

OMSTÄLLNINGEN

Politikerna måste tala klarspråk om målet

SIDAN 8

ELDSJÄLEN

Modellmakaren på Öland bygger nytt

SIDAN 14

REGIONEN

Utmaningen: Från pilotprojekt till breddverksamhet

SIDAN 36

FORSKNING FÖR LIVET

Horizont



ETT NUMMER OM
FRAMTIDENS VÅRD

Vi lever allt längre, men med fler kroniska sjukdomar. För att alla ska få sin bit av vården måste hela pusslet läggas om.

Nära lösningen?

Från vision till verklighet. 20-talet är årtiondet då Nära vård ska införas i hela landet. **Lyckas vi lägga pusslet?**

LÄS Horizont DIGITALT

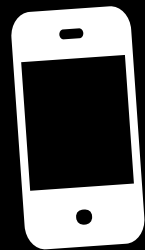


TWITTER

@BMSSweden



PÅ WEBBEN
horizont.bms.se



I MOBILEN



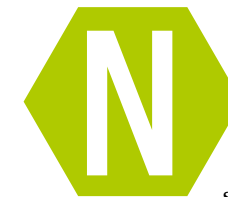
LYSSNA PÅ
VÅR PODD



FÖLJ VÅRA BLOGGARE



Horizont finns alltid i din mobiltelefon, surfplatta eller dator. Använd QR-koden för att läsa tidningen digitalt, eller surfa direkt till horizont.bms.se



Från vision till verklighet

När sjukvården nu ställs om och verksamhet flyttar ut från sjukhusen för att finnas närmare invånarna, bildas nya strukturer där begrepp som nära vård och förebyggande egenvård blir centrala. Visionen om vart vården är på väg är tydlig: Sverige ska stärka och bygga ut den nära vården. Det råder mer osäkerhet om hur implementeringen ska gå till och hur vi tar steget från lokala pågående satsningar ute i regionerna till ett breddinförande på nationell nivå. Hur går vi från vision till verklighet i den ekonomiskt utmanande situation som regionerna nu befinner sig i?



9 AV 10 LÄSARE
rekommenderar
Horizont, enligt Sifo.

VÄLKOMMEN TILL ett nytt nummer av tidningen Horizont som denna gång tar ett helhetsgrepp om det stora omställningsarbete som just nu sker inom svensk hälso- och sjukvård och som kommer att pågå i ett antal år framöver. I detta nummer lyfter vi olika exempel på hur omställningen till den nära vården i realiteten går till, vi tittar på initiativ som redan är igång och försöker förklara vilka pusselbitar som krävs för att få helheten på plats.

Utgångspunkten och det som främst driver omställningsarbetet är den demografiska utvecklingen och utmaningen med att fler lever längre och att vi får allt fler överlevare av svåra sjukdomar, kronikerna blir fler.

Genom att bygga ut den nära vården ska vårdsystemet bättre kunna möta den ökade efterfrågan och kroniska tillstånd ska i högre utsträckning än i dag kunna hanteras utanför sjukhusen. Tillgängligheten ska öka. Genom att stärka den nära vården hoppas man även att kunna fänga upp sjukdoms-

tillstånd i ett tidigare skede och därmed kunna flytta pendeln från behandling i sena sjukdomsskeden till tidigare upptäckt, med bättre behandlingsutfall och mer effektivitet i hela vårdkedjan som konsekvens, samt att i högre grad kunna jobba preventivt tillsammans med patienterna.

Allt detta är mycket viktiga parametrar för en förbättrad folkhälsa i samhället i stort och för ökat patientinflytande för individen som söker vård.

DET ÄR ETT STORT och tidskrävande arbete som svensk hälso- och sjukvård har inlett och som medborgare ser jag fram emot att få ta del av en närmare vård som är bättre anpassad till den tidsålder som vi lever i och som på ett bättre sätt använder skattemedlen som systemet finansieras av.

Anna Johansson

Anna Johansson



FOTO: SANDRA JOHNSON

Horizont

Horizont är en tidning utgiven av Bristol-Myers Squibb. Syftet är att belysa viktiga ämnen inom läkemedelsområdet på ett nyanserat sätt. Med kunskap vill vi väcka tankar och stimulera till dialog.

MLTSE2000234-01

UTGIVARE

Anna Johansson
Bristol-Myers Squibb AB

REDAKTÖR & UTVECKLING

Åsa Bolmstedt, Bolmstedt journalistik

ART DIRECTOR & LAYOUT

Lotta Lundin

OMSLAGSFOTO

Getty Images

SKRIBENTER

Jennie Aquilonius, Marieke Johnson,
Karin Persson, Jenny Ryltenius,
Annika Sjöberg,

FOTOGRAFER

Johan Günséus, Karl Nilsson, Jessica Segerberg

ILLUSTRATÖR

Getty Images

TRYCKERI

Trydells Tryckeri

KONTAKTA OSS

Bristol-Myers Squibb
Box 1172, 171 23 Solna
Besöksadress: Hemvärnsgatan 9,
171 54 Solna, 08-704 71 00
horizont@bms.com / horizont.bms.se

GDPR

Du kan kontakta vårt dataskyddsbud för eventuella frågor relaterade till EU-medborgare på EUDPO@BMS.com för att utöva de dataskyddsrättigheter du kan ha eller om du har funderingar eller frågor kring hur dina personuppgifter hanteras av Bristol-Myers Squibb Company.

TEMA
Nära vård

Medicinska och tekniska framsteg har gjort att vi kan leva länge med sjukdomar vi tidigare dog av. Det ställer nya krav på hälso- och sjukvården. Traditionellt har akutsjukhusen varit i centrum. Nu ska det bli tvärtom: vården ska flytta närmare patienterna och primärvården bli det nya navet.

Enigheten om visionen är stor, utmaningen är att klara omställningen i en pressad situation.

FOTO: KARL NILSSON

14

Åke Åkesson lämnade sjukhuset i Stockholm och flyttade till primärvården på Öland. Här har han byggt en hyllad modell för framtidens vård. Som äldre hoppas han själv få skörda frukterna av den.



INNEHÅLL

NUMMER
1.2020

SNABBA FAKTA

På vilket sätt utmanar demografin hälso- och sjukvården? Hur ser visionen om nära vård ut? Vad måste förändras för att nå den? Varför är det så svårt att sprida goda exempel? På Snabba fakta-uppslagen hittar du svaren.

8 TUSEN BITAR

2020-talet är årtiondet då omställningen ska gå från vision till verklighet.

14 MODELLMAKAREN PÅ ÖLAND

Efter 26 år på sjukhus lämnade Åke Åkesson storstaden för att bli distriktsläkare på Öland. Här har han skapat Borgholmsmodellen, som han själv hoppas få skörda frukterna av som 80-plussare.

"Det babblas en massa, det görs inte så mycket. Men jag känner att vi är i ett bättre läge i dag."

PETER BERGGREN HAR BYGGT UPP DIGITAL DISTANSVÅRD I STORUMAN OCH SKA NU SPRIDA LÖSNINGARNA I GLESBYGDEN.

FOTO: JOHAN GUNSÉUS



FOTO: JESSICA SEGERBERG

36

Forskningssjuk-sköterskan Eva Waldheim vill att alla patienter ska få vara med i något forskningsprojekt.



28 ENKÄT: VAD ÄR STÖRSTA UTMANINGEN?

Vad krävs för att alla i hela Sverige ska få en likvärdig och nära vård? Socialministern och företrädare för äldre och personer med kronisk sjukdom ger sin bild.

36 PATIENTERNA TAR PLATS I NYA RUM

I Stockholm har specialistvården för vissa kroniska sjukdomar flyttat ut från sjukhuset. På de akademiska specialistcentren är patienterna med och utformar verksamheten.

40 GÄVLEBORG: FÅR KUGGHJULEN ATT SNURRA

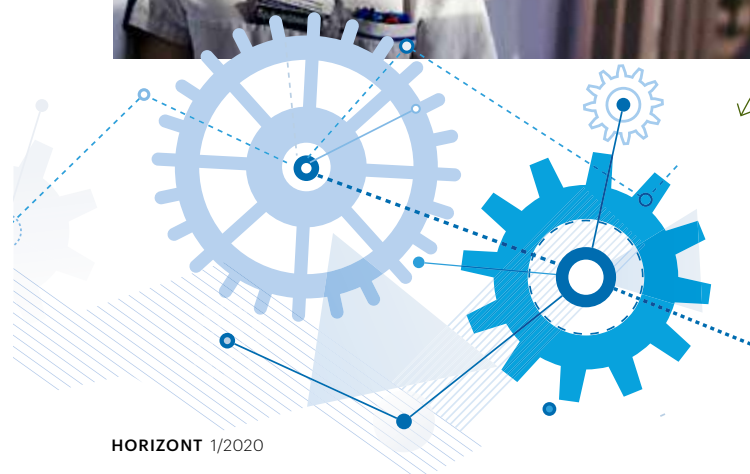
Så ska sociologen Charlotta Östlund få all personal och alla verksamheter att dra åt samma håll.

42 VÄSTRA GÖTALAND: POLITISK STRATEGI VISAR VÄGEN

Brett politiskt stöd och ekonomisk uppbackning bakom satsningen på nära vård.

44 "DET KRÄVS POLITISK UTHÅLLIGHET"

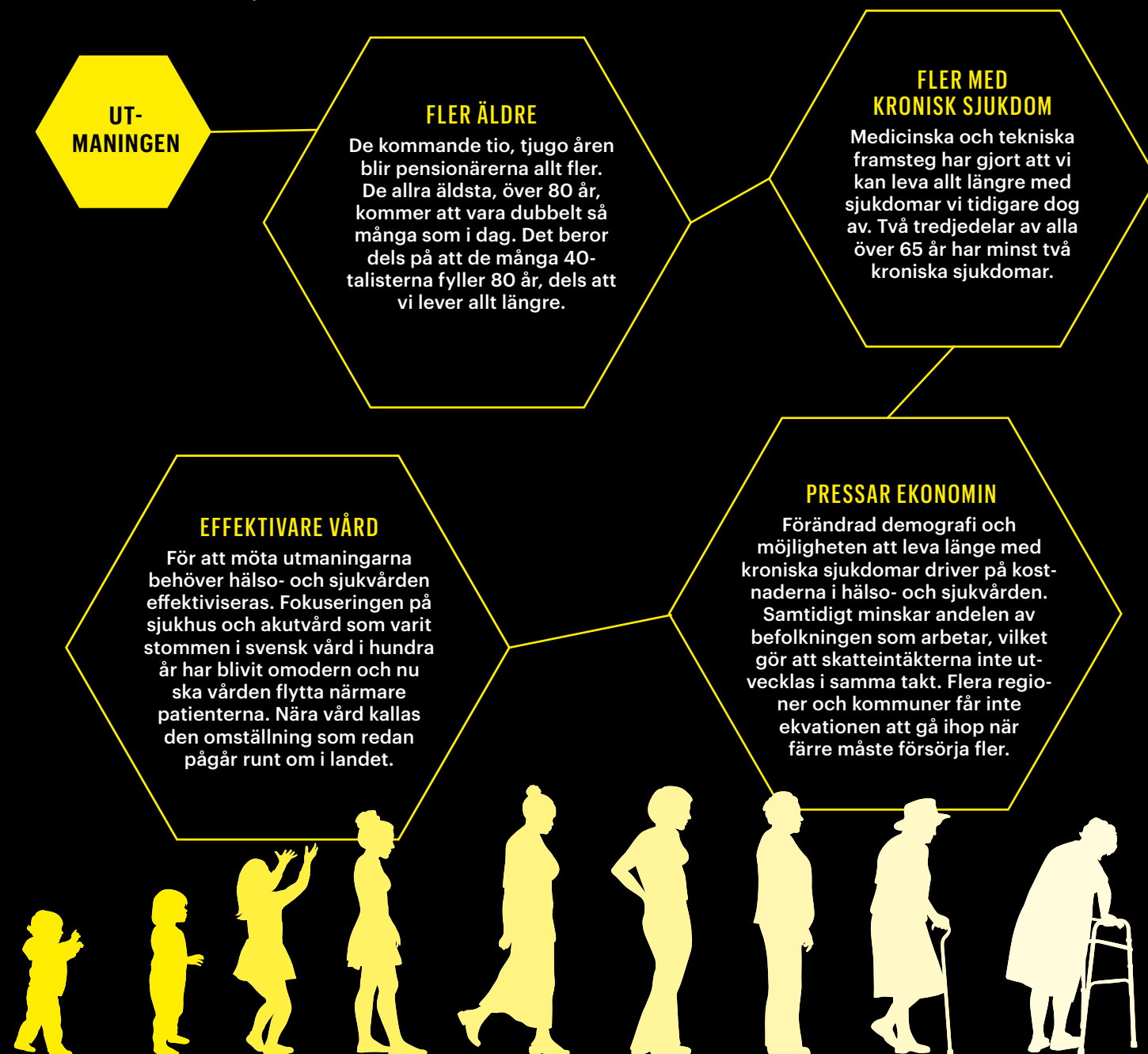
Anna Nergårdh om att göra en statlig utredning samtidigt som omställningen redan pågår.



