

Sammanträde i Patientnämnden

Ordförande kallar till sammanträde.

Tid: 2018-02-06 kl. 09:30

Plats: Kullan, Landstingshuset Falun

Dessa handlingar finns att tillgå på Internet adress www.ltdalarna.se

Innehållsförteckning

	Inledning och protokollsjustering.....	2
1	Justering av närvarolistan	2
2	Godkännande av dagordning	2
3	Adjungerande	2
4	Protokollsjustering	2
5	Föregående protokoll	2
	Information.....	3
6	Ekonomisk redovisning	3
7	Presidiekonferens Gotland november 2017	3
8	Granskning av patientflöden och effektivitet inom ögonsjukvården – revisionsrapport	3
9	IVOs uppföljning av åtgärdsbeslut, bilaga till tidigare rapport: Hyrläkare- vårdgivarens dilemma.	4
10	Rapport från Vårdanalys: Från medel till mål	4
11	Regeringsbeslut - Uppdrag att följa upp och utvärdera ett mer ändamålsenligt klagomålssystem	4
12	Rutin för barnkonsekvensanalys	5
13	Informationsinsatser	5
14	Utbildningar, konferenser och studiebesök	5
15	Dialog med verksamheten	6
	Stödpersons- och vårdärenden	7
16	Stödpersonsverksamhet	7
17	Registrerade vårdärenden per huvudrubrik/kön	7
18	Avslutade vårdärenden	8
19	Exempelärenden	8
20	Sammanfattning	13
21	Övriga frågor	13
22	Nästa sammanträde	13

Inledning och protokollsjustering

1 Justering av närvarolistan

Ordförandens förslag

1. Närvarolistan fastställs

2 Godkännande av dagordning

Ordförandens förslag

1. Godkännande av föreliggande dagordning

3 Adjungerande

Ordförandens förslag

1. Jeremy Wihdén, projekt psykisk hälsa, adjungeras
2. Pehr Guldbrand, chefläkare adjungeras

4 Protokollsjustering

Ordförandens förslag

1. Ledamoten Kerstin Lundh (MP) utses att jämte ordföranden justera protokollet. Ordföranden överlämnar efter egen justering till justeringsmannen. Justering ska vara klar inom 14 dagar.

5 Föregående protokoll

Ordförandens förslag

1. Föregående protokoll läggs till handlingarna.

Information

6 Ekonomisk redovisning

A. Dnr LD 18/, material lämnas vid sammanträdet.

Periodrapport t.o.m. januari 2018

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

7 Presidiekonferens Gotland november 2017

Muntlig information Agneta Andreasson Bäck

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

8 Granskning av patientflöden och effektivitet inom ögonsjukvården – revisionsrapport

A. Dnr LD17/04448 (bilaga 1)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

9 IVOs uppföljning av åtgärdsbeslut, bilaga till tidigare rapport: Hyrläkare-vårdgivarens dilemma.

A. Dnr LD17/04573 (bilaga 2)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

10 Rapport från Vårdanalys: Från medel till mål

-att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.

A. Dnr LD17/04737 (bilaga 3)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

11 Regeringsbeslut - Uppdrag att följa upp och utvärdera ett mer ändamålsenligt klagomålssystem

A. Dnr LD18/00241 (bilaga 4)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

12 Rutin för barnkonsekvensanalys

Muntlig information Carina Meriläinen

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

13 Informationsinsatser

- A. Information vid patientrådet, Hedemora den 14 nov 2017
- B. Deltagande vid Patientsäkerhetsombudsträff Borlänge den 14 nov 2017
- C. Information till AT-läkare Mora den 16 nov 2017
- D. Information till AT-läkare Falun den 17 nov 2017
- E. Information vid chefsutvecklingsprogrammet den 7 dec 2017
- F. Information till öppenvård psykiatri Gagnef den 8 dec 2017
- G. Information till sjuksköterskestudenter Högskolan den 11 dec 2017
- H. Information till cancerrådet Falun den 15 dec 2017

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

14 Utbildningar, konferenser och studiebesök

- A. Deltagande vid nämndsekreterarutbildning, kommunallagen.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

15 Dialog med verksamheten

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

Stödpersons- och vårdärenden

16 Stödpersonsverksamhet

- A. Delegationsbeslut enligt vidaredelegation LD17/02417
för perioden 2017-10-27—2017-12-28
Nya förordnanden av stödperson: 2 st
Avslutade förordnanden av stödperson: 6 st
Antal pågående stödpersonsuppdrag 2017-12-28: ej tillgängligt

Ordförandens förslag

1. Anmälda delegationsbeslut antecknas till protokollet

17 Registrerade vårdärenden per huvudrubrik/kön

- A. Dnr LD17/04083 (bilaga 5)

Antal registrerade ärenden per huvudrubrik och kön
2017-10-27—2017-12-28 Totalt 202 ärenden

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

18 Avslutade vårdärenden

A. Dnr LD17/04808 (bilaga 6)

Redovisning och dialog kring avslutade ärenden, enligt delegation §26/15, för perioden 2017-10-27—2017-12-28. Totalt 232 ärenden.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

19 Exempelärenden

Vård och behandling

Allvarliga komplikationer

För tidigt född pojke som vårdades på neonatalavdelningen under lång tid. Innan hemgång efterfrågade föräldrarna vaccin mot RS-virus. Fick svar av sjuksköterska att det inte fanns vaccin för så små barn. Efter några veckor i hemmet fick sonen kraftiga andningsbesvär. Vid ankomst till neonatalavdelningen efterfrågade föräldrarna provtagning för RS, fick till svar av läkare att det inte behövs då det rör sig om en vanlig förkylning. Åker därefter till Uppsala för planerad ögonlaserbehandling. Där konstateras RS virus varpå lång vårdtid med komplikationer följer, pojken hålls nedsövd två veckor och får ECMO-behandling. Föräldrarna har i efterförloppet fått besked att sonen vid utskrivningen, enligt rutin, skulle ha vaccinerats mot RS. Ärendet är anmält enligt Lex Maria, familjen har haft möten i vården.

Felmedicinering

Kvinna som ordinerats hög dos kortison utan planerad uppföljning vilket resulterade i diabetes, framför kritik mot stafettläkarsystemet. Verksamhetschefen skriver att informationen till kvinnan har brutit. Av journalanteckningen framgår att läkemedlet ska tas enligt behandlingsschema men den informationen gavs aldrig till kvinnan.

Omvårdnad*Personlig omvårdnad*

Kvinna som vårdats inneliggande på vårdavdelning påtalar flertal brister hon upplevt gällande bland annat smärtlindring, hygien och ansvar. Påtalar resursbrister men ser även flera exempel på saker man kan göra i ett förbättringsarbete. Läkare har haft telefonkontakt med kvinnan. Vården har blivit uppmärksammat på ett flertal brister som kommer att belysas i både arbetsgrupp och ibland läkarna.

Kommunikation*Bristande empati*

Gravid kvinna inkom akut med blödningar och smärta, hade tidigare fått information om att barnet inte längre levde. Vid ankomst på vårdavdelning lång väntan på smärtstillande och läkemedel som skulle starta förlossningen. Hon hade kraftiga värkar och efterfrågade epiduralbedövning men nekas detta med motiveringen att det endast kan ges på förlossningen. Strax innan födseln kommer personal från förlossningen till avdelningen och informerar kvinnan om att bedövning kunnat ges på avdelningen. Kvinnan beskriver bemötandet hon fick under dagen, hon upplevde att personalen verkade irriterade på henne och att ingen närmade sig henne. Information hon fick gavs vid sänggaveln eller i dörren. Påtalar att det var svårt att mista sitt barn men att personalens agerande kändes ännu värre. Då kvinnan senare kom för att hämta barnet visste ingen var barnet fanns och inte heller om obduktion skett, vilket kvinnan bett om att det inte skulle göras. Bitr. verksamhetschef har haft telefonkontakt med kvinnan.

Dialog/delaktighet

Närstående beskriver upplevda felaktigheter i vården. Bristande kommunikation med närstående som fick dödsbesked medan fadern fortfarande var i livet. Känner sig frågande till den medicinering som gavs till fadern samt att han som närstående ombads fylla i en enkät med synpunkter på vården då han satt vid sin fars dödsbädd. Verksamhetschefen beklagar de negativa upplevelserna. Internutredning pågår, närstående kommer att erbjudas uppföljningssamtal. Läkaren har sagt döende till närstående, inte att fadern var död.

Ekonomi*Ersättningsanspråk*

Man som besökt läkare på vårdcentralen i tron om att han skulle operera bort en knöl som tidigare bedömts av läkare. Läkaren har träffat meddelar istället att han ska skicka en remiss. Ifrågasätter patientavgiften. Hänvisas kontakta verksamhetschefen.

Patientjournal och sekretess*Bruten sekretess*

Kvinna som reagerar på att anamnes togs i väntrummet, både gällande henne men även andra patienter, bland annat rörande gynekologi. Verksamhetschefen beklagar att sjuksköterskans frågor ställdes i väntrummet. I de nya lokaler som akutmottagningen har saknas ofta samtalsrum. Återkoppling kommer att ske till berörd personal.

Patientjournal

Kvinna som i samband med besök på medicinmottagning rekommenderades att söka akutmottagning på grund av akuta besvär. Den läkare som träffade kvinnan gjorde ingen undersökning alls men i dokumentationen efteråt finns ett flertal felaktigheter. Misstanke om att det skrevs på fel patient. Kvinnan önskar få bort denna text. Rekommenderades kontakta berörd chef men fick aldrig någon kontakt. Har blivit uppringd av läkaren och är nöjd med samtalet och ändringar är gjorda i journalen.

Administrativ hantering*Egen vårdbegäran*

Kritik mot klinikens hantering av egen vårdbegäran. Påtalar att det ska bedömas som en ordinär remiss men anser att så inte är fallet. Kritisk mot att den egna vårdbegäran besvarades anonymt samt hänvisades till vårdcentral. Patienten hade tidigare fått en tid efter remiss från primärvården men avbokade denna då besvären lättat. När samma text skickas via egen vårdbegäran blir resultatet/hänvisningen en annan. Patienter ställer frågan om inte meningen med egen vårdbegäran var att skulle underlätta vårdkrånglet och vill veta vem som ansvarar för egen vårdbegäran vid hudkliniken. Anmälare har själv efterfrågat svar.

Borttappad remiss

Man som vårdats på medicinkliniken efter subarachnoidalblödning. Vårdades initialt i Uppsala som remitterade patienten till hemlandstinget för uppföljning och ny MR inom sex månader. Fått tid för uppföljning först efter nio månader men ingen kallelse för MR. Mannen drabbades i efterförloppet av infektioner och blev inneliggande under längre period. Menar att han orsakats mer lidande än vad som är normalt. Mannen vill förmedla att han är nöjd med bemötande och all den vård han fått men uppger att han hade önskat mer information om orsaker till infektionerna och att han fått vara mer delaktig i de undersökningar som gjordes. Verksamhetschef har tagit del av mannens synpunkter och patienten har fått besked om att han ska kallas för MR inför det planerade läkarbesöket.

Vårdansvar*Informationsöverföring/samverkan mellan vårdenheter*

Äldre kvinna föll i trapp, inkom akut med misstanke om frakturer. Tre revbensfrakturer konstaterades, man ville då skicka hem kvinnan vilket hon protesterade mot. Efter inskrivning på vårdavdelning verifierades sex revbensfrakturer och kotkompressioner. Några dagar senare bedömdes kvinnan medicinskt färdigbehandlad, vilket närstående ifrågasatte då ingen form av kommunala insatser kunde sättas in. Kvinnan fick kvarstanna tills närstående hade möjlighet att ta hand om henne. Närstående är frågande till samarbetet mellan landsting och kommun. Efterfrågar även om policy i etiska och medmänskliga frågor finns. Verksamhetschefen svarar att man borde ha haft mer information om och kontroll av kvinnan innan beslut togs om utskrivning. Utskrivningsrutiner ska förbättras.

Informationsöverföring/samverkan mellan vårdenheter

Utomlänspatient som efter trauma får besked om operation av knäfraktur. Efter någon timme ges besked av läkare att operationen måste ske i hemlandstinget. Patienten fick vänta i två dygn innan vidare transport till hemlandstinget. Hänvisades till vistelse på patienthotellet i väntan på transport trots svåra smärtor. Patienten vill lämna synpunkter på bristande bemötande, brist på information, kommunikation och samverkan mellan sjukhus. Ingen överrapportering verkar ha skett vid ankomst till akuten i hemlandstinget. Patienten känner sig illabehandlad och kränkt. Verksamhetschef beklagar patientens upplevelser. Verksamhetschef ställer sig frågande till hur det kom sig att patienten lades in på patienthotellet och inte på avdelning på lasarettet. Patienten uppfyllde inte de kriterier som

finns för boende på patienthotell utan skulle i detta fall ha vårdats på avdelning i väntan på transport.

Bristande Informationsöverföring/samverkan

Pojke som remitterats från folktandvården till specialisttandvård då konstaterade hål inte kan lagas på grund av pojkens rädsla. Får skriftligt svar från specialisttandvården att det är minst två års väntetid. Mor ringer då folktandvården och får till svar att de har bedömt att fallet ska hanteras av specialister. Mamman hänvisas att ringa specialisttandvården och får där svar att de har ett högt söktryck och att folktandvården inte följt gängse rutin som innebär att tandläkare i dessa typer av ärenden alltid ska ringa specialisttandvården och konsultera.

Specialisttandvården hänvisar mamman att själv ringa folktandvården och be deras tandläkare att kontakta specialisttandvården.

Mamman uppger att hon alltid blivit vänligt bemött men att hon upplever att sonen faller mellan stolarna på grund av resursbrist. Tänderna är provisoriskt lagade. Samtal med verksamhetschef som svarar att deras tandläkare konsulterade specialisttandvården innan remittering. Att fördröjning sker på grund av remisstopp och att folktandvården underhåller tänderna i den utsträckning de kan med regelbundna kontroller och fluorbehandling. Verksamhetschef ska tala med mor vid kommande besök.

Organisation och tillgänglighet

Lång väntetid på akuten för inneliggande patient

Maka har synpunkter kring sin nu avlidne makes vård på vårdavdelning. I samband med omläggning klipps en njurkateter av (PNP-kateter). Mannen försämrats och transporteras med ambulans till Falun där väntetiden är nio timmar och får under denna väntetid endast vatten. Maken ställer frågan om det är rimligt att vänta så länge på akuten när patienten är inskriven på vårdavdelning, på grund av något som en vårdpersonal orsakat. Biträdande verksamhetschef för kirurgkliniken bekräftar att väntetiden var lång och hade kunnat kortas ned om en remiss skrivits från vårdavdelningen till röntgen eller också att remiss för röntgen skrivits direkt när patienten anlänt till akuten. Biträdande verksamhetschef tar upp ärendet med läkargruppen och ledningsgruppen på akutmottagningen för att se om omhändertagandet kan förbättras för den här typen av patienter.

Lång väntan på besökstid.

Man som under våren fått diagnos autism och ADHD, i samband med detta fått besked om att han ska kallas för läkarbesök efter sommaren. Läkarbesöket dröjer till december och då han kommer för sitt besök får han besked att läkaren är sjuk men att han är uppsatt på väntelista. Efter flera försök att nå ansvariga chefer får han telefonkontakt med avdelningschef som meddelar att han kommer att bli kallad men det är osäkert när. Han får även information om att de får påfyllning av nya läkare efter nyår. Mannen är oroad för att han ska försämrats, berättar att han nyligen varit inneliggande på psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Han uppger att det skulle lugna honom om han kan få besked om hur lång väntetiden förväntas bli. Mannen har efter flera kontaktförsök fått besked via mina vårdkontakter om en ny läkartid i januari.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

20 Sammanfattning**Ordförandens förslag**

1. Informationen antecknas till protokollet

21 Övriga frågor**Ordförandens förslag**

1. Informationen antecknas till protokollet

22 Nästa sammanträde

Nästa sammanträde äger rum den 10 april 2018, kl. 09:30

Landstingets revisorer

2017-11-27

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Landstingsstyrelsen

Granskning av patientflöden och effektivitet inom ögonsjukvården

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- fortsätta stödja ögonsjukvården i pågående utvecklingsarbete samt, för egen del, allvarligt överväga hur rådande kapacitetsbrist ska hanteras, samt
- beakta de rekommendationer som framförs i Helseplan AB:s granskning

Granskningen överlämnas med begäran om yttrande senast 2018-02-28

Vi har under år 2017 genomfört en granskning av patientflöden och effektivitet inom ögonsjukvården. Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om arbetsorganisation samt använda rutiner/processer etc stödjer ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde inom ögonsjukvården och skäliga väntetider för patienterna. En viktig del i granskningen har utgjorts av en granskning utförd av Helseplan AB.

Inledningsvis kan konstateras att ögonsjukvården genomgått drastiska förändringar där nya och effektiva behandlingsmetoder revolutionerat verksamheten. Förändringarna har inneburit, och innebär även idag, en kraftigt ökad patienttillströmning där vissa patienter kan komma att behöva livslång behandling. Tillsammans med brist på kvalificerad personal medför detta att länets ögonsjukvård idag uppvisar en allvarlig kapacitetsbrist. Konsekvensen är bl a långa väntetider för vissa, framförallt inte medicinskt prioriterade, patientgrupper.

Inom ramen för verksamhetsledningens mandat har en rad åtgärder vidtagits för att underlätta situationen. Åtgärderna har varit ändamålsenliga och bidragit till en jämförelsevis god effektivitet i verksamheten. Ytterligare åtgärder pågår och granskningen visar även på fler åtgärder som är möjliga att vidta, t ex genom ökad systematik i olika sammanhang.

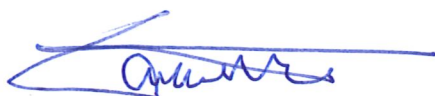
Vår samlade bedömning är att det grundläggande problemet inom ögonsjukvården i huvudsak inte är bristande arbetsorganisation eller rutiner/processer utan en kapacitetsbrist förorsakad av en kraftig patienttillströmning i kombination med brist på personal. Problembilden är sammantaget mycket komplex och kommer inte enbart att kunna hanteras inom ramen för ögonklinikens eget mandat såvida inte möjligheten att rekrytera personal drastiskt förbättras. Samtidigt är de långa väntetiderna ur ett patientperspektiv oacceptabla och riskerar att leda till patientsäkerhetsbrister.

Hälso- och sjukvårdsnämnden och tidigare landstingsstyrelsen bedöms som väl medvetna om den rådande kapacitetsbristen och har understött kliniken i pågående utvecklingsarbete. Även om hälso- och sjukvårdsnämnden, genom ögonkliniken, vidtagit möjliga åtgärder för att komma till rätta med kapacitetsbristen kvarstår nämndens ansvar för att säkerställa att patienterna erhåller relevant vård inom de tidsfrister som föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen.

Mot bakgrund av den rådande situationen är det därför centralt att hälso- och sjukvårdsnämnden även fortsättningsvis vidtar alla de åtgärder som såväl på kort som på lång sikt är tänkbara för att komma till rätta med kapacitetsbristen.

Landstinget Dalarna

Revisorerna



Carl-Erik Nyström



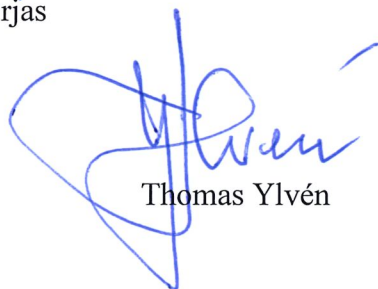
Sören Bertilsson



Birgitta Örjas



Ann-Britt Åsebol



Thomas Ylvén

Patientflöden och effektivitet inom ögonsjukvård

Granskning på uppdrag av
Landstinget Dalarnas revisorer

November 2017

Tina Burgerhout
Wiktor Suvander
Kerstin Edlund



Innehåll

1	SAMMANFATTNING OCH SLUTLIG BEDÖMNING.....	3
2	INLEDNING	6
2.1.	BAKGRUND, SYFTE OCH OMFATTNING	6
2.2.	REVISIONSFRÅGOR	6
2.3.	METOD OCH URVAL	7
2.3.1.	DOKUMENTGRANSKNING, INSAMLING AV STATISTIK	7
2.3.2.	INTERVJUER	7
2.4.	REVISIONSKRITERIER.....	8
2.5.	PROJEKTORGANISATION	8
3	STYRNING OCH LEDNING	8
3.1.	ÖVERGRIPANDE BAKGRUND	9
3.1.1.	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÖGONSJUKVÅRDEN GENERELLT I SVERIGE	9
3.2.	IAKTTAGELSER	10
3.2.1.	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA ATT UPPNÅ VÅRDGARANTIN	10
3.2.2.	STYRNING OCH LEDNING AV ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA	14
3.2.3.	MEDICINSKA STYRINSTRUMENT, VÅRDPLANER INKLUSIVE AKTUELLA INDIKATIONSGRÄNSER	16
3.2.4.	SYSTEM, HANTERING OCH UPPFÖLJNING AV LEDTIDER, PATIENTFLÖDEN OCH VÄNTETIDER 16	
3.3.	BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	19
3.3.1.	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA ATT UPPNÅ VÅRDGARANTIN	19
3.3.2.	STYRNING OCH LEDNING AV ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA	19
3.3.3.	MEDICINSKA STYRINSTRUMENT, VÅRDPLANER INKLUSIVE AKTUELLA INDIKATIONSGRÄNSER	19
3.3.4.	SYSTEM, HANTERING OCH UPPFÖLJNING AV LEDTIDER, PATIENTFLÖDEN OCH VÄNTETIDER 20	
4	KOMPETENSFÖRSÖRJNING.....	21
4.1.	IAKTTAGELSER	21
4.1.1.	FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ADEKVAT BEMANNING PÅ KORT OCH LÅNG SIKT.....	21
4.1.2.	ÖGONSJUKVÅRDEN ARBETE MED TASK SHIFTING	23
4.2.	BEDÖMNING OCH SLUTSATSER.....	24
4.2.1.	FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ADEKVAT BEMANNING	24
4.2.2.	ÖGONSJUKVÅRDEN ARBETE MED TASK SHIFTING	25
5	SKÄLIGA VÄNTETIDER OCH PATIENTSÄKERHET	25
5.1.	IAKTTAGELSER	25
5.1.1.	REDOVISNING AV VÄNTETIDER	25
5.1.2.	PRIORITERINGAR MELLAN PATIENTGRUPPER OCH UNDANTRÄNGNINGSEFFEKTER	29
5.1.3.	SKÄLIGA VÄNTETIDER.....	29
5.2.	BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	31
5.2.1.	PRIORITERINGAR MELLAN PATIENTGRUPPER OCH UNDANTRÄNGNINGSEFFEKTER	31
5.2.2.	SKÄLIGA VÄNTETIDER.....	32
6	PATIENTFLÖDEN – KAPACITET OCH EFFEKTIVITET	32

6.1.	IAKTTAGELSER	32
6.1.1.	RUTINER OCH PROCESSER INOM LANDSTINGET DALARNAS ÖGONSJUKVÅRD	32
6.1.2.	FÖRDELNINGEN MELLAN EGEN VERKSAMHET OCH EXTERNA AKTÖRER.....	34
6.2.	BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	35
6.2.1.	RUTINER OCH PROCESSER INOM LANDSTINGET DALARNAS ÖGONSJUKVÅRD	35
6.2.2.	FÖRDELNINGEN MELLAN EGEN VERKSAMHET OCH EXTERNA AKTÖRER.....	36
7	REKOMMENDATIONER.....	37

1 Sammanfattning och slutlig bedömning

Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om arbetsorganisation samt använda rutiner/processer e t c stödjer ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde inom ögonsjukvården och skäliga väntetider för patienterna.

Vår övergripande bedömning är att Landstinget Dalarnas ögonsjukvård i stort har ett ändamålsenligt patientflöde. Verksamheten har stora svårigheter att rekrytera och bemanna verksamheten vilket lett till att väntetiderna inte är skäliga för patienterna. Verksamhetens arbetsorganisation bedöms stödja ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde samtidigt som ett antal utvecklingsområden har observerats rörande verksamhetens rutiner och processer. Nedan anges de viktigaste bedömningarna och rekommendationerna per revisionsfråga. Se Kapitel 7 för samtliga rekommendationer.

Revisionsfrågor:

1. Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider e t c och används ändamålsenliga system för detta?

Vi bedömer att verksamhets- samt hälso- och sjukvårdsledningen per idag inte fullt ut har kontroll på verksamheten avseende väntetider, patientflöden och ledtider. Antalet patienter på väntelistorna varierar och har på senare tid ökat. Verksamhetens ledning bedöms vara väl medveten om de utmaningar som verksamheten står inför men saknar tillräcklig produktionskapacitet för att kunna hantera den kontinuerliga ökningen av antalet patienter. Vidare bedömer vi att verksamheten är i behov av att enklare få tillgång till aggregerade data och analyskompetens för att säkerställa att verksamhetsbeslut fattas utifrån korrekt och fullständig information.

- **Vi rekommenderar att landstinget säkerställer att ögonkliniken får tillgång till aggregerade dataunderlag och analyskompetens**

2. Ges ögonsjukvården, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå vårdgarantin inom sitt verksamhetsområde?

Vi bedömer att ögonsjukvården saknar förutsättningar att nå vårdgarantin på kort sikt givet verksamhetens resurser. Främst beror detta på bristen på kompetent personal inom ögonsjukvården. Verksamheten bedöms vara i behov av insatser för att öka kapaciteten och samtidigt fortsätta att arbeta med förbättringar av effektivitet och patientinflöde. Vår bedömning är att styrelsen har tagit ansvar för att underlätta för verksamheten.

Vi rekommenderar att ögonsjukvården ser över möjligheterna att öka kapaciteten samt arbetar för effektivare patientflöden.

3. Är väntetider till undersökning/diagnostisering, operation/behandling och efterkontroll för patienter skälig?

Vi bedömer att den tidsmässiga prioritering som sker av patienter givet vårdbehov är skäligt givet nuvarande kapacitet. Samtidigt medför dessa prioriteringar att väntetiden för icke-prioriterade patienter förlängs utöver vad som kan anses som skälig väntetid för patienten.

Vi rekommenderar att ögonsjukvården ser över möjligheterna till effektivare patientflöden.

4. Är patientflödena (ledtiderna) vid ögonkliniken optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer e t c ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt, görs adekvata prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, är kapaciteten tillräcklig liksom, i förekommande fall, fördelning mellan köpta operationer och operationer i egen regi)?

Verksamhetens arbetsorganisation bedöms stödja ett optimalt patientflöde, samtidigt som ett antal utvecklingsområden har observerats rörande verksamhetens rutiner och processer.

- **Vi rekommenderar att ögonsjukvården arbetar för att optimera sina patientflöden, exempelvis i form av:**
 - Fortsatt pågående arbete avseende strukturerad genomgång av väntelistorna för att säkerställa medveten och god prioritering av patienter och patientgrupper baserat på medicinskt behov
 - Genomföra planerad nybyggnation av lokaler för makulaverksamheten för att därigenom öka kapaciteten för operationssalar samt möjliggöra för mer effektivt utnyttjande av andra resurser, främst personal
 - Se över möjligheten av att samla ihop och vid samma tillfälle bedöma patienter som sannolikt innefattas av samma patientgrupp, för att därigenom åstadkomma mer effektiva processer

5. Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde?

Vi bedömer att ett ändamålsenligt, men ej strukturerat och systematiskt, arbete med att optimera patientflöden och undanröja hinder för ett effektivt flöde sker inom landstingets ögonsjukvård.

- **Vi rekommenderar att verksamheten ser över möjligheterna till att inför ett än mer strukturerat och systematiskt förbättringsarbete.**

6. Är tillämpade indikationsgränser e t c adekvata?

Vi bedömer att tillämpade indikationsgränser och rutiner för remittering överlag är adekvata och i linje med jämförbara ögonsjukvårdsverksamheter i Sverige, dock finns viss utvecklingspotential.

- **Vi rekommenderar att verksamheten löpande reviderar medicinska styrdokument, exempelvis vårdplaner.**

7. Hur ser möjligheterna ut att bemanna verksamheten med adekvat kompetens och i vilken mån arbetar verksamheten med s k ”task shifting” (där så är möjligt)?

Vi bedömer att verksamhetens möjligheter att bemanna verksamheten med adekvat kompetens är begränsade givet bristen på kompetent personal inom ögonsjukvården. Verksamheten

bedöms i hög grad arbeta med så kallad task shifting, än mer bedöms kunna göras inom området.

- **Vi rekommenderar att verksamheten vidareutvecklar delegering av arbetsuppgifter genom task shifting där detta vid utvärdering visar sig vara effektivt.**

8. Hur ser den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen ut, d v s är verksamheten bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt?

Vi bedömer att verksamheten i dagsläget inte är bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt för att kunna hantera nuvarande och framtida personalbehov.

- **Vi rekommenderar att verksamheten formaliserar och löpande följer upp den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen.**

9. Hur många patienter har under de senaste tre åren samt det första halvåret 2017 skickats till andra län för undersökning och/eller behandling, antingen på grund av vårdgarantin eller planerade samarbeten?

Vi bedömer att den vård som har köpts externt har minskat under senare år. Vår bedömning är också att det är väsentligt att verksamheten i möjligaste mån sker i egen regi för att skapa en trygg bas för utbildning och fortbildning.

- **Vi rekommenderar att verksamheten har en beredskap att köpa in ytterligare operationer från extern leverantör för att därigenom frigöra intern kapacitet.**

10. Uppstår undanträngningseffekter på grund av att vissa diagnoser och/eller behandlingar ökar/har ökat i omfattning?

Vi bedömer att undanträngningseffekter uppstår till följd av de växande patientgrupperna som tidsmässigt behöver prioriteras och därmed tränger ut lägre prioriterade patientgrupper.

- **Vi rekommenderar att ögonsjukvården fortsätter det pågående arbetet avseende strukturerad och samlad genomgång av väntelistorna.**

11. Hur ser processen ut kring verksamhetsplanering och förändrade uppdrag i förhållande till den budget verksamheten får?

Vi bedömer att verksamhetens verksamhetsplanering kan utvecklas med avseende på kopplingen mellan budget och ett kvantifierat uppdrag. Detta inkluderar en mer strukturerad och kvantifierad planeringsprocess.

- **Vi rekommenderar att verksamhetens planeringsprocess utvecklas till att inkludera produktions- och kapacitetsplanering som ett planerings- och uppföljningsinstrument.**

2 Inledning

2.1. Bakgrund, syfte och omfattning

Ögonsjukvården omfattar undersökning och behandling av ett stort antal olika sjukdomstillstånd kopplade till ögat. Bland de sjukdomstillstånd som behandlas ingår bl a volymmässigt stora patientgrupper som t ex patienter med katarakt (grå starr) som framgångsrikt kan behandlas genom en operation som därför blivit mycket vanlig. I Dalarna genomförs ca 3 800 kataraktoperationer per år varav ca 1 500 utförs av upphandlade externa operatörer. En annan och under senare år starkt växande patientgrupp är de med makuladegeneration (åldersförändringar av gula fläcken) m fl sjukdomar som t ex diabetesmakulopati som efter utvecklingen av nya behandlingsmetoder numera också kan erbjudas en framgångsrik behandling. Denna behandling är i sig jämförelsevis enkel men kräver regelbundna täta återbesök och behandlingar under flera år vilket påverkar kapaciteten i ögonsjukvården.

Den succesivt kraftiga ökningen av behandling av patienter med makulasvullnad i kombination med de problem som finns med rekrytering av kvalificerad personal inom stora delar av vården, inklusive ögonsjukvården, får till konsekvens att andra patientgrupper får långa väntetider.

Mot bakgrund av utvecklingen inom ögonsjukvården och de utmaningar denna skapar för organisationen avser denna granskning att fokusera på effektiviteten i ögonsjukvården med utgångspunkt i klinikkens flöden av patienter och användning av tillgänglig personal.

Ett fokus idag vad avser effektivitet i organisationen är ett fungerande patientflöde med korta ledtider. Med ledtider avses den tid som förflyter från det beslut fattas om en åtgärd till dess att den är utförd. Korta ledtider anses gynna kvalitet, patientsäkerhet, ekonomi och arbetsglädje.

2.2. Revisionsfrågor

Förutom vad som angetts i stycke 2.1 ovan har nedanstående frågeställningar belysts:

1. Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider e t c och används ändamålsenliga system för detta?
2. Ges ögonsjukvården, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå vårdgarantin inom sitt verksamhetsområde?
3. Är väntetider till undersökning/diagnostisering, operation/behandling och efterkontroll för patienter skälig?
4. Är patientflödena (ledtiderna) vid ögonkliniken optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer e t c ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt, görs adekvata prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, är kapaciteten tillräcklig liksom, i förekommande fall, fördelning mellan köpta operationer och operationer i egen regi)?

5. Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde?
6. Är tillämpade indikationsgränser e t c adekvata?

Helseplan har även specifikt granskat följande frågeställningar:

7. Hur ser möjligheterna ut att bemanna verksamheten med adekvat kompetens och i vilken mån arbetar verksamheten med s k ”task shifting” (där så är möjligt)?
8. Hur ser den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen ut, d v s är verksamheten bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt?
9. Hur många patienter har under de senaste tre åren samt det första halvåret 2017 skickats till andra län för undersökning och/eller behandling, antingen på grund av vårdgarantin eller planerade samarbeten?
10. Uppstår undanträngningseffekter på grund av att vissa diagnoser och/eller behandlingar ökar/har ökat i omfattning?
11. Hur ser processen ut kring verksamhetsplanering och förändrade uppdrag i förhållande till den budget verksamheten får?

2.3. Metod och urval

Revisionen genomfördes augusti till november 2017. Dokumentgranskning, intervjuer och statistikgranskning genomfördes under september till oktober 2017.

2.3.1. Dokumentgranskning, insamling av statistik

Helseplan har tagit del av relevanta mål- och styrdokument, vilket bl a inkluderar rutiner, riktlinjer och processbeskrivningar som berör ögonsjukvården. Dokument som beskriver organisation, reglementen och arbets- eller uppgiftsfördelning har också granskats.

Relevant statistik, d v s statistik med särskilt fokus på ledtider, tillgänglighet och väntetider, samt Nysamrapporter för ögonsjukvård har inhämtats och granskats för att bidra till en bild av hur ögonsjukvården har förändrats över tid samt hur förhållandet mellan egenproducerad och köpt vård ser/har sett ut samt vilka eventuella undanträngningseffekter som uppstår. Vi har granskat statistik från perioden september 2016 till september 2017 och där så varit lämpligt gjort jämförelser med tidigare perioder eller från längre tidsintervall.

2.3.2. Intervjuer

Semistrukturerade djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt har 14 intervjuer genomförts. De har genomförts med respondenter i olika funktioner och på skilda nivåer i verksamheterna. Intervju med extern samarbetspartner/privat vårdgivare, Capio, har också genomförts. Capio är upphandlad privat leverantör för kataraktoperationer inom Landstinget Dalarna. Intervjuerna har genomförts genom fysiska besök, via telefon och e-post. Förteckning över intervjuade personer finns i bilaga 1.

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningskriterier som utgör grunden för revisionens analyser och slutsatser. Revisionskriterierna i detta uppdrag är bl a:

- Hälso- och sjukvårdslag, 2017:30
- Patientsäkerhetslag, 2010:659
- Patientlag, 2014:821
- Struktur- och förändringsplanen 2016 - 2019 Vägen till ett välvårdat Dalarna, samt övriga relevanta budgetdokument och liknande

Övriga dokument som studerats är bl a:

- Data från kvalitetsregister t ex makularegistret och kataraktregistret
- Vårdprogram/rekommenderade processer för ögonsjukdomar – eller andra dokument där t ex rekommenderade indikationsgränser finns
- Kriterier för remissbedömning
- Nysamrapport för ögonsjukvård för aktuell information om behandlingspraxis och aktivitets-, resurs- och effektivitetsdata samt för analys av utveckling över tid
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val
- Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF 2011:9)

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s riktlinjer för god revisionsed.

2.5. Projektorganisation

Projektledare från revisionskontoret var yrkesrevisor Kjell Johansson. Från Helseplan var Tina Burgerhout projektledare och Wiktor Suvander konsult. Ögonläkare Kerstin Edlund har varit expert och faktagranskare. Niklas Källberg var internt kvalitetsansvarig på Helseplan. Rapporten har sakgranskats av Åke Fridman, verksamhetschef på ögonkliniken, Landstinget Dalarna.

3 Styrning och ledning

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 1. "Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider e t c och används ändamålsenliga system för detta?", 2. "Ges ögonsjukvården, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå vårdgarantin inom sitt verksamhetsområde?", 6. "Är tillämplade indikationsgränser e t c adekvata?" och 11. "Hur ser processen ut kring verksamhetsplanering och förändrade uppdrag i förhållande till den budget verksamheten får?"

3.1. Övergripande bakgrund

3.1.1. Förutsättningar för ögonsjukvården generellt i Sverige

Ögonsjukvården har sedan 1980-talet genomgått en revolutionerande utveckling både nationellt och internationellt. Möjligheten att operera katarakt (grå starr) med intraokulära linser gjorde det möjligt att operera sjukdomen innan patienten saknade användbar syn, d v s nästan saknade ledsyn, på båda ögonen. Omställningen till denna operationsmetod innebar att ögonsjukvården inom några år ökade antalet kataraktoperationer tiofaldigt på alla Sveriges ögonkliniker, vilket enbart delvis kompensades med tillförda resurser. Vare sig ekonomiska eller personella resurser (inom alla yrkeskategorier) ökades i tillräcklig mängd. Det innebar att ögonsjukvården mycket tidigt arbetade med rationaliseringsprocesser inom och benchmarking mellan kliniker för att lösa den tuffa uppgiften att tillgodose befolkningens behov av ögonsjukvård. Utvecklingen inom kataraktkirurgin skedde parallellt med framstegen inom laserbehandling för att behandla diabetesförändringar i ögonbotten, vilka tidigare utan behandling ledde till blindhet.

Redan då utsattes övrig ögonsjukvård för undanträngningseffekter. Det gäller t ex behandling av glaukom (grön starr), inflammatoriska tillstånd i ögonen och synbefrämjande behandling hos barn vilka obehandlade leder till irreparabla skador på synen eller blindhet. Vården inom dessa delar såg under denna period också framsteg genom läkemedelsbehandling och operation.

Den stora grupp patienter som inte kunde erbjudas någon typ av behandling var fram till slutet av 1900-talet patienter med åldersförändringar i gula fläcken, så kallad makuladegeneration. När makuladegeneration konstaterats kunde inte patienterna behandlas och följaktligen behövde de inte följas inom ögonsjukvården utan hänvisades till syncentralen. Utvecklingen av olika behandlingsmetoder, både i form av läkemedel och operation, tog fart under 2000-talet och ledde till att ögonsjukvården skulle ta hand om en stor patientgrupp som tidigare inte diagnosticerats i detalj och inte behandlats inom ögonsjukvården. För patienter som drabbas av makuladegeneration är en snabb bedömning och behandling av vikt då sjukdomens framfart inte går att återkalla. Utan behandling brukar dessa tillstånd resultera i mycket dålig synskärpa med förlust av körkortssyn och lässyn samt med svårigheter att arbeta respektive klara dagliga aktiviteter själv. Som för flera andra sjukdomar är inte symptomen specifika för makuladegeneration utan kan likna dem som syns vid andra sjukdomar i gula fläcken. Detta medför att inflödet av patienter som måste undersökas inom en kort tidsrymd ökar för att hitta dem som ska behandlas i tid, något som kräver stora personella resurser. Behandlingen är också i fortsättningen personalkrävande p g a att det krävs upprepade undersökningar, kontroller och behandling som går ut på att ett godkänt läkemedel injiceras direkt i ögats glaskropp (så kallade intravitrealinjektioner). Detta behöver ske månatligen eller glesare delvis beroende på val av läkemedel som ingår i vården (och behandlingsstrategi) av den våta formen av åldersbetingade förändringar i gula fläcken (våt AMD¹). Detta innebär att ett stort antal kontrollbesök och

¹ Våt AMD (Age-Related Macular Degeneration) är en ögonsjukdom som drabbar gula fläcken, dvs det område mitt i ögats näthinna där du ser som skarpast och påverkar det centrala seendet, S:t Eriks ögonsjukhus,

operationstillfällen har tillkommit och fortsätter att öka. Denna patientgrupp kunde överhuvudtaget inte behandlas för tio år sedan.

Sedan ett par år tillbaka har ytterligare diagnoser tillkommit där behandlingsmetoder har utvecklats: diabetesmakulopati (DME, svullnad i gula fläcken orsakad av diabetes mellitus) och retinala venoklusioner (RVO, ocklusion av näthinnans venösa blodkärl). Även för dessa grupper leder behandlingen till att färre patienter får bestående grava synskador.

Inom alla diagnosgrupper som får injektionsbehandling syns ett ständigt ökande behov av behandling med injektioner och kontroller och ingen vet ännu hur stort behovet egentligen kommer att bli. Hittills ser ögonsjukvården att det inte säkert går att avsluta behandlingen, med vissa undantag. För majoriteten av patienterna blir kontrollerna och injektionsbehandlingen livslång. I diskussionen om ökade läkemedelskostnader saknas oftast de omfattande kontrollerna som måste inkluderas, liksom kostnaderna för personal och utrustning.

De sjukdomar som behandlas med intravitreal injektioner är att betrakta som folksjukdomar. Makuladegeneration samt RVO drabbar främst äldre patienter medan DME även drabbar yngre. Det är vanligt att båda ögonen drabbas hos samma person. Behandlingen med injektioner är sällan botande utan måste fortsätta över lång tid med behov av fortlöpande kontroller och nya injektioner. Detta gör att antalet patienter som behöver denna behandling ständigt ökar, vilket ställer höga krav på kliniken förmåga att ta hand om allt fler patienter med dessa sjukdomar.

Patientgruppen med katarakt är ofta i fokus på ögonsjukvården då kataraktkirurgi leder till snabbt och positivt resultat för majoriteten av patienterna. Samtidigt är katarakt en av få ögonsjukdomar där en länge väntetid i de flesta fall inte gör någon skillnad ur medicinsk synpunkt, även om väntetiden kan medföra besvär för patienten. Det finns flera stora patientgrupper som bör prioriteras medicinskt högre än katarakt, till exempel makuladegenerationer, glaukom, barn och skelningspatienter samt screening, utredning och behandling av patienter med ögonförändringar till följd av diabetes. Den prioritering sker i enlighet med prioriteringslistan som omnämns i avsnitt 3.2.1.

3.2. Iakttagelser

3.2.1. Förutsättningar för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna att uppnå vårdgarantin

Vårdgarantin innebär att patienten ska få vård inom en viss tid. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Den nuvarande vårdgarantin är en del av hälso- och sjukvårdslagen 2010 och sedan den 1 januari 2015 är vårdgarantin en del av patientlagen. När beslut om vård har fattats ska den erbjudas

inom vårdgarantins tidsgränser. Akut vård berörs inte av vårdgarantin. Om patienten blir akut sjuk eller skadad ska vård ges så snart som möjligt.²

Ögonsjukvården i Landstinget Dalarna hade under 2016 totalt 55 031 besök och 10 175 operationstillfällen (öppen- och slutenvård). Ca 9,5 procent av landstingets befolkning hade under 2016 kontakt med ögonsjukvården, med i snitt 2 besök per patient. Drygt 50 procent av besöken utfördes av läkare, resterande av andra yrkesgrupper såsom ortoptister (som undersöker och behandlar exempelvis skelning), sjuksköterskor och optiker (Nysam ögonrapport 2016).

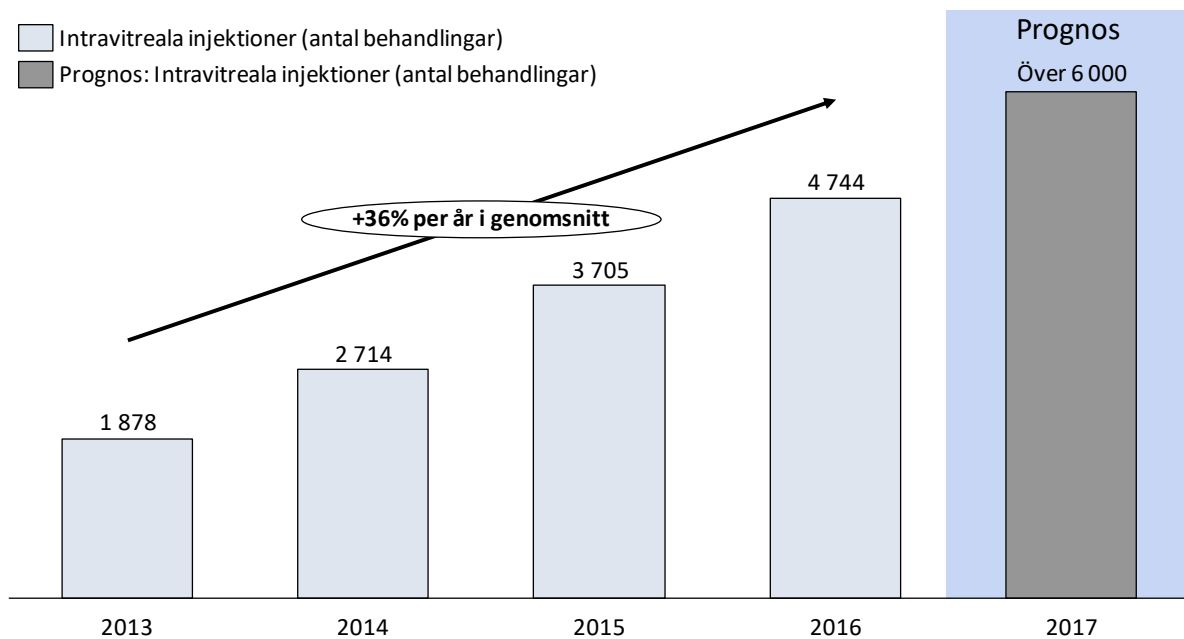
Som nämnts i 3.1.1. har nya behandlingsmöjligheter i flera omgångar ökat det åtagande som ögonsjukvården har gentemot befolkningen. Det sjukdomstillstånd som just nu ökar belastningen för ögonsjukvården mest är patientgruppen med makuladegeneration. Behandlingen mot sjukdomen som sker genom injektioner i ögat har gett denna grupp patienter, som framförallt är äldre även om en del är i yrkesverksam ålder, möjlighet att behålla synen vid regelbunden behandling. Ögonsjukvården har i och med detta fått ett omfattande nytt uppdrag att behandla en patientgrupp som tidigare inte alls kunde hjälpas i sjukvården. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har vid godkännandet av de två läkemedlen som finns för intravitreal injektioner bedömt att behandlingen är ekonomiskt väl försvarbar trots den för hälso- och sjukvården höga kostnaden. De första behandlingarna mot ögonsjukdomar med makulasvullnad (AMD) inleddes under 2007 i Sverige (Makularegistret kvartalsrapport Dalarna, 2017-10-01).

