

värdeord

Leading Health Care *Årsskrift* 2012

FRAMTIDENS ÄLDREOMSORG

– SKA VI STYRA MED PENGAR
ELLER LÅTA PENGARNA STYRA?



HÅKAN SÖRMAN OM VÄLFÄRDENS UTMANINGAR

PÅ VÄG MOT EN BÄTTRE VÄLFÄRDSDEBATT

VAD HÄNDE UNDER 2012?

ETT ENPROCENSTMÅL FÖR INNOVATIONENS SLUTSTEG

INTERNATIONELLA UTBLICKAR PÅ SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG

*”Forskning och praktik har mycket
att vinna på möten över gränser”*

Claes-Fredrik Helgesson, professor och styrelseordförande i LHC

Innehåll

Detta är LHC:s nya ordförande

LHC i Almedalen

Framtidens äldreomsorg – ska vi styra med pengar eller låta pengarna styra?

Uppdrag Välfärd: Välfärden är värd en bättre debatt!

Kvalitet i äldreomsorg – ett samtal om hur vi når dit

Vad hindrar användningen av innovationer i vården?

Prioriteringar inom sjukvården

- hur kan det sällsynta lära oss att tänka rätt(are)?

Kraven ökar än mer på vård, skola och omsorg

Ett samtal mellan Håkan Sörman, Hans Winberg och Pontus Braunerhjelm

På väg mot en bättre välfärdsdebatt

Uppdrag Välfärd

LHC föreslår enprocentsmål för innovationer

Permobil belönat av LHC

Risk att myndigheterna blir fler istället för färre

Flera nya idéer kläcktes av partnernätverket

Mer samarbete och nya perspektiv på värden

Tre parter vill arbeta fram sammanhållen rehabilitering

Brittiskt intresse för svenska lösningar

Brittiska slutsatser

3	"Att hitta ekonomiska styrsystem kan ta litet längre tid"	18
4	<i>Halvtid för regeringens äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholm</i>	
4	Komplexa patienter kräver nya lösningar: Några slutsatser från LHC	21
5	Internationella utblickar på vård & omsorg av äldre	21
6	Exempel för Sverige att lära av	21
7	2012 – året då allt hände	22
7	2013 – det händer ännu mer	23
6	CUPS fyller 20 år	23
8	Det akademiska nätverket garanterar både bredd och djup	24
	"Bara av akademiskt intresse"? – långt därifrån!	27
12	Mission & Historik	27
13	Fler LHC-rapporter 2012 än någonsin	28
14	Förnyelse av LHC:s styrelse	29
14	Tre parter vill arbeta fram sammanhållen rehabilitering	30
15	Oklarheter kring ansvar och styrsystem drabbar dem med	
15	funktionshinder	30
16	Varför går ni med i LHC?	31
31	Här är du med på sjukvårdens mest intressanta möten	31
17	Leading Health Care, kansli och kontakt	32
17		

Detta är LHC:s nya ordförande

Claes-Fredrik Helgesson är ny ordförande i Stiftelsen Leading Health Care. Här presenterar han sig för alla som är engagerade i LHC:s olika nätverk. Han arbetar till vardags som professor på Tema Teknik och social förändring vid Linköpings universitet.

Hur länge har du forskat på sjukvården?

– Jag började intressera mig för medicin och hälso- och sjukvård för ungefär 15 år sedan. Till en början rörde det utmaningarna med kunskapsstyrning, som också var ett intressant område för mer principiella frågor om möjligheterna och begränsningarna i att styra med kunskap.

Vilken är din inriktning?

– Jag är i grunden civilekonom och ekonomie doktor med inriktning på sektoriell omvandling. Sedan många år har mitt fokus mycket kommit att handla om att studera hur marknader formas, samt hur vetenskaplig kunskap formas av de sammanhang vari den utvecklas och sprids. Jag är sedan några år professor på den tvärvetenskapliga avdelningen Teknik och social förändring i Linköping och verksamheten där knyter väl an till de vetenskapsområden, där jag känner mig särskilt hemma – Teknik och vetenskapsstudier (STS, efter Science and Technology Studies), ekonomisk sociologi samt delar av organisationsforskningen.

Har du någon käpphäst i LHC-sammanhang?

– Jag sitter på ett helt stall. Samtidigt hoppas jag att jag är förmögen att ompröva var och en av mina käpphästar när det finns goda argument för det. En central käpphäst för mig under senare år har varit att styrning och organisering av hälso- och sjukvård har att beakta en lång rad centrala värden, såsom behovssolidaritet, kostnadskontroll och kostnadseffektivitet. Det leder till många svåra avvägningar som måste grundas i bedömningar. Det gör också att jag kan bli upprörd när jag möter uttalanden eller för all del reformförsök som förespeglar att det kan finnas optimala lösningar. De är inte bara vilseledande i sak utan försvårar de viktiga samtal vi behöver ha i samhället om just de viktiga avvägningar mellan olika värden som behövs.

Du har ju deltagit i LHC:s verksamhet under flera år – är det något särskilt i sjukvården eller i kontakterna mellan LHC och sjukvården som förvånat dig?

– Inte direkt. Jag har med åren blivit mer ödmjukt beundrande över alla de strävanden till förbättring som sker i det komplexa system som är sjukvården. När jag började forska på området var det områdets komplexitet med sammanflätningen av frågor rörande hälsa och sjukdom, medicinsk vetenskap, ekonomi och organisering som väckte min nyfikenhet.

Många aktörer i sjukvården återkommer till svårigheterna att diskutera och utbyta erfarenheter över olika verksamhetsgränser. Vad kan LHC göra åt det? Ser du någon utveckling i frågan?

– LHC kan givetvis spela en roll här. Vi skulle behöva nå längre och involvera fler partners.

Kommer sjukvården att klara de närmaste decenniernas utmaning från de demografiska förändringarna?

– Jag är inte bättre placerad än någon annan för att kunna svara på den frågan. Den centrala frågan är snarast hur utmaningarna kommer att klaras.

LHC:s verksamhet under 2012 har formligen exploderat – aldrig har så många seminarier hållits och aldrig har så många publikationer i tunga ämnen givits ut. Orkar ni med den takten också framöver?

– Det är givetvis roligt att finns en stor efterfrågan på det som LHC gör och att vi har ett stort och växande forskarnätverk som är delaktigt i verksamheten. En hög volym eller en stor tillväxt har emellertid inget direkt värde i sig. Det mest centrala är att vi håller en hög och jämn kvalitet och att vi når ut med det vi gör. Det som vi har åstadkommit under 2012 vittnar om att vi klarar att leverera värdefulla bidrag av hög kvalitet även i en större skala.

LHC har under 2012 knutit flera internationella kontakter – är det en väg som ni ska fortsätta på? Kan kunskaper och erfarenheter från andra sjukvårdssystem komma till användning här hemma?

– Absolut! Vi behöver många former av internationella kontakter. Dels för att få del av kunskaper och erfarenheter från andra sjukvårdssystem, men också för att ta del av internationell forskning. Vi får inte heller glömma att vi också kan lära från andra verksamhetsområden.

Vilka är LHC:s innersta kärnvärden?

– Forskning och praktik har mycket att vinna på möten över gränser. Det finns mycket värdefullt som kan komma fram när olika parter möts i ett gemensamt utforskande av angelägna frågeställningar. Forskare kan med begrepp och tankemodeller ge nya perspektiv på en tidigare (alltför) välbekant problematik och därmed öppna för att samtal och problemförståelse tar nya riktningar.

”Jag har med åren blivit mer ödmjukt beundrande över alla de strävanden till förbättring som sker i det komplexa system som är sjukvården.”

En ordförande för LHC har tillgång till stora kunskapsmängder men är ju långt ifrån allsmäktig. Om du för ett ögonblick skulle få allsmäktighet – vilket problem i sjukvården skulle vara det mest angelägna att lösa?

– De mest angelägna problemen går inte att lösa. Det handlar exempelvis om hur vi i samhället kontinuerligt ska göra välgrundade och legitima avvägningar mellan olika goda värden. I sjukvården kan det handla om att beakta principerna om vård efter behov, kostnadskontroll och solidaritet med den gemensamma finansieringen. I utvecklingen av nya behandlingsmetoder kan det handla om att beakta såväl klinisk relevans som möjlighet att finansiera utvecklingen. De värdemotsättningar som finns här tror jag kommer accentueras framöver. Skulle jag vara allsmäktig för ett ögonblick skulle jag värva en stor mängd individer inom sjukvården för att tillsammans med dem arbeta med att utveckla former för organisering och procedurer som möjliggör mer välgrundade och välförankrade avvägningar.

Fler seminarier och större publik hos LHC i Almedalen 2012

Det här var året då LHC fick rykte om sig att arrangera både välbesökta och givande seminarier i Almedalen. Med tre egna seminarier och medverkan på ytterligare två var detta den mest ambitiösa Almedalssatsningen hittills hos LHC.



Framtidens äldreomsorg – ska vi styra med pengar eller låta pengarna styra?

Vården och omsorgen om äldre präglas av bristande samordning. Till viss del beror det på hur ersättnings-systemen ser ut. LHC har analyserat hur vedertagna modeller för vårdens och omsorgens styrning kan utmanas. Hur får vi till en styrning som fungerar bättre runt de äldre?

Situationsanpassat

LHC:s första Almedalsseminarium, på måndagen den 2 juli, inleddes med att generalsekreterare Hans Winberg och forskningsledare Anna Krohwinkel Karlsson presenterade rapporten "På väg mot en värdefull styrning". Den har tagits fram på uppdrag av regeringens äldresamordnare, Eva Nilsson Bågenholm, inom ramen för den miljardsatsning på sjuka äldre som görs under mandatperioden.

I rapporten dras slutsatsen att principerna för styrning av vård och omsorg måste revideras. Bland annat för att stödja ett situationsanpassat omhändertagande:

- Ekonomisk styrning bör utformas så att den möjliggör ett visst mått av flexibilitet i vardagsarbetet – även över organisationsgränser, menade Hans Winberg och hänvisade till den av LHC flitigt använda bilden av ett gymnastikgolv, där linjerna för flera olika sporter representerar olika styrimpulser som utförarna måste förhålla sig till på en och samma gång.

Snubbeltråd för de anställda

- Ändrade ersättningssystem är i sig inte tillräckliga för att uppnå samverkan, men ersättnings-

systemen borde åtminstone inte hindra samverkan, betonade Hans Winberg.

- Den enhetsvisa ekonomistyrning vi har idag fungerar ofta som en snubbeltråd när de vårdprofessionella vill röra sig över golvet.

Presentationen fortsatte med en redogörelse för LHC:s förslag på hur styrningen bör förändras:

- Vi är inte så intresserade av att definiera den "bästa" indikatorn för specifika ekonomiska incitament. Vårt fokus ligger istället på att hitta nya grunder för att fördela ansvar och ersättning som är gränsoverskridande och premierar det sammantagna resultatet av patientens väg genom systemet, snarare än produktionen inom varje enskild verksamhet, sa Anna Krohwinkel Karlsson.

Ungdomspolitikerna om äldre

Till seminariets andra del hade LHC bjudit in Erik Bengtzboe, ordförande för MUF, och Gabriel Wikström, ordförande för SSU, för att ge sin syn på framtidens äldreomsorg. Dagens ungdomspolitiska ledare är ju de som kommer att ta hand om den förestående äldreboomen. Var ser ungdomspolitikerna att de största

utmaningarna ligger? Hur skulle de själva vilja bli omhändertagna, och hur kan och bör våra svenska system utvecklas för klara uppgiften?

Det blev ett konstruktivt samtal där flera centrala avvägningar diskuterades – mellan individualisering och likabehandling; mellan konkurrensutsättning och kontinuitet; mellan kvalitetskontroll och innovationsutrymme. I fråga om möjligheterna till ett situationsanpassat omhändertagande nämndes både privat tilläggsfinansiering och förbättrat brukarinflytande i det dagliga tjänsteutövandet som möjliga vägar framåt.

Högre löner

Ungdomspolitikerna fick också frågan hur man kan få människor att i större utsträckning intressera sig för vårdyrkena. Båda två nämnde högre löner och bättre lönespridning, större utvecklingsmöjligheter inom yrket och möjligheten till heltids-/deltidsarbete. Hälso- och sjukvården måste utveckla ledarskapet och bekämpa de fördomar som finns mot att jobba med människor, menade ungdomspolitikerna.



Uppdrag Velfärd: Velfärden är värd en bättre debatt!

Tisdag 3 juli. Det senaste årets debattklimat har åskådliggjort behovet av bättre kunskapsunderlag om det svenska välfärdssystemet. Behövs det forskning utifrån fler perspektiv? Vid ett mycket välbesökt Almedalsseminarium på tisdagen den 3 juli presenterades Uppdrag Velfärd, ett forskningssamarbete mellan tankesmedjorna Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Health Care, som bland annat har målet att nyansera diskussionen om effekterna av olika styrsystem i välfärdssektorerna.

Bort från "antingen-eller"

Seminarier inleddes med att Martin Ådahl, VD på Fores, Pontus Braunerhjelm, VD på Entreprenörskapsforum och Hans Winberg, generalsekreterare på LHC, presenterade det gemensamma programmet.

- Grundtanken är att bidra till en öppen och konstruktiv debatt. Genom att kommunicera nationellt och internationellt högklassig forskning ska vi bidra med idéer om hur välfärdssektorerna kan utvecklas, inledde Martin Ådahl.

Initiativtagarna presenterade några utgångspunkter för de studier man ska initiera. En ambition är att flytta fokus från dagens "antingen-eller-debatt". Det mest intressanta är inte att diskutera "privat eller offentligt" utan *hur* vi ska lösa välfärdssektorns problem. I det gemensamma projektet behövs en diskussion kring vilka värden vi vill främja med instrumenten för styrning, ledning och organisering.

- Hur kan ett ökat utrymme för individuella valmöjligheter kombineras med målet om rättvisa? Hur kan vi främja mångfald utan att riskera jämlikheten? Hur kan en reglering som inte begränsar möjligheterna till utveckling och expansion utformas? Detta är exempel på frågor vi vill belysa, förklarade Pontus Braunerhjelm.

Olika infallsvinklar

Förhoppningen från de tre tankesmedjorna är att de ska dra nytta av att deras kompetensområden spänner över såväl styrning på policynivå som ledning på verksamhetsnivå och innovationsprocessen.

- Våra tre organisationer har olika infallsvinklar och fokus. Det är en tillgång, för de mest intressanta frågorna tenderar att uppstå i skärningspunkterna mellan olika sfärer och intressen, betonade Hans Winberg.

I linje med detta hade tankesmedjorna bjudit in två mycket erfarna föreläsare för olika delar av välfärdssystemet att ge sina synpunkter på det nya forskningsinitiativet: Eva Fernvall, varumärkesdirektör på Apoteket, och Håkan Sörman, VD på Sveriges Kommuner och Landsting.

Ulrika Stuart Hamilton, moderator och vice VD på Entreprenörskapsforum, inledde med frågan om vilka problem med koppling till styrningen inom välfärdsområdet som gästerna såg som mest angelägna att belysa?

- Det är viktigt att skapa mer kunskap om hur systemen som helhet fungerar. Samtidigt som vi fått mer brukarinflytande så har vi fortfarande problem med vertikal styrning och professionella revir. Hur samverkar dessa faktorer för att

skapa resultat för patienten? Det är ett exempel på en breddfråga där tankesmedjorna behövs, menade Eva Fernvall.

Ledarskapet viktigt

- Inom Sverige finns stora geografiska skillnader i fråga om andelen privata utförare i välfärdssektorerna och vilka styrmodeller som används. Kan man koppla detta till kvalitetskillnader eller förutsättningar för kvalitetsutveckling? Det är en fråga jag är intresserad av, sa Håkan Sörman.

Båda poängterade att de ville veta mer om ledarskapets betydelse för att säkra kvaliteten i välfärdstjänsterna.

- Ledarskapet är självklart en nyckelfaktor för att varje enskild verksamhet ska fungera bra, men man måste också fråga sig vad huvudmännen i form av kommuner och landsting vill ha ut av ledarskapet på aggregerad nivå? Är det innovation, en jämn kvalitet, eller något annat som efterfrågas, undrade Eva Fernvall.

Därmed kom diskussionen tillbaka till vikten av att integrera olika nivåer, perspektiv och värden i analysen – något som de tre initiativtagarna till Uppdrag Velfärd ser fram emot att jobba vidare med under utvecklingen av programmet.



Almedalen torsdag 5 juli 2012

Kvalitet i äldreomsorg – *ett samtal* om hur vi når dit

Glädjande nog blir vi allt äldre. Vi kan jobba längre och leva ett bättre liv långt upp i åren. Likafullt blir vi så småningom ofta sjuka och beroende av stöd och hjälp. När vi blir äldre vill vi vara delaktiga i den vård och omsorg vi får och vi vill kunna säga ifrån om vi inte får bra vård.

På torsdagen den 5 juli arrangerade Price Waterhouse Coopers (PwC) ett rundabordssamtal kring hur vi kan närma oss kvalitet i äldreomsorgen.

I panelen: Kerstin Alberius, Svenska Kyrkans utredare för äldreomsorg, Mats Brommels, professor vid Karolinska Institutet, Roine Gillingsjö, partner på Price Waterhouse Coopers, Stina-Clara Hjulström, ordförande i Demensförbundet, Eva Nilsson Bågenholm, regeringens äldresamordnare, och Hans Winberg, LHC:s generalsekreterare. Edvard Unsgaard, Founding Partner, Nordic Public Affairs AB var moderator.

Diskussionen öppnades med frågan om vilka förväntningar vi har på äldreomsorgen. Stina-Clara Hjulström berättade om två verkliga exempel där det inte hade fungerat bra, exempel där hemmaboende pressats för långt och nödvändig vårdpersonal saknats i omsorgsverksamheten.

Svårt mäta kvalitet

Panelen konstaterade att det är svårt att mäta kvalitet i äldreomsorgen. Vad är en god omsorg och hur mäter man det? Ofta fastställer man en lägstanivå. Det ger inte en god omsorg, men det kanske avväjjer riktigt dålig omsorg.

