

# Målgrupper i fokus för samverkan – bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer

---

Dag Norén

Magnus Fransson

**Slutrapport 10 mars 2016**

Implement Consulting Group

## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Sammanfattning .....   | 3  |
| 1. Bakgrunden.....   | 4  |
| 2. Utgångspunkter, syften och särskilda förutsättningar.....   | 4  |
| 3. Angreppssätt och metoder.....   | 5  |
| 4. Utvecklingstrendet som berör målgrupperna.....  | 6  |
| 4.1 Omvärldsutvecklingen.....  | 6  |
| 4.2 Målgruppernas utveckling och kostnader.....  | 9  |
| 5. Bedömda effekter av samordnade arbetssätt.....  | 13 |
| 5.1 Övergripande effekter som är möjliga att uppnå av samordnade arbetssätt.....                                       | 14 |
| 5.2 Samordnad vård och omsorg till de Mest sjuka<br>Närvårdssystemet i västra Skaraborg.....                           | 15 |
| 5.3 Samordning för att skapa stabilitet och trygghet till periodvis sviktande<br>Trygg Hemgångsmodellen i Ronneby..... | 18 |
| 5.4 Tidig upptäckt och hälsofrämjande insatser till riskgrupper<br>Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg.....             | 20 |
| 6. Analys och slutsatser.....  | 22 |
| 6.1 Vad omvärldsutvecklingen innebär.....  | 22 |
| 6.2 Vad kartläggningar av samordnad vård och omsorg säger.....   | 22 |
| 6.3 Slutsatserna.....  | 24 |
| Källförteckning .....  | 26 |

## Sammanfattning

Denna studie har till syfte att ge ett kompletterande kunskapsunderlag till de diskussioner som förs om ett förslag till ett nytt samverkansavtal mellan Skånes samtliga kommuner och Region Skåne.

Samverkansavtalet fokuserar tre målgrupper där samordnade vård- och omsorgsinsatser är viktiga för att uppnå goda resultat och effektiv resursanvändning. Utöver detta är samorganisering av rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning viktigt inom ett kommande samverkansavtal.

En utgångspunkt för denna studie har varit att belysa och utvärdera de resultat som kan uppnås genom samordnad vård och omsorg över huvudmannagränserna, där rehabilitering och hjälpmedelsinsatser ingår till de tre målgrupperna. Tre så kallade bästa praktikfall i Sverige har utgjort referensexempel för vart och en av målgrupperna och två av dessa referensexempel är idag ordinär verksamhet och som löpande visar på resultat. Utvalda referensexempel har använts för att kunna göra bedömningar om kostnadsutvecklingen övergripande utifrån samordnade arbetssätt och är inte utvalda för att kopieras till skånska verksamhetsmodeller. Detta då det finns skilda förutsättningar mellan dessa lokala exempel Skånes förhållanden

Vidare inom denna studie har även en omvärldsanalys utförts gällande drivkrafter av betydelse som påverkar kostnadsutvecklingen. Därutöver redovisas även bedömningar om kostnadsutvecklingen för vård och omsorg till grupper med stora behov baserat på en sammanställning av olika analyser och utredningar under de senaste fem åren varav några har publicerats under 2015.

Kartläggningar och bedömningar av möjliga resultat för de tre målgrupperna har fångats in genom tre olika fokusgrupper med kommun- och region/landstingsföreträdare från de lokala bästa-praktikexemplen i kombination med tidigare utförda utvärderingar av dessa exempel. För målgruppen Mest sjuka, med de allra största behoven, har en särskild kvantitativ analys utförts. Ett urval av tjugo anonymiserade patienttypfall från Skåne har sammanställts med samtliga vård- och omsorgsinsatser under en 12-månadersperiod från Region Skåne och en grupp av fem kommuner, utvalda för att representera ett "mini-Skåne" utifrån regionens olika förutsättningar. Samtliga insatser har därefter kostnadsberäknats. De tjugo anonymiserade patienttypfallen har därefter granskats i en "simuleringsövning" tillsammans med företrädare från Lidköpings kommun och sjukhuset i Skaraborg/Lidköping inom Västra Götalandsregionen. Simuleringen syftade till att bedöma hur dessa patienttypfall skulle kunna förändras genom den modell för omhändertagande av Mest sjuka som finns inom Närvården i västra Skaraborg och därmed bedöma hur kostnader och kvalitetsresultat skulle kunna påverkas.

De resultat som framkommit pekar på att samordningen av vård och omsorg till de aktuella grupperna med stora och kommande stora behov är viktigt att lyckas med för att kunna hantera en kostnadsutveckling som inte minst utifrån den demografiska utvecklingen kommer att bli mycket påtaglig om verksamheterna fortsätter arbeta i ordinära former. Att inte lyckas med samordnade arbetsformer kommer på sikt att innebära att både kommuner och Region Skåne kommer i ett betydligt sämre läge för att hantera kostnadsutvecklingen. De samordnade vård- och omsorgsmodellerna som studerats visar på påfallande stora resurseffektiviseringar parallellt med kvalitetslyft.

Kartläggningar och analyser inom denna studie visar att exempelvis mindre sjukhusvård till grupper med stora behov inte innebär ökade volymer av såväl hemsjukvård som omsorg. Förhållandet är snarare tvärtom. Det som driver kostnader inom kommuner och inom landsting/regioner är bristen på samordning och de ständiga ställtider, omplaneringar och informationssökande som kommer med frekventa "ansvarsbyten" för patienter som förs fram och tillbaka inom vård- och omsorgsverksamheterna. En hemsjukvård som inte har tillgång till läkartjänster kan inte bedrivas effektivt men när detta och andra specialisttjänster finns att tillgå i mobila former kan hemsjukvården och omsorgen fokuseras mot mer vård och omsorg samt ytterligare fokus på viktiga funktions- och hälsofrämjande uppgifter. När detta sker visar kartläggningar från bästa praktik-fallen att hemsjukvården och omsorgen möter en kostnadsneutral utveckling och inte sällan till och med minskar i omfattning per individ. Särskilt tydligt är detta i exemplet Trygg Hemgång i Ronneby. Den simuleringsövning som utförts inom målgruppen med tjugo Mest sjuka "Skåne-patienter" visar att det bör finnas stora resursvinster i form av främst minskad slutenvård och mottagningsbesök inom öppen specialistvård samtidigt som hemsjukvårdens och omsorgens insatser kan stabiliseras och begränsas i sin kostnadsutveckling och även med påverkan på behovet av korttidsplatser. I samtliga fall förbättras kvalitetsförutsättningarna.

I slutsatserna föreslås att den befintliga strategin med att skilja ut de målgrupper som fokuseras och utveckla särskild samordnad vård och omsorg till dessa bör fortsätta för att lyckas med samordningen och

uppnå bättre resursanvändning för båda parter. Även om de bästa praktikfall som studerats är sprungna ur andra och kanske mindre komplexa verksamhetsmiljöer än vad som kan råda inom Skåne finns det inget som bedöms hindra att liknande arbetsmodeller kan användas i skånska sammanhang. Det som skiljer är *hur* man kan etablera dessa nya samordnade arbetsmodeller. Ett antal övergripande steg för detta diskuteras inom slutsatserna. För att slutligen lyckas handlar det om att skifta till en delvis annan typ av verksamhetskultur och tänkesätt där gränsdragningsdiskussioner ersätts med en samordningskultur. Det räcker inte med samverkan – det behövs även en djupare samordning och det finns numera tydlig empiri att detta lönar sig för samtliga inblandade.

## 1. Bakgrunden

Kommunerna i Skåne genom Kommunförbundet Skåne för en diskussion med Region Skåne om ett nytt samverkansavtal inom hälso- och sjukvård med ursprungligen 2016 som angiven tänkbar startpunkt (hädanefter benämnt "samverkansavtalet"). I samband med framställningen, presentationen och diskussionerna om samverkansavtalet har en rad frågor uppkommit som behöver klargöras.

En av dessa viktiga frågor är av ekonomisk art; vad innebär samverkansavtalet i förlängningen när det gäller kostnader för parterna? Vilka förändringar i kostnader och i relation till kvalitet kan uppstå till följd av förnyade och mer integrerade samverkansformer mellan kommunal hemsjukvård och regionens primärvård och specialistvård? Hur kan kostnadsfördelningen komma att förändras mellan huvudmännen och vilka möjligheter finns det till förbättringar i resursanvändningen? Behövs det andra organisationsformer och ersättningsmodeller för att balansera åtaganden mellan parterna?

Utgångspunkterna för samverkan bör ha målsättningen att ta tillvara på nya och mer personcentrerade arbetssätt över huvudmannagränser som kan uppnå en bättre och samlad hälso- och sjukvård och omsorg för de med stora behov samtidigt som båda parter kan utnyttja sina resurser bättre. Det finns aktuella exempel runt om i Sverige på samordnad hälso- och sjukvård och omsorg riktad mot grupper med stora behov som kan vara intressanta ur jämförelsesynpunkt och som möjliga målbilder.

Dock behöver dessa referensexempel bedömas utifrån Skånes förutsättningar och jämföras utifrån de kostnader som gäller för patient/brukargrupper i Skåne idag. Vidare behöver olika påverkande trender bedömas som befolkningstillväxt, demografiska förändringar som ökat antal äldre, förändringar av hemsjukvårdens möjligheter genom ny teknik, patient- och brukarmedverkan och andra utvecklingstendenser som kan vara av intresse.

Implement har fått uppdraget att genomföra en studie utifrån ovanstående frågeställningar inklusive en begränsad kostnadskartläggning med en övergripande simulering för målgruppen Mest sjuka; den grupp som vanligen har de allra största behoven av vård och omsorg. Denna begränsade studie bygger främst på erfarenheter från samordnade arbetsformer utanför Skåne genom att studera några av de främsta exemplen i Sverige. Därefter utförs antaganden om vad detta skulle kunna innebära i ett skånskt sammanhang. Tanken är att på detta sätt bidra med ett vägledande stöd för vad som skulle kunna uppnås i Skåne genom det samverkansavtal som är aktuellt mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården och omsorgen.

Med detta angreppssätt finns det anledning att påpeka att antaganden om möjliga framtida resultat måste utläsas med försiktighet och att studien inte har granskat de politiska, strukturella, avtalsmässiga och andra viktiga förhållanden som starkt påverkar möjligheterna att gå vidare med utvecklingsarbete och implementering av nya personcentrerade och samordnade arbetssätt.

Studien har utförts under november 2015 till och med januari 2016 och har löpande avrapporterats till en arbetsgrupp som bereder det fortsatta arbetet med utvecklingen av samverkansavtalet. Implement har haft stöd från deltagare inom denna arbetsgrupp med att ta fram en lämplig metod och urval av anonymiserade typfall inom den målgrupp som studerats särskilt. Därefter har representanter inom de fem medverkande kommunerna; som representerar ett "mini-Skåne" samt från Region Skåne bidragit med att ta fram aktuella insatser och granskat dessa för de 20 typfall som slutligen kartlagts och därefter kostnadsberäknats. Helsingborgs kommun har bidragit särskilt med att tillhandahålla en modell för kostnadsbestämningar av kommunernas insatser som baseras på tidsuppskattningar per insats i kombination med självkostnadspriser.

Tre samordnade arbetssätt, som prövats på olika håll i landet och som har de tre målgrupper i fokus som är aktuella inom förslaget till samverkansavtalet, har studerats som referensexempel och möjliga resultat för framtida möjligheter till systematisk samverkan i Skåne. Representanter från regioner/landsting och kommuner inom

Närvården i västra Skaraborg, Trygg Hemgång i Ronneby och Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg har bidragit väsentligt till denna studie.

## 2. Utgångspunkter, syften och särskilda förutsättningar

Syfte och målsättningar med denna studie är att ge parterna som diskuterar förslaget till det nya samverkansavtalet en bättre och övergripande bild över hur nya samordnade arbetssätt, som kan möjliggöras genom avtalet, kan drivas och skapa en bättre resursanvändning för båda huvudmännen. Detta gäller även hur kvaliteten kan påverkas och förbättras för såväl vård- och omsorgstagarna som professionerna i deras arbete. Referensexemplen och nyckeltal är hämtade utifrån några av de bästa tillgängliga exemplen i Sverige idag.

Studien ska också översiktligt kartlägga möjliga konsekvenser av att fortsätta som idag med ordinära arbetsmodeller givet omvärldsutvecklingen.

Genom att kartlägga typfall inom gruppen Mest sjuka, med de vanligen största behoven av hälso- och sjukvård och omsorg, avser studien att översiktligt bedöma vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå om nya målgruppsfokuserade och samordnade arbetsmodeller utvecklas utifrån de möjligheter som samverkansavtalet bör leda till.

Underlaget ska underlätta för hur man väljer att gå vidare med samverkansavtalet. Det resultat som studien kan komma fram till är enbart vägledande och bygger på indikationer då uppskattningar och extrapoleringar kommer att ligga till grund. Därutöver är patientunderlaget för kostnadsberäkningarna begränsat inom studien till att endast omfatta ett urval av tjugo individer inom målgruppen *"Mest sjuka – med behov av fast organiserat omhändertagande"*. För övriga målgrupper utifrån förslaget till samverkansavtal (vilka beskrivs i nästföljande kapitel) förs ett kvalitativt resonemang om möjligheter vad gäller resursförbättringar och kvalitetsutveckling som bedöms som intressanta i sammanhanget.

De referensexempel som används för bedömningar om möjligheter och resultat för målgrupperna, som samordnade arbetssätt skulle kunna utveckla med stöd av samverkansavtalet, är samtliga utvecklade i verksamhetsmiljöer som är annorlunda än Skånes sammanhang. Arbetssätten bedöms som fullt möjliga att utveckla även i delvis mer komplexa sammanhang som Skånes sammanhang kan beskrivas som. För detta krävs dock särskilda strategier som denna studie inte har till uppgift att utreda.

