

# Från medel till mål

– att organisera och styra mot en samordnad  
vård och omsorg ur ett patient-  
och brukarperspektiv



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.varदानalys.se](http://www.varदानalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm  
**Omslagsbild:** istockphotos  
**Tryck:** ÄTTA.45 Tryckeri  
ISBN 978-91-87213-80-9



## Från medel till mål

- att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv





# Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Peter Nilsson har varit föredragande. I den slutgiltiga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Stockholm 2017-11-23

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*

Peter Nilsson  
*Föredragande*





## Förord

Att vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad är sedan länge ett välkänt problem. Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg ur medicinsk och social synvinkel. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. 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. Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt att öka kunskapen om olika sätt att organisera och styra för att uppnå målet om en samordnad vård och omsorg.

I rapporten kartlägger, analyserar och jämför vi elva lokala och nationella initiativ som syftat till att förbättra samordningen. Vi belyser också uppföljningen av initiativens effekter och resultat. Analysen är en viktig utgångspunkt för Vårdanalys fortsatta arbete med samordningsfrågor. Studien avser att ligga till grund för olika fördjupningsstudier med ambitionen att bland annat utvärdera pågående nationella och lokala initiativ på området. Vår intention är också att fortsätta att utveckla de ramverk som presenteras.

Arbetet med rapporten har genomförts av utredaren Peter Nilsson, analytikerna Ida Ahlin och Emma Spånberg och av juristen Nadja Zandpour. Helseplan AB har bistått med externt stöd.

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!

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*





## Sammanfattning

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar.

Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta patienter och brukare med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att patienter kan behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

Mycket tyder också på att samordningen i Sverige brister. I jämförelse med andra länder anser till exempel en mindre andel av de svenska patienterna att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera vården som andra verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, jämfört med 80 procent i länderna med bäst resultat. Sverige har också svaga resultat i frågor som handlar om samordnad information kring exempelvis testresultat och journalanteckningar. Inom socialtjänsten saknas dessvärre större studier av hur brukarna uppfattar samordningen men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område.

Värdet av en samordnad vård och omsorg har diskuterats under lång tid i Sverige och det har länge funnits en ambition att stärka samordningen. Det finns även lagkrav som rör samordning av vården och omsorgen. Det har

under lång tid pågått flera initiativ för att samordna vården och omsorgen. Till exempel har landsting och kommuner infört nya organisationsformer, som gemensamma nämnder och kommunalförbund, eller nya arbetssätt som multiprofessionella team, för att underlätta samordningen av olika aktörers insatser. Flera samordningsinitiativ har också lyfts fram i utredningar och medier som goda exempel på hur man kan uppnå en samordnad vård och omsorg. Samtidigt saknas det kunskap om initiativen faktiskt leder till en mer samordnad vård och omsorg ur patienten och brukarens perspektiv.

## **Vi analyserar samordning ur ett patient- och brukarperspektiv**

Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt att öka kunskapen om vilka samordningsmedel som kan användas för att uppnå målet om en samordnad vård och omsorg. Med samordningsmedel menar vi olika sätt att organisera och styra för att uppnå detta mål. I praktiken kan behovet av samordning se olika ut för olika patient- och brukargrupper. Behovet bestäms dels av hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels av individens förutsättningar att själv vara delaktig och medskapande i samordningen. Vi finner att komplexiteten i samordningen generellt sett ökar ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Patientens eller brukarens förutsättningar att delta i samordningen handlar i sin tur om hur mycket stöd och hjälp hen behöver för att driva vård- och omsorgsprocesser framåt.

Vi använder begreppet vård och omsorg för att sammantaget beskriva verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Många patienter och brukare har även en rad ytterligare kontakter med olika verksamheter och samhällsinstanser som också behöver samordnas inom och mellan verksamheter. Till exempel behöver socialtjänstens insatser för utsatta barn och unga samordnas med skolans verksamhet såväl som med olika former av fritidsverksamhet. Vi har dock avgränsat oss till att studera samordning inom och mellan vård och omsorg.

I rapporten analyserar och jämför vi elva samordningsinitiativ som visar exempel på medel som tillämpas för olika gruppers behov av samordning. Vi belyser också uppföljningen av initiativens effekter och resultat. Med samordningsinitiativ menar vi en aktiv reform, en organisationsförändring eller ett avgränsbart utvecklingsarbete som har använt ett eller flera samordningsmedel för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.

I arbetet med rapporten har vi utgått från dessa frågor:

1. Hur kan en samordnad vård och omsorg definieras ur ett patient- och brukarperspektiv?
2. Vilka medel i vården och omsorgens organisation och styrning kan främja en samordnad vård och omsorg?
3. Vad kan vi lära av lokala och nationella samordningsinitiativ?
  - a) Vilka samordningsmedel används?
  - b) I vilken mån riktar sig initiativen till grupper med olika behov av samordning?
  - c) Vad vet vi om initiativens effekter ur ett patient- och brukarperspektiv samt deras kostnadseffektivitet?
4. Finns det juridiska ramar och ersättningssystem som påverkar förutsättningarna för samordning?

### **Så här har analysen genomförts**

Rapporten har en kvalitativ ansats och utgörs av en teoretisk del, en kartläggande del och en utvärderande del.

- Den teoretiska delen baseras på forskning om hälsosystemutveckling. Dessutom har vi intervjuat verksamhetsföreträdare på olika nivåer i kommuner och landsting för att finna utvecklingsbehov kopplade till olika gruppers behov av samordning. Tillsammans med vårt patient- och brukarråd har vi även arbetat fram en beskrivning av hur samordnad vård och omsorg kan förstås, tolkas och preciseras.
- Kartläggningen baseras på fallstudier av sammanlagt sex lokala och fem nationella samordningsinitiativ. För de lokala initiativen har landsting eller kommuner varit initiativtagare och insatserna har riktats till patienter och brukare inom ett avgränsat geografiskt område. De nationella initiativen består i stället av rikstäckande satsningar där staten eller någon annan nationell aktör har drivit på. För att öka lärandet i våra jämförelser och analyser har vi försökt att studera en bredd av initiativ som använder olika samordningsmedel och som har förts fram som goda exempel. Av praktiska skäl har vi varit tvungna att avgränsa oss till elva initiativ. Urvalet är inte slumpmässigt och vi har heller inte haft möjlighet att genomföra någon heltäckande kartläggning av pågående samordningsinitiativ.
- Den utvärderande delen baseras på en systematisk litteraturoversikt. Vi sammanställer utvärderingar eller uppföljningar som undersökt de

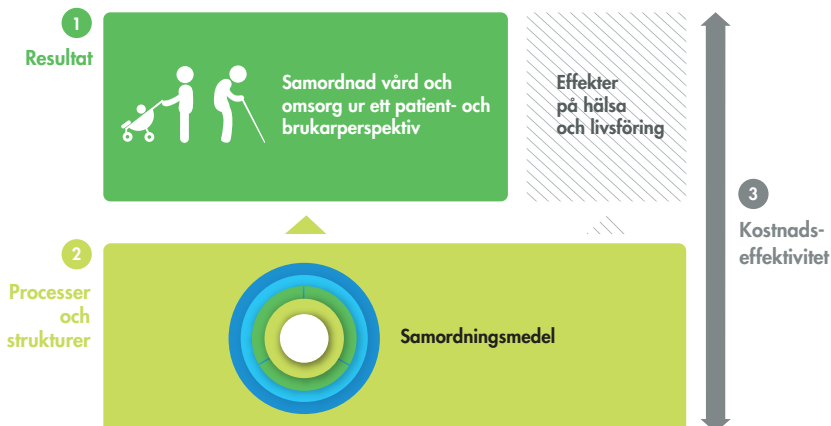


studerade initiativets nytta ur ett patient- och brukarperspektiv och deras kostnadseffektivitet. Vi har alltså inte genomfört någon ny datainsamling av initiativets effekter eller resultat.

## Vi betraktar samordnad vård och omsorg som ett mål för patienter och brukare som kan följas upp och utvärderas

Samordning är ett begrepp som används frekvent och kan ha olika innebörd. Ofta betraktas det utifrån ett utpräglat organisatoriskt eller ekonomiskt perspektiv. Med den ansatsen förstås samordning främst som olika organisationers eller professioners gemensamma processer eller arbetssätt. Vi betraktar i stället samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienter och brukare (nummer 1 i figuren nedan). Enligt vår definition är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Det kan till exempel handla om att patienter och brukare inte behöver upprepa information i onödan, och att de känner sig trygga och upplever att vården och omsorgen ser till hela deras behov. Med det här perspektivet är det möjligt att analysera vilka samordningsmedel som kan främja en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv och vilka effekter detta får på individers hälsa och livsföring. Samordningsmedlen består i sin tur av olika tillvägagångssätt som rör organisation och styrning (nummer 2 i figuren nedan). Samordnad vård och omsorg är dock endast ett av flera kvalitetsmål som vården och omsorgen bör sträva efter. En ökad samordning bör därför vägas mot vikten av att infria även andra kvalitetsaspekter, som tillgänglighet och patient-säkerhet, liksom kostnaden för detta (nummer 3 i figuren nedan).

Vår tolkning av en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.

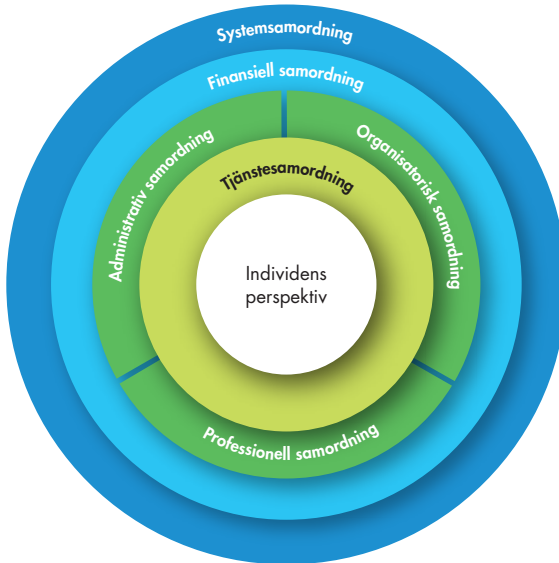




## Vi identifierar sju samordningsmedel för att uppnå en samordnad vård och omsorg

I vår analys identifierar vi sju typer av medel för att uppnå en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv:

Ramverk över olika typer av samordningsmedel.



- *Normativ samordning utifrån individens perspektiv* tar fasta på om initiativet syftar till att skapa en gemensam värdegrund och kultur med individens behov som utgångspunkt.
- *Tjänstesamordning* handlar om att patienten eller brukaren ska uppleva vård- och omsorgsinsatserna som en sammanhållen tjänst.
- *Professionell samordning* tar fasta på i vilken utsträckning som olika professioner samordnar insatserna.
- *Administrativ samordning* handlar om hur administrativa system och andra stödfunktioner är samordnade.
- *Organisationssamordning* ser till hur formaliserat förhållandet är mellan de verksamheter som samverkar. Vi skiljer på om verksamheterna gått samman till en organisation eller om samordningen bygger på avtal.
- *Finansiell samordning* tar fasta på hur ersättningen påverkar förutsättningar för samordning.
- *Systemsamordning* handlar om hur övergripande policys och regler skapar förutsättningar för samordning.



## RESULTAT OCH SLUTSATSER

### Det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv

Trots att samtliga initiativ betonar vikten av att samordningen ska utgå från individens perspektiv är det ovanligt med utvärderingar och uppföljningar som undersöker om initiativen faktiskt resulterat i en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Fokus är i stället på vårdens och omsorgens processer och strukturer, denna typ av utvärdering förekommer för samtliga studerade initiativ. I flera fall undersöks processerna och strukturerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv men utan koppling till vilka resultat de får för individen. Denna inriktning på utvärderingar är problematisk om man vill förstå vilka medel som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Endast två av initiativen som vi studerat följer upp patienternas eller brukarnas upplevelse av samordningseffekterna. I ytterligare fyra fall undersöks initiativens effekter på hälsa och livsföring och för några initiativ finns även analyser av mer indirekta effekter för individen, exempelvis förekomsten av undvikbar slutenvård. Analyser av initiativens kostnadseffektivitet är ännu ovanligare, det finns bara för ett initiativ. Tabellen nedan beskriver förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen. Förbockade rutor innebär att minst en uppföljning eller utvärdering finns av respektive initiativ.

Förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen.

	a) Patient- och brukarupplevd samordning	b) Effekter på individens hälsa eller livsföring	c) Andra effekter för individen	d) Initiativets kostnads-effektivitet	e) Initiativets strukturer eller processer
<b>Lokala initiativ</b>					
Projekt Hälsostaden			✓		✓
Närvård västra Skaraborg			✓		✓
Esther					✓
Tiohundra		✓			✓
Södertäljemedellen		✓			✓
Aktiv hälsostyrning			✓		✓
<b>Nationella initiativ</b>					
Familjecentraler					✓
Nationell patientöversikt					✓
Samordnad individuell plan	✓				✓
Finsam		✓		✓	✓
Regionala cancercentrum	✓	✓			✓

## **Bland de studerade initiativen finns stor variation i tillvägagångssätt för att uppnå en samordnad vård och omsorg, men vi ser också gemensamma nämnare**

Bland de studerade initiativen finns stor variation i vilka samordningsmedel som tillämpas. Det finns också flera gemensamma nämnare bland initiativen trots att de är utformade på olika sätt och riktas till olika grupper. Till exempel bygger samtliga initiativ på en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv. Alla initiativ har dessutom ett uttalat politiskt stöd. Flera initiativ syftar även till att förbättra tjänstesamordningen via gemensamma riktlinjer eller koordinatörer som ansvarar för kontakten med individen och dennes anhöriga. Även professionell samordning är ett centralt samordningsmedel. Till exempel är arbetet organiserat i multiprofessionella team i flera av initiativen. Ett fåtal initiativ syftar även till att stärka den administrativa samordningen. När det gäller organisationssamordningen bygger samverkan mellan ingående verksamheter i regel på avtal. I två initiativ finns en gemensam budget för verksamheter som traditionellt brukar ersättas separat och i ett initiativ finns det exempel på ersättning som kan ge incitament till samordning. I figuren nedan redovisas en översikt av vår bedömning av vilka samordningsmedel som tillämpats inom de olika initiativen.