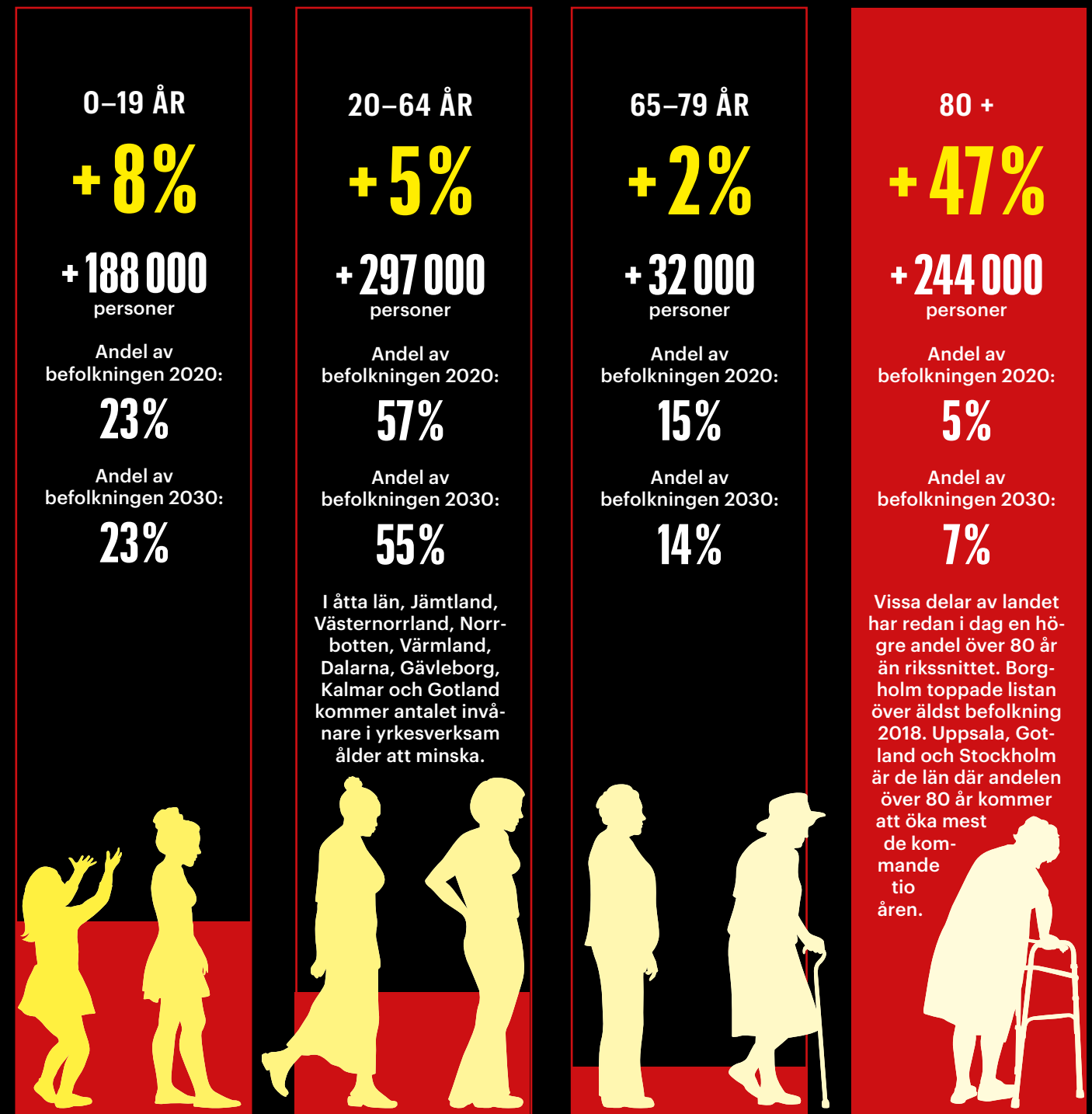
Fler äldre utmanar sjukvården

80-åringarna blir allt fler och många lever länge med kroniska sjukdomar. För att klara trycket från demografin måste sjukvården effektiviseras.

Text: ÅSA BOLMSTEDT Grafik: LOTTA LUNDIN



BEFOLKNINGSUTVECKLINGEN 2020–2030



Tusen bitar

20-talet är årtiondet då omställningen av vården ska gå från vision till verklighet. Kommer politikerna att lyckas lägga pusslet i en tid då regionernas budget knappt går ihop?

Text: ÅSA BOLMSTEDT

NÄR KAROLINSKA sjukhuset i höstas varslade 600 läkar- och underskötersketjänster blev det en riksnyhet. Några veckor senare följde Södersjukhuset och Danderyds sjukhus efter och flaggade för neddragningar av 100 tjänster var bland vårdpersonal och administrativ personal. Flera läkare på Karolinska sjukhuset protesterade i ett öppet brev publicerat i Dagens Nyheter. Ansvariga regionpolitiker i Stockholm svarade att varslat var ett led i den omställning av vården som pågår i hela landet där tyngdpunkten ska flytta från akutsjukhus och slutenvård till öppenvård närmare patienterna. Senare samlades vårdpersonal till en demonstration mot att omställ-

ningen innebär neddragningar på sjukhus och debatten fortsatte.
– Nedskärningarna på sjukhusen i Stockholm är ett intressant exempel på vad som händer när politikerna inte kommunicerar sina visioner, säger Petter Odmark på tankesmedjan Re-Think.



Petter Odmark

För att få en bild av hur regionernas politiker talar om den omställning som de vill åstadkomma i hälso- och sjukvården, och vilka prioriteringar de gör för att styra mot målet, gick han inför Almedalen 2019 igenom alla regionplaner och regionala budgetar.

– Region Stockholm har i bred politisk enig-

het jobbat med en framtidsplan som bygger på en förflyttning från slutenvård till öppna vårdformer. Nu försöker politikerna motivera varslen med det i efterhand, men om de tidigt hade pratat med medborgarna om framtidsplanen och vad den innebär kan man anta att rubrikerna inte bara hade handlat om ekonomisk kris, utan också om att det här är en politiskt önskvärd förändring, säger Petter Odmark.

Stockholm är inte unikt, påpekar han:
– I Göteborg har det varit samma uppmärksamhet kring Sahlgrenska. Det finns knappt en lokaltidning som inte haft en krigsrubrik om neddragningar på sjukhusen.

För att lyckas genomföra omställningen i praktiken menar Petter Odmark att politikerna behöver göra tre saker:

- Tala klarspråk med väljarna om den omställning som hälso- och sjukvården står inför.
- Göra tydliga prioriteringar av vilka områden som ska växa och vilka som ska krympa och styra utvecklingen med hjälp av motsvarande förändringar i budgeten.
- Sluta gapet mellan visionen om en nära vård

Sabbatsbergs sjukhus 1951.
FOTO: STOCKHOLMSKÄLLAN



Efter nästan hundra år med fokus på sjukhus läggs vårdpusslet om. Framtidens vård har tyngdpunkten i primärvården.

och verksamheternas och personalens tuffa arbetsvardag för att skapa förutsättningar för verksamhetsdriven förändring.

– Annars får man motreaktioner där man ser satsningarna som en del av omställningen, men inte neddragningarna, säger Petter Odmark.

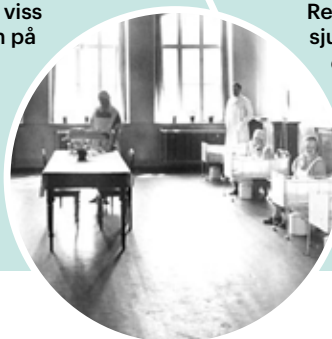
FÖR REGIONPOLITIKER OCH tjänstemän i landets regioner och kommuner är neddragningarna på sjukhusen och deras smalare uppdrag inte någon nyhet. Tvärtom. Enigheten är stor om att framtidens vård är en personcentrerad vård nära patienten där primärvården är navet och samarbetar med kommunala insatser och specialiserad sjukhusvård.

Den nära vården är svaret på hur hälso- och sjukvården ska klara av att möta en förändrad demografi och ett förändrat sjukdomspanorama. Den klassiska befolkningspyramiden med många unga och yrkesverksamma och få äldre har bytts ut mot ett torn där de tre grupperna blivit alltmer jämnstora. Medicinska och tekniska framsteg har bidragit till att vi kan leva länge med sjukdomar vi tidigare dog av.

FRÅN SJUKHUS TILL PRIMÄRVÅRD

30-TALET: VÅRDEN ORGANISERAS

Sedan 1600-talet har det i Sverige funnits viss sjukvård i det offentligas regi, men ända in på 1920-talet var den till stora delar frivillig. På uppdrag av staten tog provinsialläkare emot patienter i ett visst geografiskt område och det var valfritt för landstingen att ha lasarett. 1928 kom en ny sjukhuslag som krävde att varje landsting ska tillhandahålla slutenvård.



Allmänna barnsjukhuset i Stockholm.

FOTO: STOCKHOLMSKÄLLAN

40-TALET: GRATIS VÅRD FÖR PATIENTERNA

Regeringen beslutar om att allmän sjukförsäkring införs genom sjukkassor, som finansieras av statliga medel, arbetsgivare och egenavgifter. Det dröjer dock till 1955 innan patienter inte längre behöver stå för hela kostnaden för sjukvård. 1963 lanseras sjukförsäkringen i statlig regi. På 1970-talet blev patientavgiften densamma för öppen- och slutenvård. Sedan 1990-talet varierar den mellan både regioner samt mellan öppen- och slutenvård.

50-TALET: SJUKHUSEN EXPANDERAR

Regeringen satsar på att bygga ut sjukvården och skapa ett omfattande välfärdssystem. Det sker en stor medicinsk och medicinteknisk utveckling och specialiserad sjukvård blir alltmer spridd över landet. Fokus ligger på olika typer av sjukhus, med ansvar för olika typer av medicinska specialiteter.

60-TALET: LANDSTING FÅR ÖPPENVÅRD

Samtidigt som sjukhusvården växer fortsätter provinsialläkarna att ha hand om öppenvården. 1963 tar landstingen över ansvaret för provinsialläkarna i syfte att koppla samman öppen- och slutenvården. De första vårdcentralerna öppnar och fler börjar arbeta i öppenvården.

1970-TALET: VÅRDCENTRALERNA VÄXER

Vårdcentralerna får en tydligare roll då distriktsläkare, distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor flyttar samman, och den specialiserade öppenvård som bedrivits på sjukhus flyttar ut till vårdcentralerna. Sjukhusen står fortfarande för majoriteten av vården.

Nedskärningarna på sjukhusen i Stockholm är ett intressant exempel på vad som händer när politiker inte kommunicerar sina visioner.”

▶ Många äldre har flera kroniska sjukdomar samtidigt och stora behov av vård.

Den nära vården är också svaret på befolkningens missnöje med hur dagens insatser fungerar. Flera undersökningar har visat att patienterna är nöjda med den medicinska behandlingen och omhändertagandet, men klagar på möjligheten till delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet.

INSIKTEN OM ATT vården behöver moderniseras har vuxit fram under 2000-talet och det senaste decenniet har flera steg tagits för att förverkliga omställningen: En statlig utredning om hinder och lösningar för effektiv vård har genomförts, en vision om nära vård formulerats och en pågående statlig utredning har i uppdrag att stödja regioner, myndigheter och organisationer i omställningen. Regeringen och Sveriges kommuner och regioner, SKR, har gjort en överenskomelse och avsatt pengar för att vidareutveckla den nära vården i regionerna. Framgångsrika lokala omställningsprojekt har genomförts på flera håll.

Alla regioner och de flesta kommuner – oavsett politisk färg – har påbörjat arbetet med att ställa om vården, rapporterar SKR hösten 2019. Men nu börjar det svåra: att skala upp implementeringen av den nära vården bortom pilotprojekt i en demografiskt och ekonomiskt utmanande period.

Det kommande decenniet kommer gruppen över 80 år att växa med 47 procent samtidigt som de yrkesverksamma bara ökar med 5 procent, enligt Statistiska centralbyrån, SCB. Det innebär att skatteintäkterna växer långsammare än tidigare, samtidigt som utgifterna för dem som har störst behov av vård ökar. I ett samhällsperspektiv måste färre försörja fler. Samtidigt flaggar SKR för en begynnande lågkonjunktur. Flera regioner och kommuner har meddelat att de behöver spara pengar de kommande åren för att få ihop budgeten.

– **I DET HÄR LÄGET** behöver förändringstrycket höjas. Politikerna måste tala klarspråk om de förändringar som eftersträvas, säger Petter Odmark.

De senaste åren har det pågått två parallella politiska samtal, menar han. Det ena har förts mellan politiker, experter och tjänstemän. Här ligger fokus på att en omställning för att möta de äldres och kroniskt sjukas behov är etiskt riktig och att det är nära vård och digitalisering som är lösningen.

Det andra samtalet riktar sig till väljarna, majoriteten av befolkningen som söker vård någon enstaka gång om året för åkommor som går att bota. Det samtalet handlar huvudsakligen om tillgänglighet och köer.

– Politikerna måste göra politik av omställningen så att medborgarna förstår varför akutsjukhuset får mindre pengar, säger Petter Odmark.

I REGIONPLANERNA är samordnad vård för äldre med stora behov det område som flest tar upp. Men skrivningarna är relativt försiktiga, de enskilda satsningar som oftast nämns är mobila team och samordnade individuella planer, konstaterar Re-Think. Resonemang om de förändringar som hittills genomförts och vilka slutsatser man kan dra av dem saknas ofta.

Petter Odmark efterlyser också tydligare ekonomiska prioriteringar. Även om alla regioner nämner omställningen i sina regionplaner och budgetar, ibland i formuleringar om att det är den största förändringen av svensk sjukvård på flera decennier, åtföljs de sällan av konkreta ekonomiska prioriteringar som driver på utvecklingen.

