

årsskrift

Leading Health Care 2010-2011



BÄTTRE LEDNING SKA
MINSKA FEL I VÅRDEN

STORA UTMANINGAR
NÄR CANCERVÅRDENS
ORGANISATION
OMVANDLAS

DET BEHÖVS NYA
SYSTEM FÖR LEDNING
OCH STYRNING
I ÄLDREVÅRDEN

VAD HÄNDER
UNDER 2012 ?

Innehåll

<i>Inledning</i>	3
<i>Att leda vård är alltid en svår och komplex utmaning</i>	4
<i>Bättre ledning ska minska fel i vården</i>	7
<i>Ledarskapet en nyckelfråga för vård och omsorg</i>	9
<i>Stora utmaningar när cancervårdens organisation omvandlas</i>	10
<i>Ny organisation ska ge effektivare cancervård</i>	11
<i>Stora skillnader när prostatacancer ska upptäckas och behandlas</i>	11
<i>Lean minskar köerna och risken för att göra fel</i>	12
<i>Fyra frågor om lean till Birgir Jacobsson</i>	13
<i>LHC på världsutställningen i Shanghai 2010</i>	14
<i>LHC debatter i Almedalen</i>	15
<i>Hur ska omsorg och vård samarbeta</i>	15
<i>Det behövs nya system för ledning och styrning i äldre vården</i>	16
<i>Politiker kräver resultat av Äldresamordnare</i>	17
<i>SKL prioriterar arbetet med de äldre sjuka</i>	17
<i>Svensk hälso- och sjukvård styr mer efter budget än hälsoläget</i>	18
<i>Vad värderar vi med pengars hjälp?</i>	19
<i>Styrning viktigt för innovationerna i sjukvården</i>	19
<i>Sällsynta diagnoser utmanar vårdens struktur</i>	21
<i>Utveckling ska inte ligga vid sidan av</i>	21
<i>Landets bästa patientföreträdare ger beröm åt debatten</i>	22
<i>Sjukgymnaster vill ha organisation och ledning på schemat</i>	22
<i>Partners</i>	23
<i>Sex frågor till Toivo Heinsoo</i>	23
<i>En tankesmedja för ledning och styrning i hälso- och sjukvården</i>	25
<i>Leading Health Cares uppgift</i>	25
<i>Detta är frågorna som Leading Health Care arbetar med</i>	26
<i>Kvalitetskriterier för en LHC rapport</i>	27
<i>Kanada kan få sitt eget Leading Health Care</i>	28
<i>En och samma kunskap kan inte styra alla delar i vården</i>	28
<i>Forskare med anknytning till LHC</i>	29
<i>Mål och resultat blir del av styrningen</i>	30
<i>Akademiska nätverket</i>	30
<i>Vad händer under 2012?</i>	31
<i>Leading Health Care – mission</i>	31
<i>Leading Health Care, organisation</i>	32
<i>Aktiviteter under 2011</i>	32
<i>Leading Health Care, styrelse</i>	33
<i>Fem frågor till styrelseordföranden i LHC</i>	34

*L*Leading Health Care har tagit flera stora kliv framåt det senaste året. Uppenbarligen finns det en stor efterfrågan på kunskap kring organisering och styrning av vården. Liksom ett behov av att verkligen möta andra intressenter på ett öppet och rakt sätt.

På nyåret 2012 märks detta tydligt när jag ser mig om uppe på LHC:s kansli. Här ligger stora manushögar med rapporter som ska publiceras. Dessa handlar om ersättningssystem för äldre på uppdrag av Socialdepartementet och Äldresamordnaren, ledningssystem för kvalitet i vården på uppdrag av Socialstyrelsen, utvärdering av TioHundra för Stockholms läns landsting samt ekonomisk och annan styrning av rökavvänjning som finansierats av Pfizer.

Vi tillämpar den rika forskning om organisering och styrning, där svenska forskare sedan lång tid har en stark internationell ställning, på dagens utmaningar för hela vårdsektorn. Våra partners har varit och är mycket aktiva i arbetet med att möta de dagsaktuella utmaningarna.

Att låta forskning möta praktik är ett mödosamt och svårt arbete som kräver öppenhet och god vilja. LHC har

kommit en god bit på väg för att skapa detta värdefulla möte och vi ökar ansträngningarna under 2012. Detta är nödvändigt eftersom de djupgående förändringar i hur vi uppfattar, talar om och beskriver vårdens organisering kräver att vi faktiskt förändrar hur vi organiserar, styr och leder densamma.

”Att låta forskning möta praktik är ett mödosamt och svårt arbete som kräver öppenhet och god vilja.”

Att vi är något viktigt på spåret visade professor Douglas Angus från Universitetet i Ottawa (se intervju på sidan 28) när han besökte oss med en grupp studenter i maj 2011. Kanadas system står inför flera utmaningar som liknar våra egna och efter hemkomsten arbetar professor Angus med att försöka starta en kanadensisk variant av LHC. Det uppmuntrar vi gärna. Och vi bidrar mycket gärna och aktivt till hans ansträngningar.

Jag önskar dig trevlig läsning!

Hans Winberg, Generalsekreterare
Stockholm i januari 2012

Att leda vård är alltid en svår & komplex utmaning – och det finns sällan någon enkel lösning

Leading Health Care är den akademiska tankesmedjan som skapar värde för hälso- och sjukvårdens aktörer. Medborgare och patienter är de som sist och slutligen ska ta del av och bedöma detta värde. Vad ska vi annars ha vården till, en verksamhet som slukar runt en tiondel av alla våra samlade resurser, frågar Hans Winberg, generalsekreterare i LHC.

Sjukvården i Sverige fungerar. Vi klarar oss bra i internationella jämförelser. Vår sjukvård är inte alltid bäst och står sig kanske inte lika bra i de internationella jämförelserna som för ett antal år sedan. Men svensk vård är definitivt bra.

Vad är problemet?

Ändå talar vi ofta om sjukvården och omsorgen som ett problem. Människor som på olika sätt är berörda – patienter, anhöriga och kompisar – har ofta en skräckhistoria att förmedla när de hör att jag jobbar med sjukvård. Många som arbetar direkt i vården uttrycker missnöje med politiker, med sjukvårdens ledare och med obegripliga styrförsök.

Ovanpå detta missnöje tycker politiker och landstingstjänstemän ofta att det är svårt att få genomslag för förändringar. Vad är det alla är frustrerade över? Varför är det så svårt att sätta fingret på "problemet"?

Skapa värden

LHC arbetar med hur sektorn som helhet är organiserad, hur den styrs och blir styrd, och hur de värden som skapas mellan sektorns olika aktörer uppstår – eller inte uppstår. Och hur skulle vi organisera vården för att få ett värdeskapande som gör vårt hälso- och sjukvårdssystem till det ledande?

Vi kan resonera kring detaljer och enskilda exempel på framgång. Men systemet verkar sitta fast ändå. De goda exemplen sprids inte. Låt oss se på ett konkret fall.

Snabbare svar

För något år sedan kunde en kvinna som känt en knöl i bröstet uppsöka den så kallade one-stop breast clinic i Malmö eller Bröstcentrum i Stockholm (se sidan 10). Istället för att få vänta kanske en månad eller mer på ett svar satte hon sig i väntrummet och fick svaret i samband med besöket. Det går inte längre. Både Region Skåne och Stockholms läns landsting har gjort upphandlingar av delar i vårdkedjan, vilket slagit isär helheten.

En lösning på ett av huvudmännens problem – en effektiv gemensam upphandling – har slagit sönder en för patienterna effektiv mottagning- och diagnostjänst.

Vad lär detta oss?

- *Stora förändringar på klinisk nivå borde inte behöva följas av samma förändringar överallt i systemet.*
- *I Malmö hade mottagningen, efter sex år, inte lämnat projektstadiet. När man på huvudmannaninivå "tar ett samlat grepp" kan det innebära "död mans grepp" på små, lyckade projekt.*
- *Hur man tänker i verksamheten, nära patienterna, skiljer sig alltså ofta från hur man tänker längre upp i organisationen – det må vara ledningen för sjukhuset, vårdföretaget eller någon annan. Detta, i sin tur, skiljer sig från hur man tänker på den generella systemnivå där ersättningssystem och föreskrifter utformas. Det behöver inte ens vara olika personer på de olika nivåerna – ofta resonerar vi olika när vi sitter i olika sorts möten.*

LHC försöker blottlägga dessa komplexa processer och förstå och förklara den situationsbaserade logik som verkar.

Evidens saknas

För att förstå organiseringsprocesser med många olika inblandade aktörer som i sin tur har många olika uppdragsgivare och intressen att ta tillvara måste vi erkänna studieobjektets vaga och föränderliga natur – detta som är organiseringsväsen.

Och då är det inte bara naturvetenskap vi behöver, det är samhällsvetenskap och sociala vetenskaper. Det är inte heller Lösningen är inte heller "evidensbaserat ledarskap" som det pratats så mycket om – "evidensbaserat ledarskap" tycks nämligen sakna just evidens. (ett resonemang om detta förs av forskaren Karin Fernler, se sid 28).

Intressekonflikter

Olika intressen tar också hänsyn till olika värden som de vill se realiserade av hälso- och sjukvården. Flera värden hamnar ofta i konflikt med varandra på det viset att de inte går att uppfylla optimalt samtidigt.

Mångfaldig styrning – där olika värden och olika idéer ställs mot varandra – är ett område som LHC vill rikta mer ljus mot.

Ofta möter vi i vården inte problem som är enkelt lösbart – det rör sig mera om genuina dilemman, som snarare måste hanteras än lösas. När något är oklart kan vi försöka göra det tydligt, när det råder genuin osäkerhet krävs att vi balanserar olika värden mot varandra. Helst medvetet och med en värdefull diskussion som grund.

Bättre för många – sämre för några

Vi vill inte att värden ska vara ojämlik. Att värden trots allt är ojämlik betraktas som ett svårt problem.

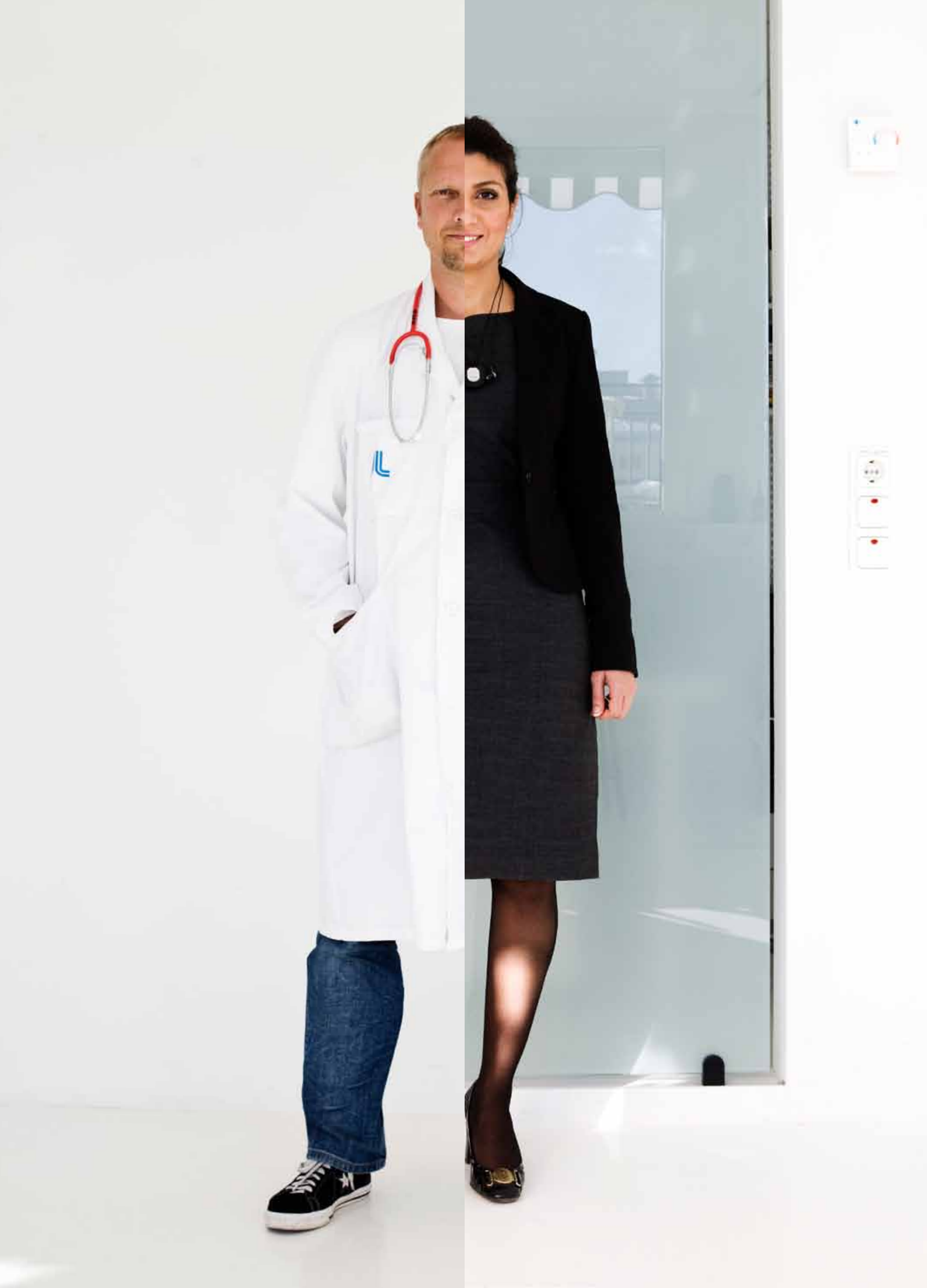
I Skåne som helhet tog det väsentligt mycket längre tid för nästan alla kvinnor att ställa diagnosen bröstcancer än för dem som uppsökte one-stop breast clinic i Malmö.

Beslutsfattarna ville sedan minska snitttiden för att få besked från de första undersökningarna till 21 dagar. Det innebar en stor förbättring för väldigt många. Men det innebar en monumental försämring för dem som skulle haft möjligheten att uppsöka one-stop breast clinic. För dem ökade väntetiden från några timmar till kanske 21 dagar.

Istället för "best practice" har vi fått en "common practice". Många fick kortare väntetider. Men några fick samtidigt betydligt längre väntetid.

Detta är till men för den medicinsk-tekniska utvecklingen och därför i det långa loppet till men för patienterna.

Då blir svensk vård inte ledande.





Bättre ledning ska minska fel i vården



Varför gör samma klinik om samma fel flera gånger? Hur ska en komplex verksamhet, som hälso- och sjukvård, ledas och styras på bästa sätt? Det är några av frågorna som Socialstyrelsen vill hitta ett svar på i sitt arbete med ledning och styrning.

