

Förutsättningar för nära vård i Region Västernorrland

Detta underlag är utformat utifrån innehåll i regionplan, målbild för framtidens hälso- och sjukvård, den handlingsplan hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) tillstyrkt för utveckling av specialistvårdens organisation, nationell utredning om samordnad och nära vård, Region Västernorrlands (RVN) rapport om nära vård, RVN:s kartläggning av patientflöden, RVN:s rapport om alternativ för framtida organisation, Analysramverk för målgruppsanpassad vård (Leading Health Care) och RVN:s sammanfattning av synpunkter (på rapport för alternativ för framtida organisation).

1. Bakgrund

Generellt är förmågan att hantera akuta tillstånd och specifika diagnoser en styrka inom svensk hälso- och sjukvård. Däremot har hälso- och sjukvården svårare att hantera kroniska och mer sammansatta tillstånd. Då kroniska och mer sammansatta tillstånd ökar, bland annat på grund av den demografiska utvecklingen, behöver hälso- och sjukvården komma närmare patienterna för att den ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet. För att skapa en mer nära vård krävs dock omställningar i hela vårdkedjan som påverkar alla vårdgivare.

Regeringen har även uppmärksammat behovet av att utveckla nära vård i den statliga utredningen "Samordnad och nära vård" som pågår mellan 2017 - 2020. I de delbetänkanden som tagits fram inom utredningen fram till 2018 berörs bland annat behovet av en förflyttning från dagens sjukhustunga system till en ny första linjens hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. Vidare betonas att ökad personcentrering och utökat förebyggande arbete är viktiga utvecklingsområden.

Under 2019 tilldelas dessutom nationellt statliga medel till regioner och kommuner för att stödja omställning mot en god och nära vård.

2. Beskrivning av nära vård

2.1 Vad är nära vård

Nära vård innebär att vård som patienten behöver ofta, ska finnas nära och anpassas efter patientens behov. Patientens upplevelse är central för begreppet ”närhet” och består av flera dimensioner, exempelvis:

- Geografisk närhet till vården,
- Närhet i relationen mellan patient och professioner samt närhet i form av kontinuitet, trygghet, kompetens och samordning,
- Olika aspekter av tillgänglighet där exempelvis kontaktmöjligheter, fysiska möten, digitala möten och öppettider innefattas.

Nära vård ges i primärvård, specialistvård och kommunal vård- och omsorg i samarbete med varandra och med patienten utifrån patientens behov.

2.2. Hur berörs olika patientgrupper av nära vård

Då invånarnas behov av hälso- och sjukvård är föränderliga över tid är det svårt att exakt definiera vilka tillstånd och insatser som innefattas i nära vård. I analysramverk för målgruppsanpassad vård från Leading Health Care ges däremot vägledning om vilka patientgrupper som kan beröras av nära vård. Ramverket utgår från två grundläggande dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas eller om det är ett kroniskt tillstånd som behöver hanteras under lång tid eller livslångt. Den andra dimensionen är om det rör sig om någon som kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras.

I ramverket synliggörs och beskrivs sedan olika behov utifrån följande fyra patientgrupper som kräver olika insatser och grader av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare:

- Enkla patienter: Gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård, precis som den ser ut i dag. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.
- Komplicerade patienter: Gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad vård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.
- Patienter med kronisk sjukdom: Gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa



och monitorering av ett kroniskt tillstånd, helst utanför sjukhuset. Patientens roll i sin egen vård blir central.

- Multisjuka patienter: Gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är sämre rustad för att hantera denna svåra grupp som gynnas av kontinuitet, teamarbete och nätversorierad sjukvård.

För enkla och komplicerade patienter avslutas i regel behandlingen. Vad gäller patienter med kronisk sjukdom och multisjuka patienter har behandlingen inget slut utan behöver hanteras under lång tid eller är en livslång process som ställer särskilda krav på utveckling av nära vård.

