VINNOVA

VINNOVA RAPPORT
VR 2009:21

INNOVATIONER FÖR HÅLLBAR VÅRD OCH OMSORG

VÄRDESKAPANDE VÅRD- OCH OMSORGSPROCESSER UTIFRÅN PATIENTENS BEHOV

SUNE ANDREASSON & MONICA WINGE

Titel: Innovationer för hållbar vård och omsorg - Värdeskapande vård- och omsorgsprocesser utifrån patientens behov
Författare: Sune Andreasson & Monica Winge
Serie: VINNOVA Rapport VR 2009:21
ISBN: 978-91-85959-75-4
ISSN: 1650-3104
Utgiven: September 2009
Utgivare: VINNOVA – Verket för Innovationssystem

Om VINNOVA

VINNOVAs uppgift är att ***främja hållbar tillväxt*** genom finansiering av ***behovsmotiverad forskning*** och utveckling av ***effektiva innovationssystem***.

Genom sitt arbete ska VINNOVA tydligt bidra till att Sverige utvecklas till ett ledande tillväxtland.

Produktion av tjänster och användning av IT är alltmer centralt inom de flesta verksamheter, från basindustrin till offentlig verksamhet och hälso- och sjukvård. Ett aktivt interagerande med användare i FoU ökar svensk konkurrenskraft, leder till innovationer i form av effektiviseringar såväl som i form av nya varor, tjänster och processer, samt skapar ny kunskap och kompetens.

I serien VINNOVA Rapport publiceras externt framtagna rapporter, kunskapssammanställningar, översikter och strategiskt viktiga arbeten från program och projekt som finansierats av VINNOVA.

Forskning och innovation för hållbar tillväxt

I VINNOVAs publikationsserier redovisar bland andra forskare, utredare och analytiker sina projekt. Publiceringen innebär inte att VINNOVA tar ställning till framförda åsikter, slutsatser och resultat. Undantag är publikationsserien VINNOVA Policy som återger VINNOVAs synpunkter och ställningstaganden.
VINNOVAs publikationer finns att beställa, läsa och ladda ner via www.VINNOVA.se. Tryckta utgåvor av VINNOVA Analys, Forum och Rapport säljs via Fritzes, www.fritzes.se, tel 08-690 91 90, fax 08-690 91 91 eller order.fritzes@nj.se

Innovationer för hållbar vård och omsorg

Värdeskapande vård- och omsorgsprocesser utifrån patientens behov

Sune Andreasson
&
Monica Winge

Förord

VINNOVA vill genom denna skrift lyfta fram ett projekt som finansierats inom ”katalysator- programmet” under åren 2005-2008. Projektetområdet bedöms från politiskt håll som viktigt och framhävs särskilt i den svenska ”IT-strategin för vård och omsorg”. Projektet har beskrivit möjligheterna med en ”värdeskapande vård och omsorgsprocess”. Det har avslutats och resulterat i goda resultat, intressanta idéer och lösningar. Projektet har också pekat på angelägna områden för fortsatt forskning.

Sverige befinner sig fortfarande i ett stadium där man inte har lyckats utveckla hållbara IT-system och e-tjänster som stödjer en förändrad patientroll och en god och samverkande vård och omsorg för patienten.

VINNOVA ställer sig därför frågan: Vad beror det på?

- Saknas beställarkompetens om verksamheten och patientens behov?
- Finns brister i kunskap om hur IT-stöd ska utvecklas?
- Har IT-utvecklingen varit för teknikfokuserad?
- Finns brister i kunskap om IT och dess möjligheter?
- Saknas förmåga och incitament för att förnya vården och för att utveckla samverkan?

Projektet har försökt belysa frågorna och sökt relevanta svar inom ”Vård- och omsorg i Sverige”. Denna skrift bygger på projektets slutrapport, [VVP- projektets slutrapport]

VINNOVAs förhoppning är att denna skrift ska kunna läsas av och inspirera politiker, forskare, företagare, och vårdgivare på olika positioner inom vården och omsorgen. Sist men inte minst bör den kunna väcka intresse och ge en tankeställare till samhällets beslutsfattare i vård och omsorgssektorn.

Initiativtagare till projektet har varit Monica Winge, Karolinska Institutet och Ulf Essler, Handelshögskolan i Stockholm. Projektet har letts i olika perioder av Ulf Essler HHS, Monica Winge, KI och Uno Fors, KI. Övriga deltagare i projektet har varit Sune Andreasson - Intercare Connexion AB, Lars-Åke Johansson - Alkit Communications AB, Linda Soneson - KI, Margaretha Strindhall - Jönköping LL, Per Andersson – HHS. Ett stort tack riktas till alla dem från olika verksamheter i Jönköping, Göteborg och Stockholm som bidragit med sina kunskaper och erfarenheter till projektet. Särskilt ska omnämnas de bidrag Qulturums medarbetare lämnat.

VINNOVA i september 2009

Ulf Blomqvist
Enhetschef
Tjänster & IT–användning

Innehåll

1 Inledning ... 7

2 Sammanfattning och slutsatser ... 9

3 En patientberättelse och andra observationer från vård och omsorg ... 12

3.1 Intryck från fältarbete och faktainsamling ... 13

3.2 Arbetet med vårdkedjor och vård- och omsorgsprocesser för att skapa struktur - Var står vården i dag? ... 15

4 Värde för patienten ... 18

4.1 Vad innebär begreppet ”värde” i vården? ... 19

4.2 Vad skapar ökat värde i vården? ... 22

5 På väg mot en vård som leder till ökat värde för patienten ... 27

5.1 En omvärldsorientering ... 27

6 Förslag till ett nytt vårdkoncept - en patientprocess som skapar värde ... 31

6.1 Organisera för kontinuitet, samverkan och effektiv resursanvändning ... 31

6.2 Hur ser den patientprocess ut som möter individuella behov och skapar mest värde för patienten? ... 33

6.3 Några tankar kring hur projektmodeller och kvalitetsverktyg skulle kunna appliceras på den individuella patientprocessen ... 34

6.4 Värdeskapande som utgångspunkt för att formulera individuella mål för patientens vård och omsorg ... 37

6.5 Vårdplanering som syftar till att uppnå de individuellt formulerade målen ... 37

6.6 Kvalitetsverktyg som PGSA och Värdekompassen för att stödja patientarbetet ... 38

7 e-tjänster ... 41

7.1 Inledning ... 41

7.2 Vilka mönster kan vi se? ... 42

7.3 Strategi för VVP ... 43

7.4 e-tjänster som stödjer samverkan, kommunikation och lärande ... 45

7.5 Processer, samverkan, verksamhetstjänster och krav på e-tjänster ... 48

7.6 Hur utveckla e-tjänster som stödjer verksamhetsprocesser och som skapar värde? 50
7.7 Arkitektur och standards för e-tjänster 51

8 Genomförande 54
8.1 Hur ska nya vårdmodeller/koncept och nya e-tjänster kunna införas på bästa sätt? 54
8.2 Användningsfall/Scenario 56
8.3 Förutsättningar och utgångspunkter - *ett Framtidsscenario* 60
8.4 Förändringsarbete och framgångsfaktorer 63

9 Fortsatt forskning 68

10 Referenser 70

1 Inledning

Vård- och omsorgsbehovet kommer med stor sannolikhet att öka i Sverige under de närmaste 10 åren och framför allt från 2020 då de stora barnkullarna från 40-talet kommer att bli 80 år och äldre. Studier visar på att svenskar har det bästa hälsotillståndet i Europa och att skillnaderna är stora. [1]. Det betyder inte att vården och omsorgen fungerar tillfredsställande, speciellt inte för dem med sammansatta vårdbehov, ofta äldre och multisjuka. Detta har uppmärksammats och dokumenterats under många år. Sannolikt är samordningsproblemen större i storstadsområden med ett större utbud av vård- och omsorgstjänster. Med valfrihetsreformer som gör det lättare att etablera nya verksamheter ökar denna problematik. Närståendes roll i omvårdnaden har blivit allt viktigare [1]. Samtidigt verkar samhällets resurser för vård och omsorg inte kunna öka i den omfattning som det ökade vårdbehovet egentligen kräver.

Vård och omsorgens resurser behöver således användas mer effektivt och olika insatser bör koordineras bättre så att man kan uppnå en bättre samverkan mellan vård- och omsorgspersonal samt inte minst med patienter och närstående.

Flera utredningar och tidigare projekt har påtalat att det i dagens vård finns stora brister i samverkan mellan de olika aktörerna. Så har t ex SAMS-projektet som pågick under åren 2002-2005 [2] dragit slutsatsen att

> *”Idag är det många inblandade i vården kring patienten och varje aktör har sin egen informationsåtkomst. Det blir svårt för alla inblandade att veta om vad som händer kring patienten. För att klara uppgiften att vårda patienter i hemmet så behöver både vård- och omsorgsformer utvecklas och IT-stöden förbättras för bättre samverkan, så att åtgärder utförda av olika aktörer kring patienten är harmoniserade och ger en bra kvalitet för patienten”.*

Och även om SAMS utvecklade både modeller och systemkomponenter för ett förbättrat samarbete i vården och omsorgen, så har dessa resultat inte kunnat omsättas i produkter och e-tjänster som kunnat spridas och bidra till förbättringar.

Även i projektet MobiSams (2004-2006), som försökte ta resultaten av SAMS-projektet vidare och koppla de i SAMS föreslagna integrerande IKT-komponenterna vidare in i en mobil miljö, bekräftades att samverkan är allt annat än optimal i dagens vård. De sade bl a att

> *”Att vårda patienter med hemmet som bas kan för flera patientgrupper ge både bättre kvalitet och lägre kostnader än att vårdas på institution. Fler patienter och helt nya patientgrupper skulle också kunna vårdas i*

hemmet än vad som sker idag. För att åstadkomma en kvalitativ vård och omsorg i hemmet krävs dock en god samverkan mellan de aktörer som deltar i vård och omsorg av patienten inklusive patienten själv och närstående. Denna samverkan är inte realiserad i tillräcklig utsträckning idag" [3].

Andra projekt som har kommit fram till ungefär liknade resultat är TILLIT, old@home och VITA-Nova, projekten vilka drevs under ungefär samma tidsperiod och finansierades av bl a VINNOVA.

I rapporter från KK-stiftelsen och i den nationella IT-strategin [4] påpekas det att det är väsentligt att samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare förbättras och att det blir en ökad fokusering på individens behov och säkerhet. Inte minst måste informationssystemen förändras så att de aktivt stödjer en sådan utveckling. I anslutning till den nationella IT-strategin har ett antal nationella initiativ och projekt startas för att påverka utvecklingen i den utpekade riktningen. Även lagstiftning och föreskrifter är under förändring.

Således är det klarlagt att det finns stora brister i samverkan mellan vårdens aktörer och att dessa brister leder till låg kvalitet i vården, ibland t o m till direkta risker för patienten. SAMS, MobiSAMS och andra projekt som t ex EU-projektet Intercare [5] har kommit fram till att det borde gå att få till bra samverkansmodeller, som dessutom kan bli än mer effektiva med ett riktat IKT-stöd för denna samverkan.

Vård och omsorg kommer i framtiden att bedrivas under helt andra förutsättningar än idag. Framför allt kommer rollerna mellan vård- och omsorgspersonal och patient att förändras. Patient och närstående kommer att bli mer aktiva och få ett större inflytande över den vård och omsorg som ges. Då blir det allt mer betydelsefullt att förstå vad som skapar värde för patienten. I God Vård [20] har socialstyrelsen lyft fram denna dimension och detta har varit en väsentlig utgångspunkt för VVP-projektet.

Det finns en stark tilltro till att internet och nya e-tjänster ska kunna bidra till förbättringar i vården och göra det möjligt att forma nya innovativa vårdkoncept trots att IT-bolagen hittills inte lyckats leverera de effektiva, flexibla IKT-tjänster som vården idag behöver. Krav och behov kommer att bli ännu högre imorgon.

Svensk vård har internationellt ett högt anseende och detta gäller också vår förmåga att tillämpa IKT för att effektivisera och utveckla verksamheter. Kombinationen vård och IKT har länge betraktats som en möjlighet för svenska företag och organisationer att vinna framgång på den internationella marknaden. VINNOVA ska verka för hållbar tillväxt och ser en möjlighet att främja detta genom denna typ av projekt.

Således, med denna bakgrund startade projektet *Den Värdeskapande Vårdprocessen* (VVP).

2 Sammanfattning och slutsatser

Denna rapport har ställts samman i ett försök att beskriva hur resultaten från VVP-projektet skulle kunna användas för att utveckla vården och omsorgen för äldre patienter med sammansatta behov. För en mer fullständig dokumentation hänvisas till VVP slutrapport med bilagor.

Målgruppen för denna rapport är verksamhetsansvariga och verksamhetsutvecklare som arbetar med att förbättra vård och omsorg för äldre och multisjuka. Vi riktar oss också till systemsättare som politiker och ledningsnivåer inom kommuner och landsting eftersom dessa måste skapa förutsättningar för de nödvändiga förbättringarna. Även de äldre själva och närstående, som får ta konsekvenserna av de brister som finns i vården och omsorgen idag, kan ha intresse av förslagen och använda dem i en konstruktiv dialog i syfte att förändra och förbättra.

Vi börjar med att beskriva hur det kan se ut i vården och omsorgen idag. Det är ett autentiskt fall, det är uppseendeväckande, men inte unikt. Det kompletteras med några observationer av pågående utvecklingsarbete, främst processutveckling. I det följande avsnittet redovisar vi kortfattat den omvärldsanalys vi gjort i projektet. Det finns en medvetenhet om de utmaningar som följer med den allt äldre befolkningen. Många anser dagens vårdsystem inte kommer att kunna möta behoven och att radikala förändringar krävs. Den bild som växer fram är en vård med större mångfald, med betydligt fler både offentliga och privata vårdgivare och med en mer delaktig patient där också närståendes roll i omvårdnaden blir allt viktigare. Vård och omsorg får ett större inslag av förebyggande insatser och förbättrade möjligheter för de äldre att få en kvalificerad vård och omsorg i hemmet. Stora förhoppningar ställs på att informationsteknologin (IKT) och e-hälsa ska öppna nya möjligheter och leda till innovativa lösningar.

VVP-projektet har arbetat med målet att försöka skapa en ny, patientcentrerad och samverkansstödjande vårdmodell som med hjälp av ett anpassat stöd av lämpliga e-tjänster skulle kunna skapa ett ökat värde för patienter och närstående, men även för vårdaktörerna själva. Det har då blivit centralt för projektet att söka en ökad förståelse för värde och värdeskapande i sig. En föga överraskande men viktig slutsats är att uppfattningen om vad som är värde, och framför allt vad som skapar mest värde, är högst individuell. För att säkra värdeskapandet måste ett av fundamenten i Vårdmodellen vara att säkra kontinuitet och delaktighet.

Vi har också funnit det angeläget att på ett djupare plan förstå vad samverkan mellan olika huvudmän med fokus på individens situation innebär. Det ger stora möjligheter till generalisering och effektmöjligheter för många olika patientgrupper. I projektet har

vi också arbetat med problematiken för patienter/brukare som har neuropsykiatriska funktionshinder.

En viktig konklusion från projektet är att ett ökat fokus på processorientering och på det som bygger värde för individen ställer nya krav på hur vård och omsorg organiseras och styrs. Det är patientens process om är central, inte de olika vård- och omsorgsprocesser som en och samma patient är involverad i eller föremål för. Detta leder naturligtvis i sin tur till helt nya krav på hur e-tjänsterna bör vara uppbyggda för att nå önskade effekter för individen.

Det mest väsentliga resultatet från VVP är förslaget om ett nytt vårdkoncept. Detta koncept bygger på en struktur i tre nivåer:

- Den Patientnära nivån
- Mellannivån - Vårdteamet
- Yttre nivån – nätverket med externa konsulter/experter

VVP-projektet föreslår att en samverkande/samordnande ”dirigent” ska införas i vården. Vi använder begreppet *vårdkoordinator*. Vårdkoordinatorn har ett uttalat mandat att leda teamets arbete kring patienten samt beställa de övriga tjänster som kan behövas.

Speciellt är också ”Projekttanken”, d v s att teamet kring individen/patienten är behovsanpassat och riggas allt efter aktuellt behov samt att själva processen utgår från individen som helhet och inte från aktuell sjukdom/vård- och omsorgsprocess, d v s individen ska ses som helhet med alla sina medicinska, psykiska, personliga problem och förutsättningar. Patienten är inte ”höftleden”, ”ögat” eller ”stroken”, utan en individ som i sin tur kan ha ett antal olika medicinska eller andra problem som har med olika hälsotillstånd att göra.

Idén med VVP-konceptet är också att det hela tiden finns information som flyter mellan de tre olika nivåerna och för alla inblandade aktörer, inkl patient, närstående, kommunala aktörer, landstingsaktörer och privata aktörer. Vilken information som sprids till vilken typ av aktör, beror på situationen och på vilken typ av aktör det gäller.

Arbetet med VVP har lärt oss att informationsflöde och e-tjänster är mycket väsentliga och att inget av dagens alla IT-system klarar att stödja detta nya vårdkoncept. Patientnivån behöver andra e-tjänster än teamnivån, som i sin tur behöver andra e-tjänster än den externa/specialistnivån .

Detta öppnar sannolikt en ny marknad för nya typer av e-tjänster som kan integrera, kommunicera och visualisera information på ett nytt sätt och för att kunna göra sig attraktiva på marknaden behöver sannolikt dessa nya e-tjänster sättas ihop i större eller mindre ”kluster” av logiskt och tekniskt sammanlänkade e-tjänster.

De nya vårdkoncepten måste få en chans att utvecklas vidare och tydliggöras, och detta i samarbete med vården och omsorgen. Just detta har VVP också studerat och kommit fram till att det i dag saknas en väl fungerande incitamentsstruktur för att kunna få en bred implementering av såväl VVPs som andra innovativa projekts resultat. Det finns många institutionella hinder som måste undanröjas och somliga av dessa åtgärder måste initieras från den politiska nivån.

3 En patientberättelse och andra observationer från vård och omsorg

Vården i Sverige präglas av hög kvalitet och god tillgänglighet för alla på lika villkor. Så har det varit under mer än 50 år och vi förväntar oss att allt fungerar som brukligt den dag vi blir sjuka. Men under de senaste 10 åren har något hänt och fler och fler medborgare börjar uppleva att vårdens kvalitet och tillgänglighet har försämrats.

För att ge en beskrivning till hur vården kan se ut i dag, följer här ett par konkreta exempel kring en patient, hämtade direkt ur den sanna vardagen.

En äldre multisjuk kvinna på 86 år med dubbla proteser i både höftled och axelled har relativt nyligen remitterats för en knäprotesoperation. Patienten är dessutom deprimerad, har svagt hjärta och har fått ett par strokeanfall under senaste året, som medfört medicinering med blodförtunnande läkemedel. Denna medicinering har i sin tur lett till komplikationer som blödningar med ett par akuta inläggningar på sjukhus som följd. Patienten har också varit på akuten ett par månader tidigare, p g a att en 18 år gammal höftledsprotes börjat ge komplikationer i form av smärta. Läkemedelslistan omfattar ca tolv olika läkemedel, som ska tas vid specifika tillfällen under dagen. Patienten bor hemma, har visst stöd från hemtjänsten. Trots sin ålder och sina sjukdomar är hon klar och redig i sinnet.

Exempel 1

Patienten kontaktar sin son och säger att hon fått kallelse till ortopedmottagningen på sjukhuset. Hon vet inte om det är för den nya knäoperationen, höftledsprotesen eller om det är en sedvanlig efterkontroll av någon av axelproteserna. På kallelsen står det inte vad det gäller och modern vet inte om hon ska bli inlagd eller inte.

Sonen följer med till mottagningen och uppmärksammar läkaren på att patienten inte vet vad besöket gäller. Då konstateras att det finns tre olika remisser som går till tre olika ortopedläkare på samma klinik, men ingen vet om de andras remisser. Sonen kräver att detta utreds. Det visar sig att en remiss är för kontroll, en annan är för undersökning inför eventuell re-operation av den gamla höftledsprotesen. Den nu aktuella kallelsen gäller inläggning samma dag för operation av höger knä. Intressant nog läggs mamman in för den aktuella knäoperationen, trots att rehabiliteringen av den kräver att patienten kan gå, vilket är svårt eftersom höftledsprotesen har lossnat.

Exempel 2

Samma patient som ovan, men två år senare. Patienten har nu fått ytterligare strokes och är så pass medtagen att hon måste flytta till ett äldreboende. En natt får hon en ny

misstänkt stroke. Äldreboendets läkare, som kallas in akut, remitterar patienten till sjukhuset för utredning och behandling av den misstänkta stroken. Ingen personal medföljer patienten till sjukhuset, utan hon skjutsas dit i en sjuktransport och har bara med sig remissen från äldreboendet. Patienten känner sig dålig och orolig. Efter några timmars väntan får hon ringa sin son, som kommer in. Han talar med sjuksköterskor på akuten som säger att mamman snart ska få träffa läkare. Detta är tre timmar efter att hon inkommit p g a misstänkt stroke.

Sonen åker hem och lovas besked så snart mamman är undersökt. Då sonen inte hör ifrån sjukhuset på kvällen, ringer han dit igen på morgonen och undrar hur det blev med modern. Svaret blir att de inte hade tid att undersöka henne, så hon fick åka tillbaks till äldreboendet ca nio (!) timmar efter att hon inkommit akut för sin misstänkta stroke. Ingen gav henne mat, ingen utredde misstanken om stroke och ingen läkare fick hon träffa.