"I sjukvården händer det att fel och misstag upprepas. Varför gör samma klinik om samma fel flera gånger?", frågar Lars-Erik Holm, Socialstyrelsens generaldirektör. För att komma till rätta med problemen har Socialstyrelsen beställt en granskning av forskare i Leading Health Cares nätverk. LHC ska se närmare på ledningssystem och styrning av vården. Hela arbetet blir klart först under 2012.

Skilda förutsättningar

En första rapport gavs till Socialstyrelsens ledning i månadsskiftet november/december 2011. Fynden diskuterades också vid ett seminarium den 8 december.

"En utmaning är att vården inte är en verksamhet, utan många verksamheter av mycket olika karaktär", berättade Jon Rognes, biträddan-de generalsekreterare på Leading Health Care.

"Frågan är hur standardiserad styrningen av sjukvården kan göras – eller hur mycket reglerna behöver anpassas efter skilda lokala förutsättningar."

Bland flera nationella styrinstrument finns till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Allt emellanåt får de nationella riktlinjerna inte önskat genomslag.

Mer effekt med färre detaljer

LHC:s forskare konstaterar att styrningen av hälso- och sjukvården är både "motstridig och mångfaldig". Resultatet i verksamheten blir därför bättre när centralt fattade regler ger utrymme för lokal anpassning.

När verksamheten styrs av flera sinsemellan oförenliga riktlinjer och regler krävs att den lokala beslutsfattaren prioriterar bland de många styrimpulserna – och till och med avstår från att följa vissa av dem. Genom att styra mindre detaljinriktat får lokala beslutsfattare möjlighet att anpassa de centrala riktlinjerna till lokala förutsättningar, menar de forskare som gjort granskningen för LHC:s räkning.

En utveckling som nationella regler dessutom måste ta hänsyn till är de ökade möjligheterna att anpassa diagnostik och behandling

till den enskilda patienten. Det är en utveckling som kommer att bli än tydligare i den närmaste framtiden.

Lean är på gång

Lean röner sedan några år stort intresse i hälso- och sjukvården. Lean innebär bland annat att viktiga beslut tas närmare den lokala nivån. Här pågår många initiativ men LHC:s forskare slår fast att inget i vården har kommit så långt som inom industrin.

Forskarna har också sett en risk i att det inte finns någon medveten samordning mellan lean å ena sidan och föreskrifter och allmänna råd å den andra.

Stöd för svaga patienter

Under seminariet konstaterade Lars-Erik Holm att Socialstyrelsen har publicerat föreskrifter om ledningssystem sedan 1993 – men ännu utan tillfredsställande resultat. Den pågående genomlysningen är ett sätt att bättre identifiera utmaningarna med att utveckla ändamålsenliga föreskrifter:

"Man kan säga att centrala standardiseringar genom riktlinjer på ett sätt låser in vården, men syftet är att stödja de svaga patienterna, de som inte har egen tillgång till kunskaper på till exempel internet."

"Ledningssystem ska säkerställa att verksamheten gör rätt. I mycket gäller det att ha ordning och reda i sin verksamhet", sa Lars-Erik Holm.

"Det är till exempel en brist att man inte dokumenterar sina processer – inte förrän det uppstått ett fel."

EVIDENS INTE ALLTID LÖSNINGEN

Det ropas ibland efter kunskapsstyrning och evidensbaserade metoder även vid organisation och styrning av sjukvården. Men det är inte alltid förenliga idéer.

För att ge möjlighet att evidensbasera krävs att kunskapen om det som ska styras är generaliserbar, möjlig att kvantifiera och gärna entydig.

Men organisationer som storheter uppfyller inte dessa kriterier, varför organisationsteori ofta använder sig av mångtydiga begrepp, som dessutom är svåra att bryta ner och kvantifiera. I arbetet med uppdraget från Socialstyrelsen konstaterar en forskare att "det saknas evidens för värdet av evidensbaserad ledning".

LEDARSKAP AV SKIFTANDE KVALITET

Mats Tyrstrup forskar kring ledarskap vid Handelshögskolan och ingår i LHC:s forskarnätverk. Han har granskat hur föreskrifter om ledningssystem har hanterats inom vården, ur ett ledarskapsperspektiv.

"Hur långt man kommit med organisation och ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet varierar extremt mycket mellan olika arbetsplatser", säger Mats Tyrstrup.

"Förklaringen förefaller vara att ledarskapet och kompetensen att hantera förändringar av organisationsstruktur varierar mycket. Den här förmågan sträcker sig från mycket god till i det närmaste obefintlig", konstaterar han. Men han betonar att detta "absolut inte betyder att den medicinska arbetsledningen eller förändringsförmågan behöver vara undermålig".

PROJEKTETS NAMN: LEDNINGSSYSTEM OCH STYRNING AV VÅRD – FÖRUTSÄTTNINGAR OCH UTMANINGAR.

Engagerade forskare: Karin Fernler, Claes-Fredrik Helgesson, Jon Rognes, Anna Svarts, Mats Tyrstrup, Hans Winberg. Uppdragsgivare: Socialstyrelsen

Ledarskapet en nyckelfråga för *vård & omsorg*

Det finns ett behov av mer nationell och långsiktig samordning, med tydligare statlig roll, för att stödja vård och omsorg. Bland annat krävs en utveckling av både övergripande styrning och lokalt ledarskap.



Ledarskap och medarbetarskap ser ut blir nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar, konstaterar Statens vård- och omsorgsutredning i sitt delbetänkande som lades fram i höstas. Utredningen lyfter fram ett antal frågor där statens roll blir särskilt viktig under de närmaste 15 åren.

Mångfaldig styrning

Professor Claes-Fredrik Helgesson ingår i LHC:s forskarnätverk och har bidragit till delbetänkandet med en inlägga om den mångfaldiga styrningen av vård och omsorg.

Styrningen präglas, enligt Claes-Fredrik Helgesson, av en traditionell hierarkisk styrning, myndigheternas styrning (behandlingsriktlinjer, läkemedelsgodkännanden, subventionsbeslut) samt tvingande regler och mjukare riktlinjer. Den hierarkiska styrningen är i sin tur mångfasetterad.

”Det händer rätt ofta”, menar Claes-Fredrik Helgesson, ”att olika former av styrning pekar åt olika håll.”

Målkonflikter uppstår

En orsak, bland många, till att styrningen kännetecknas av motstridigheter är att sjukvården har att beakta flera viktiga, men ibland oförenliga värden. En annan är att vetenskapligt grundad kunskap från olika fält inte är sinsemellan fullständigt förenlig (psykologins och psykiatrins syn på olika sjukdomstillstånd är ett exempel).

Detta leder sammantaget till att sjukvården hamnar i situationer där flera, var och en välgrundade, försök till styrning inte desto mindre kan stå emot varandra. Då kan en tydlig målkonflikt uppstå.

För chefer i sjukvården innebär dessa situationer en utmaning eftersom motstridigheten inte lätt går att lösa. Den måste i stället hanteras i en situationsanpassad professionell bedömning. Det resulterar i att det tas ”många välgrundade beslut som inte desto mindre otvetydigt står i strid mot vissa försök till styrning”.

Styrning kräver autonomi

Enligt Claes-Fredrik Helgesson blir konsekvensen av en ökad mängd styrning ”ett ökat behov av autonomi hos de verksamheter som ska styras”. Detta är en iakttagelse som återverkar på hela sektorns styrning, inklusive de statliga myndigheternas roll. ”Det är vare sig önskvärt eller ens möjligt att fullständigt samordna all statlig styrning på området”. Genom en uppdelning kan staten i sin styrning värna om flera olika värden.

Statens centrala uppgift borde dessutom bli att stödja sjukvårdens förmåga att självständigt hantera en mångfaldig styrning.

Enligt Claes-Fredrik Helgesson kommer graden av motstridig styrning dessutom att öka framöver.

FAKTA

Statens roll i framtidens vård- och omsorgsstruktur, delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning, hösten 2011.

Utredare: Stefan Carlsson.

Huvudsekreterare: Anders Åhlund.

Sekreterare: Sören Berg och Hanna André.

Bidrag från LHC: Claes-Fredrik Helgesson

NYA FÖRUTSÄTTNINGAR SKAPAR NYA UTMANINGAR I VÅRDEN

Största förändringarna enligt Statens vård- och omsorgsutredning:

1. Resursutmaningen
2. Internationaliseringen
3. Kunskaps- och IT-utvecklingen
4. Ökad patient- och brukarmakt
5. Ökad mångfald inom produktion och finansiering

SÅ HÄR KAN STATEN BIDRA TILL NYTT LEDARSKAP

”Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar”, enligt delbetänkandet Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem. Utredarna skriver vidare:

”De förändringar som vi sett och som påverkar vården och omsorgen i ett framtidsperspektiv, kräver en ny slags ledare. Ett förändringsledarskap krävs som ger medarbetare större möjligheter att utvecklas kontinuerligt. Verksamheterna och deras medarbetare behöver större utrymme för innovation och egna initiativ. Medarbetarna behöver också förutsättningar för att ta större eget ansvar och för att kunna fatta egna beslut i det löpande arbetet.

Verksamheternas ledarskap är i grunden ett ansvar för huvudmännen och de producenter de anlitar, men staten har en viktig roll till exempel genom att erbjuda fler och vidareutvecklade utbildningar om ledarskap och organisation inom vård och omsorg. Staten behöver också bli bättre på att säkerställa att universiteten och högskolorna möter de generella utbildningsbehov som finns i sektorn.”

Att leda vård och omsorg är i sig krävande uppgifter, och de förändrade förutsättningarna ställer särskilda krav på förändringsledarskap. Utredarna, som ska vara klara i mars 2012, skriver också: ”I vårt fortsatta arbete har vi ambitionen att lägga förslag till hur staten på olika sätt kan bidra till utvecklingen av ledarskap och medarbetarskap inom vård- och omsorgssektorn.”

Förutom ledarskapets betydelse har utredningen identifierat flera andra faktorer som har samband med ledning och organisation, bland annat behövs en vidareutveckling av kunskapsstyrningen, mer samordnad hantering av formella styrmedel samt en mer långsiktig och strategisk styrning från regeringens sida.

Stora utmaningar när cancervårdens organisation omvandlas

Cancervården är ett av de områden som Leading Health Care valt ut för att specialgranska. LHC vill uppmärksamma betydelsen av hur cancervården styrs och organiseras. Det finns både lyckade och misslyckade exempel på hur styrning och organisation påverkar svensk cancervård.

Cancervården genomgår för tillfället stora förändringar. Under det senaste decenniet har onkologin fått tillgång till flera nya terapier – även mot sådana cancersjukdomar som tidigare saknade verksamma behandlingar. Efter att ha utvecklats i blygsam takt har forskningen nu givit klinikerna många nya diagnostiska och terapeutiska verktyg. Samtidigt står Sverige, liksom många andra länder, inför en situation där antalet äldre ökar liksom antalet nyupptäckta cancerfall per år.

Utmaningar som gäller styrning och organisation

”Inom Leading Health Care har vi valt att se närmare på cancersjukdomar med stora patientgrupper, där vårdprocessen ska ta hand om många svårt sjuka patienter”, förklarar Jon Rognes som är biträdande generalsekreterare på LHC.

”Här pågår samtidigt stora förändringsprocesser. Det ska bli mycket intressant att se vad de regionala cancercentren kan göra. Det finns många utmaningar som gäller styrning och organisation. Vården är mer organiserad efter sina egna behov, och efter resurserna, än efter patienternas behov”, säger Jon Rognes.

RCC ska överbrygga gränser

För att bemästra utmaningarna har en ny nationell cancerstrategi tagits fram och är nu på gång att implementeras. I den spelar de nya regionala cancercentren, RCC, en mycket viktig roll.

Med RCC vill beslutsfattarna komma åt några av de största svagheterna i dagens cancervård. Det gäller bland annat att överbrygga landstingsgränser, klinikstrukturer och andra begränsningar, bland annat genom att bygga upp mer ändamålsenliga vårdprocesser för olika cancerdiagnoser. Med RCC ska vården bli mer jämlik och patienterna och deras företrädare ska få större inflytande. Den kliniska cancerforskningen ska samordnas och uppföljning och nivåstrukturerings bli bättre.

LHC:s partners initierar granskningar

Flera av utmaningarna har tillkommit på grund av brister i organisering, ledning och styrning. Här ser LHC stora möjligheter att bidra till viktiga förändringar.

”Våra rapporter har oftast initierats av våra partners, genom diskussioner i våra fokusgrupper eller seminarier. Vi strävar efter att förankra våra fynd och förklaringar i den verklighet där våra partners arbetar”, säger Hans Winberg, generalsekreterare i Leading Health Care.

”Onkologin är mitt uppe i en omvälvande tid, både medicinskt och organisatoriskt.

Därför är det särskilt angeläget att utvärdera ledning och organisation på det här området för att, om möjligt, tillföra kunskaper och erfarenheter.”

LHC granskar

På initiativ av LHC:s partners har organisation och styrning inom några cancerområden redan

”Vården är mer organiserad efter sina egna behov, och efter resurserna, än efter patienternas behov”

studerats. Under 2011 arbetade några av forskarna i LHC:s nätverk fram rapporter om processen vid bröstcancer och prostatacancer. Några av resultaten berättar vi om på det här uppslaget. Om du vill läsa mer kan du ladda ner rapporterna från Leading Health Cares hemsida

Svårt organisera klinik mot bröstcancer på nytt sätt

Det började så bra. Med en så kallad one-stop breast clinic i Malmö lyckades sjukvården drastiskt sänka väntetiderna i bröstcancervården. Men försöket slutade i moll. Mottagningen fick lägga ner när Region Skåne satsade på att göra om hela cancervården.

Detta kan vara ett av de tydligaste exemplen i svensk sjukvård på vad en förändrad organisation och ledning kan åstadkomma.

Från 42 dagar till 2 timmar

Innan projektet satte igång kunde kvinnor med misstänkt bröstcancer få vänta 42 dagar (mediantid). Tiden mättes från besöket hos primärvården tills kvinnan fick träffa en specialist på bröstcancer. När projektet kommit igång minskade väntetiden till 2 timmar.

Kliniken lades ner 2009 efter fem års verksamhet. En direkt bidragande orsak till nedläggningen var att huvudmannen upphandlade mammografi och annan utredning i hela Region Skåne.

Styrning av vården krockar

Mottagningen i Malmö är ett av exemplen som LHC-forskarna lyfter fram i rapporten Tid eller pengar. Två andra vårdkedjor för diagnostik och behandling av bröstcancer granskas i samma rapport. De andra två exemplen är Stockholms läns landsting (SLL) och Landstinget i Västmanland.