## **Flera initiativ syftar till att förbättra samordningen för personer med stora samordningsbehov – för dessa grupper kan professionell samordning ge goda resultat**

Eftersom behovet av samordning ser olika ut för olika patient- och brukargrupper undersöker vi hur samordningsinitiativen utformas för att svara mot olika gruppers behov. De flesta initiativen fokuserar på personer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen, till exempel de mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa. Dessa personer har ofta kontakt med både primärvården och specialistvården samtidigt som de får vård- och omsorgsinsatser från kommunen. Flera initiativ som riktas till målgruppen syftar till att minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter med olika huvudmän. Till exempel har man försökt att förbättra den professionella samordningen, genom multiprofessionella team. Även om fullständiga utvärderingar saknas tyder verksamheternas egen uppföljning på att professionell samordning kan bidra till ökad nöjdhet bland patienter och brukare samt färre akutbesök och inläggningar på sjukhus.



Översikt av vilka samordningsmedel som tillämpas i initiativen.

Samordningsmedel	Frågor som används i analysen	Lokala initiativ								Nationella initiativ														
		Projekt Hälsostaden	Närvård västra Skaraborg	Esher nätverk	Tiohundra	Södertäljemodellen	Aktiv hälsostyrning	Familjecentraler	Nationell patientöversikt (NPÖ)	Samordnad individuell plan (SIP)	Finsam	Regionala cancercentrum	Projekt Hälsostaden	Närvård västra Skaraborg	Esher nätverk	Tiohundra	Södertäljemodellen	Aktiv hälsostyrning	Familjecentraler	Nationell patientöversikt (NPÖ)	Samordnad individuell plan (SIP)	Finsam	Regionala cancercentrum	
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Värdegrund från individens perspektiv	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Delegande av patienter och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tjänstesamordning	Riklinjer som syftar till ett gemensamt arbetsätt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Koordinator för patienten och brukaren	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	E-hälsolösning som underlättar samordning för patient och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Professionell samordning	Multiprofessionellt team	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Mindre formellt samarbete mellan professioner	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Administrativ samordning	Koordinator för professionen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Rutiner för kommunikation inom initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Organisations- och administrativ samordning	Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Andra tekniska kommunikationssystem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Organisations- och administrativ samordning	Samtliga aktörer som medverkar i initiativet tillhör samma organisation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Avtalsreglerad samverkan mellan fristående organisationer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering av båda huvudmännen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Särskild ersättning som skapar incitament till samordning	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
System- och administrativ samordning	Gemensam nämnd eller kommunalförbund	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Utfärdat politiskt stöd för initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## Bristande förutsättningar att dela information utgör ett hinder för en samordnad vård och omsorg

Intervjuer med verksamhetsföreträdare i både landsting och kommuner tyder på att bristen på gemensam informationshantering utgör hinder för samordning för grupper som har omfattande behov av en samordnad vård och omsorg. Men få av de studerade initiativen syftar till att överbygga dessa typer av hinder. Vissa verksamhetsföreträdare anger att en del av förklaringen till detta kan kopplas till hur lagstiftningen ser ut gällande dokumentation och utlämnande av uppgifter. En annan faktor som hindrar att information delas mellan verksamheter med olika huvudmän är att it-systemen har utvecklats för antingen vård eller omsorg, snarare än för att samordna informationen mellan dessa. Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare tyder dock på att det vid avsaknad av tekniska system som kommunicerar är vanligt att använda andra tillvägagångssätt för att dela information, i vissa fall sätt som inte är förenliga med lagstiftningen. Detta talar för att det finns ett behov av att se över de juridiska samt praktiska förutsättningarna för att dela information mellan vården och omsorgen i fråga om de grupper som har det största behovet av samordning.

## REKOMMENDATIONER

Vi ser att behovet av samordning är stort samtidigt som mycket pekar på att samordningen i Sverige brister. Men det saknas kunskap om vad som leder till en samordnad vård och omsorg för patienter- och brukare. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

### ► *Regeringen och huvudmännen bör utforma samordningsinitiativ som utgår från patienter och brukares perspektiv*

Regeringen och huvudmännen bör utgå från olika gruppers behov när nya samordningsinitiativ utformas. Här ingår att identifiera vad en samordnad vård och omsorg innebär för olika målgrupper i olika sammanhang. Därför är det viktigt att patienter, brukare och närstående deltar i utformandet och man bör utgå från lärdomar från tidigare initiativ som riktats till målgrupperna. Samtidigt måste initiativen anpassas till de lokala förutsättningarna där de ska implementeras och kunskapen från andra initiativ är inte nödvändigtvis direkt applicerbar. I utformandet av initiativen är det även viktigt att säkerställa att det går att följa upp om de bidrar till en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.



- ▶ *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om nyttan med samordningsinitiativen för olika patient- och brukargrupper och deras kostnadseffektivitet*

Eftersom det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, bör regeringen och huvudmännen främja sådan kunskapsutveckling. Här ingår att se över och utveckla kunskap om olika gruppers behov av samordning och hur väl insatserna svarar mot dem. Det handlar också om att utforma och förankra indikatorer och metoder för att följa upp enskilda samordningsinitiativs effekter samt att utveckla den nationella uppföljningen av hur patienter och brukare upplever samordningen. Det senare kan bland annat ske inom ramen för nationella patient- och brukarenkäter samt kvalitetsregister. I synnerhet brister kunskapen om hur brukare uppfattar samordningen i socialtjänsten eftersom det saknas frågor av denna typ i nationella undersökningar. Det behövs även forskning om olika insatsers kostnadseffektivitet. Det är även angeläget att främja fortsatt kunskapsutveckling om hur ersättningssystemen kan utformas för att ge incitament till samordning.

- ▶ *Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur vården och omsorgen på ett ändamålsenligt sätt kan dela information om de patienter och brukare som har störst behov av samordning*

Flera verksamhetsföreträdare inom kommuner och landsting har beskrivit att de ser sig förhindrade att lämna ut uppgifter mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppfattas som ett problem när det gäller de patienter och brukare som har störst behov av samordning. Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur behovet av att dela information mellan olika aktörer inom och mellan vården och omsorgen ser ut och vilka hinder som finns för detta idag. Om kartläggningen visar på ett behov av förändrad lagstiftning bör en utredning tillsättas som undersöker hur lagstiftningen bör anpassas för att tillgodose dessa behov. Utredningen bör även undersöka hur it-systemen kan stödja informationsdelningen mellan relevanta verksamheter.

► *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning*

Vi ser att det saknas kunskap om vilka verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning. Det saknas bland annat metoder och arbetssätt som på ett systematiskt sätt kan identifiera och förebygga samordningsbehov. Det kan exempelvis handla om att identifiera personer som besöker vården ofta och som kan ha behov av insatser från både vården och omsorgen. Vi ser också att det finns behov av att öka kunskapen om hur vården och omsorgen kan möjliggöra för patienter och brukare att vara medskapande i samordningen. Ett exempel kan vara e-hälsolösningar som gör det möjligt för patienter och brukare att vara delaktiga och uppdaterade i kontakterna med vården och omsorgen.











# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>25</b>
1.1	Ett kunskapsunderlag för att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg .....	27
1.2	Så här har analysen genomförts.....	28
1.3	Disposition.....	30
<b>2</b>	<b>Samordningen brister i vården och omsorgen .....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>Organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg .....</b>	<b>43</b>
3.1	Samordnad vård och omsorg ur patientens och brukarens perspektiv.....	43
3.2	Medel för att uppnå en samordnad vård och omsorg .....	46
3.3	Matcha samordningsinsatserna mot gruppernas behov.....	51
<b>4</b>	<b>Några juridiska och finansiella aspekter på samordning.....</b>	<b>57</b>
4.1	Några rättsliga aspekter på samordningsfrågan.....	57
4.2	Ersättningen av vård och omsorg kan påverka förutsättningarna för samordning .....	63
<b>5</b>	<b>Analys och jämförelse av samordningsinitiativ .....</b>	<b>71</b>
5.1	Lokala initiativ för samordning .....	73
5.2	Nationella initiativ för samordning.....	86
5.3	Analys av hur intiativen använt sig av olika samordningsmedel .....	97
5.4	Vilka behovsgrupper har initiativen riktat sig till?.....	103
5.5	Utvärderingar och uppföljningar av initiativen .....	111



<b>6</b>	<b>Slutsatser och rekommendationer .....</b>	<b>119</b>
6.1	Slutsatser.....	119
6.2	Rekommendationer .....	123
<b>7</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>127</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>137</b>
	Bilaga 1 – Komplexiteten i samordningen av individens vård och omsorg.....	137





## Inledning

När vårdens och omsorgens insatser är samordnade uppfattar patienterna och brukarna dem som en helhet där professionerna samarbetar för att möta deras behov (Vårdanalys 2016a). Patienter och brukare behöver då inte bekymra sig över hur vården och omsorgen är organiserad för att få de insatser som de behöver. Men många källor pekar på att bristande samordning är en av de största utmaningarna för vården och omsorgen i Sverige (Vårdanalys 2016b, OECD 2013). Detta avspeglas bland annat i att Sverige får sämre resultat än andra jämförbara länder när patienter tillfrågas om hur hälso- och sjukvårdens samordning fungerar. Till exempel har Sverige minst andel patienter som anger att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera och koordinera vård som andra läkare eller verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, i de länder som får bäst resultat svarar omkring 80 procent att de får hjälp med att samordna sin vård. Sverige presterar också dåligt i frågor som handlar om samordnad information om exempelvis testresultat och journalanteckningar (Vårdanalys 2016b). Inom socialtjänsten saknas större studier där brukare tillfrågats kring hur väl insatserna samordnas, men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område (Vårdanalys 2016a).

Bristande samordning bidrar till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till en sämre vård eller omsorg ur medicinsk och social synvinkel (Nolte och Pitchforth 2014). När samordningen brister vältrar man dessutom över ansvaret för att koordinera insatserna på patienten, brukaren eller närstående. Detta kan få allvarliga konsekvenser för personer som har flera samtidigt behov och nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon



människor i Sverige har denna form av omfattande behov. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar. (Vårdanalys 2016a).

För patienter och brukare finns det ett egenvärde i att vården och omsorgen samordnar sina insatser. I begreppet samordning ryms funktioner och egenskaper som ska 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 fungerande samordning är därför viktig i en personcentrerad vård och omsorg som innebär att systemet utformas efter dem det ska tjäna, det vill säga patienter och brukare (Vårdanalys 2012). Det finns också olika författningskrav som rör samordning. För hälso- och sjukvårdens del gäller exempelvis att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) och 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821)). När det gäller krav på samverkan och liknande mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns övergripande krav i föreskrifter från Socialstyrelsen (4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete).

Värdet av en samordnad vård och omsorg har diskuterats under lång tid i Sverige och det har länge funnits en politisk ambition att på nationell nivå stärka samordningen (se t.ex. prop. 1981/82:97 s. 27, 69 och 97, prop. 1979/80:1 s. 357 och prop. 2000/01:80 s. 93). I Sverige pågår också flera insatser för att främja en samordnad vård och omsorg för grupper som har ett sådant behov. Till exempel har ett flertal initiativ syftat till att förbättra samordningen för de mest sjuka äldre. Denna grupp har ofta kontakt med både primärvården och specialistvården samtidigt som de får vård- och omsorgsinsatser från kommunen i hemmet. Det är dessutom en grupp som ofta har nedsatt förmåga att planera sin vård och omsorg. Initiativen handlar till exempel om att landsting och kommuner har infört nya organisationsformer som gemensamma nämnder och kommunalförbund, eller nya arbetssätt, till exempel multiprofessionella team, för att underlätta samordningen av olika aktörers insatser.

Ett flertal samordningsinitiativ har lyfts fram i utredningar och media som goda exempel på hur en samordnad vård och omsorg kan uppnås (SOU



2016:2 s.230–236, Eugenio 2014). Detta samtidigt som det i många fall saknas utvärderingar om initiativen faktiskt leder till en mer samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Initiativen ser också olika ut och arbetar med samordning på olika sätt, men vi ser att det saknas verktyg för att beskriva dessa skillnader. Det saknas också en diskussion om hur initiativen motsvarar olika gruppers behov av samordnade insatser.

## 1.1 ETT KUNSKAPSUNDERLAG FÖR ATT ORGANISERA OCH STYRA MOT EN SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG

Syftet med den här rapporten är att bidra med kunskap om vad en samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv samt att öka kunskapen om vilka samordningsmedel som används för att uppnå detta mål. Med samordningsmedel menar vi olika sätt att organisera och styra för att uppnå en samordnad vård och omsorg.

I praktiken kan behovet av samordnade insatser se olika ut för olika patient- och brukargrupper. Behovet bestäms dels av hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels av individens förutsättningar att själv vara delaktig och medskapande i samordningen. Generellt sett ökar komplexiteten i samordningen ju fler som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen handlar i sin tur om hur mycket stöd och hjälp hen behöver för att driva vård- och omsorgsprocesser framåt (Vårdanalys, 2016a).

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.