- Det saknas ofta mått och det saknas utvecklingsarbete. Vi behöver förbättra brukarenkäterna, enligt Eva Nilsson Bågenholm.

Det ligger också ett uppdrag från socialdepartementet på SIS att ta fram ett förslag till standard för äldreomsorg.

Många krav samtidigt

Hans Winberg påpekade att verksamheterna har väldigt många krav och styrsystem att ta hänsyn till, och att det inte alltid går att uppfylla dessa samtidigt.

- Vi kan inte heller isolera delar av ett system och bara arbeta med dessa, utan allt hänger samman. Om patienten skall vara i centrum måste vi utgå från verksamheten och individen, inte bara arbeta med medelvärden och behandla gamla som en homogen grupp, sa Hans Winberg.

- Det finns oerhörda skillnader, och de kan bara hanteras lokalt i varje situation. Då måste vi ge möjligheter till detta och inte styra för hårt.

Skapar inte hög kvalitet

När panelen diskuterade upphandling konstaterades att LOU har gjort en hel del skada. Samarbeten som fanns på 80-talet har brutits sönder. Idag är både styrning och upphandling reglerade på detaljnivå.

En jurist i publiken påpekade att dagens upphandlingslagstiftning inte ger stöd för att skapa hög kvalitet, bara undvika alltför dålig kvalitet, vilket är defensivt. Skallkraven går bara att ställa på en hygiennivå och driver inte innovation och förbättringar. Det är svårt att upphandla hög kvalitet.

Andra synpunkter i diskussionen:

- *Det finns alltför lite kunskap i omsorgen jämfört med vården.*
- *Mer mätning och uppföljning, sa några.*
- *Andra menade att byråkratin sväller för mycket.*
- *Förmågan till förändringsarbete varierar mycket inom kommunerna - många saknar resurser och kompetens att själva arbeta med förbättringar.*
- *PwC menade att tredjepartsrevision kan vara ett sätt att bidra till kvalitetsutveckling.*

Karin Fernler från Handelshögskolan, medlem i LHC:s styrelse, kommenterade att man blir vad man mäter.

- Vi kan inte mäta för många indikatorer, då slås den dagliga verksamheten sönder. Vi måste också kunna flytta pengar över gränserna, mellan silos, på ett mer intelligent sätt.

Almedalen tisdag 3 juli 2012

Vad hindrar *användningen* av innovationer i vården?

Upptaget av ny medicinsk teknologi i Sverige har blivit allt långsammare under senare år. Hur påverkar detta patienterna och konkurrenskraften, och vilken roll spelar ekonomiska överväganden? Hur kan innovationsstrategin, läkemedelsstrategin och andra initiativ förbättra utvecklingen? Hur kan olika aktörer bidra till att politik och styrning skapar goda villkor för innovationer i vården? LHC:s generalsekreterare Hans Winberg modererade ett fullsatt seminarium i Wisby Hotells spegelsal kring dessa frågor. Seminariet arrangerades av LHC i samarbete med AstraZeneca och MSD.

Claes-Fredrik Helgesson, LHC:s styrelseordförande och professor vid Tema Teknik och social förändring vid Linköpings universitet, inledde. Han uppmanade till en syn på innovationsprocessen som sätter fokus på den anpassning som sker i själva användandet, snarare än spridningen av något "färdigutvecklat". Han lanserade tre huvudpunkter för att bättre förstå hur innovationer tas emot i vårdverksamheterna:

Värde skapas i användningen

- *Se det systemiska: Innovation måste ses i sitt sammanhang, vilket förutom forskarna även inbegriper andra vårdprofessioner och inte minst brukarna.*
- *Se värdeskapandet: Värde skapas till syvende och sist i innovationens slutsteg – användningen.*
- *Hantera värdekonflikterna: Många värden,*

som ibland befinner sig i konflikt med varandra, kombineras i innovationspolitiken och i olika styrinitiativ. Vi måste initiera en diskussion kring hur olika värden ska balanseras!

Panelen bestod av Stefan Carlsson, nybliven landshövding i Kalmar län och tidigare särskild utredare i Statens vård- och omsorgsutredning, Anders W Jonsson (C), första vice ordförande i Centerpartiet och riksdagsledamot, Michael Nally, VD för MSD Sverige, Ingela Nylund Watz (S), riksdagsledamot med plats i näringsutskottet, Martin Olovsson, VD för AstraZeneca Nordic-Baltic och Christina Åkerman, generaldirektör på Läkemedelsverket.

Systemperspektiv viktigt

Det blev en livlig debatt kring ämnen som myndighetskultur, kostnadskontroll, rationaliseringsinvesteringar, innovationsupphandling,

populationsbaserad styrning, forskningsincitament och huvudmannaskap.

Att modeller för värdering av samhällsnyttan av nya innovationer inte alltid beaktar det värde som sker i patientanpassningen stod klart. Även om åsikterna gick isär i sakfrågorna verkade de flesta kunna enas om att ett systemperspektiv är nödvändigt för att kunna väga olika perspektiv mot varandra och bidra till ett nyanserat samtal om policylösningar.

Hans Winberg knöt ihop säcken genom att presentera förslaget att en procent av de resurser som investeras i medicinsk forskning borde avsättas till att bättre förstå såväl förutsättningarna för att ta fram innovationer som att omsätta dem i vardagen, något som LHC även utvecklat i en aktuell rapport om innovationens slutsteg. (se s. 14)

Almedalen torsdag 5 juli 2012

Prioriteringar inom sjukvården - hur kan det *sällsynta* lära oss att tänka rätt(are)?

Forskning och praktiskt arbete för att förbättra behandling av sällsynta diagnoser har intensifierats kraftigt under senare år. Bland annat har en Nationell Funktion för Sällsynta Diagnoser (NFSD) nyligen inrättats.

Seminariet arrangerades av Riksförbundet Sällsynta diagnoser. I expertpanelen ingick: Anders Blanck, vd Läkemedelsindustriföreningen, Mats Eriksson (M), ordförande i SKLs sjukvårdsdelegation, Lena Hallengren (S), vice ordförande i Riksdagens socialutskott, Anders Olauson, ordförande i Ågrenska stiftelsen, Elisabeth Wallenius, ordförande i Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Marie Wedin, ordförande i Läkarförbundet, och Hans Winberg, generalsekreterare i LHC. Moderator var Per Gunnar Holmgren.

Förfinade diagnoser

Panelen konstaterade att det finns mycket som den bredare sjukvården kan lära av forskning och vård kring de sällsynta diagnoserna.

Sällsynta diagnoser utgör en växande utma-

ning för det traditionella sättet att organisera och styra hälso- och sjukvården, inklusive forskningen. Ett återkommande begrepp var att sällsynta diagnoser skapar en komplexitet i forskning och behandling som vi kommer att få se alltmer av i framtiden även i andra delar av sjukvården.

Sällsynta diagnoser utgör också en föregångare för en alltmer förfinad diagnostiserings- och behandlingsforskning, som blir alltmer aktuell också i stora folksjukdomar som cancer. Denna nya forskning kräver en närhet mellan patient och forskare som avviker från det traditionella populationsbaserade forskningsparadigmet.

Hans Winberg konstaterade att motsvarande nya krav kommer att ställas på organisering, styrning och ledning av hela hälso- och sjukvårdssystemet. En ökad individualisering av behandling ställer nya krav på kunskapsöverföring och kunskapsstyrning.

Kunniga patienter

Sällsynta sjukdomar utmärks vidare av att patienter och anhöriga ofta har större kompetens än vårdpersonalen. Medicinsk expertkunskap finns bara hos ett fåtal högt specialiserade

vårdgivare. Också här kan sällsynta diagnoser bidra till att lära såväl patienter som vårdpersonal att skapa andra fruktbara relationer än den traditionella expert-/vårdtagarrollen.

Det är viktigt att samla kunskap och kompetens om, och kanske även resurser för, forskning och behandling av sällsynta diagnoser i både nationella och regionala centra. Exempel är nationella kvalitetsregister och behandlingsriktlinjer för sällsynta sjukdomar. Här måste geografiska gränser kunna överbryggas, inte bara mellan landsting och kommuner utan även över landet.

För vissa sällsynta diagnoser kan kunskap och behandling till och med behöva centraliseras till europeisk nivå.

En annan prioritering

Under seminariet diskuterades även prioriteringen av kostsamma sällsynta läkemedel. Här finns en stor utmaning eftersom dagens system är konstruerade för att prioritera läkemedel för stora patientgrupper, samtidigt som det utvecklas allt fler sällsynta läkemedel också för folksjukdomar som cancer.

Prioriteringsfrågan är följaktligen inte begränsad till sällsynta diagnoser.

Ett samtal mellan Håkan Sörman, Hans Winberg och Pontus Braunerhjelm om ledning, styrning, organisering och innovation i välfärden

Kraven ökar än mer på

HÅKAN SÖRMAN

Idag: VD för Sveriges Kommuner och Landsting sedan 2004. 60 år.

Utbildning: Civilekonom från Handelshögskolan i Stockholm.

Tidigare: Bland annat stadsdirektör i Södertälje, kommunchef i Täby.

Fokus: Håkan Sörman har aktivt arbetat med att införa transparens och utvärdering, med början i vårdsektorn. Öppna jämförelser har spridits till socialtjänst, äldreomsorg och skola.

Avlyssning: Per Gunnar Holmgren
Avbildning: Rikard Kilström



Välfärdssektorn står inför enorma utmaningar när kraven på skola, omsorg och hälso- och sjukvård drastiskt ökar. Här bjuder vi in till ett samtal som tar upp några av utmaningarna och resonerar om möjligheterna och vägarna framåt för den svenska välfärden.

Vi ska mötas på Håkan Sörmans arbetsrum på femte våningen i en modern kontorsbyggnad i centrala Stockholm. Alla som någon gång kört bil söderut på Söderleden, som binder samman Norrmalm och Södermalm, har sett den orange-gul-vita logotypen högt ovanför den pulserande trafiken – ”Sveriges Kommuner och Landsting” står det skrivet i eldskrift under dygnets mörka timmar.

Nya utmaningar

Håkan Sörman är VD på Sveriges Kommuner och Landsting. Medlemmarna i organisationen som han leder omsätter tillsammans mer än 750 miljarder kronor. Det mesta går till våra välfärdstjänster. Förmodligen finns det inget annat land i världen som samlat så stor andel av välfärden under en hatt. Tre fjärdedelar av välfärdssektorn finns i kommuner och landsting.

Under två decennier har en reformvåg svept in över välfärdssektorerna. Utmaningarna inför de närmaste 10-20 åren är inte mindre. Tvärtom – när demografin och begränsade offentliga resurser anstränger den svenska modellen som mest vänds hoppet mot innovation i

ledning, styrning och organisering.

Det kommer att krävas omfattande förändringar – och förändringar väcker undantagslöst intensiv debatt när de sker i vår gemensamma välfärd.

Bättre debatt om välfärden

Detta är utgångspunkterna för ett förbehållslöst samtal mellan tre personer som var och en har ett brett perspektiv på välfärden. Det är tidigt på morgonen i slutet av november när Hans Winberg, generalsekreterare på Leading Health Care, och Pontus Braunerhjelm, VD för Entreprenörskapsforum och professor i nationalekonomi på KTH, tar plats hos Håkan Sörman för att samtala om våra viktigaste välfärdsfrågor. Besökarna leder var sin tankesmedja och har tillsammans med en tredje tankesmedja, Fores, tagit initiativ till projektet Uppdrag Välfärd, som har ambitionen att genom forskning och analys bidra till en bättre debatt om den framtida välfärden.

Vården bättre på forskning

Det krävs kunskap för att styra komplicerade

verksamheter. Välfärdens verksamheter – vård, skola och omsorg – är bara i början av en utveckling mot jämförelser och utvärderingar. Samtidigt som det finns likheter är det mycket som skiljer mellan vården och skolan. Vården drar nytta av sin forskningsanknytning. Det gör inte skolan.

HÅKAN SÖRMAN: Om jag ser brett över hela välfärdsområdet ser jag väldiga skillnader. Skolan och socialtjänsten är underförsörjda med kunskap jämfört med sjukvården. Av det kan vi bara dra slutsatsen att det behövs mer kunskap inom skolan. Vi kan inte utgå ifrån att vi inte ska klara av kunskapsstyrningen. Då får vi bygga upp kunskapen, som man gjort inom sjukvården. Bland det viktigaste i det sammanhanget är att få praktik och forskning närmare varandra och att göra innovation möjlig.

HANS WINBERG: Då blir system för ökad transparens, som till exempel Öppna jämförelser, extremt viktiga.

För om du inte kan utvärdera resultatet riskerar den nuvarande vägen, med många nya aktörer, att bli farlig.

vård, skola och omsorg

HÅKAN SÖRMAN: Framför allt måste vi kunna utvärdera kvaliteten. Men inom de offentliga välfärdstjänsterna är vi väldigt tidigt i processen, vi har inte mer än börjat ta reda på vad vi åstadkommer och vi är ännu inte tillräckligt bra på att utvärdera. Vi har till exempel väldigt dåligt grepp om psykiatrin. Analysen av helheten har vi inte kommit fram till ännu.

HANS WINBERG: Du riskerar att lägga all kraft på att samla ihop fakta men sedan har du inte kraft kvar till analysen. När fakta sedan kommer tillbaka till verksamheten är materialet inte bearbetat, då blir det svårt för verksamhetens företrädare att läsa ut det som behövs för att förbättra verksamheten.

HÅKAN SÖRMAN: Det ligger mycket i det. Det rör sig egentligen om tre steg. Först gäller det att registrera resultaten av vad man gör. Vi är väldigt mycket i början av en utveckling att försöka ta reda på resultaten av våra verksamheter. Det andra steget är analysen, vi har ingen analys på plats som är särskilt avancerad, varken på nationell eller lokal nivå. Det tredje steget är att skapa ett styrsystem som utnyttjar de två föregående stegen. Men som sagt, ibland har vi inte grepp om resultaten. Det säger många kommundirektörer till mig. Det är en metod som trots allt är mera okänd inom kommunerna än inom vården, med sina kvalitetsregister. I kommunerna kan de fråga "Vad gör vi med alla resultaten, så att vi får till det?" Det är ingen enkel fråga att svara på. Det gäller särskilt äldreomsorgen och skolan, som är de tunga delarna i vår verksamhet, vid sidan om sjukvården.

HANS WINBERG: Du måste skapa ett system så att äldreomsorgen driver utvecklingen av äldreomsorgen. Och att man gör det så att det går att leverera resultat till Öppna jämförelser. Du kan inte få en innovativ tjänsteutveckling om inte de som arbetar i tjänstesektorn själva driver utvecklingen.

PONTUS BRAUNERHJELM: Nu beskriver du en nödvändig process där man triggat varandra, lär sig av varandra. Det går att lära sig av andra sektorer också, även om verksamheten har ett annat innehåll, där kan vi kanske bidra.

HANS WINBERG: Ja, man kan lära sig av industrier som Scania eller Toyota, med sina leanprocesser.

HÅKAN SÖRMAN: Även industriforskningsinstitutet har intressanta kunskaper. Vi har väldigt litet av inspiration från privat tjänstesektor in i vår verksamhet. Man borde söka sådana exempel, som lean.

PONTUS BRAUNERHJELM: Vi skulle behöva ett tjänsteforskningsinstitut där forskningen skulle bistå den offentliga tjänstesektorn.

HÅKAN SÖRMAN: Det är en tanke som vi själva drivit. Också Ingenjörsvetenskapsakademien har tagit upp frågan i sitt projekt "Agenda för forskning" som just avslutats. Här finns det kopplingar till Öppna jämförelser. När jag kom hit till Sveriges Kommuner och Landsting kom jag från kommunsektorn. När jag upptäckte att kvalitetsregistren fanns inom sjukvården var

det mycket positivt att kunna konstatera att här finns det ju kvalitetsmått. Frågan var då: varför driver man inte detta arbetssätt i övriga verksamheter? Skolan och äldreomsorgen är idag underförsörjd med kunskap och information om den egna verksamheten. Det forskas inte tillräckligt. Och det som tas fram sprids inte tillräckligt effektivt. Vi har sett på industriforskningsavtalet där tanken var att få ihop professionen och akademien till ett utbyte som gjorde industrin mer effektiv. Samma tanke hade vi med ett institut för skolans område.



Från Pontus Braunerhjelm, Håkan Sörman och Hans Winberg.

PONTUS BRAUNERHJELM: Om det är relevant forskning.

HÅKAN SÖRMAN: Ja, det måste vara relevant forskning. Annars blir det fel. En rektor på Rosengårdsskolan i Malmö sa så här till mig: Forskarna på högskolan forskar ju inte för oss – de forskar bara om oss. Där har vi något att lära av industrin – att inte få om-forskning.

HANS WINBERG: Vården är annorlunda än skolan. Där forskar man nästan bara för vården, för att utveckla själva vården. Nästan ingen forskar om vården och ser hur den hänger samman med omgivningen. Det finns ingen ordnad samhällsforskningsverksamhet. Kedjan är inte hel.

...om upphandling & partnerskap

PONTUS BRAUNERHJELM: Det finns en motsättning mellan att hushålla med offentliga medel och handla upp kvalitet och innovation. Det är en svår ekvation. Det är klart att det behövs en inlärningsprocess – och att det går att lära sig från industrin. Hur har man gjort där? En intressant fråga gäller hur man kan göra en upphandling och ändå hålla öppet för innovation. Det gäller att inte bli för begränsad i de avtal som skrivs.

HANS WINBERG: Innovation finns i hjärtat av verksamheten på Leading Health Care. Vi bygger våra modeller nerifrån och inifrån. Hur organiserar man för att behålla innovationskraften? Hur får vi fram drivkraften till innovation av verksamheterna? Det är särskilt viktigt när du börjar få styrsystem som blir allt för detaljerade – och därför hämmande för innovation.

PONTUS BRAUNERHJELM: Innovation är ju mycket svårare i tjänstesektorn än i varuproduktionen.