Ersättningssystem och styrsystem är viktiga för att sjukvården ska fungera. Men ofta krockar olika styrsystem med varandra – och oönskade följder uppstår. I Tid eller pengar beslutade LHC och dess fokusgrupp för styrsystem att lyfta fram faktorer som gör att helheten inte fungerar som det var tänkt.

Se helheten

Ett tydligt utsagt syfte med rapporten var att få beslutsfattare att lyfta blicken från enskilda system för att se helheten.

Utgångspunkten för Malmö-kliniken var att samtliga inblandade specialister samlades på ett ställe, runt patienten. Kvinnor med misstänkt tumör kunde själva ta direktkontakt med

one-stop breast clinic. Klinisk undersökning, mammografi och patologisk undersökning gjordes vid ett och samma besök. Målet var att ge patienten ett besked vid det första besöket och undvika onödiga återbesök.

Viktiga slutsatser kring styrningen

Vid genomlysningen av Malmö-fallet blir den mångfaldiga styrningen av sjukvården tydlig. Ett av argumenten för att upphandla mammografier i hela Skåne var att ge alla kvinnor tillgång till samma vård. Den ambitionen kom att stå emot den samtidigt uttalade ambitionen att minska väntetiderna genom att samla alla specialisterna runt patienten och patientens behov.

Några slutsatser som dras i rapporten är att:

- *Konflikter måste tydliggöras*
- *Det är oftast inte delarna i vården det är fel på – utan bristen på samverkan mellan delarna.*
- *Beslutsfattarna måste se helheten – för att inte bygga in nya konflikter mellan olika delar.*
- *Beslutsfattarna lägger ofta mer fokus på utnyttjandet av sjukvårdens resurser än på flödet, patienternas tid och förlorad arbetstid.*
- *Det är svårt för en ny modell, som bryter mot traditionella arbetssätt, att slå igenom.*

Vårdkedjan bröts

Forskarna jämför utvecklingen i Malmö med de två andra landstingen.

I SLL genomfördes en stor upphandling av radiologi 2008, som förändrade vårdkedjan för många patienter (och de flesta aktörerna). Fungerande delar i kedjan både före och efter mammografien fick läggas om.

I Västmanland sköts all verksamhet runt bröstcancer i offentlig regi. Det innebär att vårdkedjorna inte riskerar att brytas itu av återkommande upphandlingar. Under den tid som studien varade tog dock bröstcancerprocessen i Landstinget i Västmanland längre tid än i SLL och Region Skåne, trots att hela kedjan drevs i landstingets regi.

Ny organisation ska ge *effektivare cancervård*

Strukturen i svensk cancervård byggs om. Med sex nya regionala cancercentra, RCC, ska onkologin pröva nya former för styrning, ledning och organisering. Förändringarna väcker intresse också inom andra delar av svensk sjukvård.

Vi har talat med ledarna för två av de befolkningsmässigt största nybildningarna – Roger Henriksson som är chef för RCC-Stockholm Gotland och Carsten Rose som är projektledare för RCC-Syd.

Stor förändring

Hela landet är nu indelat i sex områden, i stort överensstämmande med de gamla sjukvårdsområdena, i ett försök att göra cancer vården mera effektiv. I avsaknad av en regionreform innebär RCC den största förändringen av ledning, styrning och organisering av svensk sjukvård sedan många år.

Med RCC och den nya nationella cancerplanen knyts stora förhoppningar till cancer vårdens förändringar. Här är några av målsättningarna:

- Bättre vårdresultat
- Högre kvalitet
- Likvärdig vård över hela landet
- Jämlik vård
- Nivåstrukturer, som avgör vilken diagnostik och behandling ska ligga utanför respektive region.

Operationer

Det finns flera exempel på hur man just nu driver nivåstrukturer i svensk cancervård, främst vid kirurgisk behandling. Men exemplet gäller inte hela landet utan handlar om ett begränsat antal landsting eller regioner eller enstaka cancerformer.

Vid flera stora sjukhus pågår dessutom en koncentration till färre operatörer vid kirurgiska ingrepp mot cancer.

De sex RCC har en samverkansgrupp som bland annat ansvarar för nationell samordning av användningen av riktlinjer och vårdprogram.

Många förhoppningar på RCC

Vilka blir de stora fördelarna med RCC, med avseende på ledning, styrning och organisation, jämfört med tiden före RCC?

”Vi får bättre möjligheter för samordning och styrning. I uppdraget ligger bland annat att utröna varför vi har så uttalade skillnader mellan olika geografiska delar och mellan olika socioekonomiska grupper. Men naturligtvis också att finna vägar att minska dessa skillnader”, svarar Roger Henriksson.

”Vi kan planera inför framtiden, då vi vet att antalet cancerfall ökar. Med RCC kan vi öka patientmedverkan och möjligheterna att delta i kliniska prövningar”, säger Carsten Rose.

Vilka tror du blir de stora svårigheterna/utmaningarna för RCC under det kommande året (2012)?

”Det är klart att det kan bli konflikter mellan ett nytt RCC och dem som ansvarar för den traditionella organisationen. Samtidigt har RCC fått en central och auktoritativ roll, som ger den tydlighet som behövs för att agera”, säger Carsten Rose.

”Alla har inte förstått fördelarna med de nya förutsättningar som cancer vården nu får. En förutsättning för att klara av det är att RCC får kraft att driva sina frågor. Det tycker jag vi fått. Som RCC-chef har jag nu en plats i den högsta tjänstemannaledningen för sjukvården i landstinget”, berättar Roger Henriksson.

Har organisation och styrning generellt varit för dåligt uppmärksammat i svensk cancervård?

”Jag skulle inte säga att cancer vården generellt haft för dålig styrning, ledning och organisering. Men den har inte varit optimal. Det är inte acceptabelt att vi har de skillnader som jämförelser visar”, säger Roger Henriksson. ”Styrning och organisation har inte varit bra. Nu finns det en mycket bra chans att komma till rätta med det som inte fungerat”, avslutar Carsten Rose.

Experter utvärderar

Flera av de regionala cancercentren har från början engagerat experter på ledning, styrning och organisering. Ekonomiprofessor Anders Anell utvärderar RCC-Syd och forskare vid Chalmers är inblandade i uppbyggnaden av RCC-Väst.



Roger Henriksson



Carsten Rose

Stora skillnader när *prostatacancer* ska upptäckas och behandlas

Sjukvården präglas av stora skillnader när prostatacancer ska upptäckas och behandlas. Både huvudmän och patientföreträdare uttrycker missnöje med stora skillnader i vården av patienter med prostatacancer.

Skillnaderna gäller många viktiga faktorer: väntetider, tillgång till multidisciplinära konferenser, behandlingsval, tillgång till second opinion och användning av nya läkemedel.

Ett problem, som ingen aktör tar i, är att läkarprofessionen i mycket tycks vara tillfreds med dagens situation. Detta är ett förhållande som måste adresseras när vården av prostatacancerpatienterna utvecklas.

Hinder mot flödestänkande

Försök med flödesorganisering kring en patientgrupp förhindras i många fall av befintlig, traditionell organisering kring kliniker och specialisering (enskilda kliniker för onkologi, urologi, radiologi m fl).

Det finns idag nationella riktlinjer och lokala vårdprogram men skillnaderna i klinisk praktik mellan olika regioner är ändå stora. Riktlinjer följs i varierande grad – de sägs vara prioriterade – men i praktiken ses de inte alltid som möjliga att följa.

LHC-RAPPORT:
LIKA VÅRD FÖR ALLA? EN STUDIE AV VÅRDKEDJAN FÖR PROSTATACANCER

Forskare/författare: Jon Rognes. <http://www.leadinghealthcare.se/sidor/pubpress/publikationer.aspx> (2011)

Finansiär: Sanofi

Lean minskar köerna – och riskerna för att göra fel

Svensk sjukvård är vanligtvis mera inriktad på att vara resurseffektiv än flödeseffektiv. "Med flödeseffektiviteten får vi ett verktyg för att öka patientsäkerhet, medicinsk kvalitet och tillgänglighet", sa divisionschefen Tomas Movin på ett LHC-seminarium den 26 oktober 2011.

Seminariet var mycket välbesökt och ägde rum på Berns salonger i Stockholm. På programmet stod en diskussion om lean i sjukvården. Inbjudna var Tomas Movin, divisionschef på Karolinska universitetssjukhuset, samt författarna till den alldeles nyutgivna boken *Vad är lean?*

Boken har skrivits av professorn och lean-forskaren Pär Åhlström och forskaren Niklas Modig, båda från Handelshögskolan i Stockholm. Pär Åhlström är också ordförande i Leading Health Care.

Köer ökar risk för fel

"När en klinik eller resurs har som mål att sträva efter hög beläggning kommer det på ett naturligt sätt skapas köer. Dessa köer gör att sjukvårdssystemet måste hantera många patienter samtidigt i kombination med långa väntetider. Hantering av många ärenden jämfört med få, samt långa väntetider jämfört med korta, ökar risken för att göra fel och skapar merarbete", sa Niklas Modig.

"Att stäva efter ett effektivt patientflöde, istället för hög beläggning, undviker ovanstående problematik och är ett av de viktiga argumenten för lean i sjukvården", menade Niklas Modig.

Han betonade vikten av förståelsen – alla måste förstå att flödeseffektivitet är minst lika viktigt som resurseffektivitet. Med resurseffektivitet menas att man fokuserar på hur varje avdelning eller klinik använder sina resurser så effektivt som möjligt. Viktiga mål blir då att hålla den egna budgeten och att ha en hög beläggning.

Flödeseffektivitet fokuserar istället på patienternas flöde genom verksamheten. Istället för att sätta resursutnyttjande främst så fokuserar man på patienternas väg genom verksamheten, och arbetar för ett kortare och effektivare flöde.

"Små medel räcker"

Lean påverkar många olika nivåer i sjukvården: verksamheten, policy och strategisk ledning.

"Med små, små medel kan vi åstadkomma ständiga förbättringar.

ar. Det är viktigt att vi inte nöjer oss med att nå våra mål, utan att vi ser de ständiga förbättringarna som vägen framåt", sa Pär Åhlström.

Tomas Movin, divisionschef för akuten på Karolinska universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, ansåg att med flödeseffektiviteten hamnar fokus på arbetssättet:

"Med flödeseffektiviteten får vi ett verktyg för att öka patientsäkerhet, medicinsk kvalitet och tillgängligheten."

Risker ökar med lågt flöde

Det omvända – låg flödeseffektivitet – ger missnöjda patienter och dålig arbetsmiljö. Det ökar, enligt forskarna, riskerna för patienterna.

"Vi började med att se över de akuta flödena. De flesta flödesledare är läkare. Målet är nu att flödesorientera hela sjukhuset till 2015", berättade Tomas Movin. Sjukhuset arbetar intensivt med att införa olika standarder, kring överenskomna arbetssätt. Enligt Pär Åhlström blir det en lång, lång resa – och ingen quick fix.

Hur får man då alla att arbeta flödeseffektivt? "Vi har lång väg kvar. Kanske tar det en generation, sa Tomas Movin. Niklas Modig menade att det gäller att bygga upp en kunskap om de här två olika formerna av effektivitet – resurseffektivitet och flödeseffektivitet.

Birgir Jacobsson, sjukhusdirektör på Karolinska universitetssjukhuset: "När vi frigör kapacitet fyller vi traditionellt på med nya patienter, och då når vi aldrig fram till flödeseffektiviteten."

Inte lätt leda läkare

Christina Söderholm, sjukhusdirektör på Södersjukhuset refererade till egen erfarenhet: "Högutbildade specialister accepterar inte så lätt standardiserade arbetssätt." Tomas Movin sa att detta var också hans och många andras erfarenhet.

"Det är en jätteutmaning. Vi tar upp den problematiken. Det måste skapas en kultur som också inbegriper top management."

De läkare som varit med en längre tid är svårast att vinna.

LEAN – VAD ÄR DET?

Toyota Production System (TPS) är känd som grunden till Toyotas stora affärsmässiga framgångar. Lean är en utveckling av detta system och idag ett av världens mest spridda affärskoncept. Efterfrågan på kunskap om lean växer i Sverige och övriga västvärlden.

25 års forskning, tusentals böcker och artiklar, hundratals föreläsningar och workshops. Niklas Modig och Pär Åhlström är två av Sveriges ledande forskare inom lean. I boken *Vad är lean?* sammanfattar de sina kunskaper och erfarenheter. Boken *Vad är lean?* beskriver vad lean är och hur olika organisationer kan driva en framgångsrik lean verksamhetsstrategi.

SAGT OM "VAD ÄR LEAN?"

"Detta är en efterlängtat bok från svenska forskare. Lean har gett utmärkta resultat i sjukvården, men det är ett problem att termen missbrukas. Centralt styrda förbättringsprojekt, applicering av enstaka verktyg och till och med nedskärningar kan presenteras som lean, vilket riskerar att stöta bort medarbetarna. Boken reder ut begreppen och analyserar vad "riktig" Lean är och vilka mekanismer som gör det framgångsrikt."

Magnus Lord, leg läkare, civilekonom och civilingenjör, specialist inom lean healthcare och tidigare strategichef för Universitetssjukhuset i Lund.

Fyra frågor om lean till *Birgir Jakobsson*, sjukhusdirektör på Karolinska Universitetssjukhuset.



1. *Har reaktionerna gentemot lean-konceptet varit annorlunda på Karolinska Universitetssjukhuset jämfört med S:t Görans sjukhus i Stockholm?*

Ingen större skillnad. På båda ställena har det funnits en sund skepsis från början, som successivt minskat allt eftersom förbättringsmålen har

uppnåtts och man har noterat förbättringar i arbetsmiljön. På Karolinska har dock ett vanligt argument emot lean varit sjukhusets uppdrag att bedriva forskning och utbildning som i sig inte är något faktiskt hinder.

2. *Kan lean – av egen kraft – bevisa sin nytta för medarbetarna?*

Ja, när medarbetarna ser att patienterna blir nöjdare genom ett bättre och snabbare omhändertagande samt att arbetsmiljön blir lugnare och tystare är de obenägna att gå tillbaka till gamla arbetssätt. Kopplingen mellan lean och patientsäkerhet, som kommuniceras ivrigt av mig och andra i ledningen, gör vidare att motivationen ökar.

3. *Om ja - hur lång tid tar det att komma dit på ett sjukhus av Karolinskas storlek?*

Vi har nu hållit på i fyra år. Införande av nya arbetssättstartade hösten 2008. Scania har hållit på i 15-20 år, Toyota i över 50 år. Jag märker redan nu att hela sjukhuset har inspirerats av vårt flödestänk men fortfarande är det en mindre del av personalen och ledningen som förstår vad det egentligen handlar om. Jag skulle gissa att ytterligare 5 - 10 år behövs innan vi har den rätta kulturen på plats. Vi har dock sattett mål om att 80 procent av sjukhuset ska vara flödesorienterat 2015.