Dagen efter tvingar sonen äldreboendet att sända mamman åter till sjukhuset. Nu konstateras att hon sannolikt fått ytterligare en mindre stroke. Äldreboendets personal var övertygad om att mamman blivit undersökt redan och att hon blev hemskickad för att det inte var någon stroke. Inget remissvar medföljde patienten.

Så kan alltså vården och omsorgen se ut i dag. Det är viktigt att påpeka att de exempel som redovisats här ovan tyvärr inte är unika. Liknande berättelser finns att få från alltför många håll i Sverige i dag. Denna brist på samverkan leder inte bara till ökat lidande för patienterna. Den ger förstås även problem för närstående och även för själva vården och omsorgen, som blir onödigt kostsam och ineffektiv.

3.1 Intryck från fältarbete och faktainsamling

Vi har i projektet försökt skapa en bild av nuläget i vården och omsorgen genom intervjuer, diskussioner och genom att ta del av rapporter och studier av olika slag. Eftersom samverkansproblematiken är störst för patienter med omfattande vårdbehov som äldre, multisviktande och personer med neuropsykiatriska funktionshinder, så har vi lagt fokus på dessa grupper i denna rapport.

Intrycket från de intervjuer vi gjort, är att vård- och omsorgspersonalen beskriver att de ofta arbetar i en ostrukturerad och rörig verklighet. Faktorer som får arbetet att fungera är kontakter, nätverk och relationer på det personliga planet. Det är också detta många ser som lösningar på samverkansproblematiken. Problemet med dessa lösningar är att människor byter arbete, nya aktörer kommer till och organisationsförändringar bryter sönder fungerande team och nätverk.

När man pratar om vårdprocesser, utgår man oftast från en bild av stabila, förutsägbara processer som vilar på vetenskaplig grund - evidensbaserade vårdprogram. Detta gäller för en del verksamheter och för en del diagnoser. Ett lårbensbrott kan säkert behandlas

på ett standardiserat sätt, men äldre med sammansatta behov av vård och omsorg lever större delen av sin tid i en verklighet som ser helt annorlunda ut.

För äldrevården och vården av multisjuka gäller andra förutsättningar. Här handlar det inte om att en patient kan botas, utan om att en patient ska få hjälp att hantera dagen, olika problem som dyker upp och händelser som inträffar. Det handlar naturligtvis också om att lindra problem som orsakas av sjukdomen snarare än att bli frisk - att hindra eller motverka en försämring p g a sjukdomen. Planeringen måste vara mycket mer dynamisk. Dessutom har inte alla äldre en enhetlig uppfattning om vad som är värdeskapande, d v s vad som bör göras eller inte göras.

De röriga och de tydliga strukturerna lever sida vid sida. En fallbeskrivning för en äldre skulle visa att patienten under en period får hjälp av olika personer på ett ganska ostrukturerat sätt. Sedan råkar patienten ut för en händelse (fallskada), som kräver insatser som är strukturerade och planeringsbara (operation). Därefter slussas patienten tillbaka ut i en oförutsägbar rehabilitering och fortsatt omvårdnad, där den äldre själv med hjälp av närstående får navigera efter bästa förmåga.

Det påstås ofta att arbetet fungerar trots brist på struktur, därför att människorna i vården och omsorgen vill göra gott, vill göra ett bra jobb och tar ansvar. Detta är naturligtvis delvis sant. Men när patienten är beroende av olika vård- och omsorgs-givare och remitteras över organisationsgränser blir problemen tydliga. Socialstyrelsens revisioner visar alltför ofta på brister i rutiner och system . En annan iakttagelse är att det inte alltid – och alltmer sällan - är sant att personalen kan hantera brister i organisation och rutiner. En bland flera orsaker är att det uppstår en konflikt mellan vad den enskilde vårdpersonalen uppfattar som viktigt och som ger en god vård, och det uppdrag som ligger på den enhet där man arbetar. Uppdraget är oftast kopplat till ekonomiska ramar eller resultat. Eftersom chefer värderas efter resultat, och eftersom ekonomi och budget är överordnat det mesta, så kan behovet av att hålla nere kostnader lätt bli viktigare än vård. Ansvar kan lättare utkrävas där det finns struktur, tydliga mål och riktlinjer. När den ostrukturerade och röriga vården ställs mot en fyrkantig ekonomisk struktur blir det ofta lättare att lägga fokus på att klara de ekonomiska målen än att utveckla vården och omsorgen.

Naturligtvis är inte detta långsiktigt hållbart. Vård och omsorg för äldre (multisjuka) och grupper med särskilda behov (exempelvis personer med neuropsykiatriska funktionshinder) måste bli bättre organiserad och genomförd. Redan nu vill vi framhålla att svårigheten inte ligger i att utforma en vision eller modell för hur en vårdkedja eller en process kan se ut, eller hur vården bör organiseras. Det handlar istället om att få igång ett förändringsarbete som leder till verkliga och hållbara förbättringar . Ett gott exempel är det arbete med att utveckla den gränsöverskridande samverkan som påbörjades i Eksjö med Esther (www.lj.se/esther) för ca 10 år sedan. Det har varit framgångsrikt och har uppmärksammats med bl a Götapriset. Vad som

kanske är mer anmärkningsvärt är att det inspirerat andra att börja med liknande projekt i en omfattning att Esther, Agda, Kersti, Hilma, Asta, Linea, Nisse, Herman och Britta nu kan hålla återkommande släktträffar för lärande och informationsutbyte. Ett annat exempel som kan nämnas är ett initiativ som tagits i Västra Götaland där flera sjukhus skapat team för att utveckla bättre förståelse för helheten och patienternas situation när de skrivs ut från sjukhuset.

3.2 Arbetet med vårdkedjor och vård- och omsorgsprocesser för att skapa struktur - Var står vården i dag?

Ett annat fenomen som vi studerat i projektet är processutveckling [6, 28] eller det för närvarande populära begreppet ”Lean”. I projektrapporten finns en utförligare redovisning, men här kommer lämnar vi endast att ge en summarisk översikt.

De första projekten med inriktning på flöden och vårdkedjor startades i början på 90-talet. Landstingsförbundet initierade då ett projekt – SamkraftVård – som startade kunskapsuppbyggnaden i vården [7]. Många vårdkedjor har förbättrats men först under de senaste åren så verkar arbetet ha skjutit fart. Internationella studier till dags dato inom området pekar på att användning av processinnovation är ett sätt att adressera interna problem som flöden och samverkan inom vården, snarare än problem med kundfokus [8, 9]. Men gäller detta för den svenska sjukvården?

Sammanfattningsvis kan sägas att intresset processutveckling och Lean påtagligt har ökat det senaste året och det har blivit ett mer tydligt kundfokus. Initiativen har hittills oftast tagits i specialiserade verksamheter och avsett behandlingen av patienter med en viss diagnos. Sjukhusledningar har visat ökat intresse och bidragit till att processarbetet har blivit alltmer gränsöverskridande.

Ett antal personer med god överblick intervjuades. En av dem uppskattade på en mer intuitiv grund att svensk sjukvård kommit till två-tre på en tiogradig skala, där tio skulle betyda att vi tagit tillvara hela potentialen i det processorienterade utvecklingsarbetet.

En annan aspekt som vi intresserat oss för, är om processutvecklingen gett några resultat i praktiken. Eller är det så att eldsjälar och engagerade team beskrivit och skapat (eller återskapat, istället för redesignat) processer, men att rapporterna sedan blivit hyllvärmare medan verksamheten fortsatt i gamla hjulspår? I många fall kan det säkert vara så, men Johan Thor vid Karolinska Institutet visar i sin avhandling [10] att 58 procent av processutvecklingsprojekten har lett till påtagliga förbättringar.

Flera var tveksamma till om de stora projekten initierade av sjukhusledningar leder till de resultat som förväntas. Kanske med undantag för privata sjukhus där man ”är duktigare” på att kopiera fungerande lösningar. Självorganiseringens princip är stark i

vården och har en lång tradition. Det gör att ”top-down”-ansatser sällan leder till förväntade resultat. Ledningsinitiativ, t ex de som omnämnts ovan, leder dock till att kunskap om processutveckling sipprar ner i organisationen och kan på så sätt stödja och uppmuntra lokala initiativ. Det som sker är då, är att man driver förbättringsarbete inom det man själv styr över – den egna verksamheten. Så fort processen blir gränsöverskridande så blir problemen större.

Ledarskapet på enhetsnivå är viktig för att processutvecklingen ska fungera, men är inte alltid det stora problemet när det inte gör det. Låsningen ligger oftast ”en våning upp” och är då kopplat till ekonomistyrningen. Det finns en oförmåga och ovilja att utmana denna. Ekonomistyrningen är överordnad, därför stannar ofta utvecklingsarbetet vid att maximera den egna nyttan i den egna enheten. Som någon lite drastiskt uttryckte det så har politiker och de översta ledningsnivåerna ekonomistyrningen som enda maktmedel och det ligger nära till hans att krampaktigt hålla fast vid den. Det gör det svårt att genomföra förändringar som från ett helhetsperspektiv är ekonomiskt motiverat, men som leder till ett försämrat resultat för någon eller några av de berörda parterna.

Ett annat problem är gränserna mellan professioner. Men arbetet i tvärprofessionella team har successivt utvecklats och det finns nu en bred acceptans på att tvärprofessionella team är en framgångsfaktor i utvecklingsarbetet.

Med det tydliga fokus vi haft på värdeskapandet och kunden/patienten i VVP så har vi också noterat att det i många fall finns brister eller begränsningar i pågående processutveckling. Vårdprogram, kliniska riktlinjer och evidensbaserad vård tar vid när problemet uppstått. Sällan breddas ansatsen till att förebygga eller förhindra att problemet uppstår. Och att förebygga eller förhindra att sjukdom uppstår är för patienten intimt förknippad med upplevelsen av värde.

Vi ser alltför ofta att patienten behandlas som ”en njure”, ”ett hjärta” eller ”en stroke”. De blir då med nödvändighet generaliserade tjänster som, när de sedan utförs, i bästa fall anpassas till de specifika förutsättningar som gäller för aktuell patient. Däremot beaktas sällan att en patient kan ha flera parallellt pågående processer. Vad innebär det för värdeskapandet? Det finns risker med för mycket processorientering baserat på diagnoser. Det kan fragmentera och hindra systemtänkande och minska möjligheterna att se helheten. Här behövs en kompletterande ansats – patientens process. I dagens vård och omsorg saknas ofta någon som tar ansvar för det perspektivet. Det blir patientens problem att hantera. Problematiken är inte tillräckligt uppmärksammad, men har adresserats i en rapport från Utvecklingsenheten i Region Skåne [11].

I vårdprocessen är patienten objekt och i patientprocessen är patienten subjekt.

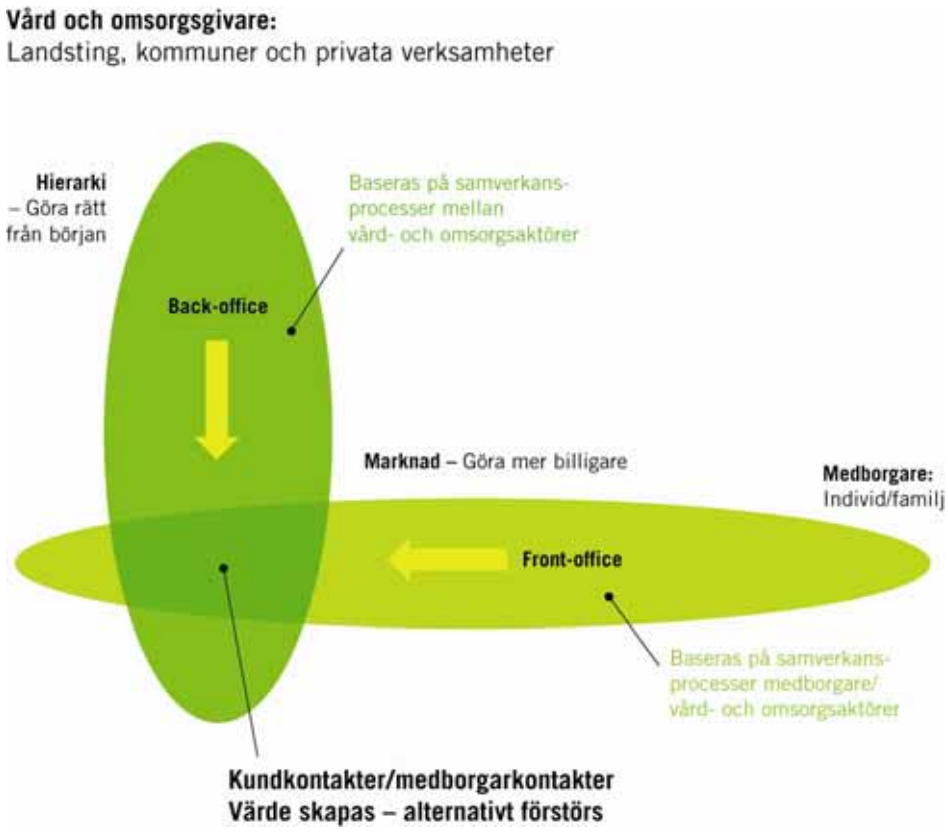
För ökad förståelse av den fortsatta redovisningen vill vi här understryka skillnaden mellan en (patientorienterad) vårdprocess och patientprocessen (patientens egen process)

- vårdprocessen (om än patientorienterad) skapas från ett produktionsperspektiv
- vårdprocessen kan effektiviseras med hjälp av metoder som Lean, etc.
- vårdprocesser beskriver oftast logistiska flöden
- en patient kan ingå i flera parallella vårdprocesser (som ofta inte är koordinerade)
- patientprocessen utgår från patienten och har ett mottagarperspektiv/helhetsperspektiv
- patientprocessen omfattar även aktiviteter som inte härrör från vårdprocesser

4 Värde för patienten

Alla de insatser som görs i vård och omsorg görs ytterst för att på olika sätt skapa värde för patienterna. En hypotes i VVP-projektet har varit att en ökad kunskap om hur värde skapas kan bidra till en effektivare och förbättrad vård. Att ha värdeskapandet som utgångspunkt för process- och organisationsutveckling kan ta oss vidare i vår strävan att förbättra vård och omsorg.

Detta avsnitt börjar med en lite teoretisk ansats för att beskriva och definiera värde och värdeskapande. Därefter följer ett resonemang om vad som skapar värde i vården och konkreta exempel där vi också antyder möjligheter till stödjande/möjliggörande e-tjänster (varav en del redan finns på vissa håll).



I bilden beskrivs mötet mellan medborgaren och vård- och omsorgssystemet. Med ”frontoffice” menas delar av organisationen som har kundkontakt. Med ”backoffice” menas delar av organisationen som saknar sådan.

Här kan också skillnaden mellan en vårdprocess och patientprocessen skönjas. I ”backoffice”-segmentet ska verksamheten utformas så att ”det blir rätt första gången”. De olika aktiviteterna ska kugga i varandra på ett effektivt sätt, logistiken ska fungera optimalt. I ”frontoffice”-segmentet ska det fungera på ett bra sätt för vård- och omsorgstagaren i mötet med vård- och omsorgsaktörerna.

Definitionen av Värde är följaktligen en klart definierad “sam-skapande” process i vilken medborgaren är nöjd med en process som häver symptomen, och en sjukvårds-aktör som är nöjd med en process som löser problemet. Symptom (nöjdhet) och problem (kvalité) är två sammanvävda spår som tillsammans skapar värde.

4.1 Vad innebär begreppet ”värde” i vården?

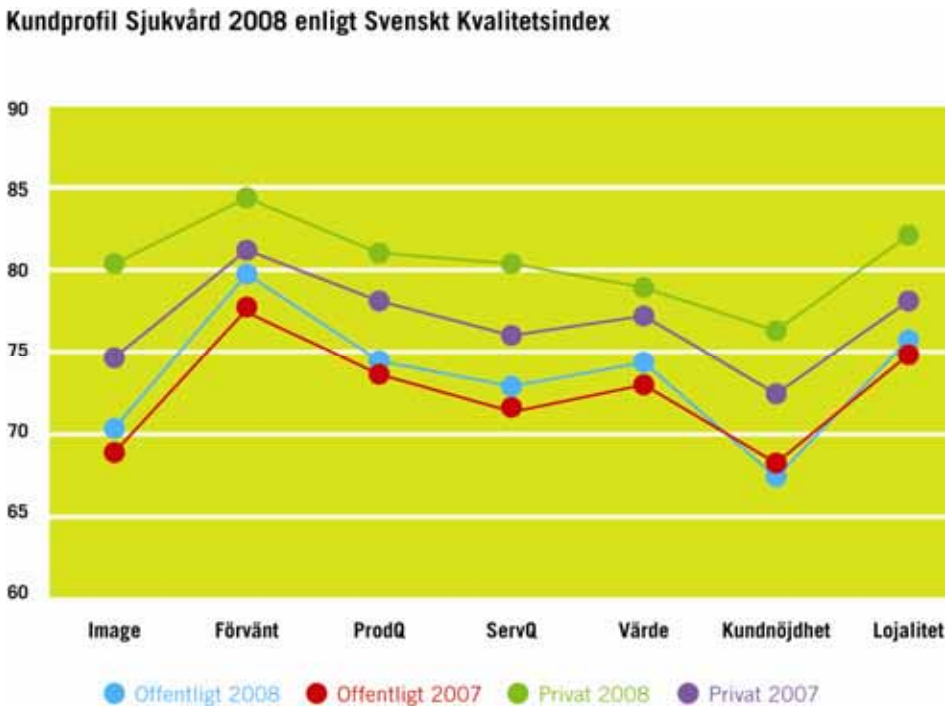
Denna förenklade bild illustrerar att det krävs både en bra teknisk/medicinsk kvalitet och bra servicekvalitet för att skapa värde för patienten. Värdebegreppet kan sedan byggas på också med en resursdimension och detta är speciellt relevant om vi diskuterar värde i ett systemperspektiv. Brent James definierar värde med formeln:

Värde = (TQ + SQ) / Resurser

SKI (Svenskt Kvalitets Index) gör undersökningar av hur patienter och medborgare uppfattar sjukvården och mäter då 7 olika parametrar där också Image, Förväntningar och Lojalitet återfinns.

Detta visar att det inte finns en entydig definition av värde utan att värdebegreppet varierar med kontext eller referensram.

I VVP har vi utgått från att värde skapas genom att man utför något med god kvalitet på ett sätt som gör att mottagaren blir nöjd. Ofta leder en hög kvalitet till att kunden blir nöjd. Inom vården är utfall och resultat viktiga, d v s att målen för insatsen uppnås; att patienten blir frisk eller att smärtan hålls på en önskad nivå. En annan parameter som har stor betydelse för hur nöjd en patient blir, är vilka förväntningar som patienten har. Detta är beroende av tidigare erfarenheter, kunskap om sin egen sjukdom, vad som kan begäras och kanske ibland personlighet. Men det har visat sig att bemötande och parametrar i utförande och process har stor betydelse för hur nöjd patienten blir. Detta blir allt viktigare när jag som patient har ökad möjlighet att välja vård- och omsorgsgivare.



Omvänt, måste vi här också diskutera om ”kundtillfredsställelse” (eller i detta fall ”patienttillfredsställelse”) är det ultimata måttet på en väl fungerande vård med höga värden. Det är ofta så att man bör sträva efter att tillfredsställa det som patienten önskar, men det finns också tillfällen där patienten på grund av okunnighet om hälsostatus, ovilja eller annat ”vill fel”. En patient som önskar narkotikaklassade smärtstillande läkemedel ska ju inte alltid få det. En psykiskt sjuk patient är inte alltid i stånd att avgöra vad som är bäst för honom/henne. Till allra största del är det sannolikt så att en utveckling till ett ökat patientfokus och en värdeskapande patientprocess, medför att patienten blir friskare fortare och kan hålla sig friskare även framöver. Vi är dock medvetna om att det finns en inbyggd konflikt som läkaren/vårdpersonalen har att hantera. Läkaren kan inte alltid sätta in åtgärder som är medicinskt motiverade om patienten motsätter sig det och patienten kan inte alltid få den behandling som hon vill ha om läkaren bedömer att det inte är medicinskt motiverat.

Det är svårt att definiera begreppet ”värde” då olika människor uppfattar det på olika sätt. Och detta speciellt i sammanhang som är så komplexa som just medicin och vård. Sannolikt skiljer sig dessutom uppfattningen om värde i vården mellan olika grupper, som t ex patienter, läkare, sjuksköterskor och administratörer. Eftersom VVP-projektet utgår från ett radikalt medborgarperspektiv, kommer vi i detta kapitel dock att fokusera på patientens egen uppfattning av värde, inte vårdgivarnas.

