

OMSTÄLLNINGEN TILL NÄRA VÅRD

Från insatsuppdelning till äkta teamsamverkan

Utbildningsserie i Västernorrland

Dag Norén

29 april 2022

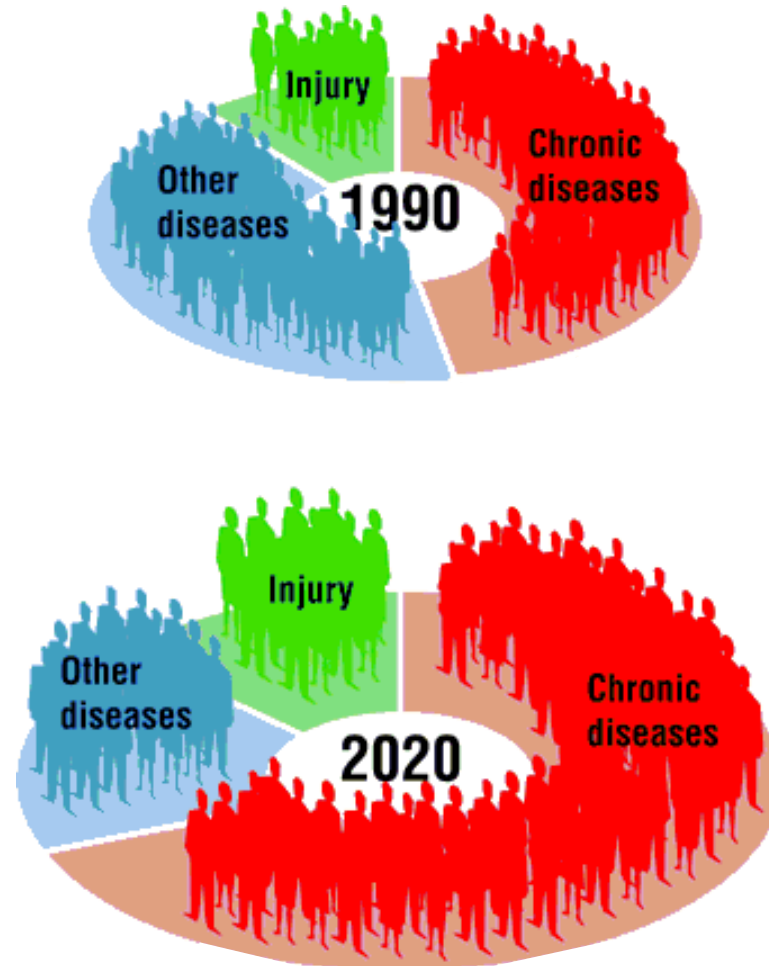


SAMVERKANSUTMANINGEN

EFFEKTER AV INSATSUPPDELNINGEN



Det finns många skäl till att göra en omställning - till en mer nära vård





Omställningen – i grunden ett paradigmskifte

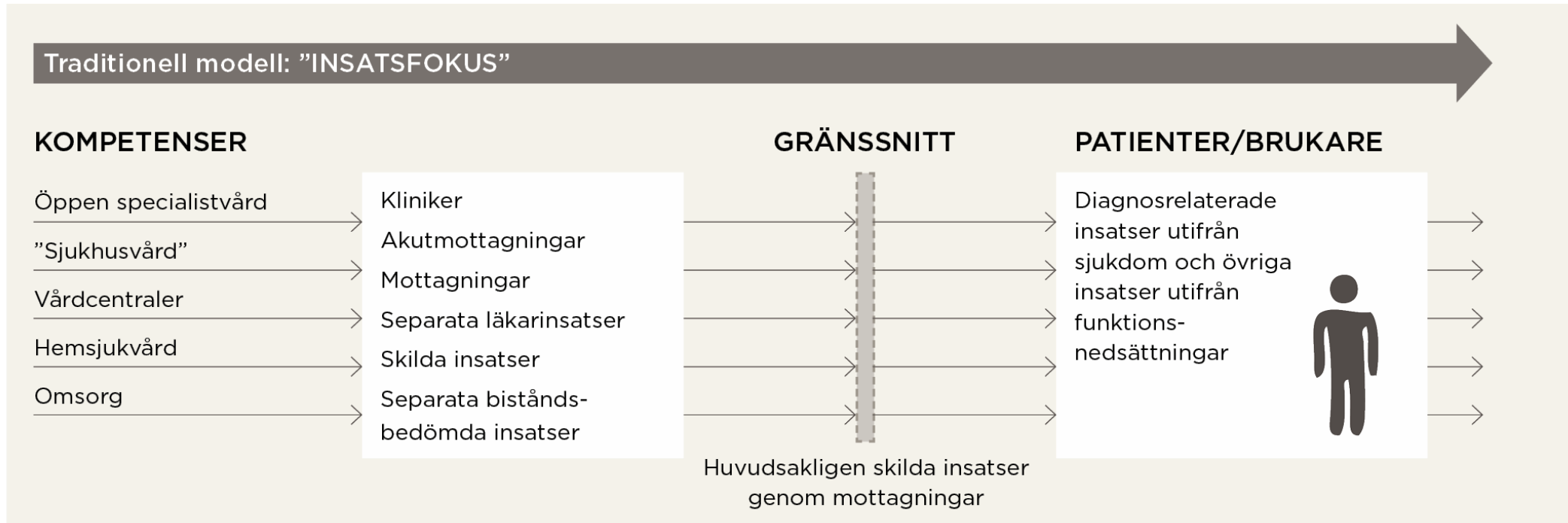
Paradigmskifte:

När någon/något bryter kollektivets
tankemönster.....och ett nytt
tankemönster vinner gehör

