

Samordnad vård och omsorg

En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem



► vårdanalys



Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Omslagsbild: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016

ISBN 978-91-87213-50-2

www.vardanalys.se

Samordnad vård och omsorg

En analys av samordningsutmaningar
i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av myndighetschefen Fredrik Lennartsson. Utredaren Peter Nilsson har varit föredragande. Projektdirektören Nils Janlöv har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2016-02-15

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Peter Nilsson
Föredragande

Förord

Att patienter och brukare upplever vården och omsorgen som fragmenterad är sedan länge ett välkänt problem. Tidigare analyser av brister i samordning inom vård, omsorg och socialtjänst har dock ofta utgått från ett organisationsperspektiv och haft fokus på en specifik målgrupp eller verksamhet. Det saknas i dag tillräckliga beskrivningar av vad det innebär när vården och omsorgen är samordnad ur ett patient- och brukarperspektiv. Problemet med brister i samordning är inte heller avgränsat till en enskild patient- eller brukargrupp; det finns flera grupper som drabbas men som sällan lyfts upp i debatten.

Denna promemoria (PM) syftar till att bidra med ett patient- och brukarperspektiv på samordning; ett perspektiv som tar fasta på att patienten och brukaren är delaktig och en medskapande aktör i samordningen. PM:et syftar därför till att bidra med ett bredare perspektiv på samordningsproblematiken inom vård, omsorg och socialtjänst.

Vår förhoppning är att det här arbetet kan komma till nytta på många sätt, till exempel genom

- att utforska vad det innebär ur ett patient- och brukarperspektiv när vården och omsorgen är samordnad.
- ett ramverk för att beskriva olika gruppers behov av samordning, där behovet tar hänsyn till personens förmåga att vara medskapande i samordningen.
- en uppskattning av storlek och resursförbrukning för de grupper som ingår i ramverket.
- att diskutera de huvudsakliga utmaningar som vi ser för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.

Analysen är en viktig utgångspunkt för Vårdanalys fortsatta arbete med samordningsfrågor. Studien avser att ligga till grund för olika fördjupningar med ambitionen att bland annat utvärdera pågående nationella och lokala satsningar och initiativ på området. Vår intention är också att fortsätta att utveckla de ramverk som presenteras.

Vår förhoppning är dock att redan befintlig PM ska tjäna som ett värdefullt underlag i arbetet med samordningsfrågor. Vårt begreppsarbete kan förhoppningsvis vara användbart vid diskussioner om hur behovet av samordnad vård och omsorg ser ut för olika patient- och brukargrupper. Vårt ramverksarbete kan därtill tjäna som underlag – exempelvis för att skapa sig en gemensam bild av problematiken – vid lokala samordnings- och samverkansdiskussioner mellan de båda huvudmännen.

Arbetet har letts av utredaren Peter Nilsson. I projektgruppen har Annika Stjernquist och Nils Janlöv ingått. I projektarbetet har även Jesper Olson deltagit. Health Navigator AB har bistått med externt stöd. Som en del av vår kvalitetssäkring har dessutom ett antal externa personer läst och lämnat synpunkter på ett tidigare rapportutkast. Vi vill särskilt tacka Malin Bruce (Socialstyrelsen), Jonas Gumbel (SVID), Helena Henningson (SKL),

Marianne Lidbrink (Socialstyrelsen), Lisbeth Löpare-Johansson (Vårdförbundet), Tilsith Lacouture (Sigtuna kommun), Jonas Lundberg (Health Navigator AB), Mats Tyrstrup (Leading Health Care) och Bengt Åhgren (Karlstad universitet) för värdefulla synpunkter på rapporten.

Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till alla de personer som deltagit i de intervjuer som utgjort en del av arbetet med den här rapporten. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Stockholm i februari 2016

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

En av de stora utmaningarna för vården, omsorgen och socialtjänsten i Sverige är att samordna insatserna för patienter och brukare. Att insatserna är samordnade är väsentligt av flera anledningar. Bristande samordning leder ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare, i vissa fall också till en kvalitativt sämre vård eller omsorg. Bristerna kan också leda till ökade kostnader, bland annat på grund av att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan.

När vården och omsorgen inte samordnar sina insatser övervältras också en stor del av den samordnande rollen till patienten, brukaren eller dennes närstående. Om vården och omsorgen inte samtidigt tar hänsyn till personens förmåga och preferenser att vara medskapande i samordningen kan det få allvarliga konsekvenser. Enligt våra beräkningar finns det cirka en miljon personer i Sverige som har flera samtidiga behov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Gruppen förväntas därtill växa för varje år i takt med att befolkningen blir äldre, vilket gör samordningsutmaningen ännu större.

Sammantaget ställer den växande gruppen patienter och brukare med flera komplexa och sammanhängande behov nya krav på vården och omsorgen, särskilt vad gäller att uppnå samordnad vård och omsorg. Verksamheten är i dag till stor del organiserad för att möta patienter och brukare med mer avgränsade behov. Vi ser därför att vården och omsorgen behöver hitta nya lösningar för att anpassa sig till en mer komplex och omfattande behovsbild.

ANALYSEN TAR ETT HELHETSGREPP OM VÅRDEN, OMSORGEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Den här rapporten har en bred ansats. Ambitionen är att se till hela vård- och omsorgssystemet och på så vis identifiera övergripande strukturella utmaningar i att uppnå en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapporten avser att i ett svenskt sammanhang bidra med ett antal nya angreppssätt på samordningsproblematiken:

- en beskrivning av vad en samordnad vård och omsorg innebär för patienter och brukare.
- ett ramverk för att beskriva olika gruppers behov av samordning, där behovet tar hänsyn till personens förmåga att vara medskapande i samordningen.
- en uppskattning av storlek och resursförbrukning för de grupper som ingår i ramverket.
- en diskussion om de huvudsakliga utmaningar som vi ser för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.

I rapporten används begreppet vård och omsorg för att sammantaget beskriva verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård, äldreomsorg som socialtjänst. Många patienter och brukare har dock även en rad ytterligare kontakter med olika samhällsinstanser och verksamheter. Även dessa behöver samordnas inom och mellan verksamheter. Till exempel behöver socialtjänstens insatser för utsatta barn och unga även samordnas med skolans verksamhet, såväl som med olika former av fritidsverksamhet. Denna rapport avgränsas dock till att i enlighet med Vårdanalys uppdrag studera samordning inom och mellan vård, omsorg och socialtjänst.

SÅ HÄR HAR VI GENOMFÖRT ANALYSEN

Arbetet kan karakteriseras som explorativt. Till och börja med har vi försökt ta in det rådande kunskapsläget, såväl nationellt som internationellt. För att nå djupare insikter om samordningsproblematikens kärna har vi också tillsammans med myndighetens patient- och brukarråd arbetat med att ringa in hur samordnad vård och omsorg kan förstås och tolkas ur ett patient- och brukarperspektiv. För att identifiera gemensamma utmaningar på systemnivå har vi genomfört 37 intervjuer med såväl lokala verksamhetsföreträdare som nationella experter, både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har sedan utvecklat ett teoretiskt ramverk för att identifiera olika generella patient- och brukargrupper och deras behov av samordnad vård och omsorg. Därefter har vi gjort en kvantitativ uppskattning av gruppernas storlek och kostnader.

RESULTAT

► *Det finns i dag stora brister i samordningen av vård och omsorg*

Både internationella och nationella studier visar att patienter och brukare är missnöjda med hur samordningen fungerar i den svenska vården och omsorgen. Även om problemet är gemensamt för många jämförbara länder framstår bristande samordning för svensk del som extra tydlig ur ett patient- och brukarperspektiv.

Patientenkäter inom primärvården visar exempelvis att det endast är drygt hälften av patienterna som uppger att de känner sig helt och hållet trygga med den samordning som sker av deras kontakter i vården. En liknande bild framkommer i internationella jämförelser av vård och omsorg: endast drygt 45 procent av patienterna i Sverige anser exempelvis att läkaren alltid eller ofta hjälper till att samordna vården från andra aktörer. Jämfört med andra länder i undersökningen presterar Sverige sämst på denna fråga.

Bristande samordning upplevs också av dem som arbetar inom vården och omsorgen. Cirka hälften av läkarna inom primärvården rapporterar till exempel att någon av deras patienter den senaste månaden fått problem till följd av att vården inte varit samordnad. Liknande brister har också på olika sätt uppmärksammats inom socialtjänsten.

- ▶ *Uppskattningsvis har cirka en miljon patienter och brukare ett relativt komplext samordningsbehov samtidigt som de behöver omfattande stöd för att samordna vården och omsorgen*

Vår kartläggning visar att cirka en miljon patienter och brukare har komplexa samordningsbehov. Förutom små förutsättningar att samordna sin egen vård och omsorg kännetecknas gruppen av en hög komplexitet i de insatser som krävs. För dessa individer är stöd som förenklar samordningen särskilt viktigt.

Individer med komplexa behov behöver ofta flera vård- och omsorgsinsatser från ett stort antal organisationer och huvudmän. Om de dessutom har begränsade förutsättningar att vara aktiva och delaktiga i sin vård och omsorg, blir behovet av samordning särskilt stort. I många fall kan dessa individers sammantagna behov endast tillgodoses genom att olika aktörer samordnar sina insatser.

Tidigare studier av samordningsutmaningar i svensk vård och omsorg har ofta fokuserat på specifika patient- och brukargrupper inom denna generella grupp, oftast de mest sjuka äldre. Vår studie visar att det är betydligt fler grupper som har liknande behov av samordning, bland annat individer med allvarlig psykisk och somatisk samsjuklighet, individer som är utsatta för våld i nära relationer, individer med allvarligt självska debeteende samt individer som befinner sig i ett sent palliativt skede.

- ▶ *Behovet av samordnad vård och omsorg ser olika ut för olika grupper*

Behovet av samordning skiljer sig mellan olika patient- och brukargrupper. Därmed skiljer sig också utmaningarna för att uppnå en bättre samordning. Vi har sett att det saknas ett generellt svenskt ramverk för att diskutera och analysera hur behovet av samordnad vård och omsorg ser ut för olika patient- och brukargrupper. Svenska studier har nästan alltid fokuserat på en enskild målgrupp, oftast äldre. Därför finns det väsentligt mindre kunskap om flera andra grupper men också kring en övergripande syn på hur samordningsbehovet skiljer sig mellan olika grupper. I rapporten presenteras ett ramverk för hur behovet av samordning kan beskrivas och analyseras.

Ramverket utgår från antagandet att grupper som har liknande behov av samordningsinsatser ligger nära varandra på en skala som består av följande två dimensioner:

- *Graden av komplexitet i samordningen av individens vård- och omsorgsinsatser.* Med komplexitet avses hur många av individens insatser som behöver samordnas i relation till de organisatoriska förutsättningar som underlättar eller försvårar samordningen.
- *Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen av sin vård och omsorg.* Med detta avses hur mycket hjälp och stöd individen behöver av vården och omsorgen för att driva vård- och omsorgsprocessen framåt. Det handlar till exempel om att ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda, att vara bärare av information och att ta hand om delar av utförandet på egen hand.

Utifrån placeringen i ramverket har Sveriges befolkning delats in i fem patient- och brukargrupper:

Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

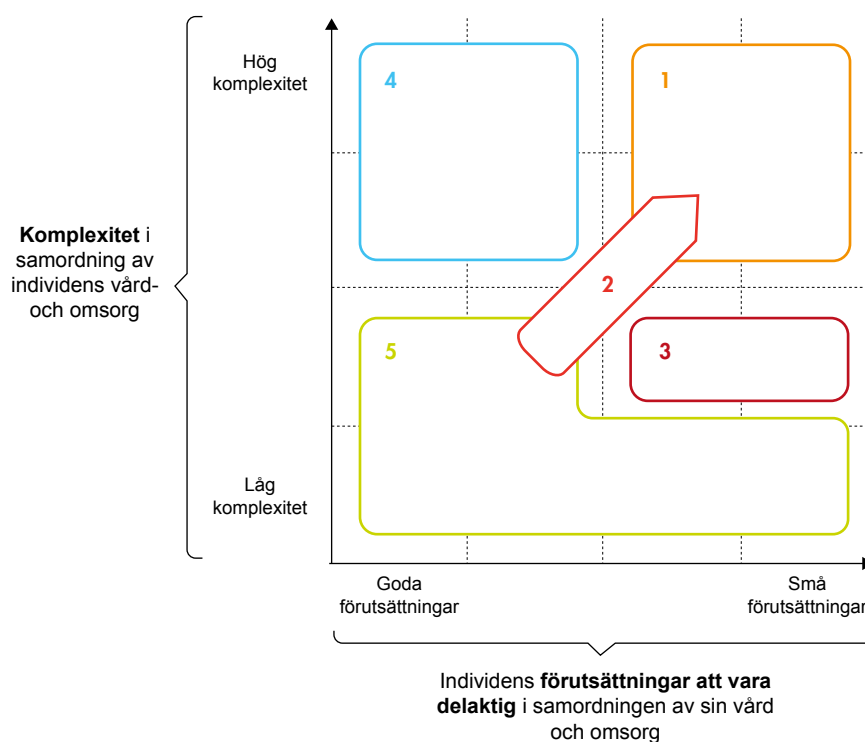
Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar för samordning

Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer

Ramverk som beskriver olika generella grupper behov av samordnad vård och omsorg.



Grupperna som ingår i ramverket är så pass generella att de kan täcka in samtliga patienter och brukare i hälso- och sjukvården och omsorgen. Syftet är att grupperna ska vara användbara för en systemövergripande analys av samordningsproblematik, samtidigt som de ska vara tillräckligt specifika för att kunna användas som ett stöd för ledning och styrning av samordning och samverkan i landsting och kommuner.

SLUTSATSER

- ▶ *Behovet av samordning kommer att öka, främst på grund av den växande gruppen patienter och brukare med komplexa behov*

Den svenska vården och omsorgen har en stor utmaning framför sig eftersom patienter och brukare med flera olika samtidiga vård- och omsorgsbehov är en kontinuerligt växande grupp. Det finns flera anledningar till detta. Den medicinska utvecklingen har lett till att personer med kroniska sjukdomar lever allt längre och hinner utveckla fler sjukdomar. Jämsides med denna utveckling kan vi också observera en ökad specialisering inom vården, vilket lett till att patienterna träffar fler aktörer. Hos äldre kan kroniska sjukdomar i dag sägas vara ett normaltillstånd. I en tidigare studie av Vårdanalys framkom exempelvis att 85 procent av befolkningen 65 år och äldre hade minst en kronisk sjukdom och 66 procent av dem hade två eller fler. Och av alla äldre som har hemtjänst eller bor i särskilt boende har majoriteten en eller fler kroniska sjukdomar. Ju fler kroniska sjukdomar desto större är behovet av kontakt med både vården och omsorgen. Inom sjukvården krävs också ofta kontakt med flera olika specialister utöver den vårdcentral där patienten är listad.

- ▶ *Det saknas tillräckliga förutsättningar för personalen inom vården och omsorgen att arbeta mer samordnat*

För att uppnå en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare krävs att de professioner som individen möter från vården och omsorgen samordnar sina insatser. Det kan handla om att de delar information med varandra eller att de i praktiken samarbetar runt en patient eller brukare i det vardagliga arbetet. Det är också ytterst de personer som arbetar närmast patienten och brukaren som ansvarar för att samordningen fungerar. Samtidigt arbetar och agerar professionerna i ett komplext system. Det innehåller såväl olika organisationer och styrningslogiker som mångfacetterade mål och krav i bland annat lagstiftning och föreskrifter. Verksamheternas och professionernas möjligheter att samordna sina insatser bestäms därför i stor utsträckning av vilka förutsättningar och incitament systemet som helhet ger dem. Vi ser att det i huvudsak är fyra förutsättningar som vård- och omsorgssystemet behöver uppfylla för att en mer samordnad vård och omsorg ska uppnås:

1. en patient- och brukarcentrerad organisationskultur som arbetar för en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg
2. systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning
3. samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränser
4. administrativa system som underlättar samordning.

Utifrån våra intervjuer och sammantagna analys framkommer att vård- och omsorgssystemet i Sverige har betydande utmaningar på samtliga av dessa punkter.

- *Det saknas kunskap om vad samordning innebär och vad en enskild profession gemensamt med andra professioner kan uppnå med samordning.* De olika professionerna inom vården och omsorgen förstår exempelvis inte alltid varandras perspektiv; vad andra kan bidra med och vad man kan åstadkomma tillsammans.
 - *Ledarskap och styrning brister i samordningsfrågorna.* Verksamhetschefer upplever att det är svårt att leda och styra mot en förbättrad samordning. De saknar kunskap om vad samordning innebär och hur man som chef kan skapa förutsättningar för samordning och vad det kan ge för resultat.
 - *Kommuner och landsting har svårt att få till stånd samverkansavtal som ger verklig effekt för patienter och brukare.* Avtalen tenderar exempelvis att ha fokus på att dela upp ansvar snarare än på att förbättra samordningen. I många frågor uppstår därför gråzoner där ingen tar ansvar. Det saknas också ofta någon representant för patienter och brukare när överenskommelserna görs.
 - *Vårdplaner och samordnade planer tenderar i dag att ses som en pappersprodukt snarare än som en fungerande plan för samordning.* Det är exempelvis vanligt att viktiga aktörer av olika anledningar inte deltar när samordningsplanen upprättas. Planen får därför ofta begränsad effekt för samordningen.
 - *Primärvården har inte tillräckliga förutsättningar att ta den samordnande roll av vårdinsatserna som den förväntas ha.* Orsakerna kan spåras till att primärvården bland annat präglas av ett otydligt mandat och uppdrag.
 - *Finansieringssystemet skapar inte tillräckliga incitament till samordning.* De flesta ersättningsystemen ersätter inte specifikt för samordningsinsatser, utan ofta förväntas samordningen göras inom den ordinarie finansieringen. När samordning inte ersätts riskerar sådana insatser att ses som en kostnad för verksamheten och prioriteras ner.
 - *Den nuvarande informationsstrukturen i IT-stöden ger inte tillräckliga förutsättningar för samordning.* Information om patienter och brukare lagras sällan på ett sådant sätt att det är lätt för andra att använda sig av informationen. Den befintliga lagstiftningen förhindrar också att information delas mellan landsting och kommun. Det försvårar samordningen för patienter och brukare med komplexa behov och som har behov av stöd från båda huvudmännen.
- *Det saknas en gemensam syn på vad samordnad vård och omsorg innebär för patienter och brukare*

Samordnad vård och omsorg är ett begrepp som används frekvent men där en vedertagen definition saknas. I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ställs tydliga krav på samordning och kontinuitet, men det preciseras inte vad samordnad vård och omsorg innebär specifikt. Det är också tydligt att bristerna i samordning kvarstår trots lagkraven. En anledning till att samordningen ofta brister är att det saknas en gemensam syn på vad samordning innebär, något som bland

annat framförts i våra intervjuer med verksamhetsföreträdare. I praktiken är det svårt att samordna sig med andra aktörer om man inte har en samsyn kring vad som ska samordnas. Detta utgör också ett hinder för att ställa krav på och utvärdera samordningen, både lokalt och nationellt.

I den här rapporten presenterar vi därför en arbetsdefinition av samordnad vård och omsorg. Syftet är att försöka ringa in vad begreppet innebär ur ett patient- och brukarperspektiv. Vi hoppas att den här definitionen kan bidra till, och underlätta för, en fortsatt diskussion om både problem och förbättringsmöjligheter på området:

Ur patientens och brukarens perspektiv är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur hens perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare.

Vår utgångspunkt är att särskilt se till vad det innebär när vården och omsorgen är samordnad ur patientens och brukarens perspektiv, det vill säga samordning som kvalitetsdimension för slutanvändaren. Men definitionen har även konsekvenser för medborgare, organisationer och vård- och omsorgssystemet som helhet. En samordnad vård och omsorg kan i sin tur uppnås via en rad organisatoriska lösningar, alltifrån samverkan till samarbete.

VÅRDANALYS FORTSATTARBEDE PÅ OMRÅDET

Den här rapporten utgör Vårdanalys inledande arbete på samordningsområdet. Utifrån detta, till stora delar utforskande, arbete är målet att i nästa steg mer specifikt arbeta vidare med tänkbara lösningar för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg. Ramverken i den här rapporten kommer ligga till grund för att precisera principer för samordning och utifrån dessa presentera exempel på hur en patient- och brukaranpassad samordning kan uppnås. Ramverken möjliggör här en fördjupad analys av hur väl olika nationella och lokala samordningsinstanser är anpassade till skillnader i olika patient- och brukargrupperns samordningsbehov. Genom detta vill vi belysa hur bland annat dagens ersättningssystem, organisation och syn på hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver utvecklas för att patienters och brukares behov av samordning ska kunna mötas. Vår förhoppning är dock att redan den här rapporten kan vara till nytta för de som avser att arbeta med samordningsfrågor, såväl nationellt som lokalt.



Innehåll

1 Inledning	21
1.1 En analys av samordnad vård och omsorg som tar sin utgångspunkt i patientens och brukarens perspektiv.....	21
1.2 Rapporten utgår från fyra frågeställningar.....	22
1.3 Rapportens upplägg	22
1.4 Så här har vi gått tillväga	23
2 Samordning är en utmaning för svensk vård och omsorg	27
2.1 Patienter och brukare upplever att samordningen brister	27
2.2 Professionen upplever också brister i samordning.....	32
2.3 Även andra studier styrker patienternas, brukarnas och professionens bild ..	33
3 Vad är samordnad vård och omsorg?.....	37
3.1 En arbetsdefinition av samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv	38
3.2 Vad händer när samordning saknas?.....	42
4 Ett teoretiskt ramverk för att identifiera grupper som har behov av samordning.....	47
4.1 Dimensionerna i ramverket.....	47
4.2 Generella patient- och brukargrupper indelade efter behov av samordning ...	54
5 Samordningsproblemets omfattning och grupper med särskilt samordningsbehov	61
5.1 Översikt över de generella patient- och brukargruppernas storlek och kostnader	61
5.2 Fördjupade exempel på grupper med ett stort behov av samordning.....	65
6 Vilka utmaningar finns för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg?.....	83
6.1 Bristande samordning – ett växande problem?.....	83
6.2 Förutsättningar för personal inom vård och omsorg att arbeta mer samordnat.....	83
6.3 Utmaningar för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.....	85

7 Referenser.....	95
Bilagor	103
Bilaga 1 – Metodbeskrivning vid den empiriska uppskattningen av ramverket	103
Bilaga 2 – Intervjupersoner	107



1 Inledning

När vården och omsorgen är samordnad ser patienterna och brukarna den som en helhet där professionerna arbetar tillsammans för att möta den enskildes behov. Patienterna och brukarna behöver då inte bekymra sig över hur systemet är organiserat för att få den vård och omsorg de behöver. En rad olika källor pekar dock samfällt på att bristande samordning är en av de största utmaningarna för vården och omsorgen i Sverige, särskilt för patienter med kroniska sjukdomar (Vårdanalys 2014b). I OECD:s (2013) rapport över kvaliteten i hälso- och sjukvården i Sverige lyfts just bristande samordning mellan sjukhus, primärvård och socialtjänst fram som den största utmaningen för Sveriges jämförelsevis goda vård och omsorg.

Samordningsbrister leder ofta till en försämrad upplevelse för patient och brukare men i vissa fall också till en sämre vård eller omsorg. När samordningen brister övervältras även en stor del av den samordnande rollen på patienten, brukaren eller dennes närstående. Detta kan få allvarliga konsekvenser för patienter och brukare som har flera samtidigt behov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Vi uppskattar att cirka en miljon människor i Sverige har denna form av behov. Gruppen växer också för varje år i takt med att befolkningen i landet blir äldre, vilket understryker samordningsutmaningen.

Det finns fler anledningar till att det är viktigt att vården och omsorgen blir mer samordnad. För patienter och brukare finns det ett egenvärde i att vården och omsorgen samordnar sina insatser. I begreppet ryms funktioner och egenskaper som avser att främja patienternas och brukarnas trygghet och delaktighet samtidigt som god samordning ger stärkta möjligheter för patienter och brukare att delta i vården och omsorgen på egna villkor. En väl fungerade samordning är därför en viktig aspekt i en personcentrerad vård och omsorg (Vårdanalys 2012) och betydelsen av en samordnad vård och omsorg understryks också i lagtexten (till exempel i hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763).

På systemnivå är mycket fortfarande okänt kring de samlade konsekvenserna av bristande samordning. En rad studier pekar dock på att detta sannolikt är en viktig del i de kvalitets- och patientsäkerhetsproblem som leder till försämrade medicinska resultat, ökade kostnader och att resurserna inte används på bästa möjliga sätt (European Observatory 2014).

1.1 EN ANALYS AV SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG SOM TAR SIN UTGÅNGSPUNKT I PATIENTENS OCH BRUKARENS PERSPEKTIV

Bristande samordning inom vård och omsorg är sedan länge ett välkänt problem. Vi har identifierat en rad tidigare rapporter inom vård och omsorg som har pekat på denna problematik. Det saknas dock en generell definition av vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv i en svensk kontext.