4. *Krävs det mer utbildning i ledning och organisation på sjukvårdens grundutbildningar eller går det bra att hämta in sådan kunskap senare i karriären?*

Framför allt krävs undervisning i varför sjukvården måste ändras och hur man kan åstadkomma förändring. Omorganisationer är en överskattad förändringsmetod även om det självklart ibland behövs. Erfarenhet och kunskap i att åstadkomma konkreta förbättringar på verksamhetsnivå kommer att vara den viktigaste faktorn vid rekrytering av ledare inom sjukvården i framtiden. Det är det redan på Karolinska.

LHC på *Världsutställningen* i Shanghai 2010

Leading Health Care deltog i oktober 2010 i ett antal seminarier som Sverige och svenska aktörer arrangerade under världsutställningen i Shanghai. LHC medverkade i SymbioCare Forum tillsammans med Socialdepartementet, Exportrådet och Swecare.

Ett eget seminarium hade temat "Innovation in Healthcare Processes for Greater Value". Dessutom agerade LHC:s generalsekreterare Hans Winberg moderator under de gemensamma seminarierna den 13 och 14 oktober.

SymbioCare presenterades.

Det svenska forumet invigdes av kronprinsessan Victoria och barn- och äldreministern Maria Larsson höll inledningsanförandet. Maria Larsson betonade att en effektiv sjukvård bygger på samarbete mellan politiker, myndigheter, forskning och industri. Exportrådet har tagit fram SymbioCare, en plattform för att marknadsföra svensk sjukvård utomlands. Världsutställningen i Shanghai var första tillfället SymbioCare presenterades i sin helhet.

Största världsutställningen

Världsutställningen i Shanghai hade temat "Better City, Better Life" och var den största genom tiderna. I Sveriges paviljong var temat för den sista officiella delen av utställningen

"Health Care and Life Science".

Den 13 oktober anordnade LHC tillsammans med Socialdepartementet, Exportrådet och Swecare ett "high level-seminarium". Bland de medverkande fanns statssekreterare Karin Johansson, socialdepartementet, prorektor Jan Andersson, Karolinska Institutet och Laurent Leksell, grundare av Elekta AB. Bland de kinesiska deltagarna fanns det företrädare från både den centrala regeringen och Shanghais kommunala hälsoorgan.

Vårdskador kan undvikas

Karin Johansson gav en översikt över svensk sjukvård och de utmaningar vi står inför. Hon pekade på långa väntetider, kvalitetsfrågor och regionala skillnader. Hon beskrev betydelsen av öppna jämförelser, evidensbaserad vård och patientmedverkan. Karin Johansson redogjorde också för hur många vårdskador och läkemedelsskador kan undvikas med datoriserade beslutsstöd.

LHC om organisation

Den 14 oktober var LHC värd för ett heldagsseminarium med fokus på organisation och processer i vården. Vid seminariet deltog kronprinsessan Victoria tillsammans med ett stort antal kinesiska representanter från högsta nivå i den kinesiska sjukvården. Seminariet handlade om hur man på nya innovativa sätt kan leverera vård med hög kvalitet. Innovationerna kan vara såväl tekniska och medicinska som i form av nya arbetssätt och sätt att samarbeta mellan parter.

Hans Winberg, LHC:s generalsekreterare, beskrev komplexiteten i vården och vilka hinder som ska övervinnas för att göra den mer värdebaserad. Jon Rognes, biträdande generalsekreterare på LHC, berättade om nya modeller för att organisera hälso- och sjukvård och hur processorientering kan åstadkommas.

På LHC:s seminarium mötte omkring 130 deltagare upp.



LHC-debatter i *Almedalen*

I Almedalen 2011 deltog LHC aktivt i tre programpunkter.

JON ROGNES KOMMENTERADE DEN PÅGÅENDE GRANSKNINGEN AV VÅRDKEDJAN VID PROSTATACANCER. På ett seminarium som arrangerades tillsammans med läkemedelsföretaget Sanofi belystes skillnaderna i cancer-vården.

Lars-Erik Holm, Socialstyrelsens generaldirektör, pekade bland annat på de socio-ekonomiska skillnaderna, liksom riksdagskvinnan Lena Hallengren (S): "Med de skillnader vi kan se, och det gäller inte minst prostatacancer där det är otroligt stor skillnad i överlevnadsmöjligheter utifrån behandling, kan man inte säga att det fungerar."

I EN DEBATT TILLSAMMANS MED CEHIS, CENTER FÖR E-HÄLSA, SATTES FOKUS PÅ LEDNING OCH STYRNING och hur vi ska utveckla framtidens vård med hjälp av eHälsa. Hans Winberg, LHC:s generalsekreterare, diskuterade med Lena Furmark, politiskt sakkunnig på socialdepartementet, och Heidi Stensmyren, 1:e vice ordförande i Sveriges Läkareförbund.

YTTERLIGARE EN FRAMTIDSSPANING VAR LHC DEL AV. Hans Winberg modererade ett seminarium om den åldrande befolkningen. Arrangör var LIF. Diskussionen behandlade innovationer och förändringar – inte minst i organiseringen - som måste till när sjukvårdssystemen ska anpassas till åldrande befolkningar och sämre ekonomi. Om detta var både Per Båtelsson, tidigare Caphio numera Global Health Partners, och Toivo Heinsoo, landstingsdirektör i Stockholm, överens.

Hur ska *omsorg & vård* samarbeta?

På vilket sätt har ledningsprocesser och system för ekonomistyrning bidragit till samarbete mellan sjukvård och omsorgs verksamhet i Norrtälje?

Den frågan har forskarna Ebba Sjögren och Per Åhblom, som är knutna till LHC, nu undersökt i en utvärdering av Tiohundrasamarbetet i Norrtälje.

I Norrtälje kommun står landstinget och kommunen bakom det gemensamma projektet, som går över i en ny fas i slutet av 2012 då den nuvarande projektiden löper ut. Under 2011 har det därför genomförts en vetenskaplig utvärdering av projektet, för att se om syftena har nåtts och vilka faktorer som har påverkat utvecklingen.

Tre forskargrupper har bland annat undersökt hur hälsan för

patienter, brukare och invånare har påverkats av att vården och omsorgen i Norrtälje kommun bedrivits gemensamt. Kostnadsutvecklingen och samarbetet analyseras.

I rapporterna presenteras några scenarier för hur TioHundra-samarbetet kan utvecklas framöver.

Här finns alla rapporterna för hemladdning: <http://www.tiohundra.se/1/Globala/Om-TioHundra/Utvarderingen-av-TioHundra/>

...och några till

Bland övriga projekt som LHC drivit under 2010 och 2011 märks:

- Rökavvänjning, som initierats av fokusgruppen för styrsystem. Liksom vid granskningen av vårdkedjan vid bröstcancer åskådliggör rökavvänjningen krockar i vårdens styrsystem.
- De ökade kraven på morgondagens sjukvård debatterades i Berlin av Exportrådet och andra aktörer. LHC:s Hans Winberg var en av moderatorerna (26 maj 2011).
- Effekter av vårdvalet
- Patientsäkerhet
- Klinisk forskning

... och några till!

Det behövs nya system *för ledning och styrning i* äldrevården

Regeringens äldresatsning varar i fyra år.
Nationell äldresamordnare: Eva Nilsson
Bågenholm. Satsningen kommer att kosta
över 4 miljarder kronor.

LHC:S RAPPORT

På väg mot en värdefull styrning:
Ersättningssystem för en sammanhållen
vård och omsorg om äldre.

Forskare: Anders Anell, Rolf Bowin, Karin
Fernler, Claes-Fredrik Helgesson, Anna Kroh-
winkel Karlsson, Ida Larsson, Johnny Lind,
Dag Norén, Jon Rognes, Ebba Sjögren, Karin
Thoresson, Hans Winberg, Per Åhlblom och
Pär Åhlström

Sju delstudier levererar LHC till
Äldresamordnaren:

- *Styrning mot samverkan:
Hur kan ersättningssystemen anpassas?*
- *De "mest sjuka äldre": Hur ser gruppen ut,
hur utförs omhändertagandet, vilka är
kostnaderna samt strategier för en bättre
vård och omsorg*
- *Mångstyriighet i vården – en teoriöversikt*
- *Styrning på gränsen mellan sluten och
öppen vård: Vaga kriterier och inter-
organisatoriska beroenden i beslut om
medicinskt utskrivningsklar*
- *Lean i äldrevården – en översikt över
dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*
- *Primärvården som koordinator för de mest
sjuka äldre – implikationer för mål och
indikatorer*
- *Verktyg för att realisera samverkan:
En vetenskaplig undersökning av
TioHundraprojektet*

Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i Sverige behöver nya system för styrning och ledning. En viktig förändring är att hitta mer ändamålsenliga ersättningssystem, som kan främja en mer sammanhållen vård och omsorg om de äldre.

På uppdrag av Socialdepartementet har Leading Health Care granskat omhändertagandet av de mest sjuka äldre. LHC:s forskare drar tre huvudsakliga slutsatser när de sammanfattar första delen av projektet:

- *En sammanhållen vård och omsorg kräver fokus på flödeseffektivitet snarare än resurseffektivitet.*
- *Om systemförändring är målet, måste lösningarna vara därefter*
- *Ett mer patientanpassat ersättningssystem är inte nödvändigtvis mer specifikt.*

Socialdepartementet gav 2011 LHC i uppdrag att ta fram underlag till utveckling av ersättningsmodeller anpassade med de mest sjuka äldres behov i centrum. Syftet är att få bättre samordning av alla olika instanser som har hand om de äldres vård och omsorg.

Med ekonomiska incitament och med de mest sjukas behov i centrum vill Socialdepartementet stärka samverkan mellan landsting och kommuner.

Problemen är framför allt bristande kontinuitet, otillfredsställande kommunikation och otillräckligt samarbete mellan vårdgivare. Hela satsningen kostar drygt 4 miljarder kronor under 4 år.

Bakgrunden är att äldre med många sjukdomar och symtom tvingas söka vård hos flera olika vårdgivare och att de olika vårdinsatserna inte är koordinerade. Det finns många orsaker till att det ser ut så här. Några är de olika huvudmannaskapen, olika yrkesrevir och klyftan mellan slutet och öppen vård.

Nya sätt att fördela ersättning

I dag ges ersättning till vård- och omsorgsgivare till övervägande del utifrån organisations-specifika uppdrag, prestationer och processer. Dessa grunder för fördelningen av pengar borde omprövas.

En möjlighet är att istället ge ersättning gemensamt till flera utförare. Det kan ske utifrån vårdepisoder snarare än per enskild insats. Detta har tidigare främst diskuterats i relation till specifika diagnoser.

”Många talar om vikten av sammanhållna vårdkedjor, men ekonomiska lösningar för detta har nästan inte testats alls. Här har vården mycket att lära från andra industrisektorer, där man uppmärksammat värdet av inter-organisatorisk ekonomistyrning och även utvecklat verktyg för detta”, förklarar Hans Winberg.

Ändrat styrsystem

Den ekonomiska styrningen är ett av många styrsystem som påverkar vården idag. På sikt

krävs förändringar av flera delar av systemet för att nå önskade samverkans effekter. Forskarna pekar på flera exempel där omorganisering eller modifiering av ekonomiska incitaments-strukturer enbart har lett en bit på vägen.

”Finansiella lösningar som spänner över många olika enheter är svåra att utforma, men aspekten måste finnas med i diskussionen”, säger Hans Winberg. Samverkan uppnås inte främst genom ändrade ersättningssystem. Men dessa får i sig inte hindra samverkan, vilket de till stor del gör i dag.

Några vägar framåt

En slutsats är att tidigare styrförsök ofta fallit på begränsningarna i sin omfattning, eller på att någon del av systemet reformerats isolerat från dess övriga delar. Det är dock inte vår bedömning att förslagen skyndsamt ska implementeras på bred front. En sådan reform vore varken praktiskt genomförbar eller principiellt önskvärd.

”Vår ambition är istället att lyfta debatten om hur man kan och bör styra vården och omsorgen för att inte fastna i en problematisering av enskilda verktyg för mätning och resultatstyrning. Vi måste våga utmana för-givet-tagna tankestrukturer”, förklarar Hans Winberg.

Politikerna kräver *resultat* av Äldresamordnaren

- Ministrarna vill ha resultat. Samordningen av äldreomsorg och äldreomsorg är högt prioriterad, säger Eva Nilsson Bågenholm, av regeringen utsedd till Nationell Samordnare för de mest sjuka äldre.



Foto: Pawel Flato

Äldresamordnaren Eva Nilsson Bågenholm har 3,75 miljarder SEK till sitt arbete som totalt varar fyra år.

Hon beskriver hur bristande samordning på äldreområdet funnits under lång tid. Med de demografiska förändringarna blir bristerna bara tydligare.

Eva Nilsson Bågenholm har ett stort kontaktnät ute i sjukvården efter att ha varit ordförande för Sveriges Läkareförbund fram till för ett år sedan och med dubbla utbildningar i bagaget. Mycket av det senaste året har hon tillbringat på resande fot.

”Det har varit extremt viktigt för mig att lära känna hur situationen ser ut runt om i landet.” Efter att ha samlat in stora mängder information säger Eva Nilsson Bågenholm:

”För att få bäst effekt för pengarna blir ersättnings-

modellerna viktiga”, säger hon. Med dem kan man få fram en kraftig styrningseffekt. Men den stora utmaningen är naturligtvis att det är två huvudmän på området och att det därför uppstår en rad gränsdragningsproblem. Patienter och brukare hamnar i situationer där de förlorar orienteringen.

”Det blir naturligtvis kommunernas och landstingens sak att ansvara för implementeringen av nya styrsystem.” Hon definierar de svårast sjuka äldre som en grupp på omkring 300 000 individer.

”Det är en grupp som har mycket kontakt med sjukvården och kommunens omsorg. De flesta har arbetat hela sina liv och bidragit till välfärden och nu är det dags för samhället att bekosta den hjälp de äldre behöver.”

SKL prioriterar arbetet med de *sjuka äldre*

Parallellt med den Nationella samordnarens arbete gör Sveriges Kommuner och Landsting en stor satsning för att förbättra vården för de äldsta.

”Det finns en samsyn idag som kanske inte funnits förr. Vi är överens om att situationen för de äldre patientgrupperna måste förbättras”, deklarerar Maj Rom, projektchef på Sveriges Kommuner och Landstings avdelning för vård och omsorg.

Maj Rom har perspektiv på dagens arbete. Genom åren har hon haft en lång rad befattningar i Sjukvårdssverige.

”Under de närmaste åren gör vi en kraftsamling för att förbättra situationen för de äldre. Det kommer att handa mycket ute på landstingen”, säger Maj Rom.

