

Leading Health Care

Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk (aka "LHC-matrisen")

LHC Working Paper 2016-01

Att styra, organisera och utveckla vård är en utmaning. Ett genomgående problem är att vi tenderar att se vården som en enhet, med samma problem och mål. Det leder ofta till att lösningar, system och riktlinjer utformas för att gälla hela vården, men underlaget för att ta fram dem kommer från en viss del av verksamheten. Vanligen delar vi upp vården efter hur produktionen ser ut, men då är risken stor att vårt resonemang baseras på samma tankefel som har skapat de problem vi försöker lösa.

Istället har vi tagit fram ett analysramverk som synliggör och beskriver olika behov utifrån fyra olika patientgrupper. Ramverket skall ses som ett diskussionsunderlag, och är inte till för att sortera in patienter, utan för att se behovet av olika organisationslösningar och styrmodeller för olika grupper och behov.

Vi har valt att utgå ifrån två grundläggande dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över lång tid, eller livslångt. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras.

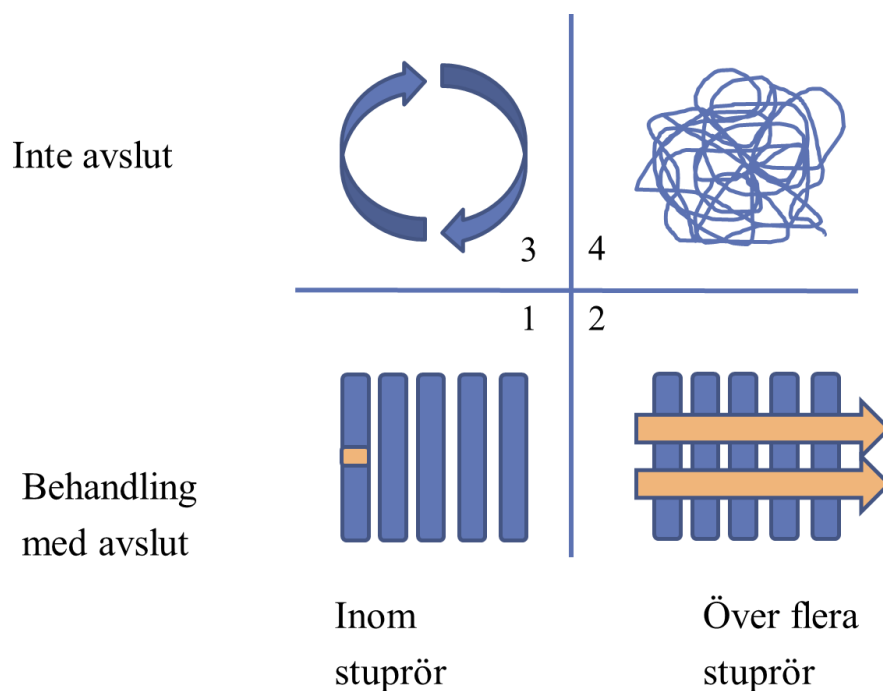
Den första gruppen utgörs av patienter med en åkomma som kan botas, och som kan hanteras inom en specialitet. Det rör sig om "enkla" patienter, utan komplikationer, och ofta med ett relativt lindrigt sjukdomstillstånd. Vården kan lösas inom en enhet, antingen i primärvård eller hos en specialist. Efter behandling och uppföljning är patienten "klar", och inga fler vårdkontakter behövs tills nästa behov uppstår. Här passar dagens vårdorganisation med uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden bra. Samverkan är inte en stor fråga, eftersom allt effektivt kan skötas inom en enhet.

Nästa grupp består av patienter med en komplex åkomma men som kan botas. Detta är svårare fall, där insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter behövs för att möta behoven. Här observeras återkommande problem med långa väntetider under processen och en allmänt svårnavigerad väg genom vården för patienten. För att lösa detta har man arbetat med vårdflöden och vårdprocesser. Arbetet har pågått sedan flera decennier under olika namn. De senaste åren har mycket gått under benämningen Lean. För att kunna styra mot en hel process istället för enskilda delar har man också pratat om vårdepisoder, och börjat ta fram

styrmodeller för sådana. Samverkan och övergångar mellan på varandra följande vårdinsatser och ett snabbt flöde blir en huvudfråga, och målet är en avslutad och lyckad behandling.