Vår ambition med den här rapporten är att utforska, uttolka och precisera av vad begreppet samordnad vård och omsorg innebär ur patientens och brukarens perspektiv och vad det får för konsekvenser ur ett organisationsperspektiv. Vår ambition är också att identifiera övergripande strukturella utmaningar kring att uppnå en samordnad vård och omsorg. En del i det arbetet består i en analys av vilka patienter och brukare som har särskilt behov av samordning och vad konsekvenserna blir om och när samordningen brister. Ambitionen är därmed att undersöka på vilket sätt utmaningarna inom samordningsområdet skiljer sig mellan olika patient- och brukargrupper. I nästa steg är målet att mer specifikt arbeta vidare med tänkbara lösningar och rekommendationer för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.

I rapporten används begreppet vård och omsorg för att sammantaget beskriva verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Många patienter och brukare har dock även en rad ytterligare kontakter med olika samhällsinstanser och verksamheter. Även dessa behöver samordnas inom och mellan verksamheter. Till exempel behöver socialtjänstens insatser för utsatta barn och unga även samordnas med skolans verksamhet såväl som med olika former av fritidsverksamhet. Men i den här rapporten har vi avgränsat oss till att studera samordning inom och mellan vård, omsorg och socialtjänst.

1.2 RAPPORTEN UTGÅR FRÅN FYRA FRÅGESTÄLLNINGAR

De huvudsakliga frågeställningarna som vi söker besvara i rapporten är följande:

- ▶ Vad innebär samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv?
- ▶ Hur kan grupper med särskilt behov av samordning identifieras?
- ▶ För vilka grupper är samordnad vård och omsorg särskilt viktigt och vad blir konsekvenserna om samordningen brister?
- ▶ Vilka är de huvudsakliga utmaningarna för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg?

1.3 RAPPORTENS UPPLÄGG

Rapporten inleds med kapitel 2 som ger en bakgrund till att samordning är en generell utmaning för svensk vård och omsorg. Kapitel 3 fokuserar på vad begreppet samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv. I kapitel 4 presenterar vi ett ramverk för att kunna identifiera de grupper som har särskilt behov av samordning. I kapitel 5 ser vi dels till de generella grupper vi kan identifiera med ramverket från kapitel 4, dels fördjupar vi oss i fem grupper för att bättre förstå de problem som de specifika grupperna möter och de behov de har. Slutligen sammanfattar vi i kapitel 6 de huvudsakliga utmaningar som vi ser avseende att uppnå en samordnad vård och omsorg.

1.4 SÅ HÄR HAR VI GÅTT TILLVÄGA

Syftet med den här rapporten är att bidra med nya insikter inom samordningsområdet. Behovet av förbättrad samordning har berörts i en rad tidigare studier men vi finner att det saknas en bred systemansats. Vi ser också att det i en svensk kontext saknas en gemensam bild av vad begreppet samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv, och därför att det finns behov av att utveckla ramverk och dimensioner som kan bidra till hur samordningsutmaningar ska förstås och analyseras. I detta syfte har vi därför strävat efter att ta in kunskapsläget på området, både nationellt och internationellt. Tillsammans med vårt patient- och brukarråd har vi även arbetat fram en beskrivning av hur samordnad vård och omsorg kan förstås, tolkas och preciseras. Vi har också utvecklat ett teoretiskt ramverk för att identifiera olika generella patient- och brukargrupper och deras behov av samordnad vård och omsorg. Därefter har vi genomfört en kvantitativ uppskattning av ramverket där vi på en övergripande nivå söker beskriva gruppernas storlek och kostnader (metoden beskrivs mer utförligt i bilaga 1). För att få insikter kring de samlade utmaningarna inom samordningsområdet har vi även genomfört 37 intervjuer med olika lokala verksamhetsföreträdare och nationella experter, både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.



2 Samordning är en utmaning för svensk vård och omsorg

En rad olika källor pekar samfällt på att bristande samordning är en av de största utmaningarna för vården och omsorgen i Sverige. I OECD:s (2013) rapport över kvaliteten i hälso- och sjukvården i Sverige lyfts just bristande samordning mellan sjukhus, primärvård och socialtjänst fram som den största utmaningen för Sveriges jämförelsevis goda vård och omsorg.

Samordningsbrister leder ofta till en försämrad upplevelse för patient och brukare men i vissa fall också till en sämre vård eller omsorg. När samordningen brister övervältras även en stor del av den samordnande rollen på patienten, brukaren eller dennes närstående. Detta kan få allvarliga konsekvenser för patienter och brukare som har flera samtidiga behov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg.

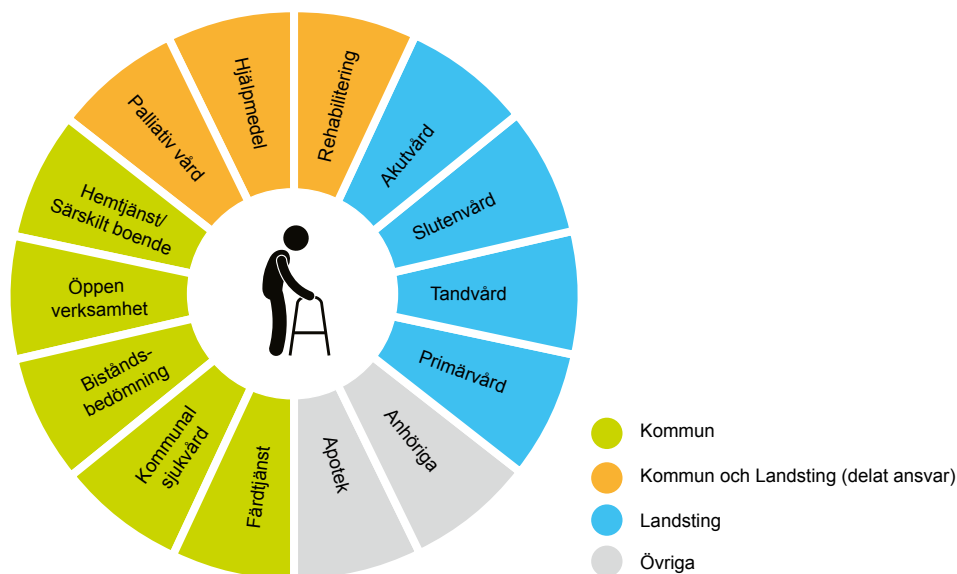
På systemnivå är mycket fortfarande okänt kring de samlade konsekvenserna av bristande samordning. En rad studier pekar dock på att detta sannolikt är en viktig del i de kvalitets- och patientsäkerhetsproblem som leder till försämrade medicinska resultat, ökade kostnader och att resurserna inte används på bästa möjliga sätt (European Observatory 2014).

I det här kapitlet ges en kort beskrivning av hur samordningen av vården och omsorgen i Sverige ser ut i dag. Vi redogör bland annat för att patienter, brukare och professionen upplever stora brister i samordningen av vård och omsorg. Inledningsvis beskriver vi samordningsproblem för två fiktiva personer som har fallit mellan stolarna mellan olika aktörer inom vården och omsorgen.

2.1 PATIENTER OCH BRUKARE UPPLIVER ATT SAMORDNINGEN BRISTER

Både internationella jämförelser och nationella studier visar att patienter och brukare i dag är missnöjda med hur samordningen fungerar inom svensk vård och omsorg. Även om samma problembild finns i många länder sticker Sverige ut som särskilt bristfälligt ur just patienternas och brukarnas perspektiv. I det här avsnittet har vi, baserat på tidigare litteratur och intervjuer, tagit fram beskrivningar på två fiktiva fall med syfte att illustrera patienters och brukares situation. Fallen benämns Emilia och Robert och de visar hur vardagen för en person med flera behov som avser vårdens och omsorgens uppdrag kan se ut. Avslutningsvis presenteras en rad mätningar som visar på patienters och brukares upplevelser gällande huruvida de möts av en fungerande samordning.

Figur 1. Exempel på aktörer som en äldre person med flera kroniska sjukdomar och hemtjänst normalt sett möter inom vården och omsorgen.

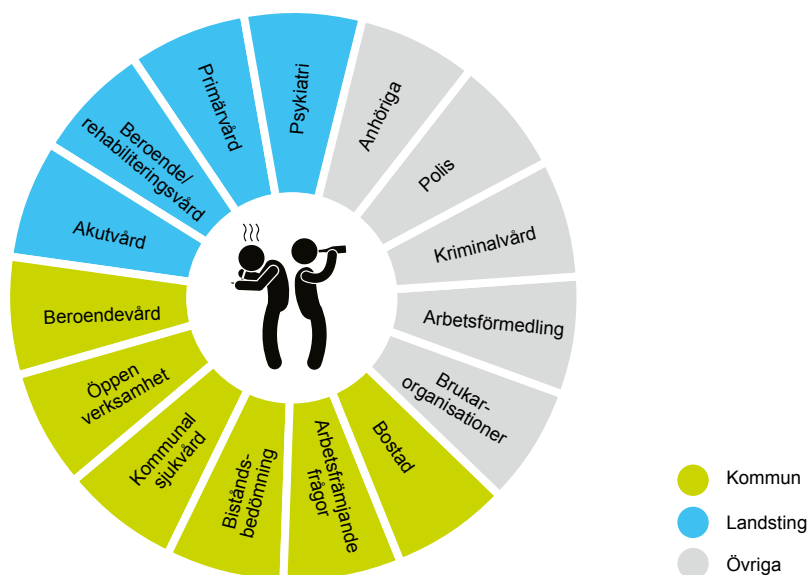


2.1.1 Fiktivt fall: När samordningen brister för en äldre person med flera olika kontakter med vården och omsorg, exempel Emilia

Figur 1 visar Emilia, som är 86 år, och hennes kontakter inom vård och omsorg. Med åldern har Emilia utvecklat ett antal kroniska sjukdomar som kräver att hon har regelbunden kontakt med både vårdcentral och olika specialister inom vården. Emilia har också börjat få svårt att gå och har svårt att röra sig hemma. Eftersom hon lever ensam behöver hon även stöd i hemmet från äldreomsorgen för att klara de vardagliga sysslorna. Hon behöver dessutom fysiska hjälpmedel för att göra vardagen enklare. Alla de kontakter som visas i figur 1 är således nödvändiga för att tillgodose Emilias samlade behov av vård och omsorg.

Det relativt komplexa nätet runt Emilia består bland annat av aktörer från olika huvudmän, organisationer och professioner. Dessa styrs därtill ofta av skild lagstiftning, varierande budgetar och i bland också olika politiska ledningar. I många fall är kontakten mellan aktörerna bristfälliga och när Emilia träffar dem upplever hon att de inte har pratat med varandra om hur vården och omsorgen blir bäst för henne. Flera gånger har Emilia fått berätta samma historia om och om igen för nya personer. Hon börjar också bli trött på att det är olika läkare varje gång hon kommer till vårdcentralen och att de alltid verkar ha så bråttom. Hon oroar sig för vad som skulle hända om hon inte var lika klar i huvudet som hon är i dag.

Figur 2. Exempel på aktörer som en person med missbruk och samsjuklighet normalt sett möter inom vården och omsorgen.



2.1.2 Fiktivt fall: När samordningen brister för en person med missbruk och psykisk ohälsa, exempel Robert

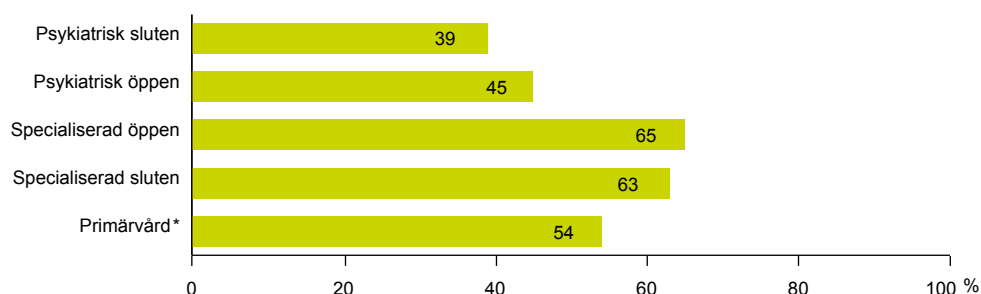
Robert är 52 år gammal och lider av missbruksproblematik i kombination med psykisk ohälsa. Diagnosen adhd fick han för bara ett par år sedan. Han gick inte ut grundskolan på grund av stora koncentrationssvårigheter. Redan i den åldern utvecklade han sina missbruksproblem. Han har sedan haft svårt att behålla arbeten och därför i långa perioder försörjt sig på socialbidrag (försörjningsstöd). Han har även blivit av med sin bostad flera gånger. Flera andra i hans familj lider eller har lidit av missbruksproblem och han kan därför inte räkna med hjälp från dem när han har svårt att klara sig själv. Sist Robert träffade en läkare fick han också höra att han har utvecklat en leversjukdom som följd av sitt alkoholmissbruk.

Figur 2 visar Roberts kontakter med vården och omsorgen. Robert har i olika grad kontakt med handläggare på socialtjänsten för bistånd och bostadsbidrag. Han har även sporadisk kontakt med beroendeverksamheten inom både landstinget och kommunen, men hans missbruk har aldrig varit så allvarligt att han har tvångsomhändertagits. Ibland går han till en vårdcentral för att få hjälp av en läkare, och enstaka gånger har han kommit till akuten. Han har även vid upprepade tillfällen haft kontakt med olika delar av psykiatrin. Han har i flera omgångar deltagit i Arbetsförmedlingens arbetsmarknadspolitiska program, men trots det har han varit öppet arbetslös under längre perioder. Han har inte tid eller ork att hålla koll på alla han förväntas ha kontakten med. Ibland undrar han om det vore bättre om han blev grov missbrukare eller kriminell – då skulle de låsa in honom på en plats och han skulle slippa lägga så mycket tid och energi på att orientera sig.

2.1.3 Nationella och internationella patientenkäter visar på brister i samordning

Emilias och Roberts situationer är inte unika i Sverige. Resultaten av olika enkäter till patienter och brukare pekar på en rad brister i samordningen. I SKL:s (2015b) patientenkät får patienterna bland annat svara på om de känner sig trygga med samordningen av deras kontakter i vården, se figur 3. Inom primärvården är det endast drygt hälften av patienterna som uppger att de känner sig helt och hållet trygga med den samordning som sker av deras kontakter i vården. Det är anmärkningsvärt eftersom primärvården ska ha en samordnande funktion för patienten.

Figur 3. Andel patienter som känner sig helt och hållet trygga med den samordning som sker av deras kontakter i vården, 2014.

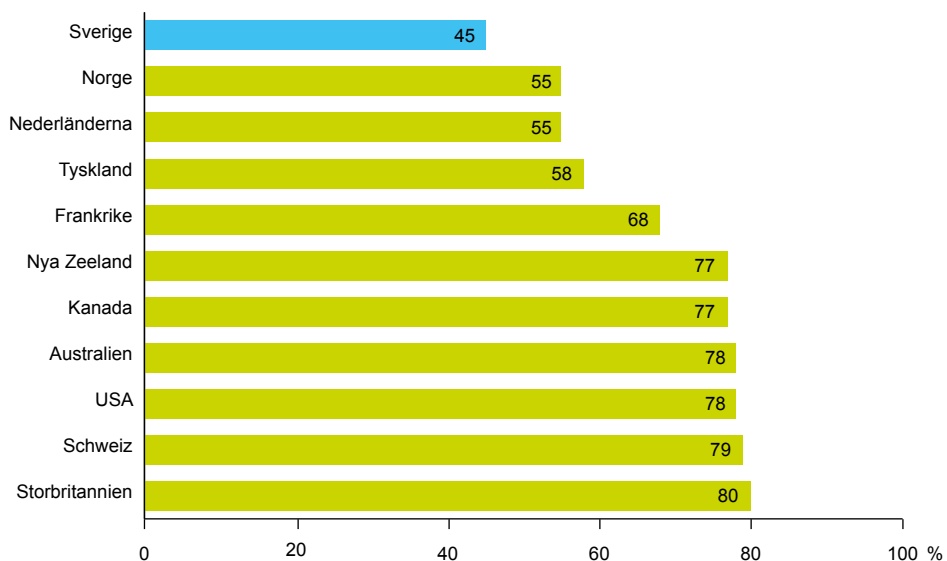


Källa: Nationell patientenkät, SKL.

* 2013

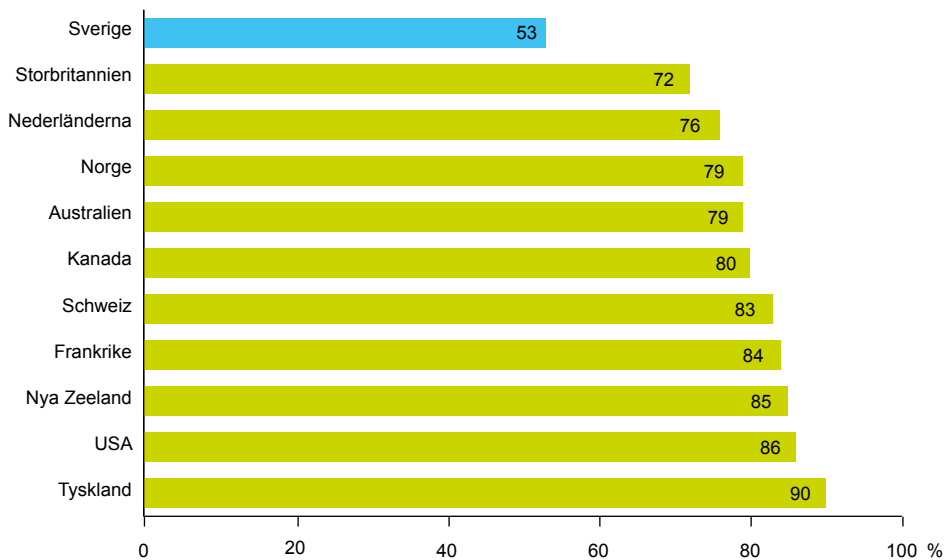
En liknande bild framkommer vid internationella jämförelser. En jämförande studie mellan elva länder (International Health Policy Survey, eller IHP) visar exempelvis att Sverige är det land i undersökningen där patienterna i minst utsträckning upplever att samordningen fungerar. Figuren nedan (4) visar att endast drygt 45 procent av patienterna i Sverige som tillfrågades i IHP-studien (Vårdanalys 2014c) undersökning anser att läkaren alltid eller ofta hjälper till att samordna vården från andra aktörer. Samma undersökning visar också att endast 53 procent av patienterna anser att den vårdcentral de vanligtvis går till verkade informerad och uppdaterad om den vård de fått på sjukhuset (figur 5). Undersökningen visar också hur patienterna svarar på frågan om huruvida läkarna eller personalen verkade informerade om patientens tidigare vård; cirka 50 procent av patienterna svarade att de alltid eller ofta är det. Även på andra frågor som rör samordning uppvisar Sverige sämre resultat än övriga länder i jämförelsen. Sammanfattningsvis pekar båda undersökningarna på att samordnad vård och omsorg är ett område där Sverige har stora brister utifrån patientens upplevelse.

Figur 4. Andel patienter som uppger att läkare eller annan personal ofta eller alltid hjälper till att koordinera vården, 2014.



Källa: Vårdanalys, 2014

Figur 5. Andel patienter som uppger att läkare eller annan personal på deras vanliga mottagning/ praktik/klinik verkade vara informerade och uppdaterade om vården de fick på sjukhuset, 2014.



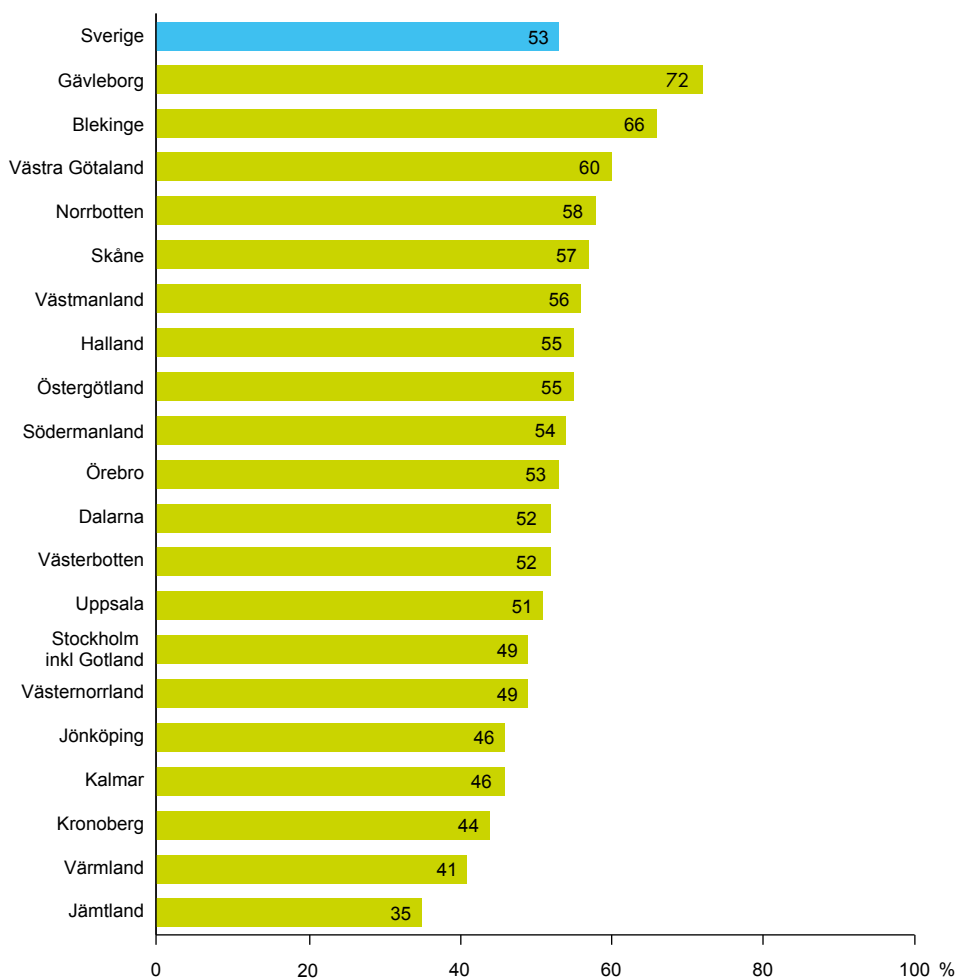
Källa: Vårdanalys, 2014

2.2 PROFESSIONEN UPPLEVER OCKSÅ BRISTER I SAMORDNING

Även de som arbetar inom vård och omsorg upplever att samordningen brister. Läkare eller socialsekreterare uppger exempelvis att möjligheten till samordning begränsas av att organisationen man verkar inom är uppdelad i olika ansvarsområden. Cirka hälften av läkarna inom primärvården rapporterar också att någon av deras patienter den senaste månaden fått problem till följd av att vården inte varit samordnad, se figur 6 (Vårdanalys 2015). Frågan, vars svar anges ovan, är dock generellt ställd och specificerar inte närmre vilken typ av problem det rör sig om.

Även personal inom socialtjänsten vittnar i våra intervjuer om att samordningen brister. Inom socialtjänsten saknas dock större studier som motsvarar dem som finns för hälso- och sjukvården.

Figur 6. Andel läkare som uppger att minst en patient den senaste månaden fick problem eftersom vården inte var samordnad mellan vårdgivarna, 2015.



Källa: Vårdanalys, 2015

2.3 ÄVEN ANDRA STUDIER STYRKER PATIENTERNAS, BRUKARNAS OCH PROFESSIONENS BILD

Flera forsknings- och myndighetsrapporter har de senaste åren pekat på brister i samordningen inom vården och omsorgen. Störst fokus har varit på gruppen mest sjuka äldre, där problematiken varit känd sedan länge. Det finns även ett antal studier som har fokuserat på andra grupper.

2.3.1 Brister i samordningen av vården och omsorgen av äldre

Att samordningen brister i vården av de mest sjuka är ett väl uppmärksammat problem. Här presenteras kortfattat slutsatserna av några av de senaste studierna som fokuserat på denna grupp.

I en rapport från Socialstyrelsen (2013), med syfte att följa väntetider inom vården för multisjuka äldre, konstateras att det största problemet är bristande samordning av insatser från vården och omsorgen. Socialstyrelsen menar att det finns ett ”stuprörstänkande” inom vården och omsorgen, det vill säga att ansvaret är splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Enligt Socialstyrelsen (2013) saknas det någon som tar det samordnade ansvaret för den äldre och följer upp det sammantagna resultatet av vård och omsorgsinsatserna.

I Öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre redovisas årligen ett flertal indikatorer som belyser samordnad vård och omsorg för äldre personer med äldreomsorg (SKL och Socialstyrelsen 2015). Indikatorerna visar på resultat för brukare och patienter på områden där både kommunerna och landstingen ansvarar för att ge god vård och omsorg. Resultatet visar att det finns flera områden där samordningen kan tänkas brista och att det är stor spridning i resultat mellan kommuner och landsting. Det rör sig bland annat om ökade fallskador, brister i vård och omsorg efter stroke, avsaknad av riskförebyggande arbete och brister i läkemedelsbehandling.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har identifierat ett antal utmaningar i det svenska vård- och omsorgssystemet med att skapa en god vård och omsorg för de mest sjuka äldre (SKL 2012). En av de största är just brister i samordningen mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multisjuka äldre. Vid utskrivning från sjukhus gjordes exempelvis en samordnad vårdplanering endast vid 30 procent av tillfällena. Det finns också stora brister i planeringen och kommunikationen mellan vårdcentraler och kommunernas hemtjänst. Brister i kommunikationen har också pekats ut som ett problem av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I en rapport beskrev IVO (2014) flertalet allvarliga brister i informationsöverföringen mellan olika vårdgivare. Inspektionen visade att informationsöverföringen ofta brast i övergångarna mellan olika team eller vårdenheter; det handlade både om hur man hanterade remisser, provsvar eller röntgenbilder och om kommunikation, som telefonsamtal eller mejl. Bristerna pekas ut som systematiska och i flertalet av de studerade fallen hade bristerna i informationsöverföringen fått allvarliga konsekvenser för patienterna.

2.3.2 Brister i samordning hos andra grupper

Även om de flesta rapporter fokuserar på gruppen mest sjuka äldre finns det även ett fåtal rapporter som har lyft fram andra grupper med liknande utmaningar.

Riksrevisionen (2011) visar exempelvis att samordningen kring barn med funktionsnedsättning har stora brister och att alltför mycket ansvar för samordningen läggs på de anhöriga. Ingen aktör runt barnet anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen. Riksrevisionen pekar här på att det blir avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera.

Patienter med kroniska sjukdomar är en annan grupp där brister i samordningen har uppmärksammats (Vårdanalys 2014b). Cirka 40 procent av dem med kronisk sjukdom uppger att deras läkare i primärvården inte känner till vad som gjorts i besöken hos specialistvården. Över 70 procent uppger också att de inte fått hjälp från sjukhuset med att boka återbesök trots att de behövt det.

Även personer med psykisk ohälsa har uppmärksammats, bland annat genom regeringens satsning PRIO, där mycket fokus riktas mot just samordning av insatser (Vårdanalys 2014a). Trots återkommande satsningar på samordning finns dock ett behov av ett fortsatt utvecklingsarbete inom detta område.



3 Vad är samordnad vård och omsorg?

I svensk lagstiftning finns det tydliga krav på samordning och kontinuitet i vården och omsorgen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvården ”tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården”. Bestämmelsen säger också att ”olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt”. I patientlag (2014:821) finns samma krav på samordning samt under vissa förutsättningar krav på fast vårdkontakt och fast läkarkontakt. Vid behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns det krav i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen på att en individuell vårdplan ska upprättas. Däremot preciserar inte lagstiftningen vad samordning innebär specifikt. Det är också tydligt att problemen med brister i samordning kvarstår trots lagkraven.

Eftersom problemet med bristande samordning har varit känt så länge har det också forskats och skrivits mycket på området, både nationellt och internationellt. Samordning kan därtill studeras ur många olika perspektiv, vanligast förekommande är ur ett organisatoriskt eller ekonomiskt perspektiv. Det innebär att många olika forskningsfält har beskrivit samordningsproblematiken utifrån olika synsätt och vetenskapliga traditioner. Den här rapporten utgör inte en sammanställning av olika forskningsfältens bidrag på samordningsområdet, utan fokus är att nå vidare kring vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv.

Ibland används dessutom närliggande begrepp till samordning, som *sammanhållen vård och omsorg*, *samverkan* och *koordinering*. I Sverige finns en del skrivet om samverkan, se bland annat Anell och Mattsson (2009) för en kunskapsöversikt. Samverkansforskningen har ett utpräglat organisationsperspektiv även om målet ofta är att uppnå förbättrad samordning för den enskilde. Det är dock viktigt att tydliggöra att samverkan inte nödvändigtvis leder till förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv. Vår utgångspunkt är patienten och brukaren och vad det innebär att vården och omsorgen är samordnad för denne. Organisationen kan sedan lösa det på olika sätt, till exempel genom att samverka, vilket innebär en formell överenskommelse om samordning mellan olika organisationer. Med utgångspunkt i vad som främjar samordning ur ett individperspektiv kan sedan en rad typer av organisatoriska lösningar – från samarbete mellan enskilda individer till samverkan mellan organisationer – ses som olika former av samordningsinsatser.

Som nämnts är brister i samordningen även ett problem i andra länder, vilket har lett till en del nationella och europeiska initiativ och forskning på området. Internationellt används ofta begreppen *integrated care* eller *coordination of care* vilket ungefär motsvarar samordnad vård och omsorg. De definitioner och teorier som används i den internationella forskningen har delvis legat till grund för de definitioner och

analysramverk som vi använder oss av i den här rapporten. Även i den internationella forskningen inom *integrated care* finns det en uppsjö av olika definitioner och begrepp utan någon konsensus, se exempelvis Ködner (2009) och Nolte och McKee (2008) för en översikt. Liksom samverkansforskningen har *integrated care* primärt oftast ett system- och organisationsperspektiv.

Samordnad vård och omsorg är ett begrepp som används frekvent men där en vedertagen definition saknas. I det här kapitlet presenterar vi därför vår arbetsdefinition av samordnad vård och omsorg och utforskar och preciserar dess innebörd med utgångspunkt från ett patient- och brukarperspektiv. Vi hoppas att den kan bidra till en fortsatt diskussion om både problemen och förbättringsmöjligheterna på området. För att ytterligare förtydliga vad samordning innebär beskriver vi också vad det innebär när samordning saknas.

3.1 EN ARBETSDEFINITION AV SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG UR ETT PATIENT- OCH BRUKARPERSPEKTIV

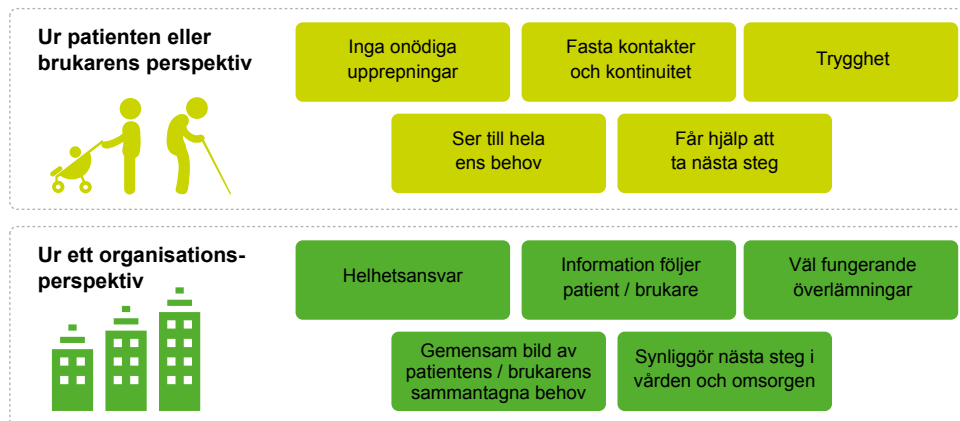
I det här avsnittet söker vi definiera vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv och vad definitionen medför för konsekvenser ur ett organisations- och samhällsperspektiv. Definitionen har arbetats fram tillsammans med myndighetens patient- och brukarråd. Definitionen tar fasta på ett idealtillstånd, det vill säga när samordningen fungerar på ett önskvärt sätt. Syftet med denna form av teoretisk definition är att den ska kunna användas som en måttstock för att utvärdera verkliga projekt och initiativ som syftar till att göra vården och omsorgen mer samordnad. Den ska inte ses som slutgiltig, utan som ett första försök att utforska ett nytt perspektiv på frågan som till stor del saknats i Sverige, särskilt i en bred kontext som ser till hela vården och omsorgen. Definitionen är också en viktig utgångspunkt i myndighetens fortsatta arbete på området.

Vår definition av samordnad vård och omsorg

I vår fortsatta diskussion utgår vi från följande definition:

Ur patientens och brukarens perspektiv är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur hens perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare.

Figur 7. Beskrivning av vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv och vilka konsekvenser det får organisationsperspektiv.



Med en väl fungerande helhet ur patientens och brukarens perspektiv menas att:

- ▶ *Patienten eller brukaren ska inte i onödan behöva upprepa information eller genomgå onödiga behandlingar, utredningar eller tester när hen har godkänt att informationen får delas.*

Enligt lag får information om en patient eller brukare inte delas utan personens medgivande. När ett medgivande finns ska informationen delas mellan enheter inom samma organisation eller mellan exempelvis kommun och landsting så att det inte vilar på patienten eller brukaren att återberätta sin historia om hen inte önskar det.

- ▶ *Patienten eller brukaren ska så långt det är möjligt erbjudas fasta kontakter och personalkontinuitet inom vården och omsorgen.*

Många patienter och brukare vill gärna träffa samma person varje gång de besöker exempelvis vårdcentralen. Enligt patientlagen ska detta önskemål tillgodoses inom hälso- och sjukvården. Samma lagkrav finns inte för omsorgen, men i den mån det är möjligt bör kommunen erbjuda kontakt med till exempel samma handläggare eller omsorgspersonal om brukaren önskar det.

- ▶ *Patienten eller brukaren ska känna sig trygg med att vården och omsorgen ser till hela ens behov.*

De personer som patienten eller brukaren träffar ska se till hela individens behov av vård och omsorg. Detta förutsätter ett bra bemötande och ett proaktivt förhållningssätt som gör att vården och omsorgen ringar in hela människans komplexa och sammanhängande behov. Det handlar om att få känna att man står i centrum och att behoven uppfattas som trovärdiga och att man är delaktig i de beslut som fattas.

- ▶ *Patienten eller brukaren ska efter förmåga och önskemål få den hjälp hen behöver för att vara medskapande i samordningen.*

Patienten och brukaren ska få det stöd hen behöver och önskar för att kunna vara medskapande i samordningen, till exempel med information och vägledning i en vård och omsorgsprocess om hur hen går vidare och vilken kontakt som behöver tas härnäst.

Konsekvenser ur ett organisationsperspektiv

För att åstadkomma en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare krävs ett aktivt arbete från samtliga organisationer som patienten och brukaren träffar i sin vård och omsorg. Vi finner att följande punkter blir viktiga för organisationen att uppnå:

- ▶ *En personcentrad arbetskultur där individens sammantagna behov står i fokus och som präglas av ett gemensamt ansvarstagande för individen utan organisatoriska revir.*

De inblandade aktörerna ska ta ett gemensamt ansvar för de patienter och brukare de möter och veta vilka delar de ansvarar för. Ingen del av patientens eller brukarens eventuella behov ska kunna falla mellan stolarna.

- ▶ *Lättillgänglig information om patienten eller brukaren vid rätt tidpunkt för den som behöver den.*

Rutiner för hur och när information delas ska finnas, och när patienten eller brukaren har gett sitt godkännande ska informationen delas mellan de inblandade aktörerna utan dröjsmål.

- ▶ *En fungerande överlämning mellan olika aktörer.*

Det ska finnas rutiner för hur överlämning sker, oavsett om det gäller inom en organisation där dagpersonal överlämnar till nattpersonal, eller om det gäller mellan olika enheter eller huvudmän. Överlämning innefattar båda punkterna ovan, det vill säga överlämning av såväl information som ansvar.

- ▶ *En stärkt möjlighet för patienten och brukaren att vara medskapande i samordningen.*

Då patienten och brukaren ofta både har möjlighet och önskar vara en medskapande aktör i samordningen behöver organisationen ta till vara och stärka den förmågan om individen så önskar. Det kan handla om att ge patienten och brukaren den information som den behöver för att ta nästa steg i sin vård- och omsorgsprocess.

- ▶ *En gemensam bild av patientens och brukarens sammantagna behov av vård och omsorg samt en gemensam målsättning och uppföljning av insatser.*

När flera olika aktörer ansvarar för utfallet för en patient eller brukare krävs en gemensam bild av personens samlade behov samt en gemensam målsättning för

hur behoven ska mötas. Många patienter och brukare är i behov av samordning under en längre tid och det är viktigt att fånga upp att behoven kan förändras längs vägen. Patientens eller brukarens behov behöver alltså utvärderas kontinuerligt tillsammans med alla inblandade aktörer för att se om de insatser som genomförts får den effekt som önskats.

- *En tydlig bild för alla involverade aktörer av vad som krävs i nästa steg i vården och omsorgen för att komma närmare målet att tillgodose patientens eller brukarens behov.*

Alla de aktörer som är inblandade i patientens eller brukarens vård och omsorg ska ha ett helhetsperspektiv. De ska därmed kunna vägleda patienten eller brukaren i nästa steg, även när nästa steg inte är något som sker inom aktörens enhet.

Ett nyckelord i definitionen är "aktivt" eftersom det lägger ansvaret för organiseringen hos de instanser som patienten och brukaren möter. Det finns patienter och brukare som själva vill ta ansvar för sin egen vård och omsorg, och i den utsträckning de vill ska de få möjlighet att göra det. Patienten som medaktör är en viktig byggsten i en personcentrerad vård. "Aktivt" ska alltså inte tolkas som att kommuner och landsting får gå över huvudet på patienten eller brukaren.

Samordning är en av flera andra kvalitetsvariabler som vården och omsorgen måste sträva efter. Ur ett organisationsperspektiv är dock samordning huvudsakligen en process som även kan ha andra positiva effekter på kvaliteten, både när det gäller patientupplevelsen och de medicinska och sociala resultaten. En ökad samordning bör därför ses som en kvalitetsaspekt för individen, som i sin tur behöver vägas mot andra kvalitetsaspekter och gentemot kostnaderna för samordningsinsatserna. Innan fokus läggs på att förbättra samordningen bör man därför säkerställa att de saker man gör i dag är rätt saker utifrån patientens och brukarens behov. Det finns ingen poäng i att samordna flera olika insatser om alla insatserna är felaktiga eller kan ersättas av en annan.

Konsekvenser ur ett samhällsperspektiv

Från ett samhällsperspektiv är det viktigt att vården och omsorgen bedrivs så effektivt som möjligt. Det finns exempel som visar att bristande samordning bidrar till ineffektivitet och resursslöseri. Exempelvis visar 2015 års IHP-studie, som gick ut till allmänläkare, att 61 procent av alla allmänläkare i Sverige någon gång under den senaste månaden har träffat en patient vars journal eller annan relevant klinisk information inte var tillgänglig vid tidpunkten för patientens planerade besök. Studien visade också att 35 procent av allmänläkarna under den senaste månaden hade varit tvungen att upprepa ett test eller en annan åtgärd eftersom resultaten inte var tillgängliga (Vårdanalys 2015). Denna typ av mätningar tydliggör att brister i samordning kan få ekonomiska konsekvenser.

Vissa lösningar för att förbättra samordningen kan initialt och lokalt framträda som ökade kostnader även om det sett till hela samhällsekonomin blir mer resurseffektivt.

En omfattande internationell litteraturgenomgång av olika samordningsinsatser visar att det finns mycket som pekar på att ökad samordning ofta har positiva ekonomiska effekter, men att det samtidigt är svårt att belägga en entydig effekt (European Observatory 2014). Effekten är svår att belägga på grund av att det saknas gemensamma definitioner av vad samordning innebär och hur man ska mäta kostnader och kvalitet.

3.2 VAD HÄNDER NÄR SAMORDNING SAKNAS?

När samordningen saknas eller brister kan följande allvarliga problem uppstå både för individen och för vården och omsorgen. Nedanstående punkter baseras på en sammanställning av två forskare som är verksamma inom fältet *integrated care* (Goodwin och Alonso, 2014):

► *Bristande helhetssyn leder till oro och frustration hos individen.*

När samordningen brister blir det patienten eller brukaren som själv får ta ansvar för att helhetsbehovet blir tillgodosett. De aktörer som individen möter behandlar då bara en del av individens behov och ser inte till helheten. Det kan innebära att viktiga behov inte identifieras och uppmärksammas vilket skapar en oro och frustration hos individen.

► *Bristande kommunikation mellan professioner leder till att patient och brukare får återberätta sin situation och att viktig information riskerar att gå förlorad.*

En viktig del i samordningen är att aktörerna inom vården och omsorgen har en bra kommunikation mellan sig, och att de har tillgång till nödvändig information om patientens eller brukarens tidigare kontakter med vården. När kommunikationen brister kan det leda till att patienten behöver återberätta tidigare vårdkontakter, själv ta initiativ till kontakter, att felaktiga beslut fattas eftersom värdefull information saknas eller att nödvändiga besök helt och hållet uteblir.

► *Försämrade upplevelse, hälsa och situation för patient och brukare.*

Patienten eller brukaren upplever att hen själv måste vara bärare av information och ta initiativ till kontakter. Risken är att olika råd kommer från olika personer, och att ingen har en samlad bild av personens behov. Det kan uppstå förvirring kring vad som egentligen är nästa steg och i vilken ordning saker ska göras, särskilt när informationen är motstridig. Allt detta innebär att patienten eller brukaren får en dålig upplevelse av vården och omsorgen men också att förmågan att hantera sin egen situation och sin egenvård försämras.

► *Ökade kostnader på grund av vård och omsorg som upprepas i onödan.*

När samordningen brister ökar risken för att patienten behöver upprepa till exempel medicinska tester eller återberätta sin medicinska historia. Det leder till ökade kostnader och sämre resursutnyttjande.

- ▶ *Hotad patientsäkerhet och risk för försämrade medicinska och sociala resultat.*

När en helhetssyn saknas och kommunikationen mellan professioner brister är det stor risk att patientens eller brukarens behov inte bemöts på ett fullgott sätt av vården och omsorgen. Sjukdomstillståndet eller omsorgsbehovet kan förvärras på grund av den bristande samordningen.



4 Ett teoretiskt ramverk för att identifiera grupper som har behov av samordning

Vi presenterar här ett teoretiskt ramverk som gör det möjligt att identifiera generella patient- och brukargrupper vars gemensamma kännetecken är behovet av samordning av insatser från både vården och omsorgen. Utgångspunkten är att vi ser att det finns ett behov av en systemövergripande analys, särskilt då det saknas ett ramverk för att på ett övergripande plan kunna diskutera och analysera samordnad vård och omsorg i en svensk kontext. Exempelvis har de flesta studierna på svenska förhållanden fokuserat på en enskild målgrupp, oftast äldre, och därför brister kunskapen om flera andra grupper. Sammantaget saknas det därför en övergripande syn på hur samordningsbehovet, och de därtill tillhörande utmaningarna, ser ut för olika grupper av patienter och brukare.

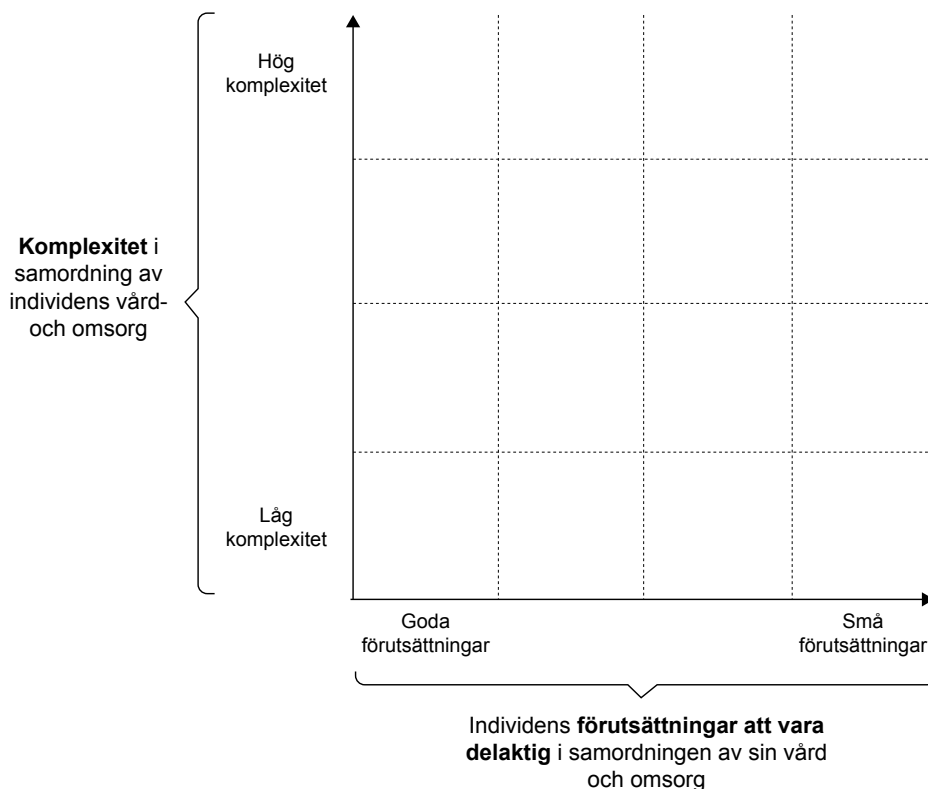
De grupper som identifieras i ramverket är så pass generella att de kan täcka in samtliga patienter och brukare i hälso- och sjukvården och omsorgen. Syftet är att grupperna ska vara användbara för en systemövergripande analys av samordningsproblem, samtidigt som de ska vara tillräckligt specifika för att kunna användas för ledning och styrning i landsting och kommuner.

4.1 DIMENSIONERNA I RAMVERKET

Ramverket utgår från ett antagande om att grupper med liknande behov av samordningsinsatser ligger nära varandra på en skala som består av följande två dimensioner (Figur 9):

- ▶ **Komplexiteten** i samordningen av individens vård och omsorg. Med komplexitet avses hur många av individens insatser som behöver samordnas och om de organisatoriska förutsättningarna som underlättar eller försvårar samordningen.
- ▶ **Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande** i samordningen av sin vård och omsorg. Härmed avses hur mycket hjälp och stöd individen behöver av vården och omsorgen för att driva vård- och omsorgsprocessen framåt. Det handlar till exempel om individens förmåga att ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda, vara bärare av information och ta hand om delar av utförandet på egen hand.

Figur 8. Ramverk för att beskriva generella grupper av patienter och brukare och deras behov av samordnade insatser från vården och omsorgen.



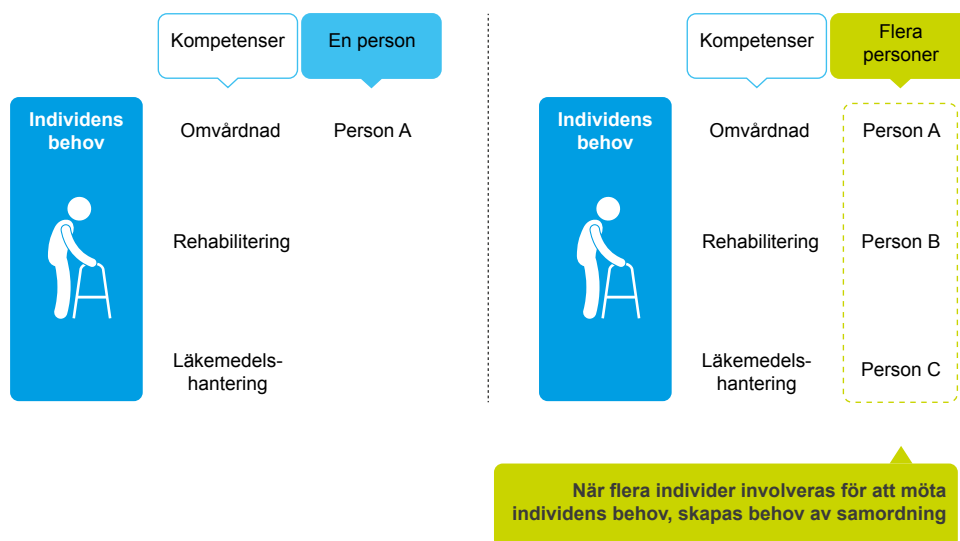
En viktig dimension som inte inkluderas i ramverket ovan är allvarlighetsgraden i det tillstånd som föranleder individens behov av samordning. Orsaken är att vi bedömer att allvarlighetsgraden i sig inte är avgörande för individens samordningsbehov. Hur olika lösningar kan bidra till att möta samordningsutmaningarna påverkas generellt sett inte heller av tillståndets allvarlighetsgrad. Däremot är allvarlighetsgraden en mycket viktig aspekt att ta hänsyn till när man analyserar konsekvenserna av bristande samordning eller beslutar om vilka åtgärder som ska prioriteras för att förbättra samordningen för specifika patient- eller brukargrupper.

Komplexiteten i samordningen av individens vård och omsorg – när behöver insatserna samordnas?

Enligt vår definition av en samordnad vård och omsorg så karakteriseras god samordning av att alla vård- och omsorgsaktiviteter kring den enskilde aktivt har organiserats som en väl fungerande helhet. Individens behov avgör i sin tur vilka kompetenser som behövs och vilka personer som bör involveras för att möta samordningsbehoven. När kompetenserna finns samlade hos en person finns inget behov av samordning. Samordningsbehovet uppstår i stället när flera personers kompetenser behövs för att

möta patientens eller brukarens behov (se figur 9). Samordningsbehovet kan alltså påverkas av vilka kompetensområden som inkluderas i olika professions- och specialistutbildningar.

Figur 9. Illustration av hur individens behov och de kompetenser som behövs hänger samman med behovet av samordning.