– Det finns för lite strukturerat tänk kring att om något ska öka, behöver något annat minska. Man skriver mycket om att man ska satsa på öppenvården, men inte om att dra ned

på slutenvården. Västernorrland var den enda region som explicit kopplade ihop detta, säger Petter Odmark.

Den tredje utmaningen är att få med hälso- och sjukvårdens medarbetare och verksamheter på tåget.

– Sjukhusen är extremt pressade organisationer. Personalen kan säkert i abstrakt mening instämma i planerna på en omställning av vården, men när de upplever att deras verksamhet slimmas ännu hårdare mobiliserar man bara motstånd. Det är det vi ser i Stockholm nu. För att få med sig medarbetarna måste politikerna bygga förändringen på verksamheternas idéer. Det kräver en ny form och styrning och ledning och där tror jag att alla regioner och kommuner har en enorm utmaning, säger Petter Odmark.

– Om politikerna inte lyckas involvera medarbetarna och bygga omställningen på deras idéer kan vårdpersonalen börja prägla det politiska klimatet.

Kommer omställningen att komma i mål?

– Styrkan är att det finns en konsekvent uttryckt politisk vilja över alla blockgränser i alla regioner att gå i den här riktningen. Anna Nergårdhs utredning har med sina dialoger skapat bättre förutsättningar för förändring. Men jag tror att politikernas oförmåga att skapa ett politiskt samtal om omställningen med medborgarna är ett fundamentalt problem. Mycket handlar om att skapa sammanhållna vårdkedjor för äldre multisjuka. Det skulle nog många väljare kunna sympatisera med även om de själva är yngre och sällan söker vård för egen del. ●

1980-TALET: NY LAG

Fram till 1970-talet låg fokus till stor del på att bygga ut och skapa ett system för vården. Nu flyttas fokus till hur vården skulle styras och organiseras. Den första hälso- och sjukvårdslagen kommer 1982. Med den lämnar staten över den politiska makten över hälso- och sjukvården till landstingen.

1990-TALET: KOMMUNALA OCH PRIVATA AKTÖRER TAR PLATS

Nya aktörer släpps in i hälso- och sjukvården. Genom tre reformer: ädelreformen, handikappreformen och psykiatrireformen tar kommunerna över ansvaret för viss vård av äldre, personer med funktionsnedsättning och psykisk sjukdom. Privata aktörer kommer in genom offentliga upphandlingar. Patienternas möjlighet att välja vård stärks.

2000-TALET: LÄNGRE LIV

Medicinska och tekniska framsteg leder till längre medellivslängd och förändrat sjukdoms-panorama där alltfler lever länge med kroniska sjukdomar. Patienter upplever att vården inte ser hela människan. Resurserna får svårare att rätta till.

2010-TALET: UTREDNINGAR VISAR VÄGEN

Den statliga utredningen Effektiv vård uppmärksammar problem med dagens hälso- och sjukvård och pekar ut framtida lösningar, bland annat en personcentrerad vård nära patienterna med primärvården i fokus. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård får i uppdrag att utveckla förslagen och stödja omställningen till en nära vård i regioner och kommuner. Omställningen påbörjas.

2020-TALET: SKARPT LÄGE

Årtiondet då omställningen till nära vård ska komma i mål. Visioner och pilotprojekt ska implementeras brett i alla regioner i hela landet.

Källor: Regeringen, Sveriges kommuner och regioner, SKR, utredningen Effektiv vård, utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Visionen: Nära vård

Flytta fokus från akut sjukhusvård till primärvård nära patienterna. Två **statliga utredningar** har formulerat visionen för framtidens hälso- och sjukvård.

Text: ÅSA BOLMSTEDT Grafik: LOTTA LUNDIN

MÅLBILDEN

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

NÄRA VÅRD

Möter patienten när och där hen behöver det. Primärvården är basen, som samverkar med kommunal omsorg och specialistvård.

- Vårdcentraler
- Hemsjukvård
- Digitala vårdmöten
- Äldreomsorg och hemtjänst
- Sjukhus vid behov

FÖREBYGGANDE VÅRD

Primärvården tillhandahåller förebyggande insatser dels på befolkningsnivå, dels utifrån varje patients individuella behov, förutsättningar och preferenser. Målet är att skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller att minska risk för återinsjuknande.

• **Befolkningsnivå:** Det primärpreventiva arbetet kan ske även utanför hälso- och sjukvården genom exempelvis skolor, företagshälsovård eller civilsamhälle.

• **Individuell nivå:** I primärvårdens möte med enskilda patienter spelar exempelvis levnadsvanor stor roll för hur kroniska sjukdomar som diabetes utvecklas.

PERSON-CENTRERAD VÅRD

Vården utgår från patienten och dennes förutsättningar och preferenser. Patienten är aktiv part i sin vård i den mån hen önskar och kan. För patienten ska det vara tydligt att vården hänger ihop och samordnas oavsett huvudman.

EGENVÅRD

Patienter involveras i sin egen vård. Även vid kroniska sjukdomar och regelbunden kontakt med sjukvården är varje patient själv med sin sjukdom största delen av tiden. Patienterna är beredda att ta ansvar för vår hälsa och vård olika mycket. I projektet Flippen i primärvården har SKR delat in patienterna i fyra grupper:

• **Självständiga och engagerade**
Har stark egen vilja och tilltro till sin förmåga.

• **Oroliga och engagerade**
Är handlingskraftiga och vill ta stort ansvar för sin egen hälsa, men är oroliga för sin hälsa både i nuet och framtiden.

• **Traditionella och obrydda**
Tycker om att känna sig informerade men lämnar gärna över beslut till vårdpersonal.

• **Sårbara och oroliga**
Upplever att de inte har kontroll över sin egen hälsa. Behöver ett handfast och personligt stöd.

FÄRDPLANEN

För att följa upp omställningen har utredningen presenterat en färdplan med milstolpar, fyra mått för årlig uppföljning av omställningen, samt tre nationella samråd.

• MILSTOLPAR

Ett antal nyckelbeslut har redan fattats, exempelvis en lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och vårdgaranti på tre dagar inom primärvården. Andra beslut väntar, exempelvis ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag och nya lagar kring hur patienters personuppgifter kan samordnas.

• Uppföljning

Vilka parametrar som ska användas för att följa omställningen över tid är ännu inte spikat. Utredningen föreslår dessa fyra:

Befolkning: Förtroendet för hälso- och sjukvården.

Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.

Medarbetare: Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.

Ekonomi: primärvårdens kostnadsandel i relation till all hälso- och sjukvård i en region.

• Nationella samråd

2021, 2024 och 2027 föreslår utredningen att samtliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå samlar för att följa upp status för omställningen och vid behov finjustera arbetet för att nå målen.

Källor: Statliga utredningarna Effektiv vård 2016 och Samordnad utveckling för god och nära vård 2017-2019, SKL: Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården.



Modellmakaren på Öland

EFTER 26 ÅR på sjukhus flyttade Åke Åkesson till Öland för att bli distriktsläkare. Här föddes en plan: att genom primärvården göra det han aldrig lyckats med i slutenvården – en modell där alla delar av vården samarbetar runt patienten. Som 80-plussare hoppas han själv få skörda frukterna av Borgholmsmodellen.

TEXT: KARIN PERSSON Foto: KARL NILSSON

F

Från sin skrivbordsstol, särskilt utvald för att passa den stelopererade ryggen, blickar Borgholmsmodellens upphovsman Åke Åkesson ut över sundet.

– Jag tröttnar aldrig på den här utsikten, den är magisk och aldrig likadan. Ser man Blå jungfrun i dag? Hur bor jag i dag? höll jag på att säga.

Även om han inte bor på Borgholms hälsocentral tillbringar Åke Åkesson en stor del av sin vakna tid här. Under bilresorna till och från jobbet, 46 minuter enkel väg, passar han på att ringa alla samtal. Han följer solen, kör längs östra sidan av ön på morgonen och längs den västra på kvällen för att få ut så mycket som möjligt av restiden.

ÅR 2006 LÄMNADE Åke Åkesson en lång rad av höga chefstjänster inom slutenvården bakom sig för att utbilda sig till distriktsläkare i Mörbylånga på södra Öland. Då hade han jobbat i sjukhusmiljö i 26 år och var specialist i både barn- och infektionssjukdomar. Nu längtade han efter att sätta sig in i primärvårdens verklighet.

– Genom åren hade jag mött många distriktsläkare som sagt att jag aldrig skulle kunna förstå hur det är ute i primärvården. Då tänkte jag att det kan väl inte vara så mycket att förstå. Men det bet sig ändå liksom fast, säger han.

Redan efter en kort tid på vårdcentralen i Mörbylånga var han benägen att hålla med om vad han tidigare fått höra – det är svårt att föreställa sig hur det är att ha det breda basansvaret för människors hälsa. Det går inte att fullt ut inse hur betydelsefull primärvården är innan du arbetar i den.

I sina tidigare positioner hade han på olika sätt försökt verka för en mer sammanhållen vård, med bättre samarbete mellan sjukhus och primärvård, men utan framgång.

Bristen på helhetstänk är problematisk, tycker han.

– Generellt sätter man en stenhård gräns mellan kommun och region, mellan olika sjukhusklinik och mellan primärvården och sjukhusen. Det här är dysfunktionellt för patienterna.

NÄR HAN 2014 började som distriktsläkare på Borgholms hälsocentral var det därför med en plan. Efter att länge ha försökt påverka vården uppifrån ville han prova att göra tvärtom.

– Jag skulle börja underifrån i stället, bygga en liten modell och om den blev bra kanske andra skulle kunna titta på den.

Kort därpå blev han chef för hälsocentralen och kunde sätta sin plan i verket. Han började med att vidta en rad åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Bland annat minskade han antalet

”I alla år har politikerna pratat om att primärvården ska vara basen i vården. Här har det hänt! Att få se att vi kan vara en förebild är fantastiskt roligt.”

ÅKE ÅKESSON

GÖR: Chef för Hälsocentralen i Borgholm. Specialist i infektionssjukdomar, barnsjukdomar och allmänmedicin.

ÅLDER: 65.

BOR: Byn Gösslunda på södra Öland.

FAMILJ: Vuxen son, häst, katt och hund.

PÅ FRITIDEN: Jag ägnar mig åt mina djur och min trädgård.

LÄSER: Mycket. Senast Peter Hoeg, Mark Rowlands, Karin Smirnoff och Patrik Svenssons Ålevangeliet.

LYSSNAR PÅ: Verdi, Leonard Cohen, Puccini och Mark Knopfler samt mycket däremellan.

BÄSTA STUNDEN PÅ DAGEN: Det finns många. En är när jag tillsammans med varghunden Gretzky och katten Buddy Holly går ut till stallet och nattar hästarna med varsin morot.

”Vi vill ligga i tätén och dra. Vi vill att Borgholm ska vara det bästa stället att bli äldre på.”

▶ listade patienter per läkare till max 1 000, trots att standard är omkring 1 500, vilket gjorde det lättare att locka personal till ön. Nu kunde ”Hemsjukhuset” skapas.

Hemsjukhuset definieras som hälsocentral och ambulanssjukvård i tätt samarbete med kommunal hemsjukvård och hemtjänst. Syftet är att skapa en tryggare vårdssituation där fler svårt sjuka patienter kan vårdas hemma i stället för på sjukhus. Patienter i den kommunala hemsjukvården får bland annat en fast namngiven läkare på hälsocentralen och är garanterade hembesök samma dag som behov uppstår.

FÖRSTA ÅRET GICK antalet hembesök upp ganska kraftigt. Andra året stabiliserade det sig och började så småningom att sjunka, berättar han.

– Det var inte det att människorna blev friskare, men de blev tryggare. Det blev början

till min insikt om hur otroligt viktigt det är med trygghet.

Enligt Åke Åkesson är framgångsreceptet bakom Borgholmsmodellen att man tagit ett totalansvar för patienten och arbetar personfokuserat. Tillgängligheten är stor, både här på vårdcentralen, online och genom hembesök. Alla patienter har sin doktors telefonnummer.

– Vi har också ett fantastiskt team. Alla 50 som jobbar här är besjälade av att det här ska vara bra. Vi vill ligga i tätén och dra. Vi vill att Borgholm ska vara det bästa stället att bli äldre på.

Borgholms kommun har Sveriges äldsta befolkning och bland dem som har hemsjukvård är de allra flesta gamla. Många bor på landet.

– Många har den inställning som jag håller på att få också, att en dag då man måste över bron är en förlorad dag.

Men för Åke Åkesson har det ändå blivit

många resor över Ölandsbron sedan Borgholmsmodellen sjuksattes. Intresset har varit stort och hyllningskören talrik. Många menar att modellen är svaret på framtidens vård och den omställning till nära vård som har börjat i hela landet. Titt som tätt får han förfrågningar om att berätta om hur arbetet organiseras och har besökt både Nederländerna och Singapore i ärendet. I Sverige har flera regioner bestämt sig för att implementera Borgholms arbetssätt.

Han gläds åt genomslaget och uppmärksamheten.

– I alla år har politikerna pratat om att primärvården ska vara basen i vården. Här har det hänt! Att få se att vi kan vara en förebild är fantastiskt roligt. Att det gick!

MEDAN HAN BERÄTTAR tittar den amerikanska kvartern Sonny ner på honom från sin inramade

plats på kontorsväggen. Näst efter sjukvård är westernridning Åke Åkessons stora intresse. På grund av ryggskadorna ligger ridandet nere sedan i våras, men till jul tänker han sätta i gång igen.