I rapporten kartlägger och jämför vi elva samordningsinitiativ som visar exempel på medel som tillämpas för olika gruppers behov av samordning. Med samordningsinitiativ menar vi en aktiv reform, en organisationsförändring eller ett avgränsbart utvecklingsarbete som har använt ett eller flera samordningsmedel för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg.



I arbetet med rapporten har vi utgått från dessa frågor:

1. Hur kan en samordnad vård och omsorg definieras ur ett patient- och brukarperspektiv?
2. Vilka medel i vården och omsorgens organisation och styrning kan främja en samordnad vård och omsorg?
3. Vad kan vi lära av lokala och nationella samordningsinitiativ?
  - a) Vilka samordningsmedel används?
  - b) I vilken mån riktar sig initiativen till grupper med olika behov av samordning?
  - c) Vad vet vi om initiativens effekter ur ett patient- och brukarperspektiv samt deras kostnadseffektivitet?
4. Hur påverkar juridiska ramar och ersättningsystem förutsättningarna för samordning?

## 1.2 SÅ HÄR HAR ANALYSEN GENOMFÖRTS

Rapporten har en kvalitativ ansats och utgörs av en teoretisk del, en kartläggande del, en utvärderande del tillsammans med en översiktlig sammanställning av viss relevant reglering samt en översikt över hur olika ersättningsprinciper påverkar förutsättningarna för samordning.

Teoriavsnittet utvecklar begrepp och ramverk för att beskriva och analysera olika sätt att samordna vård och omsorg ur patienters och brukares perspektiv (kapitel 3). Det baseras på forskning om hälsosystemutveckling. Rapporten tar också sin utgångspunkt i Vårdanalys tidigare beskrivning av hur en samordnad vård och omsorg som begrepp kan definieras utifrån ett patient- och brukarperspektiv (Vårdanalys 2016a). Beskrivningen arbetades fram tillsammans med vårt patient- och brukarråd. Vi har också intervjuat verksamhetsföreträdare i fokusgrupper för att identifiera hur samordningen för olika grupper kan förbättras (se faktaruta).

### Fokusgrupper

Under 2016 och början av 2017 har vi anordnat seminarier i sju län där vi diskuterat vår första rapport om samordning med kommun- och landstingsrepresentanter (Vårdanalys 2016a). Deltagarna delades upp i grupper och fick diskutera ett antal frågor kopplade till samordning. Syftet med frågorna var att identifiera tänkbara tillvägagångssätt på både lokal och nationell nivå för att stärka samordningen för grupper som har särskilda samordningsbehov (Vårdanalys 2016a). I fokusgrupperna deltog politiker, landstingsdirektörer, socialchefer, verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare och i några län patient- och brukarföreträdare.

I den här rapporten beskriver vi sex lokala och fem nationella samordningsinitiativ (se tabell 1). I de lokala initiativen har landstingen eller kommunerna varit initiativtagare och initiativen har riktat sig till patienter och brukare inom ett avgränsat geografiskt område. De nationella initiativen är rikstäckande satsningar där staten eller någon annan nationell aktör har drivit på. Vi studerar initiativ som nyttjar en bredd av olika samordningsmedel i syfte att öka lärandet i våra jämförelser och analyser. Urvalet baseras också på initiativ som lyfts fram i media och i utredningar som goda exempel. Urvalet är dock inte slumpmässigt och vi har heller inte haft möjlighet att genomföra någon heltäckande kartläggning. Av praktiska skäl har vi varit tvungna att avgränsa oss till elva initiativ. Fallstudierna bygger framför allt på landstings- och kommunrapporter, webbsidor, artiklar i dagspress respektive vetenskapliga publikationer. I vissa fall har vi även intervjuat representanter för initiativen. Kartläggning har även kvalitetssäkrats genom att företrädare från respektive initiativ har fått möjlighet att lämna synpunkter på ett utkast av denna rapport. Några av de nationella initiativen var så tydligt beskrivna i de officiella källorna att en avstämning inte bedömdes som nödvändig.

**Tabell 1.** Samordningsinitiativ som analyseras i rapporten.

Lokala och regionala initiativ	Nationella initiativ
Projekt Hälsostaden	Familjecentraler
Närvård västra Skaraborg	Nationell patientöversikt (NPÖ)
Esther nätverk	Samordnad individuell plan (SIP)
Tiohundra	Finsam
Södertäljemodellen	Regionala cancercentrum
Aktiv hälsostyrning	

Eftersom rapporten redogör för en bredd av initiativ har vi inte haft möjlighet att gå på djupet och genomföra en egen empirisk utvärdering av om olika initiativ och medel i praktiken bidragit till en förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv. Inte heller analyserar vi initiativens kostnadseffektivitet. Eftersom vi inte väger kostnaden för att uppnå en samordnad vård och omsorg mot kostnaden att infria andra kvalitetsmål, kan vi inte rekommendera hur samordning bör prioriteras i relation till andra kvalitetsaspekter. Däremot har vi gått igenom tidigare utvärderingar och uppföljningar av initiativen. För att hitta dem har vi genomfört en systematisk litteraturstudie (se faktaruta).



### Litteraturgenomgång

En litteraturgenomgång har genomförts för att ta reda på om det finns utvärderingar eller uppföljningar som undersökt om de studerade initiativen har lett till en mer samordnad vård och omsorg för patienter och brukare samt om satsningarna varit kostnadseffektiva. Sökningen genomfördes i Scopus, PubMed, EconLit, Science Direct samt Web of science. I Scopus, Science Direct och Web of science har vi sökt i artiklarnas titel, sammanfattning och nyckelord. I PubMed och EconLit har sökningen varit bredare.

För att hitta relevanta artiklar om de analyserade initiativen har vi använt initiativets namn som sökord och där det varit nödvändigt har vi gjort sökningen smalare genom att även inkludera sökordet "Sweden" eller den ort där initiativet införts. Därutöver genomförde vi även sökningar som inkluderade engelska uttryck för samordning tillsammans med initiativets namn och namnet på orten där initiativet finns. De engelska uttrycken var "coordinated", "coordination", "integration" och "integrated". I de fall då initiativen har benämnts med olika namn eller med förkortningar har vi även använt dessa som sökord.

## 1.3 DISPOSITION

I kapitel 2 redovisas en sammanfattande överblick av hur patienter uppfattar att samordningen av vården och omsorgen fungerar i Sverige i jämförelse med andra länder. I kapitel 3 utvecklar vi hur vi definierar begreppet samordnad vård och omsorg. Därtill beskrivs de två analysramverk som används för att beskriva och jämföra olika samordningsinitiativ. I kapitel 4 beskriver vi översiktligt hur juridiska ramar och ersättningsprinciper påverkar förutsättningarna för samordning. I kapitel 5 redogör vi för fallstudierna av sex lokala och fem nationella samordningsinitiativ. Beskrivningen tar fasta på vilka samordningsmedel som tillämpats i de olika initiativen samt hur de svarat mot olika gruppers behov av samordning. Därtill redogör vi för vad vi vet om initiativens kostnadseffektivitet och nytta för patienterna och brukarna utifrån utvärderingar och uppföljning av initiativen. Slutligen presenteras i kapitel 6 de sammanfattande observationerna och slutsatserna som vi identifierar utifrån våra analyser. Vi presenterar också ett antal rekommendationer till regeringen och huvudmännen.





## Samordningen brister i vården och omsorgen

Enligt OECD (2013) är bristande samordning mellan sjukhus, primärvård och socialtjänst den största utmaningen för Sveriges jämförelsevis goda vård och omsorg. Patienter upplever stora brister i samordningen och Sveriges resultat är sämre än jämförbara länders. Det finns inte liknande undersökningar som belyser brukares erfarenheter av socialtjänsten så vi presenterar bara undersökningar om hälso- och sjukvården.

*En större andel patienter får hjälp med planering av sin vård, men Sveriges resultat är sämst jämfört med andra länder*

Patienter är missnöjda med hur samordningen fungerar inom svensk vård. Problembilden finns även i många andra länder. I 2016 års IHP-undersökning (se faktaruta) är andelen patienter som anser att samordningen fungerar bra minst i Sverige.

### **IHP är en årlig internationell undersökning av tillståndet i hälso-och sjukvården i elva länder**

Varje år publicerar Vårdanalys den svenska delen av International Health Policy Survey (IHP). Studien baseras på enkäter som utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA. IHP undersöker tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården i elva länder. I ett rullande treårsschema vänder sig studien till befolkningen, patienter 65 år och äldre och läkare i primärvården. I denna rapport använder vi resultat från 2016 års IHP-studie (Vårdanalys 2016b) som riktades till befolkningen 18 år och äldre. Totalt svarade 7 124 personer på den svenska delen av studien som genomfördes per telefon.

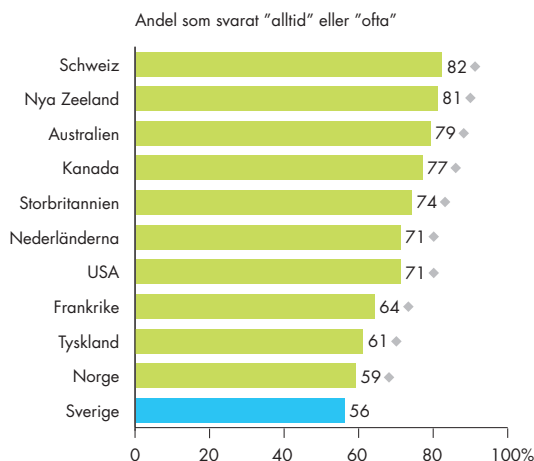
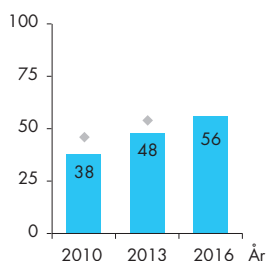


Endast 56 procent av de svenska patienterna har svarat att de "alltid" eller "ofta" får hjälp med att koordinera och planera vård som andra läkare eller verksamheter ger (se figur 1). Det kan jämföras med runt 80 procent i de länder som har bäst resultat (Vårdanalys 2016b). Andelen som besvarat frågan positivt har ökat sedan 2010, men trots detta har Sverige alltså sämre resultat än de andra länderna.

Figur 1. Hjälp att planera och koordinera vård.

**Hur ofta hjälper din ordinarie läkare eller någon på din läkares praktik till att koordinera eller planera den vård du får från andra läkare och ställen?**

Trend i Sverige, %



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Exklusive de som uppgett att de inte är i behov av koordinering av sina vårdinsatser (2010 31%, 2013 43% och 2016 44 % av bas).

Bas: Respondenter som har fast läkare eller mottagning.

Källa: Vårdanalys 2016b.

### *En femtedel av patienterna har fått motstridig information*

En samordnad vård och omsorg innebär bland annat att patienten och brukaren inte behöver upprepa information eller genomgå onödiga behandlingar, utredningar eller tester när hen har godkänt att information får delas (Vårdanalys 2016a). Bristande information och kommunikation kan leda till att individen måste återberätta sin sjukdomshistoria eller informera om insatser vid tidigare vårdkontakter. Avsaknad av viktig information kan även resultera i att felaktiga beslut fattas eller att nödvändiga insatser uteblir. Det kan också skapa oklarheter om nästa steg i behandlingen och försämra förutsättningarna för egenvård (Vårdanalys, 2016a).



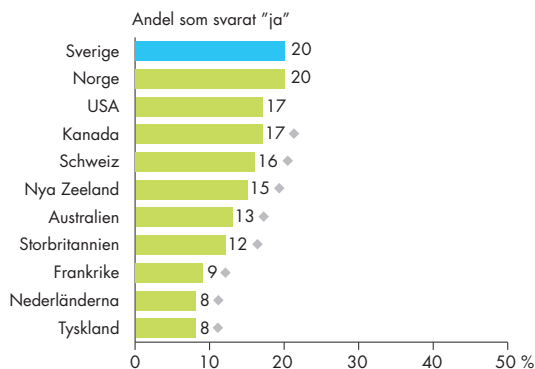
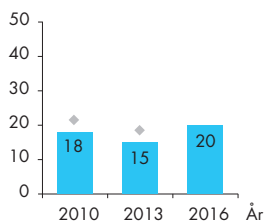
Sverige presterar jämförelsevis dåligt i frågor om information och tillgängliga testresultat och journalanteckningar. År 2016 svarade 20 procent av de svenska patienterna att de fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal (se figur 2). Det kan jämföras med endast 8 procent i de två länderna med bäst resultat. Jämfört med tidigare mättillfällen svarar dessutom en större andel av svenskarna att de fått motstridig information vid den senaste mätningen (Vårdanalys 2016b). Vidare rapporterar 8 procent av de svenska patienterna att journalanteckningar eller testresultat saknats vid tiden för ett besök. Det kan jämföras med 5 procent i länderna med minst andel (se figur 2) (Vårdanalys 2016b).

**Figur 2.** Motstridig information och tillgänglighet till testresultat och journalanteckningar.

**Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då någonsin att:**

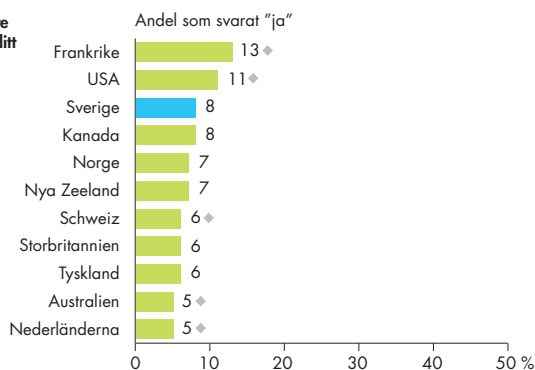
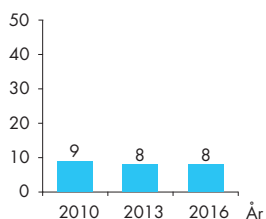
**... du fått motstridig information från olika läkare eller vårdpersonal?**

Trend i Sverige, %



**... testresultat eller journalanteckningar inte har funnits tillgängliga vid tidpunkten för ditt bokade besök?**

Trend i Sverige, %



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentnivå mot det svenska resultatet 2016.

