskussion och slutsatser

Denna rapport beskriver en undersökning som syftade att vetenskapligt utvärdera organiseringen av verksamhetsstyrning av TioHundraprojektet, med målsättningen att synliggöra hur samordning har underlättats respektive försvårats på operativ nivå och på ledningsnivå. Nedan diskuteras de observerade verktygen för att realisera samverkan.

TioHundraprojektet som verktyg för att realisera samverkan i praktiken

I denna rapport beskrivs en bred repertoar av verktyg som har bidragit till att skapa fördjupad samordning mellan ömsesidigt beroende aktiviteter (se Tabell 4, nedan).

Sett till de områdena som behandlar beställarfunktionens utveckling och användning av verktyg för samordning är det *formuleringen av gränsöverskridande avtal* samt *införandet av en integrerad uppföljningsmodell* som mest tydligt förutsätter Förvaltningens samlade och brett definierad beställarroll. Då dessa verktyg torde vara kraftfulla mekanismer för att realisera samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter pekar det på de möjligheter som uppstår på grund av denna ovanliga typ av beställarroll. Samtidigt är det tydligt att utvecklingen av verktyg som inte överensstämmer med sedimenterade kognitiva, materiella och juridiska strukturer kräver en kraftfull beställare med en resurstillgång och kapacitet som Förvaltningen ännu aldrig haft.

Mekanismer	Verktyg för integration	Exempel	Utvecklingsmöjlighet
Uppdragsspecifikation	Gränsöverskridande avtal	Läkare i särskilt boende Kundval	
	Kodifiering av aktiviteter	Unga-vuxna mottagningen	
	Gruppering av avtal	Samtliga (inom Förvaltningen) BUF (gentemot Vårdbolaget)	
	Prioritering av målgrupper	Familjens hus	
	Balansering av beställningar	ASIH	
Modeller för allokering av resurser	Ersättning för samverkansaktiviteter	Vårdval (anslag) Kundval (prestation)	
	(Anpassning av ersättningssystem mellan uppdragsområden)		Observerad krock mellan vårdval och kundval
Uppföljning	Gruppering av avtal	BUF	
	Medling och förmedling av information	Sammankallande av möten eller förmedling av ärenden vid behov Utförardialog	Ökad strukturering planeras Under uppbyggnad
	Integrerad uppföljning	Samtliga avtalsområden	Under uppbyggnad
Genomförande	Formell organisation IT-system Ledningsgrupper	Psykatri BUF Geriatrisk och primärvård	Hemsjukvård/Primärvård
	Poolning av resurser för gemensamma aktiviteter	Socialpsykiatri ADHD-team Samordning av boendestöd	
	Utvecklingen av gemensamma arbetsprocesser i inter-organisatoriska relationer	Psykiatrisk slutenvård	Öppen/slutenvård Gränssnitt till andra utförare i Norrtälje, t ex informationsöverföring

Tabell 4: Sammanfattning av olika samordningsmekanismer

Om man ser till området Verksamhetsstyrning och -utveckling torde den *poolning av resurser* som är möjlig att göra inom Vårdbolaget endast ske inom utförare med adekvat storlek, både vad gäller verksamhetens bredd och omfattning/djup. Möjligheten att identifiera problem och hitta gemensamma lösningar underlättas också väsentligen i en organisation där verksamhetschefer träffas i ledningsgrupper. Här kan organisationsgemensamma mål kopplas till verksamhetsnära aktiviteter genom konkreta beslut om resurstilldelning och löpande prestationsmätning inom ramen för en organisations interna kontrollsystem. Med hjälp av “standardiserade” verktyg som huvudsakligen följer av att befinna sig i en formell organisation, har Vårdbolagets medarbetare genomfört ett stort antal utvecklings-

27 Det ska tilläggas att ett omfattande utvecklingsarbete gjordes inom TioHundraförvaltningen för att utveckla en anpassad ersättningsmodell inom ramen för vårdvalet. Detta förslag fick emellertid inte stöd av TioHundranämnden.