HANS WINBERG: Upphandlingssystemet, med sin juridiska tolkning, har medfört att parterna inte pratar med varandra. Vi har fjärmat aktörerna från varandra. Framför allt när detta sker i en kunskapsintensiv sektor tappar man mycket. Man förlorar information, medhörning, kunskapsuppbyggnad. Och sedan undrar vi varför vi inte kan få aktörerna att arbeta ihop!

HÅKAN SÖRMAN: Vi har inte lyckats få ihop partnerskapet inom våra sektorer särskilt väl, möjligen inom sjukvården. Då var det annorlunda förr. Se på Ericsson och dåvarande Televerket, se på Saab och Försvaret – det samarbetet genererade mycket utveckling. Man kan undra om Ericssons AXE-växlar [framtaga i samverkan mellan Ericsson och Televerket] hade kommit till stånd med dagens upphandlingslagstiftning. Hur åstadkommer vi välfungerande partnerskap? För de behövs i vård, omsorg och skola.

HANS WINBERG: Upphandlingsreglerna innebär ett dilemma – här står dynamik mot kostnadspress. Det är inte alls frågan om att gå tillbaka till ett nepotistiskt system där alla känner alla, det är inte det jag talar om, och där affärerna görs upp i slutna kretsar. Men vi har inte alls släppt lös de krafter som behövs för att driva innovation.

PONTUS BRAUNERHJELM: Men hur gör man? Hur får vi igång partnerskap? Det fungerade väldigt väl under flera decennier, men nu är det en annan tid.

HÅKAN SÖRMAN: Innovationsupphandling är ett oprövat kort. Där är det kanske vi som inte lärt oss hur vi ska göra. Vi skäller mycket på LOU, Lagen om offentlig upphandling. Om vi ska vara ärliga är det inte lagstiftningen som är problemet just i det här avseendet. Varför vi inte kommit igång vet jag inte riktigt.

PONTUS BRAUNERHJELM: Man har inte sett upphandling som ett verktyg. Frågan är, hur upphandlar du så att du har kvar en konkurrens även efter att den innevarande upphandlingsperioden är över. Hur bevarar vi den dynamiken, hur bygger vi marknader som fungerar över tiden? Inte bara reglera ett visst pris för en viss tjänst.

HANS WINBERG: Det har forskats en del om hur man använder upphandlingsinstrumentet. Hittills har det väldigt mycket varit ett inköpsperspektiv. Själva verksamheterna är inte med och driver utvecklingen, utan det är inköpsavdelningarna som dominerar. Man är livrädd för överklaganden. Det är ett kompetensproblem att man inte kan hantera upphandlingar bättre. Upphandlingsreglerna är ett problem också av det skälet att de inte stämmer med övriga styrsignaler.

HÅKAN SÖRMAN: Raden av upphandlingar bjuder på många exempel där man inte premierar kvalitet.

HANS WINBERG: Man prioriterar procedur före resultat. Det formar ett styrsystem och det är en anledning till att vi vill komma igång med Uppdrag Valfärd för att granska följderna.

HÅKAN SÖRMAN: Ja, det är i mycket juridiken som styr upphandlingarna.

PONTUS BRAUNERHJELM: Och det finns en stor uppfinningsförmåga – för att komma förbi hindren i upphandlingssystem. Det driver på sätt och vis fram ett slags entreprenöriell anda.

HANS WINBERG: Hur man ska komma under beloppsgränsen, menar du?

PONTUS BRAUNERHJELM: Ja, och om man ska anställa någon, eller vidta den ena eller den andra åtgärden, för att anpassa sig till regelverket. Då uppstår transaktionskostnader som är onödiga. Men den enskilde vidtar åtgärderna för att han eller hon inte tycker att systemet borgar för den kvalitet som man vill erbjuda.

HANS WINBERG: Är du uppfinningsrik idag uppfattar du systemet kring upphandlingar som ett hinder, inte att det erbjuder en rad möjligheter. Det var inte så det var tänkt. Från början var tanken att reglerna skulle garantera att vi fick in nya lösningar i systemen.



...om styrning och kundval

HÅKAN SÖRMAN: Pengarna i budgeten är mindre styrda idag, jämfört med förr. I ansvarig ställning kan jag använda större belopp idag. Förut var budgeten styrd ner på kontonivå, det är inte så väldigt länge sedan det var på det viset.

HANS WINBERG: Från att ha varit så, på kontonivå, har utvecklingen gått framåt.

HÅKAN SÖRMAN: Den andra stora förändringen är att man flyttat pengarna till kunden, från den anslagsbeslutande församlingen. Och det har man gjort med hjälp av kundval och vårdval. Var femte elev går idag i friskola och vårdvalet är på väg in just nu.

...om samverkan och vårdkedjor

HÅKAN SÖRMAN: I sjukvården borde vi egentligen ha en upphandling av hela vårdkedjor. Det skulle ge en dynamik och ett annat sätt att tänka. Vi talar mycket om kundval men fortfarande är vi orienterade efter stuprören. Ett av våra stora problem är att vi inte får ihop samverkan över verksamhetsgränserna. Att vi inte får ihop de samlade resurserna. Gränserna mellan landsting och kommuner är ett exempel som påverkar bland annat gränsen mellan sjukvård och äldreomsorg. Skolan och socialtjänsten

får inte heller ihop samarbetet över gränserna. Detta är ett mycket stort problem.

HANS WINBERG: Samverkan har varit ett problem länge. Det har gjorts stora reformer för att komma åt problemet. När vi på Leading Health Care granskat de system för styrning och ersättningssystem som finns runt de mest sjuka äldre så ser vi ingen av de tekniker som industrin använder – som till exempel öppna redovisningsböcker, tajta leverantörsförbindelser, samarbete mellan konkurrenter. Inga sådana lösningar hittar vi. Vi hittar ingenting. Ibland lägger man en liten peng på små isolerade projekt för att driva fram samverkan, kanske på samverkansmöten. Kaffepengar.

HÅKAN SÖRMAN: Vad ska man göra?

HANS WINBERG: Ett sätt kan vara att tänka investeringsmässigt. Det gör man inte. Eller att se mer på vårdkedjor, att redovisa verksamhetens beroenden. Jag skulle inte ha gjort mitt jobb om jag inte kopplat ihop mina processer med andras, över klinikgränser och så vidare. Jag

skulle få ersättning för att koppla ihop mig med andra aktörer – annars får jag inte ersättningen. Och detta finns det modeller för. Men sådana styrinstrument använder vi oss inte av.

HÅKAN SÖRMAN: Det finns ingen aktör idag som erbjuder hela vårdkedjor.

HANS WINBERG: : Det går inte. Nästan alla privata bolag är renodlade på att erbjuda antingen vård eller omsorg. Det beror i sin tur på att pengarna har blivit upphackade och inlåsta i sina respektive verksamheter.

HÅKAN SÖRMAN: Det är en viktig iakttagelse.

HANS WINBERG: En del privata företag säger att man kan erbjuda mycket inom sina strukturer. Men de kommer inte fram till det du efterfrågar, att de kan leverera hela vårdkedjor.

HÅKAN SÖRMAN: Då får vi inga leverantörer. Vi får bara underleverantörer – det är inget bra system.

PONTUS BRAUNERHJELM: Om vi granskar det övergripande systemet ur ett annat perspektiv, om vi ser vad som görs internationellt – då kan det vara intressant att se på till exempel Holland och en annan roll för försäkringsbolagen som riggar vården för en patient. Varje ålderskohort har en peng, sedan ska de rigga vården med utgångspunkt från den.

HANS WINBERG: Men man har fortfarande inte byggt ihop utförarorganisationerna utan det

påminner fortfarande mycket om vårt uppsplittade system. Inte heller de förmår att binda ihop de komplexa tjänsterna.

PONTUS BRAUNERHJELM: Ett annat problem vi får i vårt komplexa system är att det finns så många ställföreträdare. Patienten får svårt att göra sin röst hörd när ställföreträdarna talar för patienten. Hur släpper vi fram individens behov?

...om kunskapsstyrning och skillnader mellan vård och skola

PONTUS BRAUNERHJELM: I vårt projekt Uppdrag Valfärd granskar vi skolornas marknadsföringskostnader. Hur mycket satsar de på marknadsföring? Vad driver marknadsföringen? Hur satsar man? Det ska bli mycket intressant att se vad det är som styr. Det är nog första uppföljningen som granskar detta.

HÅKAN SÖRMAN: Det har jag inte sett tidigare.

HANS WINBERG: Det är trist att vi inte har något system för att följa sådana och andra intressanta frågor i skolan.

HÅKAN SÖRMAN: Det är en stor skillnad mellan skolan och sjukvården – på många olika sätt. Tänk er bara att ni skulle stiga in i en skolsal respektive en operationssal i mitten av 1800-talet och jämföra med idag. Likheter skulle vara stora i skolsalen. I operationssalen skulle det vara stora skillnader. Det beror naturligtvis på att verksamheterna är olika – med olika tyngd vad gäller till exempel kapital och forskning.

HÅKAN SÖRMAN: Man kan fråga sig hur mycket de olika verksamheterna inom välfärdssektorn inspirerar varandra? I sjukvården finns kvalitetsregistren som ligger till grund för Öppna jämförelser. Och Öppna jämförelser har alltså spritt sig till övriga områden, till äldreomsorgen, socialtjänsten och skolan. Detta byggs ut allteftersom. Men hittills har skillnaderna i möjligheterna att följa upp resultaten i



skolan respektive vården varit mycket stora. En annan stor skillnad är graden av anknytning till akademien. Mycket få lärare är idag disputerade. Bland läkare är det relativt vanligt.

PONTUS BRAUNERHJELM: Har man inte retirerat på skolans område när det gäller forskningen?

HÅKAN SÖRMAN: Jo, den pedagogiska forskningen har fått ett dåligt rykte, inte helt oförtjänt. Man kan också säga att samhället

har övergivit lärarna på ett sätt som vi inte har övergivit läkarna. De elever som kommer efter i skolarbetet tidigt kommer aldrig i kapp. Invandring och flyktingmottagande ställer ännu större krav på skolan. Jag kan vara drastisk och beskriva situationen så här: Våldigt mycket av problemen med kommunaliseringen av skolan handlar om det statliga betygssystemet, den statliga lärarutbildningen, den statliga läroplanen och den uteblivna statliga forskningen på området. Så visst det finns behov av nationella insatser.

...om rekryteringen till välfärdsjobben

HÅKAN SÖRMAN: Jag ska inte sticka under stol med att vi har svårigheter med rekrytering till läraryrket och andra tjänster inom välfärdssektorn. Var tredje anställd ska nyrekryteras fram till år 2020, det blir en utmaning. Centralt inom SKL driver vi ett projekt som heter "Sveriges viktigaste jobb".

HANS WINBERG: I Almedalen hade Leading Health Care ett seminarium med ungdomspolitikerna från Moderaterna och Socialdemokraterna. Vi frågade dem hur de yngre generationerna resonerar och om de kommer att vilja ha jobb inom välfärdstjänsterna. Det låter inte så optimistiskt.

HÅKAN SÖRMAN: Vi har ett imageproblem och det är betydande. Det kan göra det svårt att rekrytera framöver. Samtidigt är det tydligt i många undersökningar att många tycker att de har meningsfulla arbetsuppgifter, stimulerande jobb. De är ofta beredda att arbeta lite extra. De tycker att de arbetar med viktiga frågor – men de tycker inte att de värderas, inte i allmänhetens ögon och inte från arbetsgivaren heller. Detta inger visst hopp – det är ett bättre utgångsläge än om missnöjet hade varit kombinerat med att arbetsuppgifterna inte upplevs som meningsfulla. Våra anställda har dessutom allmänhetens förtroende i hög grad, det framgår av Svenskt kvalitetsindex som kom i november. Grundskolan, som alla pratar skit om, ligger kring 70 procent högt förtroende. Medan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ligger kring 45 procent. I grunden har allmänheten ett stort förtroende för kommunernas och landstingens verksamheter.

HÅKAN SÖRMAN: Omsorgen ska kanske inte alltid rekrytera ungdomar, utan personer i andra skeden i livet.

...om informationen till allmänheten

PONTUS BRAUNERHJELM: Kommuner och landsting har i ökande grad en kvalitetsredovisning. Men hur mycket når ut till allmänheten? Införandet av valsystem bygger på att kunden är hyggligt informerad. Vad kan vi göra för att det ska fungera bättre?

HÅKAN SÖRMAN: Där har vi inga bra system egentligen. Vi har haft en del samarbete med Svenskt Näringsliv. Det är väldigt svårt att presentera bra information. Samtidigt måste vi komma ihåg – vi är bara i början av utvecklingen. Vi ska se på några bra lösningar utanför våra egna sektorer. Minpension.se är en sådan, där har branschen gått ihop om en bra informationssajt.

PONTUS BRAUNERHJELM: Det är en klassisk situation. Informationen är mycket asymmetrisk, där kunden är i underläge.

HÅKAN SÖRMAN: Men vi måste ju komma till en bättre ordning. Man lägger ett stort ansvar på medborgaren idag.

...om privata välfärdstjänster

PONTUS BRAUNERHJELM: I den här diskussionen om välfärdstjänster har vi nästan inte alls berört den infekterade diskussionen kring privat och offentlig drift. Det är värt att lägga märke till. Det är också vår inriktning i Uppdrag Valfärd – att inte fastna i en diskussion om ägandeformer utan koncentrera oss på "hur" olika uppgifter kan lösas.

HÅKAN SÖRMAN: Diskussionen sätter fingret på en annan sak också. En bransch som är mogen måste naturligtvis ha bra koll på verksamheten. Det har industrin. Det måste vi också ha. Tidigare trodde vi att det räckte med att vi ägde verksamheten, att vi då skulle få koll, men så enkelt är det inte. Regeringens utspel om etisk plattform sätter tummen på en ganska självklar sak – att vi måste ha system som mäter det vi beställt och följer upp användning och förbrukning. Jag tycker att verksamheten har tagit diskussionen ganska bra. I grunden kan debatten visa sig vara av godo.

...om demografi och välfärd

PONTUS BRAUNERHJELM: Demografiutvecklingen har funnits med som ett perspektiv i hela det här samtalet.

HÅKAN SÖRMAN: Demografin tvingar oss att göra allt det andra, det som vi talat om i samtalet. Den blir en yttre drivkraft som vi inte kan komma ifrån.

PONTUS BRAUNERHJELM: För att klara det måste vi få upp innovationsgraden.

HÅKAN SÖRMAN: Ja, demografin är i sig en kraft som kan hjälpa oss framåt. Men för oss är kan-



ske inte demografin den svåraste utmaningen. Den medicinsk-tekniska utvecklingen är svårare att parera, den ger upphov till ett finansieringsgap. Ett stort problem är framväxten av individbaserade behandlingsmetoder. Hur ska vi finansiera detta? Om vi inte kan göra det med skatterna? Den diskussionen är det ingen som vill föra i Sverige. Dessa utmaningar ska vi klara av samtidigt som var tredje anställd slutar fram till 2020.

...om hur innovationer tas emot

PONTUS BRAUNERHJELM: Incitamenten att ta emot nyheter och innovation finns inte. Det råder ofta ett flockbeteende. Håll dig till det som redan är skrivet så riskerar du inget.

HANS WINBERG: Hur ser egentligen förutsättningarna ut för att ta emot nya metoder och produkter i sjukvården? Vi föreslog, i vår innovationsrapport från i somras, att man skulle ta en procent av det som läggs på livsvetenskaper, som är mellan 10 och 15 miljarder. Denna procent skulle användas för att studera förutsättningarna i bred bemärkelse för innovation inom hälso- och sjukvården. Och hur tar man emot innovation? Ända fram till användning? Ofta drar vi i en enda spak, men glömmer att det är ett mixerbord. Vi behöver se på många faktorer samtidigt. Vi ska inte granska enbart en faktor, som så ofta i forskning.



Fr v Pontus Braunerhjelm, Håkan Sörman och Hans Winberg.

LHC, Fores och Entreprenörskapsforum tar ett initiativ

På väg mot en *bättre välfärdsdebatt*

Hur ska Sverige lösa välfärdsfrågorna? På Uppdrag Välfärd startseminarium den 10 maj inventerades problemställningarna. Bakom Uppdrag Välfärd står de tre tankesmedjorna Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Health Care som tillsammans vill bidra till en mer kunskapsbaserad diskussion om välfärdens utmaningar.

Seminariet var startskottet för ett tvåårigt gemensamt forskningsprogram där de tre tankesmedjornas forskare ska bistå varandra med olika infallsvinklar och kompletterande kompetenser. Förhoppningen är att projektet ska bidra till en diskussion som i högre grad kan utgå från forskning. Ett mål med samarbetsprojektet är att få till stånd en bättre balans mellan makro- och mikroekonomiska frågor, mellan nationalekonomi och företagsekonomi, och mellan teori och praktik.

Programmet vid seminariet presenterades av de tre initiativtagarnas chefer: Pontus Braunerhjelm, Entreprenörskapsforum, Martin Ådahl, FORES och Hans Winberg, Leading Health Care.

- Det började med Pysslingen 1984. I dag är Sverige näst intill ett pionjärland för privata lösningar kring välfärdstjänster. Men debatten om välfärdssamhället och dess finansiering har kört in i väggen, fastslog Martin Ådahl, chef för tankesmedjan Fores, i sin inledning.

Växande konkurrens

Pontus Braunerhjelm, VD på Entreprenörskapsforum, pekade på konkurrensen som en faktor för att höja kvaliteten i välfärdstjänsterna.

- Konkurrensen har ökat, men vi måste komma ihåg att det här är kvasimarknader, där skattebetalarna står för notan. Dessutom bygger trovärdighetstjänster på att kunden har stor kunskap om de alternativ man ska välja mellan, och så är det inte, menade Pontus Braunerhjelm.

I det offentliga samtalet präglas debatten alltför ofta av "antingen-eller". Istället för att diskutera om vi ska ha privata utförare i välfärdssektorn bör vi fokusera på frågor som har med "hur" att göra, menade alla tre initiativtagarna.

Hans Winberg betonade styrnings- och ledningsfrågor inom välfärdstjänsterna, framför allt när de ska utföras över flera olika organisationsgränser.