Ett radikalt medborgarperspektiv innebär att:

- värde bestäms av individens uppfattning av vad som är värde, inte av vårdsektorns antaganden eller intentioner om vad som är värde.
- värde bestäms av individens användning av vårdtjänsten, inte av vårdsektorns produktion av tjänsten.
- värde bestäms av vad individen får ut av tjänsten inte av vad det kostar att producera den.
- förstå vad som är viktigt för individen och hur organisationen kan bli bättre på att beskriva och tydliggöra individens val för att nå dit hon vill komma

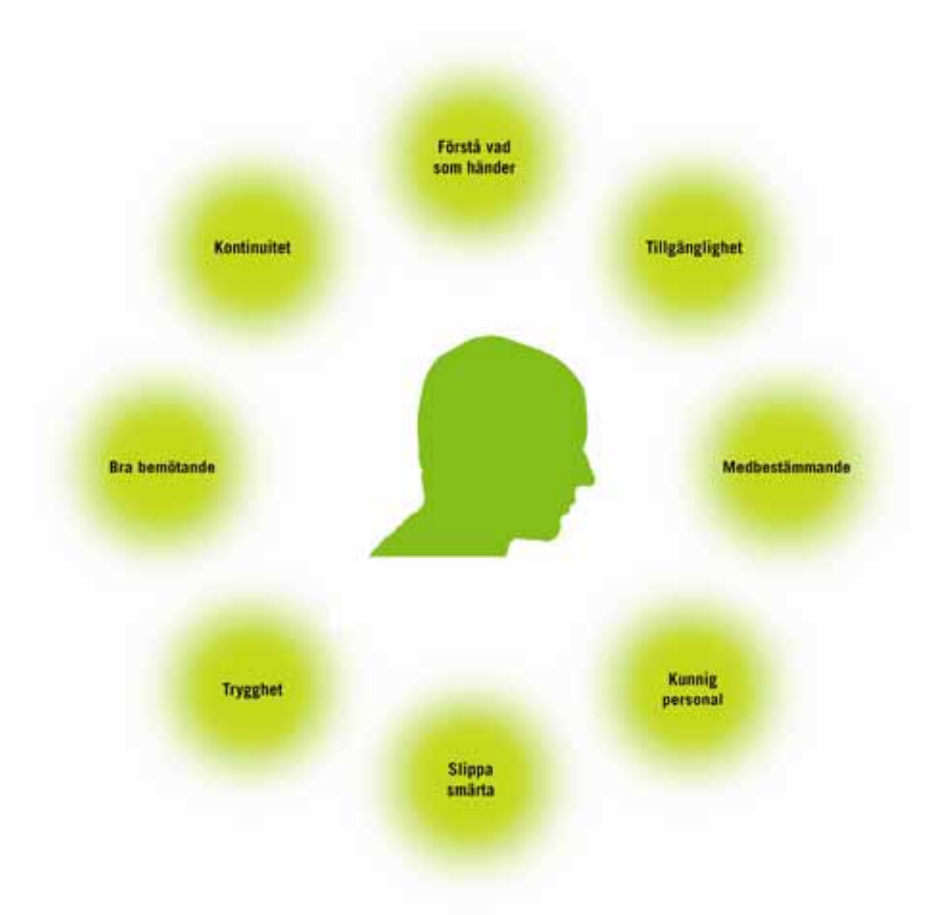
För en person som står i begrepp att köpa någonting, brukar det man är beredd att betala för en viss vara eller tjänst spegla värdet av den varan eller tjänsten. Men i samband med vård och omsorg, som åtminstone i Sverige normalt sett inte är förknippat med köp- eller säljaktiviteter, innebär oftast begreppet värde något helt annat. Det kan vara värdet av att vara frisk, värdet av att kunna bli frisk och/eller värdet av att kunna förbli frisk, d v s värdet av förebyggande vård. Och för de som inte kan bli friska, kanske värdet ligger mer i smärtfrihet, värdet att klara sina dagliga aktiviteter, möjligheten att bo kvar hemma under den sista tiden eller liknande.

4.2 Vad skapar ökat värde i vården?

Frågar man olika personer om vad värde är får man ofta olika svar; pengavärde, värdefulla föremål, människovärde och värdefulla minnen. Kanske också svaret handlar om värderingar och normer.

Att vara frisk är sannolikt det värdemått som de flesta människor skulle sätta bland de högsta. Det kommer ofta före en god materiell standard och liknande. Ur VVP:s perspektiv förstärker detta motiven för att vidga processen till att omfatta preventiva insatser för att undvika sjukdom.

Patienter framhåller ofta att de vill ha både ”hjälp till självhjälp”, och att vården på ett bättre sätt arbetar aktivt med att förebygga att de insjuknar (igen).



När man är sjuk vill man bli frisk. Om man inte kan bli frisk vill man att en ev. försämring skjuts fram i tiden så långt som möjligt eller att man får hjälp att hantera sina problem så att man kan leva ett så bra liv som möjligt. Och det är just *hur denna process går till* som är ett viktigt mått på hur patienter värdesätter vården och den vård- och omsorgsprocess man blir del av. Många patienter som ingått i VVP:s olika delstudier kan tydligt beskriva när vård- och omsorgsprocessen inte skapat ett gott värde. Sådant som minskar värdet i vård- och omsorgsprocessen är t ex långa väntetider, oklara besked, dålig samverkan, bristande respekt eller annan form av dåligt bemötande. Det är sannolikt så att om de negativa saker som framhålls kan förbättras, så kommer detta att leda till ett ökat värde i patientens ögon.

När patienter och närstående tillfrågas om vad som kan förbättras inom vård och omsorg framstår ofta tillgänglighet, bemötande och kontinuitet som de tre viktigaste företeelserna för värdeskapande Därutöver finns ytterligare ett stort antal som kan bidra. I projektet har vi i intervjuer, enkäter, litteraturstudier och diskussioner på olika sätt fångat uppfattningar om värde. Nedan följer en kort redovisning av ett urval av olika företeelser som kan ingå i en individs ”värdekarta”.

Värdet av smärtfrihet, att kunna bo kvar hemma, kunna äta själv, kunna fungera i samhället etc

För många personer som lider av kroniska sjukdomar eller terminala sjukdomstillstånd skulle en patientprocess, som specifikt stödjer dem i sin situation, upplevas som värdeskapande. Märk här att det är återigen individanpassade lösningar som efterfrågas.

En patient som t ex har cancersmärtor vill oftast bli smärtfri, en som har neuropsykiatriska funktionshinder vill kanske ha stöd med att klara vardagen och ett eget boende, en tredje person skulle värdesätta att få avancerad sjukvård i hemmet för att kunna fortsätta leva med sin partner/familj trots en svår sjukdom.

Somligt av detta skulle sannolikt kunna stödjas, om dock ej lösas, av nya tjänster och e-tjänster.

Tidsperspektiv

Tiden innan man träffar sin läkare, får behandling och/eller blir frisk är ett av de mest vanliga problem som VVP:s patientgrupper framhåller. Ofta förekommande önskemål är allt från att få veta vilken väntetid det är på akutmottagningen, till väntetiden innan en remiss till specialist tas omhand, och ända fram till att kunna minska den faktiska behandlingstiden. Kulturvetaren Merete Mazzarella utryckte det så här på årets primärvårdskonferens: ”Du känner dig aldrig så maktlös som när du väntar”. Insyn och delaktighet i planeringsprocessen blir en viktig fråga för många.

Kunskap och information

Vid studier, såväl inom VVP som i andra undersökningar, framhåller ett stort antal personer att de önskar förbättrade informationsmöjligheter. Som patient vill man få

ökad kunskap om sin sjukdom eller om hur man kan minska risken för att bli sjuk, man vill veta vad som händer med sin remiss m m.

Även här skulle nya och förbättrade tjänster och e-tjänster kunna finna sin plats. Exempel på tjänster som till viss del redan finns, men som skulle kunna ge ett kraftigt ökat värde om de implementerades på en bred bas är:

- Att via säkra webbtjänster kunna fråga sin läkare, tandläkare eller sjuksköterska om de egna specifika problemen eller frågeställningarna
- Att via webbtjänster kunna få personanpassad information om olika behandlingsalternativ och deras för- respektive nackdelar
- Att via säkra webbtjänster kunna förbereda sig på vad som väntar på röntgenavdelningen, strålbehandlingen, dialysavdelningen eller liknande
- Samma som ovan, men anpassat för personer med särskilda förutsättningar att ta till sig information, som barn, äldre, personer som ej förstår svenska, etc.

Relativt begränsade insatser kan generera ett ganska stort värde för den enskilde. Enklare e-tjänster som t ex tidsbokning via Internet, möjlighet till kommunikation med sig egen doktor eller att få ta del av sin remisshanteringsprocess, skulle ge stora värden för ett mycket stort antal människor.

Medbestämmande

Dagens moderna patienter vill ofta kunna påverka sin egen vård och omsorg. För att kunna göra det krävs tillgång till information och kunskap. Det kan gälla att välja mellan två olika behandlingsalternativ, delta i vårdplaneringen eller annat. Medbestämmande är svårt inom många komplexa sjukdomstillstånd, men kanske skulle en webbaserad informationstjänst som gör det möjligt att öka kunskapen om sin sjukdom, kunna vara ett stöd.

Fritt vårdval som nu är på väg att införas på många håll, kommer att medföra möjlighet till ökad patientmakt. Dock löser inte detta alla aspekter på ökat medbestämmande.

Bemötande

Som nämnts ovan värdesätter i stort sett alla människor att bli bemötta vänligt och med respekt av vårdpersonalen. Även om VVP inte i sig fokuserar på patientbemötande, skulle sannolikt vissa nya e-tjänster och en mer samverkande vård ge vård- och omsorgspersonal lite mer tid att ta hand om sina patienter och på sikt därmed också tid för ett mer öppet och värdigt bemötande.

Vår kartläggning inom VVP visar att flertalet intervjuade anser att bemötande är direkt knutet till känslan av värde (djupintervjuer med individer som lever med ADHD och eller Asperger).

Samtliga hade negativa erfarenheter från omgivningens bemötande, där speciellt skolväsendet får mycket kritik från såväl de som lever med ADHD och/eller Asperger samt deras närstående.

Överblick

Patienter vill erhålla en överblick över vad som händer härnäst - väntetider, vart remissen går och vad som händer där, vad olika typer av vårdpersonal gör (exempelvis läkare på specialistkliniken, allmänläkaren, distriktssköterskan, hemsjukvården och hemtjänsten). Detta skulle också kunna stödjas av nya e-tjänster såsom:

- Att kunna boka och boka om tider på vårdcentralen, tandläkaren eller sjukhuset.
- Se remissvägen - när den är sänd, till vem, när den tas omhand och när man får träffa sin nya behandlare etc.

Samverkan

Vård och omsorgsgivare efterfrågar gemensamma riktlinjer för vård och omsorg gällande behandling, bemötande och omhändertagande. Samverkanssvårigheter består oftast av kommunikationsbrister mellan olika kontaktytor. Effektivare vård- och omsorgsprocesser skapar mer värde för den enskilde individen och närstående

Patienter med sammansatta sjukdomstillstånd (t ex multisjuka) förväntar sig att olika informationssystem i vården ska kunna fungera tillsammans och utbyta information med varandra.

Här finns stora möjligheter att utveckla speciella e-tjänster som kan hålla ihop och sprida rätt information till rätt person, inkl patienten och dennes närstående. Exempelvis:

- Att via samverkande e-system kunna länka ihop olika informationssystem inom specialistvård, primärvård, hemsjukvård, hemtjänst m m.
- Att via en ”patientkomponent” få en överblick över vilken information som flödar vart, vilka behandlingsinstanser som planeras, vilka som genomförts och resultaten av dessa, vem som är ansvarig, etc.

Kontinuitet

Vi vet att det ofta finns alldeles för många vårdaktörer runt den äldre och kroniskt sjuke patienten. I hemtjänsten är det vanligt att den äldre får möta ett stort antal olika personer i sitt hem. Brist på kontinuitet av ansvarig vårdpersonal leder till dålig kommunikation vilket i sin tur gör det svårt att få en tydlig bild av patientens hela vård- och omsorgssituation.

Trygghet

Samtliga intervjuade patienter (neuropsykiatriska funktionshinder) i VVP:s fokusgrupp i Jönköping framhöll att det nätverk, som utvecklats i samband med att utredning

startades och vård- och omsorgsprocessen tog sin början, idag utgör en grundtrygghet, i form av vägledning och hjälp med att planera och etablera en fungerande vardagsstruktur. När vardagsstrukturen fungerar hålls stressnivån nere. Det ökar möjligheten att lära sig mer om sig själv och sin egen situation.

Flexibilitet

I Jönköping efterfrågades också av både de som lever med ADHD och Asperger, samt deras närstående, en flexibilitet hos skolväsendet och vården rörande bemötande, pedagogik och vårdplanering.

Rätt kompetens

För att kunna möta patientens behov finns det även anledning att fundera över om verksamheten har rätt kompetens för sitt uppdrag. I den kommunala verksamheten kan det idag finnas helt outbildad personal som arbetar som semestervikarier på äldreboenden och demensboenden. På ett annat plan finns också problemet att det t ex på akutmottagningar ofta saknar kompetens inom geriatrik, samtidigt som äldre patienter är en mycket stor del av de som söker på akutmottagningarna.

Tillgänglighet

Tillgänglighetsproblematiken, med långa väntetider inom flera områden inom hälso- och sjukvården samt svårighet att få telefonkontakt, är naturligtvis oacceptabel. För att sträva efter en balans mellan behov och kapacitet/resurser, borde det finnas en hög ambition att utifrån rimliga uppdrag planera sin verksamhet så att tillgängligheten säkras i patientens fokus och inte från ett organisatoriskt perspektiv.

Delaktighet/möjlighet att påverka

Närstående i Jönköping framhöll vikten av att erbjudas möjlighet att få vara delaktiga i barnens kontakt med olika enheter i samhället, eftersom de har gedigna kunskaper om sina barn och kan hjälpa till att komma ihåg och återberätta olika möten med t ex läkare.

Förbättringar inom i stort sett allt som beskrivits ovan skulle kunna öka det patientupplevda värdet av vården. Det viktigaste är sannolikt att börja se patienten som en viktig resurs för vården och inte som en sjukdom eller företeelse. Detta förutsätter förändrade roller där vårdpersonal och patient tillsammans planerar olika vårdinsatser och där patientens uppfattning av vad som skapar värde får ett stort genomslag.

Efter en översiktlig omvärldsorientering i avsnitt 5 så kommer vi i avsnitt 6 att skissera på en modell där patient och närstående får ett stort inflytande i den löpande vårdplaneringen och där olika insatser är direkt kopplade till problem, mål och värdeskapande.

5 På väg mot en vård som leder till ökat värde för patienten

5.1 En omvärldsorientering

En genomgång av artiklar och strategidokument från ett stort antal länder, visar en samstämmig bild av att vårdsystemen - så som de är utformade idag - inte kommer att klara de utmaningar som finns eller kan förutses [12, 13, 14, 15, 16, 17]. Bland dessa utmaningar nämns i första hand ökade vård- och omsorgsbehov. Allt fler blir äldre, allt fler drabbas av en eller flera kroniska sjukdomar och den medicinska kunskapstillväxten gör det möjligt att framgångsrikt behandla allt fler sjukdomstillstånd. Demografiska beräkningar visar att år 2020 kommer 25 % av Europas befolkning att vara över 65 år. Närmare 60 % av vårdens resurser går till vård av just äldre. Lägg därtill patienter med kroniska sjukdomar och med sammansatta vårdbehov så svarar de sammantaget för en mycket stor andel av vårdkonsumtionen – vi uppskattar det till över 70 %.

Eftersom det finns stora förbättringsbehov - och möjligheter - för dessa patienter/brukare, har vi orienterat projektet mot dessa grupper.

Det har blivit uppenbart att dagens system är grundade på föråldrade principer. Det finns en samstämmig bild av att radikala förändringar behöver göras i vård- och omsorgsssystemen. Någon har uttryckt det så drastiskt som att det är omöjligt att tillhandahålla vård i det tjugonde århundradet genom en sjukvårdsapparat som utformats på organisations- och ledningsprinciper från artonhundratalet.

De visioner och strategiska inriktningar som vi tagit del av är, om inte identiska, så variationer på samma tema. Det finns också en övertygelse om att IKT har en central roll, och är en strategisk förutsättning, för att visionerna om de nya vårdsystemen ska kunna förverkligas.

Inom EU startade 2008 ett program som ska löpa fram till 2013 - Ambient Assisted Living (AAL) Joint Programme [15]. EU Kommissionen tillskjuter en årlig budget på 25 miljoner euro och de deltagande länderna tillsammans ungefär lika mycket. Tillsammans med industrins delfinansiering av projekten förväntas programmet totalt omsluta i storleksordningen 600 miljoner euro över sex år.

I bakgrundsbeskrivningen pekade man på den utmaning som Europa står inför att kunna möta efterfrågan av vård från en åldrande befolkning med en allt vanligare förekomst av kroniska sjukdomar och ofta multikroniska tillstånd. Det krävs ett ”paradigmskifte” i vård och omsorg som karaktäriseras av:

- Mer individualiserad vård
- Mer vård i hemmet
- Mer förebyggande insatser, inkl riskbedömningar
- Mer egenvård
- Mer och bättre informationshantering

I en rapport sammanställd på uppdrag av EU kommissionen formuleras situationen så här:

> *"Furthermore, chronic diseases are on the increase, as are their management costs. All these factors are starting to place additional strain on European healthcare systems. The emerging situation will not be sustainable unless action is taken at all levels to change the way healthcare is delivered."*

I rapporten Health Informatics Review från Department of Health [14] slår man fast att behovet av "high quality information" inom NHS samt omsorgen i England aldrig varit större. Slutsatser och rekommendationer grundas på en omfattande dialog där 1400 intressenter – anställda inom NHS, patienter, allmänhet, frivilligorganisationer och professionella organisationer - varit aktiva. Rapporten lyfter fram en vision som kännetecknas av en rättvis, behovsanpassad, säker och effektiv vård av hög kvalitet.

De allra flesta som deltog i dialogen anser att tillgången till information är avgörande, för att nå den höga nivå på patientsäkerhet, kvalitet, patientupplevelse och effektivitet som rimligen kan förväntas.

Det finns också en tydlig insikt om att IKT inte kan "leva ett eget liv". De nödvändiga förändringarna i sjukvårdssystemet är styrande för vilka tjänster som behöver utvecklas. Patienter vill veta vilka alternativ som står till buds för att kunna göra sina val. Vårdpersonal behöver pålitlig och relevant klinisk information för att kunna ge rätt behandling till patienter. Allmänheten förväntar sig att de som leder vård och omsorg säkerställer kvalitet i vården genom att beslut baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

I Kanada har Canadian Home Care Association tagit fram en rapport "Integration through ICT for Home Care in Canada" [12] där man bl a uppmärksammar den obalans vad gäller investeringar i IKT, som finns mellan sjukhussektorn och primärvård/ kommunal vård/hemsjukvård. Det finns en insikt hos beslutsfattare om att alltmer av vården kommer att tillhandahållas i eller närmare patientens hem, men det har inte i tillräcklig utsträckning påverkat de strategiska besluten och resursfördelningen.

Även om akutsjukvården omfattar viktiga och betydelsefulla händelser för den enskilde, är det den långsiktiga relationen till vården som har störst betydelse för de många äldre kanadensare och kanadensare med kroniska åkommor. Denna relation

byggs i första hand mot primärvård och kommunal vård och omsorg och allmänheten har höga förväntningar på sjukvårdssystemet. Man förväntar sig att informationen ska följa patienten när olika vårdgivare anlitas, skydda integriteten, ge möjligheter att påverka beslut, garantera säkerheten och att man snabbt ska få information och besked om resultat mm. En smidig och fullständig integration av olika vårdtjänster dominerar den aktuella agendan för sjukvården i Kanada och man betraktar IKT som en ”möjliggörare” (enabler) för detta. Forskning visar att IKT är en avgörande faktor för att teamkommunikation, förnyelse och samverkan ska fungera.

Michael Porter, en av de ledande forskarna kring marknadsutveckling, har på senare år ägnat sig åt att studera den amerikanska sjukvården [18]. Han hävdar bl a att det är bra att göra ständiga förbättringar, men att detta inte räcker för att komma tillrätta med de strukturella problemen. Han påstår vidare att den konkurrens som finns idag inte har någon koppling till värdeskapande och att en sjukvårdsreform måste baseras på förutsättningen att den ska resultera i det. Målet måste vara att skapa patientvärden, inte att i första hand sänka kostnaderna. Vidare måste vården organiseras kring ”medical conditions” och omfatta hela vårdepisoden. Ersättningssystemen måste förnyas, så att värdeskapande blir lönsamt, menar Michael Porter.

Det finns en mångfald av sjukvårdssystem i USA. En grupp forskare med prof. Paul Batalden i spetsen studerade tjugo av de bäst presterande systemen för att förstå varför de så väl lyckades skapa värde för patienterna. Studien inriktades mot sjukvårdens minsta enheter, där vårdpersonalen möter patienterna. Dessa framgångsrika s k kliniska mikrosystem (clinical microsystems) karaktäriseras bl a av att de har ett kompetent ledarskap, ett starkt patientfokus, en ”informationstät” miljö och en starkt värdebaserad kultur. De arbetar med systematiska förbättringar för att öka sin kunskap om de resultat de uppnått och för att utveckla sina processer. Resultaten av studien presenterades i Joint Comission Journal on Quality Improvement under perioden september 2002 till oktober 2003 och i artiklar av Batalden m fl [19]. Mikrosystem har blivit ett begrepp och en modell för högpresterande, värdeskapande vård som fått en viss spridning i USA och Europa, med bl a Landstinget i Jönköping som en aktiv part. Det koncept som vi vill utforma i VVP harmonierar väl med de principer som dessa högpresterande mikrosystem baseras på. . Därför återkommer vi längre fram till kliniska mikrosystem, speciellt den dimension som rör informationshanteringen. (se avsnitt 7.3-7.4)

De nordiska länderna ser liknande utmaningar som västvärlden i övrigt. För att ta Danmark som exempel så har man i sin nationella IT-strategi beskrivit den förväntade utvecklingen och tagit fram en vision av den framtida sjukvården som ska ha hög kvalitet och vara resurseffektiv. Visionen karaktäriseras i övrigt bl a av att patienter och medborgare kommer att bli allt mer involverade och att samarbetet mellan olika aktörer utvecklas. IKT ska stödja den övergripande visionen och är inte ett mål i sig. Danmark är sannolikt det land som kommit längst i breddinförande av kommunikationstjänster i

vården. Beräkningar visar att men bara under 2008 har sparat över en miljard Dkr genom att använda IKT för överföring av olika typer av meddelanden [17].

