

2024-10-21

Slutrapport:

Genvägen till Nära Vård

- Förändrade resultat kräver förändrat arbetssätt

Anders Ekholm, Senior Rådgivare
Ina Caesar, PhD

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
Om uppdraget	5
Teorier	7
Effektivitet.....	7
Produktivitet.....	7
Målet för nära vård.....	8
Komplexa och komplicerade system.....	9
Massproduktionens system.....	11
Komplexa system.....	13
Mikrosystemsteori.....	15
Tight-loose-Tight - Ledning av komplexa system.....	16
Detaljeringsparadoxen.....	18
Mittokrati.....	19
Subsidiaritetsprincipen.....	19
Centralisering vs decentralisering.....	20
Relationskontinuitet.....	23
Empati och High Tech.....	26
Associationsformer	27
Olika associationsformer.....	27
Beprövad erfarenhet.....	29
Iakttagelser	38
Samsyn.....	38
Samverkan.....	39
Associationsformer.....	41
Förslag till fortsatt arbete	43
Förslag på modell.....	43
Preliminärt förslag på associationsform.....	43
Preliminärt förslag på finansiering.....	45
Förslag till process	46
Steg 1: Praktiskt arbete - börja i mikrosystemet.....	48
Steg 2: Organisation.....	51
Steg 3: Finansiering.....	52
Principer.....	53
Beslutsfattande.....	56
Prioritering.....	58
Automatisering.....	59
Sekretess och GDPR.....	60
Triple Aim.....	61
Incitament till mikrosystemet att arbeta annorlunda.....	62
Beredskap.....	63
Slutord	64

Förord

Att skapa Nära Vård är en komplex utmaning som kräver ett nytt sätt att arbeta för att kunna uppnå de resultat vi strävar efter. Traditionella arbetssätt och strukturer har sina begränsningar, och för att kunna erbjuda vård som är mer tillgänglig, sammanhållen och individanpassad behöver vi ompröva hur vi organiserar och genomför vården. Det innebär att vi måste våga tänka nytt, samarbeta över gränser och engagera både personal och patienter i förändringsarbetet.

På uppdrag av Styrgruppen för Nära Vård i Västra Värmland har vi arbetat med att ta fram slutsatser och rekommendationer för det fortsatta arbetet med att utveckla Nära Vård i regionen. Arbetet har genomförts i nära dialog med berörda parter, där vi kontinuerligt har stämt av våra resultat med Strategigruppen och uppdragsgivarna. Deras återkoppling har varit ovärderlig och har hjälpt oss att finslipa våra slutsatser och rekommendationer.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som deltagit i intervjuer och delat med sig av sina erfarenheter och idéer.

Detta är våra slutsatser om vad som bör göras för att lyckas med att implementera Nära Vård i Västra Värmland. Eftersom förslaget innebär ett systemskifte från dagens organisationer och arbetssätt. Vi är övertygade om att denna modell kan bidra till att skapa en mer empatisk, värdig och effektiv vård.

Det är även viktigt att reflektera över vad som händer om vi inte genomför omställningen till Nära Vård. Kommer vi att acceptera ett höjt skattetryck för att få sämre service i framtiden? Är det rimligt att människor inom vård och omsorg ska slitas ut under dåliga arbetsförhållanden, där snuttifierade processer, stuprör och tidsbrist gör att personalen inte hinner samtala med de äldre? För att möta dessa utmaningar måste vi styra samhället mot större empati och värdighet, och genomföra de förändringar som behövs för att skapa en hållbar och mänsklig vård för framtiden.

Eventuella kvarvarande fel eller missuppfattningar är helt och hållet våra egna.

Anders Ekholm & Ina Caesar

Oktober 2024

Sammanfattning

För att transformera vården och omsorgen i Västra Värmland och klara av omställningen till Nära Vård är det viktigt att såväl Region Värmland som kommunerna i Arvika , Eda, Säffle, Årjäng börjar arbeta på nya sätt. Nuvarande strukturer och processer skapar stora glapp mellan systemen, vilket leder till ineffektivitet, ökade kostnader för respektive huvudman och, allvarigast av allt, stort lidande för de individer med störst behov av stöd från både regionala och kommunala insatser.

Det finns både nationella och internationella exempel där man har organiserat insatserna för de mest behövande på nya sätt, med positiva resultat i form av mer ändamålsenliga arbetsprocesser, högre kvalitet och minskade kostnader. Denna rapport presenterar en överblick över inspirerande associationsformer samt grundläggande teorier för organisatoriska förändringar. Dessutom bygger rapporten på omfattande insamlad information från möten, intervjuer och workshops med Strategigruppen för Nära Vård i Västra Värmland, samt verksamhetsbeskrivningar från respektive huvudman. Kompletterande jämförande data och litteraturgenomgång har också bidragit till analysen.

Rapportens slutsats är att Västra Värmland behöver kraftigt accelerera omställningsarbetet för att möta målen om Nära Vård för dagens invånare. Dagens arbetssätt klarar inte möta dagens behov, ännu mindre morgondagens. För att säkerställa att medborgarna får det stöd de behöver, föreslås ett systemskifte mot en medarbetarstyrd modell, med ett tvärdisciplinärt angreppssätt på problemen. I omställningen bör praktiskt arbete prioriteras inledningsvis för att hantera och förstå de största utmaningarna, och en Genomförandekommitté bör tillsättas för att stödja och driva denna process. Genom detta praktiska arbete kommer detaljer om både organisationsform och finansiella aspekter att klarna. Rapporten innehåller även en schematisk process som kan användas inledningsvis för att snabbt komma igång med arbetet. Under omställningsprocessen finns det centrala principer för hur ledningen, verksamheten samt informationshantering och IT-system bör organiseras för att säkerställa en optimal omställning. Genom att tillämpa dessa principer säkerställs en effektiv omställning som kan möta de långsiktiga målen. Men den viktigaste principen av dem alla är att det är bråttom att börja experimentera med nya arbetssätt och samarbeten. Vänta inte på att allt ska bli klart och färdig med organisation och ekonomi, för då kommer inget att hända. Kultur och annorlunda resultat byggs genom att arbeta tillsammans på nya sätt och det är även den enda vägen till att veta exakt hur ekonomi och organisation ska utformas. Börja i det lilla och börja idag!

Om uppdraget

Styrgruppen för Västra Värmland (Region Värmland, Arvika kommun, Eda kommun, Säffle kommun, Årjängs kommun) har givit oss i uppgift att utreda nya samarbetsmöjligheter för att främja Nära Vård i Västra Värmland.

Bakgrunden till projektet är att man inom målbeskrivningen, som är beslutat på högsta politiska nivå i alla huvudmän och den efterföljande färdplanen för "God och nära vård, hälsa och omsorg", har identifierat behovet av att gå från ett fokus på organisation och isolerade vård- och omsorgsinsatser, där invånare och patienter är passiva mottagare, till ett arbetssätt som sätter personen och relationen i centrum. Man vill skapa samordnade insatser utifrån individens behov och se invånare och patienter som aktiva medskapare. Arbetet ska vara proaktivt och hälsofrämjande.

För att uppnå målen har ett antal centrala principer inom "God och nära vård, hälsa och omsorg" fastställts. För det första ska invånarna bedöma huruvida insatserna är värdeskapande. Beslut och aktiviteter ska genomföras i enlighet med målbilden, med ett gemensamt ansvar för länets resultat. Vidare är det avgörande att skapa hållbara arbetsplatser, där medarbetarnas kompetens tas tillvara och värdesätts. Relationer ska byggas med en ömsesidig positiv förväntan på varandra. Slutligen ska proaktivitet och ett främjande av hälsa stå i centrum, med särskilt fokus på att stärka friskfaktorer.¹



Figur 1. Färdplanen för "God och nära vård, hälsa och omsorg" fastställd av Direktörsberedningen² i Värmland.

Denna omställning omfattar inte enbart hälso- och sjukvård utan även socialtjänst, skola, kultur, fritid och civilsamhället. Färdplanen betonar vikten av ett kontinuerligt utvecklingsarbete där ledningen stöttar både nya initiativ och befintliga projekt. Målbilden och färdplanen ska integreras i mål-, verksamhets- och budgetprocesser, och alla aktörer förväntas bidra till omställningen på olika nivåer.

Inom "God och nära vård, hälsa och omsorg" har det beslutats att de fyra kommunerna Eda, Arvika, Årjäng, Säffle tillsammans med Region Värmland skall forma en gemensam

¹ God och nära vård, hälsa och omsorg. Färdplan - En vägledning för hur Värmland tillsammans ska utveckla god och nära vård, hälsa och omsorg. Fastslagen av Direktörsberedningen i Värmland

² Direktörsberedningen består av länets kommundirektörer, regiondirektören och andra direktörer i Region Värmland och är den övergripande systemledningen för omställningen till Nära Vård i Värmland.

testverksamhet för att utreda hur nya arbetssätt behöver utformas och hur resurser ska fördelas. Syftet med testverksamheten är att skapa en, för de fyra kommunerna och region Värmland, sammanhållen organisation av arbetet med målet att öka nyttan för medborgarna, säkerställa kompetensförsörjningen och att genom ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt öka hälsan i befolkningen.³

I uppdraget som redovisas i denna slutrapport ingår det att utreda framtida samverkan inom Västra Värmland för att möta de behov som invånarna i regionen och kommunerna har. I arbetet ingår även en kartläggning av möjliga associationsformer för fortsatt samarbete, övergripande se över finansiella modeller, samt att kartlägga behov och problem inom Västra Värmland för att uppnå målen i färdplanen. Inom arbetet ingår det även att ge ett förslag inför det fortsatta arbetet i Västra Värmland. Arbetet har bedrivits genom intervjuer, möten, workshops, litteraturgenomgång, samt genomgång av dokumentation från uppdragsgivarna.

³ Se tex Arvika kommuns kommunfullmäktiges sammanträdesprotokoll, Dnr KS/2022:143 eller Eda kommuns kommunfullmäktiges sammanträdesprotokoll, Dnr KS/2022:80, Tjänsteskrivelse Region Värmland, Dnr HSN/221687

Teorier

Detta avsnitt inleds med en översiktlig genomgång av teorier som är centrala vid organisering av offentlig verksamhet. Teorierna ger en teoretisk grund för att förstå hur strukturella förändringar kan påverka organisationens effektivitet, produktivitet, arbetsmiljö och invånarnas behovstillfredsställelse. Genom att belysa relevanta perspektiv skapas en djupare förståelse för de dynamiker som är avgörande vid stora organisatoriska omställningar, med särskilt fokus på offentlig sektor. Dessa teorier fungerar som vägledning för beslutsfattare och är tänkta att ge en tydligare bild av hur förändringar kan implementeras på ett framgångsrikt och hållbart sätt.

Effektivitet

Effektivitet handlar om att göra rätt saker, vilket innebär att använda resurser så optimalt som möjligt för att uppnå ett visst mål. Inom ekonomi och management definieras effektivitet ofta som förmågan att fokusera resurserna för att producera ett visst resultat, till exempel hälsa. Detta kan handla om arbetskraft, tid, kapital eller råmaterial. Ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem maximerar hälsa och välmående per enhet av insatsfaktorer.⁴

Effektivitet är särskilt relevant i offentlig sektor, där resurser ofta är begränsade, och det finns ett stort ansvar att använda dem på ett sätt som ger maximal nytta för samhället. I hälso- och sjukvård kan effektivitet exempelvis innebära att vårdpersonalens tid och sjukhusets resurser används så optimalt som möjligt för att maximera hälsa, utan att öka kostnaderna. Samma sak gäller till exempel inom den kommunala hemtjänsten eller skolan. Detta kräver noggrann utvärdering av arbetsprocesser och kontinuerlig dataanalys för att minimera allt arbete som inte ger direkt eller indirekt nytta för invånarna.

För att öka effektiviteten är det viktigt med innovation och att lära sig från andra. Det är viktigt att gå till botten med hur det man producerar verkligen blir till nytta för invånaren. I detta perspektiv är det viktigt att få tid till reflektion, experiment och misslyckande. Alla dessa saker minskar produktiviteten.

Produktivitet

Produktivitet handlar om att göra saker på rätt sätt. Produktivitet definieras som förhållandet mellan hur mycket som produceras och de insatsfaktorer som används i produktionsprocessen, och fokus ligger på att reducera spill och slöseri. Det mäter hur mycket en organisation eller enhet kan producera med de resurser den har till sitt förfogande, såsom arbetskraft och kapital. Produktivitet kan ökas genom att förbättra teknologin, optimera arbetsprocesser eller genom att öka arbetskraftens kompetens. En vanlig formel för att mäta produktivitet är att dividera mängden output (varor eller tjänster) med mängden insatsfaktorer (arbetskraft, kapital eller tid).

I offentlig sektor, och särskilt inom vård och omsorg, är det ofta en utmaning att höja produktiviteten utan att det påverkar kvaliteten negativt. En högre produktivitet inom

⁴ Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*, 120(3), 253-290.

Teorier

sjukvården skulle innebära att fler patienter behandlas utan att det sker en ökning av de resurser som används. Samtidigt måste det säkerställas att vårdkvaliteten bibehålls eller förbättras. Produktivitet kan också ökas genom att förbättra samarbetet mellan olika enheter.

Men produktiviteten kan vara otroligt hög utan att generera någon nytta. Man träffar otroligt många patienter, men de blir inte hjälpta.

Därför är det otroligt viktigt att bägge dessa perspektiv hanteras samtidigt i verksamheterna. Vilket även är en utmaning eftersom hög produktivitet förutsätter att det inte finns något slack i organisationen, medan förbättrad effektivitet kräver "oproductiv" tid för lärande och reflektion.

Produktivitet kräver rutinisering och automatisering av arbetsuppgifter som vi vet är värdefulla. Men stannar vi inte upp och reflekterar över nyttan kan det leda till att vi gör som vanligt utan att reflektera över om det faktiskt bidrar till samhället, se till exempel teorin Funktionell dumhet⁵ som beskriver den ökande andelen bullshit-arbetsuppgifter, i både privat och offentlig sektor.

Ett tydligt men kanske slitet exempel är Facit, som med hög produktivitet byggde mekaniska räknemaskiner, men som missat att människor började föredra innovationen elektroniska miniräknare, och därmed gick i konkurs.

Därför måste man med jämna mellanrum stanna upp och fråga sig tillsammans med brukare och patienter vad de verkligen behöver för att göra skillnad i deras liv.

"Productivity isn't everything, but in the long run, it's almost everything."

Citat: Nobelpristagaren, nationalekonomen och New York Times columnist Paul Krugman

Målet för nära vård

Målsättningen med nära vård-reformen är att ställa om hälso- och sjukvården i Sverige till en mer personcentrerad och tillgänglig vård som bygger på förebyggande insatser, kontinuitet och närhet. Den huvudsakliga idén är att vården i högre grad ska vara proaktiv och samordnad, med fokus på individens behov snarare än på organisationernas strukturer. Reformen syftar till att flytta vården närmare patienterna, både geografiskt och relationsmässigt, genom att stärka primärvården och förbättra samverkan mellan kommuner, regioner och andra vårdgivare. Ett viktigt mål är att patienter ska kunna få vård och stöd tidigt i sin sjukdomsprocess och i sina närmiljöer, vilket ska minska behovet av sjukhusvård. Samtidigt betonas vikten av att främja självständighet och delaktighet hos patienterna. Viktiga begrepp inom nära vård-reformen är att öka kvaliteten på insatserna samtidigt samt att minska ledtider för inom systemen.⁶

Trots att minst 16 miljarder⁷ kronor har satsats av staten på införandet av "God och Nära vård", konstaterar myndigheten vår vård- och omsorgsanalys att omställningen hittills har

⁵ Alvesson, M., & Spicer, A. (2012). A stupidity-based theory of organizations. *Journal of Management Studies*.

⁶ SOU 2020:19, God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

⁷ 15,5 miljarder kronor mellan 2019-2021 (Vård- och omsorgsanalys (2021). Nära vård i sikte? 2021:8,

Teorier

haft begränsade resultat när det gäller att uppfylla sina mål, särskilt ur ett patientperspektiv. Även om det finns ett brett stöd för målen, har det hittills inte inneburit stora förbättringar i tillgänglighet eller kvalitet.⁸ I en senare genomgång konstaterar Socialstyrelsen att trots ytterligare någon miljard, framförallt till utbildning under 2023, har inte mycket förändrats.⁹

Vi definierar målet med nära vård som en vårdform där optimal relationskontinuitet och samordning av insatser är centralt. Detta omfattar inte bara vårdpersonal utan även patientens anhöriga, föreningsliv, företag och statliga myndigheter. Även om dessa koncept är enkla att förstå, kan de vara svåra att genomföra i praktiken. Ett exempel är att vi listar patienter per vårdcentral och inte per läkare eller sjuksköterska. Ett särskilt hinder i Sverige är att vårdpersonalens kompetens, och framför allt deras relationer med andra aktörer och patienter, ofta undervärderas. I vardagligt språk refererar vi ofta till vårdgivare endast som "en personal," vilket reflekterar ett arv från den industriella eran, då arbetare betraktades som utbytbara. Men i nära vård är vi inte utbytbara.

Kvaliteten är direkt kopplad till kontinuitet – ju högre kontinuitet, desto större produktivitet och effektivitet¹⁰

Det är avgörande att se nära vård i ljuset av komplexa system, där vården inte fungerar isolerat, utan är en del av ett större nätverk av aktörer och faktorer som samspelar. Komplexa system kännetecknas av många sammanlänkade och beroende delar, där förändringar i en del kan påverka helheten. I nära vård innebär detta att relationerna mellan vårdgivare, patienter, och externa aktörer måste samverka dynamiskt för att uppnå optimal vård. Det kräver en flexibel och anpassningsbar strategi, där insatser anpassas kontinuerligt utifrån patientens förändrade behov och omgivningens förutsättningar. Att hantera vården som ett komplext system innebär att förstå hur dessa aktörer interagerar och att vården behöver vara helhetsorienterad och individanpassad för att lyckas.

Komplexa och komplicerade system

Komplexa och komplicerade system är två begrepp som ofta används inom vetenskap och ingenjörskonst för att beskriva olika typer av system, men de har distinkta skillnader. Komplicerade system består av många komponenter som interagerar på förutsägbara sätt, och även om systemet är svårt att förstå, kan det brytas ner i mindre delar som analyseras separat. Exempel på sådana system är maskiner och tekniska system som flygplan eller datorer, där varje del har en bestämd funktion och kan förstås genom detaljstudier¹¹. Även många vård- och omsorgsförlopp är komplicerade system, som kan brytas ner till mindre komponenter såsom provtagningar, röntgen, behandlingar, läkarbesök, eller liknande som utförs sekventiellt. Varje delmoment består då av en hög grad industriella processer som med fördel kan automatiseras för att öka systemets effektivitet och därmed även dess produktivitet.

⁸ Vård- och omsorgsanalys (2021). Nära vård i sikte? 2021:8

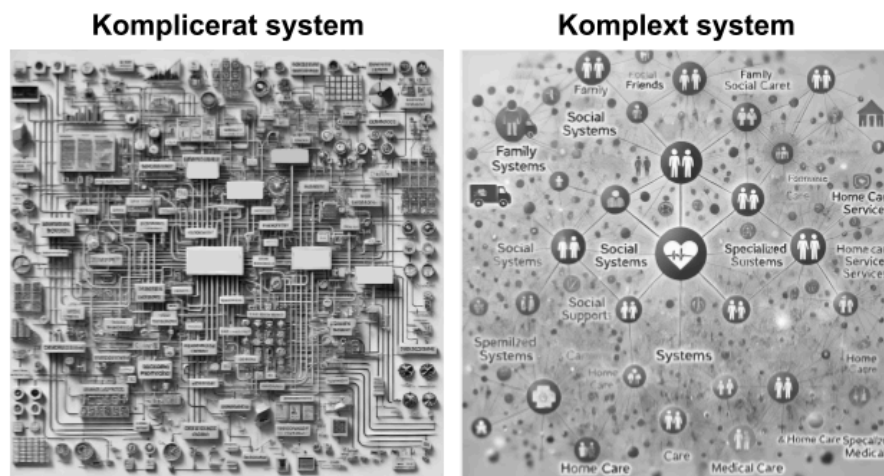
⁹ Socialstyrelsen (2023) Uppföljning av omställningen till en mer nära vård

¹⁰ Se tex SOU 2016:2 Effektiv vård eller Schwarz D, Hirschhorn LR, Kim J, et al, Continuity in primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage BMJ Global Health 2019;4.

¹¹ Mitchell, M. (2009). Complexity: A Guided Tour. Oxford University Press.

Teorier

Komplexa system, däremot, karakteriseras av interaktioner mellan många komponenter som leder till emergenta beteenden, vilket innebär att helheten inte kan förutsägas genom att studera enskilda delar. Ett exempel på detta är ekosystem eller samhällen där beteenden uppstår genom samspelet mellan individer utan att vara förutbestämda¹². Den största skillnaden ligger i förutsägbarheten: medan komplicerade system kan lösas genom noggrann analys, kräver komplexa system ofta en helhetssyn där förändringarna är dynamiska och inte sällan oförutsägbara.



Figur 2. Schematisk illustration av skillnaden mellan komplicerade och komplexa system. Ett komplicerat system kan brytas ner i sina enskilda delar och processer, där varje komponent fungerar självständigt och kan analyseras separat. Ett komplext system, däremot, kännetecknas av många sammanflätade och ömsesidigt beroende kopplingar, där varje del påverkar och påverkas av helheten, påverkan mellan olika aktörer förändras även över både olika patienter och över tiden, till skillnad från ett komplicerat system. Bildkälla: OpenAI

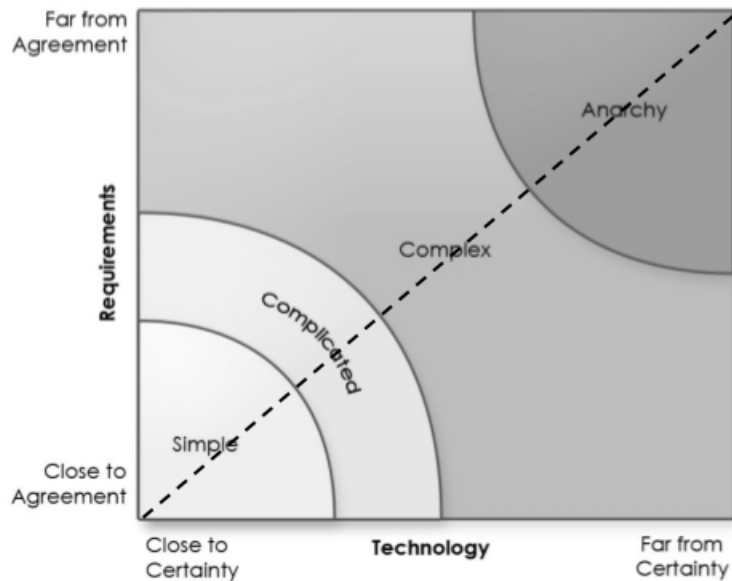
Stacey Complexity Matrix är ett verktyg som används för att analysera och förstå beslutssituationer i organisationer baserat på graden av osäkerhet och komplexitet. Modellen, utvecklad av Ralph D. Stacey¹³, delar upp situationer i fyra kategorier: enkel, komplicerad, komplex och kaotisk, beroende på hur väl målen och medlen är kända.

I offentliga organisationer, där beslut ofta involverar många intressenter och varierande mål, blir det särskilt viktigt att identifiera vilken typ av situation som föreligger för att välja rätt angreppssätt.

