

# Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård Landstinget i Värmland

Handläggare: Ingrid Magnusson, Helena Olsson, Anna Roos Fridén

Datum: 2015-09-22

Dokumenttyp:

Diarienummer: LK/152175

<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
<i>Bakgrund.....</i>	<i>4</i>
<i>Varför en utvecklingsplan? .....</i>	<i>4</i>
<i>Styrande förutsättningar .....</i>	<i>4</i>
Fokus på kvalitet och patientsäkerhet.....	5
<i>Närhet, kontinuitet och kontakt .....</i>	<i>6</i>
<i>Jämlik hälso- och sjukvård.....</i>	<i>7</i>
<i>Avgränsningar.....</i>	<i>7</i>
<b>Slutsatser av behovsanalys .....</b>	<b>9</b>
<i>Befolkningsutveckling.....</i>	<i>9</i>
<i>Prognoser för sjukdomsförekomst.....</i>	<i>10</i>
Analys.....	10
Psykisk ohälsa .....	11
Barn- och unga i ett framtidsscenario .....	11
Patienter med kronisk sjukdom och/eller multisjuklighet .....	12
Asylsökandes sjukvårdsbehov .....	12
<i>Konklusioner .....</i>	<i>12</i>
<b>Förslag till framtida hälso- och sjukvård i Värmland .....</b>	<b>14</b>
<i>Hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård.....</i>	<i>15</i>
<i>eHälsa .....</i>	<i>15</i>
Framtida eHälsa i Värmland.....	16
Tillgänglighet .....	16
Information .....	17
Patientinvolvering.....	17
Tjänster som vi använder idag.....	17
<i>Utvecklade och utvecklande arbetssätt .....</i>	<i>17</i>
Lean som verksamhetsstrategi .....	18
Kunskapsstyrning och kvalitetsstyrning .....	18
Flöden och processer .....	19
Produktions- och kapacitetsplanering .....	19
Patient- och anhöriginvolvering .....	20
Arbetsväxling .....	20
Samverkan och samarbete .....	21
<i>Flexibla vårdnivåer och utbudspunkter.....</i>	<i>23</i>
Vårdnivå 1 .....	23
Vårdnivå 2 .....	24
Vårdnivå 3 .....	24
Vårdnivå 4 .....	24
Vårdnivå 5 .....	24
Nivåstrukturering.....	24
Geografisk placering av fasta utbudspunkter.....	25
Mobila utbudspunkter .....	26
Digitala utbudspunkter .....	27
<b>Risk och konsekvensanalys.....</b>	<b>28</b>
<i>Kompetensförsörjning .....</i>	<i>28</i>
<i>Resurser.....</i>	<i>28</i>
<i>Ledarskap och medarbetarskap .....</i>	<i>29</i>

<i>Ekonomiska läget</i> .....	30
<i>Politiska beslut</i> .....	30
<b>Handlingsplan och tidsplan</b> .....	<b>31</b>
<b>Fortsatt arbete med utvecklingsplanen</b> .....	<b>32</b>

## **Inledning**

### **Bakgrund**

Vården i Sverige står inför stora utmaningar för att klara av att möta framtida vårdbehov. De äldre åldersgrupperna ökar, medan den arbetsföra befolkningen förväntas minska. Detta leder till ändrade vårdbehov och ökande kostnader men också till mindre skatteintäkter och ett svårare rekryteringsunderlag. Den snabba utvecklingen av nya läkemedel, medicinsk teknik, IT- lösningar och den fördjupade kompetensen kring sjukdomar ger samtidigt landstinget möjligheter att möta och vårda patienter på ett nytt sätt.

En rad nationella och regionala arbeten pågår. Statliga utredningar och nationella initiativ pågår runt till exempel förebyggande arbete, kunskapsstyrning och värdebaserad vård, nivåstrukturering, e-hälsoutveckling samt effektiv ledning och styrning av vården (se bilaga 3 om nationella arbeten).

Landstinget i Blekinge, Region Gotland och i Sörmlands läns landsting är exempel på landsting som bedriver utredningar, med syftet att utforma vården för att bättre kunna möta framtidens vårdbehov.

### **Varför en utvecklingsplan?**

Den demografiska utvecklingen tillsammans med ökade förväntningar på välfärdstjänsterna kommer att kräva ambitionshöjningar som behöver mötas med både omprioriteringar av verksamheten, effektiviseringar och nya alternativ till finansiering. Fortsätter vi att bedriva och finansiera välfärdstjänsterna på samma sätt som idag motsvaras det, enligt beräkningar av Sveriges Kommuner och landsting (SKL), av en skattehöjning med ungefär 13 kronor år 2035. Flera olika åtgärder behöver därför genomföras och ju längre det dröjer desto mer drastiska åtgärder krävs.

Sjukvården i Värmland har samma utmaningar, och Landstingsstyrelsen gav hösten 2014 landstingsdirektören i uppdrag att genomföra en samlad genomlysning av primärvårdens uppdrag. Under våren 2015 utökades uppdraget till att omfatta även nivåstrukturering för den värmländska hälso- och sjukvården.

För att samla pågående utvecklingsarbeten gavs därför ett uppdrag till landstingsdirektören att ta fram en utvecklingsplan för hälso- och sjukvården i Värmland.

### **Styrande förutsättningar**

Avrapporteringen för primärvårdsuppdraget, samt nivåstrukturering utgör en grund för arbetet. Möjligheterna med e-hälsotjänster beaktas i arbetet. Uppdraget är att arbeta fram ett förslag på ett vårdssystem med patientens fokus, där behov och demografi styr utbudet.

Utvecklingsplanen har ett långsiktigt perspektiv och underlagen är framtagna med fokus på 2030. Planen ska göra landstinget förberett och

flexibelt för utmaningarna i framtidens behov, samt säkerställa en vård som ger förutsättningar för att uppnå landstingets effektmål; god folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter. Planen är också en del av landstingets arbete för att nå uppsatta mål runt kvalitet och patientsäkerhet. Landstinget har fyra kvalitetsmål; inga vårdskador, bäst vårdkvalitet, vård utan köer och respektfulla möten.

Även om prognoser och underlag utgår från ett långsiktigt perspektiv kan delar av planen påbörjas direkt. Vissa metoder och arbetssätt som berörs i planen är redan igångsatta eller på väg att genomföras, som exempel kan arbetet med processer och lean nämnas.

Underlagen till utvecklingsplanen är framtagana utifrån en analys av värmlänningarnas behov. Arbetet som är gjort visar det inte går att skapa en fullständigt heltäckande behovsanalys. Det finns inte underlag att fånga alla diagnoser, alla besök eller alla åtgärder som utförs i vården. Vården är för komplex för att skapa ett sådant beslutsunderlag.

Det är därför viktigt att redan inledningsvis påpeka att förslaget är en kombination av statistiska underlag, av nationella studier och inriktningar, av pågående arbeten och av ett internt landstingsperspektiv. Ambitionen är skapa ett beslutsunderlag som ändå till stor del utgår från värmlänningarnas behov av vård 2030.

### **Fokus på kvalitet och patientsäkerhet**

Det senaste året har särskilt fokus lagts på att förflytta fokus från ekonomistyrning till styrning på kvalitet och patientsäkerhet. God och säker hälso- och sjukvård medför lägre kostnader om kvalitetsbrister kan elimineras. Centralt i utvecklingsarbetet är

- att forma processer som skapar en enkel väg till rätt vård
- att se till att rätt kompetens finns på rätt plats
- att kontinuerligt anpassa utbudet utifrån befolkningens behov
- att behoven styr utbudet
- att landstinget är en attraktiv arbetsgivare i en flexibel organisation
- att fokusera på kvalitet och värdeskapande aktiviteter, samt
- att bedriva en jämlik och patientsäker vård.



### Närhet, kontinuitet och kontakt

Inledningsvis i arbetet med primärvårdsuppdraget identifierades tre bärande begrepp för det fortsatta arbetet. Begreppen har kommit att fortsatt gälla även för hela utvecklingsplanen och blivit styrande förutsättningar för arbetet:

- Närhet – för de patienter som behöver det
- Kontinuitet – för de patienter med störst vårdbehov
- Kontakt – för de patienter som behöver det och direkt till rätt vårdnivå

#### *Närhet*

Begreppet närhet kan tolkas på olika sätt. En del anser att det är viktigt med den geografiska närheten, medan andra associerar ordet med tillgänglighet, och tycker det är viktigare att snabbt och enkelt få tillgång till vård. Närhet kan också handla om att hitta andra kanaler till vården än att man träffas fysiskt.

I resonemangen runt utvecklingsplanen har det varit en utgångspunkt att alla invånare inte kan ha samma geografiska närhet till olika fasta sjukvårdsinrättningar. Hälso- och sjukvården ska finnas till för alla, men utgångspunkten är att närheten till sjukvården ska fokuseras till de patientgrupper som behöver det mest.

#### *Kontinuitet*

Att få träffa samma personal är en viktig parameter för vissa patientgrupper. Ju oftare patienten möter sjukvården, desto viktigare kan det vara att slippa berätta sin sjukdomshistoria för nya medarbetare. Det finns också exempel som visar att bedömningen av patientens tillstånd går fortare när man känner till patientens historia.

Det kan finnas olika sätt att skapa kontinuitet som till exempel att forma team runt patienter eller införa koordinatörer/lotsar som stöttar patienterna. Även en tät samverkan mellan landstinget och den kommunala vården kan stärka kontinuiteten för patienten.