Denna internationella utblick visar att de policydokument som utformats på nationell nivå i olika länder är ganska samstämmiga och pekar på att vården, så som den bedrivs idag, inte kan förväntas klara framtidens behov. Detta gäller även för ett antal svenska dokument, som den Nationella IT-strategin [4], Socialstyrelsens God Vård [20] m fl.

Den enskilt viktigaste trenden, som vi ser det, är den fundamentala förändring som successivt sker genom att patienter och närstående blir allt mer informerade och allt mer delaktiga i vård och omsorg. Rollerna för de viktigaste aktörerna (vård- och omsorgspersonal, patienten och närstående) förändras och kommer att utgöra grunden för de nya förutsättningar som vården har att arbeta med och anpassa sig till.

Det leder också till att informationssystem och e-tjänster behöver utvecklas för att också möta behoven av information hos patienter och närstående. Den utveckling som skett på Internet de senaste 5 åren har inneburit att man på olika sätt ökar möjligheten att interagera med och mellan användare. Inom vård och omsorg finns många som vill använda internet för att söka information, utbyta erfarenheter med andra som har liknande problem, samverka och bidra till att bygga kunskap. Ingela Josefsson har i sin avhandling visat hur människor på nya sätt använder internet för att skapa värde i hanteringen av sina (kroniska) sjukdomstillstånd. [21]

Den största utmaningen ligger dock inte i att formulera policydokument eller att skissa på nya visioner, utan i att hitta effektiva former att driva förändringsarbetet mot de nya visionerna samt att färdigställa och implementera e-tjänster som stödjer det arbetet.

Därför har vi i VVP projektet arbetat med slutanvändare och brukare på fältet för att kunna beskriva hur förändringsarbetet skulle kunna utformas. Vi återkommer till detta i avsnitt 8. Först beskriver vi i nästa avsnitt ett vårdkoncept som bland annat bygger på en ny patientroll och som säkrar patientens medverkan till ett ökat värdeskapande. Detta koncept förutsätter tillgång till information och nya möjliggörande e-tjänster. Dessa beskrivs i avsnitt 7.

6 Förslag till ett nytt vårdkoncept - en patientprocess som skapar värde

Uppfattningen om värde är högst individuell och en värdeskapande process kan bara skapas genom att patient och närstående får en reell delaktighet i vården och planeringen. För att inte denna ska bli godtycklig och personberoende så bör den byggas in i arbetsrutiner, metoder och förhållningssätt. Ambitionen är att individualisera vården – dvs. sätta in de åtgärder som skapar värde för patienten.

Det ställer krav på förmåga att fånga upp vad patienten uppfattar och uttrycker som värdeskapande samt flexibilitet som möjliggör en löpande anpassning till ändrade prioriteringar och nya behov. För att teamet som ansvarar för vården ska kunna arbeta så, måste organisation och andra förutsättningar skapas som gör det möjligt att tillhandahålla denna individanpassade, värdeskapande vård.

I detta avsnitt ska vi försöka beskriva det Vårdkoncept som vi utformat i VVP. Vi utgår från att patienten är en äldre, multisjuk person med en långvarig relation till vård och omsorg och med behov av olika insatser från olika kompetenser. Vården utförs ofta i patientens hem eller i den kommunala omsorgen.

I detta sammanhang är det viktigt att definiera och förstå hur patientprocessen ser ut för just denna kategori patienter. Hur den skiljer sig från en mer traditionell, standardiserad process. Vi ska också titta på hur det som utförs relaterar till värdeskapande.

> Syftet är inte att vara normativ utan att visa på möjligheter att utveckla verksamheten. Varje verksamhet måste finna sina former och bidra till att bygga kunskap som leder till en hållbar vård och omsorg – ett bättre värdeskapande och ett effektivare resursutnyttjande.

Ett av de större problemen i vård och omsorg idag är att samverkan inte fungerar. Detta gäller särskilt när flera huvudmän är inblandade. Innan vi går in på processer och metoder så ska vi därför titta lite närmare på de organisatoriska förutsättningarna.

6.1 Organisera för kontinuitet, samverkan och effektiv resursanvändning

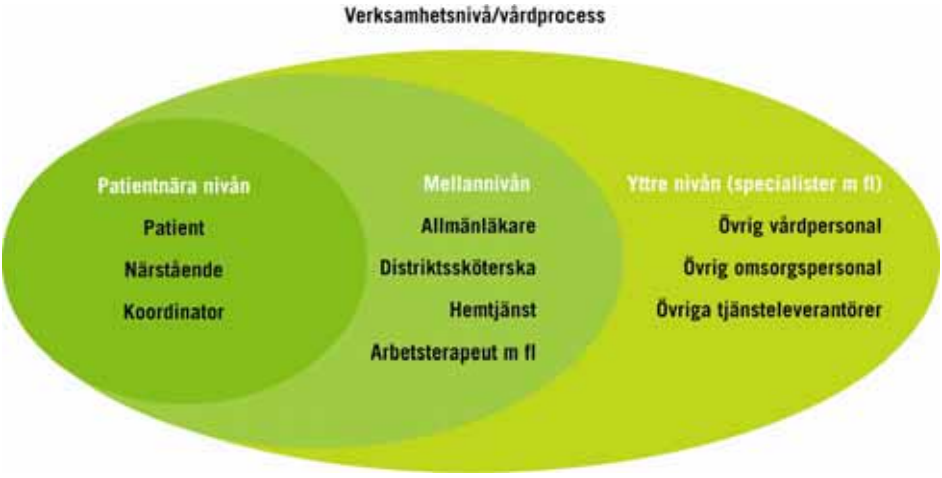
Ett stort problem i dagens vård och omsorg är att patienterna kommer i kontakt med alldeles för många vård- och omsorgsgivare, med alldeles för specialiserade uppgifter. När dessutom informationsförsörjningen fungerar dåligt, kommer patienten att uppleva kvalitetsbrister och otrygghet. Här kan vi faktiskt tala om att värde förstörs, snarare än

skapas. En annan konsekvens är att sannolikheten för dubbelarbete ökar. Ytterst kan det påverka patientsäkerheten. Därför måste vård och omsorg organiseras på så sätt att det blir en så god kontinuitet som möjligt, samtidigt som samverkan och god resurshushållning säkras. Vår utgångspunkt är att patienter i vår patientgrupp behöver ett team som tillhandahåller den absoluta merparten av den vård och omsorg som patienten behöver. Detta team leds av någon som tagit på sig rollen som vårdkoordinator.

Koordinatorn har en mycket ”tät” kontakt med patienten och ibland även med någon närstående. För att fungera väl måste koordinatorn förstå patienten bl.a. genom att skaffa sig en god kunskap om patientens levnadshistoria och vad det är som har betydelse för patienten. Tillsammans bildar de en ”projektledning”, som har ansvar för att fånga upp behov, formulera mål, planera insatser, arbetsfördela och följa upp. Till sitt förfogande har de en projektgrupp med olika kompetenser. Gruppens sammansättning kan variera över tid, men ska innehålla de kompetenser/professioner som den äldre har ett frekvent behov av. Det är viktigt att teamet hålls så litet som möjligt och att det finns en kontinuitet i kontakterna. Teamet är sannolikt sammansatt av vård- och omsorgspersonal som i idag har sin hemmahörighet i såväl kommuner som landsting. Därför bör kommuner och landsting komma överens om samverkan på ett övergripande plan och ge vårdkoordinatorn de befogenheter och resurser som krävs för att kunna möta behoven och skapa värde på bästa sätt. När behoven inte kan tillgodoses av teamet, kommer man att behöva vända sig till andra utförare genom att göra ”beställningar”. Allmänläkare och Pharmacept är två vikiga kompetenser som tidsmässigt gör ganska begränsade insatser, men dessa kan ha stor betydelse för patienten. Ska deras tjänster beställas eller ska de ingå i teamet? Detta ger vi inga svar på utan här måste man själv finna en bra lösning.

Genom att organisera vården och omsorgen på detta sätt där teamet eller det kliniska mikrosystemet klarar av den stora andelen av vård och omsorgsbehovet, så kommer också samverkan att bli mindre komplex och kraven på informationshanteringen att minska. Å andra sidan kommer Valfriheten sannolikt att öka utbudet av olika tjänster, vilket innebär ett behov av ny information för att kunna fatta beslut och för att göra sina framställningar. Bilden nedan ger en illustration av de olika nivåerna.

En förändring av patientrollen är en central del av paradigmskiftet. När vi utformar förslaget till vårdkoncept så har vi utgått från detta. Då kommer också e-tjänster som bidrar till patientens ”empowerment” att bli en viktig komponent[24]. Lika viktig är förändringen av vårdgivarrollen. Den traditionella rollen har etablerats genom decennier och stöds fortfarande i mångt och mycket i utbildning och handledning.



Från ett tjänsteinnovationsperspektiv kan patienten betraktas som en underskattad och dåligt tillvaratagen resurs. Att en person som lider av något, definitionsmässigt blir en passiviserad ”patient” när kontakt etableras med den som behandlar honom/henne, är en roll som inte skiljer sig så väldigt mycket från det som fanns redan på artonhundratalet. En ”patient” beskrivs, betraktas och behandlas (”ageras på”) som en passiv mottagare av något från en tjänsteleverantör, en tjänsteleverantör som avbördar patienten lidande, men som i gengäld tar dess autonomi. Detta är naturligtvis en orättvis beskrivning eftersom hela skalan finns representerad i vården, men sann i den meningen att det där finns en stor utvecklingspotential. Inom andra sektorer är rollen ”medskapande” allt mer viktig av två skäl, effektivitetsskäl och riskminimering. Det är utomordentligt riskfyllt att utveckla tjänster där man inte har en god uppfattning om vad kunderna tycker och tänker. Och om kunden inte tycker om den nya tjänsten alls eller bara lite grann, har man som tjänsteleverantör ett problem med sin kundrelation.

6.2 Hur ser den patientprocess ut som möter individuella behov och skapar mest värde för patienten?

Den kunskap som vunnits i projektarbetet kombinerat med tidigare erfarenheter och kunskaper hos projektdeltagarna har lett fram till den vision av en ny vårdmodell, som tillgodoser de nya kriterier på god vård som vuxit fram under senare år. Vi avser då i första hand en ny och mer aktiv patientroll (inkl närstående), en vård som lägger stor vikt vid prevention samt en vård som är utformad för att skapa största möjliga värde för patienten. Allt detta samtidigt som vården ska vara effektiv på så vis att de tillgängliga resurserna utnyttjas på bästa sätt.

I arbetet med att utveckla en ny modell för denna målgrupp har vi använt (väl)kända metoder, teorier och företeelser och kombinerat dem på ett innovativt sätt.

För att skapa bättre organisatoriska förutsättningar har vi använt relativt stora delar av projektmodellen och modifierat den, för att på ett flexibelt och individanpassat sätt kunna utforma och bemanna teamen – allt för att ge patienten bästa stöd och för att nå de uppsatta ”projektmålen”.

Vi har tillämpat ett processorienterat synsätt för att styra olika insatser och aktiviteter, men vi har också identifierat brister i de traditionella processmodellerna. Som beskrivits i tidigare avsnitt är det väsentliga skillnader mellan en *patientorienterad process och patientens process.* Detta blir särskilt viktigt att beakta när målet är att skapa värde för patienten.

För att säkerställa att rätt saker görs, blir målformuleringen kritisk. Det blir också nödvändigt att arbeta iterativt för att få en dynamik i processen och för att undvika att statiska mål försvårar hanteringen av nya problem som uppstår. För att skapa värde för patienten blir det viktigt inte bara vilka mål som sätts, utan också hur de utformas och av vem. Här blir det självklart att patienten och närstående involveras och får ett så stort inflytande som möjligt. Detta kan bara ske om den personal som finns i teamet runt patienten arbetar på ett s k relationsinriktat sätt [22]. I det koncept som växer fram på denna grund kan även olika preventiva insatser föras in på ett naturligt sätt.

För att sedan kunna implementera en ny vård- och omsorgsprocess kan kända kvalitets-verktyg, i första hand PGSA-hjulet - men även fiskbensdiagram, fyrfältstabeller och värdekompassen, komma till användning. Dessa verktyg har en bred förankring i vården, men har mest använts i förbättringsarbete på organisationsnivå och endast undantagsvis på individnivå. I VVP-konceptet vill vi pröva att konsekvent använda kvalitetsverktygen för ett ökat värdeskapande i den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

6.3 Några tankar kring hur projektmodeller och kvalitetsverktyg skulle kunna appliceras på den individuella patientprocessen

I en bra vård- och omsorgsprocess/vårdplanering eller vårdsystem arbetar ledning och personal kontinuerligt med att kartlägga, analysera, samtala och reflektera för att ständigt förbättra sin verksamhet. Viktiga förbättringsområden är kontinuitet, kompetens, tillgänglighet för att ge rätt vård i rätt tid, bemötande samt samverkan för att åstadkomma en smidig process för patienten.

I samband med utvecklingsarbete inom de flesta branscher och samhällssektorer, används projektmodellen för att organisera och styra aktiviteterna. Projektformen används många gånger i komplexa samverkanssituationer där olika kompetenser från

olika organisatoriska enheter ska samarbeta för att nå ett gemensamt mål. De principer som projektmodellen baseras på, används naturligtvis också i olika sammanhang i vården, men då inte på patientnivå i det direkta vårdarbetet. De skulle också kunna tillämpas för att organisera vården för en patient med sammansatta vårdbehov. På samma sätt kan kvalitetsverktyg som PGSA och Värdekompassen användas för att formulera mål, identifiera förbättringsmöjligheter (i hälso- eller sjukdomstillstånd), planera åtgärder och följa upp resultat för den enskilde patienten.

Fördelen med projektmodeller och kvalitetsverktyg är att de är kända, brett accepterade och spridda. Kvalitetsverktygen är pedagogiska och utformade för att skapa delaktighet. De stödjer lärande och är lätta att ta till sig. Att använda kvalitetsverktygen i planering och genomförande av vårdinsatser skulle motivera patienter och närstående att ta en mer aktiv roll, bli mer delaktiga och engagerade. Det motsatta inträffar ju när professionen pratar ”över huvudet” på patienten och förstärker sitt övertag med obegripligt fackspråk. Kvalitetsverktygen skapar också struktur och överblick, vilket ökar engagemanget och förutsättningarna för alla involverade att bidra och att utföra sina åtaganden.

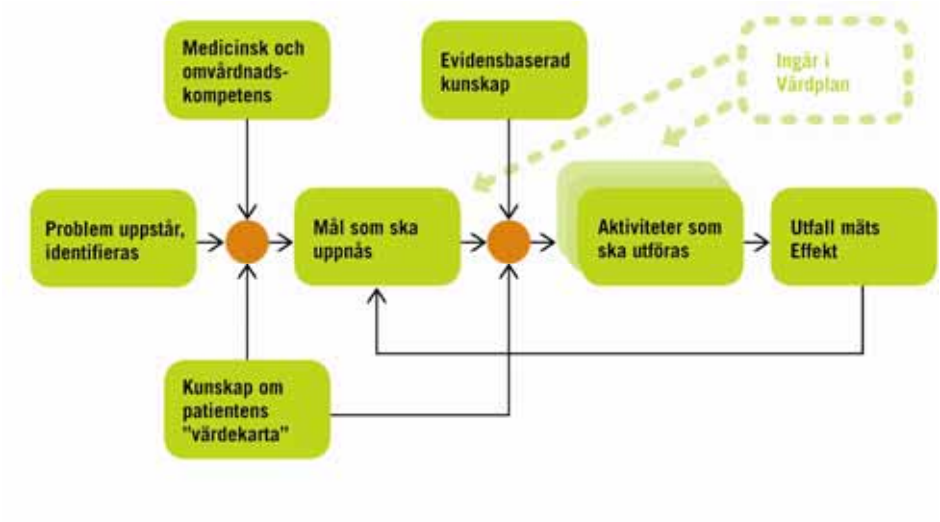
Något förenklat och anpassat kan patienten ses som ett projekt. Målet är att skapa så mycket värde som möjligt under ”projektets” livstid. Detta kan ske både genom att åtgärda problem som uppstått och genom att hindra att de uppstår (vårdprevention).

En verksamhet kan då dimensioneras för att driva ett visst antal projekt. Verksamheten ansvarar för att identifiera och starta nya projekt när det är motiverat. Projektet startas när en patient ”kvalificerat” sig för det, exempelvis genom att ha uppnått en viss ålder eller genom att patienten har ett så omfattande vård- och omsorgsbehov att det är motiverat att starta ett projekt. Även patienter som kanske inte är i omedelbart behov, men som ligger i ”riskzonen”, bör omfattas av vårdmodellen. Genom att arbeta proaktivt kan man skapa en beredskap och undvika att överaskas av plötsliga förändringar i hälsotillståndet som lätt kan bli kaotiska. Om vården då inte kan hantera situationen så blir den motsatsen till värdeskapande något många har fått erfarenhet av i samband med besök på sjukhusens akutmottagningar.

Gurner – Thorslund beskriver i sin bok ”Dirigent saknas” [23] hur brister i samverkan leder till att äldre far illa. De efterlyser en ”dirigent” – någon som kan fungera som projektledare. ”Dirigenten” ska tillsammans med den äldre, och i bästa fall också en anhörig, kunna utgöra ”projektledning” i det aktuella fallet. De planerar och beslutar om vilka förbättringar/mål som ska uppnås, vilka insatser som ska sättas in och vem som ska utföra dem.

Det är i Vårdplaneringsprocessen allt detta ska hanteras. Den blir alltså avgörande för om rätt insatser sätts in. Våra ansträngningar att grafiskt beskriva den, resulterade i

följande modell. Modellen bygger vidare på resultat från projekten Intercare, Sams och Mobisams.



Planeringen behöver vara dynamisk. Mål ska kunna omformuleras och modifieras. Nya mål ska kunna sättas. Mål som inte längre är viktiga ska tas bort. Patientprocessen ska hela tiden kunna ändras när händelser inträffar som ger nya förutsättningar för den vård och omsorg som ska ges.

Därför ska modellen ses som en del i en iterativ process. Det kan vara lämpligt att identifiera de viktigaste behovsområdena för att därefter gå in i en mer konkret målformuleringsfas. Input i målformuleringsprocessen kommer från iakttagelser och observationer, från den professionella kompetensen och från patientens värdekarta. Detta ska vävas in i och påverka den dialog som leder fram till målen. Här blir patientens värdekarta viktig. Den vägleder och anger vad som är viktigt och vad som är mindre viktigt. Genom att ta reda på vad patienten värdesätter och genom att involvera patient och närstående i planeringen så kan ”rätt” problem adresseras. Naturligtvis måste detta balanseras med den professionella kunskap som vårdkoordinatorn och andra nyckelpersoner i teamet kan bidra med. Rätt satta mål leder till förbättringar. För varje mål eller förbättringsarbete kan PGSA-metodiken användas för att systematisera och strukturera. När målen väl formulerats så gäller det att klara ut vilka insatser av olika slag – från olika kompetenser, från närstående och från patienten själv som behöver sättas in. Även här kan valet av åtgärder påverkas av patientens värdekarta men naturligtvis också av vad evidens – kunskapen, vetenskap och beprövad erfarenhet – kan tillföra. Sista steget i modellen ovan, och i PGSA, är att mäta och analysera utfall och resultat av gjorda insatser. Beroende av utfallet tas nya beslut. Ibland kan

problemet vara åtgärdat, i andra fall kan kunskap ha vunnits om att problemet faktiskt ser lite annorlunda ut och att ett nytt mål behöver formuleras och nya åtgärder sättas in.

6.4 Värdeskapande som utgångspunkt för att formulera individuella mål för patientens vård och omsorg

I dialogen kring vilka mål som ska sättas, relateras målen – direkt eller indirekt – till patientens ”värdekarta”. Detta förutsätter, eller underlättas naturligtvis av, kontinuiteten och den nära kontakten mellan patient och vårdkoordinator. Detta arbete sker löpande i takt med att nya problem uppmärksammas, men kan naturligtvis också göras med vissa bestämda intervall om vårdsituationen medger det.

Genom att använda PGSA skapas struktur och systematik i detta arbete. Målen blir tydliga och formuleras tillsammans med patient och närstående. På så sätt säkras att målen ska leda till något som tillför värde till patienten. De blir också naturligt att involvera patienten när val av insatser ska göras och när det är dags att följa upp att de insatser/åtgärder som sätts in verkligen leder till att målet nås. Patienten får större möjlighet att påverka planeringen. Därmed inte sagt att alla äldre förmår utöva sitt inflytande, men ambition och inriktning ska var denna.

Modeller som överensstämmer med detta synsätt är bl a Modellen för Relationsinriktat Arbetssätt [22] som prövats med goda resultat i flera verksamheter bl a i Västra Götalandsregionen.