Baserat på Thomas Kuhn,
"The Structure of Scientific Revolutions", 1962

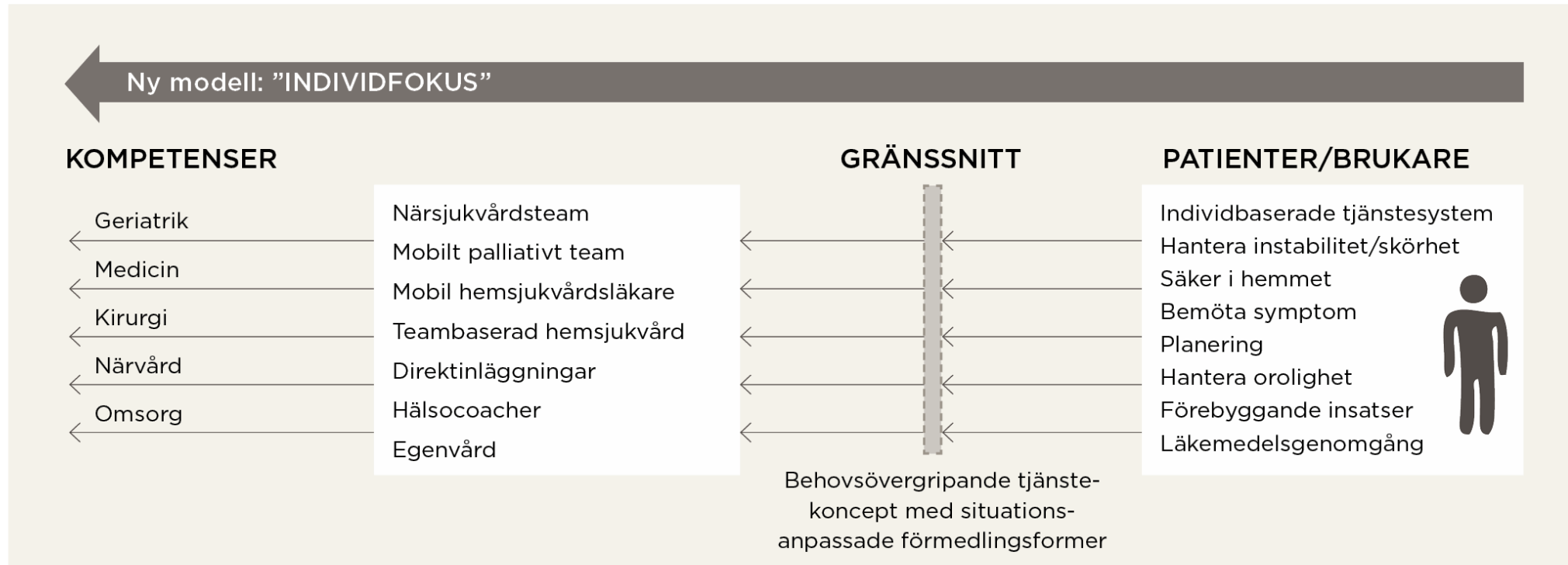


Det gällande sättet att leda och styra vården? Vi tar samordningen gentemot behoven sist



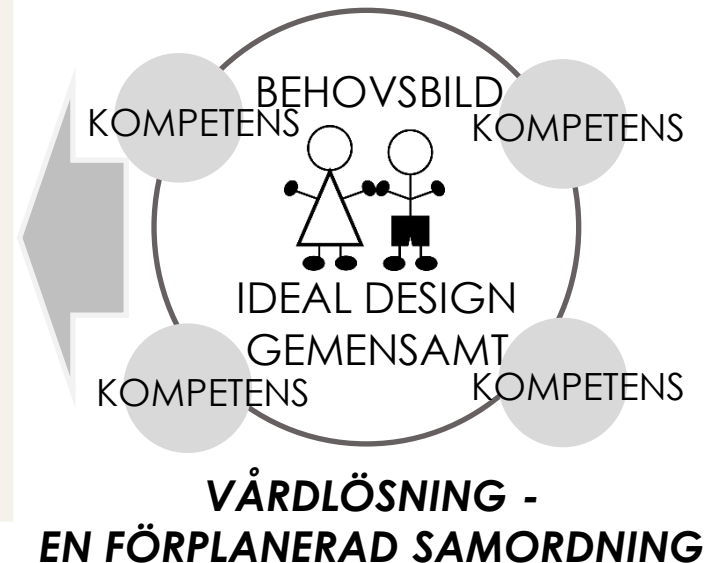
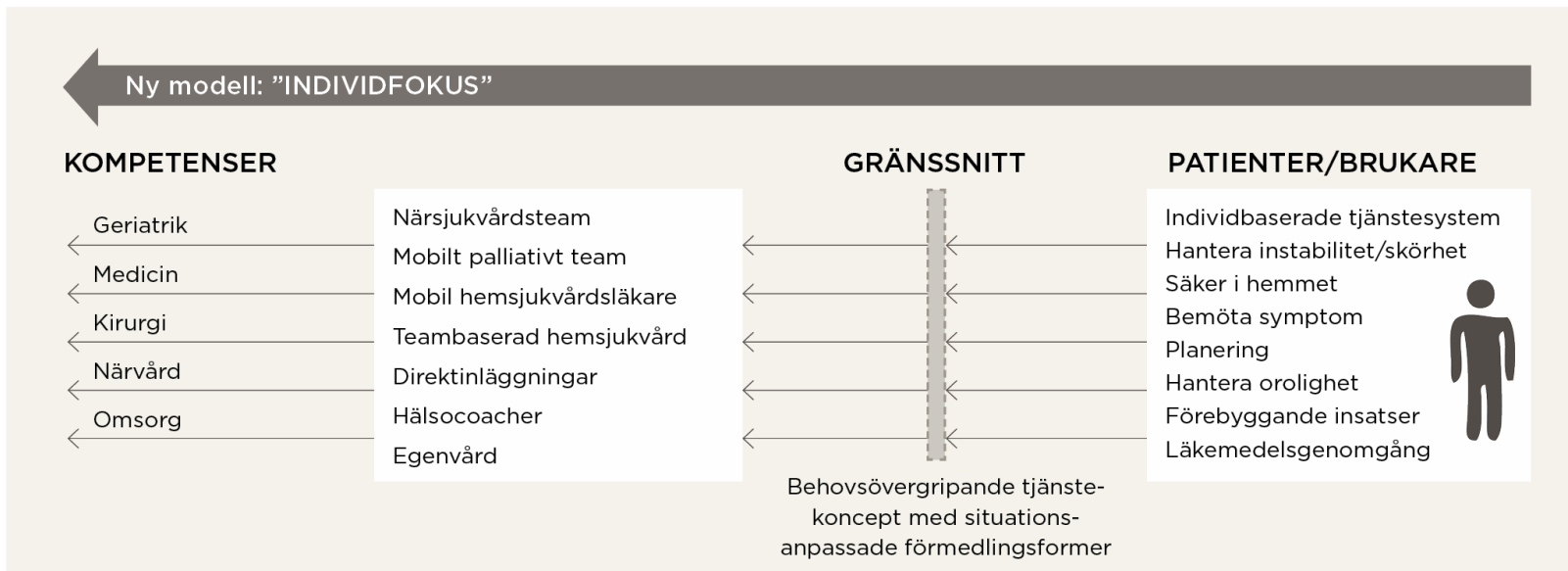


Ett nytt sätt att leda och styra vården? Vi tar samordningen gentemot behoven först