4.1.2 Dimension A: Komplexitet i samordning

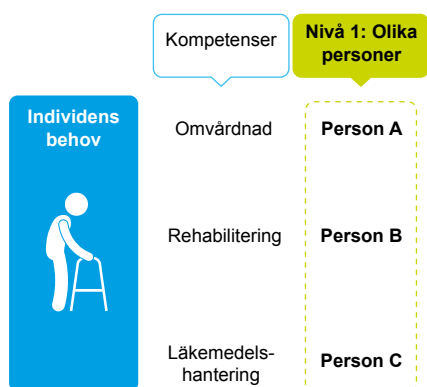
Komplexiteten i samordningen av aktiviteter ökar ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Det är mindre komplext att samordna insatser inom en vårdenhet än mellan tre olika enheter som tillhör olika huvudmän. Hur vi väljer att organisera och reglera vården och omsorgen i olika enheter, organisationer eller huvudmän påverkar alltså hur komplex samordningen blir. Vi har identifierat fem övergripande nivåer där samordningens komplexitet tydligt ökar på varje nivå:

- Nivå 1: Samordning mellan olika personer och professioner
- Nivå 2: Samordning mellan olika enheter
- Nivå 3: Samordning mellan olika organisationer
- Nivå 4: Samordning mellan olika domäner
- Nivå 5: Samordning mellan olika huvudmän

I figur 10 illustreras hur komplexiteten i samordningen ökar på de olika nivåerna. Det är värt att notera att samordningsutmaningarna på nivå 1 (mellan individer på samma enhet) kvarstår även på nivå 5 (olika huvudmän). Det som händer när man behöver samordna vården och omsorgen på högre nivåer är att utmaningarna blir ännu fler.

Nivå 1: Olika personer och professioner

Figur 10. Beskrivning av nivå 1: samordning mellan olika personer och professioner.



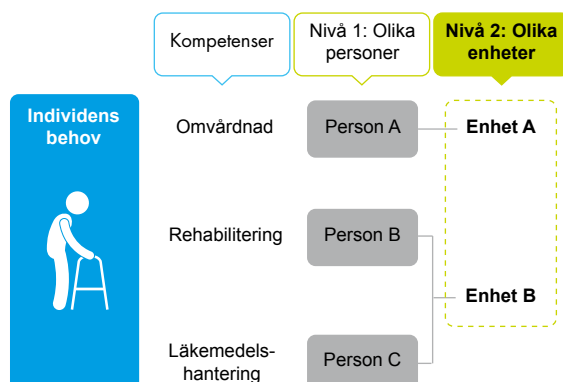
När flera personer inom en enhet ger insatser till en patient eller en brukare behöver insatserna samordnas. Det innebär att det behöver finnas en tydlig och heltäckande ansvarsfördelning och att kommunikationen mellan medarbetarna på enheten behöver fungera väl. Annars ökar risken för att information om patienten eller brukaren inte finns tillgänglig på ett ändamålsenligt sätt och i rätt tid för den som behöver den.

Samordningsutmaningar mellan individer inom en enhet kan också uppstå när rutinerna för dokumentation och informationsöverföring är oklara eller till följd av att de inte följs. Ett annat exempel är när olika medarbetare på en enhet möter patienten vid olika besök eller vid olika tider på dygnet. Bland annat kan användning av inhyrd personal försvåra samordningen.

Ytterligare en utmaning som kan uppstå är när individens behov av olika kompetenser även är samlade hos olika professioner. Redan under utbildningen inleds en slags kompetensmässig uppdelning mellan olika professioner inom vården och omsorgen som kan bidra till att det inte alltid finns samsyn kring patienten eller brukaren. Enligt Abbott (1988) är det vanligt att det uppstår konkurrens mellan professioner kring vem som ska utföra en uppgift och därmed få de fördelar det ger. Det faktum att exempelvis läkares ansvarsområden har utökats över tid visar på att de haft framgång i sin organisering gentemot andra yrkesgrupper. Abbott ser att specialisering och professionell konkurrens kan leda till att verksamheter rör sig bort från den grundläggande uppgiften – att lösa patienten eller brukarens problem.

Nivå 2: Olika enheter

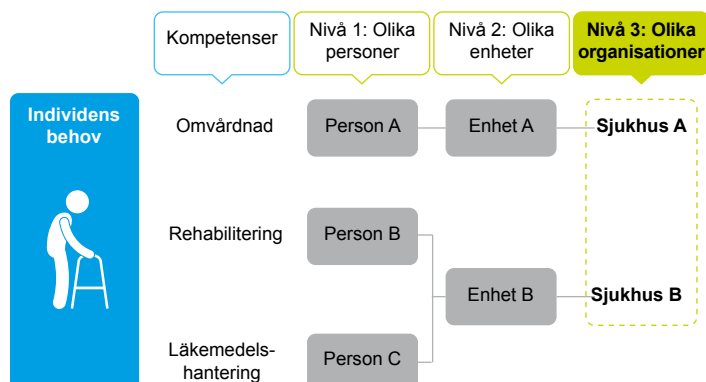
Figur 11. Beskrivning av nivå 2: samordning mellan olika enheter.



Så snart individens behov behöver mötas av personal vid olika enheter ökar komplexiteten i att samordna insatserna ur patientens eller brukarens perspektiv. Exempelvis har olika enheter på ett sjukhus eller ett större särskilt boende ofta separata scheman och olika chefer. Det innebär bland annat att schemalaggningsen behöver koordineras och att eventuella skillnader i prioriteringar mellan olika chefer behöver hanteras.

Nivå 3: Organisationer

Figur 12. Beskrivning av nivå 3: samordning mellan olika organisationer.



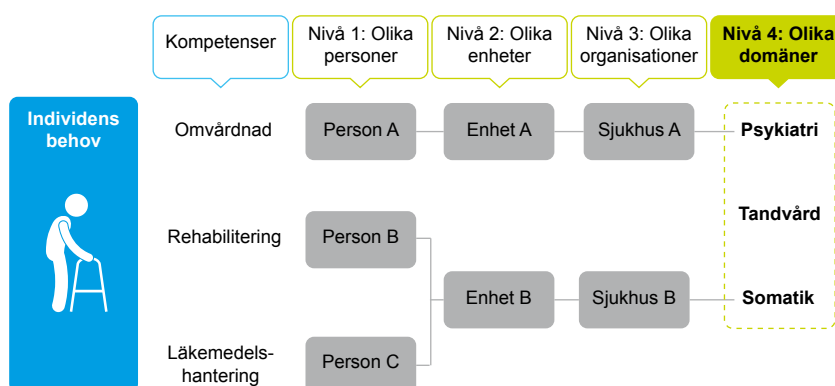
Om patientens eller brukarens behov i sin tur behöver mötas av individer vid olika organisationer blir samordningen än mer komplex. Med organisationer avses här exempelvis olika sjukhus, enskilda specialistvårdsmottagningar och vårdcentraler. Flera faktorer bidrar till komplexiteten. Olika organisationer inom vården och omsorgen har ofta skilda IT-system för dokumentation, tidsbokning och schemalaggningsen.

vilket försvårar informationsöverföring och samordning. När organisationerna är separata ekonomiska verksamheter kan det också vara svårt att komma överens om hur arbetsinsatserna ska fördelas i förhållande till den ekonomiska ersättning som respektive organisation erhåller. Att organisationskultur och ledningssystem ofta skiljer sig åt mellan organisationer kan också bidra till en ökad svårighet att nå en samordnad vård och omsorg.

I svensk vård och omsorg har landstingens köp av verksamhet från privata företag samt från föreningar och stiftelser ökat under senare tid, bland annat till följd av införandet av lagen om valfrihetssystem (LOV) (SCB 2015). Detta kan öka behovet av samordning, dels om det blir fler aktörer inblandade, dels om privata och offentliga aktörer som behöver samverka kring en patient eller brukare använder olika IT-system eller liknande.

Nivå 4: Olika domäner

Figur 13. Beskrivning av nivå 2: samordning mellan olika domäner.

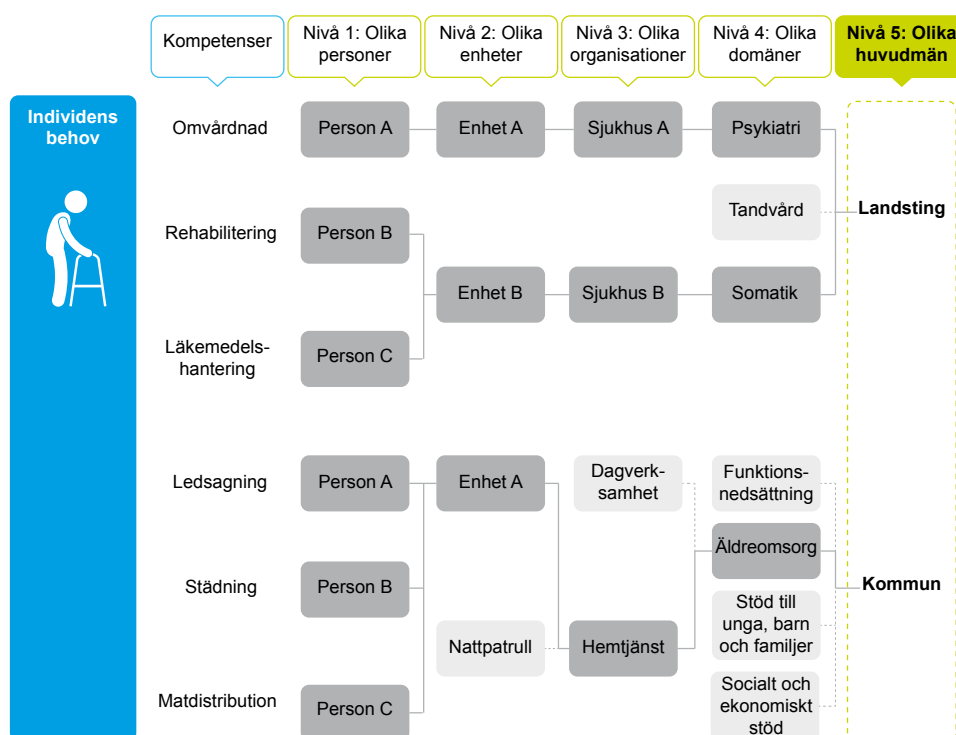


En fjärde nivå av komplexitet nås om individens behov behöver mötas av organisationer som är verksamma inom olika "domäner". Med domäner avses ur ett sjukvårdsperspektiv exempelvis olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses i stället olika insatser och verksamheter såsom stöd till funktionsnedsatta, äldreomsorg, stöd till unga, barn och familjer samt socialt och ekonomiskt stöd. Domänerna kännetecknas också av att det finns en gemensam professionskultur inom domänen och att de som verkar inom en domän ofta har en gemensam akademisk eller professionell bakgrund. En aspekt som bidrar till att komplexiteten ökar på denna nivå är att det mellan olika domäner kan saknas konsensus om hur den samlade vården eller omsorgen av patienten eller brukaren ska gå till. De individer inom respektive organisation som ska utföra insatserna är dessutom vanligtvis mer vana att samarbeta med andra personer inom samma domän. Samordningen mellan domäner kan även försvåras av att de till viss del regleras av olika lagstiftning och regelverk.

Nivå 5: Olika huvudmän

Samordningen blir som mest komplex när flera huvudmän är involverade. Det beror bland annat på att kommunernas och landstingens/regionernas verksamheter till stor del lyder under olika lagstiftningar, vilket bland annat försvårar informationsöverföring. Kommuner och landsting har också olika politiska ledningar, och separata skatter och avgifter finansierar respektive verksamhet. Exempelvis försvåras samordningen av insatser om det saknas överenskommelser och avtal mellan parterna. På vissa områden kan även ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting vara otydlig, vilket gör samordningen av insatser ännu mer komplex.

Figur 14. Beskrivning av nivå 5: samordning mellan olika huvudmän.



4.1.1 Dimension B: Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen av sin vård och omsorg

Vården och omsorgen är i dag i allmänhet uppbyggd så att patienten eller brukaren själva ska initiera de kontakter som behövs. Det innebär att individen ofta själv behöver vara bärare av information och exempelvis följa upp remisser och söka sig till rätt vårdnivå. När förmågan minskar förändras dock ofta förmågan att själv samordna sin egen vård och omsorg, och vilka lösningar som kan bidra till en förbättrad samordning. Det är därför viktigt att vården och omsorgen löpande utvärderar individens livssituation och

vilka personer som finns runt omkring i individens närhet som kan vara stödpersoner.

För en individ med goda förutsättningar att vara delaktig kan exempelvis IT-lösningar som underlättar för individen själva att boka tider eller följa upp provsvar vara viktiga bidrag. För andra är detta dock ingen god lösning, eftersom de saknar förutsättningar att använda de nya IT-lösningarna och i stället behöver individuellt anpassade stöd. På samma sätt kan en individ med goda förutsättningar välkomna en utveckling där det finns stora möjligheter till valfrihet på flera nivåer (till priset av en ökad komplexitet i samordningen), medan en individ med små förutsättningar att vara delaktig i samordning tvärtom behöver mer handfasta lösningar som hanterar samordningsutmaningarna, även om de sker till priset av minskad valfrihet.

Ett stort antal olika faktorer kan bidra till att individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordning av sin vård och omsorg är små eller minskande. Exempel på sådana faktorer som vi har identifierat är:

- kognitivt nedsatt förmåga, till exempel demens
- psykisk ohälsa, till exempel nedstämdhet, ångest eller handlingsförlamning
- nedsatt fysisk funktionsförmåga
- låg ålder
- hög ålder
- språkliga hinder eller bristande kännedom om samhället.

I flera fall kan patientens eller brukarens egna förutsättningar kompenseras av en närståendes insatser. När en anhörig saknas finns det emellertid ingen som tar det samordnande ansvaret och det finns då risk för att individen inte får den vård och omsorg hen behöver.

4.2 GENERELLA PATIENT- OCH BRUKARGRUPPER INDELADE EFTER BEHOV AV SAMORDNING

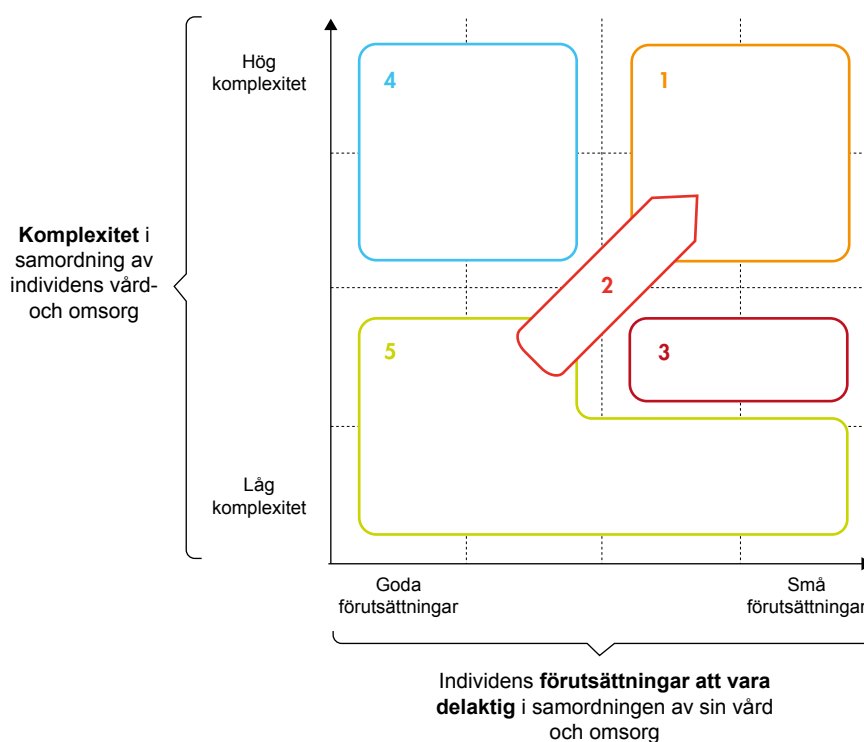
Som nämndes inledningsvis är ett syfte med ramverket att söka identifiera generella patient- och brukargrupper vars gemensamma kännetecken är deras behov av samordning. Det första steget i framtagandet av ramverket var att beskriva hur behov av samordning uppstår och vilka huvudsakliga dimensioner som driver behov av samordning, det steget beskrevs i ovanstående avsnitt. Utifrån dimensionerna i ramverket identifieras sedan ett antal generella patient- och brukargrupper där behovet av samordning kan antas vara likartat. Grupperna beskrivs i figur 16.

För att föra analysen ytterligare ett steg görs sedan en kvantitativ uppskattning av storleken på de grupper som ingår i ramverket baserat på den svenska befolkningens samlade konsumtion av vård och omsorg. Optimalt skulle gruppindelningen baseras på en analys av varje enskild individs samlade kontakter med vården och omsorgen samt dess förutsättningar att själv vara delaktig i samordningen av dessa kontakter. Denna analys är i dagsläget inte möjlig. Vi har i stället behövt utgå från befintliga kategoriseringar av en rad patient- och brukargrupper. Dessa har traditionellt

baseras på att patient- och brukargrupperna mottar likande typer av insatser, har kontakter med samma verksamheter eller har vissa gemensamma diagnoser, och inte på skillnader i samordningsbehov mellan grupper. I vår indelning söker vi i stället identifiera vilka kännetecken som är utmärkande för de olika grupperna ur ett samordningsperspektiv.

Personer som har stort samordningsbehov och många insatser ingår ofta samtidigt i flera traditionella patient- och brukargrupper. I tillämpningen av ramverket har vi dock valt att ge varje individ endast en grupptillhörighet. Det innebär att individer som har behov som fångas av vissa traditionella patient- och brukargrupper kan tyckas saknas i ramverket. De ingår då i stället i en bredare grupp till följd av att de har ytterligare behov. Till exempel har personer med ekonomiskt bistånd eller utsatta barn och unga ofta även andra insatser från vården och omsorgen. Dessa individer ingår då i en annan grupp i tillämpningen av ramverket. Till exempel ingår ofta utsatta barn i gruppen barn med psykisk ohälsa.

Figur 15. Generella patient- och brukargrupper.



Utgångspunkten har varit att grupperna ska vara så generella att de kan täcka in samtliga patienter och brukare i hälso- och sjukvården och omsorgen. Grupperna ska också vara användbara för en systemövergripande analys av samordningsproblematik, samtidigt

som de ska vara tillräckligt specifika för att kunna användas för ledning och styrning på landstings- och kommunnivå. De fem generella patient- och brukargrupperna är:

Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer

De generella patient- och brukargrupperna beskrivs mer detaljerat i kommande avsnitt. Inom varje generell grupp är det sedan möjligt att identifiera mer specifika patient- och brukargrupper.

Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Exempel, grupp 1:

- De mest sjuka äldre
- Personer med allvarlig psykisk- och somatisk samsjuklighet
- Personer som är utsatta för våld i nära relationer
- Personer med allvarligt självskadebeteende
- Personer som befinner sig i ett sent palliativt skede

Individer med komplexa behov behöver ofta flera vård- och omsorgsinsatser från ett stort antal organisationer och huvudmän. Har personerna dessutom begränsade förutsättningar att vara aktiva och delaktiga i sin vård och omsorg, blir behovet av samordning särskilt stort. I många fall kan dessa individers sammantagna behov endast tillgodoses genom att olika aktörer samordnar sina insatser.

Tidigare studier av samordningsutmaningar i svensk vård och omsorg har ofta fokuserat på specifika patient- och brukargrupper inom denna generella grupp. Ofta rör det sig då om de mest sjuka äldre eller personer med en allvarlig psykisk sjukdom. Vi finner dock att även en rad ytterligare specifika patient- och brukargupper hör hemma inom denna grupp.

Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg

Exempel, grupp 2:

- Personer som nyligen drabbats av stroke
- Äldre som råkat ut för en fallolycka

Patienter och brukare som nyligen drabbats av en allvarlig sjukdom eller olycka och därför har begränsade förutsättningar att samordna sina insatser, har ett stort och ofta akut behov av samordning. För att de exempelvis ska få en adekvat rehabilitering krävs en god samordning och snabba insatser från flera organisationer och huvudmän. Många av dessa individer kan innan insjuknandet ha varit i huvudsak somatiskt och psykiskt friska, och det är ofta en stor utmaning att anpassa sig till den nya situationen.

Vissa av personerna kommer efter en tid att tillfriskna och återfå förlorade funktioner, medan andra även fortsättningsvis kommer att vara i behov av stöd från vården och omsorgen.

Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Exempel, grupp 3:

- Personer med kognitiva eller neuropsykiatriska funktionshinder
- Barn med psykisk ohälsa

Dessa patienter och brukare är i huvudsak somatiskt friska och har därför en lägre komplexitet i sin samordning än till exempel personer som har betydande kontakter med både psykiatrisk och somatisk sjukvård. Samtidigt har personerna, på grund av olika bakgrundsfaktorer som låg ålder eller kognitiv funktionsnedsättning, sämre förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg. Samma bakomliggande orsaker föranleder i många fall stöd från kommunal omsorg. Om ett behov av psykiatrisk eller somatisk sjukvård uppstår skapas snabbt ökad komplexitet i samordningen eftersom olika huvudmän behöver involveras. Många av dessa individer riskerar dessutom att utveckla ytterligare kroniska sjukdomar, vilket en god samordning av insatser kan bidra till att förebygga.

Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Exempel, grupp 4:

- Yngre personer med flera samtidiga kroniska sjukdomar men god psykisk hälsa

Det finns ett stort antal individer som har behov av vård- och omsorgsinsatser från många olika organisationer och huvudmän, men som samtidigt både kan och i vissa fall föredrar att vara delaktiga i samordningen av dessa insatser. De kan ha stor nytta av olika verktyg som underlättar samordningen, exempelvis IT-lösningar som skapar möjlighet att själv boka tider eller följa upp provsvar.

Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer

Exempel, grupp 5:

- Personer som är helt friska
- Personer som har en enklare kronisk sjukdom
- Personer med nedsatt psykiskt välbefinnande

Individer som i huvudsak är psykiskt och somatiskt friska har en relativt låg komplexitet i samordningen. Deras vård- och omsorgsbehov tillgodoses framför allt av primärvården och personerna har begränsad kontakt med andra vård- och omsorgsaktörer. En stor andel av individerna har goda förutsättningar att samordna sina insatser.

Andra individer skulle ha svårare att samordna sina insatser, om behovet av kontakt med fler delar av vård- och omsorgskedjan skulle öka. Exempelvis kan detta handla om personer med bristande språkkunskaper eller med viss fysisk funktionsnedsättning.



5 Samordningsproblemets omfattning och grupper med särskilt samordningsbehov

I det här kapitlet presenterar vi en kvantitativ uppskattning av det ramverk som presenterades i kapitel fyra. Uppskattningen baseras på en kartläggning av antalet individer inom respektive grupp och den kostnad som är förknippad med vårdens och omsorgens insatser gentemot gruppen i dag. Ansatsen är att söka ringa in alla som kommer i kontakt med det svenska hälso- och sjukvårds- och omsorgssystemet, även de som i stort sett är friska. Därefter följer fördjupade exempel avseende fem traditionella behovsgrupper som vi ser har ett särskilt stort behov av samordnad vård och omsorg. De fem grupperna rubriceras här som psykisk ohälsa, vissa personer med funktionsnedsättning, missbruk/samsjuklighet, våld i nära relationer samt de mest sjuka äldre. Vid fördjupningen sker en allmän presentation av gruppen. Fokus är dock på vilka aktörer som individerna inom gruppen har kontakt med och hur samordningen fungerar för gruppen i dag.

5.1 ÖVERSIKT ÖVER DE GENERELLA PATIENT- OCH BRUKARGRUPPERNAS STORLEK OCH KOSTNADER

De fem generella patient- och brukargrupper som presenterades i föregående kapitel (se figur 16) är:

Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg

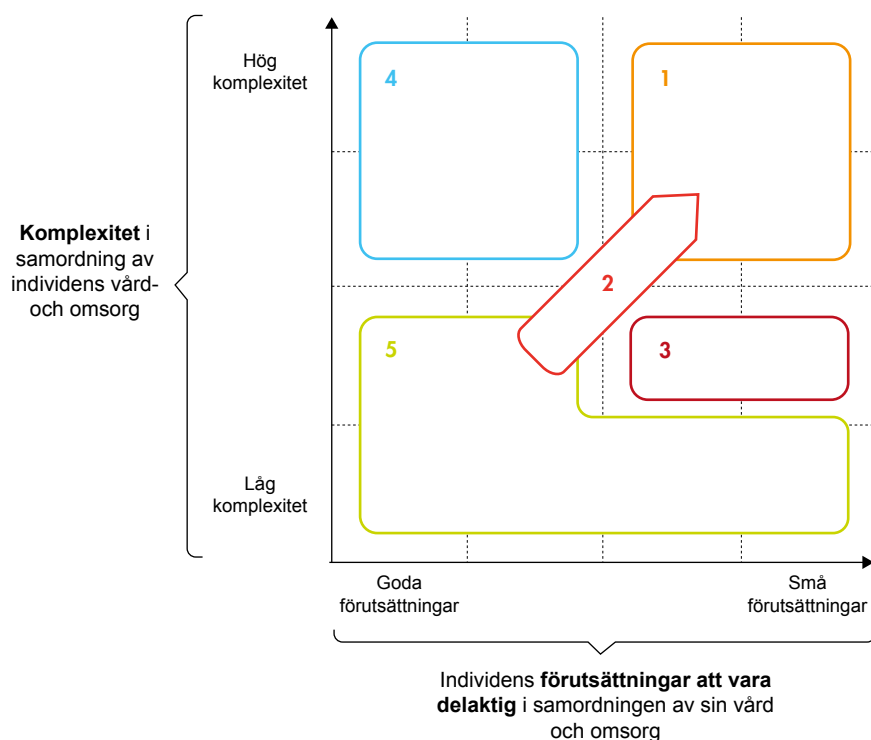
Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer

I det här avsnittet gör vi en uppskattning av gruppernas storlek och kostnader från en analys av de specifika patient- och brukargrupper som bedöms ingå i grupperna. I ett första steg identifierades 28 subgrupper inom de fem grupperna. Subgrupperna valdes ut så att de tillsammans skulle omfatta merparten av individerna i respektive generell grupp. För varje subgrupp gjordes därefter en kartläggning av antalet individer samt gruppens årliga kostnader för kommuner och landsting. Resultaten av

subgruppsanalyserna summerades sedan för att uppskatta storleken och kostnaderna för de generella grupperna. De 28 subgrupperna finns redovisade i metodbeskrivningen i bilaga 1.