6.5 Vårdplanering som syftar till att uppnå de individuellt formulerade målen

När vi nu vill beskriva hur patientprocessen för äldre skulle kunna utformas, utgår vi från att de aktiviteter som utförs i processen ska skapa så mycket värde som möjligt med de resurser som finns att tillgå. Aktiviteter som inte skapar värde ska undvikas.

För den aktuella patientgruppen är det inte möjligt att utforma ett strikt samband mellan ett övergripande mål och evidensbaserade insatser. En vital äldre kan, genom att olika händelser inträffar, snabbt bli en skröplig och starkt vårdkrävande patient. För dessa patienter är det naturligt att nya problem uppstår. Nya mål formuleras och åtgärder/aktiviteter planeras. Det innebär att teamet måste ha förmåga att snabbt ställa om till nya insatser. Eftersom framtiden inte är förutsägbar, speciellt inte för dessa patienter, skulle den samlade patientprocessen bli summan av ett antal delprocesser, alla med sina tydliga mål som formulerats tillsammans med patienten. Detta planeringsarbete dokumenteras med hjälp av PGSA-hjul (se exempel i avsnitt 8). I planeringen tar man ställning till vilka åtgärder som ska sättas in. Även dessa val har betydelse för värdeskapandet. En del aktiviteter kan uppfattas som mycket negativa av patienten medan andra har en mycket mer positiv upplevelse. Patienten och närstående kan

därför på ett naturligt sätt delta i planeringsarbetet och få ett inflytande över val av åtgärder och även vem som ska utföra dem.

Det kommer att bli flera hjul under arbetets gång. För att nå målen blir det ibland möjligt att använda standardiserade/evidensbaserade delprocesser. De vårdplaner som tas fram kan då delvis baseras på evidensbaserad kunskap, något som eftersträvas och efterhand kan utökas. E-tjänster som stödjer och underlättar användningen av evidensbaserade insatser kommer att bli viktiga för att få kvalitet i arbetet.

Naturligtvis kan man tänka sig mängder av olika preventiva insatser och att prioriteringar behöver göras. I planeringsarbetet, särskilt om många insatser behövs, kan kvalitetsverktyg som exempelvis fyrfältstabell och fiskbensdiagram komma till användning för att skapa struktur och stödja prioriteringar.

En annan konsekvens av ovanstående resonemang är att det som är av värde för en patient inte nödvändigtvis behöver vara det för en annan. Vårdplaner kan och bör grundas på någon form av vårdprogram med evidensgrund där så är möjligt – men måste alltid individualiseras genom en avstämning mot den enskilde patientens värderingar och uppfattningar om vad som skapar värde.

Mycket kunskap finns att hämta från Landstinget i Jönköpings län, som bl a tilldelats Guldskalpellen 2008 för vårdprevention med inriktning på trycksår, fall och nutrition. Utgångspunkterna för vårdprevention är:

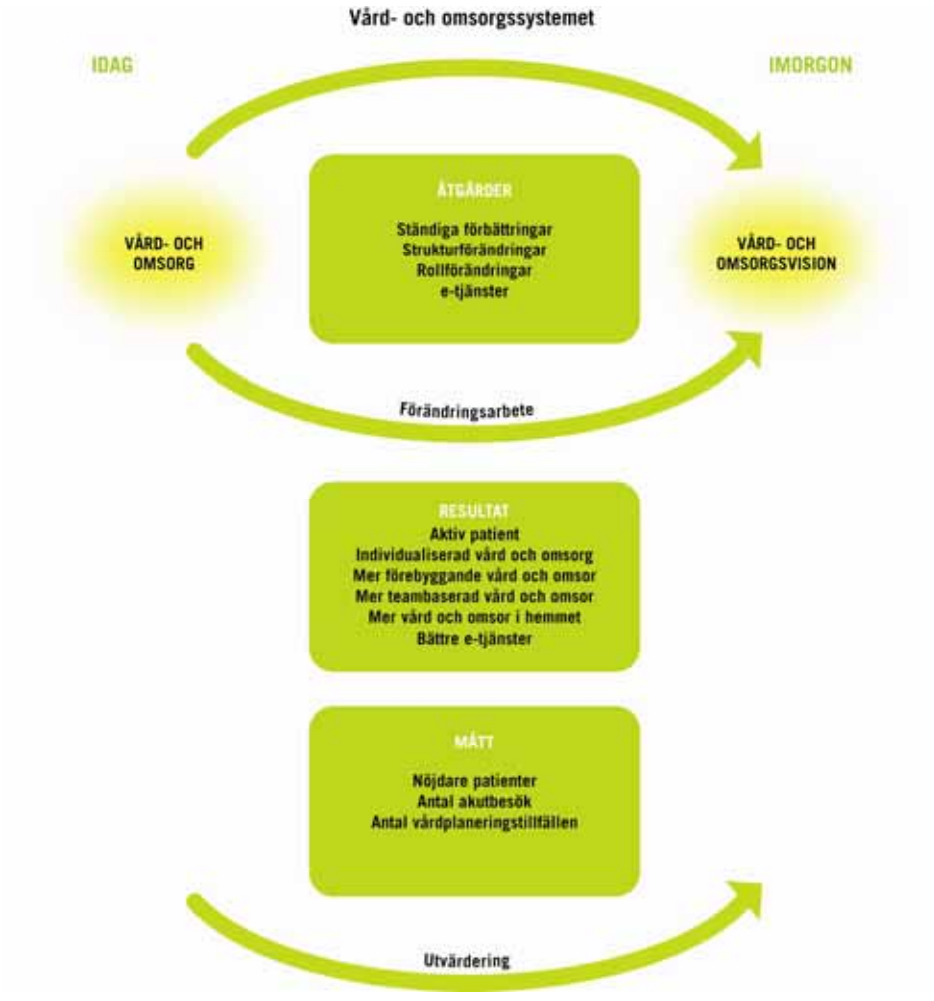
- Bygg in prevention som en prioriterad ansats.
- Identifiera risker som fallskador, nutrition, trycksår, biverkningar och interaktion.
- Identifiera riskpatienter som kräver särskild uppmärksamhet.

6.6 Kvalitetsverktyg som PGSA och Värdekompassen för att stödja patientarbetet

När målen har satts planerar man vilka aktiviteter som behöver sättas in. Här skulle PGSA-hjulet komma väl till pass. På denna nivå bör det, åtminstone för vissa problem, vara möjligt att standardisera eller evidensbasera insatserna. I en sådan här arbetsmodell kommer patienten att få stort inflytande. Att diskutera sin situation utifrån symptom, problem, mål och möjliga insatser är i de allra flesta fall möjligt för äldre eller utsatta patienter. I planeringen ska naturligtvis patientens egna förmågor tas tillvara så långt möjligt.

Modellen kan också användas i preventivt/förebyggande syfte. Detta är viktigt eftersom det ofta inträffar händelser som får starkt negativa – ibland katastrofala – konsekvenser. Det går att uppskatta risken för att sådana händelser inträffar och åtgärder kan vidtas för att undvika dem. Exempel på sådana händelser är fallskador, infektioner, bensår, läkemedelsbiverkningar, uttorkning/undernäring m fl.

Omsatt i vardagsaktiviteter innebär detta en intensifierad interaktion över områdesgränser och hierarkiska gränser, patienten som delaktig i värdeskapandet, ett gemensamt lärande mellan vård- och omsorgspersonal och patient, ökat teamarbete där tydliga arbetsgränser reduceras till fördel för den gemensamma potential som skapas i det kollektiva intellektet samt ett serviceperspektiv (d v s att patientens önskningar och behov sätts före organisationens).



Att som patient och anhörig arbeta (i ett team) tillsammans med vårdpersonal, skulle skapa både en större helhet, bättre kontinuitet, ökad trygghet samt delaktighet. Det

finns indikatorer (som givetvis behöver undersökas grundligare) på att den totala tiden både för sjukvården och patienten skulle minska samt ledtiderna kortas betydligt, om ett sådant perspektiv och arbetssätt skulle införas. Missförstånd skulle kunna minimeras och därmed även felbehandlingar, onödigt lidande och klagomål. Även beslutsfattande skulle ha potential att både bli tillförlitligare och snabbare med en sådan ansats. Dock behövs det en annan uppsättning antaganden för att omforma vården mot ett ökat värdeskapande fokus för patienten. ”Vårdmaskinen” går inte att köra fortare, eftersom den inte är en maskin!

Transformeringen till ett nytt vårdkoncept illustreras översiktligt i bilden. Olika åtgärder behöver sättas in för att realisera visionen. En lyckad transformering leder till resultat som omfattas av och karaktäriserar vårdvisionen. För att säkerställa att förändringsarbetet ger önskade resultat så sker en löpande utvärdering av de resultat som uppnås. När ett förändringsarbete påbörjas blir det viktigt att konkretisera vårdvisionen i mätbara resultat och klara ut vilka mått som relevanta och hur mätningarna ska gå till.

För VVP är nu utmaningen att i nästa avsnitt beskriva e-tjänster som möter de nya kraven och för att därefter beskriva hur ett genomförande skulle kunna gå till.

7 e-tjänster

7.1 Inledning

I förra avsnittet skisserade vi ett nytt vårdkoncept. För att kunna förverkliga visionerna krävs ett omfattande förändringsarbete. IKT och e-tjänster är en viktig del i detta. De kan vara direkt nödvändiga för att skapa den informationsförsörjning som ett förändrat arbetssätt kräver eller som krävs för att patientens roll ska kunna förnyas mot en informerad, delaktig och medbestämmande patient [24].

Det finns en bred samsyn om att IKT och e-tjänster är en strategiskt viktig resurs för att kunna realisera de nya vårdvisionerna. De befintliga IT-systemen möter inte kraven från verksamheterna idag och de kommer i än mindre grad att klara kraven från de nya vårdkoncepten.

IT-avdelningarna har länge haft, och har fortsatt, makten över IT-investeringarna. Många olika hänsyn ska tas – ekonomi, säkerhet, funktionalitet, mm. - resurserna räcker inte till allt och underhåll och drift av befintliga system gör att det utrymme som finns kvar till utveckling och till att pröva nytt är mycket begränsat. Detta är särskilt besvärande i en tid då radikalt nya förutsättningar snabbt växer fram.

De flesta kommuner och landsting är i händerna på de stora IT-leverantörerna som konsekvent strävar efter att befästa sina positioner. Det finns många exempel på kostsamma systeminföranden och missnöjda användare. Flera stora satsningar har helt misslyckats. Det finns undantag och den egenutveckling som skett i Norrbotten ska i rättvisans namn nämnas. Användarna av journalsystemet VAS är nöjda och man verkar ha lyckats skapa en informationsförsörjning som möter kraven. Jämtland och Halland har valt att införa konceptet och dela fortsatta utvecklingskostnader.

Nu görs även nya nationella satsningar som av många betraktas som högriskprojekt. Skulle satsningen på NPÖ lyckas rent tekniskt så återstår det att visa att tjänsterna skapar den nytta som gör att de blir använda.

Samverkan förutsätter att informationsförsörjningen är sådan att de som ska samverka har tillgång till relevant och gemensam information. Här finns stora brister genom att befintliga system inte byggts för kommunikation. Teknikutvecklingen har visserligen gjort det enklare att utbyta information mellan system bl a genom s k WebServices, men i grunden saknas en genomtänkt arkitektur för samverkan. Möjligen kan system som är dåliga att kommunicera med andra bli något mindre dåliga. En del nya e-tjänster har utvecklats för att stödja den samordnade vårdplaneringen i samband med att patienter blir utskrivningsklara från sjukhusens slutenvård. Dessa möter akuta behov,

men räcker i de flesta fall inte eftersom många patienter behöver en löpande samordnad vårdplanering.

7.2 Vilka mönster kan vi se?

Många anser att en radikalt ny design behövs. Det understryks ytterligare av den nya utmaningen som innebär att patienterna själva ska bli mer informerade, aktiva och delaktiga. De system som finns i vård och omsorg har utvecklats för att möta behov hos olika vårdgivare. Patienten har inte betraktats som en kravställare i detta sammanhang. Där kan vi se en påtaglig svängning och insikten om behovet av nya e-tjänster och system har successivt ökat. Sjukvårdsrådgivningen och ”Vården på webben” har starkt bidragit till att nya möjligheter öppnats. Den nya utmaningen är att göra informationen tillgänglig och anpassad också för allmänhet och patienter så att de kan ta ett ökat ansvar både för förebyggande, kurativa och rehabiliterande insatser.

Vi kan urskilja två strategier för att möta behoven av e-tjänster för patienter med sammansatta behov där olika enheter är involverade. Den ena strategi har varit att genomföra samordnad vård- och omsorgsplanering och att utveckla gränssnitt mellan de olika vårdgivarnas befintliga system så att de kan uppdateras och eventuellt uppdatera gemensamma funktioner. Det innebär att man inte skapar några nya strukturer utan cementerar de befintliga stuprören. Denna strategi stödjer mycket lite eller inte alls patient och närstående i deras roller. Den andra strategin som etablerats under de senaste åren kommer från USA och handlar om att skapa patientens journal. Patienten ”äger” då sin information och ger behörighet att ta del av informationen till dem som man anser ska ha det. Tunga intressenter som Google och Microsoft har lanserat produkter grundade på denna strategi. Tanken är att information från datoriserade journalsystem ska kunna exporteras över med automatik och uppdatera de personliga journalerna. Patienten själv äger informationen och avgör vem som ska få tillgång till den. Lösningarna bygger på att dessa tjänster finns på Internet och att det ska vara lätt att abonnera på tjänsten. Den ska vara säker och intuitiv. Det finns dock en hel del frågetecken avseende patientintegritet mm.

Den utveckling vi kan se är inte unik för vård och omsorg utan ligger helt i linje med och är i stora delar sannolikt en direkt följd av mer övergripande trender och företeelser i andra branscher och i samhället i stort. De filosofier som ligger bakom Webb2.0 harmonierar väl med de visioner om nya vårdkoncept som vi beskrivit tidigare och som de kliniska mikrosystemen representerar.

Webb 2.0 ändrar roller mellan kund och leverantör och de blir inte lika tydliga som tidigare. Kunder blir medproducenter (crowd-sourcing) och deltar i problemlösning (crowd-power). Nya affärsmodeller växer fram och nya infrastrukturer skapar nya förutsättningar för utveckling och drift av e-tjänster. Software as a Service (SaaS) är ett begrepp som exempel på detta. Open Source dvs. fritt tillgänglig programvara som kan

vidareutvecklas av både användare och företag måste naturligtvis ses och hanteras i detta sammanhang. Cloud Computing är en annan företeelse som börjar ta form. Den kommer att innebära radikalt nya förutsättningar för att kunna erbjuda e-tjänster och för drift av IT-system. Trots att dessa företeelser funnits några år nu så är vi helt i början av något som vi ännu inte kan se hela vidden av. Om webb1.0 handlade om information så handlar webb2.0 om samarbete, nätverk och samhälle.

Är då allt som tidigare gjorts vad gäller utveckling av datamodeller, informationsmodeller, standards mm. bortkastat arbete? Nej, vi ser det inte så, men vi måste ta till oss de nya förutsättningarna och möjligheterna. Domänkunskapen kan vara avgörande för om man lyckas utveckla e-tjänster som skapar värde. I slutet av föregående avsnitt uttryckte vi det så här:

”Det är utomordentligt riskfyllt att utveckla tjänster där man inte har en god uppfattning om vad kunderna tycker och tänker. Och om kunden inte tycker om den nya tjänsten alls eller bara lite grann, har man som tjänsteleverantör ett problem med sin kundrelation. …”. Detta gäller naturligtvis i hög grad även för e-tjänster.

7.3 Strategi för VVP

Inte någon av de strategier som beskrivits möter behoven av information från VVP-konceptet. Vi förespråkar i VVP en *tredje strategi* som blir en konsekvens av vårdkonceptets utformning. VVP-strategin innebär att vi organiserar verksamheten i kliniska mikrosystem runt patienter och närstående. De gamla stuprören bryts ner. Patienten ingår i teamet vilket innebär att rollerna för patient och vårdpersonal förändras och att informationen blir en gemensam resurs. Så länge patienten finns i sitt ”mikrosystem” så behöver information i princip inte finnas någon annanstans. I primärvårdens och sjukhusens journalsystem räcker det att lägga in information om att e-tjänsten kan anropas och information hämtas om läkare eller sköterska är behörig. När en patient besöker primärvården så bör det kunna ingå i och planeras via den löpande vårdplaneringen och därmed dokumenteras i teamets e-tjänst för detta. När en patient besöker akuten eller blir inlagd på sjukhus så används de informationssystem som finns där och utväxling av vissa strukturerade uppgifter (bl a epikris) kan göras mellan systemen.

I den teoribildning som finns runt kliniska mikrosystem [19] finns också informationsförsörjningen med som en central komponent och budskapet till dem som kan påverka förutsättningarna är:

> *”Medverka till att skapa en informationsrik miljö för både patienter och personal”*

- Det kliniska Mikrosystemets framgång beror på samspelet mellan patienter och personal. De som ingår måste knytas samman på ett positivt och givande sätt så att rätt saker görs, på rätt sätt och i rätt tid.
- Ge alla rätt information vid rätt tidpunkt för att göra jobbet.
- Utnyttja IT-stödet fullt ut som stöd i vård- och omsorgsarbetet.
- Lyssna på allas idéer och knyt samman dem till förmån för patienterna och agerande som stödjer patientarbetet.
- Erbjud flera kanaler för patienter att interagera med mikrosystemet. De ska kunna bidra med information till och ta emot information från mikrosystemet (t ex skriven information, telefon, e-mail, webbaserad information, gruppbesök).

Bilden nedan illustrerar hur dialog och möten mellan vård- och omsorgspersonal, närstående och patienter kan stödjas av olika kategorier av e-tjänster.

Den snabba utveckling som sker på Internet drivs i första hand av ungdomar. Det finns tydliga generationsindelningar där äldre generellt sett använder Internet för att söka information och utföra vissa betalningar – om de använder Internet överhuvudtaget.

För tonåringar är Internet helt naturligt, man lever mer eller mindre uppkopplad och sköter merparten av sina sociala kontakter via nätet. Inom vården kan vi se att de verksamheter som arbetar med barn- och ungdom ligger steget före i internetanvänd-

ning. Vi är övertygade om att även äldre – om än inte de allra äldsta – kommer att använda tjänster på internet för att lära, utbyta erfarenheter och kommunicera med barn och barnbarn, vänner och närstående. De allra flesta av dessa tjänster ligger helt utanför vård- och omsorgsgivarnas kontroll, medan andra kanske inordnas i portaler som drivs av offentliga aktörer.

Ett gott exempel på hur de tekniska möjligheterna har använts på ett kreativt sätt för att överbrygga hinder för ovana datoranvändare är det VINNOVA-stödda projektet IPPI. Där används TV:n som gränssnitt för att kommunicera och samverka. Informationen kan vara allt från videodialog till SMS/mail-kommunikation med medicinkliniken.

Strategin i ett VVP-sammanhang bör vara att successivt utveckla ett förhållningssätt till alla dessa tjänster för att efterhand kunna stödja och ta till sig det som är värdeskapande.

7.4 e-tjänster som stödjer samverkan, kommunikation och lärande

Information vägleder intelligent handlande. Brist på information hindrar möjligheten att agera smart. Följande processer stödjer denna viktiga princip:

- Designa och organisera en arbetsmiljö som ger tillgång till mycket information för att stödja och informera i det dagliga arbetet och för att förstärka viktiga kompetenser som krävs för bra vård och omsorg.
- Skapa flera formella och informella kommunikationskanaler för att informera och involvera alla som ingår i ett mikrosystem - patienter, närstående, personal - information inom rimlig tid.

Det talas mycket om behovet av att olika system ska kunna kommunicera med varandra och de brister som finns i befintliga system. De integrationslösningar som måste göras i den befintliga miljön kan säkert upplevas som underlättande och rationella, men de tenderar samtidigt att cementera befintliga strukturer och processer.

Behovet av kommunikation är också beroende av hur vården organiseras. Det vård-koncept vi skisserar i VVP kommer att innebära ett minskat behov av kommunikation mellan olika vårdsystem eftersom den gemensamma och löpande vårdplaneringen sker i teamet där alla har tillgång till den information som skapas och behövs. Behovet av kostsamma integrationslösningar minskar.

Det är mikrosystemets samverkan med omvärlden, dvs. andra vårdgivare och tjänste-utförare som kräver kommunikation liksom rapportering till olika intressenter. En mer komponentbaserad, service-orienterad arkitektur (SOA) skulle öka flexibiliteten och med hjälp av WebServices-teknologi kan man relativt enkelt och kostnadseffektivt skapa de gränssnitt som behövs (Loosly coupled).