Antalet patienter som behöver behandling med intraokulära injektioner ökar fortfarande, vilket ställer höga krav på klinikens förmåga att ta hand om allt fler patienter varje år. Inom ögonsjukvården i Landstinget Dalarna har utvecklingen bland annat resulterat i att ett specifikt team med ansvar för makulaverksamheten har tillsatts. Ögonkliniken i Falun beräknas under 2017 genomföra över 6 000 behandlingar vilket kan jämföras med ca 3 700 år 2015, se figur 1.

Utmaningen för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna, liksom för övriga ögonsjukvårdsverksamheter i Sverige, är att balansera denna växande del av vården mot behovet inom övriga delar av ögonsjukvården. Detta sker genom effektivisering av patientflöden och genom hårdare prioritering. Det finns sedan början av 2000-talet en överenskommen prioriteringslista³ inom ögonsjukvården i Sverige som både verksamhetschefer och Sveriges ögonläkarförening står bakom. Den bygger på Prioriteringsutredningens slutbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5), regeringens proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* och riksdagens beslut i april 1997 om den etiska plattformen och prioriteringsgrupper samt även s k angelägenhetsgrad. Denna lista gäller inte för enskilda patienter utan ger ledning i hur kliniken prioriterar mellan olika sjukdomsgrupper på kliniknivå. Vård som inte kan vänta utan att ge permanenta skador behandlas före vård som kan anstå utan att på lång sikt ge men för patienten.

² Väntetider i vården, <http://www.vantetider.se/veta-mer/varldgaranti/>, informationen är hämtad 2017-10-23

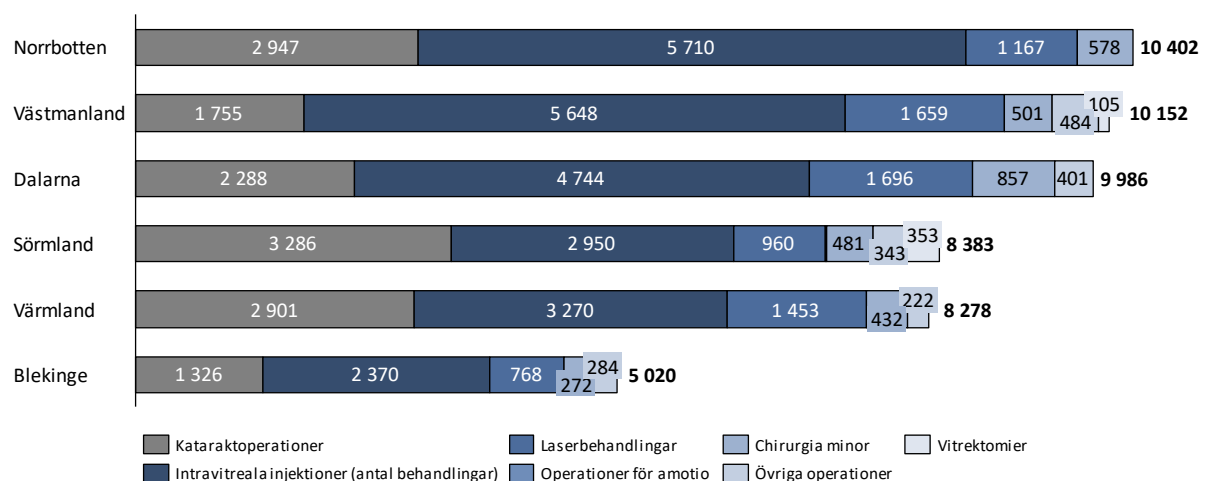
³ <https://swedeye.org/foreningen/prioriteringslista/>, informationen är hämtad 2017-11-06



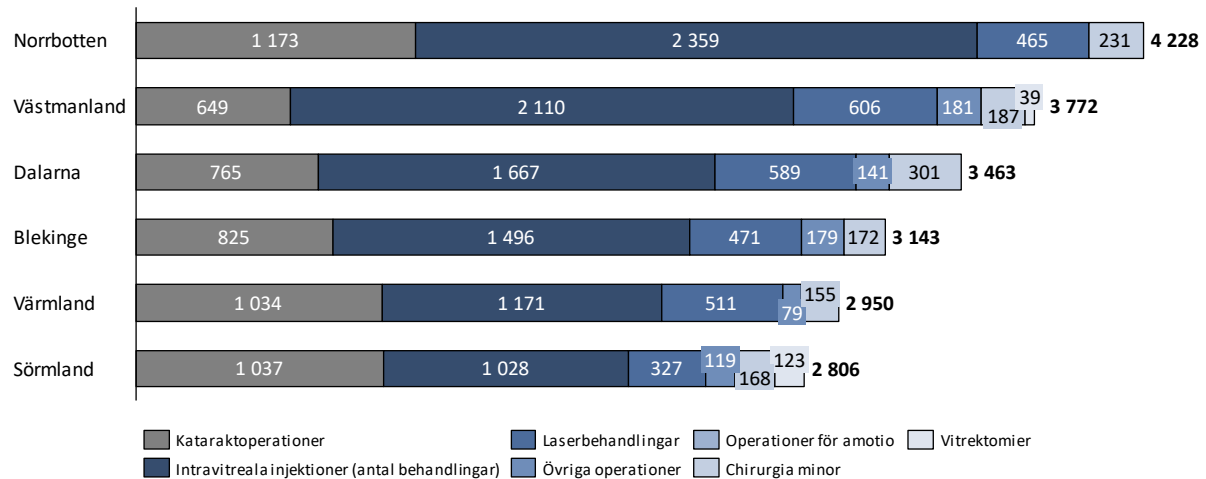
Figur 1: Antal intravitreal injektioner (antal behandlingar) 2013-2016. Källa: Nysam 2013-2016 samt verksamhetens prognos för 2017.

Analys av tillgänglig data i nyckeltalssamarbetet Nysam visar att Landstinget Dalarna överlag har liknande förutsättningar som övriga länskliniker. I figur 2 respektive 3 nedan synliggörs att landstingets vårdproduktion inom ögonsjukvården är jämförbar med övriga länskliniker, både med avseende på absolut vårdproduktion liksom produktion per 100 000 invånare.

Landstinget Dalarna köper i tillägg till den egenproducerade vården in ca 1 500 kataraktoperationer per år. Detta sker huvudsakligen genom avtal med en privat leverantör men även genom att patienter blir hänvisade till andra kliniker i Sverige för vård inom vårdgarantin.

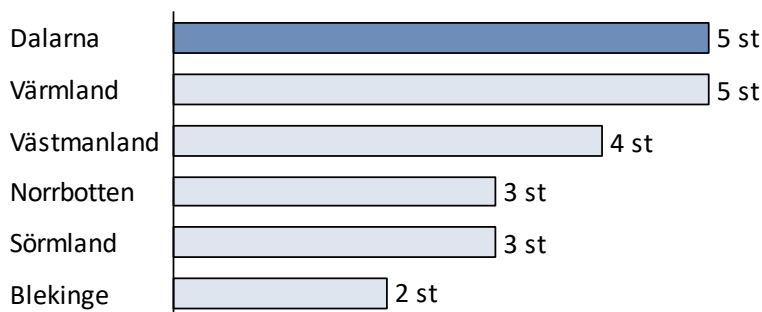


Figur 2: Antal operationer och behandlingar som utförs i egen regi uppdelat i kategorier (absoluta tal), länskliniker, 2016. Varje stapel visar totalt antal ingrepp fördelat mellan de olika typerna av ingrepp. Källa: Nysam 2016.

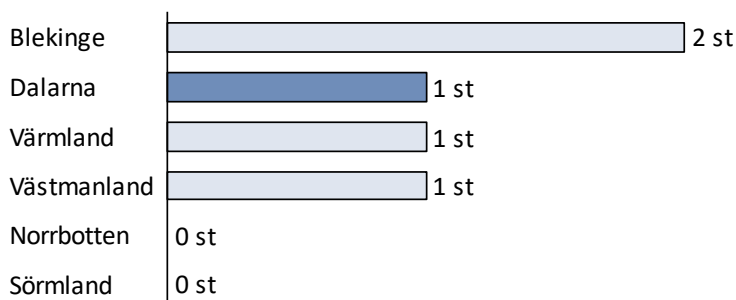


Figur 3: Antal operationer och behandlingar i egen regi uppdelat i kategorier per 100 000 invånare i det primära upptagningsområdet, länskliniker, 2016. Varje stapel visar antal operationer procentuellt fördelat per 100 000 invånare samt också det absoluta antalet operationer per 100 000 invånare. Källa: Nysam 2016.

I figur fyra och fem nedan redovisas antal utbudsställen (d v s mottagningar) samt antal vårdplatser för samtliga länskliniker som deltar i Nysam. Även här är det möjligt att konstatera att Landstinget Dalarna är jämförbart med övriga landsting, även om Landstinget Dalarna tillsammans med Landstinget i Värmland har högst antal utbudspunkter (fem stycken).

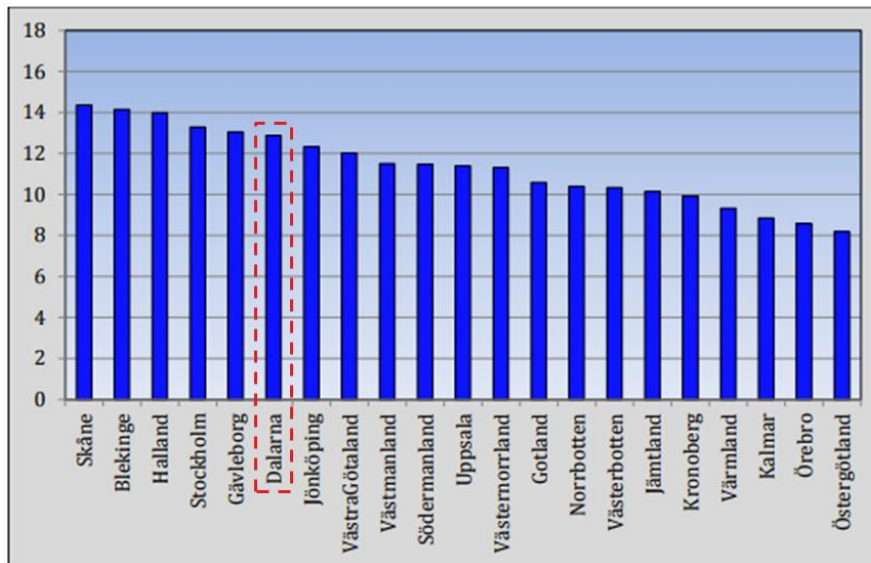


Figur 4: Antal geografiska enheter per länsklirik 2016. Källa: Nysam 2016



Figur 5: Antal vårdplatser per länsklirik 2016. Källa: Nysam 2016.

Som syns i figur 6 nedan så tillhör Landstinget Dalarna ett av de landsting som utförde flest kataraktoperationer per 1 000 invånare under 2016. Siffrorna är åldersjusterade med riket som standard, vilket ökar jämförbarheten mellan landstingen. Enligt de PM och vårdprogram i Landstinget Dalarna som vi tagit del av ligger de indikationer inom Landstinget Dalarna som används för beslut om kataraktoperation på en nivå som förekommer inom flera landsting som har en lägre operationsfrekvens relativt invånarna. Indikationsgränsen innebär att det krävs en viss försämring av synskärpan för att bli aktuell för en kataraktoperation i landstingets regi. Flera av de landsting som har fler operationer per invånare har mer generösa kriterier och opererar därmed även patienter vars syn ännu inte försämrats lika mycket.



Figur 6: Antal kataraktoperationer per 1 000 invånare per landsting 2016. Diagrammet är åldersjusterat med riket som standard. Rikets siffra är 12,01 operationer per 1000 invånare. Källa: Svensk kataraktkirurgi 2016.

3.2.2. Styrning och ledning av ögonsjukvården i Landstinget Dalarna

De politiska beslut som ligger till grund för ögonsjukvårdens praktiska och ekonomiska ram i Landstinget Dalarna är i huvudsak landstingsplan och budget. Fullmäktige beslutar även om utbudsställen, d v s var mottagningarna ska vara lokaliserade.

Den övergripande politiskt framtagna landstingsplanen bryts sedan några år tillbaka ner i verksamhetsplaner på klinisk nivå. Detta arbete har kommit olika långt inom olika verksamheter. I verksamhetsplanen för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna 2017, under rubriken uppdragsbeskrivning, framgår att ögonsjukvården i Landstinget Dalarna tolkat sitt uppdrag på följande sätt (sida ett):

- "Ögonsjukvården Dalarna ska bedriva ögonsjukvård med god tillgänglighet för de patienter vars sjukdom kräver ögonspecialitetens resurser.
- Medverka till en långsiktig hållbar ekonomi för att klara framtidens medicinska och tekniska utveckling.

- *Bemanna organisationen med egen personal, minimera behovet av inhyrd personal.*
- *Öka produktionen och produktiviteten, för att minimera externa vårdköp.”*

(Helseplans punktindelning)

Inför 2018 års verksamhetsplan ska det enligt intervju med divisionschefen för division kirurgi även inkluderas mer kvantitativ information såsom antal operationer, besök o s v som komplement till de beskrivande/kvalitativa delarna av uppdraget.

Verksamhetsplanen för 2017 är även kopplad till budgeten. I verksamhetsplanen formuleras det övergripande målet så här (sida tre):

”Tillsammans ska vi, inom tillgänglig ekonomisk ram, erbjuda trygg och säker vård i rätt tid på rätt plats och vi blir ständigt bättre.”

Budgeteringsarbetet har historiskt sett baserats på en procentuell uppräknings från föregående år samt innehållit krav på visst effektiviserings-/förbättringsarbete. I intervjuer framkommer att det genom ökad dialog med politiker och centrala tjänstemän nu har blivit lättare att få gehör för de behov de ökade behandlingsmöjligheterna inom ögonspecialiteten har lett till. Detta exemplifieras i intervjuer med att de nyrekryteringar som enligt landstingets policy måste överprövas, i de flesta fall godkänns.

Verksamhetschefen har mandat att fördela budgeten för ögonsjukvården med vissa undantag. Budgeterade medel och tillgängliga resurser kan därmed fördelas mellan olika verksamheter och patientgrupper genom beslut från verksamhetschefen. Detta har enligt intervjuer gjorts under 2017 genom att bemanningen av operationsverksamheten prioriterats högre i syfte att uppnå målet om en operationsenhet i full drift. Exempelvis har en mottagningsenhet lånat ut en sjuksköterska till operationsenheten, enligt intervjuer. Verksamhetschefen har också mandat att lägga ut viss del av verksamheten på extern utförare. Detta har skett genom att den privata aktören Capio genom upphandling fått uppdraget att utföra ett visst antal kataraktoperationer per år. Dessa utförs genom att landstingets lokaler och utrustning nyttjas under helger. Enligt intervjuer och verksamhetsplanen är målet på sikt att ögonsjukvården själv ska klara sitt operationsåtagande i egen regi.

En tydlig begränsning i verksamhetschefens beslutsmandat är att de utbudsställen som finns inom landstinget endast kan ändras genom politiska beslut. Trots detta har mottagningen i Avesta inte kunnat hållas öppen sedan våren 2017. Detta berodde på att mottagningen inte gick att bemanna efter pensionsavgång. De patienter som tidigare gått på mottagningen i Avesta hänvisas därför nu till Falun.

Vidare utgör lättillgänglig statistik och underlag en förutsättning för välinformerade beslut och därmed god styrning och ledning. Vid förfrågningar om statistik och underlag för att kunna genomföra denna revision har de datafiler som Helseplan mottagit haft en

svårhanterad/tidskrävande struktur. Eftersökt information finns i underlagen, men underlagen är svårhanterade/tidskrävande. Enligt verksamhetschefen har landstingets ögonsjukvård inte tillgång till någon analys- eller controllerfunktion för att hämta ut och bearbeta verksamhetsstatistik. Därför är det klinikens chefer, vårdpersonal eller sekreterare som utför dessa uppgifter.

3.2.3. Medicinska styrinstrument, vårdplaner inklusive aktuella indikationsgränser

Den medicinska styrningen av ögonsjukvården i Landstinget Dalarna sker bl a genom skriftliga dokument såsom vårdprogram och riktlinjer för remissbedömning. I dessa framgår bl a de indikationsgränser som gäller för att vidta vissa åtgärder. T ex finns här angivet vilken gräns vad avser synskärpa som gäller för att bli aktuell för en kataraktoperation. I verksamhetsplanen för 2017 framgår målet att samtliga vårdplaner ska uppdateras under året. Vid genomgång av ett större antal vårdplaner i samband med denna granskning kunde konstateras att de flesta inte uppdaterats under 2017 utan var upp till cirka 10 år gamla. Vårdplanen för glaukompatienter var relativt nyligen reviderat under 2016. Utifrån dateringen på de granskade vårdplanerna kunde inget tydligt mönster vad avser intervall för revidering uttydas. Det framgår inte heller på vårdplanerna när de ska revideras.

Det finns också ett dokument som samlar information om hur remisser ska bedömas. Detta är ett medicinskt prioriteringsinstrument som är avsett att fungera vägledande för den personal som gör bedömning av remisser. Detta dokument är reviderat för mindre än ett år sedan.

3.2.4. System, hantering och uppföljning av ledtider, patientflöden och väntetider

Ledtider och patientflöden:

Ögonsjukvården innehåller såväl avgränsade vårdepisoder, exempelvis kataraktoperation, som återkommande åtgärder, återbesök och kontroller vid kroniska ögonsjukdomar. Den senare gruppen patienter står för merparten av besöken på mottagningen. Endast delar av verksamheten kan därmed beskrivas i termer av ledtider eftersom detta begrepp förutsätter en mer avgränsad episod med en tydlig slutpunkt. Begreppet patientflöden är vidare och kan sägas inkludera samtliga patientgrupper. Samtidigt är begreppet inte entydigt definierat.

System för hantering av väntetider:

Begreppet väntetider finns definierat i Socialstyrelsens termbank⁴ som:

- väntetid till första vårdkontakt: Tid som patienten väntar från beslutad vårdbegäran till dess att första vårdkontakt sker;

⁴ <http://termbank.socialstyrelsen.se/>, senast besökt den 25 oktober 2017

- väntetid till behandling: Tid som patienten väntar från beslut om behandling till dess att behandlingen påbörjas

Väntelistorna inom ögonsjukvården hanterar även patienter med kroniska tillstånd eller sjukdomar som inte i rätt tid får tillgång till den vård som planerats. De väntetidsbegrepp som Socialstyrelsen har definierat innefattar inte sådana väntetider. Inom ögonsjukvården är det mycket viktigt att patienter med kroniska sjukdomar kontrolleras inom det tidsintervall som medicinskt anses säkert och att dessa tidsintervall inte förlängs oskäligt.

Enligt intervjuer hanteras väntetiderna inom ögonsjukvården normalt separat för respektive mottagning. Det innebär att det finns sex separata väntelistor för ögonsjukvården. Från och med april 2017 hanteras väntelistorna för Avesta inom ramen för mottagningen i Falun. Väntelistan för respektive enhet mottagning innehåller de patienter som ska hanteras på respektive mottagning. Eftersom resurser och kompetens inte är desamma på alla mottagningar kan inte patienter med lätthet överföras mellan de olika mottagningarna. Det innebär att samtliga patienter som bedöms behöva resurserna som finns i Falun, och därmed remitteras dit, hamnar på Faluns väntelista oavsett var i länet hen bor.

Vissa verksamheter, exempelvis operation, förekommer endast på ögonklinikens verksamhet i Falun. För denna verksamhet finns därför bara en kölista. Denna består av patienter som är färdigbedömda för operation. Detta sker genom att patienten har träffat en ögonläkare, antingen den som ska utföra operationen eller någon annan ögonläkare. Vissa patienter har blivit bedömda av erfarna ögonsjuksköterskor, och andra patienter har kommit till kliniken via remisser från primärvård eller från privata optiker som bedöms kunna tas direkt till operation utan föregående ögonläkarbesök. Exempel kan vara vissa ögonlocksåkommor samt patient som tidigare opererat katarakt på ett öga och nu är aktuell för operation av andra ögat. Jämfört med andra specialiteter är remissinflödet till just ögonsjukvård generellt högt vilket innebär att en effektiv remisshantering är nödvändig för denna verksamhet. Det innebär också att hanteringen av remisser tar kvalificerade resurser i anspråk. Ögonsjukvården i Dalarna hade totalt 16 568 inkommande remisser under 2016 (Nysam 2016). Detta är en indikation på det inflöde av nya patienter som ögonsjukvården har, samtidigt som vi konstaterar att många av patienternas besvär är av kronisk karaktär. Genom att fler patienter tillkommer än det antal som kan avslutas blir belastningen till ögonsjukvården ökande.

Med start tidig höst 2017 har verksamhetschefen för ögonsjukvården i landstinget samlat alla väntelistor för att ta ett gemensamt grepp med att gå igenom, värdera och prioritera insatserna. Orsaken uppges vara att väntetiderna ökat kraftigt under året, främst till sjuksköterskor i tillägg till den successiva ökningen av väntetider till läkarbesök under senare år. Arbetet med väntelistorna innebär enligt uppgift en genomgång av listorna för respektive mottagning för att säkerställa att resurserna riktas dit de behövs som mest och undvika onödiga besök. Samtidigt görs en insats för att få upp bemanning och produktion på både operation och mottagning.

Ett exempel på insatser som kan genomföras och vilka effekter detta kan ge kan hämtas från ögonlockskirurgin. Genom fokuserade åtgärder har väntetiderna till sådana operationer minskat kraftigt från att ha varit mycket långa (mer än 15 månader) i början av året till att i slutet av oktober 2017 vara nere i sex månader från beslut om ingrepp tills ingreppet utförs.

I vårdplaneringen för varje patient läggs sedan lång tid en särskild markering för patienter som bedöms inte kunna vänta efter medicinskt måldatum, vilket är det planerade datumet för ett planerat besök eller ingrepp. Denna markering är till för att säkerställa att patienter med prioriterade behov inte likställs med andra patienter vid genomgång och hantering av väntelistan. Sådan så kallad viktig-markering ger en signal till den som planerar in mottagningar och operationer att det kan krävas särskilda åtgärder, exempelvis en riktad mottagning, för att dessa patienter inte ska få vänta för länge. För 2017 har ett specifikt mål satts upp i verksamhetsplanen för att viktig-markerade patienter ska få komma på avsedd tid, d v s inte stå kvar på väntelistan efter måldatum. Målet i verksamhetsplanen är formulerat så här:

Återbesök

Förbättrad väntelistehantering	Mått: antal viktigmarkerade som inte kommer in i rätt tid + 30 dagar	Mål: alla viktiga kommer i tid
--------------------------------	--	--------------------------------

Tabell 1: Mål i verksamhetsplanen rörande viktigmarkering. Källa: Verksamhetsplan, 2017

Det finns enligt intervjuer ingen strukturerad uppföljning av om detta mål har uppfyllts.

När en patient får besked om att väntetiden blir längre än den vårdgaranti som finns lagstadgad kan hen kontakta väntetidskansliet i landstinget. Där blir patienten informerad om och guidad till vård utanför landstingsgränserna till samma kostnad som om vården utförts inom Landstinget Dalarna. Enligt intervju med vårdlots på väntetidskansliet är det nästan bara patienter med remiss för kontroll av eventuell katarakt som kontakter väntetidskansliet. För dessa finns upparbetade samarbetsparter i form av privata vårdgivare som har avtal med andra landsting. Väntetidskansliet skriver utifrån patientens uppgifter ett underlag för vårdgarantiremiss som ögonkliniken får godkänna innan remissen skickas till den externa utföraren. Vårdgarantivården belastar ögonsjukvården i Landstinget Dalarna i form av utomlänsvård. Landstinget Dalarna köpte under 2016 ögonsjukvård för ca 15 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka 5 miljoner kronor per 100 000 invånare i Dalarna (Nysam 2016). Utöver det betalar ögonsjukvården för vård som utförs utanför Dalarna, vilka enligt intervjuer till största delen uppkommer på grund av att vårdgarantin inte uppfylls för närvarande. Vård som utförs utanför länet kan även inkludera s k valfrihetsvård som innebär att en patient väljer att söka sig till en ögonklinik i ett annat landsting, enligt de rättigheter som framkommer i patientlagen. Det går inte att särskilja valfrihetsvård från vårdgarantivård i den statistik som finns över den vård som utförs utanför Dalarna.

3.3. Bedömningar och slutsatser

3.3.1. Förutsättningar för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna att uppnå vårdgarantin

Helseplans bedömning är att ögonsjukvården i Landstinget Dalarna har förutsättningar som liknar de som råder inom ögonsjukvården i Sverige idag. Detta innebär att ögonsjukvården har en rad utmaningar som beror på det ökade uppdrag som förbättrade behandlingsmöjligheter fört med sig. Utmaningarna förvärras på grund av svårigheter att bemanna verksamheten, något som bedöms vara värre för Landstinget Dalarna än för många andra landsting i Sverige.

Förutsättningarna att nå vårdgarantin bedömer vi på kort sikt inte realistiska med de resurser som verksamheten har, inte minst de personella. Om man i verksamheten skulle prioritera att uppfylla vårdgarantins tidsram på 90 dagar till första besök och till behandling (efter att beslut om behandling tagits) skulle detta få mycket stora konsekvenser för i princip alla andra patientkategorier och riskera att helt åsidosätta prioriteringstanken att vård till de som behöver den mest ska gå före medicinskt lägre prioriterad vård. Helseplans bedömning är därför att det inte finns förutsättningar för ögonsjukvården att uppnå vårdgarantin idag.

3.3.2. Styrning och ledning av ögonsjukvården i Landstinget Dalarna

Helseplans bedömning är att styrelsen har tagit ansvar för att underlätta för verksamheten. Verksamheten bedöms vara i behov av insatser för att öka kapaciteten samtidigt som verksamheten fortsätter att arbeta med förbättringar av effektivitet och patientinflöde. Helseplan bedömer att lättillgänglig statistik och underlag utgör en förutsättning för välinformerade beslut och därigenom god styrning och ledning samt en ändamålsenlig och effektiv verksamhet. Att mottagen statistik och underlag uppvisar en svårhanterad/tidskrävande struktur utgör en indikation på att det finns strukturella utmaningar vad gäller datauttag och databearbetning. Vår erfarenhet är att det är särskilt viktigt för verksamheter som av olika skäl står inför stora utmaningar att ha adekvat information lättillgänglig på ett sätt som underbygger de beslut och prioriteringar som behöver göras i verksamheten. Det faktum att det inte finns någon tillgång till analys- eller controllerfunktion på kliniken bedömer Helseplan vara en försvårande omständighet för en pressad klinik med stora utmaningar.

3.3.3. Medicinska styrinstrument, vårdplaner inklusive aktuella indikationsgränser

Helseplan bedömer att det för de största patientgrupperna finns uppdaterade styrdokument i form av vårdprogram men att de för flera av de mindre frekvent förekommande patientgrupperna är av äldre datum. Vi kan inte utifrån de dateringar eller andra noteringar i styrdokumentet se att dokumenten genomgår regelbundna revideringar, med i förväg fastställda tidsintervall.

Styrdokumentet avseende glaukom är relativt nyligen reviderat och enligt Helseplans bedömning helt i linje med både svenska och europeiska guidelinjes avseende glaukomsjukvård. Vi konstaterar dock att detta dokument saknar övergripande riktlinjer för kontrollintervall avseende när olika glaukomtyper bör kontrolleras efter de inledande åren räknat från diagnostisering.

Helseplan bedömer att adekvata styrdokument avseende gråstarrskirurgi som innehåller indikationsgräns för när operation kan bli aktuell finns. Detta dokument är av äldre datum men har bedömts som fortsatt aktuellt 2014. Indikationsgräns bör alltid finnas då enbart förekomsten av gråstarr inte är indikation för operation, utan patientens besvär måste överstiga risken med ett operativt ingrepp.

Helseplans bedömning är att det dokument för medicinsk prioritering som är avsett att fungera vägledande för den personal som gör bedömning av remisser, är reviderat för mindre än ett år sedan och ligger helt i linje med vad som tillämpas på andra ögonkliniker.

Helseplans samlade bedömning av de dokument vi tagit del av är att indikationsgränser och vårdplanepaxis inom ögonsjukvården i Landstinget Dalarna inte väsentligt skiljer sig från övriga Sverige och att de därmed kan anses vara adekvata. Vi kan dock inte uttala oss om i vilken grad dessa indikationsgränser tillämpas i praktiken eftersom detta inte ingått i granskningen.

Denna revision har inte granskat hur ovan nämnda handlingar implementerats i verksamheten och i vilken mån de efterlevs. För att fungera måste de vara kända, lätt åtkomliga och efterlevnaden bör följas upp.

3.3.4. System, hantering och uppföljning av ledtider, patientflöden och väntetider

Helseplans bedömning är att ögonsjukvårdens system och rutiner för hantering av väntetider fungerar för respektive mottagning. Respektive mottagning har hanterat sina prioriterade patienter samt vidtagit åtgärder för att ha så korta väntetider som möjligt för de patientgrupper som trängs undan. Vår bedömning att detta system inte längre var ändamålsenligt redan under första kvartalet 2017 eftersom det då inte på ett enkelt sätt gick att få överblick över hela väntetidssituationen på ögonsjukvården i landstinget. Därför är det enligt vår bedömning bra att verksamhetschefen under hösten 2017 tagit initiativ för att skapa en samlad bild för kliniken. I och med att kliniken i dagsläget endast kan hantera väntelistorna separat för varje mottagning separat, innebär en samordning manuellt arbete. Vi konstaterar att genomgång och samordning av väntelistan hade inletts då denna granskning påbörjades i början av oktober och ännu inte var klar eller avslutad i slutet av oktober. Vår slutsats är därför att system och rutiner för hantering och uppföljning av väntetider inte är ändamålsenligt för ögonsjukvården.

4 Kompetensförsörjning

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 7. "Hur ser möjligheterna ut att bemanna verksamheten med adekvat kompetens och i vilken mån arbetar verksamheten med s k "task shifting" (där så är möjligt)?" och 8. "Hur ser den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen ut, d v s är verksamheten bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt?"

4.1. Iakttagelser

4.1.1. Förutsättningarna för adekvat bemanning på kort och lång sikt

Det finns enligt uppgift i intervjuer inget skriftligt dokument där en långsiktig bemanningsplan framgår. Istället hanteras långsiktig bemanning genom verksamhetens kontinuerliga arbete. I komplement till den kortsiktiga bemanningsplanering som sker med sex veckors framförhållning finns hela tiden den långsiktiga planen som innebär att de personalgrupper som har eller förväntas få en bristsituation kommande år löpande utbildas. Detta innebär enligt uppgift i intervjuer en betydande belastning på den befintliga och mer erfarna personalen som utöver sitt patientarbete har ett fortlöpande ansvar att utbilda och fortbilda sina kollegor.

Det finns enligt intervjuer en brist på läkare inom ögonsjukvården i landstinget både på kort och på lång sikt. Enligt olika intervjuer är det mellan tre och fyra heltidsläkare som saknas i verksamheten. Bristen leder till att det sker ett långsiktigt arbete med att locka och utbilda nya läkare till ögonspecialister, något som tar flera år. Det finns inte heller någon garanti för att den utbildade läkaren stannar kvar i Dalarnas ögonsjukvård efter avslutad utbildning. Ögonsjukvårdsverksamheten har därför ett antal ST-läkare under utbildning vilket bör motsvara vad verksamheten behöver för att klara framtida pensionsavgångar. Det saknas en buffert för att någon läkare hoppar av eller flyttar. Enligt företrädare för andra ögonverksamheter i Sverige finns det brist på ögonspecialister i hela Sverige.

Även sjuksköterskor med specialistinriktning ögon har under senare tid blivit svåra att rekrytera. Enligt intervju fanns det under granskningens gång en annons ute för en tjänst som sjuksköterska vid ögonmottagningen i Falun. Till den tjänsten hade inte en enda kvalificerad sökande kommit in. Som kvalificerad sökande hade en allmänsjuksköterska räknats, då det under längre tid inte har varit möjligt att rekrytera vidareutbildade sjuksköterskor. Istället har allmänsjuksköterskor rekryterats som har haft intresse att vidareutbilda sig med lön. Enligt intervjuer har även denna yrkeskategori inte kunnat rekryteras in. För att hantera den svåra rekryteringssituationen har kontakt knutits med sjuksköterskeutbildningen för att fånga upp studenter för praktik eller på annat sätt locka studerande till kliniken. Ögonsjukvårdens verksamhet i Falun rekryterar även undersköterskor för att därigenom avlasta sjuksköterskorna. Även läkarstuderande har rekryterats som undersköterskor i syfte att väcka intresse för specialiteten i ett tidigt skede.

I verksamhetsplanen för 2017 finns målen för vidareutbildning av befintlig personal med, uttryckta som specifika mål enligt tabellen nedan.

Utbildningsmål	Mål
Individuell utbildningsplan	90 % år 2017
Glaukomutbildning sjuksköterskor, synfält AW Utbildning under 2017	Alla glaukomsjuksköterskor ska ha fått
Ny personal ska få endags utbildning i ögonsjukvård	Under 2017
Sjuksköterskor ska få OCT-utbildning Fototräffar/utbildning 2017	Under 2017 Genomföra utbildning i fototeknik

Tabell 2: Mål för vidareutbildning av befintlig personal. Källa: Verksamhetsplan, 2017

Det finns ingen strukturerad uppföljning av hur verksamhetsplanens mål har uppfyllts. Genom verksamhetschefen har Helseplan blivit informerad om att:

- Individuell utbildningsplan är en del av medarbetarsamtalen, varpå målet bör uppfyllas
- Glaukomsynfältsutbildning har genomförts, varpå målet i all väsentlig mening kan anses uppfyllt
- Halvdagsutbildning har genomförts för nyanställda i april i kombination med genomförd utbildning, varpå målet i all väsentlig grad kan anses som uppfyllt
- Fototräff/utbildning har ej genomförts, en anledning till detta är kameraproblem

Personalgruppen ortoptister kommer att drabbas av två pensionsavgångar inom kommande år. För att täcka detta vidareutbildas just nu två ögonsjuksköterskor till ortoptister. Detta medför enligt intervju att mottagningen i Falun inte klarar sitt åtagande p g a brist på sjuksköterskor. Det finns också flera kommande pensionsavgångar att väga in, bl a närmar sig flera erfarna ögonsjuksköterskor på de mindre mottagningarna pensionsåldern. Detta innebär både en bemannings- och kompetensutmaning för kliniken.

Det sparpaket som ålades samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheterna i Landstinget Dalarna 2011-2012 ledde enligt intervjuer till att den långsiktiga kompetensförsörjningsplan som vid detta tillfälle fanns på kliniken blev svår att fullfölja. I och med den personalneddragning som då genomfördes, motsvarande nio procent av personalen, försvann den buffert som hade behövts för att bibehålla kompetensen långsiktigt främst på sjuksköterskesidan. Detta anges som en viktig förklaring till den brist på sjuksköterskor som finns idag och som bl a har lett till att mottagningen i Avesta har fått stänga.

Kliniken har även optiker anställda. Dessa kan hantera en hel del undersökningar och kontroller som tidigare sköttes av ögonsjuksköterskor. Detta fungerar enligt intervjuer bra och det kan bli aktuellt att rekrytera ytterligare optiker, enligt intervjuer. Kliniken kommer enligt uppgift anställa ytterligare en optiker i december 2017.

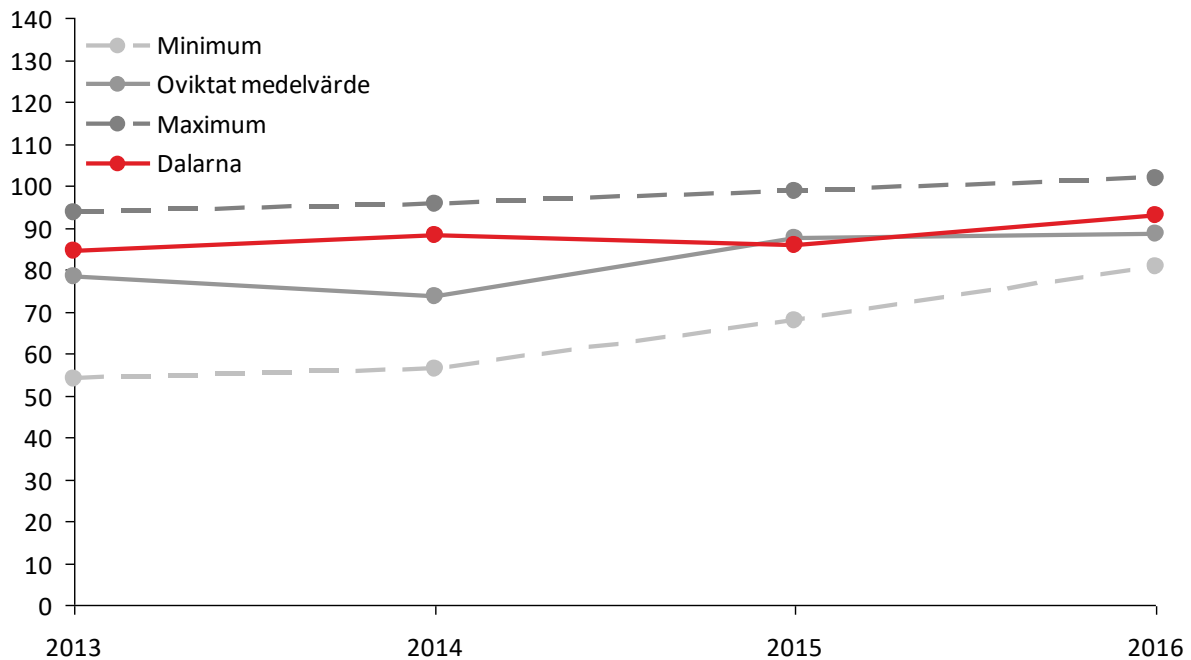
4.1.2. Ögonsjukvården arbete med task shifting

Verksamheten var enligt intervjuer tidig med att arbeta med så kallad task shifting med svenska mått mätt. Det innebär att sjuksköterskor har övertagit arbetsuppgifter som läkare traditionellt har utfört och undersköterskor har övertagit arbetsuppgifter från sjuksköterskor. Syftet har varit att den kvalificerade sjukvårdspersonalen ska användas till de patienter som mest behöver denna, i en situation då resurserna inte räcker till alla.

Enligt intervjuer bedömer sjuksköterskor exempelvis bilder på ögonbotten hos diabetiker av vilka endast uppskattningsvis tio procent går vidare till läkare för bedömning. Enligt uppgift görs även fler än hälften av bedömningarna avseende glaukom av sjuksköterskor och kompetensen byggs upp efter hand. Ortoptisterna tar hand om barn över tre år med vissa undantag. För närvarande är fyra sjuksköterskor upplärda för att ge injektioner till makulapatienter, något som frigör läkartid för operations- och mottagningsverksamhet. Det finns även fyra sjuksköterskor i länet som gör bedömning vid misstanke om behov av kataraktoperation, d v s tar självständigt emot nybesök på remiss från optiker med frågeställningen katarakt. Dessa sjuksköterskor sätter upp patienten direkt på väntelista för operation i de fall detta bedöms krävas, utan att läkarbesök behövs.

Den bild som framkommer vid intervjuer är att personalen vid ögonsjukvården i Landstinget Dalarna uppfattar att kliniken ligger långt fram när det gäller task shifting jämfört med liknande kliniker i Sverige. En mycket tillåtande och utvecklingsinriktad kultur beskrivs dessutom av flera respondenter. I intervjuer framkommer även att det pågår diskussioner internt i ledningsgruppen om att utöka task shifting till fler sjuksköterskor än de som idag har delegerats dessa arbetsuppgifter. Det framgår också att den ansträngda bemanningssituation som råder för närvarande leder till att det blir mindre fokus på utveckling och utbildning, vilket riskerar att ge sämre arbetstillfredsställelse.

Inom Nysam följs uppgifter om task shifting upp. De siffror som redovisas där bekräftar att Landstinget Dalarna var tidigt ute med task shifting och att fler verksamheter nu följt efter. (Nysam 2016). Som framgår av figur sju nedan var Landstinget Dalarna tidigt ute med att delegera en relativt stor andel besök till ortoptister, sjuksköterskor och andra professioner relativt andra länskliniker medverkande i Nysam. Detta försprång relativt övriga länskliniker var som störst 2014 för att sedan minska något. För 2016 var Landstinget Dalarna något över genomsnittet för medverkande länskliniker i Nysam.



Figur 7: Landstinget Dalarnas relativa position avseende besök ortoptist/sjuksköterska/andra på delegation per 1000 invånare i det primära upptagningsområdet i jämförelse med länskliniker medverkande i Nysam. Källa: Nysam 2013-2016.

4.2. Bedömning och slutsatser

4.2.1. Förutsättningarna för adekvat bemanning

Helseplans bedömning är att verksamheten i dagsläget inte är bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt för att kunna hantera nuvarande och framtida personalbehov. Ögonsjukvården i Dalarna har stora svårigheter att bemanna delar av sin verksamhet adekvat. Förutsättningarna skiljer sig mellan olika mottagningar. Vissa mindre mottagningar har en stabil och erfaren personal som dock börjar närma sig pensionsåldern.

Att ögonsjukvården i Dalarna har brist på personal är inget unikt för landstinget utan snarare genomgående för samtliga landsting i Sverige. Vad som är intressant är att sjuksköterskor och undersköterskor anges som den mest trånga sektorn. Baserat på Helseplans erfarenhet brukar oftast läkarna anges som den yrkeskategorin där det råder störst brist inom svensk ögonsjukvård idag. Helseplan gör bedömningen att ett fortsatt och utvecklat proaktivt rekryteringsarbete är nödvändigt. Vår bedömning är att det är önskvärt att landstingets politiska och tjänstemannaledning stöttar ögonkliniken i sitt arbete med att attrahera arbetskraft på både kort och längre sikt.

4.2.2. Ögonsjukvården arbete med task shifting

Helseplans bedömning är att ögonsjukvården i Dalarna har en kultur som tillåter delegering av arbetsuppgifter till andra yrkeskategorier genom att detta gjorts under lång tid på kliniken. Vi bedömer också att det pågår en dialog mellan olika enheter och personalgrupper om att utöka delegering av ytterligare ansvar och uppgifter till fler individer och grupper. Ett exempel är att delegera sjuksköterskeuppgifter till undersköterskor vilket aktualiserats utifrån bristen på sjuksköterskor. Samtidigt måste man hela tiden värdera vad som ger effektivast vård, task shifting kanske inte alltid är totalt sett mest effektivt. Andra nya arbetssätt bör också övervägas och utvärderas. Speciellt i en situation där man nu beskriver brist på sjuksköterskor och svårigheter att rekrytera dessa.

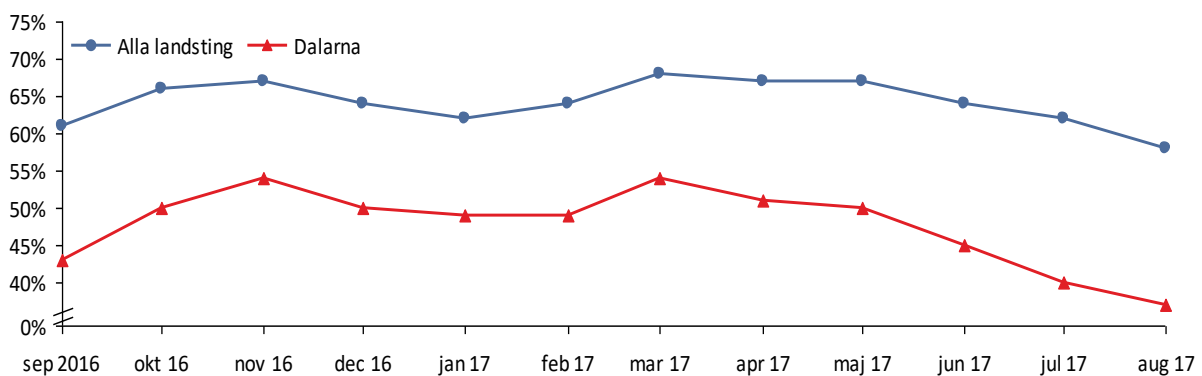
5 Skäliga väntetider och patientsäkerhet

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 3. "Är väntetider till undersökning/diagnostisering, operation/behandling och efterkontroll för patienter skälig?" och 10. "Uppstår undanträngningseffekter på grund av att vissa diagnoser och/eller behandlingar ökar/har ökat i omfattning?"

5.1. Iakttagelser

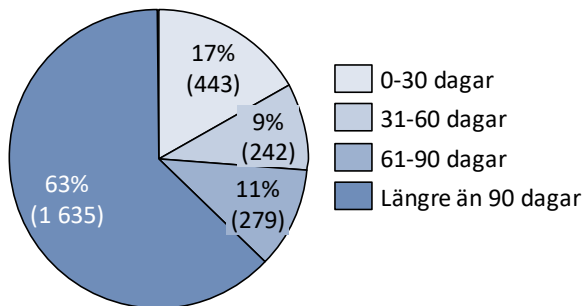
5.1.1. Redovisning av väntetider

I figur 8 nedan redovisas Landstinget Dalarnas respektive alla landstings måluppfyllelse av förstabesök inom ögonsjukvården, d v s andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat förstabesök. Dataunderlaget avser perioden september 2016 till augusti 2017. Figuren visar att Landstinget Dalarnas ögonsjukvård konsekvent har haft en lägre måluppfyllelse än genomsnittet för samtliga landsting. Vid analys av dataunderlaget är det möjligt att konstatera att Landstinget Dalarna har haft 13 till 22 procentenheters lägre måluppfyllelse under perioden. Vidare konstateras att avvikelsen minskade något fram till mars 2017 för att sedan öka igen.



Figur 8: Måluppfyllelse förstabesök: Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat förstabesök. Källa: vantetider.se, 2017-10-23.