Vill veta mer om kvaliteten

Seminariet avslutades med en debatt mellan Mikael Damberg (S) och Anna Kinberg Batra (M). I panelen dessförinnan diskuterade Thomas Berglund (Capió), Hans Bergström (Engelska skolan), Anders Morin (Svenskt Näringsliv) och Metta Fjellkner (Lärarnas Riksförbund). Moderator var Ulrika Stuart Hamilton (Entreprenörskapsforum).

I diskussionen ventilerades själva kvalitetsbegreppet, som många menade att det skulle behövas mera forskning kring. Thomas Berglund exemplifierade med några av Capiós

kvalitetsparametrar:

- Vi ska använda oss av moderna metoder och mediciner. Våra anställda ska bemöta patienten vänligt och ge god information. Vi ska använda oss av ändamålsenlig utrustning.

Hans Bergström menade att i skolan är det resultaten som är den viktigaste måttstocken:

- Gå på resultaten i skolan och acceptera skillnader – det viktiga är att systemet utvecklas åt rätt håll. Låt några gå före.

Metta Fjellkner, ordförande i Lärarnas riksförbund tog upp ett annat kvalitetsbegrepp:

- Det är viktigt att varje elev kan nå sin fulla potential. Och att eleverna får en likvärdig utbildning – vilket inte betyder att skolan är densamma överallt.

För att upprätthålla och utveckla kvaliteten måste man mäta:

- Vi vill mäta men det kan bli för mycket också.

Vi kan hitta nya mått

Anders Morin, som är ansvarig för välfärdspolitik på Svenskt näringsliv, hade flera förslag till hur kvalitetsmåttan kan förnyas:

- Kvalitet skulle kunna mätas på andra sätt än i dag. Till exempel skulle vi kunna mäta hur det går för eleverna när de slutat skolan. Hur många av dem får jobb?

- Ett annat sätt är att mäta själva förbättringen hos eleverna snarare än absoluta betygsnivåer.

Ledarskap i fokus

När det lokala ledarskapet nämndes som orsak till mycket av dagens problem verkade alla fyra överens.

Enligt Thomas Berglund finns det ingen tradition att satsa på ledarskapet i de offentliga verksamheterna. Han framhöll att de lokala ledarna måste vara föredömen, kunna utmana organisationen och vara närvarande.

I diskussionen saknades inte uppslag till nya forskningsuppgifter. Det krävs mer forskning kring varför man lyckas – och varför man misslyckas, men också om vilka verksamheter staten ska reglera och vilka den inte ska reglera.

Har juristerna tagit över från dem som kan verksamheterna? Det tycker i alla fall Hans Bergström.

Anders Morin ville ha fler studier kring ersättningssystem, kundval och kvalitetssäkringssystem. Kanske reglerar vi för mycket när vi upphandlar enligt Lagen om offentlig upphandling. Metta Fjellkner ville att forskare mer systematiskt skulle analysera vad decentraliseringen av skolan inneburit.

Viktiga frågor till forskarna

Den politiska delen av debatten resulterade i en rad frågor till forskningen. Anna Kinberg Batra, riksdagsledamot (M), gruppledare och ordförande i finansutskottet, betonade att valfrihet ger innovation:

- Hur vi ska få både kvalitet och valfrihet utan att kostnaderna skenar, undrade hon.

Mikael Damberg, riksdagsledamot (S), tillika gruppledare, ville bland annat att sjukvården i högre utsträckning ska mäta behandlingsresultaten och bidra till ett system som garanterar kvaliteten:

- Samtidigt måste vi skapa möjligheter för utveckling och innovation.

Anna Kinberg Batra och Mikael Damberg var ganska överens om vilka områden som behöver belysas av forskare. Brutto-listan för forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd såg ut så här efter diskussionen:

- Hur kan vi skapa system som ger stark makt för den enskilda och samtidigt en offentlig kontroll?
- Hur ska vi utforma system som ger kontroll över både pengar och kvalitet?
- Hur kan vi få både kvalitet och valfrihet utan att kostnaderna skenar?
- Vad kan vi lära av historien och hur kan vi bättre följa effekterna av förändringar?
- Hur får vi sjukvården att mäta behandlingsresultaten?
- Hur skapar vi system som både garanterar kvaliteten och skapar möjligheter för utveckling och innovation?
- Hur ska sjukvården ta till vara moderna metoder?
- Granska ledarskapets betydelse för välfärdstjänsterna.
- Vad betyder karriärmöjligheter för rekryteringen till läraryrket?

Bra start för *Uppdrag Valfärd*



De många idéerna och frågorna som kom upp på startseminariet sätter fingret på kunskapsbristerna, menade de tre arrangörerna i slutet av diskussionen. De tackade för alla tankar som deltagarna och auditoriet bidragit med och var eniga om att där fanns många infallsvinklar att börja jobba med.

– Jag vill särskilt lyfta fram potentialen i välfärdsområdet, att detta är tillväxtbranscher, kommenterade Pontus Braunerhjelm.



– Det har handlat mycket om ledarskap, hur vi ska bedöma och belöna ett gott ledarskap, sa Martin Ådahl. Han hade lagt märke till att det var ”hur”-frågorna som dominerat diskussionerna.

Hans Winberg kommenterade det faktum att så många frågor ställts kring styrning.

– Hur hårt ska vi styra? Hur mycket kan vi detaljreglera och ändå få en utveckling?

– En mer utpräglad detaljstyrning blir sannolikt mindre anpassad till patienter, elever och brukare. Kanske ska vi oftare fråga oss vilka styrsystem vi vill lyfta bort.

Han formulerade även en följdfråga till alla kommentarer kring att mäta utfall och delmoment i välfärdssektorn – och särskilt i sjukvården:

– Vad händer med möjligheterna för läkarna att agera efter ”beprovad erfarenhet” när vi mäter allt?

Pontus Braunerhielm gjorde ytterligare några reflektioner:

– Var går gränsen – hur mycket kan man reglera utan att strypa det lokala ledarskapet?

– Och hur ska vi få in mer erfarenheter från industrin i de här sektorerna? Det är viktigt att vi lär av varandra, men hur gör vi det på bästa sätt?



– Därför är det särskilt viktigt att undersöka vad som händer när vi korsar gränserna. I analysen tycker vi inte alltid samma sak, och vi kommer inte heller att tycka samma framöver. Men när vi såg bristerna i debatten bestämde vi oss. Kort sagt – välfärden är värd en bättre debatt, avslutade Hans Winberg.

För mer information om forskningsprogrammet, se www.uppdragvalfard.se

UPPDRAG VALFÄRD

Startmöte 10 maj 2012

Deltagare

Thomas Berglund

VD och koncernchef, Capio AB. Tidigare har Thomas Berglund varit VD för Securitas och har mångårig erfarenhet av att leda och utveckla internationella serviceföretag.

Hans Bergström

Engagerad i Internationella Engelska Skolan. Docent och tidigare chefredaktör för Dagens Nyheter och sedan många år aktiv i debatten kring skola och vård.

Mikael Damberg

Riksdagsledamot (S), gruppleddare för Socialdemokraterna i riksdagen, talesperson i utbildningsfrågor och vice ordförande i utbildningsutskottet. Ordförande för Stockholms läns socialdemokratiska partidistrikt.

Metta Fjellner

Ordförande Lärarnas Riksförbund. Andre vice ordförande i Sacos styrelse. Metta Fjellner är även styrelseordförande i Svenska Lärarförsäkringar AB, styrelseledamot i Folksam och Carlson Lärarfonder.

Anna Kinberg Batra

Riksdagsledamot (M) i Stockholms län, gruppleddare för Moderaterna i riksdagen och ordförande för riksdagens finansutskott.

Anders Morin

Ansvarig för välfärdspolitik, Svenskt Näringsliv. Anders Morin håller i frågor som rör bland annat offentlig sektor, omsorg, privatisering, samhällsekonomi och vårdpolitik.

Projektledare

Pontus Braunerhjelm

VD för Entreprenörskapsforum och professor vid KTH. Pontus Braunerhjelm forskar kring frågor rörande entreprenörskap och småföretag samt deras betydelse för industriell dynamik och ekonomisk tillväxt.

Martin Ådahl

VD på Fores. Han grundade nyhetsmagasinet Fokus där han också var chefredaktör. Martin Ådahl har varit senior economist på Riksbanken och utrikesredaktör på Finanstidningen. I slutet av året lämnade Martin Ådahl Fores för nya uppgifter. TF VD Andreas Bergström tar även över projektledarskapet. Andreas har redan tidigare arbetat i projektet.

Hans Winberg

Generalsekreterare, Leading Health Care. Ekonomic och styrelseledamot, Karolinska Universitetssjukhuset. Hans har tidigare arbetat som projektledare på IFL vid HHS.

Moderator

Ulrika Stuart Hamilton

Vice VD Entreprenörskapsforum. Ulrika har tidigare arbetat med företagärfrågor, opinionsbildning och kommunikation, bland annat på Företagarna, SNS och som PR-konsult med uppdrag för bland andra EU-kommissionen.



LHC föreslår *en procentsmål* för innovationer

Sammanlagt satsar Sverige varje år omkring 10 miljarder kronor av offentliga medel på grundforskning och klinisk forskning. Det är en betydande investering som bör utmynna i en rad innovationer, på kort och lång sikt.

– Samtidigt ser vi en lång rad faktorer som hindrar innovationsprocessen, säger Hans Winberg, generalsekreterare på tankesmedjan Leading Health Care.

För att underlätta för innovationerna att ta sig hela vägen ut till klinisk användning la LHC i rapporten "Organisering för innovation i sjukvården", LHC-rapport 2012:4, fram ett radikalt förslag:

– Vi vill att 1 procent av satsningarna inom livsvetenskaperna ska gå till forskning och utveckling kring själva innovationsprocessen, förklarar Hans Winberg.

Han menar att det krävs flera ändringar på

systemnivå för att sjukvården ska börja ta till sig nya tjänster och produkter.

Innovationsarbetet har alltmer kommit att avgränsas runt enskilda specialiteter och aktörer, visar LHC:s granskningar. En ökad grad av specialisering vad gäller forskning och vård bidrar till att avgränsningarna blir svårare att forcera.

– Avståndet mellan vårdens verksamheter och företagen som saluför produkter och tjänster har som en konsekvens ökat, vilket

skapat en grogrund för misstroende.

Till det kommer mycket detaljerade ersättningssystem som saknar investeringsincitament. Sammantaget ger detta en bild av stora svårigheter att både ta emot innovationer och utnyttja den innovationspotential som finns i vardagsarbetet.

Leading Health Care menar att det är av vitalt intresse att undersöka vilka följder det rådande systemet får för innovationsklimatet.

Permobil belönat av LHC



Permobil fick utmärkelsen "Årets MedTech Företag 2012", som delades ut när branschföreningen Swedish Medtech höll sitt höstmöte.

Priset delas ut av Leading Health Care och MedTech Magazine. I motiveringen till priset stod bland annat: "Frukten av en svensk innovatörs obändiga strävan efter att alla ska få chansen till ett mobilt liv."

Rikard Rönn, Sverigechef på Permobil, beskriver många inkomplexer på den svenska marknaden:

– Samordningen är bristande när det gäller hjälpmedel. Det är svårt för patienterna att veta vart de ska vända sig med ett specifikt problem.

– Insatserna från samhället riskerar att motverka varandra, säger Rikard Rönn, som ser priset en uppmuntran för "lång och trogen tjänst".

Permobil är spritt i hela världen. USA är den marknad där det för tillfället går bäst om man ser till omsättningen.

Risk att myndigheterna blir fler istället för färre

Hur ska den statliga styrningen av hälso- och sjukvården se ut? Efter Stefan Carlssons utredning är det en fråga som är mer aktuell än på länge.

På partnermötet den 30 augusti blev diskussionen om vård- och omsorgsmyndigheternas funktion och organisation livlig. Synen på statens framtida roll inom hälso- och sjukvården var olika. Landshövding Stefan Carlsson, som just har utrett myndighetsstrukturen, menade att risken finns att det blir fler istället för färre myndigheter inom vård och omsorg.

- Eller så får vi, som jag uppfattar det, omotiverade sammanslagningar, sa han till LHC:s partners.

Stefan Carlsson nämnde Socialstyrelsen och SBU, Läkemedelsverket och TLV samt Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet som troliga kandidater till sammanslagning. Senare under hösten offentliggjordes regeringens förslag om att slå samman Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet.

Blir det enklare?

Stefan Carlssons utredning fick titeln "Gör det enklare!". Om det kommer att bli "enkla" är i högsta grad osäkert. Utredaren föreslår att dagens tolv myndigheter ska ersättas av fyra nya. Istället bryter Socialdepartementet ut två nya myndigheter ur den struktur som Stefan Carlsson beskriver.

I remissvaren till "Gör det enklare" finns det några återkommande reflektioner, berättade Anna Krohwinkel Karlsson som är forskningsledare på Leading Health Care. Hon hade gått igenom och analyserat de dittills inkomna remissvaren:

- Flera remissinstanser kritiserar den korta remisstiden och att bildandet av två nya myndigheter görs innan helheten diskuterats.

- Det råder stor samsyn i remissvaren kring utredningens problemanalys. Men att en minskning av antalet myndigheter inte per automatik åstadkommer samordning var en återkommande synpunkt, berättade Anna Krohwinkel Karlsson.

Två heta frågor

I diskussionen som följde var de två hetaste frågorna: Hur mycket samordning mellan myn-

digheterna ska man sträva efter? Vilka problem uppstår när staten genom Socialdepartementet träffar alltför specifika överenskommelser direkt med Sveriges Kommuner och Landsting?

LHC:s ordförande, professor Claes-Fredrik Helgesson, markerade att han hade en annan syn än utredaren på behovet av samordning. Han betonade svårigheten att styra så komplexa system som hälso- och sjukvården är:

- Det ligger faktiskt något stort i att olika myndigheter skickar olika styrsignaler. Det finns en risk att överenskommelserna mellan departement och SKL blir en för stark röst med för många pekpinna i samma riktning.

Vad ska förankras lokalt?

Sören Berg, som deltagit i utredningens kansli, påpekade den positiva funktion som riktlinjer ska ha – att de inte behöver följas till 100 procent men inte heller kan negligeras.

Claes-Fredrik Helgesson betonade vikten av att de som arbetar lokalt finns med i processen. När han sagt detta utbröt en engagerad diskussion om vad som ska förankras lokalt och vilka värden den förankringen tillför.

Flera nya idéer kläcktes av partnernätverket

Många olika idéer föddes när Leading Health Cares partners samlades för att ge synpunkter på tankesmedjans verksamhet och hur denna bäst kan bidra till hälso- och sjukvårdens och omsorgens utveckling.

På partnermötet den 13 september visade Hans Winberg, LHC:s generalsekreterare, en presentation över pågående projekt och de angreppspunkter som LHC har utvecklat:

- I vården har det traditionellt saknats en diskussion om organisation.

Börjar om från början

Han pekade på två vanliga tankefel. För det första använder man ofta traditionella modeller, med "boxar och pilar", för att på ett övergripande sätt beskriva organisationen och styrningen.

- Det ger en alldeles för förenklad bild. Vi, som har vår utgångspunkt i samhällsvetenskaperna, har istället en tradition där vi utgår från empirin. Vi börjar med att studera det som verkligen händer.

Dessutom slutar många diskussioner om organisering och styrning i vården med ett uppgivet konstaterande att "orsaken till våra problem är de förhållande attityderna".

- Sedan går man hem, nöjd med att man hittat en förklaring, men egentligen har inget hänt. Och nästa gång man granskar organisationen börjar man om från början igen, menade Hans Winberg.

Utbyte av idéer

Claes-Fredrik Helgesson, styrelseordförande i LHC, reflekterade över de olika intressen som partners företräder och påminde om starten av Leading Health Care:

- Då var en idé att vi skulle luckra upp fastlåsta positioner och att olika intressen skulle få möjlighet att utbyta tankar och förslag. Att kunna presentera mer än ett enda svar

på viktiga frågor är idag en styrka.

Bland LHC:s partners, som företräder intressen från i stort sett hela hälso- och sjukvården, var det många som under kvällen deklarerade vikten av LHC:s perspektiv. Många olika synpunkter fördes fram – både sådana som är viktiga på kort sikt och sådana som är mer långsiktiga.

Här är några av synpunkterna i den livliga diskussionen:

- *Patientperspektivet är viktigt att alltid ha med. LHC ska visa på vikten och nyttan för patienten när verksamheten organiseras eller styrs på ett visst sätt.*

- *Anhörigas involvering är också viktig att fånga när LHC beskriver verksamheten.*

- *Den dagsaktuella mediedebatten om att patienter med prostatacancer i vissa landsting måste betala 30 000 kronor själva, medan andra landsting står för hela notan, togs också upp i diskussionen. Flera röster konstaterade att detta kan leda till att den solidariska finansieringen ifrågasätts.*

- *Tillgången till patientjournalen är fortfarande alltför begränsad.*

- *Patienterna har också bristande tillgång till information om sin sjukdom och behandling.*

- *Hur bedömer vi bäst patientens behov av vård?*

- *Hur beskriver vi det värde som LHC tillför vård och omsorg?*

Det här gör LHC under ett år:

- *Partnermöten*
- *Seminarier (egna och deltagande på andras)*
- *Rapporter*
- *Årsskrift*
- *Debattartiklar*
- *Blogginlägg*
- *Fokusgrupper*
- *Hemsida med nyheter, rapporter mm*
- *Utställningar*

Hur sprids kloka idéer och kunskaper?

LHC uppmuntrar till diskussion. Genom att publicera rapporter elektroniskt på sajten och sprida tryckta rapporter lever diskussionerna längre och påverkar fler individer ute i sjukvården. Det är en brist att ledning och styrning inte haft ett tydligt forum tidigare. Det ökande intresset från både partners och uppdragsgivare tyder på att LHC fyller en viktig funktion.

Vad tycker LHC egentligen?

LHC tycker inte! De enskilda partners och forskare som ingår i LHC-nätverket kan ha många åsikter, men LHC verkar inte i något särskilt egenintresse. I rapporterna är det de enskilda författarna som står för innehåll och eventuella värderingar.