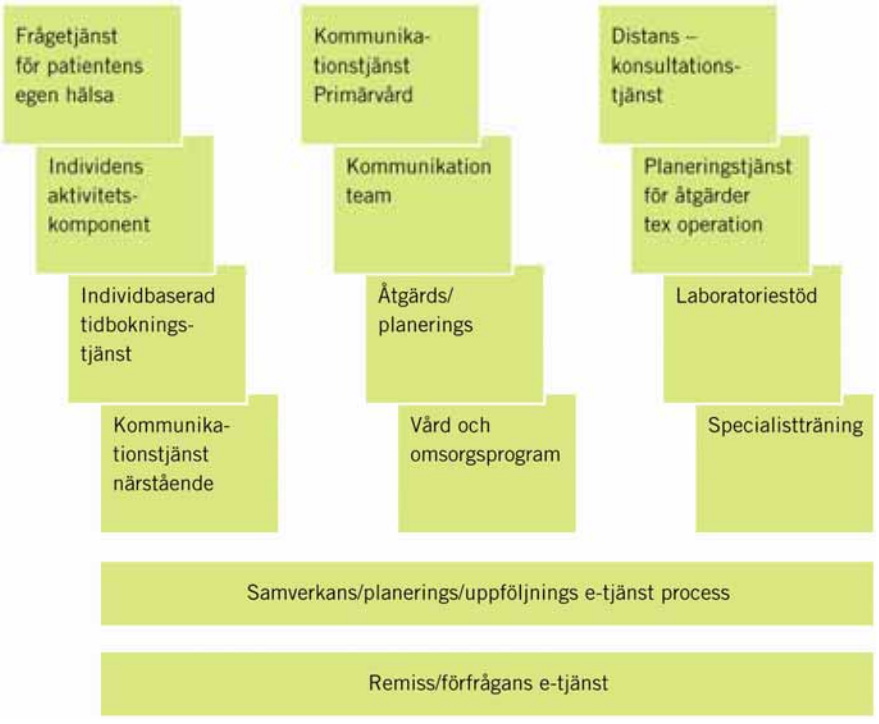
De mest angelägna och värdeskapande e-tjänsterna för kliniska mikrosystem skulle kunna grupperas i fyra större kluster:

- Tjänster som stödjer den löpande vård- och omsorgsplaneringen, vårddokumentationen och uppföljningen
- Tjänster som stödjer kommunikation, tjänstebeställning m m från omvärlden och som kan byggas ut i takt med att det lokala professionella/sociala nätverket byggs ut.
- Tjänster som gör det möjligt att söka information av olika slag på nätet (content) och som skapar möjlighet att bygga nätverk/communities. Detta kan även omfatta spel och underhållning.
- Tjänster/mekanismer som gör det möjligt att integrera olika hjälpmedel och sensorer för distansvård som kan behövas för att trygga en säker vård i hemmet. Olika hjälpmedel för distansövervakning utvecklas hela tiden. De flesta av dessa har sina egna kommunikationslösningar och egna databaser. Det är på sikt ohållbart med alla dessa autonoma system. Information som genereras måste integreras i teamets gemensamma plattform så att den blir en del av den samlade informationen och dokumentationen.

Det gäller att skapa de grundtjänster som gör störst nytta och stödjer det nya konceptet på bästa sätt. Genom att e-tjänsterna till sin natur är mer fristående och kan kombineras på olika sätt så ökar möjligheten att ta till sig funktionalitet i takt med att verksamheten är mogen för det (readiness) efterfrågar det. De nya e-tjänsterna ska också präglas av innovativa grafiska gränssnitt så att exempelvis kvalitetsverktygen kan integreras. Överblick och navigation kommer att vara andra egenskaper som gör att användarna kommer att vilja använda e-tjänsterna och upplever att de är värdeskapande på ett helt annat sätt än traditionella system.

Med bilden försöker vi illustrera hur olika e-tjänster kan stödja verksamheten och olika aktörer i VVP-konceptet.

Verksamhetsnivå/vårdprocess
Patientnära nivån
Patient
Närstående
Koordinator
Mellannivån
Allmänläkare
Distriktssköterska
Hemtjänst
Arbetsterapeut m fl
Yttre nivån (specialister m fl)
Akutmottagning
Specialistsjukvård
(t ex radioterapi, kirurgi etc)
Externa tjänsteleverantörer


Exempel på möjliga e-tjänster per nivå och mellan nivåerna
Frågetjänst för patientens egen hälsa
Individens aktivitets-komponent
Individbaserad tidbokning-tjänst
Kommunika-tionstjänst närstående
Kommunika-tionstjänst Primärvård
Kommunikation team
Åtgärds/ planerings
Vård och omsorgsprogram
Distans – konsultations-tjänst
Planeringstjänst för åtgärder tex operation
Laboratoriestöd
Specialistträning
Samverkans/planerings/uppföljnings e-tjänst process
Remiss/förfrågans e-tjänst

7.5 Processer, samverkan, verksamhetstjänster och krav på e-tjänster

Inledningsvis gjorde vi följande antagande:
Datorstödda informationstjänster kommer att vara en viktig del i att förändra vård och omsorg mot mer processorienterade och samverkande arbetssätt, där individens behov och värdebyggande sätts i centrum. Detta ställer krav på att e-tjänsterna blir mer kommunikativa för att stödja hela individens process (patientprocessen). Sådana implementerade e-tjänster saknas i stort idag [30].

I fortsättningen av detta kapitel ska vi främst gå igenom förutsättningar för att komma tillrätta med detta, och vi riktar in oss på den gemensamma vårdplaneringen, uppföljning av olika aktiviteter och beställning av komplementära tjänster (tjänster utöver dem som det egna teamet kan tillhandahålla).

Tjänster kan avgränsas på verksamhetsnivån:

- Ett exempel är att göra en analys av ett blodprov och rapportera tillbaka resultatet till den aktör som vill ha analysen utförd. Analysen behövs för att kunna bedöma vilken åtgärd som ska sättas in.
- Ett annat exempel kan vara en konsultation där en allmänläkare konsulterar en specialist för att kunna fastställa en diagnos.
- En patient skulle också kunna vara en utförare som ska träna vissa rörelser två gånger per dag under två månader och rapportera rörlighetstillstånd uttryckt på ett visst sätt.

Eftersom det finns många aktörer/ utförare som tillhandahåller olika tjänster så måste tjänster på verksamhetsplanet definieras och beskrivas för att man ska nå de avsedda resultaten för processen. I det VINNOVA- stödda projektet Hälsotjänster (se mer på www.VINNOVA.se) har man studerat tjänstebegreppet noggrannare. Där har man också beskrivit hur t ex en enhet kan beskriva och publicera ett ”utbud” av tjänster för en omgivning.

Utförandet av en tjänst innebär att en aktör utför ett antal åtgärder för att uppnå ett visst resultat. Det är viktigt att det förväntade resultatet av en tjänst är väl beskrivet, eftersom det ofta är upp till utföraren att välja uppsättning av åtgärder för att uppnå ett visst resultat. Den enhet som utför en tjänst kan också behöva samverka med andra enheter under det att tjänsten utförs. Flera olika aktiviteter behöver i detta fall utföras för att uppnå det önskade, sammanlagda resultatet.

För att tjänster på verksamhetsnivån ska kunna utföras effektivt, krävs en god informationsförsörjning. Information kan ses som en ”råvara” i ett informations- och tjänstesamhälle. E-tjänster bör utformas och avgränsas så att de stämmer med

strukturen för de olika tjänsterna på verksamhetsnivån. Det sker i arbetet med att utforma en övergripande arkitektur.

E-tjänsten ska ge ett gott stöd för verksamhetstjänsten och den e-tjänst som ska stödja verksamhetstjänsten ska kunna kommunicera med andra e-tjänster, som dels tar hand om information som lämnas i samband med att verksamhetstjänsten efterfrågas, dels ska kunna lämna information tillsammans med övriga resultat från verksamhetstjänsten om det resultat som har uppnåtts.

Vissa e-tjänster är inriktade på att stödja en viss verksamhetstjänst, andra är inriktade på att stödja hur man hittar, väljer och initierar en verksamhetstjänst ifrån en annan vårdgivare.

Ett exempel på det senare är en remiss- och svarstjänst. Det innebär att e-tjänsten normalt kan ge stöd för att dels hitta en verksamhetstjänst som kan passa ett visst behov i processen, dels identifiera enheter som kan utföra en viss typ av tjänst. I övrigt kan tjänsten också stödja att formulera en frågeställning och peka ut relevant information som mottagaren behöver för att utföra verksamhetstjänsten och samtidigt utgöra en bevakningstjänst så att involverade aktörer kan se status på remissen (om den är läst, fördelad till bedömningsaktör etc.).

Ett annat exempel kan vara en e-tjänst som stödjer initiering, planering och genomförande av en viss verksamhetstjänst inom vård- och omsorg. Det innebär att e-tjänsten stödjer beskrivning av de aktiviteter som ska utföras, stödjer allokering och planering av hur de ska utföras samt stödjer uppföljning av vilka aktiviteter som verkligen är utförda, dess resultat etc.

Processens uppbyggnad ställer krav på verksamhetstjänsternas innehåll men också på vilka egenskaper som e-tjänsterna bör ha.

Vårdplanen är ett viktigt instrument för att hålla samman patientens process, mål som formulerats och de olika aktiviteter som olika aktörer har att göra samt uppföljning av dessa kopplat till målet för planen. Verksamhetstjänsterna bör också omfatta en hantering av dessa vård- och omsorgsplaner så att de är aktuella och relevanta samt att motsvarande e-tjänster kan beskriva planerna, både vad gäller innehåll och hur de hänger samman med varandra.

I föregående avsnitt har vi föreslagit att kvalitetsverktyg som PGSA ska användas i vård- och omsorgsplaneringen. Om detta görs så krävs naturligtvis att e-tjänsterna utformas så att de stödjer ett sådant arbetssätt. Mål, åtgärder och uppföljning ska kunna dokumenteras i former som gör det enkelt för användare att ta del av vad som planerats, vad som gjorts, vilka resultat som uppnåtts men även att skapa nya PGSA-cirklar.

Om det finns olika e-tjänster med liknande funktion att välja på så kan det bli svårt att välja de bästa från olika leverantörer. En verksamhet kan få svårt att hantera detta och

därför kan det vara praktiskt för en leverantör att erbjuda ett kluster av tjänster som fungerar väl tillsammans och som därför skapar mer värde än de enskilda tjänsterna. Ett exempel på ett sådant kluster är ”vårdplaneringsklustret”. Ett sådant kluster består av en sammanhållande tjänst som ”planering”. Tjänster som kan ingå i ”vårdplanerings-klustret” kan vara ”åtgärder” och dess utbud, ”resurser” som medel och individer samt tjänster som” uppföljning” och ”tidbok”.

7.6 Hur utveckla e-tjänster som stödjer verksamhetsprocesser och som skapar värde?

Det finns en ganska utbredd kritik mot att IT-systemen inte skapar den verksamhets-nytta som förväntas och att systemen cementerar gamla strukturer när IT och e-tjänster istället skulle kunna medverka till förnyelse. Systemutvecklingen sägs vara teknik-driven när den skulle behöva vara verksamhetsdriven. I VVP har vi tagit avstamp i en verksamhetsutveckling som har starkt fokus på att öka värdeskapandet för patienterna. Analysen bedrivs utifrån att man vill åstadkomma en vård och omsorg som fokuserar på individens samlade behov. När nya roller, nya processer och nya arbetsformer ska formas så framhålls ofta att e-tjänster kan vara en möjliggörare för att åstadkomma en förändrad vård och omsorg. Som exempel kan nämnas att den nya patientrollen kräver helt annan information än vad som finns tillgänglig i de traditionella systemen. Ökad delaktighet och medbestämmande kräver tillgång till information. I VVP har vi tagit fram en komponent för att tillgodose dessa behov – Patientens komponent [31]. Annan information och e-tjänster som skapar nya möjligheter tas fram av Sjukvårdsrådgiv-ningen, medan åter andra informationskällor skapas av helt nya aktörer.

De mer traditionella planerings- och dokumentationssystemen i vård och omsorg behöver utvecklas med en större helhetssyn och för detta krävs att:

- det finnas ett intresse hos professionella vård- och omsorgsgivare av att fokusera på individens samlade behov och att e-tjänsterna utifrån detta kan stödja med information.
- man lätt ska kunna se de samlade behoven så att man kan formulera det överordnade målet och arbeta i denna riktning.
- man ska kunna få en samlad bild av individens behov och vad som är planerat för denne. Detta ger en insikt om att man måste samordna åtgärder för att skapa största värde för patienten.
- man kan få tillgång till information om alla planerade och genomförda åtgärder för att också kunna följa upp huruvida man har lyckats möta de samlade behoven och om man med insatta åtgärder har lyckats nå önskade resultat

e-tjänster som stödjer ett mer processorienterat synsätt, där man kan stödja samverkan och där individens behov sätts i centrum, behöver kunna kommunicera med varandra

på ett effektivt sätt. En konsekvens av detta antagande blir att e-tjänster i framtiden kommer att vara mindre, och inte i så hög grad sammankopplade i stora ”system”.

Om intentionen är att bygga vård och omsorg för att skapa värden för individen, kan man i ett förändringsarbete definiera de processer och delprocesser som behövs för att skapa dessa värden. När processerna är definierade, kan de arbetsflöden som förverkligar värdena definieras.

Det första steget blir att definiera de processteg som behövs för att bygga de värden som har identifierats. Först behöver man emellertid identifiera vilka värden som ska byggas ur individens synvinkel. Sådana värden kan vara:

- Undvikande av sjukdom.
- Svar på frågan om individens hälsofrågeställning.
- Svar på frågan om vilket hälsoproblem som har hittats.
- Klargörande och konsensus om vad vi ska göra.
- Upplevt förbättrat tillstånd för individen.

7.7 Arkitektur och standards för e-tjänster

I komplexa organisationer som sjukvården måste informationssystemen organiseras enligt någon övergripande modell. Historiskt sett har dessa modeller skapats av de större leverantörerna. Det ledde till slutna system med liten flexibilitet. Systemen blev ett hinder för förändring. I takt med att förutsättningar för verksamheten förändrades så ökade kraven på att system och IKT-tjänster skulle stödja – inte hindra de nya verksamhetskoncepten.

När vi i verksamheten arbetar med processorientering och ständiga förbättringar så har inte de gamla systemen hängt med.

Trots detta ställs stora förhoppningar till vad IKT kan göra för vården. Stora investeringar görs trots att många IT-projekt har misslyckats. Det finns en medvetenhet om risken med teknikdrivna projekt, men trots detta startas hela tiden nya.

Inom näringslivet Enterprise Architecture Planning blivit en process som strävar efter att utforma IT-stödet så att det stödjer arbetet med att nå målen för verksamheten på ett effektivt sätt. Från detta har utvecklingen av tjänsteorienterade arkitekturer (SOA) växt fram. En teknik som har haft stor påverkan på framväxten av SOA är Web Services som gör det möjligt att få system och komponenter att samverka (interoperabilitet) och som underlättar kopplingen mellan teknik och affärsprocesser. Organisationer, och det gäller även sjukvården, förändras kontinuerligt och allt högre krav ställs på att det ska kunna ske snabbt och effektivt, vilket i sin tur ställer krav på arkitekturen för informationssystemen. Med de möjligheter SOA kan erbjuda så ökar möjligheterna att skapa

den nödvändiga flexibiliteten för att kunna möta de nya behov som följer av process-orientering och nya vårdkoncept . Ovan har vi beskrivit ett antal e-tjänster som kan ingå i en gemensam arkitektur. Vi har bara initialt definierat denna struktur i projektet och en precisering behöver göras.

Denna flexibilitet och möjlighet att återanvända tjänster genom att kombinera dem på nya sätt harmonierar väl med det synsätt på förändringsarbete – genombrott och ständiga förbättringar - som dominerar i vården. Det begrepp som används för denna typ av systemutveckling är ”Agile Development”. En annan konsekvens av de tjänsteorienterade arkitekturerna är att det blir möjligt att närma sig från om hur IT-systemen ska byggas, avgränsas och samverka utifrån verksamhetens perspektiv samtidigt utan att ge avkall på effektiva tekniska lösningar.

Ytterligare en aspekt av informationsförsörjningen ska kort behandlas. För att information ska kunna utväxlas mellan system och förstås av användare så måste olika standards utvecklas. Detta har pågått under decennier och det finns mycket kvar att göra.

Det finns standarder på olika nivåer. Varje standards ska användas på den nivån som de skapar nytta för individen och patienten. De standards man inom vård och omsorg har att förhålla sig till är exempelvis på meddelandeöverföringsnivå som openEHR, HISA och HL7. Dessa typer av standards bör användas som referensarkitekturer. Det finns också andra utmaningar när det gäller standarder. Att skapa sammankopplingsbara e-tjänster som stödjer individens samlade process, är något som ännu inte tillräckligt tydligt fokuserats på i det standardiseringsarbete som förekommer idag.

Exempel på detta är de i många sammanhang nämnda standarderna som börjat användas på flera håll i den europeiska miljön, som t ex openEHR och EHRcom. Dessa standarders tar sin utgångspunkt i de klassiska journalsystemen. De kan sägas ha stora begränsningar i ett processorienterat synsätt. Standardiseringsarbetet har hittills utformats i grupper ”vid ett skrivbord”. Kompletterande standarder behövs därför för att kunna stödja individens hela process dvs. den sammanhållande information som behövs för att stödja individens process inom en samverkande vård och omsorg. För att få en utveckling av processorienterade standarder behövs ”fält i verksamheterna” för test och verifiering. Resultaten från verksamhetsfälten kan användas som bidrag till standardiseringsorganens arbete med framtagningen av nya standards, d v s fältarbetet beskriver och ger input till det ”nya processorienterade standardiseringsarbetet”. För att verifiera nyttan utifrån patienten behov krävs fältarbetet för att analysera effekterna av de beskriva modellerna, d v s att de går att använda! Modellerna behöver verifieras och förfinas stegvis eftersom de utvecklas i en successiv process och implementeras i verksamheten. På så vis ökar möjligheterna för den standard som skapas att bli accepterad och använd.

Vi har en tradition av lokalt modelleringsarbete som lett till många variationer på samma tema. Totalt har det inneburit en omfattande insats och många gånger har resultatet blivit just modeller när förmågan eller möjligheten att omsätta modellerna i användbara system har saknats. Många konsulter har haft en god försörjning genom åren, men särskilt mycket nytta i verksamheten har inte skapats.

När den Nationella IT-strategin för vård och omsorg äntligen lades fast som omfattade den också aktiviteter för att utforma gemensamma begrepp och standards. Projektet Nationell Informationsstruktur (NI) har arbetet med att ta fram en processorienterad informationsstruktur. Som ett första steg i NI-projektet har en generisk processmodell för vård och omsorg utvecklats. NI-projektet har sin utgångspunkt i de mål som beskrivs inom ramen för God vård [20] enligt lagstiftarens intentioner samt i målen som den nationella IT-strategin för vård och omsorg[4] formulerat. Projektet utgår från en helhetssyn på vård- och omsorgsprocessen. Informationen som behövs i processen ska kunna hittas, göras tillgänglig, användbar och kunna kommuniceras oberoende av organisatoriska och geografiska gränser. NI-projektets leverans är tre generiska modeller – processmodell, begreppsmodell och informationsmodell och en beskrivning av hur dessa ska användas för att möjliggöra en ”ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation”.

8 Genomförande

8.1 Hur ska nya vårdmodeller/koncept och nya e-tjänster kunna införas på bästa sätt?

Svårigheten ligger i första hand inte i att skapa nya visioner eller designa nya e-tjänster. Utmaningen ligger i att införa dem och använda dem för att skapa värde för patienterna.

I inledningen av detta avsnitt beskriver vi ett användningsfall/scenario som förhoppningsvis ger en ytterligare konkretisering av Vårdkonceptet. Vi ger exempel på metoder, verktyg och arbetsformer som har visat sig användbara och effektiva vid systematisk verksamhetsutveckling i vården och omsorgen. Vi hoppas att de ska kunna vara en inspirationskälla i det lokala förändringsarbetet utan att vara normativ. Beskrivningen gör inte anspråk på att vara komplett. Den är endast exemplifierande och kräver fortsatt utveckling och anpassning.

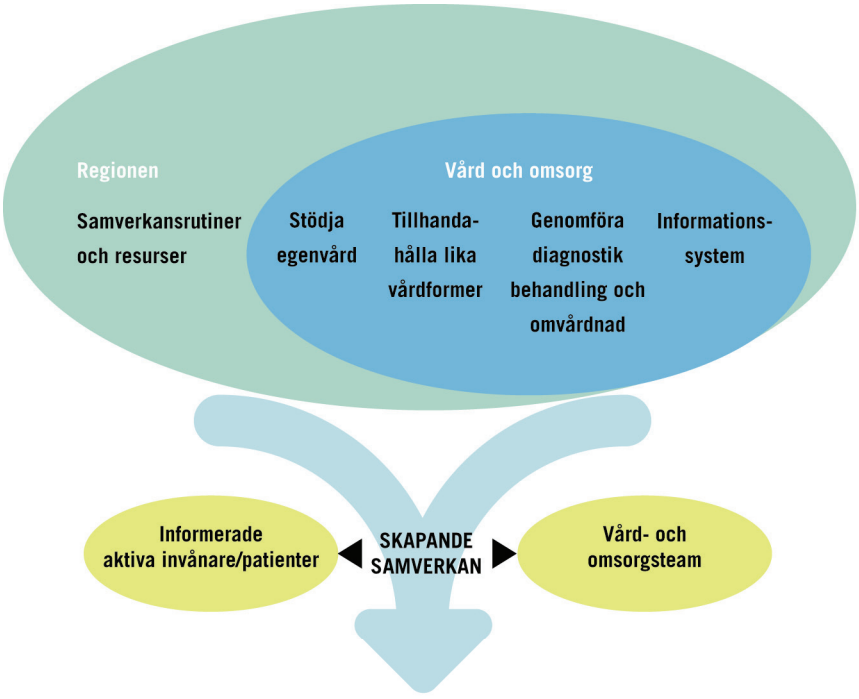
Därefter följer en skiss på införandestrategi och en skrivning som lyfter fram ledarskapets betydelse för att skapa de förutsättningar som behövs för att kunna realisera visionen om en bättre vård och omsorg.