1. **Enkla** situationer präglas av tydliga mål och väletablerade lösningar
2. **Komplicerade** situationer kräver experter för att analysera problem och hitta lösningar
3. **Komplexa** situationer är dynamiska och lösningar uppstår ofta genom samarbete och experiment
4. **Kaotiska** situationer kräver snabba åtgärder för att återställa ordning innan långsiktig planering kan ske (offentlig verksamhet har i princip inga kaotiska situationer i normaltillstånd)

¹² Cilliers, P. (1998). Complexity and Postmodernism: Understanding Complex Systems. Routledge.

¹³ Stacey, R. D. (1996). Strategic management & organizational dynamics (2nd Ed.). London. Pitman Publishing



Figur 3. Stacey Complexity Matrix (omarbetad från Stacey, 1996¹⁴)

Den offentliga sektorn står ofta inför komplexa och komplicerade beslutssituationer på grund av osäkerhet kring både mål och metoder. Själva argumentet för att verksamheter drivs i offentlig regi är just att de är komplexa, eller har externa effekter, som leder till marknadsmisslyckanden.

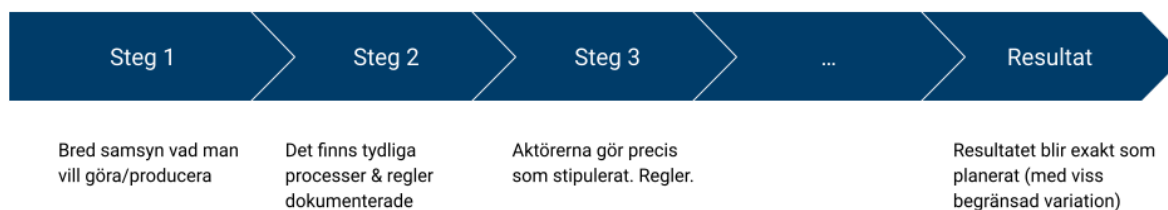
Massproduktionens system

Industriella system har sitt ursprung i industrialiseringen och Taylorismen. Taylorismen, uppkallad efter Frederick Winslow Taylor, är en industrilogik som bygger på att öka effektiviteten genom standardisering, arbetsdelning och noggrant definierade regler och rutiner. Arbetarna är okunniga och måste styras i varje moment av arbetet. Inom industriella system analyseras varje arbetsmoment för att hitta det mest effektiva sättet att utföra uppgiften, och arbetarna instrueras sedan att följa dessa standardiserade processer. Arbetsuppgifterna bryts ner i enkla, repetitiva moment, och ledningen har ansvar för att planera och övervaka arbetet medan arbetarna fokuserar på att utföra sina specifika uppgifter.¹⁵

Regler är centrala i industriella system eftersom de säkerställer att arbetet utförs på samma sätt varje gång, vilket minskar variation och maximerar produktiviteten. Genom att standardisera arbetsprocesserna kan organisationer förutsäga resultatet, minska fel och optimera resursanvändningen. Strikt regelstyrning är därför avgörande för att säkerställa att alla moment utförs enligt de mest effektiva metoderna.

¹⁴ Stacey, R. D. (1996). Strategic management & organizational dynamics (2nd Ed.). London. Pitman Publishing

¹⁵ Taylor, F. W. (1911). The Principles of Scientific Management. Harper & Brothers.



Figur 4. Logiken för massproduktion

Svensk vård och omsorg har genom åren anammat industriella processers logik, inspirerat av koncept som New Public Management¹⁶ eller Värdebaserad vård¹⁷. Övergången framförallt till New Public Management har haft djupgående effekter på ekonomistyrningen inom vård och omsorg i Sverige. Genom att implementera just-in-time-principer har man strävat efter att stärka den ekonomiska kontrollen, med fokus på att minimera resursslöseri och optimera effektiviteten. Samtidigt har införandet av värdebaserad vård ytterligare skärpt kraven på ekonomisk hållbarhet genom att omstrukturera vårdmodellerna för att maximera patientens hälsoutfall i relation till kostnaden.

Inom värdebaserad vård prioriteras de insatser som ger bästa möjliga vård till lägsta möjliga kostnad, vilket har lett till en ökad form av ekonomistyrning. I Sverige har detta inneburit en allt större användning av mätningar och resultatbaserad finansiering, där resurser fördelas baserat på uppnådda resultat, som fjärrstyr verksamheten via resultatmått eller indikatorer. Men eftersom det finns stora problem med att mäta resultatet i hälsoutfall, har fokus i stället riktats mot att mäta och ersätta produktion, till exempel antalet besök, eller sängplatser. I stället för effektivitet - att öka befolkningens hälsa per satsad krona - har vi fått ett system som ytterligare förstärker fokus på produktivitet, till exempel antal besök i varje stuprör. Till skillnad från industrin blir systemeffektiviteten för ett komplext system som till exempel sjukvården inte nödvändigtvis bättre om varje enhet optimerar sin verksamhet.

Detta starka fokus på ekonomistyrning kan även ha negativa konsekvenser, särskilt för de relationella delarna av arbetet. Den ökade pressen på att leverera mätbara resultat och minska kostnader riskerar att nedprioritera den tid och omsorg som är avgörande för relationen mellan vårdgivare och patient. Samtidigt har den administrativa bördan ökat kraftigt, både genom att fler administratörer anställts och genom att allt större del av vårdpersonalens arbetstid nu går åt till att följa administrativa rutiner och rapporteringskrav. Detta leder inte bara till att relationella aspekter får stå tillbaka, utan också till att personalens tid med patienter minskar, vilket kan påverka vårdkvaliteten och arbetsmiljön negativt.

Samtidigt har vi inte fullt ut lyckats industrialiserat de tekniska processerna som trots allt finns i sjukvården, utan istället har vi fått negativa effekter av att fokusera på att standardisera och mäta de omsorgstunga, relationella processerna – till exempel hur många minuter en äldre person får för att duscha.

¹⁶ Hood, Christopher (1991). A Public Management for All Seasons?. Public Administration, 69(1), 3-19.

¹⁷ ett ramverk för att omstrukturera hälso- och sjukvårdens leveranssystem, utvecklat av professorerna Michael Porter och Elizabeth Teisberg vid Harvard Business School i USA. Se till exempel Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press.

Komplexa system

I kontrast till industriella processer fungerar komplexa processer, såsom hälso- och sjukvård eller sociala system, enligt en annan logik. Dessa system kännetecknas av hög grad av osäkerhet, oförutsägbarhet och interdependens mellan olika aktörer. I komplexa system är det svårt att förutsäga exakta resultat eftersom olika faktorer interagerar på oväntade sätt, och strikta regler kan hämma anpassningsförmågan och kreativiteten som krävs för att hantera oväntade situationer. Därför krävs en mer flexibel och dynamisk ledningsstil i komplexa system jämfört med den standardisering som Taylorismen förespråkar.¹⁸

Vård och omsorg betraktas ofta som komplexa system, vilket innebär att de präglas av en hög grad av oförutsägbarhet, interaktion mellan olika aktörer, och dynamik som förändras över tid. Ett komplext system kännetecknas av många olika komponenter som ständigt interagerar och påverkar varandra, där varje förändring kan leda till oväntade utfall. I vård och omsorg innebär detta att patienter, vårdpersonal, teknologi, och organisatoriska strukturer är alla sammanflätade på ett sätt som gör det svårt att förutsäga exakt hur förändringar i ett område kommer att påverka hela systemet. Om man effektiviserar eller ökar produktiviteten inom ett område kan det leda till effektivitets- eller produktivitetstapp inom andra områden och därmed ge ett sämre slutresultat för hela systemet.¹⁹

Detta kan jämföras mot andra komplexa modeller, till exempel inom kvantmekanik eller proteinveckning, där dynamiska interaktioner kan interagera och beräknas genom fysikaliska energiberäkningar. Dessa komplexa modeller kan härledas tillbaka i teorier, beräkningar och experiment från forskare som Erwin Schrödinger. Resultatet ger en slutprodukt som kan åstadkommas genom ett mycket stort antal olika händelseförlopp, där varje händelseförlopp har individuella hinder och självorganisering. På samma sätt kan andra komplexa system, som till exempel vård, omsorg eller skola, generera samma slutprodukt men på en mängd olika sätt. På samma sätt som kemiska reaktiner kan fastna i en energidal, som behöver övervinnas för att nå en ännu effektivare och stabilare molekyl, kan en verksamhet fastna i en lokal energidal, som den inte själv kan ta sig ut i från. Skälet till det är att det behövs stora mängder energi för att komma över de avgränsande bergen runtomkring.

När man inom kemin tillsätter en katalysator, så leds reaktionen förbi en energitopp på vägen till slutmålet. Inom offentlig sektors komplexa system kan detta kanske jämföras med till exempel ny teknologi, nya arbetsmetoder, eller att interaktionen för insatsen sker med en annan individ eller angreppssätt. Energidiagrammen visualiserar även varför vissa sjukdomsalstrande biprodukter som tex amyloid eller prioner med låg energi ansamlas och är svåra att bryta ner, vilket kan jämföras med en levererad insats av lägre kvalitet inom offentlig sektor. Till skillnad från proteinveckning finns det ingen naturlig drift till låga energinivåer aka ett mer resurseffektivt läge. I resten av ekonomin används mer eller mindre effektiva marknadsmekanismer, men ofta är skälet till att vi valt att drifta verksamheter i offentlig regi just marknadsmisslyckanden.

Regelverk baserade på en svunnen tids premisser leder till avgränsningar, och förstärker verksamhetens invanda spår, som därför hamnar i lokala energidalar där de är dömda till

¹⁸ Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard Business Review*, 85(11), 68.

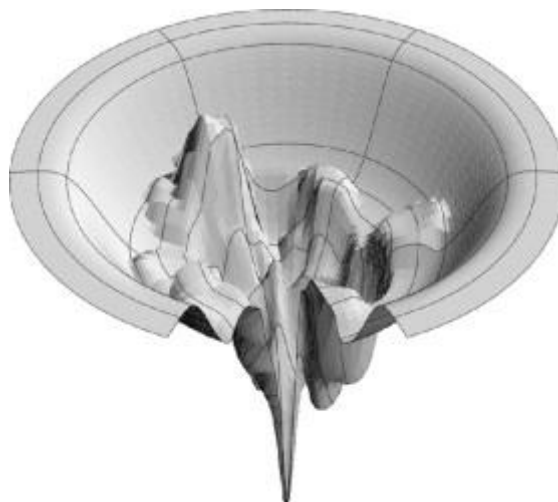
¹⁹ Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625-628.

Teorier

kringirrande. Det kräver extraordinära insatser för att ta sig över de omkringliggande energitopparna. Det gör även verksamheten resilient - stabil, det finns inom den inget frö till förändring - eller kanske begränsas förändringen av verkliga eller inbillade regelverk.

Men decentraliserar vi beslutsfattandet till de som verkligen strosar i den lokala dalen kan de lättare hitta genvägar, tunnlar och olika skrevor som leder verksamheten till ett nytt mer effektivt läge. Utan att behöva satsa all den extra energin som en komplett resa för alla, över bergen kräver.

Dock skall det påpekas att ett protein alltid veckas enligt samma fysikaliska grundläggande regler, medan grundförutsättningarna inom offentlig sektor dynamiskt förändras. Till exempel kan organisatoriska hinder eller regelverk "plötsligt" förändras så att vägen framåt i stället för bergsklättring blir till en nedförsbacke.



Figur 5. En illustration av ett komplext energilandskap för olika vägar till samma slutresultat. Bilden är hämtad från proteinveckning och innehåller därför inga initiala energitoppar som leder till ökad oordning, vilket mycket väl kan förekomma inom offentlig sektor. Källa: Gerstman & Chapagain (2008)²⁰

Massproduktionens inbyggda tillkortakommanden

Eftersom vården och omsorgen hanterar unika individer med varierande behov, sjukdomar och sociala situationer, kan inte verksamheten styras genom enkla, standardiserade regler eller processer som i mer linjära system. Till skillnad från industrilogiker som Taylorismen, där standardisering och centraliserad styrning är avgörande för att uppnå effektivitet, kräver vård och omsorg en hög grad av flexibilitet och anpassning till lokala förhållanden. Denna anpassningsförmåga är central för att kunna hantera komplexiteten i patienternas behov och den snabbt föränderliga vårdlandskapet.²¹

Decentralisering är särskilt viktigt i komplexa system eftersom det möjliggör att beslut kan fattas nära den punkt där informationen är mest relevant, till exempel där vårdpersonal och ledare har bäst förståelse för de lokala förhållandena. Genom att ge mer självbestämmande

²⁰ Bernard S. Gerstman, Prem P. Chapagain (2008). Self-Organizing Dynamics in Protein Folding. Science Volume 84, 2008, Pages 1-37

²¹ Zimmerman, B., Lindberg, C., & Plsek, P. (1998). Edgware: Insights from complexity science for health care leaders. VHA Inc.

Teorier

till enskilda vårdenheter, som sjukhusavdelningar eller primärvårdsenheter, kan dessa enheter snabbare anpassa sig till förändrade patientbehov, resursfördelningar och krav från omvärlden. Decentraliserad verksamhet främjar även innovation eftersom enheter kan testa och utveckla nya arbetssätt anpassade till de specifika förutsättningarna utan att be om lov, och i sitt sammanhang, vilket är svårt att uppnå i ett centraliserat och mer hierarkiskt system.²²

Dessutom ger decentralisering möjlighet till bättre patientcentrerad vård. Vårdpersonal som arbetar nära patienten har direkt kunskap om deras individuella behov och kan därför fatta mer informerade och snabba beslut. I ett centraliserat system skulle dessa beslut ofta behöva gå genom flera nivåer av byråkrati, vilket riskerar fördröja kritiska insatser och minska kvaliteten på vården.²³

I ett decentraliserat system, som kan hantera komplexiteten i vård och omsorg, uppmuntras vårdenheter att experimentera, lära av varandra och kontinuerligt förbättra sig själva. Detta leder till ett adaptivt och resiliert system som bättre kan hantera förändringar och osäkerhet, vilket är avgörande i en sektor där människornas hälsa och välbefinnande står på spel.

Dock skall det tydligt påpekas att alla delar inom områden såsom vård, skola, omsorg eller socialtjänst inte är komplexa processer. Många processer, till exempel provtagningar, inbokningar av operationer, in- och utskrivningsprocesser eller liknande har en tydlig industriell karaktär som skulle kunna effektiviseras avsevärt genom mer industriellt angreppssätt eller automatisering.

Mikrosystemsteori

Offentlig verksamhet, som sjukvård, omsorg, socialtjänst, skola och missbruksvård, produceras i mötet mellan individer, professionerna och systemet i vid mening. Ändras inte detta möte kommer inte produktivitet eller kvalitet att ändras, det är därför många åtgärder som endast förändrar organogrammen, inte ger annat resultat än ökad friktion under tiden människor ska hitta tillbaka till sina tidigare samarbeten. Mikrosystemteorin, som har sitt ursprung i kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården, fokuserar på de små, funktionella enheterna där tjänster produceras och där interaktioner mellan personal, brukare och system sker. Inom sjukvården representerar ett kliniskt mikrosystem den grundläggande arbetsenheten, exempelvis ett särskilt boende, ett operationsrum eller en primärvårdsmottagning. Dessa mikrosystem utgör kärnan i hur tjänster organiseras och levereras, vilket spelar en avgörande roll för kvaliteten och effektiviteten i den offentliga verksamheten. Genom att förstå och förbättra dessa enheter kan man främja mer effektiv och personcentrerad vård och service.²⁴

I produktionslogiken för hälso- och sjukvård betonar mikrosystemsteorin att vården är mest effektiv när varje mikrosystem fungerar optimalt genom att fokusera på kontinuerliga förbättringar, patientcentrerad vård och samarbete mellan olika professioner. Den framhåller

²² Mintzberg, H. (1996). Managing government, governing management. Harvard Business Review, 74(3), 75-83

²³ Baker, G. R. (2011). The roles of leaders in high-performing health care systems. The King's Fund, 1-19.

²⁴ Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2008). Quality by design: A clinical microsystems approach. John Wiley & Sons.

Teorier

att vårdens kvalitet inte endast beror på enskilda individers prestationer, utan på hur hela teamet inom mikrosystemet fungerar tillsammans och interagerar med det bredare vårdssystemet. Detta innebär att patientens upplevelse och vårdens resultat påverkas av hur väl samverkan sker mellan vårdpersonal, arbetsprocesser, teknik och ledarskap. Samma teorier kan tillämpas inom till exempel skolan, hemtjänsten, missbruksvården, eller i arbetet runt en ung person med psykisk ohälsa.

Vidare pekar mikrosystemsteorin på att varje mikrosystem måste anpassa sig till förändringar i flöden, resurser och externa krav från exempelvis lagstiftning och finansieringsmodeller. För att effektivt möta dessa utmaningar behöver mikrosystemet vara flexibelt och engagerat i ständiga förbättringsprocesser för att optimera patientresultat och minimera ineffektivitet.²⁵

I praktiken innebär detta att förbättringsarbete inom vården sker bäst när det genomförs lokalt inom de små, självständiga enheterna, där vården verkligen sker²⁶. Förbättringarna kan baseras på mikrosystemets specifika behov och utmaningar, som identifieras genom insamling av data och uppföljning av vårdresultat, och därmed driva utvecklingen mot bättre vårdkvalitet och effektivare användning av resurser.

Tight-loose-Tight - Ledning av komplexa system

“Tight-Loose-Tight” är en lednings- och styrmodell som främst används inom organisationer med komplexa system, och den handlar om att skapa en balans mellan central styrning och lokal flexibilitet. Den utvecklades som ett svar på behovet att hantera både standardisering och innovation i komplexa organisationer, som exempelvis hälso- och sjukvård, utbildning och vissa delar av stora företag. Denna modell bygger på idén att framgångsrika organisationer behöver en kombination av strikta mål (tight) och frihet att anpassa sig till lokala behov (loose), följt av noggrann uppföljning och utvärdering (tight).²⁷

Faser i Tight-Loose-Tight

1. Tight - klara mål och riktlinjer

I den första “tight”-fasen definierar ledningen tydliga och konkreta mål, visioner, och riktlinjer för organisationen eller verksamheten. Dessa mål kan vara relaterade till övergripande strategier, kvalitetskrav eller operativa mål. Målen är i princip inte av typen strukturmått, såsom antalet sängar eller vårdplatser. Målen skall istället vara mätbara på den tydliga förändring som man vill genomföra, till exempel minska antalet vårdrelaterade infektioner, fallskador på särskilt boende för äldre, eller förkortade väntetider till BUP-utredning. Genom att etablera en tydlig riktning säkerställs att alla enheter och team inom organisationen har en gemensam förståelse för vad som ska uppnås. Detta skapar en ram som säkerställer att verksamheten arbetar mot samma mål och standarder, vilket kan liknas vid de principer för

²⁵ Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-447.

²⁶ Langlely, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Jossey-Bass.

²⁷ Hope, J., & Fraser, R. (2003). *Beyond Budgeting: How Managers Can Break Free from the Annual Performance Trap*. Harvard Business School Press.

Teorier

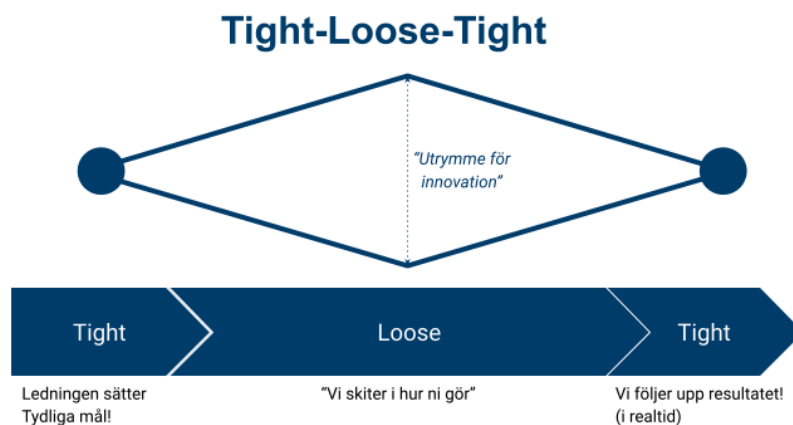
standardisering och målstyrning som Taylorismen betonade, fast anpassade till moderna organisationer.

2. Loose - lokalt handlingsutrymme och flexibilitet

I "loose"-fasen ges de lokala enheterna eller teamen frihet att själva bestämma hur de ska uppnå målen och arbeta inom de övergripande riktlinjerna. Detta möjliggör anpassning till lokala förutsättningar och uppmuntrar innovation och kreativa lösningar. Denna fas är särskilt viktig i komplexa system, såsom vård och omsorg, där lokala team har den bästa förståelsen för sina specifika utmaningar och kan reagera snabbt på förändringar i patientbehov, resurser eller miljö. Att ge lokalt handlingsutrymme stärker engagemanget och ansvarstagandet hos medarbetarna, vilket i sin tur kan öka effektiviteten och kvaliteten på resultaten.²⁸

3. Tight - uppföljning och ansvarsskyldighet

Den avslutande "tight"-fasen handlar om att noggrant följa upp resultaten i realtid och utvärdera hur väl enheterna har uppfyllt de definierade målen. Genom att mäta och analysera prestationer kan ledningen säkerställa att verksamheten lever upp till de uppsatta kraven och identifiera förbättringsområden. Denna fas bygger på transparens och ansvarsskyldighet, där varje enhet ansvarar för att visa hur de har bidragit till de övergripande målen. Uppföljningen möjliggör lärande och kontinuerliga förbättringar, och stärker den övergripande organisationens anpassningsförmåga.



Figur 6. Modell för Tight-Loose-Tight

Modellen är särskilt effektiv i organisationer som behöver kombinera strikt övervakning och kontroll med lokal autonomi. I sjukvården, exempelvis, kan centrala riktlinjer för patientvård och kvalitetsmål definieras på ett "tight" sätt, men vårdheterna får frihet att implementera dessa riktlinjer utifrån sina lokala förhållanden och varje patients enskilda behov, vilket skapar "loose- momentet. Den avslutande "tight"-fasen säkerställer att resultaten följs upp och att lärande sker mellan olika enheter.

²⁸ Mintzberg, H. (1996). Managing government, governing management. Harvard Business Review, 74(3), 75-83.

Fördelarna med Tight-Loose-Tight-modellen:

1. **Flexibilitet** - Den lokala autonomi främjar kreativitet och ger enheter möjlighet att reagera snabbt på förändringar och lokala utmaningar
2. **Klarhet och ansvar** - De tydliga målen och uppföljningsprocesserna säkerställer att verksamheten har en gemensam riktning och att resultat kan mätas och utvärderas
3. **Främjar lärande** - Uppföljningen ger möjlighet till lärande mellan enheter och förbättringar av arbetsprocesser

“Tight-Loose-Tight” ledarskapet erbjuder också en motvikt till överdriven byråkratisering och centralisering, genom att det balanserar standardisering och flexibilitet på ett sätt som främjar innovation och effektiv resursanvändning. Det tillåter individer och enheter att skraddarsy sina metoder för att nå målen, samtidigt som de hålls ansvariga för sina prestationer inom tydligt definierade ramar.²⁹

Detaljeringsparadoxen

Detaljeringsparadoxen handlar om balansen mellan detaljerad styrning och flexibilitet inom organisationer och beslutsfattande processer. Paradoxen uppstår när alltför detaljerad styrning eller regelverk syftar till att öka kontroll och precision, men i stället leder till ineffektivitet och minskad styrning och anpassningsförmåga. När ledare eller regelverk försöker täcka varje tänkbar situation med specifika riktlinjer, begränsas ofta individens och teamets förmåga att fatta egna beslut och anpassa sig till oväntade händelser eller förändrade förhållanden. Särskilt tydligt blir det i dagens situation då obsoleta regler sällan tas bort och inaktuella riktlinjer inte uppdateras.

