

Framtidens styrning och organisering

Systemutmaningar för att realisera digitaliseringens potential i vård och omsorg

Anna Krohwinkel, Hans Winberg, Jon Rognes och Britt-Marie Ahrnell

En sak är säker och det är att det knappast råder brist på idéer, prototyper och lösningsförslag för en ökad digitalisering inom hälsa, vård och omsorg. De flesta verkar överens om att digitaliseringen har potential att öka både effektiviteten och kvaliteten i den vård vi får för våra begränsade resurser. Med digitala verktyg kan dokumentationen kring patienten bli bättre och mer tillgänglig och diagnoser kan underlättas genom digitalt stöd, inte minst genom att utnyttja det vi kallar big data. Genom e-hälsolösningar och distanskommunikation kan vården göras mindre platsberoende. Automatisering och robotisering kan i ökad grad ta hand om rutinartade uppgifter eller tunga lyft och troligen blir patienter glada om intima situationer sköts av maskiner snarare än av främmande människor. För vårdens professionella kan det bli mer tid över för intellektuellt krävande arbetsuppgifter och uppgifter där social förmåga är viktig.¹⁰²

Men varför går införande och spridning av nya teknologier och arbetsätt ofta så trögt? IT är, och har länge varit, ett evigt löfte men alltför ofta också en daglig förbannelse – eller åtminstone en återkommande besvikelse och ett stort irritationsmoment. Vi menar att en viktig förklaring till problemet ligger i synsättet och angreppssättet vid IT-satsningar, dels vid investeringsbeslut, dels i projektgenomföranden. Givet de nationella, regionala och lokala kraftsamlingar som görs och har gjorts för att stimulera framtagande av innovationer i vården, är det en aning förvånande att en så liten del av resurserna har lagts på att förstå de organisatoriska sammanhang i vilka innovationerna ska tas emot och omsättas för att kunna bli vårdvardag. Vi menar att diskussionen om IT och digitalisering relativt sett borde handla mindre om teknikutveckling och funktionalitet och istället mer om arbetsformer för förändringsarbete, bättre samverkan mellan professioner och förutsättningar för långsiktigt processutvecklingsarbete.¹⁰³

102. Jfr. rådslaget Digital Utmaning och Socialdepartementets LEV2-rapport *Hightech och empati*.

103. Jfr. Mähring & Kjellberg 2008, *Detta borde vårddebatten handla om*.

I det här kapitlet ser vi på digitalisering som innovation i vårdens och omsorgens praktik, administration, kommunikation och/eller styrning. Vi tar hjälp av organisationsteoretisk innovationsforskning för att utreda vilka mekanismer i dagens vårdssystem som försvårar för innovationer att få genomslag, och vad man kan göra åt det. För att tydliggöra vårt resonemang använder vi ersättningssystemet som exempel och presenterar en modell för hur våra system för vård och omsorg kan anpassa sig till olika typer av patientgrupper tack vare digitaliseringen och en vidare syn på hur systemen ska fungera.

Innovation och mottaglighet: utgångspunkter för en systemsyn

Att dra nytta av digitalisering handlar om att bedriva ett innovationsarbete. Vi utgår från ett systemperspektiv på innovation: innovation är inte bara spridning, det är försök till att påverka verksamheter så att en ny metod eller ett nytt arbetssätt bejakas. Vi fokuserar särskilt på hur sambanden mellan förändringar i styr- och stödsystem och behovet av verksamhetsutveckling ser ut.

Längre fram i kapitlet använder vi ersättningssystem som exempel på innovationshämmande alternativt möjliggörare. Nedan introduceras kortfattat några begrepp som utgör utgångspunkter för resonemanget i detta kapitel.

Innovation

Innovation handlar om att introducera något nytt. Innovationer tar sig ofta uttryck i förändringar i produkter, tjänster, processer, marknadsföring, distribution eller i nya sätt att definiera ett erbjudande. Men nya organisationslösningar, styrmekanismer, administrativa rutiner och uppföljningsmetoder kan också ses som exempel på innovativa processer.

Även om förändringen i sig är liten så förutsätter innovationer ofta nya processer och arbetssätt för att fungera effektivt i organisationen. Det kan i sin tur leda till att vissa organisationselement behöver ses över. När styrsystem förändras så är det vanligt att även stödsystem i form av exempelvis IT-lösningar eller beslutsstöd behöver utvecklas. Nyheten som introduceras är med andra ord sällan endimensionell utan är i regel en del av ett komplext sammanhang av förändringar.

Innovation är inte bara spridning av en ny produkt eller idé, det är försök att påverka verksamheter så att en ny metod eller ett nytt arbetssätt bejakas. Därmed blir det viktigt att förstå hur sambanden mellan förändringar i styr- och stödsystem och behovet av verksamhetsutveckling ser ut.

Mottaglighet

Mottaglighet handlar om i vilken grad en organisation har förmåga att ta till sig exempelvis ny teknik eller förändrade arbetssätt. Inom innovationsforskningen diskuteras en organisations absorptionsförmåga som väsentlig för mottagligheten. I princip avser detta i vilken grad organisationen kan förstå och omsätta kunskap från omvärlden, och vilka förutsättningar det finns för att förändra organisationen för att de nya lösningarna ska kunna användas och integreras i vardagsarbetet. Organisationsrelaterade förändringar kan till exempel röra utmaningarna att införa nya arbetssätt i en miljö som domineras av en stark profession eller tvärfunktionella förändringar i funktionella miljöer.

Hur väl en innovation tas emot är beroende av innovationen i sig, men också av kringliggande strukturer och konkurrerande styrsignaler. I större organisationer finns det ofta flera samtidiga initiativ som konkurrerar om pengar, tid och uppmärksamhet. Implementeringsstrategier som redan i designfasen tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan uppkomma mellan innovationer och omgivande styrsignaler, verksamhetsprocesser, prioriteringar och intressen har större sannolikhet att få ett brett och hållbart genomslag i praktiken.

Exempel: Mottaglighetsanalys för digital bildgranskning

En fallstudie med anknytning till digitaliseringsområdet¹⁰⁴ rör övergången till ett nätverksbaserat arbetssätt inom bildgranskningsområdet. Den digitala tekniken uppfattas här ha stor potential (en uppskattning bland flera tillfrågade är att 80–90 procent av alla granskningar skulle kunna göras digitalt), men ändå har digitaliseringen inte kommit igång på det sätt man hoppats i det studerade projektet. Här har vi, baserat på intervjuer med de tilltänkta användarna, undersökt olika kategorier av systemhinder såsom ekonomi och ersättningsmodeller, regler och riktlinjer, organisation och ledarskap, professionella normer, kompetens och kompetensutveckling samt även funktionaliteten hos den tekniska lösningen i sig.

Ett primärt problem som lyfts är att tekniken inte upplevs som fullt ut mogen för användarna. Det finns invändningar gällande gränssnitt och handhavande vad gäller hantering av bilder, inmatning m.m. De tekniska lösningarna man har stött på upplevs som omständliga, tröga och tidskrävande. Tekniken uppfattas även som ”annorlunda” av användarna. Den ses inte som en ersättning för dagens analoga arbetssätt, snarare som ett komplement som inte sällan kräver merarbete – att få proverna digitaliserade innebär ett extra arbetsmoment.