Varje gång han är ute och reser har hans syster, som bor någon mil ifrån, flyttat in på hans gård för att ta hand om häst, hund och katt. Numera tackar han emellertid helst nej till externa förfrågningar. Han säger att han har sett många exempel på personer som gör ”en bra grej” och sedan ägnar resten av livet åt att berätta om det. Där vill han inte hamna.

I stället vill han vara på plats i Borgholm och jobba vidare med att förbättra verksamheten. Roligast är vardagen tillsammans med patienterna och medarbetarna när allt flyter på och är harmoniskt.

– Eller när vi åker på utbildningsdagar och fokuserar på vad vi ska göra framåt, då får vi alltid den där flowkänslan att ah, vi är inte färdiga.

Nästa steg är att utveckla hälsocentralens digitala system så att fler kan få en trygg, lättillgänglig kontakt med alla delar av vården. Han vill också att de sjukaste patienterna inte bara ska ha en namngiven doktor utan även en namngiven sjuksköterska.

Här i Borgholm har han kunnat göra snabba förändringar, men i övrigt upplever han att det finns en enerverande tröghet i systemet. Att reformera i större skala, till exempel arbetsgången mellan sjukhus och primärvård, tar lång tid.

– Alla barriärer som måste brytas för att man ska komma vidare frustrerar mig väldigt mycket.

Åke Åkesson är 65 år. Hans plan är att springa med stafettpinnen i ytterligare ett par, tre år innan en kollega är redo att ta över verksamheten. Då vill han fortsätta att jobba med vård, men på en mer strategisk nivå.

– Att skapa bra sammanhållen vård för de sjuka äldre är nästan min hobby. Jag kan inte säga att något av det andra som jag håller på med engagerar mig lika mycket. När jag har gått i pension ska jag försöka hinna rida lite mer, men jag tänker inte att jag någonsin kan släppa det här.

När han i framtiden kanske själv behöver vård önskar han att han kan fortsätta leva sitt liv på den ödsligt belägna gården och göra så få förändringar som möjligt. Han hoppas få känna sig trygg, utan inskränkt frihet. Vården ska finnas nära honom, när han behöver den, och genom digital uppkoppling i hemmet ska han kunna ordna allt ifrån hantering av personlig omsorg till möten med distriktsläkare och sjukhusspecialister.

– Jag vill känna mig som en dirigent av min vård och omsorg. ●



BORGHOLMS-MODELLEN

▶ **OMFATTAR:** Borgholms kommun på norra Öland.

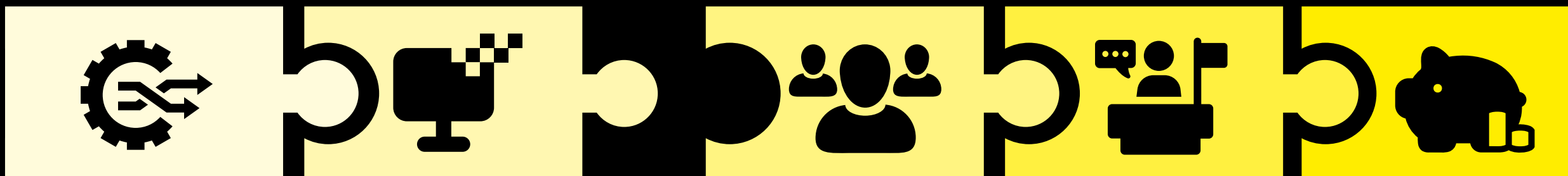
▶ **INVÅNARANTAL:** 10 700.

▶ **HÄLSOCENTRALER:** Borgholm och Löttorp.

▶ **ANTAL ANSTÄLLDA:** 50 fast anställda på hälsocentralerna. 20 distriktssköterskor i hemsjukvården och cirka 180 anställda i hemtjänsten. Totalt har hemsjukhuset 300 patienter, vilket är tre procent av Borgholms kommun. I dagsläget görs mellan 600 och 700 hembesök per år.

5

pusselbitar i omställningen



En god, nära och jämlik vård, centrerad runt patienten och där primärvården är navet. För att nå visionen behöver förändringskraften komma från flera håll samtidigt.

Text: ÅSA BOLMSTEDT
Grafik: LOTTA LUNDIN

STRUKTURFÖRÄNDRING

• Stöd till regionerna

Både på riksnivå och regional nivå finns en enighet om visionen med framtidens hälso- och sjukvård.

Flera lokala omställningsprojekt pågår redan runt om i landet, en del initierade från politiken, andra från verksamheterna.

2019 kom SKR överens med regeringen om att stödja regionernas arbete med omställningen. Goda exempel för andra att inspireras av finns genom exempelvis Borg-holmsmodellen och Hälsostaden i Helsingborg.

Den demografiska utvecklingen kommer att öka förändringstrycket ytterligare när gruppen äldre nu börjar öka snabbare än de yrkes-verksamma.

DIGITALISERING

• Vision E-hälsa 2025

Sverige har en vision om att bli bäst i världen på att använda digitala verktyg i hälso- och sjukvården. För att stödja utvecklingen i regionerna och verksamheterna har ett samordningskansli som leds av E-hälsomyndigheten och en handlingsplan lanserats. Fokus ligger på att skapa förutsättningar för verksamheterna att utveckla sina strukturer och arbetsprocesser med hjälp av digitaliseringen.

För anställda i hälso- och sjukvården sker fler och fler kontakter med patienterna på distans. Administrativa system stödjer personalen i arbetet exempelvis genom kunskapsbaserade arbetssätt, samordning av information om patienter och som underlag till verksamhetsutveckling.

I slutet av 2019 användes artificiell intelligens, AI, i 59 fall i hälso- och sjukvården, enligt en kartläggning från Socialstyrelsen. Ytterligare drygt 100 tillämpningar av AI ska införas de kommande åren.

Utmaningen ligger i att anpassa lagstiftningen så att exempelvis regioner och kommuner kan dela information, utveckla stödjande regelverk och gemensamma begrepp.

BEMANNING OCH ARBETSKULTUR

• Bemanning och kompetensförsörjning.

Nästan dubbelt så många specialistbevis i allmänmedicin utfärdades 2018 som för tio år sedan och flera regioner har utökat antalet utbildningsplatser. Intresset för att arbeta i primärvården ökar, enligt fack och professionsorganisationer, men brister i arbetsmiljö och stora pensionsavgångar utmanar fortfarande bemanningen i flera yrkesgrupper.

• Kultur och arbetssätt

När vården centreras runt patienten med primärvården som navet utmanas traditionella arbetssätt och hierarkier i hälso- och sjukvården. Utmaningen är att förankra det nya sättet att arbeta hos alla inblandade, hitta strukturer för det men också bygga en ny arbetskultur där alla ser sin roll i helheten och drar åt samma håll.

När patienterna får en aktivare roll i egenvård och behandlingsbeslut kräver det också ett bemötande från vårdpersonalen som stödjer detta, liksom medvetenhet om att alla patienter är olika och kräver olika typ av stöd.

POLITIK

• Nya lagar

Inom politiken, både på nationell och på regional nivå, finns en tydlig vision om att nära vård ska vara framtidens hälso- och sjukvård. För att komma i mål med omställningen krävs flera politiska beslut. Några har redan fattats, som förändrad vårdgaranti i primärvården. Regeringen har aviserat en proposition om en nationell primärvårdsreform i december, baserad på förslaget i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Politiken måste också stifta nya lagar, till exempel för att regioner och kommuner ska kunna samla och dela information om patienter med individen i fokus. Regeringen har tillsatt en utredning om informationsutbyte inom vård och omsorg som ska vara klar 2021.

• Förklara förändringen

En utmaning för politikerna är att förankra omställningen hos alla medborgare, så att de förstår de förändringar och prioriteringar som kommer att ske framöver. Även om det politiska samtalet på "expertsidan" till stor del handlar om nära vård, är det politiska samtalet med väljarna fortfarande fokuserat på de frågor som ligger närmast dem som söker vård sällan och för åkommor som går att bota relativt lätt.

EKONOMI

• Tydliga prioriteringar

Med omställningen behöver resurserna styras om från slutenvård till primärvård.

I regionernas budgetar nämns detta ofta i ord, några regioner har börjat göra tydliga prioriteringar kring vilka områden som ska tillföras resurser och vilka som ska dra ned i motsvarande grad inom ramen för omställningen, men på flera håll saknas tydliga ekonomiska prioriteringar.

Det kommande decenniet kommer regionernas och kommunernas ekonomi vara en utmaning. Den äldre befolkningen kommer att öka snabbare än den förvärvsarbetande, vilket påverkar intäkterna. Flera regioner flaggar redan för att de kommer att ha svårt att klara budgeten och några talar om kommande neddragningar i hälso- och sjukvården.

MED DIGITALA LÖSNINGAR har vården flyttat närmare fjällvärldens byar. Nu har Storuman fått regeringens uppdrag att sprida vård på distans i glesbygden. Men utmaningarna är många.

Text: JENNIE AQUILONIUS Foto: JOHAN GUNSÉUS

Hem till

I Slussfors skola finns även ett samhällsrum där invånarna både kan ta prover på sig själv och träffa doktorn på distans. På så sätt slipper de en resa på 13 mil till närmsta vårdcentral.

byn

T

Tre renar betar vid sidan om den vita vintervägen. När bilen närmar sig springer de in i skogen med högburna huvuden. Blå vägen leder de 6,5 milen från tätorten Storuman till den lilla byn Slussfors i södra Lappland. Vägen är hal. På båda sidor står rader av frostbitna granar och björkar. Skogen öppnar plötsligt upp mot sjön och gyllene solljus flödar. Ett moln av dis över vattenytan.

Väl framme i Slussfors går vi in i det virtuella samhällsrummet, beläget i den gulröda skolbyggnaden. Här kan byborna träffa läkare från sjukstugan, som vårdcentralen kallas i Storuman, genom videosamtal. Samhällsrummet i Slussfors är det första av åtta i södra Lappland och öppnade 2013. Syftet är att flytta vården närmare invånarna på glesbygden.

– Det är skillnad som natt och dag. Tidigare var det bara att fara mot Storuman, som är närmast, det är drygt sex mil. Man far inte i onödan. Det här är toppen! säger Anna-Lisa Lirell, som är 90 år och har bott i Slussfors under hela sitt liv.

Hon sitter vid ett ovalt bord i samhällsrummet med nyfikna grå ögon och röd skjorta. På ett av sina första besök i samhällsrummet fick Anna-Lisa Lirell veta att hon har diabetes. Då började hon komma hit regelbundet för att ta prover.

På tisdagar klockan 8–10 finns personal från hemtjänsten på plats för att hjälpa invånare i Slussfors och byarna runt omkring att bland annat ta blodprover och mäta blodtryck. De kan också hjälpa läkaren att lyssna på patientens hjärta och lungor eller kika i halsen.

– En tisdag kommer det kanske en eller två personer, men nästa tisdag sitter de i kö, säger Monika Grubbström, på hemtjänsten.

Om någon är för sjuk kan personalen komma hem till personen och ta proverna där i stället. Tanken är att invånarna ska kunna ta prover på egen hand i samhällsrummet, nyckeln finns att hämta i byns mataffär. Men det är det ingen som gör.

– Det törs jag inte, säger Anna-Lisa Lirell.

SAMHÄLLSRUMMEN HAR utvecklats av Glesbygdsmedicinskt centrum, GMC, en forsknings- och utvecklingsenhet i Storuman. I personalrummet hänger vita taklampor av renhorn över matbordet. Här sitter Peter Berggren, som har gått i bräsch för den digitala distansvården. Fram till i mars 2019 arbetade han som läkare på sjukstugan i Storuman och verksamhetschef för GMC, och blev sedan områdeschef för när-sjukvården i Lycksele och södra Lappland. Han berättar att samhällsrummen till stor del fortfarande är en testverksamhet. Pilotanläggningen i Slussfors har kommit längst.

Peter Berggren sitter också med i ledningsgruppen för prioriteringsprojektet Vård och omsorg på distans. Det startades av Nordiska ministerrådet och drivs av GMC. Projektet har samlat 24 lyckade exempel på distanslösningar i en rapport, samhällsrummen i södra Lappland är ett av dem.

Bakgrunden till projektet är att behovet av distanslösningar för vård och omsorg ökar i takt med att befolkningen i de nordiska länderna blir allt äldre. Särskilt glesbygdskommuner brottas med en åldrande befolkning vars vårdbehov ökar, samtidigt som antalet unga människor, som dels kan arbeta inom vården och dels betalar skatt, minskar.

– De små kommunerna säger att de inte kommer att klara sitt vårdåtagande inom tio år. De går i konkurs om de inte börjar jobba på ett annat sätt.

Projektet, fortsätter Peter Berggren, är en beställning från den svenska regeringen. Politikerna tycker att det går för sakt att implementera och skala upp digitala distanslösningar. Peter Berggren håller med.



Anna-Lisa Lirell, 90 år, slipper åka de 13 milen fram och tillbaka till vårdcentralen sedan samhällsrummet i Slussfors öppnade. Här kan hon ta prover och träffa doktorn på distans. Monika Grubbström på hemtjänsten hjälper till.





GLESBYGDSMEDICINSKT CENTRUM (GMC)

GMC i Storuman är en forsknings- och utvecklingsenhet inom primärvården i Region Västerbotten. Uppdraget är att öka kunskapen om hur befolkningens sjukvårds- och omsorgsbehov kan tillgodoses på bästa sätt, både i Västerbotten och i hela landet. Ett annat mål är att öka rekryteringen av läkare och annan professionell vårdpersonal till glesbygden.