- Vi ska vara en mötesplats för att hitta nya vägar framåt, säger Hans Winberg. Det kan finnas många åsikter om de fakta och erfarenheter som vi lyfter fram. Tanken är att vi ska sprida fröer för ytterligare diskussion.

Mer samarbete och *nya perspektiv* på värden i vården



I LEADING HEALTH CARES ARBETE möter vi krav på utredningar inom och förståelse av policyformulering, brister i ledningssystem och ledarskap, samt den under senare år så brinnande frågan om innovation. Eftersom vi är ekonomer förväntar sig många att vi ska erbjuda en kalkylmodell som lösning. För många gånger handlar ekonomi bara om pengar. Och sättet att använda dem är att "räkna på saken". Hur ofta har vi inte hört från vårdens och omsorgens verksamheter att det enda viktiga är att hålla budgeten?

Men ekonomi är inte "bara" pengar i kronor och ören (eller annan valfri valuta för den delen). Ekonomi är hushållning med resurser, och det blir viktigt när resurserna inte är oändliga. Det finns olika tekniska lösningar när vi räknar på de avvägningar som måste göras. En är hälsoekonomins samhällsperspektiv och resonemang om alternativkostnader. En beräkning som rör sig relativt fritt över tid (som 40 år för HPV-vacciner) och rum (mellan sjukvård och sjukersättning som exempel). Det sätt att räkna som vi vanligen tänker på är budgetekonomin, den som rör specifika resultatenheter och gäller för budgetperioden. Budgetekono-

min, och resultatrapporten som kopplas till den, har för övrigt gett upphov till begreppet kvartalsekonomi. När tidsramen för utvärdering gått från 12 till 3 månader står vi långt från värderingen av ett nytt vaccin som ger effekt på 40 års sikt.

Att foga samman dessa olika bilder till en enhet är svårt, för att inte säga omöjligt. Det är fråga om olika perspektiv. Med resonemang som detta tar vi i Leading Health Cares nätverk av partners och forskare vår utgångspunkt i vardagens verksamheter. Vi gör det kring styrning med ersättningsmodeller, såväl som ledning i ledningssystem - alltid med blicken mot hur styrsystemen bäst kan komma medborgare, patienter och omsorgstagare till gagn.

Under det senaste året har vår aktivitetsnivå ökat kraftigt, faktiskt en fördubbling mätt i (ekonomisk) omsättning men framför allt, långt mer än så mätt i antalet projekt och rapporter och seminarier. Vi har upptäckt att vårt perspektiv att alltid ha respekt för verksamheter och enskilda produkter och tjänster i sitt sammanhang har bäring på mer än ledning. Det är i högsta grad relevant inom policyområdet och för innovationspolitiken, såväl som för det

dagliga förhållningssättet till innovation.

Det är i gränssytorna mellan policy, ledning och innovation som de intressanta möjligheterna till utveckling finns. Leading Health Care står här för en innovation i sig – att med vår blandning av olika intressen, aktörer och forskningsperspektiv vidga förståelsen för den komplexa förändring av hälso- och sjukvårdssystemen vi står inför. Och måste bejaka och ta oss igenom.

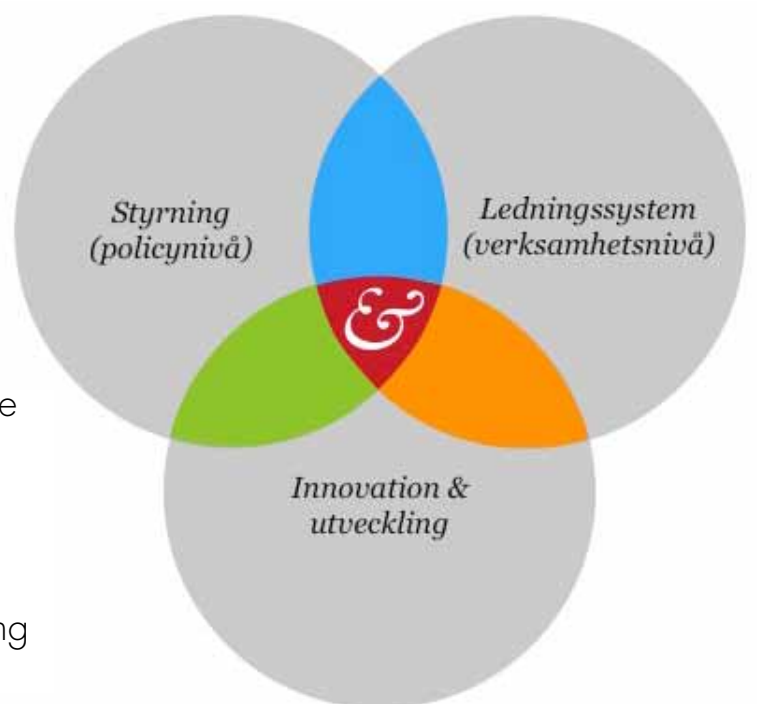
Vi måste få en fördjupad och breddad syn på vad innovation är. En ny produkt, ett nytt IT-system eller behandlingsterapi är inte en innovation. Innovation är när verksamheter förändrats i sina ömsesidigt beroende delar så att det nya blir vardag. Under 2012 har vi lyckats få visst genomslag för denna syn både på Regeringskansliet, hos myndigheter och i vissa verksamheter. Detta ska vi omvandla till spännande gränsoverskridande projekt i samarbete med partners och forskarnätverk.

Tillsammans skapar vi nya värden i vård och omsorg!

Hans Winberg,
Generalsekreterare, Leading Health Care

De intressanta frågorna
finns i **skärningsytorna**

- Leading Health Care
- Ersättningsmodeller
- Innovationspolicy
- Verksamhetsutveckling



Brittiskt intresse för svenska lösningar

LHC i rundabordssamtal med brittiska socialutskottet om sammanhållen vård och omsorg

Liksom i Sverige lider brittisk vård och omsorg av fragmentisering. Svårigheterna att hålla samman insatser från flera olika huvudmän är stora. Svenska experter, bland andra LHC:s Anna Krohwinkel Karlsson, diskuterade gemensamma problem och lösningar när det brittiska socialutskottet besökte Stockholm.

Sammanhållen vård och omsorg är ett av de viktigaste områdena för House of Commons Health Committee, socialutskottet i det brittiska parlamentet. Problemen är i mycket liknande dem som finns i Sverige. Olika huvudmän och vårdgivare har svårt att samarbeta kring patienter och brukare.

Flera likheter

För att diskutera problematiken bjöd det brittiska socialutskottet in till ett möte på den brittiska ambassaden i Stockholm den 21 november. Tolv ledamöter från socialutskottet mötte fyra svenska sakkunniga. Från svensk sida medverkade – förutom Anna Krohwinkel Karlsson – Lennarth Johansson på Aging Research Center vid Karolinska Institutet och på Socialstyrelsen, Lars Pettersson som är generalsekreterare på Famna och Mats Thorslund, professor vid Karolinska Institutet.

Syftet med resan till Sverige var att träffa utvalda personer som kunde bidra med idéer och lärdomar från det svenska systemet. Eventuellt kan idéerna komma till användning i Storbritannien.

– Naturligtvis finns det stora skillnader mellan det brittiska systemet och det svenska. Men beskrivningen av svårigheterna att hålla

samman insatser som borde omfatta både vård och omsorg visade på flera likheter, säger Anna Krohwinkel Karlsson.

LHC har sammanställt och analyserat mycket kunskap och erfarenheter i det uppdrag man har från regeringens äldresamordnare.

– Vi i Sverige sneglar ofta mot Storbritannien för att hämta idéer kring organisering av offentlig sektor, så det är extra roligt om de också kan lära sig någonting av oss!

Tiohundra diskuterades

Diskussionen med britterna rörde bland annat hur en gemensam beställarfunktion kan utformas. Anna Krohwinkel Karlsson kunde berätta om Tiohundra-projektet i Norrtälje som är ett fullskaleförsök med gemensam beställarfunktion. Försöket har varit lyckosamt i många avseenden, men har också brottats med motstridiga mål, inte minst på grund av den nationella världsreformerna.

Ett annat ämne för diskussionen var utformningen av ersättningssystem.

– Det gäller att hitta en styrning som hjälper den enskilda patienten. Men det är svårt att förändra stora system över hela landet, vi har ju det kommunala självstyret att ta hänsyn till. Eventuellt skulle vi i Sverige kunna göra ett försök i ett enskilt landsting, med de kommuner som finns där.

Anna Krohwinkel Karlsson pekar också på behovet av lokal variation på grund av skillnader i befolknings- och utförarsammansättning mellan regioner.

Skarpa formuleringar

Utskottet har haft liknande diskussioner och utfrågningar, i samma ämne, på hemmaplan. I somras fick representanter från The King's Fund, London School of Economics and Political Science, Saga Group och Nuffield

Trust ge sin bild av bristen på samordning i brittisk vård och omsorg.

Tidigare har utskottet skrivit en rapport med slutsatser och rekommendationer. Den förespråkar bland annat en gemensam beställarfunktion och en gemensam budget för vård- och omsorgstjänster för äldre med sammansatta behov. I kommitténs uppdrag ligger också att syna effektiviteten i systemet.

Rapportens formuleringar är obönhörliga när man beskriver dagens situation. Kommittén konkluderar att mycket litet har gjorts för att överbrygga gapet mellan sjukvård och omsorg. Besvikelsen över hur sakta det går, trots att en rad regeringar sagt sig vilja överbrygga klyftorna, är tydlig. Här är två exempel:

• *"Konsekvenserna av fragmentisering drabbar framför allt många äldre, personer med funktionshinder och kroniskt sjuka som ofta behöver ha kontakt med en lång rad instanser i vård och omsorg. Fragmenteringen är enligt kommittén ett resultat av att finansieringen är splittrad på flera olika huvudmän."*

• *"Vi har inget sammanhållet system – inte heller en sammanhållen lagstiftning, utan mycket har byggts upp under en lång tid med politiska kompromisser."*



Brittiska slutsatser

Här publicerar vi några smakprov ur den brittiska rapporten om integrerad vård och omsorg. Dess engelska titel är "House of Commons Health Committee, Social Care, Fourteenth Report of Session 2010–12, Conclusions and recommendations".

• "The conclusion we draw [...] is that attempts to draw a distinction between these services [health care] and social care will fail because such distinctions are artificial and unhelpful, and because they directly contradict the policy objective."

• "If that [integration] is the objective - and the Committee found that it is an objective shared between users, staff and policy makers - it seems perverse to attempt to build integrated service delivery on a fragmented commissioning system."

• "In the Committee's view the key is that real progress towards integrated care must begin with a clear commitment to create a fully integrated approach to commissioning. The precise model will depend on local circumstances. Integration could take place around a local authority or a clinical commissioning group."

• "The Committee is struck that despite

repeated attempts to "bridge" the gap between the NHS and social care, that, aside from a few notable exceptions, little by way of integration has been achieved over this 40 year period."

• "The evidence presented to us leads us to the conclusion that when commissioning responsibilities are divided between different bodies, the effect is to undermine the ability of the system to deliver truly integrated services. Each commissioner is inevitably subject to different pressures and priorities, with the result that it becomes impossible to focus on the key objective, which must be to integrate services around the individual."

• "The new outcomes frameworks for the NHS, public health and social care systems are crucial as they will become the primary means through which the Government will establish whether services are delivering better outcomes for the public. In the context of integrated service provision and integrated

commissioning, the degree of alignment between these frameworks looks disappointing. We are particularly concerned that the Government merely "hopes" that national alignment "will cascade down to local level". It follows from the recommendations of this report that the Committee recommends that the Government move quickly to adopt a single outcomes framework for health and social care for elderly people and that it will abandon the attempt to create artificial distinctions between health, social care and social housing."

• "The Committee supports the need for reform of the law governing social care, but is clear that this cannot take place in isolation from the law governing health, housing and welfare services. It believes that a new, integrated legal framework is required which supports integration of care around the needs of the individual, with a focus on driving forward quality and improving outcomes."

”Att hitta *ekono* kan ta litet län

Halvtid för regeringens äldresamordnare

Text: Anna-Lena Bengtsson

Bild: Stefan Nilsson



Ekonomiska styrsystem ”gre tid”

Det är halvtid för regeringens äldresamordnare, Eva Nilsson Bågenholm. Två år har gått och två år återstår av hennes uppdrag att förbättra vården för de äldre och mest sjuka i Sverige.

– Vi har kommit en bra bit på väg och redan uppnått en del av de förändringar vi vill åstadkomma, summerar hon.

Till sin hjälp i arbetet har hon drygt fyra miljarder kronor att dela ut till dem som gör förändringar och förbättringar. 2012 är första året som riktigt stora pengar delas ut. Hur stor summa som satsas på varje delområde bestäms i förhandlingar med SKL i december varje år och pengarna delas ut beroende på vilka resultat som uppnås. Så att komma igång snabbt kan löna sig. 2012 års resultat har nu sammanställts av SKL.

– Pengar utgår bara till dem som deltar i förbättringsarbetet och alla resultat granskas av Socialstyrelsen innan pengar delas ut.

Hon berättar också att SKL har ett viktigt uppdrag att kvalitetssäkra välfärden, där man inte bara granskar resultaten utan också tittar på hur uppdragen läggs ut och att det finns en mångfald utförare.

En stor del av arbetstiden som äldresamordnare läggs på att resa runt i landet och berätta om uppdraget, ge goda råd och prata om goda exempel. Vecka 46 är inget undantag – då åker Eva Nilsson Bågenholm till Gotland, Falkenberg och Västerås. Det här menar hon sätter guldkant på uppdraget som äldresamordnare.

Ser mycket positivt

– Det är väldigt roligt att komma ut och möta alla dessa fantastiska människor. I det här uppdraget är min ingång i sjukvården en annan än när jag var facklig ordförande för Sveriges läkare. Nu kan jag se hur mycket positivt och bra som sker i svensk sjukvård varje dag, konstaterar hon.

Med på resan till Falkenberg är Gert Knutsson, ämnesråd på socialdepartementet. Han ansvarar för en stor del av de förhandlingar som sker och avtal som skrivs under samordningsprocessen.

– Jag har nästan alltid någon från departementet med mig, ibland är det en tjänsteman och ibland en minister, och oftast även någon från SKL, berättar Eva Nilsson Bågenholm.

Dagens resmål är Hotell Strandbaden i Falkenberg där Region Halland håller konferens på temat ”Sammanhållen vård och omsorg för äldre i Halland”. Konferensen vänder sig till politiker och tjänstemän i kommunerna, i regionen och till intresseorganisationer.

Här finns också en av Eva Nilsson Bågenholms kurskamrater från undersköterskeutbildningen i Kungälv. Att ha arbetat som både undersköterska, sjuksköterska och läkare ger Eva Nilsson Bågenholm en unik inblick i sjukvården och är ett viktigt stöd i arbetet som äldresamordnare.

Inriktar sig på målen

På tåget från Stockholm ned till Falkenberg berättar hon att uppdraget inte handlar om att leda en statlig utredning där en slutprodukt ska presenteras.

– Mitt uppdrag är att under fyra år förbättra vården för de mest sjuka äldre genom att förstärka incitamenten och förbättra förutsättningarna för att samordna arbetet i kommuner och landsting. Men hur de gör detta lägger sig staten inte i. Alla jobbar efter sina förutsättningar. Men det vi lägger oss i, är att de uppnår målen, säger hon.

Det övergripande målet är att ”äldre ska åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till god vård och omsorg”. För att uppnå detta har staten inriktat arbetet på fem fokusområden:

- Vård i livets slutskede
- Preventivt arbetssätt
- God demensvård
- Läkemedelbehandling
- Sammanhållen vård och omsorg.

Att man valt just dessa områden beror naturligtvis på att de är angelägna, men också på att det går att mäta och visa resultat inom dessa områden.

– Om man inte kan visa vad man gör, är det svårt att visa att man gör det på rätt sätt, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Svårt att följa upp

Hon pekar på svårigheten att följa upp angelägna förändringar. Hon nämner områden som rehabilitering och det sociala innehållet i äldreboenden som man hade velat fokusera på, men där man stoppats på grund av svårigheter att följa upp resultaten. När det gäller vård i livets slutskede har regeringen som mål att 70 procent av alla äldre

som dör, ska finnas med i Svenska Palliativregistret. Här är målet täckningsgrad. En mät punkt inom det här området är hur många brytpunktsamtal som läkare uppnår, det vill säga där de berättar för patienten att det handlar om vård i livets slutskede.

– Brytpunktsamtal är oerhört centrala för att man ska kunna bedriva vård i livets slutskede och i år har 30 kommuner uppnått målet både vad det gäller täckningsgrad och brytpunktsamtal, berättar Eva.

Senior Alert är ett kvalitetsregister som används i det förebyggande arbetet. Där kan äldreboenden göra riskbedömningar för varje individ och notera förebyggande åtgärder. Här kan man se att en av de vanligaste orsakerna till skador bland äldre är fallolyckor, något som enligt MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) kostar samhället 11 miljarder kronor per år.

Ekonomisk styrning över gränser

Att hitta ekonomiska styrsystem som håller ihop vård och omsorg är ett av målen med uppdraget.

– Här kan vi troligen inte få samma snabba resultat som inom en del av de andra områdena. Men det är ett viktigt arbete där vi först på lång sikt, långt efter att mitt arbete är avslutat, kan se om vi uppnår de effekter vi eftersträvar, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Att arbetet under de här fyra åren ska ge bestående effekt menar hon att valet av arbetsmetod borgar för. Med resultatbaserade mål finns en inbyggd kvalitetssäkring som garanterar att de förändringar som genomförs håller i sig också när uppdraget som äldresamordnare är slutfört.

Pengar är ett starkt styrmedel

– Pengar är ett kraftfullt styrmedel och ingen får några utan att delta och förändra sitt arbetssätt. I och med att det är verksamheterna själva som kommer fram till vilka förändringar de vill genomföra, och själva genomföra dem som en integrerad del av den ordinarie verksamheten, blir det svårt att behålla eller återgå till gamla föråldrade rutiner, säger Eva Nilsson Bågenholm.