Vidare oroar sig många respondenter för digitaliseringens påverkan på tillgången till och säkerställandet av kompetens/expertis. Bedömningen av prover byg-

104. LHC, kommande.

ger på kunskap som tar lång tid att lära, och detta påverkas kraftigt om det huvudsakliga granskningssättet ändras. Det tar tid att bli bra på digital granskning, men metoden innefattar idag inte allt som kan göras analogt. Detta gör att investeringen i att lära nytt vägs mot nyttan, och alla är inte övertygade om att det är värt det.

En annan orsak till att tekniken inte omfattas är enligt många tillfrågade att dagens arbetssätt är personberoende. Den professionella kunskapen är inte fullt ut möjlig att formalisera och standardisera, utan bedömning är som det låter, en bedömning. Extern granskning kräver att beställaren har förtroende för granskarens uttalanden, och kan tolka vad som sägs i ett svar. Studien visar på betydelsen av upparbetade relationer mellan granskande specialister. Detta varierar beroende på typ av prov och sammanhang, men lyfts som ett hinder för anonyma granskningar. Här kommer alltså det anonymiserade, nätverksbaserade arbetssätt som det studerade digitaliseringsprojektet involverar i konflikt med rådande professionella normer. Det handlar egentligen inte om motstånd mot den digitala tekniken i sig, utan skepsis mot de förändrade arbetsformer som föreslås införas i samma veva.

Fallet visar på behovet av att synliggöra de utmaningar och ansträngningar som en digitaliseringssatsning innebär för de vårdprofessionella. IT införs inte sällan som en ny utrustningsenhet, en ”orderad behandling” för en verksamhet, och vid implementeringssvårigheter är det vanligt att det främst fokuseras på att förbättra den tekniska lösningen. När de tilltänkta användarna tillfrågas flyttas problem-bilden. Professionella normer, arbetssätt och tidsåtgång blir viktigare, och kompetens och lärande kommer också fram som centrala områden med påverkan på mottagligheten för digitalisering.

Digitalisering som stöd eller hinder för styrning

En förutsättning för utveckling av ekonomisk och annan styrning är att det finns lämpliga dataunderlag. Utveckling av nya beskrivningssystem som kan fånga komplexa vårdvägar och resultatet av dessa är därför angeläget. Här erbjuder digitaliseringen nya möjligheter att samla in och sammanställa data. Det handlar både om att data kan hämtas från nya källor, inte minst genom egenmonitorering och inrapportering av hälso- och sjukdomstillstånd av patienterna själva (se t.ex. kapitlet ”Framtidens patient”), och om att data kan analyseras i större mängder (s.k. big data). Därmed uppstår också nya styrningsmöjligheter.

Att kombinera det nya ”utbudet” av styrningsunderlag med en styrning som inte blir mer kontrollerande, utan snarare ger en större frihet i utförandet för verksamheterna, är dock en utmaning som måste tas på allvar. Hittills har användningen av stora datasystem såsom kvalitetsregister, DRG-koder etc. snarast lett till ökad detaljstyrning där fokus ligger på snävt definierade diagnoser, insatser, resultat eller

indikatorer. En risk med att använda denna typ av mått är att verksamheterna börjar ägna sig åt ”conformance” snarare än ”performance”, det vill säga att man lägger sin tid och energi på att uppnå vissa prestationsindikatorer snarare än att använda sitt omdöme för att åstadkomma en verkligt kvalitativt god vård (se t.ex. kapitlet ”Staten som omöjliggörare”).¹⁰⁵

Förhoppningar uttrycks ibland om att data inom en snar framtid kommer att kunna samlas in på en sådan detaljnivå att ersättning utifrån varje individs unika egenskaper och behov möjliggörs. Dessa system skulle bli så komplexa att de inte kan förstås/korrumpas ”nedifrån” (Institutet för Framtidsstudier 2014). En alternativ utgångspunkt är att utveckla systemen utifrån perspektivet att styrning och uppföljning är verktyg för att man på verksamhetsnivå ska kunna göra ett bättre jobb. Det kräver system som är till stöd i det dagliga arbetet och som ger snabb och lokal återkoppling. Att få fram den data som då är relevant har dock visat sig lättare sagt än gjort.

En anledning till detta är att vi är dåliga på att ur våra nuvarande system plocka fram mikrodata. Data på makro- och mesonivå, som till exempel möjliggör jämförelser mellan landsting eller i vissa fall kliniker utifrån vissa specifika indikatorer eller inom vissa specifika sjukdomstillstånd, har vi relativt bra koll på. Men för att kunna svara på andra frågor, och även för att undersöka vilka frågor man borde ställa, behövs mikrodata i realtid. Här är det i mycket högre grad en fråga om professionell specialistkompetens.

Då vi konsumerar analyser i form av slutsatser, rapporter eller diagram, så verkar det så enkelt – bara att trycka på en knapp så kommer diagrammet ut. Men som i alla hantverk är även analytikerns vardag fylld med trial and error för att förstå system, tolka variation, arbeta med processer, ta fram och analysera data så att den säger något viktigt om organisationens funktion. Det krävs mycket tid och rätt personlighet för att lära känna sina data, men då man är väl inkörd kan man stödja verksamheten på ett bra sätt. En bra strategi är att ha en central analysenhet som ansvarar för uttag ur produktionssystemen, datavätt, variabelbeskrivningar, metodstöd, servrar, programvarulicenser och möten med jurister. Samt att ha lokala analytiker som stödjer lokala förbättringsprojekt och experiment med att ta fram underlag. Nota bene att data inte uteslutande behöver/bör vara kvantitativa – kvalitativa beskrivningar och utvärderingar kan spela en lika stor roll. Det är därför mycket bättre för verksamheten att utveckla den egna controllerfunktionen än att utgå ifrån att ”IT ska göra allt”.

Det krävs även kontinuerlig kontakt med dem som förstår och vet vad data egentligen representerar i den verkliga världen – hur långt man kan dra slutsatserna och i vilken grad data utgör en god beskrivning av de pågående verksamheterna. För att

105. Fernler et al. 2014.

åstadkomma ett kontinuerligt lärande behöver analytikern vara en del av teamet så att olika analyser möter de praktiska problem och beslut om utveckling som professionerna bedömer som lämpliga. ”Om inte data diskuteras vid fikabordet så kommer de inte att ha någon påverkan på verksamhetens resultat”.

Den beskrivna utvecklingen kräver delvis förändrade arbetssätt och roller för analytikerfunktionen – alltså en form av administrativ innovation. En av LHC nyligen genomförd fallstudie av datadrivet utvecklingsarbete i ett landsting¹⁰⁶ tydliggör att problematiken kring mottaglighet för innovationer inte bara gäller vårdprofessionerna, utan i högsta grad även andra professioner inom systemet, såsom dataanalytiker och andra tjänstemän inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. När arbetssätt ska förändras på den administrativa nivån stöter man på problem som i mångt och mycket liknar dem på verksamhetsgolvet: system som inte är kompatibla eller tillåter uttag av befintlig data i nya former; friktioner mellan vad dataanalytiker ser som sin uppgift att analysera och den typ av analyser som man efterfrågar i ett externt initierat förändringsprojekt; samt frågor kring vilken roll analytiker rent generellt bör ha i att stödja förändringsarbete av den här typen.