Resonemanget ovan innebär också att vissa patientgrupper inte behöver samma kontinuitet. Patienter med sjukdomar/diagnoser vid enstaka tillfällen behöver inte samma kontinuitet som multisjuka eller patienter med stort vårdbehov.

### *Kontakt*

Kontakt handlar om sättet att komma i kontakt med sjukvården, d.v.s. att smidigt kunna nå sjukvården på många olika sätt. Det kan till exempel handla om att kunna erbjuda alternativa möjligheter och öppettider på olika sjukvårdsinrättningar för att möta patienternas behov och förväntningar.

Det kan vidare handla om olika tekniska möjligheter för första kontakt, den fortsatta kontakten med sjukvården eller om flexibla öppettider för att finnas tillgänglig vid olika tidpunkter.

Kontakt handlar också om att komma till rätt vårdnivå så snabbt som möjligt och därmed kunna nå rätt kompetens direkt när patienterna söker sjukvård.

### **Jämlik hälso- och sjukvård**

Begreppet jämlik hälso- och sjukvård är en ytterligare styrande princip som varit utgångspunkt i resonmangen med utvecklingsplanen. Enligt Socialstyrelsen innebär jämlik hälso- och sjukvård att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Det kan diskuteras vad definitionen innebär och hur det påverkar organiseringen av vårdutbudet. Som redan nämnts, kan inte alla ha samma geografiska närhet till olika fasta vårdinrättningar. Alla kan heller inte ha samma utbud nära sig. Vårdens förutsättningar, med en ständigt högre efterfrågan än utbud, innebär att prioriteringar i någon form måste ske.

I förslaget till utvecklingsplan är ambitionen att utveckla nya typer av vårdnivåer och fler ingångar till vården för att skapa en mer jämlik vård.

### **Avgränsningar**

Ingångsvärde till arbetet med utvecklingsplanen har varit det politiska beslut som fattades i december 2014. Det innebär att inga nuvarande politiska beslut inom landstinget, såsom till exempel krav- och kvalitetsbok eller vårdenheters innehåll, har beaktats.

I arbetet med utvecklingsplanen har heller ingen hänsyn tagit till kommungränser inom länet eller nuvarande utbudsstruktur och organisation. I förslaget preciseras inte tandvårdens utveckling, däremot berörs hur framtida synergieffekter skulle kunna tillvaratas.

I ett utvecklings- och förändringsarbete är det viktigt att skapa engagemang hos ledare och medarbetare i organisationen. Samtidigt behövs en övergripande inriktning att arbeta utifrån. I första fasen har arbetet koncentrerats och avgränsats till den del som kräver politiska beslut.

Hur arbetet ska bedrivas på olika arbetsplatser kräver involvering av ledare och medarbetare i hela organisationen. Det arbetet tar vid om eller när landstingsstyrelsen fattar beslut om inriktningen, även om flera arbeten i planens inriktning redan pågår (se bilaga 2 om pågående arbeten och projekt i utvecklingsplanens inriktning).



## Slutsatser av behovsanalys

I arbetet med att ta fram förslag till en utvecklingsplan har ett omfattande arbete med en behovsanalys genomförts. Behovsanalysen resulterade i en bild av värmlänningen 2030 i form av befolkningsutveckling och prognoser för sjukdomsförekomst i några av våra stora folksjukdomar (se bilaga 1 om behovsanalys).

## Befolkningsutveckling

Värmland har länge präglats av en utveckling med en allt äldre befolkning. Prognoserna visar att den utvecklingen försätter. Fram till 2030 kommer befolkningen i Värmland öka med cirka 3 procent, men det är framförallt i de äldre åldersgrupperna befolkningen förväntas öka, medan den arbetsföra befolkningen beräknas minska.

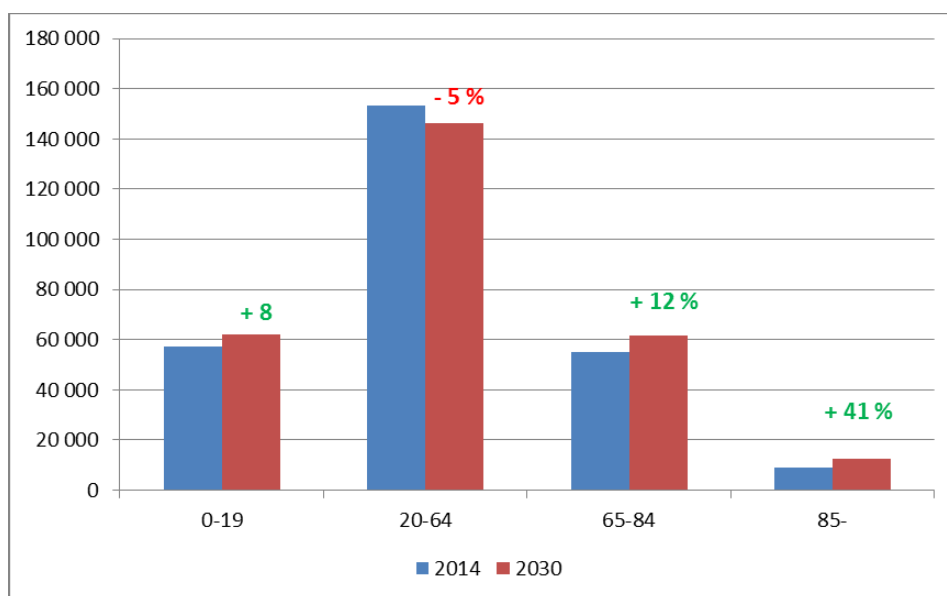


Diagram: Värmlands befolkning fördelat på åldersgrupper 2014 och 2030, samt procentuell skillnad mellan åren.

Kommun	Antal män	Antal kvinnor	Barn 0-19 år	Befolkning 20-64 år	Befolkning 65-84 år	Befolkning 85- år	Antal invånare	Antal invånare 2030
1715 Kil	7,1%	6,6%	14,1%	-3,2%	13,7%	66,9%	6,9%	12 623
1730 Eda	-0,1%	-2,9%	8,6%	-11,5%	10,2%	19,2%	-1,5%	8 302
1737 Torsby	-6,6%	-10,1%	-3,6%	-16,2%	2,4%	15,4%	-8,4%	11 010
1760 Storfors	-4,9%	-9,9%	-4,8%	-14,0%	5,6%	14,1%	-7,3%	3 830
1761 Hammarö	13,1%	11,5%	21,9%	2,6%	15,9%	77,1%	12,3%	16 995
1762 Munkfors	-4,4%	-7,0%	-1,3%	-14,2%	3,6%	21,9%	-5,7%	3 447
1763 Forshaga	9,0%	5,5%	11,7%	1,0%	7,2%	63,7%	7,3%	12 112
1764 Grums	-3,1%	-4,1%	-4,6%	-10,9%	5,6%	57,3%	-3,6%	8 601
1765 Ärjämg	-0,6%	-1,9%	-7,8%	-2,8%	10,1%	44,7%	-1,2%	9 829
1766 Sunne	0,9%	-3,9%	-4,3%	-11,9%	20,8%	33,4%	-1,5%	12 821
1780 Karlstad	11,4%	9,3%	16,5%	2,3%	20,0%	49,0%	10,3%	96 837
1781 Kristinehamn	5,8%	2,8%	8,3%	-5,5%	15,0%	48,5%	4,3%	24 973
1782 Filipstad	1,1%	-4,3%	4,3%	-7,9%	2,5%	16,7%	-1,5%	10 400
1783 Hagfors	-8,8%	-13,0%	-9,6%	-17,7%	1,4%	30,9%	-10,8%	10 762
1784 Arvika	-1,4%	-0,7%	4,8%	-9,1%	9,7%	29,1%	-1,0%	25 546
1785 Säffle	-4,7%	-4,6%	-3,4%	-12,3%	2,1%	41,3%	-4,7%	14 563
<b>Värmland</b>	<b>4,2%</b>	<b>2,2%</b>	<b>8,2%</b>	<b>-4,6%</b>	<b>12,0%</b>	<b>41,2%</b>	<b>3,2%</b>	<b>282 651</b>

Tabell: Befolkningsförändring från 2014 till 2030 i respektive kommun fördelat på kön, åldersgrupper samt summering av totalt antal invånare 2030.

### Prognoser för sjukdomsförekomst

När det gäller sjukdomsförekomst för 2030 pekar prognoserna på en ökning av samtliga diagnoser som prognostiserats. Då Värmland överlag spås ha en äldre befolkning år 2030, är det detta som ger sig i uttryck i prognoserna.

Levnadsvanor påverkar många av de kroniska folksjukdomar som finns beskrivna i analysen, och ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande arbete kan påverka den framtida sjukdomsförekomsten och minska sjukligheten. I ett scenario där andelen med dåliga levnadsvanor ökar med två procentenheter vart femte år, respektive minskar med två procentenheter vart femte år, kan utvecklingen i antalet nyinsjuknade förväntas öka respektive minska med 1500 individer på 15 år. Gapet mellan de två scenarierna prognostiseras till ca 3000 individer.