Inom komplexa system som vård, skola eller stora företag blir denna paradox tydlig. Om exempelvis vårdpersonal måste följa mycket detaljerade protokoll för varje situation, kan detta förhindra dem från att anpassa vården efter en patients unika behov. Den strikta detaljstyrningen minskar medarbetarnas handlingsutrymme och leder till ökad byråkrati, vilket kan hämma innovation och effektivitet. Samtidigt är målet med detaljerade regler ofta att säkerställa kvalitet och minska risker, vilket gör att ledningen hamnar i en svår balansgång mellan överdriven kontroll och behovet av flexibilitet.³⁰

“I en komplex verksamhet blir styrningen svagare och otydligare ju fler regler man har”³¹

Detaljeringsparadoxen blir särskilt problematisk i situationer där det krävs snabba beslut och där förändringar är svåra att förutse. Organisationer kan då tvingas omvärdera sina styrmodeller och istället fokusera på övergripande principer eller mål, som ger medarbetare

²⁹ Barton, M. A., Christianson, M. K., & Vogus, T. J. (2018). Call for papers: Tight-loose organizational cultures. *Organization Science*, 29(3), 399-400.

³⁰ Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard Business Review*, 85(11), 68-76.

³¹ Susanna Alexius (2017). Att styra komplexa uppdrag mot mål och resultat - en forskningsöversikt , 2017-03-10

Teorier

frihet att agera självständigt inom vissa ramar, vilket möjliggör större flexibilitet och anpassning till komplexa och dynamiska miljöer.

Mittokrati

Mittokrati är ett begrepp som beskriver en organisationskultur där beslutsfattandet huvudsakligen drivs av mellannivåledare, snarare än av toppledningen eller personal på operativ nivå³². I en mittokratisk struktur har mellanchefer betydande inflytande över viktiga beslut och strategier, vilket ofta leder till en byråkratisk kultur där förändringar och innovationer kan hämmas av ett överdrivet fokus på att upprätthålla status quo och kontroll. Detta skapar en organisation där utveckling och nya idéer bromsas eftersom beslut i stor utsträckning tas av mellanskiktet, som ofta har ett intresse i att bevara sin position och makt snarare än att främja förändring.³³

Mittokrati kan vara problematiskt eftersom mellanchefer ofta fokuserar på att tillgodose sina egna ansvarsområden och arbetsområden snarare än organisationens övergripande mål och långsiktiga vision. Detta kan leda till att beslut blir fragmenterade och att organisationens riktning blir otydlig. I en sådan struktur riskerar strategiska beslut att bli kompromisser mellan olika mellanchefer snarare än att utgå från helhetsperspektiv eller innovation. Det kan också skapa en känsla av stagnation inom organisationen, där de som är närmast arbetet eller längst från beslutsfattandet inte har tillräckligt med inflytande för att bidra med nya idéer eller förbättringar.³⁴

För att motverka mittokratins negativa effekter kan organisationer behöva sträva efter att platta till sina strukturer, vilket innebär att ge större makt åt både operativ personal och högsta ledningen för att säkerställa att strategiska beslut fattas med ett bredare perspektiv och med en större grad av flexibilitet och innovation i den faktiska produktionen.

Subsidiaritetsprincipen

Subsidiaritetsprincipen är en grundläggande princip inom organisation och beslutsfattande som innebär att beslut ska fattas så nära de berörda individerna som möjligt. Detta innebär att både ansvar och beslutsrätt ska ligga på den lägsta eller mest lokala nivå som har kapacitet att hantera frågan på ett effektivt sätt. Högre nivåer inom organisationen eller förvaltningen bör endast ingripa om den lägre nivån saknar resurser, kompetens eller mandat att lösa problemet³⁵.

Mandatet, eller beslutsmandatet, spelar en avgörande roll i detta sammanhang. Det definierar vilka befogenheter och ansvar som tilldelas varje nivå i organisationen, och säkerställer att rätt personer har formell rätt att fatta beslut inom sina respektive ansvarsområden. Ett tydligt mandat är nödvändigt för att subsidiaritetsprincipen ska fungera effektivt, då det ger medarbetarna på lägre nivå den nödvändiga makten att agera utan att

³² Johan Alvehus, Gustaf Kastberg Weichelberger (2024) Administration i offentlig sektor, om expansion, elevering och mittokrati

³³ Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Prentice-Hall.

³⁴ Drucker, P. F. (1993). *Post-Capitalist Society*. HarperCollins.

³⁵ Keohane, R. O., & Hoffmann, S. (1991). *The New European Community: Decisionmaking and Institutional Change*. Westview Press.

ständigt behöva hänvisa till högre nivåer³⁶. På så sätt främjas både effektivitet och självbestämmande inom organisationen³⁷.

Centralisering vs decentralisering

Det är utmanande att hitta tillförlitliga jämförelser mellan centraliserade och decentraliserade vård- och omsorgssystem när det gäller effektivitet, produktivitet, arbetsmiljö, kvalitet och kostnader. De flesta tillgängliga studier undersöker i bästa fall aspekter inom ett specifikt system, men resultaten är ofta svåra att jämföra med andra system på grund av skillnader i juridiska, ekonomiska eller kulturella förutsättningar. Dessa kontextuella faktorer skapar olika villkor som gör direkta jämförelser opålitliga.

De mest tillförlitliga analyserna är ofta longitudinella studier som undersöker effekterna av transformationer inom ett specifikt system över tid. Sådana studier kan ge insikter i hur förändringar, exempelvis en övergång från decentraliserat till centraliserat styre, påverkar olika faktorer som kostnader och kvalitet. Även dessa studier står dock inför betydande utmaningar, eftersom teknikutveckling och nya behandlingsmetoder har haft en stor inverkan på vårdens och omsorgens kvalitet under de senaste åren. Dessa förändringar gör det svårt att isolera effekterna av organisatoriska strukturer från de framsteg som uppnåtts genom medicinsk och teknologisk innovation. Detta innebär att noggranna utvärderingar av vård- eller omsorgsmodeller måste ta hänsyn till de komplexa och föränderliga faktorer som påverkar vårdens och omsorgens resultat.

Under de senaste åren har det inom den politiska sfären funnits en stark opinion för ett mer centraliserat styre, särskilt inom sjukvården. Omsorgen har däremot rört sig i motsatt riktning, där privatisering har lett till fler aktörer och där hemsjukvården har övergått till att styras av kommunerna (med undantag för Region Stockholm). Däremot har olika processer inom omsorgen fått ett tydligt centraliserat tayloristiskt styre, genom att till exempel tidsbegränsa duschtiden inom biståndsbedömningen för äldreomsorgen. Förespråkare för ökad centralisering lyfter ofta fram argument som bättre styrning, effektivisering, ökad kontroll och en mer jämlik tillgång till vård och omsorg. Dock står detta i kontrast till mikrosystemsteorin, som betonar att kvalitetsutveckling sker bäst nära brukaren eller patienten. Forskning visar också att centralisering kan minska arbetstillfredsställelse och innovationskraften hos medarbetare i många branscher. En överdriven centralisering riskerar att kväva lokalt engagemang och minska möjligheten till flexibla lösningar som är anpassade efter de specifika behoven i mikrosystemen.

Geoffrey West, en brittisk teoretisk fysiker verksam vid Santa Fe institute, är känd för sin forskning kring komplexa system, skalning och dess effekter på organisationer, städer och biologiska system. Hans arbete visar att stordriftsfördelar (economies of scale) innebär att större organisationer och städer kan fungera mer effektivt och produktivt genom att dela resurser och infrastruktur. Till exempel kan större städer producera mer innovation per capita än mindre städer, samtidigt som de använder energi och resurser mer effektivt.

Sedan finns det även många stordriftsnackdelar. När organisationer växer blir de ofta mer byråkratiska och svårare att anpassa. West visar att större organisationer tenderar att bli

³⁶ Hix, S. (2005). *The Political System of the European Union*. Palgrave Macmillan.

³⁷ Pollack, M. A. (2003). *The Engines of European Integration: Delegation, Agency, and Agenda Setting in the EU*. Oxford University Press.

Teorier

mindre flexibla och kan bli ineffektiva över tid, vilket kan leda till stagnation, kraftigt minskad innovation och slutligen kollaps. Inom sjukvården kan detta yttra sig som svårigheter att anpassa sig till nya teknologier eller medicinska genombrott på grund av tröghet i systemen.

West menar att för att ett system ska fortsätta utvecklas och överleva, krävs det att innovation och förändring sker i en allt snabbare takt. I sin forskning om skalning visar han att större system, vare sig det är städer, företag eller biologiska organismer, blir mer komplexa när de växer, och för att hantera denna ökade komplexitet krävs kontinuerlig anpassning och innovation. Ett system som inte lyckas förnya sig själv i tillräckligt hög hastighet riskerar att stagnera och kollapsa. Något som ytterligare argumenteras för i arkeologen Joseph Tainters bok från 1988 "Collapse of complex society" Där han går igenom ett antal gamla civilisationer och förklarar deras kollaps med avtagande nytta av de samhällseliga systemen, som till slut inte förmår att stödja samhället och civilisationen går under.

West betonar också att ett avgörande inslag för långsiktig hållbarhet är att systemet inte bara behöver expandera, utan även effektivisera och optimera sina resurser genom innovation. Detta kan uppnås genom nya idéer, teknologier och organisatoriska förändringar som gör det möjligt för systemet att klara av både ökad komplexitet och konkurrens.³⁸

"Om vi godtyckligt ökar strukturens storlek, oavsett vilken den är, kommer den alltså så småningom att kollapsa under sin egen tyngd. Det finns gränser för storlek och tillväxt - Såvida inget förändrats"

Citat: Geoffrey West³⁹

En nordisk studie av Kittelsen et al. (2015) visar att sjukhusens storlek har en komplex men avgörande inverkan på deras effektivitet. Större sjukhus uppvisar generellt lägre produktivitet, vilket till stor del kan tillskrivas stordriftsnackdelar. Men samtidigt, genom att sprida fasta kostnader, administration och uppköpsvolymen över ett större antal patienter och enheter, kan större sjukhus effektivisera resursanvändningen och sänka kostnaden per behandlad patient.

Dock noterade studien också att när sjukhusen blir för stora, kan detta leda till ökade administrativa kostnader och komplexitet, vilket i sin tur kan minska produktiviteten. Detta tyder på att det finns en optimal storlek för sjukhus där produktiviteten maximeras innan den börjar avta. Denna insikt innebär att medan större sjukhus kan vara mer effektiva inom vissa ramar, bör beslutsfattare noga överväga balansen mellan storlek och effektivitet när de planerar och organiserar hälso- och sjukvårdstjänster.⁴⁰ Det finns rätt mycket som tyder på att stora sjukhus har en sämre total effektivitet.⁴¹

³⁸ Geoffrey West (2019). Skala : det dolda mönstret i allt - om vad som förenar möss, människor, megastäder och multinationella företag. Volante ISBN: 9789188659071

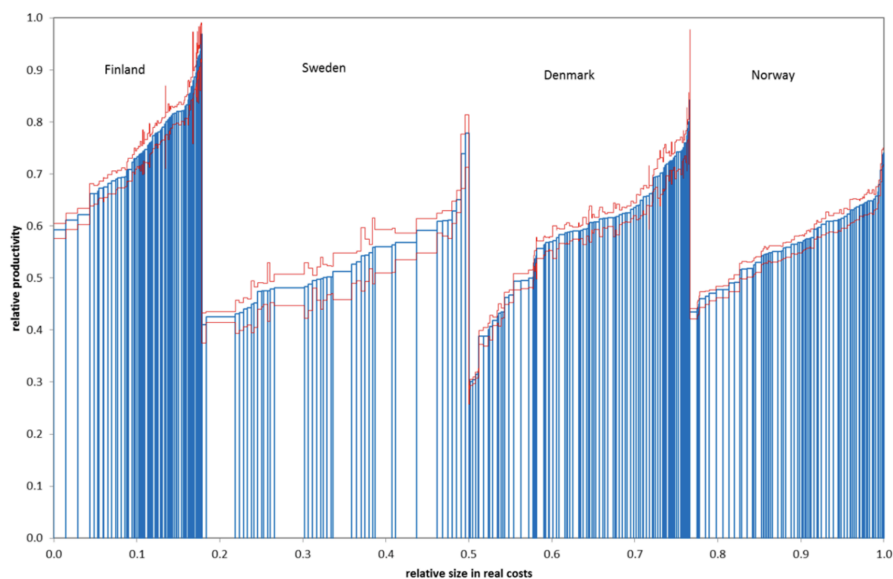
³⁹ Susanna Alexius (2017). Att styra komplexa uppdrag mot mål och resultat - en forskningsöversikt , 2017-03-10

⁴⁰ Kittelsen, S.A.C., Winsnes, B.A., Anthon, K.S. et al.(2015). Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. J Prod Anal 43, 281–293 2015.

⁴¹ Collins, T., & Morrison, L. (2009). Hospital Size and Efficiency. Journal of Health Management, 11(2), 179-192.

Teorier

Det är därför inte anmärkningsvärt att Sverige har lägst effektivitet och mest centralisering i form av störst sjukhus i Norden.



Figur 7. Hecksher-Salter-diagram över effektiviteten hos olika enheter (DEA). Höjden på varje stapel representerar produktivitetssuppskattningen för varje observation med 95 % konfidensintervall, och bredden är proportionell mot observationsstorleken, mätt i verkliga kostnader. Källa: Sverre A. C. Kittelsen et al. (2015)⁴².

Finlands höga produktivitet inom hälso- och sjukvården tillskrivs i stor utsträckning den välfungerande samordningen mellan somatiska sjukhus och primärvård, inklusive vårdavdelningar vid hälsocentraler. Enligt intervjuer med åtta sjukhus i de nordiska länderna kan framgången förklaras av det gemensamma ägandet av både sjukhus och primärvårdsinstitutioner av kommunerna. Detta ägandeförhållande bidrar till en bättre integration av vårdtjänsterna, vilket i sin tur leder till ökad effektivitet och produktivitet i hela vårdssystemet. Samordningen mellan olika vårdnivåer möjliggör snabbare vårdinsatser och en mer kostnadseffektiv användning av resurser.⁴³

“Baserat på intervjuer med 8 sjukhus i nordiska länder kan några av de möjliga anledningarna till de finska goda resultaten vara den goda samordningen mellan somatiska sjukhus och primärvård, inklusive vårdavdelningar vid hälsocentraler. Denna samordning beror främst på det gemensamma ägandet av både sjukhus och primärvårdsinstitutioner av kommunerna.”

Citat: översättning från Kalseth Bet al. (2011)⁴⁴

⁴² Kittelsen, S.A.C., Winsnes, B.A., Anthun, K.S. et al.(2015). Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. *J Prod Anal* 43, 281–293 2015.

⁴³ Kalseth B, Anthun KS, Hope Ø, Kittelsen SAC, Persson B (2011)

Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sykehusstruktur, styringsstruktur og lokal arbeidsorganisering som mulig forklaring på kostnadsforskjeller mellom landene. SINTEF Report A19615, SINTEF Health Services Research, Trondheim

⁴⁴ Kalseth B, Anthun KS, Hope Ø, Kittelsen SAC, Persson B (2011)

Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sykehusstruktur, styringsstruktur og lokal arbeidsorganisering som mulig forklaring på kostnadsforskjeller mellom landene. SINTEF Report A19615, SINTEF Health Services Research, Trondheim

Teorier

På grund av svårigheterna med att hitta tillförlitliga studier om effekterna av centralisering och decentralisering, bör fokus istället ligga på att undersöka konkreta exempel från verkligheten. Genom att analysera hur olika system har fungerat i praktiken och jämföra resultaten med de specifika utmaningar och mål som man själv vill uppnå för sina medborgare, kan man dra mer relevanta slutsatser. Detta gör valet av organisationsform mer av en fråga om ideologi och avvägningar mellan olika dilemman.

I avsnittet "[Beprövad erfarenhet](#)" återfinns en sammanfattning av olika organisationsmodeller och deras styrning, tillsammans med resultat och effekter som kan fungera som vägledning. Genom att använda dessa exempel som en referensram kan man bättre förstå hur olika former av centralisering och decentralisering har påverkat kvalitet, effektivitet och arbetsmiljö, och därmed fatta mer informerade beslut om hur man bäst organiserar verksamheten.

Relationskontinuitet

Relationskontinuitet, vilket innebär att patienter får vård från samma vårdgivare över tid, har visat sig vara avgörande för att förbättra kvaliteten inom både vården och omsorgen, och bör vara en central faktor för att framgångsrikt genomföra omställningen till nära vård. Genom kontinuerliga vårdkontakter byggs förtroende mellan patient och vårdgivare, vilket ökar patientens engagemang och förmåga att hantera sin egen vård⁴⁵. Kontinuerlig kontakt med samma vårdgivare leder också till bättre kännedom om patientens historia och behov, vilket minskar risken för felbehandlingar och förbättrar följsamheten till medicinska råd⁴⁶. Med vårdgivare menas inte vårdcentral utan en specifik person. I termer av kontinuitet synes vårdcentral vara relativt ointressant, det viktiga är personliga relationer.

En studie från Storbritannien visar att relationskontinuitet kan minska användningen av akutsjukvård och leda till färre inläggningar på sjukhus, särskilt för patienter med kroniska sjukdomar⁴⁷. Dessutom kan kontinuitet i vården öka den empatiska förmågan hos vårdgivare, vilket i sin tur kan minska patientens ångest och förbättra deras livskvalitet⁴⁸. Den ökade tilliten som byggs genom återkommande möten förbättrar inte bara relationen mellan patient och vårdgivare, utan även den övergripande vårdkvaliteten.

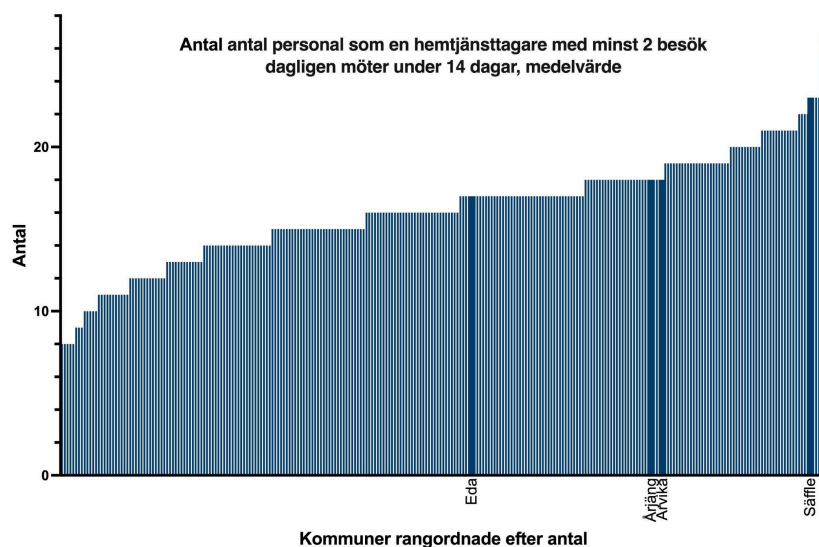
Relationskontinuiteten inom äldreomsorgen, LSS-verksamhet, för barn med psykisk ohälsa, eller missbruksvården är mycket sämre vetenskapligt utredd än för vården. Baserat på observationer och intervjuer från andra projekt anser vi att relationskontinuiteten inom socialtjänsten sannolikt skulle ha en ännu större inverkan på kvaliteten än vad som vetenskapligt har utretts inom vården. Många vårdhändelser, med undantag för äldre och personer med kroniska sjukdomstillstånd, är akuta eller isolerade episoder. Detta innebär att kraven på relationskontinuitet ofta är lägre, så länge vården kan levereras snabbt, effektivt och i ett avgränsat förlopp.

⁴⁵ Ridd, M., et al. (2011). "Patient-doctor relationships and continuity of care." *British Journal of General Practice*.

⁴⁶ Howie, J. G. R., et al. (2006). "Does continuity of care matter?" *BMJ*.

⁴⁷ Schers, H. J., et al. (2006). "Continuity of care and its relation to quality of life." *British Journal of General Practice*.

⁴⁸ Mercer, S. W., et al. (2016). "Empathy and patient enablement." *British Journal of General Practice*.



Figur 8. Relationskontinuitet inom hemtjänsten. Antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar under 2023 eller närmast inrapporterade år⁴⁹, medelvärde. Källa: Kolada indikator U21401

Inom socialtjänstens område betonar både brukare och personal i våra intervjuer hur viktigt det är att verkligen känna den individ man hjälper eller får hjälp från. Detta minskar behovet av att upprepa viktig information, och möjliggör mer individanpassad vård och omsorg. Till exempel kan en sjuksköterska exakt veta vilken typ av omlindning eller smärtlindring en äldre person föredrar för sina bensår. Den ökade tryggheten som följer av denna kontinuitet är särskilt märkbar. Undersköterskor lyfter ofta fram betydelsen av relationskontinuitet, då de ofta är de som upptäcker subtila förändringar hos sina patienter/brukare – förändringar som annars skulle kunna förbli oupptäckta tills det är för sent. Trots detta är vi ofta förvånade över hur lite kommuner och regioner prioriterar relationskontinuitet, exempelvis vid schemaläggning. Detta är ett område med stor potential för förbättring, särskilt genom att utnyttja AI-teknik för att optimera scheman. Genom att använda AI kan schemaläggningen anpassas för att bättre matcha personalens kontinuerliga kontakt med patienten/brukaren, vilket skulle förbättra både vårdkvaliteten och tryggheten för de individer som får omsorg. Att skapa kontinuerliga och stabila relationer mellan personal och brukare bidrar inte bara till ökad effektivitet, utan även till en djupare förståelse av individuella behov och därmed en mer personcentrerad vård eller omsorg.

Vill man maximera relationskontinuitet kan man inte se på sin personal som utbytbar, då måste schemaläggning och dimensionering utgå från varje patient och professionsrelation. Logistiskt lite svårare men kvalitetsmässigt en otrolig förbättring. Det är ingen slump att det ofta är små vårdcentraler med stabil bemanning som får de bästa kundomdömena. Även om man kan hävda att personalkontinuitet har mindre betydelse för patienten vid vård som levereras snabbt, effektivt och under ett avgränsat förlopp, som exempelvis vid vissa operationer, och att detta ökar systemets redundans, bör man inte underskatta den stress som uppstår för vårdpersonalen när de ständigt måste arbeta med nya kollegor.

⁴⁹ Borlänge, Boxholm, Dorotea, Filipstad, Gagnef, Hagfors, Högsby, Jokkmokk, Karlsborg, Malmö, Mönsterås, Nordanstig, Ockelbo, Ragunda, Sandviken, Storfors, Surahammar, Tierp, Timrå, Valdemarsvik och Västervik har inte rapporterat in data 2014 eller senare och är därmed exkluderade ur grafen.

Teorier

När patienter får möjlighet att träffa samma vårdgivare över tid, utvecklas en förtroendefull relation, vilket kan leda till bättre vårdresultat och högre patienttillfredsställelse. Studier visar att kontinuerliga relationer mellan patienter och vårdgivare minskar risken för felbehandling och förbättrar patientens hälsa, då vårdgivaren bättre kan förstå patientens medicinska historia och individuella behov⁵⁰. Vidare kan kontinuitet i relationen underlätta kommunikationen och skapa en mer effektiv behandlingsplan som är anpassad till patientens livssituation och preferenser⁵¹. Detta är särskilt viktigt för patienter med kroniska sjukdomar eller komplexa medicinska tillstånd, där långsiktiga relationer mellan vårdgivare och patient är avgörande för att hantera vård på ett samordnat sätt⁵².