## 3. Angreppssätt och metoder

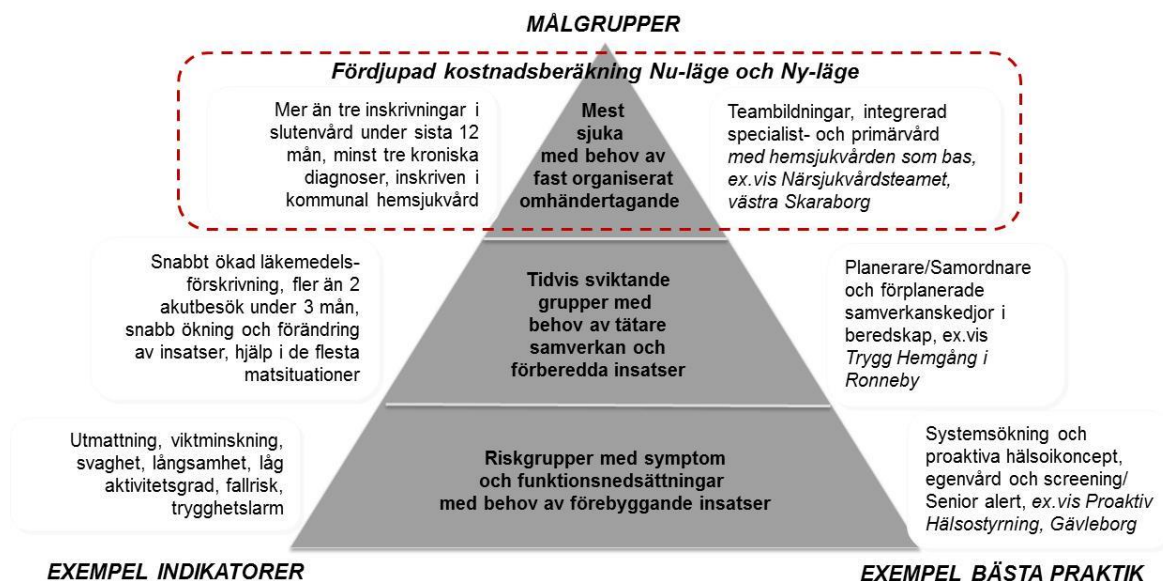
I linje med det föreslagna samverkansavtalets utgångspunkter är denna studie i huvudsak strukturerad utifrån ett resonemang för de tre olika målgrupper som är aktuella för samverkan mellan huvudmännen:

- Mest sjuka (med ett omfattande och långvarigt vårdbehov)
- Tidvis sviktande (med behov av tillfälliga punktinsatser)
- Riskgrupp (relativt friska med symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande)

Målgruppen "Mest sjuka", med de vanligen största behoven av vård- och omsorgsinsatser, har fokuserats särskilt i denna studie. I samarbete med representanter från Region Skåne och de kommuner som är utvalda för att återspegla Skånes olikheter har tjugo individuella typfall inom denna målgrupp valts ut och samtliga insatser av hälso- och sjukvård och omsorg har kartlagts under ett 12-månadersperiod. Därefter har dessa insatser kostnadsberäknats för varje typfall. Urvalsmetodik och hur kostnaderna identifierats beskrivs under kapitel 4.2 "Målgruppernas utveckling och kostnader". De fem kommunerna har valts ut i samråd med arbetsgruppen som bereder arbetet med samverkansavtalet. Urvalet av kommuner är gjort för att få fram en representation av kommuner och typfall som kan sägas motsvara de skillnader och olika förutsättningar som Skåne utgör i ett befolkningsperspektiv och med 33 kommuner inom regionen.

Med de aktuella målgrupperna som grund har tre "bästa praktik-modeller" i Sverige studerats som är särskilt inriktade för respektive aktuell målgrupp. Dessa kartläggningar har utförts genom tre fokusgrupper med företrädare från kommuner och regioner/landsting för de tre samordnade arbetssätten i västra Skaraborg, Ronneby och Gävleborg. Uppföljningar kring följdfrågor har genomförts med kompletterande intervjuer.

ÖVERSIKTSBILD MÅLGRUPPER, INDIKATORER OCH BÄSTA PRAKTIK



Utifrån de sammanställda tjugo typfallen av Mest sjuka har en särskild simuleringsövning utförts tillsammans med företrädare från Lidköpings kommun och Skaraborgs sjukhus inom Västra Götalandsregionen. Simuleringsövningen har granskat de tjugo skånska typfallen och de konsekvenser som skulle vara troliga om dessa individer omhändertogs enligt förutsättningarna som praktiserats inom Närvården i västra Skaraborg.

För de övriga två målgrupperna beskrivs nyckeltal och erfarenheter från de två andra "bästa praktikfallen" som fokuserar dessa grupper. Vidare har en omvärldsanalys utförts med fokus på utvecklingstendenser som kan komma att påverka kostnadsutveckling och kvalitet för de målgrupper som främst är aktuella inom ett samverkansavtal i Skåne.

## 4. Utvecklingstrender som berör målgrupperna

Utvecklingstrender och drivkrafter som påverkar målgrupperna och arbetssätten till dessa är av många olika slag. I denna studie har vi valt att kort fokusera på tre utvecklingstendenser som bedömts som särskilt intressanta; den demografiska utvecklingen, digitalisering och användning av nya tekniklösningar samt förändrade synsätt och beteenden hos användarna av vård- och omsorgstjänster.

### 4.1 Omvärldsutvecklingen

#### Den demografiska utmaningen

Genomgående förändras Sveriges befolkning mot att det blir allt fler äldre. När hälso- och sjukvården och omsorgen byggdes ut under främst 1960-talet och framåt utgjorde den yngre befolkningen en mycket större grupp. Idag utgör gruppen 65 år och äldre närmare 20 procent av befolkningen. Under 1960-talet uppgick denna åldersgrupp till mellan 12 till 13 procent<sup>1</sup>. På längre sikt, fram till 2050, ökar de äldre äldre (85 år och äldre) med hela 130 procent. Samtidigt har medellivslängden ökat med cirka 10 år sedan 1950-talet och för närvarande ökar medellivslängden med 2 månader varje år; en ökningstakt som aldrig funnits förut<sup>2</sup>.

Med en helt annorlunda befolkningsstruktur och levnadslängd, samt att det medicinska och tekniska kunnandet ökar i en allt snabbare utvecklingstakt med möjligheter att göra mer och annorlunda, finns det anledning att tänka om både strukturer och arbetssätt, från en delvis annan tid, inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Förutom

<sup>1</sup> SCB Befolkningsstatistik 2013/2014

<sup>2</sup> Institutet för Framtidsstudier, 2014

att behoven ökar finns det också en annan finansieringsutmaning för offentligt finansierad vård och omsorg att bemöta. Grupperna av 65 år och äldre samt barn och ungdomar, utgör idag 72 procent av den förvärvsarbetsande befolkningen (mellan 20 till 64 år)<sup>3</sup>. År 2030 är detta relationstal 84 procent och omkring 2060 utgör gruppen av äldre och barn/ungdomar 92 procent av den förvärvsarbetsande befolkningen. Utvecklingen börjar då närma sig ett förhållande av 1 till 1 mellan gruppen som normalt är i arbete och de som inte är det. Denna framtidsprognos påverkas förstas av de migrationsströmmar som nu pågår med stor nettoinflyttning från andra länder samt huruvida Sverige lyckas hålla en hög förvärvsfrekvens; dvs. en låg arbetslöshet.

I ett demografiskt perspektiv finns det nu tio viktiga år framåt för hälso- och sjukvården att planera och anpassa strukturer och arbetssätt för denna utveckling. Efter 2025 ökar nämligen gruppen 75 år och äldre som mest och denna ålderströskel från 75 år har hittills varit en form av brytpunkt för markant ökade behov av vård och omsorg<sup>4</sup>.

För Skåne beräknas befolkningen öka med cirka 13 procent (motsvarande 166 000 personer) fram till 2025<sup>5</sup>. Detta innebär en total befolkningsökning i Skåne från cirka 1,3 miljoner invånare till nära 1,5 miljoner invånare. Skåne skiljer ut sig från övriga Sverige genom en högre befolkningsutveckling än övriga riket. Prognosbedömningarna är samtidigt osäkrare än vanligt genom det nu pågående och omfattande inflödet av flyktingar. Förändringarna inom befolkningsgrupperna är relativt stora vilket innebär att en markant förändring kommer att ske inom Skånes befolkning under de närmaste tio åren.

De befolkningsgrupper i Skåne som ökar mest fram till 2025 är barn och de äldre äldre (80 år och äldre). Under den kommande tioårsperioden ökar skillnaderna i befolkningsstrukturerna mellan stad och landsbygd. Det är stadskommunerna<sup>6</sup> som främst drar till sig de unga och därmed får en något mindre andel äldre i befolkningen.

Den förvärvsarbetsande befolkningen (20-64 år) förväntas öka med 75 000 personer och beror till stor del på den inflyttning som pågår till regionen<sup>7</sup>. Gruppen icke-förvärvsarbetsande av barn och äldre ökar dock snabbare vilket påverkar den offentliga ekonomin. Skåne har samtidigt lägst andel sysselsatta bland Sveriges län vilket ökar utmaningen<sup>8</sup>. Den bedömda efterfrågan på arbetskraft fram till 2020 bedöms till cirka 44 000 personer som samtidigt bygger på antaganden om pensionsavgångar som kan komma att skjutas framåt i åldern utifrån den utveckling som är på gång<sup>9</sup>. Det finns alltså även ett relativt stort gap mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft.

Fram till 2025 ökar de äldre (65 år och äldre) med 15 procent i Skåne. Det är dock de äldre äldre som ökar mest under perioden med cirka 25 procent vilket är mer omfattande än de allra flesta län i Sverige. Gruppen 65 till 79 år ökar med 12 procent. Sammantaget i antal individer utgör de äldre nära 290 000 individer varav de äldre äldre utgör nära 85 000 individer.

Utvecklingen kommer förmodligen att se olika ut inom Skåne<sup>10</sup>. I den mer befolkningsrika *sydvästra delen* av regionen, med cirka hälften av befolkningen, är ökningen störst fram till 2025. Denna regiondel har också den yngsta befolkningen. Gruppen 65 år och äldre ökar med cirka 16 procent och gruppen 80 år och äldre ökar med 28 procent.

I *nordvästra delen* med en fjärdedel av Skånes befolkning sker också en relativt stor inflyttning och befolkningsökning. Gruppen 65 år och äldre ökar med cirka 16 procent och gruppen 80 år och äldre ökar med 25 procent.

*Nordöstra Skåne*regionen ökar sin befolkning fram till 2025 något efter en lång period av befolkningsminskning. Gruppen 65 år och äldre ökar med cirka 13,5 procent och gruppen 80 år och äldre ökar med 25 procent.

<sup>3</sup> SCB Befolkningsstatistik 2013/2014

<sup>4</sup> "Multisjuklighet hos äldre", Gunnar Akner, Liber, 2005

<sup>5</sup> "Skånes befolkningsprognos 2014-2023", Avdelningen för regional utveckling, Stab/Enheter för samhällsanalys, 2014-08-20, Region Skåne

<sup>6</sup> Huvudsakligen Malmö, Lund och Helsingborg, "Skånes befolkningsprognos 2014-2023", Region Skåne

<sup>7</sup> "Skånes befolkningsprognos 2014-2023", Region Skåne

<sup>8</sup> Uppgiften om andel förvärvsarbetsande i Skåne inkluderar även bosatta som arbetspendlar till Danmark

<sup>9</sup> "Utbildnings- och arbetsmarknadsprognos för Skåne – med sikte på 2020", Region Skåne/Näringsliv Skåne (2012)

<sup>10</sup> Befolkningsökningen per kommun redovisas för perioden 2014-2024 i "Skånes befolkningsprognos 2014-2023", Region Skåne

*Sydöstra regiondelen* utgör cirka 7,5 procent av befolkningen och har den markant äldsta befolkningen. I området avlider fler än som föds men befolkningen ökar sammantaget något även här genom förväntad inflyttning. Inflyttarna bedöms dock även fortsättningsvis vara äldre än de övriga inflyttarna till Skåne. Den sydöstra delen har en särskild utmaning jämfört med övriga Skåne då gruppen 80 år och äldre ökar radikalt fram till 2025 med 334 procent. Gruppen 65 år och äldre är i linje med övriga utvecklingen i regionen med cirka 14 procents ökning.

### **Digitaliseringen och nya tekniska applikationer**

Digitaliseringen har nu kommit så pass långt att man kan tala om en ny era av "interkonnektivitet"; alltmer av information, händelser, bilder och handlingar blir uppkopplat och sammankopplat. Detta kommer att påverka utvecklingen och skapa möjligheter för att skapa en bättre "timing" mellan olika insatser. Hälso- och sjukvårdslösningar i hemmen kan skicka information till vården och omsorgen att en insats behövs just nu – inte sen och inte via akutmottagningens fördröjning. Det blir allt mer möjligt att följa patienter och brukares utveckling och bygga in signalsystem som indikerar att nu har ett riskläge uppnåtts. Möjligheterna att arbeta betydligt mer proaktivt förbättras avsevärt. "Population Management", en form av proaktiv hälsostyrning, är redan satt i system inom amerikanska sjukvårdsorganisationer som Intermountain Healthcare och Kaiser Permanente där man har incitament för att arbeta med tidiga upptäckter och åtgärd efter detta. Möjligheter för patienter och brukare att involveras i sin egen vård blir enklare och mer av vårdinsatser kommer att kunna göras på distans istället för mottagningsbesök. Allt detta kommer att förändra hemsjukvården till att bli en nu vårdplats med många olika vårdaktörer involverade i ett förnyat samspel med vård- och omsorgstagen.