28 Detta går tillbaka till den grundläggande ekonomiska förklaringen för att organisationer alls finns: att vissa aktiviteter är så nära sammankopplade och vanligt återkommande att kostnaden för att upprätta transaktioner mellan fristående parter – dvs. en marknadsrelation – inte är ekonomiskt gynnsamt jämfört med att just organisera bort dem från marknaden och in i en organisation (Coase 1937).

projekt inom vitt skilda områden. Många effekter av sådana projekt kan lätt observeras i verksamhetens vardag; det är här som påtagliga förändringar i samordningen av kommunal och landstingskommunal verksamhet i vardagsarbetet skett (Öhrlings PWC 2009).

I jämförelse har Förvaltningen haft en större utmaning i att utveckla lämpliga verktyg för att uppfylla och exploatera sin särskilda roll. I denna undersökning framträder arbetet inom områdena med Uppdragsformulering och Uppföljning som särskilt nyskapande. På området Resursfördelning och ersättningssystem har det inte på samma sätt införts anpassade verktyg eller strukturer för att aktivt stödja samverkan²⁷, även om den tydliga ersättningen för samverkansaktiviteter i kundvalet är en förhållandevis ovanlig konstruktion.

Sammantaget har Förvaltningen och Vårdbolaget bedrivit den verksamhet som vanligen åligger “vanliga” beställare och utförare av sjukvårds- respektive omsorgstjänster. Därutöver har respektive organisation fördjupat samordningen mellan ömsesidigt beroende aktiviteter genom att utveckla och använda en rad olika verktyg. Många av dessa verktyg som använts inom ramen för TioHundraprojektet är mer generiska exempel på beställar- respektive utförarintegration. Det finns inget principiellt hinder för exempelvis landstingets egen beställarorganisation att gruppera avtal, eller att öka samordningen mellan avtal som rör vårdgrannar. Att formell organisation är ett kraftfullt verktyg för att samordna ömsesidigt beroende aktiviteter är heller inte något nytt.²⁸ Som tidigare forskning visat behövs dock *både* kunskap och forum att formulera lösningar på gemen-samma problem *och* strukturella förutsättningar för att stödja gränsöverskridande lösningar för att *varaktigt* realisera samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter i vardagen (Kraus 2007). I fallet med TioHundraprojektet torde kombinationen av Förvaltningen och Vårdbolagets respektive verktyg för samordning förstärkt strävan mot samordning. Detta är särskilt slående på de två områden – BUF och Psykiatri – som i denna och andra rapporter (Medical Management Centrum 2011; Öhrlings PWC 2009) lyfts fram som goda exempel på samordningen över huvudmannaskapsgränserna.

Tillkomsten av nya mål för TioHundraprojektet har dock förändrat förutsättningar för såväl Förvaltningen som Vårdbolaget, liksom behovet av och kraften i olika samordningsmekanismer. Ett exempel på detta är att Förvaltningen hitintills haft förhållandevis lite fokus på beställarintegration genom utformning av modeller för resursallokering och ersättningssystem. Detta torde delvis förklaras med den historiska dominansen av Vårdbolaget.

När det finns en dominerande utförare som producerar merparten av vård- och omsorgstjänsterna och därmed erhåller merparten av de finansiella resurserna, är det mindre viktigt för beställaren att på förhand bestämma hur dessa resurser ska allokeras mellan olika verksamhetsområden. Anledningen till detta är att resurserna ändå kan poolas och omfördelas inom utförarorganisationen, vilket framgår tydligt i denna undersökning. Det är först när det finns flera olika utförare som det blir viktigt att mer tydligt avgränsa och definiera vad som faller inom

eller utanför en viss uppdragsbeskrivning – och vad som ersätts och inte ersätts. Att det finns ett större behov av fördjupad beställarintegration då det finns en mångfald av utförare beror på att utförarintegration – som tar sin utgångspunkt i utformningen av ett inom-organisatoriskt kontrollsystem – är en påtagligt mindre kraftfull verkningsmekanism om samordning ska ske över organisationsgränser.