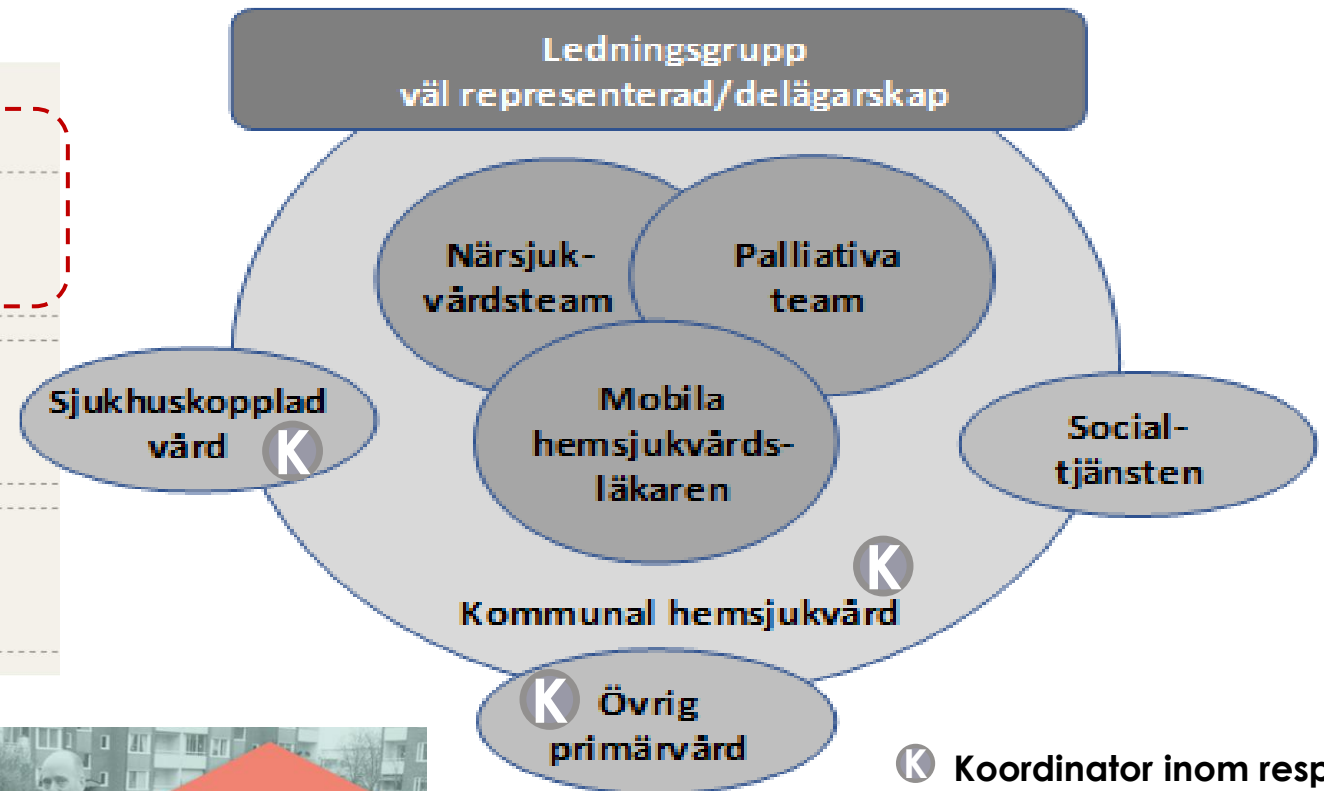
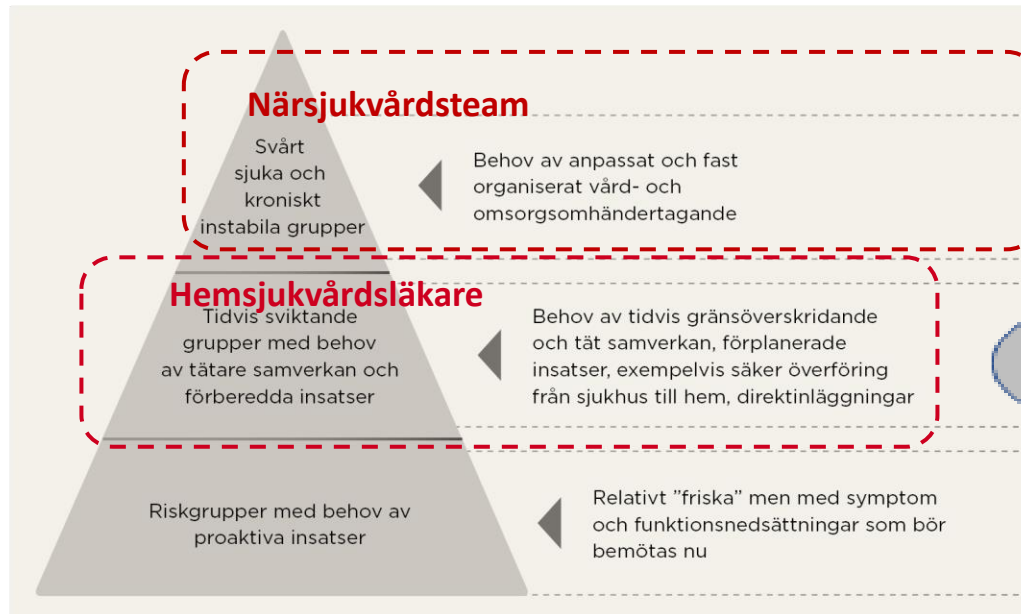


Ett nytt sätt att leda och styra vården? Vi tar samordningen först – design av vårdlösningen som matchar behovet



Exempel på vårdlösning – fokus på helhet av ett behov

Närvårdssystemet i västra Skaraborg



K Koordinator inom respektive utförarverksamhet som ingår i den operativa ledningsgruppen



Källa: "Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare", HCM, nov. 2013

Begränsad utvecklingskraft?