Stöttestenen för att realisera digitaliseringens potential som styrunderlag är alltså inte själva datamängden (jfr. systemet, utrustningen, produkten) i sig, utan att ta hand om och omsätta detta på nya och relevanta sätt – precis som vid verksamhetsutveckling i den vårdande verksamheten. Det är därför motiverat att prata lite mer om själva införandet av innovation, och vanliga fällor som man kan hamna i: antingen den generella lösningen/systemet/styrmodellen som ska lösa ”allt” och helst breddinföras direkt, eller det avgränsade projektet där saker och ting ska testas isolerat från ordinarie verksamhet tills funktionaliteten är ”verifierad”. Båda dessa riskerar att leda till ”design to fail” – halvfärdiga IT/digitaliseringssatsningar som inte resulterar i långsiktigt hållbara system i bruk och därmed inte heller någon effektiviseringsvinst eller patientnytta att tala om.

Projektfällan – design to fail

Projektformen är populär oavsett om det gäller att genomföra en nationell policy eller driva innovation lokalt. Ofta används någon form av projekttänkande som utgår från att utvecklingsarbete är ett linjärt enkelriktat förlopp. Saker och ting sker i en viss tidsbestämd ordning; från idéarbete och planering via olika stadier av genomförande fram till avslut och utvärdering. Enkelt och överblickbart. Lätt att beskriva och lätt att utvärdera. Fokus ligger på att uppfylla målen enligt plan och om det inte går som man tänkt sig förklaras det med brister i själva planen eller hos projektansvarig. Eller också sägs det bero på förändringsobenägenhet hos dem som

106. LHC, kommande.

ska göra jobbet. Förklaringar som alla bortser från att projektet påverkas av annat som ligger utanför planen.

Men i en vardag full av oförutsägbara människor och situationer kommer det att visa sig att verkligheten inte rättat sig efter de förutsättningar som planen formulerades efter. Den misslyckade implementeringen är därmed redan inbyggd i projektets design och de förändringar som har åstadkommits under projekttiden kommer ha svårt att få fäste och spridas vidare. Problemet liknar det som uppstår när man försöker dra generella slutsatser från studier som har utformats för att ringa in en specifik intervention och kontrollera dess effekt. Väl i verklighetens vardag skiljer sig förutsättningarna från dem som rådde under det avgränsade experimentet. Det till synes vetenskapliga sättet att ta fram rekommendationer leder i sig själv till att dessa får begränsad relevans när interagerande omvärldsfaktorer ”kommer i vägen”. Viljan att åstadkomma goda resultat i projektet gör att man skapar lokala och pragmatiska sätt att tillfälligt hantera problem. Temporära lösningar för databearbetning, regelundantag, specialrutiner och tillfällig finansiering är vanliga strategier för att komma runt systemhinder och möjliggöra ett smidigare projektgenomförande. Sär lösningar under projekttiden brukar dock försämra mottagligheten senare. Om man redan från början gör en analys av hur förändringsprojekt påverkar och påverkas av sin omgivning och av den befintliga styrningen nås större chans till långsiktig framgång.

En grundläggande ambition bör vara att innovationsprojekt ska utformas så att de kan införlivas i den ordinarie verksamheten. Redan innan några tester av t.ex. tekniska funktionaliteter görs, bör man ha utrett hur ny teknik och arbetssätt på längre sikt passar in i det omgivande systemet – och vilka anpassningar som krävs för att få det nya att överleva även efter projekttidens slut. Det gäller inte minst finansieringen, där fokus bör förflyttas från enskilda ”satsningar” till hur ekonomistyrningen behöver vara utformad för att ge utrymme för den nödvändiga flexibiliteten. Det här kräver flexibla mål och planer samt interaktion med omvärlden för att förankra förändringen där – alltså implementeringsstrategier som tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan finnas mellan projekt och relaterade verksamhetsprocesser, prioriteringar och intressen.

Även om projekt har initierats fristående, så behövs metoder för att identifiera och hantera systemhinder under processens gång – helst med början redan i designfasen. Det handlar om att vidga den avsedda förändringens tidsperspektiv till ”livet efter projektet”, men det är lika mycket en fråga om vilja och möjlighet att bryta sig loss från det välavgränsade projektet som norm för utvecklingsarbete, inklusive de vanligt förekommande föreställningarna att innovationer måste pilottestas och evidens produceras under strikt kontrollerade förhållanden. Det är tyvärr inte ovanligt att olika delar av en organisation som arbetar med drift respek-

tive utveckling. Det finns fördelar med det, men även risker. En ren utvecklingsavdelning eller separat projektorganisation kan hamna alltför långt bort från de dagliga problemen och börja lösa problem som inte finns. Resultatet blir driftsäkra men inte verksamhetsstödande system vilket i mångt och mycket är dagens situation vad gäller IT i vården.¹⁰⁷

För att innovationer ska bli relevanta och värdeskapande i vardagsarbetet krävs så klart också att de utvecklas tillsammans med de tilltänkta användarna, i deras naturliga arbets- eller hemmiljöer.

Att realisera digitaliseringens potential: En avvägning mellan innovations- och styrlogik

För att ro i hamn en digitaliseringssatsning krävs både förankring nedåt (i berörda verksamheter) och uppåt (mot beslutande politiker/huvudmän). Få initiativ är helt oförankrade, men de har ofta ”slagsida” åt något av hållen, beroende på vilken part som driver projektet och på existerande relationer till omgivande aktörer. Detta är en utmaning som behöver hanteras. En gemensam målbild på central policynivå sipprar inte automatiskt ner och omvandlas till tydliga positiva nyttor för berörda verksamheter lokalt. Det behövs översättning och anpassning av centrala koncept så att de blir relevanta på verksamhetsnivå och för olika målgrupper. Likaså behövs fungerande kommunikationskanaler från verksamheterna och upp till beslutsfattare, så att prioriteringarna kring vad man ska satsa på kan baseras på verklig relevans och verksamhetsnytta. Frågan ”what’s in it for me?” måste kunna besvaras positivt för samtliga nyckelaktörer för att en förändring ska komma till stånd.

Innovationslogik

Styrlogik

Ett projekt, en lokal förändring eller en ny idé testas. Det går bra!	Det händer ju ingenting, varför är allt så trögt, vi behöver införa en nationell standard, någon måste ta ett centralt initiativ.
Det har vi gjort relativt frikopplat; vi har kontrollerat bort störningar som hindrar oss.	Eller: alla gör ju olika, det måste väl finnas ett bästa sätt att göra på, vi behöver en gemensam best practice.
Vi kan på så vis testa många kända digitaliseringsidéer och kommer att hitta riktigt smarta lösningar.	

107. Jfr. Institutet för Framtidsstudier 2014.

Här har vi ett dilemma. Innovationslogiken kräver ett visst mått av revolution, annars blir det inget nytt. Det bryter mot styrlogiken, som vill ha kontroll, enhetlighet och mätbarhet nu och över tid.

<i>Varning</i> för att styrlogiken kväver innovationer (ganska självklart).	<i>Varning</i> för att man tror att den lokala lösningen är generell (och överför den på styrlogiken).
---	--

Två olika sätt att tänka som behöver finnas samtidigt – de går inte att kombinera, men kan samexistera. Det handlar alltså om en nödvändig balansgång mellan de två logikerna.