2.3. Vad innebär nära vård för patienten

En central del i nära vård är att vården är personcentrerad och involverar många verksamheter i en sammanhållen vårdkedja. En god nära vård innebär därför följande för mig som patient:

- Jag får bra möjligheter till egenvård,
- Den vård jag behöver erbjuds när jag behöver den,
- Jag vet vart jag ska vända mig för att få kontakt med vården,
- Jag möter vården, och får mina vårdbehov bedömda, på ett sätt som passar mig utifrån mina förutsättningar och behov,
- Jag är delaktig i planering och samordning av min vård oavsett om vårdbehovet är litet, stort, enkelt eller komplicerat,

2.4. Framgångsfaktorer vid utveckling av nära vård

För att kunna stödja en omställning till en mer nära vård som bidrar till en sammanhållen vårdkedja med patientfokus är följande utvecklingsområden viktiga:

- Utveckling av processer och organisation
 - o Processer och organisatoriska strukturer som beaktar patientens behov och en sammanhållen vårdkedja.
 - o Personcentrering som underlättar patienternas möjligheter att aktivt medverka i förebyggande insatser och behandling.
 - o Egenvård där patientens egen kunskap och förmåga tas tillvara.
 - o Tidiga och förebyggande insatser som minskar invånarnas sjukdomar och behov av hälso- och sjukvård

- Förstärkning av primärvården
 - o Genom resurstilldelning som möjliggör en förflyttning från sjukhus till primärvård
- Fördjupad samverkan med kommuner
 - o Samverkan kring patienter med omfattande och komplexa behov
- Utveckling av E-hälsa och digitalisering
 - o Inarbета ny teknik och IT-lösningar i vårdens vardag som leder till enklare tillgång till vård för patienterna.
- Utveckling av kompetens och kunskapsstyrning
 - o Förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt
 - o Etablering av system för kunskapsstyrning inom specialistvård och primärvård som stödjer arbete med att nå en god och jämlik vård.

3. Beskrivning av nära vård verksamhet och länsverksamhet

3.1 Vad är en nära vård verksamhet

En nära vård verksamhet är en verksamhet som ansvarar för vården inom dess specialiteter inom ett geografiskt angivet område med sjukhus.

Varje nära vård verksamhet innehåller en eller flera verksamheter, och flera enheter inom respektive verksamhet, som erbjuder vård. En nära vård verksamhet har en lokalt ansvarig chef.

Nära vård verksamheter har ett ansvar att ge patienterna vård i en sammanhållen vårdkedja som innefattar en väl utvecklad och fördjupad samverkan mellan specialistvård, primärvård och kommun inom det geografiska området. Samverkanstrukturer med övriga specialistvårdsverksamheter behöver även finnas. Detta som en del i att effektivisera och förenkla patientens resa genom vården.

I en nära vård verksamhet ska den hälso- och sjukvård som är vanlig och ofta förekommande så långt som möjligt erhållas lokalt. Särskilt viktigt är att skapa kontinuitet i vården och fokus på hälsa och monitorering av kroniska tillstånd och tillstånd för multisjuka.

Individanpassade lösningar är vanligt förekommande i en nära vård verksamhet.

Mellan olika nära vårds verksamheter behöver samverkan och samordning finnas inom exempelvis kunskapsstyrning, riktlinjer/rutiner, kunskapsutbyte och kompetensutveckling för nå en god, jämlik och effektiv vård inom länet.

3.2 Vad är en länsverksamhet

En länsverksamhet är en verksamhet som ansvarar för vården inom dess specialiteter i hela länet. Varje länsverksamhet är i sin tur uppdelad i enheter där verksamheten erbjuder vård. Beroende på länsverksamhetens storlek och innehåll kan det förekomma en eller flera enheter på respektive sjukhus, alternativt att enheter koncentrerats till ett eller två sjukhus. Varje länsverksamhet har en länsverksamhetschef och på enhetsnivån finns en lokal enhetschef.

Länsverksamheter har ett ansvar att ge patienterna tillgång till länets samlade specialistkompetens på lika villkor. Detta som en del i att öka tillgängligheten till vården. Viktiga målsättningar för länsverksamheter är att hantera samordning av produktionsplanering, vårdköer, bemanning och andra resurser, infrastruktur och utrustning, kunskapsstyrning, riktlinjer/rutiner, kunskapsutbyte och kompetensutveckling för att nå en god, jämlik och effektiv vård.

Standardiserade vård är vanligt förekommande i en länsverksamhet.

Inom varje länsverksamhet ska en utvecklad struktur finnas för samverkan med andra verksamheter inom specialistvården, primärvården och länets kommuner. Dessutom ska arbetssätt och förhållningssätt enligt nära vård utvecklas.