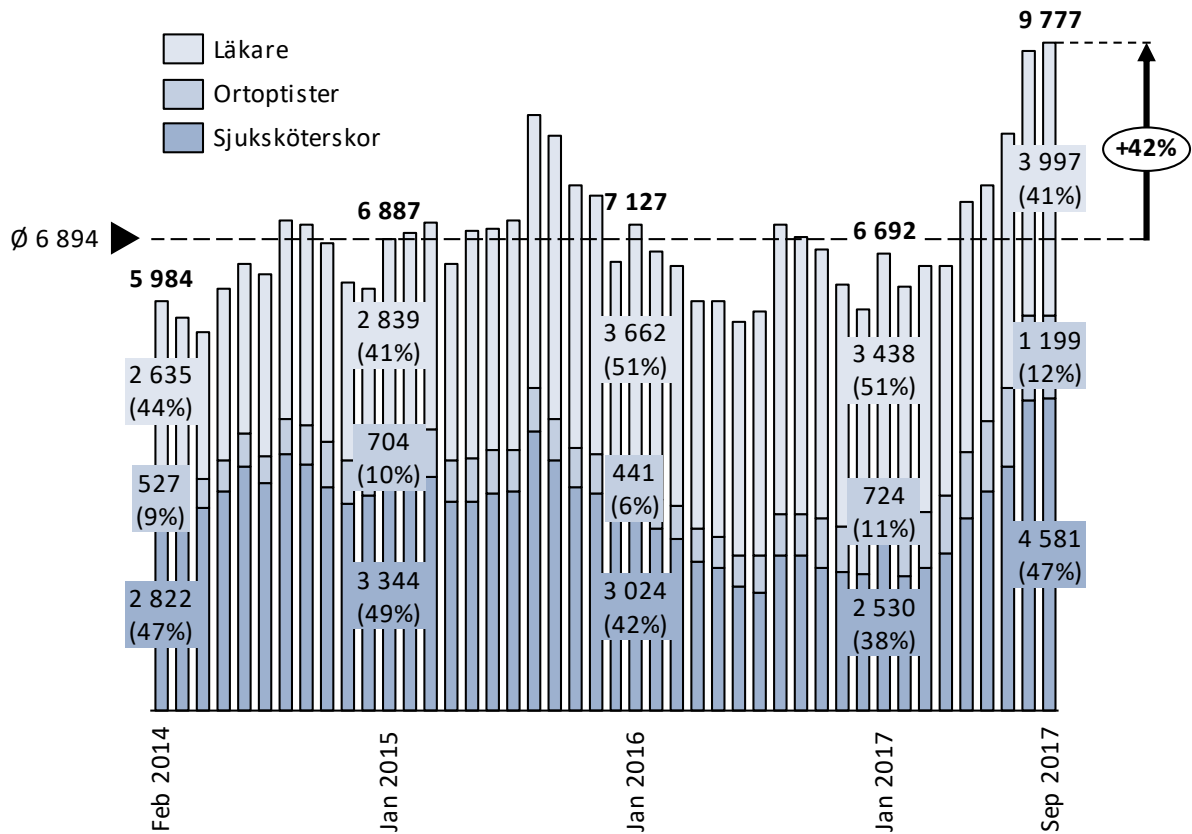
Vid analys av ovanstående väntetider för förstabesök i Landstinget Dalarna konstateras att totalt 1 599 patienter väntade på sitt förstabesök i augusti 2017. För dessa fördelades väntetidens längd som följer av figur nio nedan.



Figur 9: Fördelning av väntetidens längd till förstabesök, augusti 2017. Källa: vantetider.se, 2017-10-23.

Figuren ovan visar att 63 procent (1 635 patienter) har väntat mer än 90 dagar på ett förstabesök. Detta kan tolkas som ett uttryck för att man aktivt försöker prioritera och ta hand om de patienter som har störst medicinskt behov av vård. Genom att 17 procent tas om hand inom 30 dagar och i denna grupp brukar exempelvis ingå alla patienter med misstanke om makuladegeneration (AMD). Även misstanke om andra ögonsjukdomar som kräver snabbare omhändertagande återfinns i de grupper som prioriterats till väntetid kortare än 90 dagar. Detta jämfört med att man i verksamheten försöker klara att inte förlänga väntetiden för de patienter till återbesök som markeras/prioriterats som viktiga. Av figuren framgår att två tredjedelar av ögonklinikens patienter har fått vänta längre än 90 dagar innan första besök.

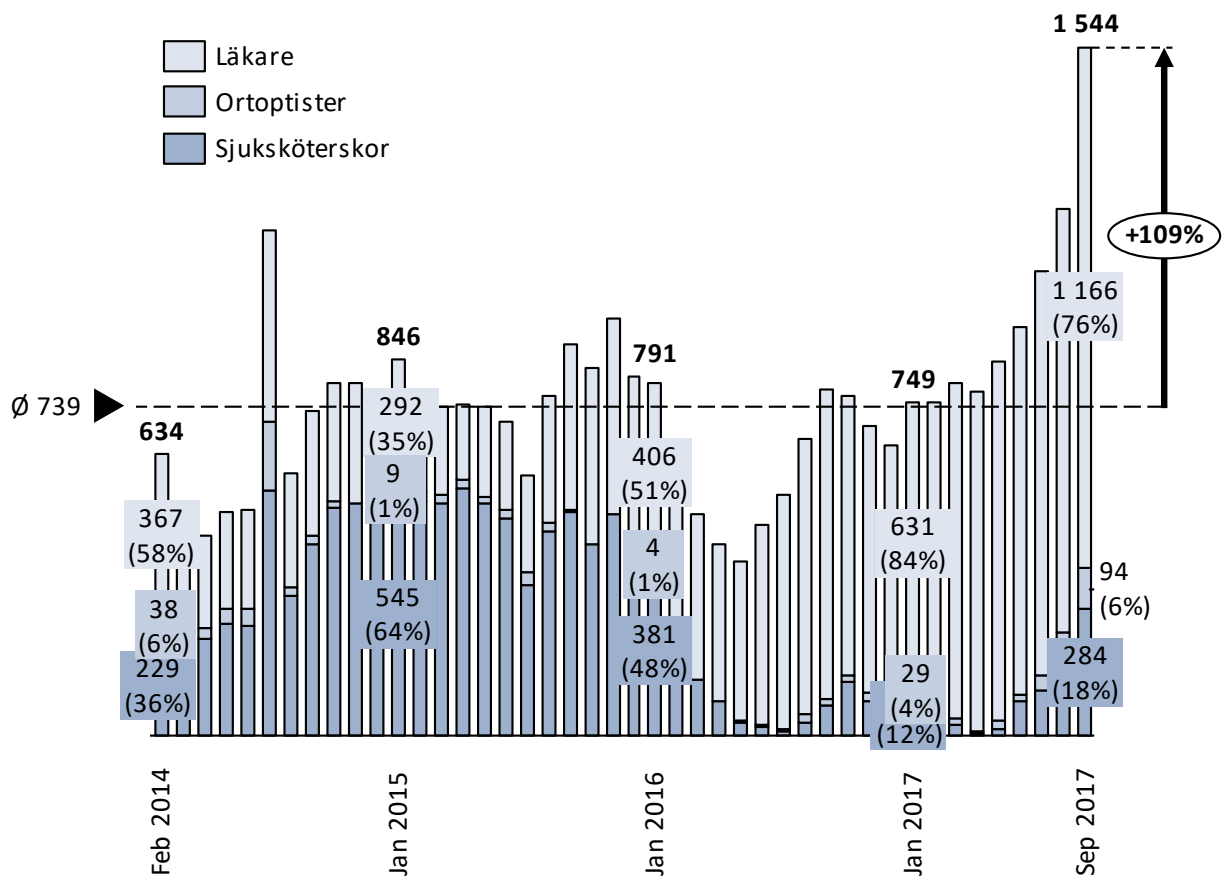
I figur 10 nedan framgår att antalet patienter inom ögonsjukvården vars operation/åtgärd är försenad och inte är utförd har stigit sedan februari 2017. Detta har även resulterat i att väntelistan för patienter som har väntat mer än sex månader har ökat vilket synliggörs i figur elva. Väntelistan för patienter som har väntat mer än sex månader har framförallt ökat för de patienter som står på läkarnas väntelista till mottagning. Även väntelistan till ortoptist har ökat procentuellt, om än från en låg nivå (från i genomsnitt 21 till 94 patienter i väntelistan för ortoptister).



Figur 10: Väntelista för försenade och ej utförda ny- och återbesök. Väntelistan avser väntelisteposter vid aktuellt datum som är försenade och inte utförda. Ø indikerar genomsnitt för perioden. Källa: Landstinget Dalarna, september 2017.

Total väntelista för försenade och icke utförda ny- och återbesök i figuren ovan har i genomsnitt legat runt 6 900 patienter under tidsperioden februari 2014 till september 2017. På senare tid, med start i januari 2017, har den totala väntelistan ökat kraftigt och ligger nu 42 procent över ett historiskt genomsnitt. Den totala väntelistan har ökat för alla yrkeskategorier och beräkningar visar att väntetidslistorna har haft följande utveckling i jämförelse med det historiska genomsnittet:

- Läkare: Ökning från historiskt genomsnitt om 3 307 till 3 997 patienter (+ 21 procent)
- Ortopptister: Ökning från historiskt genomsnitt om 646 till 1 199 patienter (+ 86 procent)
- Sjuksköterskor: Ökning från historiskt genomsnitt om 2 941 till 4 581 patienter (+ 56 procent)



Figur 11: Väntelista för försenade och ej utförda ny- och återbesök mer än sex månader. Väntelistan avser vänteliste poster vid aktuellt datum som är försenade och inte utförda. Ø indikerar genomsnitt för perioden. Källa: Landstinget Dalarna, september 2017.

Den totala väntelistan för försenade och inte utförda ny- och återbesök som väntat mer än sex månader har i enlighet med figur 11 i genomsnitt legat runt 740 patienter under tidsperioden februari 2014 till september 2017. Sedan maj 2016 är det möjligt att se en ökande trend för patienter som väntat mer än sex månader, framförallt för patienter som väntar på läkarbesök. Den totala väntelistan ligger nu 109 procent över genomsnittet för perioden. Den totala väntelistan har ökat för alla yrkeskategorier. Väntelistan för läkare och ortoptister har ökat snabbast och beräkningar visar att väntetidslistorna har haft följande utveckling i jämförelse med det historiska genomsnittet:

- **Läkare:** Ökning från historiskt genomsnitt om 451 till 1 166 patienter (+ 159 procent)
- **Ortopister:** Ökning från historiskt genomsnitt om 21 till 94 patienter (+ 342 procent)
- **Sjuksköterskor:** Ökning från historiskt genomsnitt om 267 till 284 patienter (+ 6 procent)

5.1.2. Prioriteringar mellan patientgrupper och undanträngningseffekter

I intervjuer har det framkommit att de växande väntelistorna till stor del beror på att patientgruppen makuladegeneration, som behöver behandlas med intravitreal injektioner, har ökat under en längre period, enligt intervjuerna med ca 2 procent per månad i genomsnitt sedan 2010. Detta har inneburit att verksamheten inte har haft tillräcklig kapacitet för att hantera samtliga patienter och att väntelistan har vuxit. Efterfrågan på vård totalt sett har vuxit snabbare än verksamhetens möjligheter att utöka sin kapacitet, givet processeffektiviseringar och ytterligare kapacitet genom exempelvis ytterligare lokaler samt personal. Vi har genom uppgifter i Makularegistret kunnat se att patienter i Landstinget Dalarna med makuladegeneration har snabb tillgång till vård när sjukdomen uppkommer och att uppföljningen sedan sker enligt plan vilket är en förutsättning för goda kvalitativa resultat.

Viktigt att poängtera är att väntelistan är olika lång beroende på patientens vårdbehov, där patienterna prioriteras tidsmässigt baserat på medicinskt behov. Denna tidsmässiga prioritering av patienterna baseras enligt uppgift från intervjuerna framförallt på patientens risk för komplikationer och/eller försämrad vårdkvalitet vid förlängd väntetid. Prioriteringen baseras på vårdpersonalens medicinska ställningstagande av patientens behov och avser vad personalen anser som skälig väntetid för den individuella patienten.

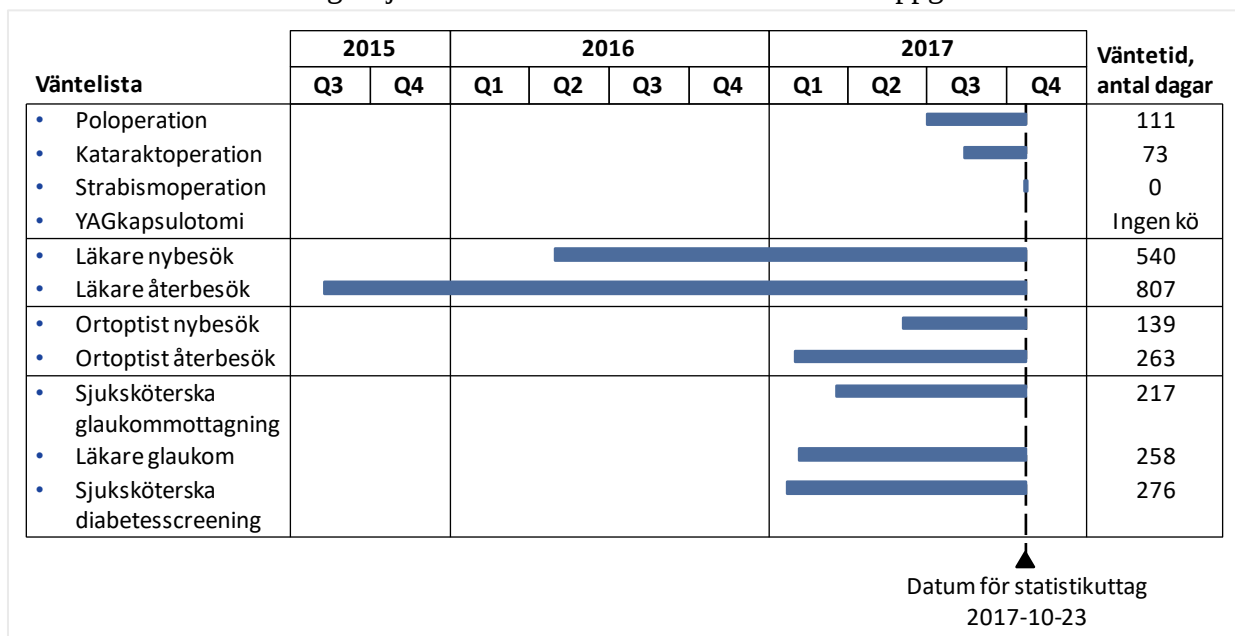
Av vårdpersonalen angiven skälig väntetid för patienten kan skilja sig från faktiskt väntetid. Av vikt för denna granskning är främst de eventuella komplikationer som kan uppstå när faktisk väntetid är längre än av vårdpersonalen medicinskt bedömd skälig väntetid. En växande väntelista och prioritering av vissa patientgrupper till förmån för andra har resulterat i att vissa patientgrupper tvingas vänta längre på vård. Det finns inte tillräckligt med kapacitet för att i dagsläget hantera samtliga patienter, varpå patientgrupper med mindre prioritet delvis trängs ut. Exempel på detta inom Landstinget Dalarna ses i form av att den växande patientgruppen makula prioriteras och därmed delvis tränger ut övriga patientgrupper, exempelvis diabetiker, katarakt- och glaukompatienter. Vissa av respondenterna menar att detta är rimliga prioriteringar givet nuvarande kapacitet. Dessa respondenter anser att om någon patientgrupp måste prioriteras före någon annan så är de prioriteringar som görs rimliga. Detta eftersom makulapatienter behöver återkommande behandling inom beslutade tidsintervall, annars riskeras permanent synförlust. Andra respondenter menar att det i dagsläget inte görs rimliga prioriteringar och att makulapatienterna tar allt för stor del av tillgängliga resurser, där ett aktivt beslut att satsa på makula innebär ett passivt beslut att inte fokusera på övriga patientgrupper.

5.1.3. Skäliga väntetider

Respondenterna är överens om att vårdbehovet överstiger verksamhetens nuvarande kapacitet, vilket medför att den totala väntelistan växer. Därtill är respondenterna eniga om att vissa patientgrupper rent tidsmässigt prioriteras framför andra patientgrupper, varpå tid för operation/åtgärd skjuts framåt i tid för de mindre prioriterade patientgrupperna. Flertalet respondenter menar att vården är patientsäker eftersom patienter med behov av vård inom ett visst tidsintervall prioriteras och mottar vård inom tidsintervallet. Enligt dem är det enbart

patienter som inte medicinskt far illa av förlängd väntetid som tvingas vänta längre. Andra respondenter menar att vården inte är patientsäker eftersom den av vårdpersonalen medicinskt bedömda, skäliga väntetiden vid kallelse (vanligen 90 dagar) inte kan upprätthållas och att faktisk väntetid därmed blir längre. Om vårdpersonalen anger att patienten ska motta vård inom tre månader men faktisk väntetid blir sex månader så följs inte vårdpersonalens medicinska bedömning och vården kan därmed inte längre anses vara patientsäker, enligt dessa respondenter. Överlag menar respondenterna att det stora flertalet patienter som tvingas vänta längre på sin vård inte far illa, men att det finns enskilda patienter som löper förhöjd risk. Därtill har åsikter framförts om att väntetid till undersökning/diagnos inte är skälig och bör förkortas.

Flera av respondenterna menar att en förlängd väntetid som enbart i liten grad skiljer sig mot medicinskt angiven väntetid sannolikt inte resulterar i lägre patientsäkerhet men att när skillnaden blir allt för stor så ökar risken för vårdskador och sämre medicinsk kvalitet vid operation/åtgärd. Som exempel anges att det i de flesta fall inte utgör en förhöjd risk om en diabetiker eller kataraktpatient tvingas vänta en månad extra men att det finns en förhöjd risk om den extra väntetiden blir upp till tolv månader längre. Detta är den situation som Landstinget Dalarna har idag enligt både intervjuer och tillgänglig statistik. Respondenterna framför att även individuella patienter riskerar att hamna i kläm, exempelvis de som fått fel diagnos eller de som av misstag har felregistrerats i väntelistan. I figur tolv nedanför visas väntetiden för den patient per väntelista och per yrkeskategori som har väntat längst på diagnos, operation/åtgärd respektive återbesök i förhållande till angivet måldatum. Väntetiderna nedan är korrigerade för individer vars väntetid kraftigt avviker från övriga patienter i respektive väntelista. Detta har enligt uppgiftslämnaren skett i syfte att redogöra för en mer rättvisande längsta väntetid. Verksamhetschefen för ögonsjukvården har bearbetat och lämnat ut uppgifterna.



Figur 12: Väntetid för den patient som väntat längst per väntelista. Med väntetid avses tid utöver medicinsk prioritering, faktisk väntetid för patienten är vanligen ytterligare 90 dagar. Källa: Uttag från aktuell väntelista, utförd av verksamhetschefen för Landstinget Dalarnas ögonsjukvård, per den 23 oktober 2017.

I figuren ovan slås man av att de patienter som får vänta ojämförligt längst efter planerat måldatum är de som väntar på ett läkarbesök, både vad avser återbesök eller nybesök. Ett antal patienter har väntat mer än två år längre än planerat på sitt återbesök trots att kraftigt avvikande värden är borttagna.

5.2. Bedömningar och slutsatser

5.2.1. Prioriteringar mellan patientgrupper och undanträngningseffekter

Helseplan bedömer att ögonsjukvården i Landstinget Dalarna aktivt arbetar för att prioritera de patienter som är i behov av vård inom specifika tidsfrister. Utifrån data från Väntetider i vården gör Helseplan bedömningen att ögonsjukvården aktivt försöker prioritera att ta hand om de patienter som har störst medicinskt behov av vård. Vår bedömning är att synbevarande insatser och god medicinsk kvalitet är högt prioriterat på kliniken. I synnerhet visar statistik att den makulaverksamhet som bedrivs i landstinget har snabb tillgång till vård och håller de behandlingsintervall som är beslutade. Den medicinska prioriteringen ger effekten att de medicinska måldatum som satts upp inte kunnat hållas för alla patienter. Trots att prioriteringen utgår ifrån vedertagna principer och därmed görs på ett korrekt finns det enligt Helseplans bedömning två stora risker. Det kan det finnas brister i kunskap om ögon hos den som skickar remissen eller brister i tolkningen av remissen, något som riskerar att en remiss tolkas felaktigt. En väntetid som ligger långt utöver den lagstadgade väntetiden på 90 dagar är inte heller acceptabel ur patientens synvinkel.

I och med att de system för köhantering som tillämpats fram till våren 2017 inte har underlättat en samlad bild av hela klinikens kösituation har de prioriteringar som gjorts baserats på respektive kölista separat. Detta har enligt vår bedömning föranlett att de prioriteringar som löpande gjorts inte har tagit hela kösituationen i beaktande. Helseplans bedömning är därför att det är mycket angeläget att den genomgång av samtliga kölistor som pågår fortsätter göras. Detta för att säkerställa att prioriteringar mellan patientgrupper görs medvetet och hanteras på bästa möjliga och mest patientsäkra sätt.

Vi konstaterar att flera medarbetare i ansvarig ställning på ögonsjukvården i Dalarna menar att verksamheten inte bedrivs på ett patientsäkert sätt i alla delar idag. Detta bedömer vi är anmärkningsvärt trots att det tyvärr inte endast är i Landstinget Dalarna som ögonsjukvården har svårt att klara sitt åtagande inom ramen för givna resurser (budgetmässigt eller utifrån bemanningssituationen). Helseplans slutsats är att det är väsentligt att politiska styrelser och nämnder ges möjlighet att förstå de utmaningar som verksamheten ställts inför och därmed på bästa sätt bidrar till att invånare i Dalarna inte riskerar att få permanenta synskador i onödan.

Helseplans bedömning är att ett konsekvent och transparent arbete med patientprioriteringar är viktigt ur arbetsmiljösynvinkel. Känslan av kontroll och säkerhet i hanteringen av patientärenden är i hög grad kopplad till arbetstillfredsställelse hos samtliga personalgrupper.

Detta kan i sin tur kopplas till möjligheterna att rekrytera och utbilda ny personal och är därmed en viktig framgångsfaktor för ögonsjukvården i Dalarna.

5.2.2. Skäligen väntetider

Helseplan gör bedömningen att väntetiderna delvis inte kan anses vara skäligen. Vissa delar av verksamheten har inga väntetider medan andra patienter får vänta mycket länge. Vi bedömer att det finns en stor kunskap på kliniken om de medicinska prioriteringsgrunder som ska gälla för ögonpatienter, men att det inte har gått att upprätthålla de tider som kan anses skäligen för mindre medicinskt prioriterade patientgrupper. Helseplan har inte gjort någon medicinsk bedömning av huruvida den förlängda väntetiden har medfört en förhöjd risk för vårdskador och sämre medicinsk kvalitet. Utifrån väntetidernas längd gör Helseplan ändå den sammantagna bedömningen att de långa väntetiderna utgör ett hinder för ögonsjukvården att bedriva en patientsäker vård.

Helseplan bedömer att långa väntetider till undersökning/diagnos (det vill säga väntetid till förstabesök hos läkare) utgör ett potentiellt stort problem för verksamheten. Utan tidig undersökning/diagnos är det heller inte möjligt att tidsmässigt prioritera patienterna inför operation/åtgärd. Därmed kan tid förflyta som resulterar i permanent synförlust för de patienter som i annat fall hade åtgärdats/behandlats tidigare.

6 Patientflöden – kapacitet och effektivitet

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 4. "Är patientflödena (ledtiderna) vid ögonkliniken optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer e t c ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt, görs adekvata prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, är kapaciteten tillräcklig liksom, i förekommande fall, fördelning mellan köpta operationer och operationer i egen regi)?", 5. "Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde?" och 9. "Hur många patienter har under de senaste tre åren samt det första halvåret 2017 skickats till andra län för undersökning och/eller behandling, antingen på grund av vårdgarantin eller planerade samarbeten?"

6.1. Iakttagelser

6.1.1. Rutiner och processer inom Landstinget Dalarnas ögonsjukvård

Respondenter har framfört att de anser att det finns viss förbättringspotential avseende vilka patienter verksamheten tar emot och specifikt vilka verksamheten egentligen inte borde ta emot samt hur ofta enskilda patienter tas emot. Flera respondenter anger att ögonsjukvården i rådande situation bör fokusera på de patienter som har en ögonsjukdom. Ögonfriska personer som idag vänder sig till ögonsjukvården för att exempelvis begära intyg för körkort och liknande åtgärder

bör kunna hanteras på annat sätt än att ta ögonsjukvårdens resurser i anspråk, menar flera respondenter.

Landstingets ögonsjukvård har även ett dokument avseende kriterier för remissbedömning, som är reviderat per december 2016. Detta dokument fungerar som vägledning för den remissbedömning som ligger inom läkarens (eller i förekommande fall ögonsjuksköterskans) ansvar att göra.

Angående verksamhetens effektivitet menar flera respondenter att ögonsjukvården i Dalarna är effektivt relativt övriga delar av Sverige. Detta anges specifikt för makulaverksamheten samt operationsverksamheten. Exempelvis anger en respondent att makulaverksamheten står sig väl i förhållande till övriga Sverige med avseende på effektivitet och antalet injektioner som kan genomföras relativt behov av tidsåtgång och personal. Enligt kvalitetsregistret för makula har Landstinget Dalarna ett något bättre resultat än rikssnittet vad avser synförbättring efter ett år. (Makularegistret⁵)

Respondenterna ger uttryck för uppfattningen att det sker ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflödena och uppger flertalet exempel på förbättringsarbeten som skett i närtid. Samtidigt kan respondenterna överlag inte redogöra för tillvägagångssättet för verksamhetens förbättringsarbete.

I intervjuerna framkommer flera förslag på förbättringsåtgärder som skulle kunna genomföras. Exempelvis tas förslag upp om att tydliggöra gränserna för vad som ska skötas i primärvården respektive inom ögonspecialistvården samt att sluta hantera så kallade egenremisser från patienter på samma sätt som andra remisser. Ytterligare förslag går ut på att minska frekvensen av återbesök, främst hos mer erfarna läkare, samt att samla ihop patienter och samtidigt bedöma patienter som sannolikt ingår i samma patientgrupp, exempelvis katarakt, vilket enligt respondenten skulle kunna resultera i snabbare behandling och effektivare processer.

Ett annat förbättringsförslag som framförts av respondenterna är att dela upp verksamheten i olika team med ansvar för olika patientgrupper. Ett sådant team finns enligt intervju redan för patientgruppen makula. Respondenter menar att verksamheten därmed skulle bli mer greppbar, samt möjliggöra för enklare uppföljning och kontroll av väntelistorna. Vidare anser respondenterna att detta skulle underlätta för förbättringsarbete i form av att exempelvis effektivisera rutiner och vårdprogram för den aktuella patientgruppen. Ett område som uppgivits vara speciellt intressant för en sådan insats är glaukomverksamheten.

Ytterligare ett förslag som framförs är att verksamheten i högre grad borde försöka ta lärdom av andra verksamheter (privata och offentliga) genom att göra studiebesök.

⁵ Vården i siffror, hämtad 2017-10-23;
<https://www.vardenisiffror.se/registry/makularegistret/indicator/174f01f7-6cc7-4de9-a049-a0c51154e2cb/counties/?descriptionSource=Makularegistret>

Flertalet respondenter har angivit att det finns en brist på lokaler inom ögonsjukvården. Framförallt anger respondenterna att utrymme saknas där makulapatienterna kan motta sina injektioner för att därigenom frigöra tid i operationssalarna. Samtidigt har flera respondenter angivit att det inte finns någon lokalbrist, eftersom nuvarande lokaler inte är fullbelagda och därmed underutnyttjas. Ytterligare andra respondenter menar att ett utökat antal lokaler skulle innebära ökad flexibilitet och handlingsutrymme vid schemaläggning samt planering, varpå andra resurser såsom vårdpersonal kan användas mer effektivt.

Landstinget Dalarna har fattat ett beslut att bygga ytterligare lokaler som ska vara avsedda för makulaverksamheten. Byggnationen är planerad men inte påbörjad. Flertalet respondenter anser att denna lokalbyggnation är central för att frigöra tillräcklig kapacitet i operationssalarna, varpå verksamheten kan minska sina väntetider.

Som beskrivet ovan under 4.1.2 anser respondenterna att Dalarnas ögonsjukvård aktivt arbetar med task shifting. Respondenterna framhäver att eventuell task shifting alltid baseras på reell kompetens, varpå delegering av arbetsuppgifter sker på individnivå. Ett fåtal av respondenterna menar att ytterligare task shifting går att genomföra, framförallt lyfter de fram möjligheterna att i högre grad nyttja undersköterskor och optiker.

Kapacitetsfrågor rörande personal- och kompetensbrist hanteras under kapitel fyra, Kompetensförsörjning.

6.1.2. Fördelningen mellan egen verksamhet och externa aktörer

Den fördelning som sker mellan Landstinget Dalarna och andra aktörer baseras i stora drag på följande:

- Högspecialiserad vård hanteras på universitetssjukhusen i Örebro och Uppsala samt S:t Eriks Ögonsjukhus i Stockholm. Detta är vård som inte utförs inom Landstinget Dalarna.
- Vårdgarantivård sker genom att patienter hänvisas till privata kliniker, företrädesvis i Uppsala, Örebro och Stockholm. Oftast handlar det om kataraktoperationer. Patienten får hjälp med planeringen och betalar samma avgift som om vården skett i Landstinget Dalarna. Det görs ingen bedömning av priset för besök eller ingrepp som ska utföras utan väntetidskansliet har valt ut ett antal kliniker med vilka de uppfattar att samarbetet fungerar väl.
- Valfrihetsvård innebär att patienten själv väljer att söka sig till annat landsting vilket är en rättighet som framgår av patientlagen.
- Upphandling av 1500 kataraktoperationer per år. Efter förnyad upphandling har ett nytt avtal tecknats med Capio som avser 800 (med option på upp till 2000 ytterligare) kataraktoperationer från och med 1 januari 2018 till och med siste december 2019. Förhoppningen är enligt verksamhetschefen att hela optionen inte ska behöva nyttjas.

Respondenterna menar överlag att fördelningen av den vård som utförts internt respektive externt i dagsläget är god men att det kan vara aktuellt att se över behovet av att lägga ut ytterligare operationer på extern leverantör för att därigenom frigöra intern kapacitet. Ytterligare inköp av kataraktoperationer anges i så fall som ett lämpligt alternativ eftersom det är ett ingrepp som är enkelt att följa upp och utvärdera. Enligt verksamhetschefen vore dock en varaktig extern kataraktverksamhet djupt olycklig baserat på erfarenheter från övriga Sverige. Stor risk för en resulterande kompetensflykt från kliniken vilket leder till negativa konsekvenser för samtliga patientgrupper p g a svårigheter avseende nyrekrytering. En fungerande kataraktkirurgi central för att kunna erbjuda en god ST-utbildning och därmed en förutsättning för en ändamålsenlig och långsiktig kompetensförsörjning på läkarsidan. Dessutom ses en tydlig trend avseende förbättrad möjlighet att utföra kirurgin i egen regi. Att varaktigt sälja ut kataraktkirurgi innebär således en försämrad möjlighet för kliniken att lösa sitt uppdrag, enligt verksamhetschefen.

Inom Nysam är det möjligt att observera att nyckeltalet antal operationstillfällen totalt, köpt externt inklusive fritt vårdval, upphandling och liknande, har minskat under perioden 2014-2016, från 1 738 till 1 538 st. Under samma tidsperiod har kostnaderna för köpt utomlänsvård ökat från 10,6 till 14,4 miljoner kronor.

6.2. Bedömningar och slutsatser

6.2.1. Rutiner och processer inom Landstinget Dalarnas ögonsjukvård

Helseplans bedömning är att det sker ett arbete med att optimera patientflödena inom ögonsjukvården i Dalarna, men att förbättringsarbetet är mer av ad hoc-karaktär än strukturerat och systematiskt. Vidare förefaller det som att en enhetlig metod och systematik för förbättringsarbete saknas eller i varje fall inte är allmänt känt inom verksamheten. Helseplan gör bedömningen att verksamheten skulle stärkas av ett mer strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt i förbättringsarbetet i tillägg till de goda idéer som finns och implementeras i verksamheten. Med strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt menar vi att arbetet ska planeras, genomföras, analyseras/utvärderas för att därefter kunna agera för att förbättra resultaten. Helseplan gör bedömningen att det framförallt finns brister i faserna analysera/utvärdera och att kliniken därmed inte alltid agerar utifrån rätt information.

Helseplans bedömning är att ögonsjukvårdens problem till stor del beror på att verksamhetens uppdrag har ökat snabbare än dess kapacitet. För att utöka verksamhetens kapacitet behöver antingen nya resurser tillsättas eller befintliga resurser frigöras. Helseplan bedömer att det finns flera förslag från medarbetare på kliniken som bör värderas och eventuellt utredas ytterligare alternativt testas. Helseplan bedömer också att redan befintliga arbetssätt bör omprövas genom att studeras och utvärderas.

Helseplan bedömer att det bör utvärderas om de rutiner och processer som används vid bemanning kan göras mer långsiktigt ändamålsenliga. Detta kan exempelvis innebära att

säkerställa samplanering mellan olika yrkesgrupper och typer av verksamheter så att rätt personalgrupp finns på plats vid exempelvis mottagningspass så att dessa blir effektiva för patienten. Det kan också handla om att jämna ut bemanning (exempelvis av deltidsanställda) så att en jämn bemanning uppnås både vad gäller antal personer och utifrån vilken kompetens som behövs. Enligt vår bedömning kan det krävas stöd från verksamhetsutvecklare eller HR för att kliniken ska kunna genomföra en sådan förändring med tanke på den ansträngda situation som verksamheten befinner sig i.

Helseplan bedömer att det bör utredas om verksamheten i högre grad kan tydliggöra gränssnittet gentemot andra vårdgivare och vårdnivåer. Ett exempel är att styra upp remisshanteringen från exempelvis primärvård och optiker genom tydliga överenskommelser om vilka undersökningar som ska ha varit gjorda samt vilka indikationer som krävs för remiss till specialistvården. Det kan också vara aktuellt att se över återbesöksfrekvensen hos kliniken läkare för att enas om rätt frekvens givet respektive patients risker samt respektive läkares behov av att bygga upp erfarenhet och kunskap. Denna typ av åtgärder bör fortlöpande följas upp och utvärderas för att kunna vidmakthållas och utvecklas över tid.

Helseplan gör också bedömningen att det bör utredas om det finns skäl att samla ihop patienter som sannolikt innefattas av samma patientgrupp för att uppnå större mått av kontroll eller samordningsfördelar. Det är dock väsentligt att en sådan gruppering inte orsakar längre väntetider eller skapar organisatoriska hinder för ett smidigt samarbete inom kliniken.

Helseplan bedömer att Landstinget Dalarnas ögonsjukvård arbete med task shifting löpande bör utvärderas för att säkerställa att resurserna används på rätt sätt. Detta ger underlag för verksamhetschefen att bedöma om ytterligare omfördelning av arbetsuppgifter kan och bör ske. Sådan delegering ska alltid vara baserad på reell kompetens, d v s utifrån vad respektive individ klarar av att hantera och fått utbildning för.

Bedömningar och slutsatser rörande personalkapacitet - och kompetensbrist hanteras under kapitel 4 Kompetensförsörjning.

6.2.2. Fördelningen mellan egen verksamhet och externa aktörer

Helseplan bedömer att frågan om fördelning mellan egen verksamhet och externa aktörer är avgränsad till de kataraktoperationer som i dagsläget köps av Capio. Övrig fördelning kan inte ögonsjukvården i Landstinget Dalarna direkt styra över. Enligt vår bedömning är det en korrekt målsättning att på sikt klara uppdraget inom ramen för egna resurser eftersom det är väsentligt att verksamheten i möjligaste mån sker i egen regi för att skapa en trygg bas för utbildning och fortbildning. Helseplan bedömer också att det ligger i ögonsjukvårdens och Landstinget Dalarnas intresse att utvärderingen av de kliniker till vilka vårdgarantipatienter skickas inkluderar ekonomiska- och kvalitetsaspekter.

7 Rekommendationer

Rekommendationer rörande kapitel 3, styrning och ledning:

Helseplan rekommenderar att den löpande dialogen mellan den politiska styrningen och ögonsjukvården fortsätter i syfte att säkerställa att landstingets centrala funktioner även i fortsättningen tar sitt ansvar för att stötta ögonsjukvården att klara sitt ökande åtagande.

Helseplan rekommenderar att ögonsjukvården arbetar aktivt med produktions- och kapacitetsplanering som ett planerings och uppföljningsinstrument.

Helseplan rekommenderar landstinget att säkerställa att ögonkliniken får tillgång till dataunderlag och analyskompetens med syfte att säkerställa att verksamhetsbeslut fattas utifrån korrekt och fullständig information. Lättillgänglig statistik och underlag utgör en förutsättning för välinformerade beslut och därigenom god styrning och ledning.

Helseplan rekommenderar att det bör finnas en plan för regelbunden uppdatering/genomgång av samtliga vårdplaner för ögonsjukvården, exempelvis med ett intervall på tre till fyra år. Detta för att säkerställa att dokumenten är aktuella samt att med jämna mellanrum säkerställa tillämpningen av vårdplanerna. Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att i samband med uppdatering säkerställa att styrdokument för glaukom inkluderar övergripande riktlinjer för kontrollintervall avseende när olika glaukomtyper bör kontrolleras efter de inledande åren räknat från diagnosticering.

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortlöpande säkerställa en samlad överblick över kösituationen för landstingets ögonsjukvård i sin helhet. Arbetet på respektive mottagning och enhet behöver samordnas för att skapa en gemensam och överblickbar förståelse för landstingets kösituation.

Rekommendationer rörande kapitel 4, kompetensförsörjning:

Helseplan rekommenderar att verksamheten formaliserar och löpande följer upp den långsiktiga kompetensförsörjningsplan som man arbetar med. Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att se över möjligheterna till ytterligare proaktivt rekryteringsarbete samt med stöd av landstingets politiska och tjänstemannaledning arbeta för att attrahera arbetskraft på både kort och längre sikt. Vi vill även betona att den viktigaste basen för läkarrekryteringen är de AT-läkare som tjänstgör i Dalarna, och rekommenderar ögonsjukvården att aktivt fånga upp intresserade AT-läkare och läkarstuderande i den mån detta inte görs idag.

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta och vidareutveckla det goda arbetet rörande task shifting och delegering av arbetsuppgifter där detta vid utvärdering visar sig vara effektivt.

Rekommendationer rörande kapitel 5, Skäliga väntetider och patientsäkerhet:

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta det arbete som nu sker inom verksamheten med avseende på strukturerad och samlad genomgång av väntelistorna. Ett sådant arbete menar vi skulle ge förutsättningar för en medveten och god prioritering av patienter och patientgrupper baserat på medicinskt behov och därigenom en och därigenom en ökad patientsäkerhet. Det skulle även kunna bidra till en förbättrad arbetsmiljö genom bättre stringens och större transparens vad gäller planering av och faktiska väntetider.

Rekommendationer rörande kapitel 6, patientflöden – kapacitet och effektivitet:

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att införa ett mer strukturerat och systematiskt förbättringsarbete, främst avseende analys/utvärdering av den befintliga verksamheten och förändringar och förbättringar. Helseplan menar att detta skulle vara till gagn för verksamheten med syfte att optimera patientflödena och användandet av befintlig kapacitet i form av personal och kompetens. Ett sådant strukturerat arbetssätt skulle också kunna tillämpas för att undersöka, testa, genomföra och utvärderade ytterligare idéer till förbättringar som finns hos ledningen och i verksamheten.

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta sitt arbete med att på lång sikt i egen regi kunna hantera så mycket som möjligt av ögonsjukvårdens åtagande. Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta den planerade nybyggnationen av lokaler för makulaverksamheten för att därigenom frigöra tid i operationssalarna samt möjliggöra ett mer effektivt utnyttjande av andra resurser, främst personal.

Helseplan rekommenderar också att den utvärdering som görs för vårdgarantipatienter inkluderar ekonomiska och kvalitetsaspekter.

Patientnämnden

Från: No-Reply <noreply@ivo.se>
Skickat: den 6 november 2017 13:45
Ämne: Uppföljning av åtgärdsbeslut
Bifogade filer: Uppföljning av åtgärdsbeslut Bilaga 4.pdf

Hej

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har nyligen sammanställt och publicerat en uppföljning av åtgärdsbeslut som genomförts vid ett antal vårdcentraler. Uppföljningen är en bilaga till den tidigare rapporten som togs fram under 2016. Den rapporten hade som syfte att utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv belysa användandet av hyrläkare vid offentligt drivna vårdcentraler. Utgångspunkten för rapporten är en tillsyn som genomfördes av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid sammanlagt 21 landstingsdrivna vårdcentraler i sju län under 2015/16. Förutom inspektioner innefattade tillsynen även en patientenkät.

Syftet med uppföljningen var att få en bild av vilka effekter som vårdgivarnas vidtagna åtgärder har haft för patientsäkerheten inom primärvården.

IVO kan efter uppföljningen konstatera att samtliga vårdgivare:

- ⊗ arbetar aktivt med att stärka den fasta bemanningen
- ⊗ har introducerat nya arbetssätt för att minska sårbarheten inom primärvården
- ⊗ förbättrat förutsättningarna för hyrläkare att arbeta patientsäkert
- ⊗ har skärpt egenkontrollen och regelbundet utvärderar hyrläkarnas insatser

Länk till sidan med rapporten och ovan nämnda, och bifogade, bilaga finns här. <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/hyrlakare---vardgivarens-dilemma/>

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Avdelning mitt
Box 423
701 48 Örebro



Med vänlig hälsning

Jonas Malm
Avdelningskommunikatör
Direkt: 010-788 50 27
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Avdelning mitt
Box 423
701 48 Örebro
www.ivo.se



Bilaga 4: Uppföljning av åtgärdsbeslut

Oktober 2017

Under 2015/2016 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn av sammanlagt 21 vårdcentraler i sju län.¹ Efter genomförd tillsyn fick samtliga vårdgivare krav på att de behöver vidta åtgärder för att komma tillrätta med de brister som IVO identifierat. Alla vårdgivare redovisade de åtgärder som skulle eller hade vidtagits (se bilaga 3) och samtliga ärenden avslutades.

Under 2017 genomförde IVO en uppföljning i samtliga landsting i form av dialog med företrädare för vårdcentraler och vårdgivare. Syftet med uppföljningen var att få en bild av vilka effekter som vårdgivarnas vidtagna åtgärder har haft för patientsäkerheten inom primärvården.

IVO kan efter uppföljningen konstatera att samtliga vårdgivare:

- 🕒 arbetar aktivt med att stärka den fasta bemanningen
- 🕒 har introducerat nya arbetssätt för att minska sårbarheten inom primärvården
- 🕒 förbättrat förutsättningarna för hyrläkare att arbeta patientsäkert
- 🕒 har skärpt egenkontrollen och regelbundet utvärderar hyrläkarnas insatser

IVO vill i denna bilaga lyfta exempel utifrån ovanstående arbeten. Förhoppningen är att de exempel som lyfts kan bidra till nya perspektiv och idéer för landets vårdgivare i arbetet med att öka patientsäkerheten inom primärvården.

På väg mot en tryggare bemanning av läkare

Det är tydligt att alla tillsynade landsting idag arbetar aktivt för att stärka den fasta bemanningen inom primärvården och minska beroendet av hyrläkare. De har bland annat upprättat handlingsplaner som vanligtvis innehåller någon form av struktur och förändringsplan. I dessa uttalas ofta målsättningen att begränsa antalet hyrläkare eller inte bemanna vårdcentralerna alls med hyrläkare i framtiden. Ett landsting har också beslutat om ett hyrläkarstopp från 1 januari 2019, vilket ligger i linje med SKL:s målsättning om att vården ska bli oberoende av hyrpersonal.²

IVO bedömer att ett stort antal läkarvakanser i primärvården bidrar till ökade patientsäkerhetsrisker, framförallt i och med bristande kontinuitet. Vårdcentralernas möjlighet att exempelvis uppfylla hälso- och sjukvårdslagens krav på en fast vårdkontakt bedömdes som liten när IVO genomförde inspektioner 2015/2016.

¹ Tillsyn och uppföljning har genomförts i följande län: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro.

² Se www.skl.se "Vården ska bli oberoende av hyrpersonal." publicerat 20 januari 2017.

Svårigheten att bemanna med specialister inom allmänmedicin är delvis en nationell fråga, men IVO kan se att det finns åtgärder som vårdgivarna vidtagit som innebär att de idag är på väg mot tryggare bemanning av läkare inom primärvården. Flera landsting brottas visserligen fortfarande med stora bemanningsproblem vid några vårdcentraler, men på andra håll kan man se en rad förbättringar. En vårdcentral hade exempelvis sex hyrläkare vid IVO:s föregående granskning, men vid uppföljningen 2017 drevs vårdcentralen med enbart fast anställda allmänläkare.

Det som vårdgivarna framförallt har genomfört är:

- ökat antal ST-läkare till primärvården
- goda exempel på utbildningssatsningar
- ändrat arbetssätt för övrig personal som frigör läkartid
- samarbeten mellan olika vårdenheter

Ökat antal ST-läkare till primärvården

En viktig strategi från vårdgivarna är att få fler ST-läkare till vårdcentralerna. Beslut har exempelvis fattats så att fördelningen av ST-läkare i regionerna har förändrats och innebär ett ökat antal ST-läkare till primärvården. Det kvarstår dock vissa svårigheter att få ST-läkare och handledare till de orter som inte ligger nära utbildningssjukhusen.

Goda exempel på utbildningssatsningar

Det finns ett flertal utbildningssatsningar som pågår i landstingen. Utbildningsvårdcentraler, där uppdraget är att erbjuda en god ST-utbildning under handledning av en specialist inom allmänmedicin, är ett exempel på en sådan satsning. På en utbildningsvårdcentral finns exempelvis en heltidsanställd distriktsläkare som även handleder ST-läkare och läkare från annat EU-land. I ett annat landsting har vårdgivaren tagit fram ett utbildningsprogram för läkare utbildade inom EU för att lotsa dessa in i den svenska hälso- och sjukvården.

Det finns också exempel på landsting som infört ett "kliniskt basår". Detta har införts för att underlätta rekryteringen av de läkare med svensk bakgrund som återvänder efter läkarexamen utomlands. Satsningen är en kompletterande underläkare-tjänstgöring (KULT) som varvas med praktik och teori inom öppen- och slutenvården. Tjänstgöringen är uppdelad med sex månader inom allmänmedicin, tre månader inom internmedicin och tre månader inom psykiatri.

Det finns också exempel på s.k. "snabbspår" för flyktingar med läkarutbildning för att stärka bemanningen. Denna satsning har dock inte medfört att läkarna har stannat i primärvården.

Ändrat arbetssätt för övrig personal som frigör läkartid

I landstingen har det introducerats nya arbetssätt inom primärvården för att frigöra läkartid och minska beroendet av hyrläkare. Nedan presenteras tre exempel som vårdgivarna menar har gett goda resultat.

1. Primärvården arbetar utifrån triagering (sortering och prioritering av patienter). Rent praktiskt kan det innebära att vårdcentralen låter patienter själva uppskatta sina besvär och vilken vård de behöver i högre utsträckning än vad som gjorts tidigare.
2. Primärvården har infört s.k. arbetsväxling där patientens diagnos styr vilken personalkategori som är bäst lämpad att ta en första kontakt med patienten. Detta innebär att exempelvis personer med muskelproblem får komma till en sjukgymnast och personer med psykisk ohälsa får komma till en psykolog/kurator osv. Vårdcentralerna arbetar utifrån BEON principen: bästa omhändertagande av patienten.
3. Inom ett landsting har man ändrat arbetssätt för några distriktsköterskor. De arbetar idag enbart med patienter som är 75 år eller äldre. Patienterna har fått en direktlinje via telefon till respektive distriktsköterska. Patienterna har ett eget väntrum och en ansvarig läkare som distriktsköterskan kan konsultera vid behov. De har även kontakt med personal från hemsjukvården och särskilt boende. Resultatet har följts upp och patienterna är mycket nöjda.