Det är viktigt att ha i åtanke att beräkningen ska ses som en första empirisk uppskattning av gruppernas omfattning. Kostnadsberäkningen baseras också på den faktiska konsumtionen av vård eller omsorg, vilket endast utgör en proxy för det samlade behovet av vård och omsorg. Av flera olika skäl finns det många människor som inte konsumerar vård eller omsorg trots behov. Till exempel är mörkertalet stort vad gäller personer som utsätts för våld i nära relationer och att bara en liten andel av dem som behöver det faktiskt söker sig till hälso- och sjukvården, denna grupp beskrivs mer utförligt under kap. 5.2.4. Dessa kommer alltså inte med i beräkningen. Det teoretiska ramverket tar i sig sin utgångspunkt i individuella samordningsbehov men när det appliceras på verkligheten är det i stället faktiskt konsumtionsmönster som styr gruppindelningen.

Figur 16. Patient- och brukargrupper.



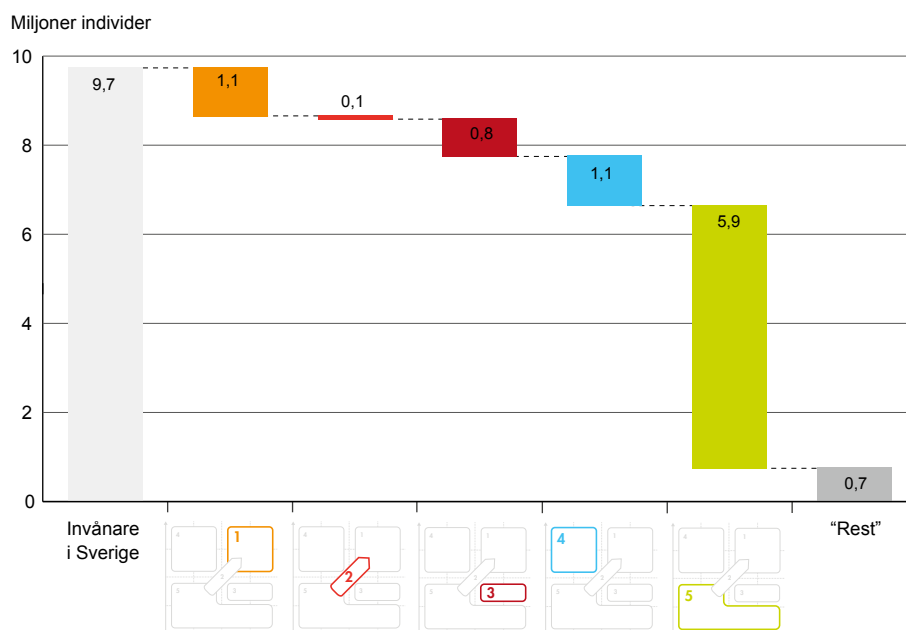
Vår kartläggning visar att cirka en miljon individer tillhör *grupp 1*, en utsatt grupp, som förutom små förutsättningar att samordna sin vård och omsorg kännetecknas av en hög komplexitet i de insatser som krävs. För dessa individer är stöd som förenklar samordningen särskilt viktigt. Kartläggningen visar också att en majoritet av befolkningen (cirka 60 procent) är i huvudsak somatiskt frisk och möter inga större problem vad gäller samordningsinsatser.

Det är viktigt att ha i åtanke att den här kartläggningen endast ger en ögonblicksbild av situationen. Över tid kan en individ av olika skäl förflytta sig från en grupp till en annan. Exempelvis ingår friska individer med funktionsnedsättning eller bristande språkkunskaper i *grupp 5*. Om deras behov av vård- och omsorgsinsatser skulle öka, skulle många behöva stöd med samordning, och därmed hamna i *generell grupp 1* eller *3*. Det är viktigt att det stöd och de insatser som erbjuds motsvarar de förändrade behoven. På längre sikt kan också storleken på grupperna förändras. I och med en åldrande befolkning kommer sannolikt allt fler att behöva mer omfattande vård- och omsorgsinsatser. Antalet som har behov av många vård- och omsorgsinsatser (*grupp 1–4*) kommer troligtvis att öka snabbare än antalet som i huvudsak är friska (*grupp 5*).

Kartläggningen visar också att specifika patient- och brukargrupper som tillhör samma grupp, skiljer sig åt vad gäller storlek, kostnad, sjukdomsbild och psykosocial situation. Exempelvis ingår subgrupperna *demenssjukdom* och *våld i nära relationer* i *grupp 1*. Även om båda subgrupperna i normalfallet har, eller skulle behöva ha, kontakt med aktörer från både kommunen och landstinget, rör det sig i stor utsträckning om olika typer av aktörer inom en av dessa domäner. Det är därför viktigt att de insatser som ska förbättra samordningen är anpassade efter individens behov och förutsättningar samt efter vilka specifika aktörer som är involverade.

Våra beräkningar visar att en majoritet av Sveriges befolkning (cirka 60 procent, sex miljoner individer) uppskattas ha ett enklare behov av samordning och överlag ha goda förutsättningar att själva bidra till samordningen av sina insatser (se *grupp 5* i Figur 17). Samtidigt uppskattas ungefär en tredjedel av Sveriges befolkning (cirka tre miljoner individer) ha större samordningsbehov (*grupp 1–4*). Ungefär två tredjedelar av dessa

Figur 17. Antal personer i grupp 1–5. "Rest" utgör antal personer som kvarstår efter Vårdanalys uppskattning av generella grupper.



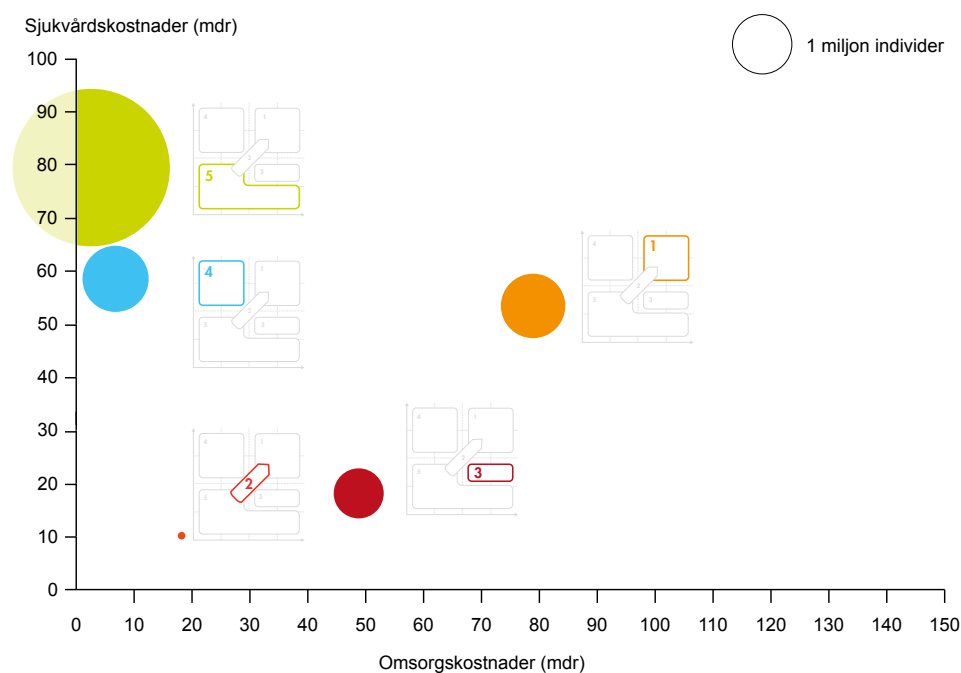
(två miljoner individer) har enligt vår kartläggning små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård- och omsorg (*grupp 1–3*). Exempelvis visar både våra intervjuer och tidigare studier att samordningen ofta brister för dessa grupper. Det leder till att patienten eller brukaren i många fall får en sämre vård och omsorg och att det uppstår en otrygg situation för den drabbade. Ofta läggs också ett stort ansvar på de anhöriga att vara en samordnande funktion. När patienten, brukaren eller den anhöriga inte kan vara delaktig i samordningen saknas ofta stöd från vården och omsorgen. Ungefär en miljon individer uppskattas ha en hög komplexitet i samordningen samtidigt som de har goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sina insatser (*grupp 4*). Av den totala folkmängden i Sverige återstår drygt 700 000 individer (8 procent) som inte direkt låter sig placeras i någon av de generella grupperna (se figur 17).

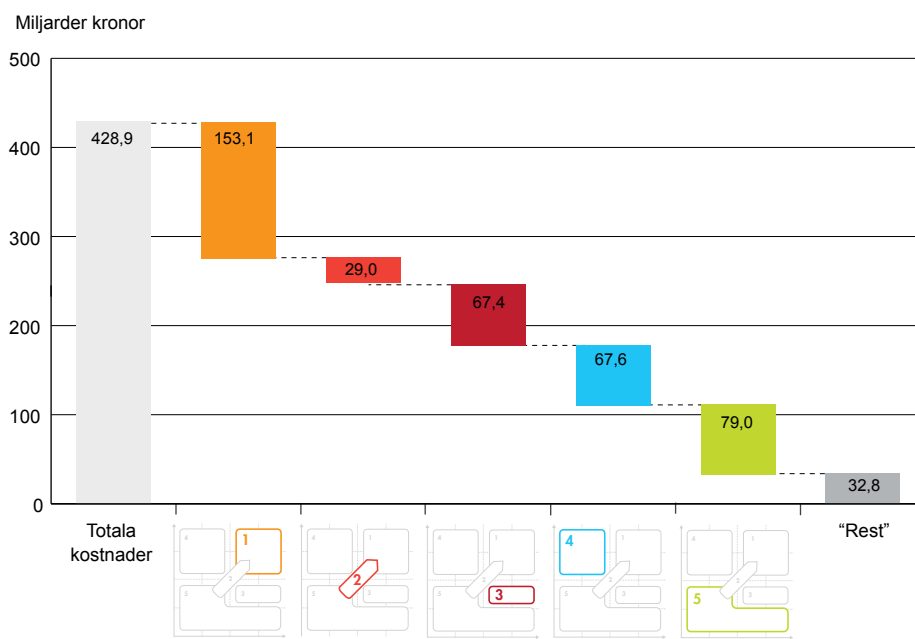
5.1.1 Samlad bild av antal individer och kostnader

Figur 18 ger en överblick av hur gruppernas storlek och kostnaderna för sjukvård och omsorg förhåller sig till varandra. *Grupp 1* och *2* uppskattas omfatta cirka 12 procent av befolkningen, och står samtidigt för ungefär 60 procent av omsorgskostnaderna och 30 procent av sjukvårdskostnaderna.

Höga sjukvårdskostnader innebär dock inte alltid att omsorgskostnaderna samtidigt är höga. *Grupp 4* och *5* står för en stor andel av sjukvårdskostnaderna (ungefär 60 procent) och en liten andel (ungefär 4 procent) av omsorgskostnaderna. För *grupp 3* är förhållandet det omvända. Gruppen står för en mindre andel (8 procent) av sjukvårdskostnaderna, men ungefär för en fjärdedel av omsorgskostnaderna.

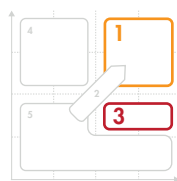
Figur 18. Översikt av uppskattat antal individer i grupper 1–5 samt kostnader för sjukvård och omsorg.



Figur 19. Vården och omsorgens uppskattade totala kostnader för grupp 1–5.

5.2 FÖRDJUPADE EXEMPEL PÅ GRUPPER MED ETT STORT BEHOV AV SAMORDNING

I det här avsnittet presenteras några fördjupade exempel på grupper som har ett stort behov av samordning. Urvalet baseras på de grupper som intervjupersonerna lyft fram vid frågan om vilka grupper de anser har störst behov av samordning. Majoriteten av de personer som berörs ingår också i grupp 1 som beskrevs tidigare.



5.2.1 Personer med psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem som uppskattas drabba 20 procent av den arbetsföra befolkningen någon gång i livet, och som fortsätter att öka såväl nationellt som internationellt (Socialstyrelsen 2015c). Besvär såsom ångslan, oro, ångest och sömnbesvär har ökat under både 1990-talet och början av 2000-talet, och ökningen är störst bland unga kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2014).

I det här avsnittet fördjupar vi oss i den problematik som omgärdar personer med psykisk ohälsa. Personer med psykisk ohälsa har av flera skäl nedsatt förmåga att själva samordna de olika vård- och omsorgskontakter de kan tänkas behöva. Medan diagnoser som adhd skapar koncentrationssvårigheter och medför svårigheter att hantera vardagen, gör depression att personen blir nedstämd och kan förlora handlingskraften (Arbetsförmedlingen m.fl. 2011). Våra intervjupersoner berättar att det finns en

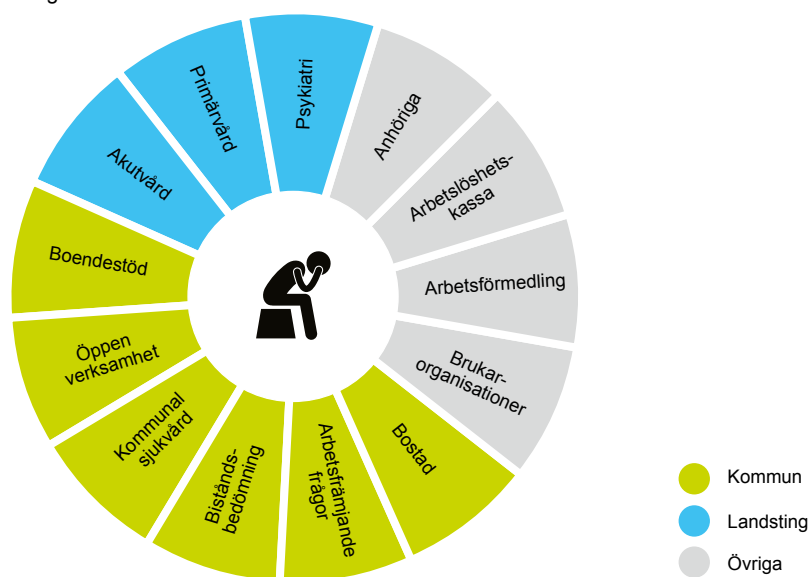
okunskap bland vårdpersonal om psykisk ohälsa vilket kan leda till att dessa patienter blir sämre bemötta eller får fel behandling. Vårdanalys (2014d) har tidigare visat att det finns otillräcklig kompetens om psykisk ohälsa inom den somatiska vården som bidrar till skillnader i vårdinsatser mellan patienter med och utan psykisk sjukdom.

Vilka aktörer är involverade i personens vård och omsorg?

Våra intervjupersoner betonar att psykisk ohälsa kan vara långvarig eller till och med kronisk och innebära svårigheter att klara vardagen. Det kan därför krävas samordnade insatser från olika aktörer inom hela välfärdssektorn för att möjliggöra en fungerande vardag för dessa personer. För många är dessutom en långvarig kontakt nödvändig, eftersom det inte finns något naturligt slutdatum. Beroende på vilken diagnos och allvarlighetsgrad det rör sig om kan personerna komma att vårdas inom psykiatrisk slutenvård, specialiserad psykiatrisk öppenvård eller inom primärvården. För barn- och ungdomar finns särskilda mottagningar såsom barn- och ungdomspsykiatri men också ungdomsmottagningar. Den som lider av lättare psykisk ohälsa har kanske enbart kontakt med vårdcentralen och utifrån den måste alla trådar nystas samman.

De kontakter gruppen har behov av innefattar därför alltifrån psykiatri för medicinsk eller psykologisk behandling till hjälp från socialtjänsten med boende och annat socialt stöd, exempelvis social färdighetsträning. För de som har samsjuklighet i form av missbruk finns beroendevård och missbruksverksamhet i landstingen och kommunerna. Vid behov får de sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan eller bistånd från socialtjänsten. Där behov finns kommer även Arbetsförmedlingen in och erbjuder stöd genom anpassade arbetsuppgifter eller arbetsplatser.

Figur 20. Exempel på aktörer som en person med psykisk ohälsa normalt sett möter inom vården och omsorgen.



Hur fungerar samordningen i dag?

Enligt lag ska en individuell plan (så kallad SIP, samordnad individuell plan) upprättas mellan kommun och landsting när en person har behov av stödinsatser från både sjukvård och socialtjänst (3 f § hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen 2001:453). Den individuella planen ska främja ökad samverkan så att den enskilde inte behöver ta ansvar för sin samordning. Inom PRIO-satsningen har ett antal mål satts upp för en ökad samverkan och samordning mellan olika huvudmän (Vårdanalys 2014a). När satsningen utvärderades under 2014 hade 97 procent av kommunerna och samtliga landsting upprättat samverkansavtal. Många rapporterade också in det antal SIP:ar som upprättats, men vad gäller hur själva samordningen faktiskt fungerade för den enskilde personen vet vi väldigt lite.

Sedan psykiatrireformen 1995 har samverkan varit ett återkommande tema i de satsningar som staten har genomfört inom området psykisk ohälsa. Inom den senaste statliga satsningen, PRIO, har en prestationsbaserad ersättning betalats ut till de kommuner och landsting som har upprättat samverkansöverenskommelser och rapporterat in det antal SIP:ar som tagits fram. Trots återkommande satsningar på samverkan finns dock ett behov av ett fortsatt utvecklingsarbete inom detta område (Vårdanalys 2014a).

”Vi har fokuserat för mycket på själva samverkan men glömt bort varför vi gör det. Vi måste göra annorlunda i arbetet och det måste leda till bättre resultat för individen.”

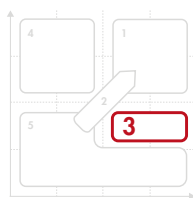
Projektledare SKL

Ett uppmärksammat problem för personer med psykisk ohälsa är att de bemöts annorlunda vad gäller somatisk vård. Exempelvis behandlas personer med psykisk sjukdom annorlunda vid hjärtinfarkt och har en större risk att dö sex månader efter en infarkt jämfört med folk som inte lider av psykisk sjukdom (Socialstyrelsen 2011c). Detta är exempel på att dessa personer inte blir sedda i sin helhet när de kommer i kontakt med vården. I våra intervjuer framkom också att personer med psykisk ohälsa ibland inte blir betrodda inom den somatiska vården utan dessa hänvisas i stället till psykiatrin när de söker vård.

”Det finns ett attitydproblem inom vården. Det finns en rädsla för psykisk ohälsa.”

Utredare patientorganisation

5.2.2 Personer med funktionshinder som har insatser beviljade enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

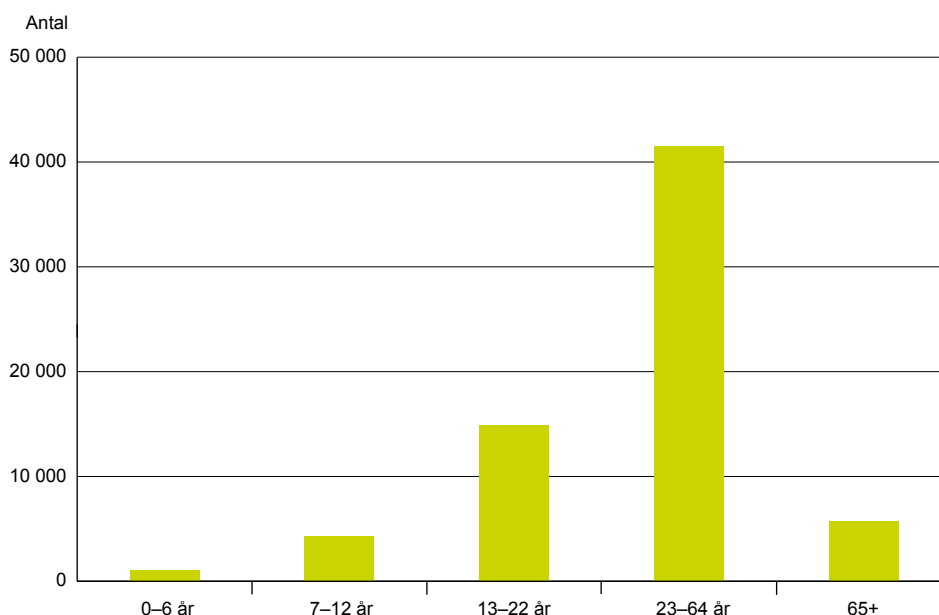


Gruppen som beskrivs i det här avsnittet har så omfattande och varaktigt funktionsnedsättning att personerna har svårt att klara sin dagliga livsföring. Vilka personer som faller inom gruppen regleras i stor utsträckning av lagstiftningen. Genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som trädde i kraft 1994 har personer med omfattande och varaktigt funktionsnedsättning rätt till insatser för att undanröja svårigheter i den dagliga livsföringen (proposition 1992/93:159 s. 45). Den som tillhör personkretsen enligt 1 § LSS har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service om hen behöver sådan hjälp i sin livsföring och om behovet inte tillgodoses på annat sätt.

För att en person ska kunna få insatser inom LSS ska personen bedömas ha något av följande tillstånd:

- Utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.
- Betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Figur 21. Antal personer med insats enligt LSS den 1 oktober 2014 fördelade efter ålder.



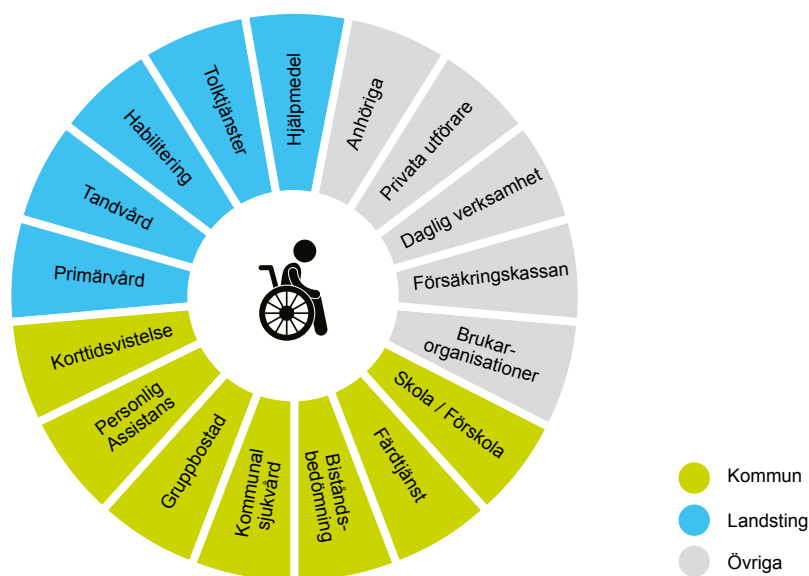
Källa: Socialstyrelsen

Personer inom LSS har generellt sett en mycket låg förmåga att vara delaktig i att samordna sin vård och omsorg. En person inom LSS har bedömts ha så omfattande och varaktig funktionsnedsättning att hen inte kan klara sin vardag. Många personer inom LSS med autism och autismliknande tillstånd har också djupgående störningar i fråga om social förmåga, kommunikation och beteende (Autism- och Aspergerförbundet 2015).

Vilka aktörer är involverade i personens vård och omsorg?

Personer med funktionsnedsättning har behov av stöd från många olika aktörer inom både stat, kommun och landsting. Regeringens intention vid utformningen av stöden var att personer med funktionsnedsättning och deras familjer i möjligaste mån ska kunna leva ett liv som "andra". Från staten kan gruppen få ekonomiskt stöd genom till exempel Försäkringskassan. Från landstingen får gruppen stöd i form av olika hjälpmedel, viss medicinsk vård, råd och stöd, habilitering och rehabilitering. Kommunerna erbjuder bland annat personlig assistans, ledsagning, bostadsanpassning, kontaktpersoner och färdtjänst. Till barn och unga personer erbjuder kommunerna också stöd via skolan och, under vissa förutsättningar, tillgång till särskola och träningskola.