Strävan mot ökad valfrihet, konkurrens och mångfald skapar således ett behov av att beställarintegration i högre grad sker genom ett mer aktivt arbete med anpassning av ersättningsmodeller. Under TioHundraprojektets gång har en viktig verkningsmekanism för att realisera samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter varit just utförarintegration. Samtidigt som Förvaltningen gett uttryck för en tydlig målsättning att främja horisontell samordning har mycket av organisationens faktiska arbete skett med utgångspunkt i “gamla” verktyg, som exempelvis verksamhetsspecifika avtal och ersättning för verksamhetsspecifika prestationer. Utan en fördjupad beställarintegration, riskerar dessa verktyg att försvaga den horisontella samordningen och förstärka den vertikala processen inom olika utförarorganisationer. Detta skulle bidra till en ökad fragmentisering av vårdkedjor. En sådan utveckling står i rak motsats till det uttalade syftet med TioHundraprojektet. Det är också en ickeönskvärd utveckling, i ljuset av de problem som bristande samordning mellan ömsesidigt beroende aktiviteter leder till på individ-, organisation- och samhällsnivå.

Införandet av valfrihet, konkurrens och mångfald understryker behovet av den strukturella beställarintegration som framförallt utvecklats under senare delen av projekttiden. Exemplet med kundvalet illustrerar hur en horisontell styrning i beställarledet – dels i formuleringen av det gränsöverskridande uppdraget och dels i direkt ersättning för samverkan – kan ge förutsättningar för olika utförare att realisera samordning mellan ömsesidigt beroende aktiviteter inom den egna organisationen (se Schön, Hagberg och Wånell 2011 för en beskrivning av denna realisering i praktiken). Samtidigt pekar asymmetrin mellan ersättningen för samverkansaktiviteter i kundvalet och vårdvalet på behovet av en stark beställare som har kapacitet att göra ännu mer anpassningar av, i detta fall, olika modeller för hur resurser ska allokeras och aktiviteter ersättas.

Forskning pekar på att det finns möjlighet att skapa forum och strukturer för informationsutbyte och gemensam problemlösning mellan organisationer som fyller liknande funktioner som dylika strukturer inom organisationer. Emellertid förutsätter det ett mer omfattande arbete för att balansera inter- och intra-organisatoriska mål (Håkansson och Lind 2004). I detta arbete kan det finnas behov av en dominerande part (Carr och Ng 1995) eller en mer preciserad gemensam målbild (Miller och O’Leary 2007) som kan “tvinga” olika aktörer att samordna sitt arbete. Vad detta principiella resonemang antyder är att vikten av en sammanhållande part ökar när det finns fler organisationer att samordna. Denna slutsats får stor praktisk betydelse i det aktuella sammanhanget, givet att denna roll vanligen fylls av beställarfunktionen; utförare får inte det explicit delegerade ansvaret och makten att direkt styra över *andra* utförares arbete.

I TioHundraprojektet förblir Vårdbolaget ännu den dominerande aktören sett till verksamhetens bredd och omfattning. Samtidigt har ett antal nya utförare tillkommit inom Norrtälje kommun. Detta ställer ökade krav på beställarfunktionen på sikt. I och med en tilltagande konkurrens framträder möjligheten att jobba med strukturell beställarintegration genom gränsöverskridande uppdragsformuleringar, sammansatt uppföljning och anpassad ersättning över avtals-/uppdragsområden, som särskilt viktigt att vidareutveckla.