- En konflikt mellan två olika modeller för att leda och styra



Traditionell modell: "INSATSFOKUS"

KOMPETENSER

Öppen specialistvård
"Sjukhusvård"
Vårdcentraler
Hemsjukvård
Omsorg

Kliniker
Akutmottagningar
Mottagningar
Separata läkarinsatser
Skilda insatser
Separata bistånds-
bedömda insatser

GRÄNSSNITT

Huvudsakligen skilda insatser
genom mottagningar

PATIENTER/BRUKARE

Diagnosrelaterade
insatser utifrån
sjukdom och övriga
insatser utifrån
funktions-
nedsättningar



Ny modell: "INDIVIDFOKUS"

KOMPETENSER

Geriatric
Medicin
Kirurgi
Närvård
Omsorg

Närsjukvårdsteam
Mobilt palliativt team
Mobil hemsjukvårdsläkare
Teambaserad hemsjukvård
Direktinläggningar
Hälsocoacher
Egenvård

GRÄNSSNITT

Behovsövergripande tjänste-
koncept med situations-
anpassade förmedlingsformer

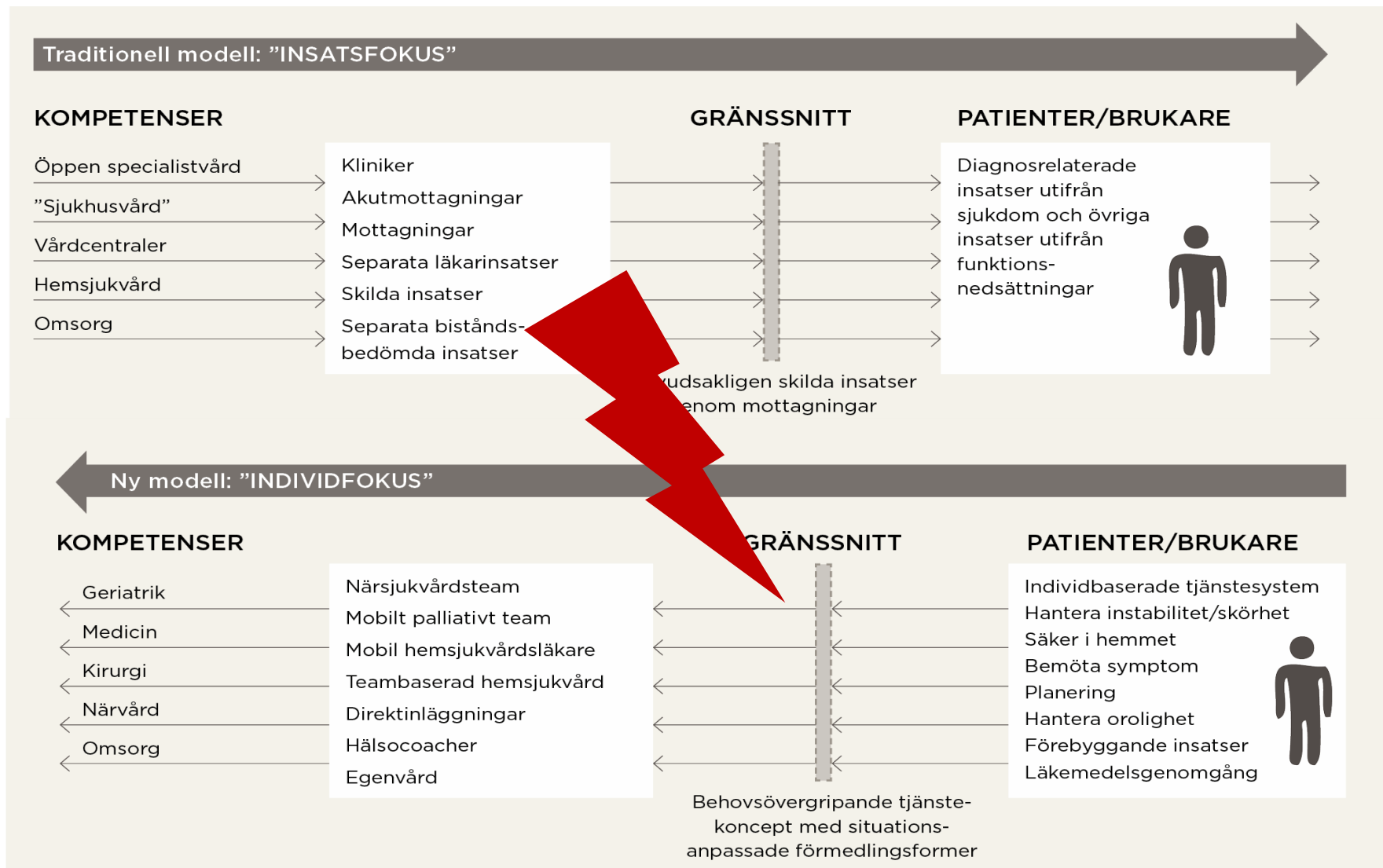
PATIENTER/BRUKARE

Individbaserade tjänstesystem
Hantera instabilitet/skörhet
Säker i hemmet
Bemöta symptom
Planering
Hantera orolighet
Förebyggande insatser
Läkemedelsgenomgång



Begränsad utvecklingskraft?

- En konflikt mellan två olika modeller för att leda och styra



Leder till att många utvecklingsförsök inte "överlever"

"Projektdöden" uppskattas till 50-90%

Källa: (50%) Stiftelsen Äldrecentrum 2014, (90%) HCM 2015



De verkliga kostnadsdrivarna - inom vård- och omsorgsverksamheter

- ✦ Begränsad tillgänglighet till rätt insatskompetens när den behövs
 - ✦ Arbetstid som åtgår för att utreda vem som har ansvaret och oklara ledningsstrukturer samt mandatförhållanden
 - ✦ Ständiga ställtider och omplaneringar efter att "ansvarsbyten" sker löpande och ofta med hög frekvens
 - ✦ Brist på tid för funktionsuppbyggande och hälsofrämjande insatser till patienter/brukare
 - ✦ Arbetssätt som utmärks av att en "akutlogik" dominerar och begränsar utrymmet för att arbeta med en "kontinuitetslogik"
 - ✦ Begränsad gemensam insikt mellan de inblandade om helheten i behov och specifika förhållanden för vissa målgrupper och hur mer hållbara resultat kan uppstå
 - ✦ Svårigheter med informationsutbytet (ex.vis kring läkemedel)
- Icke-optimal produktionslogik**
- Icke-optimal tjänstelogik och fokus**
- Brist på utbyte av varandras kunskaper och information**



Förbättrad läkarmedverkan till hemsjukvård

– viktigaste observationer om grundläggande problem

- ✦ **Resurssättning och arbetssätt**
 - är inte tillräckligt anpassade till hemsjukvårdens förhållanden och behov av kontinuitet kring patienter och samarbetsrelationer (gäller båda huvudmännen)
- ✦ **Otydliga uppdrag och bristande styrning samt uppföljning**
 - bevarar en fortsatt "obalans"
- ✦ **Få krafter binder ihop i samverkan**
 - saknas gemensamma bilder av behov, teamsamverkan och vårdplanering kring målgrupper med stora behov
- ✦ **Otillräckliga arenor/forum**
 - för lärande och systematiskt förbättringsarbete
- ✦ **Styrningslogiker som inte passar ihop**
 - vårdcentralers fria vårdval och kommunala hemsjukvårdens distriktsindelning



Exempel: Bristande tjänste- och produktionslogik



Sammanboende man som är 76 år i gruppen med de högsta kostnaderna med bl.a. diagnoser inom endokrina sjukdomar, cirkulation och andningsorgan (period av 18 månader).