”En patient som har en enda sjukdom, med tydliga symtom och en tydlig diagnos får ett bra omhändertagande. Det är en patient som passar in i sjukvårdssystemet. Men vi har varit sämre på att ta hand om multisjuka patienter nära döden, menar Maj Rom.

Som ett led i ansträngningarna för de äldsta patienterna har SKL satsat särskilt på två nationella kvalitetsregister – Svenska Palliativregistret och Senior Alert – med 19 miljoner kronor. Kommuner och landsting ska uppmuntras så att de aktivt, systematiskt och långsiktigt bedriver ett förbättringsarbete som kommer främst

de äldre sjuka till del. Maj Rom är mycket positiv till arbetet med fler indikatorer i registren. Likaså ser hon nyttan av prestationsersättningar för de kommuner och landsting som aktivt genomför förbättringar.

Hon tror att utvecklingen bara är i sin början vad gäller att dra nytta av styrnings- och ledningskompetens.

Om LHC:s verksamhet, säger Maj Rom: ”Det är bra att någon ser på vårdens ledning och styrning mera analytiskt och utifrån.”

Svensk hälso- & sjukvård styr mer efter budget än hälsoläget

Svårigheten att mäta hälso- och sjukvårdens resultat är en av orsakerna till bristerna i styrning och ledning. För enskilda enheter i sjukvården blir det ofta viktigare att "hålla budgeten" än att maximera hälsa och förebygga sjukdom, enligt LHC-rapporten Hälsa per krona från 2010.

Två frågor som fokusgruppen Hälsa per krona ställde tidigt i sitt arbete var:

- Kostar god vård för mycket idag?
- Eller – kan resursbrist bara hanteras genom att skjuta till mer pengar?

"Vi konstaterade snabbt att det inte finns ett enda enkelt svar. Bland annat för att vi måste kunna mäta resultatet. Svårigheten är att det yttersta resultatet – att minska sjukdom och främja hälsa – är svårt att mäta och idag inte används för att styra efter", säger Hans Winberg, som är en av författarna till rapporten Hälsa per krona. Dessutom mäts olika delar av vårdkedjan var för sig.

Istället för att mäta påverkan på patienternas hälsa styr sjukvården oftast efter att nå sin budget. En klinik som inte håller budgeten går, per definition, inte bra.

Ingen koppling till hälsa

"Vården kopplar inte resursfördelningen till hälsoutfallet av olika insatser – som exempelvis antal vårdepisoder, personalkostnader, läkemedel", säger Hans Winberg.

Sammantaget betyder detta att insatser som leder till en mycket positiv förändring av hälsan hos patienterna i princip kan "drunkna" i helheten. Utfallet mäts, av olika anledningar, inte i form av patientens hälsa och dess effekter syns därför inte. Det gör att sjukvården inte uppmärksammar de mest optimala insatserna.

Alla har "gjort sitt"

Då uppstår oönskade effekter, som ofta inte syns, konstaterar rapportförfattarna. Alla har "gjort sitt" genom att behandla enligt

vetenskap och beprövad erfarenhet och hålla budgeten, helt enligt de ersättnings- och utvärderingssystem som finns på plats – men ändå brister helheten:

"Ingen vet om de gjorda insatserna var de mest optimala för patienternas hälsa", säger Hans Winberg.

Han hänvisar också till forskning som visar att ersättningssystem som mäter effektivitet och produktion i mindre delar av vårdkedjan kan ge felaktiga incitament. Att maximera effektivitet och produktion i vissa delar kan göra att vårdkedjan som helhet fungerar sämre. Ett sådant missledande incitament kan vara att en enhet i vården strävar efter att behålla så många patienter som möjligt, för att maximera produktionen, istället för att några av patienterna tas om hand på en lämpligare vårdnivå.

Styra efter värde

Fokusgruppen Hälsa per krona uppmärksammar även de försök som gjorts för att styra en vårdkedjas arbete mer efter det sammanlagda värde den skapar för patienten. En sådan modell kallas pay for performance.

Det innebär att man kopplar olika aktörers insatser, till exempel olika kliniker eller olika enheter inom samma klinik, till det gemensamma utfallet. Både direkta och indirekta kostnader och intäkter tas med i den totala summeringen av alla insatser. På så sätt kan en högre kostnad för en enskild klinik ändå visa sig väl värd att ta, eftersom de positiva effekterna blir så mycket större när helheten mäts. "Svårigheten är dock att avgränsa verksamheten och bestämma vilka utfall man ska mäta", enligt Hans Winberg.

Prevention svårt mäta

En ytterligare utmaning är att mäta och väga in sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande insatser. Sådana insatser spänner nämligen oftast över både tid och organisationsgränser, konstaterar rapportförfattarna:

"I Sverige föreligger ett decentraliserat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Det är därmed i praktiken svårt att tänka sig att samhällsekonomiska kalkyler fullt ut kan styra resursfördelning i mikroperspektivet, eftersom ingen part har beslutanderätt över alla delar i hälso- och sjukvårdssystemet", skriver författarna.

De hävdar också att det inte bara är en möjlighet att se sjukvården i ett vidare perspektiv än den enskilda resultatenhetens – det är skyldighet.

HÄLSA PER KRONA - FOKUSGRUPP

I fokusgruppen som inriktade sig på vårdens ersättningssystem ingick: Lars Andöker, då landstingsdirektör i Sörmland, Mats Bauer, VD i Svenska Läkaresällskapet, Thomas Berglund, VD i Caphio, Catharina Bergman, Country Manager för Astra Zeneca Sverige, Kjell-Olof Feldt, tidigare bl a finansminister, Steinar Höeg, Director External Affairs Europe, Astra Zeneca, Agneta Jansmyr, landstingsdirektör i Jönköpings läns landsting, Stig Nyman, landstingsråd (KD) i Stockholms läns landsting, Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg på SKL, Ann-Cristin Tauberman, generaldirektör vid Socialdepartementet, och Hans Winberg, general-sekreterare för stiftelsen Leading Health Care.

Vad *värderar* vi med pengars hjälp?

Under de senaste decennierna har ekonomiska mått allt oftare börjat användas i hälso- och sjukvården. Men vad är det man egentligen värderar och styr mot när man sätter kronor och ören på olika verksamheter i sjukvården? Det är en av frågorna i rapporten Hälsa per krona. Omorganisationen under de senaste 25 åren har inneburit:

- Tilltagande decentralisering
- Fler resultatenheter
- Kort tidshorisont – oftast ett budgetår
- Enbart direkta kostnader värderas

Detta är förändringar som bidrar till ett "här-och-nu"-perspektiv. Om det finns ett strikt krav på budgetbalans kan det bli omöjligt att införa en ny behandlingsmetod under budgetåret om

den inte omedelbart leder till besparingar. Författarna menar att vi måste förstå att kostnader och intäkter värderas olika – "kronor kan vara olika mycket värda". Detta är anledningen till att en ny behandlingsmetod kan vara samhällsekonomiskt lönsam att införa men ändå vara budgetekonomiskt omöjligt att realisera.

"Styrningen viktig för *innovationerna* i sjukvården"

"Hur styrningen av sjukvården går till är mycket viktigt för upptaget av nya innovationer, som till exempel läkemedel, i sjukvården", säger Steinar Höeg och anknyter till resonemangen i LHC-rapporten Hälsa per krona.



Steinar Höeg, ordförande i LIF, den forskande läkemedelsindustrin och leder ett team i Bryssel som arbetar med government affairs på AstraZeneca. Han var tidigare chef över AstraZenecas svenska marknadsbolag.

Flera utmaningar för vården

Steinar Höeg var initiativtagare till Hälsa per krona.

"Det finns en risk att industrin hålls på för långt avstånd från hälso- och sjukvården. Då tappar vi i utvecklingskraft", menar Steinar Höeg.

Han ser den demografiska utvecklingen som en stor framtida utmaning för Sveriges tillväxt. När befolkningen åldras blir alla insatser för en frisk befolkning allt viktigare, inte minst för att vi ska vara produktiva. Det finns andra frågor, som har med ledning och styrning att göra, som är särskilt viktiga för sjukvården just nu, enligt Steinar Höeg:

"Landstingen måste klara av en gemensam utveckling trots att många beslut delegeras till ett 20-tal enheter (landsting och regioner). Åtgärder mot de ojämlikheter som finns i vården är en annan viktig fråga".

Olika synsätt

När fokusgruppen Hälsa per krona började arbeta blev det tydligt hur olika synsätt hamnade på kollisionskurs. Det hälsoekonomiska perspektivet ställdes mot landstingens strikta budgetstyrning.

"Olika principer i ledning och styrning gör också att det uppstår brister och oklarheter i beskederna ut till organisationerna. Det gäller att se komplexiteten", menar Steinar Höeg.

"Hur ska vi få detta att hänga ihop – det tyckte jag var en viktig fråga som rapporten Hälsa per krona lyckades beskriva och förklara."

Pay for performance i hel region

Han pekar på q-projekten, där primärvården i liten skala, och på försök, prövat, att arbeta med pay for performance.

"Det var intressant, men det skulle göras ett försök med en hel region tycker jag". Det behövs nog mer incitament – och pengar är ett bra incitament, menar Steinar Höeg. Kanske skulle det vara mer lönsamt för en klinik att genomföra en klinisk prövning, resonerar han.

Från början i LHC

Steinar Höeg var en av dem som var med från alla första början i Leading Health Care.

"LHC har skapat ett nätverk med tydliga kvaliteter. Diskussionerna kan äga rum utan prestige. Och det är en stor fördel att frågeställningarna och rapporterna är så konkreta och verkligen speglar reella utmaningar i sjukvården. Hälsa per krona är ett sådant exempel." Han betonar också LHC:s roll som samlingsplats för många olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

"Som arena är LHC betydelsefull – när större samhällsproblem ska diskuteras får vi inte låsa fast oss i olika partsintressen."





Partners till *Leading Health Care*

Partnergruppen spelar en avgörande roll för Leading Health Care. Från partners kommer många viktiga ideer. Det är partners som identifierar ämnen som är särskilt angelägna för de viktigaste aktörerna i svensk sjukvård. Öppenheten som råder gör att även svåra frågor kan ventileras på ett djupgående sätt.

Partners är med i diskussionen under projektens gång och deltar ofta i diskussionerna när rapporterna är klara. LHC:s partners vet vilka utmaningar sjuk-

vården står inför. Olika intressen men också gemensamma perspektiv – och alltid med djupa kunskaper – ger en bra grund för de samtal som äger rum i det öppna seminariets form.

Men LHC erbjuder även många kontaktmöjligheter personer emellan. Det kan ske vid de återkommande partnern mötena. Ofta är det där de första idéerna till nya projekt väcks – i ett samtal mellan engagerade vårdaktörer.

Sällsynta diagnoser utmanar världens struktur

De sällsynta sjukdomarna passar inte in i dagens sjukvårdsstruktur, som utgår från de stora sjukdomsgrupperna. Med Riksförbundet Sällsynta diagnoser fick Leading Health Care ytterligare en patientföreträdare bland sina partners.



"Vi har så mycket på gång för våra medlemmar att vi knappt vet var vi ska börja", förklarar Maria Gardsäter som är projektledare inom Riksförbundet Sällsynta diagnoser.

"Då tänkte vi att ett partnerskap i LHC skulle ge oss både välbehövliga kontakter och kunskaper om hur den svenska sjukvården är uppbyggd."

Litet patientunderlag

Sällsynta diagnoser har 11 000 patienter som medlemmar. De finns inom cirka 50 olika diagnosgrupper.

När man ser på behandlingen av våra sjukdomar förstår man ganska snabbt att det inte går att upprätthålla en god klinisk nivå på så särskilt många ställen. Patientunderlaget är för litet.

"En viktig fråga för oss är att vården måste organiseras så att våra medlemmar får kompetent vård. Och då måste det ske på nationell nivå."

Maria Gardsäter berättar om ett exempel. För personer med Retts syndrom finns ett kompetenscentrum i Östersund.

"Men alla våra medlemmar får inte komma dit. Deras hemmalandsting vill inte skriva remisser till Östersund."

Samlat grepp på sällsynta

Det är ingen tillfällighet att Sällsynta diagnoser blir partners till LHC just nu. Hela vården av patienter med sällsynta sjukdomar är under omprövning i Sverige. Socialstyrelsen fick i höstas i uppdrag att ta fram en nationell strategi för sällsynta sjukdomar. Sällsynta diagnoser har genomfört en seminarieturné till universitetsorterna. Där argumenterar organisationen för att det skapas högst sju nationella medicinska centra i landet, i anslutning till universitetssjukhusen.

"LHC och de kontakter vi får här kommer att vara viktiga när vi ska formulera våra synpunkter på vården", säger Maria Gardsäter.

HUNDRA PÅ EN MILJON

Definitionen av ovanliga diagnoser i Socialstyrelsens kunskapsdatabas är sjukdomar eller skador som finns hos högst 100 personer per miljon invånare och som leder till omfattande funktions-nedsättning.

SÄLLSYNTA DIAGNOSER

Antal medlemmar: 11 000 personer, fördelade på 50 olika diagnosgrupper. Ordförande: Elisabeth Wallenius. Projektledare: Maria Gardsäter.

Utveckling ska inte ligga vid sidan av

Akademien, industrin eller vården – ingen av dessa kan lösa hälso- och sjukvårdens stora utmaningar på egen hand. "Och detta har blivit allt tydligare under de senaste åren", säger Anna Lefevre Skjöldebrand, som är VD för branschföreningen Swedish Medtech.



"Genom att LHC är öppet för alla viktiga intressenter blir diskussionerna meningsfulla och konstruktiva. På det viset kan LHC göra skillnad i viktiga diskussioner om resurser, kvalitet och organisering av sjukvården", säger Anna Lefevre Skjöldebrand.

Nytt samtalsklimat

Under de år som hon kan överblicka säger hon att det har hänt mycket positivt med samtalsklimatet.

"För att också vara självkritisk skulle jag kunna säga att branschen numera har en större insikt om att vi inte kan arbeta bara med ambitionen att våra företag ska göra vinst. Vi måste vara beredda att diskutera mera på bredden." Etikavtalet i mitten av 00-talet var en sådan faktor som hjälpte till att förändra samtalet, enligt Anna Lefevre Skjöldebrand.

Föråldrade strukturer

Men det finns fortfarande många föråldrade strukturer kvar, som borde förändras.

"Sjukvården är ju en extrem kunskapsorganisation som vilar på en gammaldags hierarkisk organisation. Styrning av sådana kunskapsorganisationer kräver enormt motiverande ledningar för att verkligen mobilisera den inneboende kompetensen."

Utveckling på undantag

"Utveckling läggs idag ofta i projekt vid sidan av – istället för att vara en naturlig del av ordinarie verksamhet. Att enbart fokusera på vårdproduktion blir för kortsiktigt. Vården måste vilja utvecklas."