Utöver ovanstående beskrivna satsningar framkommer även andra satsningar. I ett landsting försöker man att förbättra arbetsmiljön vid vårdcentralerna för att få fler läkare till primärvården. I ett annat har ett beslut fattats att de läkare som ska gå i pension får ett lönetillägg om de stannar inom primärvården. Det finns även exempel på pågående arbeten där man försöker få läkare på sjukhusen med annan specialitet att tjänstgöra i primärvården.

Samarbeten mellan olika vårdenheter

I uppföljningen framkommer att allt fler vårdcentraler samarbetar med varandra för att minska beroendet av hyrläkare. Samarbeten kan ske på flera sätt. Ett är att vårdgivaren exempelvis stänger en vårdcentral under semestertider för att få full bemanning vid en annan vårdcentral. Patienterna dirigeras därefter under några månader till den öppna vårdcentralen. Ett annat exempel är att flera vårdcentraler i ett län bedriver en familjecentral tillsammans med kommunen för att kunna ge ett bra stöd till barnfamiljer. I familjecentralen samarbetar flera vårdenheter, t.ex. barnavårdscentral, barnmorskemottagning, socialtjänstens råd och stöd, öppen förskola och ungdomsmottagning.

Bättre förutsättningar för ett patientsäkert arbete

När vårdgivarna anställer hyrläkare inom primärvården är det viktigt att dels ge rätt förutsättningar för hyrläkarna att arbeta patientsäkert, dels genomföra systematisk egenkontroll av hyrläkarnas insatser. IVO bedömer att det arbetet fungerar bättre idag än vid inspektionen 2015/2016. Många landsting har också sett över avtalen med hyrbolagen och i vissa fall begränsat vilka bolag man använder utifrån kvalitetsaspekten.

Sammanfattningsvis kan IVO konstatera följande förbättringar som bör ge bättre förutsättningar för ett patientsäkert arbete i verksamheterna:

- ⊗ tydligare riktlinjer för introduktionen av hyrläkare
- ⊗ ökad medvetenhet om vårdgivarens ansvar för referenstagning
- ⊗ mer systematisk uppföljning av hyrläkarnas arbetsinsatser
- ⊗ ökad kännedom om anmälningsskyldigheten till IVO

Tydligare riktlinjer vid introduktion av hyrläkare

Samtliga landsting har tid avsatt för introduktion av hyrläkarna när de kommer till vårdcentralen. Tiden för introduktionen är inte nödvändigtvis längre än tidigare, men till skillnad från vid inspektionstillfället 2015/2016 har de flesta vårdgivare nu tagit fram en övergripande information om vad som gäller vid introduktionen av hyrläkarna. I ett landsting anges också att man särskilt informerar hyrläkare om vårdpraxis, vårdprogram med vårdriktlinjer via intranätet. Oftast anpassas introduktionen till läkarens tidigare erfarenheter och det finns även checklistor som är lokalt anpassade för respektive vårdcentral. När hyrläkaren återkommer till en vårdcentral som denne har arbetat vid tidigare görs i vissa fall endast en kort avstämning innan hyrläkaren börjar ta emot patienter.

Ökad medvetenhet om vårdgivarens ansvar för referenstagning

När det gäller rekrytering av hyrläkare anger alla vårdgivare att de har skärpt sina kontroller. Liksom tidigare kontrollerar bemanningsföretagen hyrläkarens specialistkompetens, legitimation, kunskaper om det journalsystem som används och eventuella IVO-anmälningar. Det som däremot är nytt är att alltför många vårdgivare själva tar referenser från tidigare arbetsplatser. De flesta anger att det känns osäkert att enbart förlita sig på hyrbolagens referenser och vill gärna kontrollera själva hur hyrläkaren har fungerat på tidigare arbetsplatser. Detta är också vårdgivarens ansvar, inte bemanningsföretagens, så IVO välkomnar denna utveckling.

Mer systematisk uppföljning av hyrläkarens arbetsinsatser

Ett flertal vårdgivare har utarbetat styrande dokument för uppföljning av hyrläkarens insatser. De styrande dokumenten innefattar olika typer av egenkontroller. De absolut vanligaste är granskning av hyrläkarnas journaler och en utvärdering efter avslutad tjänstgöring. I ett fall var dessa dock inte helt kända i verksamheterna och i ett annat fall anser IVO att det behövs en uppföljning av hur dokumenten används.

Många anser att hyrläkaren ska följas upp direkt för att man ska kunna identifiera behov av stöd och information. Problemen uppstår dock ofta efter en viss tid då patienten återkommer och hyrläkarna inte längre finns kvar i verksamheten. Därför menar ett flertal av dem som IVO samtalet med att granskningen i vissa fall skulle behöva göras med längre intervaller än vad som sker idag.

Journalgranskningen sker i vissa fall systematiskt och i andra fall genomförs den på förekommen anledning. När uppföljningen sker systematiskt handlar det ofta om att journalgranskningen sker från dag ett och därefter med en varierad regelbundenhet. Vid ett landsting sker exempelvis journalgranskningen i form av stickprov från dag ett och därefter 5-10 patientbesök per vecka under tjänstgöringsperioden.

Exempel på vad som bedöms vid journalgranskning är om journaldokumentationen är relevant i förhållande till kontaktorsak, om recept utfärdats, remisser är skickade, om uppföljningen är planerad och/eller om prover är beställda/svar har inkommit/svar är vidimerade/åtgärdade.

I vissa av de tillsynade landstingen finns inga krav på uppföljning av hyrläkarens insats. Däremot genomförs en granskning på förekommen anledning. I ett landsting kontrollerar exempelvis den medicinska sekreteraren att det finns en journalanteckning efter varje patientbesök. Om det råder oklarheter om något signalerar den medicinska sekreteraren eller övrig personal till verksamhetschefen. Vid en annan vårdcentral anges att man prioriterar att granska hyrläkarens diktat.

När det gäller vårdgivarnas utvärdering av hyrläkarnas arbetsinsatser efter avslutad tjänstgöring inkluderar denna i regel såväl medicinsk utvärdering som hur man uppfattar att hyrläkaren har fungerat i övrigt vid vårdcentralen. Utvärderingen skickas sen vidare till hyrbolagen och om det har varit några problem så anställs inte samma hyrläkare igen vid vårdcentralen. Det finns också exempel på ett landsting där vårdcentraler inte får anställa hyrläkare om de inte lämnar in dessa utvärderingar.

En vårdgivare nämner också att de även kontrollerar hyrläkarnas förskrivningar av beroendeframkallande läkemedel. I samband med dialogen om patientsäkerhet nämner också några vårdgivare att de regelbundet utför s.k. patientsäkerhetsronder. Vid dessa inhämtas exempelvis information om avvikelser och man besöker vårdcentralerna för samtal med personal och ledningsgrupp. När det gäller hantering av provsvar och remisser i landstingen sker kontroller enligt fastställt program.

Ökad kännedom om anmälningsskyldigheten till IVO

IVO bedömer att verksamheterna idag har en god kännedom om skyldigheten att anmäla legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Några landsting har gjort anmälningar till IVO och information till personalen om anmälningsskyldigheten har skett. Numera har de även kännedom om att föreskriften även inkluderar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som *har* varit anställda. Många vårdgivare/verksamhetschefer lyfter att det kan vara svårt att bedöma oskicklighet/skicklighet vid korta anställningar.

Vårdgivarna måste bli bättre på att identifiera vilka risker som finns

De flesta anger att de har en fast struktur för rapportering och återrapportering av avvikelser. Vissa vårdgivare/verksamhetschefer tror dock att det sker en under-rapportering av avvikelser i primärvården och att de behöver bli bättre på att risk-inventera sina verksamheter.

IVO anser också att vårdgivarna måste bli bättre på att identifiera vilka risker som finns. Om verksamheterna har en hög andel hyrläkare saknas exempelvis den kontinuitet som kan behövas för återkommande patienter. Om det hela tiden är nya läkare som träffar patienterna kan det exempelvis dröja länge innan man kommer fram till en diagnos. Det blir alltså ingen kontinuitet för patienten i mötet med primärvården och risken för fördröjda diagnoser ökar.

En verksamhetschef anger att det har skett en radikal ökning av rapporterade avvikelser sedan de fick fast personal, vilket visar vikten av kontinuitet i bemanningen för en patientsäker verksamhet. Eftersom hyrläkare först och främst arbetar vid vårdcentralen för att ta emot patienter är de sällan med i verksamhetens övriga arbete, såsom kvalitetsutvecklingen. Det är mycket sällan som hyrläkarna själva rapporterar avvikelser (även om de säkert ser många saker som skulle kunna förbättras), vilket IVO även noterade i tidigare tillsyn.

Det finns olika system som vårdgivarna använder i sin avvikelshantering (t.ex. MedControl, AHA, Synergi, Platina m.fl.). I något fall anges att avvikelssystemet är "tungarbetat" pga. att det finns svårigheter att genomföra sammanställningar till de som har rapporterat avvikelser. I ett annat fall anges att det pågår en översyn av systemet med anledning av att systemet inte har uppdaterats.

- att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: istockphotos
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-87213-80-9



Från medel till mål

- att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Peter Nilsson har varit föredragande. I den slutgiltiga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Stockholm 2017-11-23

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör

Peter Nilsson
Föredragande



Förord

Att vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad är sedan länge ett välkänt problem. Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg ur medicinsk och social synvinkel. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Tidigare analyser av brister i samordning inom vård, omsorg och socialtjänst har dock ofta utgått från ett organisationsperspektiv och haft fokus på en specifik målgrupp eller verksamhet. Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt att öka kunskapen om olika sätt att organisera och styra för att uppnå målet om en samordnad vård och omsorg.

I rapporten kartlägger, analyserar och jämför vi elva lokala och nationella initiativ som syftat till att förbättra samordningen. Vi belyser också uppföljningen av initiativens effekter och resultat. Analysen är en viktig utgångspunkt för Vårdanalys fortsatta arbete med samordningsfrågor. Studien avser att ligga till grund för olika fördjupningsstudier med ambitionen att bland annat utvärdera pågående nationella och lokala initiativ på området. Vår intention är också att fortsätta att utveckla de ramverk som presenteras.

Arbetet med rapporten har genomförts av utredaren Peter Nilsson, analytikerna Ida Ahlin och Emma Spånberg och av juristen Nadja Zandpour. Helseplan AB har bistått med externt stöd.

Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till alla de personer som deltagit i de intervjuer som utgjort en del av arbetet med den här rapporten. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör



Sammanfattning

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar.

Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta patienter och brukare med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att patienter kan behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

Mycket tyder också på att samordningen i Sverige brister. I jämförelse med andra länder anser till exempel en mindre andel av de svenska patienterna att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera vården som andra verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, jämfört med 80 procent i länderna med bäst resultat. Sverige har också svaga resultat i frågor som handlar om samordnad information kring exempelvis testresultat och journalanteckningar. Inom socialtjänsten saknas dessvärre större studier av hur brukarna uppfattar samordningen men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område.

Värdet av en samordnad vård och omsorg har diskuterats under lång tid i Sverige och det har länge funnits en ambition att stärka samordningen. Det finns även lagkrav som rör samordning av vården och omsorgen. Det har



under lång tid pågått flera initiativ för att samordna vården och omsorgen. Till exempel har landsting och kommuner infört nya organisationsformer, som gemensamma nämnder och kommunalförbund, eller nya arbetssätt som multiprofessionella team, för att underlätta samordningen av olika aktörers insatser. Flera samordningsinitiativ har också lyfts fram i utredningar och medier som goda exempel på hur man kan uppnå en samordnad vård och omsorg. Samtidigt saknas det kunskap om initiativen faktiskt leder till en mer samordnad vård och omsorg ur patienten och brukarens perspektiv.

Vi analyserar samordning ur ett patient- och brukarperspektiv

Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt att öka kunskapen om vilka samordningsmedel som kan användas för att uppnå målet om en samordnad vård och omsorg. Med samordningsmedel menar vi olika sätt att organisera och styra för att uppnå detta mål. I praktiken kan behovet av samordning se olika ut för olika patient- och brukargrupper. Behovet bestäms dels av hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels av individens förutsättningar att själv vara delaktig och medskapande i samordningen. Vi finner att komplexiteten i samordningen generellt sett ökar ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Patientens eller brukarens förutsättningar att delta i samordningen handlar i sin tur om hur mycket stöd och hjälp hen behöver för att driva vård- och omsorgsprocesser framåt.

Vi använder begreppet vård och omsorg för att sammantaget beskriva verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Många patienter och brukare har även en rad ytterligare kontakter med olika verksamheter och samhällsinstanser som också behöver samordnas inom och mellan verksamheter. Till exempel behöver socialtjänstens insatser för utsatta barn och unga samordnas med skolans verksamhet såväl som med olika former av fritidsverksamhet. Vi har dock avgränsat oss till att studera samordning inom och mellan vård och omsorg.

I rapporten analyserar och jämför vi elva samordningsinitiativ som visar exempel på medel som tillämpas för olika gruppers behov av samordning. Vi belyser också uppföljningen av initiativens effekter och resultat. Med samordningsinitiativ menar vi en aktiv reform, en organisationsförändring eller ett avgränsbart utvecklingsarbete som har använt ett eller flera samordningsmedel för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.

I arbetet med rapporten har vi utgått från dessa frågor:

1. Hur kan en samordnad vård och omsorg definieras ur ett patient- och brukarperspektiv?
2. Vilka medel i vården och omsorgens organisation och styrning kan främja en samordnad vård och omsorg?
3. Vad kan vi lära av lokala och nationella samordningsinitiativ?
 - a) Vilka samordningsmedel används?
 - b) I vilken mån riktar sig initiativen till grupper med olika behov av samordning?
 - c) Vad vet vi om initiativens effekter ur ett patient- och brukarperspektiv samt deras kostnadseffektivitet?
4. Finns det juridiska ramar och ersättningssystem som påverkar förutsättningarna för samordning?

Så här har analysen genomförts

Rapporten har en kvalitativ ansats och utgörs av en teoretisk del, en kartläggande del och en utvärderande del.

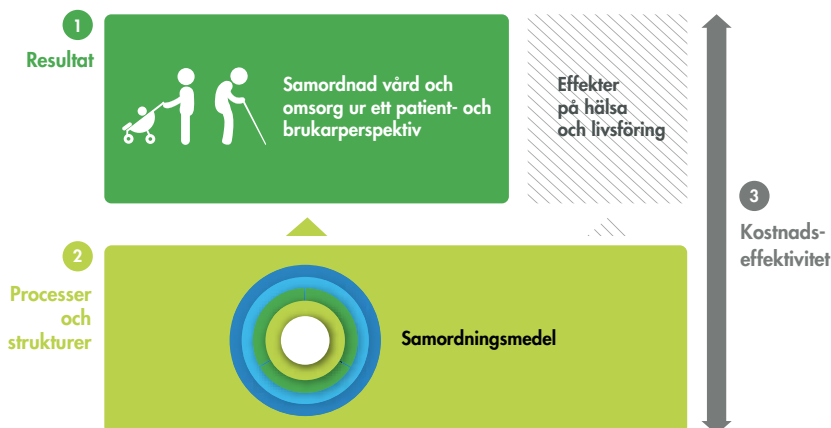
- Den teoretiska delen baseras på forskning om hälsosystemutveckling. Dessutom har vi intervjuat verksamhetsföreträdare på olika nivåer i kommuner och landsting för att finna utvecklingsbehov kopplade till olika gruppers behov av samordning. Tillsammans med vårt patient- och brukarråd har vi även arbetat fram en beskrivning av hur samordnad vård och omsorg kan förstås, tolkas och preciseras.
- Kartläggningen baseras på fallstudier av sammanlagt sex lokala och fem nationella samordningsinitiativ. För de lokala initiativen har landsting eller kommuner varit initiativtagare och insatserna har riktats till patienter och brukare inom ett avgränsat geografiskt område. De nationella initiativen består i stället av rikstäckande satsningar där staten eller någon annan nationell aktör har drivit på. För att öka lärandet i våra jämförelser och analyser har vi försökt att studera en bredd av initiativ som använder olika samordningsmedel och som har förts fram som goda exempel. Av praktiska skäl har vi varit tvungna att avgränsa oss till elva initiativ. Urvalet är inte slumpmässigt och vi har heller inte haft möjlighet att genomföra någon heltäckande kartläggning av pågående samordningsinitiativ.
- Den utvärderande delen baseras på en systematisk litteraturoversikt. Vi sammanställer utvärderingar eller uppföljningar som undersökt de

studerade initiativens nytta ur ett patient- och brukarperspektiv och deras kostnadseffektivitet. Vi har alltså inte genomfört någon ny datainsamling av initiativens effekter eller resultat.

Vi betraktar samordnad vård och omsorg som ett mål för patienter och brukare som kan följas upp och utvärderas

Samordning är ett begrepp som används frekvent och kan ha olika innebörd. Ofta betraktas det utifrån ett utpräglat organisatoriskt eller ekonomiskt perspektiv. Med den ansatsen förstås samordning främst som olika organisationers eller professioners gemensamma processer eller arbetssätt. Vi betraktar i stället samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienter och brukare (nummer 1 i figuren nedan). Enligt vår definition är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Det kan till exempel handla om att patienter och brukare inte behöver upprepa information i onödan, och att de känner sig trygga och upplever att vården och omsorgen ser till hela deras behov. Med det här perspektivet är det möjligt att analysera vilka samordningsmedel som kan främja en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv och vilka effekter detta får på individers hälsa och livsföring. Samordningsmedlen består i sin tur av olika tillvägagångssätt som rör organisation och styrning (nummer 2 i figuren nedan). Samordnad vård och omsorg är dock endast ett av flera kvalitetsmål som vården och omsorgen bör sträva efter. En ökad samordning bör därför vägas mot vikten av att infria även andra kvalitetsaspekter, som tillgänglighet och patient-säkerhet, liksom kostnaden för detta (nummer 3 i figuren nedan).

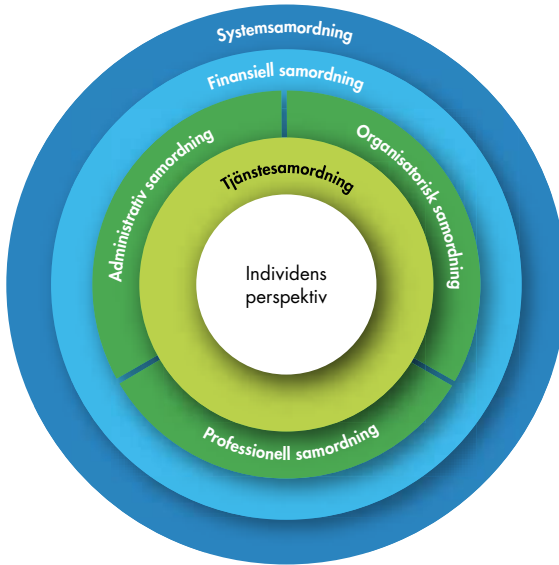
Vår tolkning av en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.



Vi identifierar sju samordningsmedel för att uppnå en samordnad vård och omsorg

I vår analys identifierar vi sju typer av medel för att uppnå en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv:

Ramverk över olika typer av samordningsmedel.



- *Normativ samordning utifrån individens perspektiv* tar fasta på om initiativet syftar till att skapa en gemensam värdegrund och kultur med individens behov som utgångspunkt.
- *Tjänstesamordning* handlar om att patienten eller brukaren ska uppleva vård- och omsorgsinsatserna som en sammanhållen tjänst.
- *Professionell samordning* tar fasta på i vilken utsträckning som olika professioner samordnar insatserna.
- *Administrativ samordning* handlar om hur administrativa system och andra stödfunktioner är samordnade.
- *Organisationssamordning* ser till hur formaliserat förhållandet är mellan de verksamheter som samverkar. Vi skiljer på om verksamheterna gått samman till en organisation eller om samordningen bygger på avtal.
- *Finansiell samordning* tar fasta på hur ersättningen påverkar förutsättningar för samordning.
- *Systemsamordning* handlar om hur övergripande policies och regler skapar förutsättningar för samordning.



RESULTAT OCH SLUTSATSER

Det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv

Trots att samtliga initiativ betonar vikten av att samordningen ska utgå från individens perspektiv är det ovanligt med utvärderingar och uppföljningar som undersöker om initiativen faktiskt resulterat i en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Fokus är i stället på vårdens och omsorgens processer och strukturer, denna typ av utvärdering förekommer för samtliga studerade initiativ. I flera fall undersöks processerna och strukturerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv men utan koppling till vilka resultat de får för individen. Denna inriktning på utvärderingar är problematisk om man vill förstå vilka medel som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Endast två av initiativen som vi studerat följer upp patienternas eller brukarnas upplevelse av samordningseffekterna. I ytterligare fyra fall undersöks initiativens effekter på hälsa och livsföring och för några initiativ finns även analyser av mer indirekta effekter för individen, exempelvis förekomsten av undvikbar slutenvård. Analyser av initiativens kostnadseffektivitet är ännu ovanligare, det finns bara för ett initiativ. Tabellen nedan beskriver förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen. Förbockade rutor innebär att minst en uppföljning eller utvärdering finns av respektive initiativ.

Förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen.

	a) Patient- och brukarupplevd samordning	b) Effekter på individens hälsa eller livsföring	c) Andra effekter för individen	d) Initiativets kostnads-effektivitet	e) Initiativets strukturer eller processer
Lokala initiativ					
Projekt Hälsostraden			✓		✓
Närvård västra Skaraborg			✓		✓
Esther					✓
Tiohundra		✓			✓
Södertäljemodellen		✓			✓
Aktiv hälsostyrning			✓		✓
Nationella initiativ					
Familjecentraler					✓
Nationell patientöversikt					✓
Samordnad individuell plan	✓				✓
Finsam		✓		✓	✓
Regionala cancercentrum	✓	✓			✓

Bland de studerade initiativen finns stor variation i tillvägagångssätt för att uppnå en samordnad vård och omsorg, men vi ser också gemensamma nämnare

Bland de studerade initiativen finns stor variation i vilka samordningsmedel som tillämpas. Det finns också flera gemensamma nämnare bland initiativen trots att de är utformade på olika sätt och riktas till olika grupper. Till exempel bygger samtliga initiativ på en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv. Alla initiativ har dessutom ett uttalat politiskt stöd. Flera initiativ syftar även till att förbättra tjänstesamordningen via gemensamma riktlinjer eller koordinatorsroller som ansvarar för kontakten med individen och dennes anhöriga. Även professionell samordning är ett centralt samordningsmedel. Till exempel är arbetet organiserat i multiprofessionella team i flera av initiativen. Ett fåtal initiativ syftar även till att stärka den administrativa samordningen. När det gäller organisationssamordningen bygger samverkan mellan ingående verksamheter i regel på avtal. I två initiativ finns en gemensam budget för verksamheter som traditionellt brukar ersättas separat och i ett initiativ finns det exempel på ersättning som kan ge incitament till samordning. I figuren nedan redovisas en översikt av vår bedömning av vilka samordningsmedel som tillämpats inom de olika initiativen.

Flera initiativ syftar till att förbättra samordningen för personer med stora samordningsbehov – för dessa grupper kan professionell samordning ge goda resultat

Eftersom behovet av samordning ser olika ut för olika patient- och brukargrupper undersöker vi hur samordningsinitiativen utformas för att svara mot olika gruppers behov. De flesta initiativen fokuserar på personer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen, till exempel de mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa. Dessa personer har ofta kontakt med både primärvården och specialistvården samtidigt som de får vård- och omsorgsinsatser från kommunen. Flera initiativ som riktas till målgruppen syftar till att minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter med olika huvudmän. Till exempel har man försökt att förbättra den professionella samordningen, genom multiprofessionella team. Även om fullständiga utvärderingar saknas tyder verksamheternas egen uppföljning på att professionell samordning kan bidra till ökad nöjdhet bland patienter och brukare samt färre akutbesök och inläggningar på sjukhus.



Översikt av vilka samordningsmedel som tillämpas i initiativen.

Översikt av vilka samordningsmedel som tillämpas i initiativen.

Samordningsmedel	Frågor som används i analysen	Lokala initiativ							Nationella initiativ						
		Projekt Hälsostaden	Närård västra Skaraborg	Esher nätverk	Tiohundra	Södertäljemodellen	Aktiv hälsostyrning	Familjecentraler	Nationell patientöversikt (NPO)	Samordnad individuell plan (SIP)	Finsam	Regionala cancercentrum			
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Värdegrund från individens perspektiv	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Delegande av patienter och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Riktlinjer som syftar till ett gemensamt arbetssätt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Tjänstesamordning	Koordinator för patienten och brukaren	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	E-hälsolösning som underlättar samordning för patient och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Multiprofessionellt team	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Professionell samordning	Mindre formellt samarbete mellan professioner	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Koordinator för professionen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Rutiner för kommunikation inom initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Andra tekniska kommunikationssystem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Organisationsamordning	Samtliga aktörer som medverkar i initiativet tillhör samma organisation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Avtalsreglerad samverkan mellan fristående organisationer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Finansiell samordning	Gemensam finansiering av båda huvudmännen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Särskild ersättning som skapar incitament till samordning	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Systemsamordning	Gemensam nämnd eller kommunalförbund	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Uttalat politiskt stöd för initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

Bristande förutsättningar att dela information utgör ett hinder för en samordnad vård och omsorg

Intervjuer med verksamhetsföreträdare i både landsting och kommuner tyder på att bristen på gemensam informationshantering utgör hinder för samordning för grupper som har omfattande behov av en samordnad vård och omsorg. Men få av de studerade initiativen syftar till att överbrygga dessa typer av hinder. Vissa verksamhetsföreträdare anger att en del av förklaringen till detta kan kopplas till hur lagstiftningen ser ut gällande dokumentation och utlämnande av uppgifter. En annan faktor som hindrar att information delas mellan verksamheter med olika huvudmän är att it-systemen har utvecklats för antingen vård eller omsorg, snarare än för att samordna informationen mellan dessa. Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare tyder dock på att det vid avsaknad av tekniska system som kommunicerar är vanligt att använda andra tillvägagångssätt för att dela information, i vissa fall sätt som inte är förenliga med lagstiftningen. Detta talar för att det finns ett behov av att se över de juridiska samt praktiska förutsättningarna för att dela information mellan vården och omsorgen i fråga om de grupper som har det största behovet av samordning.

REKOMMENDATIONER

Vi ser att behovet av samordning är stort samtidigt som mycket pekar på att samordningen i Sverige brister. Men det saknas kunskap om vad som leder till en samordnad vård och omsorg för patienter- och brukare. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

► *Regeringen och huvudmännen bör utforma samordningsinitiativ som utgår från patienter och brukares perspektiv*

Regeringen och huvudmännen bör utgå från olika gruppers behov när nya samordningsinitiativ utformas. Här ingår att identifiera vad en samordnad vård och omsorg innebär för olika målgrupper i olika sammanhang. Därför är det viktigt att patienter, brukare och närstående deltar i utformandet och man bör utgå från lärdomar från tidigare initiativ som riktats till målgrupperna. Samtidigt måste initiativen anpassas till de lokala förutsättningarna där de ska implementeras och kunskapen från andra initiativ är inte nödvändigtvis direkt applicerbar. I utformandet av initiativen är det även viktigt att säkerställa att det går att följa upp om de bidrar till en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.



► *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om nyttan med samordningsinitiativen för olika patient- och brukargrupper och deras kostnadseffektivitet*

Eftersom det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, bör regeringen och huvudmännen främja sådan kunskapsutveckling. Här ingår att se över och utveckla kunskap om olika gruppers behov av samordning och hur väl insatserna svarar mot dem. Det handlar också om att utforma och förankra indikatorer och metoder för att följa upp enskilda samordningsinitiativs effekter samt att utveckla den nationella uppföljningen av hur patienter och brukare upplever samordningen. Det senare kan bland annat ske inom ramen för nationella patient- och brukarenkäter samt kvalitetsregister. I synnerhet brister kunskapen om hur brukare uppfattar samordningen i socialtjänsten eftersom det saknas frågor av denna typ i nationella undersökningar. Det behövs även forskning om olika insatsers kostnadseffektivitet. Det är även angeläget att främja fortsatt kunskapsutveckling om hur ersättningssystemen kan utformas för att ge incitament till samordning.

► *Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur vården och omsorgen på ett ändamålsenligt sätt kan dela information om de patienter och brukare som har störst behov av samordning*

Flera verksamhetsföreträdare inom kommuner och landsting har beskrivit att de ser sig förhindrade att lämna ut uppgifter mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppfattas som ett problem när det gäller de patienter och brukare som har störst behov av samordning. Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur behovet av att dela information mellan olika aktörer inom och mellan vården och omsorgen ser ut och vilka hinder som finns för detta idag. Om kartläggningen visar på ett behov av förändrad lagstiftning bör en utredning tillsättas som undersöker hur lagstiftningen bör anpassas för att tillgodose dessa behov. Utredningen bör även undersöka hur it-systemen kan stödja informationsdelningen mellan relevanta verksamheter.

► *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning*

Vi ser att det saknas kunskap om vilka verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning. Det saknas bland annat metoder och arbetssätt som på ett systematiskt sätt kan identifiera och förebygga samordningsbehov. Det kan exempelvis handla om att identifiera personer som besöker vården ofta och som kan ha behov av insatser från både vården och omsorgen. Vi ser också att det finns behov av att öka kunskapen om hur vården och omsorgen kan möjliggöra för patienter och brukare att vara medskapande i samordningen. Ett exempel kan vara e-hälsolösningar som gör det möjligt för patienter och brukare att vara delaktiga och uppdaterade i kontakterna med vården och omsorgen.





Innehåll

1	Inledning.....	25
1.1	Ett kunskapsunderlag för att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg	27
1.2	Så här har analysen genomförts.....	28
1.3	Disposition.....	30
2	Samordningen brister i vården och omsorgen	33
3	Organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg	43
3.1	Samordnad vård och omsorg ur patientens och brukarens perspektiv.....	43
3.2	Medel för att uppnå en samordnad vård och omsorg	46
3.3	Matcha samordningsinsatserna mot gruppernas behov.....	51
4	Några juridiska och finansiella aspekter på samordning.....	57
4.1	Några rättsliga aspekter på samordningsfrågan.....	57
4.2	Ersättningen av vård och omsorg kan påverka förutsättningarna för samordning	63
5	Analys och jämförelse av samordningsinitiativ	71
5.1	Lokala initiativ för samordning	73
5.2	Nationella initiativ för samordning.....	86
5.3	Analys av hur initiativen använt sig av olika samordningsmedel	97
5.4	Vilka behovsgrupper har initiativen riktat sig till?.....	103
5.5	Utvärderingar och uppföljningar av initiativen	111



6	Slutsatser och rekommendationer	119
6.1	Slutsatser.....	119
6.2	Rekommendationer	123
7	Referenser.....	127
	Bilagor	137
	Bilaga 1 – Komplexiteten i samordningen av individens vård och omsorg.....	137



Inledning

När vårdens och omsorgens insatser är samordnade uppfattar patienterna och brukarna dem som en helhet där professionerna samarbetar för att möta deras behov (Vårdanalys 2016a). Patienter och brukare behöver då inte bekymra sig över hur vården och omsorgen är organiserad för att få de insatser som de behöver. Men många källor pekar på att bristande samordning är en av de största utmaningarna för vården och omsorgen i Sverige (Vårdanalys 2016b, OECD 2013). Detta avspeglas bland annat i att Sverige får sämre resultat än andra jämförbara länder när patienter tillfrågas om hur hälso- och sjukvårdens samordning fungerar. Till exempel har Sverige minst andel patienter som anger att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera och koordinera vård som andra läkare eller verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, i de länder som får bäst resultat svarar omkring 80 procent att de får hjälp med att samordna sin vård. Sverige presterar också dåligt i frågor som handlar om samordnad information om exempelvis testresultat och journalanteckningar (Vårdanalys 2016b). Inom socialtjänsten saknas större studier där brukare tillfrågats kring hur väl insatserna samordnas, men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område (Vårdanalys 2016a).

Bristande samordning bidrar till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till en sämre vård eller omsorg ur medicinsk och social synvinkel (Nolte och Pitchforth 2014). När samordningen brister vältrar man dessutom över ansvaret för att koordinera insatserna på patienten, brukaren eller närstående. Detta kan få allvarliga konsekvenser för personer som har flera samtidiga behov och nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon



människor i Sverige har denna form av omfattande behov. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar. (Vårdanalys 2016a).

För patienter och brukare finns det ett egenvärde i att vården och omsorgen samordnar sina insatser. I begreppet samordning ryms funktioner och egenskaper som ska främja patienternas och brukarnas trygghet och delaktighet samtidigt som god samordning ger stärkta möjligheter för patienter och brukare att delta i vården och omsorgen på egna villkor. En väl fungerande samordning är därför viktig i en personcentrerad vård och omsorg som innebär att systemet utformas efter dem det ska tjäna, det vill säga patienter och brukare (Vårdanalys 2012). Det finns också olika författningskrav som rör samordning. För hälso- och sjukvårdens del gäller exempelvis att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) och 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821)). När det gäller krav på samverkan och liknande mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns övergripande krav i föreskrifter från Socialstyrelsen (4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

Värdet av en samordnad vård och omsorg har diskuterats under lång tid i Sverige och det har länge funnits en politisk ambition att på nationell nivå stärka samordningen (se t.ex. prop. 1981/82:97 s. 27, 69 och 97, prop. 1979/80:1 s. 357 och prop. 2000/01:80 s. 93). I Sverige pågår också flera insatser för att främja en samordnad vård och omsorg för grupper som har ett sådant behov. Till exempel har ett flertal initiativ syftat till att förbättra samordningen för de mest sjuka äldre. Denna grupp har ofta kontakt med både primärvården och specialistvården samtidigt som de får vård- och omsorgsinsatser från kommunen i hemmet. Det är dessutom en grupp som ofta har nedsatt förmåga att planera sin vård och omsorg. Initiativen handlar till exempel om att landsting och kommuner har infört nya organisationsformer som gemensamma nämnder och kommunalförbund, eller nya arbetssätt, till exempel multiprofessionella team, för att underlätta samordningen av olika aktörers insatser.

Ett flertal samordningsinitiativ har lyfts fram i utredningar och media som goda exempel på hur en samordnad vård och omsorg kan uppnås (SOU

2016:2 s.230–236, Eugenio 2014). Detta samtidigt som det i många fall saknas utvärderingar om initiativen faktiskt leder till en mer samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Initiativen ser också olika ut och arbetar med samordning på olika sätt, men vi ser att det saknas verktyg för att beskriva dessa skillnader. Det saknas också en diskussion om hur initiativen motsvarar olika gruppers behov av samordnade insatser.

1.1 ETT KUNSKAPSUNDERLAG FÖR ATT ORGANISERA OCH STYRA MOT EN SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG

Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt att öka kunskapen om vilka samordningsmedel som används för att uppnå detta mål. Med samordningsmedel menar vi olika sätt att organisera och styra för att uppnå en samordnad vård och omsorg.

I praktiken kan behovet av samordnade insatser se olika ut för olika patient- och brukargrupper. Behovet bestäms dels av hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels av individens förutsättningar att själv vara delaktig och medskapande i samordningen. Generellt sett ökar komplexiteten i samordningen ju fler som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen handlar i sin tur om hur mycket stöd och hjälp hen behöver för att driva vård- och omsorgsprocesser framåt (Vårdanalys, 2016a).

I rapporten används begreppet vård och omsorg för att sammantaget beskriva verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Många patienter och brukare har dock även en rad ytterligare kontakter med olika samhällsinstanser och verksamheter. Även dessa behöver samordnas inom och mellan verksamheter. Till exempel behöver socialtjänstens insatser för utsatta barn och unga även samordnas med skolans verksamhet såväl som med olika former av fritidsverksamhet. Men i den här rapporten har vi avgränsat oss till att studera samordning inom och mellan vård, omsorg och socialtjänst.

I rapporten kartlägger och jämför vi elva samordningsinitiativ som visar exempel på medel som tillämpas för olika gruppers behov av samordning. Med samordningsinitiativ menar vi en aktiv reform, en organisationsförändring eller ett avgränsbart utvecklingsarbete som har använt ett eller flera samordningsmedel för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.



I arbetet med rapporten har vi utgått från dessa frågor:

1. Hur kan en samordnad vård och omsorg definieras ur ett patient- och brukarperspektiv?
2. Vilka medel i vården och omsorgens organisation och styrning kan främja en samordnad vård och omsorg?
3. Vad kan vi lära av lokala och nationella samordningsinitiativ?
 - a) Vilka samordningsmedel används?
 - b) I vilken mån riktar sig initiativen till grupper med olika behov av samordning?
 - c) Vad vet vi om initiativens effekter ur ett patient- och brukarperspektiv samt deras kostnadseffektivitet?
4. Hur påverkar juridiska ramar och ersättningssystem förutsättningarna för samordning?

1.2 SÅ HÄR HAR ANALYSEN GENOMFÖRTS

Rapporten har en kvalitativ ansats och utgörs av en teoretisk del, en kartläggande del, en utvärderande del tillsammans med en översiktlig sammanställning av viss relevant reglering samt en översikt över hur olika ersättningsprinciper påverkar förutsättningarna för samordning.

Teoriavsnittet utvecklar begrepp och ramverk för att beskriva och analysera olika sätt att samordna vård och omsorg ur patienters och brukares perspektiv (kapitel 3). Det baseras på forskning om hälsosystemutveckling. Rapporten tar också sin utgångspunkt i Vårdanalys tidigare beskrivning av hur en samordnad vård och omsorg som begrepp kan definieras utifrån ett patient- och brukarperspektiv (Vårdanalys 2016a). Beskrivningen arbetades fram tillsammans med vårt patient- och brukarråd. Vi har också intervjuat verksamhetsföreträdare i fokusgrupper för att identifiera hur samordningen för olika grupper kan förbättras (se faktaruta).

Fokusgrupper

Under 2016 och början av 2017 har vi anordnat seminarier i sju län där vi diskuterat vår första rapport om samordning med kommun- och landstingsrepresentanter (Vårdanalys 2016a). Deltagarna delades upp i grupper och fick diskutera ett antal frågor kopplade till samordning. Syftet med frågorna var att identifiera tänkbara tillvägagångssätt på både lokal och nationell nivå för att stärka samordningen för grupper som har särskilda samordningsbehov (Vårdanalys 2016a). I fokusgrupperna deltog politiker, landstingsdirektörer, socialchefer, verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare och i några län patient- och brukarföreträdare.

I den här rapporten beskriver vi sex lokala och fem nationella samordningsinitiativ (se tabell 1). I de lokala initiativen har landstingen eller kommunerna varit initiativtagare och initiativen har riktat sig till patienter och brukare inom ett avgränsat geografiskt område. De nationella initiativen är rikstäckande satsningar där staten eller någon annan nationell aktör har drivit på. Vi studerar initiativ som nyttjar en bredd av olika samordningsmedel i syfte att öka lärandet i våra jämförelser och analyser. Urvalet baseras också på initiativ som lyfts fram i media och i utredningar som goda exempel. Urvalet är dock inte slumpmässigt och vi har heller inte haft möjlighet att genomföra någon heltäckande kartläggning. Av praktiska skäl har vi varit tvungna att avgränsa oss till elva initiativ. Fallstudierna bygger framför allt på landstings- och kommunrapporter, webbsidor, artiklar i dagspress respektive vetenskapliga publikationer. I vissa fall har vi även intervjuat representanter för initiativen. Kartläggning har även kvalitetssäkrats genom att företrädare från respektive initiativ har fått möjlighet att lämna synpunkter på ett utkast av denna rapport. Några av de nationella initiativen var så tydligt beskrivna i de officiella källorna att en avstämning inte bedömdes som nödvändig.

Tabell 1. Samordningsinitiativ som analyseras i rapporten.

Lokala och regionala initiativ	Nationella initiativ
Projekt Hälsostaden	Familjecentraler
Närvård västra Skaraborg	Nationell patientöversikt (NPÖ)
Esther nätverk	Samordnad individuell plan (SIP)
Tiohundra	Finsam
Södertäljemodellen	Regionala cancercentrum
Aktiv hälsostyrning	

Eftersom rapporten redogör för en bredd av initiativ har vi inte haft möjlighet att gå på djupet och genomföra en egen empirisk utvärdering av om olika initiativ och medel i praktiken bidragit till en förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv. Inte heller analyserar vi initiativens kostnadseffektivitet. Eftersom vi inte väger kostnaden för att uppnå en samordnad vård och omsorg mot kostnaden att infria andra kvalitetsmål, kan vi inte rekommendera hur samordning bör prioriteras i relation till andra kvalitetsaspekter. Däremot har vi gått igenom tidigare utvärderingar och uppföljningar av initiativen. För att hitta dem har vi genomfört en systematisk litteraturstudie (se faktaruta).



Litteraturgenomgång

En litteraturgenomgång har genomförts för att ta reda på om det finns utvärderingar eller uppföljningar som undersökt om de studerade initiativen har lett till en mer samordnad vård och omsorg för patienter och brukare samt om satsningarna varit kostnadseffektiva. Sökningen genomfördes i Scopus, PubMed, EconLit, Science Direct samt Web of science. I Scopus, Science Direct och Web of science har vi sökt i artiklarnas titel, sammanfattning och nyckelord. I PubMed och EconLit har sökningen varit bredare.

För att hitta relevanta artiklar om de analyserade initiativen har vi använt initiativets namn som sökord och där det varit nödvändigt har vi gjort sökningen smalare genom att även inkludera sökordet "Sweden" eller den ort där initiativet införts. Därutöver genomförde vi även sökningar som inkluderade engelska uttryck för samordning tillsammans med initiativets namn och namnet på orten där initiativet finns. De engelska uttrycken var "coordinated", "coordination", "integration" och "integrated". I de fall då initiativen har benämnts med olika namn eller med förkortningar har vi även använt dessa som sökord.

1.3 DISPOSITION

I kapitel 2 redovisas en sammanfattande överblick av hur patienter uppfattar att samordningen av vården och omsorgen fungerar i Sverige i jämförelse med andra länder. I kapitel 3 utvecklar vi hur vi definierar begreppet samordnad vård och omsorg. Därtill beskrivs de två analysramverk som används för att beskriva och jämföra olika samordningsinitiativ. I kapitel 4 beskriver vi översiktligt hur juridiska ramar och ersättningsprinciper påverkar förutsättningarna för samordning. I kapitel 5 redogör vi för fallstudierna av sex lokala och fem nationella samordningsinitiativ. Beskrivningen tar fasta på vilka samordningsmedel som tillämpats i de olika initiativen samt hur de svarat mot olika gruppers behov av samordning. Därtill redogör vi för vad vi vet om initiativens kostnadseffektivitet och nytta för patienterna och brukarna utifrån utvärderingar och uppföljning av initiativen. Slutligen presenteras i kapitel 6 de sammanfattande observationerna och slutsatserna som vi identifierar utifrån våra analyser. Vi presenterar också ett antal rekommendationer till regeringen och huvudmännen.



Samordningen brister i vården och omsorgen

Enligt OECD (2013) är bristande samordning mellan sjukhus, primärvård och socialtjänst den största utmaningen för Sveriges jämförelsevis goda vård och omsorg. Patienter upplever stora brister i samordningen och Sveriges resultat är sämre än jämförbara länders. Det finns inte liknande undersökningar som belyser brukares erfarenheter av socialtjänsten så vi presenterar bara undersökningar om hälso- och sjukvården.

En större andel patienter får hjälp med planering av sin vård, men Sveriges resultat är sämst jämfört med andra länder

Patienter är missnöjda med hur samordningen fungerar inom svensk vård. Problembilden finns även i många andra länder. I 2016 års IHP-undersökning (se faktaruta) är andelen patienter som anser att samordningen fungerar bra minst i Sverige.

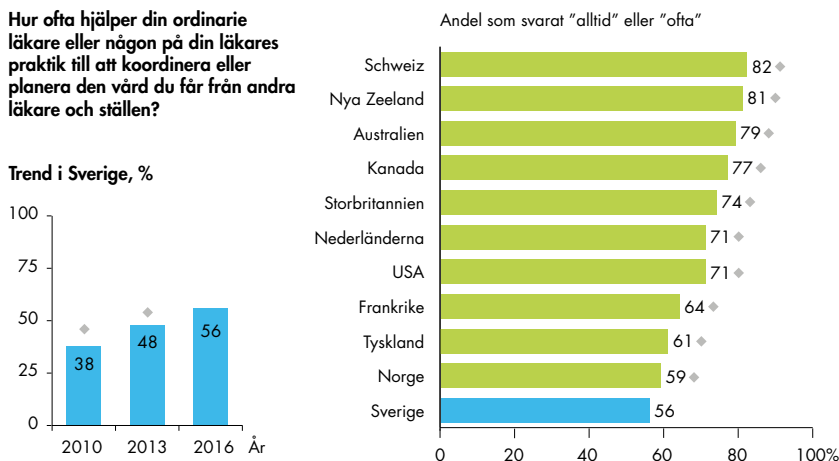
IHP är en årlig internationell undersökning av tillståndet i hälso-och sjukvården i elva länder

Varje år publicerar Vårdanalys den svenska delen av International Health Policy Survey (IHP). Studien baseras på enkäter som utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA. IHP undersöker tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården i elva länder. I ett rullande treårsschema vänder sig studien till befolkningen, patienter 65 år och äldre och läkare i primärvården. I denna rapport använder vi resultat från 2016 års IHP-studie (Vårdanalys 2016b) som riktades till befolkningen 18 år och äldre. Totalt svarade 7 124 personer på den svenska delen av studien som genomfördes per telefon.



Endast 56 procent av de svenska patienterna har svarat att de "alltid" eller "ofta" får hjälp med att koordinera och planera vård som andra läkare eller verksamheter ger (se figur 1). Det kan jämföras med runt 80 procent i de länder som har bäst resultat (Vårdanalys 2016b). Andelen som besvarat frågan positivt har ökat sedan 2010, men trots detta har Sverige alltså sämre resultat än de andra länderna.

Figur 1. Hjälp att planera och koordinera vård.



♦ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Exklusive de som uppgett att de inte är i behov av koordinering av sina vårdinsatser (2010 31%, 2013 43% och 2016 44 % av bas).

Bas: Respondenter som har fast läkare eller mottagning.

Källa: Vårdanalys 2016b.

En femtedel av patienterna har fått motstridig information

En samordnad vård och omsorg innebär bland annat att patienten och brukaren inte behöver upprepa information eller genomgå onödiga behandlingar, utredningar eller tester när hen har godkänt att information får delas (Vårdanalys 2016a). Bristande information och kommunikation kan leda till att individen måste återberätta sin sjukdomshistoria eller informera om insatser vid tidigare vårdkontakter. Avsaknad av viktig information kan även resultera i att felaktiga beslut fattas eller att nödvändiga insatser uteblir. Det kan också skapa oklarheter om nästa steg i behandlingen och försämra förutsättningarna för egenvård (Vårdanalys, 2016a).