Omsorgen kan också påverkas på betydande sätt av denna utveckling. Västerås stad har visat vilka möjligheter som finns med en så kallad eHemtjänst. Genom att erbjuda användarvänlig och i övrigt anpassad kommunikationsutrustning inom äldreomsorgen har man ökat kontakterna med de äldre och samtidigt skapat ett högre engagemang hos de äldre vilket i utvärderingar har visat sig vara hälsofrämjande<sup>11</sup>. Med eHemtjänsten har man även utvecklat en så kallad webbtillsyn som innebär att en kamera övervakar den äldre under natten. Detta kanske något kontroversiella inslag har visat sig vara mycket positivt. Brukarna har upplevt det positivt att man kan få hjälp när man behöver det på detta sätt samtidigt som hemtjänsten kan komma när man verkligen behövs och inte när man råkar rondera i området. Dessutom utan att behöva störa nattsömnen för den äldre. Hemtjänsten uppnår på detta sätt en högre precision i sina insatser. Västerås-exemplet är intressant för att man också har utfört ekonomiska analyser av eHemtjänstens nya arbetssätt. I en kartläggning av kostnader pekar utvärderingsrapporten ut resursvinster inom tre områden: 1) Minskade behov hos de äldre, 2) Kortare insatstider, 3) Minskade transporter. Utifrån en bedömning som skattas som sannolik pekar utvärderingen exempelvis på en årlig kostnadsminskning som uppgår till 1 623 000 kr. vid 300 eHemtjänstanvändare av bildtelefoni. Utifrån arbetssättets hela potential är bedömningen i en omfattande beräkning att efter 2014 kommer kommunen att uppnå en nettobesparing för den årliga driften av hemtjänsten (efter investerings- och utbildningskostnader) som kommer att uppgå till minimum 5 700 000 kr och maximum 20 600 000 kr.<sup>12</sup>

Hälso- och sjukvården och omsorgen har ännu i jämförelse med andra tjänstebanscher inte kommit särskilt långt i digitaliseringen mellan utförarverksamheterna och i samspelet med vård- och omsorgstagen. Det talas mycket om e-hälsa och välfärdsteknologi men utvecklingen har begränsats av uppdelade utförarverksamheter med ofta skilda informationshanteringssystem och som därutöver även möter begränsningar genom lagstiftningens reglering av informationsdelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Med nya samordnade vård- och omsorgsmodeller, där medskapande arbetsformer alltmer utvecklas genom involvering av patienten/brukaren bör dock denna utveckling påskyndas. Dock är det ännu betydligt mer av investeringar som måste göras innan detta mer generellt ger ett nettoresultat i förbättrad ekonomi för verksamhetsorganisationerna.

### **"Patienten kan ta emot doktorn nu" – den nya kravställande individen**

Hälso- och sjukvårdens och även omsorgens arbetssätt har, med viss generalisering, traditionellt byggts på att mottagarna av tjänsterna har att anpassa sig efter verksamheternas vilja och villkor. Grindvaktssystem och remisser, väntrummet, obestämbara väntetider, kallelser och andra symbolbärande begrepp och arbetssätt kommer alltmer att vara under utmaning. Patienter och brukare har på olika sätt bidragit till verksamheternas

<sup>11</sup> "Införande av eHemtjänst", Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, rapport augusti 2012, Maria Gill/Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad

<sup>12</sup> "Kostnadsminskningar i samband med införande av eHemtjänst", Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, prognos augusti 2012, Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad



arbetsätt och ekonomi genom mycket användning av sin egen tid. Alltfler individer, välutbildade och vana köpare av tjänster i många andra sammanhang, kommer inte att acceptera sådana arbetsätt. Kravställandet kommer att öka och icke-nöjda patienter/brukare eller kunder är tidsödande. Det blir alltmer viktigt av dessa skäl att göra rätt och bra från första början.

Detta är en viktig drivkraft till att samordnade arbetsätt mellan vårdens och omsorgens olika aktörer måste bli bättre och hänga ihop på ett sätt som också är rationellt för vård- och omsorgstagaren. Denna utveckling kommer att såväl sätta press på professions- och insatsövergripande lösningar och samtidigt gynna initiativ av teambyggande. Samordnade vård- och omsorgsmodeller drivs inte bara av ekonomiska grunder för att skapa bättre överensstämmelse och effektivitet. Det är också en viktig del av tidsandan och vården och omsorgen behöver vara en modern tjänstebransch.

## 4.2 Målgruppernas utveckling och kostnader

De tre målgrupperna som är i fokus för denna studie och inför ett samverkansavtal mellan huvudmännen behöver en stor del av de resurser som Region Skåne och Skånes kommuner förfogar över. Utifrån nationella jämförelsetal bör flertalet av individerna inom målgrupperna ha minst en kronisk sjukdom. För denna grupp av såväl äldre som yngre personer beräknas cirka 80-85 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna åtgå till<sup>13</sup>. Förekomsten av flera sjukdomar samtidigt, multisjuklighet, finns inte bara hos äldre utan även bland personer som är yngre än 65 år. Studier inom andra landsting har beräknat gruppen med två eller flera kroniska sjukdomar till omkring en fjärdedel av befolkningen och nära hälften av befolkningen har i andra sammanhang bedömts ha minst en kronisk sjukdom. De multisjuka individerna står för cirka 50 procent av alla vårdkostnader. Gruppen Mest sjuka äldre med multisjuklighet och frekventa inläggningar inom slutenvården, samt med höga nivåer av omsorgsinsatser, har i olika kartläggningar beräknats till mellan 3-5% av befolkningen 65 år och äldre och som ofta har årliga vård- och omsorgskostnader mellan 1 mkr och 500 tkr per individ<sup>14</sup>.

De äldre är överrepresenterade i gruppen med kroniska sjukdomar; uppemot 85 procent av de som är äldre än 65 år har minst en kronisk sjukdom. 66 procent av denna befolkningsgrupp har två eller flera kroniska sjukdomar. Med fler kroniska sjukdomar ökar även exponentiellt de kommunala omsorgs- och hemsjukvårdsinsatserna på ett tydligt sätt<sup>15</sup>. När målgrupperna även inkluderar den del av de sviktande individerna som "är på gång" med att bli en "mångbesökare" med eller ännu utan kronisk sjuklighet, samt med bedömda riskgrupper där diagnoser ännu inte fastställts eller sjukdomsförlopp inte har utvecklats, ökar omfånget av individer till att bli många.

Med tanke på den demografiska utvecklingen är personer 65 år och äldre en särskilt viktig grupp att bemöta och planera bättre inom hälso- och sjukvården och omsorgen. I Sverige beräknas de totala vård- och omsorgsinsatserna för denna grupp till nära 210 miljarder kronor. Detta inkluderar även uppskattningar av kostnadsekvivalenter för närståendes insatser inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen som kommunerna ansvarar för uppskattas till närmare 50 procent av dessa sammanlagda kostnader; omkring 102 miljarder kronor<sup>16</sup>. Vårdanalys uppskattar i en ny analys baserad på demografi och äldres funktionsförmåga att den sammanlagda kostnadsutvecklingen för vård och omsorg till denna grupp kommer att uppgå till mellan 20-30 procent fram till år 2025<sup>17</sup>. Dessa jämförelsetal av kostnadsandelar och kostnadsutveckling kan vara av relevans för Skåne då mer tätbefolkade regioner i Sverige framöver kommer att öka mest när det gäller antalet äldre<sup>18</sup>.

Den relativt höga kostnadsutvecklingen är beroende av de äldres möjligheter till förbättrad funktionsförmåga. Om denna utveckling fortsätter att förbättras i den takt som kan ses nu i Sverige generellt uppskattar Vårdanalys att kostnadsökningen kan hållas till en nivå av cirka 20 procent<sup>19</sup>. I ett sådant scenario bedöms kostnadsutvecklingen bli högre inom hälso- och sjukvården jämfört med äldreomsorgen då detta innefattar en mer proaktiv hälsovård.

<sup>13</sup> "VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom", Vårdanalys, rapport 2014:2

<sup>14</sup> "Den ljusnande framtid är vår – Delresultat från LEV-projektet", Socialdepartementet 2010, "Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg – kostnader, kostnadsdrivare och systembrister", Delstudie inom "Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre, HCM, 2011

<sup>15</sup> "VIP i vården?", Vårdanalys rapport 2014:2

<sup>16</sup> Beräkningarna gäller för år 2012: Hälso- och sjukvård 39%, kommunal äldreomsorg 48%, närståendes insatser 12%, från "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg", Vårdanalys rapport 2015:8

<sup>17</sup> Rapporten "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?" publicerades i december 2015

<sup>18</sup> SCB Statistikdatabasen, 2015

<sup>19</sup> "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?", Vårdanalys rapport 2015:8

Ligger däremot funktionsförmågan kvar på samma nivå som idag (dvs. oförändrad) beräknas kostnadsutvecklingen till cirka 30 procent. I detta andra scenario bedöms kostnadsutvecklingen tvärtom bli högre för äldreomsorgen än för hälso- och sjukvården. Antagandet om inte tillräckliga insatser från en hälsoinriktad vård påverkar äldreomsorgens arbetstygnd. Ovanstående bedömningar tar inte hänsyn till andra kostnadsdrivare för både vården och omsorgen. SKL bedömer i en analysrapport att kostnadsutvecklingen för den äldre målgruppen inom hälso- och sjukvård och omsorg fram till år 2025 kan komma att öka med ännu mer – beräkningen pekar på 37 procent kostnadsutveckling<sup>20</sup>. I denna bedömning försöker man uppskatta teknikutvecklingens kostnader (som under lång tid kommer att kännetecknas av mer investeringar än avkastning på insatta resurser), ökade kvalitetskrav samt inte minst lönekostnadsutvecklingen (som framöver bedöms fortsätta i en ökning i högre takt än konsumentprisindex). Sammantaget blir kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården samt omsorgen högre än Finansdepartementets antagande om BNP-utvecklingen fram till år 2025 vilket innebär en reell kostnadsökning.

De ovanstående analyserna och bedömningarna visar att hälso- och sjukvårdens och omsorgens huvudmän är beroende av varandra för att hantera kostnadsutvecklingen. Studien av Vårdanalys och andra analyser visar att lägre kostnader i äldreomsorgen ger högre sjukvårdskostnader<sup>21</sup>. Omvänt ger lägre sjukvårdskostnader högre kostnader i äldreomsorgen. En angränsande slutsats är också att proaktiva och hälsoinriktade insatser lönar sig – men kräver ofta samplanering och samverkan för att bli utålliga och ge resultat. Inte minst gäller detta hälso- och sjukvårdens förmåga och intresse av att samverka nära med äldreomsorgen som ofta har bäst insikt om de äldres utveckling i vardagen.

Det gemensamma intresset att omhänderta målgrupperna på ett bra sätt bör därför vara sammanhängande i praktiken. Detta innebär att en mer fast planering och samverkan mellan huvudmännen är absolut nödvändigt för att bromsa kostnadsutvecklingen – på sikt för båda parter – och för att realisera de kvalitetsresultat som de äldre kommer att ställa större krav på. Med avseende på detta och den beskrivna utvecklingen ovan är de Mest sjuka den målgrupp som allra tydligast bör vara i fokus för ett nytt samverkansavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna.

De Mest sjuka och särskilt de med kroniska diagnoser är eller bör i allmänhet vara hemsjukvårdspatienter och endast vid särskilda behov omhändertas inom sjukhusvården. Studier och kartläggningar av patientfall har visat att detta är den bästa vårdformen för denna patientgrupp med fokus på kontinuitet och personkännedom förutsatt att ett relevant kompetensstöd finns från de nödvändiga professionerna från läkare till specialistsjuksköterskor i förekommande fall samt andra professioner som exempelvis fysioterapeuter, distriktssjuksköterskor m.fl.<sup>22</sup>.

Utifrån skånska förhållanden har man bedömt målgruppen för gemensam samverkan mellan huvudmännen och med hemsjukvården som bas till cirka 26 000 personer (vilket inkluderar individer inom särskilt boende)<sup>23</sup>. Målgruppen 26 000 baseras på kriterier utifrån omfattande behov och långvarig vård men även akut försämring vilket då kan innefatta omkring hälften av den andra målgruppen "tillfälligt eller tidvis sviktande" som är en rimlig uppskattning utifrån kartläggningar av denna målgrupp. I den ekonomiska beräkningsrapporten sammanfattas de nuvarande (2013) förhållandena i den skånska befolkningen när det gäller tilldelad kommunal hemsjukvård, hemtjänst, särskilt boende samt insats enligt LSS:

- 13,2 % eller 32 420 personer som var äldre än 65 år har kommunal hemsjukvård.
- 0,6 % eller ca 6 000 personer som var under 65 år har kommunal hemsjukvård.
- 7,9 % eller 19 293 personer som var äldre än 65 år har hemtjänst.
- 0,3 % eller ca 3 000 personer av gruppen 0-64 år har hemtjänst.
- 3,8 % eller 9 278 personer som var äldre än 65 år har plats på särskilt boende.
- 0,05 % eller 500 personer av gruppen 0-64 år har plats på särskilt boende.
- 0,72 % eller ca 7 200 personer av gruppen 0-64 år har insats enligt LSS.

I den ekonomiska beräkningsrapporten används jämförelsetal från "Mobilt hembesöksteam" i Uppsala och även "ÄMMA-projektet" i Malmö där gruppen sjuka äldre med bredare hemsjukvårdsbehov ligger inom 3-5

<sup>20</sup> "Välfärdsrapport Hur ska välfärden formas i framtiden", SKL 2011

<sup>21</sup> Ett flertal utvärderingar av nya samarbetsförsök mellan huvudmännen, riktat till grupper med stora behov, har visat på detta när individfall kartlagts före och efter samarbetet (exempelvis Närvården i västra Skaraborg, slutrapport till SKL, HCM 2013)

<sup>22</sup> Beskrivs i diskussionen om arbetssätt i slutbetänkandet "Effektiv vård", Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

<sup>23</sup> "Ekonomisk analys för Skånes kommuner av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal avseende hemsjukvård för de Mest sjuka", Analysgruppen från Kommunförbundet Skåne, Region Skåne, Eslövs kommun och Malmö stad, 2015-01-09

procentsnivån som är giltig för flera andra bedömningar av målgruppen runt om i landet. Med Uppsala-satsningens målgrupp av 3,32 procent innebär detta en motsvarande målgrupp i Skåne av drygt 8 000 personer som kan beskrivas som de Mest sjuka av gruppen 65 år och äldre.