De som är ansvariga för styrlogiken måste förstå och acceptera visst mått av innovation (oordning och brist på kontroll tidvis / inom vissa områden).	De som driver innovation får inte falla in i styrlogik och tro att de har hittat DEN bästa modellen/systemet som skall införas för alla.
---	--

Det behövs ingen ”enda lösning”. Istället behövs både centrala standarder och lokala anpassningar. Det behövs både frihet att experimentera och lite ordning och reda. Och man måste acceptera att det inte går att maximera båda samtidigt. Digitalisering innebär att röster höjs för båda logiker, och det krävs samverkan mellan professioner och en klok ledning för att balansera mellan dessa.

Ersättningssystem som motor eller innovationsbroms

Ekonomisk osäkerhet vid framtagande och introduktion av innovationer är ett klassiskt problem, särskilt i tidiga faser av utvecklingsarbetet. Ett mindre uppmärksammat strukturellt hinder till att innovationer inte tas emot eller sprids är att de styrsystem som finns på plats inte utvecklas i samma takt som innovationerna. Inom vården gäller detta i synnerhet den ekonomiska styrningen, då innovativa aktiviteter ofta missgynnas på grund av ersättningssystemens egenskaper. Problemet med ersättningsmodellernas utformning är dock inte entydigt, utan består av flera delkomponenter. Nedan presenteras några vanliga problemområden.

Ersättningen är för detaljerad – ger ingen flexibilitet

Ett första problem med den ekonomiska styrningen är att den kan uppfattas som alltför detaljerad. Detta gäller speciellt när ersättningen utgår per åtgärd, exempelvis baserat på en fördefinierad insatslista som det är svårt att avvika ifrån. Fasta

anslag och listersättningar ger generellt bättre stöd för användningen och implementeringen av innovationer, eftersom flexibiliteten för vårdgivaren att variera arbetssätt utan att det påverkar intäkterna är större inom ramen för dessa modeller. Målrelaterad ersättning används ibland som ett argument för att öka innovationsutrymmet, men om de resultat som ersätts är mycket specifika, till exempel genom sin koppling till vissa processer eller snävt avgränsade patient/brukargrupper, så kan effekten bli den motsatta.

Ersättningen är konserverande – nya arbetssätt ersätts inte

Ett andra problem är eftersläpningar i den ekonomiska styrningen, det vill säga att ersättningssystemen inte revideras tillräckligt snabbt när nya arbetssätt eller behandlingsmetoder har tagits fram. Osäkerheter kring vilken ersättning en vårdgivande enhet kommer att få om man använder sig av en ny metod försvårar den bredare spridningen av dessa metoder, även om den medicinska nyttan med innovationen är oomtvistad.

Ersättningen är för produktionsinriktad – ger inga incitament till effektivisering

Ett tredje problem är att det inom ramen för dagens ersättningsmodeller finns begränsat med incitament för vårdgivare att satsa på innovationer som innebär en minskning av den egna produktionen. Ett sådant exempel är vård på distans och preventiv egenvård där utveckling av avancerad teknologi och e-tjänster idag möjliggör att patienter i många fall kan vårdas eller vårda sig själva i hemmet med samma medicinska säkerhet som om de var på sjukhus.

Att införa distansövervakning i hemmet kräver investeringar i teknisk utrustning hos patienten och utbildning och nya arbetssätt hos vårdgivaren. Men vinsten tillfaller samhället i stort, eftersom patienten inte längre behöver komma in akut, läggas in och rehabiliteras, något som vårdgivarna ersätts för i nuläget. Det finns ont om ersättningsmodeller som ekonomiskt premierar en minskning av antalet fysiska möten med vården, vilket försvårar etableringen av distanslösningar. Samma resonemang kan tillämpas för rehabiliterande åtgärder, där målet är att minska patientens behov av vård.

Ersättningen är för snäv – premierar inte innovationer vars värde realiserar mellan mer än en resultatenheter

Beskrivningarna ovan illustrerar en mer grundläggande problematik som grundar sig i att investeringar och besparingar av innovationer typiskt sätt spänner både över tid (se nedan) och organisationsgränser. Nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården kan minska kostnaderna i t.ex. äldreomsorgen, eller tvärtom för den delen.

Att kostnader och vinster hamnar inom olika områden krockar med betoningen

i den nuvarande styrningen på enskilda enheters resultatansvar: Varje vårdenhets ges ett avgränsat ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer. Då ersättning ges som budgettilldelning till, eller per utförd åtgärd inom, en specifik enhet uppmuntras en effektiv vård inom varje del av vårdkedjan/ processen, oberoende av vilken effekt det får för den övriga vården. Traditionell ekonomisk styrning leder följaktligen till att enheter vars verksamheter är nära kopplade blir ekonomiskt avgränsade från varandra. Det primära för varje enhet blir att klara sitt eget avgränsade uppdrag, snarare än att se till helheten för patienten. Därmed minskar också incitamenten till innovation över verksamhetsgränser.

Eftersom sjukvårdens organisation i hög grad utgår från medicinska specialiteter kan nya tvärfunktionella lösningar få stora ekonomiska konsekvenser för en verksamhet. Motstånd brukar uppkomma när en innovation leder till att den verksamhet som tidigare hanterat ett sjukdomstillstånd förlorar resurser, samtidigt som den verksamhet som får ta över behandlingen inte anser att de får tillräcklig kompensation för sina uppgifter. Exempelvis har innovationer inom medicinsk teknik gjort det möjligt att i hög grad flytta behandlingen av stora folksjukdomar, som diabetes, från specialistvård till primärvård.

Ersättningen är för kortsiktig – premierar inte innovationer vars värde realiserar över lång tid

Kostnader och utfall av sjukdomsförebyggande och hälsoförbättrande insatser spänner typiskt sett över lång tid, medan den ekonomiska styrningen på verksamhetsnivå vanligen omfattar ett budgetår. Utifrån detta perspektiv blir införandet av en ny behandlingsmetod under ett visst år problematiskt, om inte åtgärden är budgetneutral under redovisningens tidsperiod. För att vara budgetneutral måste behandlingsmetoden antingen genast leda till minskade kostnader eller ökade intäkter till resultatenheten.

Hälsoekonomiska bedömningar karakteriseras av möjligheten till en längre tidshorisont, från några år till flera decennier. Det som värderas är såväl direkta som indirekta kostnader och intäkter. När och var en kostnad eller intäkt uppstår spelar mindre roll. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tar exempelvis inte hänsyn till eventuella budgetrestriktioner som ett visst landsting har för läkemedel under det kommande året, vilket kan skapa motsättningar mellan hälsoekonomi och budgetekonomi.

Problemet med att innovationers ”investeringshorisont” skiljer sig från den gängse ekonomiska styrningen löses ofta genom någon form av temporär finansieringslösning, vanligen i projektform. Projekt är dock sällan en långsiktig lösning för att öka mottagligheten för innovationer i vårdens vardagsarbete. Som vi redan har sett ovan uppstår tvärtom ofta problem med överlevnad och spridning efter projektperiodens slut, även om projektet i sig varit lyckat.