– Det har pratats om distansteknik i 10–15 år i Sverige. De enda som har gjort någonting är vi häruppe, och det är ändå ganska lite. Jag började med telemedicin 1994, men nu i våras, när jag fortfarande arbetade som doktor, var det en liten del av mitt arbete.

Han menar att det beror på de tröga processerna. Tidigare skapade upphandlingen av utrustning till rummet en flaskhals. I dag ligger svårigheterna framför allt i att två organisationsformer, region och kommun, ska samarbeta. Frågor som uppstår är bland annat hur patienterna ska kallas dit, vem som ska betala för vad och hur rummet ska låsas. Mycket försvåras av att Region Västerbotten och de sju kommunerna i södra Lappland har olika journalsystem. Det är överlag svårt att få information att flyta mellan huvudmännen.

– Säg att en patient ringer till sjukstugan i Storuman eller sjukhuset i Umeå, och säger ”Jag behöver träffa en dietist”. I ett bra system hade personalen kunnat se vilken som är patientens närmaste vårdenheter, till exempel samhällsrummet, i dag bokar de per automatik in besöket på sjukstugan eller sjukhuset. Vi behöver en mängd sådana rutiner och teknisk stöd om vi ska skala upp, säger Peter Berggren.

Ekonomi är en annan svårighet. Om en enhet gör en investering i distansteknik, för att till exempel minska antalet patientresor, uppstår besparingen någon annanstans i systemet. Det gör de ekonomiska incitamenten för utveckling svaga. Det finns inget bra upplägg för att jämföra ut det eller för vem som ska betala vad. Tekniken för videomöten finns också på plats, men det är logistiskt omöjligt att boka två läkare och en patient samtidigt.

Vad görs för att lösa knutarna?

– Det babblas en massa, det görs inte så myck-



Som chef för Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman har Peter Berggren utvecklat samhällsrummen i byar runt om i fjällvärlden.

Äntligen gör vi den här stora systemförändringen inom sjukvården. Flyttar ut vården från sjukhusen i större omfattning, vilket borde ha gjorts för länge sedan.”

et. Men jag känner att vi är i ett bättre läge i dag. Som chef äger jag nu hela närsjukvårdssystemet i södra Lappland, med större delen av ett sjukhus och all primärvård inklusive den kommunala vården.

Lösningen är, enligt Peter Berggren, att region och kommuner går ihop. Ett system. En pengapåse. Södra Lappland och tre andra sjukvårdsområden i Norrland har fått sex miljoner kronor av Socialdepartementet för att bli modellområden i omställningen till nära vård.

– Det innebär att vi kommer att göra det här snabbare än övriga Sverige. Vi jobbar mycket tillsammans, kommuner och regioner, och ser över alla vårdprocesser. Först måste vi göra jobbet längst ut i näringskedjan. Min fråga till persona-

len inom hemtjänst, hemsjukvård, sjukstugorna och sjukhuset är: Hur skulle ni göra, om ni tog hand om patienterna så smart som möjligt, utan att fundera på verksamhetsgränser och pengar?

Därefter ska allt som går digitaliseras. Här kommer prioriteringsprojektet in, med sitt smörgåsbord av tekniska lösningar. Och nu lyser det i Peter Berggrens blågrå ögon.

– Äntligen händer det något! Äntligen gör vi den här stora systemförändringen inom sjukvården, större än jag eller någon annan varit med om. Vi ser över och slår ihop systemen i den kommunala och regionala vården. Flyttar ut vården från sjukhusen i större omfattning, vilket borde ha gjorts för länge sedan. Det kommer att hända mycket på tio år, och jag får vara med!

En annan fördel med prioriteringsprojektet, tycker Peter Berggren, är att se hur andra länder jobbar med att skala upp framgångsrika exempel på lösningar för distansvård i glesbygden.

– Alla länder har en digitaliseringsstrategi, men det är mycket babbel och visioner, och lite konkreta åtgärder. Danmark och Norge har kommit längst, framför allt på kommunsidan i Norge, och Danmark mer generellt, de har en tydligare statlig styrning och tillsätter medel.

Nu har några nordiska kommuner fått stöd för att implementera något av de goda exemplen i prioriteringsprojektets rapport. Södra Lappland är med och ska pröva en norsk modell för att implementera tekniklösningar. Det arbetet har precis börjat.

På uppdrag av regeringen jobbar Peter Berggren med ett projekt som ska hjälpa fler glesbygder att införa vård på distans, närmare patienternas hem.



- De ägnar mycket tid åt förankringsarbete. Norge satsar också nationella resurser där de går in med personal som stöd i implementeringsprocesserna. De tänker att de små kommunerna inte klarar att implementera tekniklösningarna själva. De har förstått att om man ska kunna skala upp det här i större omfattning måste man tillsätta resurser.

PETER BERGGREN MENAR att GMC gjorde en hyfsad förankring med samhällsrummen. De höll befolkningsmöten i områden där de ville prova rummen, frågade invånarna om de var intresserade, vilket de var. GMC satte också ihop grupper

med anställda från kommun och region som tog fram rutiner och arbetssätt.

– Sett i backspegeln skulle vi ha lagt ännu mer tid på det. Det är den lärdomen som jag tar med mig. Förankringsarbetet är grundläggande och du måste göra det fullt ut, annars måste du göra det senare och det är där vi är i dag. Nu fortsätter vi med personalgrupperna och tillsätter resurser för att bland annat göra rutinbeskrivningar för hur de ska ta prover, boka in patienter och dokumentera.

NÅGRA FLER SAMHÄLLSRUM finns dock inte i pipelinen just nu, Region Västerbotten vill ha mer projektmedel för att bygga fler. Men utvecklingen har inte stannat för det. I personalrummet på GMC sitter också Pia Kristiansson, tillförordnad verksamhetschef, med en kopp kaffe. Utanför fönstret har mörkret fallit över Storuman. Termometern visar minus tolv grader.

– Vi vill också få till självkörande, mobila samhällsrum som kan åka hem till folk. Det ligger nog några år fram i tiden, säger hon.

Just nu pågår också ett arbete för att få till drönare som kan flyga ut invånarnas mediciner till samhällsrummen och ta med sig blodproverna tillbaka, de hämtas i dag av posten.

– Om folk ska sätta sig och köra ner till apoteket tappar vi hela vitsen med samhällsrummen.

Men mycket måste lösas innan drönarna kan vara i luften, allt från olika flygtillstånd till att drönarna ska kunna bära en viss vikt och flyga tillräckligt långt. Pia Kristiansson hoppas på en första provflygning i sommar. ●



PRIORITERINGSPROJEKTET

➤ Nordiska ministerrådets prioriteringsprojektet Vård och omsorg på distans startade under det svenska ordförandeskapet 2018. Målet är att förbättra tillgängligheten till god vård och omsorg för den nordiska befolkningen genom att sprida regionala och lokala tjänster som genom digitalt stöd flyttar vård in i eller så nära hemmet som möjligt med fokus på personer med kroniska sjukdomar som ofta är äldre.

➤ Projektet drivs av Glesbygdmedicinskt centrum tillsammans med Nordens välfärdscenter och det nordiska forskningsinstitutet Nordregio.

➤ Projektet har kartlagt digitala tjänster för vård och omsorg på distans som är i bruk i de fem nordiska länderna.

➤ Ett mål med projektet är också att ta fram strategier och metoder för implementering. Nu får några kommuner i de nordiska länderna stöd för att implementera en av lösningarna från rapporten.

➤ Projektet pågår till och med 2020. Läs mer på sidan 27.

Glesbygdsprojekt att inspireras av

I Norden pågår ett projekt för att kartlägga och sprida lyckade exempel på digitala distanslösningar som flyttar vården in i eller närmare hemmet hos patienter i glesbygd. Här är några av dem.

Text: ÅSA BOLMSTEDT

FJÄRRBEHANDLING

Telemedicin, behandling och rådgivning via online-verktyg och egenbehandling.

DANMARK: TELEMEDICIN HJÄLPER PATIENTER MED KOL

➤ Patienterna mäter själva syremättnad, hjärtrytm, blodtryck och vikt hemma varje vecka. Resultaten skickas trådlöst till kommunal vårdpersonal som kan övervaka förloppet, agera och ge stöd. Patienterna upplever större säkerhet och frihet, samtidigt som antalet sjukhusinläggningar minskar.

NORGE OCH ISLAND: DIALYS HEMMA ELLER PÅ LOKALSJUKHUS

➤ I Nordnorge kan patienter själva göra dialys hemma. Sjukvårdspersonal finns med som stöd via videokommunikation. På norra Island tar sjuksköterskor på lokalsjukhuset i Akureyri emot dialyspatienter. Via skype kan de och patienterna ha direktkontakt med specialisterna.

FINLAND: CANCERPATIENTER FÖLJS VIA MOBILEN

➤ Via en digital tjänst i mobil, surfplatta eller dator kan patienter ställa och svara på frågor om sina symtom, välbefinnande och livskvalitet samt få instruktioner om egenvård, eller uppmaning att uppsöka sjukhus. Det leder till förbättrad livskvalitet och egenkontroll, samt underlättar planering av vård per personal.

FJÄRRMONITORERING

Sensorer, kameror, påminnelser och datainsamling berör främst social omsorg för ökad trygghet för äldre.

SVERIGE: APP ÖVERVAKAR HÄLSAN HOS KRONISKT SJUKA

➤ Genom en app kan personer med kronisk sjukdom i region Jämtland Härjedalen skicka hälsodata till en molntjänst som övervakas och utvärderas med hjälp av artificiell intelligens, AI. Om något värde är utanför gränsvärdet kontaktar en sjuksköterska patienten. De konsulterar också läkare vid behov.

SVERIGE: ROBOT GER PATIENTEN MEDICIN

➤ Umeå kommun har placerat läkemedelsrobotar hemma hos patienter som ser till att de tar sin medicin i rätt dos vid rätt tidpunkt. Om läkemedlet inte tas larmar roboten vårdpersonal. Förutom att patienterna tar sin medicin som de ska ökar deras känsla av kontroll och personal sparar tid på färre hembesök.

FJÄRRMÖTEN

Både mellan medborgare och profession och mellan professioner.

SVERIGE: MÖTE MED DOKTORN VIA SMART VIDEOTEKNIK

➤ När patienter i region Norrbotten ringer 1177 hänvisas icke akuta ärenden till hälsocentralen. Sjuksköterskor gör en första undersökning och kontaktar vid behov läkare på sjukhuset som kan prata med patienten, se hen i en kamera som går att zooma in för närmare undersökning. Läkaren bedömer om patienten behöver stanna för observation på hälsocentralen eller åka till sjukhuset. Patienterna får vård närmare hemmet och vårdens resurser används effektivare.

FINLAND: EGENVÅRD PÅ DISTANS

➤ I Finland erbjuder samhället en e-tjänst som invånarna kan använda för egenvård dygnet runt. Genom tjänsten kan medborgarna se uppgifter och genomföra möten med vårdpersonal. Genom att patienterna kan hantera sina egna uppgifter kan de själva ta kontroll över sin egenvård, vilket frigör tid för vårdpersonal.

NYA DIGITALA TJÄNSTER

Nya innovativa lösningar, ny nationell infrastruktur för digitala tjänster, nya servicemodeller där medborgare kan ta ett större eget ansvar.

ISLAND: HÄLSOPORTALEN SAMLAR ALL INFORMATION

➤ Genom en enda portal får Islands invånare tillgång till all sin hälsoinformation samt e-hälsotjänster oavsett vilket sjukhus, vilken primärvårdsmottagning eller privata klinik de har använt. Alla journaler är sammankopplade. Tillgång till sin egen hälsoinformation ger ökad patientmakt, effektivitet och sänkta kostnader.

NORGE: SVARSTJÄNSTER HJÄLPER KOMMUNER SORTERA INFORMATION

➤ Många kommuner i Norge har infört välfärdsteknologiska tjänster som mobila trygghetslarm med GPS, digital nattillsyn och läkemedelsrobotar. Dessa ökar flödet av information till kommunernas verksamheter. Svarstjänsterna hjälper kommunerna att prioritera och avgöra hur kommunerna ska agera på informationen och har varit en förutsättning för implementeringen av välfärdstjänsterna.

Källa: Vård och omsorg på distans, 24 praktiska exempel från Norden. Nordens välfärdscenter.

Vad är största utmaningen för att lyckas?

Omställningen till nära vård pågår runt om i landet. Men än är det långt kvar. Horizont har frågat företrädare för äldre, personer med kronisk sjukdom och socialministern vad de ser som den största utmaningen – och vad de själva kommer att göra för att driva utvecklingen framåt.

Text: **KARIN PERSSON**



Lena Hallengren
Socialminister

► **I hela Sverige pågår en omställning till Nära vård, där primärvården får ett större ansvar för patienterna än i dag. Vilka är de största utmaningarna för att lyckas med omställningen i hela landet, så att det blir lika för alla?**

– I grunden handlar det om att få fler att vilja jobba i och stanna kvar i primärvården.

► **Vad krävs för att klara av dessa utmaningar?**

– Jag möter många som jobbar i primärvården som säger att det viktigaste är att få en bättre arbetsmiljö och en rimlig arbetsbörda för att ge sina patienter bra vård och kunna erbjuda kontinuitet. Jag instämmer i det. För att nå dit krävs just en reformering av primärvården. Det handlar både om ny lagstiftning och om att skjuta till pengar. För 2020 avsätter regeringen tre miljarder särskilt till hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

► **Vad kommer du personligen att jobba med för att bidra till omställningen?**

– Först och främst är det arbetet att inom ramen för Januariavtalet göra den reformering av primärvården som vi slagit fast. Däri ingår exem-

pelvis att rätten till fast läkarkontakt ska säkras. Jag ser det också som en viktig uppgift för mig som minister att lyfta betydelsen av den kommunala hemsjukvården och sjukvården inom äldreomsorgen. Det är en del av primärvården, och den har oerhört stor betydelse för många i vårt land, inte minst många äldre.