4. Vad är relevant att beakta vid val av inriktning för framtida organisation

4.1 Behov hos olika patientgrupper

Från Analysramverk för målgruppsanpassad vård av Leading Health Care

Det analysramverk som beskrivs i avsnitt 2.2 (hur olika patientgrupper berörs av nära vård) kan även användas som underlag vid överväganden av olika organisationslösningar och styrmodeller. En slutsats som konstateras i ramverket är att behoven hos dess fyra patientgrupper (enkla patienter, komplicerade patienter, patienter med kronisk sjukdom och multisjuka patienter) ställer helt olika krav på styrning och organisering. Detta eftersom det för varje patientgrupp krävs olika insatser och grader av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare.

Analysramverk för målgruppsanpassad vård av Leading Health Care beskrivs mer utförligt i separat bilaga (1).

3.2 Behov av samordning i två perspektiv

Från rapport – Nära vård av Mats Brännström

I rapport om nära vård tas bland annat följande upp som relevant att beakta vid överväganden om framtida organisation.

Alla verksamheter inom regionens hälso- och sjukvård har ett behov av samordning över länet. Framför allt handlar det om att försäkra sig om att vårdens resultat inte blir olika på olika ställen men det kan också handla om att samordna och samnyttja särskild kompetens eller utrustning och investeringar.

Samtidigt har alla verksamheter ett större eller mindre behov av lokal samordning med sina samarbetspartners på platsen. Allt oftare är flera verksamheter involverade kring den enskilda patienten vilket ibland kräver omfattande lokal samordning.

Landstinget/Regionen i Västernorrland har tidigare haft en geografiskt baserad organisation och har nu en länsbaserad organisation med länsverksamheter. Erfarenheterna från dessa organisationsmodeller visar på både för- och nackdelar utifrån olika patientgruppers behov. Inför val av framtida organisering av vårdens verksamheter kan det vara relevant att ”väga av” vilket av perspektiven som väger tyngst i de olika verksamheterna.

Ytterligare aspekter som bör beaktas framgår att ovan nämnd rapport.

Slutsatser i rapport om nära vård är även i linje med slutsatser i analysramverk för målgruppsanpassad vård, d.v.s. att organisation behöver målgruppsanpassas utifrån olika patientgruppers behov.

3.3 Synpunkter från medarbetare, fackliga organisationer och ledningsgrupper

Det har lämnats ett 75-tal remissvar med ett stort antal synpunkter från medarbetare, fackliga organisationer och ledningsgrupper som visar på argument för hur den framtida organisationen i RVN bör vara utformad. Samtliga inkomna synpunkter finns summerade i en remissammanställning.

Bilaga 1

Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk (aka "LHC-matrisen")

LHC Working Paper 2016-01

Att styra, organisera och utveckla vård är en utmaning. Ett genomgående problem är att vi tenderar att se vården som en enhet, med samma problem och mål. Det leder ofta till att lösningar, system och riktlinjer utformas för att gälla hela vården, men underlaget för att ta fram dem kommer från en viss del av verksamheten. Vanligen delar vi upp vården efter hur produktionen ser ut, men då är risken stor att vårt resonemang baseras på samma tankefel som har skapat de problem vi försöker lösa.

Istället har vi tagit fram ett analysramverk som synliggör och beskriver olika behov utifrån fyra olika patientgrupper. Ramverket skall ses som ett diskussionsunderlag, och är inte till för att sortera in patienter, utan för att se behovet av olika organisationslösningar och styrmodeller för olika grupper och behov.

Vi har valt att utgå ifrån två grundläggande dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över lång tid, eller livslångt. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras.

