

Lisbeth Löpare Johansson

## **Omställningen till nära vård – från idé till verklighet; vad kan vi lära oss från exempel som lyckats, och vilka resultat ser vi av detta?**

### **Bakgrunden**

Över hela Sverige pågår idag ett omfattande utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården och med omsorgen ofta involverad – omställningen till en nära vård som i sitt upplägg är mer centrerad mot personers behov, mer samverkande och med tydligare och mer förutsägbart omhändertagande i de olika vårdförloppen. Omvärldsförutsättningarna har förändrats på betydande sätt sedan de ursprungliga grunderna lades för dagens hälso- och sjukvårdssystem. Anpassningen är nödvändig för att möta nya och förändrade kvalitetskrav – men inte minst för att även utnyttja de samlade resurserna bättre; särskilt när behoven bedöms öka ännu mer framöver.

Nära vård omfattar många olika patientgrupper och kan därmed innebära utvecklingsarbete inom alla möjliga områden. Den stora utmaningen i omställningen är oftast i de sammanhang där det finns patientgrupper med omfattande och kontinuerliga behov över hela hälso- och sjukvården; individer som har behov från såväl regionens som kommunens hälso- och sjukvård och inte sällan även omsorgsinsatser från kommunerna. I dessa sammanhang behöver många personer gå i samma takt, och många inarbetade mellanrum överbryggas för att kunna gå från idé till verklighet för den nära vården.

När det insats- och ansvarsuppdelade vårdssystemet ska gå mot nya och högre nivåer av samverkan möter de involverade i utförarverksamheterna även många andra utmaningar i form av avtalsgränser kring vårduppdrag, styr- och uppföljningsmodeller som fokuserar på insats framför samverkan och ersättningssystem som ibland blir till målkonflikter i en tänkt samverkan. Makroförutsättningarna måste stödja mikroförutsättningarna och det behövs en kraft från många olika håll och nivåer för att nå bestående genombrott i utvecklingen av en nära vård.

Många kan känna igen dessa förhållanden med mer eller mindre frustration. Systemkomplexiteten gör det svårt att få överblick kring möjligheter och konsekvenser, förloppen tar tid, ibland går det framåt, i nästa stund bakåt. Ändå lyckas man väl på många håll – men vad och hur gör de som nått framgång i nära vård? Vad kan beskrivas som framgångsfaktorer som är giltiga oavsett specifika målsättningar, särskilda lokala förutsättningar och unika miljöbetingelser? Kring detta finns ännu begränsade kunskaper och erfarenhetsåtervinningar – men de goda exemplen och genomlysningar av dessa ökar hela tiden. I ett skede då nära vård-arbetet har pågått sedan många år – och behoven av fler genombrott ökar – blir dessa sammanställningar mycket viktiga att fånga.

I det följande presenteras en sammanställning av sådana observationer och lärdomar som kan dras från exempel som studerats särskilt med detta perspektiv under de senaste åren. Dessa fallstudier inbegriper de mer svåra utmaningarna inom nära vård att samverka i nya former mellan regionens och kommunens hälso- och sjukvård, kring de gemensamma patienter som oftast är komplext sjuka och sköra, och som sammantaget har behov av omfattande insatser inom hälso- och sjukvården.

## Genomförande

Med det omfattande utvecklingsarbete som nu bedrivs och följs upp alltmer systematiskt över hela Sverige växer insikterna om vad som utgör framgångsfaktorer för att realisera den nära vården. Det är dock inte alltid som dessa slutsatser ses som överförbara från ett sammanhang till ett annat. En vanlig synpunkt kan vara att ”visst fungerade detta bra för dem, men här har vi andra förhållanden”, eller att ”klart att det fungerar i en så liten kommun men det kommer inte att fungera i en sådan stor stad som vi verkar i”. Till detta tillkommer också synpunkter som att särskilda eldsjäljar har varit avgörande (en form av personberoende) eller att särskilt riktade resurser anslogs under en period som möjliggjorde framgången.