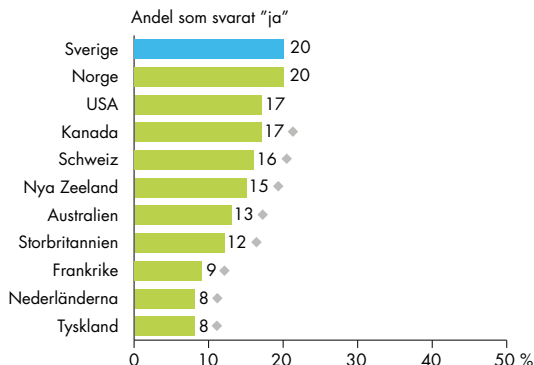
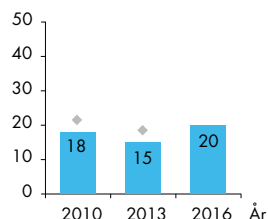
Sverige presterar jämförelsevis dåligt i frågor om information och tillgängliga testresultat och journalanteckningar. År 2016 svarade 20 procent av de svenska patienterna att de fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal (se figur 2). Det kan jämföras med endast 8 procent i de två länderna med bäst resultat. Jämfört med tidigare mättillfällen svarar dessutom en större andel av svenskarna att de fått motstridig information vid den senaste mätningen (Vårdanalys 2016b). Vidare rapporterar 8 procent av de svenska patienterna att journalanteckningar eller testresultat saknats vid tiden för ett besök. Det kan jämföras med 5 procent i länderna med minst andel (se figur 2) (Vårdanalys 2016b).

Figur 2. Motstridig information och tillgänglighet till testresultat och journalanteckningar.

Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då någonsin att:

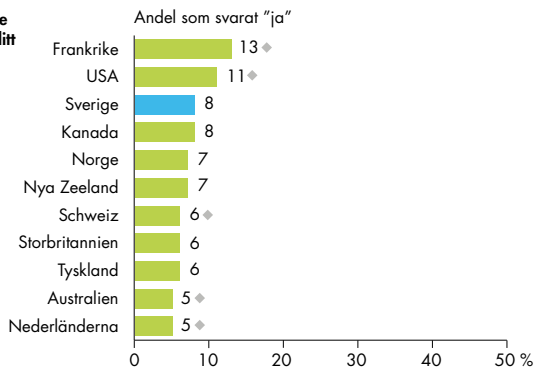
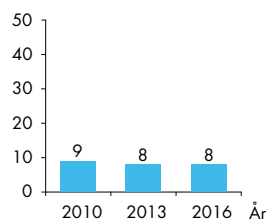
... du fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal?

Trend i Sverige, %



... testresultat eller journalanteckningar inte har funnits tillgängliga vid tidpunkten för ditt bokade besök?

Trend i Sverige, %



♦ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivå mot det svenska resultatet 2016.

Källa: Vårdanalys 2016b.

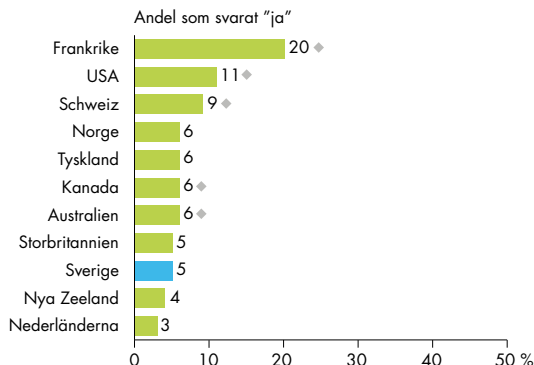
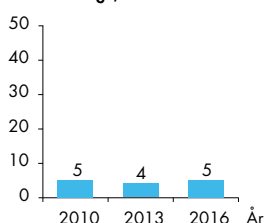
I jämförelse med andra länder upplever en mindre andel svenska patienter att läkaren beställt ett medicinskt test som redan gjorts. 5 procent av de svenska patienterna angav att de behövt göra om ett medicinskt test (se figur 3) (Vårdanalys 2016b).

Figur 3. Onödigt medicinskt test.

Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då någonsin att:

... läkare beställde ett medicinskt test som du ansåg vara onödigt eftersom testet redan gjorts?

Trend i Sverige, %



♦ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentnivån mot det svenska resultatet 2016.

Källa: Vårdanalys 2016b.

Informationsöverföring mellan ordinarie läkare och specialistläkare brister

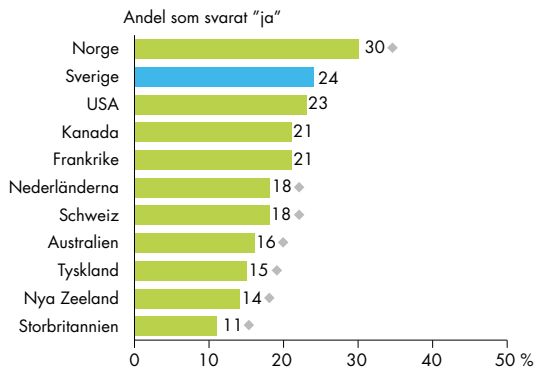
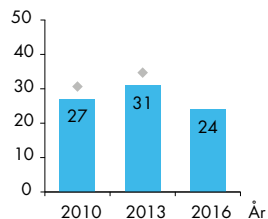
Sverige är ett av de länder där störst andel patienter anger att deras ordinarie läkare inte verkar vara uppdaterad om den vård som de fått från specialistläkaren. Bland patienterna som träffat en specialistläkare under de senaste två åren svarade 24 procent att informationsöverföringen från specialistläkaren till ordinarie läkaren inte verkade fungera (se figur 4). Men vi kan se en statistiskt säkerställd förbättring jämfört med tidigare mättillfällen (Vårdanalys 2016b).

Även för informationsöverföringen från ordinarie läkare till specialistläkare är de svenska resultaten bland de sämre jämfört med andra länder. 18 procent av de svenska patienterna angav att specialisten inte verkade ha grundläggande medicinsk information eller testresultat från den ordinarie läkaren (Vårdanalys 2016b).

Figur 4. Samordning av information.

Under de senaste två åren, har du varit med om följande när du har träffat en läkare inom specialistvården: Efter att du träffat specialisten, verkade din läkare inte informerad och uppdaterad om den vård som du fick från specialistläkaren?

Trend i Sverige, %



♦ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivå mot det svenska resultatet 2016.

Bas: Alla som träffat en specialistläkare under de senaste 2 åren.

Källa: Vårdanalys 2016b.

Det är ovanligt att ha fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt

Samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv kan bland annat innebära att patienter och brukare så långt det är möjligt erbjuds kontinuitet inom vården och omsorgen. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80, HSF och 6 kap. 2 § patientlagen). Motsvarande lagkrav finns dock inte för omsorgen (Vårdanalys 2016a).

Enkätundersökningar för att belysa vården genom frågor som regleras i patientlagen

I Vårdanalys (2017) rapport *Lag utan genomslag* genomfördes två enkätundersökningar för att ge en bild av patienters, vårdnadshavares och medborgares erfarenhet av vården inom områden som regleras i patientlagen och hur erfarenheten förändrades efter lagen trädde i kraft.

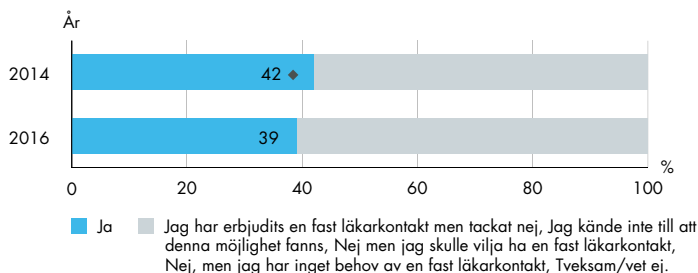
Enkätundersökningarna genomfördes året innan respektive efter att patientlagen infördes. Vid det första mätillfället 2014 besvarades enkäten av cirka 13 000 respondenter varav cirka 9 000 var patienter. Vid det andra mätillfället 2016 svarade cirka 14 000 personer på enkäten, varav cirka 9 600 var patienter. Undersökningarna genomfördes som webbenkäter i samarbete med TNS Sifo och med hjälp av deras befolkningspanel.

I detta avsnitt utgår vi från Vårdanalys uppföljning av hur patientlagen infördes (se faktaruta). Trots att det finns lagkrav om att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § patientlagen), visar uppföljningen att andelen patienter som hade en fast läkarkontakt sjönk mellan 2014 och 2016, från 42 till 39 procent (se figur 5). Däremot har andelen som anger att de har en fast vårdkontakt ökat mellan mättillfällena. Bland de som behöver en fast vårdkontakt angav 17 procent att de hade det 2016 vilket kan jämföras med 13 procent vid det första mättillfället (se figur 5) (Vårdanalys 2017).

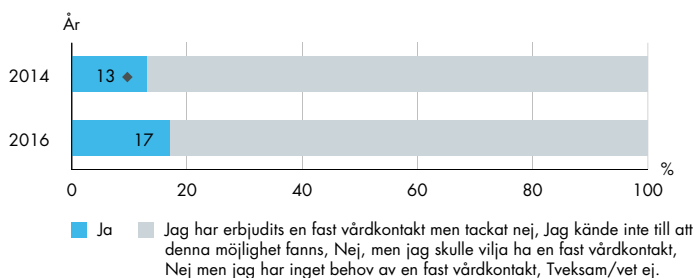
Med hjälp av resultaten från IHP-studien kan dessa mätningar bekräftas och jämföras med andra länder. Mellan 80 och 99 procent av patienterna i andra länder svarade att de har en fast läkarkontakt, vilket kan jämföras med 42 procent av de svenska patienterna (Vårdanalys 2016b). Men en större andel svenska patienter anger att de har en fast kontakt med en mottagning, vårdcentral eller klinik. Att det svenska resultatet skiljer sig så mycket från resultaten i andra länder kan förklaras med att i Sverige listar sig patienter hos en vårdcentral, till skillnad från hos en läkare som i många andra länder (Vårdanalys 2016b).

Figur 5. Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

Har du en fast läkarkontakt på din vårdcentral/hälsocentral (d.v.s. möjligheten att få träffa samma läkare vid varje nytt besök där)?



Har du en fast vårdkontakt (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)?



♦ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivå mot det svenska resultatet 2016.

Bas: Patienter, alla.

Källa: Vårdanalys 2017.

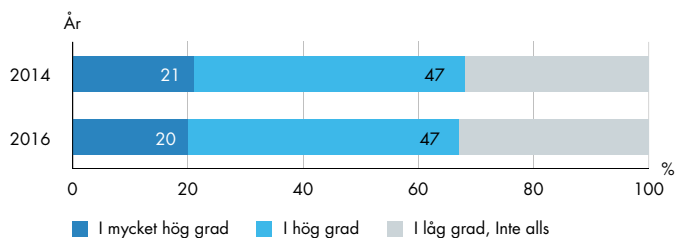
Samordningen av vårdkontakter kan bli bättre

Sju av tio patienter anser att det är viktigt att få hjälp med samordning och koordinering av sina vårdkontakter för att patienternas ställning i vården ska stärkas (Vårdanalys 2017). 2016 svarade 67 procent av patienterna som är i behov av samordning att de fått hjälp med att samordna sina vårdkontakter på ett ändamålsenligt sätt (se figur 6). Det innebär att drygt 30 procent av patienterna med behov av samordning inte fått sitt behov tillgodosett. Jämfört med mätningen 2014 är det ingen statistiskt säkerställd skillnad.

Dessa siffror bekräftas i Nationell Patientenkät där patienter som besökt primärvården svarar på frågan om de anser att personalen på hälso- och vårdcentralen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning som behövs. Andelen positiva svar är även här drygt 70 procent under 2015 och 2016 (SKL u.å.).

Figur 6. Samordning av vården.

I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Bas: Patienter, alla.

Exkluderade: Jag har inte behov av samordning av mina kontakter, tveksam/vet ej.

Källa: Vårdanalys 2017.



Organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg

Att vården och omsorgen samordnas på ett ändamålsenligt sätt är en central målsättning, men vad det innebär är mångtydigt och det saknas en allmänt vedertagen definition. I det här kapitlet definierar vi en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Vi presenterar också olika samordningsmedel som kan främja en samordnad vård och omsorg. I nästa steg beskriver vi hur behovet av samordning ser ut för olika patient- och brukargrupper.

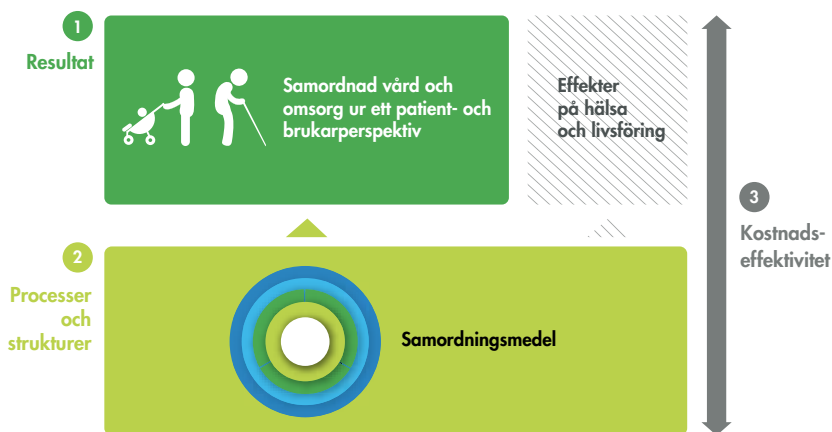
3.1 SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG UR PATIENTENS OCH BRUKARENS PERSPEKTIV

Samordning är ett begrepp som används frekvent och kan ha olika innebörd. Ofta betraktas det utifrån ett utpräglat organisatoriskt eller professionellt perspektiv. Med den ansatsen förstås samordning främst som olika organisationers eller professioners gemensamma processer eller arbetssätt. Vi betraktar i stället samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienter och brukare (nummer 1 i figur 7). Enligt vår definition är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Det kan till exempel handla om att patienter och brukare inte behöver upprepa information i onödan, att de känner sig trygga och upplever att vården och omsorgen ser till hela deras behov. Med det här perspektivet är det möjligt att analysera vilka samordningsmedel som kan främja en samordnad vård och omsorg ur ett



patient- och brukarperspektiv och vilka effekter detta får på individers hälsa och livsföring. Samordningsmedlen består i sin tur av olika tillvägagångssätt som rör organisation och styrning (nummer 2 i figur 7). Samordnad vård och omsorg är dock endast ett av flera kvalitetsmål som vården och omsorgen bör sträva efter. En ökad samordning bör därför vägas mot vikten av att infria även andra kvalitetsaspekter, som till exempel vårdens tillgänglighet eller jämlikhet, liksom kostnaden för detta (nummer 3 i figur 7).

Figur 7. Vår tolkning av en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.



3.1.1 Vår definition av samordnad vård och omsorg utgår från individens perspektiv

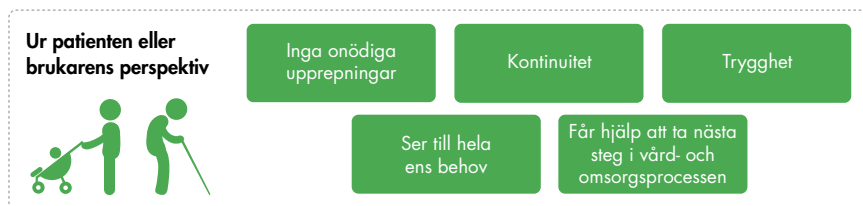
I det här avsnittet söker vi definiera vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv. Definitionen har vidareutvecklats utifrån en tidigare Vårdanalys rapport (Vårdanalys 2016a) som i sin tur tog sin utgångspunkt i internationell litteratur och i samråd med myndighetens patient- och brukarråd. Vår definition av en samordnad vård och omsorg tar fasta på ett idealtillstånd, det vill säga när samordningen fungerar på ett önskvärt sätt för patienter och brukare. Enligt definitionen är samordning en renodlad kvalitetsaspekt, kostnaderna för att uppnå denna kvalitet vägs inte in.

Fortsättningsvis i rapporten utgår vi från följande definition av en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv:

Vården och omsorgen är samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser.

Definitionen innebär att vad som är en samordnad vård och omsorg i praktiken kan variera för olika individer. Nedan beskriver vi några exempel på vad samordnad vård och omsorg kan innebära (se figur 8). Exempelen har tagits fram i samråd med Vårdanalys patient- och brukarråd.

Figur 8. Exempel på vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv.



- *Patienten och brukaren behöver inte i onödan upprepa information eller genomgå onödiga behandlingar, utredningar eller tester när hen har godkänt att informationen får delas.*

När ett medgivande från patienten eller brukaren finns delas informationen mellan enheter inom samma organisation och mellan kommunen och landstinget så att patienten och brukaren inte måste berätta sin sjukdomshistoria om hen inte önskar det.

- *Patienten och brukaren erbjuds så långt det är möjligt kontinuitet inom vården och omsorgen.*

Kontinuitet kan vara att vården och omsorgen bygger en förtroendefull relation med individen, där de anställda får en personlig kunskap om individen och hens preferenser. Kontinuitet kan säkerställas genom att olika nivåer och verksamheter delar information om individens vård och omsorg samt tidigare insatser. Slutligen kan kontinuitet säkerställas via riktlinjer och vårdprogram som klargör roller, ansvar och vilka insatser som ska ges för olika behov. Det ökar möjligheterna för patienter och brukare att vara delaktiga vid planeringen av vården och omsorgen.

- *Patienten och brukaren kan känna sig trygg i att vården och omsorgen ser till alla behov.*

De som patienten och brukaren träffar ska se till hela individens behov av vård och omsorg. Detta förutsätter ett bra bemötande och ett framåt-syftande förhållningssätt. Patienter och brukare ska känna att de står i centrum för verksamheten, att deras behov uppfattas som trovärdiga samt att de får vara delaktiga i besluten.

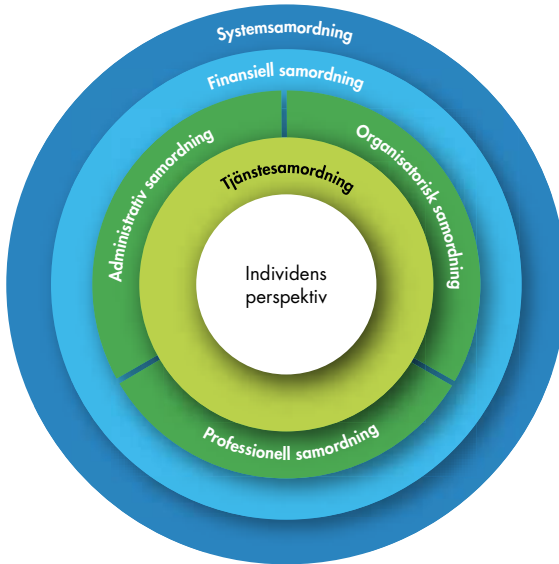
- *Patienter och brukare får hjälp att delta i samordningen om de vill.*
Patienten och brukaren ska få stöd för att kunna delta i samordningen. Det kan till exempel innebära att individen får tillräckligt med information och vägledning i en vård- och omsorgsprocess för att veta vilka kontakter som behöver tas härnäst.

3.2 MEDEL FÖR ATT UPPNÅ EN SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG

Det finns ingen allmänt vedertagen modell som beskriver hur vården och omsorgen kan arbeta för att förbättra samordningen (Suter m.fl. 2007, Valentijn m.fl. 2013). Det försvårar systematisk förståelse av hur en samordnad vård och omsorg kan uppnås och därmed även att utveckla och följa upp enskilda samordningsinitiativ. Det finns alltså ett starkt behov av att utveckla ett ramverk som kan användas för att empiriskt analysera vilka samordningsmedel som tillämpas.

Vi har därför utvecklat ett ramverk med syfte att tolka, beskriva och analysera olika samordningsmedel, som sedan används för att analysera och jämföra de studerade initiativen. Ramverket har tagits fram med utgångspunkt i forskning som syftar till att definiera olika typer av samordning (integrated care) vilka i vårt ramverk benämns som samordningsmedel. Ramverket har även anpassats till svenska förutsättningar.

Forskningen om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg är dock begränsad-. Det innebär i sin tur att det finns bristande evidens för att det föreligger ett samband mellan å ena sidan de identifierade samordningsmedlen och å andra sidan positiva patientupplevelser, hög medicinsk kvalitet och kostnadseffektivitet (Goodwin m.fl. 2013, Curry och Ham 2013). I praktiken kan en samordnad vård och omsorg sannolikt äga rum på en rad olika sätt och på olika nivåer i ett system. Mycket talar också för att samspelet mellan olika samordningsmedel är avgörande för vilka resultat som uppnås (Shaw m.fl. 2011, Pike och Mongan 2014). Vårt ramverk ska således inte tolkas som en idealmodell där en tillämpning av samtliga samordningsmedel alltid är att föredra. I stället är detta ett försök att systematiskt beskriva, kategorisera och jämföra vilka metoder som används i olika samordningsinitiativ. Samordningsinitiativen ska dessutom åstadkomma förändring på olika nivåer i vård- och omsorgssystemet. Detta innebär i sin tur att de samordningsmedel som identifieras i vårt ramverk blir mer eller mindre aktuella för beskrivningen av olika initiativ. Ramverket (se figur 9) och de frågor (se tabell 2) som används för att analysera initiativen presenteras nedan.

Figur 9. Ramverk för olika typer av samordningsmedel.

Det första samordningsmedlet som beskrivs i vårt ramverk, *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*, tar fasta på om initiativet syftar till att skapa en gemensam värdegrund och en kultur som bygger på att samordningen ska ske med individens behov som utgångspunkt (Fulop m.fl. 2005, Lewis m.fl. 2010). Mer specifikt gör vi bedömningen att detta samordningsmedel tillämpas, om relevanta policydokument ger uttryck för att de som planerar och utför vården och omsorgen ska utgå från patientens och brukarens perspektiv snarare än ett organisationsperspektiv (Loyd och Wait 2005, Shaw m.fl. 2011). I bedömningen inkluderar vi även om det finns en uttalad ambition att göra patienter och brukare samt anhöriga delaktiga i planeringen och beslut, som rör vården och omsorgen.

Tjänstesamordning tar fasta på om initiativet syftar till att patienter och brukare ska uppleva vård- och omsorgsinsatserna som en sammanhållen tjänst (Kodner 2009; Valentijn m.fl. 2013). Personer med komplexa behov behöver ofta insatser från många utförare och huvudmän. Tjänstesamordning handlar ytterst om att det är tydligt för patienter och brukare när en insats ska ske och vilken aktör i vårdkedjan som ansvarar för genomförandet. Detta är inte minst viktigt för att patienter och brukare ska kunna förstå och påverka sin vård och omsorg. Inom litteraturen nämns ett flertal exempel på vad som kan kategoriseras som olika typer av tjänstesamordning (Goodwin m.fl. 2013).



I vår operationalisering utgår vi från om initiativen syftar till att ge en utpekad person ansvaret för att fungera som individens kontaktpunkt och koordinator samt om initiativen syftar till att utveckla eller använda hjälpmedel som gör patienten till medskapare i vården. Här analyserar vi specifikt om det finns en ambition att utveckla eller använda e-hälsolösningar som ökar patienters och brukares delaktighet, eftersom ett flertal studier pekar på just vikten av sådana lösningar (Rosenmöller och Whitehouse 2014, Goodwin m.fl. 2013). Därtill betraktar vi det som en typ av tjänstesamordning om de samverkande parterna använder gemensamma riktlinjer under hela processen. Ur ett verksamhetsperspektiv kan detta ses som ett exempel på så kallad klinisk eller professionell samordning (Fulop m.fl. 2005), det vill säga som ett sätt att säkerställa enhetliga arbetssätt mellan olika professioner. Ur ett patient- och brukarperspektiv kan dock riktlinjerna betraktas som en typ av tjänst som ökar vårdkedjans transparens och förutsägbarhet vilket i sin tur kan förbättra möjligheten till delaktighet vid planeringen av den egna vården och omsorgen.

Professionell samordning tar fasta på i vilken utsträckning som olika professioner samordnar insatserna såväl inom som mellan organisationer (Valentijn m.fl. 2013, Kodner 2009). I bedömningen av om detta samordningsmedel tillämpas undersöker vi om initiativet innebär att de som kommer i vardaglig kontakt med individen ingår i ett multiprofessionellt team. Samordning kan även äga rum via mindre formella former än multiprofessionella team till exempel genom upparbetade kontakter mellan olika professioner. Även den typen av samverkan betraktar vi som ett exempel på att det aktuella styrmedlet tillämpas (Valentijn m.fl. 2013). Vi analyserar även om det finns en utpekad person som ansvarar för att koordinera samverkan mellan de olika professionerna. En sådan funktion kan vara av vikt för hur framgångsrik samordningen blir (Goodwin m.fl. 2013). En annan form av professionell samordning som vi tar fasta på i vår analys, handlar om huruvida det finns tydliga rutiner för hur kommunikationen mellan professionerna ska ske (Valentijn m.fl. 2013). Här avses inte sådan kommunikation som sker via journalsystemen, utan snarare muntliga och skriftliga kontakter som sker utöver den formella dokumentationen i journalerna.

Administrativ samordning tar fasta på hur administrativa system och andra stödfunktioner är samordnade inom och mellan organisationer (Coburn 2001, Valentijn m.fl. 2013, Conrad och Shortell 1996). Ytterst handlar administrativ samordning om att skapa en gemensam tydlig struktur som underlättar för beslutsfattande gällande uppgiftsfördelning, resurser och

ansvar (Contandriopoulos m.fl. 2003). Inom forskningen lyfts ett flertal exempel på administrativ samordning även benämnt som funktionell samordning; däribland att det finns mekanismer för en gemensam ekonomisk förvaltning, strategisk planering, informationshantering och kvalitetsförbättring (Contandriopoulos m.fl. 2003, Valentijn m.fl. 2013). Att genomföra en heltäckande kartläggning av om samtliga nämnda mekanismer tillämpas inom respektive initiativ låter sig inte genomföras inom ramen för den här rapporten. I stället undersöker vi om initiativet syftar till att etablera eller främja användning av gemensamma och integrerade journalsystem för vård- och omsorgsdokumentation (Pike och Mongan 2014).

Med integrerade system menas att verksamheterna både kan dokumentera i samma system och automatiskt ta del av information som andra har dokumenterat, om patienten eller brukaren vid något tillfälle lämnat sitt samtycke. Utöver förekomsten av gemensamma journalsystem har vi även undersökt om verksamheterna använt andra tekniska system för informationsutbyte om individens vård och omsorg (Leutz 1999).

Organisationssamordning tar fasta på det övergripande förhållandet mellan de verksamheter som samverkar. I praktiken kan samordningen vara mer eller mindre långtgående och relationen mellan de samverkande parterna mer eller mindre formaliserad (Leutz 1999). I vår analys skiljer vi på samordning som uppstått genom att olika verksamheter gått samman till en organisation och samordning som bygger på formella överenskommelser mellan fristående organisationer (Fulop m.fl. 2005).

Finansiell samordning tar fasta på hur vården och omsorgen ersätts. Ett flertal studier lyfter att samordning ofta är förbundet med kostnader och om inte dessa kostnader ersätts, finns risk för att berörda verksamheter inte deltar eller att nödvändiga systemlösningar aldrig utvecklas. Fragmenterade och detaljerade ersättningsmodeller kan således riskera att underbygga stuprör i vården och omsorgen (Loyd och Wait 2005, Goodwin m.fl. 2013, Leutz 1999). Att ha en gemensam budget kan däremot öka förutsättningarna för samverkan (Goodwin m.fl. 2013). Vi analyserar hur samordningsinitiativen finansieras samt vilka ekonomiska incitament som finns för att stimulera samordning. I kapitel 4 redogör vi närmare för vilka ersättningsprinciper som ur ett teoretiskt perspektiv kan antas främja samordning.

Systemsamordning tar fasta på hur övergripande policyer och regler skapar förutsättningar för samordning (Fulop m.fl. 2005). Vi har placerat detta samordningsmedel ytterst i ramverket eftersom såväl nationella som lokala policyer och regler sätter ramarna för hur de andra samordningsmedlen kan användas (Valentijn m.fl. 2013). Ytterst påverkar lagstiftningen vilka



initiativ som kan äga rum och vilka metoder som kan tillämpas. I kapitel 4 belyser vi därför viss lagstiftning som vi bedömt som särskilt relevant för samordningsfrågorna. Systemsamordning handlar emellertid även om att det finns ett tydligt politiskt stöd för samordning samt etablerade former för att genomdriva politiska beslut (Leutz 1999).

Vi beskriver två samverkansformer för kommuner och landsting som vi bedömer särskilt relevanta att belysa i denna rapport: gemensam nämnd och kommunalförbund. När vi analyserar initiativ som bygger på samverkan mellan verksamheter med olika huvudmän, använder vi dessa huvudformer

Tabell 2. Frågor som används i analysen av initiativen.

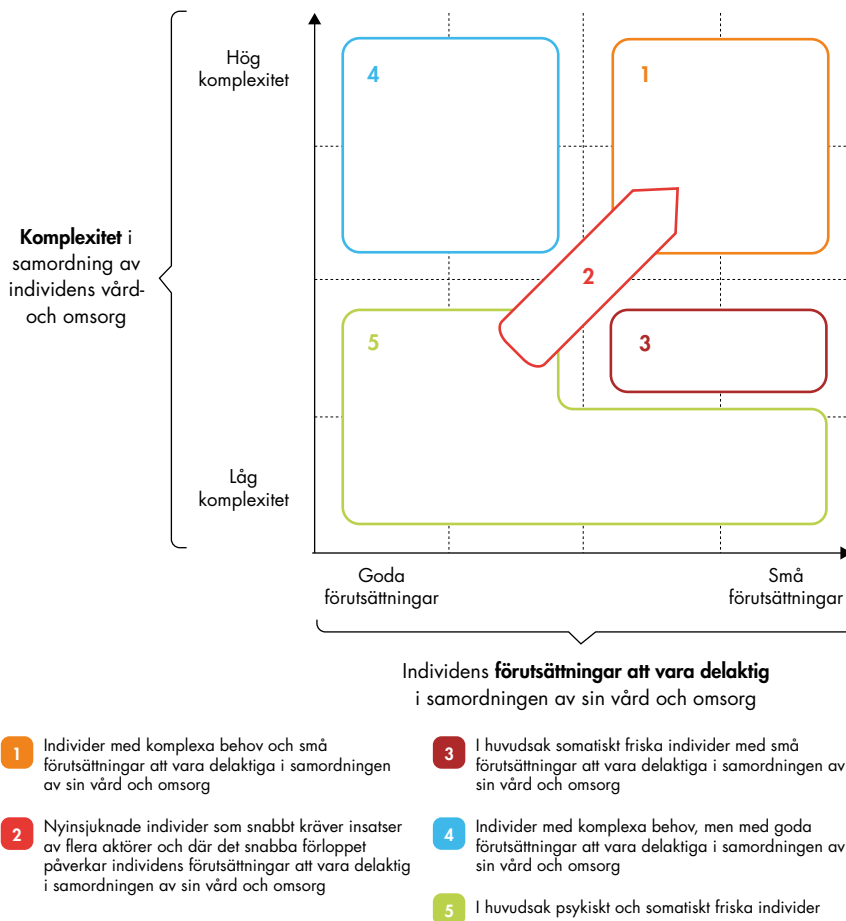
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Värdegrund från individens perspektiv: Finns det en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv? Deltagande från patienter, brukare och anhöriga: Deltar patienter, brukare och anhöriga i planering och beslut om vården och omsorgen?
Tjänstesamordning	Riktlinjer: Finns det gemensamma riktlinjer som syftar till att etablera ett gemensamt arbetssätt? Koordinator för patienten och brukaren: Finns det en koordinator för patienter och brukare som har förstahandsansvar för kontakt med brukare, patienter och anhöriga? E-hälsolösning: Finns det en sammanhållen tjänst som möjliggör för patienter och brukare att vara medskapande i vården och omsorgen?
Professionell samordning	Multiprofessionellt team: Finns ett multiprofessionellt team runt patienten eller brukaren? Samarbete mellan professioner: Finns det ett mindre formellt professionsöverskridande samarbete genom upparbetade kontakter mellan professioner, utöver eventuella multiprofessionella team? Koordinator för professionen: Finns det en koordinator som ansvarar för samordningen mellan olika professioner inom initiativet? Kommunikation inom initiativet: Finns det rutiner för kommunikation mellan olika professioner inom initiativet?
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem: Används integrerade dokumentationssystem för verksamheter inom initiativet som traditionellt dokumenterar i olika journalsystem? Tekniskt kommunikationssystem: Finns det andra tekniska system som kan underlätta samarbete och informationsutbyte mellan de verksamheter som ingår i initiativet?
Organisationssamordning	En organisation: Tillhör samtliga aktörer som medverkar i initiativet samma organisation? Formell samverkan mellan fristående organisationer: Bygger initiativet på en formell samverkan mellan fristående organisationer som slutit avtal med varandra om samverkan?
Finansiell samordning	Gemensam finansiering: Finansieras verksamheten inom initiativet gemensamt av båda huvudmännen? Incitament: Tillämpas särskilda ersättningssystem som skapar incitament för samordning?
Systemsamordning	Samverkansform: Finns det en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund för initiativet? Frågan är endast aktuell för initiativ på lokal eller regional nivå. Uttalat politiskt stöd: Finns det ett tydligt uttalat politiskt stöd för initiativet i form av exempelvis politiska beslut, lagar eller policydokument?

för att beskriva vilken samverkansform som tillämpas. I kapitel 4 utvecklar vi innebörden av samverkansformerna närmare. Vid analysen av samordningsinitiativen analyserar vi även om det finns ett tydligt uttalat politiskt stöd för initiativen i form av exempelvis politiska beslut, lagar eller policydokument (Goodwin m.fl. 2013).

3.3 MATCHA SAMORDNINGSINSATSERNA MOT GRUPPERNAS BEHOV

Utöver att kartlägga vilka samordningsmedel som tillämpas i de studerade initiativen har vi även sökt analysera hur initiativen svarar mot patienters och brukares behov av samordning. Analysen baseras på ett ramverk som Vårdanalys (2016a) tidigare utvecklat för att identifiera generella patient- och brukargrupper vars gemensamma kännetecken är att de har ett behov av samordning (se figur 10).

Figur 10. Olika patient- och brukargrupperns behov av samordning.



Behovet av samordning bestäms dels av hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels med hänsyn till individens förutsättningar att själv vara delaktig och medskapande i samordningen.

Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen handlar om hur mycket stöd och hjälp hen behöver av vården och omsorgen för att driva vård- och omsorgsprocesser framåt. Personer har till exempel olika förmåga att ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda, vara bärare av information och ta hand om delar av utförandet på egen hand. Ett stort antal faktorer kan påverka individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen. Till exempel kognitiv förmåga, psykisk hälsa, fysisk funktionsförmåga, ålder samt språkliga kunskaper och kännedom om samhället (Vårdanalys 2016a).

Enligt ramverket ökar komplexiteten i samordningen ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen (Vårdanalys 2016a). Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Det är således mindre komplext att samordna insatser inom en vårdenhet än mellan tre olika enheter som tillhör olika huvudmän. Hur vi väljer att organisera och reglera vården och omsorgen i olika enheter, organisationer eller huvudmän påverkar alltså hur komplex samordningen blir. I ramverket identifieras fem övergripande nivåer där samordningens komplexitet tydligt ökar på varje nivå:

- **Nivå 1:** Samordning mellan olika personer och professioner.
- **Nivå 2:** Samordning mellan olika enheter.
- **Nivå 3:** Samordning mellan olika organisationer.
- **Nivå 4:** Samordning mellan olika domäner.
- **Nivå 5:** Samordning mellan olika huvudmän.

Den lägsta nivån av komplexitet innebär att samordningen behöver ske mellan olika personer och professioner inom en enhet. Med enhet avses en indelning inom en organisation, exempelvis ett sjukhus. Domäner kännetecknas av att det finns en gemensam professionskultur och att de som verkar inom en domän har en gemensam akademisk eller professionell bakgrund. Till exempel är domäner ur ett sjukvårdsperspektiv olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses i stället olika verksamheter, som stöd till funktionsnedsatta och äldreomsorg.

Samordningen blir som mest komplex när den sker mellan verksamheter som har olika huvudmän. Samordningen behöver då ske mellan såväl olika

professionsgrupper, enheter, organisationer och domäner. Vid samordning mellan verksamheter med olika huvudmän tillkommer också andra utmaningar, till exempel att kommunernas och landstingens verksamheter till stor del lyder under olika lagstiftningar, vilket bland annat försvårar informationsöverföring. Kommuner och landsting har också olika politiska ledningar, och separata skatter och avgifter finansierar respektive verksamhet. Nivåerna beskrivs mer utförligt i bilaga 1.

3.3.1 Patient- och brukargrupper indelade efter behov av samordning

Ramverket utgår från antagandet att grupper med liknande behov av samordningsinsatser har ungefär motsvarande förutsättningar att vara delaktiga och medskapande i samordningen av sin vård och omsorg. Därtill antas komplexiteten i samordningen vara likartad för personer i samma grupp. Utifrån dessa antaganden identifieras fem övergripande grupper med olika behov och inom varje övergripande grupp inkluderas sedan mer specifika patient- och brukargrupper. Syftet med denna förenklade indelning är att den ska kunna användas för systemövergripande analys av samordningsbehov. I den här rapporten används gruppindelningen för att analysera vilka grupper som de olika samordningsinitiativen riktar sig till. De aktuella patient- och brukargrupperna sammanfattas översiktligt nedan. I kapitel 5 beskrivs de mer i detalj.

Grupp 1: *Personer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.*

Exempelgrupper:

- Unga och vuxna med missbruk och samtidig psykisk ohälsa
- Mest sjuka äldre
- Allvarlig psykisk ohälsa
- Barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa och kronisk sjukdom
- Våld i nära relationer
- Sent palliativt skede



Grupp 2: *Nyinsjuknade personer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg.*

Exempelgrupper:

- Stroke
- Fallskador (äldre)

Grupp 3: *I huvudsak somatiskt friska personer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.*

Exempelgrupper:

- Barn och vuxna med intellektuell eller neuropsykiatriska funktionshinder
- Placerade barn utan missbruks- eller psykiatrisk problematik
- Barn med psykisk ohälsa

Grupp 4: *Personer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.*

Exempelgrupper:

- Multisjuka utan samtidig psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning
- Barn, unga och vuxna i tidigt sjukdomsskede med risk att tillståndet förvärras

Grupp 5: *I huvudsak psykiskt och somatiskt friska personer.*

Exempelgrupper:

- Personer som är helt friska
- Personer som har en enklare kronisk sjukdom
- Personer med nedsatt psykiskt välbefinnande



Några juridiska och finansiella aspekter på samordning

Vi ser att det är särskilt angeläget att fördjupa oss inom två områden då dessa bland annat i intervjuer lyfts fram som särskilt relevanta ur ett nationellt perspektiv. Vi gör en översikt av rättsliga ramar för samordning och ersättningssystemens roll som finansiellt samordningsmedel.

4.1 NÅGRA RÄTSLIGA ASPEKTER PÅ SAMORDNINGSFRÅGAN

Ansvar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten är sedan länge uppdelat på olika huvudmän och de två välfärdsområdena regleras också till stora delar i skilda författningar. Det innebär bland annat att målen med de olika verksamheterna är formulerade på olika sätt, att ansvaret och skyldigheterna för huvudmännen, vårdgivarna, utförarna och personalen är utformade på olika sätt och att de lagstiftningstekniska lösningarna skiljer sig mellan områdena. Till exempel är hälso- och sjukvården huvudsakligen uppbyggd kring huvudmännens, vårdgivarnas och vårdpersonalens skyldigheter, medan man brukar tala om att socialtjänstens verksamhet till stora delar bygger på en så kallad rättighetslagstiftning. I takt med ett ökat behov av samordning har dock kraven i vård- och omsorgslagstiftningen på att ta hänsyn till samverkan, samordning och samarbete på lika sätt ökat. Även möjligheterna till olika typer av interkommunal samverkan enligt kommunalrätten har utvidgats. Verksamhetsföreträdare har i våra intervjuer fört fram att viss lagstiftning fortfarande begränsar möjligheterna till ett ändamålsenligt samordningsarbete. Det handlar framför allt om regleringen avseende dokumentation och sekretess. Mot bakgrund av detta och då



samordningsfrågorna berörs av ett omfattande och delvis komplext regelverk, har vi valt att övergripande redogöra för några rättsliga frågor som särskilt lyfts upp i vår kartläggning. Syftet är dock inte att redovisa en uttömmande juridisk analys av möjligheterna att samordna hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

4.1.1 Flera olika kommunalrättsliga samverkansformer

Möjligheterna att samverka i olika typer av kommunala samverkansformer ger kommuner och landsting vissa förutsättningar att arbeta samordnat i olika avseenden, till exempel genom att överenskomma om uppgiftsfördelning på vissa områden, dela på vissa nyckelfunktioner eller genom att samordna hela verksamheter under en gemensam politisk organisation. Vi beskriver här två samverkansformer som uppmärksammats särskilt i detta projekt, gemensamma nämnder och kommunalförbund. Utöver dessa två samverkansformer finns också vissa möjligheter för kommuner och landsting att ingå olika typer av avtal med varandra.

Inom ramen för en gemensam nämnd finns förutsättningar för kommuner och landsting att fullgöra olika uppgifter på vård- och omsorgsområdet gemensamt, men de samverkande kommunerna och landstingen behåller det yttersta huvudmannasvaret för de uppgifter de samverkar kring i nämnden (lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet). Den gemensamma nämnden tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen (den s.k. värdkommunen eller värdlandstinget) och ingår i denna kommuns eller landstings organisation (3 kap. 3 a § KL). Den gemensamma nämnden är alltså inte en egen juridisk person vilket bl.a. innebär att den inte själv kan anställa personal, men personalfrågan kan enligt förarbetena ordnas på flera sätt. En lösning kan enligt förarbetena vara att samtlig personal anställs av värdkommunen eller värdlandstinget (prop. 2002/03:20 s. 25). Nämndens behörighet, befogenhet, verksamhet och arbetsformer ska regleras i en överenskommelse mellan de samverkande parterna och ett reglemente som beslutas av fullmäktige i respektive samverkande kommun och landsting (3 kap. 3 c § och 6 kap. 32 § KL). Ett annat sätt att samverka på är att upprätta ett kommunalförbund, vilket är en egen juridisk person som helt övertar uppgifterna som dess medlemmar överlämnar till förbundet och blir därmed huvudman för dessa (3 kap. 20 § KL). Ett kommunalförbund får ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter. Kommunalförbund kan under vissa förutsättningar exempelvis upprätta

olika typer av interkommunala bolag för att utföra uppgifter inom vården och omsorgen (3 kap. 16-18 §§ KL).

4.1.2 Dokumentationsreglering och sekretess- och tystnadspliktsgränser

Huvudmän, vårdgivare, utförare och personal har olika författningar att förhålla sig till inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten och beroende på om verksamheten är offentligt eller privat bedriven. Det påverkar förutsättningarna för hur långtgående, det vi kallar för administrativ samordning som är genomförbar i praktiken. Det saknas exempelvis möjligheter för olika aktörer som deltar i vården och omsorgen av en enskild att föra en gemensam patientjournal eller en gemensam dokumentation enligt de krav som ställs på socialtjänstens verksamhet. Det är som huvudregel inte heller möjligt att dokumentera i en gränsöverskridande vård- och omsorgsjournal eller liknande. Möjligheterna att lämna ut och ta del av uppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan att inhämta den enskildes samtycke är också begränsade. Dessutom är möjligheterna till så kallad sammanhållen journalföring, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare under vissa förutsättningar, endast tillgängligt inom hälso- och sjukvården (1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) (PDL) och 25 kap. 11 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL)). Motsvarande möjlighet till direktåtkomst mellan verksamheter inom socialtjänsten och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns alltså inte.

Reglerna om journalföring inom hälso- och sjukvården finns främst i PDL, medan de för socialtjänsten främst finns i SoL. De relevanta sekretessbestämmelserna finns för den offentliga hälso- och sjukvården i 25 kap. OSL och för den offentliga socialtjänsten 26 kap. OSL. Huvudregeln enligt de bestämmelserna är att sekretess gäller för uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § och 26 kap. 1 § OSL). Privat bedrivna verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten omfattas av sekretess- och tystnadspliktsregler i annan lagstiftning (6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL) och 15 kap. 1 och 2 §§ SoL), men utgångspunkten är att sekretesskyddet ska vara likvärdigt som i offentliga verksamheter (se prop. 1980/81:28 s. 23, prop. 1981/82:186 s. 26, prop. 2005/06:141 s. 63, prop. 2005/06:161 s. 82 och 93 och prop. 2007/08:126 s.46, 133 samt s. 248).



Presumtionen är alltså sekretess för uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Att det råder sekretess för uppgifterna innebär att en myndighet inte får röja dem för enskilda eller andra myndigheter om det inte finns särskilda undantag eller sekretessbrytande bestämmelser som är tillämpliga i det enskilda fallet. Ett exempel på en sekretessbrytande bestämmelse är den så kallade samtyckesbestämmelsen, som innebär att sekretessen som utgångspunkt inte hindrar att uppgifter om den enskilda utlämnas om denne samtycker till det (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Det är inte särskilt reglerat hur ett samtycke ska vara utformat för att det ska vara giltigt och det finns situationer när det kan vara svårt att avgöra om ett giltigt samtycke föreligger. Förutsättningar för samtyckets giltighet är bland annat att den enskilde inte blivit mer eller mindre tvingad till samtycket och att samtycket inte har ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt avstår från sekretessen hos en viss myndighet eller en viss tjänsteman (prop. 1979/80:2 Del A s. 331). Sekretessen hindrar inte heller att uppgift om vissa enskilda i särskilt utsatta situationer lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd (25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL). Denna bestämmelse ska dock tillämpas med varsamhet i enskilda fall (se t.ex. prop. 1990/91:111 s. 41) och möjliggör inte ett regelmässigt uppgiftsutbyte mellan olika aktörer i till exempel integrerade verksamheter. Inom hälso- och sjukvården finns också en särskild sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör utlämnande mellan olika vårdgivare i form av sammanhållen journalföring (25 kap. 11 § OSL).

Sekretessen gäller även mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 1 och 2 §§ OSL). Det innebär exempelvis att det som utgångspunkt finns en sekretessgräns hälso- och sjukvårdsverksamheter emellan och omsorgsverksamheter emellan om de utförs inom ramen för olika nämndorganisationer och även mellan vård- och omsorgsverksamheter som bedrivs inom ramen för samma nämndorganisation (se t.ex. prop. 1981/82:186 s. 47). Ett undantag har dock gjorts för de verksamheter som omfattats av den så kallade Ädelreformen, där den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i sekretesshänseende bedöms tillhöra samma verksamhetsområde och inte att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (prop. 1990/91:14 s. 85 och prop. 2007/08:126 s. 168). Emellan den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i sådana verksamheter råder det alltså inte sekretess. När det gäller samverkan i en gemensam nämnd på vård- och omsorgsområdet finns

ingen särskild lösning i OSL för sådana nämnder. I förarbetena bedömdes i stället att sekretessbestämmelserna inte utgör något hinder mot samverkan i sådan verksamhet där det ligger i den enskildes intresse att medverka i vården och där man kan förvänta sig att den enskilde lämnar samtycke till att information lämnas (prop. 2002/03:20 s. 26).