Figur 22. Exempel på aktörer som en person med insatser inom LSS normalt sett möter inom vården och omsorgen.



Hur fungerar samordningen i dag?

Eftersom personer med funktionsnedsättning har många olika kontakter med hälso- och sjukvården samt den kommunala vården och omsorgen är det viktigt att dessa aktörer samordnar sina insatser. Det finns dock få studier kring hur samordningen faktiskt fungerar för gruppen, men i våra intervjuer framkommer att den ofta är mycket

bristfällig. I många fall verkar samordningen fungera bättre för barn och unga än för vuxna. Även Riksrevisionen (2011), som har gjort den mest omfattande utvärderingen av samordningsinsatserna för gruppen, visar att samordningen ofta brister. Enligt utvärderingen läggs en stor del av ansvaret för samordningen på anhöriga. Det blir då avgörande att det finns en stark och drivande anhörig för att samordningen ska fungera. Det verkar också finnas problem vad gäller den samlade ansvarsfördelningen av insatserna, något som bland annat framkommit i våra intervjuer. Ingen aktör anser sig ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen ser sig som huvudansvarig för samordningen. Det kan leda till att ingen aktör har en helhetsbild över individens situation.

Flera intervjupersoner beskriver också att barnhabiliteringen och barnsjukvården tar en stor roll i att samordna insatser men att det stödet försvinner när man blir vuxen och övergår till vuxenhabiliteringen och den ordinarie vårdcentralen. Det riskerar här att uppstå en krock mellan å ena sidan synen på en individ som ska leva som andra och å andra sidan att det rör sig om personer med omfattande funktionsnedsättning och som har helt andra förutsättningar än en vanlig besökare på vårdcentralen. Några av de läkare som vi intervjuade berättade att det är en stor utmaning för vårdcentralerna att bemöta och hantera dessa grupper på ett bra sätt när kunskapen om gruppen hos allmänläkare och sjuksköterskor är låg.

”När barnen blir 18 ska de plötsligt till vuxenkliniken och det är inte säkert att de får den hjälp de behöver från föräldrar eller annan anhörig. Gruppen behöver samordnas med särskola och vuxenvård när de ska gå över. Det är annat att träffa någon med diabetes än någon med utvecklingsstörning. Det är en väldigt utsatt grupp.”

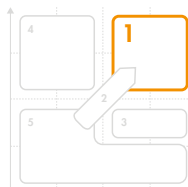
Primärvårdsläkare

”Redan vid 16 års ålder kör det ihop sig, man börjar gränsa mot vuxenlivet och kan ha utvecklat andra behov – kanske behöva komma ut i världen, andra assistansbehov, andra mediciner. Då hamnar man i stuprörsorganisationer – en logoped, en neurolog etcetera. Så länge man är barn blir man omhändertagen av barnsjukvård. Som barn har man alltid ett team, även kontaktsjuksköterska runt sig. Men när du kommer in i vuxenvärlden är du en i mängden bland folk som haft stroke, Parkinson, MS etcetera när du besöker neurologen”

Chef för vårdcentral

Mycket av kommunernas vård och omsorg för personer med funktionsnedsättning utförs i privat regi, till exempel personlig assistans och gruppboende. Våra intervjuer och Riksrevisionens (2011) utvärdering pekar på att det i avtalen med kommunen oftast saknas krav på de privata utförarna om att det ingår i deras uppdrag att samverka med andra aktörer. När det formella uppdraget saknas, saknar också utföraren incitament och legitimitet att samordna med andra aktörer.

5.2.3 Personer med missbruksproblem och som samtidigt lider av en psykisk sjukdom (samsjuklighet)



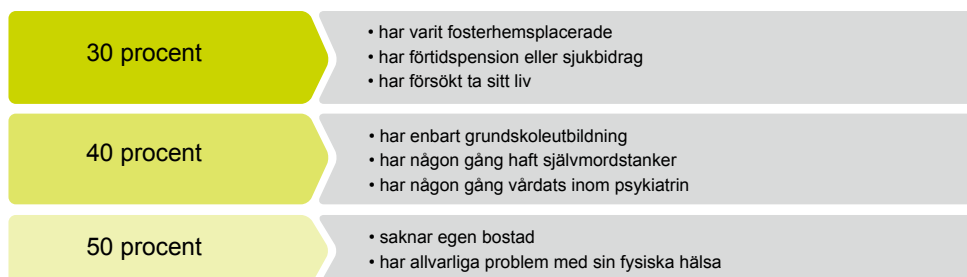
Missbruksproblematik kan uttrycka sig i många former, till exempel i överkonsumtion av alkohol, tobak, narkotika och spel. Det finns därtill ett samband mellan olika former av riskbeteenden: en person som har riskabla alkoholvanor har också större risk för riskabla spelvanor, högre risk för att dagligen röka eller snusa och för att ha brukat cannabis de senaste tolv månaderna. Det finns

dessutom ett samband mellan utbildningsnivå och riskabelt bruk av något av de tidigare nämnda missbruksområdena (Folkhälsomyndigheten 2015b).

Narkotikabruk och missbruk hänger i sin tur ihop med flera andra faktorer som rör hälsa och social situation (Folkhälsomyndigheten 2015a). Det finns ett starkt samband mellan narkotikaanvändning och nedsatt psykisk ohälsa, när en person har ett diagnostiserat missbruk eller beroende samt någon annan psykisk störning brukar det kallas för *samsjuklighet* (Socialstyrelsen 2014b). Bland psykosocialt utsatta grupper är narkotikaanvändningen vanligare (Folkhälsomyndigheten 2015a) och arbetslöshet, hemlöshet och kriminalitet är vanligt förekommande hos personer med missbruksproblematik. Personer som brukar narkotika har också större risk för sämre hälsa och mer än en person dör varje dag i Sverige till följd av narkotikarelaterade diagnoser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar att behandlingen sker integrerat eftersom personer med samsjuklighet löper risk för ett sämre förlopp under behandling och båda tillstånden bör behandlas samtidigt. Det uppskattas att 4–5 procent av alla barn under 18 år, cirka 100 000 barn, bor i ett hem med en förälder med missbruks- eller beroendeproblem (Socialstyrelsen 2015b).

Statens institutionsstyrelse visar genom intervjuer med brukare som skrivits in på vård och omsorgsboende för missbrukare (så kallade LVM-hem) att det är en grupp som ofta har andra problem än bara missbruket (Statens institutionsstyrelse SiS 2015).

Figur 23. Andel personer med missbruksproblematik som även



Vilka aktörer är involverade i personens vård och omsorg?

En person eller familj med missbruksproblematik är i behov av att träffa läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, beteendevetare och psykoterapeuter med flera. Inom socialtjänsten finns missbruks- och beroendevård och inom landstingen finns psykiatri, primärvård och även beroendevård. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (3 kap. 7 § och 5 kap. 1 och 9 §§) en skyldighet att hjälpa individer att ta sig ur missbruket.

Behovet av kontakt med vård- och omsorgsverksamhet är långsiktigt – av de som försöker förbli nyktra återfaller 90 procent minst en gång innan de uppnår nykterhet och av de som lyckas genomgå en hel behandling har 40-80 procent en ökad återfallsrisk inom tolv månader (Socialstyrelsen 2014b). Den som har brukat narkotika kan vara i behov av psykiatrisk behandling samt vård för avgiftning och för andra skador (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Hur fungerar samordningen för gruppen i dag?

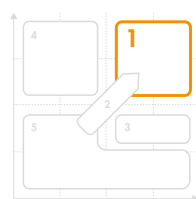
I våra intervjuer betonas att gruppen är väldigt utsatt vad gäller behov av stöd och samordning. Såväl Socialstyrelsens nulägesrapport som våra resultat betonar behovet av ett familjeperspektiv på missbruksinsatserna. Med ett familjeperspektiv minskar riskerna för återfall, barnen mår bättre och kommunikationen inom familjen förbättras (Socialstyrelsen 2015b). Detta kräver dock samordning mellan olika enheter eftersom vuxna med missbruk och barn till missbrukare ofta tas om hand av olika organisationer.

”Missbruk ger ofta psykisk ohälsa hos anhöriga. Att ha ett familjeperspektiv, se till vars och ens behov och samordna insatserna är ofta effektivare än att ge ren missbruksbehandling”

Utredare Socialstyrelsen

Andelen kommuner som har rutiner för hur de internt samordnar missbruks- och beroendeverksamheten med andra verksamheter inom socialtjänsten ökar (Socialstyrelsen 2015c). År 2014 hade 77 procent av kommunerna rutiner för samordning mellan missbruks- och beroendeenheten och den enhet som ansvarar för ekonomiskt bistånd. Ungefär hälften av kommunerna har rutiner för samordning mellan kommunens och landstingens verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Äldre personer med missbruksproblem löper dock en större risk med att inte få hjälp. En identifierad orsak till detta är att det saknas rutiner för intern samordning mellan äldreomsorgen och socialtjänstens beroendevård. En tredjedel av kommunerna uppger att de har rutiner för det. Alkoholmissbruk är mer utbrett bland äldre i dag än det var förr. Trots det har kommunerna bristfälliga rutiner för att upptäcka förekomst av alkoholmissbruk och hur de ska agera om det upptäcks. Dödligheten minskar inte heller i denna grupp såsom den gör bland andra åldersgrupper med samma problem (Socialstyrelsen 2015e).

5.2.4 Personer som utsatts för våld i nära relationer



Våld kan delas in i fyra huvudtyper: fysiskt våld, sexuellt våld, psykologiskt våld och försummelse (NCK 2014). Försummelse kan handla om att beröva någon omsorg, exempelvis att försaka hjälp med hygien för en äldre människa som inte klarar av att ta hand om sig själv.

Var femte person uppger att de någon gång i sitt liv blivit utsatt för våld av en nuvarande eller tidigare partner, var fjärde kvinna och var sjätte man (BRÅ 2014). I genomsnitt 17 kvinnor och fyra män dödas varje år av en nuvarande eller före detta partner. Många gärningsmän i grova våldsbrott lider av psykisk sjukdom (SOU 2014:49). Enligt Brottsförebyggande rådets (BRÅ:s) nationella trygghetsundersökning (NTU) från 2014 utsattes 7 procent av alla kvinnor och 6,7 procent av alla män för brott i en nära relation någon gång under år 2012 (BRÅ 2014). Brotten innefattar olika typer av systematiskt psykiskt och fysiskt våld. Ungefär två procent har utsatts för fysiskt våld. Av dem som utsattes för fysiskt våld uppgav 85 procent att de också utsattes för psykiskt våld. Kvinnor utsätts i större utsträckning än män för hot och sexuellt våld, och även för upprepat våld. Kvinnor utsätts dessutom för grövre våld än män och har i större utsträckning behov av sjukvård till följd av våld. Ungefär en tredjedel av de kvinnor som utsätts för grov misshandel uppsöker någon form av sjukvård. Det är troligtvis fler som har behov av sjukvård men som kanske inte tar den kontakten som behövs eftersom det finns en skam förknippad med situationen. Gruppen kvinnor som utsätts skiljer sig också i fler avseenden: unga vuxna är mer utsatta än äldre, samma gäller för kvinnor med lägre utbildningsnivå och även för kvinnor som har sämre ekonomiska förutsättningar. Samma skillnader finns inte bland de män som har utsatts.

Våld i nära relationer är en folkhälsofråga som kan förebyggas, och hälso- och sjukvården kan spela en viktig roll i det arbetet (SOU 2014:49). I en undersökning genomförd av Nationellt centrum för kvinnofrid 2014 belyses att olika typer av ohälsa är vanligare bland personer som varit eller är utsatta för våld på något sätt (NCK 2014). Det bör betonas att studien inte har testat orsakssamband. Studien visar bland annat att män och kvinnor som varit utsatta för olika typer av våld under barndomen eller i vuxenlivet hade ökad risk för psykisk och viss somatisk ohälsa, till exempel att drabbas av depression, självskaðebeteende, missbruk och hjärtinfarkt. Våldets koppling till ohälsa är stark både i nära tid och på längre sikt.

En tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen som under 2012 hade utsatts för något av brotten ovan uppgav att det bodde barn med dem i hemmet. BRÅ (2014) skalar upp detta till befolkningen och uppskattar att minst 150 000 barn bor i hushåll där det förekommer våld.

I flera utredningar om våld i nära relationer lyfts vissa grupper fram som särskilt sårbara och som löper större risk att utsättas för våld där följderna kan bli värre. Dessa individer har ofta också sämre förmåga att utnyttja ekonomiska, politiska och sociala resurser. Grupperna utgörs av personer med funktionsnedsättning, personer med missbruksproblem, äldre, hbtq-personer och utländska kvinnor som kommit till Sverige för ett förhållande med en svensk man.

"Våldet påverkar hela livssituationen. Alltså möjligheten att lämna en våldsam man beror ju kanske på att du har pengar, mat för dagen till exempel, då behöver du ekonomiskt bistånd, sen behöver du stöd och råd och då behövs kvinnojourer eller socialtjänst, sen kanske du behöver skyddat boende, då är det en annan enhet inom socialtjänsten. Sen kan du ju ha fysiska skador från våldet och då behöver du besöka hälso- och sjukvården. Och om den här kedjan inte fungerar så fungerar inte omhändertagandet, och då riskerar man ju faktiskt liv, det är den yttersta konsekvensen."

Nationell expert, våld i nära relationer

Vilka aktörer är inblandade?

Den som utsätts för våld i en nära relation kan behöva stöd från ett nätverk av olika aktörer: polis, åklagare, vård, familjerätt, barnsjukvård, kvinnovård, kvinnojour/mansjour/brottsofferjour, individ- och familjeomsorg, skola etcetera. Många som levtt i isolerade relationer kan också behöva hjälp med enklare vardagliga saker, som att öppna ett bankkonto, men för många kan det också bli aktuellt med skyddat boende eller till och med ny bostadsort. Bara ett fåtal kommer dock i kontakt med myndigheterna, och där kontakten finns är det inte alltid tydligt att problemet (till exempel fysiska skador) har orsakats av en annan människa. "Att bli slagen av eller slå en närstående är förenat med mycket skam och skuld hos de flesta personer. Fortfarande är det en mycket liten del av alla våldshändelser som kommer till myndigheters kännedom" (SOU 2014:49).

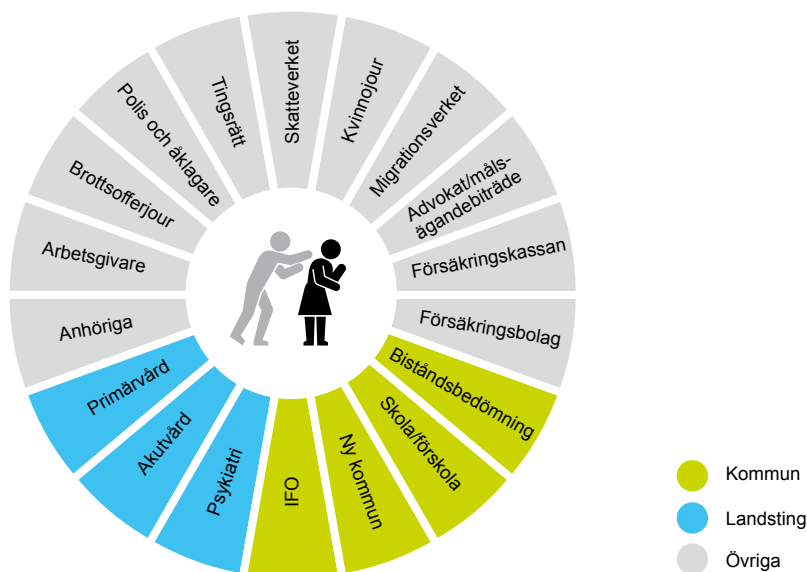
Förövaren i dessa relationer är vanligtvis en man men som avsnittet ovan visade är också män utsatta för våld i nära relationer. För dem kan det behövas särskilda kontakter och bemötanden eftersom de har en svårighet som skiljer sig från kvinnors och barns i det att svaghet och utsatthet inte accepteras inom maskulinitetsnormer (SOU 2014:49).

Av dem som utsattes för våld i en nära relation under 2012 hade 11,7 procent av kvinnorna och 2,7 procent av männen kontakt med sjukvården med anledning av det som inträffat. När det bryts ner på vilken typ av brott det rör sig om visar det sig att 29,1 procent av kvinnorna och 2,4 procent av männen som utsatts för grov misshandel behövt söka sjukvård. BRÅ (2014) drar slutsatsen att kvinnor oftare utsätts för grövre brott. Det var 7 procent av kvinnorna och 3,5 procent av männen som hade haft kontakt med socialtjänsten, och 5,6 respektive 0,6 procent som hade haft kontakt med någon form av jourverksamhet. Den insats som i störst utsträckning kommer i kontakt med personer som utsätts för våld i hemmet är alltså sjukvården.

"Vårdcentralerna har en jättestor möjlighet att upptäcka våld i nära relationer och att förebygga vidare. Jag tror att de är en doldis i det här. Det skulle betyda mycket om fler vårdcentraler var mer alerta kring att upptäcka våld och att förebygga. Det gäller till exempel att se att vissa patienter återkommer med diffusa symptom och sådär. Det är definitivt ett utvecklingsområde."

Nationell expert, våld i nära relationer

Figur 24. Exempel på aktörer som en person som utsatts för våld i nära relationer normalt sett möter inom vården och omsorgen.



Hur fungerar samordningen för gruppen i dag?

2014 års betänkande från samordnaren för våld i nära relationer pekade just på behovet av att inblandade aktörer samordnar sig bättre: ”Den som söker samhällets hjälp för att lämna en relation med våld får i dag lätt känslan av att befinna sig i en labyrinth av myndigheter och olika yrkeskåror. Det är tydligt att samhällets insatser behöver samordnas bättre för de våldsutsatta.” (SOU 2014:49).

Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare och företrädare för kvinnojourer bekräftar denna bild, och att det faktum att händelseförloppet ofta är väldigt snabbt gör det extra utmanande att få till en bra samordning.

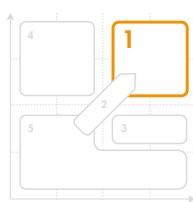
”Kvinnorna måste ofta själva ta ansvaret att samordna. När man befinner sig i kris är det svårt att ens minnas vem man har träffat. Det behöver upprättas en samordnad plan så de slipper springa runt till alla själva.”

Verksamhetschef för individ och familjeomsorg

Samordningen försvåras även av att de inblandade har olika uppdrag, mål och huvudmän samt av att verksamheterna lyder under delvis olika lagstiftningar. ”Många personer med egen erfarenhet av våld i nära relationer som nationella samordnaren har träffat, berättar om vanmakt och besvikelse över myndigheters oförmåga att koordinera och samordna sina insatser.” (SOU 2014:49).

Siffrorna i föregående avsnitt visar också att väldigt få av de våldsutsatta faktiskt kommer i kontakt med någon myndighet över huvud taget. Den vanligaste kontakten är hälso- och sjukvården. Samordnaren för våld i nära relationer föreslog därför att Socialstyrelsen skulle utarbeta frågor om våldsutsatthet till patientmöten. Detta för ett mer proaktivt agerande från hälso- och sjukvårdens sida. De verksamheter som dessa frågor i första hand skulle användas av är akutmottagningar, beroendevård och barn- och ungdomspsykiatri (SOU 2014:49). En bättre samordning kan bidra till att de personer som behöver det får alla de kontakter och den hjälp de faktiskt behöver.

5.2.5 De mest sjuka äldre



I dag lever befolkningen i Sverige allt längre. En bidragande faktor till det är minskad dödlighet i många av de vanligaste folksjukdomarna, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar (SKL och Socialstyrelsen 2015). Dagens äldre har också högre utbildning och har levt under bättre förutsättningar med högre materiell standard än tidigare generationer. Andelen äldre som motionerar har också ökat vilket kan ha bidragit till en generellt sett bättre funktionsförmåga. Utvecklingen har lett till att allt fler når en högre ålder. Med hög ålder följer också en ökad risk för att utveckla flera samtidiga kroniska sjukdomar. Många äldre har också en nedsatt kognitiv förmåga på grund av olika demenssjukdomar

I det här kapitlet beskrivs samordningsbehovet för gruppen som brukar kallas för *mest sjuka äldre*. Gruppen har definierats av Socialstyrelsen (2011a) som grund i den statliga satsning som Socialstyrelsen och SKL arbetade med under 2010-2014. Utgångspunkten är att mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har en omfattande nedsättning i funktionsförmågan på grund av ålder, skada eller sjukdom. I definitionen ingår de personer som har "omfattande omsorg" eller "omfattande sjukvård". Med omfattande omsorg menas personer som antingen bor på ett särskilt boende eller som har beslut om 25 eller fler timmars hemtjänst per månad. Omfattande sjukvård avser fler än 19 vård dagar i slutenvård, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. År 2008 uppgick sammantaget gruppen mest sjuka äldre till cirka 300 000 individer.

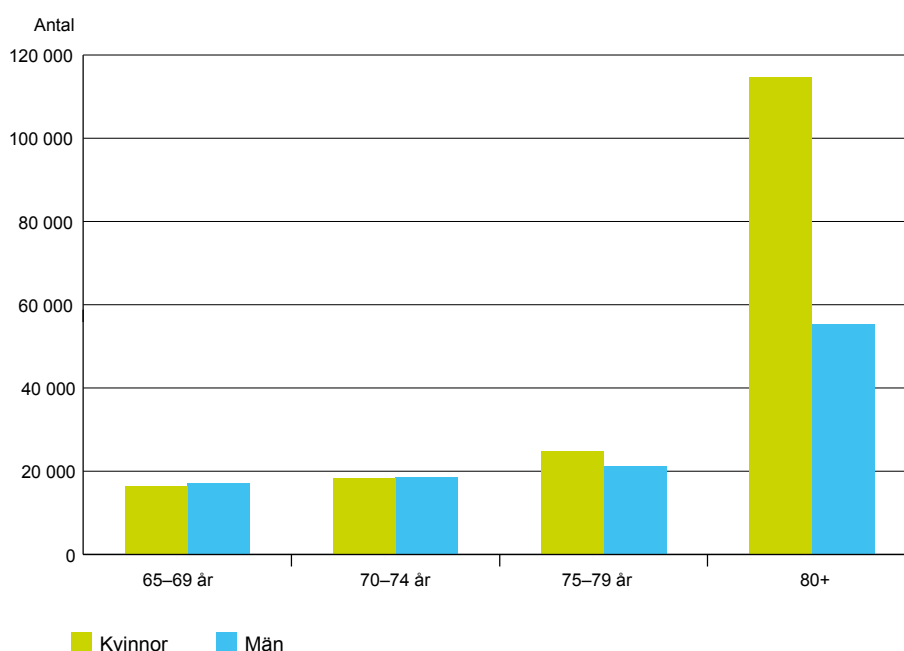
Gruppen har oftast en kraftigt nedsatt förmåga att vara delaktig i att samordna sin vård och omsorg. Åldersglömska och i vissa fall demenssjukdomar gör det svårt att komma ihåg tider och vilka kontakter man har med vården och omsorgen. Kroppen blir också skörare med åldern och äldre har ofta en nedsatt funktionsförmåga. Många äldre lider också av allmän trötthet och nedstämdhet som gör det svårt att själv orka ta de kontakter som krävs för att samordna. Vissa äldre kan känna att de inte bidrar till samhället och kan då uppleva att de inte har rätt att kräva något av det.

Vilka aktörer är involverade i personens vård och omsorg?

De mest sjuka äldre har ett stort behov av både vård och omsorgsinsatser. De har därför nästan alltid regelbundna och flera samtidigt pågående kontakter med både

landstingens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst (för exempel, se figur 1 i kapitel 2). Många i gruppen har också kontakt med kommunens hälso- och sjukvård i hemmet i de län där kommunerna har tagit över denna (år 2015 var det alla län utom Stockholms län). Kommunerna erbjuder bland annat hemtjänst, särskilt boende och sjukvård i hemmet. Inom landstingen har gruppen ofta kontakter med primärvården, specialistvården och rehabilitering. Många äldre får också hjälpmedel för att klara den vardagliga livsföringen. Hjälpmedel kan förskrivas av båda huvudmännen beroende på ansvarsuppdelningen och den enskildes behov.

Figur 25. Antal personer med omfattande vård- eller omsorgsbehov enligt Socialstyrelsens avgränsning för mest sjuka äldre, ålder och kön, 2008.



Källa: Socialstyrelsen

Hur fungerar samordningen i dag?

Det finns många studier som pekar på att samordningen brister för de mest sjuka äldre. Denna problematik lyfts också fram av nästintill samtliga av våra intervjupersoner. I Socialstyrelsens (2013b) rapport om väntetider och patientens väg genom vården, där de mest sjuka äldre används som exempel, konstaterar man att det inte är väntetiderna som är det stora problemet för gruppen – det är bristen på samordning. SKL:s (2012) analysrapport för de mest sjuka äldre visar att samordningen brister både mellan huvudmän och mellan primär- och specialistvård. Samma bild framkommer i IVO:s (2013) slutrapport kring den nationella tillsynen av vård och omsorg om äldre. IVO:s granskning visar att ett helhetsperspektiv för äldre saknas.