Är ersättningen för omodern?

En ytterligare problematik som ibland diskuteras är att den ekonomiska styrningen inom vården helt enkelt är förlegad. Det är välkänt att verksamheter som styrs på olika sätt tenderar att anpassa sig till det rådande systemet. Ersättningsmodeller kan därför behöva modifieras över tid så att de fortsätter att stimulera de mål man vill uppnå. I sökandet efter alternativa lösningar är det naturligtvis positivt med omvärldsbevakning och sökande efter ny kunskap. Samtidigt måste en brasklapp utfärdas för reviderande för reviderandets skull, eller för anammandet av populära styrningskoncept utifrån antagandet att det finns universallösningar som passar överallt – en noggrann analys av de lokala omständigheter och förutsättningar som modellen kommer att möta, är en nödvändighet.

Ge utrymme till innovationerna med flexibla ekonomistyrning

Eftersom problemen och utvecklingsbehoven varierar beroende på verksamhetstyp och patientgrupp, finns det inget givet svar i litteraturen på vilket ersättningssystem som är det enskilt bästa för att balansera de värden som står på spel vid innovationer i vården. Empiriskt sett består ersättning ofta av en blandning av olika element, till exempel fast, rörlig och målrelaterad ersättning, som kan påverka innovationer på olika sätt beroende på hur ersättningsobjektet (vad det är som ersätts, och vem som får ersättningen) definieras.

Då innovationsproblematiken är mångfacetterad kan detta lätt leda till slutsatsen att flera olika ekonomiska incitament är bättre än färre – och den ekonomiska styrningen inom vård och omsorg har generellt sett tenderat att bli alltmer komplex och detaljerad. Det beror till stor del på att intresset för ersättning som styrmedel har ökat och på att ersättningssystem används för att adressera allt fler problem.

När det gäller att främja innovation är detta särskilt viktigt att beakta, eftersom alltför detaljerade ersättningssystem kan begränsa den flexibilitet som behövs för att testa nya metoder och arbetssätt i praktiken. Exempel på hur ersättningen kan göras mer generell är t.ex. en ökad användning av anslagsfinansiering, ersättning för en individs samlade vårdbehov, eller ersättning som ges utifrån resultat på systemnivå. Olika typer av innovationsfonder eller innovationsupphandlingar som ger ökat utrymme (om än tidsbegränsat) för experimenterande kan också ingå.¹⁰⁸ Gemensamt för dessa ersättningsformer är att de inte ger incitament för något visst arbetssätt, system eller lösning, utan snarare ger större frihet i utförandet av vård och omsorg. De lämnar därmed större utrymme för variation i arbetssätt mellan

108. För en detaljerad genomgång av för- och nackdelarna med alternativa ersättningsformer i relation till innovation, se kommande LHC-vägledning.

enheter och individer. Innovation innebär mindre kontroll – därför förutsätts också en viss riskvillighet, eller tillit, från huvudmännens sida för att våga sig på en mer flexibel ekonomistyrning.

Men, snarare än att elaborera kring de teoretiska aspekterna av ersättningsprinciper och ekonomiska incitament, menar Robinson (2015) att vi måste ägna mycket mer uppmärksamhet åt hur innovationer fungerar i verkligheten och inte stirra oss blinda på förhandsanalyser av nytta och potential. Man måste t.ex. ta hänsyn till att användarna av innovationer lär sig av erfarenhet. Därför måste också upphandlingsmodellerna och ersättningsmodellerna ta höjd för att förutsättningarna kan ändras – vilket inkluderar att vårdprofessionella ska ha möjlighet att skapa sina egna uppfattningar om när den nya tekniken eller metoden är som lämpligast att använda.

Styrningsutveckling handlar i detta perspektiv inte om att kunna rita nya modeller på ett papper – det är ofta allt för enkelt, går för snabbt och har föga effekt – utan om att i samklang med övrigt förändringsarbete kunna göra nödvändiga förändringar i ansvarsförhållanden, befogenheter och (vertikal) styrning för att stödja snarare än hindra nya arbetssätt.¹⁰⁹

Digitalisering och styrning i ett komplext system

Vi har nu konstaterat att man för att främja innovationer behöver bredda synen på vad ett system är, vad det omfattar och vad det påverkas av. Ett genomgående problem vi ser idag när det gäller att styra, organisera och utveckla vården är att vi tenderar att se vårdsektorn som en enhet, med samma problem och mål. Det leder till att lösningar, system och riktlinjer ofta utformas för att gälla hela vården, medan underlaget för att ta fram dem kanske kommer från en viss del av verksamheten. Vanligen delar vi upp vården efter hur produktionen ser ut, men då är risken stor att vårt resonemang baseras på samma tankefel som har skapat de problem vi försöker lösa.

Nedan presenterar vi en modell eller analysramverk som synliggör och beskriver behov utifrån fyra olika patientgrupper.¹¹⁰ Ramverket hjälper oss att se behovet av olika lösningar för olika grupper och behov. Vi har valt att utgå ifrån två grundläggande dimensioner. Den första dimensionen handlar om huruvida patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över lång tid, kanske livslångt. Den andra dimensionen handlar om huruvida tillståndet kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras. Dessa fyra grupper ställer helt olika krav på styrning.

109. Jfr. Mähring & Källberg 2008.

110. LHC WP 2016-1.

Den första gruppen, de enkla patienterna, utgörs av patienter med en åkomma som kan botas, och som kan hanteras inom en specialitet. Dessa patienter har inga komplikationer och ofta en relativt lindrig åkomma. Vården kan lösas inom en enhet, antingen i primärvård eller hos en specialist. Efter behandling och uppföljning är patienten ”klar”, och inga fler vårdkontakter behövs förrän nästa behov uppstår. Här passar dagens vårdorganisation med uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden bra. Samverkan är inte en stor fråga, eftersom allt sköts inom en enhet.

Den här gruppen gynnas alltså av en lättillgänglig primärvård och en högeffektiv specialiserad vård. Majoriteten av befolkningen befinner sig i den här gruppen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per person är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

Den andra gruppen, de komplicerade patienterna, består av patienter med en komplex åkomma som kan botas. Detta handlar om svårare fall, där insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter behövs för att möta behoven. Här observeras återkommande fall med långa väntetider under processen och en allmänt svårnavigerad väg genom vården för patienten. För att lösa problemet har man arbetat med vårdflöden och vårdprocesser. Arbetet har pågått sedan flera decennier under olika namn, de senaste åren har mycket gått under benämningen Lean. För att kunna styra mot en hel process istället för mot enskilda delar har man också pratat om vårdepisoder, och börjat ta fram styrmodeller för sådana. Samverkan och övergångar mellan på varandra följande vårdinsatser och ett snabbt flöde blir en huvudfråga, och målet är en avslutad och lyckad behandling.