Organisering av hälsa, sjukvård och omsorg för ökad samordning – och andra mål

Föreställningarna om vad som är viktiga målsättningar med hälso- och omsorgens verksamhet förändras med tiden. Därmed är det inte oväntat att de styrverktyg som används för att realisera dessa målsättningar också förändras – eller åtminstone att de verktyg som tidigare framställt som lämpliga lösningar på upplevda problem blir mindre användbara då problembilden förändras. TioHundraprojektet utvecklades i ett sammanhang då samordning över huvudmannaskapsgränserna framstod som ett särskilt angeläget problem. Lösningen, i form av en beställarorganisation med ett samlat och brett ansvar och en horisontellt och vertikalt integrerad vårdproducent, syftade till att skapa särskilt goda förutsättningar för en omfattande beställar- och utförarintegration i såväl planering, genomförande och uppföljning av sjukvårds- och omsorgsverksamhet i Norrtälje kommun.

I TioHundraprojektet har integration eftersträvat på två övergripande sätt: genom en Förvaltning och ett Vårdbolag. Inom ramen för dessa två övergripande strukturer har ett antal verktyg utvecklats och använts för att främja samordningen över huvudmannaskapsgränser. Som beskrivs i avsnittet ovan är dessa verktyg överlag förknippade med de särskilda roller som skapats i TioHundraprojektet. Med andra ord så är den samordning av ömsesidigt beroende aktiviteter som faktiskt åstadkommit inom en rad verksamhetsområden ett utfall av detta utvecklingsprojekt och dess ursprungliga mål.

Emellertid är den nuvarande målbilden för TioHundraprojektet mindre entydigt, givet den nuvarande politiska prioriteringen av valfrihet, konkurrens och mångfald. Dessa mål ställer annorlunda krav på såväl utförar- som beställarrollen jämfört med målet om samordning. Om målen om valfrihet, konkurrens och mångfald är tydligt överordnande andra verksamhetsmål måste frågan om TioHundraprojektets framtid ställas på ett radikalt annorlunda sätt. Då handlar det om huruvida TioHundraprojektet är särskilt väl lämpad att realisera just valfrihet, konkurrens och mångfald. Detta verkar tveksamt.

Om förutsättningen istället är att det finns flera olika mål med TioHundraprojektet är frågan snarare hur hela eller delar av TioHundraprojektet kan samordnas med de ömsesidigt beroende aktiviteter som utförs av exempelvis beställarorganisationen inom Stockholm läns landsting (HSF). Det finns återkommande indikationer i denna studie, liksom i tidigare undersökningar, att det tidigare varit svårt att ha ett fungerande kunskapsutbyte. Så är inte längre fallet,

men ändå torde detta historiska faktum bidragit till att stärka TioHundraprojektets ställning som ett *lokalt integrerande men från centrum fristående*. En sådan ställning minskar möjligheterna för exempelvis andra beställarorganisationer att dra lärdomar av TioHundraprojektet.

Vår undersökning pekar på att TioHundraprojektet synliggör ett antal generella utmaningar som åligger huvudmännen i strävan efter att realisera ett sammanhållet omhändertagande av enskilda medborgare när de rör mellan vården och omsorgen och över organisationsgränser. Givet att det finns en målsättning att öka valfrihet, konkurrens och mångfald kan inte framtidens integration mellan ömsesidigt beroende aktiviteter enkom läggas i utförarledet. Lösningen ligger heller inte, tror vi, i att dölja behovet av en mer sofistikerad beställarintegration genom att helt avveckla det samlade och breda beställaransvaret som föreligger i TioHundraprojektet. Den beställarintegration som är möjlig med en sådan konstruktion är av särskild betydelse, givet att det finns ett starkt tryck att ytterligare öka möjligheterna för medborgare att välja mellan konkurrerande utförare av vård- och omsorgstjänster. En verkstad för att utveckla och använda verktyg för strukturell beställarintegration över huvudmannaskapsgränserna är ett värde som bör säkras.

Referenser

Aberbach, J. och Christensen, T., (2005), Citizens and Consumers: An NPM dilemma. *Public Management Review*, 7(2):225-246.

Abrahamson, E., (1996), Management Fashion, *The Academy of Management Review*, 21(1):254-285.