Koordination hänger tätt ihop med produktivitet. Om endast rätt vårdkontakter, som är verkligt meningsfulla och gör nytta för patienten, genomförs vid rätt tid, kommer antalet vårdkontakter per patient att sjunka. Många av vårdkontakterna i dag kommer från dubbelarbete, till exempel för att informationen inte kan delas mellan olika aktörer, eller att man inte har tillgång till labvärden och måste ta om prov. Hög personalomsättning och hyrpersonal är en annan viktig orsak. En betydande del av tiden under en vårdkontakt går ofta åt till att läsa patientjournaler, eftersom vårdgivaren och patienten i många fall inte har träffats tidigare. Detta innebär att vårdgivaren behöver sätta sig in i patientens medicinska historia för att kunna ge korrekt behandling och fatta välgrundade beslut. Bristen på kontinuitet i vårdrelationen gör att varje nytt möte kräver extra tid för att förstå patientens tidigare vårdinsatser och tillstånd, vilket kan minska den tid som kan ägnas åt själva patientinteraktionen och behandlingen.

Även köer och bristande tillgänglighet påverkar både koordination och kontinuitet. Paradoxalt nog för att det blir så många meningslösa vårdkontakter just för att koordination och kontinuitet tryter, att de meningsfulla kontakterna måste skjutas upp, och läggas på kö.

Men även ökad kvalitet i vården kan leda till sänkta kostnader genom att förebygga komplikationer, reducera behovet av återbesök, och förbättra vårdresultaten. När vårdinsatser är av hög kvalitet minskar risken för misstag och felbehandlingar, vilket innebär att resurser kan användas mer effektivt och patienterna får snabbare och mer träffsäkra behandlingar. Detta resulterar i färre onödiga tester, kortare sjukhusvistelser och lägre risk för återinläggningar, vilket alla bidrar till att minska vårdkostnaderna⁵³. En studie visade att förbättrad vårdkvalitet, genom bland annat bättre hantering av kroniska sjukdomar och förebyggande insatser, leder till långsiktiga ekonomiska besparingar genom att minska behovet av dyr akutsjukvård⁵⁴. Genom att fokusera på att leverera vård av hög kvalitet från början, minskas inte bara kostnaderna på kort sikt, utan även på lång sikt, genom att förhindra att hälsoproblem förvärras eller blir kroniska.

⁵⁰ Freeman, G., Horder, E., Howie, J. G., Hungin, A. P., Hill, A. P., Shah, N. C., & Wilson, A. (2003). Continuity of care: Report of a scoping exercise for the SDO programme of NHS R&D. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D

⁵¹ Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221.

⁵² Saultz, J. W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166.

⁵³ Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769

⁵⁴ Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70

Empati och High Tech

För att kunna öka produktiviteten på ett sätt som gynnar invånaren är det nödvändigt att ha två perspektiv samtidigt. Dels ett teknokratiskt perspektiv, med mätning och uppföljning i realtid. Det gör även att man kan börja göra strukturerade experiment, till exempel A/B testning. Det betyder att en del av organisationen eller personalen gör på sätt A och en annan grupp eller del gör på sätt B. När man har bra metoder på plats för att mäta utan extra kostnad så går det enkelt att se vilken av metoderna som fick det bättre utfallet. Då går det att göra både för effektivisering av kostnader eller effektivisering av värde för invånaren, under förutsättning att man har system på plats för att följa detta.

Men det är samtidigt viktigt att ha ett empatiskt perspektiv, då man arbetar med behövande och sjuka personer. Det är även viktigt för att kunna följa de ickemonetära konsekvenserna av insatserna, eller de samhällsekonomiska konsekvenserna. Gör vi det på ett sätt som kräver att anhöriga måste lägga mer eller mindre tid? Men även andra ickemonetära aspekter är viktiga, som meningsfullhet, trivsel och trygghet.

Vilka patienter och brukare ska man träffa via vilken kanal? hembesök, besök på vårdcentral eller sjukhus, telefonkontakt, video eller chatt? att använda det på rätt sätt, kan både spara pengar och ge bättre service samtidigt. Samma person kanske i olika situationer har olika kontaktvägar, andra kanske alltid ska ha hembesök. Att ha en faktisk och praktisk plan eller algoritm för när man ska göra vad, kommer att bli allt viktigare.

Vilka ska man träffa över huvud taget, oavsett kanal, blir även det en allt viktigare fråga. Särskilt när antalet helt automatiserade tjänster ökar. Går det att samarbeta mer med anhöriga, eller civilsamhället för att ge meningsfullhet och hälsa? Det kan potentiellt ge stora effekter tillbaka, både samhällsekonomiskt men även påverka direkta och indirekta kostnader.

I alla dessa frågor måste det finnas hög analytisk kompetens, och att man antagligen inte direkt kan ta arbetsätt direkt från grannkommunen. De väldigt lokala omständigheterna spelar antagligen stor roll - det kommunala och regionala självstyret på riktigt.

Lokal analyskompetens, tillsammans med tillgång till data i realtid, är avgörande för att driva produktivetsförbättringar i vården eller omsorgen. Genom att samla och analysera data direkt kan ineffektiva processer identifieras och förbättringar genomföras omedelbart. Detta möjliggör ett datadrivet förbättringsarbete, där beslut baseras på aktuell information snarare än uppskattningar. Med realtidsdata kan personal snabbt reagera på förändringar, optimera resursanvändning och ständigt förbättra kvaliteten, vilket leder till högre produktivitet och bättre patientresultat.

“You can see the computer age everywhere but in the productivity statistics”

Citat: Robert Solow 1987 Nobelpristagare

Associationsformer

När kommuner och regioner samarbetar för att erbjuda integrerade vård- och omsorgstjänster, ställs höga krav på att välja rätt associationsform som både stödjer effektivitet och flexibilitet. Samtidigt kan denna typ av organisation struktureras på många olika sätt, exempelvis som kommunalförbund, stiftelse eller ekonomisk förening, beroende på de samverkande parternas mål och behov⁵⁵. Beroende på associationsform blir det möjligt att uppnå synergieffekter genom att sammanföra olika kompetenser och resurser på olika sätt, vilket gör att olika associationsformer får olika effekter i främst styrning och ledning (se avsnitt om [Mikrosystemsteori](#) om varför det inte är säkert att verksamheten inte påverkas beroende på associationsform). En målsättning för samverkan mellan kommuner och regioner, oberoende av associationsform man väljer, bör vara att den nya organisationen skall bidra till en mer sammanhållen vård-/omsorgskedja för medborgarna.

Olika associationsformer

Avtalssamverkan

Avtalssamverkan innebär att kommuner, regioner eller andra offentliga organ samarbetar genom avtal. Det är en flexibel form av samverkan som regleras av avtalslagen och kan användas för att gemensamt upphandla tjänster eller bedriva gemensamma projekt. Detta samarbete kräver inget nytt organ, utan fungerar genom avtal som reglerar hur parterna ska fördela ansvar och kostnader.⁵⁶

Bolag

En bolagsform som används av offentliga aktörer är oftast aktiebolag eller ekonomiska föreningar. Offentligt ägda bolag följer aktiebolagslagen eller lagen om ekonomiska föreningar och kan användas för verksamheter som exempelvis bostadsbolag eller energibolag.⁵⁷

Ekonomisk förening

En ekonomisk förening är en typ av företag där verksamheten drivs i syfte att främja medlemmarnas ekonomiska intressen genom kooperativt samarbete. Till skillnad från aktiebolag, där målet är att generera vinst för aktieägarna, är målet för en ekonomisk förening att gynna dess medlemmar, som samtidigt kan vara föreningens kunder, leverantörer eller anställda.⁵⁸

Gemensam nämnd

En gemensam nämnd är en form av samverkan där två eller flera kommuner eller regioner bildar en gemensam nämnd för att hantera specifika uppgifter, exempelvis miljöfrågor eller

⁵⁵ Ahgren, B. (2014). The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies. *Journal of Integrated Care*, 22(5/6), 188-196

⁵⁶ SFS 2018:597 Lag om kommunal samverkan

⁵⁷ Aktiebolagslagen (SFS 2005:551)

⁵⁸ Lag (1987:667) om ekonomiska föreningar

Associationsformer

hälso- och sjukvård. Den gemensamma nämnden kan besluta och genomföra uppdrag åt alla deltagande parter.⁵⁹

Kommunalförbund

Kommunalförbund är en särskild juridisk person som bildas när flera kommuner eller regioner vill samarbeta inom vissa verksamhetsområden. Det är en egen organisation med egen budget och styrelse som hanterar uppgifter som är gemensamma för de deltagande parterna. Kommunalförbund kan exempelvis driva räddningstjänst eller kollektivtrafik.⁶⁰

Medarbetardriven organisation

En medarbetardriven organisation är en typ av verksamhet där medarbetarna har stort inflytande över beslutsprocesser, arbetsmetoder och organisationsstruktur. Denna modell bygger på principerna om delaktighet och självledarskap, där individer och team uppmuntras att ta ansvar och fatta beslut som påverkar både deras arbete och den övergripande verksamheten. I motsats till traditionella hierarkiska organisationer, där beslut oftast tas av ledningen, har medarbetardrivna organisationer ofta en mer decentraliserad struktur.

Personalkooperativ

Ett personalkooperativ är en form av ekonomisk förening där de anställda också är ägare och har inflytande över verksamheten. Det används ofta inom vård och omsorg och främjar ett demokratiskt och kooperativt ägande, där vinsten återinvesteras i verksamheten eller delas ut till medlemmarna.⁶¹

Samordningsförbund

Samordningsförbund bildas när myndigheter som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, regioner och kommuner samverkar för att skapa effektivare rehabiliteringsinsatser. Samordningsförbundet har som mål att förbättra stödet för personer som står långt ifrån arbetsmarknaden genom samordnade insatser.⁶²

Stiftelse

En stiftelse är en organisationsform där en eller flera stiftare avsätter kapital för ett specifikt ändamål, exempelvis utbildning, forskning eller välgörenhet. Stiftelsen styrs av dess stadgar och tillgångarna måste användas för det ändamål som stiftelsen har skapats för. Till skillnad från andra associationsformer saknar stiftelsen ägare och drivs av en styrelse.⁶³

⁵⁹ Kommunallagen (SFS 2017:725)

⁶⁰ Referens: Lag (1985:894) om kommunalförbund

⁶¹ Lag (1987:667) om ekonomiska föreningar

⁶² Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

⁶³ Stiftelselagen (SFS 1994:1220).

Beprövad erfarenhet

Borgholmsmodellen

Borgholmsmodellen, är en modell för integrerat samarbete mellan hälsocentralen i Borgholm och den kommunala hemsjukvården i Borgholm, där målet är att skapa kontinuitet och trygghet för patienterna, särskilt för äldre och de med komplexa vårdbehov. I Borgholm ligger ansvaret för vård och omsorg kvar hos respektive huvudman, men de kortare beslutsvägarna och småskaligheten underlättar kommunikationen⁶⁴.

Ett centralt inslag i modellen är det så kallade "hemsjukhuset", som gör det möjligt för patienter att vårdas i hemmet istället för att behöva uppsöka sjukhus. Varje patient skall ha en namngiven läkare som är tillgänglig för hembesök och akuta insatser, vilket är tänkt att minska belastningen på sjukhusen och skapa tryggare vårdsituationer.⁶⁵ Borgholmsmodellen har fått stor uppmärksamhet och modellen anses av vissa vara en förebild för omställningen till Nära Vård i Sverige.

Reflektioner:

Borgholmsmodellen har fått betydande nationell uppmärksamhet och missuppfattas ibland som enbart handlar om ett IT-system. I verkligheten är Borgholmsmodellen dock mycket mer omfattande och handlar främst om att skapa närmare och mer integrerade kontaktvägar mellan de lokala huvudmännen. Denna samverkan har förbättrat arbetsmetoderna för både vården och omsorgen, men är till stor del beroende av eldsjälur inom de olika huvudmännen. Förändringen är således inte institutionaliserad. Detta gör att modellen vilar på en sårbar grund, eftersom den inte bygger på en organisatorisk förändring med tydliga ansvarsområden. Om de eldsjälur som driver arbetet försvinner, riskerar hela samarbetet att falla samman utan att en långsiktig och hållbar organisatorisk struktur finns på plats för att säkra kontinuiteten.

Buurzorg

Buurzorg, grundat 2006 i Nederländerna av Jos de Blok, är en vårdorganisation som revolutionerat hemvården genom att använda självstyrande team av sjuksköterskor. Varje team består av 10–12 sjuksköterskor som tar ansvar för alla aspekter av vården för omkring 40–60 patienter i ett specifikt grannskap. Teamen sköter allt från bedömning av patientens behov till själva vårdinsatserna, vilket minskar behovet av administrativ personal och byråkrati.^{66 67}

Organisationen är uppbyggd utan chefer; istället finns coacher som stödjer teamen i deras dagliga arbete. Buurzorg använder ett effektivt IT-system som hjälper till med planering och dokumentation, vilket gör det möjligt för sjuksköterskor att fokusera på vården. Den

⁶⁴ Ekholm A & Caesar I (2022). Ett aktionsforskningsuppdrag om datadrivet förbättringsarbete i Borgholms hemsjukvård

⁶⁵ Jönsson B & Åkesson Å (2020). Tid för tillit och trygghet. ISBN: 9789178091454

⁶⁶ Commonwealth Fund. (2023). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurzorg Model.

⁶⁷ Centre For Public Impact. (2023). Buurzorg: revolutionising home care in the Netherlands.

Associationsformer

självstyrande strukturen skapar både en hög grad av autonomi för vårdpersonalen och stora kostnadsbesparingar jämfört med traditionella vårdmodeller⁶⁸.

Buurtzorg har fått höga betyg både från patienter och personal, och studier har visat att det leder till bättre vårdkvalitet, snabbare återhämtning för patienter och lägre kostnader för vården. Buurtzorgs resultat och visar att modellen inte bara har lett till högre patientnöjdhet utan även betydande kostnadsbesparingar⁶⁹. I en utvärdering från 2009 visade att Buurtzorgs vårdmodell kunde möta patienternas behov med 40 procent färre vårdtimmar jämfört med andra vårdorganisationer. Modellen ledde även till snabbare återhämtning, färre sjukhusinläggningar och betydande kostnadsbesparingar.⁷⁰

Buurtzorg har expanderat till 17 länder med lokala verksamheter⁷¹. I Sverige etablerades Grannvård som ett lokalt initiativ, främst i Bålsta (Håbo kommun), inspirerat av Buurtzorg-modellen. Grannvård har sedan integrerats som en internationell partner i Buurtzorg in Sweden. Konceptet för Grannvård/Buurtzorg in Sweden bygger på små, självstyrande team av sjuksköterskor som erbjuder hemvård och tar ett helhetsansvar för sina klienters vård. Fokus ligger på att förbättra livskvaliteten, och modellen har fått positivt respons både från insatstagare och medarbetare i Sverige. Dock har Grannvård/Buurtzorg in Sweden stött på utmaningar, särskilt kring det kommunala ersättningssystemen.⁷²

Reflektioner:

Buurtzorg i Nederländerna bör betraktas som en utmärkt förebild för Västra Värmlands omställning till Nära Vård. Organisationen har funnits i många år och är välutredd när det gäller dess positiva effekter för både personal och insatstagare. Modellen är internationellt prisad för dess effektivitet och produktivitet och Buurtzorg också visat sig vara ekonomiskt hållbar. Det som gör organisationen unik är dess struktur, som primärt är byggd för att stärka medarbetarna och förbättra kvaliteten för insatstagarna, snarare än att anpassa sig till ett rigitt system.

I Sverige är vi ofta fokuserade på att skapa system i första hand, och förväntar oss sedan att medarbetare och patienter eller brukare ska anpassa sig till dessa strukturer. Detta angreppssätt leder sällan till optimal effektivitet eller produktivitet. Buurtzorg-modellen visar istället att när fokus ligger på medarbetarnas och insatstagarnas behov, snarare än systemets krav, kan man uppnå både bättre resultat och högre tillfredsställelse inom vården och omsorgen. Denna modell erbjuder en viktig lärdom för Västra Värmland i arbetet med att skapa en mer effektiv och personcentrerad vård.

Det är svårt att förstå varför Grannvård/Buurtzorg in Sweden inte har fått större geografisk spridning och mer uppmärksamhet i Sverige. I samtal med initiativtagarna för ca 15 år sedan sa de att den strikta kulturen med minutschema per arbetsuppgift inom hemtjänsten och de kommunala ersättningsmodellerna gjorde att det blev svårt att implementera i svensk kontext.

⁶⁸ Buurtzorg International. (2023). Selfmanagement how it does work.

⁶⁹ Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Urban Institute.

⁷⁰ Ernst & Young. (2009). Efficiency Study of Home Care Services in the Netherlands: Buurtzorg.

⁷¹ <https://www.buurtzorg.com/collaboration/international-partners/>

⁷² Buurtzorg International. (2017). Update from Grannvård Sweden.

Associationsformer

Finland

Finlands vårdmodell har genomgått stora förändringar genom SOTE-reformen som trädde i kraft 2023⁷³. Reformen integrerar hälso- och sjukvård, socialtjänst och räddningstjänst under de nyinrättade 21 välfärdsområdena, vilket stärker samverkan och förbättrar krisberedskap och respons. Målet är att säkerställa likvärdig tillgång till tjänster, oavsett bostadsort, samtidigt som kostnaderna minskas genom bättre samordning och centralisering av resurser.⁷⁴

Modellen är statligt finansierad, och genom reformen överförs ansvaret från kommunerna till välfärdsområdena, vilket ska främja jämlik vård över hela landet. Detta innebär en förbättrad tillgång till tjänster i glesbefolkade områden och minskad fragmentering inom social- och sjukvården.⁷⁵

Reflektioner:

Det är svårt att dra slutsatser om effekterna av SOTE-reformen, dels för att den är relativt ny, och dels på grund av de stora skillnaderna mellan Sveriges och Finlands vårdstrukturer och invånarnas förhållningssätt till sjukvård och omsorg. I Finland hanteras vårdstrukturer och samhällsbehov på ett annat sätt än i Sverige, vilket gör en direkt jämförelse komplicerad.

En intressant iakttagelse är att Finland inför 21 välfärdsområden med SOTE-reformen för att öka decentraliseringen av sjukvården, samtidigt som vi i Sverige diskuterar möjligheten att fusionera regioner eller förstatliga delar av sjukvården.

Den finska SOTE-reformen har gjort en tydlig satsning på att förbättra tillgängligheten i glesbygdsområden, men reformens struktur är mer jämförbar med hur man på nationell nivå bör arbeta i Sverige än med hur ett specifikt område som Västra Värmland skulle kunna agera på lokal nivå.

Gotland

Gotland styr sin sjukvård och omsorg genom Region Gotland, som fungerar som både region och kommun – en unik struktur i Sverige. Region Gotland ansvarar för vård- och omsorgsfrågor, vilket skapar en integrerad organisation. Detta underlättar samordning mellan primärvård, specialistvård och omsorgstjänster. Visby lasarett, öns enda sjukhus, erbjuder akut- och specialistvård, medan vårdcentraler och äldreboenden kompletterar vårdutbudet lokalt. Geografin innebär särskilda utmaningar, såsom behovet av att transportera patienter till fastlandet för avancerad vård.⁷⁶

Nyligen har dock Region Gotland uttryckt behov av statlig hjälp för att hantera sjukvårdsansvaret. Regionen har begärt att staten tar över det ekonomiska ansvaret för sjukvården, på grund av den ekonomiska pressen som den nuvarande strukturen medför.⁷⁷

⁷³ Finansministeriet. (2022). SOTE-reformen: En guide till Finlands välfärdsmodell. Helsinki: Valtioneuvosto.

⁷⁴ Vuorenkoski, L. (2021). Health Care Systems in Transition: Finland. European Observatory on Health Systems and Policies.

⁷⁵ THL – Institutet för hälsa och välfärd. (2023). Reformen inom social- och hälsovården. Helsinki: THL.

⁷⁶ Region Gotland. (2024). Regionledningen föreslår hur regeringen kan finansiera öns hälso- och sjukvård.

⁷⁷ Dagens Medicin. (2023). Gotland vill att staten tar över sjukvården.

Associationsformer

Denna utveckling markerar en potentiell förändring i hur vården organiseras på Gotland framöver.

Reflektioner:

Gotland har en unik struktur inom Sverige som ofta gör att regionen framstår som en outlier i nationell öppen statistik, särskilt inom sjukvården. Som en ö med färjetrafik till fastlandet, och ett starkt beroende av Stockholm, möter Gotland särskilda utmaningar. Dess lilla permanenta befolkning, kombinerat med en kraftigt ökande befolkning under turistsäsongen, samt dess ökade militära betydelse, placerar Gotland i en särskild situation som skiljer sig från övriga regioner i landet. Det är därför inte förvånande att just Region Gotland efterfrågar ett ökat nationellt stöd. Detta bör inte ses som ett uttryck för en önskan om ökad centralisering, en efterfrågan om minskat självstyre eller att man vill att staten skall ta över ansvaret för lokalbefolkningens primärvård eller allmän vård (mer än kanske rent ekonomiskt), utan snarare som en naturlig följd av regionens unika geografiska, säsong varierade och demografiska förutsättningar.

Hälsostaden Ängelholm

Hälsostaden Ängelholm är ett samarbete inom vård och omsorg som startade 2013. Projektet syftar till att erbjuda integrerad vård med fokus på både primärvård, specialistvård och kommunal omsorg. Hälsostaden drivs av ett samägt fastighetsbolag, Hälsostaden Ängelholm AB, som förvaltar sjukhusområdet. Bolaget är ett joint venture mellan Region Skåne, byggföretaget Peab och fastighetsbolaget Wihlborgs. Detta samarbete är tänkt att möjliggör effektiv fastighetsutveckling med fokus på långsiktig hållbarhet och modern vårdmiljö.⁷⁸

Hälsostaden strävar efter att skapa en närmare koppling mellan vård, hälsa och staden genom att integrera vårdinrättningar i stadsmiljön. Projektet lägger stor vikt vid att främja hälsa genom grönområden och patientcentrerade vårdmiljöer. De återinvesterar alla eventuella överskott i verksamheten, med syftet att maximera hälsofördelarna för invånarna.⁷⁹

Reflektioner:

Det mest intressanta med Hälsostaden Ängelholm är deras innovativa fokus på hur stadsplanering kan främja en hälsosammare befolkning. Detta perspektiv borde vara en självklarhet för alla svenska kommuner år 2024, där det ofta stannar vid teoretiska idéer snarare än praktisk tillämpning. Om Västra Värmland inleder omställningen med konkreta åtgärder, kan Hälsostaden Ängelholm fungera som en inspirerande förebild framgent i omställningsarbetet. Det kan dock vara utmanande att direkt överföra Hälsostadens modell till en verksamhet som istället bör fullt fokusera på medarbetarnas problem och invånarnas behov.

⁷⁸ Hälsostaden Ängelholm. (2023). Om Hälsostaden. Läst 10 september 2024, från www.halsostaden.se.

⁷⁹ Fastighetssverige. (2023). Paulssonbröderna bygger Hälsostad. Läst 10 september 2024, från www.fastighetssverige.se.

International Foundation for Integrated Care

Sedan sommaren 2023 har England implementerat en modell med så kallade Integrated Care Systems (ICS), som samlar statliga medel för sjukvård via NHS tillsammans med lokala medel från kommuner och frivilligorganisationer i 42 områden. Syftet med ICS är att förbättra hälsa och vård genom att integrera resurser på ett lokalt plan och därmed minska ojämlikheter och förbättra vårdens kvalitet. Varje ICS har en viss flexibilitet att anpassa sitt samarbete beroende på lokala behov och geografiska förutsättningar, vilket ger utrymme för att utveckla skräddarsydda lösningar för sina invånare.