Dessa patienter gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad sjukvård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.¹¹¹

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

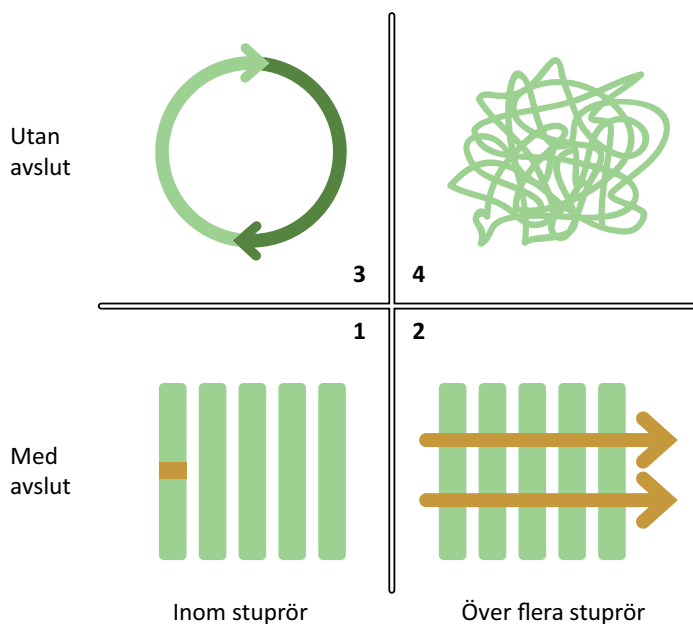
Den här gruppen gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa och monitorering av ett kroniskt tillstånd, helst utanför sjukhuset. Patientens roll i den egna vården blir central.

111. T.ex. SOU 2015:98.

Den fjärde patientgruppen, de multisjuka, är svårast då de har flera allvarliga åkommor samtidigt. Det handlar ofta om gamla och sköra människor med problem som inte alltid går att bota, men även om människor med sällsynta diagnoser. Ofta påverkar de olika åkommorna möjligheten att behandla, och kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. För dessa patienter är det problematiskt att använda standardiserade vårdprogram eller att tala om episoder. Gruppen är relativt liten men mycket resurskrävande.

Denna grupp gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att hantera denna svåra grupp som behöver kontinuitet, teamarbete och nätverksorienterad sjukvård.¹¹²

Ramverket synliggör fyra olika typer av patientbehov, som kräver olika insatser och olika grad av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare. En enkel lösning



Figur 1. Ramverk som utgår ifrån patientens tillstånd och behov.

112. Jfr. SOU 2016:2 *Effektiv vård*.

med få inblandade är oftast både bäst och billigast, men inte alltid tillräcklig för att nå de mer komplexa grupperna. Inte bara styrsystem men också ersättningsmodeller, IT-system, samverkansformer och roller för de inblandade, behöver utformas utifrån var och en av grupperna.

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

Olika patienter – olika e-hälsobehov

För att exemplifiera hur ramverket kan hjälpa vid en analys åskådliggör vi nedan hur patientgruppernas olika behov har betydelse vid utveckling av e-hälsolösningar. För att förstå vilka grupper som hjälps av en viss e-hälsolösning behöver vi förstå skillnaderna mellan dem.

Den första gruppen är en stor skara enkla patienter med avslut inom en specialitet. De är många, med låg kostnad per patient, och med mycket stor variation. Här är det lämpligt med högvolymlösningar, och med så mycket automatisering och självbetjäning som möjligt.

Några nyckelord:

- Åtkomst och tidsbokning, fler digitala kanaler in, boka själva
- Virtuella möten, besök via dator
- Expertsystem på nätet, AI, hjälp till självdiagnos
- Outsourcing, interaktivt stöd

Den andra patientgruppen, svåra medicinska fall med behov av flera specialiteter och avancerad vård, har mer sammansatta behov och de digitala lösningarna blir helt annorlunda för dem. Viktiga frågor blir här patientflöden, episoder, kvalitet och utfall på sikt, standardisering och vård i världsklass.

Några nyckelord:

- Produktionsplanering, flöden och samordning
- Expertis, global tillgång till stöd och råd
- Teknik och IT, robotar, high-tech lösningar
- Visualisering, utbildning, träning

I den tredje patientgruppen, de med en kronisk åkomma som är livslång men avgränsad, har patienten själv en viktig roll. Aspekter som kontinuitet, egenvård, prevention, monitorering och förebyggande åtgärder blir viktiga.

Några nyckelord:

- Communities, som t.ex. Patients Like Me
- Monitorering via externa verktyg, till exempel telefonen eller armband
- Patientstöd i form av information och utbildning
- Egenvård och möjlighet att föra egen journal /ge input till vården

Den fjärde gruppen, multisjuka patienter, är en relativt liten men mycket resurskrävande grupp. En utmaning är att alla individer är olika, och standardlösningar sällan möjliga. Andra frågor än att bota blir viktiga, såsom koordinering, omvårdnad, livskvalitet, stöd och hjälp i vardagen. Lösningarna kan vara mer arbetsintensiva och individuella, eftersom över 50 procent av vårdkostnaderna läggs på denna grupp som består av 2–3 procent av patienterna.

Några nyckelord:

- Distanslösningar, övervakning, nattkamera
- Koordinering med hjälp av IT
- IT som socialt stöd, exempelvis via Skype eller Facebook
- Förenkling, low tech/high tech
- IT-koppling mot anhöriga/stöd för anhöriga

Olikheterna mellan patientgrupperna gör alltså att det blir orimligt med en samlad digitaliseringslösning eller specifik kravställning på systemnivå vad gäller olika tillämpningar. En på förhand detaljspecificerad, centralt formulerad standard riskerar att tränga ut eller omöjliggöra framväxten av innovationer som på något sätt avviker från standarden.

Givetvis är det rimligt och nödvändigt att basal infrastruktur, såsom exempelvis bredbandsuppkoppling, tillhandahålls nationellt. Regler för datatillgång och riktlinjer för interaktion och informationsutbyte kan behöva specificeras centralt (se vidare kapitlet "Framtidens regelverk"). Det handlar om att säkerställa kommunikations-

möjligheter och kompatibilitet, snarare än om att bestämma sig för att en viss systemlösning/innehåll ska gälla, eller för hur det specifika utbudet av/tillgången till e-tjänster ska se ut för hela vården, över hela landet, för alla patienter. Varför skulle vården behöva mer än så när resten av världen kan interagera utifrån olika plattformar?

Behovet av lokal anpassning och variation medför att införandet av digitaliseringslösningar behöver kunna ske gradvis och i vissa fall fragmenterat för olika patientgrupper/behov. Möjligheten till individ- och situationsanpassning är viktig även när det gäller teknikanvändning, inte minst utifrån patientens egen förmåga/intresse att testa nya lösningar.

Ekonomistyrning i ett heterogent system

Vården behöver en styrning som gör det möjligt att anpassa aktiviteter till det som patienten behöver. Precis som när det gäller de tekniska lösningarna riskerar en alltför hög grad av standardisering och övergripande styrning att bli problematisk, inte minst i relation till det varierande behovet av olika typer av innovationer för olika grupper och verksamheter. Det är alltså inte "en" ersättningsmodell som behövs; olika principer är lämpliga för olika delar av vården.

Idag har vi som sagt mycket fokus på den första gruppen, enkla patienter med relativt enkla åkommor. Ersättning för specifika vårdtillfällen såsom besök kan vara lämpligt för att främja tillgänglighet till "snabb och enkel" vård för just denna grupp. Ur innovationshänseende blir det viktigt att dessa ersättningar inte görs platsbundna, så att man t.ex. kan möjliggöra virtuella mottagningar, stöd till självdiagnos och interaktiva e-hälsotjänster. Denna typ av automatiseringslösningar gör troligen störst nytta när det gäller relativt entydiga diagnoser som kan åtgärdas inom en instans, men problemet är att stora delar av vården är organiserad och styrs utifrån samma principer. Huvuddelen av tillgängliga medel fördelas till enheter som är organiserade kring former av specialisering, även om patienterna har behov som sträcker sig över enhetsgränser.