Almqvist, R., (2006), *New Public Management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.

Anell, A., (2011), Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi. I: Hartman, L., (red.) *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS, s. 181-214

Anell, A., (2010), Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso och sjukvården. Rapport 2010:7. Stockholm: Finansdepartementet.

Anell A., (2008), Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov. Lund: KEFU.

Anell, A. och Mattisson, O., (2009), *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.

Anthony, R. och Govindarajan, V., (2006), *Management Control Systems* (12th ed.). Fairfield: McGraw Hill Higher Education.

Berry, A. J., T. Capps, D. Cooper, P. Ferguson, T. Hopper och Lowe, E. A., (1985), Management control in an area of the NCB: Rationales of accounting practices in a public enterprise. *Accounting, Organizations and Society*, 10(1): 3-28.

Blomgren, M., (1999), Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet. (Doktorsavhandling)

Brunsson, N., (1989), *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Chichester: Wiley.

Brunsson, N., (1994), Politicization and ‘company-ization’ – on institutional affiliation and confusion in the organizational world. *Management Accounting Research*, 5(3-4): 323-335.

Brunsson, N. and Olsen, J.P., (1993), *The Reforming Organization*. London and New York: Routledge.

Brunsson, N. och Sahlin-Andersson, K., (2000), *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*. *Organization Studies* 21(4): 721-746.

Busco, C., E. Giovannoni and Scapens, R. W., (2008), Managing the tensions in integrating global organisations: The role of performance management systems. *Management Accounting Research* 19(2): 103-125.

Carlsson-Wall, M., (2011), Targeting target costing: cost management and inter-organizational product development of multi-technology products. Stockholm: Stockholm School of Economics. (Doktorsavhandling).

Carlsson-Wall, M., K. Kraus och Lind, J. (2011/forthcoming), The interdependencies of intra- and inter-organisational controls and work practices – the case of domestic care of the elderly, *Management Accounting Research*.

Carlsson-Wall, M. och Kraus, K., (2010), Target costing in inter-organisational relationships and networks. I: H. Håkansson, K. Kraus och J. Lind. *Accounting in networks*. London: Routledge.

Carlsson-Wall, M., Kraus, K. och Lind, J., (2009), Accounting and Distributed Product Development. *IMP Journal* 3: 2-27.

Carr, C. och Ng, J., (1995), Total cost control: Nissan and its U.K. supplier partnerships, *Management Accounting Research*, 6(4): 347-365

Coase, R. H., (1937), The Nature of the Firm. *Economica* 4:386-405.

Collman, K., (2008), FemTioTusen skäl att omorganisera till TioHundra: en studie av styrsystemet i den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen i Norrtälje med fokus på 9 M. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet. (Licentiatavhandling)

Cyert, R. M. och March, J.G., (1963), *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Dent, J., (1991), Accounting and organizational cultures: A field study of the emergence of a new organizational reality. *Accounting, Organization and Society*, 16:705-732.

Dekker, H.C., (2004), Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements. *Accounting, Organizations and Society*, 29: 27-49.

DiMaggio, P.J. och Powell, W.W., (1983), The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147-160.

Ekermo, M och D. Zovko (2007) Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt — Utvärdering av Sveriges Kommuners och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser. Arbetsrapport 2007:1. Mälardalens Högskola.

Elmersjö, C.-Å. och Nilsson, O., (2008) Fördjupad granskning av Tiohundraprojektet avseende den ”gränslösa” vården och omsorgen samt samordning och styrning av organisationen. Stockholm: Öhrlings PriceWaterhouseCoopers.

Ezzamel, M., (1992), Corporate governance and financial control. I: M. Ezzamel och D. Heathfield (reds.). *Perspectives on financial control*. London: Chapman & Hall, s. 3-26.

Fernler, K., (1996), *Mångfald eller likriktning – Effekter av avreglering*. Stockholm: Nerenius & Santérus.