Ambitionen i den analys som genomförts och som presenteras här har varit att försöka få fram de faktorer och drivkrafter som skapar framgång och som inte kan kopplas till specifika lokala förhållanden. Vilka är de förhållningssätt och angreppssätt som kan ses som generellt viktiga för att komma framåt i en utveckling av en samverkande och nära vård, oavsett verksamhetsmiljön, personer, resurser eller andra specifika miljöbetingelser? Denna fråga kan vara särskilt intressant nu när det finns en växande empiri att bearbeta analytiskt på detta sätt, och en alltmer framträdande fråga inom olika systemledningar och samverkansgrupperingar inom nära vård: ”Hur får vi det att hända – att vårdssystemet faktiskt ställs om?”.

De observationer och slutsatser om framgångsfaktorer som beskrivs i det följande bygger till stora delar på en erfarenhetsbas av genomförda analyser och utvärderingar av initiativ inom nära vård under de senaste femton åren. Sedan 2020 har på uppdrag av SKR även genomförts en serie av olika beräkningsexempel och specifika fallstudier inom nära vård där kommuner och regioner avser att samverka på nya sätt kring de gemensamma och komplext sjuka patienterna. Med beräkningar av förändringar i vårdkonsumtion, i kombination med omdömen från patienter och medarbetare, kan även konstateras vilka angreppssätt och strategier för samverkan som verkligen ger resultat. Detta då nära vård vanligen syftar till att förbättra kvaliteten i vården i samtidigt som resursanvändningen och arbetsförutsättningarna förbättras med god samverkan. Den sammantagna empirin av kvantitativa och kvalitativa analyser inom vitt skilda områden och verksamhetsmiljöer i Sverige ingår som underlag för de observationer och slutsatser som presenteras här.

## **Slutsatser – De generiska framgångsfaktorerna**

Det finns en rad olika framgångsfaktorer, övergripande liksom mer specifika, som kan lyftas fram som generiska; det vill säga kan anses som giltiga oavsett det sammanhang som gäller när utvecklingsarbete kring nära vård bedrivs. Nedan sammanfattas de som framträder tydligast.

### **1) Gemensamt se hela vårdssystemet**

Det finns en förmåga bland flera i samverkanskonstellationen att se ”hela vårdssystemet” – inte bara den egna delen av verksamheten eller ansvaret. Med detta ökar möjligheterna till att se hur nya sammankopplingar mellan parterna kan öka resurserna och hur man med detta kan uppnå nya och förbättrade resultat.

### **2) Se patientens perspektiv i en helhet**

Ett angreppssätt används där man gemensamt i samverkanskonstellationen tar in hela patientens sammanhang; vård- och omsorgsbehov i kombination med funktionella och sociala förutsättningar som tydliggör ett perspektiv utifrån ”användaren” av tjänsterna, och i vissa fall även med direkt involvering av patienterna som personer. Med detta ökar möjligheterna till att förstå mer och samskapa de former av förmedling av tjänsterna som fungerar bäst, hur samverkanslogiken bör byggas och vad som skapar förutsättningar för att samtidigt nå högre kvalitet och god resursanvändning.

### **3) Hålla fokus på rätt tjänstelogik**

Att hålla fast vid en så kallad tjänstelogik som passar den målgrupp av patienter som är i fokus, och som hjälper samverkanskonstellationen att renodla och sortera bort arbetssätt som inte passar in i denna logik. Är

målgruppen nära vård till de mest sjuka så är ”kontinuitet” den tjänstelogik som är överordnad andra tjänstelogiker. Genom att systematiskt utveckla och hålla fast vid denna ”kontinuitetsvård” kan man komma framåt i att utveckla en väl fungerande vårdlösning för den aktuella målgruppen.

#### **4) Utveckla en samägd vårdlösning**

Genom att välja bort diskussionen om hur olika insatser kan flätas samman, och istället skissa och diskutera kring en gemensam så kallad vårdlösning; en form av ideal helhetslösning för patientens behov av vård och omsorg, ökar möjligheterna till att gemensamt se och samäga en ny verksamhetsmodell som är samordnad från början över vårdgränserna, och som därmed lättare kan implementeras i nästa steg.