Det kan också nämnas att anställda inte fritt får utbyta uppgifter mellan varandra även om det inte finns en sekretessgräns inom myndigheten eller verksamhetsgrenen, utan man brukar tala om så kallad inre sekretess. Anställda kan endast ta del av uppgifter som omfattas av sekretess i den utsträckning som behövs för handläggningen av ett ärende eller för att driva verksamheten i övrigt (se prop. 2006/07:108 s. 45–47, se även 4 kap. 1 § PDL).

I utredningen Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet (SOU 2000:114) gjordes en genomgång av de rättsliga förutsättningarna för införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation på vård- och omsorgsområdet. Utredningen fann att en sådan möjlighet bland annat skulle vara svårförenlig med reglerna om offentlighet enligt tryckfrihetsförordningen (1949:105) och gällande sekretessbestämmelser. Samtidigt framhöll de att ”i princip inget hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad”, under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om sekretess och inre sekretess. Frågan, menar de, kan således många gånger lösas praktiskt i samråd med den enskilde (SOU 2000:114 s. 275). I utredningen Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) föreslås att två alternativa möjligheter till informationshantering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst bör tillhandahållas, dels direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, dels en gemensam vård- och omsorgsjournal. Dessa förslag har såvitt vi kan bedöma inte tagits vidare.

Olika huvudmän och regleringar, men flera krav på samverkan, samordning och samarbete

Hälso- och sjukvårdens verksamhet regleras framför allt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), där det bland annat anges att landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget (8 kap. 1 § HSL). Även kommunen har ett visst ansvar för hälso- och sjukvård, men för en mer begränsad krets personer (12 kap. 1 och 2 §§ HSL). Socialtjänstens verksamhet regleras till största delen i socialtjänstlagen (2001:453) (Sol). Där anges att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1 § Sol).

forts.



forts.

Samtidigt som ansvaret för hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltså är uppdelat på olika huvudmän och de olika verksamheterna till stora delar regleras i skilda författningar, finns ett antal författningskrav som tar sikte på samverkan, samordning och samarbete. Det finns krav som gäller bara inom vården respektive omsorgen men även krav som gäller dem emellan. När det gäller krav inom hälso- och sjukvården är en central bestämmelse att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § patientlagen). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF)). Patienten har också möjlighet att få en fast vårdkontakt om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet (4 kap. 1 § HSF, 6 kap. 2 § patientlagen). Det är då verksamhetschefen som ska utse den fasta vårdkontakten. Bestämmelsen innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser (prop. 2009/10:67 s.62). Funktionen bör enligt förarbetena kunna hjälpa till med att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt andra berörda myndigheter när det behövs (prop. 2009/10:67 s. 62). Syftet med en fast vårdkontakt är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (prop. 2013/14:106 s. 99). Patienter har också möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 § patientlagen). Den fasta läkarkontakten ska bland annat samordna vården för patienten enligt förarbetena (prop. 1994/95:195 s. 41–42).

När det gäller krav på samordning och liknande mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns övergripande krav i föreskrifter från Socialstyrelsen. Där anges att både vårdgivare och de som bedriver omsorgsverksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten (4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Därutöver finns krav i lagstiftningen på att en individuell plan ska upprättas när en person är i behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Planen ska beskriva vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för och vilka åtgärder som vidtas av någon annan samt vilken av parterna som är huvudansvarig för planen (prop. 2008/09:193 s. 17–18). Det finns även särskilda krav på kommuner och landsting att ingå överenskommelser med varandra om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel, och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (16 kap. 3 § HSL samt 5 kap. 1 d, 8 a och 9 a §§ SoL). Från den 1 januari 2018 kommer dessa krav på överenskommelser om samarbete även inkludera personer som missbrukar spel om pengar.

Vikten av samverkan, samordning och samarbete inom och mellan vården och omsorgen framhålls också i olika förarbeten (se t.ex. prop. 1981/82:97 s. 27, 69 och 97, prop. 1979/80:1 s. 357 och prop. 2000/01:80 s. 93).

4.2 ERSÄTTNINGEN AV VÅRD OCH OMSORG KAN PÅVERKA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR SAMORDNING

I detta avsnitt fördjupar vi oss i ersättningsprincipernas styrande effekter inom vården och omsorgen, med särskilt fokus på hur de kan påverka graden av samordning. Ersättningsprinciperna kan vara ett verktyg för att styra vårdgivare mot uppsatta mål om samordning, men det finns också en rad andra mål utöver god samordning. Förbättrad kvalitet, hög produktion, god tillgänglighet samt rättvis fördelning där de med störst behov bör prioriteras först är mål som ersättningssystemen syftar till att uppnå och där systemen ofta rymmer inneboende avvägningar (Andersson m.fl. 2014).

4.2.1 Ersättningsprinciperna ger olika incitament till utföraren

Ersättningsprinciperna kan delas in i tre incitamentskomponenter: aktivitetsgrad, tidsperspektiv och objekt. Aktivitetsgrad beskriver om ersättningen är fast eller rörlig, vilket påverkar om utföraren erhåller högre ersättning för ökad produktion. Tidsperspektivet beskriver om ersättningen bestäms innan eller efter utförd insats. Ersättning som bestäms i efterhand baseras på hur mycket resurser som förbrukats i samband med utförd insats. Objektet bestämmer vad utföraren får betalt för, exempelvis kan ersättningen baseras på åtgärd, resultat, individ eller period (Jacobsson 2007). Sammanfattningsvis innebär detta att ersättningsprincipernas incitamentkomponenter kan påverka utförarens agerande och de påverkar även vem av finansiären eller utföraren som bär den finansiella risken.

Alla ersättningsprinciper har för- och nackdelar och vanligtvis kombineras två eller fler ersättningsprinciper för att parera oönskade effekter. När ersättningsprinciperna kombineras kallas det vanligtvis för en ersättningsmodell eller ett ersättningssystem (LHC 2014, Lindgren 2014). Nedan presenteras ersättningsprinciperna i en faktaruta där vi beskriver hur de är utformade, vilka incitament de ger ur ett teoretiskt perspektiv samt vilka förutsättningar de ger för samordning.

Vid *fast ersättning* får utföraren ersättning innan utförd insats. Förutbestämd budget eller ersättning som baseras på en definierad population är exempel på fast ersättning inom hälso- och sjukvården. Dessa kallas anslag respektive kapitering. Fast ersättning till hemtjänsten bestäms i förväg och kan baseras på biståndsbedömd tid. Dessa exempel ger utförarna incitament till låg produktion och lägre kvalitet men det ger god kostnads-kontroll för finansiären (Andersson m.fl. 2014, Lindgren 2014, SKL 2009). För särskilt



forts.

boende kan den fasta ersättningen baseras på det totala antalet platser på ett boende, ersättningen är då oberoende från den faktiska beläggningsgraden. Det innebär att kommunen kan behöva ersätta för oanvända platser om beläggningsgraden är låg (Svenskt näringsliv 2015, SKL 2009). Fast ersättning varken hindrar eller stimulerar utföraren att öka samordningen (SOU 2017:56 s.99, 102, 103).

Rörlig ersättning som bestäms i efterhand (prestationsersättning) ger utföraren ersättning för de vård- eller omsorgsinsatser som utförts. Inom hälso- och sjukvården kan rörlig ersättning exempelvis baseras på antalet besök. Det ger utföraren incitament till hög produktion och eftersom full ersättning utgår för alla insatser minskar risken för att utförare undviker patienter med svårare sjukdomsbild. En risk är att utföraren erbjuder mer insatser än vad som är medicinskt motiverat och ersättningsprincipen ger också svaga incitament till kostnadseffektiva behandlingar. Vid rörlig ersättning som utgår i efterhand ökar den finansiella risken för finansiären (Andersson m.fl. 2014, LHC 2014, Lindgren 2014).

Rörlig ersättning för hemtjänsten kan vara baserad på utförd biståndsbedömd tid. Det ger utföraren incitament att genomföra tjänsten men svaga incitament att utföra tjänsterna effektivt. Om ersättningen i stället baseras på utförd aktivitet blir incitamenten starkare för att genomföra aktiviteterna effektivt, eftersom det kan öka lönsamheten. Rörlig ersättning till hemtjänsten medför lägre kostnadskontroll för finansiären (LHC 2014, SKL 2009). Rörlig ersättning för särskilt boende kan ha andra följder. Ersättningen baseras på beläggningsgraden på boendet vilket gör att utföraren bär den finansiella risken för oanvända platser. Det ger utföraren incitament att erbjuda hög kvalitet för att fylla tomma platser (Svenskt Näringsliv 2015, SKL 2009).

Inom hälso- och sjukvården kan den rörliga ersättningen även bestämmas i förväg där ersättningsnivån inte är beroende av den producerade nivån av vård. Utföraren får då ersättning i förväg för att genomföra exempelvis besök eller vissa behandlingar. Ersättningsprincipen ger utföraren incitament till kostnadskontroll, men risken är att vårdgivarna fokuserar på mer lönsamma åtgärder eller patienter. Att ersätta utifrån diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett försök för att minska risken för att vårdgivare fokuserar på lönsamma patienter. Vårdtillfällen grupperas i så kallade DRG-grupper efter hur mycket resurser de tar i anspråk. Ett fast pris för varje DRG-grupp ligger sedan till grund för ersättningen (Andersson m.fl. 2014, Lindgren 2014). En risk med DRG-baserad ersättning är att vårdgivarna ställer allvarigare diagnoser på patienter för att få en högre ersättning (Andersson m.fl. 2014). Sammanfattningsvis kan rörlig ersättning underlätta samordning om den ersätter för det, annars inte (SOU 2017:56 s.108–109).

Målrelaterad ersättning ger utföraren ersättning för uppnådda resultat eller avdrag om uppsatta mål inte uppnås (Lindgren 2014). Målrelaterad ersättning används till viss del inom hälso- och sjukvården men inom den kommunala verksamheten är ersättningsprincipen ovanlig (LHC 2014). Målrelaterad ersättning införs vanligen som komplement till fast eller rörlig ersättning för att höja kvaliteten. En risk med målrelaterad ersättning är att utföraren främst fokuserar på patientgrupper med större sannolikhet att uppnå målen (Andersson m.fl. 2014). Målrelaterad ersättning kan ge incitament till samordning om målen styr mot samverkan mellan olika aktörer (SOU 2017:56 s.117).

Vårdepisodersättning inom hälso- och sjukvården innebär att vårdgivare får betalt för en hel eller en del av en vårdepisod i stället för varje enskild aktivitet (Wohlin m.fl. u.å.).

forts.

Ersättningsprincipen är fast och bestäms i förväg men innehåller också inslag av målrelaterad ersättning. Vid behov kan ersättningen även justeras utifrån patienternas individuella förutsättningar. Genom att ersättningen betalas ut som ett paketpris och bestäms i förväg bär utföraren den finansiella risken (Wohlin m.fl. u.ä., Lindgren, 2014). Fördelarna med vårdepisodersättning är att den kan uppmuntra till samarbete mellan verksamheter och att se vårdepisoden som en helhet. Men ersättningsprincipen kan vara svår att tillämpa på vårdepisoder där start- och slutpunkterna är svårdefinierade, vilket också är då ersättningsprincipen är som mest motiverad (LHC 2014).

En blandning mellan vårdepisodersättning och målrelaterad ersättning är *värdebaserad ersättning* som syftar till att varje spenderad krona ska ge högsta möjliga värde för patienten. Med värde avses patientrelevanta hälsoutfall. Vid värdebaserad ersättning utgår ett paketpris för en hel vårdkedja och principen är att alla aktörer som kan påverka hälsoutfallet omfattas av ersättningen. Tanken är också att ersättningen ska utgå för hela vårdprocesser där alla delar skapar ett värde för patienter i form av hälsoutfall, snarare än att ersättningen utgår från befintliga vård- och omsorgsorganisationer (Andersson m.fl. 2014, Lindgren 2014).

4.2.2 Att utforma ersättningssystemen för samordning

Studier pekar på att ersättningssystemen sällan ger incitament till samarbete mellan aktörer och att de även i vissa fall kan skapa gränser mellan vård och omsorgsverksamheter och hindra samarbete (SOU 2017:56 s.143, OECD 2016, LHC 2014). En blandning av styrsystem är att föredra för att nå samordning och utformningen av styrningen kan skilja sig från fall till fall. Sammantaget betonar en rad källor att alltför detaljerade ersättningssystem kan försämra förutsättningarna för samordning (Forum för Health Policy 2017, SOU 2017:56 s.143, LHC 2014).

Leading Healthcare (LHC 2014) presenterar tre tillvägagångssätt som kan användas för att modifiera de tre ersättningsprinciperna fast ersättning, rörlig ersättning och målrelaterad ersättning så att de skapar förutsättningar för samordning. Tillvägagångssätten är aggregering och viktning av ersättningen samt direkt ersättning. Vi använder dessa kategorier senare i rapporten när vi analyserar om och i så fall hur finansiella incitament har använts i våra studerade initiativ i syfte att förbättra samordningen för patienter och brukare.

Viktning av ersättningsnivån innebär att patienter och brukare grupperas efter förväntad resursinsats. När ersättningen viktas blir ersättningsnivån högre för grupper med större behov. Syftet är att motverka utförarnas incitament att annars prioritera enklare patienter eller brukare och undvika



mer kostsamma grupper. Med viktad ersättningen kan även möjligheterna att ge patienter och brukare samordnade insatser öka. Fast viktad ersättning innebär att betala en högre förutbestämd ersättning för grupper med högre förväntade resursinsatser, exempelvis multisjuka eller grupper med större behov av samordning. I dag viktas exempelvis vanligtvis kapitering som utgår till primärvården efter ålder, patienternas tidigare registrerade diagnoser genom "Adjusted Clinical Groups" (ACG) eller efter socioekonomiska förhållanden genom "Care need index" (CNI). Rörlig ersättning kan viktas genom att ersättningsnivån varierar beroende på vem patienten eller brukaren är. Högre ersättning utgår då till exempel för patienter och brukare med behov av samordning. Viktad målrelaterad ersättning innebär att ersättningen utformas för en viss grupp av patienter och brukare. Ett exempel är att belöna minskning av antalet äldre patienter med olämpliga läkemedelskombinationer.

Direkt ersättning innebär betalning för samordningsinsatser där aktörer från olika verksamheter deltar. Det ger en direkt belöning för aktiviteter som ska förbättra samordningen. Projektanslag för tidsbegränsade samordningsprojekt är exempel på fast direkt ersättning. Direkt rörlig ersättning innebär ersättning för aktiviteter där flera utförare medverkar och som förväntas stärka samordningen, exempelvis gemensam vårdplanering. Direkt målrelaterad ersättning utgår när mål om bättre samordning uppnås. Det är dock svårt att mäta sådana typer av resultat och i stället har direkt målrelaterad ersättning använts för exempelvis minskning av onödiga återinläggningar vilket kan vara ett resultat av att aktörer samarbetar. Den direkta målrelaterade ersättningen skulle också kunna baseras på patienters och brukares individuella upplevelser av samordningen.

Aggregering innebär att ersättningen riktas till en mer övergripande nivå som inkluderar fler vård- och omsorgsaktiviteter och fler utförare. Ersättningen ska ge utförarna incitament till att arbeta mot gemensamma mål och minska risken för att patienter faller mellan stolarna. Fast ersättning kan modifieras genom att en klumpsumma utgår till flera vård- och omsorgsområden eller flera utförare som traditionellt brukar ersättas separat. Rörlig ersättning kan betalas för en serie aktiviteter som utförs av olika vårdgivare. Aggregerad målrelaterad ersättning innebär att ersättning betalas ut för resultat av en förbättrad samordning på en övergripande systemnivå. Exempelvis kan flera verksamheter få ersättning som baseras på patienters och brukares upplevelser av den sammantagna vården och omsorgen.

Ett exempel på aggregerad rörlig ersättning är vårdepisodersättning för hela eller delar av en vårdkedja. Enligt OECD (2016) kan vårdepisodersättning

främja samordning för patienter med kroniska sjukdomar som vanligen behöver insatser från flera utförare. Forum för Health policy (2017) rekommenderar att man testar breda, enkla och inte för detaljerade ersättningssystem, exempelvis ersättning för hela vård- och omsorgskedjan. Ett problem med vårdepisodersättning är att det är svårt att tillämpa på vård-episoder utan tydliga start- och slutpunkter, exempelvis för personer med kroniska diagnoser (Andersson m.fl. 2014).

OECD (2016) beskriver även att en utökad ersättning för samordningsaktiviteter är ett sätt att ersätta för samordning. Den utökade ersättningen införs förslagsvis utöver den ordinarie ersättningen och kan exempelvis kopplas till aktiviteter som förutsätter samarbete mellan olika professioner. Ersättningen kan betalas före eller efter aktiviteten och kan vara utformad som en rörlig prestationsbaserad ersättning eller en klumpsumma som täcker förutbestämda aktiviteter under en period.

De modifierade ersättningsprinciperna har precis som de traditionella principerna för- och nackdelar. Överlag ger aggregerad och viktad ersättning endast indirekta incitament till samordning. Det finns till exempel inte någon garanti för att den viktade ersättningen används för att åstadkomma bättre samordning eller att verksamheterna samverkar till följd av ersättningen. För att aggregering ska fungera krävs att alla verksamheter som omfattas av ersättningen har ett liknande engagemang och vill göra sin del av arbetet. Vid aggregerad ersättning finns det dessutom en risk att det inte blir tydligt för verksamheterna att de har ett samordningsansvar. Såväl aggregerad som viktad ersättning behöver därför kombineras med tydliga uppdragsbeskrivningar och uppföljning som säkerställer att ersättningen når sitt syfte. Direkt ersättning betalas ut för att vårdgivare ska ägna sig åt samordningsaktiviteter. Fördelen med direkta ersättningar är att det är lättare att se till att pengarna får effekt men det behöver inte betyda att samordningsaktiviteterna är produktiva och meningsfulla (LHC 2014).





Analys och jämförelse av samordningsinitiativ

Här analyserar vi vilka samordningsmedel som används i initiativen samt hur dessa svarar mot olika patient- och brukargrupper. Dessutom redogör vi för initiativens effekter för patienter och brukare, och för deras kostnadseffektivitet.

Analysen visar att de samordningsmedel som tillämpas varierar mellan olika initiativ och att de flesta initiativen har som mål att förbättra samordningen för personer med komplexa behov och små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen. För många av initiativen saknas utvärderingar och uppföljningar av om initiativen bidragit till förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv och av deras kostnads-effektivitet.

Samordningsmedel i de analyserade initiativen

Analysen av vilka samordningsmedel som tillämpas utgår från ramverket i kapitel 3. I tabell 3 sammanfattas de frågor som vi har använt för att beskriva och analysera de studerade initiativen.

Samordningsinitiativen ska åstadkomma förändring på olika nivåer i vård- och omsorgssystemet. Detta innebär i sin tur att de samordningsmedel som identifieras i vårt ramverk blir mer eller mindre aktuella för beskrivningen av olika initiativ. Som tidigare beskrivits ska vårt ramverk således inte tolkas som en idealmodell där tillämpningen av samtliga samordningsmedel alltid är önskvärt eller ens möjligt. I stället är detta ett första försök att systematiskt kategorisera och beskriva vilka samordningsmedel som används i initiativen.



Tabell 3. Frågor som används i analysen av initiativen.

Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Värdegrund från individens perspektiv: Finns det en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv? Deltagande från patienter, brukare och anhöriga: Deltar patienter, brukare och anhöriga i planering och beslut om vården och omsorgen?
Tjänstesamordning	Riktlinjer: Finns det gemensamma riktlinjer som syftar till att etablera ett gemensamt arbetssätt? Koordinator för patienten och brukaren: Finns det en koordinator för patienter och brukare som har förstahandsansvar för kontakt med brukare, patienter och anhöriga? E-hälsolösning: Finns det en sammanhållen tjänst som möjliggör för patienter och brukare att vara medskapande i vården och omsorgen?
Professionell samordning	Multiprofessionellt team: Finns ett multiprofessionellt team runt patienten eller brukaren? Samarbete mellan professioner: Finns det ett mindre formellt professionsöverskridande samarbete genom upparbetade kontakter mellan professioner, utöver eventuella multiprofessionella team? Koordinator för professionen: Finns det en koordinator som ansvarar för samordningen mellan olika professioner inom initiativet? Kommunikation inom initiativet: Finns det rutiner för kommunikation mellan olika professioner inom initiativet?
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem: Används integrerade dokumentationssystem för verksamheter inom initiativet som traditionellt dokumenterar i olika journalsystem? Tekniskt kommunikationssystem: Finns det andra tekniska system som kan underlätta samarbete och informationsutbyte mellan de verksamheter som ingår i initiativet?
Organisationssamordning	En organisation: Tillhör samtliga aktörer som medverkar i initiativet samma organisation? Formell samverkan mellan fristående organisationer: Bygger initiativet på en formell samverkan mellan fristående organisationer som slutit avtal med varandra om samverkan?
Finansiell samordning	Gemensam finansiering: Finansieras verksamheten inom initiativet gemensamt av båda huvudmännen? Incitament: Tillämpas särskilda ersättningssystem som skapar incitament för samordning?
Systemsamordning	Samverkansform: Finns det en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund för initiativet? Frågan är endast aktuell för initiativ på lokal eller regional nivå. Uttalat politiskt stöd: Finns det ett tydligt uttalat politiskt stöd för initiativet i form av exempelvis politiska beslut, lagar eller policydokument?

För varje initiativ ger vi en övergripande beskrivning av syftet och en kort beskrivning över vilken nivå av komplexitet i samordningen som initiativet ska överbrygga. Vi identifierar fem nivåer där samordningens komplexitet ökar för varje nivå: samordning mellan personer och professioner, enheter, organisationer, domäner och huvudmän. Den lägsta nivån av komplexitet innebär att samordningen behöver ske mellan olika personer och professioner inom en enhet. Med enhet avses en indelning inom en organisation. En

organisation kan till exempel vara ett sjukhus. Domäner kännetecknas av att det finns en gemensam professionskultur och de som verkar inom en domän har en gemensam akademisk eller professionell bakgrund. Till exempel avser domäner ur ett sjukvårdsperspektiv olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses i stället olika verksamheter så som stöd till funktionsnedsatta och äldreomsorg. Samordningen blir som mest komplex när den sker mellan verksamheter som har olika huvudmän. Samordningen behöver då ske mellan såväl olika professionsgrupper, enheter, organisationer och domäner. Slutligen redogör vi för våra bedömningar av vilka samordningsmedel som initiativen tagit fasta på för att uppnå en samordnad vård och omsorg. Vi har dock inte haft möjlighet att svara på i vilken omfattning arbetet med ett särskilt samordningsmedel genomsyrar det praktiska arbetet i verksamheterna. I avsnitt 5.3 summerar vi sedan våra mer övergripande iakttagelser av vilka samordningsmedel som tillämpas.

5.1 LOKALA INITIATIV FÖR SAMORDNING

5.1.1 Projekt Hälsostaden

Projekt Hälsostadens syfte och form

Projekt Hälsostaden i Ängelholm har som uttalat syfte att öka tillgängligheten, skapa ökade möjligheter att erbjuda vård och omsorg på rätt nivå och förbättra patientflödena mellan sjukhus, primärvård och kommunens vård och omsorg. Målgruppen för initiativet är sjuka äldre. Projekt Hälsostaden startades 2013 och efter de inledande åren genomfördes en översyn av initiativet som visade på positiva resultat vilket ledde till vidare finansiering fram till 2018.

Vilken typ av komplexitet syftar Projekt Hälsostaden till att minska?

Initiativet syftar till att förbättra samarbetet mellan kommunal vård och omsorg, primärvård och specialiserad sjukhusvård. Avsikten är därför att minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter från båda huvudmännen. Det innebär att projektet arbetar med att minska komplexiteten i samordningen på alla nivåer.



Samordningsmedel i Projekt Hälsostaden

Tabell 4. Samordningsmedel som används i Projekt Hälsostaden.

Projekt Hälsostaden		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	✓
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	✓
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Målet är att öka tillgängligheten inom närsjukvården och förbättra patientflödena mellan sjukhus, primärvård och kommun genom samverkan mellan vård- och omsorgsverksamheter inom Ängelholms kommun och Region Skånes vårdområden. Färre patienter ska uppleva att de "faller mellan stolarna", och fler ska behandlas på rätt vårdnivå. Vi bedömer därför att Hälsostaden bygger på en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*.

I initiativets projektplan beskrivs att de samverkande parterna ska använda gemensamma *riktlinjer* vilket vi tolkar som exempel på att tjänstesamordning tillämpas inom ramen för initiativet. Därutöver har tre *multiprofessionella* team bildats med personal från verksamheter inom både kommunen och landstinget. Teamen är ett mobilt akutteam, ett närsjukvårdsteam och en kommunal korttidsavdelning. Det mobila akutteamet vänder sig till individer med akut behov av punktinsatser i hemmet med syftet att undvika onödiga inskrivningar på sjukhus samt att skapa en bättre trygghet. Närsjukvårdsteamet har liknande

uppgifter men riktar sig till äldre och sjukare patienter. Den kommunala korttidsavdelningen finns på sjukhuset och är till för dem som behöver fortsatt vård när sjukhusets vård är avklarad. Utöver de multiprofessionella teamen har även initiativet etablerat ett mindre *formellt samarbete* med den övriga specialistvården.

Initiativet bygger på att kliniker, vårdcentraler och delar av kommunen ska arbeta tillsammans i *en samlad organisation* som styrs av avtal mellan verksamheterna. Initiativet bedrivs i projektform med en chef och en egen förvaltning inom Region Skåne, direkt underställd regionledningen. Projektet leds av en styrgrupp som består av regiondirektören i Region Skåne, Ängelholms kommundirektör och en politisk grupp där förtroendevalda från kommun- och regionstyrelsen deltar. Det tolkar vi som exempel på att det finns ett *uttalat politiskt* stöd för Projekt Hälsostadens verksamhet och det finns planer på att bilda två liknande projekt i andra städer inom Region Skåne. Vår bedömning är vidare att den finansiella *samordningen* mellan verksamheterna är stark. Initiativet finansieras av en gemensam budget vilket till exempel innebär att primärvården inte debiterar kommunen för läkarbesök vid särskilda boenden.

Källor

Sammanställningen av information om Projekt Hälsostaden har huvudsakligen hämtats från: initiativets webbsida (Region Skåne 2016), intervju med företrädare för Projekt Hälsostaden, utvärdering av Carlsson m.fl. (2016), Forum för Health Policy (2017) och underlag som vi fått ta del av i samband med intervju med företrädare för initiativet.

5.1.2 Närvård västra Skaraborg

Närvård västra Skaraborg syfte och form

Det uttalade syftet för Närvård västra Skaraborg är att erbjuda de mest sjuka, huvudsakligen äldre, bättre vård och omsorg i hemmet och minska undvikbar sjukhusvård. Andra uttalade syften med initiativet är bland annat att öka kvaliteten på vården och omsorgen samt individens upplevelse av trygghet och nöjdhet men också att använda befintliga resurser effektivt ur ett samhällsperspektiv. Initiativet utvecklades i Västra Skaraborg 2001 och omfattar numera samtliga kommuner i före detta Skaraborgs län samt införs nu även i hela Västra Götaland.



Vilken typ av komplexitet syftar Närvård västra Skaraborg till att minska?

Fokus för Närvård västra Skaraborg har varit att minska komplexiteten i samordningen ända upp på kommun- och landstingsnivå. Olika aktörer på olika nivåer samt personer och professioner samverkar för att patienter och brukare ska uppleva att insatserna från vården och omsorgen är mer samordnade.

Samordningsmedel i Närvård västra Skaraborg

Tabell 5. Samordningsmedel som används i Närvård västra Skaraborg.

Närvård västra Skaraborg		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	✓
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	✓
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalad politiskt stöd:	✓

Vår bedömning är att det inom Närvård västra Skaraborg finns ett fokus på att etablera en *värdegrund som utgår från individens perspektiv*. Den uttalade visionen är att individen ska vara trygg och nöjd och uppleva att vården och omsorgen är samordnad. Man ska se till patientens och brukarens behov, preferenser och värderingar, och personen ska kunna påverka planering och beslut tillsammans med anhöriga när detta önskas.

Vi bedömer vidare att initiativet i huvudsak ska förbättra den *professionella samordningen* i vården och omsorgen. Inom initiativet har en modell byggts upp som består av tre delar: specialistteam från slutenvården, mobila hem-sjukvårdsläkare och den kommunala vården och omsorgen. I teamen arbetar

både omsorgspersonal och sjukvårdspersonal och samarbetet är organiserat runt individen, vi ser detta som exempel på *multiprofessionella team*. Målet är att all vård ska ges i hemmet där den kommunala vården och omsorgen utgör basverksamheten. Specialistteamen och mobila hemsjukvårdsläkare arbetar tätt tillsammans med den kommunala vården och omsorgen, exempelvis deltar de i hembesöken. Det finns även ett etablerat *samarbete mellan professioner* där de mobila teamen arbetar tillsammans med de vård- och omsorgsinsatser som ges av andra verksamheter inom kommunen, primärvården och sjukhusvården. Vidare uppfattar vi att det finns rutiner för hur *kommunikationen inom initiativet* ska ske. Till exempel finns det ett lärande nätverk för erfarenhetsutbyte och verksamhetsutveckling där personal från olika discipliner och patienter och anhöriga kan delta.

Mobila hemsjukvårdsläkare har bland annat i uppgift att förbättra läkemedelsbehandlingen för personer i kommunal hälso- och sjukvård med behov av vård i hemmet och i särskilt boende på korttid. Arbetet har resulterat i att tillgången till elektroniska läkemedelslistor har förbättrats vilket är ett exempel på ett *tekniskt kommunikationssystem* som kan underlätta för samordning och informationsutbyte inom initiativet.

Samordningen inom Närvård Västra Skaraborg bygger på *formell samverkan mellan fristående organisationer* och samarbetet styrs av avtal mellan parterna. Inom hela Västra Götaland kommer extra ersättning utgå till vårdcentraler som har mobil hemsjukvårdsläkare från och med 2018. Denna ersättning ska beräknas utifrån listade patienter som är över 65 år, kön och vårdtyngd. De vårdcentraler som får särskild ersättning för geografi och socioekonomi får extra tillägg. Det kommer även utgå extra ersättning för att upprätta en SIP. Vi bedömer att detta är exempel på ersättningssystem som kan *ge incitament* för samordning. Vidare bedömer vi att det finns det ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet. Till exempel har initiativet en ledningsgrupp som består av beslutsfattande chefer från de medverkande kommunerna, sjukhuset i Lidköping samt representanter från primärvården. Ledningsgruppen ansvarar bland annat för planering av arbetet och man har ett gemensamt styrkort med initiativets vision, de gemensamma målen och hur arbetet ska bedrivas.

Källor

Sammanställningen av information om Närvård västra Skaraborg har huvudsakligen hämtats från: Health Care Management (2015), Health Care Management (2013), Forum för Health Policy (2017), Skaraborgs kommunalförbund och Västra Götalandsregionen (2014), initiativets webbplats (Närvård västra Skaraborg u.ä.), Västra Götalandsregionen (2017) och intervju med företrädare från Närvård västra Skaraborg.



5.1.3 Esther nätverk

Esthers syfte och form

Initiativet Esther är ett nätverk med en uttalad vision om att personer med komplexa vårdbehov ska få uppleva trygghet och oberoende samt leva ett självständigt liv. Nätverkets arbete ska utgå från vad som är bäst för den fiktiva patienten Esther som representerar personer med komplexa vårdbehov som behöver en samordnad vård och omsorg. Genom att arbetet planeras utifrån en tänkt person hoppas nätverket kunna flytta fokus från den egna organisationen till vad som är bäst för patienten. Nätverket startade som ett projekt 1997 och har utvecklats till en modell för samarbete mellan kommuner, primärvård och slutenvård i hela Region Jönköpings län samt Ydre i Östergötlands län. Som stöd i nätverkets utvecklingsarbete finns patienter, brukare och så kallade Esthercoacher.

Vilken typ av komplexitet syftar Esther till att minska?

Initiativet syftar primärt till att arbeta med normativ samordning som utgår från individens perspektiv. Det tar sig bland annat uttryck i att verksamheterna inom initiativet ska utgå från vad som är bäst för individen. Till följd av detta har nya arbetsformer introducerats, exempelvis team där flera professioner ingår. Vi bedömer därför att initiativet bidrar till att minska komplexiteten i samordningen mellan personer och professioner, enheter, organisationer, domäner och kommuner och landsting.

Samordningsmedel i Esther

Tabell 6. Samordningsmedel som används i Esther.

Esther nätverk		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	✓
	Kommunikation inom initiativet:	✓

Tabell 6. Samordningsmedel som används i Esther, forts.

Esther nätverk		
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	✓
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Initiativet kännetecknas av att det finns en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv eftersom frågan vad som är bäst för Esther styr verksamheten, och arbetet inom nätverket genomsyras av att göra individens kontakt med vården och omsorgen så bra och enkel som möjligt. Därutöver ska patienter och brukare samt anhöriga vara delaktiga i planering och beslut.

Det finns riktlinjer som styr hur arbetet ska bedrivas för att säkerställa att patienten och brukaren upplever vården och omsorgen som samordnad. Det finns bland annat rutiner för en samordnad vårdplanering för personer som blir utskrivna från slutenvård men som behöver insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård och öppenvård. I riktlinjerna ingår att det ska finnas en vårdsamordnare på vårdcentralen med ansvar för att hålla ihop vårdsamordningen och ha kontakt med patienten och brukaren. Vi bedömer att detta är ett exempel på *koordinator för patienten och brukaren*. Under våren 2017 testades mobila team i två kommuner och tanken är att det nya arbetssättet ska spridas och vidareutvecklas. I teamen medverkar personal från kommunal hälso- och sjukvård, primärvården och specialistvården och vi ser därför att detta är exempel på *multiprofessionella team*. Inom initiativet har mötesplatser skapats där personal från olika verksamheter kan träffas, vilket vi bedömer är exempel på *samarbete mellan professioner*. En sådan mötesplats är exempelvis det så kallade Esther Café där olika professioner och patienter och brukare träffas för att diskutera hur vårdkedjan fungerar. Träffarna arrangeras fyra gånger per år. Det finns även rutiner för *kommunikation inom initiativet*, exempelvis har distriktsläkare utsedda specialistläkare på sjukhusnivå som de kan ringa för konsultation. För att Esthernätverket ska vara hållbart har så kallade Esthercoacher etablerats. Vi bedömer att Esthercoacherna är exempel på det som vi kallar *koordinatorer för professionen*. De ska bland annat säkerställa att verksamheternas arbete



sker i Esthers anda och de ska skapa förutsättningar för ett patientorienterat arbetssätt. De har även i uppgift att utveckla Esthernätverket samt att stödja utvecklingen av tvärprofessionellt arbete. Detta kan exempelvis ske genom att coacherna för fram idéer om kunskapsutveckling. Primärvården och slutenvården använder samma journalsystem vilket tyder på att det finns en *integrerad dokumentation*.

Det finns ett *uttalat politiskt stöd* för Esther nätverk i form av ett samverkanforum där politiker från Region Jönköpings län och kommunerna inom länet medverkar. I samverkanforumet fattas beslut om initiativets inriktning och utveckling, exempelvis har ett beslut tagits om att Esther-nätverket ska bli ett gemensamt arbete för samverkan i hela Jönköpings län.

Källor

Sammanställningen av information om Esther har huvudsakligen hämtats från: The commonwealth fund (2016), intervju med företrädare från Esther, webbplats om Esther (Region Jönköpings län u.å.a), webbplats om Samverkan mellan kommuner och Region (Region Jönköpings län u.å.b) och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2014).

5.1.4 Tiohundra

Tiohundras syfte och form

Inom initiativet Tiohundra har offentligt drivna vård- och omsorgs-verksamheter, som tidigare var uppdelade mellan kommun och landsting, slagits samman i en gemensam organisation, Tiohundra AB. Tiohundra ägs av ett kommunalförbund mellan Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun som heter Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje. Tiohundra står för den offentliga vården och omsorgen men kommunalförbundet är också beställare av vård och omsorg som ges av privata utförare. Tiohundra erbjuder vård och omsorg till alla i Norrtälje kommun och invånare i Stockholms län som söker vård i Norrtälje. Genom bildandet av Tiohundra ville man skapa en helhet för patienter och brukare med samordnade insatser och en komplett vård- och omsorgskedja.

Startskottet för initiativet var ett besparingsarbete inom Stockholms läns landsting där ett förslag var att Norrtälje sjukhus inte längre skulle få bedriva akutsjukvård. Förslaget om att lägga ner sjukhuset möttes av stora protester och alternativet blev ett tvärpolitiskt samarbete mellan kommun och landsting där sjukhuset fick behålla sin akutstatus. Projektet startades 2006 och blev permanent först efter tio år.

Vilken typ av komplexitet syftar Tiohundra till att minska?

Den gemensamma utförarorganisationen och beställarorganisationen i Norrtälje medför att komplexiteten i samordningen minskar ända upp på huvudmannanivå mellan kommun och landsting. Det innebär att initiativet är utformat för att förbättra samordningen mellan domäner och mottagningar inom hälso- och sjukvården och omsorgen, olika enheter på exempelvis sjukhuset och mellan olika personer och professioner inom enheter.

Samordningsmedel i Tiohundra

Vi har valt att studera Tiohundra som en helhet snarare än att bedöma enskilda verksamhetsområden inom Tiohundra. Det innebär att en bedömning av initiativet som helhet kan skilja sig mot en bedömning av ett delområde inom hela verksamheten.

Tabell 7. Samordningsmedel som används i Tiohundra.

Tiohundra		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	✓
	Tekniskt kommunikationssystem:	✓
Organisationssamordning	En organisation:	✓
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	✓
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	✓
	Uttalat politiskt stöd:	✓

För Tiohundra som helhet bedömer vi att det finns en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*. Bland annat framgår det av verksamhetsplanen för 2016 att man ska arbeta i nätverk runt patienten och erbjuda sammanhållna vårdkedjor för att skapa kontinuitet. Verksamhetsplanen och initiativets vision beskriver att patienter och



brukare samt anhöriga ska få *delta* i planeringen av vården, exempelvis vid upprättande av vårdplaner.

Inom Tiohundra har *riktlinjer* tagits fram för att förbättra samordningen. Ett exempel är riktlinjer om informationsöverföringen i samband med övergångar mellan sjukhus och primärvård. Vidare finns det etablerade *samarbeten mellan professioner* så som multiprofessionella konferenser och teambesök inom primärvården där flera professioner kan medverka i mötet med patienten. Inom Tiohundra är primärvård, sjukhus och psykiatri anslutna till den gemensamma sammanhållna journalen inom Stockholms läns landsting. Det innebär att det finns en *integrerad dokumentation* för de anslutna vårdgivarna inom Tiohundra. Det är dock fortfarande inte möjligt för omsorgsverksamheterna att dokumentera i samma system, men sjuksköterskor i omsorgen kan få behörighet att ta del av informationen i patientjournalen. Beträffande andra *tekniska kommunikationssystem* bedömer vi att det finns exempel på tekniska lösningar som kan underlätta för samarbete och informationsutbyte. Exempelvis används digitala verktyg där omsorgspersonalen kan skriva under när de gett patienter läkemedel och sjuksköterskor på äldreboenden har utrustats med kameror som används för att exempelvis skicka bilder på sårskador till geriatriker på sjukhuset.

Tiohundra är ett av de initiativ där vi bedömer att *organisations-samordningen* är som starkast eftersom hälso- och sjukvården samt omsorgen organiserats i samma utförarorganisation. Hälso- och sjukvården och omsorgen inom Tiohundra *finansieras* dessutom med en gemensam budget. Däremot används alltså separata ersättningsmodeller för olika verksamhetsområden inom Tiohundra. Även när det gäller *system-samordningen* ser vi att initiativet särskiljer sig genom att det finns en gemensam beställare i form av kommunalförbundet.

Källor

Sammanställningen av information om Tiohundra har huvudsakligen hämtats från: Öhrlings PricewaterHouseCoopers (2009), Leading Health Care (2012), Norrtälje kommun (2013), Sveriges Kommuner och Landsting (2007), Stockholms läns landsting och Tiohundra AB (u.å.), intervju med företrädare från Tiohundra och tre webbplatser som rör initiativet (Tiohundra u.å., Tiohundraprojektet u.å., Norrtälje Kommun u.å.).

5.1.5 Södertäljemodellen

Södertäljemodellens syfte och form

I Södertäljemodellen arbetar den kommunala socialpsykiatrin och den landstingsdrivna psykiatriska öppenvården tillsammans. Det uttalade syftet med samarbetet är att personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom som medför varaktig funktionsnedsättning ska ha en ingång till den hjälp de behöver, oavsett vilken verksamhet som ansvarar för vad. Patienter och brukare ska inte "bollas" mellan olika professioner på grund av gränsdragningar mellan huvudmännen. Södertäljemodellen bildades i samband med psykiatrireformen 1995. I dag är initiativet ett samarbete mellan den landstingsdrivna psykiatriska sektorn i Södertälje och socialtjänsten i Södertälje kommun.

Vilken typ av komplexitet syftar Södertäljemodellen till att minska?

Södertäljemodellen ska minska komplexiteten i samordningen mellan kommunens och landstingets verksamheter. Det uttalade syftet med initiativet är att patienter och brukare ska ha en ingång till den hjälp de behöver vilket man försöker uppnå genom att samordna domäner, organisationer, enheter samt personer och professioner.

Samordningsmedel i Södertäljemodellen

Tabell 8. Samordningsmedel som används i Södertäljemodellen.

Södertäljemodellen		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓



Vi bedömer att Södertäljemodellen karakteriseras av en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv* där den gemensamma målsättningen är att utgå från individens behov samt att låta patienter och brukare delta i planeringen tillsammans med anhöriga om så önskas. En individ ska aldrig "falla mellan stolarna" på grund av gränsdragningar mellan huvudmännen. Vidare syftar initiativet till att personer med allvarliga psykiska sjukdomar ska ha så goda livsvillkor som möjligt och i möjligaste mån klara sig i eget boende.

Varje patient och brukare har två samordnare från varje huvudman vilket vi ser som exempel på det vi kallar för *koordinator för patienten och brukaren*. *Professionell samordning* är ett viktigt samordningsmedel för Södertäljemodellen. En neuropsykiatrisk enhet och en behandlingsenhet inom psykiatrin samarbetar med kommunens socialpsykiatriska behandlingsenhet vilket är exempel på *multiprofessionella team*. Såväl läkare, sjuksköterskor, mentalskötare, arbetsterapeuter, psykologer, socialsekreterare som boendestödjare arbetar tillsammans i teamen. Dessutom finns mindre formaliserade *samarbeten mellan olika professioner*, däribland försäkringskassan och arbetsförmedlingen. *Kommunikationen inom initiativet* förenklas av att verksamheterna arbetar i samma byggnad. Dock bygger informationsdelning så som journaler, papperskopior och gemensamma möten på patientens samtycke.

Södertäljemodellen bygger på *formell samverkan mellan fristående organisationer*. Samverkan styrs av avtal mellan Stockholms läns landsting och Södertälje kommun. Verksamheten leds gemensamt av två chefer, en från respektive huvudman. I huvudsak finansierar landstinget och kommunen sina respektive delar av verksamheten. Vi bedömer vidare att Södertäljemodellen har ett *uttalat politiskt stöd*. Initiativet har sin utgångspunkt i psykiatrireformen 1995 som syftade till att förbättra villkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning och i samband med detta fanns en beställning av initiativet inom landstinget.

Källor

Sammanställningen av information om Södertäljemodellen har huvudsakligen hämtats från: Götmärk m.fl. (2006), Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde (2010), Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde (2012), intervjuer med företrädare för Södertäljemodellen och initiativets webbsida (Psykiatricentrum Södertälje 2015).

5.1.6 Aktiv hälsostyrning

Aktiv hälsostyrnings syfte och form

Aktiv hälsostyrning är ett telefonbaserat stöd för patienter som ofta sökte akutvård. Det uttalade syftet var att ge patienten bättre vård och livskvalitet och samtidigt förbättra resursutnyttjandet inom vården. Initiativet startades som ett samarbetsprojekt mellan Stockholms läns landsting och företaget Health Navigator AB 2010. Senare spreds initiativet även till andra landsting. Vi har studerat hur initiativet utformades mellan Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, nu är samarbetet avslutat.

I början av projektet identifierades alla patienter som besökt akutmottagningen tre eller fler gånger. De patienter som hade hög risk för undvikbara sjukhusinläggningar och akuta besök erbjöds en så kallad vårdcoach. Vårdcoacherna som i grunden är utbildade sjuksköterskor var under projektiden anställda av Health Navigator AB. Vårdcoachens främsta uppgift var att stötta patienten till att få en större förståelse för sin sjukdom och förbättra den egna förmågan att vara delaktig i sin vård, snarare än att ta över genom att exempelvis göra bokningar och liknande.

Vilken typ av komplexitet syftar Aktiv hälsostyrning till att minska?

Vi bedömer att fokus för Aktiv hälsostyrning inte var att minska komplexiteten i samordningen mellan olika aktörer utan att stärka patientens förmåga att vara delaktig i sin vård.

Samordningsmedel i Aktiv hälsostyrning

Tabell 9. Samordningsmedel som används i Aktiv hälsostyrning.

Aktiv hälsostyrning		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	



Tabell 9. Samordningsmedel som används i Aktiv hälsostyrning, forts.

Aktiv hälsostyrning	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:
	Tekniskt kommunikationssystem:
Organisationssamordning	En organisation:
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:
	Incitament:
Systemsamordning	Samverkansform:
	Uttalat politiskt stöd: 

Vi bedömer att initiativet Aktiv hälsostyrning kännetecknades av en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*. Avsikten var att förbättra patientens vård och livskvalitet och patientens medverkan sågs som viktig för att öka patientens delaktighet i sin egen vård.

Den telefonbaserade coachningen är ett exempel på det vi benämner som *koordinator för patienten och brukaren*. Under projekttiden var Hälso- och sjukvårdsnämnden beställare av initiativet i Stockholms läns landsting vilket visar på att det fanns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet. Efter projekttiden fanns en ambition om att etablera permanenta vårdcoacher som stöd för patienter med omfattande behov av förebyggande insatser, men det har inte införts ännu.

Källor

Sammanställningen av information om Aktiv hälsostyrning har huvudsakligen hämtats från: Stäck m.fl. (2012), Edgren m.fl. (2016a), Edgren m.fl. (2016b), Tillväxtverket (2012), Stockholms läns landsting (2015) och intervjuer med företrädare för Aktiv hälsostyrning.