Komplexa patienter kräver nya lösningar: Några slutsatser från LHC

I uppdraget från regeringen har Leading Health Care granskat styrning och ledning av vård och omsorg, särskilt möjligheterna att skapa en sammanhållen vård och omsorg för de äldre. Regeringen satsar under fyra år 4,3 miljarder kronor för att förbättra omhändertagandet av de mest sjuka äldre. Bakgrunden är att de äldre blir allt fler i Sverige. Idag är 1,7 miljoner personer över 65 år. Om 20 år är den gruppen omkring 2,3 miljoner. Ingen annan åldersgrupp ökar lika mycket.

Detta är LHC:s slutsatser så här långt i projektet:

- Vård och omsorg måste bli mer sammanhållen
- För att nå mer samverkan måste principerna för styrning av vård och omsorg revideras
- Det krävs en styrning som premierar patientens väg genom systemet –
- inte att varje liten enhet maximerar sin verksamhet
- För att vården ska bli mer sammanhållen krävs också ekonomiska incitament som är gränsöverskridande och belönar effektiva vägar längs hela vårdkedjan
- Allt för detaljerade ersättningssystem är svåröförenliga med en patient- och brukarcentrerad vård och omsorg

Internationella utblickar på vård & omsorg av äldre

Internationellt finns det olika försök att utforma modeller för ersättning som fångar in en hel kedja av vård- och omsorgsinsatser. Den 11 oktober bjöd LHC in till ett seminarium inom ramen för uppdraget om ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Ämnet var vad goda exempel från utlandet kan bidra med när det gäller att utveckla den svenska vården och omsorgen.

Eva Hagbjer, forskare vid sektionen för redovisning och finansiering vid Handelshögskolan i Stockholm, presenterade en studie av internationella föregångare när det gäller sammanhållen vård och omsorg om äldre. Eva Hagbjer har gjort studien på uppdrag av LHC.

I rapporten jämförs modeller från sex olika länder, med speciellt fokus på hur ersättningen från beställare till utförare inom respektive system är utformad.

- Liksom i Sverige baseras de flesta system på en mix av olika fasta och rörliga ersättningar. I kombination med detta används olika angreppssätt för att utforma ersättning på ett mer aggregerat sätt, det vill säga betala för med än ett vårdområde/en typ av behov i taget, berättade Eva Hagbjer.

Ofta, men inte alltid, kombineras detta med en integrering av vård- och omsorgsproduktionen inom samma organisation.

Ovanliga i Sverige

- Sammanhållna uppdragsbeskrivningar och ersättningsmodeller som innefattar både vård och omsorg, eller som spänner över både öppen och sluten vård, har hittills varit ovanliga i Sverige och utgör därmed en utvecklingspotential som är värd att utforska vidare.

- Internationell erfarenhet visar att detta går att kombinera med valfrihet givet att brukarunderlaget är tillräckligt, menade Eva som därmed även öppnade för en diskussion om vårdvalets för- och nackdelar för äldre individer.

Därefter talade Teun Zuidend-Jerak, forskare vid

Institute of Health Policy and Management vid Erasmus University Rotterdam, om sina studier av den holländska äldrevårdsmodellen och reforminitiativ inom denna. Han har särskilt intresserat sig för interaktionen mellan policy-mål och implementering, och hur styrningen bör utformas för att främja långsiktigt hållbara förbättringar.

Inte utrymme för goda exempel

- Ofta finns det olika vägar för att uppnå ett och samma mål, men styrningen – och framför allt uppföljningen – av förändringsprocesser ger inte alltid utrymme för en mångfald av goda exempel att synliggöras och spridas, menade Teun Zuidend-Jerak.

Exempel för Sverige att lära av

I LHC-rapporten om internationella utblickar på sammanhållen vård och omsorg av äldre görs följande observationer utifrån olika modeller världen runt.

Strävan att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg om äldre har sysselsatt inte bara svenska politiker utan även myndigheter och organisationer i stora delar av världen. Systemen som LHC har tittat närmare på är:

- **Kaiser Permanente, USA:** Ett regionalt samordnat sjukvårdssystem som finns tillgängligt i tio delstater. Systemet erbjuder en fullständig vård-integrering i varje region utifrån ett gemensamt sjukförsäkringssystem. KP riktar sig till alla åldersgrupper, men har ett särskilt fokus på patienter med kroniska problem.
- **PACE (Programme for All-inclusive Care for the Elderly), USA:** System inom den statliga sjukförsäkringen Medicare där sjukvård och social omsorg samordnas inom ramen för dagvårdskliniker. Målgruppen är sköra personer över 55 år

som behöver vård av den omfattning som vanligtvis ges på ett särskilt boende.

- **PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy), Kanada:** Ett samordningssystem riktat till boende i delstaten Québec, med syftet att koordinera det lokala nätverket av vårdleverantörer för att underlätta för äldre att bo kvar i det egna hemmet.
- **PGB (PersoonsGebonden Budget), Nederländerna:** Ett nationellt samordningssystem på individnivå. Den personliga vårbudgeten delegerar koordineringen till den enskilde brukaren, och fungerar som ett frivilligt alternativ till den traditionella inköpsfunktionen för personer i behov av vård och omsorg.
- **System for Integrated Care, Singapore:** Ett natio-

nell koordineringssystem för vård och omsorg med särskilt fokus på äldre medborgare med flera kroniska sjukdomar. Samordningen administreras av en särskild myndighet och har fokus bland annat på integrerade bedömningar av vård- och omsorgsbehov och ett gemensamt dokumentationssystem.

Hög grad av ekonomisk aggregering

De sex fallen representerar ett urval av olika samordningsmetoder på olika nivåer och av olika intensitet. En gemensam nämnare är att det finns en hög grad av aggregering i ersättningsmodellerna, där en samlad ersättning per brukare bekostar både vård och omsorg. Detta kombineras i flera fall med en gemensam beställar- och/eller utförarorganisation.

2012

– året då allt hände

Under 2012 utvidgades Leading Health Cares verksamhet kraftigt. Tankesmedjan arrangerade fler seminarier och gav ut fler rapporter än något år tidigare. Här nedan återfinner du ett axplock av evenemangen under året.

För LHC är det en viktig uppgift att återkoppla alla forskningsprojekt till partners och uppdragsgivare – för att sprida erfarenheter och kunskaper och för att i fortsatta diskussioner generera mer kunskap. I takt med att antalet projekt och antalet rapporter växte, blev konferensdelen allt större.

18 januari

Konferens Johnson & Johnson Nordic, Uppsala

Hans Winberg talade om trender i värdeskapande inom nordiska hälsovårdssystem vid partnern Johnson & Johnsons stora samling för personalen i de nordiska länderna.

29 februari

Sällsynta dagen med Sällsynta diagnoser

LHC:s Hans Winberg modererade "Sällsynta dagen", en dag som firas världen över på skottdagen – den mest "sällsynta" av alla dagar. Eventet "Sällsynt central" tog plats på Stockholms centralstation, och parallellt med det anordnade brukarorganisationen Sällsynta diagnoser, som ingår i LHC:s partner nätverk, även en konferens.

29 februari

"Åldrande 2012" i Uppsala

LHC deltog vid AIMday® som är ett event anordnat av Uppsala universitet. Syftet med den här dagen är att utgöra en länk mellan praktiker, behov och forskarnas kunskap och temat var "Åldrande 2012". LHC:s forskningsledare Anna Krohwinkel Karlsson deltog aktivt i seminarier där forskare och vårdprofessionella diskuterade olika aktuella frågor kring bland annat äldreomsorgens styrning, ledning och organisering.

22 mars

Seminarium om

"På väg mot en värdefull styrning"

80 personer deltog när LHC:s nya rapport, "På väg mot en värdefull styrning", presenterades på Piperska Muren. Anna Krohwinkel Karlsson och Hans Winberg från LHC presenterade rapporten, som sedan kommenterades av Eva Nilsson Bågenholm, äldresamordnare, och Anders Ekholm, analyschef, från socialdepartementet.

16 april

Hearing på socialdepartementet

LHC deltog på en hearing som socialdepartementet bjöd in till. Ämnet var LHC:s rapport: "På väg mot en värdefull styrning". LHC presenterade boken och dess kapitel. Författarna till varje kapitel var närvarande på hearingen.

18 april

Vitaliskonferens om e-hälsa

Hans Winberg framträdde på Vitalis årliga konferens på Svenska Mässan i Göteborg. Han föreläste på temat "Detta borde vårddebatten handla om: Ett värdeskapande sektorsperspektiv på e-hälsa".

10 maj

LHC, Fores och Entreprenörskapsforum bildar Uppdrag Valfärd (se även sid 12-13)

LHC anordnade tillsammans med tankesmedjorna Fores och Entreprenörskapsforum ett uppstartsseminarium för det gemensamma projektet "Uppdrag Valfärd". Tankesmedjorna ska tillsammans initiera, genomföra och sprida resultaten av ett forskningsprogram kring frågor om hur vi ska utföra, organisera, styra, och utvärdera framtidens välfärdstjänster. Seminariet avslutades med debatt mellan Mikael Damberg (S) och Anna Kinberg Batra (M). I panelen fanns Thomas Berglund (Capio), Hans Bergström (Engelska skolan), Anders Morin (Svenskt Näringsliv) och Metta Fjølner (Lärarnas Riksförbund).

2-6 juli

LHC på fem viktiga evenemang i Almedalen (se även sid 4-7)

LHC arrangerade tre seminarier i Almedalen och deltog aktivt i ytterligare två. Seminarierna rörde äldreomsorg i relation till pengar och ny teknologi, Uppdrag Valfärd, innovationer samt prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

30 augusti

Risk att myndigheterna blir fler istället för färre (se även sid 15)

På partnermötet den 30 augusti blev diskussionen om vård- och omsorgsmyndigheternas funktion och organisation livlig. Synen på statens framtida roll inom hälso- och sjukvården var olika mellan debattdeltagarna. Deltog gjorde bland annat Landshövding Stefan Carlsson, som utrett myndighetsstrukturen.

27 september

SKL-seminarium om ersättningssystem i primärvården

"Värdvalssystem i primärvård - att styra med hjälp av ekonomiska incitament" var den fullständiga rubriken på seminariet. Det baserades på en rapport som Anders Anell, Lunds universitet, sammanställt på uppdrag av SKL om hur primärvården styrs med hjälp av utformning av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Anna Krohwinkel Karlsson från LHC var inbjuden för att beskriva kunskapsläget och för att kommentera rapporten med utgångspunkt från LHC:s eget arbete med ersättningssystem.

1-2 oktober

LHC besökte finska Vårdföretagarna

Finska motsvarigheten till Vårdföretagarna, TPL, höll sin årliga höstkonferens 1-2 oktober 2012 i Helsingfors. Ett tema var ställningen för privatdriven vård i det finska samhället. Hans Winberg var inbjuden för att tala om det svenska exemplet i allmänhet och utvecklingen i Stockholm i synnerhet.

11 oktober

Internationellt seminarium om sammanhållen vård (se även sid 21)

LHC bjöd in till ett seminarium inom ramen för uppdraget om ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Seminariet gav ett antal internationella utblickar och en diskussion kring vad dessa kan bidra med för att utveckla den svenska vården och omsorgen. Eva Hagbjer, forskare vid sektionen för redovisning och

finansiering vid Handelshögskolan i Stockholm, presenterade en LHC-rapport om internationella föregångare när det gäller integrerad vård och omsorg. Äldresamordnaren Eva Nilsson Bågenholm och Teun Zuiden-Jerak, forskare vid Institute of Health Policy and Management vid Erasmus University Rotterdam, deltog också.

21 november

Internationellt rundabordssamtal om sammanhållen vård och omsorg (se även sidan 17)

LHC deltog vid ett rundabordssamtal anordnat av brittiska socialutskottet, House of Commons Health Committee. Utskottet förespråkar bland annat en gemensam beställarfunktion och en gemensam budget för vård- och omsorgstjänster för äldre med sammansatta behov. Syftet med resan till Sverige var att träffa utvalda personer som kunde bidra med idéer och lärdomar från det svenska systemet.

Förutom de tolv brittiska medlemmarna i kommittén, deltog LHC:s Anna Krohwinkel Karlsson, Mats Thorslund, professor vid Karolinska Institutet, Lars Pettersson, generalsekreterare Famna, och Lennarth Johansson, Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms universitet.

25 november

Permobil utses till "Årets Medtech-företag" (se även sid 14)

Det årliga priset "Årets Medtech-företag" delades ut av Hans Winberg på Leading Health Care och Ulrika Berglund, chefredaktör på MedTech Magazine. Vid tillställningen deltog ett hundratal medtech-företag. Priset för 2012 gick till Permobil AB från Timrå.

29 november

Att modellera vården med ekonomi - vart leder det?

Och vill vi egentligen dit? Det var de inledande frågorna vid LHC:s symposium på Medicinska riksstämman i Älvsjö.

Budgeten har en alltför stor roll i dagens vård-diskussion. Om vi går bortom detta - vad ser vi då? LHC bjöd, tillsammans med Läkaresällskapet, på en exposé över nya sätt att tänka kring en mer värdeskapande vård. Hur ska verksamheter kunna utvecklas när så många vill styra?

Medverkande var Eva Fernvall, varumärkesdirektör Apoteket AB, Peter Friberg, ordförande SLS, Claes-Fredrik Helgesson, professor Linköpings Universitet, Mona Heurgren, enhetschef Socialstyrelsen, och Pär Åhlström, professor Handelshögskolan i Stockholm.

6 december

Från sjukvård till hälsofrämjande vård och omsorg

LHC arrangerade tillsammans med Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund och svenska nätverket för Hälsofrämjande Sjukvård ett seminarium där boken "Hälsofrämjande möten: Från barnhälsovård till palliativ vård" av redaktörerna Anna Hertting och Margareta Kristensson. Två medförfattare, Mats Lekander och Jörgen Herlofson, medverkade också. Karin Fernler från Handelshögskolan i Stockholm reflekterade och Hans Winberg, LHC ledde det mycket välbesökta mötet på Svenska Läkaresällskapet.

2013
– det händer ännu mer

Seminarier & sammankomster

På www.leadinghealthcare.se hittar du vårt aktuella kalendarium. Under 2013 kommer vi, förutom de fyra partnarmöten som redan är inplanerade, att arrangera en serie frukostmöten kring dagsaktuella ämnen, starta fokusgrupper kring ekonomistyrning och andra teman, samt hålla ett stort antal seminarier där våra rapporter presenteras och diskuteras. Anmäl dig till info@leadinghealthcare.se om du vill hålla dig uppdaterad om våra aktiviteter!

ERSÄTTNINGSSYSTEM

Leading Health Care gör under 2011-2013 ett arbete med att utarbeta ersättningsmodeller för en sammanhållen vård och omsorg om äldre med fokus på patientcentrering och sammanhållna vård- och omsorgssystem. LHC skall ta fram och sprida principer för ekonomisk styrning som kan fungera som stöd för såväl statens som kommuners och landstings fortsatta arbete med att vidareutveckla ersättningssystem som stödjer en ökad samverkan mellan vårdgrannar. Uppdragsgivare är Socialdepartementet.

LEDNINGSSYSTEM

Leading Health Care genomför på uppdrag av Socialstyrelsen ett projekt för att klarlägga läget kring styrning av vård med koppling till föreskrifter och allmänna råd på området.

UPPDRAG VÄLFÄRD

Tankesmedjorna Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Health Care kommer tillsammans genomföra och sprida resultaten

av ett forskningsprogram kring frågor om hur vi ska utföra, organisera, styra, och utvärdera framtidens välfärdstjänster.

EFFEKTIVITET OCH PRODUKTIVITET I VÅRDEN

LHC inleder ett projekt som ska ge förslag på mått och mål som kan användas för att mäta produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, samt testa dessa på ett antal faktiska verksamheter inom Stockholms läns landsting.

INNOVATION

Innovationskraften inom den för Sverige så viktiga Life science-sektorn behöver stärkas. Leading Health Care driver frågan att en procent av de medel som satsas på forskning och utveckling används till projekt ägnade åt att i grunden förstå såväl forskningsprocesserna som förutsättningarna för att fullt ut anamma nya produkter, idéer och arbetsmetoder.

FRAMTIDENS SJUKVÅRD – INDIVIDUALISERAD VÅRD

LHC arbetar genom ett fokus på sällsynta di-

agnoser med frågor som rör individualiserad vård, och nya logiker kring kunskap, läkemedel och vårdorganisation. LHC deltar i ett treårigt projekt tillsammans med Riksförbundet Sällsynta diagnoser, och har även bidragit med underlag för framtagning av en nationell strategi på området.

REHABILITERING

LHC har ansökt tillsammans med Reumatikerförbundet och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund om 7 600 000 kronor från Allmänna arvsfonden för ett treårigt projekt för att förbättra rehabilitering för människor med funktionsnedsättning. "På väg mot en sammanhållen och hälsofrämjande rehabilitering" är namnet på projektet.

INTERNATIONELLT

LHC initierar en jämförelse mellan Inter-mountain Health och St Görans sjukhus vad gäller flödesarbete och Lean.

CUPS fyller 20 år

Vi arrangerar ett heldagssymposium den 16 maj för framtidens vård. Välkommen!

För snart 20 år sedan anlände den första kullen av ledare i sjukvården till Chefsutvecklingsprogrammet för sjukvården, idag mer känt som CUPS.

Med 20 år av utveckling inom hälso- och sjukvården i ryggen vill vi blicka framåt mot nästkommande 20 år. Åren när informationsteknologin slår igenom på allvar. När den personcentrerade vården ritar om vårdflödena och höjer patientsäkerheten. När utveckling och innovation får större och snabbare genomslag genom bättre uppföljning och kunskap. När vi organiserar vården för att möta demografiska och tekniska utmaningar. Möt ledarna i hälso- och sjukvården i dialog med forskare, patienter och medarbetare.