ÖPPEN SPECIALISTVÅRD

Läkarbesök
Internmedicin
94 824 kr.
27 gånger

Läkarbesök
Röntgen
20 160 kr.
7 gånger

Läkarbesök
Lab.
1 595 kr.
5 gånger

Akutmottagning
65 367 kr.
27 gånger
...varav 4 gånger amb.

SLUTEN SPECIALISTVÅRD

Internmedicin
403 992 kr.
23 gånger
72 dygn

IVA
320 740 kr.
13 gånger
14 dygn

Röntgen
25 060 kr.
5 gånger

Lab.
56 455 kr.
35 gånger

Kostnader öppen specialistvård.....181 946 kr.

Kostnader slutenvården.....806 247 kr.

Källa: Kartläggning av 362 patienter med multisjuklighet, nationella programmet Bättre liv för sjuka äldre, SKL 2010-2012



Kostnadsdrivarna sammanfattat

- två avgörande systembrister (utifrån tjänsteforskningen)

- 1) Den omfattande ansvars- och insatsuppdelningen matchas inte av tillräckligt starka samordningsfunktioner
- 2) Det "transaktionssystem" som kommer med insatsuppdelningen innebär mycket arbete med ställtider och att klara ut osäkerheter i "mellanrummen"



SAMVERKANSMÖJLIGHETEN
ANGREPPSSÄTT FÖR ATT NÅ ÄKTA SAMVERKAN
– NYCKEL TILL ÖMSESIDIGA VINSTER



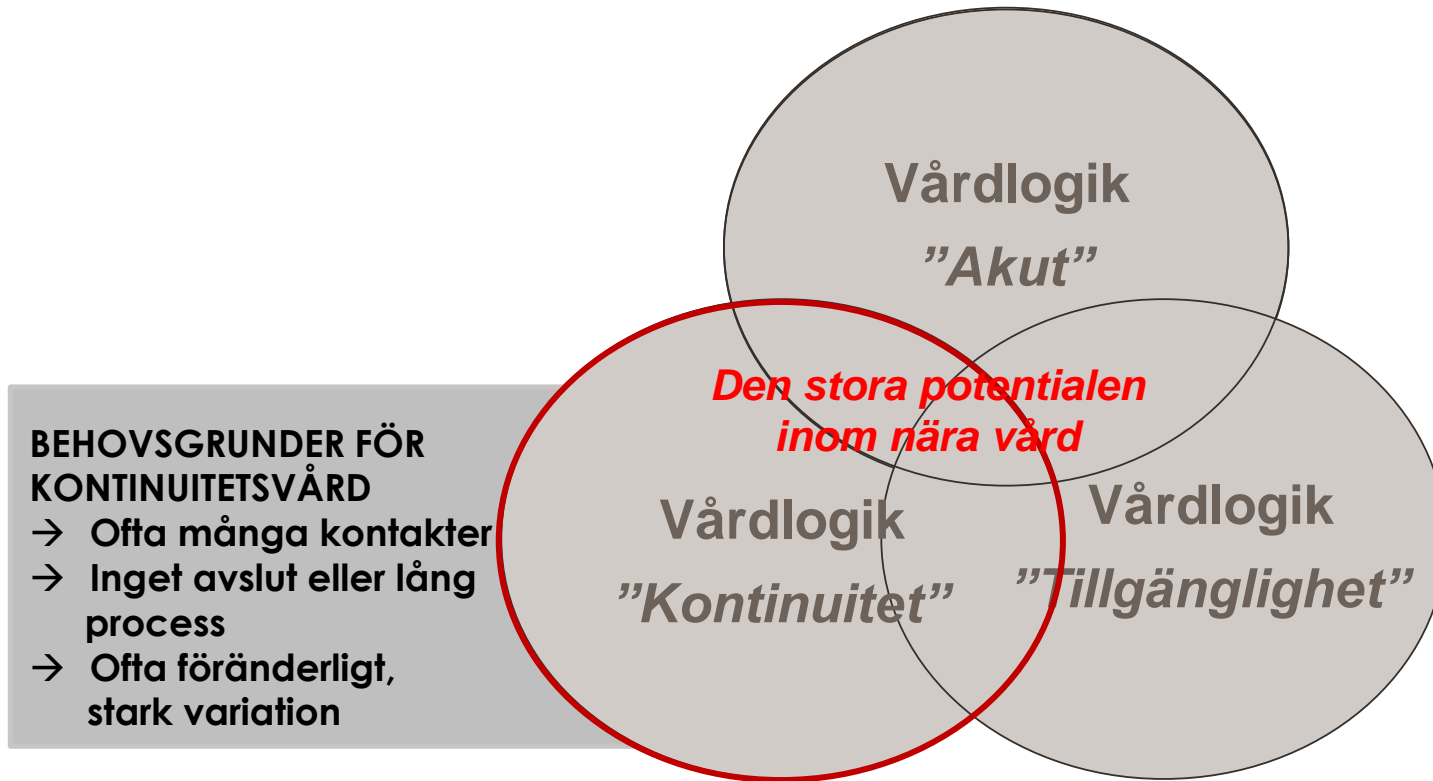
Ledarskap och systemförutsättningar

"Every system is perfectly designed to get the results it gets"

"So, if we want different results we have no choice but to redesign the system that is producing the results we are unhappy about"

Paul Batalden, Institute for Healthcare Improvement, USA, 2014

Nära vårdlösningar har störst potential där samverkan idag är som mest komplex – och där samverkan i gränsöverskridande team kan göra stor skillnad