Av befolkningsgruppen yngre än 65 år med behov av de samverkande hemsjukvårdsinsatserna är det enligt den ekonomiska beräkningsrapporten svårt att fastställa denna mer precist. Nationella jämförelsetal har inte heller kunnat identifieras då denna grupp har många olika och särskilt inriktade insatser i förekommande fall. För att ta fram en grov bedömningen utgår man i beräkningsrapporten från att de som är yngre än 65 år som också har hemtjänst så bör behoven vara större och mer giltiga för de gemensamma hemsjukvårdsinsatserna. I så fall bedöms denna målgrupp till 3000 personer inom Skåne

Sammanfattningsvis skulle då målgruppen för nya gemensamma arbetssätt mellan huvudmännen i Skåne utgöras av drygt 11 000 personer i nuläget inom målgruppen Mest sjuka<sup>24</sup>. Utifrån kartläggningar av den andra målgrupp som i praktiken är aktuell för olika modeller av samverkansinsatser med hemmet som bas ("Tidvis sviktande grupper med behov av tätare samverkan och förberedda insatser") utgör denna grupp sammantaget cirka 15 procent av gruppen 65 år och äldre men inkluderar då även gruppen mest sjuka<sup>25</sup>. I så fall tillkommer 29 000 personer i de aktuella målgrupperna av äldre. Dock är långt ifrån alla av dessa föremål för systematiska samverkansinsatser. Med erfarenheter från exemplet med Trygg Hemgång i Ronneby, som fokuserar på denna grupp, är det rimligt att dela upp denna i två ungefärligen lika hälften där den ena gruppen har kommit längre i sin sjukdomsutveckling och behöver mer av löpande samordnade insatser från både landsting och kommun. Den andra hälften av gruppen klarar sig längre utan dessa löpande samordnade insatser. Den faktiska tillkommande målgruppen är då cirka hälften av de 29 000 personerna, dvs. 14 500. Sammantaget blir då målgruppen 25 500 vilket stämmer ungefärligen med den tidigare uppskattningen om 26 000 personer totalt. Det bör då tilläggas att de nyckeltal och erfarenheter som denna studie åberopar gäller enbart gruppen 65 år och äldre.

I en tredje nivå av aktuella samverkansinsatser, för att bemöta även den tredje målgruppen som är riskgrupper, är de äldre dominerande. Med befintliga nyckeltal skulle då ytterligare cirka 25 000 personer tillkomma i det skånska perspektivet<sup>26</sup>. Denna tillkommande grupp är dock inte främst föremål för hemsjukvårdsinsatser utan för gemensamma insatser och stöd till egenvård som är hälsofrämjande, riskanalyserande samt med stöd till egenvård.

För de båda senare beskrivna målgrupperna är det inte möjligt att inom ramen för denna studie uppskatta hur gruppen yngre än 65 år kan tillkomma med antal individer i Skåne. De äldre utgör dock i allmänhet omkring 85 procent av målgruppen för kroniskt sjuka vilket beskrivits ovan. Utifrån tillgängliga underlag sammanställs de tre målgrupperna i Skåne till följande ungefärliga storlekstal:

- Mest sjuka: Cirka 11 000 personer (inklusive de som är yngre än 65 år)
- Tidvis sviktande: Cirka 29 000 personer (med en möjlig uppräknings upp till 15% för gruppen yngre än 65 år) varav cirka 14 500 är aktuella för mer systematiska samordnade insatser mellan huvudmännen
- Riskgrupper (inom 65+): Cirka 25 000 personer

Av dessa tre aktuella målgrupper har denna studie kartlagt kostnaderna för gruppen "Mest sjuka" gällande samtliga vård- och omsorgsinsatser från Region Skåne och involverade kommuner under en 12-månadersperiod. Angreppssättet och beräkningarna ska ses som illustrativa och vägledande för vilka kostnader som kan vara aktuella för denna målgrupp. Urvalet är endast 20 individer inom fem olika kommuner, som kan sägas representera ett slags "mini-Skåne" med olika förutsättningar och sammanhang. I varje kommun har fyra individer identifierats bosatta i eget boende. Grundkriterierna för att identifiera denna målgrupp och aktuella insatser är följande:

- Minst tre slutenvårdstillfällen samt alla övriga vård och omsorgsinsatser under perioden 2014-10-01 till 2015-09-30
- Minst tre kroniska diagnoser (enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10)

<sup>24</sup> "Ekonomisk analys för Skånes kommuner av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal avseende hemsjukvård för de Mest sjuka", 2015-01-09

<sup>25</sup> "Multisjuklighet hos äldre", Gunnar Akner, Liber 2005, "The Canadian Study of Healthy Ageing" (CSHA), 2002

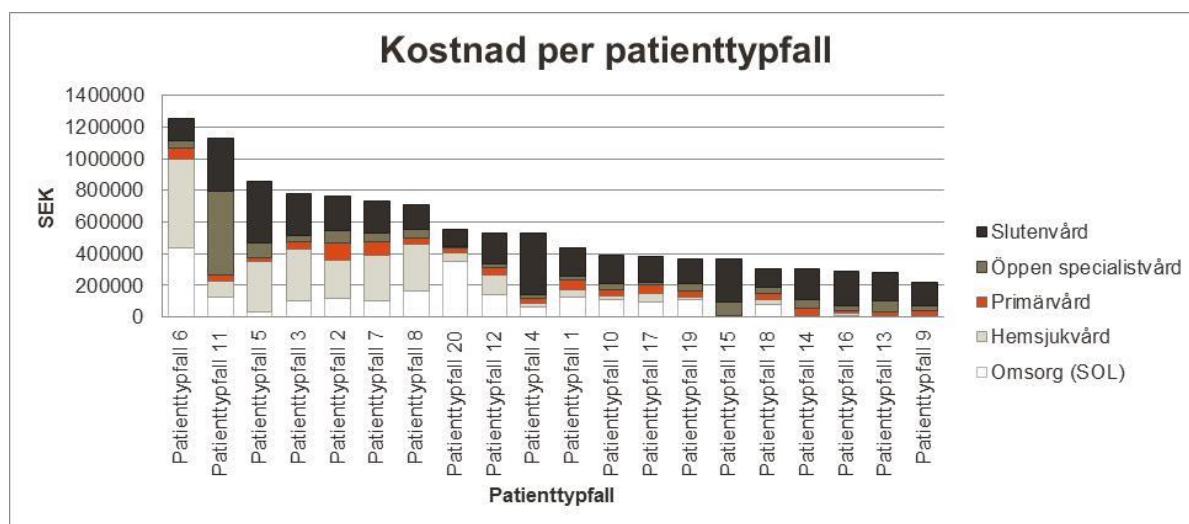
<sup>26</sup> Uppskattningen bygger på en sammanställning av studier av sköra äldre vilket innebär att cirka 25% av gruppen 65 år och äldre kan ingå i samtliga tre aktuella målgrupper, "Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler", Gunnar Akner, Läkartidningen nr. 44, 2010

- 18 år eller äldre (när undersökningsperioden inleddes)
- Boende i en av de fem aktuella kommunerna som representerar ett "mini-Skåne"

Metoden för identifiering och sammanställning av samtliga insatser från Region Skåne och kommunerna har utförts med anonymiserade individfall och utan att individanknuten information delats mellan huvudmännen.

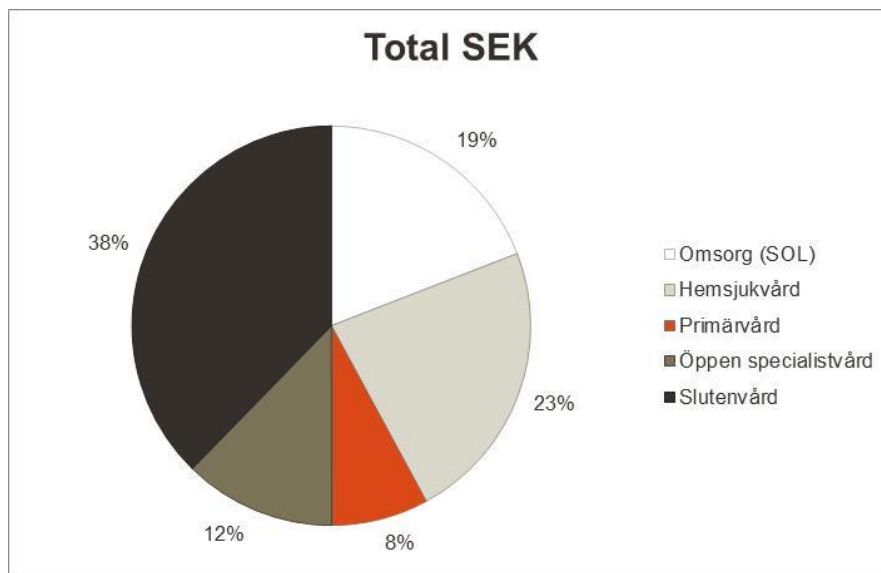
Kostnadsberäkningar har därefter utförts per individ för samtliga aktuella insatser. Från Region Skåne har kostnaderna per insats hämtats från vårdkostnadsdatabasen som baseras på vårdtillfällen i kombination med fastställda diagnoser samt med ersättningsnivåer som bygger aktuell lista inom Södra samverkansregionen. För att kunna göra jämförelser mellan individer på en Skåne-aggregerad nivå har en standardkostnadslista för kommunala insatser tagits fram genom en s.k. självkostnadsmodell. Modellen som har utvecklats inom Helsingborgs kommun tar hänsyn till vilken arbetstid som normalt åtgår för olika insatser och ställer dessa i relation till de kostnader som sammantaget uppstår för att utföra den enskilda insatsen. Några enstaka insatser som inte ingår i "Helsingborgsmodellen" har tagits fram genom en separat kostnadsskattning som har uppfattats som relevant av de involverade kommunerna.

Den kartlagda målgruppen med 20 typfall av Mest sjuka och boende i olika delar av Skåne, från landsbygd till större stadsregioner, visar på en total kostnad inom vård och omsorg av cirka 11,2 mkr under en 12-månadersperiod. Som väntat är kostnadsspridningen stor inom målgruppen. Från cirka 1,25 mkr för en patient till strax över 220 tkr. för den med minst insatser.



Den största kostnadsposten utgörs av slutenvården med 38 procent motsvarande 4 217 081 kr. under 12 månader för dessa 20 patienter. Kommunal hemsjukvård är den näst största kostnadsposten med 23 procent motsvarande 2 571 608 kr. Omsorgsinsatserna är också omfattande generellt med 19 procent av kostnaderna motsvarande 2 138 570 kr. Den öppna specialistvårdens insatser och primärvården är klart mindre med 12 procent (1 379 306 kr) respektive 8 procent (880 423 kr.). Primärvårdsinsatsen kan tyckas liten men besök på vårdcentraler förekommer relativt ofta men innebär inte så stora kostnader. De är troligt att de mer omfattande läkarinsatserna görs inom slutenvården med höga kostnader.

Hemsjukvården följer med patientens övriga insatsvolym ganska väl (med några få undantag). Slutenvården fördelar sig lite mer oregelbundet och kan vara ganska hög för patienter som i övrigt inte har så många insatser. Detta kan bero på att patienterna utifrån sina diagnoser eller sjukdomstillstånd kan vara mycket olika då basen är alla vuxna individer från 18 år och uppåt i åldrarna. Patienter med de lägre kostnaderna har få hemsjukvårdsinsatser och ingen eller mycket begränsat med omsorgsinsatser.



## 5. Bedömda effekter av samordnade arbetssätt

Den traditionella modellen för samverkan kring olika patient- och brukargrupper har ofta skett genom att huvudmän och verksamhetsenheter sluter olika s.k. gränssnittsavtal. Dessa avtal är ofta av mer juridisk karaktär och ger sällan vägledning mer operativt om hur man ska samverka och löpande ta ansvar utifrån olika uppgiftsfördelningar<sup>27</sup>. Vidare baseras samverkan ofta på ett mer konsultativt förhållningssätt där man löpande avropar varandras tjänster på en form av konsultbasis och där dessa tjänster vanligen uppfylls utifrån den vilja och tid som finns tillgänglig. Samverkan kan också manifesteras genom att huvudmännen bildar olika gemensamma styrgrupper men som i praktiken inte påverkar den operativa samverkan i någon särskilt hög grad.

Det som behöver uppnås i utvecklingen är mer av *samordnade* arbetssätt och vi väljer därför att inom denna studie använda detta begrepp. Samordnade arbetssätt kräver en högre grad av samverkan än vad "samverkanslösningar" hittills har inneburit i de flesta fall. Det blir alltmer uppenbart i flera studier och rapporter som kommit under de två senaste åren att samverkan utifrån befintliga "insatssystem" inte leder till de lösningar som är nödvändiga för grupper som har löpande stora behov inom båda huvudmännens verksamheter.

Vårdanalys pekar ut i en rapport där äldreomsorgens volymutmaningar granskas att det är kritiskt viktigt att kommuner och landsting utformar mer tydliga strategier för hur behoven hos morgondagens äldre bäst kan tillgodoses<sup>28</sup>. Slutbetänkandet och den statliga utredningen om effektivitet i vården (som även berör omsorgen inom socialtjänsten) kommer fram till samma slutsats att lösliga former av samverkan utifrån insatser som avropas löpande måste övergå till tydlig samplanering och föreslår lagstiftning om detta<sup>29</sup>.

Samordnade arbetssätt som i praktiken fungerar som en gemensam organisation, trots uppdelningar av ansvar och uppgifter mellan och inom huvudmän, har visat sig fullt möjliga att utveckla. Denna studies tolkning är att det är dessa exempel, varav några som analyseras och jämförs med här, som ligger bakom att den statliga utredningen lämnad i januari 2016 nu föreslår en form av krav på "horisontellt" och patientcentrerat ansvarstagande mellan huvudmän när det gäller Mest sjuka patienter med stora behov över "gränserna". Av de

<sup>27</sup> Att detta förhållande är vanligt har bekräftats inom en intervju-baserad studie inom olika delar av Sverige för Socialstyrelsen om "samordnad vård och omsorg" som utfördes under oktober-november 2015

<sup>28</sup> "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?", Vårdanalys rapport 2015:8

<sup>29</sup> "Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården", SOU 2016:2

exempel på samordnade arbetsformer, som lyckats ta steget in i ordinär och bestående verksamhet, är det inga av de inblandade som skulle vilja återgå till de förhållanden som rådde innan<sup>30</sup>.