Källa: Vårdanalys 2016b.

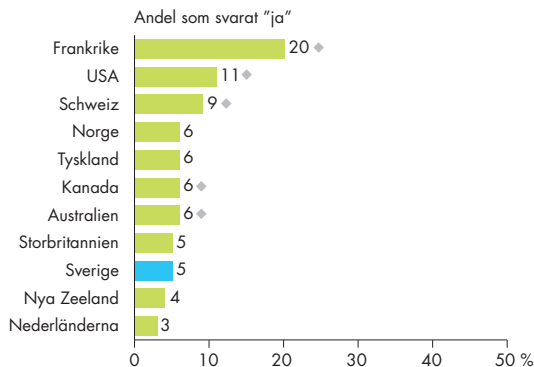
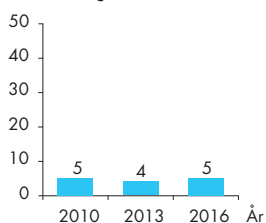
I jämförelse med andra länder upplever en mindre andel svenska patienter att läkaren beställt ett medicinskt test som redan gjorts. 5 procent av de svenska patienterna angav att de behövt göra om ett medicinskt test (se figur 3) (Vårdanalys 2016b).

**Figur 3.** Onödigt medicinskt test.

Om du tänker på de senaste gångerna du fick vård för medicinska problem under de senaste två åren, hände det då någonsin att:

... läkare beställde ett medicinskt test som du ansåg vara onödigt eftersom testet redan gjorts?

Trend i Sverige, %



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Källa: Vårdanalys 2016b.

### Informationsöverföring mellan ordinarie läkare och specialistläkare brister

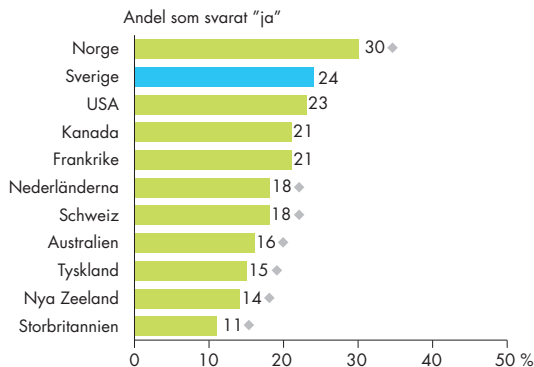
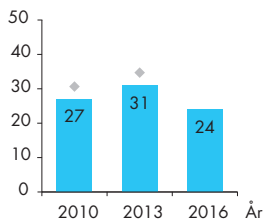
Sverige är ett av de länder där störst andel patienter anger att deras ordinarie läkare inte verkar vara uppdaterad om den vård som de fått från specialistläkaren. Bland patienterna som träffat en specialistläkare under de senaste två åren svarade 24 procent att informationsöverföringen från specialistläkaren till ordinarie läkaren inte verkade fungera (se figur 4). Men vi kan se en statistiskt säkerställd förbättring jämfört med tidigare mättillfällen (Vårdanalys 2016b).

Även för informationsöverföringen från ordinarie läkare till specialistläkare är de svenska resultaten bland de sämre jämfört med andra länder. 18 procent av de svenska patienterna angav att specialisten inte verkade ha grundläggande medicinsk information eller testresultat från den ordinarie läkaren (Vårdanalys 2016b).

**Figur 4.** Samordning av information.

Under de senaste två åren, har du varit med om följande när du har träffat en läkare inom specialistvården: Efter att du träffat specialisten, verkade din läkare inte informerad och uppdaterad om den vård som du fick från specialistläkaren?

Trend i Sverige, %



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Bas: Alla som träffat en specialistläkare under de senaste 2 åren.

Källa: Vårdanalys 2016b.

### *Det är ovanligt att ha fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt*

Samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv kan bland annat innebära att patienter och brukare så långt det är möjligt erbjuds kontinuitet inom vården och omsorgen. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80, HSF och 6 kap. 2 § patientlagen). Motsvarande lagkrav finns dock inte för omsorgen (Vårdanalys 2016a).

#### **Enkätundersökningar för att belysa vården genom frågor som regleras i patientlagen**

I Vårdanalys (2017) rapport *Lag utan genomslag* genomfördes två enkätundersökningar för att ge en bild av patienters, vårdnadshavares och medborgares erfarenhet av vården inom områden som regleras i patientlagen och hur erfarenheten förändrades efter lagen trädde i kraft.

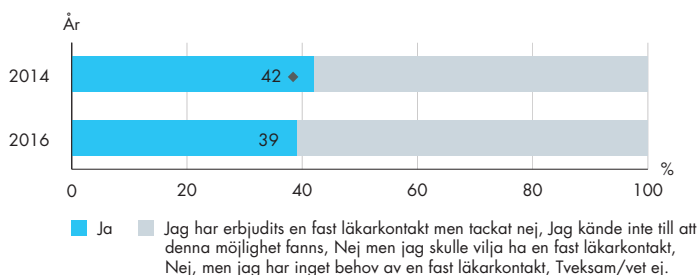
Enkätundersökningarna genomfördes året innan respektive efter att patientlagen infördes. Vid det första mätillfället 2014 besvarades enkäten av cirka 13 000 respondenter varav cirka 9 000 var patienter. Vid det andra mätillfället 2016 svarade cirka 14 000 personer på enkäten, varav cirka 9 600 var patienter. Undersökningarna genomfördes som webbenkäter i samarbete med TNS Sifo och med hjälp av deras befolkningspanel.

I detta avsnitt utgår vi från Vårdanalys uppföljning av hur patientlagen infördes (se faktaruta). Trots att det finns lagkrav om att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § patientlagen), visar uppföljningen att andelen patienter som hade en fast läkarkontakt sjönk mellan 2014 och 2016, från 42 till 39 procent (se figur 5). Däremot har andelen som anger att de har en fast vårdkontakt ökat mellan mättillfällena. Bland de som behöver en fast vårdkontakt angav 17 procent att de hade det 2016 vilket kan jämföras med 13 procent vid det första mättillfället (se figur 5) (Vårdanalys 2017).

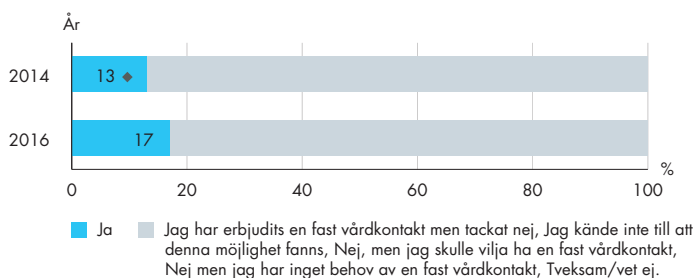
Med hjälp av resultaten från IHP-studien kan dessa mätningar bekräftas och jämföras med andra länder. Mellan 80 och 99 procent av patienterna i andra länder svarade att de har en fast läkarkontakt, vilket kan jämföras med 42 procent av de svenska patienterna (Vårdanalys 2016b). Men en större andel svenska patienter anger att de har en fast kontakt med en mottagning, vårdcentral eller klinik. Att det svenska resultatet skiljer sig så mycket från resultaten i andra länder kan förklaras med att i Sverige listas sig patienter hos en vårdcentral, till skillnad från hos en läkare som i många andra länder (Vårdanalys 2016b).

**Figur 5.** Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

**Har du en fast läkarkontakt på din vårdcentral/hälsocentral (d.v.s. möjligheten att få träffa samma läkare vid varje nytt besök där)?**



**Har du en fast vårdkontakt (d.v.s. en utpekad person som ska bistå dig i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser)?**



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Bas: Patienter, alla.

Källa: Vårdanalys 2017.

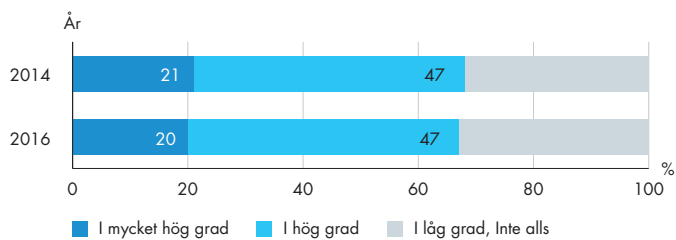
### *Samordningen av vårdkontakter kan bli bättre*

Sju av tio patienter anser att det är viktigt att få hjälp med samordning och koordinering av sina vårdkontakter för att patienternas ställning i vården ska stärkas (Vårdanalys 2017). 2016 svarade 67 procent av patienterna som är i behov av samordning att de fått hjälp med att samordna sina vårdkontakter på ett ändamålsenligt sätt (se figur 6). Det innebär att drygt 30 procent av patienterna med behov av samordning inte fått sitt behov tillgodosett. Jämfört med mätningen 2014 är det ingen statistiskt säkerställd skillnad.

Dessa siffror bekräftas i Nationell Patientenkät där patienter som besökt primärvården svarar på frågan om de anser att personalen på hälso- och vårdcentralen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning som behövs. Andelen positiva svar är även här drygt 70 procent under 2015 och 2016 (SKL u.å.).

**Figur 6.** Samordning av vården.

**I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?**



◆ Statistiskt signifikant skillnad på 5-procentsnivån mot det svenska resultatet 2016.

Bas: Patienter, alla.

Exkluderade: Jag har inte behov av samordning av mina kontakter, tveksam/vet ej.

Källa: Vårdanalys 2017.







## Organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg

Att vården och omsorgen samordnas på ett ändamålsenligt sätt är en central målsättning, men vad det innebär är mångtydigt och det saknas en allmänt vedertagen definition. I det här kapitlet definierar vi en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Vi presenterar också olika samordningsmedel som kan främja en samordnad vård och omsorg. I nästa steg beskriver vi hur behovet av samordning ser ut för olika patient- och brukargrupper.

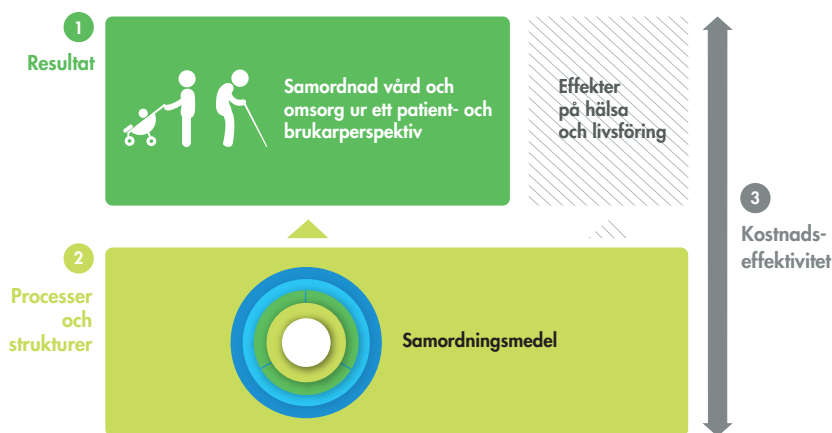
### 3.1 SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG UR PATIENTENS OCH BRUKARENS PERSPEKTIV

Samordning är ett begrepp som används frekvent och kan ha olika innebörd. Ofta betraktas det utifrån ett utpräglat organisatoriskt eller professionellt perspektiv. Med den ansatsen förstås samordning främst som olika organisationers eller professioners gemensamma processer eller arbetssätt. Vi betraktar i stället samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienter och brukare (nummer 1 i figur 7). Enligt vår definition är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser. Det kan till exempel handla om att patienter och brukare inte behöver upprepa information i onödan, att de känner sig trygga och upplever att vården och omsorgen ser till hela deras behov. Med det här perspektivet är det möjligt att analysera vilka samordningsmedel som kan främja en samordnad vård och omsorg ur ett



patient- och brukarperspektiv och vilka effekter detta får på individers hälsa och livsföring. Samordningsmedlen består i sin tur av olika tillvägagångssätt som rör organisation och styrning (nummer 2 i figur 7). Samordnad vård och omsorg är dock endast ett av flera kvalitetsmål som vården och omsorgen bör sträva efter. En ökad samordning bör därför vägas mot vikten av att infria även andra kvalitetsaspekter, som till exempel vårdens tillgänglighet eller jämlikhet, liksom kostnaden för detta (nummer 3 i figur 7).

**Figur 7.** Vår tolkning av en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.



### 3.1.1 Vår definition av samordnad vård och omsorg utgår från individens perspektiv

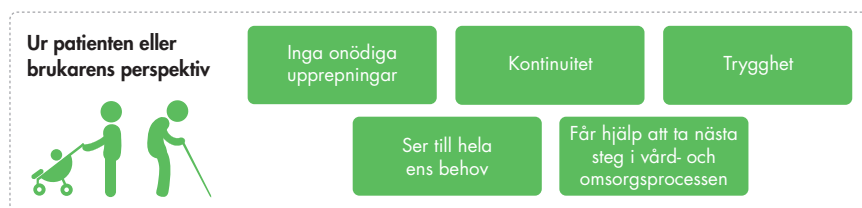
I det här avsnittet söker vi definiera vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv. Definitionen har vidareutvecklats utifrån en tidigare Vårdanalys rapport (Vårdanalys 2016a) som i sin tur tog sin utgångspunkt i internationell litteratur och i samråd med myndighetens patient- och brukarråd. Vår definition av en samordnad vård och omsorg tar fasta på ett idealtillstånd, det vill säga när samordningen fungerar på ett önskvärt sätt för patienter och brukare. Enligt definitionen är samordning en renodlad kvalitetsaspekt, kostnaderna för att uppnå denna kvalitet vägs inte in.