När nya koncept ska införas som bryter mot invanda arbets- och tankemönster, blir det särskilt viktigt att mäta utfall och skapa nya incitamentsmodeller och ersättningssystem som motiverar och inspirerar.

E-tjänster behandlas i avsnitt 7, men en diskussion om hur dessa kan tas i bruk är centralt för detta kapitel.

Enligt Wagners Chronic care model 2001 [26] krävs förändringar på många plan där kunniga och förberedda vårdteam skapar samverkan med informerade invånare/patienter.

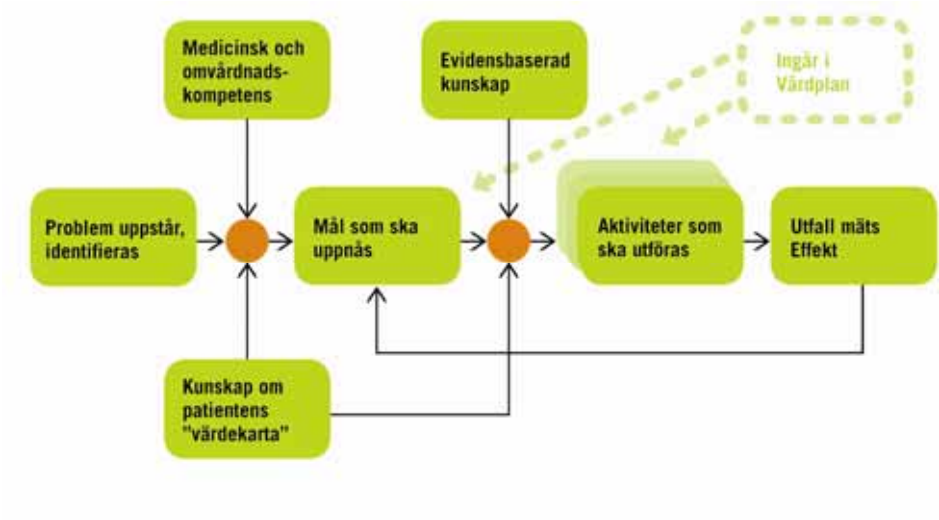
Teamets sammansättning kan och ska variera i storlek och kompetens beroende på patientens vård- omsorgsbehov. Bilden är en variation av Wagners Chronic Care Model.



Bästa möjliga patientvärden och kliniska resultat

Källa: Wagner, Chronic Care Model

Teamets vårdplaneringsprocess följer den modell som vi tidigare presenterat i avsnitt 6:



Den ska ses som en iterativ process där nya observationer och ny kunskap hela tiden påverkar planeringen. Nya behovsområden kan aktualiseras, andra kan upphöra eller nedprioriteras som ett resultat av tidigare insatser.

Vi ska nu omsätta modellen i ett användningsfall grundat i verkligheten och därefter följer en beskrivning av hur de organisatoriska förutsättningarna skulle kunna formas.

8.2 Användningsfall/Scenario

Karin Persson är 86 år och änka sedan några år tillbaks. Hon är född och uppvuxen i en mindre ort där hon har varit yrkesverksam i alla tider. Hon har barn och barnbarn som står henne nära och hennes högsta önskan är att få bo i sitt hus trots att det är numera är alltför stort för henne.

Kommunen och primärvården har infört en ny samverkansmodell och Karin har genom sin höga ålder fått en *vårdkoordinator* – en sjuksköterska anställd i kommunen - med befogenhet att skapa och leda ett *vårdteam*. Vårdteamet är sammansatt så att det kan tillgodose Karins medicinska behov samt omvårdnads- och rehabiliteringsbehov.

Hittills har vårdbehoven varit begränsade så något vårdteam har ännu inte bildats för att möta Karins vård- och omsorgsbehov. Karin har äntligen efter ett års väntetid fått sitt knä opererat. Rehabiliteringsplanen upprättades samma vecka som hon var inlagd för operation. Vid hemgång fick hon ett träningsprogram för rehabilitering i sin hand. Hon har fortfarande smärta och måste använda en rullator.

Vårdkoordinatorns första åtgärd är att besöka Karin på den Geriatriska vårdavdelningen. Genom att de sedan en tid haft återkommande kontakter så känner de varandra väl och vårdkoordinatorn har en god bild av vad Karin värdesätter och tycker är viktigt. Karin är medicinskt färdigbehandlad och klar för hemgång. Det är nu klart att Karin behöver mycket vård och omsorg och att det ska ske i hennes hem.

Vårdkoordinatorn etablerar teamet med viktiga aktörer som träffas i hemmet tillsammans med Karin och närstående i syfte att gemensamt göra en vårdplan. I vårdplanen ingår det bl a en behovs- och riskinventering. En individuell vård- och omsorgsplan utarbetas och den omfattar nu sju behovsområden som var för sig planeras, systematiseras och struktureras med hjälp av ett eller flera PGSA-hjul och med värdekompassen.

Behovsbild och övergripande åtgärder som underlag för en vård- och omsorgsplan:

1 Svårighet att röra sig efter en knäplastik i höger knä

2 Smärta i höger knä pga. knäplastik

3 Risk för fall

4 Minskad matlust

5 Svårt att sköta sin hygien

6 Social isolering, ensamhetskänsla och nedstämdhet.

7 Ej samordnad läkemedelsordination

I respektive vård- och omsorgsplan beskrivs problem, mål formuleras för varje behovsområde. En ansvarig utses och tidsplan för respektive aktivitet bestäms. Vårdkoordinatorn ger feedback och synliggör resultat för teamet. Genom att använda PGSA och Värdekompassen säkerställs att vård och omsorg följs upp utifrån olika funktionella, medicinska, omvårdnads- och nöjdhetsperspektiv samt kostnad.

Vårdkoordinatorn samordnar vården och omsorgen även när den är gränsöverskridande och tar de nödvändiga kontakter som behövs. Vårdkoordinatorn leder planering av de olika insatserna som sker i samråd med patient/brukare, närstående och de i teamet som bidrar med kompetens och erfarenhet. Patienten och närstående blir delaktiga i vårdplaneringen. Rätt kompetens, kontinuitet, tillgänglighet och bemötande är andra viktiga nycklar till en värdeskapande vård och omsorg.

En gemensam vård- och omsorgsplan kan beskrivas på följande sätt:

FÖRBÄTTRINGSMODELL – EN ÖVERSIKT

Vad vill vi åstadkomma?	Hur vet vi att en förändring är en förbättring?	Vilka specifika aktiviteter kan vi göra som kommer att leda till förbättringar?
Beskriv förbättringsarbetet/ uppdraget (kortfattat): Teamet har i uppdrag att erbjuda Karin Persson ett tryggt och säkert omhändertagande oberoende av vård- och omsorgspersonal. Omfattar preventiva insatser. **Övergripande mål:** Karin Persson skall med omsorg/vård och rehabilitering klara ett dagligt liv i sitt hem och känna sig trygg och nöjd	**Delmål:** Förmåga att röra sig inom- och utomhus **Mätningar:** Följsamhet till rehabiliteringsplan	**Sjukgymnastik daglingen sjukgymnast kontakt** PGSA 1
	Delmål: Uppleva smärtfrihet **Mätningar:** Visuell analog skala – VAS	**Smärta följs upp dagligen med VAS Smärtstillande vid behov** PGSA 2
	Delmål: Förhindra fall – Nollvision **Mätningar:** Fall och incident frekvens	**Genomgång av ute- och innemiljö Utarbeta checklistor** PGSA 3
	Delmål: Få aptit, känna matlust **Mätningar:** Kostregistrering, vikt	**Servera önskade maträtter Sällskap vid måltiderna** PGSA 4
	Delmål: Kunna promenera själv **Mätningar:** Antal promenader/vecka	**Gångträning inne och ute 2-3 gånger per vecka** PGSA 5
	Delmål: Klara sin hygien själv **Mätningar:** Registrera duschtillfällen	**Daglig support till självhjälp** PGSA 6
	Delmål: Känna tillit och trygghet **Mätningar:** Upplevd livskvalité	**Samtal och social samvaro** PGSA 7
	Delmål: Minska antalet läkemedel **Mätningar:** Följsamhet till läkemed. ordination	**Genomgång av 13 olika läkemedel** PGSA 8

Källa: AMI

Källa: AMI

Varje vård- och omsorgsplan detaljplaneras och uppdateras löpande. Se exempel nedan:

Behov/problem: Karin har svårt att belasta benet efter operation av höger knä

Delmål: Förbättra Karins rörlighet av höger knä och öka hennes förmåga att röra sig i och utanför hemmet.

Aktivitet: Rehabilitering dagligen samt kontakt med sjukgymnast, start vecka 38, 2009.

AGERA:

Vilka förändringar bör göras mot bakgrund av de problem som identifieras?

Karin har svårt att belasta höger knä efter genomförd operation
Beslut:
Ta fram en rehabiliteringsplan

Agera

PLANERA:

Vem skall göra vad, var och när?

Vårdkoordinator kontaktar sjukgymnast vecka 37
Träningsprogram tas fram för träning av knä
Ansvarig: sjukgymnast, vecka 37
Sjukgymnast med start vecka 38
Ansvarig: Vårdkoordinator som samordnar och informerar
Daglig träning enligt träningsprogram
Ansvarig: hemtjänst
Sjukgymnast besök varannan vecka, torsdagar

Planera

Analysera

ANALYSERA:

Redovisa och tolka era data (bifoga diagram med tidsaxel)

Enligt checklistan fungerar sjukgymnastiken bra varje dag. Bör helst ske på förmiddagen istället för sen eftermiddag. Karin mindre smärtpåverkad på förmiddagar och har lättare att ta sig till träningen.

PGSA 1

Utföra

GÖR:

Genomför aktiviterna enligt planen ovan. Beskriv eventuella svårigheter, avvikelser från planen och oförutsedda effekter.

Sjukgymnastik startar måndag vecka 38
Notering:
Problem första dagen – träningsprogram/plan var inte på plats. Personalen missat. informationen i fredags, visste därför inte om detta. Vårdkoordinator samordnar, tydliggör.

Planeringen stöds av e-tjänster med mallar som att löpande dokumentera de insatser som görs. Den som har behörighet att ta del av informationen får på detta sätt snabbt en god överblick över mål, problem, åtgärder och utfall. Planeringen blir strukturerad och de insatser och åtgärder som görs har en direkt koppling till vård- och omsorgsproblem och mål. Oberoende av vård och omsorgsgivare ska patientens inflytande alltid vara en del av de nya arbetsätterna och rutinerna.

8.3 Förutsättningar och utgångspunkter - *ett Framtidsscenario*

Vi kommer nu att definiera vissa förutsättningar eller utgångspunkter för vårt framtidsscenario. Även dessa är exempel - lokala variationer måste naturligtvis hela tiden beaktas.

I ett vård- och omsorgsdistrikt har man beslutat sig för att utforma vården och omsorgen för äldre och patienter med sammansatta behov på ett nytt sätt. Distriktet vill ge denna grupp en bättre vård och omsorg genom ny *virtuell organisation* och nya arbetsformer.

Politikerna i kommunen och primärvård är överens om att nya samverkansformer måste införas och därför bestämt sig för att delta i ett *patientprojekt* där ett nytt *vårdkoncept* ska prövas. Ekonomin har blivit allt mer ansträngd de senaste åren och därför räcker det inte att projektet leder till mer värdeskapande – det ska helst leda till kostnadsbesparingar och får i vart fall inte leda till kostnadsökningar. Därför kommer de ekonomiska konsekvenserna av det nya vårdkonceptet att följas upp och utvärderas.

Det nya vård- och omsorgskonceptet karaktäriseras av att:

- Patienten/ brukaren och närstående blir mer delaktiga i och kan påverka den vård och omsorg som behövs – allt för att skapa mer värde för denna.
- Vård- och omsorgsplaneringen leder till insatser som möter de individuella behoven.
- En vårdkoordinator leder det team som skapas för varje patient
- Alltmer av vården och omsorgen sker i eller närmare det egna hemmet.
- Mer kraft läggs på förebyggande vård- och omsorgsinsatser
- Mer egenvård i den bemärkelsen att patientens egna förmågor tas tillvara
- Olika professioner samverkar över vård- och omsorgsorganisationsgränserna
- Ett organisationsoberoende och processorienterad arbetsätt implementeras
- Informationsteknologin blir en möjliggörare och värdeskapande för patienten/brukaren
- En gemensam och mer schablonmässig finansiering av verksamheten ska införas

- Nya typer av ersättningssystem, där ersättning ges utifrån uppnådda vård- och omsorgsresultat.

Vård- och omsorgscheferna vid berörda verksamheter har träffats vid fyra tillfällen och anser att de har en god bild och en gemensam uppfattning om vad de och politikerna vill förverkliga.

Kommunen har nu gjort en inventering som visar att det finns 230 personer som har sammansatta behov av vård- och omsorgsinsatser. En individuell bedömning har gjorts i varje enskilt fall. Åldern har bl a varit ett kriterium.

Många äldre är vid god hälsa och har fungerande sociala nätverk. Dessa har bara satts på en ”bevakningslista”.

Vårdcentralen har deltagit i inventeringen och därigenom har en del yngre patienter med sammansatta vård- och omsorgsbehov också uppmärksammats och kommer på så sätt att ingå i satsningen.

Patientprojekten kommer inte att vara heltäckande i den meningen att alla brukare kommer att omfattas. Istället görs en test i mindre skala där 25 brukare involveras. Efter utvärdering tas beslut om en eventuell breddning.

En *ledningsgrupp* har tillsatts, i den finns representanter från olika vård- och omsorgsverksamheter, även med medicinska specialister att fatta de beslut som krävs för att skapa rätt förutsättningar för patientens vård.

Ledningsgruppen har valt ut 5 medarbetare som ska ta på sig en nyckelroll i försöket – rollen som Vårdkoordinator. Det är en ny roll med nya uppgifter och befogenheter. Konceptet bygger på att varje patient/brukare får en vårdkoordinator som tillsammans med patienten/brukaren (benämns patienten i scenariot) och eventuell närstående ska vara ansvarig för att samordna de insatser som behövs för att möta problem och behov. Vårdkoordinatorn ska samordna utformandet vård- och omsorgsmål för de behov och problem som identifierats. Så insatserna skapar största möjliga värde för patienten.

Den löpande vård- och omsorgsplanering sker nu på ett strukturerat sätt.

Vårdkoordinatorn arbetar målmedvetet för att skapa en kunskap och förståelse för det som patienten uppfattar som viktigt i sin vårdsituation. Detta för att på bästa sätt kunna medverka till att rätt insatser kan erbjudas. Eftersom patienten har omfattande behov så behövs ett vårdteam, från olika organisationer med flera olika typer av kompetenser. Vårdkoordinatorn har ansvar för att bygga upp detta vårdteam och har fått befogenheter från ledningsgruppen att disponera de resurser som krävs för respektive vård-/omsorgstagare.

Vårdteamet blir behovsanpassat och kan variera något över tid, men det är viktigt att begränsa det till så få personer som möjligt och säkra en kontinuitet i kontakterna.

Allmänläkaren är ofta en nyckelperson i denna grupp, även om insatsen i tid kan blir ganska begränsad. Kontinuitet, bemötande och tillgänglighet blir viktiga för att skapa trygghet och stabilitet. Om man lyckas med detta skapas förutsättningar för en mer långtgående delegering av olika uppgifter än tidigare. Därför vill vi förespråka en situation där den behandlingsansvarige läkaren som involveras, har vård av äldre och multisjuka som en huvuduppgift.

Vårdkoordinatorn har också, tillsammans med andra i samma roll, ansvar för att bygga upp ett lokalt nätverk med vård- och omsorgsgivare/ som kan anlitas vid behov. Den kanske viktigaste resursen i detta yttre nätverk är sjukhuset. En annan viktig aktör för många äldre är en pharmacept som kan anlitas som konsult för att bistå i de komplicerade bedömningar som är kopplade till äldres användning av läkemedel.

Vårdteamet kommer att fungera så väl att behovet av att ta kontakt med akutmottagningen kommer att bli avsevärt mindre, men när det väl behövs så finns väl genomarbetade rutiner för hur den äldre och multisjuke patienten tas emot och behandlas.

Den tiden då besöket på mottagningen innebar 6-8 timmars väntan på en läkare som hade begränsad erfarenhet av de äldres och multisjukas vårdproblematik är över. Nu kommer patienten att snabbt tas om hand på den avdelning där den fortsatta vården kommer att ske.

Vårdteamet kan nu också arbeta förebyggande genom att det finns en gemensam bild och kunskap om patienten. Team medlemmarna är välinformerade och många av de komplikationer som drabbade patienten tidigare har minskat radikalt (exempel; felaktig användning av läkemedel).

I det lokala nätverket ingår inte bara vårdpersonal av olika slag utan också andra vårdgivare och mötesplatser som kan bidra till ett välbefinnande och god vård.

Sammanfattningsvis så skulle man kunna säga att vi skapat en aktörsmodell i ***tre nivåer***:

- ***Patientnära nivån*** (kärnan)
  - Patient – i detta exempel en äldre multisjuk person
  - Närstående
  - Vårdkoordinator – kan vara en person från kommunen, landsting eller privat vårdorganisation, men måste kunna påverka såväl kommunala, landstingsstyrda som ev privata aktörers insatser och ha mandat att bygga teamet och beställa de tjänster som patienten behöver.
- ***Mellannivån*** – Teamets nivå. Teamet är sammansatt för att kunna klara huvudparten av patientens behov (80-90%).
  - Allmänläkare

- Distriktssköterska
- Social omsorg (hemtjänst)
- Kommunal hemsjukvård
- Arbetsterapeut
- Sjukgymnast

Vård- och omsorgsgivarna på mellannivån ska vara stabila och inte bytas ut titt som tätt. Teamet är behovsanpassat dvs. nya kompetenser kan behöva tillföras, andra kanske inte längre behövs kvar i processen.

- ***Yttre nivån*** – det lokala nätverket med externa konsulter/experter/ specialister, olika organisationer och resurser som dels behövs för att hantera de medicinska problem som *vårdteamet* inte klarar på egen hand, samt bidra med insatser av mer förebyggande eller social karaktär.
    - Sjukhusets akutmottagning
    - Pharmacept
    - Specialistläkare
    - Andra specialområden som t ex tandvård.
    - Frivilligorganisationer och intresseföreningar

8.4 Förändringsarbete och framgångsfaktorer

För att lyckas med transformeringen av systemet från ett läge så som det fungerar idag till en den önskade visionen krävs ett omfattande arbete som ska genomföras samtidigt som vård – och omsorg ska ges till de patienter som behöver det. Vi menar att det arbetet skulle underlättas av om arbetet kan genomföras i en miljö av lärande och erfarenhetsutbyte. Det finns nu goda erfarenheter av Genombrottsmetodik och Collaboratives [27] där forum skapas för återkommande planeringsaktiviteter och där team från ett antal distrikt kan delta för gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte. Dessa program leds av erfarna förändringsagenter som kan tillföra kompetens och som har förmåga att skapa effektiva lärsituationer.

Att förändra så omfattande verksamheter som äldrevården i Sverige ställer stora krav. Vi har i projektet funnit att förändringarna är angelägna och har hög politisk prioritet. Samtidigt finns på många håll en frustration över trögheten och de många hinder som gör att förändringarna tenderar ta alldeles för lång tid. Mycket forskning bedrivs inom äldreområdet, men den tenderar att bli ganska specialiserad och fragmenterad. Ett kompetens - och lärcentrum, som kan bidra till att effektivisera förändringsarbetet, utveckla spridningsmekanismer för goda lösningar och till att sprida erfarenheter till och från alla de lokala förändringsprojekt som har startats eller som kommer att startas,

skulle tillgodose angelägna behov. Ett sådant lärcentrum skulle också kunna bygga kunskap om och utnyttja de möjligheter som Web2.0 ger för att bl a utveckla samverkan och skapa information som kan återanvändas.

Från tidigare förändringsarbete finns kunskap om vad som leder till framgångsrika projekt. Vanliga framgångsfaktorer är:

- Stark uppbackning från ledningen, som också agerar som systemsättare – d v s skapar de förutsättningar som krävs
- Genomarbetad värdegrund bl a patientcentrering
- Tydliga mål, faktabaserat arbete
- Bra metoder som ger systematik och struktur
- Eldsjälar
- Kompetens

Den amerikanske forskaren och barnläkaren Paul Batalden gav sig tillsammans med sina kollegor, ut på en jakt efter framgångsrika mikrosystem inom hälso- och sjukvården [44]. Man fann att gemensamt för dessa framgångsrika mikrosystem var att;

1 de hade ett tydligt syfte med sin verksamhet
2 de visste vilka patienter de var till för och
3 vilka behov dessa patienter och deras familjer hade
4 de hade beskrivit och utvecklat sina processer
5 de följde och agerade utifrån sina resultat och
6 de arbetade teambaserat med sin medarbetare

Det finns *mikrosystem* [19]som t ex mottagningar och kliniska enheter - som åstadkommer fantastisk god vård, baserat på vetenskap, jämförelser och på specifik och unik kunskap om vad "denna patient" behöver och vill ha. Dessa enheter använder konsekvent data för att återge vad de presterar, övervaka och lägga upp arbetet, förbättra sin kvalitet, säkerhet och effektivitet. Men dessa enheter är hittills undantag!