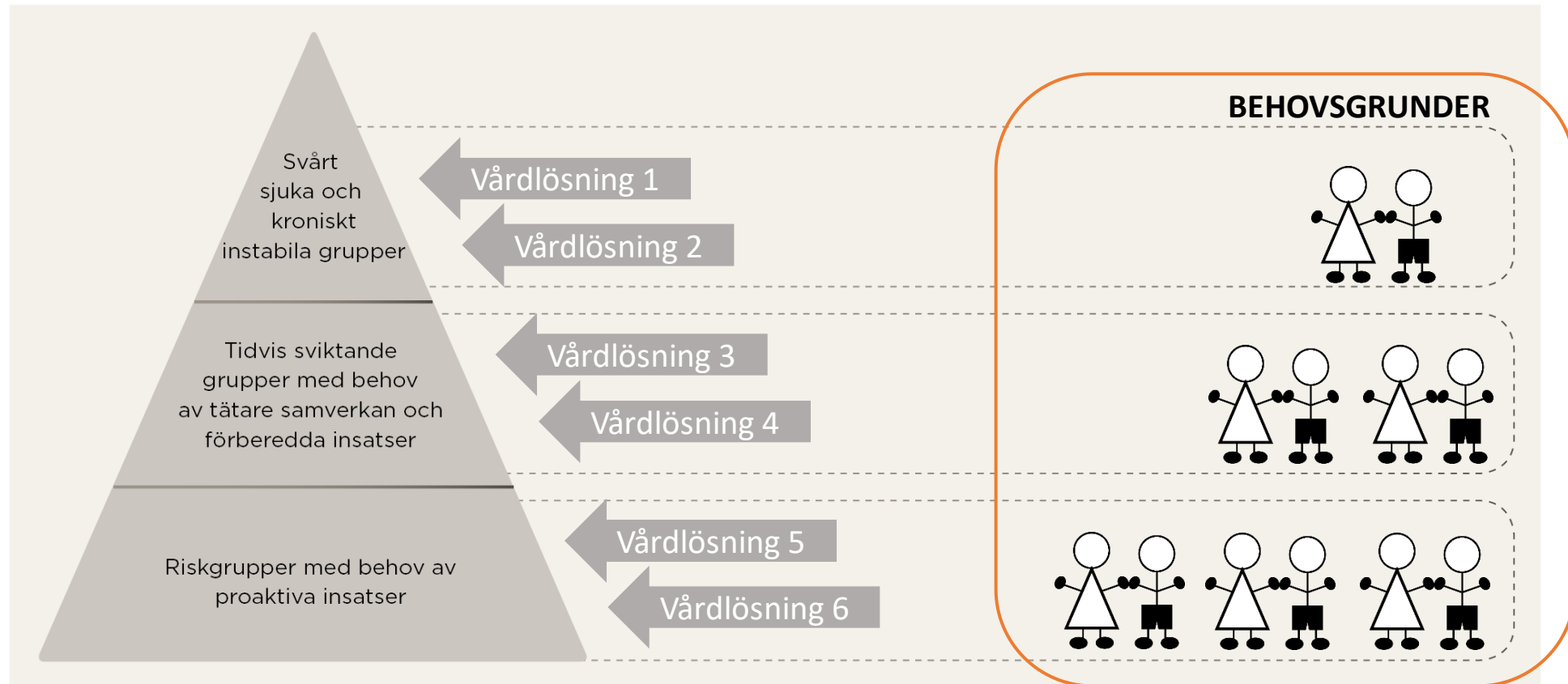
Nära vårdlösningar har störst potential där samverkan idag är som mest komplex – och där samverkan i gränsöverskridande team kan göra stor skillnad





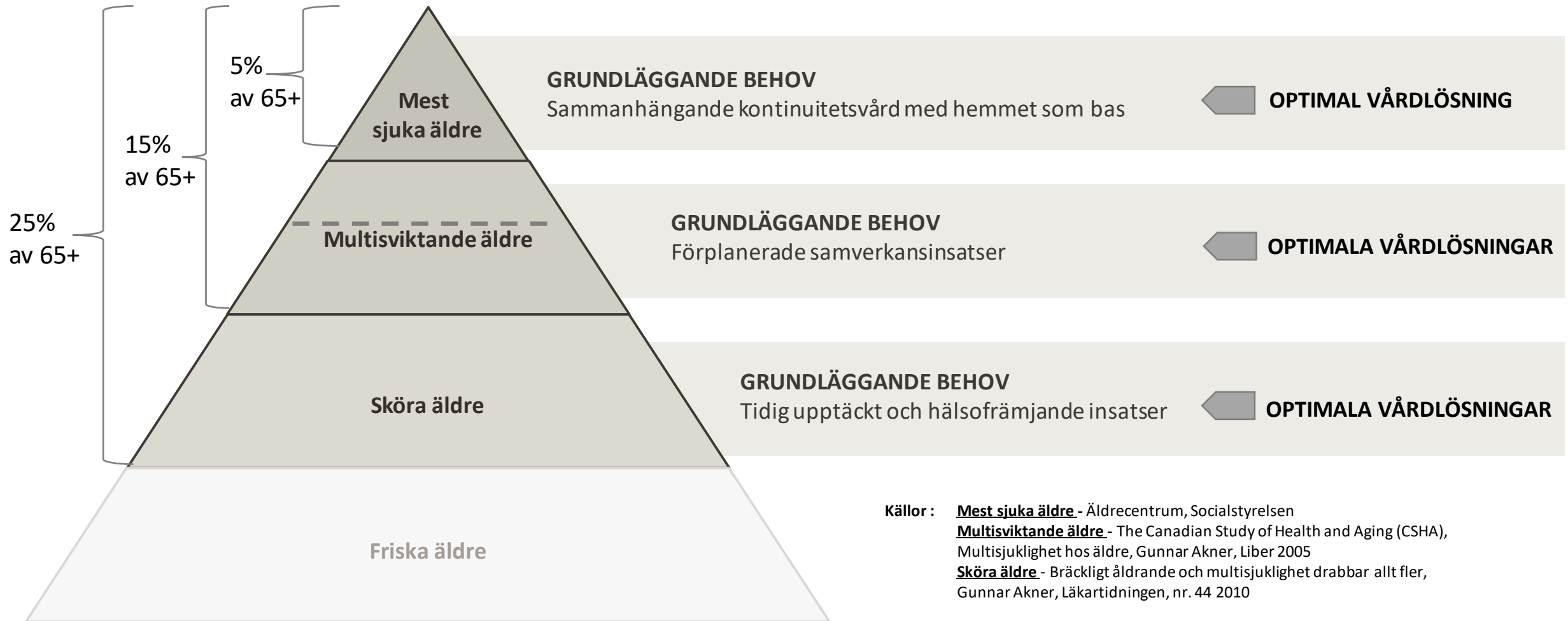
Det är möjligt och fullt naturligt för professionerna att arbeta med samordning från början – men det krävs gemensamma arbetssätt utifrån bättre behovsbilder

ILLUSTRERANDE



Behovsstrukturering – exemplet sjuka och sköra äldre

Vi vet en hel del – vi kan dimensionera ett nytt vårdssystem



Källor : **Mest sjuka äldre** - Äldrecentrum, Socialstyrelsen
Multisviktande äldre - The Canadian Study of Health and Aging (CSHA), Multisjuklighet hos äldre, Gunnar Akner, Liber 2005
Sköra äldre - Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler, Gunnar Akner, Läkartidningen, nr. 44 2010

Sammanställning av observationer Från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet?