– Vården och omsorgen ska funka, oavsett vem du är eller var i landet du bor. Det ser jag som min viktigaste uppgift de kommande åren. Det är en fråga om trygghet, svenska folket förväntar sig vård och omsorg av den allra högsta kvaliteten. Och det ska vi leverera.

”Först och främst är det arbetet att inom ramen för Januariavtalet göra den reformering av primärvården som vi slagit fast. Däri ingår exempelvis att rätten till fast läkarkontakt ska säkras.”



Lise Lidbäck
Ordförande
Neuroförbundet

► **I hela Sverige pågår en omställning till Nära vård, där primärvården får ett större ansvar för patienterna än i dag. Vilka är de största utmaningarna för att lyckas med omställningen i hela landet, så att det blir lika för alla?**

– Att befolkningen i dag är uppdelad i 290 kommuner och 21 regioner är i sig en stor utmaning. Dagens hälso- och sjukvård är organiserad kring diagnoser och byggnader, och är inte anpassad för vare sig dagens eller framtidens behov. Dagens organisation försvårar personcentrerade arbetssätt och möjligheterna till att få ett helhetsperspektiv. Det finns också stora demografiska utmaningar, med en befolkning som till stor del lever med kroniska diagnoser. Andra stora utmaningar är kompetensförsörjning, urbanisering och allt fler behandlingsmöjligheter i kombination med ändliga resurser.

► **Vad krävs för att klara av dessa utmaningar?**

– Den här omställningen kommer att behöva mycket tid. För att den ska lyckas krävs en delad målbild och en gemensam vilja att nå ett resultat. Det behövs en nationell strategi och en bred samverkan mellan staten, regioner, kommuner, myndigheter, profession, patientorganisationer med flera.

► **Vad kommer du personligen att jobba med för att bidra till omställningen?**

– Som ordförande för Neuroförbundet vill jag framför allt bidra med det viktiga patientperspektivet. I dagsläget levererar Sverige medicinska resultat i världsklass, men medborgarna är inte alls lika nöjda med bemötande och upplevd delaktighet. Det är viktigt att involvera patienterna på såväl systemnivå som på individnivå.

Jag ser också att det är viktigt att driva på en utveckling där Sveriges patientorganisationer ges möjlighet att samverka med hälso- och sjukvården på nya sätt. Vi kommer dessutom att

”För att lyckas krävs en delad målbild och en gemensam vilja att nå ett resultat.”

behöva samverka i större utsträckning med varandra över diagnosgränserna.

I dag pratar vi alltmer om vikten av att satsa på hållbar hälsa och preventiva åtgärder, vilket är en nödvändighet för att säkra framtidens utmaningar. Där kan patientorganisationernas verksamheter utgöra ett värdefullt komplement.



Gösta Bucht
Sakkunnig för vård och omsorg, SPF Seniorerna

► **I hela Sverige pågår en omställning till Nära vård, där primärvården får ett större ansvar för patienterna än i dag. Vilka är de största utmaningarna för att lyckas med omställningen i hela landet, så att det blir lika för alla?**

– Problemet är jättestort. Primärvården skulle ha prioriterats för länge sedan, men det har inte blivit av. Det finns få länder inom OECD som har en så sjukhustung vård som vi har i Sverige. Det finns för få läkare, man

”Man måste höja status och bemanna upp.”

vill fortfarande spara, och det blir svårt att rekrytera till de tjänster som finns.

Det är också en utmaning att regionerna gör som de vill när det gäller att utbilda läkare, de bestämmer vilka utbildningsblock som ska finnas i regionen vilket naturligtvis styr vilka specialiteter man som läkare vill ha.

Arbetsmiljön och arbetsmetoderna måste också förbättras. Många allmänläkare i Sverige sitter till exempel mycket mer framför datorn än vad man gör i andra länder. Det borde

gå att avlasta. Ska verkligen doktorn beställa prover till exempel? De olika journalsystemen är dessutom ofta krångliga och är inte kompatibla med varandra.

► **Vad krävs för att klara av dessa utmaningar?**

– Primärvården måste få en högre status, bli mer attraktiv. För att få upp ett större intresse för primärvården krävs att alla inom skräet får klart för sig att man satsar på primärvården, att den byggs ut i stället för att monteras ner. Primärvården behöver dessutom få mer forskningsstatus. Projekt och forskning som en del av arbetet har visat sig locka folk.

► **Vad kommer du personligen att jobba med för att bidra till omställningen?**

– Jag som har varit i vården länge tror att man måste höja status och bemanna upp, och är engagerad i SPF Seniorerna för att driva de här frågorna vidare. Tidigare har jag bland annat varit remissinstans för utredningarna Digifysiskt vårdval, Effektiv vård och God och nära vård. Jag har också suttit med i SKL:s äldredialog med fack och intresseorganisationer, där man tar upp åsikter från alla personalgrupper och dem som anlitar vården.

Patienter tar plats i nya rum

I **STOCKHOLM HAR** specialistvården för patienter med kroniska sjukdomar flyttat ut från sjukhusen som ett led i regionens framtidsplan. I de nya lokalerna får patienterna inte bara vård – de är också med och planerar verksamheten.

Text: **JENNIE AQUILONIUS** Foto: **JESSICA SEGERBERG**

D Den genomskinliga vätskan rinner ner genom droppslangen, in i Siv Åströms arm. Snart kommer smärtan att lindras. Hon har ledgångsreumatism och sitter i en blå fätölj framför stora fönsterytor på infusionsavdelningen på Centrum för reumatologi i Stockholm.

– Jag kommer hit var tionde vecka för att få min medicin. Sist lämnade jag ett blodprov till forskning samtidigt, säger hon

Centrum för reumatologi är en av fyra enheter inom Akademiskt specialistcentrum i Stockholm. Sedan 2016 har fyra sådana centrum öppnat, förutom reumatologi även för neurologi (Parkinsons sjukdom och multipel skleros, MS), diabetes samt övervikt. Tanken med dem är att erbjuda specialistvård utanför akutsjukhusen. Här samlas behandling, forskning, verksamhetsutveckling, utbildning och patientföreningar.

Satsningen på akademiska specialistcentrum är en del av Region Stockholms framtidsplan. Där ingår den som en viktig pusselbit i ett nätverk kring patienten med bland annat husläkare och

akutsjukhus. Det som kännetecknar nätverks-sjukvården, berättar verksamhetschefen Sofia Ernestam, är att vården är mer personcentrerad. Den utgår från personens behov men också vad hen kan göra själv och hur resurserna runtomkring ser ut, med till exempel husläkare, fysioterapeut, kurator, idrottsförening, närstående och patientföreningar.

– Det handlar också om att tydliggöra vad som finns för dig på hemmaplan. Det kanske är din fysioterapeut som kan hjälpa dig att komma igång och träna, det behöver du inte komma hit för. Vi ska ha kompetens kring vad som behöver göras, men utförandet kan ske längre bort från oss och närmare patienten. Det är tydligt att vi behöver jobba så, systemet med olika vårdgivare hänger inte ihop för patienterna, säger Sofia Ernestam.

ATT LYSSNA PÅ patienterna har varit centralt i utvecklingen av de akademiska specialistcentrumen. Bredvid den blå fätöljen där Siv Åström får sitt dropp står Birgitta Johansson från Reumatikerföreningen Stockholm.



Var tionde vecka kommer Siv Åström till Centrum för reumatologi för att få medicin mot sin ledgångsreumatism. Här träffar hon både vårdpersonal och Birgitta Johansson från Reumatikerföreningen i Stockholm, som representerar patienterna i verksamhetens patientråd.



CENTRUM FÖR REUMATOLOGI

PÅ DEN AKADEMISKA specialistenheten erbjuds vård till patienter med misstänkt inflammatorisk sjukdom och känd reumatisk sjukdom. Enheten drivs som ett samarbete mellan Karolinska institutet, Stockholms läns sjukvårdsområde och Karolinska universitetssjukhuset. Det öppnades 2016 och var då först ut av fyra enheter på Akademiskt specialistcentrum i Stockholm.



På Akademiskt specialistcentrum finns ett patientråd med deltagare från olika patientföreningar. Susanne Karlfeldt arbetar halvtid som koordinator för patientmedverkan och menar att patientrådet hjälper verksamheten att göra rätt från början.



En eftermiddag i veckan är avsatt för utvecklingstid för all personal, berättar Jennie Sawalha (svart tröja i mitten), enhetschef för Centrum för reumatologi.

ringsdagar, ledningsgruppsmöten och möten med externa aktörer. Patientföreningarna hjälper också till att rekrytera medlemmar till exempelvis fokus- och projektgrupper. Det kan handla om att läsa texter till kallelser och informationsmaterial eller, som nu, att vara med och utveckla Alltid öppet, Region Stockholms app för bland annat videomöten med vården.



Caroline Liljegren

SAMARBETET MED patienterna är ovärderlig, menar Susanne Karlfeldt, som är koordinator för patientmedverkan vid Akademiskt specialistcentrum.

– Vi får återkoppling som vi inte skulle få annars. Då gör vi rätt från början och sparar tid, resurser och frustration.

Rollen som koordinator tar upp ungefär hälften av hennes arbetstid – och det behövs för att patientmedverkan ska ske på riktigt, poängterar hon.

Patienterna är också en viktig del i centrets uppdrag att ta fram nya arbetssätt och e-hälsolösningar, någon som även personalen är involverad i. På Centrum för reumatologi är en eftermiddag

i veckan avsatt för utvecklingstid för all personal. Tiden kan användas till arbetsplatsträffar, utbildning, gästföreläsningar och olika utvecklingsmöten, berättar Jennie Sawalha, enhetschef för Centrum för reumatologi.

– Att driva utveckling kräver tid och resurser. När vi jobbar med att möta patienterna och höra vad de tycker behöver vi tid att diskutera tillsammans. Vi förändrar saker varje vecka. Testar och skruvar, säger hon.

CENTRET HAR TILL exempel skruvat på de fasta återbesöken för patienter som haft sin diagnos länge. Tidigare hade alla schemalagda återbesök med ett visst antal månader emellan. Men om behandlingen är stabil och patienten mår bra och medicinerna fungerar finns det ingen anledning att komma in bara för att få det bekräftat, förklarar Jennie Sawalha. Då kan fokus läggas på dem som är svårast sjuka, har blivit sämre eller som behöver få en diagnos.

– Modellen med schemalagda återbesök har varit konstant under många år, vi har löst upp den lite och då blir det en del oro i leden. Vi behöver prata med både varandra och patienterna om det, för det är en omställning. Tanken är att



FOTO: MOSTPHOTO



AKADEMISKT SPECIALISTCENTRUM

AKADEMISKT SPECIALISTCENTRUM i Stockholm består av fyra vårdenheter: Centrum för diabetes, Centrum för neurologi och Centrum för reumatologi ligger tillsammans vid Torsplan och Överviktscentrum ligger en liten bit därifrån.

Centret är ett koncept för universitetssjukhusvård utanför akutsjukhusen och satsningen är en del av Region Stockholms Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Syftet är att säkerställa tillgången på specialiserad vård för patienter med särskilda diagnoser samt att knyta forskning, utveckling och utbildning närmare vården. I uppdraget ingår att utveckla nya arbetssätt, som e-hälsolösningar, tillsammans med patienterna.

vi ska kunna lyssna in patienten och erbjuda det som passar hen bäst, och då självklart utifrån ett patientsäkert perspektiv.

Centret har också i uppdrag att jobba med e-hälsolösningar. Vissa medarbetare har börjat arbeta med digitala återbesök via telefon, chatt och video. Patienten svarar då på frågor i ett formulär via 1177 samt skriver vad de själva tycker är viktigt. De får sedan svar digitalt från läkare eller sjuksköterska. Tanken är att på sikt ta fram ett paket med olika lösningar där varje patient kan välja vad som passar hen bäst. Videosamtalen sker i appen Alltid öppet, där centret också jobbar för att utveckla nya sätt att möta patienterna, till exempel hur de ska kunna boka sina besök själva.

– En utmaning är att alla system inte hänger med, det är många olika plattformar som inte matchar varandra. Vi hoppas på det nya journal-





”Vi ska ha kompetens kring vad som behöver göras, men utförandet kan ske längre bort från oss och närmare patienten.”

Sofia Ernestam, verksamhetschef



för vårdcentralerna. De samarbetar även med Akademiskt primärvårdscentrum, som samlar Stockholms 240 vårdcentraler. Men när det gäller mjukare värden som hur remisser skrivs eller om det finns patienter i primärvården som borde finnas inom specialistcentren, eller tvärtom, då måste man sitta ner och diskutera, menar Sofia Ernestam.

– **VI HAR TILL** exempel haft möten med primärvårdsrehab om möjliga sätt att följa upp patienter med grav fetma. De har kanske gått ett par år på Överviktscentrum, gått ner tio kilo och ska nu försöka hålla det. Det gäller att se till att de inte faller mellan stolarna, att det finns en fortsättning på vården.

Det är också viktigt för de akademiska specialistcentren att lära sig hur primärvården fungerar, fortsätter hon.

– Vi behöver se hur vi kan stödja dem och hur vi behöver ändra oss. Ofta kommer specialistvården och säger ”Ni ska göra så här” i stället för att fråga ”Vad behöver ni av oss?”. Det skulle behöva vara mer sömlöst, vissa patienter finns på båda sidor samtidigt, säger Sofia Ernestam. ●

► systemet Framtidens vårdinformationsmiljö som ska komma 2022.