En tredje växande patientgrupp är kroniker. Det främsta som skiljer dem från de två ovan beskrivna grupperna är att behandlingen inte har ett slut, utan är en livslång process. Målet är inte att bota, utan att undvika en försämring i livskvaliteten eller ett läge som kräver sjukhusvård. Dagens insatsinriktade styrning passar illa för den här gruppen. Här blir andra frågor viktigare, som förebyggande åtgärder, livsstil och kontinuitet.

Den sista men svåraste patientgruppen som tas upp i ramverket är patienter med flera allvarliga åkommor samtidigt. Det handlar ofta om gamla och sköra människor där det inte alltid går att bota, men även personer med sällsynta diagnoser. Ofta påverkar de olika åkommorna möjligheten att behandla, och kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. Det är också problematiskt att använda standardiserade vårdprogram eller att tala om episoder. Gruppen är relativt liten (ca 3%) men mycket resurskrävande (50% av vårdkostnaderna).



De fyra grupperna ställer helt olika krav på styrning.

1. Den första gruppen, enkla patienter, gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård, precis som den ser ut i dag. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

2. Den andra gruppen, komplicerade patienter, gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad vård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.
3. Den tredje gruppen, patienter med kronisk sjukdom, gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa och monitorering av ett kroniskt tillstånd, helst utanför sjukhuset. Patientens roll i sin egen vård blir central.
4. Den fjärde gruppen, multisjuka, gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att hantera denna svåra grupp som gynnas av kontinuitet, teamarbete och nätversorienterad sjukvård.

Ramverket synliggör fyra olika typer av patientbehov, som kräver olika insatser och olika grad av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare. En enkel lösning med få inblandade är oftast både bäst och billigast, men är inte alltid tillräcklig för att nå de mer komplexa grupperna. Såväl ersättningsmodeller, IT-system, samverkansformer och roller för de inblandade professionerna behöver utformas olika för var och en av grupperna.

En viktig insikt är att inte låta en av patientgrupperna vara styrande över alla andra. Idag läggs mycket fokus på den första gruppen, enkla patienter med en diagnos. Vården är i mångt och mycket organiserad på det viset, och medel fördelas i stor utsträckning till enheter som är organiserade kring någon specialisering. På sistone har mycket arbete initierats med den andra gruppen, mer komplexa patienter som behöver en smidigare väg genom vårdens processer, men det är viktigt att inse att snabba standardiserade flöden inte är en lösning för alla. Den tredje gruppen, kroniska patienter, har en annan grundsituation, och här behövs det en annan styrning för att så långt som möjligt skapa en situation med ”friska” kroniker. Den sista gruppen är komplex, och det pågår försök med stödpersoner som kan ha ett helhetsgrepp kring såväl vård och omsorg, och koordinera behovet av vårdinsatser.

Olikheterna mellan patientgrupperna gör att det blir orimligt att göra en vårdövergripande standard på flera viktiga områden. Vi kan inte styra, organisera eller ersätta på samma sätt för alla. Målen är olika, möjligheterna att behandla är olika. Några patientgrupper går bra att hantera i en effektiv och standardiserad vårdproduktion, medan andra inte alls går att behandla på samma sätt som de enkla och i övrigt friska patienterna i grupp ett och två.

Vården behöver en styrning som gör det möjligt att anpassa aktiviteter till det som patienten behöver. En alltför hög grad av standardisering och övergripande styrning i form av generella ersättningssystem, riktlinjer och processer blir problematiskt.

Jon Rognes
Hans Winberg
Mats Tyrstrup
Anna Krohwinkel

Stiftelsen Leading Health Care