Mellan åren 2011 och 2014 satsade regeringen för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Målet var bland annat att få hemsjukvård, äldreomsorg,

vårdcentraler och sjukhusvård att samverka bättre kring sköra äldre. SKL har samordnat insatserna; som omfattat vård och omsorg till äldre i alla kommuner, landsting och regioner. Socialstyrelsens (2014c) utvärdering av satsningen visar att det går att påvisa vissa positiva effekter, bland annat för olika teambaserade arbetsätt. Men på det stora hela kvarstår mycket av samordningsproblematiken för gruppen.

Den bristande samordningen mellan vården och omsorgen får i många fall allvarliga konsekvenser för den äldre. Äldre får i dag ofta för många olika läkemedel – många som också är direkt olämpliga att kombinera – som en följd av bristande samordning inom vården (SKL och Socialstyrelsens 2014). Andra konsekvenser kan vara att den äldre upplever sig otrygg, har en ökad risk för fallskador och att det förebyggande och rehabiliterande arbetet brister.

De stora samordningsproblemen verkar uppstå i gränsytan mellan huvudmännen. Problemen uppstår på grund av en otydlig fördelning av vem som ska göra och ansvara för vad respektive vem som ska betala. Särskilt framkommer att ansvarsfördelningen ofta är otydlig mellan kommunal hälso- och sjukvård och landstingens primärvård. En annan fråga som ofta diskuteras är ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting för de äldre som är utskrivningsklara från sjukhuset och behöver boende i kommunen. Dessa typer av diskussioner kring vem som ansvarar för vad verkar uppta mycket tid och energi i enskilda vårdplaneringar och i samverkansmöten på ledningsnivå mellan kommuner och landsting. Några intervjupersoner uttryckte att den starka viljan att dela upp allt ansvar mellan varandra riskerar att skapa ”gråzoner” där till slut ingen tar ansvar. Vissa områden kanske helt enkelt kräver ett gemensamt ansvar.

Flera intervjupersoner lyfte också att primärvården har svårt att ta den samordnande roll för de äldre som de förväntas ha. Dels handlade det om bristande resurser, dels om brist på samlad kompetens kring äldres sjukdomar, *geriatrik*. Man upplever också att man inte får tillräckligt med information från andra vårdgivare när den äldre har åkt in till akuten eller besökt specialistvården. Primärvården är inte heller alltid med i vårdplaneringen kring den äldre, något som också framkommer i IVO:s (2013) rapport.

”När vårdcentralerna har så många patienter faller de äldre bort. De hade behövt de strukturer som barnhälsovården har; de borde till exempel kolla njurar efter 70 år, benskörhet vid en viss ålder och så vidare. Primärvården behöver bli dirigent för äldrevård.”

Chef för vårdcentral

Sällsynta diagnoser

En annan större grupp som också ofta har stort samordningsbehov men som inte har identifierats lika tydligt är personer med en sällsynt diagnos. Gruppen utgör 2 till 5 procent av befolkningen, där de flesta sedan barndomen har ett stort och komplext behov (NFSD, 2014). Många av dessa individer ingår troligvis i flera av de grupper som redan har beskrivits men har utöver de gemensamma utmaningarna även ytterligare utmaningar som gör samordningen ännu mer komplex. Diagnoserna kännetecknas av ett brett spektrum av symptom och sjukdomar som varierar inte bara från diagnos till diagnos, men även från patient till patient med en och samma diagnos. Diagnoserna är därtill många gånger livslånga, obotliga, extremt komplexa och medför svåra funktionsnedsättningar.

Komplexiteten beror på att

- de flesta diagnoser är syndrom som påverkar många av kroppens system
- de olika symptomen är ovanliga var och en för sig
- sällsyntheten påverkar dessutom (ibland även omöjliggör) vanliga undersökningar och behandlingar.

Personer med sällsynta diagnoser har ofta mångfacetterade behov som kan förändras under livet. Vård och behandling behövs därför av många olika specialister inom vården. För att få vardagen att fungera krävs också olika stödåtgärder från samhället i övrigt (NFSD, 2015). I många fall brister samordningen från vården och omsorgen för den här gruppen. De specifika orsakerna till dessa kan vara:

- Tillhörigheten inom vården för diagnostisering eller behandling är otydlig eller saknas. Även inom vården brister kunskaperna kring tillhörigheten. En vuxen person med en sällsynt diagnos beskriver situationen på följande sätt (NFSD 2014):
–”*Vem är din läkare?*”
Så brukar all vårdpersonal fråga. Det brukar jag också undra, för de hänvisar hela tiden till varandra. I primärvården säger de att du tillhör sjukhuset nu, vi kan inte de här sjukdomarna. På sjukhuset säger de:
–”... *men det här ska väl primärvården hålla ihop?*”
- Kunskapsbrist kring diagnosen samt möjliga behandlingar, då forskningen för varje diagnos i sig är mycket begränsad (EURORDIS 2014)
- Kompetensen kring sällsynta diagnoser är generellt sett låg inom hälso- och sjukvården samt samhället i övrigt. Det saknas också strukturer för hur såväl personer med sällsynta diagnoser och deras anhöriga samt professionen ska hitta rätt kompetens (NFSD 2014). Patienter och anhöriga bemöts med både okunskap och misstro från vårdgivare, försäkringskassan och kommunen, på grund av att diagnosen är sällsynt (Wallenius 2008).
- Avvisning av vården, 18 procent av patienter med sällsynta diagnoser har blivit avvisade av vården. I 85 procent av fallen angavs komplexiteten av/kring diagnosen som orsak (EURORDIS 2009).



6 Vilka utmaningar finns för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg?

I det här kapitlet beskrivs de huvudsakliga utmaningarna som vi identifierat inom det svenska vård- och omsorgssystemet vad gäller att uppnå en mer samordnad vård och omsorg. Kapitlet inleds med en generell beskrivning av de demografiska utmaningarna kopplade till en växande äldre befolkning. Sedan beskrivs ett ramverk bestående av sju generella samordningsutmaningar. Dessa kan ses som våra samlade slutsatser kring de förutsättningar som vi finner är väsentliga för att främja en mer samordnad vård och omsorg. Kapitlet avslutas med en presentation av respektive utmaning.

6.1 BRISTANDE SAMORDNING – ETT VÄXANDE PROBLEM?

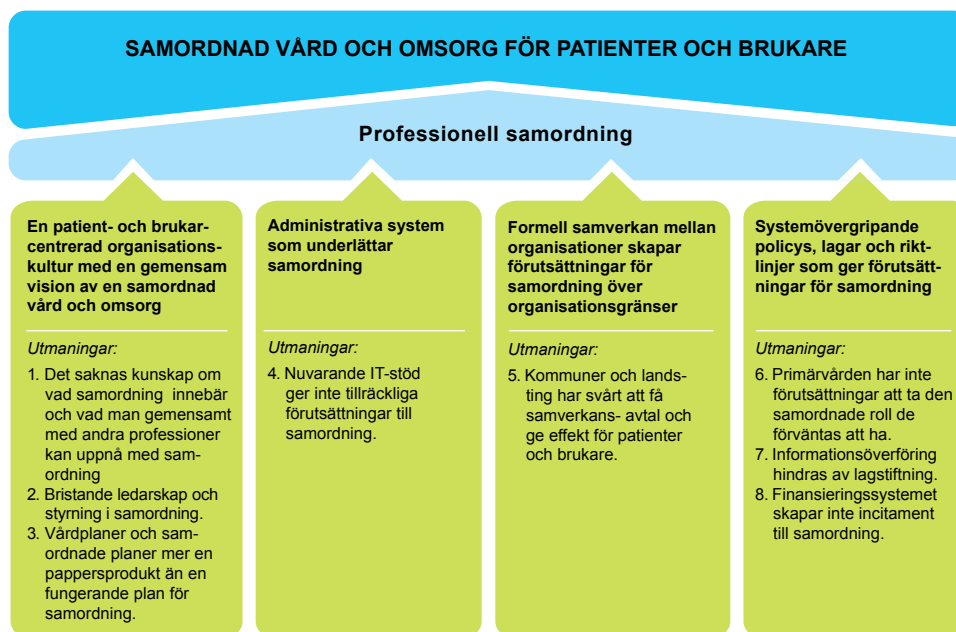
Svensk vård och omsorg har en stor utmaning framför sig eftersom patienter och brukare med flera olika samtidiga vård- och omsorgsbehov är en växande grupp. Den medicinska utvecklingen har lett till att personer med kroniska sjukdomar överlever allt längre och hinner utveckla fler sjukdomar (Vårdanalys 2014b). I dag kan kronisk sjukdom hos äldre sägas vara ett normaltillstånd. I det landsting som Vårdanalys studerade hade exempelvis 85 procent av befolkningen minst en kronisk sjukdom och 66 procent hade två eller flera. Av alla äldre som har hemtjänst eller bor i särskilt boende har majoriteten en eller fler kroniska sjukdomar. Ju fler kroniska sjukdomar, desto större är behovet av kontakt med både vården och omsorgen. Inom sjukvården krävs exempelvis ofta kontakt med flera olika specialister utöver den vårdcentral man är skriven på.

Den växande gruppen patienter och brukare med flera komplexa och sammanhängande behov ställer nya och stora krav på vården och omsorgen. Den samlade bilden av vår intervjuundersökning är att vården och omsorgen i dag till stor del är organiserad för att möta en helt annan typ av patienter och brukare, med en enklare behovsbild, där det är tydligt vilka insatser som behövs och där det är tydligt när behovet tillgodoses.

6.2 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PERSONAL INOM VÅRD OCH OMSORG ATT ARBETA MER SAMORDNAT

I figuren nedan presenteras ett ramverk över dagens förutsättningar och tillhörande utmaningar för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg. Ramverket baseras på internationell forskning (bland andra Ködner 2002, Suter m.fl. 2007) tillsammans med de samlade erfarenheterna av arbetet med den här rapporten. I ramverket understryks till att börja med behovet av professionell samordning. Det kan handla om att man

Figur 26. Ramverk över förutsättningar och utmaningar för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.



delar information med varandra eller att man faktiskt samarbetar runt en patient eller brukare. Professionerna arbetar och agerar i sin tur i ett system med bland annat olika organisationer, styrningslogiker och en rad mångfacetterade krav från lagstiftning, förordningar och riktlinjer. Deras förutsättningar att samordna sina insatser beror således på de förutsättningar och incitament som systemet som helhet ger dem. Nästa del av ramverket tar just fasta på dessa aspekter. För att stödja den professionella samordningen identifierar vi här fyra huvudsakliga förutsättningar som behöver infrias av det samlade vård- och omsorgssystemet. Till varje förutsättning har vi sedan kopplat de utmaningar som intervjupersonerna lyft upp inom respektive område. Varje utmaning presenteras mer utförligt i resterande del av kapitlet. De fyra förutsättningarna utgörs av:

► *En patient- och brukarcentrerad organisationskultur med en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg*

En förutsättning för att organisationer ska lyckas med samordning är att de människor som arbetar i verksamheten förstår och delar värdet av att samarbeta med andra professioner/aktörer utanför organisationen. För att uppnå detta behövs ett ledarskap där patienten och brukaren sätts i centrum för verksamheten och dess utveckling.

► *Systemövergripande policys, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning*

De lagar och föreskrifter som reglerar hur vården och omsorgen ska styras och finansieras behöver utformas på ett sådant sätt att de ger förutsättningar för samordning och inte bidrar till att skapa nya eller förstärka existerande barriärer. Samma sak gäller även riktade statsbidrag, nationell kunskapsstyrning och nationell uppföljning.

► *Formell samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränserna*

För att samarbeta över organisationsgränser krävs det på ledningsnivå sanktionerade avtal och överenskommelser mellan organisationerna om hur samordningen ska ske. I dessa avtal regleras bland annat ansvarsområden och tillhörande finansiering. Tydliga och formella avtal medför att spelreglerna tydliggörs vilket skapar förutsättningar för personalen att fokusera på det enskilda patient- eller brukarmötet.

► *Administrativa system som underlättar samordning*

De flesta som arbetar inom vård- och omsorg använder någon form av administrativt stödsystem i sitt dagliga arbete. Läkare och sjuksköterskor behöver till exempel dokumentera i en elektronisk journal och verksamhetschefer behöver tillgång till statistik och uppföljning. All denna information lagras och hanteras i dag av större IT-system. En förutsättning för en fungerande samordning är att IT-systemen både länkar ihop informationen om individen genom hela vård- och omsorgsprocessen och att den länkar ihop informationen mellan olika aktörer. Detta gör det möjligt för alla aktörer som individen träffar inom vården och omsorgen att ha tillgång till rätt information i rätt tid. För att det ska fungera behövs en teknisk lösning som klarar det, tillsammans med en gemensam informationsstruktur och lagstiftning som möjliggör att information kan delas mellan organisationsgränser.

6.3 UTMANINGAR FÖR ATT UPPNÅ EN MER SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG

► *1. Det saknas kunskap om vad samordning innebär och vad man gemensamt med andra professioner kan uppnå med samordning*

Kulturen och värderingarna i en organisation har stor betydelse för hur människor väljer att prioritera och utföra sitt arbete. Flera av intervjupersonerna berättar att det ofta är kultur och värderingar som sätter hinder för samordning. För de patienter och brukare som har ett stort samordningsbehov är det många olika organisationer och professioner inblandade som behöver samordna sig. Intervjupersonerna berättar att det ofta händer att de olika professionerna inte förstår de andra aktörernas perspektiv; vad de kan bidra med och vad man kan åstadkomma tillsammans. Man kan också ha orimliga eller felaktiga förväntningar på varandras ansvarsområden eller kompetens.

En förklaring som framkommer i intervjuerna är att man inte har tillräckligt med tid för att skaffa sig en gemensam bild av patienten eller brukarens behov när man träffar andra professioner. Det saknas ofta forum eller kontaktytor för att dela med sig av erfarenheter och perspektiv mellan professioner. Olika organisationer har också olika språk, värderingar och synsätt som gör att det är lätt att man inte förstår eller missuppfattar varandra. En intervjuperson upplevde en brist i att man under

sin utbildning inte får veta vilka andra professioner man ska samordna sig med och hur man kan samordna.

”För att få till samordning krävs det ett visst förhållningssätt. Det är en process som man måste känna till. Men i dag finns den inte riktigt i kulturen. Har vi gjort samordning tillräckligt begripligt för mig om jag till exempel är läkare, sjuksköterska eller undersköterska? Har vi tagit samordningen för givet och inte problematiserat det tillräckligt?”

Utvecklingschef i en kommun

► 2. Bristande ledarskap och styrning för samordning

Patienter och brukare med komplexa behov kännetecknas av att deras sammansatta problembild kräver insatser från ett stort antal olika personer och organisationer. Många gånger är behoven så sammansatta att det inte finns någon standardiserad lösning för hur man ska samordna sig kring individen. Vårdens och omsorgens uppdrag är i detta sammanhang att identifiera och genomföra unikt anpassade insatser som möter aktuella behov – det handlar om att vara problemlösare. Att lösa eller hantera komplexa och sammansatta problem kräver därför att flera olika kompetenser samlas och samordnar sitt arbete. Det kan handla om att organisera sig runt patienten och brukaren i tvärprofessionella team. Teamets problemlösande uppdrag kan här liknas vid en hantverkarens arbete, vilket bland annat beskrivs i forskningsprogrammets Uppdrag väldfärds rapport (2014) om organisatoriska mellanrum. I rapporten framförs att bristande förståelse för vården och omsorgens hantverksmässiga karaktär medfört att organisationerna inte skapat tillräckliga förutsättningar för att medarbetarna ska kunna arbeta problemlösande och teambaserat för dessa patienter och brukare.

Från de verksamhetschefer som vi intervjuat framkommer att många upplever att det är svårt att leda och styra samordningsinsatser. De anger att de saknar kunskap om vad samordning innebär, det vill säga hur man som chef kan skapa förutsättningar för samordning och vad det kan ge för resultat. Bristande kunskap – när man inte vet om det lönar sig – gör det också svårt för en verksamhetschef att prioritera resurser och tid till samordning. När kunskapen saknas både hos medarbetare och hos chefer blir det också oklart vem som ska ta initiativen och ledarskapet i samordningen.

I intervjuerna framkommer också att det på ledningsnivå väldigt sällan görs någon gemensam uppföljning kring de patienter och brukare där flera olika aktörer har ett ansvar. När detta inte sker får ledningarna inte heller en gemensam bild över om den samordning och de insatser som görs i dag är tillräckliga.

► **3. Vårdplaner och samordnade planer är mer en pappersprodukt än en fungerande plan för samordning**

En så kallad *samordnad* (eller *individuell*) plan ska upprättas när en patient eller en brukare har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Det finns olika lagar som reglerar detta, bland annat hälso- och sjukvårdslagen (3 f §). Syftet med planen är skapa förbättrad samordning mellan de aktörer som ansvarar för vården och omsorgen för patienten och brukaren.

I våra intervjuer framkommer att vårdplaneringen ofta initieras av slutenvården och att primärvården av olika anledningar inte alltid är med i planeringen. I våra intervjuer med primärvårdsläkare påpekas bland annat att de ofta inte ens blir inbjudna. Även andra professioner saknas ibland i vårdplaneringen, till exempel biståndshandläggare, tandhälsopersonal och rehabiliteringspersonal.

”Primärvården ska vara delaktig i vårdplaneringen men i praktiken är vi inte det.”

Chef för vårdcentral

Samma bild bekräftas av en forskarstudie som genomförts av FoU Seniorium (2011). I studien lyfts bland annat fram att det ofta är praktiska problem som hindrar att till exempel primärvården är med i samordningen. Ett exempel är att patienten har skrivits ut med kort varsel från sjukhuset och det är bråttom att få till en vårdplanering. Primärvården har då haft svårt att på så kort varsel hitta en tid att närvara i planeringen.

Det finns också mycket som pekar på att det är svårt att få den samordnade planen att verkligen bli en fungerande plan för samordning. Att alla viktiga aktörer som behövs i samordningen inte deltar i vårdplaneringen är ett stort hinder för detta. För att vårdplanen ska få någon reell effekt krävs exempelvis att den är en naturlig del i personalens dagliga arbete, vilket den ofta inte är i dag.

”Vårdplaner finns rent formellt. Men det tar tid att ändra arbetsätt, tid att få personalen att lära sig de nya IT-system som krävs. Man vill hellre jobba som man alltid har gjort. Vårdplanen sker i ett eget system, det finns därför en stor risk att till exempel läkaren på akutvården inte går in i det systemet och missar kanske vårdplanen och det som bestäms där.”

Ordförande, Svensk förening för allmänmedicin

► *4 och 7. Den nuvarande informationsstrukturen i IT-stöden ger inte tillräckliga förutsättningar till samordning och lagstiftningen hindrar att information delas*

Personer som har flera samtidiga sjukdomar eller behov från socialtjänsten har ofta flera kontakter med vården och omsorgen. En av förutsättningarna för att uppnå en samordnad vård och omsorg är att information om patienten eller brukaren finns lätt tillgänglig vid rätt tidpunkt för den som behöver den. Eftersom informationen samtidigt behöver skyddas mot obehörig åtkomst är frågan komplex. I dag finns informationen huvudsakligen inom den organisation som personen har haft kontakt med. Normalt sett är det exempelvis svårt för en annan organisation att nå informationen på något annat sätt än genom att ringa eller faxa över den då informationen inte alltid är dokumenterad i ett gemensamt IT-system eller utifrån en gemensam informationsstruktur. Inom några landsting finns dock gemensamma verksamhetssystem så att information kan delas elektroniskt inom landstinget. Men för att göra det krävs patientens eller brukarens medgivande.

Utifrån dagens lagstiftning är det inte heller möjligt att på elektronisk väg dela information mellan kommuner och landsting. Datainspektionen (2015) bekräftar i ett tillsynsärende att det i dagsläget saknas legala förutsättningar för kommuner och landsting, enligt patientdatalagen och personuppgiftslagen, att göra gemensamma verksamhetsuppföljningar. Det försvårar samordningen för patienter och brukare med komplexa behov som har behov av stöd från båda huvudmännen. Ett exempel som beskrivs i våra intervjuer är en sjuksköterska inom kommunernas hemsjukvård som i dag måste välja om hen ska dokumentera de insatser som hen ger till en äldre person med hemtjänst enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller socialtjänstlagen (SoL). Om informationen dokumenteras enligt SoL kommer den äldres läkare inte kunna se det, om hen i stället dokumenterar enligt HSL kommer hemtjänstpersonalen inte kunna se det. Ofta är det information som är relevant för båda parter.

När informationen väl lagrats sparas den inte heller på ett sådant sätt som gör att kopplingen till annan information om patienten eller brukaren framgår. Även om en vårdgivare får tillstånd att ta del av annan information från en annan vårdgivare får man därför inte informationen på det sätt man behöver. Det enda som är konstant i systemen är personens personnummer. Socialstyrelsen (2015a) påpekar att det saknas en gemensam informationsstruktur vilket gör det svårt att effektivt återanvända information även om man får tillgång till den.

Dagens verksamhetssystem inom vård och omsorg uppvisar därför sammantaget brister vad gäller att på ett logiskt sett understödja en individanpassad vård- eller omsorgsprocess. Det finns en rad svårigheter kring att se hur åtgärder och behov för en patient eller brukare hänger ihop över tid. Även om en vårdgivare skulle kunna se informationen från alla tidigare kontakter så har denna exempelvis svårt att se hur informationen relaterar till varandra. Socialstyrelsen (2015a) framhåller att befintlig lagstiftning möjliggör en anpassning av systemen så det är möjligt att följa processer, men för att göra det krävs att samtliga vårdgivare dokumenterar på ett strukturerat och enhetligt sätt.

”Även om lagstiftningen mellan kommun och landsting öppnar upp så skulle man inte se hur alla insatser hänger ihop. Strukturen saknas fortfarande för en samordnad information.”

Utredare Socialstyrelsen

► **5. Kommuner och landsting har svårt att få samverkansavtal att ge effekt för patienter och brukare**

Inom flera områden där både kommun och landsting har gemensamt ansvar för en patient- och brukargrupp, ingår kommuner och landsting ofta så kallade *samverkansavtal*. För vissa målgrupper är kommunerna och landstingen tvingade enligt lag att ingå överenskommelser. Syftet med samverkansavtalen är att säkerställa att huvudmännen samordnar sina verksamheter. Från våra intervjuer med verksamhetschefer framkommer att det är väldigt utmanande att få samverkansavtalen att ge positiv effekt och att hålla dem vid liv.

För att skapa en överenskommelse som båda parter kan stå bakom krävs att man tar hänsyn till och sätter sig in i andra organisationers förutsättningar och behov. Våra intervjuer indikerar att det sällan sker. Det innebär att samverkansavtalen i stället kan leda till en försämrad samordning eftersom båda parter upplever att man har blivit ”lurad”. Intervjupersonerna lyfter också fram att det ofta saknas en gemensam syn på vad samordning innebär. Man upplever att samverkansavtalen visserligen gör ansvarsfördelningen tydligare men att man i stället skapar ”gråzoner” där ingen tar ansvar. Intervjupersonerna menar att samverkansavtalen ofta handlar mer om att dela upp ansvar än att samordna sig så att det faktiskt blir bättre för patienten och brukaren. Man för också fram att det sällan medverkar någon representant för patienterna och brukarna när överenskommelserna görs.

Intervjupersonerna förde ofta fram en särskild överenskommelse som verkar skapa konflikter på flera håll i landet. Överenskommelsen gäller medicinska insatser i de län där kommunerna har övertagit hemsjukvården. Från landstingets sida ses bland annat att det finns bristande kunskap bland kommunpolitikerna kring vilket ansvar kommunen faktiskt har för hälso- och sjukvården. Från kommunens håll är man i stället frustrerad över att landstinget ofta skickar hem patienterna för tidigt från sjukhusen och på så sätt belastar kommunerna med extra kostnader. En annan frustration är att landstinget i sig inte är samordnat och att kommunerna upplever att de måste samordna sig med flera organisationer inom landstinget, exempelvis med både slutenvård och öppenvård.

► **6. Primärvården har inte förutsättningar att ta den samordnade roll av vårdinsatser som den förväntas ha**

Primärvården har med sitt generella öppenvårdsuppdrag, sin stora kompetens inom allmänmedicin och via multi-professionella vårdcentraler goda förutsättningar för att utgöra en samordnande funktion av vårdinsatserna. I våra intervjuer framgår också att primärvården gärna skulle ha en sådan samordnande funktion, men att

det av olika anledningar inte finns tillräckliga förutsättningar för att infria den rollen fullt ut. Bilden bekräftas av 2015 års enkätundersökning till primärvårdsläkare, där få av läkarna uppger att de inte har vare sig mandat, tid eller rätt IT-stöd för att samordna vården för patienterna (Vårdanalys 2015).

”Sjuka äldre åker ofta direkt till akuten, hemtjänsten ringer dem direkt. De får snabb medicinerings och blir eventuellt inlagda. Primärvården tappar sin samordnande roll.”