#### **5) Etablera äkta teamsamverkan**

Att sluta tänka samverkan utifrån befintliga utförarorganisationer och insatsroller, och istället tänka samverkan utifrån att den aktuella samverkansgruppen (inom vårdlösningen) är kollegor på riktigt, som om man vore anställda i samma verksamhet, ökar möjligheterna till att bygga en god tillgänglighet interprofessionellt. Ett tillstånd som benämns ”äkta teamsamverkan” skiljer sig från de teamsamverkansmodeller som bildas för stunden i olika patientsituationer. Med äkta teamsamverkan nås den ”hävstång” som ger de verkligt goda resultaten.

#### **6) Lärande uppföljning som bränsle**

Att kontinuerligt följa upp resultat, vad som fungerar och vad som inte fungerar, och använda dessa resultat eller data i uppföljande lärmöten inom samverkanskonstellationen, är ett viktigt och ofta engagerande ”bränsle” för ett framgångsrikt utvecklings- och förbättringsarbete. Denna uppföljning bör fånga patientens perspektiv och de kritiska momenten i behovsöverensstämelsen. Länkarna i samverkansprocessen är centrala i detta och för att förstå detta är även medarbetarnas perspektiv mycket viktiga att fånga. Tid måste avsättas för att pedagogiskt visualisera uppföljningen och bearbeta den i workshop-liknande former. Den tid som avsätts för detta vinner man tillbaka och mer därtill genom ett effektivare genomförande tack vare ett systematiskt och delat lärande.

#### **7) Engagerade systemägare som röjer vägen framåt**

De många gränserna mellan ansvarsuppdelningar och insatsuppgifter utgör en bromsande kraft i utvecklingen av en mer samverkande vård. Om de olika avtals- och styrningsfrågor samt målkonflikter, som ligger till grund för detta, inte hanteras och åtgärdas möter det praktiska

utvecklingsarbetet ett konstant motstånd som riskerar att nöta ner kraften, engagemanget och möjligheterna att nå resultat. Därför är det oftast avgörande att de som har viktiga ansvarsroller som ”systemägare”; politiskt förtroendevalda och chefstjänstemän, engagerar sig aktivt i att följa och stödja utvecklingsarbetet, har ett löpande utbyte med de utförarrepresentanter som driver utvecklingsarbetet, och är i systemägarrollen beredda att agera för att nya, personcentrerade samverkansformer kan etableras. Uppgiften är i grunden att ta ett ledaransvar som understödjer skiftet från en ofta inarbetad gränssnittspolitik till en ny samordningskultur.

#### **8) Ett införandestöd för att hålla i och hålla ut i omställningen**

Steget från tankar och planer kring nära vård till att komma i ett verkligt genomförande i ett komplext och insatsuppdelat verksamhetssystem är utmanande; särskilt när många involveras och avsikten är att breddinföra nya arbetssätt. Finns ett införandestöd ökar möjligheterna betydligt att nå resultat. Med detta erbjuds ett faciliterande stöd för lärande möten över ”gränser”, inblick och involvering i resultaten samt löpande problemlösning under vägs gång. Ett införandestöd kan liknas vid en motor och en infrastruktur för att nå målsättningarna, som lyfter fram uppföljningsresultat, engagerar nyckelgrupper som systemägare och professionsgrupper samt att med löpande återkopplingar säkra att kursen hålls i inriktningen mot att genomföra omställningen.

### **Slutsatser – Utifrån framgångsfaktorerna; vilka resultat kan ses?**

De åtta framgångsfaktorerna ovan kan ses som de avgörande ”tyngder som får gungbrädan att tippa över” till en omställning mot nära vård där kommuner och regioner samverkar väl kring de gemensamma vårdkrävande målgrupperna. De resultat som uppstår i en samverkansbalans på detta sätt, med ömsesidiga nyttor, är förvånansvärt gemensamma och tydliga över landet. Det finns nu en växande empirisk grund som ger stöd för detta.