Fortsättningsvis i rapporten utgår vi från följande definition av en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv:

*Vården och omsorgen är samordnad när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser.*

Definitionen innebär att vad som är en samordnad vård och omsorg i praktiken kan variera för olika individer. Nedan beskriver vi några exempel på vad samordnad vård och omsorg kan innebära (se figur 8). Exempelen har tagits fram i samråd med Vårdanalys patient- och brukarråd.

**Figur 8.** Exempel på vad samordnad vård och omsorg innebär ur ett patient- och brukarperspektiv.



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

När ett medgivande från patienten eller brukaren finns delas informationen mellan enheter inom samma organisation och mellan kommunen och landstinget så att patienten och brukaren inte måste berätta sin sjukdomshistoria om hen inte önskar det.

- *Patienten och brukaren erbjuds så långt det är möjligt kontinuitet inom vården och omsorgen.*

Kontinuitet kan vara att vården och omsorgen bygger en förtroendefull relation med individen, där de anställda får en personlig kunskap om individen och hans preferenser. Kontinuitet kan säkerställas genom att olika nivåer och verksamheter delar information om individens vård och omsorg samt tidigare insatser. Slutligen kan kontinuitet säkerställas via riktlinjer och vårdprogram som klargör roller, ansvar och vilka insatser som ska ges för olika behov. Det ökar möjligheterna för patienter och brukare att vara delaktiga vid planeringen av vården och omsorgen.

- *Patienten och brukaren kan känna sig trygga i att vården och omsorgen ser till alla behov.*

De som patienten och brukaren träffar ska se till hela individens behov av vård och omsorg. Detta förutsätter ett bra bemötande och ett framåt-syftande förhållningssätt. Patienter och brukare ska känna att de står i centrum för verksamheten, att deras behov uppfattas som trovärdiga samt att de får vara delaktiga i besluten.



- *Patienter och brukare får hjälp att delta i samordningen om de vill.*  
Patienten och brukaren ska få stöd för att kunna delta i samordningen. Det kan till exempel innebära att individen får tillräckligt med information och vägledning i en vård- och omsorgsprocess för att veta vilka kontakter som behöver tas härnäst.

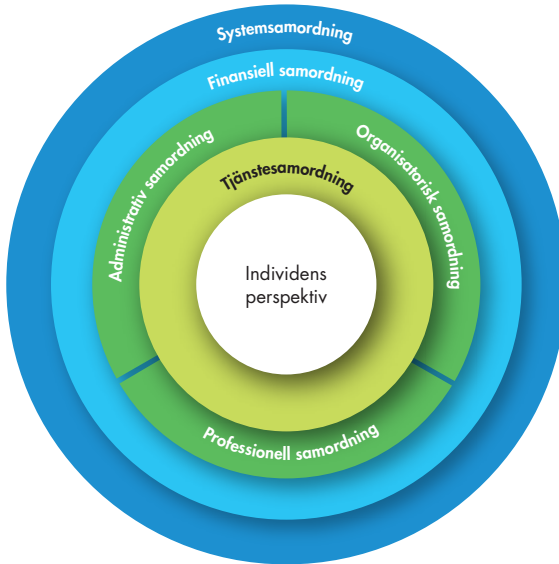
### 3.2 MEDEL FÖR ATT UPPNÅ EN SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG

Det finns ingen allmänt vedertagen modell som beskriver hur vården och omsorgen kan arbeta för att förbättra samordningen (Suter m.fl. 2007, Valentijn m.fl. 2013). Det försvårar systematisk förståelse av hur en samordnad vård och omsorg kan uppnås och därmed även att utveckla och följa upp enskilda samordningsinitiativ. Det finns alltså ett starkt behov av att utveckla ett ramverk som kan användas för att empiriskt analysera vilka samordningsmedel som tillämpas.

Vi har därför utvecklat ett ramverk med syfte att tolka, beskriva och analysera olika samordningsmedel, som sedan används för att analysera och jämföra de studerade initiativen. Ramverket har tagits fram med utgångspunkt i forskning som syftar till att definiera olika typer av samordning (integrated care) vilka i vårt ramverk benämns som samordningsmedel. Ramverket har även anpassats till svenska förutsättningar.

Forskningen om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg är dock begränsad-. Det innebär i sin tur att det finns bristande evidens för att det föreligger ett samband mellan å ena sidan de identifierade samordningsmedlen och å andra sidan positiva patientupplevelser, hög medicinsk kvalitet och kostnadseffektivitet (Goodwin m.fl. 2013, Curry och Ham 2013). I praktiken kan en samordnad vård och omsorg sannolikt äga rum på en rad olika sätt och på olika nivåer i ett system. Mycket talar också för att samspelet mellan olika samordningsmedel är avgörande för vilka resultat som uppnås (Shaw m.fl. 2011, Pike och Mongan 2014). Vårt ramverk ska således inte tolkas som en idealmodell där en tillämpning av samtliga samordningsmedel alltid är att föredra. I stället är detta ett försök att systematiskt beskriva, kategorisera och jämföra vilka metoder som används i olika samordningsinitiativ. Samordningsinitiativen ska dessutom åstadkomma förändring på olika nivåer i vård- och omsorgssystemet. Detta innebär i sin tur att de samordningsmedel som identifieras i vårt ramverk blir mer eller mindre aktuella för beskrivningen av olika initiativ. Ramverket (se figur 9) och de frågor (se tabell 2) som används för att analysera initiativen presenteras nedan.

Figur 9. Ramverk för olika typer av samordningsmedel.



Det första samordningsmedlet som beskrivs i vårt ramverk, *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*, tar fasta på om initiativet syftar till att skapa en gemensam värdegrund och en kultur som bygger på att samordningen ska ske med individens behov som utgångspunkt (Fulop m.fl. 2005, Lewis m.fl. 2010). Mer specifikt gör vi bedömningen att detta samordningsmedel tillämpas, om relevanta policydokument ger uttryck för att de som planerar och utför vården och omsorgen ska utgå från patientens och brukarens perspektiv snarare än ett organisationsperspektiv (Loyd och Wait 2005, Shaw m.fl. 2011). I bedömningen inkluderar vi även om det finns en uttalad ambition att göra patienter och brukare samt anhöriga delaktiga i planeringen och beslut, som rör vården och omsorgen.

*Tjänstesamordning* tar fasta på om initiativet syftar till att patienter och brukare ska uppleva vård- och omsorgsinsatserna som en sammanhållen tjänst (Kodner 2009; Valentijn m.fl. 2013). Personer med komplexa behov behöver ofta insatser från många utförare och huvudmän. Tjänstesamordning handlar ytterst om att det är tydligt för patienter och brukare när en insats ska ske och vilken aktör i vårdkedjan som ansvarar för genomförandet. Detta är inte minst viktigt för att patienter och brukare ska kunna förstå och påverka sin vård och omsorg. Inom litteraturen nämns ett flertal exempel på vad som kan kategoriseras som olika typer av tjänstesamordning (Goodwin m.fl. 2013).



I vår operationalisering utgår vi från om initiativen syftar till att ge en utpekad person ansvaret för att fungera som individens kontaktpunkt och koordinator samt om initiativen syftar till att utveckla eller använda hjälpmedel som gör patienten till medskapare i vården. Här analyserar vi specifikt om det finns en ambition att utveckla eller använda e-hälsolösningar som ökar patienters och brukares delaktighet, eftersom ett flertal studier pekar på just vikten av sådana lösningar (Rosenmöller och Whitehouse 2014, Goodwin m.fl. 2013). Därtill betraktar vi det som en typ av tjänstesamordning om de samverkande parterna använder gemensamma riktlinjer under hela processen. Ur ett verksamhetsperspektiv kan detta ses som ett exempel på så kallad klinisk eller professionell samordning (Fulop m.fl. 2005), det vill säga som ett sätt att säkerställa enhetliga arbetssätt mellan olika professioner. Ur ett patient- och brukarperspektiv kan dock riktlinjerna betraktas som en typ av tjänst som ökar vårdkedjans transparens och förutsägbarhet vilket i sin tur kan förbättra möjligheten till delaktighet vid planeringen av den egna vården och omsorgen.

*Professionell samordning* tar fasta på i vilken utsträckning som olika professioner samordnar insatserna såväl inom som mellan organisationer (Valentijn m.fl. 2013, Kodner 2009). I bedömningen av om detta samordningsmedel tillämpas undersöker vi om initiativet innebär att de som kommer i vardaglig kontakt med individen ingår i ett multiprofessionellt team. Samordning kan även äga rum via mindre formella former än multiprofessionella team till exempel genom upparbetade kontakter mellan olika professioner. Även den typen av samverkan betraktar vi som ett exempel på att det aktuella styrmedlet tillämpas (Valentijn m.fl. 2013). Vi analyserar även om det finns en utpekad person som ansvarar för att koordinera samverkan mellan de olika professionerna. En sådan funktion kan vara av vikt för hur framgångsrik samordningen blir (Goodwin m.fl. 2013). En annan form av professionell samordning som vi tar fasta på i vår analys, handlar om huruvida det finns tydliga rutiner för hur kommunikationen mellan professionerna ska ske (Valentijn m.fl. 2013). Här avses inte sådan kommunikation som sker via journalsystemen, utan snarare muntliga och skriftliga kontakter som sker utöver den formella dokumentationen i journalerna.

*Administrativ samordning* tar fasta på hur administrativa system och andra stödfunktioner är samordnade inom och mellan organisationer (Coburn 2001, Valentijn m.fl. 2013, Conrad och Shortell 1996). Ytterst handlar administrativ samordning om att skapa en gemensam tydlig struktur som underlättar för beslutsfattande gällande uppgiftsfördelning, resurser och

ansvar (Contandriopoulos m.fl. 2003). Inom forskningen lyfts ett flertal exempel på administrativ samordning även benämnt som funktionell samordning; däribland att det finns mekanismer för en gemensam ekonomisk förvaltning, strategisk planering, informationshantering och kvalitetsförbättring (Contandriopoulos m.fl. 2003, Valentijn m.fl. 2013). Att genomföra en heltäckande kartläggning av om samtliga nämnda mekanismer tillämpas inom respektive initiativ låter sig inte genomföras inom ramen för den här rapporten. I stället undersöker vi om initiativet syftar till att etablera eller främja användning av gemensamma och integrerade journalsystem för vård- och omsorgsdokumentation (Pike och Mongan 2014).

Med integrerade system menas att verksamheterna både kan dokumentera i samma system och automatiskt ta del av information som andra har dokumenterat, om patienten eller brukaren vid något tillfälle lämnat sitt samtycke. Utöver förekomsten av gemensamma journalsystem har vi även undersökt om verksamheterna använt andra tekniska system för informationsutbyte om individens vård och omsorg (Leutz 1999).

*Organisationssamordning* tar fasta på det övergripande förhållandet mellan de verksamheter som samverkar. I praktiken kan samordningen vara mer eller mindre långtgående och relationen mellan de samverkande parterna mer eller mindre formaliserad (Leutz 1999). I vår analys skiljer vi på samordning som uppstått genom att olika verksamheter gått samman till en organisation och samordning som bygger på formella överenskommelser mellan fristående organisationer (Fulop m.fl. 2005).

*Finansiell samordning* tar fasta på hur vården och omsorgen ersätts. Ett flertal studier lyfter att samordning ofta är förbundet med kostnader och om inte dessa kostnader ersätts, finns risk för att berörda verksamheter inte deltar eller att nödvändiga systemlösningar aldrig utvecklas. Fragmenterade och detaljerade ersättningsmodeller kan således riskera att underbygga stuprör i vården och omsorgen (Loyd och Wait 2005, Goodwin m.fl. 2013, Leutz 1999). Att ha en gemensam budget kan däremot öka förutsättningarna för samverkan (Goodwin m.fl. 2013). Vi analyserar hur samordningsinitiativen finansieras samt vilka ekonomiska incitament som finns för att stimulera samordning. I kapitel 4 redogör vi närmare för vilka ersättningsprinciper som ur ett teoretiskt perspektiv kan antas främja samordning.

*Systemsamordning* tar fasta på hur övergripande policyer och regler skapar förutsättningar för samordning (Fulop m.fl. 2005). Vi har placerat detta samordningsmedel ytterst i ramverket eftersom såväl nationella som lokala policyer och regler sätter ramarna för hur de andra samordningsmedlen kan användas (Valentijn m.fl. 2013). Ytterst påverkar lagstiftningen vilka



initiativ som kan äga rum och vilka metoder som kan tillämpas. I kapitel 4 belyser vi därför viss lagstiftning som vi bedömt som särskilt relevant för samordningsfrågorna. Systemsamordning handlar emellertid även om att det finns ett tydligt politiskt stöd för samordning samt etablerade former för att genomdriva politiska beslut (Leutz 1999).