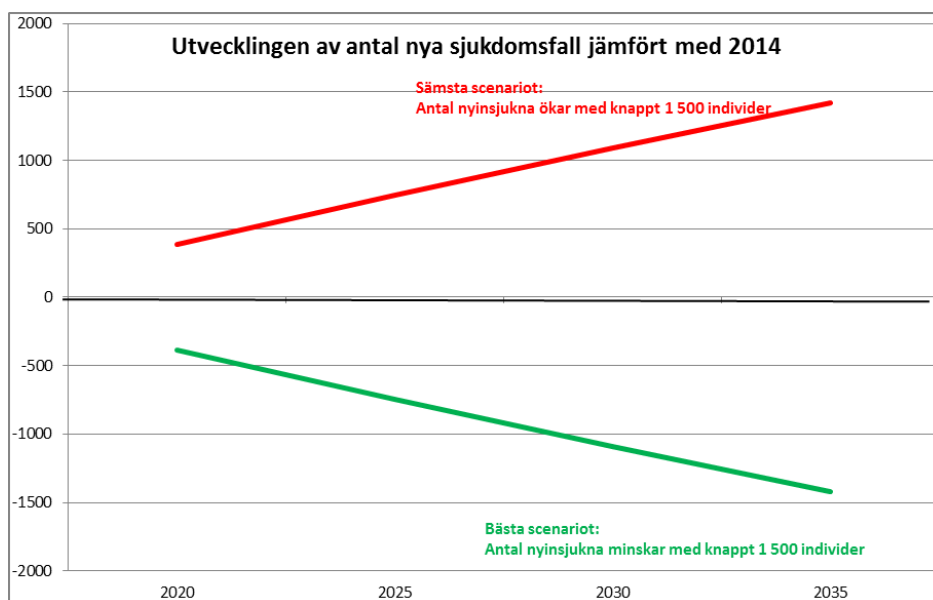


Diagram: Utvecklingen av antalet nyinsjuknade beroende på om en förbättring eller försämring av levnadsvanor sker i länet.

### Analys

Prognoserna visar en ökande sjukdomstrend över hela länet. En summerad analys visar att Hammarö år 2014 är bland de friskaste kommunerna i länet, och förväntas även vara det år 2030. Dock visar prognosen att Hammarö för de flesta sjukdomstillstånd står för en av de största ökningarna i absoluta tal (ofta på andra plats efter Karlstad), det vill säga i antalet individer med sjukdomen. Detta härrör från att Hammarö spås få en äldre befolkning till år 2030.

I sammanhanget kan tilläggas att Karlstad är den kommun som har den största ökningen i absoluta tal för alla uppräknade sjukdomstillstånd i analysen. Det innebär att även om sjukdomsförekomsten per 10 000 invånare är väsentligt högre i en mindre kommun, som till exempel Munkfors, kommer den stora ökningen av antalet individer med sjukdom ske i Karlstad.

Sammanvägs den prognosticerade utvecklingen av samtliga inkluderade diagnoser på kommunnivå kan en lista uppföras som åskådliggör vilka kommuner som förväntas ha den sammantaget högsta sjukdomsförekomsten år 2030. Listan ser ut enligt följande:

1. Munkfors - kommunen spås ligga allra högst i länet för diagnoserna hjärtsvikt, stroke, bröstcancer, prostatacancer och höftfraktur år 2030. För övriga inkluderade diagnoser i analysen är Munkfors uteslutande bland de tre kommuner med högst sjukdomsförekomst.

2. Eda - förväntas vara den kommunen i länet med högst sjukdomsförekomst i diagnoserna ischemisk hjärtsjukdom, KOL och multisjuklighet år 2030. I hjärtsvikt förväntas Eda ligga precis under Munkfors.

3. Säffle - förväntas ligga allra högst vad gäller högt blodtryck år 2030. Utöver det spås kommunen vara en av de tre kommuner med högst sjukdomsförekomst i diagnoserna stroke, hjärtsvikt, bröstcancer, prostatacancer samt multisjuklighet.

4. Grums - spås vara en av tre kommuner med högst sjukdomsförekomst i diagnoserna bröstcancer, högt blodtryck, höftfraktur, stroke samt multisjuklighet år 2030. Även i KOL förväntas kommunen ha fjärde högst sjukdomsförekomst, just under Filipstad som spås ligga tredje högst.

### **Psykisk ohälsa**

De prognoser som gjorts per sjukdom baseras på antaganden om förändringar i befolkningsstruktur, i huvudsak åldersstrukturen. En äldre befolkning genererar en högre belastning på hälso- och sjukvården. När det gäller den psykiska ohälsan är åldersstrukturen inte avgörande på samma sätt som för somatiska sjukdomar. Man ser att den psykiska ohälsan är störst i yngre åldrar upp till cirka 25 års ålder, därefter avtar den. Många av de som anser sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande i unga år, förändras och ändrar sin uppfattning. Det gör att det blir en lägre andel med psykisk ohälsa i den arbetsföra befolkningen, som sedan ökar något i de äldsta åldersgrupperna igen. Data från Försäkringskassan visar dock att den psykiska ohälsan, särskilt i åldern 30-39k, är en stor del av sjukskrivningstalen, men inte heller detta ger oss tillräckligt med underlag för att göra en prognostisering.

Ytterligare faktorer som påverkar utvecklingen av psykisk ohälsa är sociala faktorer och samhällsutvecklingen i stort. Ett tryggt och välmående samhälle har oftare en frisk befolkning med högt psykiskt välbefinnande och vice versa.

### **Barn- och unga i ett framtidsscenario**

På samma sätt som för den psykiska ohälsan är det inte möjligt att prognosticera hälsan bland barn och unga i framtiden enbart med hjälp av statistiska prognosmetoder.

Även barnens framtida behov av olika samhällsinsatser, t.ex. hälso- och sjukvård, hänger samman med samhällsutvecklingen och gör det svårt att förutse vad som kan hända.

### **Patienter med kronisk sjukdom och/eller multisjuklighet**

För hundra år sedan var infektionssjukdomar den vanligaste orsaken till sjukdom och död. Dessa sjukdomar var ofta livshotande men överlevde man blev man frisk. Idag har vi en förändrad bild där kroniska sjukdomar dominerar, t ex hjärt-kärl, cancer, lung-, led- och psykiska sjukdomar. Vi lever helt enkelt längre med våra sjukdomar och de påverkar vårt liv och hur vi lever. Dessa kroniska sjukdomar står för 80 % av hälso- och sjukvårdsbudgeten och fram till 2050 beräknas kostnaderna stiga ytterligare.

En nationell analys visar att en stor del av patienterna inte fått den vård och behandling som de varit i behov av. En av orsakerna var brister i samordningen mellan sjukhusbaserad specialistvård och primärvård. Det handlar också om brister i kommunikation och samverkan på grund av att remisser avslagits eller inte skickats trots patientens behov av kompletterande medicinsk bedömning, samt brister i bedömning och behandling på grund av ofullständig diagnostik och provtagning. (Att hitta mångbesökarna är nyckeln till effektivare vård; DN 2015-06-29).

Det är inte enkelt att åstadkomma ett integrerat arbetssätt även om viljan finns. Läkare och sjuksköterskor som arbetar under olika huvudmän har svårt att samverka kring patienter. Olika journalsystem, och hur information i dag får föras över mellan huvudmännen, försvårar dessutom samverkan.

Prognoserna visar att Värmland kommer att ha ökad andel multisjuka och därmed behöver vårdsystemet ha förutsättningar för att skapa ett bättre flöde för de multisjuka patienterna genom systemet.

### **Asylsökandes sjukvårdsbehov**

Sjukvård för asylsökande har varit en återkommande fråga under arbetets gång. I dagsläget är det svårt att sja om var och i vilken omfattning asylverksamheten behöver finnas.

Det mobila och flexibla arbetssättet som beskrivs under rubriken flexibla vårdnivåer och utbudspunkter gör det möjligt vara flexibel i var vård kan utföras och göra insatser där det behövs.

### **Konklusioner**

Framtidens förändrade vårdbehov ställer krav på att vården organiseras på ett annat sätt än idag. För att klara framtidens utmaningar behöver vården till större grad anpassas till patienternas behov och fungera flexibelt utifrån att förutsättningarna ständigt förändras.

Arbetet runt utvecklingsplanen har visat att det inte går att göra en heltäckande behovsanalys. Däremot går det att konstatera att det kommer att finnas ett krav på att kunna hantera ett ökat vårdbehov, bland annat när det gäller:

- Samtliga diagnoser som prognostiserats i behovsanalysen
- Fler multisjuka äldre
- Ökad psykisk ohälsa i flera åldersgrupper

Utöver detta finns, som nämnts, ett stort vårdbehov som inte kunnat prognostiseras eller förutses.

Det finns också ett ökat behov av ett hälsofrämjande och förebyggande arbete så att sjukdomar kan förhindras, förskjutas eller att sjukdomsförloppet förbättras.

Det handlar också om att bättre möta invånarnas krav på tillgänglighet och flexibilitet genom tekniska lösningar samt snabbare och enklare tillgång till rätt vårdnivå.

Vidare handlar det om att utveckla effektiva och ändamålsenliga arbetssätt med patientens behov som utgångspunkt. Dessutom behöver vårdens olika nivåer vara flexibla och specialiteterna och professionerna fungera gränsöverskridande.

I nästa kapitel presenteras ett förslag som utgör en inriktning för ett framtida behovsstyrt vårdssystem.

## Förslag till framtida hälso- och sjukvård i Värmland

Utmaningen i att tillgodose värmlänningens prognostiserade behov och samtidigt möta utmaningen kring att färre ska försörja fler och utmaningar i kompetensförsörjning innebär att inte bara förändrade arbetssätt. Mötet med vården måste ske på nya sätt.