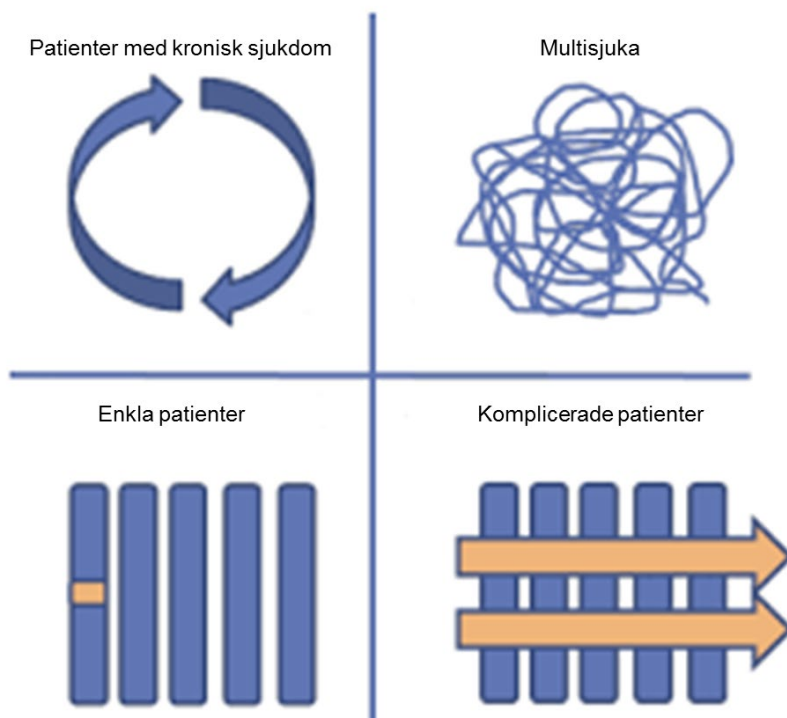
Den första gruppen utgörs av patienter med en åkomma som kan botas, och som kan hanteras inom en specialitet. Det rör sig om "enkla" patienter, utan komplikationer, och ofta med ett relativt lindrigt sjukdomstillstånd. Vården kan lösas inom en enhet, antingen i primärvård eller hos en specialist. Efter behandling och uppföljning är patienten "klar", och inga fler vårdkontakter behövs tills nästa behov uppstår. Här passar dagens vårdorganisation med uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden bra. Samverkan är inte en stor fråga, eftersom allt effektivt kan skötas inom en enhet.

Nästa grupp består av patienter med en komplex åkomma men som kan botas. Detta är svårare fall, där insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter behövs för att möta behoven. Här observeras återkommande problem med långa väntetider under processen och en allmänt svårnavigerad väg genom vården för patienten. För att lösa detta har man arbetat med vårdflöden och vårdprocesser. Arbetet har pågått sedan flera decennier under olika namn. De senaste åren har mycket gått under benämningen Lean. För att kunna styra mot en hel process istället för enskilda delar har man också pratat om värdepisoder, och börjat ta fram

styrmodeller för sådana. Samverkan och övergångar mellan på varandra följande vårdinsatser och ett snabbt flöde blir en huvudfråga, och målet är en avslutad och lyckad behandling.

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

Den sista men svåraste patientgruppen som tas upp i ramverket är patienter med flera allvarliga åkommor samtidigt. Det handlar ofta om gamla och sköra människor där det inte alltid går att bota, men även personer med sällsynta diagnoser. Ofta påverkar de olika åkommorna möjligheten att behandla, och kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. Det är också problematiskt att använda standardiserade vårdprogram eller att tala om episoder. Gruppen är relativt liten (ca 3%) men mycket resurskrävande (50% av vårdkostnaderna).



De fyra grupperna ställer helt olika krav på styrning.

1. Den första gruppen, enkla patienter, gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård, precis som den ser ut i dag. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

2. Den andra gruppen, komplicerade patienter, gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad vård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.

3. Den tredje gruppen, patienter med kronisk sjukdom, gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa och monitorering av ett kroniskt tillstånd, helst utanför sjukhuset. Patientens roll i sin egen vård blir central.

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

Ramverket synliggör fyra olika typer av patientbehov, som kräver olika insatser och olika grad av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare. En enkel lösning med få inblandade är oftast både bäst och billigast, men är inte alltid tillräcklig för att nå de mer komplexa grupperna. Såväl ersättningsmodeller, IT-system, samverkansformer och roller för de inblandade professionerna behöver utformas olika för var och en av grupperna.

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

Olikheterna mellan patientgrupperna gör att det blir orimligt att göra en vårdövergripande standard på flera viktiga områden. Vi kan inte styra, organisera eller ersätta på samma sätt för alla. Målen är olika, möjligheterna att behandla är olika. Några patientgrupper går bra att hantera i en effektiv och standardiserad vårdproduktion, medan andra inte alls går att behandla på samma sätt som de enkla och i övrigt friska patienterna i grupp ett och två.

Vården behöver en styrning som gör det möjligt att anpassa aktiviteter till det som patienten behöver. En alltför hög grad av standardisering och övergripande styrning i form av generella ersättningssystem, riktlinjer och processer blir problematiskt.

Jon Rognes
Hans Winberg
Mats Tyrstrup Anna Krohwinkel
Stiftelsen Leading Health Care