FRÅN INSATS- OCH
PROFESSIONSUPPDELNING



TILL FÖRPLANERAD
SAMARBETSMODELL



Översikt: Studiens slutsatser i tre steg



**Omtag med tydliggjord
beskrivning av
samverkanssystemet
Hälso- och sjukvård i hemmet
- som stödjer kontinuitet i vården**

**Design av ramar och avtalsverk
- som stödjer nödvändiga
gemensamma arbetssätt**

**Nytänkande och skräddarsydd
styrning som stödjer såväl
införande som hållbar samverkan
- växling från insats- till
integrationsstyrning**

En ny utvecklingsmodell för den nära vården



POSITIONERA

1. Identifiera helhetsbehov som ska bemötas hos en målgrupp av patienter/brukare
2. Designa en väl anpassad vårdlösning (över gränser)
3. Teamuppställningen: Bemanna med rätt kompetenser i sammanhängande processer

ANPASSA STYRNINGEN

4. Utforma ett ledningssystem som säkrar samverkansbalansen i vårdlösningen
5. Designa avtal, styrmodeller och ersättningssystem som främjar avsikten med vårdlösningen

IMPLEMENTERA

6. Utveckla det uppföljningssystem som kan utvärdera de effekter som ska nås
7. Identifiera relevanta mätindikatorer för vårdlösningen
8. Säkra metoder för att kvalitativa omdömen insamlas
9. Feedback design: Utveckla lärande återföring (av uppföljningen)

Närsjukvårdsteam från kliniken Nära vård på Södra Älvsborgs sjukhus – deginade för att arbeta inom kommunal hemsjukvård



Mobil närvård bygger på att kommunens hemsjukvård är utgångspunkten för planeringen och med tät samverkan med specialistteam från sjukhus och hemsjukvårdsläkare från vårdcentraler. Samverkanssystemet, i något olika versioner, är spritt över Västra Götaland.

Vården ges i hemmet och utgår från individens behov.

Syftet är att skapa en ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser samt att minska behov av inläggningar på sjukhus.

Modellen underlättas när det finns ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, primärvård och sjukhus.

Målgruppen för närsjukvårdsteam är de allra mest vårdkrävande individerna, som är kontinuerligt sviktande, medan hemsjukvårdsläkarna primärt fokuserar tidvis sviktande individer