5.2 NATIONELLA INITIATIV FÖR SAMORDNING

5.2.1 Familjecentraler

Familjecentralers syfte och form

Familjecentralerna ska främja en god hälsa bland barn och föräldrar. Det är en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet. En Familjecentral bör innehålla minst dessa verksamheter men andra professioner och verksamheter kan också ingå. De första Familjecentralsliknande verksamheterna startades

under 1970-talet och under 1990-talet startade dåvarande Folkhälsoinstitutet ett nätverk för förebyggande hälsovård. Utifrån nätverket etablerades bland annat Familjecentraler. I dag finns det cirka 60 Familjecentraler runtom i Sverige.

Vilken typ av komplexitet syftar Familjecentralerna till att minska?

Familjecentralerna är utformade på olika vis exempelvis vad gäller vilka aktörer som medverkar. Sammantaget bedömer vi att centralerna arbetar för att minska komplexiteten upp på huvudmannanivå eftersom aktörer från både landsting och kommuner medverkar.

Samordningsmedel i Familjecentraler

Familjecentralerna skiljer sig beträffande vilka professioner som samverkar och hur de arbetar. För att svara på frågorna om vilka samordningsmedel som används har vi försökt uppskatta om initiativet som helhet syftar till att använda medlet i fråga. Exempelvis har vi bedömt att Familjecentralerna som helhet inte syftar till att arbeta med gemensamma riktlinjer trots att vissa Familjecentraler valt att arbeta så.

Tabell 10. Samordningsmedel som används i Familjecentralerna.

Familjecentraler		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalad politiskt stöd:	✓



Familjecentralerna ska ge förebyggande stöd till föräldrar och barn. Familjen står i fokus och *deltar i planering och beslut* vilket gör att vi bedömer att initiativet kännetecknas av en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*. Det finns ett etablerat *samarbete mellan professioner* inom Familjecentralerna där minst mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet bör medverka. Verksamheterna samarbetar vanligtvis genom att de är samlokaliserade snarare än att de arbetar tillsammans i det vi kallar multiprofessionella team. Även andra professioner och verksamheter kan vara inkluderade i en Familjecentral, exempelvis ungdomsmottagning, elevhälsa och kvinnofridsmottagning. Samlokaliseringen kan ge förutsättningar för informationsutbyte och Familjecentralerna håller gemensamma arbetsplatsmöten vilket kan gynna *kommunikationen* mellan professionerna inom initiativet.

Familjecentralerna är organiserade på olika vis men vanligen bygger centralerna på en *formell samverkan mellan fristående organisationer* som styrs av avtal. Även den *finansiella samordningen* kan vara mer eller mindre stark vid olika Familjecentraler men vanligtvis finansieras verksamheten av parternas ordinarie budget. På vissa håll finansieras dock Familjecentralerna med en gemensam budget. I en utvärdering av Ramböll genomfördes en enkät där majoriteten av Familjecentralerna angav att det finns en tydlig långsiktig politisk vilja bakom Familjecentralerna, vilket visar att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för många Familjecentraler.

Källor

Sammanställningen av information om Familjecentralerna har huvudsakligen hämtats från Familjecentralernas webbplats (Familjecentraler u.å.), Socialstyrelsen (2008) och Ramböll (2014).

5.2.2 Nationell patientöversikt (NPÖ)

NPÖs syfte och form

Nationell patientöversikt (NPÖ) är en it-lösning som gör det möjliggör för berörda vårdgivare att ta del av samma information, om patienten samtycker till att informationen delas. Syftet är att NPÖ ska förbättra informationsutbytet mellan kommunala, landstingsdrivna och privata vårdgivare. Informationsdelning via NPÖ ska ge en helhetsbild av patienten, öka vårdkvaliteten, minska kostnaderna genom att undvika dubbelarbete samt ge

bättre verktyg för planering och samordning. NPÖ riktar sig till alla patienter inom sjukvården.

Vilken typ av komplexitet syftar NPÖ till att minska?

NPÖ syftar till att underlätta för personal att ta del av journalinformation vilket kan främja samordning genom att viktig information finns tillgänglig för fler vårdgivare och patienter.

Samordningsmedel i NPÖ

Eftersom NPÖ är ett initiativ som syftar till informationsdelning är flera av frågorna inte relevanta för initiativet. Dessa samordningsmedel är professionell samordning, organisatorisk samordning och finansiell samordning.

Tabell 11. Samordningsmedel som används i NPÖ.

Nationell patientöversikt (NPÖ)		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	✓
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	✓
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Tanken med NPÖ är att information om patienten ska kunna delas mellan olika vårdgivare i syfte att stärka patientsäkerheten och säkerställa att verksamheterna får en helhetsbild av patientens samlade behov. Även patienten ska kunna ta del av informationen. Med detta som grund bedömer vi att NPÖ har en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*.



Beträffande *tjänstesamordning* som samordningsmedel ser vi att NPÖ är en *e-hälsolösning* som kan riktas till patienter och brukare. Initiativet är en form av *integrerad dokumentation* med huvudsyftet att förbättra samordningen mellan vårdgivare genom att tillåta att registrerad information kan delas mellan privata vårdgivare samt vårdgivare från olika landsting och kommuner.

NPÖ är en tjänst som har utvecklats av bolaget Inera AB som ägs av Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt landsting och kommuner. Inera har i uppdrag av ägarna att utveckla gemensamma digitala tjänster, NPÖ är ett sådant exempel. Vi tolkar detta som att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet.

Källor

Sammanställningen av information om NPÖ har huvudsakligen hämtats från: Sveriges Kommuner och Landsting (2014) och Ineras webbsida (Inera u.å.).

5.2.3 Samordnad individuell plan

De samordnade individuella planernas syfte och form

En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas så snart någon har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). I planen ska det framgå vilka insatser som individen behöver, vem som ska ansvara för dem och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. 2010 infördes kravet på att upprätta SIP i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Vilken typ av komplexitet syftar de samordnade individuella planerna till att minska?

En SIP kan omfatta insatser från flera aktörer inom hälso- och sjukvården, omsorgen och andra verksamheter. Det innebär att initiativet tar fasta på att minska komplexiteten i samordningen av insatser från både kommun och landsting. Det innebär att planen kan förbättra förutsättningarna för samordningen av insatser som utförs inom olika sjukvårds- och omsorgsområden, på olika mottagningar, inom olika enheter och av olika personer och professioner inom en enhet.

Samordningsmedel i de samordnade individuella planerna

Tabell 12. Samordningsmedel som används i SIP.

Samordnad Individuell Plan (SIP)		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalad politiskt stöd:	✓

Syftet med planen är att vården och omsorgen ska samordnas för individen där det ska vara tydligt för individen vem som gör vad, vilket tyder på att det finns en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*. Individens samtycke krävs i upprättandet av en SIP och individen ska vara *delaktig* och ha inflytande i arbetet med planen om det är möjligt. I de fall det är lämpligt eller önskas kan anhöriga och andra i individens nätverk också delta i upprättandet av planen.

Beträffande förekomsten av *tjänstesamordning* gör vi bedömningen att flera kommuner och landsting har utformat egna *riktlinjer* för arbetet med SIP. Det ska även finnas en namngiven *koordinator* som länk mellan patienten och brukaren och dennes kontakter. I upprättandet av en SIP hålls ett möte mellan samtliga aktörer som individen behöver ha kontakt med. Representanter från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska delta men även andra aktörer kan vara aktuella, däribland Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och skolan. Vilka aktörer som ska medverka utgår från behovet. Vi menar därför att initiativet syftar till att etablera ett *samarbete mellan professioner*. Vår bedömning är vidare att planen kan underlätta

kommunikationen mellan individens kontakter inom initiativet men planen ersätter inte annan vårddokumentation.

Eftersom det är lagkrav på att upprätta en SIP för individer som är i behov av en plan bedömer vi att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för arbetet med initiativet.

Källor

Sammanställningen av information om SIP har huvudsakligen hämtats från: webbplats om Uppdrag Psyisk Hälsa (Uppdrag Psyisk Hälsa u.å.), Sveriges kommuner och landsting (2017) och Socialstyrelsen (Socialstyrelsen u.å.).

5.2.4 Finsam

Finsams syfte och form

Finsam, eller lagen om finansiell samordning (2003:1210) riktar sig till personer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser för att kunna arbeta. Rehabiliteringsinsatserna finansieras genom att stat, kommun och landsting går samman och bidrar med ekonomiska medel. Målgruppen utgörs av individer i förvärvsaktiv ålder men äldre och yngre kan också ingå. Den exakta målgruppen varierar beroende på hur behovet ser ut på lokal och regional nivå.

Den finansiella samordningen bedrivs av lokala samordningsförbund som består av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget. Samordningsförbunden är fristående organ som leds av en gemensam styrelse som i sin tur förvaltar den gemensamma budgeten som parterna bidrar till. Den finansiella samordningen är frivillig men kräver att alla parter deltar och medverkar i förbundens styrelse. Hur samarbetet mellan parterna utformas varierar mellan förbunden och utgår från lokala förutsättningar och behov. Förbunden kan bedriva både individinriktade och strukturövergripande insatser, men det är de ordinarie verksamheterna från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landstinget som utför insatserna gentemot individerna. Strukturövergripande insatser genomförs ofta av samordningsförbunden.

Vilken typ av komplexitet syftar Finsam till att minska?

Finsam ska minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter inom kommunerna, landstingen och staten. Det innebär att initiativet också ska förbättra samordningen mellan domäner, organisationer, enheter samt

personer och professioner. Vilka verksamheter och personer som samordnas varierar eftersom insatserna behöver anpassas efter individen och de ingående parternas prioriteringar. Insatserna kan exempelvis vara att hålla motiverande samtal med personen eller att erbjuda praktik på en arbetsplats.

Samordningsmedel i Finsam

Tabell 13. Samordningsmedel som används i Finsam.

Finsam		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	✓
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	✓
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Det nationella rådet som består av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting behandlar frågor om finansiell samordning av gemensamt intresse. Rådet ger rekommendationer till de lokala samordningsförbunden, bland annat att alla samverkansinsatser ska utgå från individens behov, vilket visar att det finns en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*.

Vi bedömer också att initiativet syftar till att förbättra *tjänstesamordningen* genom att det ofta finns en *koordinator* som har kontakt med och stöttar personen. Koordinatoren kan exempelvis vara med och stötta vid möten med myndigheter och motivera till hälsoförbättringar. Vidare bedömer vi att ett *samarbete mellan professioner* har etablerats inom initiativet genom att anställda vid Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och



landsting ska samverka. Det finns förutsättningar för *kommunikation inom initiativet* eftersom de fyra deltagande parterna utser ledamöter i förbunden som fattar beslut om hur samarbetet ska finansieras och stödjäs.

Samordningsförbunden bygger på en *formell samverkan mellan fristående organisationer* som styrs av avtal mellan parterna. Staten, kommunen och landsting bidrar till den *gemensamma finansieringen* inom varje förbund. Hälften av budgeten finansieras av staten och kommunen och landstinget bidrar med en fjärdedel var. Om flera kommuner eller landsting ingår i ett förbund bidrar de sammanlagt med en fjärdedel var av den totala finansieringen.

När det gäller *systemsamordningen ser vi* att samordningsförbunden är utformade på ett sätt som liknar styrningen och ansvarsfördelningen i ett kommunalförbund. Samordningsförbunden är fristående organ som ansvarar för finansiering av och stöd till beställning av rehabiliteringsinsatserna samt annan samverkan. Vår bedömning är vidare att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet eftersom det är lagstadgat.

Källor

Sammanställningen av information om Finsam har huvudsakligen hämtats från: Finsams webbsida (Finsam u.å.), intervju med representant från Finsam och underlag som vi fått ta del av i samband med intervju.

5.2.5 Regionala cancercentrum

Regionala cancercentrums syfte och form

Regionala cancercentrum är ett samarbete mellan landstingen med ett uttalat syfte om att uppnå en mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård. De Regionala cancercentrumen arbetar utifrån tio kriterier som handlar om allt från prevention till palliativ vård, nivåstrukturerings och utbildning. I vår analys utgår vi från de kriterier som handlar om nationella vårdprogram, standardiserade vårdförlopp och patientens ställning i cancervården. De Regionala cancercentrumen fungerar som en kunskapsorganisation inom cancervården. De ska stödja en patientnära forskning, bidra till att cancervården har stöd i forskning och beprövad erfarenhet, se till att vården utgår från nationella riktlinjer och vårdprogram samt att cancervården följs upp med hjälp av kvalitetsregister. Det finns sex cancercentrum som är indelade efter sjukvårdsregioner och målgruppen som initiativet riktar sig mot är patienter med cancerdiagnoser.

Regionala cancercentrum i samverkan består av chefer från varje enskilt regionalt cancercentrum samt en nationell cancersamordnare från Sveriges kommuner och landsting. Regionala cancercentrum i samverkan tar bland annat fram nationella vårdprogram.

Vilken typ av komplexitet syftar Regionala cancercentrum till att minska?

De Regionala cancercentrumen ska minska komplexiteten i samordningen inom cancervården. Det innebär att samordningen sker inom och mellan landsting i form av samordnade insatser mellan olika organisationer, till exempel mellan olika sjukhus och vårdcentraler.

Samordningsmedel i Regionala cancercentrum

Tabell 14. Samordningsmedel som används i Regionala cancercentrum.

Regionala cancercentrum		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	✓
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	
	Koordinator för professionen:	✓
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	✓
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Vår bedömning är att det inom initiativet finns en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*. Regionala cancercentrum ska stärka patientens ställning genom att exempelvis upprätta en skriftlig individuell vårdplan för och tillsammans med alla patienter. Patienter och anhöriga



deltar i utformandet av den egna cancervården men också i ett långsiktigt och övergripande perspektiv, exempelvis finns det ett patient- och närstående råd som har en rådgivande funktion inom de Regionala cancercentrumen. Rådet ska bevaka patient- och närståendeperspektivet och bidra till cancervårdens utveckling för att möta patienters och närståendes behov på ett bättre sätt under hela vårdprocessen.

Vårdprogram och standardiserade vårdförlopp har utvecklats inom initiativet vilket är exempel på *riktlinjer*. Vårdprogrammen ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter. De standardiserade vårdförloppen är basen för en statlig satsning för att korta väntetiderna i cancervården och sammanfattar vad som ska göras från misstanke om cancerdiagnos till dess att första behandlingen startas. Patienten har en fast kontaktperson på den cancervårdande kliniken. De bedömer vi som att det finns en *koordinator för patienten och brukaren*. Det pågår en testperiod med att digitalisera den individuella vårdplanen inom cancervården som kallas "Min vårdplan". Arbetet pågår i tre landsting och ska möjliggöra att information kan nås av personal och patienter via en e-tjänst i stället för att planen är pappersburen. Vi bedömer att den digitala vårdplanen är ett exempel på både *e-hälsolösning* som riktar sig till patienter och ett *tekniskt kommunikationssystem* som kan underlätta samarbete och informationsutbyte mellan verksamheter som ingår i patientens vård. Vidare finns det *multiprofessionella team* som utformas efter patienternas behov. Det finns en *koordinator för professionen* som ska vara ett administrativt stöd för att sjukvården ska hålla ledtiderna som är fastställda i de standardiserade vårdförloppen. Koordinatören ska samarbeta och samverka med teamets olika professioner.

Det finns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet i form av den statliga utredningen som ligger till grund för Regionala cancercentrum. Staten är dessutom medfinansier.

Källor

Sammanställningen av information om Regionala cancercentrum har huvudsakligen hämtats från: Socialstyrelsen (2016), Regionala cancercentrum i samverkan (2016), Regionala cancercentrum i samverkan (2017), Regionala cancercentrums webbplats (u.å.) och intervju med företrädare för Regionala cancercentrum.

5.3 ANALYS AV HUR INITIATIVEN ANVÄNT SIG AV OLIKA SAMORDNINGSMEDEL

Vi sammanfattar här vilka samordningsmedel som har använts i initiativen.

5.3.1 Normativ samordning som utgår från individens perspektiv

Samtliga initiativen bygger på en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv (se tabell 15). Initiativens policydokument ger som regel uttryck för en kultur där individens behov ska ligga till grund för den dagliga verksamheten och utvecklingen av initiativen. Patienten och de anhöriga ska betraktas som en resurs och få vara delaktiga i planeringen av vården och omsorgen. Huruvida denna värdegrund faktiskt genomsyrar det praktiska arbetet har vi inte utrett men det bör vara en viktig del att utreda i fortsatta studier. I Närvård västra Skaraborg och Esther har man skapat nätverk för att etablera en gemensam kultur för att verksamheten ska organiseras och bedrivas med utgångspunkt i individens behov. Nätverken samlar både personal från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

Tabell 15. Normativ samordning som utgår från individens perspektiv.

	Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	
	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut
Projekt Hälsostaden	✓	
Närvård västra Skaraborg	✓	✓
Esther	✓	✓
Tiohundra	✓	✓
Södertäljemodellen	✓	✓
Aktiv hälsostyrning	✓	✓
Familjecentraler	✓	✓
Nationell patientöversikt	✓	
Samordnad individuell plan	✓	✓
Finsam	✓	
Regionala cancercentrum	✓	✓



5.3.2 Tjänstesamordning

Flera initiativ har syftat till att förbättra tjänstesamordningen via gemensamma riktlinjer eller koordinatörer som ansvarar för kontakten med patienten, brukare och anhöriga (se tabell 16). I drygt hälften av initiativen finns det riktlinjer som styr hur arbetet ska bedrivas för att säkerställa att patienten och brukaren upplever vården och omsorgen som samordnad. Ett exempel är initiativet Regionala cancercentrum, som har utformat vårdprogram som ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av cancerpatienter. I ett flertal initiativ finns också en person som ska fungera som patientens eller brukarens koordinator och ansvara för att stötta och lotsa individen i kontakterna med vården och omsorgen. Däremot är det få av de studerade initiativen som har utvecklat e-hälsolösningar som syftar till att stärka patienters och brukares kapacitet att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Tabell 16. Tjänstesamordning.

	Tjänstesamordning		
	Riktlinjer	Koordinator för patienten och brukaren	E-hälsolösning
Projekt Hälsostaden	✓		
Närvård västra Skaraborg			
Esther	✓	✓	
Tiohundra	✓		
Södertäljemodelle		✓	
Aktiv hälsostyrning		✓	
Familjecentraler			
Nationell patientöversikt			✓
Samordnad individuell plan	✓	✓	
Finsam		✓	
Regionala cancercentrum	✓	✓	✓

5.3.3 Professionell samordning

För de flesta initiativen har professionell samordning varit ett centralt samordningsmedel (se tabell 17). Flera initiativ har organiserat arbetet i multiprofessionella team. Vilka professioner som ingår i teamen skiljer sig dock åt i de olika initiativen. Detta förklaras bland annat av att initiativen riktar sig till olika patient- och brukargrupper. I de flesta av initiativen

förekommer även samverkan mellan olika professioner via bredare nätverk, utöver de multiprofessionella teamen. Därtill tycks det vara vanligt att det finns etablerade rutiner för kommunikation mellan olika verksamheter och professioner. Däremot är det ovanligt att det finns en koordinator som ansvarar för samordningen mellan olika professioner.

Tabell 17. Professionell samordning.

	Professionell samordning			
	Multiprofessionellt team	Samarbete mellan professioner	Koordinator för professionen	Kommunikation inom initiativet
Projekt Hälsoporten	✓	✓		
Närvård västra Skaraborg	✓	✓		✓
Esther	✓	✓	✓	✓
Tiohundra		✓		
Södertäljemodellen	✓	✓		✓
Aktiv hälsostyrning				
Familjecentraler		✓		✓
Nationell patientöversikt				
Samordnad individuell plan		✓		✓
Finsam		✓		✓
Regionala cancercentrum	✓		✓	

5.3.4 Administrativ samordning

Få initiativ har syftat till att stärka den administrativa samordningen (se tabell 18). Utöver NPÖ, Tiohundra och Esther har inget av de studerade initiativen syftat till att använda eller utveckla en samordnad dokumentation för alla verksamheter som är delaktiga i processen. NPÖ har som syfte att förbättra informationsutbytet mellan vårdgivare men vi har inte studerat i vilken utsträckning som NPÖ används bland vårdgivarna. Intervjuer med företrädare från initiativen tyder på att NPÖ används i en begränsad utsträckning.

Inom Tiohundra är primärvård, sjukhus och psykiatri anslutna till den gemensamma sammanhållna journalen inom Stockholms läns landsting. Det innebär att det finns en integrerad dokumentation för de anslutna vårdgivarna. Det är dock fortfarande inte möjligt för socialtjänsten att dokumentera i samma journalsystem. Inom Esthernätverket dokumenterar kommunens hälso- och sjukvård, primärvården och slutenvården i samma journalsystem. I övrigt har vi funnit ett fåtal exempel på initiativ som syftar



till att etablera andra tekniska system som kan underlätta samarbete och informationsutbyte. Inom Regionala cancercentrum finns till exempel tekniska system som möjliggör delning av olika dokument, bland annat vårdplaner, och inom Närvård västra Skaraborg och Tiohundra finns tekniska system för att hantera läkemedelslistor.

Lagstiftningen sätter vissa ramar för hur dokumentationen inom vården och omsorgen ska föras och för vilken information om patienter och brukare som får lämnas ut. Trots att det finns utrymme för integrerad journalföring inom hälso- och sjukvården så är det få initiativ som har syftat till att etablera gemensamma informationssystem för samtliga berörda parter i hälso- och sjukvården. Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare tyder dock på att det vid avsaknad av tekniska system som kommunicerar är vanligt att använda andra tillvägagångssätt för att dela information. Till exempel förekommer att information sprids och kommuniceras vid sidan av journalen samt att personal anställs av både kommun och landsting. Personalen tycks alltså "organisera sig runt" lagstiftningen och försöka finna praktiska sätt för att underlätta det dagliga arbetet.

Tabell 18. Administrativ samordning.

	Administrativ samordning	
	Integrerad dokumentation	Tekniskt kommunikations-system
Projekt Hälsostaden		
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther	✓	
Tiohundra	✓	✓
Södertäljmodellen		
Aktiv hälsostyrning		
Familjecentraler		
Nationell patientöversikt	✓	
Samordnad individuell plan		
Finsam		
Regionala cancercentrum		✓

5.3.5 Organisationssamordning

För initiativen Tiohundra och Projekt Hälsostaden bygger samarbetet på att berörda verksamheter gått samman till en gemensam organisation (se tabell 19). I Projekt Hälsostaden har en gemensam organisation etablerats med en chef och en budget. I Tiohundra finns en gemensam beställarorganisation,

men Tiohundra AB svarar endast för vård- och omsorg i offentlig regi, som kompletteras av privata utförare. För Närvård västra Skaraborg, Södertäljemodellen, Finsam och Familjecentralerna bygger samarbetet på avtal mellan fristående organisationer. Övriga initiativ är organiserade i separata organisationer och samordningen bygger på mindre formella överenskommelser om ett gemensamt arbetssätt.

Tabell 19. Organisationssamordning.

	Organisationssamordning	
	En organisation	Formell samverkan mellan fristående organisationer
Projekt Hälsostaden	✓	
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther		
Tiohundra	✓	
Södertäljemodellen		✓
Aktiv hälsostyrning		
Familjecentraler		✓
Nationell patientöversikt		
Samordnad individuell plan		
Finsam		✓
Regionala cancercentrum		

5.3.6 Finansiell samordning

Initiativen finansieras sällan med en gemensam budget och endast i ett av initiativen finns det ett exempel på en ersättning som ger incitament till samordning (se tabell 20). Inom initiativet Närvård västra Skaraborg ska vårdcentraler som har mobila hemsjukvårdsläkare få extra ersättning från och med 2018. Ersättning kommer också utgå för upprättande av SIP. Bland de lokala initiativen som bygger på samverkan mellan både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är Projekt Hälsostaden och Tiohundra de enda som finansieras av en gemensam budget. På nationell nivå möjliggör Finsam att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen och landstinget kan samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet via så kallade samordningsförbund. Samordningsförbunden ska bland annat besluta hur de disponibla medlen ska användas. Staten svarar för hälften av den totala ersättningen för rehabiliteringsinsatserna medan de kommuner och landsting som ingår i förbundet bidrar med en fjärdedel vardera. Finsam är



således ett exempel på att en samlad budget i en gemensam organisation kan ge förutsättningar för samordning mellan i övrigt fristående verksamheter.

Tabell 20. Finansiell samordning.

	Finansiell samordning	
	Gemensam finansiering	Incitament
Projekt Hälsostaden	✓	
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther		
Tiohundra	✓	
Södertäljemodellen		
Aktiv hälsostyrning		
Familjecentraler		
Nationell patientöversikt		
Samordnad individuell plan		
Finsam	✓	
Regionala cancercentrum		

5.3.7 Systemsamordning

För samtliga initiativ finns ett uttalat politiskt stöd för samordning och två initiativ har en gemensam politisk nämnd eller ett kommunalförbund för politisk styrning av verksamheten (se tabell 21). De resterande lokala samordningsinitiativen bygger på mer lösliga nätverk eller avtalsreglerad samverkan mellan huvudmännen. Avtalsreglerad samverkan kan innebära flexibilitet i det avseendet att parterna inte låser sina resurser för en längre tid (Anell och Mattisson 2009). Det möjliggör också att de samverkande parterna kan variera, beroende på behoven i det enskilda fallet. Däremot saknar ofta verksamheter som samverkar på basis av avtal en gemensam politisk ledning. Det innebär att avtalen måste förnyas och att båda huvudmännen måste fatta likalydande parallella beslut i frågor om den gemensamma verksamheten. Vid bildandet av en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund finns en starkare systemsamordning med en politisk ledning som beslutar om den gemensamma verksamheten. När det gäller kommunalförbund övertar förbundet dessutom helt medlemmarnas uppgifter och blir därmed ensam huvudman för verksamheten.

Vi ser också att samtliga initiativ bygger på politiska uttalanden eller policyer som stödjer samordnad vård och omsorg. Vi har dock inte haft möjlighet att

undersöka hur det politiska stödet yttrar sig i praktiken, det är således möjligt att styrdokumenterna inte realiserar. Detta är något som bör undersökas i fortsatt forskning och utvärdering.

Tabell 21. Systemsamordning.

	Systemsamordning	
	Samverkansform	Uttalat politiskt stöd
Projekt Hälsostaden		✓
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther		✓
Tiohundra	✓	✓
Södertäljemodellen		✓
Aktiv hälsostyrning		✓
Familjecentraler		✓
Nationell patientöversikt		✓
Samordnad individuell plan		✓
Finsam	✓	✓
Regionala cancercentrum		✓

5.4 VILKA BEHOVSGRUPPER HAR INITIATIVEN RIKTAT SIG TILL?

Initiativen är som regel riktade till olika målgrupper utifrån ålder eller diagnos, men vi försöker analysera hur initiativen svarar mot bredare gruppindelningar som tar fasta på olika patient- och brukargrupperns behov av samordning. Därutöver redogör vi för vilka samordningsmedel som fokusgrupperna med verksamhetsföreträdare lyfte fram som viktiga för olika målgrupper. Analysen bygger på den gruppindelning som utvecklades i Vårdanalys (2016a) tidigare rapport om en samordnad vård och omsorg.

Tabell 22. Antalet initiativ som riktar sig till grupper med olika behov av samordning.

Grupp	Beskrivning	Antal initiativ som riktats mot gruppen
1	Individer med komplexa behov och med små förutsättningar att samordna	5
2	Individer med ett snabbt sjukdomsförlopp	2
3	Individer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att samordna	2
4	Individer med komplexa behov men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen	3
	Initiativ som riktar sig brett till samtliga patienter och brukare	2



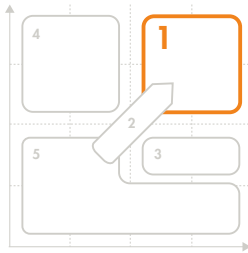
Tabell 22 sammanfattar hur många av initiativen som riktar sig mot respektive grupp. Utöver de grupper som ingår i vår analys kan befolkningen även delas in i en femte grupp, personer som inte har ett behov av samordning. Av naturliga skäl ingår inte dessa i analysen. Tiohundra och NPÖ har riktat sig brett till samtliga patienter och brukare. I dessa sammanhang har vi bedömt att initiativet inte kan hänföras till någon enskild målgrupp. De flesta av de studerade initiativen har fokuserat på personer med komplexa behov och med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen (målgrupp 1). Men flera av dessa initiativ har specifikt riktat in sig på äldre och multisjuka, vilket endast är en del av denna målgrupp.

Två initiativ har delvis riktats till personer som under en kort period gått från att vara i huvudsak somatiskt och psykiskt friska till att hamna i en ny komplex situation med behov av flera olika insatser och samordning (målgrupp 2). Två av initiativen har riktat sig till grupp 3, det vill säga personer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen. Personer i grupp 4 karakteriseras av att de har komplexa behov men goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen. Tre initiativ har riktats till denna grupp.

5.4.1 Grupp 1 – Personer med komplexa samordningsbehov och med små förutsättningar att delta i samordningen

Personer i grupp 1 behöver vård och omsorg från flera organisationer och olika huvudmän (se figur 11). Patienter och brukare i den här gruppen har dessutom begränsade förutsättningar att delta i sin vård och omsorg. Gruppen kännetecknas också av att hälsotillståndet och behovet av sociala insatser är instabilt med risk för snabba förändringar och akuta insatser. Patienterna behöver ofta långvariga samordningsinsatser. I många fall kan deras behov endast tillgodoses genom att olika aktörer samordnar sina insatser. Exempel på personer som ingår i denna grupp är äldre personer som har flera kroniska sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga.

Figur 11. Grupp 1 – Personer med komplexa samordningsbehov och med små förutsättningar att delta i samordningen.



Behov och karakteristiska

Komplexitet: Hög

Förmåga att vara delaktig: Låg

Stabilitet: Ostabil, ofta akut

Allvarlighetsgrad: Medel till allvarlig

Långvarighet: Långvarig till palliativ

Exempelgrupper

- Unga och vuxna med missbruk och samtidig psykisk ohälsa
- Mest sjuka äldre
- Allvarlig psykisk ohälsa
- Vuxna och barn med psykisk ohälsa och kronisk sjukdom
- Våld i nära relationer
- Sent palliativt skede

Initiativ som riktas till personer i grupp 1

- Projekt Hälsostaden
- Närvård västra Skaraborg
- Esther
- Södertäljemodellen
- Samordnade individuella planer (SIP)

Initiativen som riktat sig till gruppen har fokuserat på professionell samordning och normativ samordning som utgår från individens perspektiv. Man har också arbetat med professionell samordning på olika sätt, i Projekt Hälsostaden och Närvård västra Skaraborg har man till exempel etablerat multiprofessionella team som gör hembesök hos de allra mest sjuka. Teamen och hembesöken kan vara ett sätt att minska kontaktytorna och komplexiteten i samordningen för den här gruppen. Det kan också vara ett sätt att möta personernas bristande förmåga att vara delaktiga.

Södertäljemodellen har genom gemensamma mottagningar och multiprofessionella team mellan socialpsykiatri och den psykiatriska öppenvården minskat komplexiteten i samordningen för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Inom Esthermodellen finns också multiprofessionella team, och här finns även exempel på etablerat samarbete mellan professioner samt rutiner för kommunikation. Genom att utgå från Esther – en fiktiv äldre multisjuk



person – är målet är att samtliga aktörer bättre ska kunna tillgodose liknande personers behov av samordning.

Samordnade individuella planer är ytterligare ett initiativ som kan anses ta fasta på behovet bland personer med komplexa samordningsbehov och med små förutsättningar att själva samordna sin vård. Samordnade individuella planer är ett nationellt initiativ och numera ett lagkrav, som innebär att vården och omsorgen ska planeras gemensamt för dem som behöver insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Planen ska styra hur den professionella samordningen ska ske och patienten och brukaren ska få vara delaktig i hur planen utformas.

Verksamhetsföreträdare betonar vikten av att minska komplexiteten och öka kontinuiteten för gruppen

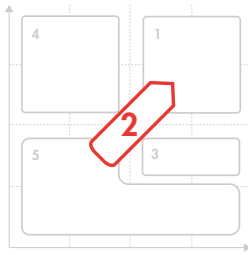
Verksamhetsföreträdarna betonade vikten av att minska komplexiteten och öka kontinuiteten för personer i grupp 1, och många menade att multiprofessionella team kan vara ett sätt. Eftersom personer i denna grupp kan ha begränsade förutsättningar att vara delaktiga i samordningen menade fokusgrupperna att ansvaret för samordning bör ligga hos vården och omsorgen snarare än hos patienten. Samtidigt betonades att vården så långt som möjligt bör stärka patientens delaktighet. Verksamhetsföreträdarna lyfte också fram att gruppens komplexa behovsbild med sammanhängande problem ofta motiverar en mer långtgående administrativ samordning än vad som är möjlig i dag. Till exempel menade verksamhetsföreträdarna att dagens lagstiftning begränsar möjligheten att tillämpa sammanhållen journalföring mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

5.4.2 Grupp 2 – Personer med ett snabbt sjukdomsförlopp

Patienter och brukare i den här gruppen kan till exempel nyligen ha drabbats av en allvarlig sjukdom eller olycka och har därför på kort tid utvecklat ett stort och ofta akut behov av insatser från olika aktörer och därmed också ett behov av samordning (se figur 12). Ofta krävs god samordning och snabba insatser från flera organisationer och huvudmän för att personer i den här gruppen ska få den vård och omsorg som de behöver. De kan samtidigt ha små förutsättningar att själva samordna sina insatser.

Många av dem som ingår i gruppen har före insjuknandet varit i huvudsak friska, och det är ofta en stor utmaning för dem att anpassa sig till den nya situationen. Vissa av personerna kommer efter en tid att tillfriskna och återfå förlorade funktioner, medan andra kommer att behöva stöd från vården och omsorgen i fortsättningen.

Figur 12. Grupp 2 – Personer med ett snabbt sjukdomsförlopp.



Behov och karakteristiska

Komplexitet: Hög

Förmåga att vara delaktig: Låg

Stabilitet: Ostabil, ofta akut

Allvarlighetsgrad: Medel till allvarlig

Långvarighet: Långvarig till palliativ

Exempelgrupper

- Stroke
- Fallskador (äldre)

Initiativ som riktats till personer i grupp 2

- Aktiv hälsostyrning
- SIP

Gemensamt för de initiativ som har riktats till denna grupp är att de fokuserat på att förbättra tjänstesamordningen genom att erbjuda en koordinator för patienter och brukare. Initiativet SIP har dessutom syftat till att förbättra den professionella samordningen mellan yrkesgrupper i till exempel hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi bedömer dock att inget av initiativen möter gruppens särskilda behov av snabba samordningsinsatser. Initiativen har inte heller riktat sig till patienter och brukare som på kort tid har utvecklat ett omfattande samordningsbehov från att i huvudsak varit friska. Däremot syftar Aktiv hälsostyrning till att via koordinators förebygga akut sjukhusinläggning av patienter som på grund av sin sjukdomshistoria har stor risk för akut inläggning. Initiativet SIP syftar därtill att stärka samordningen efter utskrivning från sjukhus för bland annat denna grupp.

Verksamhetsföreträdare ser behov av att tidigare initiera samordnade insatser för gruppen

I fokusgrupperna lyfte verksamhetsföreträdare fram att sjukvården ofta tidigt har kännedom om att personer i grupp 2 kommer ha ett samordningsbehov vid utskrivningen, ofta redan när patienten läggs in vid sjukhuset. De betonade även att det inte är säkert att övergången till kommunens hälso-



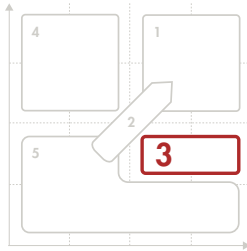
och sjukvård och omsorg fungerar på ett ändamålsenligt sätt. De flesta verksamhetsföreträdare efterfrågade bättre former för gemensam planering, till exempel föreslogs att samtliga relevanta aktörer bör träffas i ett tidigt skede för att organisera vården och omsorgen för personen.

I fokusgrupperna betonades vidare att personer i grupp 2 ofta behöver avancerad vård i hemmet efter utskrivningen. Det är då viktigt att det finns kanaler för sjukhusvården att förmedla information till hemsjukvården. Ett förslag som lyftes fram var också att sjukhusvården i högre uträkning konkret bör stödja och instruera hemsjukvården vid utskrivningar av patienter i den här gruppen. I likhet med vad som gäller enligt lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) som träder i kraft den 1 januari 2018 föreslog verksamhetsföreträdarna även att slutenvården så snart som möjligt bör meddela till exempel primärvården så att de tar kontakt med patienten vid hemkomsten.

5.4.3 Grupp 3 – Personer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att samordna

Dessa patienter och brukare är i huvudsak somatiskt friska, men har på grund av låg ålder eller kognitiv funktionsnedsättning sämre förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg (se figur 13). Samma bakomliggande orsaker föranleder i många fall stöd från kommunal omsorg. Om ett behov av psykiatrisk eller somatisk sjukvård uppstår skapas snabbt ökad komplexitet i samordningen eftersom olika huvudmän behöver involveras. Många av dessa patienter riskerar dessutom att utveckla ytterligare kroniska sjukdomar, vilket en god samordning av insatser kan förebygga. Gruppen har ett långsiktigt samordningsbehov som är relativt stabilt, för vissa varar behovet livet ut.

Figur 13. Grupp 3 – Personer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att samordna.



Behov och karakteristiska

Komplexitet: Medel

Förmåga att vara delaktig: Låg

Stabilitet: Stabil

Allvarlighetsgrad: Låg till medel

Långvarighet: Långvarig till livslång

Exempelgrupper

- Barn och vuxna med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Barn med psykisk ohälsa
- Placerade barn utan missbruk och psykisk ohälsa

Initiativ som riktas till personer i grupp 3

- Familjecentraler
- Södertäljmodellen

Familjecentralerna och Södertäljmodellen är riktade till personer i grupp 3. Initiativen har fokuserat på att förbättra den organisatoriska samordningen genom att etablera en formell samverkan mellan fristående organisationer. Gemensamt för dem är också att man har placerat de samverkande verksamheterna i gemensamma lokaler. Sannolikt underlättar samlokaliseringen för personerna att samordna sina kontakter med vården och omsorgen.

Södertäljmodellen syftar även till att förbättra den professionella samordningen. Detta sker genom att arbetet organiseras i multiprofessionella team. Utöver teamen finns även ett bredare samarbete mellan olika professioner, däribland äldreomsorg, beroendevård, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Familjecentralerna har generellt inga multiprofessionella team, däremot finns det ett bredare samarbete mellan exempelvis ungdomsmottagningar, elevhälsan och kvinnofridsmottagningar. Vi bedömer att den professionella samordningen kan minska komplexiteten i vården och omsorgen genom att antalet kontakter minskar. Vi bedömer även



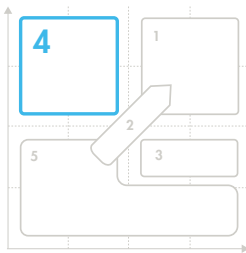
att initiativen syftat till att möta gruppens nedsatta förmåga att vara delaktig i samordningen eftersom samordningen sker av professionen snarare än av patienten och brukaren själv.

Gruppens behov diskuterades inte särskilt i fokusgrupperna med verksamhetsföreträdare.

5.4.4 Grupp 4 – Personer med komplexa behov men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen

Vi har identifierat att det finns ett stort antal personer som har behov av vård- och omsorg från många olika organisationer och huvudmän, men kan och vill vara delaktiga i samordningen av insatserna (se figur 14). De behöver då tillräcklig och relevant information så att de kan påverka samordningen. Personer i den här gruppen kan ha stor nytta av exempelvis e-hälsolösningar för kontakterna med vården och omsorgen eller boka tider och följa upp provsvar.

Figur 14. Grupp 4 – Personer med komplexa behov men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen.



Behov och karakteristiska

Komplexitet: Medel till hög

Förmåga att vara delaktig: Medel till hög

Stabilitet: Stabil

Allvarlighetsgrad: Låg till hög

Långvarighet: Kortvarig till livslång

Exempelgrupper

- Multisjuka utan samtidig psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning
- Barn och vuxna i tidigt sjukdomsskede med risk att tillståndet förvärras

Initiativ som riktats till personer i grupp 4

- Regionala cancercentrum
- Aktiv hälsostyrning
- Finsam

Den gemensamma nämnaren för dessa initiativ är att de har syftat till att förbättra tjänstesamordningen. Aktiv hälsostyrning och Finsam har

bland annat arbetat med koordinators med ansvar för att stödja individen i kontakterna med vården och omsorgen. I initiativet Regionala cancercentrum har man arbetat för att förbättra tjänstesamordningen genom en väl definierad vårdkedja, med en tillhörande plan som patienten får ta del av. På så sätt blir varje steg i vårdkedjan förutsägbart för patienten. Trots att personer i denna grupp skulle ha stor nytta av e-hälsolösningar bedömer vi att endast ett av initiativen att utvecklat den typen av tjänst.

Verksamhetsföreträdare betonar vikten av att personer i den här gruppen ges tillräckligt med information för att vara delaktiga i samordningen

I fokusgrupperna lyfte verksamhetsföreträdare att det är viktigt för personer i den här gruppen att de får all den information som de behöver för att vara delaktiga i samordningen. En del i detta är att informationen ska finnas tillgänglig när den behövs och på ett sätt som passar personen. En annan del är att patienter och brukare ska kunna följa sin resa genom vården och omsorgen och veta vad som är nästa steg samt vem som är ansvarig för respektive insats. Verksamhetsföreträdarna såg också att primärvården skulle kunna ha en tydligare samordnande roll för den här gruppen och kunna jobba mer förebyggande för att förhindra att personerna utvecklar ett större behov av samordning. De menade till exempel att primärvården skulle kunna följa upp mångbesökare och på så sätt identifiera patienter med ökad risk för samordningsproblematik.

5.5 UTVÄRDERINGAR OCH UPPFÖLJNINGAR AV INITIATIVEN

Vi har även undersökt om det genomförts uppföljningar eller utvärderingar om de studerade initiativen lett till en mer samordnad vård och omsorg för patienten och brukaren respektive om initiativen varit kostnadseffektiva. Tabell 23 sammanfattar för vilka initiativ som det finns minst en studie, och vilka aspekter som har undersökts. I analysen skiljer vi på om uppföljningen eller utvärderingen har studerat

- a) patienternas och brukarnas upplevelser av vårdens och omsorgens samordningseffekter
- b) om initiativet lett till mätbara effekter på hälsa och livsföring
- c) om initiativet lett till andra (indirekta) effekter som är mätbara för individen
- d) initiativets kostnadseffektivitet
- e) initiativets strukturer och processer ur ett organisationsperspektiv.



Tabell 23. Översikt över utvärdering och uppföljning av initiativen.

	a) Patient- och brukarupplevd samordning	b) Effekter på individens hälsa eller livsföring	c) Andra effekter för individen	d) Initiativets kostnads-effektivitet	e) Initiativets strukturer eller processer
Lokala initiativ					
Projekt Hälsostaden			✓		✓
Närvård västra Skaraborg			✓		✓
Esther					✓
Tiohundra		✓			✓
Södertäljemodellen		✓			✓
Aktiv hälsostyrning			✓		✓
Nationella initiativ					
Familjecentraler					✓
Nationell patientöversikt					✓
Samordnad individuell plan	✓				✓
Finsam		✓		✓	✓
Regionala cancercentrum	✓	✓			✓

Generellt saknas utvärderingar och uppföljningar av om initiativen bidragit till nytta för patienter och brukare. För två initiativ har man följt upp hur patienter och brukare har upplevt samordningen inom initiativet och i ytterligare fyra fall har man undersökt initiativens effekter på hälsa och livsföring. För några av initiativen finns även utvärderingar och uppföljningar som har analyserat effekter som har en mer indirekt koppling till patientens upplevelse, hälsa eller livsföring. Utvärderingar som följer upp kostnadseffektivitet finns bara för ett initiativ.

Huvudfokus för utvärderingarna och uppföljningarna har varit på hur initiativets processer och strukturer fungerat. Denna typ av utvärdering förekommer för samtliga studerade initiativ. I flera fall har införandet av processer och strukturer för att skapa en samordnad vård och omsorg undersökts, men utan koppling till vilka resultat som de får för individen. De flesta utvärderingar och uppföljningar vi har funnit var genomförda av den egna verksamheten eller av en extern aktör på uppdrag av verksamheten. Endast ett fåtal studier har publicerats i vetenskapliga tidskrifter, exempelvis Reinius m.fl. 2012, Edgren m.fl. 2016 och Hansson m.fl. 2012.

5.5.1 Ovanligt med utvärderingar och uppföljningar av hur patienter och brukare uppfattar samordningen

För Regionala cancercentrum och SIP har det genomförts utvärderingar eller uppföljningar som visar att patienternas och brukarnas erfarenheter av initiativen är positiva.

Regionala cancercentrum har följts upp internt med en nationell enkät (RCC 2016) till cirka 3 000 patienter som har fått svara på sina upplevelser av de standardiserade vårdförloppen inom initiativet. En majoritet ansåg att personalen samordnat kontakterna med vården i den utsträckning som de behöver. Patienterna upplevde också att de blivit bemötta av personalen på ett bra sätt.

Hur patienter och brukare som fått en SIP upplever samordningen har följts upp genom den så kallade SIP-kollen (SKL 2017) och utvärderats av bland annat Esbjörnson och Hagqvist (2013), Winqvist (2016) och Nordström (2016). Genom SIP-kollen har patienter och brukare möjlighet att själva rapportera in sina erfarenheter av SIP genom ett anonymt webbformulär. Resultaten från samtliga studier tyder på att patienternas och brukarnas erfarenheter av SIP är positiva. De har upplevt sig delaktiga och har haft inflytande över de beslut som tagits i upprättandet av en individuell plan. De har även uppgett att de har haft nytta av planen och att insatserna har blivit mer samordnade. Av de patienter som har svarat att de är i behov av en SIP, rapporterar endast 40 procent att de fått en sådan plan. Detta visar Vårdanalys (2017) i en uppföljning av patientlagen.

För övriga initiativ har vi inte funnit några uppföljningar eller utvärderingar av patienters och brukares upplevelser av samordningen. Däremot har vi påträffat några mindre intervjustudier men underlaget är för litet för att det ska gå att dra några slutsatser om initiativets samlade effekter och därför har de ej noterats i tabellen ovan. I en studie av Carlsson m.fl. (2016) utvärderas Projekt Hälsoströmen genom intervjuer med 12 patienter. Utöver det intervjuas anhöriga, personal samt anställda i ledande ställning. I patientintervjuerna framfördes positiva erfarenheter av det mobila akutteamet och närsjukvårdsteamet.

Även Tiohundra har utvärderats i en mindre intervjustudie där sammanlagt 11 brukare inom äldreomsorgen medverkade (Äldrecentrum 2012). Nästan samtliga intervjuade var mycket positiva till hemtjänsten. De var också nöjda med omsorgens kontinuitet, vilken några menade hade blivit bättre under det senaste året. I en utvärdering av Närvård västra Skaraborg som genomfördes av Health Care Management (HCM 2013) intervjuades 10 patienter och anhöriga. Dessa upplevde att samordningen förbättrades efter att de blev inskrivna i något av de multiprofessionella teamen.