ICS omfattar ett brett spektrum av aktörer, inklusive NHS, lokala myndigheter, vårdgivare och frivilligorganisationer, som tillsammans ansvarar för planering och leverans av hälso- och sjukvård i sina respektive områden. Systemet är utformat för att underlätta samordnade vårdinsatser, minska akuta sjukhusinläggningar och förbättra patienternas upplevelse av kontinuitet i vården.^{80 81}

Reflektioner:

England står, precis som Sverige, inför betydande utmaningar inom sjukvården, där bristande tillgänglighet, långa vårdköer och en försämrad folkhälsa kombineras med kraftigt ökade kostnader⁸². Deras socialtjänst är inte lika omfattande som den svenska, vilket gör att sjukvården i ännu större grad får bära ansvaret för breda folkhälsoinsatser. Deras satsning på ICS framstår som ett logiskt svar på dessa komplexa problem, då ett mer sammanhållet och lokalt förankrat arbetssätt kan leda till bättre samordning och ökad effektivitet. Samtidigt är satsningen fortfarande för ny för att dra några konkreta lärdomar av resultaten. Trots detta finns det anledning att vara optimistisk, och ICSs tvärdisciplinära tillvägagångssätt kan tjäna som en inspirerande modell för Västra Värmland.

Joint Commissioning i Skottland

Joint Commissioning i Skottland är en metod för att planera och leverera integrerade hälso- och sjukvårdstjänster genom samarbete mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheter och kommuner. Syftet är att förbättra vårdkvaliteten och effektiviteten genom att samordna resurser och tjänster för att bättre möta befolkningens behov.⁸³ Det styrs genom lokala integrationsmyndigheter, som har ansvar för att planera och genomföra tjänster under den lagstadgade ramen från Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014⁸⁴.

Resultaten av Joint Commissioning i Skottland har varit blandade. En statlig rapport från Audit Scotland lyfter fram framgångar i hur integrering av vårdtjänster förbättrat tillgången och kvaliteten på vård. Samtidigt pekar samma rapport på utmaningar, såsom att finansieringsmodellerna inte alltid matchar de operativa behoven, vilket skapar ekonomiska spänningar och ojämlikheter. En nyckelfaktor bakom de framgångar som uppnåtts är att

⁸⁰ NHS England (2023). [Integrated Care in your area](#)

⁸¹ Health Foundation (2023). [Integrated Care Systems: what do they look like?](#)

⁸² Darzi, Lord. (2024). NHS in Critical Condition: Major Report on the State of the NHS. United Kingdom Government.

⁸³ Social Care and National Care Service Development (2024). Health and social care - integration authority guidance: consultation analysis. 10 July 2024. ISBN 9781836014157

⁸⁴ Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014

Associationsformer

processen bygger på nära samarbete och transparens mellan alla involverade aktörer, vilket främjar innovation och effektivare resursanvändning på lokal nivå.⁸⁵

Reflektioner:

Joint Commissioning i Skottland kan fungera som en internationell referens för Sveriges arbete med Nära Vård, då båda modellerna strävar efter att förbättra samverkan inom vård och omsorg. Skottland införde 2014 en lagstiftning för att stödja denna samverkan, men resultaten har varit varierande, vilket visar på de komplexa utmaningarna. På samma sätt har Sverige haft liknande svårigheter, trots att regeringen avsatte 15,5 miljarder kronor mellan 2019 och 2021 för att stärka Nära Vård, utan att se något egentligt resultat⁸⁶. Sedan Vårdanalys utredning har efterföljande regeringar fortsatt att investera stora mängder skattepengar i satsningen på Nära Vård med mycket osäkert resultat av implementeringen. Detta understryker hur svårt det är att uppnå framgång i samverkansmodeller för vård- och omsorgsproblem på makronivå då kvaliteten inom vård och omsorg snarare bestäms av mikrosystemet (se avsnitt om [Mikrosystemsteori](#)).

Ljungby lasarett

Under sommaren 2024 gick tre kommuner i Småland (Ljungby, Älmhult och Markaryd) ut med att de vill överta driften av Ljungby lasarett från Region Kronoberg. Diskussionerna handlar om att utforska möjligheten att driva sjukhuset enligt en "intraprenadliknande" modell, där kommunerna skulle få gemensamt inflytande över sjukhusets verksamhet. En gemensam styrgrupp har bildats mellan kommunerna och regionen för att utreda detta närmare, och ett av alternativen som diskuteras är en modell liknande den som används för Norrtälje sjukhus, där kommun och region samarbetar nära i driften av vården (se avsnitt om [TioHundra i Norrtälje](#)). Målet är att säkerställa att akutsjukvården kan stanna kvar i Ljungby och inte flyttas till Centrallasarettet i Växjö. En utvärderingsrapport kring möjligheterna för denna typ av organisationsform förväntas presenteras i november 2024, och samtal pågår även om hur näringslivet kan involveras i projektet.^{87 88 89}

Reflektioner:

Det är anmärkningsvärt, men inte oväntat, att flera kommuner i Sverige står inför liknande utmaningar som Västra Värmland i omställningen till Nära Vård. Genom att etablera samverkan med kommuner som till exempel Ljungby, Älmhult och Markaryd kan värdefulla erfarenheter och insikter delas, vilket underlättar och effektiviserar omställningsprocessen. Genom att lära av andras framgångar och utmaningar kan Västra Värmland dra nytta av andras beprövade lösningar och undvika potentiella fallgropar, vilket i sin tur kan bidra till en smidigare övergång och förbättrade insatser för invånarna.

⁸⁵ Accounts Commission (2023). Audit Scotland's High-level Analysis of IJBs.

⁸⁶ Vårdanalys (2021). Nära vård i sikte? Rapport 2021:8

⁸⁷ Region Kronoberg via TT. Alternativa sätt att driva Lasarettet Ljungby ska utredas tillsammans med kommunerna i västra Kronoberg. 25.6.2024 13:59:22 CEST

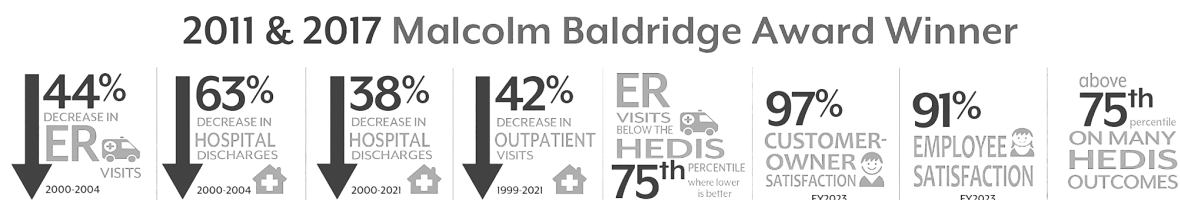
⁸⁸ Dagens Medicin. Kommuner intresserade av att driva Ljungby lasarett. Publicerad 15 juli 2024 kl 10:00

⁸⁹ Läkartidningen. Ljungby lasarett kan komma att drivas enligt Norrtäljemodell. Publicerad 15 juli 2024 kl 10:00

NUKA system of care i Alaska

NUKA-systemet i Alaska, utvecklat av Southcentral Foundation, är ett vårdmodell som bygger på en nära samverkan mellan vårdgivare och de som får vård, kallade "customer-owners". I detta system är vårdmottagarna ägare av sin egen vård och är aktivt involverade i beslutsprocesser. Modellen är inriktad på helhetshälsa och kombinerar socialtjänst, fysisk och mental vård. Styrningen av NUKA är decentraliserad, där beslut fattas på alla nivåer av organisationen genom så kallade funktionskommittéer som täcker drift, kvalitetssäkring, kvalitetsförbättring och processutveckling.⁹⁰ Systemet är relationellt och bygger på långvariga förhållanden mellan vårdteam och "customer-owners". Finansieringen kommer främst från Indian Health Service samt Medicaid och Medicare⁹¹.

NUKA System of Care har blivit en internationellt prisad modell för vårdomvandling, med fokus på relationer, kundägarskap och kontinuerliga förbättringar för att förbättra folkhälsan. NUKA-modellen inte bara förbättrade vården utan även ledde till mätbara förbättringar i befolkningens hälsa, såsom minskade akutbesök och sjukhusinläggningar, samt ökad livskvalitet och patientnöjdhet.⁹² Effekterna av systemet är även utrett⁹³, som ett exempel på hur ett patientcenterat, samhällsdrivet vårdssystem kan leda till förbättrad hälsa och vårdkvalitet. Ett centralt inslag är primärprevention, såsom att förbättra boendeförhållanden för utsatta grupper och därigenom förbättra den långsiktiga folkhälsan i regionen. NUKA har tagit ett helhetsansvar för att adressera de preventiva faktorerna kopplade till exempelvis hög alkoholkonsumtion hos inuiter för att minska familjevåld, självmord och intergenerationell sorg. Behandlingarna inkluderar medicinska behandlingar med familjebaserad vård, integrering av inuitiska traditioner och värderingar samt olika behandlingsprogram och religiöst engagemang.⁹⁴



Figur 9. Sammanställning av förbättringsarbetet för NUKA system of care. Källa: NUKA system of care⁹⁵

Reflektioner:

NUKA System of Care i Alaska är en god förebild för Västra Värmland, särskilt vad gäller förebyggande arbete och helhetsperspektiv för medborgare med stora samordningsbehov. NUKA-modellen har visat vägen för hur man i modern tid kan adressera komplexa

⁹⁰ Southcentral Foundation. (2023). Nuka System of Care. Läst 10 september 2024, från scfnuka.com.

⁹¹ Primary Care Collaborative. (2023). Alaska Southcentral Foundation - Nuka System of Care. Läst 10 september 2024, från thepcc.org.

⁹² Gottlieb, K. (2013). The Nuka System of Care: Improving Health through Ownership and Relationships. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 21118.

⁹³ Ham, C., Berwick, D., & Dixon, J. (2017). *Improving Quality in the English NHS: A Strategy for Action*. King's Fund.

⁹⁴ Seale, J. P., Shellenberger, S., & Spence, J. (2006). *Alcohol Problems in Alaska Natives: Lessons from the Inuit*.

⁹⁵ <https://scfnuka.com/>

Associationsformer

hälsofrågor framgångsrikt, vilket i deras fall var inuiter med låg socioekonomisk status och utbredda alkoholrelaterade hälsoproblem.

Sjukvården står för endast 15-25 procent⁹⁶ av de totala samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa. Detta understryker vikten av att satsa på tvärprofessionella insatser, där medicinska aspekter, skola och socialtjänst involveras för en gynnsam och samhällsekonomisk hållbar samhällsutveckling. Genom att lägga särskilt fokus på förebyggande arbete, med en helhetsinriktad strategi där olika sektorer samarbetar för att främja folkhälsa, kommer att vara avgörande för att lösa komplexa samhällsproblem och lyckas med transformationen mot Nära Vård.

Praktikertjänst

Praktikertjänst är Sveriges största privata vårdgivare inom både tandvård och hälso- och sjukvård. Det unika med Praktikertjänst är att det ägs och drivs av sina egna anställda. Organisationen fungerar som ett så kallat "partnerägt" företag, där läkare, tandläkare, sjuksköterskor och andra yrkesutövare som arbetar inom bolaget är delägare.

Praktikertjänst är organiserat på så sätt att varje delägare har stor frihet att driva sin verksamhet självständigt, men med stöd från den centrala organisationen som hanterar administration, ekonomi och juridiska frågor. Detta decentraliserade system gör det möjligt för varje mottagning att vara flexibel och anpassa sig efter lokala behov, samtidigt som man får fördelarna av att vara en del av en större organisation.⁹⁷

Reflektioner:

Historiskt sett var läkarmottagningar i Sverige ofta privatägda. Läkare drev sina egna praktiker, finansierade genom patientavgifter, men det ändrade sig efter mitten av 1900-talet. Under 1960-talet började den svenska staten ta en mer aktiv roll i sjukvården. Apoteken i Sverige förstatligades 1970. Genom riksdagsbeslutet den 4 december 1969 skapades Apoteksbolaget AB (senare omdöpt till Apoteket AB), som fick monopol på all detaljhandel med läkemedel i Sverige. Två kronorsreformen infördes 1969 i Sverige. Den innebar att en patientavgift på 2 kronor infördes för läkarbesök inom primärvården, i syfte att göra vården mer tillgänglig och överkomlig för allmänheten. Med hänsyn tagen till inflationen skulle motsvarande patientavgift vara 21 kronor idag. Reformen var ett tidigt steg i utvecklingen av primärvården och en viktig del i statens arbete med att stärka och bygga ut vårdcentraler som bas för hälso- och sjukvårdssystemet och på 70-talet blev offentligt finansierade vårdcentraler allt vanligare.

Idag representerar Praktikertjänst en kvarleva av den tidigare modellen genom sin decentraliserade och medarbetarägda struktur. Företaget betonar att denna modell, där vårdpersonal även är delägare, främjar ett starkt lokalt ansvarstagande och en god arbetsmiljö. Denna struktur anses vara en nyckelfaktor bakom deras framgång i medarbetarundersökningar. År 2023 rankades Praktikertjänst som Sveriges näst bästa arbetsgivare i Universums årliga undersökning, en anmärkningsvärd prestation då vård- och omsorgssektorn i Sverige sällan placerar sig högt i sådana sammanhang.

⁹⁶ Joakim Ramsberg och Mats Ekelund, Ekonomisk debatt, nr 5, 2011. Stuprörstänkande gör samhällets kostnader för ohälsa onödigt höga

⁹⁷ Praktikertjänst årsredovisning 2022

TioHundra i Norrtälje

10100, eller Tiohundra AB, är ett vårdbolag i Norrtälje som kombinerar både sjukvård och omsorg inom en och samma organisation. Bolaget ägs av Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON), vilket är ett samarbete mellan Region Stockholm och Norrtälje kommun. Denna sammanslagning innebär att bolaget ansvarar för allt från akutsjukvård vid Norrtälje sjukhus, vårdcentraler, psykiatrisk vård, äldreboenden, och LSS-verksamheter, till hemtjänst och personlig assistans.

Genom att samla vård och omsorg under samma tak strävar Tiohundra efter att skapa mer effektiva och sammanhängande vårdkedjor, vilket förbättrar patienternas upplevelse och effektiviserar resursanvändningen. Tiohundra har också som uppdrag att utveckla nya verksamhetsformer som ytterligare kan öka effektiviteten i vård och omsorg.^{98 99 100}

Reflektioner:

Tiohundra har visat en stark förmåga att hantera komplexa utmaningar och utveckla lösningar på ett lokalt plan, vilket är en av dess stora styrkor. Genom att successivt genomföra förändringar har vårdbolaget kunnat anpassa sig efter omgivande behov och samtidigt bibehålla en flexibilitet som få andra aktörer kan uppvisa. Trots att strukturen har utvecklats stegvis, vilket skapat viss komplexitet, finns det en tydlig kapacitet att omvandla utmaningar till praktiska lösningar på plats.

En viktig aspekt som kan utvecklas ytterligare är balansen i mandat mellan huvudmännen, där en mer jämn fördelning skulle kunna förstärka beslutsfattandet och möjliggöra ännu effektivare samverkan. Samtidigt erbjuder Tiohundras lokala styrmodell stor potential för att främja innovativa arbetsmetoder, särskilt om StyrGruppens roll anpassas för att stödja nytänkande och kreativa lösningar.

Trots ett något mer begränsat ekonomiskt mandat i jämförelse med privata aktörer har Tiohundra visat att det går att uppnå en effektiv resursanvändning och skapa värde för medborgarna genom lokal förankring och praktiska lösningar. Dess decentraliserade modell möjliggör ett snabbare och mer situationsanpassat agerande, något som skapar stor potential för effektiv vård och omsorg.

Sammanfattningsvis finns det mycket att inspireras av i Tiohundras arbetssätt för Västra Värmland. Särskilt den praktiska förmågan att lösa saker på lokal nivå och den flexibilitet som finns i att kunna anpassa sig till förändringar är värdefulla lärdomar. Dessutom erbjuder Tiohundra en vilja att dela med sig av sina erfarenheter, särskilt inom områden som IT-struktur och ledningsarbete, vilket kan vara till stor nytta för framtida samarbeten och utveckling.

⁹⁸ Region Stockholm. (2023). Tiohundra AB - Organisation och verksamhet. Läst 10 september 2024, från <https://www.regionstockholm.se> (Region Stockholm).

⁹⁹ Vårdbolaget Tiohundra. (2024). Om Tiohundra – Vårdbolaget i Norrtälje. Läst 10 september 2024, från <https://www.tiohundra.se>.

¹⁰⁰ Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON). (2023). Norrtälje sjukhus – Sjukvård och omsorg. Läst 10 september 2024, från <https://www.sjukvardomsorg.se>.

lakttagelser

Insikterna i detta arbete bygger på en omfattande insamling av information från flera källor. Dessa inkluderar möten, en workshop med Strategigruppen för Nära Vård i Västra Värmland, samt grundläggande verksamhetsbeskrivningar från Västra Värmland. Vidare har öppen jämförande data och en litteraturgenomgång använts. Totalt genomfördes 12 intervjuer med bland annat samtliga kommundirektörer i Västra Värmland, avgående hälso- och sjukvårdsdirektör, HSN-ordförande, regiondirektör, chefläkare samt representanter från strategigruppen och referensverksamheter.

Samsyn

Utifrån intervjuerna har det framkommit att det finns en tydlig brist på samsyn kring problematiken mellan olika organisationer, vilket försvårar arbetet med att skapa gemensamma lösningar. Framför allt saknas en samsyn om hur allvarlig situationen är, särskilt i samverkan mellan kommuner och regionen. Detta leder till att parterna ofta ser på varandra som källan till problemet, medan den egna organisationen (och den egna insatsen) bedöms som tillräcklig. Ett sådant perspektiv kan förklaras av Dunning-Kruger-effekten, där individer och organisationer tenderar att överskatta sin egen kompetens och samtidigt underskatta komplexiteten i andras situationer.

Dunning-Kruger-effekten beskriver en kognitiv bias där individer med låg kompetens inom ett område tenderar att överskatta sin förmåga, medan de med hög kompetens ofta underskattar sin egen skicklighet. Detta leder till att personer med begränsad kunskap eller erfarenhet ofta (felaktigt) bedömer sig som mer kompetenta än vad de faktiskt är. Effekten upptäcktes av psykologerna David Dunning och Justin Kruger (1999) och har visats i flera studier inom olika områden (Dunning & Kruger, 1999¹⁰¹).

Utvecklingen av samarbetet hämmas av nuvarande organisationsstrukturen, vilket särskilt framkommer i tidigare försök att förbättra samverkan. Ett exempel på detta är initiativet "Nya perspektiv", som startades 2007 med målet att främja folkhälsa. Trots de goda intentionerna har det resulterat i begränsade framsteg vad gäller utvecklingen av samarbetsformer. Projektet har dock haft sitt fokus på folkhälsofrågor snarare än på strukturella förbättringar i samverkan, vilket givetvis bidragit till att det organisatoriska samarbetet inte har utvecklats i positiv riktning.

Ett annat område där samsyn saknas mellan regionen och kommunerna är i frågor som berör delad information inom främst journalföringen. Sedan 1 Januari 2021¹⁰² är det tillåtet att föra över information mellan socialtjänsten och sjukvården. På vanligt svenskt maner är det givetvis inte fråga om gemensam journalföring med patienten i fokus utan endast om det verkligen är helt nödvändigt kan man tillåtas se information i varandras journalföring.

Företrädare från regionen påpekar ofta i olika intervjuer eller möten om att kommunerna ges gratis tillträde till samma journalsystem (Cambio Cosmic), dock finns låg förståelse från regionala företrädares sida för att journalsystemet inte täcker nödvändiga delar inom SoL-

¹⁰¹ Dunning, D., & Kruger, J. (1999). Unskilled and unaware of it. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.

¹⁰² Lag (2020:646) om ändring i patientdatalagen och motsvarande anpassningar i Socialtjänstlagen

lakttagelser

eller LSS-journalföring, vilket är avgörande för att klara av den kommunala samordningen. Det kommunala uppdraget är i någon mening mycket bredare, det handlar om invånarnas hela livssituation inklusive till exempel skolgång, ekonomiskt bistånd, omhändertagande av barn och tvångsplacering av missbrukare etc. Dagens kommunala system har mer eller mindre välfungerande lösningar för hela det kommunala socialtjänstens behov. Att gå över till ett annat system endast för sjukvårdsdelen innebär därför ett nytt gränssnitt mellan olika delar i kommunens verksamhet, som går mitt i verksamheten. Idag går gränssnittet för vården mellan två huvudmän. Det är naturligtvis krångligt, men ger ändå lite större möjligheter till intern koordinering inom socialtjänsten.

I takt med att kommunens sjukvårdsuppdrag blir allt mer omfattande kommer incitamenten för ett mer medicinskt anpassat journalsystem säkerligen stärkas, men kommunernas övergång i dagsläget är en långt mer komplicerad process än vad man i förstone inser. Nuvarande medicinska journalsystem behöver antingen utvecklas för den kommunala tjänstens behov alternativt kompletteras med moduler (som i dagsläget har oklar integrering). Många regioner står just nu inför ett journalsystemsbyte¹⁰³, vilket i sig är en komplicerad process för medarbetarna där många regioner räknar med produktionstapp och dubbeldokumentation. Om kommunerna i Värmland i dagsläget skulle gratis övergå till samma journalsystem som regionen har skulle omställningsarbetet troligtvis vara större än då en region byter från ett regionalt journalsystem till ett annat regionalt journalsystem. Antagligen skulle en övergång för kommunerna i Värmland innebära att de skulle behöva båda systemen parallellt inom sin organisation, tills den kommunala delen av journalsystemet antingen utvecklats eller ger möjlighet för full integrering av kommunala moduler från andra leverantörer.

Sammanfattningsvis finns det flera områden där samsyn saknas, och det är avgörande att åtgärda detta för att möjliggöra långsiktiga förbättringar. En gemensam förståelse för både problemens omfattning och allvar är nödvändig, samt en vilja att utmana befintliga organisationsstrukturer. Samsyn skapas bäst genom ett gemensamt arbete kring delade problem; det är först när man verkligen samarbetar som man kan nå enighet kring de svåraste frågorna.

Samverkan

Utifrån intervjuerna har det framkommit att det finns flera kontaktytor mellan olika huvudmän som inte fungerar optimalt, vilket påverkar samarbetet negativt. För att kunna möta framtida utmaningar med kompetensförsörjning är det avgörande att produktiviteten inom organisationen får en större tyngd. En effektivare arbetsprocess kan hjälpa organisationer att maximera sina resurser och därmed bättre hantera de krav som ställs.

Ekonomistyrningen mellan olika aktörer, där fakturor skickas fram och tillbaka, är välkänt problematiskt för samverkan¹⁰⁴. Istället för att främja lösningar skapar denna hantering en

¹⁰³ Sussa-samarbetet, som består av nio regioner i Sverige, har beslutat att byta till journalsystemet Cambio COSMIC under 2024 och 2025. De regioner som ingår i samarbetet är Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro län. Region Örebro är först ut med att implementera systemet i september 2024, och därefter sker utrollningen i de övriga regionerna stegvis, med den sista implementeringen planerad till våren 2025.

¹⁰⁴ Leading Health Care (2014), Ekonomi på tvären, Ersättningsmodeller för samverkan -En vägledning

lakttagelser

situation där aktörerna skyller på varandra, ofta benämnd som en "Svarte Petter-situation". Det innebär att ingen vill ta ansvar för problem som uppstår, eftersom de upplever att kostnaderna skjuts över på andra parter. Ett tydligt mönster som framkommit är att ju mer fokus som läggs på ekonomistyrning, desto mindre blir incitamenten för samarbete mellan de olika organisationerna.