Mer information kommer att finnas på www.leadinghealthcare.se

Arrangeras av IFL vid Handelshögskolan i Stockholm och Stiftelsen Leading Health Care



IFL EXECUTIVE EDUCATION

Leading Health Care

Det akademiska nätverket *garanterar både bredd och djup*

LHC arbetar med ett nätverk av forskare inom olika discipliner. LHC grundades av IFL vid Handelshögskolan och har därmed en naturlig koppling till Handelshögskolans forskning, men involverar numera forskare från många olika lärosäten.

LHC har kontinuerliga diskussioner med ledande forskningsinstitutioner och knyter fortlöpande personer från akademiska institutioner till sig genom projekt och fokusgrupper.

Forskarna i Leading Health Cares nätverk representerar en stor bredd i infallsvinklar på hälso- och sjukvården – från makro- till mikroperspektiv, från organisering av produktion till styrning med kunskap, från ledning i grupp till interorganisatorisk styrning och ledning.

Forskaren har alltid en akademisk hemvist utanför LHC, men är anknuten till LHC genom deltagande i seminarier, bidrag till skrifter, deltagande i projekt och genom att medverka i den ständigt pågående diskussionen som bedrivs på området. Presumtiva LHC-forskare föreslås av LHC:s ledning och kan på så vis bli delaktiga i nätverket och delta i alla aktiviteter.

Anders Anell, Adj. professor
Lunds Universitet, Ekonomihögskolan,
Institutet för Ekonomisk Forskning

Mattias Axelsson, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Innovation och Operations Management

Boel Berner, professor
Linköpings universitet,
Tema Teknik och social förändring

Maria Blomgren, docent
Uppsala Universitet,
Företagsekonomiska Institutionen

Anna Brattström, doktorand
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för företagande och ledning

Johan Calltorp, professor
Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap,
Göteborg

Mandar Dabhilkar, docent
Stockholms universitet,
Företagsekonomiska institutionen

Elof Dimenäs, professor
Göteborgs universitet,
Institutionen för tillämpad IT

Mats Engwall, professor
Kungliga Tekniska högskolan,
Industriell Ekonomi och Organisation

Ulf Essler, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Centrum för informations- och
kommunikationsforskning (CIC)

Karin Fernler, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för företagande och ledning

Ulf Gerdtham, professor
Lunds Universitet,
Nationalekonomiska Institutionen

Eva Hagbjer, doktorand
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för redovisning och finansiering

Claes-Fredrik Helgesson, professor
Linköpings universitet,
Tema Teknik och social förändring

Magnus Johannesson, professor, chef CHE
Handelshögskolan i Stockholm,
Centrum för hälsoekonomi

Linus Johansson Krafve, doktorand
Linköping Universitet,
Tema Teknik och social förändring

Hans Kjellberg, docent
Handelshögskolan i Stockholm,
Marknadsföring, distributionsekonomi och
industriell dynamik

Kalle Kraus, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Redovisning och finansiering

Anna Krohwinkel Karlsson, ekonomie doktor
Leading Health Care, forskningsledare

Niklas Källberg, doktorand
Handelshögskolan i Stockholm,
Information Management

Fredric Landqvist, doktorand
Göteborgs universitet,
Institutionen för tillämpad IT

Ida Larsson, doktorand
Uppsala Universitet,
Företagsekonomiska Institutionen

Francis Lee, filosofie doktor
Linköpings universitet,
Tema Teknik och social förändring

Charlotta Levay, ekonomie doktor
Lunds Universitet,
Företagsekonomiska Institutionen

Lars-Åke Levin, docent
Linköpings universitet,
Centrum för utvärdering av medicinsk
teknologi

Johnny Lind, professor, chef
Handelshögskolan i Stockholm,
Redovisning och finansiering

Ulf Lockowandt, docent, överläkare
Karolinska Universitetssjukhuset

Magnus Mähring, docent
Handelshögskolan i Stockholm,
Information Management

Anders Persson, professor
Linköpings universitet,
Center for Medical Image Science and
Visualization (CMIV), IMH/ Radiology

Anders Richtnér, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Innovation och Operations Management

Jon Rognes, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för företagande och ledning
Leading Health Care, bitr. generalsekreterare

Björn Rombach, professor, prefekt
Förvaltningshögskolan i Göteborg

Ebba Sjögren, docent
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för redovisning och finansiering

Iwona Sobis, docent
Göteborgs Universitet,
Förvaltningshögskolan

Lars Strannegård, professor, prorektor
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för företagande och ledning

Anna Svarts, doktorand
Kungliga Tekniska högskolan,
Industriell Ekonomi och Organisation

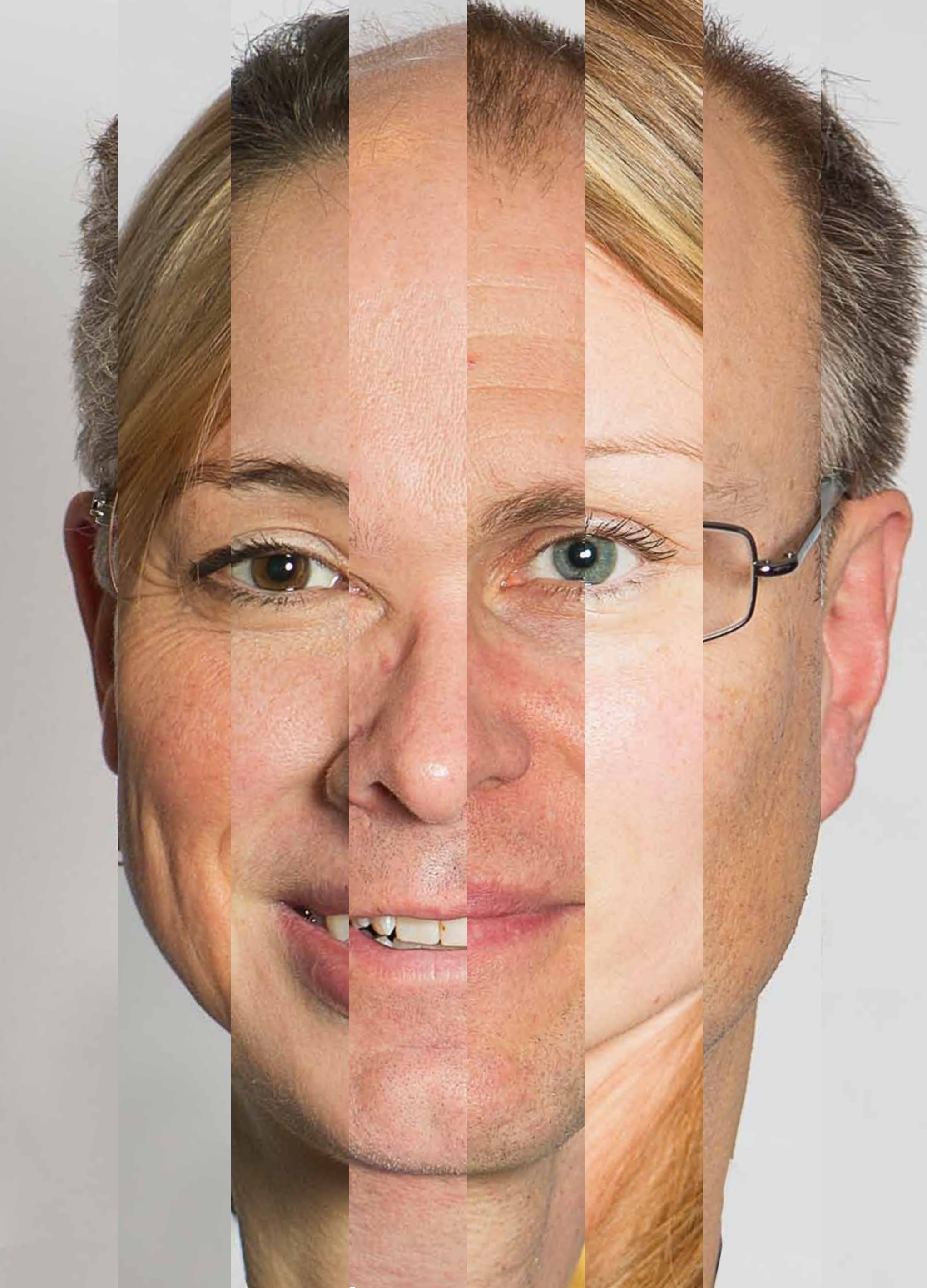
Karin Thoresson, ekonomie doktor
Linköpings universitet,
Tema Teknik och social förändring

Mats Tyrstrup, ekonomie doktor
Handelshögskolan i Stockholm,
Center for Advanced Studies in Leadership

Hans Winberg, ek lic
Leading Health Care, generalsekreterare

Per Åhlblom, doktorand
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för redovisning och finansiering

Pär Åhlström, professor, sektionschef
Handelshögskolan i Stockholm,
Institutionen för företagande och ledning





”Bara av akademiskt intresse”? – *långt därifrån!*

Det sägs ibland att något ”bara är av akademiskt intresse”. Uttrycket brukar tillgripas för att beskriva att sakernas faktiska tillstånd, på det aktuella området, är så oväsentliga att enbart akademiker kan (och bör) ägna dem uppmärksamhet. Uttrycket knyter an till en bild av forskning som ett intensivt kunskapsbyggande som ägnas åt de mest excentriska och obskyra av ämnena. På så sätt anspelar uttrycket också på tanken att forskningen och akademin åtminstone till en del bör värdera kunskapandet för sin egen skull.

Forskning måste också ha lite av sin egen logik, och innefatta ett mått av lekfullhet och frihet i utvecklingen av ny kunskap. Det går inte att driva forskarseminariet på samma sätt som den partssammansatta styrelsen.

Forskarseminariet röstar exempelvis inte om vilka uppslag som forskargruppen ska ägna sig åt. Gruppens och individens motivation måste få sin rörelsekraft från sådant som genuin nyfikenhet – och utsikten att tillsammans med andra forskare kunna utveckla och förfinat resultat som har teoretisk höjd och samhällsrelevans.

De framgångsrika projekten hämtar ofta sin kraft från flera sådana källor och utvecklas i samtal med såväl forskande kollegor från när och fjärran som med andra relevanta parter. Användbara nya begrepp, resultat och infallsvinklar tar ofta mycket lång tid att utveckla, men ger också kunskap med en betydande varaktighet. Det gör att kunskapen kan bli mycket användbar för att angripa problem som inte var aktuella när arbetet påbörjades.

Den bild av forskningen som jag tecknat upp här gäller även den forskning rörande or-

ganisering, styrning och ledning av hälso- och sjukvården som utgör grunden för Leading Health Care som akademiskt nätverk. Här återfinns forskare som representerar flera olika infallsvinklar och utgångspunkter och som är förankrade i olika akademiska samtal. Forskarna i nätverket delar en ambition att i sin gärning också vara i dialog med dem som är direkt involverade i hälso- och sjukvårdens utveckling. I LHC har de funnit en arena där de kan ingå i sådana dialoger och dessutom träffa andra forskare med stort intresse för hälso- och sjukvårdens utveckling.

LHC får en styrka, stadga och relevans genom sin speciella position. LHC kan brygga över det avstånd som finns mellan ett starkt forskande akademiskt nätverk, som omfattar sina logiker, och dess partners inom hälso- och sjukvården, som på motsvarande sätt omfattar sina logiker. Jag har exempelvis med glädje på senare år sett hur LHC fått gehör för kunskaper och erfarenheter som bottnar i decenniegammal forskning som, då det begav sig, ansågs ”bara vara av akademiskt intresse”.

Denna ibland senkomna samhällsrelevans påminner om att forskning och praktik inte går i samma takt och att de förmodligen inte heller kan göra det. Den forskning som är alltigenom förankrad i det för dagen ”förstasidesaktuella” kommer ofta vara för sent ute och kommer dessutom alltid att förlora sin relevans dagen därpå. Meningsfulla utbyten mellan forskning och praktik förutsätter i stället att båda för ett ögonblick kan stanna upp i ett rum där samtliga parter känner sig hemma. Det rummet möjliggör genuina och värdeskapande utbyten av problem, idéer och

kunskap. Det gläder mig – både som forskare och samhällsintresserad medborgare – att LHC har lyckats bli en tankesmedja med ett sådant rum.

Claes-Fredrik Helgesson,
styrelseordförande i Leading Health Care,
professor Tema Teknik och social förändring,
Linköpings universitet



Mission & Historik

Mission

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care bidrar till förändringen av hälso- och sjukvårdssystem genom att samla de viktigaste aktörerna inom området, oavsett organisationstillhörighet och intresse.

Tillsammans med våra samarbetspartners genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och lösningar för hälso- och sjukvården. Detta genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap om hur hälso- och sjukvårdssystem kan utvecklas både på mikro- och makronivå.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Historik

Leading Health Care uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik. Alltför sällan möts de två. Men när mötet sker i formen av en djup dialog - då händer det saker!

Sommaren 2007 samlades ett antal forskare på Handelshögskolan i Stockholm för att jämföra sina olika perspektiv och tala om sin forskning. Initiativet kom från IFL, vidareutbildningen på Handels. Den gemensamma utmaningen var: Hur får vi ut våra resultat så att de kan komma till praktisk nytta i hälso- och sjukvården?

Vi upplevde ett glapp mellan efterfrågan på bättre ledarskap och organisering i vården och organisationsteorins gedigna kunskap om just detta.

Uppgiften som formulerades i början av höstterminen 2007 var: Skriv en bok om det här! Inte i första hand en forskningsrapport utan en rapport om forskning.

Samtidigt pågick vidareutbildning i hälsosektorn, med Chefsutvecklingsprogrammet för sjukvården, CUPS, som det mest varaktiga exemplet. Härifrån hämtades insikten om att kunskaper endast ger värde om de finner sitt relevanta sammanhang. Därför påbörjade vi arbetet med att skapa en akademisk tankesmedja som samlade alla relevanta aktörer som verkar runt en patient. En galen idé – eller genial?

När tankesmedjan startade sin verksamhet våren 2008 var vi drygt tio medlemmar från akademin, näringslivet och vårdens olika aktörer, såväl producenter som beställare, leverantörer av läkemedel och medicinsk teknik.

Idag är vi 28 partners och det akademiska nätverket inkluderar forskare från åtta universitet.

Sedan 2009 är Leading Health Care en fristående stiftelse.

Fler LHC-rapporter 2012 än någonsin

LHC-rapport 2012:1 På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre

Leading Health Care fick i juni 2011 ett regeringsuppdrag med syftet att utarbeta ersättningsmodeller för vård och omsorg av de mest sjuka äldre. Första resultatet är antologin "På väg mot en värdefull styrning - ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre".

Redaktörer: Anna Krohwinkel Karlsson & Hans Winberg. Rapporten kan laddas ned från hemsidan i sin helhet eller uppdelad i sju delrapporter och sammanfattning.

LHC-rapport 2012:2 Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar

Stiftelsen Leading Health Care fick i början av 2011 i uppdrag av Socialstyrelsen att genom forskningens glasögon studera förutsättningarna för styrning med koppling till föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet i vården. Resultatet redovisas i LHC-rapporten "Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar". Redaktörer är Jon Rognes och Anna Krohwinkel Karlsson, LHC. Rapporten går att ladda ner från hemsidan i sin helhet eller i enskilda delrapporter:

- *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige (Rognes, Svarts).*
- *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv (Tyrstrup).*
- *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete (Fernler).*
- *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården (Helgesson).*

LHC-rapport 2012:3 Vem vill ha rökavvänjning?

Ersättningsmodeller har stor betydelse för vilka åtgärder som genomförs i vården. På initiativ från Leading Health Cares fokusgrupp för styrning av vård har Maria Nilsson, Linus Johansson-Krafve och C-F Helgesson studerat rökavvänjning i Landstinget Östergötland (LiÖ) och Västra Götalandsregionen (VGR).

I rapporten "Vem vill ha rökavvänjning – att styra motivationen eller låta motivationen styra" konstateras att skillnaderna i beteende som de olika ersättningsmodellerna leder till inte är de vi kanske kan vänta. Vanor, yrkesroller och samarbetsformer över gränser gör snarare att likheterna kommer att överväga. En peng på en åtgärd som är svår att definiera innebär inte nödvändigtvis att man uppnår önskade resultat.

LHC-rapport 2012:4 Organisering för innovation i sjukvården

I Sverige läggs årligen ca 9 miljarder av offentliga medel på innovationsområdet i vården. Den stora merparten av dessa resurser läggs på grundforskning och klinisk forskning. Så som strukturerna för kunskapsgenerering och finansiering ser ut, har innovationsarbetet alltmer kommit att avgränsas runt enskilda medicinska specialiteter och enskilda aktörer. Glappet mellan kunskapsfronten och de senaste teknologiska landvinningarna, å ena sidan, och den kliniska vardagen, å den andra, tycks växa. För att förstå varför, krävs andra analysramar än de rent tekniska/medicinska som oftast används. Författare till rapporten "Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling" är Anna Brattström, Handelshögskolan i Stockholm. Förord av LHC.

LHC-rapport 2012:5 Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre
Eva Hagbjer, forskare vid sektionen för redovisning och finansiering vid Handelshögskolan i Stockholm, har på uppdrag av LHC genomfört en studie av internationella föregångare när det gäller integrerad vård och omsorg. I rapporten "Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg: En jämförelse av ersättningssystemens utformning", jämförs modeller från sex olika länder, med speciellt fokus på hur ersättningen från beställare till utförare inom respektive system är utformad.

LHC-rapport 2012:7 Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturoversikter

LHC-rapport 2012:8 Nya perspektiv på implementering: Vad är "god" implementering och kan det stödjas?

LHC-rapport 2012:9 Vad blir problemet när samverkan brister? Patientnämndsärenden som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre (prel. titel)

LHC-rapport 2012:10 Vad kan primärvården göra för äldre med komplexa vårdbehov? Fallstudier av arbetssätt och samverkan vid åtta mottagningar i Region Skåne samt implikationer för landstingens styrning (prel. titel)

LHC-rapport 2012:11 Icke värdeskapande loopar i äldres vårdkedjor: En analys av komplexa flöden (prel. titel)

Gör det enklare! (bilaga)

Professor Claes-Fredrik Helgesson, Linköpings universitet, har skrivit bilaga nr 5 i SOU 2012:33, "Gör det enklare!". Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården analyseras. Viktiga orsaker till mångstyriighet och vad detta innebär för de statliga myndigheternas roll granskas.