Med utgångspunkt från ett patient- och invånarperspektiv är, som redan tidigare nämnts, tre begrepp ledstjärnor för förslaget:

- Närhet – för de patienter som mest behöver det.
- Kontinuitet – för patienter med stort vårdbehov.
- Kontakt – när patienter behöver det och direkt till rätt vård.

Utöver det finns studier (Lev II Solna kvalitetsdag, presentation) som visar invånarnas förväntningar är det gäller vård. Det finns en skillnad idag jämfört med tidigare och några av de mest utmärkande förväntningarna är att:

- Patienterna förväntar sig att slippa träffa vården varje gång de är i behov av vård.
- Patienterna förväntar sig att direkt få träffa vården, utan väntetider och/eller extra besök.
- Patienternas syn på personlig integritet är betydligt förändrad. De allra flesta vill dela med sig av sin sjukdomshistorik för att bidra till forskning och utveckling.

Det finns inte en specifik eller enkel lösning som hanterar den komplexa framtid vi har framför oss. Utmaningen består i att hantera det ökade vårdbehovet hos värmlänningarna parallellt med att färre ska försörja fler. Samtidigt vill vi nå våra mål gällande god folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter samt bedriva en jämlik och kvalitativ vård.

Lösningen och möjligheterna är istället en samling av insatser som måste till för att klara det framtida uppdraget. Men likväl som det är viktigt att se att många insatser leder till en lösning måste förhållningssättet vara flexibelt – det kommer att ske saker i vår omvärld som vi idag inte kan prognosticera eller sia om och när dessa dyker upp måste vi förhålla och anpassa oss till dem.

Förslaget till utvecklingsplan bygger på fyra områden med insatser för att möta framtidens utmaningar, dels att arbeta och lyckas med hälsofrämjande och förebyggande insatser och att utveckla e-hälsa, dels utveckla en rad redan påbörjade arbetssätt och etablera flexibla vårdnivåer.

### **Hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård**

En hälsofrämjande hälso- och sjukvård betyder att hälso- och sjukvårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa för patienter och för befolkningen. Det innebär att arbeta ur ett helhets- och hälsoperspektiv med fokus på att främja och bevara hälsa och inte enbart på teknisk eller farmakologisk behandling av sjukdom. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård har också inriktning på att förebygga nyinsjuknande och återinsjuknande genom att förhindra uppkomst av sjukdom eller att påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska eller sociala problem i positiv riktning

Ett sätt att optimera hälso- och sjukvårdens insatser är därför att arbeta förebyggande för att skjuta upp insjuknandet eller helt slippa sjukdomar. Förebyggande insatser som stöttar goda levnadsvanor kan förebygga eller förbättra 90 % av sjukligheten i kroniska sjukdomar. Idag går 80-85% av hälso- och sjukvårdsresurserna till vård och behandling av kroniska sjukdomar. (Att förebygga kroniska sjukdomar; Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård)

Redan idag finns verktyg som stöttar och talar om när det är dags att söka vård. Ett verktyg som landstinget redan använder är motiverande samtal, vilket är en samarbetsinriktad samtalsstil som syftar till att stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring.

Ett offensivt arbete med förebyggande hälso- och sjukvård i form av livsstilmottagningar är en stor möjlighet för att både förhindra att patienter insjuknar, men också att skjuta på tidpunkten för insjuknande och att skapa en bättre livssituation för patienter med kroniska sjukdomar.

Ett annat arbete som pågår är tandvårdens förebyggande arbete. Folktandvården har bland annat uppmärksammat att förändrade mat- och dryckesvanor leder till fler barn med karies och erosionsskador, men också till övervikt och fetma hos barn och unga. Flera forskare har samstämmt visat att det krävs förebyggande insatser som sätts in i tidiga åldrar om man ska vända utvecklingen av övervikt och fetma, och att prevention är den enda realistiska lösningen. Ett ökat samarbete mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan därför öka möjligheten till ett förbättrat förebyggande arbete.

Stora möjligheter finns också att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet med hjälp av tekniska lösningar. Detta kan ske inom en ganska snar framtid med hjälp av eHälsa som beskrivs närmare i nästa kapitel.

### **eHälsa**

Redan nu, men ännu mer i framtiden, kommer medborgarna vara ständigt uppkopplade och teknikvana, samt förvänta sig att offentlig sektor ska använda tekniken på samma sätt som näringslivet gör. En teknik som också ger ökad individuell frihet, med större utrymme att anpassa kraven utifrån individen.

Utveckling av eHälsa drivs främst av två parametrar – patientens förväntan på att möta vården på ett mer tillgängligt och enkelt sätt, i de situationer där det passar, och vårdens krav på att förbättra och effektivisera för att kunna möta patienterna på ett bättre sätt. eHälsa är dock komplext i form av att tillhandahålla tillgänglighet och avancerade tjänster samtidigt som det ställs höga informationssäkerhetskrav för att säkerställa individens integritetsskydd.

eHälsa kan ge möjlighet till egenvård i större utsträckning. Självtester och egenvård ger möjligheter i form av att vård och omsorg kan utgå från en så komplett bild av varje människa som möjligt. Vissa patienter kommer inte att vilja dela data – det måste vi acceptera, samtidigt som patienten då behöver acceptera en annan helhetssyn runt sitt sjukdomstillstånd.

eHälsa bidrar till ökat informationsutbyte, effektivisering och höjer kvaliteten samtidigt som invånarna får tillgång till tjänster som medför ökad tillgänglighet, transparens och integritet. eHälsa bidrar till en god och jämlik vård.

eHälsotjänster kan och ska inte utvecklas och implementeras utan att verksamheten är aktiv i arbetet, eHälsoutvecklingen är helt enkelt en del av verksamhetsutvecklingen. Utvecklingen ska ske i verksamheten med kompletterande kompetens kring IT-säkerhet/informationssäkerhet.

I det fortsatta arbetet med utvecklingsplanen kommer förmågan att lyckas med teknikutveckling att vara en viktig faktor för att erbjuda värmlänningar en god och jämlik vård.

#### **Framtida eHälsa i Värmland**

Det finns studier som visar att trögheten i teknikutveckling inom landstings- och kommunsektorn beror på komplexiteten på verksamheten inom vård och omsorg, men också ledningsgruppers bristande kunskap och intresse för frågan.

En av förutsättningar för utvecklingsplanens genomförande är att landstinget tar stora steg framåt inom eHälsoområdet, både för att möta förväntningar, men också genom att utnyttja tekniken för att effektivisera och ha möjlighet att lägga resurserna där de behövs som mest.

#### **Tillgänglighet**

Den tekniska utveckling som sker runt om i samhället och som tillgängliggör tjänster skapar förväntan av hög tillgänglighet på tjänster även inom hälso- och sjukvård. Med ökad tillgängligheten skapar vi ökad trygghet och nöjdhet.

En bättre tillgänglighet kan handla om att enkelt kunna boka tider och på andra sätt komma i kontakt med vården, men det kan även handla om nya arbetssätt som att följa patientens vården på distans.



### **Information**

Individen i sin roll som invånare, patient, brukare och anhörig ska enkelt ha tillgång till lättillgänglig och kvalitetssäkrad information om hälsa, vård och omsorg samt åtkomst till dokumentation från tidigare insatser och behandlingar. Vård- och omsorgspersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Nödvändig och strukturerad information ska finnas tillgänglig som underlag för beslut om insatser och behandlingar.

Beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ha ändamålsenliga verktyg för att fortlöpande följa upp verksamheternas kvalitet och säkerhet samt få ett aktuellt och heltäckande beslutsunderlag för verksamhetsstyrning, planering och resursfördelning. Forskning ska ha enkel tillgång till data av hög kvalitet, med full respekt för individens integritet.

Det kommer att ställas högre krav på infrastrukturen och kräva stora investeringar för att få lösningarna säkerhetsmässigt korrekta.

### **Patientinvolvering**

Patienter kräver redan idag en större delaktighet i vården och förmodligen kommer kraven vara än högre i framtiden. Patienterna är redan idag mer pålästa och ställer högre krav än de någonsin gjort. Ehälsolösningar främjar egenvård och engagerar patienten mer i sin egen vård och behandling – många patienter kan och vill göra mycket själva bara de får lära sig hur de skall göra. Ändamålsenliga eHälsotjänster ökar människors delaktighet, självständighet och trygghet.

### **Tjänster som vi använder idag**

Redan idag har landstinget ett antal tjänster som är i drift, exempelvis kan våra invånare använda 1177 Vårdguiden på webben, Mina vårdkontakter och Umo.se.

För vår personal finns en mängd tjänster implementerade såsom Nationell Patientöversikt (NPÖ), Födelseanmälan eFa och Svenska biobanksregistret.

En förutsättning för eHälsotjänster är att infrastrukturen finns på plats. Exempel på infrastrukturtjänster som landstinget använder är HSA, Sjunet samt video- och distansmöten. (se bilaga 5 om eHälsa i Värmland idag).

Under hösten 2015 pågår ett arbete för att sammanställa en handlingsplan för de närmsta årens arbete kring eHälsa i landstinget. Handlingsplanen har sitt ursprung i landstingets beslutade eHälsostrategi som i sin tur tar avstamp i den nationella eHälsostrategin.

### **Utvecklade och utvecklande arbetssätt**

Som nämnts kräver vårdens utmaningar en mängd olika insatser där flexibla arbetssätt och metoder är en viktig del. Redan idag arbetar landstinget med

en rad olika arbetssätt som kan bidra till en förändrad hälso- och sjukvård. Till arbetet med utvecklingsplanen kopplas därför en rad pågående arbete till utvecklingen av hälso- och sjukvården.