För regionerna ses stora förändringar i vårdbehoven för individerna samtidigt som kvaliteten i vården ökar till dessa. Med denna direkta samverkan och fokus på kontinuitet minskar vanligen sjukhusvården för målgrupperna i ett spann mellan 50 till 80 procent. Även för primärvården uppstår stora effekter. När samverkan är väl utbyggd mellan vårdcentraler och kommuner inom hemsjukvården minskar behoven av övriga insatser från primärvården ofta med mellan 40 till 50 procent. Användningen av framför allt läkarresurserna blir betydligt effektivare med detta.

För kommunerna bidrar ett välfungerande samspel med regionens resurser till att det löpande vårdarbetet kring patienterna effektiviseras väsentligt. Möjligheterna till att skapa betydligt bättre och stabila vårdplaneringar kring varje individ inom den gemensamma hälso- och sjukvården tar bort mycket av arbetstid som normalt går åt till så kallade ”strulfaktorer”. Nivåerna för att omhänderta brister och direkta fel på grund av bristande samverkansförhållanden uppgår till mellan 20 till 50 procent av en arbetstid. Detta gäller framför allt för sjuksköterskorna inom hemsjukvården. De återkommande problemen med ”vem är medicinskt ansvarig och hur ska vi nå denne”, ”vi har ingen fullständig vårdplan” och ”hur får vi tag i en korrekt läkemedelslista” försvinner. Ett tillgängligt läkarstöd som verkar med äkta teamsamverkan med kommunens hälso- och sjukvårdspersonal och vårdtagarna har förutsättningar för att skapa en samverkansintegration som kan jämföras med en SIP (samordnad individuell plan) som bildas och uppdateras löpande med automatik. Med detta uppnås även viktiga resultat vad gäller arbetsmiljö och trivsel bland medarbetarna – något som är mycket viktigt att förbättra i sammanhangen.

En förbättrad kontinuitet gentemot individen och i samverkan inom de gränsöverskridande professionsteamerna innebär också mindre behov av återkommande omplaneringar och växelvårdsinsatser som exempelvis användning av kommunernas korttidsplatser. De uppdelade insatssystemet, där vårdansvaret för individen kan skifta frekvent, skapar de icke-organiserade mellanrum som leder till stora resursförluster och bristande patientsäkerhet. Effekterna av detta spiller även över på kommunernas omsorgsinsatser med återkommande behov av nya biståndsbeslut och osäkra förhållanden för exempelvis hemtjänstens arbete.

En väl fungerande samverkan inom nära vård leder även till att det hälsofrämjande innehållet i hälso- och sjukvården får mer plats i det löpande arbetet. När skilda insatser och akuta förhållanden byts mot god samverkan och förhållanden som istället utmärks av kontinuitet, förändras möjligheterna att samverka mer proaktivt med patienterna. Kommunernas arbetstid inom hälso- och sjukvården kan exempelvis inriktas betydligt mer mot rehabilitering, stödja egenvård och andra hälsofrämjande insatser – som i sin tur på betydande sätt har visat sig minska en eskalering av såväl vård- som omsorgsbehov. Denna utveckling är viktig att nå men är beroende av en välfungerande samverkan inom den nära vården.

Sist men också störst av de viktigaste resultaten är de omdömen som patienter och närstående ger i de olika sammanhang där en nära och samverkande vård har etablerats. De omdömen som ges vittnar om väsentliga skillnader ”före” och ”efter” när det gäller samverkan kring den egna vårdssituationen, att bli involverad och känslan av trygghet. Dessa resultat är oftast entydiga i de olika sammanhang där nära vård är etablerat.

Sammantaget visar de empiriska resultaten på ett förhoppningsfullt sätt att nära vård kan förbättra kvalitet och resursanvändning i samma steg – om vi utnyttjar de samlade framgångsfaktorerna för att få gungbrädan att skifta.