Uppdrag Välfärd

Tankesmedjorna Entreprenörskapsforum, Fores och Leading Health Care presenterar det gemensamma initiativet "Uppdrag Välfärd". Tillsammans ska de tre tankesmedjorna initiera, genomföra och sprida resultaten av ett forskningsprogram kring frågor om hur vi ska utföra, organisera, styra, och utvärdera framtidens välfärdstjänster.

LHC:s årsskrift 2010-2011

Här kan du, i översiktlig form, läsa om LHC:s olika verksamheter. Årsskriften finns även att beställa som trycksak, kostnadsfritt.



Förnyelse av LHC:s styrelse

Under 2012 tog Claes-Fredrik Helgesson över ordförandeklubban efter Pär Åhlström, som dock sitter kvar i styrelsen. Nya namn är också Mats Engwall och Karin Fernler. Professor Johnny Lind lämnar styrelsen och ersätts från 2013 av professor Lars Strannegård, prorektor på Handelshögskolan i Stockholm. Du kan läsa en krönika av Claes-Fredrik Helgesson på sidan 27. På sidan 3 intervjuas den nya styrelseordföranden.



Claes-Fredrik Helgesson
Styrelseordförande
Professor, avdelningschef
Tema Teknik och social förändring
Linköpings universitet

Pär Åhlström
Professor, institutionschef
Institutionen för företagande och ledning
Handelshögskolan i Stockholm

Mats Engwall
Professor
Industriell ekonomi och organisation
Kungliga tekniska högskolan, Stockholm

Karin Fernler
Assistant professor
Institutionen för företagande och ledning
Handelshögskolan i Stockholm

Jon Rognes
Biträdande generalsekreterare, LHC
Institutionen för företagande och ledning
Handelshögskolan i Stockholm

Hans Winberg
Generalsekreterare, LHC
Styrelseledamot Karolinska Universitetssjukhuset

En tankesmedja, en patientorganisation och ett fackförbund slår sig ihop

Tre parter vill arbeta fram sammanhållen rehabilitering

Någon kan tycka att det är en annorlunda grupp som vill driva projektet om sammanhållen rehabilitering – en tankesmedja, ett fackförbund och en patientsförening. Det tycker inte företrädarna för Leading Health Care, Sjukgymnastförbundet och Reumatikerförbundet.

– Det finns kanske de som skulle kalla detta för en ohelig allians. Men för oss är det ett naturligt samarbete när vi vill överbrygga de konstgjorda gränser som skapar problem för brukare och patienter med funktionsnedsättning, förklarar Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet.

Tillbaka till jobbet

Både Reumatikerförbundet och Sjukgymnastförbundet ingår i LHC:s partner nätverk. Anne Carlsson och ordföranden hos sjukgymnasterna, Anna Hertting, har mött varandra på många av LHC:s partnermöten och öppna seminarier, där de deltagit i gemensamma diskussioner om sjukvårdens organisering och styrning.

– Vi vill få till stånd en mer personcentrerad, jämlik och kostnadseffektiv rehabilitering. Fler ska kunna gå tillbaka till jobbet snabbare, berättar Anna Hertting.

Tillsammans har LHC, Reumatikerförbundet och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund ansökt hos Allmänna arvsfonden om 7,6 miljoner kronor för ett treårigt projekt. Det övergripande syftet är att förbättra rehabiliteringen för människor med funktionsnedsätt-

ning. Beslut från Allmänna arvsfonden väntas under första kvartalet 2013.

– I ansökan har vi tydligt visat på dagens problem och vilka möjligheter vi har att dra nytta av erfarenheter från andra kringliggande områden, säger Jon Rognes, som är projektledare och biträdande generalsekreterare på LHC.

– Jag ser stora fördelar med att kombinera kunskaperna från verksamheten med LHC:s erfarenheter av organisering och styrning, menar han.

Organisera bättre

Brister i rehabiliteringen är ett allvarligt problem i flera stora patientgrupper. Idag är rehabiliteringen splittrad på många olika delar av vården. För flera patientgrupper är det svårt att hålla samman insatserna. Dessutom är definitionerna av vad som är vård, behandling och rehabilitering luddiga och utan tydliga gränser mellan varandra, menar Anna Hertting.

Målet med projektet är att ta fram ett förslag på ett nytt sätt att organisera vårdkedjorna. "På väg mot en sammanhållen och hälsofrämjande rehabilitering" är namnet på projektet.

Hur ska projektet drivas?

– Vi börjar med att engagera rehab-coacher. Via dem samlar vi in erfarenheter. De ska följa ett antal patienter på väg mot rehabilitering. Utifrån brukarnas perspektiv kommer vi att identifiera styrkor och svagheter i dagens sätt att organisera en rehabiliteringsprocess, säger Anna Hertting.

Baserat på rapporterna från rehab-coacherna ska projektägarna, tillsammans med brukare och nyckelpersoner, föreslå förbättringar i arbetssätt och organisation av rehabiliteringsprocessen.

Brukarnas egna behov

Vi ska identifiera styrkor och svagheter i dagens system utifrån brukarnas perspektiv. Förändringar av dagens system ska baseras helt på brukarnas erfarenheter, säger Anna Hertting. Med den samlade kompetens som finns i Sjukgymnastförbundet, Reumatikerförbundet och LHC arbetar man fram en organisation som stödjer en bättre samordning av vård, vägledning och service.

– För att få till stånd förändringarna gäller det att påverka både beslutsfattare och yrkesutövare. De kontakterna har samtliga tre projektägare, säger Anne Carlsson.

Oklarheter kring *ansvar och styrsystem* drabbar dem med funktionshinder

Bristerna i rehabiliteringsinsatserna beror delvis på oklara ansvarsområden för olika rehabiliteringsaktörer och oklarheter i styrsystemen. Patienter/brukare hamnar ofta mellan stolarna, konstateras i ansökan till Allmänna arvsfonden.

Stor del av vården

De tre parterna skriver att "människor med långvarig eller kronisk sjuklighet och långvarig eller bestående funktionsnedsättning idag utgör majoriteten av de patienter som uppsöker svensk hälso- och sjukvård". Det rör sig om människor med bland annat diabetes, reumatisk ledsjukdom, lungsjukdom, utmattnings- och smärttillstånd, hjärtkärlsjukdom, cancer, neurologisk sjukdom, psykiatrisk sjukdom, demens, hjärnskador och ryggmärgsskador.

"För att uppnå förbättringar krävs både nya sätt att samarbeta och nya sätt att bemöta personer som i samband med sjukdom eller skada erhållit en övergående, långvarig eller bestående funktionsnedsättning", menar man i ansökan till Allmänna arvsfonden.

Oklar ansvarsfördelning

Så här beskrivs situationen i dag:

- Ansvarsfördelningen och samordningen mellan framförallt hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är oklar.
- Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har inte samma fokus och principer för vad som ska

prioriteras, vilket leder det till att patienten kommer i kläm.

- Många långtidssjukskrivna upplever att de inte får den hjälp de behöver från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården för att kunna komma tillbaka till arbetslivet.
- Arbetsförmedlingen möter också dem som varit sjukskrivna länge och som inte finns kvar inom sjukförsäkringen. Arbetsförmedlingen saknar dock ansvar, resurser, kompetens eller uppdrag att rehabilitera människor som står utanför arbetsmarknaden.
- Bristen på medicinsk rehabilitering kan leda till att Arbetsförmedlingen bedömer att individen inte har någon arbetsförmåga samtidigt som Försäkringskassan anser det motsatta.
- Återkommande medicinsk rehabilitering är förutsättning för många med exempelvis reumatisk sjukdom för att kunna arbeta.
- Idag saknas både den helhetssyn och det ansvar som krävs för snabbt insatt och individanpassad rehabilitering.

Rätta incitament viktiga

Tidigare erfarenheter visar, enligt LHC, att styrning och ersättningssystem som verkar i enskilda delar av en vårdkedja kan ge felaktiga incitament. Att maximera effektivitet och produktivitet i vissa delar kan göra att vårdkedjan som helhet fungerar sämre. Ett sådant missledande incitament kan vara att en vårdenhet strävar efter att behålla så många av sina patienter som möjligt, för att maximera produktionen, istället för att några av patienterna tas om hand på en för dem lämpligare vårdnivå.

Samverkan mellan vården, omsorgen och socialtjänsten är en framgångsfaktor, särskilt för de brukare som rör sig mellan dessa instanser. Studier har belagt de negativa konsekvenser som en bristande samordning kan åsamka enskilda brukare. De negativa effekterna av bristande samverkan har särskilt uppmärksammats inom grupper med komplexa och sammansatta behov, exempelvis äldre med multisjuklighet och personer med "dubbla diagnoser".

Nya styrsystem krävs

De ansökande parterna påpekar att många försök har gjorts i Sverige och internationellt i syfte att förbättra interorganisatorisk samordning på operativ nivå, både inom hälso- och sjukvården och över huvudmannaskapsgränser. Trots den stora samstämmighet som råder kring dess värde, förefaller det svårt att åstadkomma varaktiga och stabila organisationer. Detta kan leda till ojämlikhet inom vården och ökande hälsoklyftor.

Det krävs även nya system för styrning och uppföljning av aktiviteter som involverar flera parter. Medicinska insatser blir ofullbordade utan samtidig rehabilitering. Med tanke på att patienter är allt kortare tid på sjukhus blir det än viktigare att skapa integrerade vårdkedjor. "Genom att tydligare integrera specialiserad vård och öppenvård i vårdkedjor, kan ett bättre resultat uppnås, inte minst vad gäller hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser" skriver Leading Health Care, Sjukgymnastförbundet och Reumatikerförbundet.

Varför går ni med i LHC?



Lars Pettersson



Thomas Berglund



Fredrik Lennartsson

Här är du med på sjukvårdens mest intressanta möten

LHC har en kärna av partners, som företräder många olika aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Partnergruppen spelar en avgörande roll för Leading Health Care. Från partners kommer många viktiga ideer – ideer som kan föras vidare till forskningsprojekt, seminarier eller hearings med beslutsfattare. Det är partners som identifierar ämnena som är särskilt angelägna för svensk sjukvård. LHC:s partnernätverk har särskilt goda förutsättningar att identifiera de mest väsentliga utmaningarna – våra partners möter varje dag dessa utmaningar i sin egen verksamhet. LHC:s partners vet vilka utmaningar sjukvården står inför.

Olika intressen – men också gemensamma perspektiv – ger en bra grund för de samtal som äger rum i det öppna seminariets form. Öppenheten som råder gör att även svåra frågor kan ventileras på ett sätt som annars inte är möjligt. Partners är med i diskussionen när vi sätter igång våra forskningsprojekt och under projektens gång. När rapporterna är klara bjuder vi oftast in till en bred diskussion mellan samtliga partners.

Vid sidan av de professionella kontaktytorna erbjuder diskussioner och forskningsprojekt även många tillfällen till kontakt på det personliga planet.

Varje partner representeras av 3-5 ledningspersoner, som har ett särskilt intresse för organisering och styrning av vård.

Vi som arbetar med LHC hälsar dig och din organisation välkommen till ett mycket intressant 2013!

Vill din organisation bli partner i LHC?

På partnarmöten har alla möjlighet att påverka. Partnarmöten hålls 4-6 gånger per år. På partnarmöten presenteras ett aktuellt tema och mycket tid ges till diskussion. Vanligtvis är en eller flera gäster inbjudna och gör en kort introduktion till temat.

För att så många som möjligt ska ha möjlighet att delta och kunna planera in mötena i sin kalender hålls de alltid mellan kl 15-18, med efterföljande buffé med ett glas vin eller öl. Partnarmöten är endast till för utvalda personer från varje organisation. På så vis vill vi bygga upp en sammanhållen grupp och skapa ett öppet och familjärt diskussionsklimat där även svåra frågor kan hanteras på ett förtroendefullt sätt.

Är din organisation intresserad av att bli partner? Kontakta hans.winberg@leadinghealthcare.se

Här är alla partners och deras kontaktpersoner:

Astra Zeneca, Suzanne Håkansson, Director Government Affairs

Bactiguard, Ewa Ståldal, vice VD

Capio, Thomas Berglund, VD, koncernchef

Diabetesorganisationen i Sverige, Anders Lönnberg, ordförande

Famna, Lars Pettersson, generalsekreterare

GE Healthcare, Thomas Anderzon, Country Sales Manager

Janssen, Anna Käll, External Affairs Director

Johnson och Johnson, Patrik Toivonen, General Manager Market Access Nordics

Landstinget Sörmland, Jörgen Striem, hälso- och sjukvårdsdirektör

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Stefan Jutterdal, ordförande

LIF, Anders Blanck, VD

Läkemedelsverket, Christina Rångemark Åkerman, generaldirektör

Merck Sharp & Dohme, Ulf Janzon, External Affairs Director

Novartis, Niklas Karlberg, VD

Pfizer, Kerstin Falck, chef, samhällskontakter

Praktikertjänst, Claes Ternheim

Reumatikerförbundet, Anne Carlsson, ordförande

Sanofi, Annika Orrsveden, Business Unit Director

Siemens, Ulf Troedsson, VD

Socialstyrelsen, Lars-Erik Holm, generaldirektör

Stockholms läns landsting, Toivo Heinsoo, landstingsdirektör

Svenska Läkaresällskapet, Peter Friberg, ordförande

Swecare, Maria Helling, VD

Swedish Medtech, Anna Lefèvre Skjöldebrand, VD

Sällsynta diagnoser, Elisabeth Wallenius, ordförande

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Martin Forsberg, kommunikationschef

Vårdanalys, Fredrik Lennartsson, myndighetschef

Vårdförbundet, Lisbeth Löpare-Johansson, vårdstrateg

LARS PETTERSSON, GENERALSEKRETERARE, FAMNA:

Vilka är de främsta skälen för er att gå med som partner i LHC?

För att vi vill delta i mötet mellan forskning och praktik – kring frågor om morgondagens vård och social omsorg.

Nämn några utmaningar som svensk hälso- och sjukvård måste försöka att lösa under de närmaste åren.

Rekrytering av personal med rätt intresse och kompetens, samt att involvera dessa i utvecklingsarbetet. Värna om regelverk som leder till en kreativ mångfald av vårdgivare.

Vilken problematik borde LHC sätta tänderna i, om du fick bestämma?

Utvecklingen av sammanhållen vård – för den enskildes bästa.

THOMAS BERGLUND, VD, CAPIO:

Vilka är de främsta skälen för er att gå med som partner i LHC?

Capio vill medverka till att det kommer fram ny kunskap om betydelsen av ledning, organisation och styrning av vården i syfte att förbättra vårdkvaliteten, öka produktiviteten och därmed få ut mer och bättre vård inom en begränsad resursram. Här finns en enorm potential som kan frigöras inom den svenska och europeiska sjukvården. Särskilt betydelsen av det lokala ledarskapet är underskattat.

Nämn några utmaningar som svensk hälso- och sjukvård måste försöka att lösa under de närmaste åren.

Frigöra människors energi genom ansvar, befogenheter och ett tydligt uppdrag som skapar det nödvändiga förändringstrycket i vårdens frontlinje. Det är centralt för omvandlingen av svensk sjukvård att vi lyckas tillvarata och införa nya medicinska metoder som leder till bättre patientupplevelse, snabbare tillfrisknande och effektivare vårdprocesser. Detta är kanske det viktigaste innovationsområdet för svensk sjukvård.

Vilken problematik borde LHC sätta tänderna i, om du fick bestämma?

Driva på såväl den offentliga debatten som vårdens utförare så att ovanstående kan ske!

FREDRIK LENNARTSSON, MYNDIGHETSCHEF, VÅRDANALYS:

Vilka är de främsta skälen för er att gå med som partner i LHC?

I LHC diskuterar en rad vårdaktörer och patientföreträdare hälso- och sjukvårdens utmaningar och frågor kring organisation, styrning och ledning. Det är en kunskapskälla och en intressant mötesplats för vårddebatten där det är naturligt för Vårdanalys att finnas med.

Nämn några utmaningar som svensk hälso- och sjukvård måste försöka att lösa under de närmaste åren.

Under lång tid har vårdens företrädare talat om "att sätta patienten i centrum". Det är dags att vård och omsorg tar utfästelserna om ökad kvalitet och jämlikhet på allvar.

Vad borde LHC sätta tänderna i, om du fick bestämma?

Frågor om ledning och styrning borde kompletteras med ett mycket tydligt patient- och medborgarperspektiv. Det skulle sannolikt driva på både kvalitet och effektivitet.



Hans Winberg
Generalsekreterare
hans.winberg@leadinghealthcare.se
Mobil: 0706-54 18 15



Jon Rognes
Biträdande Generalsekreterare
jon.rogues@leadinghealthcare.se
Mobil: 0765-277412



Anna Krohwinkel Karlsson
Forskningsledare
anna.k.karlsson@leadinghealthcare.se
Mobil: 0708-18 59 05



Annemarie Brandt
Projektkoordinator
annemarie.brandt@leadinghealthcare.se
Mobil: 0727-11 75 44

Vill du veta mer om Leading Health Care?

Leading Health Care är den självklara mötesplatsen för oss som är intresserade av ledning, styrning och organisering av sjukvård. Här i vår årsskrift får du en bild av vår verksamhet. På vår sajt hittar du ännu mer information om alla våra aktiviteter. Med hjälp av vårt forskarnätverk och våra partners utökar Leading Health Care ständigt innehållet på sajten. Här kan du läsa alla våra rapporter och utredningar på skärm. Är det något du undrar över kan du skriva till: info@leadinghealthcare.se

Blivande partner?

I den här publikationen kan du läsa mer om vad en partner till LHC får del av. Du hittar information i flera olika artiklar.

Här hittar du oss!

Postadress: Stiftelsen Leading Health Care, Box 45180, SE-104 30 Stockholm, Sverige.
Besöksadress: Sveavägen 63, Stockholm

info@leadinghealthcare.se
Telefon: +46 8-586 175 00
Fax: +46 8-31 43 60