Det finns också fördelar med att Centrum för reumatologi ligger tillsammans med Centrum för neurologi och Centrum för diabetes, menar Jennie Sawalha. De möter alla kroniskt sjuka patienter och har mycket att lära av varandra. Processerna är ofta lika och lösningar för uppföljning, kvalitetsregister och kontaktvägar kan funka lika bra för olika sjukdomstillstånd. Reumasidan har till exempel lärt sig av neurologins sätt att ge infusioner – och lyckats korta behandlingstiden.

– Vi plockar från varandra, det är värdefullt. Det är också bra att sitta i samma lokaler, det blir lätt att gå och fråga varandra, säger Jennie Sawalha.

TILL CENTRET KOMMER också studenter som utbildar sig för att bli allt från läkare till sjuksköterskor, fysioterapeuter och medicinska sekreterare. Många arbetar på alla fyra centren

för att få inblick i olika specialiteter.

Akademiskt specialistcentrum arbetar också tätt med Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset. Flera läkare och sjuksköterskor på centret har delade tjänster där de även forskar. Eva Waldheim är en av flera forsknings-sjuksköterskor. Det innebär att hon sköter allt från blodprover till samordning och administration i olika studier. Bland annat rekryterar hon regelbundet deltagare till studier bland patienterna. Det kan till exempel handla om att delta i ett forskningsprojekt eller lämna blodprov till biobanken vid ett enstaka tillfälle.



Eva Waldheim

– Tanken är att alla patienter ska erbjudas att vara med. Många vill bidra till forskning och tycker att det är intressant, säger Eva Waldheim.

De akademiska specialistcentren samarbetar också med primärvården och har bland annat träffat alla chefer och andra viktiga företrädare

Hallå där...

... **ELLA BOHLIN (KD)** vårdutvecklingsregionråd i Stockholm. Vad är målet med de akademiska specialistcentren?

Text: **JENNIE AQUILONIUS**
Bild: **PRESSBILD**



Bakgrunden är Region Stockholms ”Framtidsplan för hälso- och sjukvården”. I kortet handlar den om att flytta ut vård som inte måste bedrivas på akutsjukhusen till

öppenvården och specialistvården. Akutsjukhus är en dyr vårdform och all vård måste inte bedrivas där. Centren ska utveckla nya arbetssätt, öka patientmedverkan och framför allt ta fram nya e-hälsolösningar. De fyller också en viktig funktion genom samarbetet med primärvården.

Vad ska centren spela för roll i framtidens sjukvård?

– De är viktiga aktörer för framför allt forskning och för att utveckla vården, därför är kopplingen till Karolinska institutet viktig. Det handlar också om kompetensförsörjning, att säkerställa tillgången på reumatologer och andra specialister. Vården blir ofta mer spännande för dem som ska jobba i fältet när den kopplas till forskning.

Hur ska framtidens nätverkssjukvård fungera i Stockholm?

– Mycket är redan på plats med Framtidsplanen. Vi har gått från att vara en väldigt akutsjukhustung vård till en närmare vård. Alla vårdnivåerna ska synkronisera; egenvård först och sedan primärvård, specialist- och öppenvård, närsjukhusen och till sist akutsjukhusen och intensivvården på Nya Karolinska sjukhuset. Vi jobbar för att skapa ett ersättningssystem som premierar att enheterna samverkar runt patienten, men vi har en bit kvar där.

– Vi håller också på att ta fram en



Att flytta ut vård som inte måste bedrivas på akutsjukhusen till öppenvården är en del av Region Stockholms framtidsplan för hälso- och sjukvården, berättar Ella Bohlin (KD).

egenvårdsstrategi, där vi betonar det personliga ansvaret. 1177 är ett nav i det, du ska alltid ta kontakt med dem först. Vi har en app som heter Alltid öppet där du kan träffa läkare digitalt. Vi utökar också husläkarna uppdrag eftersom vi vill att alla ska ha en fast läkarkontakt. Det är viktigt för att se till att ansvaret för en patient hålls samman, att det inte blir de här glappet i vården som vi ser i dag, framför allt när det gäller kroniker och äldre personer.

– Sedan skapar vi också universitets-sjukvårdsenheter, där forskningen inte ska vara avhängig om vården sker inom öppenvården eller slutenvården utan den ska bedrivas i kluster mellan enheterna.

Kommer det att öppna fler specialistcentrum?

– Det finns inga sådana planer i dagsläget. Vi är nöjda med de enheter som har öppnat och i förlängningen kan vi tänka oss att fler specialistområden flyttar in och blir underkategorier. Det kan vara till exempel psoriasis, inflammatorisk tarmsjukdom, kardiologi med hjärtsvikt, ALS och narkolepsi. Det är områden som också skulle gynnas av att bli mer beforskade. ●



Får kuggghjulen att snurra

DET SOM ÄR bäst för den enskilda medarbetaren eller verksamheten är inte alltid bäst för helheten. I Gävleborg har sociologen Charlotta Östlund i uppdrag att få politiker, ledning och medarbetare att dra åt samma håll.

Text: ANNIKA SJÖBERG Foto: GETTY IMAGES



Att få olika processer att jacka i varandra, det menar sociologen Charlotta Östlund är något av det viktigaste i arbetet mot en nära vård. Sedan april 2018 är

hon Region Gävleborgs samordnare för Nära vård och hon menar att många behöver tänka och vara inblandade i förändringsarbetet, särskilt de som jobbar konkret med att ge vård i dag. Och eftersom det inte finns några tydliga svar på hur en nära vård ser ut krävs mycket nytänk, samarbetsvilja och ett öppet sinne.

– Utmaningen är att skapa utrymme för medarbetarna att testa, backa om det inte fungerar, och testa igen i en verksamhet som redan är tigt, säger hon.

I REGION GÄVLEBORG blev första steget att göra en utredning av länets behov

och vad som behöver göras för att skapa en nära vård. De tittade på bland annat hälsoläget i länet, vårdutnyttjandet och hur man ger vård och tog sedan fram ett antal åtgärdsförslag och började skapa en struktur och organisation för att driva arbetet vidare. Charlotta Östlund konstaterar att

även om de än så länge bara är i början av omställningen så har de kommit en bit på väg.

– Jag som inte kommer från hälso- och sjukvården slås av att det finns en stor förändringsvilja. Många ser problemen och vill jobba annorlunda. Nu får vi dessutom draghjälp från nationellt håll, säger hon.

Charlotta Östlund har lång erfarenhet av förändringsarbete. Hon har bland annat varit sektionsledare och enhetschef inom kvalitet och analys, jobbat med regional utveckling och med alkohol- och

drogvaneenkäten i Gävleborgs län.

– Som sociolog tror jag att jag kan bidra med ett systemtänk och en förståelse för hälso- och sjukvården i samhället, nationellt, regionalt och lokalt, säger hon.

I FÖRÄNDRINGSARBETET SER Charlotta Östlund kommunikation med såväl medborgare, politiker och medarbetare som avgörande. Därför jobbar de med patientmedverkan på olika nivåer och Charlotta Östlund och hennes medarbetare för en löpande dialog med regionens politiker. De har erbjudit sig att komma till alla partigrupper för att berätta om vad de gör och försöka fänga in politikernas tankar.

– Det här är ett långsiktigt arbete och det är viktigt att ha en politisk förankring, säger hon.

När det gäller medarbetarna så handlar det enligt Charlotta Östlund mycket om att skapa engagemang och en tro på

OMSTÄLLNINGEN I GÄVLEBORG

- Andelen av befolkningen i Region Gävleborg som är över 65 år beräknas öka till 25 procent år 2037. Av dem kommer 8 procent att vara över 80 år. 1997 var 19,6 procent av befolkningen över 65 år och 4,6 procent var över 80 år.
- De kommande tio åren beräknas arbetskraften i regionen att öka med 3 procent medan åldersgruppen 80 år och äldre ökar med 43 procent.
- Antalet vårdtillfällen i specialiserad somatisk vård beräknas öka från 641 276 år 2017 till 712 305 år 2037.
- För att klara utmaningarna har Region Gävleborg, med start 2018, inlett ett förändringsarbete som kommer att pågå under en tioårsperiod. Det innehåller följande programområden: digitalisering och medicinsk teknik, prevention och goda levnadsvanor, digitala vårdmöten, digitala vårdrum, hälsocentral, närvårdscenter respektive specialiserad sjukhusvård.

► att förändringen är vettig och ger något för patienten. De har skickat ut en folder från hälso- och sjukvårdsdirektören där de beskriver vad som ska göras, varför och att varje medarbetare behövs i arbetet och till våren planerar de att hålla medarbetardagar kring nära vård.

– Medarbetarna är en viktig pusselbit och vi har velat rikta oss till var och en av dem. Ledningen har pekat ut riktningen men vi vill få medarbetarna att reflektera över hur det berör dem och deras arbetssätt. De behöver veta vad som ska göras, varför det är viktigt och hur de kan bidra, säger hon.

SOM RAM FÖR arbetet har de satt en struktur med sju olika programområden, två övergripande om digitalisering och prevention och fem mer inriktade på olika vårdformer. Varje programområde har en egen styrgrupp där även privata utförare, kommunal verksamhet och professionen ingår. Inom varje programområde pågår en rad olika

projekt. Satsningar i linje med Nära vård som redan pågick har lyfts in i den nya organisationen och nya projekt har dragits igång. Inom Programområde hälsocentral har de exempelvis funderat på vad en hälsocentral egentligen är och kommit fram till att grunden är att specialistvård,

närsjukvård och kommunal vård ska arbeta tillsammans. I linje med det tankesättet ligger även satsningen på mobila team, bestående av läkare och sjuksköterska som åker på gemensamma hembesök. Målet är att skapa fem mobila team och hittills är två igång.

– Det handlar mycket om att se helheten och vad som behöver göras för att vi ska kunna ge en samordnad och bra vård kring en person, säger hon.

ANDRA EXEMPEL ÄR programområde närvårdscenter som ska få primärvård, viss specialistvård och eventuellt även kommunal vård att samsas under ett och samma tak. I centrala Gävle bygger en privat byggherre för närvarande helt nya lokaler dit en av hälsocentralerna ska flytta så småningom. Och inom Programområde digitalisering och medicinsk teknik arbetar man bland annat med en hälsocoach i form av en app. I första hand vänder sig appen till diabetespatienter men på sikt är det tänkt att den ska fungera även för andra grupper.

Att få ett så stort förändringsarbete att fungera är ingen lätt uppgift. Organisationen är komplex, det är många processer igång samtidigt och verksamheten berörs av många olika lagar, system och politiker.

– För att det ska fungera krävs oerhört mycket dialog och samstyrning. Ibland kan man vara ambitiös i sitt spår men inte se andra processer. Då kör man i diket. Vi behöver se vad andra håller på med, få processerna att jacka i varandra så vi kan ge varandra draghjälp, säger Charlotta Östlund.

Den insikten har också resulterat i att de skruvat en del på den organisation de byggde upp. Under 2018 hade de till exempel en övergripande arbetsgrupp där även externa aktörer var med. Men i slutet av året bestämdes att det arbetet skulle in i de sju program-

områdenas ordinarie styrgrupper.

– Det behövdes för att kunna synka med andra parallella processer och få många att driva mot samma mål, säger Charlotta Östlund.

Något slutdatum för när arbetet ska vara klart har de inte satt och Charlotta Östlunds uppdrag har ingen tidsbegränsning. Däremot har den färdplan regionen tagit fram som mål att förändringsarbetet ska vara i princip klart 2030. Därefter ska arbetet drivas vidare inom den ordinarie organisationen.

– Nu kraftsamlar vi och är överens om en riktning men hälso- och sjukvården utvecklas ju hela tiden. ●

CHARLOTTA ÖSTLUNDS FRAMGÅNGSFAKTORER

Att förändringsarbetet leds och drivs i ordinarie styr- och ledningsstruktur och att frågan lyfts in i ordinarie samarbetsstrukturer, exempelvis Länsledningen i Gävleborg där regionledning, socialchefer och skolchefer träffas regelbundet.

- Samarbete med länets kommuner och en dialog

med region- och kommunpolitiker.

- Att många funktioner och personer driver nära vårdarbetet tillsammans och att skapa medarbetardrivna projekt och förbättringsarbeten.

- Ett tillåtande klimat där man på olika nivåer får testa nya arbetssätt både i ledning och i patientarbete.

- Dialog med befolkningen.



Politisk strategi visar vägen

NÄR VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN ställer om sker det med brett politiskt stöd och tydlig ekonomisk uppbackning. Efter drygt två års arbete är en stor utmaning att omvandla pilotprojekt till permanenta verksamheter.

Text: **MARIEKE JOHNSON**



Redan 2017 klubbade Västra Götalandsregionen igenom en strategi för att ställa om sin hälso- och sjukvård – trots att regeringens utredning om nära vård ännu inte var klar. Samtliga åtta partier som då satt i regionfullmäktige stod bakom beslutet, som omfattar fyra övergripande områden. Bara några månader senare drog arbetet igång.

JONAS ANDERSSON, liberal politiker och ordförande i regionens hälso- och sjukvårdsstyrelse, ser tre förklaringar till att processen kunde starta. Utöver politisk enhällighet handlar det om årliga handlingsplaner för hur omställningen ska fortsätta framöver och öronmärkta pengar för ändamålet.