På sistone har också mycket styrningsutveckling fokuserat på den andra gruppen, mer komplicerade patienter som behöver en smidigare väg genom vårdens processer. Försöken med episodbaserad ersättning för höft- och knäledsoperationer är ett exempel. En vårdepisod är som begreppet anger ett förlopp som har en början och ett slut och som omfattar ett visst antal insatser, från diagnostisering till rehabilitering och eftervård. Här kan det vara rimligt att ersätta för det sammantagna resultatet av hela behandlingen. Detta möjliggör också en större frihet att testa olika lösningar i själva genomförandet, vilket kan inkludera ny teknologi. För patientgrupper som inte har sådana linjära, relativt lätt avgränsade och enkelt definierbara vårdbehov behövs dock andra ersättningslösningar.

För den tredje gruppen, kroniker, är vårdbehoven inte avgränsbara i tiden. Här behövs det en styrning som i möjligaste mån fokuserar på prevention, på att undvika onödig vård, samt om möjligt främja egenvård. Det blir därmed viktigt att ersättningen inte är bunden till tjänster utförda inom den enskilda vårdinstansens väggar. Olika former av kapitering (fast ersättning per individ) med viktning för det sammantagna vårdbehovet under en längre period – oavsett hur och var detta tillgodoses – kan här vara en möjlighet. Möjligen kombinerat med ersättning utifrån resultat baserat på övergripande hälsomått eller livskvalitet. Här finns potential att i framtiden utveckla beskrivnings- och eventuellt styrsystem som bygger på individdata som inrapporteras digitalt från patienten själv.

Den sista gruppen som består av svårt sjuka äldre patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov behöver kontinuerliga insatser från en mängd olika vårdgivare, och resursbehoven varierar stort mellan olika individer. Här pågår försök med stödinstanser som kan ha ett helhetsgrepp kring såväl vård och omsorg, och koordinera behovet av insatser. Det kan vara en äldrevårdcentral med ansvarig husläkare, eller kanske en vårdcoach. En möjlig väg kan vara att ge den samordnande aktören även ekonomiska befogenheter i form en budget per patient med komplexa vårdbehov. Samordningsaktören blir då alltså ansvarig för inköpet av vård och omsorg för individens räkning. Denne aktör saknar incitament att optimera någon enskild vårdgivares ekonomi och kan anlägga ett övergripande perspektiv på den enskildes vård- och omsorgsbehov. En principiellt liknande lösning på högre aggregeringsnivå vore att kommun och landsting i samverkan ger ett uppdrag till ett konsortium av vård- och omsorgsgivare att ta hand om de samlade behoven hos den äldre befolkningen inom ett visst geografiskt område. Med en sådan bredare ersättning/anslag ges större möjligheter till olika typer av innovationer i arbetssätt och samverkan, exempelvis baserade på nya typer av IT-stöd.

Viktigt att komma ihåg är att oavsett vilka ersättningsmodeller som övervägs, så är det ur innovationshänseende generellt bättre med mer utrymme för flexibilitet i utförandet av vården, snarare än specifika incitament kring vad som ska göras eller uppnås! Det gäller oavsett vilken patientgrupp som avses.

Några råd till den som vill främja digitalisering i vården idag

Formulera projektvisioner som betonar mottaglighet

Den som överväger att satsa på innovation inom något visst område bör ställa krav på lokala aktörers kompetens att genomföra och presentera en mottaglighetsanalys i tidigt stadium. Denna bör innefatta en kartläggning av systemhinder som kan för-

sämra projektets möjligheter att permanenteras och spridas, liksom strategier för att hantera hindren under projektiden. Givet att detta är tillgodosett kan större frihetsgrad lämnas i själva genomförandet.

Tänk igenom målet med satsningen och ge resurser till dem som har mandat att driva den önskade utvecklingen

Beställare och finansörer behöver vara tydliga med vad som är målet med en innovationssatsning; praktisk verksamhetsutveckling, eller ett försök som skall ge ny kunskap men som i sig inte är tänkt att leda till en praktiskt implementerad lösning. Om målet är att få till stånd en varaktig förändring i ordinarie verksamhet bör arbetet ledas i linjeorganisationen, eller med ett tydligt mandat och uppdrag från denna. Om man å andra sidan vill testa nya idéer eller ta fram nya koncept kan det ske i stabsform eller i isolerade testbäddar.

Lägg fokus på att stödja utveckling av praktiskt användbara lösningar, snarare än generaliserbara modeller

Att uppdragsgivaren initialt ställer krav på att lösningen skall vara allmängiltig och skalbar kan leda fel, eftersom lokala förutsättningar ofta har en stark inverkan på om en innovation fungerar som det är tänkt eller ej. Kravet på allmängiltighet måste gälla tillämpbarhet under liknande förutsättningar, inte allmänt införande.

Betrakta implementering som en samverkansfråga

Inget expertområde "äger" området verksamhetsutveckling och ingen profession har i sig själv tillräcklig expertis inom området. Sjukvårdspersonal, systemutvecklare och ekonomer måste klara av att skapa värde tillsammans. Placera gärna IT-personal lokalt, så att de tillsammans med övrig personal kan lösa verkliga verksamhetsproblem. Avsätt även resurser och tid för att överbrygga kompetensområden, till exempel genom att erbjuda arenor där olika grupper kan mötas och utbyta kunskaper och perspektiv.

Basera utvärderingar på överlevnadspotential snarare än på genomförande enligt plan

Avvikelse från ursprunglig plan bör inte ses som ett problem i sig. Det visar på att projektet befinner sig i en rörlig omgivning och har förmåga att anpassa sig till förändrade målbilder över tid. Administrativt merarbete under införandeperioden bör betraktas som en utvecklingskostnad och inte som en grund för utvärdering av den långsiktiga nyttan med projektet. En mer relevant utvärderingsfråga är huruvida de förändringar som projektet medfört har möjlighet att permanenteras efter att det temporära uppdraget slutförts.

Vision om en beslutsfattares vardag i framtiden

Anton Larsson tog stora trappan upp. Han valde läget ”gå själv” istället för ”rulltrappa” och noterade nöjt hundra steg på klockan samtidigt som han fick upp rätt rum för mötet. Han slog ett tyst vad med sig själv om att Elma Shamirez redan skulle vara på plats.

Mycket riktigt, Elma bjöd honom en stol och ställde en aldryck framför honom. Det var vid sådana tillfällen som han längtade tillbaka till förr, när kaffe varit en självklar del av politikens agenda.

”Nu är jag nyfiken”, sa Elma. ”Vad har du med dig åt oss?”

Frågan om närvårdens samverkan med akuterna i regionen hade väckts på nytt för några veckor sedan. Trots otaliga förbättringar i teknik och arbetsformer fanns ännu irritationsmoment för patienter och personal på bägge sidor. Nu ville Elma ha en dragning om vad mer som skulle kunna göras.