Chef för vårdcentral

Den 1 juli 2010 infördes en ny bestämmelse i 29 a § hälso- och sjukvårdslagen. Enligt bestämmelsen ska verksamhetschefen se till att vården tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska också utse en fast vårdkontakt för patienten om det är nödvändigt, eller om en patient själv begär det. För många patienter är primärvården den naturliga platsen för en fast vårdkontakt. Vårdcentralen är oftast den som är närmast patienten och där finns en bred kompetens som har möjlighet att överblicka hela patientens behov. Patienter som har en fast vårdkontakt upplever också i större utsträckning att samordningen är bättre än patienter som inte har en sådan kontakt (Vårdanalys 2014). Även primärvårdsläkare uppger att vården blir mer samordnad för patienter med en fast vårdkontakt (Vårdanalys 2015).

”Känslan av sammanhang ökar när man träffar sin läkare under en längre tid, det blir någon man känner och har förtroende för. Det är viktigt att kunna följa samma patient.”

Chef för vårdcentral

Från ett antal utvärderingar från Socialstyrelsen (2015b) kan man dock konstatera att få patienter i primärvården erbjuds en sådan vårdkontakt. Socialstyrelsen betonar därför att mycket kvarstår för att klargöra hur en fast vårdkontakt ska fungera i praktiken, särskilt när det gäller samverkan med andra verksamheter. Inom primärvården är det exempelvis inte ovanligt med tillfälliga anställningar och så kallade stafettläkare. Det kan leda till försämrade kontinuitet för de patienter som besöker vårdcentralerna – det är till exempel inte ovanligt att man får träffa en ny läkare vid varje besök – men det är också svårt att i praktiken ha en fast läkar- eller vårdkontakt när en så stor del av personalen är tillfällig.

Om primärvården ska ha en samordnande funktion behöver den också ett tydligt mandat och uppdrag att faktiskt ta den funktionen. Enligt Socialstyrelse finns i dag inte en sådan tillräckligt tydlig uppdragsbeskrivning, varken i lagstiftningen eller vid landstingens auktorisation av vårdcentraler (Socialstyrelsen 2015d). I ett internationellt perspektiv har också Sverige en låg andel allmänläkare (Anell 2015),

vilket skulle kunna innebära att resurserna för att ta en utökad roll möjligen är begränsade. Det otydliga uppdraget tillsammans med den nuvarande ekonomiska styrningen kan göra det svårt för vårdcentralerna att prioritera samordning, även för de grupper som skulle behöva det allra mest. En samordnande roll förutsätter också att primärvården är en självklar deltagare i de vårdplaner som görs för patienter och brukare. Som vi beskrivit är primärvården inte alltid med när en sådan plan skrivs.

► 8. Finansieringssystemet skapar inte incitament till samordning

Inom vården och omsorgen tillämpas i dag en rad olika ersättningsystem. Stiftelsen Leading Health Care (LHC 2014) pekar på att traditionellt sett har ersättningsmodeller där verksamheterna ersätts med en fast ersättning använts inom offentlig sektor men att så kallad rörlig ersättning för till exempel genomförda patient- eller brukarbesök blivit vanligare under senare tid. Ersättningen är också ofta inriktad på att ersätta åtgärder som utförs på enhetsnivå. Varje enhet ersätts i båda fallen i relation till ett avgränsat uppdrag och ersättningen syftar till att avspegla vad som har producerats inom den specifika enheten. LHC beskriver också att det kan resultera i att de verksamhets-specifika målen prioriteras på bekostnad av åtgärder som sker utanför eller i förlängningen av det egna uppdraget.

Ersättningssystemen har därför en viktig roll för att underlätta för enskilda verksamheter att fullt ut prioritera samordning med externa aktörer. Samordningsinsatser är exempelvis ofta både tid- och resurskrävande. De flesta ersättningsystemen ersätter dock inte specifikt för olika samordningsinsatser, utan detta är ofta något som ska göras inom den ordinarie verksamheten. En förutsättning för att ersätta efter samordningsinsatser är att det finns ett system som kan följa upp hur väl samordningen fungerar, det saknas till stora delar ett sådant system för vården och omsorgen i dag. Om samordning inte ersätts riskerar dock de resurser som avsätts till detta att i stället huvudsakligen bli en kostnad för verksamheten. Flera intervjupersoner påpekar här att finansieringssystemen i många fall rikserar att motverka ett patient- och brukarcentrerat arbetesätt, vilket är en förutsättning för att samordningen ska fungera:

”Finansieringssystemen är ett stort dilemma och så även styrningen kring dessa. Budget och finansiering går före den enskilda människan.”

Utvecklingsdirektör inom ett landsting



7 Referenser

- Abbott, A (1988). *The systems of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Anell A, G.A., Merkur S. (2012). *Sweden: Health system review*. Health systems in transition. European Observatory.
- Anell, A (2015). *Primärvårdens funktion, organisering och ekonomi – en litteraturöversikt. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4)*. Lund: Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Arbetsförmedlingen m.fl. (2011). *Samordna rehabiliteringen stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*. Stockholm: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Autism- och Aspergerförbundet (2015). *Diagnoser: Autism*. Hämtat från www.autism.se 5 oktober 2015.
- Berglund, H (2014). *Quality in the continuum of care for frail older persons – Structure, process and outcome*. Doktorsavhandling vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
- BRÅ Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer – en nationell kartläggning*. Författare: Anna Frenzel, <https://www.bra.se/bra/publikationer/arkiv/publikationer/2014-05-09-brott-i-nara-relationer.html>: Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Datainspektionen (2015). *Tillsyn enligt personuppgiftslagen (1998:204) – samkörning av personuppgifter för gemensam verksamhetsuppföljning*. Beslut 2015-07-03, Diarenr. 643-2015. Stockholm: Datainspektionen
- EURORDIS (2009). *The voice of 12,000 patients. Experiences and expectations of rare disease patients on diagnosis and care in europe a report based on the eurordiscare2 and eurordiscare3 surveys*. Boulogne-Billancourt: EURORDIS.
- EURORDIS (2014). What is a rare disease? Hämtat från: <http://www.eurordis.org/content/what-rare-disease/> den 17 juni 2014.
- European Observatory – European Observatory on Health Systems and Policies (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Bryssel: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eurostat (2015). *Social protection statistics – social benefits by function*. Hämtat från http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_statistics_-_social_benefits_by_function den 21 oktober 2015. Luxemburg: Eurostat.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Folkhälsan i Sverige*. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten.

- Folkhälsomyndigheten (2015:a). *Sjuklighet och sociala konsekvenser*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/andts/narkotika/skadeverkningar/sjuklighet-och-sociala-konsekvenser/> den 5 oktober 2015. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2015:b) *Samband mellan alkohol, narkotika, tobak och spel*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/andts/samband-mellan-alkohol-narkotika-tobak-och-spel/> den 5 oktober 2015. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- FoU Seniorium (2011). *Samordnad vårdplanering: Varför funkar det inte alltid?* Rapport 2011:01. Stockholm: FoU Seniorium
- Fulop, N. Mowlem, A. Edwards, N. (2005). *Building integrated care: Lessons from the UK and elsewhere*. London: The NHS Confederation.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2013). *Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Kommunikationsbrister i vården*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Tillsynsrapport – De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Gardsäter M. (2009). En livsnära uppgift. *Att vara ideell kontaktperson för personer som lever med sällsynta diagnoser*. Sundbyberg: Riksförbundet Sällsynta diagnoser.
- Goodwin N, Alonso A (2014). Understanding integrated care: the role of information and communication technology. I: Kubitschke L m.fl. (red.). *Beyond Silos: The way and how of eCare*. IGI Global
- Karlberg, I. (2011). *Från Vasa till vårdval – om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kings Fund (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. London: The King's Fund.
- Ködner, DL (2009). *All together now: A conceptual exploration of integrated care*. Healthcare Quarterly vol. 13. Okt. 2009.
- Ködner, DL och Spreeuwenberg, C (2002). *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*. International Journal of Integrated Care, Vol. 2, 14. Nov. 2002.
- Leutz, W (1999). *Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. The Milbank Quarterly 77, s 77–110.
- LHC – Leading health care (2014). *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care.
- Nationella Funktionen Sällsynta Diagnoser NFSD (2015). *Om sällsynta diagnoser*. Hämtat från: <http://www.nfndse/om-sallsynta-diagnoser/>. den 17 juni 2015
- Nationella Funktionen Sällsynta Diagnoser NFSD (2014). *Årsrapport 2013. Hovås: Nationella Funktionen Sällsynta Diagnoser*

- Nederlands Huisartsen Genootschap NHG (2015), *Richtlijnen & praktijk. Zeldzame ziekten* Hämtat från: <https://www.nhg.org/thema/zeldzame-ziekten>. Den 15 oktober 2015.
- NCK Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. 2014:1. <http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Publikationer/S%C3%B6k+publikationer/?id=1088&librisId=&swepubId=> Uppsala: NCK
- Nolte E, McKee M (2008). *Integration and chronic care: a review*. I *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University s 64–91.
- OECD (2013). *OECD Health Care Quality Review of Sweden*. Paris: OECD.
- Pettersson, U. (2011). *Från fattigvård till socialtjänst – om socialt arbete och utomparlamentarisk aktivitet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Regeringen (1996). Regeringens proposition 1996/97:60 prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Ingår i: Socialdepartementet (red.). Stockholm.
- Regeringen (2015a). *Myndigheter och bolag med statligt ägande*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/myndigheter-och-bolag-med-statligt-agande/> den 5 oktober 2015.
- Regeringen (2015b). *Statens budget 2015 i siffror*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/artiklar/2015/04/statens-budget-2015-i-siffror/> den 6 oktober 2015.
- Regeringskansliet (2012). *Prio psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Ingår i: Socialdepartementet (red.). Västerås: Edita Västra Aros.
- Riksförbundet Sällsynta Diagnoser (2013). *Europplan-konferens den 26 november 2012. Konferensdokumentation*. Sundbyberg: Riksförbundet Sällsynta diagnoser.
- Riksrevisionen (2011). *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?* Stockholm: Riksrevisionen.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2015). *Landstingens köp av verksamhet från privata företag samt från föreningar och stiftelser*. Hämtat från www.scb.se den 7 december 2015.
- SLF – Svenska Distriktsläkarföreningen (2013). *Strategier för att öka antalet allmänmedicinska Specialistläkare*. Stockholm: Svenska Distriktsläkarföreningen (SLF).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015a). *Kommuner och landsting*. Hämtat från <http://skl.se/tjanster/kommunerlandsting.431.html> den 5 oktober 2015.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015b). *Nationell Patientenkät*. Hämtat från <http://npe.skl.se/> den 7 oktober 2015.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015c). *Personalen i kommuner och landsting*. Hämtat från <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalendiagramochsiffror.850.html>. den 5 oktober 2015.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015d). Öppna jämförelser. Hämtat från <http://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajokamforelser.275.html> den 5 oktober 2015.
- SKL och Socialstyrelsens (2015). Öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre 2014. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). Lägesrapport 2010 folkhälsa hälso- och sjukvård individ- och familjeomsorg stöd och service till personer med funktionsnedsättning vård och omsorg om äldre. Ingår i.
- Socialstyrelsen (2011a). *De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011b). *Ojämna villkor för hälsa och vård jämlikhetsperspektiv på hälso och sjukvården*. Ingår i.
- Socialstyrelsen (2011c). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*. Ingår i.
- Socialstyrelsen (2013a). *Vad är nationella riktlinjer?* <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-17>. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Väntetider och patientens väg genom vården – exemplet multisjuka äldre Delrapport juni 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Rätten till socialt bistånd för medborgare inom eu/ees-området – en vägledning*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-6-16>. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b). Öppna jämförelser 2014 – missbruks- och beroendevården – resultat, metod och indikatorer. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-6-11>. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014c). *Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). *Hälsoärende och process-id. Förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015c). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015d). Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015e). Äldre riskerar att bli utan insatser vid missbruk. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015april/aldreriskerarattbliutaninsatservidmissbruk> den 5 oktober 2015. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015f). Öppna jämförelser – Socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, SKL, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan (2011). *Gemensam publikation kring samordnade insatser för personer med psykisk sjukdom/nedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen m.fl.
- SOU (2014:49). Statens offentliga utredningar 2014:49. *Våld i nära relationer – en folkhälsofråga. Förslag för ett effektivare arbete*. Stockholm: Regeringskansliet

- Suter E m.fl. (2007). *Health systems integration – Definitions, processes & impact: A research synthesis*. Kanada: Alberta Health Services (AHS).
- Statens institutionsstyrelse SiS (2015). *Missbruksvård – LVM*. Hämtat från <http://www.stat-inst.se/om-sis/missbruksvard-lvm/> den 5 oktober 2015.
- Statistiska Centralbyrån (2015). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ulf/sile) hälsa – fysisk och psykisk hälsa, syn, hörsel, bmi, tobak 2012–2013*. Hämtat från http://www.scb.se/le0101/#c_li_354235 den 5 oktober 2015. Örebro: Statistiska Centralbyrån.
- Uppdrag Valfärd (2014). *I välfärdsproduktionens gränsland – organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Stockholm: Uppdrag välfärd.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014a). *Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa – Lägesrapport 2014*. Rapport 2014:6. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014b). *Vip i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014c). *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*. Rapport 2014:11. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014d). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Läkarnas syn på vården – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Rapport 2015:XX. Stockholm: Vårdanalys.
- Wallenius E, Möller, K. (2008) *Fokus på vården. En medlemsundersökning*. Sundbyberg: Riksförbundet Sällsynta diagnoser.



Bilagor

BILAGA 1 – METODBESKRIVNING VID DEN EMPIRISKA UPPSKATTNINGEN AV RAMVERKET

Vid uppskattningen av de generella gruppernas storlek (antal individer) och kostnader har vi utgått från en analys av de olika specifika patient- och brukargrupper (*subgrupper*) som bedöms ingå i de generella grupperna. I ett första steg identifierades 28 subgrupper (*subgrupp 1–28*) inom de fem generella grupperna (*grupp 1–5*).¹⁾ Subgrupperna valdes ut så att de tillsammans skulle omfatta merparten av individerna i respektive generell grupp. För varje subgrupp gjordes därefter en kartläggning av antal ingående individer, samt tillhörande kostnader (per år) för landstingskommunal omsorg och sjukvård. Resultaten av subgruppsanalyserna summerades sedan för att uppskatta storlek och kostnader för de generella grupperna. Vid summeringarna togs hänsyn till överlapp både mellan subgrupper och mellan generella grupper. Antalet individer och tillhörande kostnad för de olika subgrupperna redovisas även separat.

I huvudsak har sekundärkällor använts för att uppskatta storlek och kostnader. Dessa inkluderar bland annat publicerade rapporter från Socialstyrelsen, Vårdanalys, Äldrecentrum, olika kvalitetsregister och intresseföreningar m.m. För att öka giltigheten i uppskattningar har, i den mån det varit möjligt, flera olika källor och metoder använts.

Beroende på datatillgång har Vårdanalys använt olika metoder vid uppskattningen av subgruppernas storlek och kostnader (nedan i prioriteringsordning):

1. I första hand har publicerade uppskattningar av de specifika patient- och brukargruppernas storlek och kostnader från olika datakällor använts.
2. I de fall det saknas direkta uppskattningar av specifika patient- eller brukargrupper har Vårdanalys summerat uppskattningar av olika mindre subgrupper eller kombinerat uppskattningar av bredare patient/brukargrupper med t.ex. befolkningsstatistik för att uppskatta subgruppens andel av den bredare patient- eller brukargruppen. Ett exempel på det förstnämnda är uppskattningen av antalet personer i subgruppen Allvarlig psykisk hälsa. Resultaten för denna subgrupp utgår ifrån en summering av befintliga uppgifter rörande förekomsten och kostnader för schizofreni, bipolär sjukdom och vanföreställningssyndrom.

1) Det förekommer lokala variationer i hur vården och omsorgen av specifika patient- och brukargrupper är organiserad och därmed hur komplex samordningen av dessa individer blir. Som en konsekvens av detta kan en specifik patient- eller brukargrupp tillhöra olika generella grupper på olika platser i landet. I uppskattningarna i denna rapport har vi valt att placera in de specifika patient- och brukargrupp utifrån hur vården och omsorgens organisation i allmänhet bedöms se ut i Sverige.

3. I vissa fall, då relevanta uppgifter saknats för en specifik patient- eller brukargrupp, har Vårdanalys gjort nödvändiga antaganden och förenklingar i beräkningarna. Om exempelvis uppgifter om kostnader för kommunal omsorg för en viss subgrupp saknas, har en schabloniserad kostnad från andra jämförbara subgrupper använts.
4. I avsaknad av nationella datakällor, har Vårdanalys i några fall baserat sina uppskattningar på extrapolering av uppgifter från ett landsting eller en kommun. Exempelvis har Vårdanalys analyserat data från ett medelstort landsting i Mellansverige för att göra uppskattningarna för vissa av subgrupperna i gruppen: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer (grupp 5).
5. Kostnadsuppskattningar för kommun (omsorgskostnader) innefattar i denna analys kostnader för äldreomsorg, funktionshinder och individ och familjeomsorg, men inkluderar inte kostnader för utbildning, barnomsorg, skola och ekonomiskt bistånd. Kostnader för landsting/regioner (sjukvårdskostnader) innefattar med några få undantag kostnader för hälso- och sjukvård, tandvård²⁾ och läkemedel, men inkluderar inte kostnader för lokaltrafik och regional utveckling. Kostnad för huvudmän (total kostnad) innefattar summan av kostnader för kommun och landsting, och inkluderar inte kostnader för stat eller indirekta kostnader (exempelvis kostnader för produktionsbortfall, socialförsäkring eller vård som ges av anhöriga).

2) Kostnadsuppskattningar för tandvård inkluderar endast landstingsfinansierat tandvårdstöd som ges till patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser, samt till barn och ungdomar, och inkluderar inte statligt tandvårdstöd. För följande subgrupper har landstingsfinansierat tandvårdstöd beräknats: *Mest sjuka äldre; Äldre med missbruk/beroende; Tidigt palliativt skede; Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning; Allvarlig psykisk ohälsa; Demenssjukdom; samt subgrupper som inkluderar barn och ungdomar (Barn med intellektuell /neuro-psykiatrisk funktionsnedsättning; Barn med psykisk ohälsa; Placerade barn utan missbruks- eller psykiatrisk problematik; Friska >15 år; Enklare somatisk sjukdom >15 år; I huvudsak friska barn (4–15 år) i ordinarie boende)*

Huvudgrupp	Grupp	Cirka antal personer
Huvudgrupp 1	Personer under 65 år med missbruk/beroende	400 000
Huvudgrupp 1	Mest sjuka äldre	350 000
Huvudgrupp 1	Äldre med psykisk ohälsa	190 000
Huvudgrupp 1	Allvarlig psykisk ohälsa	180 000
Huvudgrupp 1	Demenssjukdom	160 000
Huvudgrupp 1	Personer under 65 år med lindrig psykisk ohälsa och kronisk somatisk sjukdom	80 000
Huvudgrupp 1	Äldre med missbruk/beroende	50 000
Huvudgrupp 1	Våld i nära relationer	40 000
Huvudgrupp 1	Sent palliativt skede	40 000
Huvudgrupp 1	Samsjuklighet (missbruk och schizofreni)	20 000
Huvudgrupp 1	Allvarligt självskadebeteende	10 000
Huvudgrupp 2	Fallolyckor (äldre)	50 000
Huvudgrupp 2	Stroke	30 000
Huvudgrupp 3	Självskadebeteende (utan slutenvård)	500 000
Huvudgrupp 3	Antal vuxna med intellektuell / neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	150 000
Huvudgrupp 3	Antal barn med intellektuell / neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	160 000
Huvudgrupp 3	Barn med psykisk ohälsa	70 000
Huvudgrupp 3	Placerade barn utan missbruks- eller psykiatrisk problematik	20 000
Huvudgrupp 4	Multisjuka under 65 år utan samtidig psykisk ohälsa	1 050 000
Huvudgrupp 4	Tidigt palliativt skede	40 000
Huvudgrupp 4	Hemlösa utan missbruks-/psykiatrisk problematik	10 000
Huvudgrupp 5	Friska >15 år	2 340 000
Huvudgrupp 5	Enklare somatisk sjukdom >15 år	1 530 000
Huvudgrupp 5	Mild psykisk ohälsa >15 år	1 060 000
Huvudgrupp 5	I huvudsak friska individer med funktionsnedsättning	930 000
Huvudgrupp 5	I huvudsak friska barn (4-15 år) i ordinarie boende	810 000
Huvudgrupp 5	I huvudsak friska yngre barn (0-3 år) i ordinarie boende	180 000
Huvudgrupp 5	I huvudsak friska individer (>15) med bristande relevanta språkkunskaper	100 000

Efter vår uppskattning av de generella gruppernas storlek kvarstår en rest på ungefär åtta procent (730 000 personer) av befolkningen, tio procent (18 miljarder kronor) av de totala omsorgskostnaderna och sex procent (14 miljarder kronor) av de totala sjukvårdskostnaderna. Det kan finnas flera möjliga skäl till detta:

- Det är möjligt att subgrupperna inte är heltäckande.
- Vi har gjort antaganden som kan ha bidragit till en underskattning av antalet personer och kostnader. Exempelvis kan vi ha överskattat överlappningen mellan subgrupperna vid summeringen till generella grupper.
- Vi antar att flera subgrupper har försumbara omsorgskostnader och har därför inte gjort uppskattningar av omsorgskostnaderna för dessa subgrupper. Denna förenkling kan bidra till en viss underskattning av omsorgskostnaderna.
- I kostnadsberäkningarna har vi ibland utgått från uppskattningar som varit några år gamla. Det finns därför en risk för att kostnaderna underskattas på grund av den generella kostnadsökningen som skett inom både hälso- och sjukvården och omsorgen.

BILAGA 2 – INTERVJUPERSONER

Intervjupersoner

Namn	Titel/roll (Vid intervjuutifället)	Arbetsplats
Christer Andersson	Verksamhetschef och VD	Bergsjön Vårdcentral och Bvc AB
Charlotte Barouma	Verksamhetschef	Wästerlökarna
Niklas Bjurström	Utredare	Socialstyrelsen
Elisabeth Björk Andersson	Utvecklingsledare	FoU Sörmland
David Blomqvist	Leg. Sjukgymnast	Rehab city Östermalm
Malin Bruce	Utredare	Socialstyrelsen
Anders Edström	Memeolog	Memeologen, Västerbottens läns landsting
Anders Ekholm	Vice VD	Institutet för Framtidsstudier
Niklas Eklöf	Utredare	Socialstyrelsen
Gunilla Fahlström	Utredare	Socialstyrelsen
Henrik Guali	Utredare	SKL
Kalle Gudmundsson	Ordförande för Sveriges Socialtjänstchefer, Socialdirektör Jönköping	Sveriges Socialtjänstchefer, Jönköping kommun
Ingrid Gustavsson	Regional Utvecklingsledare	Region Halland
Merike Hansson	Utredare	Socialstyrelsen
Gunnel Hedman Wallin	Utredare	Socialstyrelsen
Göran Henriks	Utvecklingsdirektör	Qulturum
John Henriksson	Utvecklingschef (tidigare socialchef)	Bollebygd kommun
Kristina Höglblom	Utredare	Socialstyrelsen
Lena Insulander	Vice ordförande	Diabetesförbundet och Svenska föreningen för diabetessjuksköterskor
Mårten Jansson	Mobiliseringsansvarig	NSPH
Eva Lotta Lindskog	Socialchef	Kristinehamns kommun
Lena Ludviksson	Chef för individ och familjeomsorgen	Sigtuna kommun
Lena Lundgren	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Region Östergötland
Sofie Marton	Patient	
Roger Molin	Analytiker	SKL
Marie Nyman	Utredare	Socialstyrelsen
Olga Persson	Generaldirektör	Unizon
Eva Pilsäter Faxner	Samordnande chef	Stockholms läns sjukvårdsområde
Anders Rehnholm	Chef för primärvården i Blekinge	Landstinget i Blekinge
Jesper Stenberg	Enhetschef	Enheten för strategisk kvalitetsutveckling, koncernkontoret Region Skåne
Magnus Tenfält	Chefläkare Närsjukvården Halland	Region Halland
Johan Thor	Lektor och specialist i socialmedicin	Jönköping University
Jimmy Trevett	Förbundsordförande	Riksförbundet för mental hälsa
Karin Träff Nordström	Ordförande, Svensk förening för allmänmedicin	Svensk förening för allmänmedicin och SUS
Barbro Westerholm	Riksdagsledamot	Riksdagen
Ing-Marie Wieselgren	Projektchef	SKL
Sofia Viotti	Leg. Psykolog	KBT-gruppen

Samordnad vård och omsorg

En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem

En av de stora utmaningarna för vården, omsorgen och socialtjänsten i Sverige är att samordna insatserna för patienter och brukare. Den här rapporten avser att i ett svenskt sammanhang bidra med flera nya angreppssätt med syfte att bättre förstå samordningsproblematiken. I rapporten presenteras bland annat en beskrivning av vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt ett ramverk för att beskriva olika gruppers behov av samordning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)

uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

The logo for Vårdanalys consists of a solid black triangle pointing to the right, followed by the word "vårdanalys" in a bold, lowercase, sans-serif font. Below the text, there is a solid black triangle pointing upwards and to the left.

vårdanalys