– Förut har vi försökt göra sånt här i politisk konflikt. När vi väl varit färdiga efter alla meningsskiljaktigheter har vi inte kraft att genomföra förändringen, man har släppt frågan. Vi har också försökt göra förändringar i hopp om att minska kostnader. Nu avsatte vi medel i stället, säger han.

Sammanlagt handlar det om cirka 1,1 miljarder kronor som fördelas i årliga anslag fram till år 2020. Summan tas bland annat från ökade skatteintäkter i regionen de senaste åren, som i stället för att förstärka till exempel kultur

och kollektivtrafik nu går till världens framtida utmaningar.

Enligt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos från 2019 kommer invånarantalet i de 49 kommunerna att öka med 235 000 personer fram till år 2040, för att då uppgå till närmare två miljoner. Under samma period förutspås andelen personer över 80 år öka med 65 procent, till 142 000. En siffra som motsvarar befolkningen i hela Norrköpings kommun.

SOFIA HEDENLUND, PROGRAMLEDARE inom omställningen, menar att förändringsarbetet helt enkelt handlar om att klara framtiden.

– Vi ska kunna erbjuda våra invånare en god och tillgänglig vård och klara kompetensförsörjningen i en demografisk utveckling där andelen äldre och yngre blir större. Men vi ska också ge personalen en dräglig arbetsmiljö. Att bara göra mer och springa fortare går inte, säger hon och tillägger:

– Det är otroligt många medarbetare som berörs. Om vi slår i hop alla som arbetar med vård och omsorg på olika sätt i Västra Götaland blir det säkert över 100 000 personer.

I STORA DRAG HANDLAR Västra Götalandsregionens vårdstrategi om att flytta vården närmare invånarna och koncentrera vård som behövs mer sällan till färre noder. Men också om att

OMSTÄLLNINGEN I VGR

► De närmaste 20 åren väntas invånarantalet i Västra Götalandsregionen öka från 1,7 till 1,95 miljoner. Under samma period uppskattas antalet invånare över 80 år öka med 65 procent, samtidigt som andelen invånare i arbetsför ålder minskar.

► År 2040 beräknas varje grupp på 100 personer i arbetsför ålder i regionen försörja 81 äldre och unga. Motsvarande siffra är i dag 74.

► För att klara utmaningarna började Västra Götalandsregionen ställa om sin hälso- och sjukvård 2017. Omställningen delas i dag upp i barnuppdraget, digitala vårdformer och tjänster, koncentration av vård, kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och nära vård.

► Cirka 1,1 miljarder kronor har avsatts för förändringsarbetet fram till 2020. Även för nästkommande treårsperiod kommer pengar att skjutas till.

Strömstad

Uddevalla

Lidköping

Skövde

Trollhättan

Falköping

Borås

Göteborg



"Det är en lärdom vi har dragit, att lägga mer fokus på att få systematik. Handlingsplanen för 2020 är mycket mer inriktad på implementering."

Jonas Andersson



"Om vi slår i hop alla som arbetar med vård och omsorg på olika sätt i Västra Götaland blir det säkert över 100 000 personer."

Sofia Hedenlund



"Det är när man ska breddinföra en insats som det blir svårt. Till pilotprojekt kan man hitta entusiasterna, de som vill gå först."

Jan Eriksson

► utveckla digitala vårdformer, fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och förbättra insatserna för barn och unga. Något slutdatum för arbetet finns inte, mycket beroende på att ingen i dag kan förutse den tekniska eller medicintekniska utvecklingen på området.

En konkret del i omställningen är införandet av mobil närvård enligt den så kallade Skaraborgsmodellen. Med hjälp av team som utgår från både sjukhus och vårdcentraler, i samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården, ska några av regionens mest komplexa sjuka patienter få en sammanhållen vård. Redan 2015 beslutade man att modellen skulle testas och införas brett i hela regionen – ett arbete som fått en skjuts framåt i och med den nya vårdstrategin. I en utvärdering från april 2019 beskrivs satsningen som en ny form av förändringsarbete med "imponerande resultat", barnsjukdomar och brister till trots.

Sofia Hedenlund, som arbetar med just nära vårddelen, förklarar att satsningen ger ringar på vattnet.

– I och med breddinförandet finns mobil närvård med i vårdöverenskomelserna med sjukhusen och i kraven som vårdcentralerna ska uppfylla. Det finns därmed i ordinarie verksamhet. Fortsättningsvis handlar det om att stabilisera och vidareutveckla arbetet i Västra Götaland.

ATT OMVANDLA ALLA pilotprojekt inom omställningen till permanent verksamhet är en av de stora utmaningarna i arbetet. Det menar Jan Eriksson, som är programchef för omställningen sedan två år tillbaka. När testprojekt avslutas och får grönt ljus för att införas på bred front i regionen ligger det på hans bord att stödja, följa upp och driva på. De förvaltnings-, sjukhus och vårdcentraler som får i uppdrag att ändra sina rutiner har det nämligen inte helt lätt.

– Det är när man ska breddinföra en insats som det blir svårt. Till pilotprojekt kan man hitta entusiasterna, de som vill gå först. Men att sen berätta för andra hur de ska göra och införa nya arbets-sätt på arbetsplatser som aldrig hört talas om det här, det är en ganska svår övning.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens ordförande Jonas Andersson är inne på samma linje. Nu, ett par år in i vårdomställningen, medger han att man till en början underskattade implementeringsstödet. Vis av tidigare erfarenhet borde man ha kunnat vara smartare här.

– Det är en lärdom vi har dragit, att lägga mer fokus på att få systematik. Handlingsplanen för 2020 är mycket mer inriktad på implementering. Det handlar om att avsätta mer resurser, till exempel processledare, men också om att ställa tydligare krav på att införandet av en del digitala tjänster ska ske inom en viss tid, säger han. ●

"Krävs politisk uthållighet"

NÄR ANNA NERGÅRDH påbörjade utredningen om nära vård hade omställningen redan startat. Hur är det att utreda samtidigt som omställningen pågår?

Text: **JENNY RYLTIENIUS** Bild: **SÖREN ANDERSSON, REGERINGSKANSLIET**



Det är snart tre år sedan läkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh fick uppdraget att genomföra utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Sedan

dess har hon och medarbetarna arbetat i turbofart. Hittills har utredningen presenterat tre delbetänkanden.

Förslagen i det första har redan tagits vidare av regeringen till beslut i riksdagen, vilket bland annat inneburit införande av en förstärkt primärvårdsgaranti med krav på en första medicinsk bedömning inom tre dagar.

Anna Nergårdh hyser gott hopp om att även delbetänkande två, primärvårdsreformen, kommer att få gehör hos beslutsfattarna.

– Jag är nöjd så här långt. Huvuddelen av förslagen i det första delbetänkandet har vunnit laga kraft och förslagen från det andra finns med i listan över propositioner som ska behandlas i riksdagen, säger Anna Nergårdh, men lägger också till att det inte räcker att fatta beslut om lagändringar. Hälso- och sjukvården förändras inte över en natt.

Hur lyckas vi med omställningen?

– Den har redan börjat och vi ser exempel på det i alla regioner och många kommuner. Man ska komma ihåg att detta har varit på gång på många ställen redan tidigare, men en gemensam målbild, färdplan och lagändringar som underlättar förändringen bidrar till att det nu händer i hela landet. En framgångsfaktor är att involvera patienter och medborgare i utvecklingsarbetet, och på många håll ordnas medborgardialoger.



Sedan 2017 arbetar Anna Nergårdh heltid med utredningen. Huvudbetänkandet kommer i mars.

– Två saker är särskilt viktiga för att genomdriva den här förändringen. Det ena är uthållighet, och kanske framför allt politisk uthållighet. En så här stor förändring genomdrivs inte under en mandatperiod, vare sig nationellt eller på regionnivå. Här krävs bred politisk enighet och en förståelse för att förändringen behöver ske i många steg och därmed kommer att ta tid.

– Det andra är frågan om bemanning och rekrytering. I hela arbetet måste också frågan om hållbar arbetsmiljö och ett hållbart yrkesliv finnas med. Vårdens medarbetare måste få vara delaktiga i det förändringsarbete som sker. På samma sätt som vi i utredningen vinnlagt oss om att ha många representerade i vårt arbete med förslagen.

HUR SAMVERKAN MELLAN region och kommun, men också mellan olika delar av vården, som sjukhus, primärvård och annan specialistvård, ska gå till är en av knäckfrågorna i utredningens nästa del som ska överlämnas i ett huvudbetänkande i mars 2020. Då kommer vi bland annat att få reda på om utredarna har kommit fram till om det fortfarande är ändamålsenligt att dela in vården i öppen och slutenvård.

Kommer benämningarna öppen- och slutenvård att begravas?

– Min vision är att vi ska vara mindre fixerade vid namnet på byggnaden och huvudmannskapet i framtiden och mer utgå från vilket behov patienten har. Oavsett hur vi väljer att dela upp vården måste den vara begriplig och hänga ihop utifrån patientens synvinkel. Här kan också digitaliseringen bidra. Sjukvården är ingen isolerad bubbla i samhället, den måste vara en del av en modern samhällskontext, fungera på det sätt man förväntar sig att bli bemött på i dag. Samtidigt har vi förstås alltid ett ansvar att prioritera insatserna, att göra det bästa möjliga utifrån var och ens behov, och utifrån våra gemensamma resurser. I dag lever många med långvariga komplexa tillstånd och då är det hela livet som ska fungera, inte bara de kortvariga kontakterna med sjukvården.

Hur är det att göra utredningen samtidigt som omställningen pågår för fullt?

– Jag tycker det är bra. Då får vi också veta vad som är svårigheter när förändringarna genomförs, vad vi behöver belysa ytterligare, vilka lärdomar som dras. Vi kan sprida goda exempel, och ibland också höja ett varningens finger. Ett stort öra mot marken tror jag är framgångsfaktorn. ●

PRECISIONSPODDEN – EN PODD OM PRECISIONSMEDICIN



Anna Johansson från Bristol-Myers Squibb leder podden.

Med precisionsmedicin, gen-data och AI förändras sättet att upptäcka, diagnosticera och behandla. Vi rör oss från "one size fits all" till skräddarsytt för varje individ.

I en serie poddavsnitt utforskas framtiden i samtal med Sveriges visionära entreprenörer, forskare, politiker och patienter. Gäst för gäst lägger vi pusslet och pratar om precisionsmedicinens möjligheter och utmaningar. Följ med du också till medicinens framkant!



Rickard Rosenquist Brandell: Den medicinska förvandlingen



Marie Morell: Den politiska pulsen



Daniel Forslund: Innovation möter klinisk vardag



Jenni Nordborg: Life science – från vision till varje patient



Johan Hartman och Kye Andersson: AI och medicinens framtid



Lyssna på några av våra spännande gäster på horizont.bms.se, Spotify eller där poddar finns.



Bristol-Myers Squibb

Vill du veta mer?

Kontakta oss för att boka ett möte



Kristina Dyrvold Flygare

Market Access Manager
070-221 08 93
kristina.dyrvold@bms.com



Pontus Ingman

Market Access Manager
070-533 23 73
pontus.ingman@bms.com



Anna Johansson

Governmental Affairs Manager
070-208 17 86
anna.johansson@bms.com



Thomas Johansson

Market Access Manager
070-300 87 25
thomas.johansson@bms.com



Jessica Lundström

Market Access Lead Sweden
072-538 47 45
jessica.lundstrom@bms.com



Linda Stalpe

Market Access Manager
076-126 49 51
linda.stalpe@bms.com



Linda Svensson

Market Access Manager
070-233 24 08
linda.svensson@bms.com

Hurra!

Horizont knep silverplatsen i kategorin kund-tidningar B2B när Publishingpriset delades ut i november 2019. Det var tredje året i rad som Horizont fick en fin placering i tävlingen.



SILVER

POSTTIDNING B

Returadress:

Bristol Myers-Squibb
c/o Bolmstedt Journalistik AB
Fiskebovägen 10
132 51 Saltsjö-Boo

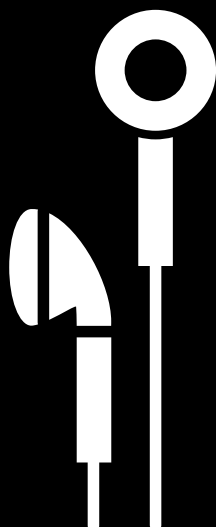
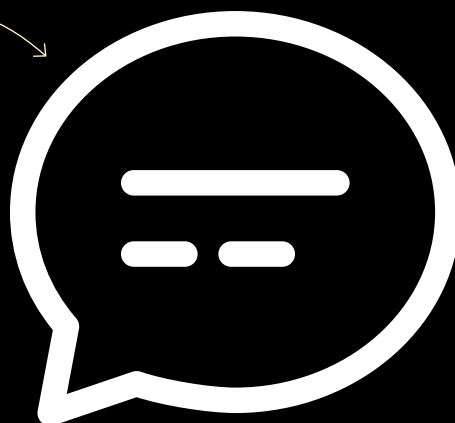
MER Horizont



Lyssna på våra poddar och följ
våra bloggare på horizont.bms.se

BLOGG

Kan du inte få nog av
Horizont? Följ vår blogg!
Den är ett debattforum för
aktuella läkemedelsrela-
terade ämnen och fylld av
extramaterial.



PODD

Lyssna på våra artiklar, hör våra
intervjupersoner berätta och ta
del av extramaterial i Horizonts
poddcast.



Horizont finns alltid i din mobiltelefon, surfplatta
eller dator. Använd QR-koden för att läsa tidningen
digitalt, eller surfa till horizont.bms.se