I detta kapitel beskrivs tre olika referensexempel, utvecklade med en särskild precision för de tre olika målgrupper som är aktuella inom förslaget till samverkansavtal inom Skåne. Det är utvalda som exempelbeskrivningar för att de ligger i absoluta framkanten utifrån svenska förhållanden när det gäller nytänkande samordning för de aktuella målgrupperna. Dessa exempel är utvecklade utifrån sina egna förutsättningar och miljöer. För Skånes del behöver pusslet av samordnade insatser, som kan nå samma resultat för de tre målgrupperna, läggas utifrån de förutsättningar som gäller i Skåne och utifrån samverkansavtalets grunder. Detta är fullt möjligt då aktörerna i Skåne gemensamt förfogar över de resurser som behövs för detta.

## 5.1 Övergripande effekter som är möjliga att uppnå av samordnade arbetssätt

De samordnade arbetssätt mellan huvudmän som övergått till etablerad och implementerad verksamhet visar på följande kännetecken<sup>31</sup>:

- En tydlig utgångspunkt i ett *problem eller en brist för patienterna/brukarna* (som beror på en bristande samordning mellan huvudmännen) och som behöver en gemensam lösning. Denna lösning har varit utgångspunkt för att utveckla det samordnade arbetssättet. Att utveckla lösningen har inte setts som en motsättning eller problem för den egna (i meningen den specifika huvudmannen eller verksamhetsorganisationen) resurseffektiviteten eller kvalitetsuppfyllelsen. Med fokus på lösningen har samtliga parter (respektive huvudman, verksamhetsorganisation och patienter/närstående) gynnats i slutändan.
- En tydlig och gemensam insikt i de aktuella patient/brukarsituationerna och medvetenhet om *vilken målgruppen är mer exakt* samt tydliga inklusionskriterier och avgränsningar mot andra målgrupper. Förutsättningen för att uppnå en effektiv resursanvändning för alla parter är att de samordnade tjänsterna "träffar mitt i prick"; dvs. de ges till de individer som verkligen behöver just dessa samordnade tjänster och i förmedlingsformer som är så optimala som möjligt. De insatta resurserna kan då skapa stora värden och lyfter bort de kompensande insatser som annars måste till från båda huvudmännen för att ta hand om den bristande överensstämmelsen och förmedlingen gentemot behoven.
- En *radikalt förbättrad arbetsmiljö* för parterna i form av betydligt bättre samarbetsrelationer och att man får det stöd som behövs. Ofta förekommande otidigheter om ansvarsgränser och ekonomiska förhållanden, oklara mandat och inte sällan känslan av att inte räcka till, som sliter hårt, byts ut till en positiv samarbetskultur och arbetsglädje. Detta påverkar väsentligt patienterna/brukarna/närstående som i största allmänhet har angivit väsentliga förbättringar i trygghet och förtroende. Oklara samverkansförhållanden och avtal anges av många som ett allvarligt problem och som försvårar kompetensförsörjningen inom vissa mer utsatta verksamheter som bl.a. hemsjukvården och primärvården.
- *Förbättringar i patientsäkerhet* och för personalen att rätt insatser ges och i rätt ordning utifrån bättre och delade kunskaper om patientens/brukarens situation. Läkemedelskontrollen är en av de främsta resultaten och har direkt påverkan på den mängd insatser som annars måste kompensera för denna brist inom både vården och omsorgen. Samordningen och den förbättrade informationsdelningen mellan professionerna ökar möjligheterna att arbeta med riskförebyggande insatser och tidig upptäckt. Satt i system har detta i uppföljande kartläggningar visat på tydliga minskningar av såväl vård som omsorgsinsatser när mer stabila förhållanden annars råder för patienten/brukaren.
- *Väsentliga reduceringar av vårdbehov och andra särskilda insatser parallellt med högre kvalitet*. Då målgrupperna för samordnade insatser är komplicerade och har stora behov är potentialerna till väsentliga förbättringar inom många områden också som störst. Vanligt förekommande resultat av reduceringar av vårdbehov inom specialistvården ligger på nivåer mellan 30-70 procent och i vissa fall ännu högre. Effekter

<sup>30</sup> Slutsatsen kan tyckas vara generaliserande men bygger på egna och andras utvärderingar av samordnade utvecklingsåtgärder under de senaste fem åren över hela Sverige (varav merparten på uppdrag av SKL, Socialdepartementet och Socialstyrelsen)

<sup>31</sup> De punktvisa beskrivningarna av resultat från etablerade samordningsåtgärder bygger på utvärderingar i ett tiotal uppdrag under perioden 2011-2015 med arbetsmetoder som intervjuer, fokusgrupper och enkätundersökningar

som kan uppstå av bristande kontinuitet reduceras väsentligt som exempelvis akutintagningar vid sjukhus samt användningen av korttidsplatser. Reduceringar inom dessa områden ligger på nivåer mellan 25-100 procent. Samordnade insatser, som utvecklar den kontinuitet och personkännedom som ofta saknas för målgrupperna, har inneburit att ständiga omplaneringar och förflyttningar reduceras väsentligt. Sammantaget har arbetstiderna för dessa "ställtider" jämnats ut mot en ökad direkt tid för vård till patienterna i hemmet. I vissa fall har även hemsjukvårds- samt äldreomsorgsinsatser minskat genom att en "akutlogik" bytts ut mot en "kontinuitetslogik". Det finns ingen grund för att mindre användning av akut- och sjukhusvård ökar hemsjukvårdens insatser när relevanta specialistinsatser finns tillgängliga till hemsjukvården. Förekommer ett proaktivt och riskbedömande arbetssätt har behoven av hemsjukvård och omsorg minskat eller kunnat hållas under längre perioder på stabila nivåer istället för kontinuerligt ökande insatser från kommunal vård och omsorg.

## 5.2 Samordnad vård- och omsorg till de Mest sjuka – Närvårdssystemet i västra Skaraborg

Närvården i västra Skaraborg har fått mycket uppmärksamhet för sina goda resultat och att detta samordnade vårdssystem för målgruppen Mest sjuka (oavsett ålder) har uppnått så goda resultat. Närvården i västra Skaraborg beskrivs ofta som en form av teamverksamhet men i själva verket är det ett samordnat system av för målgruppen relevanta kompetensinsatser som arbetar koordinerat och där hemsjukvården är basen för samtliga insatser. Integrationen mellan specialistvård, primärvård, kommunal hemsjukvård och omsorg har blivit mycket bra och ges på villkor som passar patienterna och brukarna bäst. Överensstämmelsen mellan "alla inblandade" skapar en effektiv vård och omsorg som har visat sig ge exponentiellt mycket mer än vad insatserna kostar. Den samordnade arbetsmodellen har bidragit till att visa på en ny form av personcentrerad, mobil vård som förstärker och förbättrar övrig hemsjukvård och omsorg. De olika arbetssätten understöds nu av Västra Götalandsregionen med en satsning på anpassat breddinförande i regionen. Inom övriga Skaraborg pågår just nu etableringar av samma närvårdssystem som därmed täcker alla kommuner i denna delregion med cirka 258 000 invånare. Samma arbetsmodell finns nu också etablerad inom Hälsostaden i Ängelholm.

Basen för detta närvårdssystem är hemsjukvården som är den grundläggande vårdform man anser passar målgruppen bäst. I "grundmodellen" är det viktiga vårdtjänster beskrivna nedan som stödjer hemsjukvården:

- 1) Närsjukvårdsteamet med en geriatiker och två specialistsjuksköterskor anställda på Medicinkliniken vid Skaraborgs sjukhus i Lidköping.
- 2) Palliativa teamet med två läkare och tre sjuksköterskor anställda på Kirurgikliniken vid Skaraborgs sjukhus i Lidköping
- 3) Tre mobila allmänläkare anställda i primärvården.



Om patienter trots detta stöd ändå behöver läggas in på sjukhuset sker detta genom direktinläggning av någon av läkarna som också fortsätter att övervaka patienten inne på sjukhuset så länge denne är inskriven. På detta sätt bryts inte den viktiga personliga kontinuiteten när vårdplatsen ändras.

Till Närsjukvårdsteamet finns också en kurator på 25 procent av en heltid som är anställd av Skaraborgs sjukhus i Lidköping. Vidare finns det från i år 2016 även en arbetsterapeut och en sjukgymnast tillgängliga för Närsjukvårdsteamet på 25 procent av en heltid och är anställda i Lidköpings kommun. Dessa nytillskott kommer att kunna komplettera Närsjukvårdsteamet speciella behov med

rehabiliteringsinsatser som är viktiga och komplettera de insatser inom rehabilitering som utförs inom hemsjukvården. Samtliga resurser är tillgängliga för alla kommuner som ingår i samverkansarbetet.

Närvårdssystemet i västra Skaraborg har ett upptagningsområde som utgörs av sex kommuner med en sammanlagd befolkning av cirka 96 000 personer. Närsjukvårdsteamet tillämpar ett inskrivningsförfarande för att vara noga med att ha rätt målgrupp i fokus. De inklusionskriterier som tillämpas är:

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- Klarar ej sin personliga vård
- 75 år eller äldre
- Inskriven i hemsjukvården

Minst fyra av dessa kriterier måste uppfyllas för att bli inskriven i teamet.

Målgruppen för närsjukvårdsteamet är de allra Mest sjuka vilket man har bedömt till omkring 0,2 procent av befolkningen. I västra Skaraborg motsvarar detta knappt 200 personer. Idag har man vanligen omkring 24 patienter inskrivna i teamet som också är vad man anser sig klara av utifrån den bemanning som är beskriven ovan. Nya inskrivningar sker löpande och kontinuerligt lämnar patienterna teamet genom dödsfall. Meningen är också att man ska kunna skrivas ut efter att Närsjukvårdsteamet stabiliserat ett svårt läge för patienten. Bedömningen är dock att man inte riktigt når upp till behoven med en målgrupp om 200 personer.

Det palliativa teamet, som arbetar parallellt med vissa av närsjukvårdsteamets patienter, kan hantera omkring 45 patienter samtidigt. De patienter som är aktuella är de fall där brytpunktssamtal är genomfört och det finns besvärande komplexa symptom samt att patienten önskar att bli inskriven till detta team.

De tre mobila hemsjukvårdsläkarna har upp till 500 patienter listade var och utgör en viktig resurs för övriga vård- och omsorgsgivarna och med hög tillgänglighet även med kort varsel. För patienterna är detta mobila läkarstöd mycket värdefullt genom den särskilda inblick och kontinuitet som läkarna kan erbjuda genom att löpande verka i hemmen. Särskilt läkemedelskontrollen har förbättrats radikalt.

De personer som är involverade i dessa tre vårdtjänster beskriver själva att de "arbetar i den kommunala hemsjukvården". Ett gemensamt fokus att arbeta utifrån patientens behov och situation har utjämnat en traditionell hierarkisk arbetsordning.

Den kommunala hemsjukvården och omsorgen arbetar på ett mycket integrerat sätt med såväl närsjukvårdsteamet, det palliativa teamet som den mobila allmänläkaren. I de sex kommuner som samverkar med närsjukvårdsteamet i västra Skaraborg är samverkan mellan hemsjukvården och omsorgen i princip fullt integrerat. Det ska dock tilläggas att all hemsjukvård och omsorg är inom kommunal regi vilket har underlättat för denna utveckling. Typexemplet är den största kommunen av de sex; Lidköpings kommun som har ett gemensamt ledningssystem och organisation för hemsjukvården och omsorgen; Hemvården. Hemsjukvården inom HSL:s reglering leds av en koordinerande chefsjuksköterska som utifrån behoven delegerar uppdrag till undersköterskorna och övriga professioner inom Hemvården. Biståndsbedömarna inom SoL:s reglering utför biståndsbesluten som också blir uppdrag till undersköterskor och övriga professioner. Det finns ett gemensamt planeringsteam som inkluderar chefsjuksköterskan, ansvarig biståndsbedömare samt ledningsansvariga för arbetsterapeuter och sjukgymnaster som därmed bidrar till individuell samordning av HSL-ärenden och SoL-ärenden. Med denna organisations- och ledningsstruktur arbetar undersköterskorna i såväl hemsjukvården och hemtjänsten och den gemensamma verksamheten finns inom samma lokaler.

För det kommunövergripande närvårdssystemet finns de en gemensam ledningsgrupp sedan uppstarten med representanter från kommunerna, primärvården och sjukhuset. Finansieringen av närvårdssystemet är okomplicerad genom en enkel rambudget och utförs genom att sjukhuset finansierar lönekostnaderna för sin personal, primärvården för sin och kommunerna för sina tjänster. Det har utvecklats en form av ömsesidigt förtroende som innebär att parterna turas om att bära kostnader utifrån hur läget ser ut inom respektive verksamhet. Förnärvarande finansierar exempelvis Lidköpings kommun de gemensamma resurserna inom Närsjukvårdsteamet som erbjuds genom en arbetsterapeut och en sjukgymnast till 25 procent av heltid. I "nästa vända" anger man att det är troligt att sjukhuset kommer att stå för dessa kostnader.

### **Resultaten i västra Skaraborg**

Det samordnade närvårdssystemet bygger på att olika vårdtjänster i praktiken skapar ett optimalt och resurseffektivt omhändertagande av gruppen Mest sjuka. Kartläggningar av patientfall före och efter inskrivning i närvårdsteamet har visat att antalet akutbesök och inläggningar på sjukhus helt upphört under långa perioder för



majoriteten av de tidigare mångbesökarna. Vid ett mätillfälle när 24 patienter var inskrivna i närsjukvårdsteamet motsvarade detta i genomsnitt 186 000 kr. lägre kostnad per patient och år<sup>32</sup>. Öronmärkningen av resurser till den mobila specialistvården inklusive allmänläkarinsatserna ger exponentiellt betydligt mer än kostnaderna för dessa insatser. Exempelvis den mobila allmänläkarens självkostnad täcks av endast ett färre akutbesök per listad patient och år.