”Du hade förstås kunnat dela allt direkt med mig, men ibland är det klokt att träffas och prata också, eller hur?”, fortsatte Elma. ”Först vill jag veta allt om hur du gjort själva beredningen.”

Anton svalde sin replik om att han å sin sida helst inte ville veta något alls om beredningen framför sig. Som regiondirektör var han rädd om dessa stunder på tu man hand med sin ordförande och började istället förklara.

Sedan digitaliseringen i vården tog fart på allvar kring 2020 hade antalet nya sätt att vara patient i eller arbeta med vård forsat fram som en tsunami över världen. Då utmaningarna varit liknande överallt (ökande, äldre befolkning, fler kroniker, nya dyra behandlingar och läkemedel i kombination med sparkrav) hade också det globala samarbetet ökat.

Nu fanns en myriad av kuriösa experiment, genomförda projekt och helt nya uppbygg att hämta idéer och erfarenheter från. Inte minst Indien med sina miljoner IT-kunniga och USA med sin krävande befolkning myllrade av lokala lösningar och nya arbetsformer.

Sakta hade också tanken att dela in patienter i fyragrupper med olika vårdbehov – enkla, komplicerade, kroniker, multisjuka – och att låta detta påverka organisering, styrning och ersättning, spridit sig över världen. På den globala plattformen Sherlock där vårdfolk av alla sorter numera samlade och spred erfarenheter om administrativ innovation var detta den vanligaste sorteringslogiken.

Tillsammans med Watson bildade Sherlock ett radarpar inom vård och omsorg där Watson tog många av de patientnära besluten och Sherlock växte sig allt starkare som analytiskt beslutsstöd för administrativa och politiska nivåer. Det var också deras förtjänst att idén om en lösning lika för alla gått helt i graven. Som alla numera sa: Nuförtiden är det komplexa mer komplicerat än någonsin.

”Ja, du vet ju att det var länge sedan vi försökte samla och analysera information

själva. Gudskelov och tack för big data, algoritmer och AI, säger jag bara”, fortsatte Anton och visade Elma på skärmen.

”Först formulerar vi själva utmaningen – vad vi vill ha hjälp med att åstadkomma – och sen fortsätter vi med att mata in alla upptänkliga parametrar. Du vet, allt sådant som nuvarande teknik, ekonomisk styrning, organisation och ledarskap, regler och riktlinjer. Men också sådant som arbetsformer, professionernas normer, kompetens och vanor. Vi försöker också få med annat vi gör som kan överlappa och krocka med en förbättring på just det här området.”

Elma följde intresserat med och log åt Sherlocks enkla, närmast barnsligt visuella bilder som guidade genom programmet.

Anton fortsatte med att beskriva plattformens verkliga styrka; att analysera vilken lösning som skulle kunna fungera bäst efter lokala förutsättningar och vilka konsekvenser den skulle få på regler, ekonomi, arbetssätt etc. Allt baserat på mängder av tidigare exempel och erfarenheter i kombination med algoritmens ständigt allt bättre analysförmåga.

”Men vet du vad det bästa är?”, frågade Anton. ”Det är att få hjälp även med hur vi ska genomföra det vi kommer fram till. Så big data och local practise ger oss råd både om bästa beslut och om hur vi ska införa det. Hur ska vi föra dialog? Hur ska vi få med oss personal och patienter? I vilken takt ska vi ta det? Allt är oerhört anpassat, nästan ner på individnivå och baserat på forskning från områden som psykologi, beteende- och neurovetenskap.”

En rynka spreds mellan Elmas ögonbryn och hon såg skeptisk ut. ”Menar du alltså att den dyra analysenhet vi bekostat bara förlitar sig på datorstöd? Tänker de inte något själva? Vi är ju ändå rätt speciella i vår region?”

”Du har helt rätt. Människan måste fortsatt tänka själv. Och se här”, pekade Anton på skärmen.

Med ett fingersvep öppnade han en ny värld i Sherlock. En interaktiv Health-book där det fanns mängder av samtal, grupper, chattar och dialoger igång.

”Här kan vi skicka ut frågor över hela världen och få hjälp av andra – levande människor – att utveckla våra idéer. Numera arbetar ju människor mer tillsammans, oavsett om det gäller att göra musik, spel eller utveckla vårdformer. Så här kan du följa samtal och dialoger och få hjälp av andra som sitter med liknande frågor som du. Eller direkt av patienter.”

”Och se här. Här kan du öppna en särskild sluten grupp för dina politikervänner och dela allt jag visat och fortsätta samtalet med dem.” Anton koncentrerade sig, svalde den sista klunken alger och gav Elma ett uppskattande ögonkast. ”För jag vet ju hur ni gillar att jobba i styrelsen. Hur tänker du göra den här gången?”

Med ena handen lyft började Elma räkna till tre på fingrarna. ”Först; vi besinnar det faktum att vi inte är de första som funderar över frågan och att det finns mycket

att lära av andra. Även utanför vård, faktiskt. Nummer två: Vi accepterar osäkerhet, undviker att låsa oss för tidigt vid en lösning och försöker ta fram flera alternativ.”

Elma lyfte det tredje fingret med en bestämd gest. ”Och nummer tre: vi försöker skapa ett klimat där alla får komma till tals och där vi välkomnar olika synpunkter, vinklar och magkänsla för en fråga. Det lärde jag mig av Daniel Kahneman på temat intuition en gång och det har räddat mig från tokiga beslut många gånger.”

Anton gav Sherlock en sista swipe och fick upp ännu en sida. ”Då tror jag att du har glädje även av det här. Det är ett förslag till dig hur du kan lägga upp just den här beslutsprocessen. Inklusivt manus, talstöd, bilder etc.”

”Tack ska du ha. Du anar inte vilken hjälp jag haft av just den tanken – att se mig själv mer som arkitekt för en beslutsprocess än som en ensam beslutsfattare som vet allt.”

När Anton lämnade huset tog han vägen förbi analysenheten. Hos tjejerna och grabbarna där fanns, förutom moderna teknikprylar av alla de slag, även ett gammalt hockeyspel, en flippermaskin och en riktig kaffebryggare.

Referenser

Digital Utmaning (2016) *De tio förbudsorden. En rapport från Rådslaget Produktivitet i vård och omsorg.*

Fernler et al (2014) *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning.* LHC Report nr 1 2014.

Institutet för Framtidsstudier (2014) *När vården blir IT: En underlagsrapport till eHälsokommittén.* Forskningsrapport 2014/8.

LHC/Vinnova (2015) *Ersättningsystem för innovation i vård och omsorg: En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller.* Vinnova Rapport 2015:08.

LHC (2016) *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk.* LHC Working Paper 2016-1.

Mähring, M., Källberg, N. (2008) ”IT i sjukvården: Evigt löfte och daglig förbannelse”. I *Detta borde vårdebatten handla om.* LHC 2008.

Robinson, C. J. (2015) *Purchasing medical innovation: The right technology, for the right patient, at the right price.* University of California Press.

Socialdepartementet (2012) *Empati och high-tech. Delresultat från LEV II-projektet.*

SOU 2015:98 *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. Slutbetänkande av Utredningen om högspecialiserad vård.*

SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*