### Lean som verksamhetsstrategi

Lean ska bidra till att ständigt förbättra verksamheten genom att skapa flöden, göra rätt från början, synliggöra avvikelser för att öka kvaliteten för patienterna, skapa bättre arbetsmiljö för medarbetarna, få ett jämnare tempo med färre störningar, mindre stress, ökad kontroll över arbetet, samt få en känsla av sammanhang.



*Landstinget i Värmlands leanbro.*

Lean i sjukvården handlar om att se nyttan och mervärdet för patienten (exempelvis bemötande, tillgänglighet, klinisk kvalitet och säkerhet) och att koncentrera verksamheten på snabba och smidiga patientflöden. Det som inte tillför nytta ska tas bort. Flaskhalsar och stora variationer i exempelvis beläggningen innebär slöseri i vården.

Enligt lean jobbar verksamheten med ständiga förbättringar genom att reflektera över dagens arbete och tänka på hur morgondagens arbete kan bli lite bättre. Gradvis standardiseras rutinerna så att varje patient erbjuds bästa praxis. Lean är sedan ett antal år tillbaka den bärande verksamhetsstrategin inom Landstinget i Värmland.

### Kunskapsstyrning och kvalitetsstyrning

Med kvalitetsstyrning inom vården menas ett styrsystem som möjliggör och aktivt styr mot en ökad kvalitet. För att det ska vara möjligt behövs en infrastruktur och ett system som identifierar grundläggande komponenter för kvalitetsutveckling. Kunskapsstyrning är en sådan infrastruktur.

Kunskapsstyrning är det styr- och stödsystem som skapar förutsättningar för en evidensbaserad praktik i mötet med patienten. Kunskapsstyrning är alltså en infrastruktur för en ständigt förbättrad kvalitet inom vården. (Hur kan hälso- och sjukvårdsledare på makronivå utveckla sitt stöd till kliniska mikrosystem för att förbättra hälsa och vård; Mastersuppsats av Sofia Kialt)

Grundtankarna inom kunskapsstyrning är att bedriva en vård som är baserad på bästa tillgängliga kunskap förvärvad antingen genom forskning (evidensbaserad) eller genom erfarenhet och konsensus (best practice). En källa till ny kunskap är patientens erfarenheter och patientinvolvering är därför viktigt inom kunskapsstyrning.

För att bedriva vård med bästa tillgängliga kunskap och kvalitet så behöver vissa grundläggande komponenter finnas. Dessa är ett system för:

1. kunskapsutveckling och tillgängliggörande av kunskap
2. uppföljning, analys och att sätta mål
3. implementering och verksamhetsnära förbättringsarbete
4. engagerat ledarskap och dialog

Arbetet med att bygga upp ett ändamålsenligt styrsystem för kunskaps- och kvalitetsstyrning pågår, men är fortfarande inte utvecklat så att hela vården kan styras på kvalitetsparametrar. Det finns därför behov av att utöka arbetet med kunskapsstyrning.

#### **Flöden och processer**

Ett fortsatt fokus på vårdens processer (vårdkedjor) krävs för patientens bästa väg genom vården. En vårdprocess ska, ur patientens perspektiv, omfatta alla de aktiviteter och åtgärder som tillgodoser det behov patienten har när hen söker kontakt med vården.

Hälso- och sjukvården bör ses som *ett* system, och inte som idag, flera småsystem. Resultaten behöver mätas och följas upp på det upplevda värdet för patienten, t.ex. överlevnad, risk för komplikation och risk för återfall. Utformningen av processerna inom vården ska genereras från huvudprocessen, inte från de specialistområden som finns eller de avdelningar som internt är organiserade på ett visst sätt. Utformningen av processerna handlar också om att förflytta fokus från medarbetarens interna arbete och istället titta på patientens behov.

En överlappning mellan delprocesserna är nödvändigt för att tillhandahålla helhet, kontinuitet och trygghet. Detta innebär något annat än ett strikt gränssnitt mellan olika enheter.

Landstinget i Värmland behöver identifiera fler processer och fördjupa arbetet med vårdkedjor så att patientens bästa väg genom vården möjliggörs.

#### *Produktions- och kapacitetsplanering*

Produktionsstyrning innebär en systematisk styrning av verksamheternas produktion och kapacitet med engagemang och stöd från medarbetarna. Här finns metoder för produktions och kapacitetsplanering framtagna.

Ett arbete med att produktionsplanera har påbörjats och är infört i många av vårdens verksamheter. Det fortsatta arbetet handlar om att kapacitetsplanera så att samtliga resurser, t.ex. fastigheter, olika vårdrum och personal används på bästa sätt.

Arbetet behöver ske både i ordinarie struktur, men även i kombination med flöden och processer. Ett fortsatt arbete med att produktions- och kapacitetsplanera med utgångspunkt i de prioriterade processerna behöver därför göras.

### **Patient- och anhöriginvolvering**

De senaste årtiondena har kravet på patient- och anhöriginvolvering ökat, både från patienten, anhöriga och från vårdgivarens håll. I

Patientsäkerhetslagen ställs krav på att vårdgivaren ska ge patienter och deras anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Snabb utveckling inom såväl hälso- och sjukvården som i samhället i stort ställer nya krav och förväntningar på vårdpersonal, patienter och närstående. Utvecklingen innebär bland annat ny tillgång till kunskap och information via olika e-hälsotjänster. Förväntan blir att utredning och behandling förväntas ske utan väntetider och genomföras genom involvering av patienter.

För att möta dessa nya utmaningar behöver sjukvårdens traditionella sätt att arbeta och den rådande kulturen utvecklas och förändras. Om inte patienterna görs delaktiga i den egna vården kan det leda till sämre vårdresultat och onödiga kostnader för hälso- och sjukvården och samhället i stort. Forskning och erfarenheter visar på att vård i samarbete med patienten medför säkrare vård, ökar nöjdheten och livskvaliteten för patienterna, samt är mer kostnadseffektiv och ofta leder till förbättring av arbetsmiljön inom vården.

Patienter lever 100 % av tiden med sin sjukdom, landstinget möter patienten en bråkdel av den tiden. Patienter som aktivt tar del i sin vård och själv kontrollerar sina värden snabbare tillfrisknar snabbare, då de tidigare uppfattar signaler på försämring. Det är också viktigt att patienterna, trots sin kroniska sjukdom, motiveras att ägna sig åt hälsofrämjande aktiviteter.

I landstinget har arbetet med patient och anhöriginvolvering pågått under flera år. Arbetet kan med olika metoder fördjupas och intensifieras för fortsatt utveckling av vården.

### **Arbetsväxling**

Myndigheten för vårdanalys publicerade 2013 en rapport kring utvecklingsområden för mer effektiv användning av läkares tid och kompetens (Ur led är tiden; Vårdanalys rapport 2013:9). I den konstateras det att av de läkare som ingår i studien menar 36% av dessa att de idag ofta eller

mycket ofta utför arbetsuppgifter som någon annan person eller yrkesgrupp borde göra. Liknande studier har genomförts i Region Halland och de konstaterar att de har motsvarande 91 heltidssjuksköterskor som bokar tider åt patienter. Både dessa studier indikerar att kompetenser inte tillvaratas fullt ut.

### *Vårdnära stöd*

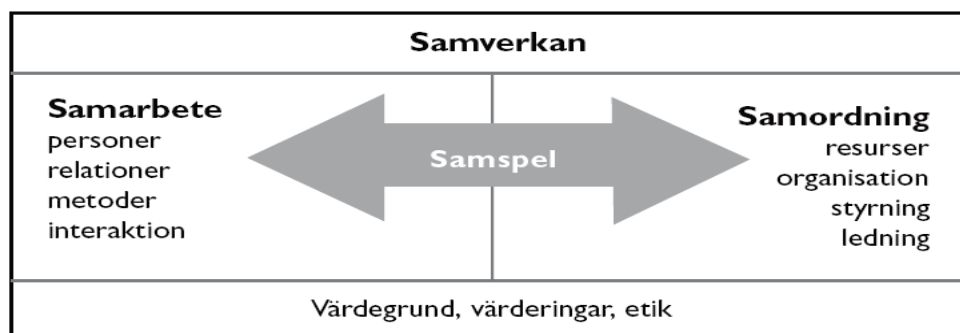
Vårdnära service är också en del av att fördela arbetsuppgifter – vem gör arbetsuppgiften bäst? Idag utför vårdpersonal flera olika typer av servicetjänster för att kärnverksamheten skall fungera på avdelningarna. För att frigöra tid för vårdpersonal så var Norrlands universitetssjukhus först i landet med att införa vårdnära service, där servicepersonal utför de serviceinriktade arbetsuppgifterna som vårdpersonal tidigare utfört på vårdavdelningarna. Det goda resultatet av arbetssättet har spridit sig och fler och fler landsting har inför nu vårdnära service.

Sedan våren 2015 pågår ett projekt i Landstinget i Värmland för vårdnära service. Redan två veckor efter start märktes skillnaden på vårdavdelningarna. Genom att frigöra tid för patientarbete åstadkommer landstinget en högre patientsäkerhet och en bättre patientupplevelse. Ur ett medarbetarperspektiv handlar det om att tillvarata kompetenser och förbättra arbetsmiljön inom såväl vården som serviceyrken.