Vid samma mätillfälle som ovan kartlades samtliga insatser inom HSL och SoL under en 12-månadersperiod för 10 slumpvis utvalda patienter bland de aktuella 24 individerna före och efter inskrivning i närsjukvårdsteamet. För sju av dessa patienter låg de kommunala insatskostnaderna för hemsjukvård och omsorg på samma nivå eller något lägre efter inskrivningen. För övriga tre ökade hemsjukvårdinsatserna från måttligt till mycket.

I en senare mätning inom Lidköpings kommun har man undersökt förändringar av korttidsplatser för målgruppen. Behovet av korttidsplatser hade då minskat med 28% (vilket motsvarar 15 platser av totalt 52 och där varje plats motsvarar en kostnad av cirka 700 000 kr per år) samt därutöver minskade även genomsnittstiden för användningen av korttidsplatser med 35 procent (motsvarande från 34 till 22 dagar). Totalt har även särskilt boende i kommunen minskat från en genomsnittlig tid av 3,2 år till 2,2 år<sup>33</sup>.

Övergripande har utvärderingen från år 2013 visat att den utväxling i resultat som det samordnade vård- och omsorgssystemet har fått fram vida överstiger de insatta resultaten<sup>34</sup>. Sammanställningarna har visat på en kostnadsneutralitet för hemsjukvården i kombination med kvalitetshöjning för de aktuella patienterna i närvårdssystemet. I utvärderingen ingick fokusgrupper med patienter som sammanfattningsvis och på ett gemensamt sätt beskrev situationen efter inskrivningen till närvårdsteamet som en helt annan värld” före och efter.

De involverade vård- och omsorgsgivarna pekar på värdet av ett integrerat arbete och med den löpande kunskapsöverföringen mellan parterna som en helt annan form av värdeskapande än den ”konsultativa modellen” med alla ställtider involverade. För de hemsjukvårdspatienter som blir inskrivna i närsjukvårdsteamet minskar arbetsbördan för hemsjukvården.

Bland de personer som varit med att utveckla arbetssättet beskriven man en ny form av angreppssätt för komplicerade grupper med stora behov: ”Vi identifierar en målgrupp och ser alla kostnader – sedan bestämmer vi oss för att göra på ett annat sätt”. På frågan om vad den största utmaningen är framåt pekar man i princip ut endast en utmaning; kompetensförsörjningen.

#### Överblick av resultat från närvårdssystemet i västra Skaraborg

- Reducering av antalet vårddagar med 75 till drygt 90 procent
- Minskade akutbesök med 80 procent (över en längre period)
- Minskade mottagningsbesök med 89 procent (över en längre period)
- Hemsjukvårdsinsatser och omsorg stabiliseras och ökningstakten bryts generellt
- Behov av korttidsplatser och särskilt boende minskar för målgruppen

#### Bedömningar av möjliga konsekvenser för Skåne-patienter

De tjugo anonymiserade typfall av skånska patienter, uttagna utifrån kriterier som liknar dem som tillämpas i västra Skaraborg, har översiktligt analyserats och prövats i en simuleringsliknande övning där ovanstående angreppssätt tillämpats. Typfallen är beskrivna i översiktliga grafiska insatsbilder samt processbeskrivningar för att ge en god överblick av samtliga insatser inom vård och omsorg. Dessutom utifrån en kronologisk ordning för att se hur och varför insatserna uppstår. Samtliga diagnoser och diagnostillfällen finns också beskrivna. Dessa typfall är samlade i en särskild bilagerapport till denna studie.

Arbetsgruppen i denna simuleringsövning bestod av medarbetare från Närsjukvårdsteamet (en läkare och en specialistsjuksköterska) samt två representanter från den kommunala hemsjukvården och omsorgen i Lidköping varav en av dessa är chefssjuksköterska inom hemsjukvården. Av samtliga typfall bedömdes minst 13 av dessa vara typiska inskrivningspatienter för Närsjukvårdsteamet. Några övriga var dock mer tveksamma utifrån att de var mer renodlade cancerpatienter och hade då tagits om hand av en specialiserad onkologienhet vid sjukhuset.

<sup>32</sup> ”Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila Palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare”, HCM, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, 25 november 2013

<sup>33</sup> Mätningar Lidköpings kommun 2015, Förvaltningschef Sven-Ove Andersson

<sup>34</sup> ”Närvården i västra Skaraborg”, HCM, 2013

Vidare fanns de några särskilt fokuserade diagnospatienter med psykiatri, reumatism eller njursvikt som inte hade varit föremål för den samordnade närvårdsmodellen.

Vid genomgången av samtliga typfall gjordes följande observationer utifrån hur arbetssätten ser ut i västra Skaraborg<sup>35</sup>:

- I de allra flesta fall som var aktuella för västra Skaraborgsmodellen bedömdes att slutenvårdsinsatserna kan reduceras med 90 procent.
- Man bedömde att samverkansbalansen mellan primärvården och hemsjukvården inte verkade optimal. De relativt många besöken på vårdcentraler är inte lämpligt för målgruppen. Med det mer optimala arbetssättet i fokus skulle besöken på vårdcentralerna försvinna helt.
- Med arbetssätten i Lidköping hade de aktuella hemsjukvårdinsatserna inte ökat när slutenvården försvinner eller minskar drastiskt. Inte heller om primärvårdsinsatserna upphör
- Inskrivningstiderna på korttidsplatser upplevdes onödigt långa.
- Det bör kunna utföras mindre sjuksköterskeinsatser generellt. Dessa skulle kunna delegera mer tid till undersköterskorna. Om hemsjukvården och äldreomsorgen har en gemensam organisation underlättas detta och undersköterskor kan användas mer optimalt.
- Med många olika insatsaktörer, som i flera av typfallen, uppkommer "ställtider" löpande och många omplaneringar samt ofta en "jakt" efter läkarinsatser och information. Läkemedelsproblematik uppstår ofta. Med det mobila närsjukvårdsteamet och tillgång mobila allmänläkaren ökar inte hemsjukvårdinsatserna även för de riktigt tunga patienterna. Hemsjukvården kan i dessa sammanhang byta ut omfattande arbetstid för informations- och läkarjakt mot aktiv sjukvård för patienten. I flertalet av typfallen skulle förmodligen hemsjukvårdinsatserna totalt sett även minska.
- För vissa av typfallen kan man se en påtaglig instabilitet och snabba återinläggningar. Med de aktuella ideala arbetssättet skulle dessa patienter få en högre grad av stabilitet genom att även specialistvård samt läkarvård i övrigt skulle finnas tillgängligt i hemmet. De ofta förekommande förflyttningarna av patienten, som tär mycket, skulle minska i många av typfallen. Betydligt minskad oro för patienten och närstående är de resultat man brukar se av detta och många kan bo kvar hemma betydligt längre än med de arbetssätt som kan ses inom typfallen.

### 5.3 Samordning för att skapa stabilitet och trygghet till periodvis sviktande – Trygg Hemgångsmodellen i Ronneby

Det finns vissa situationer som ofta pekas ut som svåra och särskilt beroende av att samverka mellan huvudmännen fungerar. Ett ofta diskuterat exempel på detta är utskrivningssituationen när en patient ska förflyttas från sjukhusvård till ett fortsatt fungerande boende i eget hem. Det gäller särskilt personer som är sviktande periodvis, som ofta är äldre, och där en god planering samt väl koordinerat stöd av insatser, hjälpmedel och läkemedel fungerar i ett samspel.

Denna en av vårdens och omsorgens "sköraste länkar" brister dessvärre alltför ofta. Väl kartlagda patient- och brukarfall visar på att detta kan leda till snabbt försämrade tillstånd, återinläggningar i flera omgångar samt snabbt ökande behov av ytterligare specialistvård, hemsjukvård och nya högre nivåer av omsorginsatser<sup>36</sup>. Situationerna förvärras vidare av den starka oro som uppstår hos patienten/brukaren och dennes närstående när känslan av kontroll, planering och överblick inte finns. Även medarbetarna i vården och omsorgen påverkas starkt negativt av situationer man inte kan bemästra eller få kontroll över. Svårigheterna att organisera en gemensam planering och kunskapsöverföring mellan sjukhus, primärvård och kommunal hemsjukvård samt omsorg leder ofta till att mellanboendeformer måste användas för utskrivningsklara för att få kontroll över situationen och det fortsatta omhändertagandet. De korttidsplatser som används för detta är en dyr verksamhet för kommunerna.

I Ronneby kommun kom frågan upp inom biståndsbedömningen om detta inte kunde göras bättre genom arbeta mer systematiskt och utifrån en helhetssituation för den individ det gällde. Man såg ett särskilt behov hos en målgrupp man benämnde "vårdens debutanter"; den grupp av oftast äldre individer som blivit inlagda på sjukhus för typiska problem och som därefter kom i en snabb ökning av både vård och omsorg. Målgruppen kan beskrivas

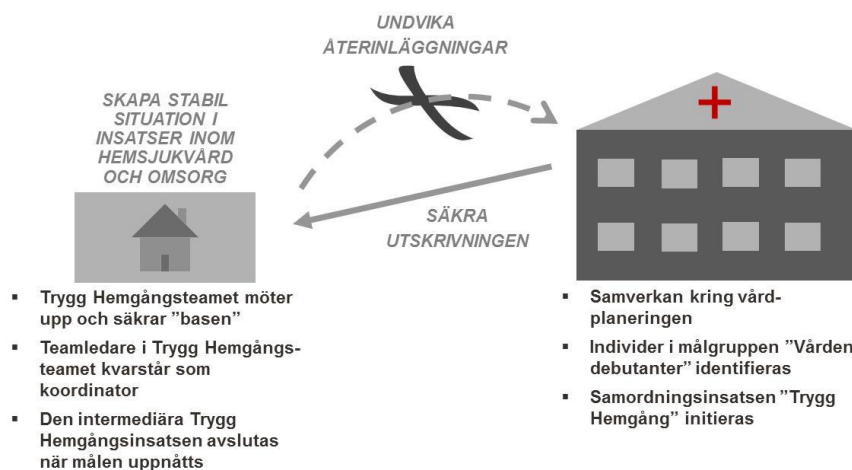
<sup>35</sup> Det bör tilläggas att genomgången och bedömningarna av typfallen måste ses som mycket översiktliga och med begränsade möjligheter att vara mer precis då insatskartläggningarna ger en begränsad information om vad som faktiskt utförs och inga journalanteckningar finns att tillgå.

<sup>36</sup> Se exempelvis kartläggningarna i "Utanför sjukhuset: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende", Ulla Gurner, Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

som individer som i grunden kan klara sig relativt bra, med under omständigheterna relativt måttliga vård- och omsorgsinsatser. De är tidvis sviktande men om de omhändertas när det verkligen behövs på ett bra och mer proaktivt sätt kan deras försämring bromsas eller skjutas upp. I Ronneby kommun identifierade man denna målgrupp till omkring 100 personer (motsvarande cirka 0,35 procent av befolkningen) som man kom att utveckla en helhetslösning för. Målgruppen identifierades ursprungligen utifrån följande kriterier:

- Okomplicerade frakturer
- Från oberoende till mycket beroende
- Inlett omfattande sjukvårds- och omsorgsbehov:
  - >19 dagar i slutenvården
  - >7 öppenvårdstillfällen
  - >25 timmar per månad i hemtjänst

Utifrån ett typiskt och sammanhängande behov utvecklade man en organiserande idé och modell för en god samordning: "Trygg Hemgång". Med begreppet och benämningen var det tydligt för parterna var syftet och målet var – även för patienten och de anhöriga. Trygg Hemgång har utvecklats till en biståndsbedömd insats i samband med vårdplaneringen vid utskrivningstillfället. Beslutet innebär att en intermediär och resursstark insats initieras för en patientgrupp som befinner sig i en skör situation och i en kritisk övergång från sjukhusvård till eget boende. Med biståndsbeslutet följer en omsorgsinsats på högsta nivå med minst 26 timmar per månad men i en period som sällan överstiger 10 dagar.



Arbetsmodellen bemannas främst av ett kärnteam – Trygg Hemgångsteamet – som utgörs av fyra undersköterskor varav en av dessa har särskild inriktning på rehabilitering. Detta har bidragit till att säkerställa en nödvändig kapacitet för att driva det grundläggande arbetet och skapa ett viktigt koordinerande nav gentemot övriga professioner.

När patienten efter utskrivning och biståndsbeslutet Trygg

Hemgång kommer till bostaden möts denne av ett tvärprofessionellt team med en eller två undersköterskor från kärnteamet samt berörd personal från hemsjukvården och hemtjänsten. Dessa bildar ett samverkansteam som ska se till att "basen" säkras för patienten i dennes hem. Den eller de undersköterskor som kommer från kärnteamet stannar i patientens hem upp till två timmar vid första ankomsten och säkrar att mat och aktuella mediciner finns samt att den boende kan klara sig och förflytta sig i hemmet med nödvändiga hjälpmedel. Så länge Trygg Hemgångsinsatsen gäller fungerar en av undersköterskorna i kärnteamet som en koordinator för den boende och har löpande en nyckelroll i den fortsatta samordningen och kontrollen av insatserna från vården och omsorgen. När situationen upplevs stabil och fungerande samt att en trygghet finns etablerad i situationen upphör den biståndsbedömda samordningsinsatsen. Den genomsnittliga driftsperioden för Trygg Hemgång var 7,4 dagar vid en utvärdering 2012<sup>37</sup>.