Bland framgångsfaktorerna finner vi två som är särskilt viktiga – Ledarskap och Värdegrund - och där det är motiverat att något ytterligare redovisa vad vi kommit fram till i projektet.

Ledningens betydelse för samverkan och förändring

En ledning i de olika verksamheterna som skapar tydliga strukturer och ger förutsättningar för att driva systematiskt förbättringsarbete samt skapar samsyn kring värdegrunder (God Vård [20]). En ledning som har modet att konsekvent arbeta för patienternas bästa och bryta med befintliga strukturer och när så behövs. Det är därför viktigt att inleda arbetet med en förprocess där ledningarna tillsammans arbetar igenom

problematiken, kommer fram till en gemensam strategi och att man skapar någon form av kontrakt där man förbinder sig att göra sin del av arbetet.

Genom detta skapar man också förutsättningar för de vårdteam som ska genomföra det direkta arbetet med att utveckla sina rutiner och arbetsformer.

Eftersom ekonomin är så styrande för all verksamhet så blir det viktigt att tidigt och tydligt kunna påvisa att det inte bara handlar om att öka resursinsatserna utan att konceptet bidrar till en lägre totalkostnad. Genom bättre samverkan och bättre planering så skapas inte bara mer värde för patienterna utan det leder också till att riskerna för onödigt dubbelarbete minskar. Detta har påvisats i olika studier [29].

Det finns goda exempel på förändringsarbeten som visar att system- och tankegränser med fördel kan vidgas, med patientens behov i centrum, till att inte bara omfatta vården vid en klinik eller ett sjukhus eller ens landstinget. För att vården ska bli riktigt effektiv behöver till exempel sjukvård, äldreomsorg och apotek arbeta tillsammans för att skapa de bästa lösningarna för patienten. Ett sådant totalomfattande synsätt kräver samverkan av många aktörer.

Ledarskapets roll blir att undanröja hinder för olika professioner, huvudmän, aktörer och medicinska divisioner att arbeta tillsammans. I ledarskapet ingår att vara drivande och att vara systemsättare d v s skapa de förutsättningar som krävs för att skapa värde för patienterna. Därför har ledarskapet på olika nivåer en avgörande betydelse för om sjukvården ska kunna klara av att möta de utmaningar man står inför och att göra de förändringar som krävs. I de intervjuer vi gjort så finns en ganska stark kritik mot det bristande ledarskap som visats upp hittills.

Ledningens betydelse för samverkan kan inte nog understrykas. Ledningen kommer, i samband med initiativ att utveckla samverkan, ofta i en lojalitetskonflikt mellan det gällande regelverket och belöningssystemen i den vertikala organisationsstrukturen och de nya nätverksbaserade samverkansmodellerna som ofta krävs för att komma tillrätta med problemen.

Ledningens uppgift är att skapa förutsättningar för de lokala teamen att utveckla sina samverkansformer. Det finns enligt Marie Fridolf [25] en logisk ordning som börjar med att man tittar på sina gränser. När man ser det orimliga i gränserna kan nya steg tas:

I det andra steget utgår man från värdeskapande för patienten. Vilket samarbete behövs för att skapa värde. Det horisontella arbetet kan börja. Man skapar mötesplatser och arenor för detta arbete

I detta arbete identifieras problem och brister i vården och omsorgen. Värde för patienten och därmed en helhetssyn på problematiken är hela tiden utgångspunkt.

Man skapar ett lärande där man sätter den egna verksamheten i ett bredare sammanhang. Utifrån detta lärande identifieras förbättringsområden och utvecklas metoder.

Ofta leder det till insikter om att nya arbetssätt inte premieras utan kanske t o m bestraffas av de gamla vertikala mätsystemen. Nya mätsystem behöver utvecklas. För att kunna åstadkomma detta måste gemensamma mål, beslut, resurser och strukturer till.

En möjlig strategi, som antytts i tidigare avsnitt, skulle kunna vara att skapa en samsyn på ledningsnivå där de olika berörda verksamheterna är representerade. Detta arbete kan börja med att enas om en gemensam värdegrund och identifiera brister och problem som direkt påverkar möjligheten att skapa värde för patienten. Man formulerar sedan gemensamma mål (vision) för vad som ska göras och diskuterar hur samverkan kan utformas och hur man ska nå dit. Detta arbete på ledningsnivå behöver naturligtvis permanentas eftersom det hela tiden kommer att dyka upp nya frågeställningar som behöver hanteras på ledningsnivå.

Genom VVP så har en förprocess genomförts både i Jönköping och Angered. I båda fallen finns goda förutsättningar att förbättra vården så att mervärde skapas, men det är beroende av hur ledningsnivån på respektive håll tar sig an uppgiften och hur de tar vara på den vilja till förändring som finns bland dem som medverkat.

Värdegrund och värdeskapande

Värdegrunder är de värderingar som styr vård- och omsorgspersonalens beteende och handlingar. Socialstyrelsens skrift God Vård [20]ger en anvisning om vad som kan betraktas som lämplig värdegrund för vården.

Värdegrunden ska inte sammanblandas med värdeskapande som avser att skapa värde för en patient. Värdeskapande är högst individuellt, även om det naturligtvis är så att det är många äldre har samma uppfattning om vad för slags värde man vill att vårdgivarna ska tillföra eller bidra med. Motsvarande gäller för personer med neuropsykiatriska funktionshinder och andra grupper med sammansatta vårdbehov.

Vår uppfattning är att vård- och omsorgspersonalen i en verksamhet bör ha en gemensam syn på hur man ska förhålla sig till patienter och äldre, hur man ska bemöta dem, hur man ska prioritera etc. för att kunna ge en god vård och för att kunna skapa värde för dem som vården är till för.

Därför måste ett förbättringsarbete alltid vila på en accepterad och tillämpad värdegrund. Ett gott exempel på hur en gemensam värdegrund kan formuleras har vi fått från Gotland där man utgått från God Vård [20] och sedan utformat ett policydokument som kan användas i det lokala förbättringsarbetet.

Genom att utgå från en gemensam värdegrund, underlättas också ett förbättringsarbete som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocesserna. Detta speciellt när det gäller

att få till stånd en gränsöverskridande process, där funktionella och professionella strukturer vill konservera och bevaka sina särintressen. Att då kunna grunda sina ansträngningar och initiativ på en ambition att skapa mervärde för patienten kan aldrig ifrågasättas.

9 Fortsatt forskning

Förslag på vidare forskning

Förutom de resultat som redovisats så har vi i VVP projektet också uppmärksammat att ytterligare forskning krävs. Ett antal möjliga projekt har skisserats.

Sammanfattningsvis så vill vi understryka att de förslag vi presenterat behöver prövas i konkreta förändringsprojekt. Dessa bör utgöra en del av den transformation som efterlyses. Projekten utformas så att utvärdering och lärande blir en naturlig del av processen. I projektdesignen finns värdefull erfarenhet att hämta från Tripple Helix - där Verksamhet, Forskning och Industri samverkar -, från modeller som prövats i ”Living Labs”, från Genombrottsmetodiken [27] mm. Det vore en fördel om flera regioner kan delta så att forum för lärande kan etableras.

Bland de förslag till fortsatt forskning som lämnats i slutrapporten ska några nämnas:

1 *Vidare studier av samverkansstödjande och patientfokuserade e-tjänster*
Först och främst skulle de nya typer av samverkansstödjande e-tjänster som föreslagits behöva utvecklas vidare och testas i en reell vårdmiljö och utvärdera hur de kan underlätta samverkan och informationsflöde mellan vård och patient samt mellan vårdens olika aktörer.

2 *Utveckling och utvärdering av ett samverkansorienterat och sammanhängande nytt vårdkoncept*. Exempelvis kunde man utveckla ett vårdkoncept för äldre och multisjuka som fokuserar på individens behov och skapar större värde för patienterna än vad den vård som tillhandahålls idag gör. .

3 *Klustrade e-tjänster och marknadsföring/kommersialisering*
För att kunna bli attraktiva på marknaden kan de nya e-tjänsterna sannolikt behöva ”klustras” i olika logiska grupper av enskilda företag, eller konsortier av företag. Möjligheten för att skapa sådana kluster bör också studeras.

4 *Kopplingar till nationella IT-strategin för vård och omsorg*
Hur kan de resultat som idag produceras i de nationella projekten under den nationella IT-strategin kopplas till de resultat som har skapats i VVP-projektet för att skapa tillämpbara resultat?

Sannolikt bör alla nya e-tjänster som ska införas i Sverige relatera och förhålla sig till viktigare nationella projekt. Samtidigt behöver resultaten från t ex NI-projektet konkretiseras och testas i reella vårdmiljöer.

5 *Studier kring integration med befintliga IT-system*
Det behöver genomföras studier kring hur man kan utveckla migreringsstrategier där man kan koppla moderna processorienterade e-tjänster med befintliga

journalsystem eller liknande, där de befintliga systemen också spelar en roll i ett förnyelsearbete.

6 *Forskning om ekonomiska effekter av nya vårdkoncept*
Slutligen föreslår vi att forskningsprojekt skapas där studier av ekonomiska effekter av olika nya vårdkoncept och liknande kan genomföras. Ofta diskuteras och argumenteras kring att olika nya modeller eller koncept i vården får si och så stor ekonomisk effekt. Dock saknas empiri för många av dessa argument.

7 *Modeller för innovativ offentlig upphandling*
VVP-projektet har som redovisats funnit att ett hinder för spridning av innovativa vårdmodeller och e-tjänster är den tröghet som finns i organisationerna. Samma gäller för upphandlingsregler inom offentliga sektorn som hindrar eller i vart fall komplicerar införandet av nya koncept. Vi föreslår därför att studier genomförs för att se hur dessa hinder kan lösas.

10 Referenser

1 SKL: Aktuellt på äldreområdet 2008; ISBN 978-91-7164-398-8, Dec 2008

2 Sams-projektet, slutrapport, ITHS 2, 2005-06-10 [http://www.sll-sams.nu]

3 MobiSams - projektet, http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=25889&l=sv

4 Socialdepartementet: Nationell IT-strategi för vård och omsorg, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB,
Carelink, ISBN 91-631-8541-5, mars 2006

5 InterCare-projektet, slutrapport 2000. http://intercare.imsgrp.net

6 Browne E D: Workflow Modelling of Coordinated Inter-Health-Provider Care Plans; Thesis, Univ of South Australia, January 2005

7 Andreasson, Brommels, Sarv: Samkraft Vård – Det måste finnas ett annat sätt, Landstingsförbundet 1995

8 Bliemel, M., & Hassanein, K, (2004) E-health: applying business process reengineering principles to healthcare in Canada. IJEB 2 (6), pp. 625-643.

9 Caccia-Bava, et al., (2005) Empirically testing determinants of hospital BPR success. International Journal of Health Care Quality Assurance 18 (7), pp. 552-563

10 Thor, Johan: Getting going on getting better: how is systematic quality improvement established in a healthcare organization? : Implications for change management theory and practice. Thesis. Karolinska Institutet 2007. ISBN: 978-91-7357-274-3 Diss: 07:195

11 Nilsson, Fredrik: Vägen mot en patientorienterad vård, ISBN:978-91-7261-143-6

12 Canadian Home Care Association: Integration through ICT for Home Care in Canada, FinalReport, mars 2008
(http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=172)

13 Department of Health: 269652/Building Telecare in England, Email: doh@prolog.uk.com; 2005

14 Department of Health: Health Informatics Review, July 2008, mars 2008

15 EU: Ambient Assisted Living (AAL) Joint Programme - Call for Proposals 2008 AAL-2008-1 “ICT based solutions for Prevention and Management of Chronic Conditions of Elderly People”

16 National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Service 2008 – 2012

17 Nationell IT-strategi, Danmark, http://www.sdsd.dk/arch/_img/9080684.pdf http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4122310

18 Porter, Michael E. och Olmsted Teisberg, Elizabeth. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. 2006.

19 Nelsson E C, Batalden P B & Godfrey M M: Quality by design: A clinical microsystem approach San Francisco: Jossey-Bass; 2007 p 3-35.

20 Socialstyrelsen, ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”, ISBN: 91-85482-05-6, 2006

21 Josefsson U: Coping online – patients use of the Internet, Gothenburg Studies in Informatics, Report 37, February 2007, ISBN 978-91-628-7080-5

22 Berggren, M¸ Söderman D,: Meningsfull vård har fokus på relationen, Vårdfacket 29, augusti 2008

23 Gurner & Thorslund: Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Natur och Kultur ISBN 91-27-07397-1

24 Monteagudo J L & Moreno O: e-Health for Patient Empowerment in Europe, Catálogo general de publicaciones oficiales, Madrid Juli 2007; www.ehealthnews.eu/content/view/1460/62/

25 Fridolf, M: Samarbete för utveckling av välfärden, maj 2006, IDL - Institutet för Demokrati och Ledarskap

26 Wagner, E et al: “Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action; Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care.” The People-To- People Health Foundation, Inc., Health Affairs, 2001.: www.improvingchroniccare.org

27 Berwick D, Batalden P. The Breakthrough Series—A Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvements. Boston, Mass: Institute for Healthcare Improvement 2003.

28 Arvidsson, L: Vårdlogistik – En idékskrift om bättre service och effektivitet i vården. Sveriges kommuner och landsting. Oktober 2007. Best nr 5125

29 Homer J, Hirsch G, Minniti M & Pierson M: Models for Collaboration: How System Dynamics Helped a Community Organize Cost-Effective Care for Chronic Illness, 2004

30 Jan Dahlin: Vårda Ideerna, VINNOVA Rapport VR 2008:18

31 Gustafsson M & Johansson L-Å: Förslag till specifikation av tjänst ”Patientens komponent”. Alkit Communications. Version 0.1, 2007-10-14

VINNOVAs publikationer

September 2009

För mer info eller för tidigare utgivna publikationer se www.VINNOVA.se

VINNOVA Analys VA 2009:

01 Svenska tekniker 1620 - 1920

02 Effekter av statligt stöd till fordonsforskning - Betydelsen av forskning och förnyelse för den svenska fordonsindustrins konkurrenskraft. *För kortversion på svenska respektive engelska se VA 2009:11 och VA 2009:12*

03 Evaluation of SIBED. Sweden - Israei test bed program for IT applications. *Finns endast som PDF*

04 Swedish possibilities within Tissue Engineering and Regenerative Medicine

05 Sverige och FP7 - Rapportering av det svenska deltagandet i EUs sjunde ramprogram för forskning och teknisk utveckling. *Finns endast som PDF*

06 Hetast på marknaden - Solenergi kan bli en av världens största industrier

07 Var ligger horisonten? - Stor potential men stora utmaningar för vågkraften

08 Vindkraften tar fart - En strukturell revolution?

09 Mer raffinerade produkter - Vedbaserade bioraffinaderier höjer kilovärdet på trädet

10 Förnybara energikällor - Hela elmarknaden i förändring

11 Sammanfattning - Effekter av statligt stöd till fordonsforskning. *Kortversion av VA 2009:02, för engelsk kortversion se VA 2009:12*

12 Summary - Impact of Government Support to Automotive Research. *Engelsk kortversion av VA 2009:02, för svensk kortversion se VA 2009:11*

13 Singapore - Aiming to create the Biopolis of Asia

14 Fight the Crisis with Research and Innovation? Additional public investment in research and innovation for sustainable recovery from the crisis.

15 Life Science Research and Development in the United States of America - An overview from the federal perspective. *Finns endast som PDF*

16 Two of the "new" Sciences - Nanomedicine and Systems Biology in the United States. *Finns endast som PDF*

17 Priority-setting in the European Research Framework Programme

VINNOVA Information VI 2009:

02 Forskning om chefskap. Presentation av projekten inom utlysningen Chefskap; förutsättningar, former och resultat. *För engelsk version se VI 2009:03*

03 Research on the managerial tasks: condition, ways of working and results. *Finns endast som PDF. För svensk version se VI 2009:02*

04 Högskolan utmaningar som motor för innovation och tillväxt - 24-25 september 2008

05 VINNOVA news

06 Årsredovisning 2008

07 Innovationer för hållbar tillväxt. *För engelsk version se VI 2009:08*

08 Innovations for sustainable Growth. *För svensk version se VI 2009:07*

09 Forska&Väx

10 Ungdomar utan utbildning - Tillväxtseminarium i Stockholm 4 mars 2009

11 Cutting Edge - Swedish research for growth

VINNOVA Policy VP 2009:

01 TRANSAMS uppföljning av "Nationell strategi för transportrelaterad FUD" åren 2005 - 2007. Två uppföljningar - en för 2005 och en för 2006 - 2007. *Finns endast som PDF*

02 VINNOVAs internationella strategi - att främja hållbar tillväxt i Sverige genom internationellt forsknings- och innovationssamarbete

VINNOVA Rapport VR 2009:

01 Affärsutveckling inom trämaufaktur och möbler - hur skapas effektivare värdekedjor? *Finns endast som PDF*

02 Användarna och datorerna - en historik 1960 - 1985

03 First Evaluation of the Berzelii Centra Programme and its centres EXSELENT, UCFB, Uppsala Berzelii & SBI Berzelii

04 Evaluation of SAFER – Vehicle and Traffic Safety Centre at Chalmers - a Centre of Excellence with financing from VINNOVA. *Finns endast som PDF*

05 Utvärdering av forskningsprogrammet SkeWood. *Finns endast som PDF*

06 Managing and Organizing for Innovation in Service Firms - A literature review with annotated bibliography. *Finns endast som PDF*

07 Den tjänstedominanta logiken - Innebörd och implikationer för policy.

08 Tjänster och relaterade begrepp - Innebörd och implikationer för policy.

09 Underlag för VINNOVAs satsningar inom transportsäkerhetsområdet. *Finns endast som PDF*

10 Utmaningar och kunskapsbehov - Om innovation, ledning och organisering i nio olika tjänsteföretag. *Finns endast som PDF*

11 De två kulturerna på Internet - En utmaning för företag, myndigheter och organisationer. Huvudrapport

12 Uppföljning av VINN NU-företag

13 Kartläggning av svensk FoU inom området IT och miljö - med fokus på teknikens indirekta och systemmässiga effekter. *Finns endast som PDF*

14 Forska&Väx - Hållbar tillväxt genom forskning och utveckling i Små- och Medelstora Företag

15 Tjänsteinnovationer för tillväxt

16 Behovet av genusperspektiv - om innovation, hållbar tillväxt och jämställdhet. *Finns endast som PDF*

17 Ekonomisk omvandling och makrologistiska kostnader. *Finns endast som PDF*

18 En undersökning av innovativa företags syn på strategiskt utvecklingsarbete i spåret av lågkonjunkturen. *Finns endast som PDF*

19 The Public Sector - one of three collaborating parties. A study of experiences from the VINNVÄXT programme.

20 Från hantverkskilt till hästföretag - Genusperspektiv på innovation och jämställdhet

21 Innovationer för hållbar vård och omsorg - Värdeskapande vård- och omsorgsprocesser utifrån patientens behov

VR 2008:

01 Mot bättre vetande - nya vägar till kunskap på arbetsplatsen

02 Managing Open Innovation - Present Findings and Future Directions

03 Framtiden är öppen! Om problem och möjligheter med öppen källkod och öppet innehåll

04 First Evaluation of the Institute Excellence Centres Programme

05 Utvärdering av det Nationella Flygtekniska forskningsprogrammet - NFFP. Evaluation of the Swedish National Aeronautics Research Programme - NFFP

06 Utvärdering av Vehicle - Information and Communication Technology programmet - V-ICT

07 Kartläggning av ett halvt sekels jämställdhetsinsatser i Sverige

08 Politiken, offentlig verksamhet - en av tre parter i samverkan

09 Forsknings- och innovationspolitik i USA - Näringslivets fem roller

10 ”Born to be wild” - 55+... eller hur förvandla en global demografisk förändring till ett svenskt styrke- och tillväxtområde?

11 DYNAMO 2 i halvtid - Rapport från VINNOVAs konferens på Ulfsunda slott 10 - 11 april 2008

12 VINNVÄXT II - Generalist and Specialist Evaluation of process and knowledge development 2004 - 2007

13 Svensk makrologistik - Sammansättning och kostnadsutveckling 1997 - 2005

14 Leading Companies in a Global Age - Managing the Swedish Way

15 Chefskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap

16 NRA Security - Swedish industry proposal for a National Research Agenda for security

17 University strategies for knowledge transfer and commercialisation - An overview based on peer reviews at 24 Swedish universities 2006

18 Vårda idéerna! - Trots många framgångsrika projekt inom vård och omsorg skapas inte varaktiga effekter. Varför förvaltas och utnyttjas inte idéerna?

19 Growth through Research and Development - what does the research literature say?

20 Sesam öppna dig! Forskarperspektiv på kvinnors företagande

Produktion & layout: VINNOVAs Kommunikationsavdelning
Omslag: Anders Gunér, www.guner.se
Tryck: Arkitektkopia, Stockholm, www.arkitektkopia.se
September 2009
Försäljning: Fritzes Offentliga Publikationer, www.fritzes.se

VINNOVA är en statlig myndighet
med uppgift att främja hållbar tillväxt
genom finansiering av behovsmotiverad forskning
och utveckling av effektiva innovationssystem

VERKET FÖR INNOVATIONSSYSTEM — SWEDISH GOVERNMENTAL AGENCY FOR INNOVATION SYSTEMS

VINNOVA, SE-101 58 Stockholm, Sweden Besök/Office: Mäster Samuelsgatan 56
Tel: +46 (0)8 473 3000 Fax: +46 (0)8 473 3005
VINNOVA@VINNOVA.se www.VINNOVA.se