Ett annat område som upplevs som problematiskt är definitionen och hanteringen av begreppet "utskrivningsklar". Detta gränssnitt uppfattas som vagt och subjektivt, vilket ofta leder till konflikter mellan olika aktörer om ansvaret för individen. Bristen på tydliga riktlinjer skapar osäkerhet och försvårar en effektiv samordning i vårdkedjan.

När det gäller samarbetet mellan regioner, bedöms detta numera fungera väl och utan större problem. Tidigare utmaningar har adresserats och lösningar har implementerats. Däremot har samarbetet mellan kommuner varit varierande.

Historiskt sett har problem uppstått inom det kommunala samarbetet, till exempel i samband med införandet av gemensamma HR-system och frågor om naturskyddsområden. Samtidigt finns det också positiva exempel, som det gemensamma arbetet inom räddningstjänsten och nattpatrullens verksamhet, där samarbetet har fungerat väl.

Projektet har även inneburit en genomgång av litteratur från huvudmännen som påvisar samverkansproblem. Till exempel har Region Värmland har ett nytt analysverktyg¹⁰⁵ där de kan utreda antalet kontakter för en enskild individ. I en utredning hittades individen "Selma" som mellan 2017 och 2022 har haft 1404 kontakter som uppskattningsvis kostat närmare 10 miljoner. Detta motsvarar en kontakt oftare än varannan dag (0,64).



Figur 10. Region Värmlands egna sammanställning av en ung kvinnas socialtjänst- och vårdkontakter mellan 2017-2022. Källa: Region Värmland

¹⁰⁵ via Tea-databasen där regionens alla insatser (inklusive privata aktörer, ambulanser etc) samlas per patient.

Lakttagelser

Det är anmärkningsvärt att "Selma" till exempel har tvingats träffa 253 olika läkare i en region under 6 års tid. Resultatet visar att kontinuitet för patienten är lidande då läkarmöten bokas av regionen, trots att just kontinuitet är en av de tydligaste indikatorerna för god kvalitet - särskilt för unga personer med psykisk ohälsa¹⁰⁶. "Selma" har även haft 104 olika diagnoser, vilket i sig är anmärkningsvärt. De uppgifter från den kommunala verksamheten är inte faktiska uppgifter för en verklig person, utan ett arbete med att ta fram typiska kommunala åtgärder för en person som Selma.

Sedan regionen fick tillgång till analysverktyget och patienter som "Selma" kunde uppmärksammas, har till exempel vårdcentraler i regionen fått tillgång till "Selma-rapporter" över deras listade mångbesökspatienter. I förlängningen behöver även kommunerna göra sin digitala hemläxa och se till att det i realtid finns samlade data kring varje invånares behov och insatser.

Utifrån regionens egna data konstateras det "Det är viktigt att belysa att det inte är säkert att någon gjort fel utifrån sitt enskilda uppdrag. Men på helheten kan vi ändå förstå att det INTE blir bra för "Selma", trots att vi lägger enorma resurser förstår vi att det ändå inte blir bra..."

"Det är viktigt att belysa att det inte är säkert att någon gjort fel utifrån sitt enskilda uppdrag. Men på helheten kan vi ändå förstå att det INTE blir bra för "Selma", trots att vi lägger enorma resurser förstår vi att det ändå inte blir bra..."

Citat: Ur Region Värmlands egna utredning

Detta är inte någon ny insikt, redan 1990 skrev Senge¹⁰⁷ om hur organisationer måste utformas med helheten som förebild.

"Selmas" situation är inte heller ovanlig i regionen efter data genomgången, vilket påvisar ett stort koordineringsproblem för barn och unga med psykisk ohälsa eller äldre med sammansatta behov. Det kommun och regiongemensamma ungdomscentralerna kanske kan bidra till en bättre utveckling i framtiden.

Detta är ofta resultatet när man försöker optimera delarna individuellt utan att ha ett holistiskt mål i åtanke. I industriella sammanhang kan detta vara en effektiv strategi, eftersom slutprodukten ofta är summan av dess delar, med en väldefinierad process som består av noggrant designade delmoment. I komplexa system, som inom vården, är det däremot svårt att förutsäga exakt hur patienten kommer att röra sig genom systemet. Därför kan man sällan förlita sig på att varje enskilt steg automatiskt bidrar positivt till helheten.

Associationsformer

Vid valet av en ny organisationsform för att uppnå Nära Vård, är det viktigt att beakta att decentralisering erbjuder stora möjligheter. Decentralisering kan ge verksamheten större flexibilitet och lokalt beslutsfattande, vilket är avgörande för att effektivt möta de varierande

¹⁰⁶ Se till exempel Freeman, G. K., & Hughes, J. (2010). Continuity of care and the patient experience: An inquiry into the quality of general practice in England. King's Fund. SBU (2021). "Om hjälpen hölls ihop" eller Vårdanalys (2020). "Relationskontinuitet i vården".

¹⁰⁷ Senge, P. M. (1990). The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization.

lakttagelser

behoven hos patienter, brukare och elever. Dock är dagens organisationer ofta inte anpassade för ett delegerat arbetssätt, och att enbart omfördela befogenheter utan att förändra strukturer riskerar att misslyckas.

En viktig insikt från organisationsteorin är att det inte finns en "perfekt" organisationsform. Istället bör fokus ligga på att skapa en flexibel modell som stödjer kontinuerlig utveckling och anpassning, även om den inte är helt optimal från start. Nuvarande strukturer är långt ifrån 100 procent effektiva, vilket gör det än viktigare att skapa en organisation som främjar innovation och inte begränsar utveckling.

Centraliserade organisationer tenderar att sträva efter att standardisera arbetssätt och motverka lokal anpassning och experiment. Detta kan bli hämmande i mikrosystemen, där själva vården och omsorgen produceras i mötet mellan brukare och professioner. Genom att anpassa organisationen efter mikrosystemens behov snarare än toppstyrda riktlinjer, kan man uppnå en mer flexibel och effektiv verksamhet som fokuserar på individens behov.

Denna förändringsprocess bör ske i dialog med de som är närmast verksamheten för att säkerställa att nya arbetssätt snabbt kan implementeras och utvärderas.

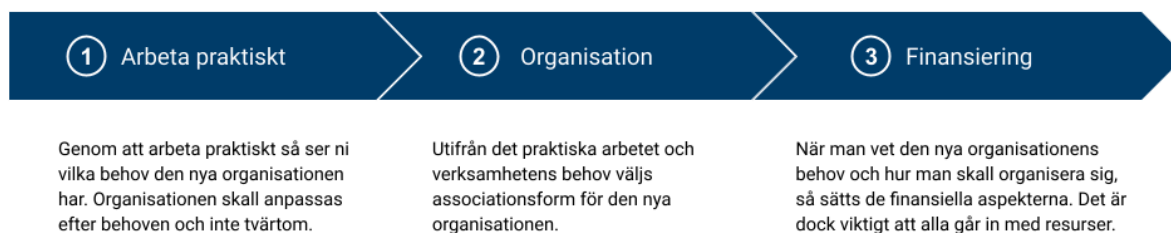
Nuvarande organisation är perfekt designad för att ge det resultat som ni får
⇒ Vill ni ha ett annat resultat så måste ni arbeta annorlunda...

Förslag till fortsatt arbete

Förslag på modell

Eftersom syftet med den nya organisationen är att på nya sätt möta individers behov, måste individen vara utgångspunkten i det nya samarbetet. För att den nya organisationen, i så hög grad som möjligt, ska stödja mikrosystemet och uppnå de mål som individerna har, är det helt avgörande att organisationen utformas utifrån praktiska erfarenheter från det dagliga arbetet med de individer som behöver insatser. Därefter kan man välja rätt samarbetsform och en lämplig finansieringsmodell som stöttar nya samarbeten. Det är avgörande att experimentera och pröva nya arbetssätt för att driva utvecklingen framåt om det ska gå att klara omställningen till Nära Vård. Om man istället börjar med att välja samarbetsform och ekonomisk modell, riskerar man att tvinga in mikrosystemet i en struktur som i bästa fall bara fungerar på papperet och i värsta fall hindrar essentiella samarbeten och utveckling.

För att framgångsrikt genomföra omställningen av verksamheten och skapa en tydlig bild av de ekonomiska förutsättningar som varje part bidrar med till den nya organisationen är det avgörande att inledningsvis arbeta praktiskt med faktiska problem (steg 1). Det är först då organisationens medarbetare arbetar praktiskt med riktiga problem som organisationens struktur (steg 2) och ekonomiska förutsättningar (steg 3) klarnar.



Figur 11. Förslag på modell för omställningsarbetet

Förslaget är därför att ta processen stegvist, med början i mikrosystemets behov. Denna metodik att praktiskt börja arbeta för att nå ett nytt läge förväntas leda till en ny form av organisering, budgetering och självbestämmande. Modellen innebär att befintliga resurser omfördelas på ett sätt som främjar ökad kvalitet, effektivitet och minskade kostnader. Genom att arbeta med samma, eller till och med färre, resurser kan organisationen bli mer flexibel och produktiv, vilket gynnar både verksamheten och invånarna.

Först skapar vi stigarna - sen asfalterar vi!

Preliminärt förslag på associationsform

Vårt förslag för associationsformen inom Västra Värmland är att på sikt etablera en medarbetardriven organisation, kompletterad med en gemensam politisk styrgrupp eller nämnd. Detta är dock ett preliminärt förslag baserat på den information som framkommit under projektets gång. Det är av yttersta vikt att val av den slutgiltiga organisationsformen

Förslag till fortsatt arbete

grundas på praktiska erfarenheter och utformas i enlighet med de principer och processer som beskrivs i denna rapport. Viktigast av allt är att organisationen designas efter mikrosystemets krav på styrning och samordning - inte efter teoretiska modeller eller politisk ideologi.

Valet av associationsform skall vara baserat på mikrosystemets krav på styrning och samordning - inte efter teoretiska modeller eller politisk ideologi

Annars når ni aldrig Nära Vård på riktigt!

En medarbetardriven organisation har dock visat sig erbjuda flera betydande fördelar, såsom:

- **Effekter på personalomsättning:** Att implementera en medarbetardriven organisation kan ha flera positiva effekter på personalomsättningen. Studier visar att när medarbetare känner att deras röster blir hörda och att de har ett meningsfullt inflytande över sitt arbete, ökar deras engagemang och tillfredsställelse, vilket i sin tur kan leda till minskad personalomsättning.
- **Ökat engagemang och tillfredsställelse:** I en studie av Bailey et al. 2017 framkommer det att medarbetare som känner sig engagerade och delaktiga i beslutsprocesser upplever högre arbetstillfredsställelse¹⁰⁸. Detta är en central faktor som påverkar hur länge en medarbetare väljer att stanna på sin arbetsplats. I medarbetardrivna organisationer, där individens autonomi och röst värderas, minskar risken för missnöje och därmed risken för hög personalomsättning.
- **Minskad stress och utbrändhet:** En annan effekt som kan minska personalomsättningen är att medarbetardrivna organisationer ofta främjar en sundare arbetsmiljö, där flexibilitet och självbestämmande leder till minskad stress. Enligt en studie av Crawford et al. 2014 minskar arbetsrelaterad stress när medarbetarna har mer kontroll över sina arbetsuppgifter och arbetsmiljö¹⁰⁹. Mindre stress och bättre balans mellan arbete och fritid bidrar till att medarbetarna stannar längre på arbetsplatsen.
- **Attraherar och behåller talanger:** En organisation som bygger på medarbetarinflytande attraherar ofta individer som söker mening och utveckling i sitt arbete. Detta kan göra det lättare att rekrytera och behålla talangfulla medarbetare. Forskning av Schneider och Bowen pekar på att organisationer med en stark och positiv företagskultur, där medarbetarna får möjlighet att påverka och växa, har lägre personalomsättning än organisationer som saknar denna typ av kultur¹¹⁰.

Dessa faktorer är centrala för att säkerställa långsiktig hållbarhet och kvalitet inom verksamheten. Medarbetardrivna organisationer erbjuder en strukturell modell där

¹⁰⁸ Bailey, C., Madden, A., Alfes, K., & Fletcher, L. (2017). The meaning, antecedents and outcomes of employee engagement: A narrative synthesis. *International Journal of Management Reviews*, 19(1), 31-53 (<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726717704674>)

¹⁰⁹ Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2014). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834-848. (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0018726713478668>)

¹¹⁰ Schneider, B., & Bowen, D. E. (2010). *Winning the service game*. Harvard Business Review Press (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585191003658888>)

Förslag till fortsatt arbete

medarbetarnas engagemang, autonomi och inflytande prioriteras. Detta har en direkt positiv inverkan på arbetsmiljö, arbetsglädje och i förlängningen även på personalomsättning. Genom att främja en kultur där individens röst och ansvarstagande är centrala, kan organisationer minska personalomsättningen och skapa en mer stabil och långsiktig arbetskraft.

Preliminärt förslag på finansiering

Vårt förslag för finansieringen av den nya organisationen är att vikta andelen av varje ingående parts totala budget som visar sig behövas i det nya arbetssättet. Detta upplägg syftar till att säkerställa en rättvis och hållbar resursfördelning, där alla parter bidrar proportionellt till modellen på lång sikt. De exakta detaljerna kring hur finansieringen ska utformas kommer dock att bero på det arbete som genomförs på mikrosystemsnivå samt den slutgiltiga organisationsformens avgränsningar mot olika verksamheter.

Genom att utgå från mikrosystemets behov anser vi att finansieringsmodellen kommer bidra till en effektivare och mer produktiv organisation som både ökar kvalitet och tillgänglighet, men även blir finansiellt lönsam sett från invånarnas behov. En ide för den framtida finansieringen är att låsa en andel av respektive huvudmans budget till det nya samarbetet. Så om skattesatsen eller skatteunderlaget förändras förändras summan men inte andelen från respektive huvudman. Kalkylerna kan göras mer komplicerade med åldersstandardisering, eller olika behovsvariabler, men det finns inga användningsfria fördelningsmodeller. Så bäst är kanske att göra det så enkelt som möjligt, så finns det färre ekonomiadministrativa saker att diskutera, och fokus kan istället läggas på hälsa, kvalitet och effektivitet. Kanske gör man en översyn av vikterna var sjunde år. Då har befolkningssammansättning och skatteunderlag förändrats på ett märkbart sätt.

Förslag till process

För att skapa verkliga förändringar och förbättringar bör arbetet initialt inriktas på de individer med störst behov, med fokus på att genomföra snabba och effektiva förändringar. Cirka 3,8 procent av befolkningen drar halva sjukvårdsbudgeten.¹¹¹ För kommunal vård & omsorg är befolkningsandelen ännu lägre. Det är också viktigt att förstå att det finns stor individuell variation inom grupper; ingen grupp kan generaliseras som sjuk eller i behov av kommunala insatser. Fokus i Nära Vård är på individer - att komma bort från grupptänkandet. Processen bygger därför på att börja arbeta med de personer som har störst behov.

För att stödja, och framförallt att lära sig, krävs strukturerat arbete och beslutsamhet på olika nivåer. Det största arbetet i omställningsprocessen kommer främst att ske på meso- och makronivå. Medarbetarna kommer antagligen inte att arbeta all sin arbetstid i denna konstellation, utan övrig tid deltar personen som vanligt i den reguljära verksamheten. Övriga delar av organisationerna fortsätter fullt ut med den nuvarande verksamheten tills den nya associationsformen beslutas och implementeras.

Begrepp:

StyrGruppen: Västra Värmlands samtliga kommundirektörer, Region Värmlands Hälso- och sjukvårdsdirektör(er) samt eventuellt andra representanter som krävs för full reglerauktorit över Västra Värmlands omställningsarbete till Nära Vård. Detta är med stor sannolikhet samma representanter och samma forum som redan samverkar för denna omställning.

GenomförandeKommitén: En nyinstiftad kommitté som leder omställningsprocessen. *GenomförandeKommitén* har till uppgift att stödja mikrosystemet med koordineringsproblem och andra behov eller stöd som personalen i mikrosystemet behöver för att kunna lösa sin *FokusPatients* behov. Samt att analysera och förbereda beslut i StyrGruppen i frågor som är mer övergripande, som val av organisering och IT-investeringar/gemensam ontologi.

NäraVårdGrupp: Alla de personer som i vardagen direkt bidrar till att lösa *FokusPatientens* behov

FokusPatient: Den faktiska individen som omställningsarbetet utgår och koordineras utifrån.

KontaktPerson: Den individ som FokusPatienten utser inom *NäraVårdGruppen* som sköter kontakten med *FokusPatienten* för att skapa relationskontinuitet.

Makronivån

Innehåller: *StyrGruppen*, men även de *beslut* som måste tas i de enskilda huvdmännens respektive fullmäktige.

Uppdrag: Det första - enkla men avgörande beslutet - på makronivå, är att ge uppdraget till mesonivåns *GenomförandeKommitén* och till mikronivå att börja utforma exakt hur framtidens organisation ska designas. Beslutet innebär att de personer som arbetar i

¹¹¹ Ekholm et al (2010), Socialdepartementet, den Ljusnande framtid är vård, LEV-projektet

Förslag till process

NäraVårdGrupper blir självstyrande i sitt arbete i dessa grupper. Antagligen kommer ingen deltagare i *NäraVårdGrupper* att arbeta all sin arbetstid i denna konstellation, utan övrig tid deltar personen som vanligt i den reguljära verksamheten. *GenomförandeKommittén* förbereder beslutsunderlag som sedan fastställs av gällande en ny organisationsstruktur (associationsform och finansieringsmodell).

Mesonivån

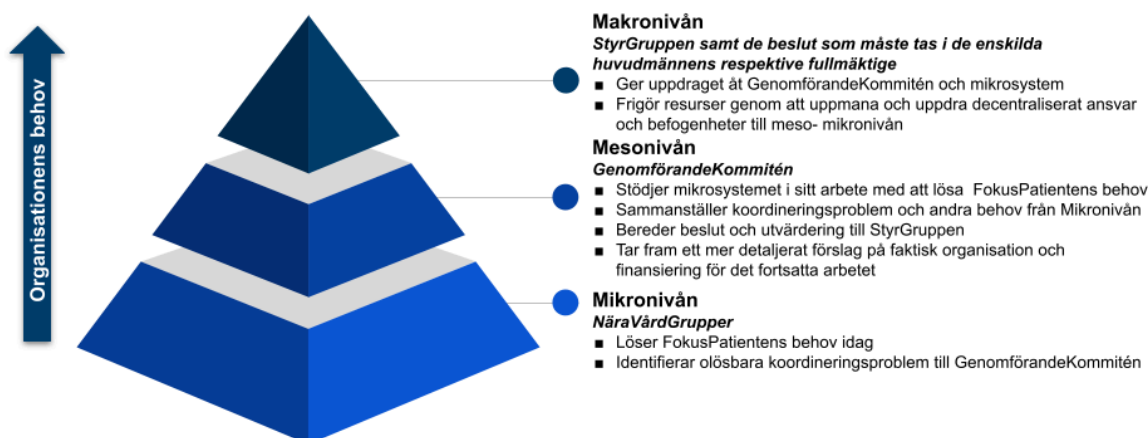
Innehåller: *GenomförandeKommittén*

Uppdrag: Behövs formella beslut från hela eller delar av , bereder *GenomförandeKommittén* förslag till beslut som sedan tas upp i eller *aktuell huvudman*. *GenomförandeKommittén* faciliterar och stödjer *NäraVårdGruppernas* arbete samt tar hand om alla de koordineringsproblem och andra behov som *NäraVårdGrupperna* uppmärksammar under testperioden. En annan viktig uppgift för *GenomförandeKommittén* är att tillsammans med eventuella externa resurser eller aktionsforskare kontinuerligt följa verksamheten och ta fram ett mer detaljerat förslag på faktisk organisation och finansiering för det fortsatta arbetet, baserat på erfarenheterna i mikrosystemet. Förslagsvis tas dessa beslut ett år efter det att makronivån tagit beslut om att inleda utvecklingsarbetet.

Mikronivån

Innehåller: *Alla de personer* som i vardagen direkt bidrar till att lösa *FokusPatientens* behov koordinerade i *NäraVårdGrupper*. I en första iteration är det helt enkelt den kommunala eller regionala personal som träffar *FokusPatienten*. Men i takt med att samarbetet mognar, tas även andra personer med, det kan vara föreningar, anhöriga eller till exempel Försäkringskassan. Personerna i *NäraVårdGrupper* kommer antagligen inte att arbeta all sin arbetstid i denna konstellation, utan övrig tid deltar personen som vanligt i den reguljära verksamheten.

Uppdrag: Lös *FokusPatientens* problem idag! Arbetet i *NäraVårdGrupper* styrs av enligt principen Tight-Loose-Tight och koordineringsproblem och andra behov från *NäraVårdGrupper* som inte direkt kan lösas hissas till *GenomförandeKommittén*, vars uppdrag är att stödja och lösa ut problem för *NäraVårdGrupper*.

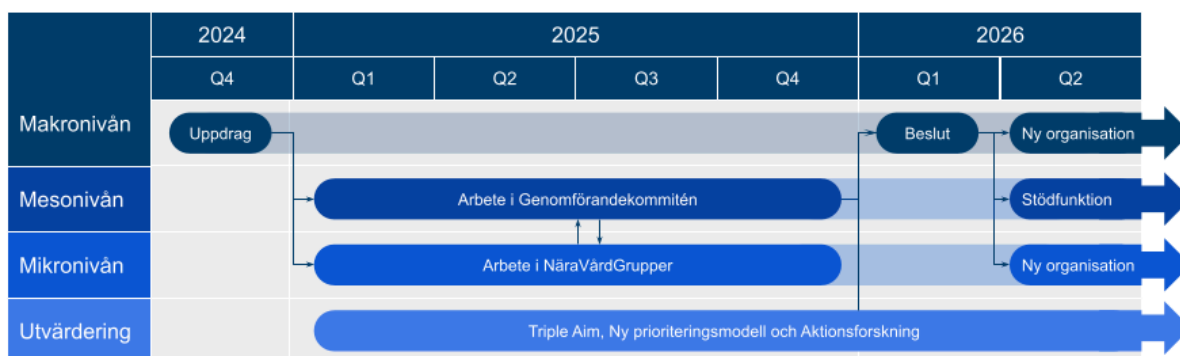


Figur 12. Nivåfördelning

Förslag till process

Genom att arbeta praktiskt och lösa konkreta problem kommer nya arbetssätt att växa fram, vilket i sin tur skapar en gemensam kultur. Det är utifrån det praktiska arbetet, där medarbetarna agerar och löser verkliga problem för individer, som organisationsstrukturen och de ekonomiska förutsättningarna för det kommande samarbetet skapas. Detta arbete kommer inte bara att gynna medborgarna, utan också bidra till en mer effektiv och värdeskapande organisation.

Det praktiska arbetet kommer även att ge djupare insikter i hur resurser fördelas mellan olika aktörer, vilket är avgörande för att fastställa finansieringsansvar. Vidare kommer processen att utreda och klargöra rollfördelningen mellan olika huvudmän, samarbetet mellan utförare och politiker samt definiera eventuella avgränsningar inom organisationen.



Figur 13. Preliminär tidsplan för omställningen

Steg 1: Praktiskt arbete - börja i mikrosystemet

Arbetet inleds praktiskt genom att identifiera och samordna insatser för individer med stora behov, till exempel en person som "Selma". De som arbetar med dessa individer, oavsett organisationstillhörighet, bör regelbundet träffas och samordna vem som gör vad under den kommande veckan, med fokus på konkreta arbetsuppgifter - praktiskt samarbete snarare än byråkratiska processer.