Efter beslut i hälso- och sjukvårdsledningen våren 2015 så har arbetssättet utökats till att även omfatta de administrativa delarna, och ett försök har startats på Neurolog- och rehabkliniken på Centralsjukhuset i Karlstad.

### **Samverkan och samarbete**

De nyckelbegrepp som används i sammanhanget är **samverkan**, **samarbete** och **samordning**. Samarbete används för att beteckna (horisontella) mellanmänskliga relationer med och kring enskilda brukare till exempel i informella nätverk. Samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande (samordnings-) rutiner, ledningsgrupper för principiella frågor etc.



Definitionen eller modellen ska också illustrera att samarbets- och samordningsperspektiven samspelar och i verkligheten är beroende av varandra om samverkan ska bli långsiktigt framgångsrik. Processen i sin helhet måste också bygga på gemensam diskussion om värdegrund och etik” (Samverkan i re/habilitering – en vägledning; Socialstyrelsen).

Att lyckas med samverkan kommer att bli en av de viktigaste faktorerna för att möta den framtida utmaningen. I den här rapporten lyfts bara kort olika typer av samverkan som blir viktiga för framtiden.

#### *Samarbete inom organisationen*

Samarbete mellan vårdnivåer och specialiteter blir avgörande för att lyckas med nya arbetssätt. Att skapa flexibilitet mellan vårdnivåer, att hitta nya digitala arbetsformer mellan specialiteter, att underlätta patientens resa genom systemet genom ett kollektivt ansvarstagande oavsett om det är en offentligt eller privat driven verksamhet. Även samarbete mellan tandvård och hälso- och sjukvård blir, som redan nämnts, viktig för det förebyggande arbetet.

Framåt behövs team runt den multisjuka eller extra vårdkrävande patienten. Redan idag pratar vissa landsting om listning på team istället för på läkare. I ett sådant scenario blir det viktigt med ett samarbete som är multidisciplinärt och tvärprofessionellt.

Samarbete i team runt patienten innebär också att patienten kan komma i kontakt med rätt vårdnivå och kompetens direkt. Teamarbete underlättar också kontinuiteten för patienter, vilket i sin tur leder till effektivare vård.

#### *Samverkan mellan huvudmän och andra aktörer*

Samverkan mellan olika huvudmän kommer att bli en avgörande faktor för att lyckas med vården och att skapa trygghet hos individen.

För att kunna erbjuda stöd utifrån en individs hela livssituation krävs det att huvudmän inom flera områden kan samverka. Det rör landstinget och kommunernas samverkan, men kan också handla om övriga aktörer som t ex försäkringskassa, arbetsförmedling, mm.

Till exempel är ett väl fungerande samarbete mellan kommuner och landsting väsentligt för att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska fungera. I kommunerna är hälso- och sjukvård ett av flera viktiga uppdrag av betydelse för hälsan i befolkningen.

Ett arbete som redan pågår och kan utvecklas är arbetet med en standardiserad utskrivningsprocess. Landstinget och kommuner samarbetar för att utskrivningen från sjukhuset ska ske på ett standardiserat och patienten tryggt sätt.

### **Flexibla vårdnivåer och utbudspunkter**

Förslaget presenterar ett antal flexibla vårdnivåer med olika tjänsteinnehåll. Dessa vårdnivåer ska inte förväxlas med en fysisk byggnad eller organisatorisk enhet utan vilken vård som behöver finnas i ett område.

För att få en stabil utbudspunkt som klarar av krav på tillgänglighet och kvalitet krävs en viss storlek. Mindre utbudspunkter är t ex mer sårbara när det gäller tillgängligheten. Å andra sidan finns det andra fördelar med mindre utbudspunkter, exempelvis visar mätningar av den patientupplevda kvaliteten att mindre mottagningar generellt får bättre resultat än större mottagningar. Större mottagningar kan däremot ha bättre förutsättningar att tillhandahålla hög kvalitet på tjänster som kräver större volym. För att till exempel ha råd att anställa någon med specifik kompetens krävs tillräckligt många besök.

En väg att kombinera stordriftsfördelar med småskalighet är att göra det enkelt att etablera flexibla och/eller mobila mindre utbudspunkter kopplade till de större utbudspunkterna. En sådan lösning kan till del förbättra tillgänglighet och valfrihet i glesbefolkade områden. Det blir också lättare för personal att dela sin arbetstid mellan de olika utbudspunkterna och på så sätt utnyttja även stordriftsfördelarna.

#### **Vårdnivå 1**

Nära medborgarna, på många ställen i länet, finns vårdnivån som erbjuder uppföljning av kroniska sjukdomar såsom till exempel diabetes, astma/KOL, högt blodtryck och hjärtsvikt. Patienter kan få hjälp med vaccination, sårvård och viss receptförskrivning. Fysioterapeutisk kompetens finns på plats och kan bland annat erbjuda patienter sjukdomsförebyggande och rehabiliterande åtgärder.

Vårdnivån erbjuder alltid virtuella vådrum, vilket är ett enkelt inrett rum med utrustning som möjliggör digitala möten, till exempel videomöten. Rummen erbjuder även provtagningsutrustning som patienten själv kan sköta, som exempelvis blodtrycksmätare eller stetoskop som skickar ljudet till läkaren som deltar i mötet.

Vådrummen erbjuder patienten att träffa andra kompetenser, antingen själv eller tillsammans med den lokala personalen, och slipper därmed resor. I de fall patienten har utrustning för digitala möten hemma krävs inte ens ett vådrumsbesök utan mötet kan ske från bostaden. Alla möten mellan patient och vårdpersonal är inte lämpade att genomföra digitalt men i de fall det är lämpligt bör möjligheten finnas. Det finns även möjlighet för personalen på plats att konsultera annan kompetens med hjälp av denna teknik.

Vårdnivå 1 är en flexibel nivå, den samverkar tätt med andra huvudmän och kan med fördel dela lokaler med till exempel vårdboenden eller andra aktörer som befinner sig där befolkningen bor och vistas.

Vårdnivån bemannas på plats av exempelvis distriktssköterskor och fysioterapeuter. Andra kompetenser finns tillgängliga digitalt eller via

mobila team. Tillgängligheten är dagtid efter behov. Vårdnivån är kopplad till vårdnivå 2 som erbjuder fler tjänster och styrs även därifrån.

#### **Vårdnivå 2**

På vårdnivå 2 erbjuds vård så som allmänmedicinsk mottagning, samtalsmottagning, barnvårdscentral, barnmorskemottagning, ungdomsmottagning och primärvårdsrehabilitering. Även andra specialiteters öppenvårdsmottagningar kan finnas här, både fysiskt och via digitala hjälpmedel. Konsultation på distans från andra kompetenser och specialiteter kan ske på plats eller på distans.

Bemanningen består bland annat av distriktsläkare, distriktssköterskor, fotvårdsterapeuter, vårdadministratörer, undersköterskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor, BVC- sköterskor, psykologer, kuratorer/psykoterapeuter och fysioterapeuter. Bemanningen kan kompletteras med andra specialiteter utifrån befolkningens behov. Vård erbjuds dagar, kvällar och helger – efter befolkningens behov.

#### **Vårdnivå 3**

På vårdnivå 3 är basen den tidigare beskrivna vårdnivå 2 men här finns även allmänmedicinsk akutmottagning dagtid och kväll på vardagar och helger samt vårdplatser för observation, utredning och behandling av patienter som inte har behov av akutsjukhusets resurser. Här kan också möjlighet till fortsatt vård med rehabilitering efter en vårdepisod på akutsjukhus.

#### **Vårdnivå 4**

Vårdnivå 4 innehåller akutmottagning öppen dygnet runt alla årets dagar med medicinsk kompetens inom fler specialiteter (medicinska och opererande), tillhörande vårdplatser samt medicinska servicefunktioner. Här finns också möjlighet till öppenvårdsmottagningar inom andra specialiteter. Vårdnivå 4 kan innehålla någon typ av nischning/nivåstrukturering (se Nivåstrukturering nedan) med ansvar för länets samtliga patienter.

#### **Vårdnivå 5**

Vårdnivå 5 innehåller länsresurser för specialiserad diagnostik och behandling, liksom förlossningsvård. Här finns de vårdplatser i länet som kräver tillgång till medicinsk kompetens inklusive akuterberedskap inom andra specialiteter än på nivå 4 samt intensivvård.<sup>2</sup>

#### **Nivåstrukturering**

Nivåstrukturering innebär att man gör en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter baserad på fakta och för att alla patienter ska få en god och jämlik vård (Rapport nivåstrukturerad cancervård för patienternas bästa; SKL 2013).

Socialstyrelsen bedömer i sitt betänkande ”*en nationell cancerstrategi för framtiden*” att det i framtiden krävs en tydligare ansvarsuppdelning mellan universitetssjukhus och övriga sjukhus i regionerna för att uppnå tillräcklig koncentration av patienter och en resurseffektiv vård.



Ett liknande resonemang behöver landstinget hålla på lokal nivå, då kvalitet är ledstjärna för dagens och framtida hälso- och sjukvård. För att tillhandahålla kvalitativ vård vid komplicerade vårdåtgärder eller större kirurgiska ingrepp behöver landstinget säkerställa att vården ges av kunnig personal som frekvent utför behandlingen.

Studier från Karolinska universitetssjukhuset visar att risken för att orsaka en vårdskada är 42 procent lägre om vårdutföraren, i denna studie kirurgen, ofta genomför behandlingen (forskningsstudie från tidskriften *Annals of surgery* 2014). Som patient ska man känna sig trygg i att vården utförs på ett patientsäkert sätt, av van personal.