Vi beskriver två samverkansformer för kommuner och landsting som vi bedömer särskilt relevanta att belysa i denna rapport: gemensam nämnd och kommunalförbund. När vi analyserar initiativ som bygger på samverkan mellan verksamheter med olika huvudmän, använder vi dessa huvudformer

**Tabell 2.** Frågor som används i analysen av initiativen.

Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	<p><b>Värdegrund från individens perspektiv:</b> Finns det en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv?</p> <p><b>Deltagande från patienter, brukare och anhöriga:</b> Deltar patienter, brukare och anhöriga i planering och beslut om vården och omsorgen?</p>
Tjänstesamordning	<p><b>Riktlinjer:</b> Finns det gemensamma riktlinjer som syftar till att etablera ett gemensamt arbetssätt?</p> <p><b>Koordinator för patienten och brukaren:</b> Finns det en koordinator för patienter och brukare som har förstahandsansvar för kontakt med brukare, patienter och anhöriga?</p> <p><b>E-hälsolösning:</b> Finns det en sammanhållen tjänst som möjliggör för patienter och brukare att vara medskapande i vården och omsorgen?</p>
Professionell samordning	<p><b>Multiprofessionellt team:</b> Finns ett multiprofessionellt team runt patienten eller brukaren?</p> <p><b>Samarbete mellan professioner:</b> Finns det ett mindre formellt professionsöverskridande samarbete genom upparbetade kontakter mellan professioner, utöver eventuella multiprofessionella team?</p> <p><b>Koordinator för professionen:</b> Finns det en koordinator som ansvarar för samordningen mellan olika professioner inom initiativet?</p> <p><b>Kommunikation inom initiativet:</b> Finns det rutiner för kommunikation mellan olika professioner inom initiativet?</p>
Administrativ samordning	<p><b>Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem:</b> Används integrerade dokumentationssystem för verksamheter inom initiativet som traditionellt dokumenterar i olika journalsystem?</p> <p><b>Tekniskt kommunikationssystem:</b> Finns det andra tekniska system som kan underlätta samarbete och informationsutbyte mellan de verksamheter som ingår i initiativet?</p>
Organisationssamordning	<p><b>En organisation:</b> Tillhör samtliga aktörer som medverkar i initiativet samma organisation?</p> <p><b>Formell samverkan mellan fristående organisationer:</b> Bygger initiativet på en formell samverkan mellan fristående organisationer som slutit avtal med varandra om samverkan?</p>
Finansiell samordning	<p><b>Gemensam finansiering:</b> Finansieras verksamheten inom initiativet gemensamt av båda huvudmännen?</p> <p><b>Incitament:</b> Tillämpas särskilda ersättningssystem som skapar incitament för samordning?</p>
Systemsamordning	<p><b>Samverkansform:</b> Finns det en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund för initiativet? Frågan är endast aktuell för initiativ på lokal eller regional nivå.</p> <p><b>Uttalat politiskt stöd:</b> Finns det ett tydligt uttalat politiskt stöd för initiativet i form av exempelvis politiska beslut, lagar eller policydokument?</p>

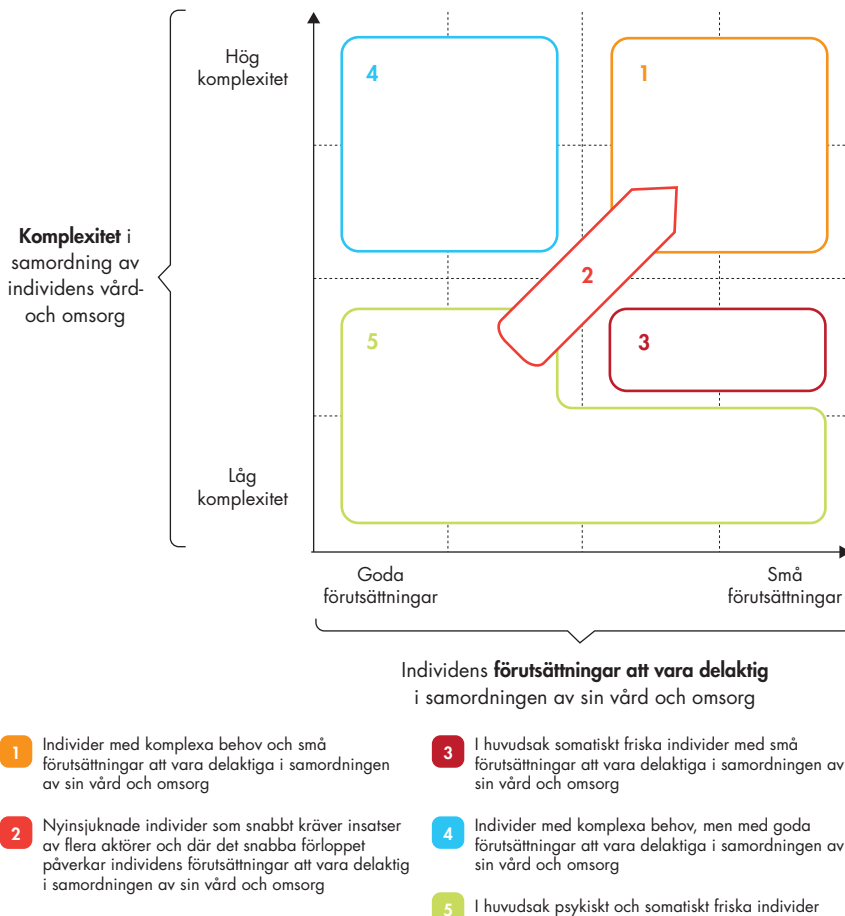


för att beskriva vilken samverkansform som tillämpas. I kapitel 4 utvecklar vi innebörden av samverkansformerna närmare. Vid analysen av samordningsinitiativen analyserar vi även om det finns ett tydligt uttalat politiskt stöd för initiativen i form av exempelvis politiska beslut, lagar eller policydokument (Goodwin m.fl. 2013).

### 3.3 MATCHA SAMORDNINGSINSATSERNA MOT GRUPPERNAS BEHOV

Utöver att kartlägga vilka samordningsmedel som tillämpas i de studerade initiativen har vi även sökt analysera hur initiativen svarar mot patienters och brukares behov av samordning. Analysen baseras på ett ramverk som Vårdanalys (2016a) tidigare utvecklat för att identifiera generella patient- och brukargrupper vars gemensamma kännetecken är att de har ett behov av samordning (se figur 10).

Figur 10. Olika patient- och brukargrupperns behov av samordning.



Behovet av samordning bestäms dels av hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels med hänsyn till individens förutsättningar att själv vara delaktig och medskapande i samordningen.

Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen handlar om hur mycket stöd och hjälp hen behöver av vården och omsorgen för att driva vård- och omsorgsprocesser framåt. Personer har till exempel olika 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. Ett stort antal faktorer kan påverka individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen. Till exempel kognitiv förmåga, psykisk hälsa, fysisk funktionsförmåga, ålder samt språkliga kunskaper och kännedom om samhället (Vårdanalys 2016a).

Enligt ramverket ökar komplexiteten i samordningen ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen (Vårdanalys 2016a). Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Det är således 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. I ramverket identifieras 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.

Den lägsta nivån av komplexitet innebär att samordningen behöver ske mellan olika personer och professioner inom en enhet. Med enhet avses en indelning inom en organisation, exempelvis ett sjukhus. Domäner kännetecknas av att det finns en gemensam professionskultur och att de som verkar inom en domän har en gemensam akademisk eller professionell bakgrund. Till exempel är domäner ur ett sjukvårdsperspektiv olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses i stället olika verksamheter, som stöd till funktionsnedsatta och äldreomsorg.

Samordningen blir som mest komplex när den sker mellan verksamheter som har olika huvudmän. Samordningen behöver då ske mellan såväl olika

professionsgrupper, enheter, organisationer och domäner. Vid samordning mellan verksamheter med olika huvudmän tillkommer också andra utmaningar, till exempel att kommunernas och landstingens 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. Nivåerna beskrivs mer utförligt i bilaga 1.

### 3.3.1 Patient- och brukargrupper indelade efter behov av samordning

Ramverket utgår från antagandet att grupper med liknande behov av samordningsinsatser har ungefär motsvarande förutsättningar att vara delaktiga och medskapande i samordningen av sin vård och omsorg. Därtill antas komplexiteten i samordningen vara likartad för personer i samma grupp. Utifrån dessa antaganden identifieras fem övergripande grupper med olika behov och inom varje övergripande grupp inkluderas sedan mer specifika patient- och brukargrupper. Syftet med denna förenklade indelning är att den ska kunna användas för systemövergripande analys av samordningsbehov. I den här rapporten används gruppindelningen för att analysera vilka grupper som de olika samordningsinitiativen riktar sig till. De aktuella patient- och brukargrupperna sammanfattas översiktligt nedan. I kapitel 5 beskrivs de mer i detalj.

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

Exempelgrupper:

- Unga och vuxna med missbruk och samtidig psykisk ohälsa
- Mest sjuka äldre
- Allvarlig psykisk ohälsa
- Barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa och kronisk sjukdom
- Våld i nära relationer
- Sent palliativt skede



**Grupp 2:** *Nyinsjuknade personer 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.*

Exempelgrupper:

- Stroke
- Fallskador (äldre)

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

Exempelgrupper:

- Barn och vuxna med intellektuell eller neuropsykiatriska funktionshinder
- Placerade barn utan missbruks- eller psykiatrisk problematik
- Barn med psykisk ohälsa

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

Exempelgrupper:

- Multisjuka utan samtidig psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning
- Barn, unga och vuxna i tidigt sjukdomsskede med risk att tillståndet förvärras

**Grupp 5:** *I huvudsak psykiskt och somatiskt friska personer.*

Exempelgrupper:

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





## Några juridiska och finansiella aspekter på samordning

Vi ser att det är särskilt angeläget att fördjupa oss inom två områden då dessa bland annat i intervjuer lyfts fram som särskilt relevanta ur ett nationellt perspektiv. Vi gör en översikt av rättsliga ramar för samordning och ersättningsystemens roll som finansiellt samordningsmedel.

### 4.1 NÅGRA RÄTSLIGA ASPEKTER PÅ SAMORDNINGSFRÅGAN

Ansvar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten är sedan länge uppdelat på olika huvudmän och de två välfärdsområdena regleras också till stora delar i skilda författningar. Det innebär bland annat att målen med de olika verksamheterna är formulerade på olika sätt, att ansvaret och skyldigheterna för huvudmännen, vårdgivarna, utförarna och personalen är utformade på olika sätt och att de lagstiftningstekniska lösningarna skiljer sig mellan områdena. Till exempel är hälso- och sjukvården huvudsakligen uppbyggd kring huvudmännens, vårdgivarnas och vårdpersonalens skyldigheter, medan man brukar tala om att socialtjänstens verksamhet till stora delar bygger på en så kallad rättighetslagstiftning. I takt med ett ökat behov av samordning har dock kraven i vård- och omsorgslagstiftningen på att ta hänsyn till samverkan, samordning och samarbete på lika sätt ökat. Även möjligheterna till olika typer av interkommunal samverkan enligt kommunalrätten har utvidgats. Verksamhetsföreträdare har i våra intervjuer fört fram att viss lagstiftning fortfarande begränsar möjligheterna till ett ändamålsenligt samordningsarbete. Det handlar framför allt om regleringen avseende dokumentation och sekretess. Mot bakgrund av detta och då



samordningsfrågorna berörs av ett omfattande och delvis komplext regelverk, har vi valt att övergripande redogöra för några rättsliga frågor som särskilt lyfts upp i vår kartläggning. Syftet är dock inte att redovisa en uttömmande juridisk analys av möjligheterna att samordna hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

#### **4.1.1 Flera olika kommunalrättsliga samverkansformer**

Möjligheterna att samverka i olika typer av kommunala samverkansformer ger kommuner och landsting vissa förutsättningar att arbeta samordnat i olika avseenden, till exempel genom att överenskomma om uppgiftsfördelning på vissa områden, dela på vissa nyckelfunktioner eller genom att samordna hela verksamheter under en gemensam politisk organisation. Vi beskriver här två samverkansformer som uppmärksammas särskilt i detta projekt, gemensamma nämnder och kommunalförbund. Utöver dessa två samverkansformer finns också vissa möjligheter för kommuner och landsting att ingå olika typer av avtal med varandra.

Inom ramen för en gemensam nämnd finns förutsättningar för kommuner och landsting att fullgöra olika uppgifter på vård- och omsorgsområdet gemensamt, men de samverkande kommunerna och landstingen behåller det yttersta huvudmannasvaret för de uppgifter de samverkar kring i nämnden (lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet). Den gemensamma nämnden tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen (den s.k. värdkommunen eller värdlandstinget) och ingår i denna kommuns eller landstings organisation (3 kap. 3 a § KL). Den gemensamma nämnden är alltså inte en egen juridisk person vilket bl.a. innebär att den inte själv kan anställa personal, men personalfrågan kan enligt förarbetena ordnas på flera sätt. En lösning kan enligt förarbetena vara att samtlig personal anställs av värdkommunen eller värdlandstinget (prop. 2002/03:20 s. 25). Nämndens behörighet, befogenhet, verksamhet och arbetsformer ska regleras i en överenskommelse mellan de samverkande parterna och ett reglemente som beslutas av fullmäktige i respektive samverkande kommun och landsting (3 kap. 3 c § och 6 kap. 32 § KL). Ett annat sätt att samverka på är att upprätta ett kommunalförbund, vilket är en egen juridisk person som helt övertar uppgifterna som dess medlemmar överlämnar till förbundet och blir därmed huvudman för dessa (3 kap. 20 § KL). Ett kommunalförbund får ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter. Kommunalförbund kan under vissa förutsättningar exempelvis upprätta



olika typer av interkommunala bolag för att utföra uppgifter inom vården och omsorgen (3 kap. 16-18 §§ KL).

#### **4.1.2 Dokumentationsreglering och sekretess- och tystnadspliktsgränser**

Huvudmän, vårdgivare, utförare och personal har olika författningar att förhålla sig till inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten och beroende på om verksamheten är offentligt eller privat bedriven. Det påverkar förutsättningarna för hur långtgående, det vi kallar för administrativ samordning som är genomförbar i praktiken. Det saknas exempelvis möjligheter för olika aktörer som deltar i vården och omsorgen av en enskild att föra en gemensam patientjournal eller en gemensam dokumentation enligt de krav som ställs på socialtjänstens verksamhet. Det är som huvudregel inte heller möjligt att dokumentera i en gränsöverskridande vård- och omsorgsjournal eller liknande. Möjligheterna att lämna ut och ta del av uppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan att inhämta den enskildes samtycke är också begränsade. Dessutom är möjligheterna till så kallad sammanhållen journalföring, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare under vissa förutsättningar, endast tillgängligt inom hälso- och sjukvården (1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) (PDL) och 25 kap. 11 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL)). Motsvarande möjlighet till direktåtkomst mellan verksamheter inom socialtjänsten och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns alltså inte.