Det är helt avgörande att fokus ligger på specifika personer och deras behov, snarare än på generella principer, befolkningsgrupper eller systemfrågor, under de tvärprofessionella mötena i *NäraVårdGrupperna*. Varje deltagare från respektive organisation/verksamhet bör ta med sig minst en, eventuellt ett par, individer som man bedömer behöver bättre koordination av insatser. Under mötet beslutar gruppen vem som ansvarar för vilka åtgärder och gentemot vilken individ. Vid nästa möte följs resultaten upp och åtgärderna utvärderas.

Arbetet kommer att se olika ut, för olika patienter och med olika deltagare. Det är själva grunden för Nära Vård. Att göra likadant oavsett deltagare eller patient är därför ett helt föråldrat angreppssätt. Det är fåfängt att försöka hitta system eller organisationer som löser alla människors dramatiskt olika problem eller behov. Det är ju det vi har gjort idag men vill komma ifrån i Nära Vård-arbetet.

Förslag till process

Schematisk process för det praktiska arbetet

Arbetet kan schematiskt delas in i följande steg. Detta utgör ett första utkast till arbetssätt för att sätta igång arbetet inom mikrosystemet:

1. Beslut och självständighet i arbetet

Varje huvudmans högsta ledning fattar beslut om att inrätta en gemensam *Genomförandekommitté* samt att den personal som deltar i en *NäraVårdGrupp* självständigt planerar och genomför sitt arbete inom ramen för gruppen. För de uppgifter som berör gruppens arbete krävs ingen ytterligare tillåtelse från den formella hierarkin, deltagarna bestämmer helt själva inom gruppens kompetensområde, på så sätt bildas självstyrande team, vars enda fokus är sin *FokusPatientens* behov.

2. Identifiering av samordningsbehov

Varje huvudman eller verksamhet identifierar en *FokusPatientens* (faktisk person, ej fiktiv) som har behov av tydligare koordinering mellan flera aktörer. Arbetet inleds med den individ som har störst behov, och initialt kan det röra sig om en person per kommun och en individ från regionen från respektive kommun, vilket ger totalt åtta personer och motsvarande åtta *NäraVårdGrupper*. När arbetssättet utvecklas kan fler invånare inkluderas, och arbetssätten evolvera. Vill man expandera startar man en *NäraVårdGrupp* till, för nästa *FokusPatientens*.

3. Val av personal med tätaste kontakt

För varje person som respektive verksamhet identifierar, hjälper *GenomförandeKommitén* till med att välja ut den personal som har haft den senaste och tätaste kontakten med *FokusPatienten* och inrättar en *NäraVårdGrupp*. Från och med nu är det *NäraVårdGruppen* som sköter all koordinering av denna *FokusPatients* insatser. Fokus ligger på att snabbt komma igång, utan att hålla långa möten om hur arbetet ska utföras – lärande sker under processens gång. (Se gärna avsnittet om [principer för verksamheten](#))

4. Initiala möten och samarbete

GenomförandeKommitén sammankallar personal från olika verksamheter, exempelvis skolhälsovård, LSS, hemtjänst, distrikts- eller diabetessjuksköterskor, läkare, eller öppenvårdspersonal till ett möte som faciliteras av *GenomförandeKommitén*. Även *FokusPatienten* och eventuella anhöriga deltar. FokusPatienten är i centrum och har bäst insikt i hur verksamheten fungerar i praktiken. Diskussioner om organisationens struktur eller varför vissa saker inte fungerar är inte relevanta för FokusPatienten. Beslut har redan tagits på högsta nivå för att hantera problemen så långt det är möjligt utan att fastna i formella hinder (se [punkt 1](#)).

Tre huvudsakliga mål för första mötet:

1. **Vad är viktigast för FokusPatienten?** Det kan röra sig om fler smärtfria timmar, mer ork att leka med barnen, eller ökad arbetstid. Fokus ligger på resultat, inte processer.
2. **Vem är Kontaktpersonen?** *FokusPatienten* väljer den kontaktperson hen främst vill ha kontakt med, som under kontorstid är tillgänglig och snabbt kan

svara på samtal eller göra hembesök. Övriga gruppmedlemmar svarar snabbt på mail och telefonsamtal från *Kontaktpersonen*

3. **Medgivande om datadelning.** *FokusPatienten* undertecknar ett frivilligt medgivande om att involverade verksamheter får dela data för att uppnå gemensamma mål. Sekretess ska aldrig vara ett hinder för förbättringsarbetet. Vill *FokusPatienten* inte underteckna en sådan tar man istället tag i nästa patient i rangordningen som vill det. (Se gärna avsnitt om sekretess och GDPR)

5. Veckovisa möten och uppföljning

NäraVårdGrupper-mötena hålls veckovis, faciliterade av *GenomförandeKommitén*, där man följer upp hur arbetet gått, vilka problem som identifierats, och vem som ansvarar för att lösa dessa till nästa vecka. Stöd från respektive parts formella organisationer noteras och hanteras vid behov av *GenomförandeKommitén*. Arbetet fokuserar på vad som är bäst för den aktuella *FokusPatienten* utformas tillsammans i *NäraVårdGrupper*. Om andra aktörer behöver involveras, såsom anhöriga, föreningar, Försäkringskassan eller andra professioner, gör man det direkt. Korta ledtider är själva grunden i allt detta arbete.

6. Långsiktig uppföljning och utveckling

Uppföljning sker kontinuerligt genom tidsstudier och Triple-Aim-mätningar (se [Triple Aim](#)). Här finns en roll för extern kompetens och aktionsforskning. Efter det första året görs en översyn för att avgöra om organisationen behöver förändras och i så fall hur detta bör ske. Det görs i en rapport till med förslag på hur man lämpligen går vidare.

Aktionsforskning är en deltagarbaserad forskningsmetod där forskare och praktiker samarbetar för att lösa problem och skapa förändring i en specifik kontext. Syftet är att kombinera teoretisk kunskap med praktiskt handlande för att både förbättra den aktuella verksamheten och generera vetenskaplig kunskap. Aktionsforskning kännetecknas av en cyklisk process där problem identifieras, lösningar testas, och resultaten utvärderas för att kontinuerligt förbättra praxis¹¹².

Några grundläggande tips för att komma igång med det praktiska arbetet:

- Den som har bäst relation med *FokusPatienten* tar huvudansvar för koordineringen. Det är avgörande att detta arbete görs av de som möter individerna i deras vardag, inte av chefer eller ledare. *Genomförandekommittén* och stödverksamheterna finns som stöd i denna process.
- Det är viktigt att mikrosystemet inte stannar upp och försöker lösa problem som de inte har reglerauktoritet över, eller stannar i att fantisera om vad som behövs i systemstöd etc. Var och en gör sina delar så bra som möjligt med dagens förutsättningar.
- Det är synnerligen viktigt att mikrosystemet inte försöker hitta generella lösningar eller organisation av arbetet utan faktiskt fokuserar på vad just den

¹¹² Reason, P., & Bradbury, H. (2001). Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice. SAGE Publications ISBN: 978-0761966456

person behöver som för tillfället är i fokus.

- Frågor som inte direkt kan lösas i mikrosystemet hissas till *Genomförandekommittén* för att lösas där, behövs det större beslut eller åtaganden går problemet till *StyrGruppen*.
- Efter att ha fokuserat på en enskild individ (*FokusPatienten*), kan arbetet skalas upp till att omfatta den första promilles av befolkningen men störst behov, följt av större grupper som 1, 2, och 4 procent. Målet är att fokusera på individernas behov, medan system-, IT-, ersättnings- och ansvarsfrågor överlämnas till *Genomförandekommittén* att hantera.

Steg 2: Organisation

I många omorganisationer inom offentlig verksamhet sker planeringen främst på strategisk nivå, ofta utan tillräcklig förankring i den operativa verksamheten. Detta leder ofta till att organisationen utformas utifrån teoretiska modeller och schematiska strukturer, som exempelvis indelning av avdelningar och enheter baserat på specifika grupper av patienter, legitimation eller specialitet, snarare än från de samarbeten och tvärprofessionella lösningar som i praktiken adresserar verksamhetens uppgifter och utmaningar.

När organisationens utformning inte baseras på faktiska behov och arbetsuppgifter finns en risk att strategiska planer bygger på felaktiga antaganden om problem som inte existerar i verkligheten. Detta kan resultera i onödiga begränsningar för verksamheten, vilket försvårar effektiv problemlösning och minskar både produktivitet och effektivitet. För att undvika dessa risker är det avgörande att organisationens design utgår från de verkliga behoven och de operativa utmaningarna, så att den långsiktigt kan stödja verksamhetens mål.

Genom det praktiska arbetet kommer Genomförandekommittén och stödorganisationerna att få värdefulla insikter i vad medarbetarna och de individer de arbetar med behöver för att skapa framgångsrika samarbeten, samt vilket stöd, IT-system och organisationsstruktur som krävs. Detaljerna kring organisationens form kommer att utvecklas utifrån mikrosystemets behov, som identifieras under Genomförandekommitténs arbete. Detta inkluderar också utformning av avtal för rollfördelning mellan olika huvudmän, samt förtydligande av relationerna mellan utförare och politiken inom den nya organisationen, inklusive vilka avgränsningar som ska gälla (t.ex. inom LSS, bistånd, skolhälsovård, specialistsjukvård).

“I komplexa verksamheter finns det ingen bästa organisation eller process”
⇒ Så det finns ingen helt perfekt lösning

Organisationens slutliga form avgörs genom praktiskt arbete, där det är avgörande att medarbetarna både vågar och får möjlighet att testa nya arbetssätt, i linje med principen "Tight-Loose-Tight".

Det är antagligen så att det bättre gränssnittet mellan den lokalt drivna och den mer centralt organiserade sjukvården går någonstans genom sjukhuset. Ju mer specialiserad vården är desto rimligare att den är mer centraliserad. I dagens system för till exempel multisjuka

Förslag till process

sköra äldre är sjukvårdens vårdavdelningar en vanligare sjukvårdsproducent¹¹³ än vårdcentralen. Ofta har dessa personer inte behovet av högspecialiserad vård, utan det medicinska behovet individen har är snarare sjukhusets kapacitet av snabb dygnet runt tillgång på läkare, mediciner och lab resurser. Sällan tänker vi på att återkommande inläggningar av dessa personer skulle tjäna på relationskontinuitet.

Det är även i detta gränssnitt som olika syn på medicinskt färdigbehandlade - utskrivningsklar - uppstår. Om detta beslut snarare görs helt på grundval av vad som är bäst för patienten och inte har några olika finansiärer, utan bekostas av den gemensamma budgeten, kan det antagligen leda till (markant) bättre kvalitet för de sköra.

En tydlig tendens som vi ofta ser i våra projekt är att medarbetarna inom offentlig förvaltning lägger allt för mycket tid på organisationsnarcissistiska uppdrag, såsom rapporteringar genom illa anpassade IT-system eller interna möten, istället för kärnuppdraget som de oftast har en gedigen utbildning och mångårig kompetens inom. Medarbetarna har tvingats att prioritera allt fler tidskrävande administrativa uppdrag för sin organisation, vilket gör att kärnuppdraget har fått stå tillbaka, med resultatet att vårdköerna ökar eller att ärenden läggs på hög. Oavsett vilken associationsform Värmland väljer för sitt nya samarbete, vill vi lyfta fram vikten av att satsa på mikrosystemets behov framför systemets struktur. Utan denna fokusomställning kommer offentlig förvaltning fortsätta leda ligan över arbetsrelaterad stress och låg produktivitet.

Steg 3: Finansiering

För att möjliggöra en effektiv omställning är det avgörande att säkerställa gemensamma resurser och tydliga beslutsmandat inom organisationen. Organisationens övergripande mål bör vara att avsevärt minska den omfattande ekonomistyrningen och samtidigt öka graden av decentralisering. Detta förväntas i sin tur leda till en mer flexibel och produktiv verksamhet. Vid större förändringar, särskilt de som har potential att generera betydande kostnadsbesparingar, är det ofta svårt att i förväg avgöra exakt hur kostnadsansvaret ska fördelas mellan olika aktörer. Därför bör fokus ligga på att utforma hur verksamheten ska arbeta i framtiden för att nå de önskade resultaten, snarare än att initialt försöka fastställa specifikt finansieringsansvar.

Eftersom majoriteten av kostnaderna i verksamheten är fasta, såsom personal, byggnader och utrustning, innebär det att dessa kostnader inte förändras utan strukturella justeringar. Om dessa fasta kostnader inte ändras nämnvärt utan det är endast vad som görs på den tillgängliga arbetstiden som förändras, kommer det inte heller ske några märkbara förändringar i de totala kostnaderna. Detta innebär att det inte finns någon större ekonomisk risk förknippad med att utforska nya arbetssätt. I den mån någon verksamhet eller huvudman har utfallsbaserade ersättningar, tas helt enkelt det senaste halvåret ersättning och ges som klumpsumma.

För att underlätta övergången till ett mer flexibelt arbetssätt bör uppstarten finansieras genom att tillämpa administrativa "antipiloter", där man tillfälligt beslutar att vissa administrativa krav inte behöver uppfyllas i lika stor utsträckning. Till exempel att säga att de som arbetar i projektet inte behöver dokumentera lika mycket eller gå på olika interna möten.

¹¹³ Enligt informant i intervjuunderlaget

Förslag till process

Detta ger verksamheten utrymme att experimentera och anpassa sig till nya arbetssätt utan att fastna i onödiga byråkratiska hinder.

Från start bedömer vi att de verksamheter som ska vara med är den kommunala hemsjukvården och särskilda boenden, hälsocentralerna i de fyra kommunerna samt Arvika sjukhus. Dessutom tillkommer olika rehab- och psykoterapeuter, sjukhem i kommunerna.

Från början sker ingen annan förändring än att personer som har kontakt med de högst prioriterade börjar ta tag i dessa personer och samordna sig för att lösa deras problem. Efter hand som eventuella organisatoriska problem tornar upp för dessa personalgrupper att samordna sig avkastas till *Genomförandekommittén* att undersöka och föreslå förändringar till StyrGruppen. När tiden är mogen och nya sätt att arbeta etablerats sig är det dags att ta tag i organisatoriska förändringar, nämnd, en ny budget och så vidare, men det arbetet måste baseras på lärdomarna från det praktiska förändringsarbetet.

Det beslut som behöver fattas från start inom varje organisation är att ge fria händer till de medarbetare som arbetar i *NäraVårdGrupper* med *FokusPatienter* att göra vad som krävs inom sin kompetens oavsett andra styrorder och uppdrag. De extra budgetresurser som behövs finns redan i stödet från *Genomförandekommittén* och om man vill satsa på externt stöd eller följeforskning.

Ett viktigt första steg i denna process är att genomföra en tidsstudie inom verksamheterna för att kartlägga hur den nuvarande tiden används och hur produktiviteten ser ut i det befintliga systemet. Detta kan ge insikter om dolda resurser och effektiviseringsmöjligheter som tidigare inte var uppenbara.

Denna metodik kommer sannolikt att innebära en ny form av budgetering där man omfördelar befintliga resurser på ett sätt som ökar effektiviteten och minskar kostnaderna. Modellen bygger på att arbeta med samma, eller till och med mindre, resurser men med större flexibilitet och produktivitet som resultat.

Principer

För att genomföra transformationen till arbetssätt, med särskilt fokus på principen "[Tight-Loose-Tight](#)", har vi utvecklat ett antal vägledande principer för ledning, verksamhet och informationshantering, inklusive IT-system. Dessa principer syftar till att skapa en balanserad styrning där tydliga ramar sätts, samtidigt som flexibilitet och anpassningsförmåga främjas inom organisationens olika delar. Målet är att säkerställa att både ledning och medarbetare får det stöd och den struktur de behöver för att effektivt kunna driva förändringar och att informationsflöden och IT-system stödjer denna process på ett hållbart och effektivt sätt.

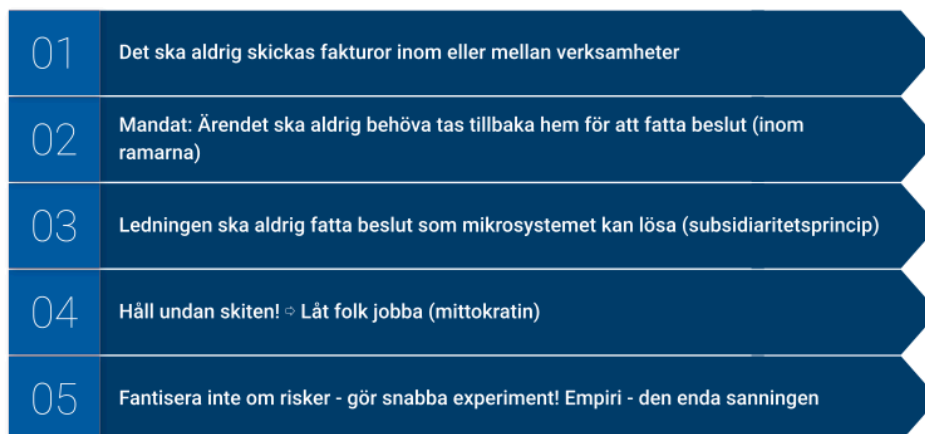
Ledning

I transformationen och i utformningen av den nya organisationen bör fem vägledande principer för ledningen etableras.

För det första ska inga fakturor skickas inom eller mellan verksamheter, vilket främjar samarbete och minskar administrativt krångel. För det andra måste ledningen säkerställa att beslutsmandat finns på rätt nivå, så att ärenden inte behöver skickas tillbaka för beslut inom

Förslag till process

givna ramar. En annan central princip är att ledningen aldrig ska fatta beslut som kan lösas på mikronivå, i enlighet med [subsidiaritetsprincipen](#). Ledningen bör också främja en kultur där medarbetarna får fokusera på sitt arbete utan onödiga hinder, en princip som kan beskrivas som "Håll undan skiten!" (minska [mittokratis](#) inflytande) så att verksamheten kan fokusera på att arbeta med värdeskapande arbete. Slutligen bör organisationen undvika överdriven (påhittad) riskbedömning och istället fokusera på snabba, experimentella lösningar som bygger på empiriska resultat – erfarenheten är den bästa sanningen.



Figur 14. Fem vägledande principer för Ledningen

Verksamheten

För verksamhetens medarbetare finns enbart en central vägledande princip: **Lös problemet idag**. Målet är att omedelbart hantera de mest akuta behoven hos individer med störst behov inom ramen för arbetsdagen, vilket både skapar tillfredsställelse och minskar arbetsbördan, istället för att låta ärenden samlas på hög eller skicka remisser med oklar handling. Fokus ska ligga på att skapa värde för individen - administrativa uppgifter och icke-värdeskapande arbete är ledningens och stödfunktionernas ansvar att hantera eller helst eliminera.



Figur 15. En vägledande princip för Verksamheten

Tvärprofessionella arbetslag bör aktivt ta sig an de mest komplexa fallen, då detta inte bara löser svåra problem, utan även skapar insikter och arbetssätt som förenklar hanteringen av enklare fall. Medarbetarna uppmuntras att lösa individens alla problem, även om de går utanför den formella arbetsbeskrivningen, så långt det är rimligt.

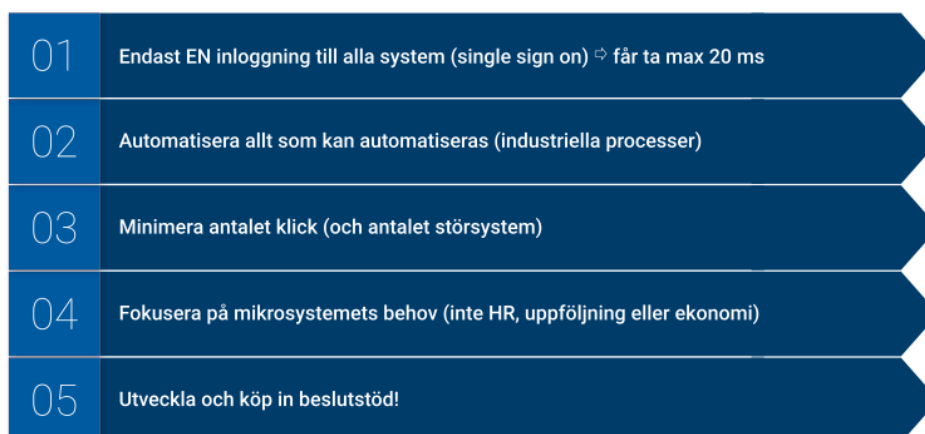
Flera konkreta åtgärder stärker detta arbetssätt: minska delegation och fokusera på kontinuiteten i relationer med individer, minimera användandet av remisser genom direktkontakt via telefon, och säkerställ att det alltid finns någon tillgänglig för att svara snabbt på inkommande samtal (som beprövats i Region Jönköping). Undvik onödigt fokus på arbetsuppgifter och tidsåtgång, men använd gärna tidsmätning för uppföljning. Slutligen, allt som kan mätas ska mätas – men gör det automatiskt för att underlätta arbetet och öka

Förslag till process

effektiviteten. Medarbetarna bör ställa krav på chefer och stödfunktioner om att effekterna av deras arbete automatiskt skall kunna mätas i de IT-system som de använder och att resultatet även återkopplas till verksamheten.

Informationshanteringen & IT

I transformationen och utformningen av den nya organisationen bör fem vägledande principer för gemensam informationshantering och IT-system följas. För det första ska alla system vara tillgängliga med endast en inloggning (single sign-on), vilket ska ske inom högst 20 millisekunder för att säkerställa smidig åtkomst. För det andra ska alla processer som kan automatiseras automatiseras, vilket frigör resurser för verksamheten att fokusera på relationskontinuitet och direkt patient-/brukarkontakt. Detta är en central princip för att ”hålla undan skiten för verksamheten”, vilket innebär att IT-systemen ska automatiskt rapportera data till kvalitetsregister, myndigheter och andra externa parter, utan manuell hantering. Vidare ska antalet klick och störmoment i systemen minimeras för att förenkla medarbetarnas arbetsprocesser och förbättra medarbetarnas digitala arbetsmiljö. Fokus ska alltid ligga på mikrosystemets behov, snarare än på stödfunktioner som HR, uppföljning eller ekonomi. Slutligen är det viktigt att utveckla och investera i beslutstödssystem som aktivt underlättar medarbetarnas beslutsfattande och förbättrar effektiviteten i arbetet.



Figur 16. Fem vägledande principer för Informationshanteringen & IT-system

Grundförutsättning

En framgångsrik organisationsförändring inom offentlig verksamhet kräver att fyra grundläggande element samverkar: information, IT, befogenheter och organisation. Dessa fyra faktorer – information, IT, befogenheter och organisation – måste samverka för att förändringsarbetet ska bli framgångsrikt, hållbart och effektivt.

- **Information** som är korrekt och tillgänglig är avgörande för att fatta informerade beslut och för att säkerställa transparens inom organisationen. Information måste flöda fritt mellan alla nivåer i verksamheten för att stödja en enhetlig förståelse av de förändringar som ska genomföras.
- **IT-systemen** utgör en central del av infrastrukturen och behöver stödja förändringsprocessen genom att underlätta samordning, informationsdelning och effektivisering av arbetsflöden. Ett väl fungerande IT-stöd är en förutsättning för att

Förslag till process

säkerställa att förändringarna kan genomföras smidigt och med minimal störning av verksamheten. Men det är inte en bra idé att börja med att försöka köpa in ett system som kan lösa eventuella problem. Börja istället med att dela information på papper och anslagstavlor. När ni väl mejslat ut hur ni faktiskt ska (sam)arbeta kan ni ta beslut om att köpa eller utveckla systemstöd.