Med patientsäkerheten i fokus beslutade landstinget våren 2015 att avsluta det akuta kirurgiska uppdraget på sjukhuset i Arvika under jourtid. Anledningen var att frekvensen av akuta operationer var för låg för att upprätthålla patientsäkerheten. Landstinget behöver även fortsättningsvis kontinuerligt titta på frekvens av komplexa utförda vårdbehandlingar per vårdutförare för att avgöra om behandlingen ska koncentreras till andra delar av länet eller landet.

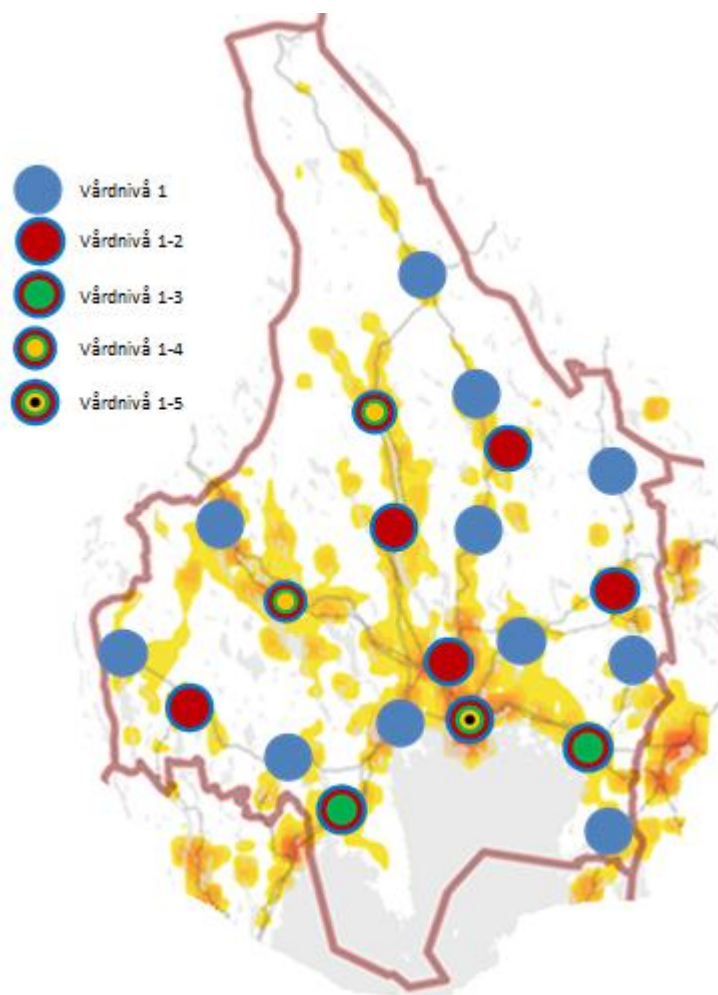
Den tekniska utvecklingen och en god samordning av de olika resurserna både inom landstinget och möjligheter till utökad samverkan med vård och omsorg inom kommunernas ansvarsområde kommer att möjliggöra att viss vård som idag bedrivs på akutsjukhus kan den förläggas närmare patienterna ute i länet. Tillgängligheten utanför sjukhusen kan t ex bestå av både fysisk närvaro på andra platser, mobilitet samt digital tillgänglighet för både patienter och sjukvårdspersonal runt om i länet.

#### **Geografisk placering av fasta utbudspunkter**

För att identifiera var den geografiska placeringen för fasta utbudspunkter bör vara har nedanstående principer använt.

- Utbudspunkten ska finnas inom visst avstånd vilket är en kombination av kilometer och tid. Ju mer avancerad vård det gäller desto längre transporter kan försvaras. Avståndet har beräknats utifrån befolkningens boende och hänsyn har tagits till befintligt vägnät.
- Nuvarande utbudsplaceringar har till viss del spelat roll, att till exempel flytta ett sjukhus är inte kostnadsmässigt försvarbart vilket resulterat i att utbudskartan innehåller punkter som redan finns idag.
- Det krävs ett befolkningsunderlag för att få frekvens och därmed kvalitet, vi kan inte erbjuda allt överallt. Placering kan dock inte endast utgå utifrån befolkningens bostadsort, då skulle de södra delarna bli överrepresenterade och de norra delarna skulle ha långt till sin vård.
- Det digitala utbudet ska finnas överallt, det ska vara en självklarhet. Det digitala utbudet ska vara nåbart både från bostaden och fysiska utbudspunkter.

- En utbudspunkt är inte detsamma som en fysisk byggnad, rent praktiskt kan utbudet fördelas på flera fysiska platser.
- Möjlighet till mobila team som tillgängliggör vården bostaden i de fall patientens situation inte möjliggör vård på annat ställe.
- Administrativa gränser är borttagna, d v s utbudsplacering är inte baserad på kommunindelning. Vi har även närhet till vård i Karlskoga/Örebro som tillhandahåller vård till de värmlänningar som väljer det.
- Ingen hänsyn är tagen till om vården ska bedrivas i privat eller landstingets regi.



#### **Mobila utbudspunkter**

Det är viktigt att vården till de patientgrupper som behöver det mest kan erbjudas med mobilitet från landstingets sida. Mobiliteten kan vara allt från att bemanna små flexibla, mobila enheter, till att bedriva vård i patientens hem.

Mobila utbudspunkter innebär förflyttning av landstingets personal och övriga resurser för att möta patienterna där de finns, oavsett vårdnivå. Mobiliteten kan innebära att en kompetens från en centraliserad specialiserad enhet åker ut till annan utbudspunkt i länet, att möta patienter med stort vårdbehov i hemmet eller att resursutnyttja genom att bemanna olika utbudspunkter med olika öppettider.

Redan idag har vi mobila team, som exempel psykiatriska öppenvården och palliativa team. I höst startar landstinget med prehospital bedömningsresurs (PBR) vilket är en bil som bemannas av en erfaren sjuksköterska och larmas ut till patienter vars vårdbehov är svårbedömt och av icke-kritisk art. Tanken med PBR är att en erfaren sjuksköterska kan ta hand om dessa patienter, som kanske är bättre hjälpta av andra insatser än transport till akutmottagning. På andra ställen i Sverige finns geriatriska och samverkande team som syftar till att hjälpa patienten tidigt för att undvika sjukhusvård.

#### **Digitala utbudspunkter**

En framgångsfaktor för att möta förväntningarna hos invånarna och för att optimera användningen av våra resurser är att den digitala utbudspunkten utvecklas och används i alla vårdnivåer. Digitala utbudspunkter kan inte ersätta ett fysiskt möte mellan vårdgivaren och patienten, men i de fall där det är möjligt att använda är det ett bra komplement som underlättar för inblandade parter.

Till att börja med kan en digital utbudspunkt vara så enkelt som ett videomöte mellan två eller flera parter (mellan patient och vårdgivare eller som konsultation inom vården). Alla invånare har dock inte den tekniska utrustning som behövs utan denna måste tillhandahållas till exempel på landstingets fasta utbudspunkter i form av vårdrum.

Det finns även möjlighet att erbjuda obemannade utbudspunkter för att tillgänggöra vården ytterligare. På en obemannad utbudspunkt kan det finnas digital mätutrustning som patienten själv kan manövrera och sedan skickas data in i journalen. Men dessa digitala utbudspunkter ska inte begränsas till landstingets utbudspunkter, invånarna ska kunna nå vården från hemmet och på andra ställen i samhället.

## Risk och konsekvensanalys

En reformering av ett vårdssystem på det sätt som innebörden av utvecklingsplanen är kräver självklart en noggrann risk- och konsekvensanalys. Bortsett från patientperspektivet som bland annat kan diskuteras i kommande medborgardialogen berör förslaget allt från till exempel befintliga fasta resurser, kompetensförsörjning, medarbetare, investeringar, och ekonomiska konsekvenser.

Här presenteras en övergripande konsekvensanalys inklusive de risker som identifierats under arbetet. I det ursprungliga uppdraget ingick inte att göra en kortsiktig åtgärdsplan för att komma i ekonomisk balans, men under året har den ekonomiska situationen förvärrats och det finns behov av att göra kortsiktiga, kraftfulla åtgärder för att komma i ekonomisk balans.

Under den närmaste tiden görs därför en fördjupad och mer detaljerad konsekvensanalys med fokus på de ekonomiska konsekvenserna som föreslås redovisas på landstingsstyrelsen i oktober.

## Kompetensförsörjning

Befolkningens förändrade åldersstruktur och vårdbehov leder ett förändrat behov av kompetenser. Enligt Socialstyrelsen finns det idag stora kunskapsbrister bland många läkare i geriatrik, vilket blir bekymmersamt med tanke på behovsanalysens prognoser med en befolkning som blir allt äldre. Psykiatrisk kompetens och kompetens runt förebyggande arbete är andra kompetenser som kommer att bli viktiga.

Den nationella, regionala, men också lokala nivåstruktureringen kommer också att ha påverkan på kompetensförsörjningen.

På samma sätt som att vårdutbudet behöver förändras beroende på befolkningens hälsa, så behöver landstinget vara flexibelt vad gäller sin kompetensförsörjning.

Vårdens samtliga verksamheter har i uppgift att löpande göra kompetensförsörjningsplaner. Beroende på om, och i så fall i vilken takt utvecklingsplanen kan implementeras kommer kompetensförsörjningsplanerna att behöver justeras.