5.5.2 Initiativens effekt på personernas hälsa och livsföring

För initiativen Finsam, Tiohundra, Södertäljemodellen och Regionala cancercentrum finns det uppföljning av initiativens effekter på hälsa och livsföring. Försäkringskassan (2017) sammanställer regelbundet statistik över insatserna inom Finsam och den visar att de som avslutat sin insats i större utsträckning arbetar eller studerar jämfört med innan de tog del av insatsen. Tiohundra har utvärderats av Larsson och medförfattare (2014) och Medical Management Centrum (MMC 2011). Resultaten från båda studierna visar att den integrerade psykiatrin inom Tiohundra når de uppsatta målen om att minska suicidförsöken.

Södertäljemodellen har bland annat studerats av Hansson m.fl. (2012). Verksamheten har sedan starten 1997 följts upp via den så kallade CAN-metoden som innebär att patienter och brukare rapporterar hur deras behov av hjälp och stöd utvecklas inom ett antal områden och hur de har blivit tillgodosedda. Resultatet visar på en viss positiv utveckling där det enligt författarna är möjligt att en del av utvecklingen går att härleda till det samordnade arbetssättet. I Regionala cancercentrums (2016) utvärdering av de nationella vårdprogrammen inom cancervården undersöker man effekterna på patienternas hälsa inom några kvalitetsindikatorer i befintliga kvalitetsregister. Utvärderingen visade att det var svårt att avläsa initiativets effekter på kvaliteten via registren. Men slutsatsen var att på sikt skulle kvalitetsregistren uppföljning av vårdprogrammen.

För några av initiativen finns utvärderingar av mer indirekta effekter för individer som att minskade sjukhusinläggningar och akutvård som har undvikits. Projekt Hälsostaden och Närvård västra Skaraborg har i egna uppföljningar visat på flera sådana positiva utfallsmått. I Projekt Hälsostaden har till exempel inskrivningarna i slutenvården på Ängelholms sjukhus minskat med 12 procent, 94 procent av patienterna som fått en insats av det mobila akutteamet har inte behövt besöka akutmottagningen och för 73 procent av patienterna har inte heller slutenvården behövts.

Tillgängligheten i form av väntetider visar också att över 90 procent av patienterna får vård inom de nationellt uppsatta målen (Forum för Health policy 2017, WHO 2015). För Närvård västra Skaraborg har andelen akutbesök och inläggningar på sjukhuset minskat med upp till 80 procent bland initiativets målgrupp (Forum för Health Policy 2017). Vidare har andelen patienter som har en medicinsk vårdplan ökat från 13 till 25 procent mellan hösten 2013 och hösten 2016.

För Aktiv hälsostyrning har en studie av Reinius m.fl. (2012) och Edgren m.fl. (2016) visat på ett lägre behov av öppenvård, sjukhusinläggningar och

akut vård bland de patienter som deltagit i projektet och haft tillgång till en koordinator, jämfört med patienter som inte haft det. Detta är det enda initiativet som har studerats vetenskapligt med randomiserade kontrollstudier och där resultaten granskats och presenterats i vetenskapliga tidskrifter.

5.5.3 För ett initiativ finns utvärderingar av kostnadseffektivitet

För ett initiativ, Finsam, finns en utvärdering som har studerat initiativens kostnadseffektivitet, det vill säga att kostnaderna för initiativet har relaterats till effekterna för patienter och brukare. I en rapport publicerad av Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS 2015) presenteras en kostnads-effektivitetsanalys baserat på cirka 1 500 personer som tagit del av insatser inom samordningsförbunden.

Resultatet visar att i genomsnitt är återbetalningstiden för alla insatser 12 månader på samhällsnivå. Det innebär att för den genomsnittliga insatsen har det tagit ett år att ”betala tillbaka” det som samhället samlat har satsat på insatsen. Detta genom att individerna som tagit del av insatserna snabbare kommer tillbaka i arbete än om de inte hade fått insatsen. Beräkningen av den samhällsekonomiska lönsamheten genomfördes genom att kostnaden och resultatet på individnivå jämfördes ett år före respektive ett år efter insatsen.

Det finns flera exempel där man undersökt hur kostnaderna för vården och omsorgen utvecklats utan att direkt koppla det till effekterna för patienter och brukare. Ett exempel är Aktiv hälsostyrning där Reinius m.fl. (2012) och Edgren m.fl. (2016) visar att de totala kostnaderna för sjukhusinskrivningar minskade under projekttiden.

5.5.4 Utvärderingarna och uppföljningarna har fokuserat på strukturer och processer ur ett organisationsperspektiv

Huvudfokus för befintliga utvärderingar och uppföljningar har varit på hur initiativens processer och strukturer fungerat. Traditionell utvärdering och uppföljning har alltså haft fokus på att fastställa hur olika samordningsmedel har införts. Att kartlägga förekomsten av olika processer och strukturer är en betydande del av de studier som redan har nämnts i avsnitten ovan. Utöver dessa studier finns det även exempel på uppföljning och utvärdering som har haft detta fokus men utan koppling till vilka resultat som processerna och strukturerna har fått för individen (Socialstyrelsen 2016, Socialstyrelsen 2017, SKL 2014, Ramböll 2014, PWC, 2009)





Slutsatser och rekommendationer

I det här avsnittet sammanfattar vi våra slutsatser från analyserna och lämnar ett antal rekommendationer till olika aktörer.

6.1 SLUTSATSER

6.1.1 Bland de studerade initiativen finns stor variation i tillvägagångssätt för att uppnå en samordnad vård och omsorg, men vi ser också gemensamma nämnare

Bland de studerade initiativen finns stor variation i vilka samordningsmedel som tillämpas. Det finns också flera gemensamma nämnare bland initiativen trots att de är utformade på olika sätt och riktas till olika grupper. Till exempel bygger samtliga initiativ på en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv. Alla initiativ har dessutom ett uttalat politiskt stöd. Flera initiativ syftar även till att förbättra tjänstesamordningen via gemensamma riktlinjer eller koordinatörer som ansvarar för kontakten med individen och dennes anhöriga. Även professionell samordning är ett centralt samordningsmedel. Till exempel är arbetet organiserat i multiprofessionella team i flera av initiativen. Ett fåtal initiativ syftar även till att stärka den administrativa samordningen. När det gäller organisationssamordningen bygger samverkan mellan ingående verksamheter i regel på avtal. I två initiativ finns en gemensam budget för verksamheter som traditionellt brukar ersättas separat och i ett initiativ finns det exempel på ersättning som kan ge incitament till samordning. I figuren nedan redovisas en översikt av vår bedömning av vilka samordningsmedel som tillämpats inom de olika initiativen.



Figur 15. Översikt av vilka samordningsmedel som tillämpas i initiativen.

		Lokala initiativ										Nationella initiativ				
		Projekt HälsoStaden	Närård västra Skaraborg	Esther nätverk	Tiohundra	Södertäljemodellen	Aktiv hälsostyrning	Familjecentraler	Nationell patientöversikt (NPO)	Samordnad individuell plan (SIP)	Finnsam	Regionala cancercentrum				
Samordningsmedel	Frågor som används i analysen															
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Värdegrund från individens perspektiv	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
	Deltagande av patienter och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
	Riktlinjer som syftar till ett gemensamt arbetsätt	✓		✓	✓				✓	✓		✓				
	Koordinator för patienten och brukaren		✓	✓		✓			✓	✓		✓				
Tjänstesamordning	E-hälsolösning som underlättar samordning för patient och brukare								✓			✓				
	Multiprofessionellt team	✓	✓	✓		✓						✓				
	Mindre formellt samarbete mellan professioner	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓					
	Koordinator för professionen		✓	✓						✓	✓	✓				
Administrativ samordning	Rutiner för kommunikation inom initiativet	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓					
	Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem		✓	✓								✓				
	Andra tekniska kommunikationssystem	✓	✓	✓	✓							✓				
Organisationsamordning	Samtliga aktörer som medverkar i initiativet tillhör samma organisation	✓			✓											
	Avtalsreglerad samverkan mellan fristående organisationer		✓			✓		✓		✓	✓					
Finansiell samordning	Gemensam finansiering av båda huvudmännen	✓		✓							✓					
	Särskild ersättning som skapar incitament till samordning		✓													
Systemsamordning	Gemensam nämnd eller kommunalförbund			✓							✓					
	Uttalat politiskt stöd för initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				

6.1.2 Det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv

Trots att samtliga initiativ betonar vikten av att samordningen ska utgå från individens perspektiv är det ovanligt med utvärderingar och uppföljningar som undersöker om initiativen faktiskt resulterat i en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Fokus är i stället på vårdens och omsorgens processer och strukturer, denna typ av utvärdering förekommer för samtliga studerade initiativ. I flera fall undersöks processerna och strukturerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv men utan koppling till vilka resultat de får för individen. Denna inriktning på utvärderingar är problematisk om man vill förstå vilka medel som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Endast två av initiativen som vi studerat följer upp patienternas eller brukarnas upplevelse av samordningseffekterna. I ytterligare fyra fall undersöks initiativens effekter på hälsa och livsföring och för några initiativ finns även analyser av mer indirekta effekter för individen, exempelvis förekomsten av undvikbar slutenvård. Analyser av initiativens kostnadseffektivitet är ännu ovanligare, det finns bara för ett initiativ. Tabellen nedan beskriver förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen, bockade rutor innebär att minst en uppföljning eller utvärdering finns av respektive initiativ.

Figur 16. Förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen.

	a) Patient- och brukarupplevd samordning	b) Effekter på individens hälsa eller livsföring	c) Andra effekter för individen	d) Initiativets kostnads-effektivitet	e) Initiativets strukturer eller processer
Lokala initiativ					
Projekt Hälsostaden			✓		✓
Närvård västra Skaraborg			✓		✓
Esther					✓
Tiohundra		✓			✓
Södertäljemodellen		✓			✓
Aktiv hälsostyrning			✓		✓
Nationella initiativ					
Familjecentraler					✓
Nationell patientöversikt					✓
Samordnad individuell plan	✓				✓
Finsam		✓		✓	✓
Regionala cancercentrum	✓	✓			✓



6.1.3 Flera initiativ syftar till att förbättra samordningen för personer med stora samordningsbehov – för dessa grupper kan professionell samordning ge goda resultat

Eftersom behovet av samordning ser olika ut för olika patient- och brukargrupper undersöker vi hur samordningsinitiativen utformas för att svara mot olika gruppers behov. De flesta initiativen fokuserar på personer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen, till exempel de mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa. Dessa personer har ofta kontakt med både primärvården och specialistvården samtidigt som de får vård- och omsorgsinsatser från kommunen. Flera initiativ som riktas till målgruppen syftar till att minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter med olika huvudmän. Till exempel har man försökt att förbättra den professionella samordningen, genom multiprofessionella team. Även om fullständiga utvärderingar saknas tyder verksamheternas egen uppföljning på att professionell samordning kan bidra till ökad nöjdhet bland patienter och brukare samt färre akutbesök och inläggningar på sjukhus.

6.1.4 Bristande förutsättningar att dela information utgör ett hinder för en samordnad vård och omsorg

Intervjuer med verksamhetsföreträdare i både landsting och kommuner tyder på att bristen på gemensam informationshantering utgör hinder för samordning för grupper som har omfattande behov av en samordnad vård och omsorg. Men få av de studerade initiativen syftar till att överbrygga dessa typer av hinder. Vissa verksamhetsföreträdare anger att en del av förklaringen till detta kan kopplas till hur lagstiftningen ser ut gällande dokumentation och utlämnande av uppgifter. En annan faktor som hindrar att information delas mellan verksamheter med olika huvudmän är att it-systemen har utvecklats för antingen vård eller omsorg, snarare än för att samordna informationen mellan dessa. Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare tyder dock på att det vid avsaknad av tekniska system som kommunicerar är vanligt att använda andra tillvägagångssätt för att dela information, i vissa fall sätt som inte är förenliga med lagstiftningen. Detta talar för att det finns ett behov av att se över de juridiska samt praktiska förutsättningarna för att dela information mellan vården och omsorgen i fråga om de grupper som har det största behovet av samordning.

6.2 REKOMMENDATIONER

Vi ser att behovet av samordning är stort samtidigt som mycket pekar på att samordningen i Sverige brister. Men det saknas kunskap om vad som leder till en samordnad vård och omsorg för patienter- och brukare. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

► *Regeringen och huvudmännen bör utforma samordningsinitiativ som utgår från patienter och brukares perspektiv*

Regeringen och huvudmännen bör utgå från olika gruppers behov när nya samordningsinitiativ utformas. Här ingår att identifiera vad en samordnad vård och omsorg innebär för olika målgrupper i olika sammanhang. Därför är det viktigt att patienter, brukare och närstående deltar i utformandet och man bör utgå från lärdomar från tidigare initiativ som riktats till målgrupperna. Samtidigt måste initiativen anpassas till de lokala förutsättningarna där de ska implementeras och kunskapen från andra initiativ är inte nödvändigtvis direkt applicerbar. I utformandet av initiativen är det även viktigt att säkerställa att det går att följa upp om de bidrar till en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.

► *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om nyttan med samordningsinitiativen för olika patient- och brukargrupper och deras kostnadseffektivitet*

Eftersom det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, bör regeringen och huvudmännen främja sådan kunskapsutveckling. Här ingår att se över och utveckla kunskap om olika gruppers behov av samordning och hur väl insatserna svarar mot dem. Det handlar också om att utforma och förankra indikatorer och metoder för att följa upp enskilda samordningsinitiativs effekter samt att utveckla den nationella uppföljningen av hur patienter och brukare upplever samordningen. Det senare kan bland annat ske inom ramen för nationella patient- och brukarenkäter samt kvalitetsregister. I synnerhet brister kunskapen om hur brukare uppfattar samordningen i socialtjänsten eftersom det saknas frågor av denna typ i nationella undersökningar. Det behövs även forskning om olika insatser kostnadseffektivitet. Det är även angeläget att främja fortsatt kunskapsutveckling om hur ersättningssystemen kan utformas för att ge incitament till samordning.



- ▶ *Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur vården och omsorgen på ett ändamålsenligt sätt kan dela information om de patienter och brukare som har störst behov av samordning*

Flera verksamhetsföreträdare inom kommuner och landsting har beskrivit att de ser sig förhindrade att lämna ut uppgifter mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppfattas som ett problem när det gäller de patienter och brukare som har störst behov av samordning. Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur behovet av att dela information mellan olika aktörer inom och mellan vården och omsorgen ser ut och vilka hinder som finns för detta idag. Om kartläggningen visar på ett behov av förändrad lagstiftning bör en utredning tillsättas som undersöker hur lagstiftningen bör anpassas för att tillgodose dessa behov. Utredningen bör även undersöka hur it-systemen kan stödja informationsdelningen mellan relevanta verksamheter.

- ▶ *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning*

Vi ser att det saknas kunskap om vilka verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning. Det saknas bland annat metoder och arbetssätt som på ett systematiskt sätt kan identifiera och förebygga samordningsbehov. Det kan exempelvis handla om att identifiera personer som besöker vården ofta och som kan ha behov av insatser från både vården och omsorgen. Vi ser också att det finns behov av att öka kunskapen om hur vården och omsorgen kan möjliggöra för patienter och brukare att vara medskapande i samordningen. Ett exempel kan vara e-hälsolösningar som gör det möjligt för patienter och brukare att vara delaktiga och uppdaterade i kontakterna med vården och omsorgen.



Referenser

- Abrahamsson, A., Bing, V. och Löfström, M. (2009). *Familjecentraler i Västra Götaland*. En utvärdering. Västra Götalandsregionen Folkhälso-kommittén.
- Andersson, F., Janlöv, N. och Rehnberg, C. (2014). *Konkurrens, kontrakt och kvalitet- hälso- och sjukvård i privat regi*. Rapport 2014:5. Stockholm: Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys.
- Anell, A. och Mattisson, O. (2009). *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Busse, R. och Mays, N. (2008). Paying for chronic disease care. I Nolte, E. och McKee M (red.). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*, Berkshire: Open university press s. 195–22.
- Carlsson, G., Pettersson, C., Kylberg, M. och Iwarsson, S. (2016). *Patient-processer inom projektet Hälsostaden Ängelholm. Erfarenheter från multisjuka äldre, närstående och personal*. Lund: Lunds universitet.
- Coburn, A. F. (2001). Models for integrating and managing acute and long-term care services in rural areas. *Journal of Applied Gerontology*, 20 s. 386–408.
- Conrad, D. A., och Shortell, S. M. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Services Management*, 3 s. 3–40.
- Contandriopoulos, A., Denis, J., Touati, N., och Charo, R. (2003). *The integration of health care: dimensions and implementation*. Montreal: University of Montreal.
- Curry, N. och Ham, C. (2010). *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. London: Kings Fund.

- Edgren, G., Anderson, J., Dolk, A., m.fl. (2016a). »Aktiv hälsostyrning« kan ge utsatta patienter stöd. Ny modell för prevention av oplanerad sjukvård. *Läkartidningen*. 2016. <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2016/02/Aktiv-halsostyrning-kan-ge-utsatta-patienter-stod/> [Besökt: 2017-11-16].
- Edgren, G., Anderson, J., Dolk, A. m.fl. (2016b). A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial. *European Journal of Emergency Medicine*, s. 344–350.
- Esbjörnson, S. och Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL – Till nytta för brukarna?* nr. 29. Borås: FOU Sjuhärad Välfärd, Högskolan i Borås.
- Eugenios, J., Petroff, A och Yan, S. 2014. Coolest innovations around the world. *CNN*. <http://money.cnn.com/gallery/technology/2014/10/31/global-innovation/7.html> [Besökt: 2017-11-30].
- Familjecentraler. (u.å.). <http://familjecentraler.se/> [Besökt: 2017-09-01].
- Finsam. (u.å.). <http://www.finsam.se/start> [Besökt: 2017-10-13].
- Forum för Health Policy. (2017). *En sammanhållen effektiv vård och omsorg – visst går det!?*
- Fulop, N., Mowlem, A. och Edwards, N. (2005). *Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere*. London: The NHS Confederation.
- Försäkringskassan. (2017). *Uppföljning av samordningsförbundens insatser – Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2016*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Goodwin, N. och Smith, J. (2011). *The Evidence Base for Integrated Care [PowerPoint-presentation]*. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kings-fund-january-2012.pdf> [Besökt: 2017-08-21].
- Goodwin, N., Sonola, L. och Thiel, V. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success*. London: The King's Fund.
- Götmark, H., Askerstam, M., Forslund, H. och Palomäki, K. (2006). I »Södertäljemodellen« jobbar kommun och landsting tillsammans. Samlat stöd ger styrka åt Psykiatrireformens patienter. *Läkartidningen*, s. 546–549.
- Haas, L. R., Takahashi, P. Y., Shah, N. D. m.fl. (2013). Risk-stratification Methods for Identifying Patients for Care Coordination. *The American Journal of Managed Care*, s. 725–735.

- Hansson, J., Ovretveit, J. och Brommels, M. (2012). Case study of how successful coordination was achieved between a mental health and social care service in Sweden. *International Journal Of Health Planning And Management*, 27 s.132–145.
- Health Care Management (HCM). (2013). *Närvården i västra Skaraborg - Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Stockholm: Health Care Management (HCM).
- Health Care Management (HCM). (2015). *Närvård västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Health Care Management (HCM).
- Inera. (u.å.). <https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/> [Besökt: 2017-10-31].
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. CMT Rapport 2007:2. Linköpings Universitet.
- Kodner, D. L. och Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, s.1–6.
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Health Care Quarterly*, s. 6–15.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77 s.77–110.
- Lewis, R., Rosen, R., Goodwin, N. och Dixon, J. (2010). *Where is next for integrated care organisations in the English NHS?* London: Nuffield Trust.
- LHC – Leading Health Care (2012). *På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. Rapport nr 1. Stockholm.
- LHC – Leading Health Care (2014). *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan - en vägledning*. Rapport nr 1. Stockholm.
- Lindgren, P. (2014b). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Loyd, J. och Wait, S. (2005). *Integrated care – a guide for policymakers*. London: Alliance for health and the future.
- Medical Management Centrum (MMC) (2011). *Från två till tiohundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*. Karolinska Institutet.

- Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS). (2015). *Samhälls-ekonomiskt resultat av insatser inom samordningsförbunden*. Nyköping: Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS).
- Nolte, E. och Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care? (Policy summary 11, European Observatory on Health Systems and Policies)*. Danmark: World Health Organization.
- Nordström, E. (2016). *Samordnad individuell plan (SIP) – Professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter*. Jönköping: Jönköping University, School of Health and Welfare.
- Norråtalje kommun. (2013). *Verksamhetsplan 2014–2016 för budget 2014–2015 och plan 2016*.
- Norråtalje kommun. (u.å.). <http://www.norratalje.se/>.
- Närsvård västra Skaraborg. (u.å.) <http://www.narsjukvarden.se/> [Besökt: 2017-10-10].
- OECD – Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling. (2013). *OECD Health Care Quality Review of Sweden*. Paris: OECD.
- OECD – Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling. (2016). *Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing: Paris.
- Pike, B. och Mongan, D. (2014). *The integration of health and social care services*. Dublin: Health Research Board.
- Psykiatricentrum Södertälje. (2015). *Södertäljemodellen*. <http://psykiatricentrum.sodertalje.se/vi-erbjuder/sodertaljemodellen/> [Besökt: 2017-11-06].
- Ramböll. (2014). *Familjecentrum kartläggning och utvärdering*. Stockholm.
- RCC – Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). Utvärdering av de nationella vårdprogrammen inom cancervården. Stockholm.
- Region Jönköpings län. (u.å.a). *Esther*. <http://plus.rjl.se/esther> [Besökt: 2017-10-02].
- Region Jönköpings län. (u.å.b). *Samverkan kommuner och region*. <http://plus.rjl.se/samverkan> [Besökt: 2017-11-16].
- Region Skåne. (2016). *Projekt Hälsostaden*. <https://vard.skane.se/angelholms-sjukhus/om-oss/projektet-halsostaden/> [Besökt: 2017-09-01].
- Regionala cancercentrum. (u.å.). <http://www.cancercentrum.se/samverkan/> [Besökt: 2017-11-01].
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Att leda med kunskap. Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin*. Stockholm.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2017). *Nationell funktionsbeskrivning för koordinator inom standardiserade vårdförlopp (SVF)*.

- Reinius, P., Magnus, J., Fjellner, A., Werr, J., Öhlén, G. och Edgren, G. (2012). A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *European Journal of Emergency Medicine*, s.1–8.
- Rosen, R., Mountford, J., Lewis, G., Lewis, R., Shand, J. och Shaw, S. (2011). *Integration in action: four international case studies*. London: Nuffield Trust.
- Rosenmöller, M., Whitehouse, D., Wilson, P. (2014). *Managing ehealth – from vision to reality*. London: Palgrave Macmillan.
- Samverkan kommuner och Region (2017). *Mobila lösningar/Estherteam*. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=44056> [Besökt: 2017-11-15].
- Shaw, S., Rosen, R. och Rumbold, B. (2011). *What is integrated care*. London: Nuffield Trust.
- Skaraborgs kommunalförbund och Västra götalandregionen. (2014). *Mobil närvård Skaraborg. Projektplan*.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2007). *Tiohundra – kommun och landsting i samma båt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Sektionen för demokrati och styrning.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2009). *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå. Hemtjänst och särskilt boende*. Sveriges kommuner och landsting. Sektionen för demokrati och styrning.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2013). *Vårdval i specialistvården. Utveckling och utmaningar*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Sektionen för demokrati och styrning.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Införandet av NPÖ*. Stockholm.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2015). <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2015/09/Vardcoacher-blir-permanent-varldform/> [Besökt: 2017-11-20].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2017). <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html> [Besökt: 2017-10-09].
- SKL – Sveriges kommuner och Landsting. (2017) *SIPKollen*. Hämtat från www.sipkollen.se [Besökt: 2017-10-16].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (u.å.) <https://patientenkat.se/sv/resultat/ta-del-av-resultat/> [Besökt 2017-09-08].
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. (2014). *Bilagor till rapporten "Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre" (2014:6)*. Äldrecentrum forskning och utveckling.

- Stockholms läns landsting (2015). *Vårdcoacher blir permanent vårdform*. [Besökt: 2017-11-21].
- Stockholms läns landsting och Tiohundra AB. (u.å.). *Årsrapport 2015*. <http://tiohundra.se/resultat>. [Besökt: 2017-11-21].
- Stäck, P., Forsberg, B., Högberg, M., Werr, J. och Edgren, G. (2012). Risken för akut återinläggning kan förutsägas. Tidigare vårdkonsumtionsmönster och vissa diagnoser starkt predicerande. *Läkartidningen*, s. 2211–2215.
- Socialstyrelsen. (2008). *Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för en God vård. (Artikelnr 2009-11-5)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum. En samlad bedömning från fyra års uppföljning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Uppföljning av regionala cancercentrum 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip> [Besökt: 2017-11-21].
- SOU 2000:114 *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet*.
- SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*.
- SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*.
- SOU 2017:77 *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.
- Suter, E., Oelke, N., Adair, C., Wadell, C., Armitage, G. och Huebner, L. (2007). *Health Systems Integration*. Edmonton: Alberta Health Services.
- Svenskt Näringsliv. (2015). *Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgens särskilda boenden*. Stockholm.
- Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde. (2010). *"Södertäljemodellen" – samverkan som startade med psykiatrireformen*.
- Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde. (2012). *"Södertäljemodellen" – samverkan som startade med psykiatrireformen*.
- The Commonwealth fund. (2016). *Sweden's Esther Model: Improving Care for Elderly Patients with Complex Needs*. vol. 29.
- Tillväxtverket. (2012). *Nytänkande och innovationer inom vård och omsorg. Exempel på förnyelse och kreativitet i sektorn*. Stockholm.
- Tiohundra. (u.å.). <http://www.tiohundra.se/> [Besökt: 2017-10-23].
- Tiohundraprojektet. (u.å.). <http://www.tiohundraprojektet.se/>

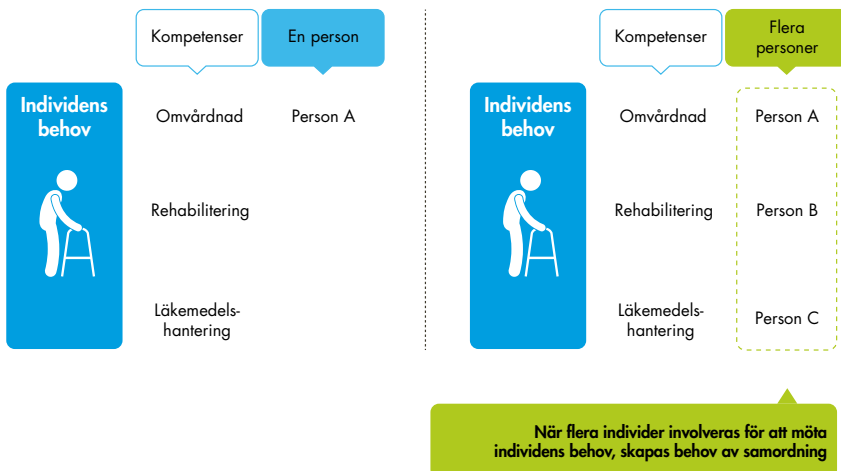
- Uppdrag psykisk hälsa. (u.å.). <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/sip-for-vuxna/> [Besökt: 2017-10-09].
- Valentijn, P., Schepman, S. och Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care . *International journal of integrated care*.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2016a). *Samordnad vård och omsorg*. PM 2016:1. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2016b). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2017). *Lag utan genomslag*. Rapport 2017:2. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Västra Götalandsregionen. (2017). *Sammanfattning av väsentliga förändringar i Krav- och kvalitetsbok Vårdval VG primärvård 2018*. <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/uppdrag-och-avtal/varldval-vg-primarvard/krav--och-kvalitetsbok-vg-primarvard/> [Besökt: 2017-11-14].
- WHO – Världshälsoorganisationen. (2016). *Lessons from transforming health services delivery: Compendium of initiatives in the WHO European Region (2016)*. Köpenhamn: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Winqvist, M. (2016). *Uppföljning av arbetet med Samordnad Individuell Plan i Uppsala län*. Uppsala: Regionförbundet Uppsala län.
- Wohlin, J., Stalberg, H., Ström, O., Rolfson, O., Willers, C. och Brommels, M. (u.å.). *Nytt ersättningssystem och vårdval höft- och knäprotesoperationer*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Äldrecentrum. (2012). *Kan två bli en? – TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för de mest sjuka äldre*. Stockholm: Äldrecentrum.
- Öhrlings PricewaterhouseCoopers (ÖPwC). (2009). *TioHundra – Någotting har hänt! Stockholm*.



BILAGA 1 – KOMPLEXITETEN I SAMORDNINGEN AV INDIVIDENS VÅRD OCH OMSORG

Enligt vår definition av en samordnad vård och omsorg så karakteriseras god samordning av att alla vård- och omsorgsaktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen. Individens behov avgör i sin tur vilka kompetenser som behövs och vilka personer som bör involveras för att möta samordningsbehoven. När kompetenserna finns samlade hos en person finns inget behov av samordning. Samordningsbehovet uppstår istället när flera personers kompetenser behövs för att möta patientens eller brukarens behov (se figur 9). Samordningsbehovet kan alltså påverkas av vilka kompetensområden som inkluderas i olika professions- och specialistutbildningar.

Figur 17. Illustration av hur individens behov och de kompetenser som behövs hänger samman med behovet av samordning.



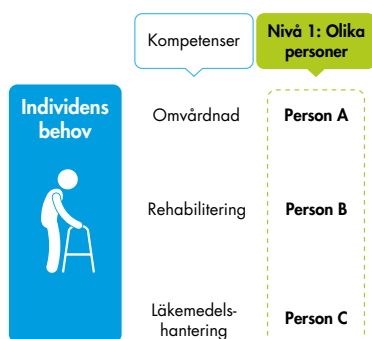
Komplexiteten i samordningen av aktiviteter ökar ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Det är mindre komplext att samordna insatser inom en vårdenhets än mellan tre olika enheter som tillhör olika huvudmän. Hur vi väljer att organisera och reglera vården och omsorgen i olika enheter, organisationer eller huvudmän påverkar alltså hur komplex samordningen blir. Vi har identifierat fem övergripande nivåer där samordningens komplexitet tydligt ökar på varje nivå:

- **Nivå 1:** Samordning mellan olika personer och professioner
- **Nivå 2:** Samordning mellan olika enheter
- **Nivå 3:** Samordning mellan olika organisationer
- **Nivå 4:** Samordning mellan olika domäner
- **Nivå 5:** Samordning mellan olika huvudmän

I figur 10 illustreras hur komplexiteten i samordningen ökar på de olika nivåerna. Det är värt att notera att samordningsutmaningarna på nivå 1 (mellan individer på samma enhet) kvarstår även på nivå 5 (olika huvudmän). Det som händer när man behöver samordna vården och omsorgen på högre nivåer är att utmaningarna blir ännu fler.

Nivå 1: Olika personer och professioner

Figur 18. Beskrivning av nivå 1: samordning mellan olika personer och professioner.



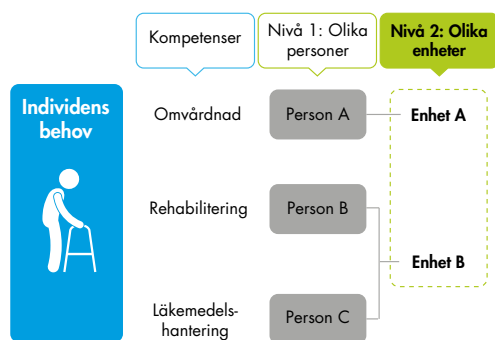
När flera personer inom en enhet ger insatser till en patient eller en brukare behöver insatserna samordnas. Det innebär att det behöver finnas en tydlig och heltäckande ansvarsfördelning och att kommunikationen mellan medarbetarna på enheten behöver fungera väl. Annars ökar risken för att information om patienten eller brukaren inte finns tillgänglig på ett ändamålsenligt sätt och i rätt tid för den som behöver den.

Samordningsutmaningar mellan individer inom en enhet kan också uppstå när rutinerna för dokumentation och informationsöverföring är oklara eller till följd av att de inte följs. Ett annat exempel är när olika medarbetare på en enhet möter patienten vid olika besök eller vid olika tider på dygnet. Bland annat kan användning av inhyrd personal försvåra samordningen.

Ytterligare en utmaning som kan uppstå är när individens behov av olika kompetenser även är samlade hos olika professioner. Redan under utbildningen inleds en slags kompetensmässig uppdelning mellan olika professioner inom vården och omsorgen som kan bidra till att det inte alltid finns samsyn kring patienten eller brukaren.

Nivå 2: Olika enheter

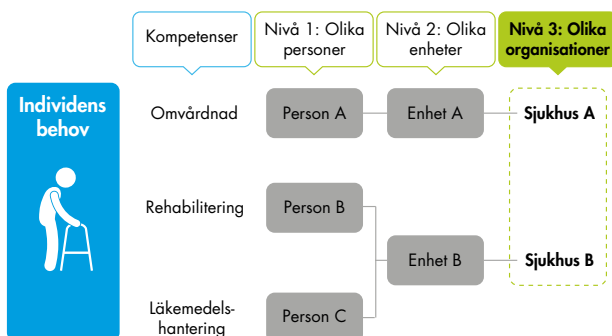
Figur 19. Beskrivning av nivå 2: samordning mellan olika enheter.



Så snart individens behov behöver mötas av personal vid olika enheter ökar komplexiteten i att samordna insatserna ur patientens eller brukarens perspektiv. Exempelvis har olika enheter på ett sjukhus eller ett större särskilt boende ofta separata scheman och olika chefer. Det innebär bland annat att schemaläggningen behöver koordineras och att eventuella skillnader i prioriteringar mellan olika chefer behöver hanteras.

Nivå 3: Organisationer

Figur 20. Beskrivning av nivå 3: samordning mellan olika organisationer.

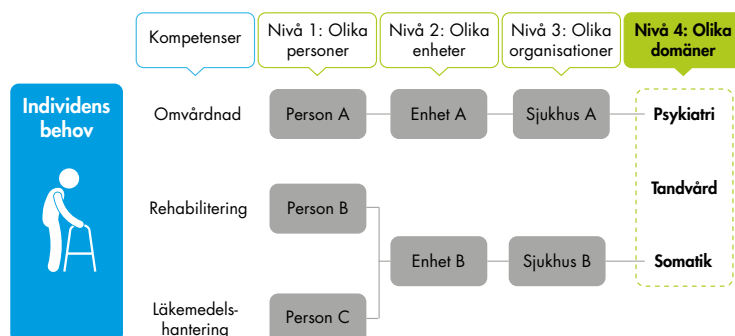


Om patientens eller brukarens behov i sin tur behöver mötas av individer vid olika organisationer blir samordningen än mer komplex. Med organisationer avses här exempelvis olika sjukhus, enskilda specialistvårdsmottagningar och vårdcentraler. Flera faktorer bidrar till komplexiteten. Olika organisationer inom vården och omsorgen har ofta skilda IT-system för dokumentation, tidsbokning och schemaläggning, vilket försvårar informationsöverföring och samordning. När organisationerna är separata ekonomiska verksamheter kan det också vara svårt att komma överens om hur arbetsinsatserna ska fördelas i förhållande till den ekonomiska ersättning som respektive organisation erhåller. Att organisationskultur och ledningssystem ofta skiljer sig åt mellan organisationer kan också bidra till en ökad svårighet att nå en samordnad vård och omsorg.

I svensk vård och omsorg har landstingens köp av verksamhet från privata företag samt från föreningar och stiftelser ökat under senare tid, bland annat till följd av införandet av lagen om valfrihetssystem (LOV) (SCB 2015). Detta kan öka behovet av samordning, dels om det blir fler aktörer inblandade, dels om privata och offentliga aktörer som behöver samverka kring en patient eller brukare använder olika IT-system eller liknande.

Nivå 4: Olika domäner

Figur 21. Beskrivning av nivå 2: samordning mellan olika domäner.

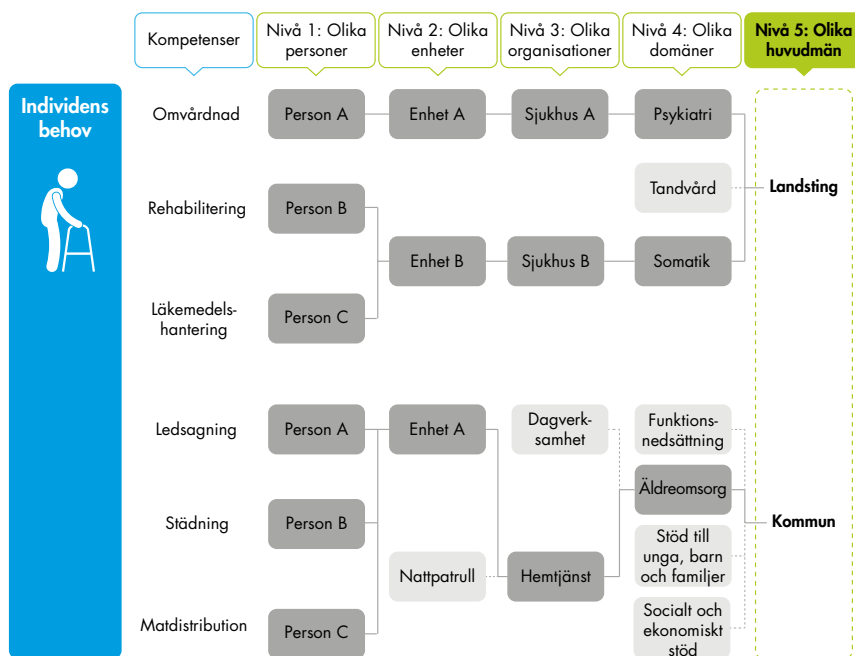


En fjärde nivå av komplexitet nås om individens behov behöver mötas av organisationer som är verksamma inom olika "domäner". Med domäner avses ur ett sjukvårdsperspektiv exempelvis olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses istället olika insatser och verksamheter såsom stöd till funktionsnedsatta, äldreomsorg, stöd till unga, barn och familjer samt socialt och ekonomiskt stöd. Domänerna kännetecknas också av att det finns en gemensam professionskultur inom domänen och att de som verkar inom en domän ofta har en gemensam akademisk eller professionell bakgrund. En aspekt som bidrar till att komplexiteten ökar på denna nivå är att det mellan olika domäner kan saknas konsensus om hur den samlade vården eller omsorgen av patienten eller brukaren ska gå till. De individer inom respektive organisation som ska utföra insatserna är dessutom vanligtvis mer vana att samarbeta med andra personer inom samma domän. Samordningen mellan domäner kan även försvåras av att de till viss del regleras av olika lagstiftning och regelverk.

Nivå 5: Olika huvudmän

Samordningen blir som mest komplex när flera huvudmän är involverade. Det beror bland annat på att kommunernas och landstingens/regionernas verksamheter till stor del lyder under olika lagstiftningar, vilket bland annat försvårar informationsöverföring. Kommuner och landsting har också olika politiska ledningar, och separata skatter och avgifter finansierar respektive verksamhet. Exempelvis försvåras samordningen av insatser om det saknas överenskommelser och avtal mellan parterna. På vissa områden kan även ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting vara ottydlig, vilket gör samordningen av insatser ännu mer komplex.

Figur 22. Beskrivning av nivå 5: samordning mellan olika huvudmän.

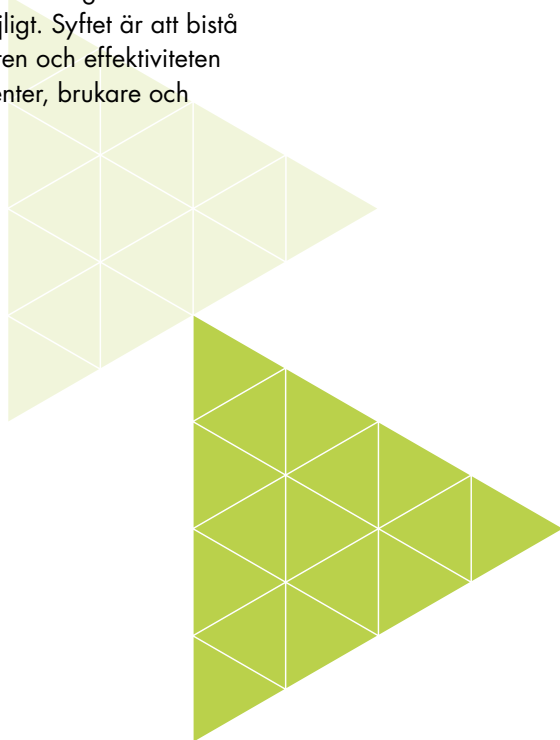


Från medel till mål

– att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg. Mycket tyder också på att samordningen i Sverige brister. I rapporten studeras elva lokala och nationella initiativ som har tillämpat en rad olika medel för att förbättra samordningen. Trots det är kunskapen låg om vilka medel som faktiskt resulterar i målet om en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.





Regeringen

Socialdepartementet

Dnr LD 18/00241:1

Regeringsbeslut Inkom 2018-01-15 1:3

Bilaga 4

2018-01-11
S2018/00209/FS (delvis)

Statskontoret
Box 396
101 27 Stockholm

PATIENTNÄMNDEN Landstinget Dalarna
2018-01-15
Dnr

Uppdrag att följa upp och utvärdera ett mer ändamålsenligt klagomålssystem

Regeringens beslut

Regeringen beslutar att ge Statskontoret i uppdrag att följa upp införandet av ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår att

1. Följa upp införandet av reformen och utvärdera om den har lett till förväntade effektivitetsvinster för berörda aktörer samt utvärdera reformen ur ett patientperspektiv.
2. Föreslå hur de grupper som i dag inte omfattas av patientnämndernas verksamhet ska få stöd i klagomålsprocessen. I dessa grupper ingår patienter som omfattas av de medicinska delarna av elevhälsan, Statens institutionsstyrelses verksamheter, kriminalvården, viss privat vård och viss tandvård.

Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 december 2019. I slutredovisningen ska ingå en utvärdering av reformen. En delredovisning av uppdraget såvitt avser införandet av klagomålsreformen samt hur de patientgrupper som i dag inte omfattas av patientnämndernas verksamhet ska få stöd i klagomålsprocessen ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 december 2018. Redovisningarna ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Ärendet

Den 1 januari 2018 trädde nya bestämmelser i kraft som ska bidra till ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. De nya bestämmelserna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående. Vidare träder en ny lag i kraft som ska reglera patientnämndernas verksamhet. Av lagen framgår att nämndernas huvuduppgift ska vara att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Patientnämnderna ska tillsammans med vårdgivarna utgöra första linjen i det föreslagna klagomålssystemet. I budgetpropositionen för 2018 föreslår regeringen att anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med 20 miljoner kronor per år för att ersätta landstingen för kostnader för nya uppdrag till patientnämnderna i samband med att ett mer ändamålsenligt klagomålssystem träder i kraft. Eftersom vårdgivarnas ansvar för klagomålshanteringen förtydligas förändras även ansvaret för Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO:s ansvar för klagomålshantering kommer att begränsas och myndigheten ska i stället utveckla den riskbaserade tillsynen.

En viktig utgångspunkt för förslaget är att skapa ett mer ändamålsenligt klagomålssystem som bidrar till utvecklingen av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete. Syftet med förslagen är att effektivisera klagomålshanteringen så att patienter snabbare kan få sina klagomål besvarade och att åtgärder kan vidtas för att förebygga vårdskador i ett tidigt skede. Förslagen ska även bidra till att IVO kan utveckla den egeninitierade tillsynen så att tillsynsinsatser genomförs där behoven av tillsyn är som störst.

Bestämmelserna innebär inga nya åtaganden för vårdgivarna. Den stora patientsäkerhetsreformen som genomfördes 2011 när patientsäkerhetslagen trädde i kraft tydliggjorde vårdgivarnas ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och som en del av detta arbete ta emot och besvara klagomål från patienterna. För att stödja införandet av patientsäkerhetsreformen avsatte regeringen 2,5 miljarder kronor under åren 2011–2014.

För att stödja införandet av klagomålsreformen har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja implementeringen av ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården (S2017/05338/FS). I uppdraget ingår att genomföra en förstudie om hur patienter och deras närstående ska kunna anmäla klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården på ett

enkelt, enhetligt och säkert sätt i landet, samt hur systemet kan möjliggöra lärande utifrån aggregerade data på regional och nationell nivå. Vidare ingår att ta fram en enhetlig och nationell information som beskriver hur patienter och deras närstående kan klaga på hälso- och sjukvården samt att genomföra insatser för att sprida informationen.

Närmare om uppdraget

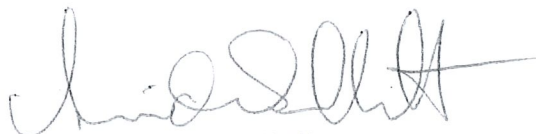
I propositionen Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården (prop. 2016/17:122) bedömer regeringen att det är viktigt att följa upp och utvärdera införandet att mer ändamålsenligt klagomålssystem. Vidare framgår att syftet med utvärderingen bör vara att undersöka om klagomålssystemet har lett till förväntade effekter för patienter och deras närstående samt för berörda aktörer i klagomålssystemet. Utvärderingen bör ta sin utgångspunkt i patientperspektivet men även omfatta klagomålssystemets och den patientcentrerade tillsynens effekter på patientsäkerheten och om det har lett till en mer resurseffektiv hantering.

I propositionen framgår vidare att regeringen avser att återkomma i frågan om utökat stöd till de patientgrupper som i dag inte omfattas av patientnämndernas verksamhet. Enligt nuvarande regelverk omfattar patientnämndernas verksamhet inte patienter inom de medicinska delarna av elevhälsan, Statens institutionsstyrelses verksamheter, kriminalvården, viss privat vård och viss tandvård. Regeringen bedömer att det finns behov av mer underlag för att kunna ta ställning till hur dessa patientgrupper ska kunna få stöd i klagomålsprocessen.

I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) konstaterar utredaren att tandvårdspatienter har ett svagt konsumentskydd och att det inte finns bestämmelser som reglerar när ett fel kan anses ha uppstått eller hur det kan reklameras. Vidare noteras att det inte finns någon gemensam klagomålshantering för tandvårdspatienter. Patienter hos de flesta privata tandvårdsgivare som inte är medlemmar i branschorganisationen Privattandläkarna har ingenstans att vända sig med klagomål.

Mot denna bakgrund får Statskontoret i uppdrag att följa införandet av reformen och att utvärdera om reformen har lett till avsedda effekter samt att föreslå hur de grupper som i dag inte omfattas av patientnämndernas uppdrag ska få stöd i klagomålsprocessen.

På regeringens vägnar



Annika Strandhäll



Klara Granat

Kopia till

Statsrådsberedningen/Internrevisionen
Finansdepartementet/BA, K
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/EKOL
Inspektionen för vård och omsorg
Socialstyrelsen
Sveriges Kommuner och Landsting
Patientnämnder

Inkom 2017-12-29

Antal reg ärenden per huvudrubrik och kön 20171027-20171228, n=202