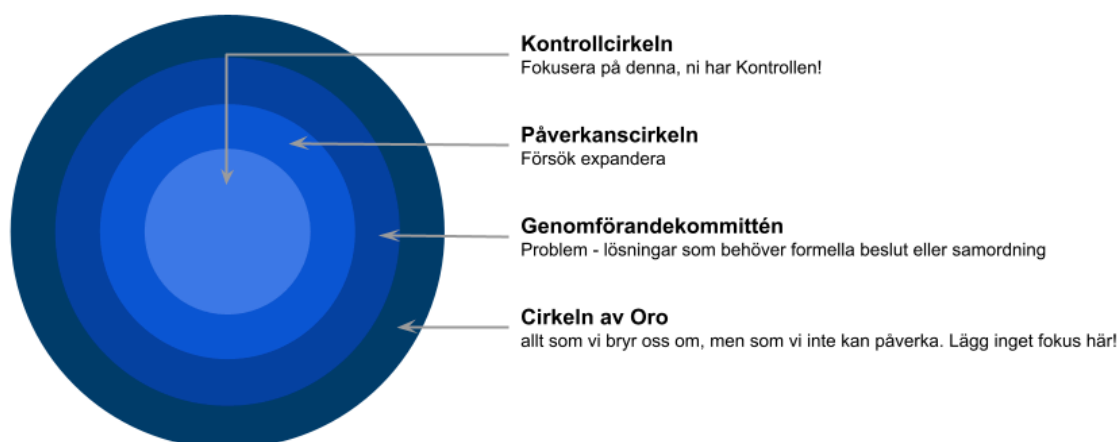
- **Befogenheter** är nödvändiga för att möjliggöra att beslut fattas och åtgärder genomförs på rätt nivå. Tydliga mandat och ansvarsfördelning skapar handlingsutrymme och ansvarskänsla hos medarbetarna, vilket är avgörande för att driva förändring.
- **Organisationen** måste stödjas av en struktur som främjar samarbete och flexibilitet. Organisationens form och funktion måste anpassas till de operativa behoven och stödja de mål som verksamheten strävar mot.

Beslutsfattande

Reglerauktoritet handlar om att förstå och tillämpa sin egen roll inom ramen för de regler och riktlinjer som styr en verksamhet. I en organisation är det avgörande att fokusera på det som ligger inom den egna påverkan, snarare än att lägga energi på faktorer som inte går att förändra. Ofta lägger man allt för mycket tid på att diskutera yttre faktorer, istället för att göra snabba förändringar inom områden som man har full reglerauktoritet inom.

Steven Covey's teori om påverkanscirklar är ett användbart verktyg för att tydliggöra områden för påverkan. De inre cirklarna representerar de områden där vi har direkt beslutsförmåga eller inflytande, medan yttre kräver samverkan med andra aktörer och faktorer vi inte kan kontrollera.

För att uppnå effektiv reglerauktoritet bör fokus ligga på att stärka och expandera påverkningscirkeln. Genom att aktivt arbeta med det vi kan påverka - exempelvis interna processer, beslutsfattande och utveckling av kompetens - kan vi skapa verkliga förbättringar inom organisationen. Om för mycket tid läggs på faktorer i den yttre cirkeln, som externa politiska eller ekonomiska omständigheter, riskerar organisationens resurser att förslösas på områden där påverkan är begränsad.



Figur 17. Påverkanscirklar, egen bearbetning från Steven Covey¹¹⁴

¹¹⁴ Från Covey, S. R. (1989). The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change. New York: Free Press.

Förslag till process

För att effektivt kunna styra komplexa system, som vård och omsorg, är hastigheten i beslutsfattandet avgörande. På en vårdavdelning eller ett särskilt boende för äldre kan situationen förändras från dag till dag eller mellan olika arbetspass, vilket kräver att styrningen bör ske med minst samma frekvens som dessa förändringar. Det är omöjligt att framgångsrikt styra ett system med en lägre frekvens än dess egen, och i idealfallet bör styrningen ske med dubbla frekvensen för att proaktivt förhindra problem innan de uppstår. Som chef i ett komplext system måste man vara aktivt närvarande i mikrosystemet. Det går inte att styra på distans inom normaltillståndet, än mindre inom omställningar eller vid kriser.

Målet med styrningen bör vara att uppnå dynamisk balansering, där resurser och arbetsfördelning hanteras flexibelt för att organisationen ska kunna anpassa sig till förändrade förutsättningar, såsom perioder med ökad arbetsbelastning, nya innovationer eller potentiella kriser utan att detta påverkar kvaliteten i insatserna eller medarbetarnas arbetsmiljö. En central uppgift i ledarskapet under omställningen är att sprida nya arbetssätt från *Nära VårdGrupperna* till andra delar av verksamheten.

Cheferna skall vara med och ställa frågan "Vad kan jag hjälpa till med?" minst dagligen. Chefernas roll är inte att aktivt fatta beslut om målsättningen är en medarbetarstyrd organisation, utan att stödja medarbetarna vid beslutfattande och framgent synka organisationen till listandiga beslut som en del av rättssäkerheten vid myndighetsutövningen.

I omställningsarbetet är det avgörande att linjechefer spelar en aktiv roll och deltar i verksamheten. Övergången till en medarbetarstyrd organisation innebär inte fritt valt arbete i organisationen, utan att medarbetarna ges mandat att själva styra sitt arbete för att möta invånarnas behov. Chefernas roll blir att minst dagligen fråga: "Hur kan jag hjälpa till?" och att stödja medarbetarna vid svåra avvägningar, snarare än att detaljstyra mikrosystemet. När målet är en medarbetarstyrd organisation handlar chefens ansvar om att stötta medarbetarna i deras beslutsfattande och att säkerställa att beslut är synkroniserade med organisationens rättssäker myndighetsutövning.



Figur 18. Beslutens påverkan och spridning av nya arbetsmetoder in i ordinarie verksamhet från omställningsprocessen

Prioritering

För att snabbt komma igång, föreslår vi att bara börja med någon, till exempel "Selma" som *FokusPatient*. En bra kvalificerad gissning är att välja den individ som organisationerna har tätast kontakt med. Regionen kan få ut detta ur sin nya Tea-databas (där "Selma" identifierades). Om man inte har samma snabba möjligheter så kan man lita på att mikrosystemet i respektive huvudman redan sitter på en gedigen kompetens om individer med stora behov i sitt system. Välj då en sådan *FokusPatient*, och kom igång snabbt med att lösa problem.

Det behöver inte vara en helt perfekt prioritering från början. Det viktigaste är att komma igång snabbt och testa nya arbetssätt. Även efter åratals utredning för att försöka hitta en perfekt modell för prioritering kommer det att bli olika resultat beroende på vilket perspektiv som prioriteras och analyseras. Vare sig man fokuserar på flest totala kontakter, flest unika kontakter, störst behov (som kan mätas i exempelvis vårddyngd), flest diagnoser, en avancerad kombinerad modell, eller något annat perspektiv, så kommer förslagen på vem som har störst behov att variera beroende på analysmetod. Inget blir rätt och allt blir rätt. Det som saknas kommer att vara individens egna upplevda behov vilket varierar med personlighetstyp, tillgång till hjälp av närstående och en rad fler parametrar som vanligtvis inte finns i något system.

Långsiktigt kommer prioriteringen i den nya organisationen ske mycket mer systematiskt och automatiserat utifrån tillgänglig data. Detta är ett svårt, tidskrävande arbete och kräver en avancerad digital infrastruktur i den nya organisationen för att fungera effektivt och tillförlitligt. Ett första steg i den kommande prioriteringen blir att profilera individer baserat på deras resursåtgång och rangordna dem därefter. Bara det steget kan ta tid, beroende på vilka IT-system man har i framförallt kommunerna. En samverkan med regionens Tea-databas ger bara en del av kommunernas komplexa arbete, framförallt för de mest behövande individerna.

Genom att skapa en förbättrad lägesbild utifrån tre enkla nivåer (grön, gul, röd) för prioritering kan insatserna framgent planeras och genomföras mer effektivt. Profileringen bör leda till en gemensam modell som tydliggör vilka individer som främst bör prioriteras och samordnas kring. Några individer som redan har högst behov (röda) har garanterat redan mikrosystemet identifierat och arbetet har redan påbörjats kring *FokusPatienterna*. Men prioriteringsarbetet kommer sannolikt att identifiera fler "röda" individer som idag saknar samordnade insatser, vilket i sin tur leder till stora koordineringsutmaningar, ökade kostnader, en tyngre arbetsbörda för medarbetarna och, framför allt, en låg kvalitet i insatserna för individen. Långsiktigt behöver man även komma igång med det preventiva arbetet genom att undvika eller fördröja att "gula" individer blir "röda".

GRÖN	Sköter sig själva med kontakter efter behov
GUL	Riskgrupp för kommande ökat behov av stöd
RÖD	Mångbesökare och personer med komplexa problem

Figur 19. Profilering av individer utifrån resursåtgång

Förslag till process

För att kunna arbeta med kontinuerligt lärande, och kanske införa RPA automation¹¹⁵ eller till och med börja använda AI, behövs troligtvis ganska mycket fokus läggas på att strukturera respektive huvudmans data. Det vanliga är att såväl datakvalitet som täckningsgrader och sambearbetningsmöjligheter mellan olika dimensioner som resultat, arbetstid, kompetens, kostnader och organisation, omöjliggör mer avancerade analyser eller användande av datadrivet förbättringsarbete. I inledningsfasen kommer dessa tillkortakommanden inte att spela någon större roll då arbetet sker i fysiska möten, men om de nya arbetssätten ska växlas upp, och om man önskar ökad produktivitet och effektivitet måste stor energi läggas på att bygga relevanta data, och kapacitet för analys i realtid.

Automatisering

För att framgångsrikt genomföra omställningen krävs det att identifiera och automatisera de processer som är av industriell och tidskrävande karaktär. Dessa innefattar aktiviteter som kan standardiseras och därigenom effektiviseras. Vårdens och omsorgens kärnuppdrag är dock relationsbaserat och bygger på interaktioner mellan människor, vilket innebär att många processer inte lämpar sig för automatisering (se avsnittet om [Mikrosystemsteori](#)).

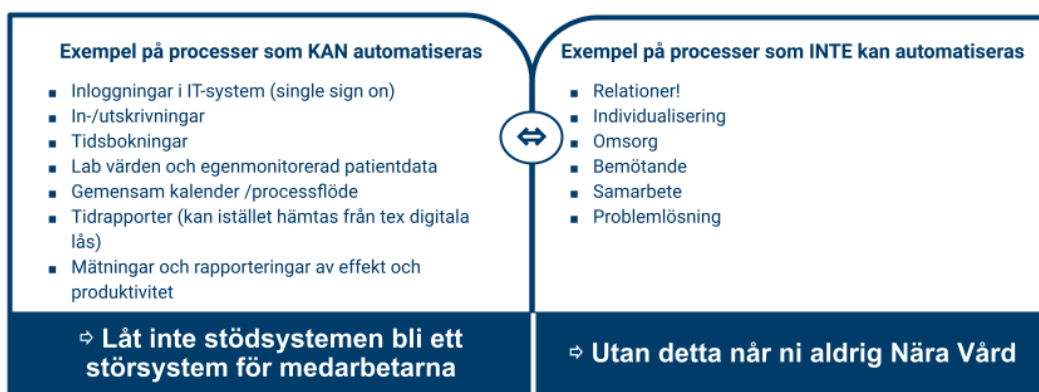
Historiskt sett har fokus ofta legat på att standardisera eller automatisera fel processer inom vården. Ett exempel är försöken att fastställa exakt hur många minuter en duschning inom äldreomsorgen bör ta, snarare än att säkerställa att undersköterskorna har tillgång till uppdaterad, nödvändig och grundläggande dokumentation vid samma hembesök.

Exempel på processer som lämpar sig för automatisering inkluderar inloggningar i IT-system (single sign-on med snabba uppkopplingstider), hantering av in- och utskrivningar, tidsbokningar, hantering av labbvården och egenmonitorerad patientdata, digitala verktyg för gemensamma kalendrar och processflöden. Även tidrapportering kan enkelt automatiseras om man använder digitala lås och mätning av produktivitet och effektivitetsmått kan automatiseras med RPA (Robotic Process Automation). För att framgångsrikt genomföra denna omställning krävs en ökad kompetens inom data science och programmering av RPA-lösningar inom den offentliga sektorn. Det innebär att man går bort från traditionella arbetssätt där controllers manuellt samlar in och bearbetar data, och istället använder automatiserade system för att samla, analysera och rapportera till exempelvis ekonomirapporter, myndigheter eller kvalitetsregister.

Däremot finns det processer som inte kan eller bör automatiseras, såsom relationsskapande, individualiserad vård, bemötande, samarbete och problemlösning. Här är det mellanmännsliga mötet avgörande.

¹¹⁵ RoboticProcessAutomation, olika automatiseringrobotar, i mjukvara. kring enklare beslut och administrativa processer

Förslag till process



Figur 20. Processer inom vård eller omsorg som lämpar sig respektive inte lämpar sig för automatisering

För att framgångsrikt implementera automatisering är det centralt att utgå från principen att "stödsystemen inte får bli störsystem". Det innebär att automatiserade processer ska avlasta personalen på golvet och bidra till en bättre arbetsmiljö, utan att introducera nya hinder i det dagliga arbetet. Denna balans är avgörande för att säkerställa att teknologin verkligen förbättrar arbetsflöden och ökad tid istället kan läggas på kärnuppdraget för medarbetarna. Tiden som automatiserade uppgifter sparar skall istället läggas på värdeskapande mänskliga interaktioner, som är centrala för att framgångsrikt klara av omställningen till Nära Vård.

Det finns många processer som ÄR industriella ⇒ Identifiera dem & automatisera!



Ökad tid kan läggas på kärnuppdraget för medarbetarna

Sekretess och GDPR

Samarbetet mellan olika vårdaktörer och huvudmän begränsas ofta av faktiska eller upplevda sekretesshinder. En enskild individ kan dock ge sitt samtycke till att vårdgivare delar personuppgifter, vilket är avgörande för att säkerställa en sammanhållen vård. Samtycke utgör en av de lagliga grunderna enligt Artikel 6 i GDPR för att behandla personuppgifter, inklusive känsliga uppgifter som hälsodata. Vidare möjliggör Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)¹¹⁶ undantag som tillåter informationsdelning mellan vårdgivare, förutsatt att det inte uppenbart skulle vara till men för individen. Sedan den 1 januari 2021 är det dessutom möjligt att, under vissa förutsättningar, sammanföra data från Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) i Sverige. Genom en ändring i Patientdatalagen och Socialtjänstlagen blev det tillåtet för kommuner och regioner att utbyta och samköra information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst för att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg för individen.

För individer som inte kan ge sitt samtycke, exempelvis på grund av beslutsoförmåga, gäller liknande principer. I dessa fall kan förhandsdirektiv eller insatser från en god man användas för att säkerställa att vården inte försämras till följd av sekretesshinder. Grundprincipen är att

¹¹⁶ OSL 12 kap §2 En enskild kan helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i denna lag.

Förslag till process

även dessa personer ska ha tillgång till vård av samma kvalitet som de som kan ge sitt medgivande.

Det föredragna förfarandet är dock att inhämta ett skriftligt samtycke, vilket undanröjer eventuella frågor kring sekretess. Vid akuta situationer, där liv och hälsa står på spel, är sekretesskyddet dessutom upphävt enligt lagstiftningen.

Triple Aim

För att utvärdera utvecklingsarbetet på ett strukturerat sätt är Triple Aim¹¹⁷ ett utmärkt angreppssätt. Triple Aim är ett ramverk utvecklat inom Institutet for Healthcare improvement som syftar till att förbättra vårdssystem i tre dimensioner; förbättrad hälsa i befolkningen, förbättrad vårdupplevelse för individen och minskade kostnader per capita. Genom att applicera Triple Aim kan resultaten analyseras holistiskt, och relevanta variabler kan identifieras för varje dimension. Det finns givetvis målkonflikter i detta, då bör man använda Cost-Benefit analyser för att avgöra vart man ska gå.

Förbättrad hälsa i befolkningen: Här kan man mäta folkhälsoutfall som mortalitet, förekomst av kroniska sjukdomar, eller specifika hälsoindikatorer som fysisk och psykisk hälsa. Variabler som livslängd, sjuklighet och självrapporterad hälsa kan vara centrala indikatorer.

Förbättrad vårdupplevelse för individen: För att bedöma individens upplevelse av vården kan man använda variabler som patientnöjdhet, ledtider, tillgänglighet till vård, patientdelaktighet och vårdkvalitet. Enkäter, patientintervjuer och mätningar av upplevd trygghet i vårdprocessen kan ge insikt i denna dimension.

Minskade kostnader per capita: Här fokuserar man på kostnadseffektivitet och hållbarhet inom vården. Viktiga variabler kan inkludera vårdkostnader per invånare, användning av resurser som vårdplatser och personal, samt kostnadseffektivitet i vårdkedjan. Uppföljning av kostnadsminskningar utan försämring av vårdkvalitet är en viktig del av denna analys.

För att snabbt nå resultat kan man ha en målsättning om att halvera alla ledtider inom organisationen, varje år. Detta är något som har potential att ge stora effekter på samtliga områden av Triple Aim. Första årets halvering gör verksamheter ganska lätt om man fokuserar, men för att klara kommande årsmål med halverade ledtider behöver organisationen ställa om sitt arbete på riktigt och skapa nya arbetsmetoder, nya samarbeten och automatisera det som kan automatiseras.

Genom att tillämpa Triple Aim för att utvärdera resultaten får man en bredare förståelse för hur väl modellen fungerar i praktiken, både för individen och samhället i stort.

¹¹⁷ Whittington, J. W., Nolan, K., Lewis, N., & Torres, T. (2015). Pursuing the triple aim: the first 7 years. *The Milbank Quarterly*, Wiley Online Library.

Förslag till process



Figur 21. Utvärderingsmodellen Triple Aim

Incitament till mikrosystemet att arbeta annorlunda

Människans inneboende motvilja till förändring kan förklaras genom begreppet status quo bias, vilket innebär att vi tenderar att föredra nuvarande tillstånd framför förändring, även om förändringen kan leda till förbättringar. Inom arbetslivet kan denna motvilja försvåra införandet av nya arbetssätt eller teknologier som syftar till att öka produktiviteten.

Detta blir särskilt tydligt i svenskt arbetsliv där vi har svag hierarkisk styrning och platta organisationer med stort inslag av självbestämmande. Det blir i denna miljö "frivilligt" att arbeta på nya sätt eller införa nya digitala system. Det positiva är att det antagligen går fort att införa nya system och arbetssätt givet att acceptansen är stor i mikrosystemet. Det är ett tungt argument för den föreslagna medarbetardrivna organisationen.

Forskning visar att status quo bias kan stärkas av faktorer som upplevda omställningskostnader, vana och osäkerhet kring nya system¹¹⁸. Samtidigt pekar studier på att incitament för förändring, såsom en rättvis fördelning av produktivetsvinster, kan minska motståndet¹¹⁹. Ett möjligt sätt att bryta denna tröghet och ytterligare förstärka en kultur för förändring är att erbjuda arbetstagare en del av produktivetsvinsten som ett incitament. Genom att tillämpa en modell där produktivetsökningen¹²⁰ delas 50/50 mellan arbetsgivare och arbetstagare, kan arbetstagare minska sin arbetstid med bibehållen lön och därigenom uppleva en omedelbar och konkret fördel av förändringen.

Genom att implementera denna produktivetsdelningsmodell kan arbetstagare få ett tydligt ekonomiskt incitament att acceptera förändringar, vilket kan bidra till att övervinna status quo

¹¹⁸ Polites, G. L., & Karahanna, E. (2012). Shackled to the status quo: The inhibiting effects of incumbent system habit, switching costs, and inertia on new system acceptance. *MIS Quarterly*

¹¹⁹ Kim, H. W., & Kankanhalli, A. (2009). Investigating user resistance to information systems implementation: A status quo bias perspective. *MIS Quarterly**

¹²⁰ Med bibehållen eller ökad kvalitet

Förslag till process

bias och främja innovation och utveckling i Värmland, och blir tillsammans med självbestämmande en kraftfull magnet för att attrahera och behålla personal.

Status quo bias är en kognitiv bias som innebär en tendens att föredra att saker och ting förblir som de är, snarare än att göra förändringar. Människor har en benägenhet att undvika förändring, även när det finns tydliga fördelar med att byta strategi eller fatta ett nytt beslut. Orsaker till detta kan vara osäkerhet kring resultatet av förändring, förlustaversion (rädslan att förlora något man redan har) och bekvämlighet med det som är bekant.

Beredskap

Framtida samarbeten både mellan kommuner och mellan kommuner och regioner kommer att vara avgörande för att skapa ett vård- och omsorgssystem som är redundant, flexibelt och resiliert. För att detta ska bli möjligt krävs att systemet bygger på samordnade insatser och ett kontinuerligt informationsutbyte. En central komponent i detta är att skapa förutsättningar för relationskontinuitet, där vårdgivare och omsorgspersonal får möjligheten att utveckla långsiktiga relationer med dem de vårdar. Denna kontinuitet stärker inte bara individens kvalitet av insatserna i normalläget (som denna rapport har fokuserat på), utan kan även vara avgörande för en händelse av kris om till exempel IT-systemen slås ut. Samtidigt behöver systemet vara dynamiskt balanserat, så att resurser och arbetsfördelning hanteras flexibelt för att organisationen ska kunna anpassa sig till förändrade förutsättningar.

För att uppnå ett vård- och omsorgssystem som både är redundant och resiliert krävs robusta system som även tillåter flexibel omfördelning av resurser till exempel mellan kommuner, extremt snabba kontaktvägar och som snabbt kan reagera på förändrade omständigheter eller oväntade störningar. I det nya systemet är det viktigt att även stresstesta samarbetsförmågan. En sådan övning kan simulera hur verksamheten skulle påverkas vid bortfall av elförsörjning, IT-system eller fysiska hinder, som trasiga vägar eller broar, för att identifiera sårbarheter i systemet. Det finns även företag som är specialiserade på att simulera hackerattacker för att hitta sårbarheter i dagens system. Om den typen av övningar hade genomförts regelbundet inom offentlig verksamhet, så hade vi antagligen inte haft lika föråldrade IT-system idag.

Slutord

Den viktigaste frågan vi bör ställa oss är: "Vad händer om vi inte gör något?" Vad händer om vi bara fortsätter som idag, med samma gamla rutiner? Eller att omställningen fortsätter gå i samma takt som tidigare.

I vårt arbete med detta projekt har vi konstaterat att just detta är den största riskfaktorn för att inte nå målen i färdplanen för "God och nära vård, hälsa och omsorg" och lyckas med omställningen till Nära Vård. De ekonomiska riskerna med de föreslagna förändringarna är faktiskt minimala. Eftersom de flesta kostnader i verksamheten redan är fasta – personal, byggnader och utrustning – om ni inte förändrar det, så kommer ni inte heller att se några märkbara förändringar i de totala kostnaderna. Så ekonomiskt sett finns det ingen större risk med att prova nya arbetssätt.

Men risken att bara flyta vidare är däremot stor. Om ni inte tar tag i omställningsarbetet kan ni mycket väl stå där 2025 och se att "Selma" har sina 234 vårdkontakter, och med ett stort antal extra kommunala insatser som bonus. Selmas kalender kommer vara lika full som någonsin – fast med ännu fler möten och insatser som aldrig riktigt löser hennes problem.

"Insanity is doing the same thing over and over again and expecting different results."

Citat: Antagligen inte Albert Einstein

Vänliga hälsningar,
Anders Ekholm & Ina Caesar