Fernler, K. och Sjögren, E., (2011), “Material responses to ‘standardized variation’: The case of geriatric nutrition”. Working paper.

Forssell, A. och Norén, L., (2004), *Verktyg för offentlig upphandling*. I: C-F Helgesson, H. Kjellberg och A. Liljenberg (reds.) *Den där marknaden*. Lund: Studentlitteratur, s. 77-99.

Frances, J. och Garnsey, E., (1996), Supermarkets and suppliers in the United Kingdom: system integration, information and control. *Accounting, Organizations and Society* 21: 591-610.

Gittell, J. H. och Weiss, L., (2004), Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework. *Journal of Management Studies*, 41(1): 127-153.

Gurner, U. och Thorslund, M., (2003), *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur&Kultur; 2003.

Helgesson, C-F, H. Kjellberg och Liljenberg, A., (reds.) (2004), *Den där marknaden*. Lund: Studentlitteratur

Hopwood, A.G., (1996), Looking across rather than up and down: on the need to explore the lateral processing of information. *Accounting, Organizations and Society*, 21:589-590.

Hood, C., (1991), A public management for all seasons? *Public Administration*, 69: 3-19.

Hood, C., (1995), The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3): 93-109.

Huberman, A. M. och Miles, M.B. (reds.) (2002), *The Qualitative Researcher’s Companion*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Håkansson, H. och Lind, J., (2004), Accounting and network coordination. *Accounting Organizations and Society*, 29: 51-72.

Håkansson, H., Kraus, K.och Lind, J. (reds.) (2010), *Accounting in Networks*. London: Routledge.

Kajüter, P. och Kulmala, H.I., (2005), Open-book accounting in networks. Potential achievements and reasons for failures. *Management Accounting Research* 16: 179-204.

Kraus, K., (2007), Sven, inter-organisational relationships and control: A study of domestic care of the elderly. Stockholm: EFI.

Kraus, K., och Lind, J., (2008), Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna? I: In: C-F Helgesson och H. Winberg (reds.) *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: EFI, s. 115-134.

Kurunmäki, L. och Miller, P., (2006), Modernising government: The calculating self, hybridization and performance measurement. *Financial Accountability and Management*, 22: 87-106.

Kurunmäki, L., (2004) A Hybrid Profession—the Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29:327-347.

Levy, C. och Waks, C., (2006), Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. Stockholm: SNS Förlag.

Lind, J. och Strömsten, T., (2006), When do firms use different types of customer accounting? *Journal of Business Research*, 59:1257-1266.

Lindholm, C., (2003), Accountability and Accounting in Networks: A Longitudinal Study of Visibility and Concealment in Public Sector Organisations. Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet. (Doktorsavhandling)

March, J. G., (1994), *A Primer on Decision-Making: How Decisions Happen*. New York: Free Press.

Meyer, J. W., och Rowan, B., (1977), Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2): 340-363.

Miles, B., (1994), *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks. California.

Miller, P., Kurunmäki, L. och O’leary, T., (2008) Accounting, hybrids and the management of risk, *Accounting, Organizations and Society* 33: 942-967.

Miller, P. och O’leary, T., (2007), Mediating instruments and making markets: Capital budgeting, science and the economy. *Accounting, Organizations and Society*, 32(7-8): 701-734.

Medical Management Centrum (2011), *Från två till TioHundra. Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall (Rapport november 2011)*. Stockholm: Medical Management Centrum, Karolinska Institutet.

Mouritsen, J., Hansen, A., och Hansen, C.Ø., (2001), Inter-organizational controls and organizational competencies: episodes around target cost management/functional analysis and open book accounting. *Management Accounting Research*, 12(2): 221-244.

Robson, K., (1992), Accounting numbers as “inscription”: Action at a distance and the development of accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 17(7): 685-708.

Røvik, K. A., (2000), *Moderna organisationer: trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Malmö: Liber.