## Resultaten

Samordningsmodellen har utvecklat förtroendefulla relationer mellan alla parter. Samverkan mellan sjukhuset och kommunen vid utskrivningstillfället kom att utvecklas till en säker arbetsprocess där hemtagningen kan ske omgående och utan att använda korttidsplatser. För sjukhuset innebar detta arbetssätt att återinläggningar av de

<sup>37</sup> Baserat på 44 involverade vård- och omsorgstagare beskrivet i utvärderingsrapporten "Trygg Hemgång 2012, Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge Kompetenscentrum, 2012

aktuella patienterna minskade med 80 procent<sup>38</sup>. För kommunen, när vårdplaneringen har utförts med den kvalitet som ska gälla och i individens hem, har i upp till 90 procent av fallen hemtjänsten minskat för individerna utifrån deras tidigare nivå innan Trygg Hemgång initierades<sup>39</sup>. Man har heller inte noterat någon märkbar uppgång i hemsjukvårdsinsatserna för den målgrupp som nu har fått ökat fokus.

För närvarande pågår ett utvärderingsarbete av ett urval av tjugo individer som fått biståndsinsatsen Trygg Hemgång inledningsvis. Biståndsbedömare inom Ronneby kommun arbetar nu med att granska dessa tjugo fall och utför en ny bedömning utifrån hur man hade beviljat hemtjänstinsatser i normalfallet - och utan Trygg Hemgångsmodellen<sup>40</sup>. Resultaten nedan för fem analyserande ärenden visar på en bild av väsentliga minskningar - i genomsnitt med en minskning av äldreomsorgsinsatserna per individ med drygt 60 procent genom det nya arbetssättet.

**Ärende 1** Hade vid vårdplaneringstillfället uppskattningsvis blivit beviljad 72,5 timmar/månad. Uppföljning efter trygg hemgång ledde till 17,55 timmar/månad.

**Ärende 2** Hade vid vårdplaneringstillfället uppskattningsvis blivit beviljad 95 timmar/månad. Uppföljning efter trygg hemgång ledde till 21 timmar/månad. Möjligen hade antalet timmar vid vårdplaneringstillfället blivit lägre då anhöriga hjälper till mycket i det här ärendet men det är svårt att uppskatta.

**Ärende 3** Hade vid vårdplaneringstillfället uppskattningsvis blivit beviljad 51,9 timmar/månad. Uppföljning efter trygg hemgång ledde till 25,23 timmar/månad.

**Ärende 4** Hade vid vårdplaneringstillfället uppskattningsvis blivit beviljad 95 timmar/månad. Uppföljning efter trygg hemgång ledde till 20 timmar/månad.

**Ärende 5** Hade vid vårdplaneringstillfället uppskattningsvis blivit beviljad 67,73 timmar/månad. Uppföljning efter trygg hemgång ledde till 54,18 timmar/månad.

Några andra av de särskilt viktiga resultaten är att tryggheten har ökat markant för alla involverade. Vård- och omsorgstagarna har aktiverats genom de inkluderande arbetssätten och genom omsorgspersonalens fokus på att arbeta med funktionsförmågorna i första hand. Undersköterskorna inom den kommunala hemsjukvården och omsorgen får praktisera den viktiga roll som behövs med att skapa trygghet och hålla i helheten. Genom Trygg Hemgångsteamet anser man att man också har uppnått en rationellare arbetsordning och kompetensfokus som innebär att övriga dyrare resurser som arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor kan koncentrera sig mer på sina särskilda uppgifter. Som så ofta i samordnade arbetssätt uppstår löpande kompetens- och informationsöverföringar som är av stor betydelse för mottagaren av tjänsterna.

#### Överblick av resultat från Trygg Hemgång i Ronneby

- Markant ökad trygghet för vård- och omsorgstagaren samt professionen
- Reduceringar av återinläggningar för målgruppen med 80 procent
- Kostnader för Korttidsplats upphörde helt (till en medelkostnad av 50 000 kr. per individ och cirka 20-30 platser med en årskostnad av cirka 700 000 kr per år och plats)
- Minskad hemtjänst i 90 procent av de fall där vårdplaneringen utförts enligt optimala grunder
- Tydligare professionsroller där var och en fått arbeta utifrån sin främsta förutsättningar
- Stabila hemsjukvårdnivåer utan märkbar ökning för målgruppen

## 5.4 Tidig upptäckt och hälsofrämjande insatser till riskgrupper – Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg

Med det demografiska skiftet till allt fler äldre och en ökad vårdtyngd i allmänhet genom att alltfler lever längre med svåra sjukdomar finns det anledning att börja söka efter lösningar där mera proaktiva arbetssätt kan spela en större roll och komprimera den tid då man behöver omfattande vård och omsorg. De akuta arbetssättet som präglar många av insatserna till de mest sjuka riskerar att öka med de organisationsstrukturer och styrsystem

<sup>38</sup> "Trygg Hemgång i Ronneby: Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept", Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM mars 2014

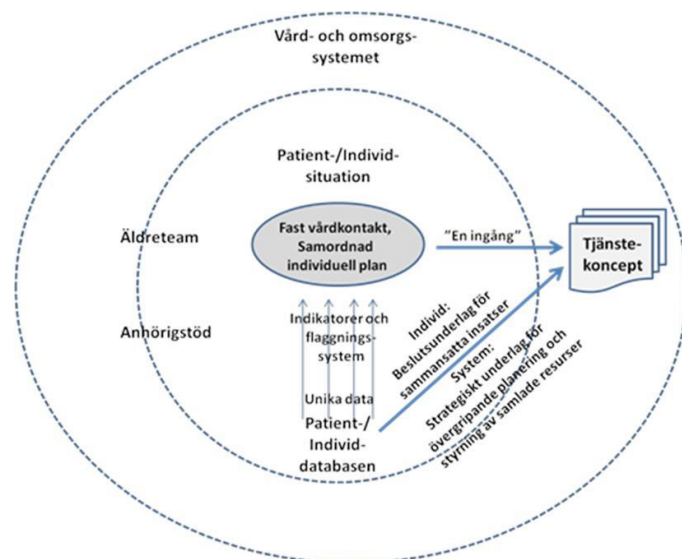
<sup>39</sup> Bedömning enligt Torill Skaar Magnusson, chef Äldreförvaltningen, Ronneby kommun

<sup>40</sup> Underhandsrapport från fem första fallbedömningar, Helen Ahlberg, Verksamhetschef, Äldreförvaltningen, Ronneby kommun

som finns idag. Det finns en risk för ytterligare undanträngningar av det hälsofrämjande uppdraget och behovet av kontinuitet.

Alla vet att systematiska riskbedömningar är viktiga men ändå utförs det sällan av den enkla anledningen att man inte tycker att det finns tid till detta. Andra synpunkter är att "vi vet inte hur man ska hitta dem" som är i riskzonen etc. Det finns en stor potential i att också involvera individer som tillhör en riskgrupp. Möjligheterna till egenvård blir allt större till följd av "informationsåldern" och utbildningsnivåerna men det saknas ofta strukturer och insatser för att mobilisera dessa potentialer. Sjukvården och omsorgen utförs i grunden som "reaktioner" på sjukdomar och uppstådda "skador". Inom NHS i England har man under en längre tid utvärderat pilotförsök med hälsofrämjande insatser och med tydliga medskapande arbetsformer och aktiv involvering av patienterna själva i sin hälsofrämjande vård. Utvärderingarna med vetenskaplig evidens har visat på omkring 50 procent mindre vård dagar för de riskgrupper som bemötts med insatser i tid<sup>41</sup>. Förbättrade hälsoreultat och därmed uppskjuten vård och omsorg för riskgrupper har kunnat konstateras i mellan 75-30 procent för de individer som ingått i de olika pilotsatsningarna. Kan dessa riskhanterade arbetssätt utvecklas är det möjligt att göra en omfördelning av insatserna till de grupper som kommit längre i sin sjukdomsutveckling.

I Gävleborg växte tankar fram i samverkan mellan landstinget och ett antal kommuner om att utveckla ett system för en proaktiv hälsostyrning. Med detta angreppssätt var tanken att etablera olika former av systemsökning och automatiska "flaggningsystem" som skickar signaler när individer utifrån sin hälsostatus går över vissa s.k. tröskelvärden. Dessa viktiga signaler kan främst utläsas i kommunernas biståndsbeslut och i de tidiga vårdkontakter som uppkommer. Signaler om viktminskning, svaghet i funktioner, ökande hemtjänstinsatser inom vissa volymsteg och behov av trygghetslarm är viktiga att upptäcka och bemöta även i ett vårdperspektiv. Ökande läkemedelsanvändning och primärvårdskontakter är ett annat exempel. Signalsystemet kan även skapas på enklare grunden när informationsdelningen mellan huvudmännen begränsas av lagstiftningen. Gemensamma grunder för screening och andra riskbedömningsmodeller som senior alert kan utföras där patienten rekommenderas till olika handlingar för att ta tag i hälsoutvecklingen.



Planerna inom Gävleborg var att utveckla ett proaktivt hälsosystem som med tidig upptäckt matchar en riskpatient mot ett sortiment av lämpliga hälso- och vårdtjänster i samverkan mellan kommuner och landsting. Genom att systematiskt utveckla samordnade individuella planer för målgruppen, innan vård- och omsorgsbehoven tar fart, kan patienterna i många fall bemötas med lägre nivåer av insatser under en längre tid än vad som annars ofta blir fallet. Med den samordnade individuella planen följer en fast vårdkontakt som för en riskgruppspatient kan vara en sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast eller annan professionsgrupp beroende på situationen. Den fasta vårdkontakten benämndes ursprungligen som "Hälsocoach". Detta var ett erbjudande om en tjänst där

patienten antingen fick ett paket med informationsmaterial och guidningsstöd för att bedriva huvudsakligen en egenvård, eller om patienten var i sämre skick ett förslag till en vårdplan som inkluderade olika insatser från ett äldreteam i samarbete med biståndsbedömningen om hemtjänstinsatser.

I pilotprojektet etablerades "screeningstationer" som arbetade med samma riskbedömningsmetodik på hälsocentralerna (primärvårdens vårdcentraler), på sjukhusens akutmottagningar samt inom biståndsbedömningen i de medverkande pilotkommunerna Gävle och Hudiksvall. I den löpande följeutvärderingen av pilotförsöket framkom att det eftersökta systematiska riskbedömningsarbetet efterhand blev

<sup>41</sup> "The Business Case for People Powered Health", Nesta/Innovation Unit/PPL, London, 2013

etablerat som arbetsform och bidrog till att fler patienter i dessa riskgrupper upptäcktes och fick vårdplaner i ett tidigare skede<sup>42</sup>.

#### Överblick av resultat från Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg

- Tydlig ökning av det systematiska arbetet med riskbedömningar; särskilt på de tre involverade vårdcentralerna
- Hög "träffsäkerhet" med screeninginsatserna; riskpatienterna som upptäcktes motsvarade nyckeltal från nationell hälsostatistik
- Mellan 80-100 procent av identifierade riskpatienter hade behov av tjänsten "Hälsocoaching"
- Patienter som annars hade varit utan vårdplan fick nu detta och vårdcentralerna visade mot slutet av pilotstudien på höga nivåer av uppföljning

## 6. Analys och slutsatser

### 6.1 Vad omvärldsutvecklingen innebär

I patient- och brukarkartläggningar, studier och utredningar från olika håll framgår det tydligt att ökad resurseffektivitet och kvalitet ligger i möjligheterna till att realisera en bättre samordning mellan huvudmännens insatser för målgrupper med stora behov. Det finns numera tydliga empiriska resultat av ömsesidiga vinster av fördjupad samverkan och denna kunskapsbas har utökats väsentligt under de senaste tre åren. Brist på samordning och överstjälpning av ansvarsförhållanden är kostnadsdrivande där den ena parten kan förlora mer än den andra beroende på fokus men i slutändan är bedömningen inom denna studie att kostnadsutvecklingen blir svårare för båda huvudmännen.

Att fortsätta som nu med i grunden separerade insatssystem mellan och inom huvudmännen till målgruppen av sjuka äldre innebär enligt olika utredningar en kostnadsutveckling mellan 20 till uppemot nära 40 procent. De lägre antaganden om kostnadsutvecklingen bygger främst på demografiska drivkrafter och den högre delen av spannet tar, utöver detta, även in nödvändiga kostnadsinversteringar i ny teknik, behov av ökade kvalitetsnivåer samt bl.a. lönekostnadsutvecklingen. Den reala ekonomin bedöms inte växa i samma takt och finansieringsutmaningen genom skattebaserna är utmanande då tillväxt allt mer sker samtidigt som arbetslösheten kan förvärras. Till detta tillkommer utmaningen med att grupperna utanför den förvärvsarbetande befolkningen (barn/ungdomar och äldre) ökar på många håll och särskilt i Skåne.

Det förmodligen avgörande momentet för att få grepp över kostnadsutvecklingen ligger i att skilja ut grupper med stora vård- och omsorgsbehov och skapa samordnade lösningar för en grupp som är optimala utifrån aktuella situations- och behovsfaktorer. Denna tes får också stöd i den nyligen lämnade statliga utredningen om möjligheten till effektivisering inom vård och omsorg där det bl.a. diskuteras om en riktad primärvård till främst multistjuka äldre<sup>43</sup>.

Förutom de stora möjligheterna till förbättrad resursanvändning är det också en fråga om att följa tidsandan och utveckla tjänster som motsvarar vad medborgarna förväntar sig och vad den tekniska utvecklingen medger. Sedan vården och omsorgen byggdes upp under rekordåren på 1960-talet har mycket förändrats. Merparten av vårdens och omsorgens resurser går numera åt till grupper av äldre (och andra kroniskt sjuka) som är betydligt fler i relativa tal av befolkningen och som behöver merparten av resurserna. Detta är ett annat förhållande än när välfärdens lösningar skapades.