Ansvaret för att det har blivit så här lägger hon hos vårdens högsta ledning. Hon nämner systemen i Nederländerna och Kanada som mera utvecklingsbefrämjande.

Samtidigt säger hon att Swedish Medtech träffat ledningar från flera sjukhus och landsting som är utvecklingsinriktade – det gäller samtliga de stora, SLL, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Uppsala läns landsting.

"Men det finns generellt för litet teknisk-strategisk kompetens. För att se teknikens roll i vården krävs det att man prioriterar denna typ av kompetens inom området ute på landstingen", menar Anna Lefevre Skjöldebrand. "Det är en fråga som LHC skulle kunna hjälpa oss att lyfta."

SWEDISH MEDTECH

Antal medlemsföretag: 160 (90% av marknaden)
VD: Anna Lefevre Skjöldebrand
Ordförande: Joacim Lindoff, Vice President Sales and Services, Getinge Europe

Landets främsta patientföreträdare ger beröm åt debatten

"Diskussionerna i Leading Health Care behövs verkligen", säger Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet och i den rollen förmodligen landets mest inflytelserika patientföreträdare.



Anne Carlsson har själv sett hur svårt det är att ändra på inarbetade rutiner i hälso- och sjukvården. Därför tycker hon att det behövs någon part som plockar fram ny kunskap kring arbetssätt, organisering och ledning.

Nya fakta kring ledning

"LHC-forskarna kan ta fram nya fakta kring styrning och ledning av sjukvården och vi kan utgå från att det är relevant information", säger Anne Carlsson.

Reumatikerförbundet har gått före de allra flesta patientföreningarna. Reumatikerna har, tillsammans med framsynta kliniker och forskare, visat hur en utökad patientmakt skulle kunna se ut.

"Det politiska styrsystemet är problemet för oss. Beslutsfattarna är för långt ifrån verksamheten."

Alldeles för många beslutsfattare har för dåliga kunskaper om sjukvårdens innehåll och struktur, menar Anne Carlsson.

Patientmakt ändrar styrningen

Hon är övertygad om att de förändringar som pågår i svensk sjukvård kommer att resultera i att patienterna får mer att säga till om.

Utvecklingen mot en mer patientstyrd sjukvård har enbart positiva förtecken och kommer att leda till stora förändringar:

"Patienternas inflytande kommer att ändra hela vårdens styrsystem", tror Anne Carlsson.

Bättre kvalitet överlag och bättre kvalitetsmätningar, är andra förändringar som växer fram.

REUMATIKERFÖRBUNDET

Antal medlemmar: knappt 50 000 personer.

Ordförande: Anne Carlsson

Sjukgymnaster vill ha organisation & ledning på schemat

Organisation och styrning borde läras ut i hälso- och sjukvårdens grundutbildningar och fortbildningar, gärna i kurser som ges samtidigt till flera professioner, säger Anna Hertting, ordförande i Sjukgymnastförbundet.



Anna Hertting menar att organisation och styrning är bortglömda i utbildningarna:

"Det räcker inte att kunna sin hälso- och sjukdomslära och bli duktig på patientmöten. Organisation och styrning är grundbultar."

Öppna för innovationer

Hon tycker att hälso- och sjukvården måste öppna sig bättre för nya innovationer och arbetssätt.

"Det finns modeller för sjukgymnastmottagningar med bedömning, screening och åtgärder inom rörelseorganens ohälsa. De har visat sig vara ytterst kostnadseffektiva och skulle kunna råda bot på dyra hyrläkarkostnader i primärvården."

"Modellerna har på vissa ställen lyckats slå rot medan de på andra varit av mer tillfällig projektkaraktär", säger Anna Hertting.

Förstår mer

2011 hade LHC både innovation och styrsystem som tema. Båda har varit angelägna för Sjukgymnastförbundet.

"Det gäller framförallt innovation i betydelsen orga-

nisationsförändringar. De kan öppna för nya smarta, kostnadseffektiva, vårdflöden där den samlade vårdprofessionen används optimalt."

Trots förhoppningar om att patient- och medborgarfokus ska skapa en mer allsidig och behovsstyrd hälso- och sjukvård blir det lätt "more of the same" i utbudet, menar Anna Hertting.

"Efter diskussionerna hos LHC förstår jag mer av komplexiteten i kunskapsstyrning och att vi verkar i en snabbt föränderlig värld full av mål-konflikter och svårförenliga värden. Trots mångfald i styrning krävs än mer självständiga och professionellt grundade bedömningar."

Professor Claes-Fredrik Helgessons skrift om detta borde skrivas om i en kondenserad mer lättillgänglig form, tycker Anna Hertting: "Det gäller även övriga skrifter."

Högt i tak på LHC

Finns det något som LHC kan erbjuda som du inte får på annat håll?

"En mötesplats – med både formella seminarier och informell dialog. Genom att det är högt i tak välkomnas allas synpunkter."

Partners

LHC PARTNERS

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
LIF - de forskande läkemedelsföretagen
AstraZeneca
Stockholms läns landsting
Socialstyrelsen
Johnson&Johnson
Swedish Medtech
Läkemedelsverket
Novartis
MERCK SHARP & DOHME
Siemens
Vårdförbundet
Bactiguard
SANOFI
Pfizer
Swecare
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
Reumatikerförbundet
Janssen
Svenska Läkaresällskapet
Capio
Landstinget Sörmland
GE Healthcare
Sällsynta Diagnoser
Diabetesorganisationen i Sverige

KONTAKTPERSON

Gunilla Hulth-Backlund
Anders Blanck
Suzanne Håkansson
Toivo Heinsoo
Lars-Erik Holm
Patrik Toivonen
Anna Lefèvre Skjöldebrand
Christina Åkerman
Niklas Karlberg
Ulf Janzon
Ulf Troedsson
Martin Östberg
Ewa Stålldal
Annika Orrsveden
Kerstin Falck
Maria Helling
Anna Hertting
Anne Carlsson
Anna Käll
Mats Bauer
Thomas Berglund
Jörgen Striem
Thomas Andezon
Elisabeth Wallenius
Anders Lönnberg

TITEL

Generaldirektör
VD
Director Government Affairs
Landstingsdirektör
Generaldirektör
General Manager Market Access Nordics
VD
Generaldirektör
VD
External Affairs Director
VD
Samordnare
Vice VD
Busienss Unit Director
Chef Samhällskontakter
VD
Ordförande
Ordförande
External Affairs Director
VD
Styrelseordförande
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Country Sales Manager
Ordförande
Ordförande

NYA PARTNERS I LEADING HEALTH CARE:

- Capio
- Diabetesorganisationen i Sverige
- GE Healthcare
- Landstinget Sörmland
- Sällsynta diagnoser

Sex frågor till Toivo Heinsoo



Toivo Heinsoo arbetar som landstingsdirektör i Stockholms läns landsting sedan januari 2011. Dessförinnan har han på flera olika poster arbetat med utveckling och styrning av svensk sjukvård, bland annat som chef för funktionsområdet Utveckling och styrning i SLL och som regeringens utredare om patientens stärkta rätt. Tidigare har Toivo Heinsoo varit landstingsdirektör i Dalarna och direktör vid dåvarande Landstingsförbundet.

Varför är Stockholms läns landsting med i LHC?

Stockholms läns landsting är en av de största arbetsgivarna i Sverige och de välfärdstjänster som vi tillhandahåller riktar sig till 2,1 miljoner invånare. I en sådan situation är det viktigt att landstinget kontinuerligt kan utveckla ledarskap och organisation för att öka kvalitet och effektivitet.

Finns det något som LHC kan erbjuda som du inte får på annat håll?

Nätverkets omfattning, som spänner från offentlig förvaltning och myndigheter till företrädare för näringslivet, omfattar många olika perspektiv och vidgar kunskapsbasen. LHC erbjuder en intressant yta för praktiken att möta forskning i frontlinjen.

Vad tycker du att de möten givit där du deltagit?

De reflektioner som kan göras och det samtal som kan föras i anslutning till aktuella frågeställningar vidgar förutsättningarna för utvecklingsarbete.

Viktigast att LHC uppmärksammar framåt?

De närmaste åren kommer landstinget att vidga sin samverkan med universiteten ytterligare. Det medicinska universitetets roll behöver kompletteras med kunskapsområden som styrning, organisering, teknik, planering, beteendevetenskaper, humaniora och många fler områden.

Är organisation och styrning generellt för dåligt uppmärksammat i svensk hälso- och sjukvård?

Frågor kring styrning och organisering behöver uppmärksammas mer. De utmaningar landstinget ska ta sig an inom ramen för det stora projektet Framtidens hälso- och sjukvård och i samband med projektet kring ett nytt universitetssjukhus innehåller många komplicerade styrfrågor. Inte minst ur det perspektivet är det viktigt för oss att ta del av andras kunskap och erfarenhet.

Lägg gärna till någon synpunkt om LHC – positiv eller kritisk!

Allt kan inte rymmas inom LHC, men det sammanhanget kan säkert vara en bas för många andra förflyttningar mot nya insikter och ny kunskap.



En tankesmedja för *ledning & styrning* i hälso- och sjukvården – så började det!

Leading Health Care uppstod som en idé ur mötet mellan akademi och praktik. Många gånger sneglar föreläsarna på varandra och lyssnar kanske en stund. Men alltför sällan möts de för att utbyta erfarenheter. När mötet sker och när det leder till dialog - då händer det saker.

Sommaren 2007 samlades ett antal forskare på Handelshögskolan i Stockholm för att jämföra sina olika perspektiv. De samtalade om den forskning som bedrivs och har bedrivits. Initiativet kom från IFL, institutet för vidareutbildning 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 organisation i vården och organisationsteorins gedigna kunskap om just dessa. Uppgiften som vi gav oss själva i början av höstterminen 2007 var: skriv en bok om just

detta. Det skulle inte bli en forskningsrapport utan en rapport om forskning.

Vad kan vi bidra med? Hur? Var? För vem?

Samtidigt fanns en insikt om att kunskaper endast ger värde om de finner sitt sammanhang. Det hade vi lärt oss efter nästan två decennier av vidareutbildning i hälsosektorn, med Chefsutvecklingsprogrammet för sjukvården, CUPS, som ett av exemplen.

Därför påbörjade vi arbetet med att skapa en akademisk tankesmedja som samlade alla relevanta aktörer som finns med i arbetet runt en patient. När tankesmedjan startade sin verksamhet våren 2008 var vi drygt tio medlemmar från akademi, näringsliv och vårdens

olika aktörer, såväl producenter som beställare, leverantörer av läkemedel och medicinsk teknik. Sedan 2009 är Leading Health Care en fristående stiftelse.

Under 2010 och 2011 har verksamheten utökats kraftigt, i både Sverige och utlandet. Idag är vi 24 partners från hela hälso- och sjukvården. Det akademiska nätverket inkluderar forskare från fyra universitet.

Tankesmedjan Leading Health Care har blivit en mötesplats för diskussioner och nya ideer kring ledning, styrning och organisering av svensk hälso- och sjukvård.

Leading Health Cares uppgift

Leading Health Cares uppgift är att undersöka hälso- och sjukvården och ta fram nya kunskaper. Med dessa kunskaper ska vi bättre kunna förstå organisering, styrning och ledning av hälso- och sjukvård.

I sjukvården råder ingen brist på styrning. Den mångfaldiga styrningen kan tvärtom ge upphov till ett överskott på styrimpulser och kanske till ett underskott på efterlevnad. Därför är behovet av en klinisk organisationsforskning, eller om man så vill praxisorienterad forskning, stort. Vilka effekter – önskade såväl som oönskade – ger styrningen upphov till?

Flera av våra rapporter är ett uttryck för

en praxisorienterad forskning – för att fler ska förstå samverkan i en organisation. Och genom denna kunskap kan vi upptäcka och förstå varför styrning och olika principer ibland krockar och därmed konkret påverkar sjukvårdens operativa verksamhet.

När vi arbetar med spridning av forskningskunskap kan själva frågan ofta ge upphov till misstro. Istället för att ställa en konturlös akademi mot en knivskarp praktik är det fruktbart att undersöka vilken sorts akademi och praktik det gäller. Rädslan för att något inte ska vara konkret tar sig ofta, så att säga, ganska abstrakta uttryck.

I forskningen om organisationsför-

ändringar möter vi ofta mer eller mindre komplexa styrmodeller, vilka alla borde lösa styrningens problem. Men i praktiken visar det sig att de kringgås – utan att någon aktör egentligen ändrat sitt beteende. Ofta förväxlar vi den praxisorienterade forskningen med försök att – i praktiken – bygga abstrakta modeller, för exempelvis ersättning eller utvärdering.

I alla dessa situationer kan vår forskning bidra till större klarhet.

Vi får fler kunskaper – och vi kan ta klokare beslut – genom att granska och undersöka hälso- och sjukvårdens hela verklighet.

Det här *fokuserar* LHC på...

I fokusgrupperna tar LHC:s partners fram nya idéer. LHC har tre fokusgrupper. Den ena koncentrerar sig på vårdens styrsystem. Den andra ser på frågor som rör organisering av sjukvård. En tredje diskuterar innovation.

Innovation

Den här gruppen har bland annat gjort inspel till den forskningspolitiska propositionen. Fokus ligger på den bristande mottagligheten för nya innovationer – och på själva innovationsprocessen.

Det gäller att skapa förutsättningar för innovation. Här kan LHC och LHC:s partners bidra med nya perspektiv.

Det finns de som går så långt att de säger att det idag finns en aversion mot nya produkter i svensk sjukvård. Sant eller inte? LHC:s general-

sekreterare, Hans Winberg tycker att åtminstone 1 procent av de pengar man satsar borde gå till att studera hur innovationer uppstår och tas emot i vården.

Styrsystem

Liksom de andra fokusgrupperna ska den här gruppen föda fram nya idéer för vilka projekt forskare i nätverket borde se närmare på. Och det har man verkligen lyckats med! Fokusgruppen för styrsystem har initierat flera av de mest uppmärksammade rapporterna från LHC,

bland andra granskningen av bröstcancerprocessen och TioHundra-utvärderingen.

Organisation

Har svensk sjukvård optimal organisation? Nej, naturligtvis inte. Vad kan LHC då bidra med? Forskare och partners inom LHC kan ge andra perspektiv. Forskarna vet, efter många års studier, hur organisering och styrning påverkar svensk sjukvård. Äldrevården och cancervården är två områden där LHC:s forskare har bidragit med nya perspektiv under året.

...och så här arbetar vi

- Partnermöten
- Debattartiklar
- Blogg
- Fokusgrupper
- Hemsida
- Nyhetsbrev
- Seminarier
- Rapporter
- Årsskrift

Hur sprids kloka idéer och kunskaper?

LHC uppmuntrar till diskussion. Genom att sprida tryckta rapporter och elektroniska upplagor via nätet 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 ett forum 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.