Schön, P., L. Hagman och Wånell, S. E., (2011), TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre. Utvärdering av TioHundraprojektet i Norrtälje. Stockholm: Äldrecentrum

Scott, W.R, M. Ruef, P. Mendel och Caronna, C., (2000), *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.

Shaw, S., R. Rosen och Rumbold, B., (2011), *What Is Integrated Care?* London: Nuffield Trust.

Sjögren, E., Winberg, H Paulsson, T och Neij, F., (2010), *Hälsa per krona. Leading Health Care Report 2010:1*. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009*. Stockholm: SKL.

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. 2007. *TioHundra – kommun och landsting i samma båt*. Stockholm: SKL.

SLL Utveckling & styrning (2010), *Diskussionsunderlag inför planering av vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet, under 2011*. Landstingsstyrelsens förvaltning – SLL Utveckling & styrning, Arbetsmaterial 2010-12-13.

SOU, Statens offentliga utredningar (2011), *Kommunaliserad hemsjukvård*. SOU 2011:55. Stockholm: Fritzes.

SOU, Statens offentliga utredningar (2000), *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* SOU 2000:114. Stockholm: Fritzes.

TioHundraförvaltningen (2011), *Allmänna villkor 2011 för att bli godkänd som utförare i kundval*. Norrtälje: TioHundraförvaltningen.

TioHundranämnden (2011), *Verksamhetsplan TioHundranämnden 2011-2012*. Norrtälje: TioHundraförvaltningen.

Åhgren, B och Axelsson, R., (2011), A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care* 11;11. Available from: <http://www.ijic.org>.

Öhrlings PWC, (2009), *TioHundra – Någonting har hänt! En utvärdering av TioHundraprojektet*. Tillgänglig via http://www.tiohundra.se/PageFiles/101/TioHundra_utvardering.pdf

Östman, L., (2008), *Den finansiella styrningens realiteter och fiktioner*. Stockholm: EFI.

Øvretveit , J., J. Hansson och Brommels, M., (2010), An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy*, 97(2-3): 113-121.

Appendix 1: Intervjupersoner

Antalet intervjuer per person är en, om inte annat anges i parantes efter namnet.

TioHundraförvaltningen

Karin Thalén, förvaltningschef (3)

Kristian Damlin, ekonomichef (2)

Lars Johansson, avtalshandläggare

Gunilla Thornberg, avtalshandläggare

Birgitta Jonsson, avtalshandläggare

Joakim Myrsnäs, avtalshandläggare

Viveka Söderbärg Åhs, systemförvaltare/strategisk kvalitetsutvecklare

Sandra Raimundo, ekonom

Vårdbolaget – TioHundra AB

Lars Skoglund, VD (2)

Göran Hägerfelth, Divisionschef Närvården

Hans Mirsch, ekonomidirektör

Anne Koski, controller

Carina Rodensjö, controller

Magdalena Melin, controller

Magnus Hedberg, controller

Eva Stålrantz, marknadschef

Ann Garpefält, verksamhetschef BUF

Cecilia Thulin, enhetschef Skolhälсан

Ann-Catrine Englund, verksamhetschef Psykiatri

Markus Bergenheim, enhetschef BUP

Margareta Berg, enhetschef Socialpsykiatri

Gun Britt Hammarsten Östling, enhetschef Socialpsykiatri

Lena Karlsson, verksamhetschef habilitering & handikapp

Katarina Emmoth Forsberg, enhetschef Rehabilitering

Lena Gardell, enhetschef Södra VC

Katarina Mattsson, verksamhetschef Mottagningar och vårdplatser

Eva Hörting, verksamhetschef Ortopedi

Monica Lundin, verksamhetschef sjukgymnastiken

Efva Lagerstedt, verksamhetschef an/iva/op/rtg

Övriga

Lisbeth Wedin, VC Husläkarmottagningen i Rimbo

Lena Blom, bitr. avdelningschef, Utvecklingsavdelningen, HSNF

Lena Cronvall Morén, fd ordförande TioHundranämnden



[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