URSPRUNGSMODELLEN I SKARABORG

Närsjukvårdsteam

Svårt sjuka och kroniskt instabila grupper

Behov av anpassat och fast organiserat vård- och omsorgshandtagande

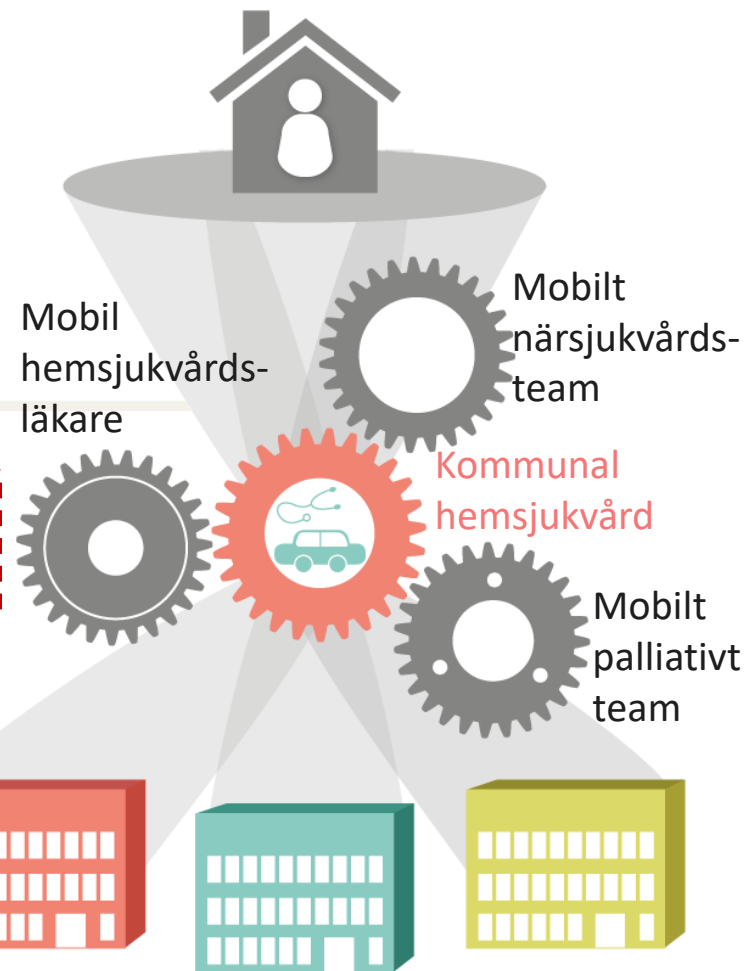
Hemsjukvårdsläkare

Tidvis sviktande grupper med behov av tätare samverkan och förberedda insatser

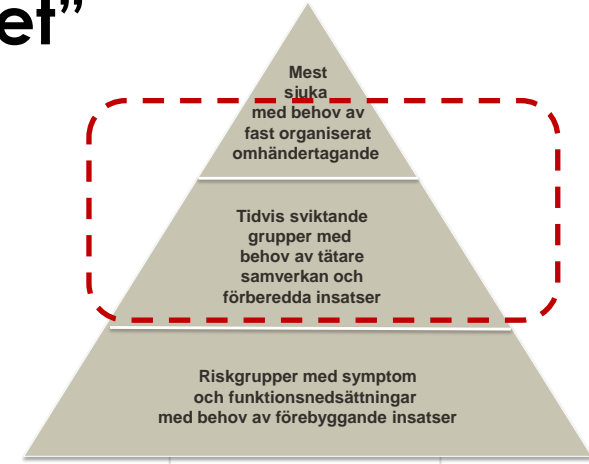
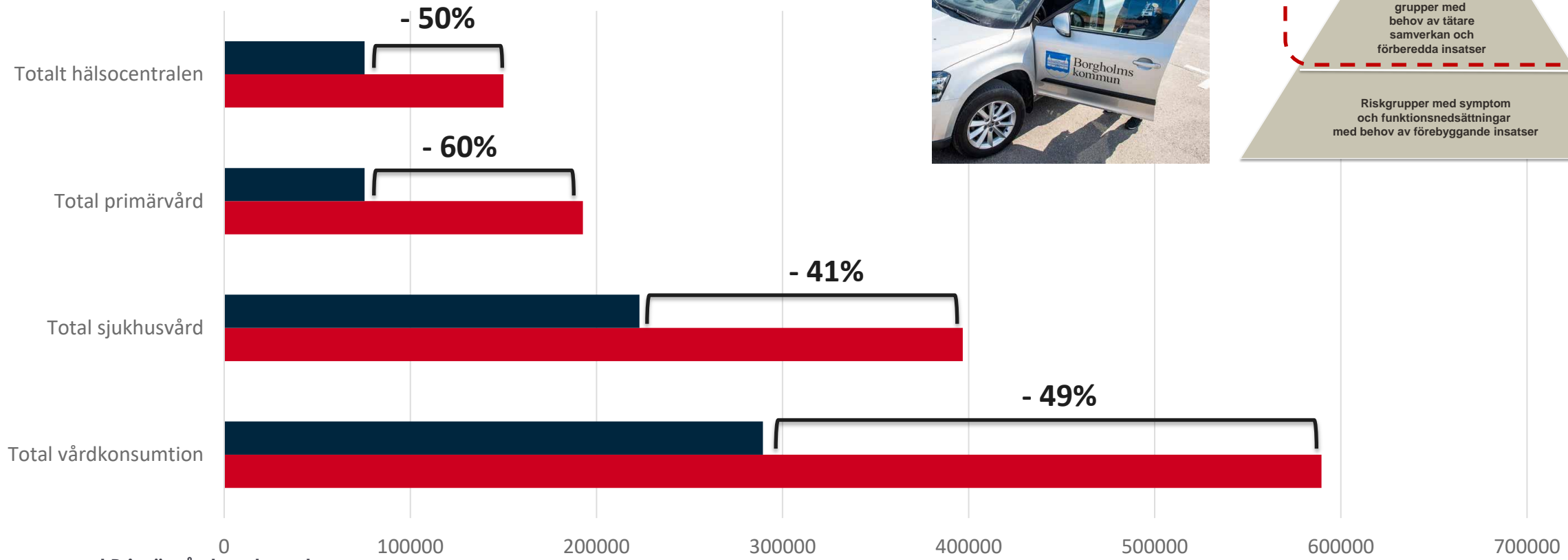
Behov av tidvis gränsöverskridande och tät samverkan, förplanerade insatser, exempelvis säker överföring från sjukhus till hem, direktinläggningar

Riskgrupper med behov av proaktiva insatser

Relativt "friska" men med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas nu



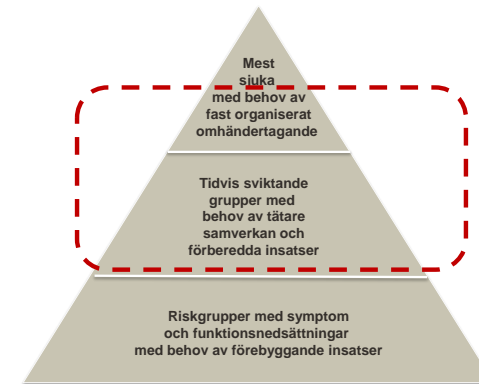
Patienter i målgruppen (20 unika individer) inom primärvårdssystemet i Borgholm, skillnader i vårdkonsumtion 6 månader före respektive efter involvering i "hemsjukhuset"



Beräkningsexempel Primärvårdssystemet i Borgholm
Att mäta ändamålsenlighet och systemeffekter, SKR, September 2021

■ Efter ■ Före

Samverkanssystemet med gemensam primärvård i Borgholm - resurseffektivitet för huvudmännen



Regional resurseffektivitet

- **Minskad vårdkonsumtion** inom alla delar av regionens hälso- och sjukvård (hälsocentralen, övrig primärvård, sjukhusmottagning samt till viss del även slutenvården)

Reducering av vårdkonsumtion mellan 41-60%

- **Primärvården kan bedrivas mer effektivt** med involvering av färre aktörer, bättre konsultationsstöd och mindre behov mottagningsbesök

Reducering av primärvårdsinsatser med 60%

- **Minskat behov av sjukhusets resurser** då en samverkande primärvård mellan region och kommun, och ambulanssjukvården, skapar en förbättrad kontinuitet i vården till patienterna

Kommunal resurseffektivitet

- **Möjligheter till arbeta mer effektivt och hälsofrämjande med patienterna** tack vare ett nära, tydligt och mer tillgängligt läkarstöd samt mindre involvering av sjukhus (inga tidsödande SIP:ar, avvikelser och ansvarsdiskussioner)
- **Minskade sjukvårdsbehov** när patienter och anhöriga är trygga gynnar även hemsjukvården
- **Ökad kompetens inom hemsjukvården** som även överförs till hemtjänsten och sammantaget skapar en bättre arbetsmiljö
- **Ingen tydlig ökning av sjuksköterskebehov** till följd av samverkansmodellen

Framgångsfaktorer för att lyckas med samverkan inom nära vård



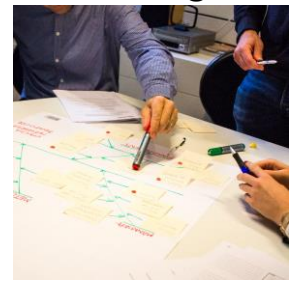
Inte släppa patient/personperspektivet



Följa resultat i realtid som stödjer lärande över gränser



Forum för utvecklings- och förbättringsarbete



Hålla i, hålla ut och vårda vårdlösningen



Samsyn kring målgruppernas behov
Utveckla gemensamma vårdlösningar
Uppnå "äktasamsamverkan"
Direkta och säkrade kontaktvägar
Gemensamma ledningssystem
Införandestöd: Löpande uppföljning, lärande, förbättringsarbete
Lyfta bort målkonflikterna, anpassa styrning som stödjer samsamverkan
= GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT SAMVERKAN SKA FUNGERA



Källor:

- Utvärderingen "Målgrupper i fokus för samsamverkan – bedömning av kostnadsutveckling och potentialer,, Region Skåne, 2016
- Följeutvärdering Mobil Närvård i Västra Götaland, Delrapporter 2 och 3, 2018-2019

SLUTSATSER: Tre erfarenheter för att ta vara på de nödvändiga potentialerna



- Det är svårt att komma åt potentialerna – och få utvecklingsarbetet att bli uthålligt - om man inte gör tydligt vad vårdlösningen är, vad som krävs för teamsamverkan, och håller fokus hela tiden
- Utvecklingsarbetet måste drivas av verksamheterna själva och i en större skala som involverar bredden av verksamheter och geografi - i kombination med systematisk lärande uppföljning
- De övergripande ansvarsnivåerna behöver understödja arbetet med förändring av vårduppdrag och styrning, införandestöd, spridning av lärande och undanröja övriga "hinder" så långt som möjligt