Reglerna om journalföring inom hälso- och sjukvården finns främst i PDL, medan de för socialtjänsten främst finns i SoL. De relevanta sekretessbestämmelserna finns för den offentliga hälso- och sjukvården i 25 kap. OSL och för den offentliga socialtjänsten 26 kap. OSL. Huvudregeln enligt de bestämmelserna är att sekretess gäller för uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § och 26 kap. 1 § OSL). Privat bedrivna verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten omfattas av sekretess- och tystnadspliktsregler i annan lagstiftning (6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL) och 15 kap. 1 och 2 §§ SoL), men utgångspunkten är att sekretesskyddet ska vara likvärdigt som i offentliga verksamheter (se prop. 1980/81:28 s. 23, prop. 1981/82:186 s. 26, prop. 2005/06:141 s. 63, prop. 2005/06:161 s. 82 och 93 och prop. 2007/08:126 s.46, 133 samt s. 248).



Presumtionen är alltså sekretess för uppgifter om enskild inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Att det råder sekretess för uppgifterna innebär att en myndighet inte får röja dem för enskilda eller andra myndigheter om det inte finns särskilda undantag eller sekretessbrytande bestämmelser som är tillämpliga i det enskilda fallet. Ett exempel på en sekretessbrytande bestämmelse är den så kallade samtyckesbestämmelsen, som innebär att sekretessen som utgångspunkt inte hindrar att uppgifter om den enskilda utlämnas om denne samtycker till det (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). Det är inte särskilt reglerat hur ett samtycke ska vara utformat för att det ska vara giltigt och det finns situationer när det kan vara svårt att avgöra om ett giltigt samtycke föreligger. Förutsättningar för samtyckets giltighet är bland annat att den enskilde inte blivit mer eller mindre tvingad till samtycket och att samtycket inte har ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt avstår från sekretessen hos en viss myndighet eller en viss tjänsteman (prop. 1979/80:2 Del A s. 331). Sekretessen hindrar inte heller att uppgift om vissa enskilda i särskilt utsatta situationer lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd (25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL). Denna bestämmelse ska dock tillämpas med varsamhet i enskilda fall (se t.ex. prop. 1990/91:111 s. 41) och möjliggör inte ett regelmässigt uppgiftsutbyte mellan olika aktörer i till exempel integrerade verksamheter. Inom hälso- och sjukvården finns också en särskild sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör utlämnande mellan olika vårdgivare i form av sammanhållen journalföring (25 kap. 11 § OSL).

Secretessen gäller även mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 1 och 2 §§ OSL). Det innebär exempelvis att det som utgångspunkt finns en sekretessgräns hälso- och sjukvårdsverksamheter emellan och omsorgsverksamheter emellan om de utförs inom ramen för olika nämndorganisationer och även mellan vård- och omsorgsverksamheter som bedrivs inom ramen för samma nämndorganisation (se t.ex. prop. 1981/82:186 s. 47). Ett undantag har dock gjorts för de verksamheter som omfattats av den så kallade Ädelreformen, där den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i sekretesshänseende bedöms tillhöra samma verksamhetsområde och inte att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (prop. 1990/91:14 s. 85 och prop. 2007/08:126 s. 168). Emellan den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i sådana verksamheter råder det alltså inte sekretess. När det gäller samverkan i en gemensam nämnd på vård- och omsorgsområdet finns

ingen särskild lösning i OSL för sådana nämnder. I förarbetena bedömdes i stället att sekretessbestämmelserna inte utgör något hinder mot samverkan i sådan verksamhet där det ligger i den enskildes intresse att medverka i vården och där man kan förvänta sig att den enskilde lämnar samtycke till att information lämnas (prop. 2002/03:20 s. 26).

Det kan också nämnas att anställda inte fritt får utbyta uppgifter mellan varandra även om det inte finns en sekretessgräns inom myndigheten eller verksamhetsgrenen, utan man brukar tala om så kallad inre sekretess. Anställda kan endast ta del av uppgifter som omfattas av sekretess i den utsträckning som behövs för handläggningen av ett ärende eller för att driva verksamheten i övrigt (se prop. 2006/07:108 s. 45–47, se även 4 kap. 1 § PDL).

I utredningen Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet (SOU 2000:114) gjordes en genomgång av de rättsliga förutsättningarna för införandet av en möjlighet till gemensam dokumentation på vård- och omsorgsområdet. Utredningen fann att en sådan möjlighet bland annat skulle vara svårförenlig med reglerna om offentlighet enligt tryckfrihetsförordningen (1949:105) och gällande sekretessbestämmelser. Samtidigt framhöll de att ”i princip inget hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad”, under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om sekretess och inre sekretess. Frågan, menar de, kan således många gånger lösas praktiskt i samråd med den enskilde (SOU 2000:114 s. 275). I utredningen Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23) föreslås att två alternativa möjligheter till informationshantering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst bör tillhandahållas, dels direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, dels en gemensam vård- och omsorgsjournal. Dessa förslag har såvitt vi kan bedöma inte tagits vidare.

### **Olika huvudmän och regleringar, men flera krav på samverkan, samordning och samarbete**

Hälso- och sjukvårdens verksamhet regleras framför allt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), där det bland annat anges att landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget (8 kap. 1 § HSL). Även kommunen har ett visst ansvar för hälso- och sjukvård, men för en mer begränsad krets personer (12 kap. 1 och 2 §§ HSL). Socialtjänstens verksamhet regleras till största delen i socialtjänstlagen (2001:453) (Sol). Där anges att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1 § Sol).

forts.



forts.

Samtidigt som ansvaret för hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltså är uppdelat på olika huvudmän och de olika verksamheterna till stora delar regleras i skilda författningar, finns ett antal författningskrav som tar sikte på samverkan, samordning och samarbete. Det finns krav som gäller bara inom vården respektive omsorgen men även krav som gäller dem emellan. När det gäller krav inom hälso- och sjukvården är en central bestämmelse att hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § patientlagen). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF)). Patienten har också möjlighet att få en fast vårdkontakt om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet (4 kap. 1 § HSF, 6 kap. 2 § patientlagen). Det är då verksamhetschefen som ska utse den fasta vårdkontakten. Bestämmelsen innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser (prop. 2009/10:67 s.62). Funktionen bör enligt förarbetena kunna hjälpa till med att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt andra berörda myndigheter när det behövs (prop. 2009/10:67 s. 62). Syftet med en fast vårdkontakt är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (prop. 2013/14:106 s. 99). Patienter har också möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 § patientlagen). Den fasta läkarkontakten ska bland annat samordna vården för patienten enligt förarbetena (prop. 1994/95:195 s. 41–42).

När det gäller krav på samordning och liknande mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns övergripande krav i föreskrifter från Socialstyrelsen. Där anges att både vårdgivare och de som bedriver omsorgsverksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten (4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Därutöver finns krav i lagstiftningen på att en individuell plan ska upprättas när en person är i behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Planen ska beskriva vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för och vilka åtgärder som vidtas av någon annan samt vilken av parterna som är huvudansvarig för planen (prop. 2008/09:193 s. 17–18). Det finns även särskilda krav på kommuner och landsting att ingå överenskommelser med varandra om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel, och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (16 kap. 3 § HSL samt 5 kap. 1 d, 8 a och 9 a §§ SoL). Från den 1 januari 2018 kommer dessa krav på överenskommelser om samarbete även inkludera personer som missbrukar spel om pengar.

Vikten av samverkan, samordning och samarbete inom och mellan vården och omsorgen framhålls också i olika förarbeten (se t.ex. prop. 1981/82:97 s. 27, 69 och 97, prop. 1979/80:1 s. 357 och prop. 2000/01:80 s. 93).

## 4.2 ERSÄTTNINGEN AV VÅRD OCH OMSORG KAN PÅVERKA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR SAMORDNING

I detta avsnitt fördjupar vi oss i ersättningsprincipernas styrande effekter inom vården och omsorgen, med särskilt fokus på hur de kan påverka graden av samordning. Ersättningsprinciperna kan vara ett verktyg för att styra vårdgivare mot uppsatta mål om samordning, men det finns också en rad andra mål utöver god samordning. Förbättrad kvalitet, hög produktion, god tillgänglighet samt rättvis fördelning där de med störst behov bör prioriteras först är mål som ersättningssystemen syftar till att uppnå och där systemen ofta rymmer inneboende avvägningar (Andersson m.fl. 2014).

### 4.2.1 Ersättningsprinciperna ger olika incitament till utföraren

Ersättningsprinciperna kan delas in i tre incitamentskomponenter: aktivitetsgrad, tidsperspektiv och objekt. Aktivitetsgrad beskriver om ersättningen är fast eller rörlig, vilket påverkar om utföraren erhåller högre ersättning för ökad produktion. Tidsperspektivet beskriver om ersättningen bestäms innan eller efter utförd insats. Ersättning som bestäms i efterhand baseras på hur mycket resurser som förbrukats i samband med utförd insats. Objektet bestämmer vad utföraren får betalt för, exempelvis kan ersättningen baseras på åtgärd, resultat, individ eller period (Jacobsson 2007). Sammanfattningsvis innebär detta att ersättningsprincipernas incitamentkomponenter kan påverka utförarens agerande och de påverkar även vem av finansiären eller utföraren som bär den finansiella risken.

Alla ersättningsprinciper har för- och nackdelar och vanligtvis kombinerar två eller fler ersättningsprinciper för att parera oönskade effekter. När ersättningsprinciperna kombineras kallas det vanligtvis för en ersättningsmodell eller ett ersättningssystem (LHC 2014, Lindgren 2014). Nedan presenteras ersättningsprinciperna i en faktaruta där vi beskriver hur de är utformade, vilka incitament de ger ur ett teoretiskt perspektiv samt vilka förutsättningar de ger för samordning.

Vid *fast ersättning* får utföraren ersättning innan utförd insats. Förutbestämd budget eller ersättning som baseras på en definierad population är exempel på fast ersättning inom hälso- och sjukvården. Dessa kallas anslag respektive kapitering. Fast ersättning till hemtjänsten bestäms i förväg och kan baseras på biståndsbedömd tid. Dessa exempel ger utförarna incitament till låg produktion och lägre kvalitet men det ger god kostnads-kontroll för finansiären (Andersson m.fl. 2014, Lindgren 2014, SKL 2009). För särskilt



forts.

boende kan den fasta ersättningen baseras på det totala antalet platser på ett boende, ersättningen är då oberoende från den faktiska beläggningsgraden. Det innebär att kommunen kan behöva ersätta för oanvända platser om beläggningsgraden är låg (Svenskt näringsliv 2015, SKL 2009). Fast ersättning varken hindrar eller stimulerar utföraren att öka samordningen (SOU 2017:56 s.99, 102, 103).

*Rörlig ersättning som bestäms i efterhand* (prestationsersättning) ger utföraren ersättning för de vård- eller omsorgsinsatser som utförts. Inom hälso- och sjukvården kan rörlig ersättning exempelvis baseras på antalet besök. Det ger utföraren incitament till hög produktion och eftersom full ersättning utgår för alla insatser minskar risken för att utförare undviker patienter med svårare sjukdomsbild. En risk är att utföraren erbjuder mer insatser än vad som är medicinskt motiverat och ersättningsprincipen ger också svaga incitament till kostnadseffektiva behandlingar. Vid rörlig ersättning som utgår i efterhand ökar den finansiella risken för finansören (Andersson m.fl. 2014, LHC 2014, Lindgren 2014).

Rörlig ersättning för hemtjänsten kan vara baserad på utförd biståndsbedömd tid. Det ger utföraren incitament att genomföra tjänsten men svaga incitament att utföra tjänsterna effektivt. Om ersättningen i stället baseras på utförd aktivitet blir incitamenten starkare för att genomföra aktiviteterna effektivt, eftersom det kan öka lönsamheten. Rörlig ersättning till hemtjänsten medför lägre kostnadskontroll för finansören (LHC 2014, SKL 2009). Rörlig ersättning för särskilt boende kan ha andra följder. Ersättningen baseras på beläggningsgraden på boendet vilket gör att utföraren bär den finansiella risken för oanvända platser. Det ger utföraren incitament att erbjuda hög kvalitet för att fylla tomma platser (Svenskt Näringsliv 2015, SKL 2009).

Inom hälso- och sjukvården kan den rörliga ersättningen även bestämmas i förväg där ersättningsnivån inte är beroende av den producerade nivån av vård. Utföraren får då ersättning i förväg för att genomföra exempelvis besök eller vissa behandlingar. Ersättningsprincipen ger utföraren incitament till kostnadskontroll, men risken är att vårdgivarna fokuserar på mer lönsamma åtgärder eller patienter. Att ersätta utifrån diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett försök för att minska risken för att vårdgivare fokuserar på lönsamma patienter. Vårdtillfällen grupperas i så kallade DRG-grupper efter hur mycket resurser de tar i anspråk. Ett fast pris för varje DRG-grupp ligger sedan till grund för ersättningen (Andersson m.fl. 2014, Lindgren 2014). En risk med DRG-baserad ersättning är att vårdgivarna ställer allvarigare diagnoser på patienter för att få en högre ersättning (Andersson m.fl. 2014). Sammanfattningsvis kan rörlig ersättning underlätta samordning om den ersätter för det, annars inte (SOU 2017:56 s.108–109).