### 6.2 Vad kartläggningar av samordnad vård och omsorg i drift säger

De grundläggande kostnadsdrivarna inom både vård och omsorg till grupper med större behov är många och nedan sammanfattas några av de mest centrala:

<sup>42</sup> "Från idé till verklighet? Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg – sammanställning av resultat och utvärdering" HCM, 2013

<sup>43</sup> "Effektiv vård", Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

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

För vård och omsorgsinsatser till grupper med stora behov finns det i princip inget stöd för att exempelvis mindre sjukhusvård innebär ökad hemsjukvård och omsorg. För de allra mest sjuka kan det istället vara tvärtom; ständiga inläggningar kan öka behoven av hemsjukvård och omsorg. De stora resursförlusterna för såväl kommuner som regioner/landsting är bristen på samordning med många start och ställtider samt insatser som utförs med begränsad bakgrundsinformation. För hemsjukvården är en av de största kostnadsdrivarna den tid som åtgår till att få tag på läkare och vissa andra specialistgrupper. För lite tid finns i slutändan tillgänglig för att fokusera på kontinuitetsvård och funktionsförbättrande åtgärder inom omsorgen vilket kan vara drivande för stegvis ökade behov.

Den simuleringsövning som utfördes inom ramen för denna studie, med 20 patienttypfall i Skåne tillhörande gruppen Mest sjuka (se avsnitt 5.2), visar på ett antal intressanta konsekvenser utifrån resursanvändning och kostnadsskattningar. Gruppen av de aktuella 20 individerna är intressant ur jämförelsesynpunkt med resultaten för Närvården i västra Skaraborg (vilket är den "bästa praktik-modell" som använts). Detta för att Närsjukvårdsteamet, som har en central roll i denna kompetensövergripande närvårdsmodell, oftast hanterar upp till 24 individer. De ekonomiska resultat som beskrivs nedan är därför jämförbara med vad detta angreppssätt kan ge baserat på ett befolkningsunderlag av cirka 100 000 invånare som är basen för Närvårdsmodellen i västra Skaraborg.

De ekonomiska resultat som bedöms som möjliga att hämta in baserat på 20 skånska patienttypfall inom gruppen Mest sjuka är utifrån simuleringen följande på årsbasis<sup>44</sup>:

- *Slutenvårdskostnaderna kan minska med upp till 90 procent*  
Detta skulle innebära en kostnadsreducering av slutenvården med nära 3,8 mkr
- *Kostnader för den öppna specialistvården kan minska med minst 75 procent*  
Detta skulle innebära en kostnadsminskning för mottagningsbesök inom specialistvården med minst 1 mkr.
- *Kombinationen Närsjukvårdsteamet och en mobil allmänläkare ersätter all primärvård*  
Detta innebär en kostnadsreducering med cirka 880 tkr.
- *Hemsjukvårdens bedömda kostnadsutveckling för målgruppen bör kunna hejdas med +/-30 procent. I fallet med de 20 individerna uppstår kostnadsneutralitet, dvs. ingen ökning.*  
Med befolkningsunderlaget i de fem kommunerna, som inom studien representerar ett mini-Skåne, innebär detta att det finns en kostnadsökning under tio år av totalt cirka 73 mkr. inom hemsjukvården som kan påverkas eller brytas genom förbättrad samordning<sup>45</sup>.
- *Omsorgens volyminsatser korrollerar med hemsjukvårdens volyminsatser och bör också kunna stabiliseras och kostnadsbrytas.*  
Med befolkningsunderlaget i de fem kommunerna innebär detta att det finns en kostnadsökning under tio år av totalt cirka 175 mkr. inom omsorgen som kan påverkas eller brytas genom förbättrad samordning<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> Det bör nog observeras att kostnadsskattningarna bygger på nyckeltal från olika håll samt att det inte är möjligt att uppskatta när de kan komma att uppstå. Antagandet gäller generellt under en tioårsperiod fram till omkring år 2025

<sup>45</sup> Den samlade hemsjukvården för de fem "studiekommunerna" uppgår till cirka 245 177 tkr för år 2014

<sup>46</sup> Den samlade omsorgen inom SoL exklusive särskilt boende inom de fem "studiekommunerna" uppgår till 583 499 tkr för år 2014

Med detta förhållande bör även omsorgsinsatserna kunna utföras mer effektivt och stabiliseras på en mer långvarigt jämn nivå. Kostnadsutvecklingen, med samma antaganden som ovan, bör därför även inom omsorgen kunna hejdas på samma nivå av +/-30 procent<sup>47</sup>. Genom att mer tid ges för funktionsförbättrande och hälsofrämjande insatser finns det även möjligheter att minska antalet timmar inom äldreomsorgen per individ. Detta stöds av erfarenheter från västra Skaraborg och särskilt från Trygg Hemgång i Ronneby vars preliminära mätningar visat på en dryg halvering av beviljad tid för målgruppen sviktande som till vissa delar inkluderar mest sjuka.

→ *Användningen av i synnerhet korttidsplatser men även särskilt boende bör kunna minska*  
Jämförelsetal har visat på att korttidsplatser för målgruppen minskar med omkring en fjärdedel i kombination med en förkortning av vistelsetiden med cirka en tredjedel av tiden. Särskilt boende har minskat med i genomsnitt 30 procent för målgruppen.

Hemsjukvården och omsorgen har, i samverkan med Närsjukvårdsteam och mobila allmänläkaren, visat på ett generellt kostnadsneutralt förhållande men med en kvalitetshöjning gentemot de individer som är inskrivna i teamet. Utöver detta har man i västra Skaraborg fått påtagliga effekter på behoven av korttidsplatser och särskilt boende.

Det bör tilläggas att ett omställningsarbete mot samordnade vård- och omsorgsinsatser innebär en organisationsförändring som främst påverkar Region Skåne och som kommer att ta resurser inledningsvis. Detta då distributionsformerna för såväl specialistvård som primärvård blir markant annorlunda. Upparbetade kunskaper och grunder bedöms finnas genom exempelvis utvecklingsarbetet inom ÄMMA i Malmö samt mobila akuta team och specialiserade närsjukvårdsteam inom Hälsostaden i Ängelholm. Det bedöms dock finnas betydande investeringar i arbetssätt och organisering som Region Skåne behöver göra. Hemsjukvården och äldreomsorgens organisationsutmaning bedöms som mindre jämförelsevis men utmaningarna kan finnas i att exempelvis samordna hemsjukvården och äldreomsorgen ytterligare.

De kostnader som tillkommer mer precist är lönekostnader för Närsjukvårdsteamet med en läkare och två specialistsjuksköterskor samt en kurator på 25 procent av en heltid. Det ska tilläggas att Närsjukvårdsteamets självkostnad är omkring hälften av vad ASIH-team kostar i de större landstingen<sup>48</sup>. Den mobila allmänläkarens självkostnad för den aktuella patientgruppen motsvarar ett mindre akutbesök per patient och år. Det mobila palliativa teamet har vid 45 individer inskrivna (maxtaket) en självkostnad av cirka 70 tkr per inskriven patient och årsbasis.

Ovanstående antaganden baseras utifrån en verksamhetsmiljö som är annorlunda än Skånes inte sällan komplexa sammanhang av kundvalsmodeller inom primärvård och omsorg, mångfald av olika aktörer samt många olika kommuner i samverkan. Vi anser dock att detta inte hindrar att denna typ av samordnad vård- och omsorgsmodell kan utvecklas även i ett skånskt sammanhang och utifrån det samverkansavtal som ligger som förslag. Skillnaden jämfört med de olika referensexemplen är hur det görs vilket berörs vidare nedan under slutsatser. Det finns redan idag flera exempel i Skåne som nämnts och som fungerar väl.

### 6.3 Slutsatserna

För att hantera den kostnadsutveckling som är att vänta, särskilt för grupper med stora behov, behöver överensstämelsen mellan behov och vård- och omsorgsinsatser bli betydligt mer precis. Det finns många exempel på att detta kan göras och att det inte bara medför effektiviseringar i resursanvändning utan också kan medge väsentliga kvalitetslyft.

Det finns goda underlag för att dra slutsatsen att bristande samordning mellan huvudmännen kommer att på sikt bli ännu mer kostnadsdrivande för båda parternas verksamheter. Att utveckla samordnade arbetssätt mellan kommuner och regioner/landsting har visat sig inte kosta något att utveckla. Lösningarna byggs på redan

<sup>47</sup> Ett antagande som stöds av Vårdanalys studie "Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?", Vårdanalys rapport 2015:8

<sup>48</sup> "Närvården i västra Skaraborg: Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila Palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare", HCM, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, 25 november 2013



befintliga verksamheter och det finns inte fog för att anta att något verksamhetsområde ska få merkostnader av detta. Det finns uppenbara grunder för att utveckla vinna-vinna-koncept för alla parter; kommunerna, regioner/landsting samt för professionerna, patienterna/brukarna och deras närstående.

Kostnader uppstår dock om initiativ som dessa läggs ner efter pilotförsök och att den ordinära verksamheten inte ändras på sikt. Det är nödvändigt att i dessa sammanhang också planera för en effekthemtagning.

Den strategi som rekommenderas med denna studie, och såsom det anges i förslaget till samverkansavtal mellan Skånes kommuner och Region Skåne, är att skilja ut särskilt stora och kommande stora behovsgrupper och samordna tjänsterna till dessa över huvudmannagränser. Genom att skilja ut vissa målgrupper och resurser till dessa ska även en sådan hög komplexitet som finns i Skåne genom hälsovalet och många olika både privata och offentliga aktörer, kunna hanteras.

Denna studie har syftat på att visa vilka vinster som finns i detta för båda huvudmännen. Formerna för hur samordningen bör göras skulle dock behöva förtydligas för att skapa tillit och effektiva implementeringsstrategier.

De nya arbetssätten behöver frångå arbetsformer av insatsavrop och konsultativt förhållningssätt mellan parterna till verkligt samordnade och identitetsskapande samt professionsövergripande arbetsmodeller för att kunna fungera. I korthet behövs det verksamhetsmodeller som beskriver vad som ska göras och hur det ska göras mer konkret samtidigt som det finns ett gemensamt delägarskap i dessa nya sätt att arbeta.

Ett tänkbart angreppssätt och strategi för Skånes huvudmän och för att komma vidare kan vara följande arbetssteg (som möjligen redan har påbörjats):

1. Fördjupa den gemensamma förståelsen för respektive målgrupps behov och situation
2. Utveckla och konkretisera gemensamt de samordnade vård- och omsorgsmodeller som ska leverera tjänsterna till respektive målgrupp inklusive anpassningar till olika regionala/lokala förhållanden som storstad, tätort och glesbygd
3. Identifiera på vilka grunder man ska etablera de samordnade vård- och omsorgsmodellerna; lämpligt befolkningsunderlag, olika regionala förutsättningar och skillnader
4. Planera för hur löpande uppföljning och utvärdering ska ske inklusive återkommande förbättringsarbete
5. Säkra att effekthemtagning kan ske stegvis som därmed förändrar den tidigare ordinära verksamheten på ett positivt sätt

Det är viktigt att nämna att de aktörer som kommit längst i Sverige med att utveckla samordnade arbetssätt över kommun- och region/landstingsgränser alla påpekar att den grundläggande förutsättningen för att lyckas uthålligt bygger på en förnyad verksamhetskultur och annat tankesätt. En princip som ofta återkommer är att identifiera och förstå på djupet en särskild målgrupp och sedan ställa frågan gemensamt om hur vi kan ge denna grupp hälso- och sjukvård och omsorg på bästa sätt. I ett sådant sammanhang måste man också lämna "gränsdragningspolitik" och övergå till en "samordningskultur".

## Källförteckning

- Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler, Gunnar Akner, Läkartidningen nr. 44, 2010
- Effektiv vård, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2
- Ekonomisk analys för Skånes kommuner av förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal avseende hemsjukvård för de mest sjuka, 2015-01-09
- Den ljusnande framtiden är vår, delresultat från LEV-projektet, Socialdepartementet, 2010
- Design av tjänster inom hälsa, vård och omsorg – en kunskapsöversikt, Vinnova/Sveriges Kommuner och Landsting/SOU Innovationsrådet/SVID, 2013
- Design for Care: Innovating Healthcare Experience, Peter Jones, Rosenfeld Media, 2013
- Empati och high tech, delresultat från LEV-projektet, Socialdepartementet, 2012
- Från idé till verklighet? Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg – sammanställning av resultat och utvärdering, HCM Health Care Management, 2013
- Från insats till individ: Effekter av samordnat omhändertagande samt kostnadsstyrning för grupper med stora behov – Exemplet mest sjuka äldre, rapport till Socialdepartementet, HCM Health Care Management, 2013
- Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg, Vårdanalys rapport 2015:8
- Införande av eHemtjänst, Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, rapport augusti 2012, Maria Gill/Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad
- Kostnadsminskningar i samband med införande av eHemtjänst, Projekt Behovsstyrt IKT-stöd, prognos augusti 2012, Mats Rundkvist, Sociala nämndernas stab, Behovsstyrt IKT-stöd, Västerås stad
- Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer, Almega & Nutek, 2008
- Multisjuklighet hos äldre, Gunnar Akner, Liber, 2005
- Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013
- People Powered Health: Health for people, by people and with people, Nesta/Innovation Unit, London, 2013
- Person-centered Care: Co-creating a healthcare sector for the future, Erik Rasmussen, Kalle Jørgensen, Stephen Leyshon, Sustania 2014
- På väg mot en värdefull styrning – Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre, Leading Healthcare, 2012
- Skånes befolkningsprognos 2014-2023, Avdelningen för regional utveckling, Stab/Enheten för samhällsanalys, 2014-08-20, Region Skåne
- The Business Case for People Powered Health”, Nesta/Innovation Unit/PPL, London, 2013
- Trygg Hemgång 2012, Ronneby kommun, Annika Svahn, Ronneby kommun & Carina Ström, Blekinge Kompetenscentrum, 2012
- Trygg Hemgång i Ronneby – utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept, HCM Health Care Management, 2014
- Utanför sjukhuset: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
- Vård- och omsorgstagaren som medskapare; den goda konsten att ta tillvara på resurserna, rapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013
- Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg – Kostnader, kostnadsdrivare och systembrister, HCM Health Care Management, 2011
- Utbildnings- och arbetsmarknadsprognos för Skåne – med sikte på 2020, Region Skåne/Näringsliv Skåne, 2012
- VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, Vårdanalys, rapport 2014:2
- Välfärdsrapport Hur ska välfärden formas i framtiden, SKL 2011