Nya idéer på väg i LHC

Välfärdsfrågorna står i fokus för den politiska diskussionen. Ledning och styrning av välfärden kan vara ett ämne för en fördjupad diskussion. Hans Winberg funderar på att dra ihop en forskargrupp om välfärdsfrågorna, gärna med internationell prägel. För att

bredda diskussionen har också kontakt tagits med tankesmedjan Fores som aktiverat sig inom andra välfärdssektorer, främst skolan. Under de senaste decennierna har många av välfärdens kärnområden – vård, skola och omsorg – reformerats på ett liknande sätt. Konkurrensutsättning och ökade inslag av kundval är några vanliga inslag.

Fler typer av utförare och högre krav på brukarinflytande har lett till en mer komplex styrsituation. Hur central och lokal styrning ska balanseras, och hur avvägningen ska ske mellan standardisering och utrymme för innovation och mångfald är exempel på generiska dilemman. Dessa är i högsta grad relevanta även i andra sektorer än vården. Jämförelser med andra verksamhetsområden kan därför ge värdefulla insikter och uppslag till nya studier.

Vad menas med &-tecknet?

LHC presenterar ofta sitt namn tillsammans med ett &-tecken. Vad betyder det i LHC-sammanhanget?

Jo, vi ville betona att i sjukvården är det sällan en aktör agerar solist, säger Hans Winberg. Det är betydligt vanligare att en kompetens eller kapacitet samverkar med en annan för att lösa komplicerade behov!

Medicin och organisering, läkare och sjuksköterskor, klinik och forskning, administratörer och patienter, vårdande professioner och ekonomer, styrning och kirurgi, primärvård och sjukhus, kirurger och medicinare och . . .

Det är denna komplexitet som sjukvården ständigt kämpar med. Och som orsakar problem när motstridiga intressen och värden ska hanteras. Här vill LHC och våra partners bidra med kunskaper och erfarenheter.

Tänk vad ett litet &-tecken kan betyda – Leading Health Care & ...!

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC rapport ska uppfylla följande krav:

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

LHC publicerar rapporter, skrifter och böcker inom sina definierade ämnesområden. Vårt mål är att göra publikationerna tillgängliga gratis på nätet. En del rapporter finns även att köpa i tryckt form. Se www.leadinghealthcare.se för en förteckning över LHC-publikationer.



Kanada

kan få sitt eget *Leading Health Care*

Leading Health Care väcker uppmärksamhet också i utlandet. När den namnkunniga kanadensiska forskaren Douglas Angus besökte Leading Health Care i Stockholm blev han eld och lågor.



Douglas Angus kom, tillsammans med en grupp studenter, till LHC i maj 2011 för att göra ett studiebesök. Han blev tydligt imponerad av ambitionsnivån och det arbete LHC gjort tillsammans med vårdens aktörer i Sverige.

Nu vill Douglas Angus starta en kanadensisk motsvarighet. Douglas Angus är professor på St Patricks College vid Telfer School of Management i kanadensiska Ottawa. Hans ämnen är health economics och health policy.

Vi ställde några frågor till professor Douglas Angus om hans planer.

Finns det någon liknande mötesplats, som LHC i Kanada, där man kan diskutera organisation och ledning i hälso- och sjukvården?

Nej, inte någon liknande. Hälso- och sjukvården är i första hand ett regionalt ansvar. Därför är vi ganska splittrade på regional nivå. Men det finns en potential för att samla oss kring gemensamma frågeställningar.

Finns det ett sådant behov?

Absolut. Förr har vi haft en form av nationellt ledarskap kring Health Canada, som är regeringens samlade resurser för hälso- och sjukvård. Men vår nya premiärminister, Stephen Harper, tycks inte vilja att regeringen tar en sådan ledande roll.

Var diskuteras ledning, organisering och styrning av hälso- och sjukvården idag i Kanada?

I en mängd olika fora, men inte med det fokus som LHC har i Sverige.

Vilka är de aktuella frågorna för kanadensisk hälso- och sjukvård just nu?

Vi försöker bygga upp en god primärvård. Fokus är också på att klara av de växande behoven kring kroniska sjukdomar, särskilt som befolkningen åldras. Idag använder vi för mycket resurser för den akuta vården, som inte är lämpad att ta hand om de problem jag nämnt.

Vilka intryck fick du när du besökte LHC i Stockholm?

När jag satt och lyssnade på Hans (Winberg; LHC:s generalsekreterare) beskrivning slog det mig att vi skulle behöva en liknande mötesplats i Kanada. Mina studenter, de som var med i Stockholm, kom med samma idé. Om jag klarar av att etablera ett LHC i Kanada, skulle jag bli mycket nöjd. Den kunde samla idéer och resurser för hur hälsovårdssektorn skulle reformeras.

Vilka likheter kan du se när man jämför hälso- och sjukvården i Sverige och Kanada – och vilka olikheter?

Båda våra länder står inför samma utmaningar. Den stora skillnaden, som jag ser det, är att vi "studerar" och "utreder" svårigheterna om och om igen. Ni utreder också förhållandena men ni reagerar också och beslutar om handfasta förändringar.

Tack för dina synpunkter, Douglas!

Tack – nu hoppas jag möta förståelse för att grunda ett LHC här hos oss!

En och samma kunskap kan inte styra *alla delar i sjukvården*

Kunskap tas fram vid ett visst tillfälle och för vissa syften. Den kan tjäna utmärkt för att styra medicinsk verksamhet men samtidigt vara olämplig för att styra administrativt och ekonomiskt, menar forskaren Karin Fernler.

Karin Fernler forskar om verksamheter i offentlig sektor på Handelshögskolan i Stockholm och ingår i Leading Health Cares forskarnätverk.

Kunskapsstyrning i fokus

Ett stort intresse är kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården och hur vården hanterar riktlinjer och föreskrifter. Hon har bland annat studerat organisering av ätstörningsvård och arbetat med att ta fram vårdprogram för övervikt och fetma.

Karin Fernler har gjort etnografiska studier på geriatriska avdelningar. Hon har följt olika yrkesgrupper under deras arbetsdag och studerat hur och när olika riktlinjer påverkar dem som arbetar i vården.

Kunskap är begränsad

Ofta gäller problematiken i hälso- och sjukvår-

den hur man förhåller sig till kunskapen.

"Mycket evidensbaserad kunskap har tagits fram för att vi ska få bättre medicinska beslut. Men den kunskapen är inte utvald och utvecklad för att bäst styra administrativt eller ekonomiskt", förklarar Karin Fernler. Kunskap har, som Karin Fernler uttrycker det, en begränsad räckvidd. Man måste veta vad man ska ha en viss kunskap till. "Kunskap är inte entydig och stabil. Den byggs ofta upp vid ett tillfälle för viss användning."

Fri diskussion med många

Inom geriatrisk vård har Karin Fernler särskilt studerat nutritionsområdet. Vad är det som styr besluten? Vad händer vid upphandlingar? Och vad sker vid olika övergångar, när patienten flyttas från sjukvården till det egna hemmet eller till korttidsboende?

Hon uppskattar LHC:s möten av flera skäl:

"LHC:s möten har varit fantastiska de gånger jag haft tillfälle att vara med. Att det är möjligt att ha möten där så många olika aktörer kan diskutera fritt med varandra är mycket positivt."

LHC inte instängd

"Kanske är det en påverkan från den akademiska miljön – vi diskuterar nog mer öppet i akademien än på andra håll i samhället."

Karin Fernler tycker att i början av 1990-talet var kollegorna mer aktiva ute i samhällsdebatten. Idag är samhällsvetenskapen mera instängd – forskarna är inte med i debatten lika ofta.

"Men LHC finns med i debatten, de rapporter som LHC tar fram kommer ut i en öppnare diskussion – det har ett stort värde för mig!".



Hans Kjellberg



Hans Winberg



Anna Krohwinkel Karlsson



Billie Pettersson



Claes Fredrik Helgesson



Ebba Sjögren



Niklas Källberg



Ida Larsson

Forskare med anknytning till LHC.

Leading Health Care arbetar med ett nätverk av forskare både inom och utanför Sverige. Forskarna i Leading Health Cares nätverk representerar en stor bredd i infallsvinklar på hälso- och sjukvården – från makro till mikro, från organisering av produktion till styrning med kunskap, från ledning i grupp till inter-organisatorisk styrning och ledning. Forskaren har alltid en akademisk hemvist utanför LHC, men är anknuten till LHC genom delta-

gande i seminarier, bidrag till skrifter, deltagande i projekt och genom att medverka i den ständigt pågående diskussionen som bedrivs på området. Presumptiva LHC-forskare föreslås av LHCs ledning och kan på så vis bli delaktiga i nätverket och delta i alla aktiviteter. Vi har kontinuerliga diskussioner med ledande forskningsinstitutioner och knyter fortlöpande personer från akademiska institutioner till oss genom projekt och fokusgrupper.



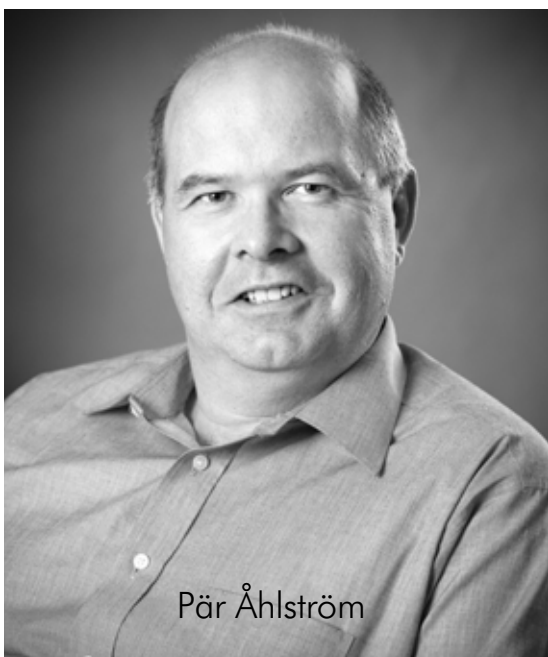
Jon Rognes



Linus Johansson Krafve



Karin Fernler



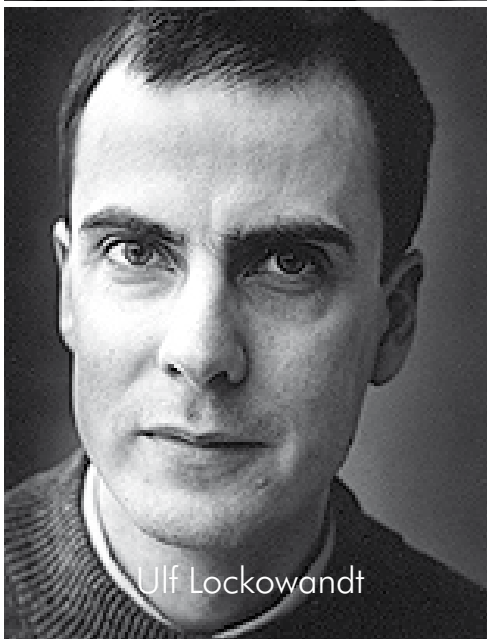
Pär Åhlström



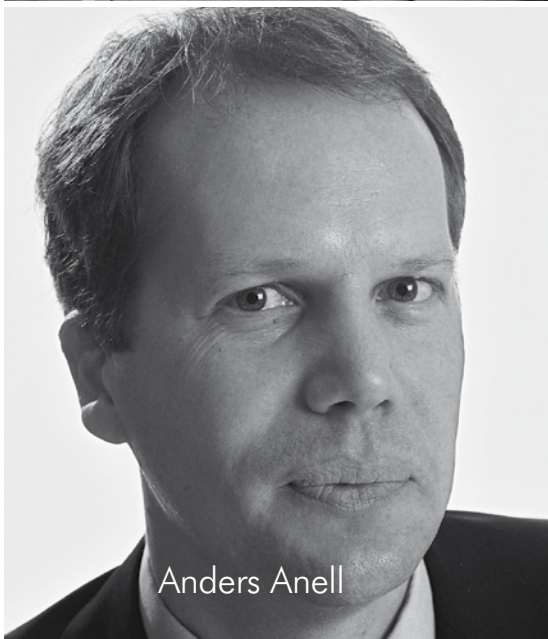
Ulf Essler



Mats Tyrstrup



Ulf Lockowandt



Anders Anell

Mål & resultat blir del av styrningen

Vårdresultat, mål och uppgifter ur kvalitetsregistren kommer att bli vanligare i styrningen av sjukvården, enligt professor Anders Anell som ingår i Leading Health Cares forskarnätverk.

Anders Anell, professor på Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet, menar att det finns en tendens till att diskussionen om sjukvårdens ledning och organisering rör sig i samma cirklar. Här finns det en uppgift för LHC.

”Vi måste få in nytt underlag i diskussionen, för att inte upprepa oss. Här har LHC en viktig funktion att fylla.”

Som exempel nämner Anders Anell det uppdrag som LHC har fått från samordnaren av äldrefrågan. Till detta projekt lämnar han i januari sin första delrapport.

LHC som brobyggare

En annan uppgift för LHC, som han vill betona, är rollen som brobyggare mellan akademi och sjukvård. Om ett konstruktivt samtal ska uppstå krävs det att någon gör kunskap och

argument tillgängliga.

Anders Anell har studerat det mesta på området. När han ombeds peka ut en diskussion som blivit mer aktuell på sista tiden blir det den som handlar om styrning efter mål och resultat.

”Informationen om vårdens resultat har funnits i sinnevärlden tidigare. Men den har inte alltid varit tillgänglig och inte accepterats som grund för styrning av vården.”

Detta är styrinstrument som vi kommer att få vänja oss vid, menar Anders Anell. Vid sidan av vårdens resultat kommer även uppsatta mål och kvalitetsregistrens data att kunna användas. Han nämner de så kallade q-projekten som ett av få projekt med målbaserad ersättning där resultatet har utvärderats. För när-

varande arbetar Anders Anell med ett projekt där han utvärderar uppbyggnad och verksamhet vid det Regionala cancercentret Syd.

Vill veta mer

”Det är litet synd att q-projekten inte integreras mer i verksamheten. Man skulle kunna göra mycket mer med resultaten”, säger han. ”När man mäter och märker skillnaderna i vården vill man veta mer – så är det för patienter men också för verksamhetens professioner och för huvudmännen.”

Inom LHC skulle Anders Anell vilja diskutera mer omkring samverkan på alla olika nivåer. Det gäller samverkan mellan kommuner och landsting, primärvården och sjukhusen men också många av processerna kring cancersjukdomarna.