Landstinget behöver också vara offensiva i sitt eget arbete med kompetensutveckling så att utbildningar, fortbildningar, mm stödjer patientens behov av vård. Dessutom behöver landstinget bli strategiskt i samverkan med andra aktörer inom utbildningsområdet.

## Resurser

Ett arbete med att kartlägga landstingets resurser har påbörjats men är inte slutfört ännu. Med resurser avses i det här sammanhanget medarbetare, fastigheter, medicinteknisk utrustning, IT, övriga investeringar och inventarier.

Landstinget hade i december 2014 7330 tillsvidare- och visstidsanställda medarbetare. I vilken verksamhet dessa befinner sig finns tydligt registrerat i våra system, men finns det behov av att göra en djupare kartläggning över den exakta arbetsplatsen. Resultatet av den kartläggningen, i kombination med befolkningens behov, kommer att indikera var insatser kring implementering av mobila team eller forcerat arbete kring digitalt utbud kan ge mest effekt.

Var landstinget har lokaler finns sammanställt. Lokalerna finns både i egen regi och som inhyrda. På vissa ställen finns gott om utrymme och på andra ställen är man mer trångbudda. Generellt inom landstinget finns det många samordningsvinster att hämta hem utifrån nyttjandet av lokaler. Idag är lokalen kopplad till en viss verksamhet vilket gör att lokalen står tom när verksamheten inte är öppen, istället för att samnyttjas med annan verksamhet och därmed öka nyttjandegraden.

Landstinget har ett inventarieregister där alla tillgångar av värde finns registrerade. Om planen ska genomföras kommer utrustning att behöva flyttas, anskaffas eller avyttras, och vid varje förändring behöver en genomgång av konsekvenserna på investeringar och övriga inventarier göras. Följsamhet och flexibilitet till utveckling kommer att krävas i form av lokaler, utrustning och annan service.

Utveckling av eHälsa är, som redan nämnts en förutsättning för att lyckas med inriktningen i utvecklingsplanen och det krävs en hög ambitionsnivå för att möjliggöra implementering. För att klara teknikskiftet och möta patienternas behov krävs betydande insatser på området.

Det som redan idag är tydligt är att utrustning för olika typer av digitala vårdrum och mobilitet saknas eftersom det är en vårdnivå och ett arbetssätt som landstinget inte har utvecklat i en sådan omfattning tidigare.

### **Ledarskap och medarbetarskap**

En kartläggning över *var* landstingets samtliga medarbetare arbetar idag pågår. Här ser vi problematik med statistiken och måste därför göra ett manuellt arbete för att komma vidare en sådan kartläggning.

När det gäller *hur* landstingets medarbetare arbetar innebär förslaget stora konsekvenser för i princip alla medarbetare. Nya metoder behöver användas, det digitala arbetssättet, teamarbetet och samverkan över gränser behöver utvecklas. För en del kan resandet öka, för en del kan det minska. Specialiteterna behöver bli tillgängliga på olika sätt i hela länet och tillgängligheten via olika ingångar i vården behöver öka.

Ledar- och medarbetarskap behöver därför kännetecknas av ansvar, kompetens, engagemang och vilja till samverkan. Ledar- och medarbetarskap ska också bygga på ömsesidigt förtroende där kommunikation säkerställer en förbättringskultur och utvecklar kvalitet.

I nuläget är utvecklingsplanen utformad så att den kan utgöra en inriktning för fortsatt arbete. I utformningen av hur det kommer att se ut på olika arbetsplatser behöver ledare och medarbetare tillsammans arbeta vidare med hur arbetet kan utformas på bästa sätt så att landstinget kan vara en hälsofrämjande arbetsplats och en attraktiv arbetsgivare.

### **Ekonomiska läget**

Landstingets ekonomiska situation är ansträngd och har länge visat att underliggande kostnadsökningar blir högre än intäktsökningarna om verksamhet och arbetssätt inte förändras. Detta, i kombination med de nya möjligheter som finns att etablera nya vårdnivåer och tekniska lösningar är som tidigare beskrivits en av anledningarna till att utvecklingsplanen arbetats fram. Utvecklingsplanen syftar till att på längre sikt utveckla ett behovsstyrt och ändamålsenligt vårdsystem som också kan hantera de långsiktiga ekonomiska utmaningarna för den värmländska hälso- och sjukvården.

Som tidigare beskrivits var inte det ursprungliga uppdraget för redovisa åtgärder att kortsiktig komma i ekonomisk balans. Ett arbete har dock pågått med att göra en övergripande bedömning av de ekonomiska konsekvenserna för utvecklingsplanen på lång sikt.

Under året har den ekonomiska situationen förvärrats och det finns behov av att göra kortsiktiga, kraftfulla åtgärder för att komma i ekonomisk balans. I planen finns det förslag till både verksamhetsförändringar och strukturförändringar som kan brytas ner på kort och lång sikt.

Arbetet med enbart en långsiktig bedömning av de ekonomiska konsekvenserna har stoppats och ersätts av ett mer ingående arbete runt de ekonomiska konsekvenserna. En mer detaljerad åtgärdsplan med möjliga kortsiktiga förändringar i utvecklingsplanens inriktning är därför under framtagande och presenteras för landstingsstyrelsen i oktober 2015.

I en framtida utveckling måste också metoder för att räkna hem investeringar blir tydligare för att slippa en kostnadsökning varje gång en investering ska ske. Till exempel är det viktigt att skilja på intern hemtagning, extern hemtagning, och att också räkna på alternativkostnad för investeringen.

### **Politiska beslut**

Redan tidigt i arbetet med utvecklingsplanen valdes ett behovsstyrt patientperspektiv, helt i linje med det politiska uppdraget. Det innebär att det blir konsekvenser för en rad andra politiska beslut.

Om inriktningen i utvecklingsplanen beslutas behöver t ex krav- och kvalitetsboken för Hälsoval Värmland förändras.

Beslut om namn på olika vårdenheter och dess innehåll kommer också att förändras. I förslaget finns inga enhetsnamn angivna utan förslaget presenteras i form av vårdnivåer som kan innehålla flera enheter och finnas i många olika byggnader.

### Handlingsplan och tidsplan

<b>Åtgärder för att intensifiera arbetet med förebyggande och hälsofrämjande arbete, eHälsa och utvecklade arbetsätt</b>	
Utreda placering av, bemanning, och kompetens kring hälsofrämjande- och förebyggande arbete	Klart Q4 2015
Utreda formerna för tydligare samverkan mellan Folk tandvården och hälso- och sjukvård gällande hälsofrämjande och förebyggande arbete	Klart Q4 2015
Utreda formerna för tydligare samverkan med andra aktörer	Klart Q1 2016
Implementering av landstinget handlingsplan för eHälsa	Start 2016 med fortsatt fokus under de följande åren
Införande av vårdrum	Klart 2016
Utredning av samverkansprocess över specialistgränser	Klart Q1 2016
Fördjupat arbete gällande flöden och processer	Start omgående med fortsatt fokus under de kommande åren
Implementering kunskaps/kvalitetsstyrning	Start omgående med fortsatt fokus under de kommande åren
Identifiera fler områden för arbetsväxling	Klart Q1 2016
Fördjupad patient och anhöriginvolvering, inklusive metodutveckling	Start omgående med fortsatt fokus under de kommande åren
Dialog med kommuner om utvecklingsplanen	Klart Q4 2015
Identifiering av samarbetsmöjligheter med kommunala utbudspunkter	Klart Q1 2016
<b>Åtgärder för att ta fram ett förslag till konkretiserad genomförandeplan för etablering av flexibla vårdnivåer och</b>	

<b>utbudspunkter</b>	
Översyn av KOK-bok	Klart 2016
Identifiera möjliga kortsiktiga utbudsförändringar (vårdsnivåer, utbudspunkter)	Klart Q1 2016
Identifiera nischning/nivåstrukturering i ett länsperspektiv, samt följa den nationella och regionala utvecklingen	Klart Q1 2016
Identifiera verksamheter som lämpar sig för mobilt utbud	Klart Q1 2016
<b>Åtgärder för att presentera en fördjupad konsekvensanalys avseende ekonomi, resurs och kompetens i ett kort- och långsiktigt perspektiv</b>	
Kompetensbrist	Klart oktober 2015
Resursinventering i form av personal, fastigheter och kompetens	Klart oktober 2015
Förändringskunskap bland chefer	Start omgående med fortsatt fokus under de kommande åren
Kulturförändring bland medarbetare	Start omgående med fortsatt fokus under de kommande åren
Ekonomiska effekter på kort- och lång sikt	Klart oktober 2015

### **Fortsatt arbete med utvecklingsplanen**

Utvecklingsplanen är en långsiktig inriktning som kontinuerligt behöver uppdateras, och synkroniseras med andra dokument inom landstinget för att vara aktuell. I samband med att planen lämnas för politisk beredning avslutas fasan med att ta fram ett förslag för framtid Hälsa- och sjukvård.

I förslag till tidplan finns en rad olika åtgärder och verksamhetsförändringar som är påbörjade, eller kan påbörjas direkt efter beslut.

Beroende på hur och när beslut fattas så kommer nya arbetsgrupper behöva formuleras. I det skedet av arbetet är det viktigt att det är medarbetare som utför arbetsuppgifterna som är delaktiga i utformningen av hur förändringsarbetet ska genomföras.