Akademiska nätverket

EFTERNAMN	FÖRNAMN	NAMN	E-POST
Anell	Anders	Lunds Universitet	anders.anell@fek.lu.se
Axelsson	Mattias	Handelshögskolan i Stockholm	mattias.axelson@hhs.se
Berner	Boel	Linköpings universitet	boel.berner@liu.se
Blomgren	Maria	Uppsala Universitet	maria.blomgren@fek.uu.se
Calltorp	Johan	Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap	johan.calltorp@comhem.se
Engwall	Mats	KTH	mats.engwall@indek.kth.se
Essler	Ulf	Handelshögskolan i Stockholm	ulfess58@gmail.com
Fernler	Karin	Handelshögskolan i Stockholm	karin.fernler@hhs.se
Fries	Liv	Handelshögskolan i Stockholm	liv.fries@hhs.se
Gerdtham	Ulf	Lunds Universitet	ulf.gerdtham@nek.lu.se
Helgesson	Claes-Fredrik	Linköpings universitet	claes-fredrik.helgesson@liu.se
Johannesson	Magnus	Handelshögskolan i Stockholm	magnus.johannesson@hhs.se
Johansson Krafve	Linus	Linköpings universitet	linus.johansson.krafve@liu.se
Kjellberg	Hans	Handelshögskolan i Stockholm	hans.kjellberg@hhs.se
Kraus	Kalle	Handelshögskolan i Stockholm	kalle.kraus@hhs.se
Krohwinkel Karlsson	Anna	Leading Health Care	anna.k.karlsson@leadinghealthcare.se
Källberg	Niklas	Handelshögskolan i Stockholm	niklas.kallberg@hhs.se
Larsson	Ida	Uppsala Universitet	ida.larsson@fek.uu.se
Lee	Francis	Linköpings universitet	francis.lee@liu.se
Levay	Charlotta	Lunds Universitet	charlotta.levay@fek.lu.se
Levin	Lars-Åke	Linköpings universitet	lars-ake.levin@liu.se
Lind	Johnny	Handelshögskolan i Stockholm	johnny.lind@hhs.se
Modig	Niklas	Handelshögskolan i Stockholm	niklas.modig@hhs.se
Mähring	Magnus	Handelshögskolan i Stockholm	magnus.mahring@hhs.se
Persson	Anders	Linköpings universitet	andpe75@gmail.com
Pettersson	Billie	Linköpings universitet	billie_pettersson@merck.com
Richtnér	Anders	Handelshögskolan i Stockholm	anders.richtner@hhs.se
Rognes	Jon	Leading Health Care	jon.rognes@leadinghealthcare.se
Sjögren	Ebba	Handelshögskolan i Stockholm	ebba.sjogren@hhs.se
Sobis	Iwona	Göteborgs Universitet	iwona.sobis@spa.gu.se
Svarts	Anna	KTH	anna.svarts@indek.kth.se
Thoresson	Karin	Linköpings universitet	karth@tema.liu.se
Tyrstrup	Mats	Leading Health Care	mats.tyrstrup@hhs.se
Winberg	Hans	Leading Health Care	hans.winberg@leadinghealthcare.se
Zethraeus	Niklas	Handelshögskolan i Stockholm	niklas.zethraeus@hhs.se
Åhblom	Per	Handelshögskolan i Stockholm	per.ahblom@hhs.se
Åhlström	Pär	Handelshögskolan i Stockholm	par.ahlstrom@hhs.se

Vad händer under 2012?

Vården kommer att få en ledarskapsbok. Vi kommer att ta ett kliv framåt när det gäller ersättningsmodeller. Förutsättningarna för att arbeta med och kunna ta till sig innovationer – nya produkter, tjänster och arbetssätt – får större utrymme. Leading Health Care spänner bågen.

Socialstyrelsens nya föreskrifter för ledningssystem för kvalitet har börjat gälla.

Vad kan riktlinjer åstadkomma?

Leading Health Care har kommit med sin första rapport till Socialstyrelsen. Den har rubriken Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. Forskare i LHC:s nätverk belyser vilka förutsättningar som finns för nationellt utformade riktlinjer att åstadkomma önskade beteendeförändringar i vården.

2012 kommer vi att fortsätta med studier av styrning på central respektive lokal nivå och hur dessa kan avvägas mot varandra. Vi ska studera specificitet och flexibilitet i styrningen för att kunna dra slutsatser av olikheterna. Hur standardisering versus innovation fungerar är ett annat ämne. Iakttagelserna och tankarna kring ledarskap i vården kommer att samlas i en ny bok.

Bättre för patienten

Regeringens Äldresamordnare Eva Nilsson-Bågenholm har gett LHC förtroendet att fortsätta arbeta med ersättningsmodeller för de mest sjuka äldre.

Under 2012 kommer vi att sprida den första rapporten På väg mot en värdefull styrning – ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre.

Rapporten belyser, utifrån sju delstudier, hur den ekonomiska styrningen kan förändras för att vården och omsorgen ska fungera bättre kring patienten, brukaren. Projektet fortsätter också med utvidgade

studier kring samordning mellan olika aktörer. Syftet är att praktiskt bidra till utvecklingen av ekonomiska verktyg som främjar värdefull samordning.

Innovationer i vården.

Vi bygger vidare på diskussionerna från LHC:s fokusgrupp för innovation. Den främsta utmaningen vi sett hittills är sjukvårdssystemets svårighet att ta till sig innovationer. Det gäller såväl tekniska och medicinska innovationer som nytänkande kring organisation och samarbetsformer.

Internationell spaning

Det är självklart för oss att svensk sjukvård kan ha mycket att lära av utlandet:

- Här har vi sedan tidigare fått inspiration från våra kontakter i Indien.
- Vi fortsätter ett internationellt samarbete i Oslo med motsvarigheten till Handelshögskolan i Stockholm.
- Dessutom kommer vi att sända ut en spanare till Holland för att studera hur innovationer kan tas emot på ett bättre sätt.
- Fortsatt arbete kring processen och mottagligheten i systemet – första innovationsprojektet?

Patienternas vägar i vården

Organisering av behandlingsprocesser vid cancersjukdomar är fortsatt intressanta. Hur skall de regionala cancercenter (RCC) som nu byggs upp finna sin plats i systemet? Organisering och ledning samt länkning

mellan olika kliniker och huvudmän är en grundläggande utmaning. Det är ingen överdrift att påstå att de nya formerna för organisering, ledning och styrning inom onkologin är ett av de mest intressanta projekten i svensk sjukvård. Därför kommer LHC att fortsätta vara mycket aktivt inom cancerområdet.

Mångfaldig styrning och olika värden

För en systemförändring krävs att man förstår alla viktiga aspekter av det man vill förändra. Då krävs en blandning av olika kunskapsområden. Det gäller även ett till synes enhetligt område som ekonomi, organisering, ledning och styrning. En hälsoekonom har helt andra ögon än en redovisningsekonom, båda behövs men de är inte utbytbara.

Jämför med vårdverksamheten. Vid mer komplicerade sjukdomstillstånd räcker det sällan med "en läkare", i generisk betydelse. En kardiolog är inte utbytbar mot en specialist i neurokirurgi när en allvarlig hjärtsjukdom ska behandlas.

Lika lite räcker det med "en ekonom" för att klara av vårdens utmaningar vad gäller organisering, ekonomisk styrning och ledning.

LHC vill få vården att bättre förstå – och använda – organisering, ledning och ekonomisk styrning. Därför ställer vi vetenskapligt välmeriterade forskare till vårdens förfogande genom vårt forskarnätverk.

För varje år som gått under vår korta historia har efterfrågan på vår kompetens blivit allt större – och vi lovar att låta höra talas om oss även under 2012!

Leading Health Care – Mission

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care bidrar till förändringen av globala och nationella hälso- och sjukvårdssystem. Det gör vi genom att samla de viktigaste aktörerna inom kunskapsområdet - oavsett land och region.

Leading Health Care ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra samarbetspartners genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården.

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

Leading Health Care *Organisation*



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



Jon Rognes
Biträdande Generalsekreterare
jon.rogn@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

Aktiviteter under 2011

Torsdag 10/2 Seminarium kring vårdpolitiken i mandatperioden. Gäster: Ulrica Schenström och Sven-Eric Söder, båda fd statssekreterare från Moderaterna respektive Socialdemokraterna.

Torsdag 24/2 Partnermöte Tema: Ledarskap i vården. Gäster: Mats Tyrstrup, Ek Dr. HHS och Lars-Erik Holm, GD Socialstyrelsen.

Fredag 1/4 13-16 Fokusgrupp innovation, workshop.

Torsdag 28/4 Partnermöte, tema innovation. Sverige är i topp som innovationsland, men...! Presentation av fokusgruppens val av inriktning – den dåliga mottagligheten för innovation i svenska sjukvårdssystemet.

Torsdag 31/5 Fokusgrupp innovation, workshop 2.

Torsdag 16/6 Seminarium kring styrning av vård – tema worst practice: presentation av rapporter inom programområde styrning. Tid eller pengar – ett exempel kring bröstcancer och one-stop clinic.

5-6 / 6 LHC i Almedalen: Seminarium kring prostata-cancervården med Jon Rognes, debatt kring e-hälsa med Hans Winberg samt seminarium om den åldrande befolkningen där Hans Winberg medverkade.

Tisdag 16/8 Workshop kring innovation med LHC, Vinnova och mtc.

Torsdag 1/9 LHC-dagen om de mest sjuka äldre, LHC presenterade regeringsuppdraget från Äldresamordnaren kring underlag för ett nytt ersättnings-system för de mest sjuka äldre. Ek Dr Ebba Sjögren presenterade arbetet med en utvärdering av Tiohundraprojektet i Norrtälje.

17-22/10 LHC medverkade i New Delhi, Indien under Nobel Memorial Week, 17-21 oktober. Fredagen den 21 oktober anordnades Health Innovation Day med bland andra statssekreterare Karin Johansson.

Onsdag 26/10 Seminarium: Lean och flödesorientering i vården. Professor Pär Åhlström och Niklas Modig vid Handelshögskolan i Stockholm presenterar sin nya bok Vad är lean? Kommentar av Tomas Movin, chef för Akutdivisionen på Karolinska universitetssjukhuset.

Tisdag 15/11 Fokusgrupp Innovation, möte

Torsdag 1/12 Riksstämman, Svenska Läkaresällskapet.

Fredag 2/12 Riksstämman, Seminarium Sällsynta Diagnoser Riksstämman, Svenska Läkaresällskapet

Onsdag 7/12 Diskussion kring de mest sjuka äldre med Eva Nilsson Bågenholm, Anders Ekholm och Henrik Kjellberg. Hans Winberg presenterar LHC:s uppdrag och modererar diskussionen som arrangerades av Swecare.

Torsdag 8/12 Partnermöte och 2-årskalas. Tema ledarskap och riktlinjer i vården. Styrning i vården på nationell, regional och lokal nivå. Medverkar gör bl.a. Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen och Mats Tyrstrup, Handelshögskolan.

Styrelse



Pär Åhlström
Chairman
Professor, Head of Department
Department of Management and Organization
Handelshögskolan i Stockholm
par.ahlstrom@hhs.se

Claes Fredrik Helgesson
Professor, avdelningschef
Tema Teknik och Social förändring
Linköpings universitet
claes-fredrik.helgesson@liu.se

Johnny Lind
Professor
Department of Accounting
Handelshögskolan i Stockholm
johnny.lind@hhs.se

Ebba Sjögren
PhD, Assistant Professor
Department of Accounting
Handelshögskolan i Stockholm
ebba.sjogren@hhs.se

Jon Rognes
Biträdande Generalsekreterare LHC
Researcher, Assistant Professor
Center for Innovation and Operations Management
Handelshögskolan i Stockholm
jon.rognese@leadinghealthcare.se

Hans Winberg
Generalsekreterare LHC
Styrelseledamot Karolinska Universitetssjukhuset
hans.winberg@leadinghealthcare.se

Fem frågor till *Pär Åhlström*

Pär Åhlström är ordförande i stiftelsen Leading Healthcare och innehar Torsten och Ragnar Söderbergs professur i Företagsekonomi, särskilt företagande och ledning, vid Handelshögskolan i Stockholm. Där är Pär Åhlström chef för Institutionen för Företagande och Ledning.

1. LHC fick under 2011 ett antal uppdrag från tyngre aktörer. Har LHC, enligt din mening kommit förbi någon form av introduktionsfas?

Under 2011 gav flera stora aktörer i hälso- och sjukvården uppdrag till LHC. Detta tillsammans med den fortsatta livaktiga debatten i vår partnergrupp gör att jag svarar ett klart och tydligt "ja!" på den frågan.

2. Vilka är de tydligaste skillnaderna mellan naturvetares och samhällsvetares syn på ledning, styrning och organisering av sjukvården?

Naturvetare, och däribland många läkare, har en stark tro på att kunskapen går att bryta ned till smådelar som kan mätas och kontrolleras var för sig. I förlängningen innebär det att man även tror att det går att evidensbasera ledarskap på samma sätt som medicinsk kunskap. Samhällsvetare lägger mer vikt vid sammanhanget och samverkan mellan olika delar. Det gör att det krävs andra verktyg för att studera organisationer än de naturvetenskapligt utvecklade metoderna.

3. Vilken väg tror du är mest framkomlig för att få fram experter kring ledning, styrning och organisering i sjukvården - att utbilda läkare, sjuksköterskor med flera även i dessa ämnen under deras grundutbildning och vidareutbildning? Eller tvärtom - låta fler samhällsvetare med bakgrund från Handels och andra utbildningar ta sig an arbetsuppgifter inom vården?

Det är alltid viktigt att de som har bäst kunskap om det som faktiskt görs i en organisation, leder organisationen. Men samtidigt är det viktigt att inse att det finns väl beprövade kunskaper om hur man organiserar, leder och styr organisationer. Eftersom läkare är den tongivande gruppen inom vården är det viktigt att de har en grundläggande insikt i styrning och organisering. Det betyder att läkarna måste få en grund i detta under sin utbildning, för att få en förståelse för området. Om det inte görs kommer det alltid att vara svårt att få mottaglighet och acceptans för andra utgångspunkter än de naturvetenskapliga. Om mottagligheten och förståelsen inte finns kommer det att vara svårt att få till ett fruktsamt samarbete mellan olika expertområden och discipliner.

4. Dina fria kommentarer efter 2011!

Det var året då det lossnade för LHC!



Här hittar du oss

För att komma i kontakt med LHC –
v g använd i första hand vår mailadress.
Det går dock bra att använda även övriga
kontaktvägar

Mailadress: info@leadinghealthcare.se

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

Besöksadress: Sveavägen 63, Stockholm

Telefon: +46 8-586 175 00

Fax: +46 8-31 43 60

Vill du veta mer om Leading Health Care?

På vår sajt hittar du mycket information om
ledning, styrning och organisering av sjukvård.
Med hjälp av vårt forskarnätverk 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