*Målrelaterad ersättning* ger utföraren ersättning för uppnådda resultat eller avdrag om uppsatta mål inte uppnås (Lindgren 2014). Målrelaterad ersättning används till viss del inom hälso- och sjukvården men inom den kommunala verksamheten är ersättningsprincipen ovanlig (LHC 2014). Målrelaterad ersättning införs vanligen som komplement till fast eller rörlig ersättning för att höja kvaliteten. En risk med målrelaterad ersättning är att utföraren främst fokuserar på patientgrupper med större sannolikhet att uppnå målen (Andersson m.fl. 2014). Målrelaterad ersättning kan ge incitament till samordning om målen styr mot samverkan mellan olika aktörer (SOU 2017:56 s.117).

*Vårdepisodersättning* inom hälso- och sjukvården innebär att vårdgivare får betalt för en hel eller en del av en vårdepisod i stället för varje enskild aktivitet (Wohlin m.fl. u.å.).

forts.

Ersättningsprincipen är fast och bestäms i förväg men innehåller också inslag av målrelaterad ersättning. Vid behov kan ersättningen även justeras utifrån patienternas individuella förutsättningar. Genom att ersättningen betalas ut som ett paketpris och bestäms i förväg bär utföraren den finansiella risken (Wohlin m.fl. u.ö., Lindgren, 2014). Fördelarna med vårdepisodersättning är att den kan uppmuntra till samarbete mellan verksamheter och att se vårdepisoden som en helhet. Men ersättningsprincipen kan vara svår att tillämpa på vårdepisoder där start- och slutpunkterna är svårdefinierade, vilket också är då ersättningsprincipen är som mest motiverad (LHC 2014).

En blandning mellan vårdepisodersättning och målrelaterad ersättning är *värdebaserad ersättning* som syftar till att varje spenderad krona ska ge högsta möjliga värde för patienten. Med värde avses patientrelevanta hälsoutfall. Vid värdebaserad ersättning utgår ett paketpris för en hel vårdkedja och principen är att alla aktörer som kan påverka hälsoutfallet omfattas av ersättningen. Tanken är också att ersättningen ska utgå för hela vårdprocesser där alla delar skapar ett värde för patienter i form av hälsoutfall, snarare än att ersättningen utgår från befintliga vård- och omsorgsorganisationer (Andersson m.fl. 2014, Lindgren 2014).

#### 4.2.2 Att utforma ersättningssystemen för samordning

Studier pekar på att ersättningssystemen sällan ger incitament till samarbete mellan aktörer och att de även i vissa fall kan skapa gränser mellan vård och omsorgsverksamheter och hindra samarbete (SOU 2017:56 s.143, OECD 2016, LHC 2014). En blandning av styrsystem är att föredra för att nå samordning och utformningen av styrningen kan skilja sig från fall till fall. Sammantaget betonar en rad källor att alltför detaljerade ersättningssystem kan försämra förutsättningarna för samordning (Forum för Health Policy 2017, SOU 2017:56 s.143, LHC 2014).

Leading Healthcare (LHC 2014) presenterar tre tillvägagångssätt som kan användas för att modifiera de tre ersättningsprinciperna fast ersättning, rörlig ersättning och målrelaterad ersättning så att de skapar förutsättningar för samordning. Tillvägagångssätten är aggregering och viktning av ersättningen samt direkt ersättning. Vi använder dessa kategorier senare i rapporten när vi analyserar om och i så fall hur finansiella incitament har använts i våra studerade initiativ i syfte att förbättra samordningen för patienter och brukare.

Viktning av ersättningsnivån innebär att patienter och brukare grupperas efter förväntad resursinsats. När ersättningen viktas blir ersättningsnivån högre för grupper med större behov. Syftet är att motverka utförarnas incitament att annars prioritera enklare patienter eller brukare och undvika



mer kostsamma grupper. Med viktad ersättningen kan även möjligheterna att ge patienter och brukare samordnade insatser öka. Fast viktad ersättning innebär att betala en högre förutbestämd ersättning för grupper med högre förväntade resursinsatser, exempelvis multisjuka eller grupper med större behov av samordning. I dag viktas exempelvis vanligtvis kapitering som utgår till primärvården efter ålder, patienternas tidigare registrerade diagnoser genom "Adjusted Clinical Groups" (ACG) eller efter socioekonomiska förhållanden genom "Care need index" (CNI). Rörlig ersättning kan viktas genom att ersättningsnivån varierar beroende på vem patienten eller brukaren är. Högre ersättning utgår då till exempel för patienter och brukare med behov av samordning. Viktad målrelaterad ersättning innebär att ersättningen utformas för en viss grupp av patienter och brukare. Ett exempel är att belöna minskning av antalet äldre patienter med olämpliga läkemedelskombinationer.

Direkt ersättning innebär betalning för samordningsinsatser där aktörer från olika verksamheter deltar. Det ger en direkt belöning för aktiviteter som ska förbättra samordningen. Projektanslag för tidsbegränsade samordningsprojekt är exempel på fast direkt ersättning. Direkt rörlig ersättning innebär ersättning för aktiviteter där flera utförare medverkar och som förväntas stärka samordningen, exempelvis gemensam vårdplanering. Direkt målrelaterad ersättning utgår när mål om bättre samordning uppnås. Det är dock svårt att mäta sådana typer av resultat och i stället har direkt målrelaterad ersättning använts för exempelvis minskning av onödiga återinläggningar vilket kan vara ett resultat av att aktörer samarbetar. Den direkta målrelaterade ersättningen skulle också kunna baseras på patienters och brukares individuella upplevelser av samordningen.

Aggregering innebär att ersättningen riktas till en mer övergripande nivå som inkluderar fler vård- och omsorgsaktiviteter och fler utförare. Ersättningen ska ge utförarna incitament till att arbeta mot gemensamma mål och minska risken för att patienter faller mellan stolarna. Fast ersättning kan modifieras genom att en klumpsumma utgår till flera vård- och omsorgsområden eller flera utförare som traditionellt brukar ersättas separat. Rörlig ersättning kan betalas för en serie aktiviteter som utförs av olika vårdgivare. Aggregerad målrelaterad ersättning innebär att ersättning betalas ut för resultat av en förbättrad samordning på en övergripande systemnivå. Exempelvis kan flera verksamheter få ersättning som baseras på patienters och brukares upplevelser av den sammantagna vården och omsorgen.

Ett exempel på aggregerad rörlig ersättning är vårdepisodersättning för hela eller delar av en vårdkedja. Enligt OECD (2016) kan vårdepisodersättning



främja samordning för patienter med kroniska sjukdomar som vanligen behöver insatser från flera utförare. Forum för Health policy (2017) rekommenderar att man testar breda, enkla och inte för detaljerade ersättningssystem, exempelvis ersättning för hela vård- och omsorgskedjan. Ett problem med vårdepisodersättning är att det är svårt att tillämpa på vård-episoder utan tydliga start- och slutpunkter, exempelvis för personer med kroniska diagnoser (Andersson m.fl. 2014).

OECD (2016) beskriver även att en utökad ersättning för samordningsaktiviteter är ett sätt att ersätta för samordning. Den utökade ersättningen införs förslagsvis utöver den ordinarie ersättningen och kan exempelvis kopplas till aktiviteter som förutsätter samarbete mellan olika professioner. Ersättningen kan betalas före eller efter aktiviteten och kan vara utformad som en rörlig prestationsbaserad ersättning eller en klumpsumma som täcker förutbestämda aktiviteter under en period.

De modifierade ersättningsprinciperna har precis som de traditionella principerna för- och nackdelar. Överlag ger aggregerad och viktad ersättning endast indirekta incitament till samordning. Det finns till exempel inte någon garanti för att den viktade ersättningen används för att åstadkomma bättre samordning eller att verksamheterna samverkar till följd av ersättningen. För att aggregering ska fungera krävs att alla verksamheter som omfattas av ersättningen har ett liknande engagemang och vill göra sin del av arbetet. Vid aggregerad ersättning finns det dessutom en risk att det inte blir tydligt för verksamheterna att de har ett samordningsansvar. Såväl aggregerad som viktad ersättning behöver därför kombineras med tydliga uppdragsbeskrivningar och uppföljning som säkerställer att ersättningen når sitt syfte. Direkt ersättning betalas ut för att vårdgivare ska ägna sig åt samordningsaktiviteter. Fördelen med direkta ersättningar är att det är lättare att se till att pengarna får effekt men det behöver inte betyda att samordningsaktiviteterna är produktiva och meningsfulla (LHC 2014).









## Analys och jämförelse av samordningsinitiativ

Här analyserar vi vilka samordningsmedel som används i initiativen samt hur dessa svarar mot olika patient- och brukargrupper. Dessutom redogör vi för initiativens effekter för patienter och brukare, och för deras kostnadseffektivitet.

Analysen visar att de samordningsmedel som tillämpas varierar mellan olika initiativ och att de flesta initiativen har som mål att förbättra samordningen för personer med komplexa behov och små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen. För många av initiativen saknas utvärderingar och uppföljningar av om initiativen bidragit till förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv och av deras kostnads-effektivitet.

### *Samordningsmedel i de analyserade initiativen*

Analysen av vilka samordningsmedel som tillämpas utgår från ramverket i kapitel 3. I tabell 3 sammanfattas de frågor som vi har använt för att beskriva och analysera de studerade initiativen.

Samordningsinitiativen ska åstadkomma förändring på olika nivåer i vård- och omsorgssystemet. Detta innebär i sin tur att de samordningsmedel som identifieras i vårt ramverk blir mer eller mindre aktuella för beskrivningen av olika initiativ. Som tidigare beskrivits ska vårt ramverk således inte tolkas som en idealmodell där tillämpningen av samtliga samordningsmedel alltid är önskvärdt eller ens möjligt. I stället är detta ett första försök att systematiskt kategorisera och beskriva vilka samordningsmedel som används i initiativen.



**Tabell 3.** Frågor som används i analysen av initiativen.

Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	<p><b>Värdegrund från individens perspektiv:</b> Finns det en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv?</p> <p><b>Deltagande från patienter, brukare och anhöriga:</b> Deltar patienter, brukare och anhöriga i planering och beslut om vården och omsorgen?</p>
Tjänstesamordning	<p><b>Riktlinjer:</b> Finns det gemensamma riktlinjer som syftar till att etablera ett gemensamt arbetssätt?</p> <p><b>Koordinator för patienten och brukaren:</b> Finns det en koordinator för patienter och brukare som har förstahandsansvar för kontakt med brukare, patienter och anhöriga?</p> <p><b>E-hälsolösning:</b> Finns det en sammanhållen tjänst som möjliggör för patienter och brukare att vara medskapande i vården och omsorgen?</p>
Professionell samordning	<p><b>Multiprofessionellt team:</b> Finns ett multiprofessionellt team runt patienten eller brukaren?</p> <p><b>Samarbete mellan professioner:</b> Finns det ett mindre formellt professionsöverskridande samarbete genom utarbetade kontakter mellan professioner, utöver eventuella multiprofessionella team?</p> <p><b>Koordinator för professionen:</b> Finns det en koordinator som ansvarar för samordningen mellan olika professioner inom initiativet?</p> <p><b>Kommunikation inom initiativet:</b> Finns det rutiner för kommunikation mellan olika professioner inom initiativet?</p>
Administrativ samordning	<p><b>Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem:</b> Används integrerade dokumentationssystem för verksamheter inom initiativet som traditionellt dokumenterar i olika journalsystem?</p> <p><b>Tekniskt kommunikationssystem:</b> Finns det andra tekniska system som kan underlätta samarbete och informationsutbyte mellan de verksamheter som ingår i initiativet?</p>
Organisationssamordning	<p><b>En organisation:</b> Tillhör samtliga aktörer som medverkar i initiativet samma organisation?</p> <p><b>Formell samverkan mellan fristående organisationer:</b> Bygger initiativet på en formell samverkan mellan fristående organisationer som slutit avtal med varandra om samverkan?</p>
Finansiell samordning	<p><b>Gemensam finansiering:</b> Finansieras verksamheten inom initiativet gemensamt av båda huvudmännen?</p> <p><b>Incitament:</b> Tillämpas särskilda ersättningssystem som skapar incitament för samordning?</p>
Systemsamordning	<p><b>Samverkansform:</b> Finns det en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund för initiativet? Frågan är endast aktuell för initiativ på lokal eller regional nivå.</p> <p><b>Uttalat politiskt stöd:</b> Finns det ett tydligt uttalat politiskt stöd för initiativet i form av exempelvis politiska beslut, lagar eller policydokument?</p>

För varje initiativ ger vi en övergripande beskrivning av syftet och en kort beskrivning över vilken nivå av komplexitet i samordningen som initiativet ska överbrygga. Vi identifierar fem nivåer där samordningens komplexitet ökar för varje nivå: samordning mellan personer och professioner, enheter, organisationer, domäner och huvudmän. Den lägsta nivån av komplexitet innebär att samordningen behöver ske mellan olika personer och professioner inom en enhet. Med enhet avses en indelning inom en organisation. En

organisation kan till exempel vara ett sjukhus. Domäner kännetecknas av att det finns en gemensam professionskultur och de som verkar inom en domän har en gemensam akademisk eller professionell bakgrund. Till exempel avser domäner ur ett sjukvårdsperspektiv olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses i stället olika verksamheter så som stöd till funktionsnedsatta och äldreomsorg. Samordningen blir som mest komplex när den sker mellan verksamheter som har olika huvudmän. Samordningen behöver då ske mellan såväl olika professionsgrupper, enheter, organisationer och domäner. Slutligen redogör vi för våra bedömningar av vilka samordningsmedel som initiativen tagit fasta på för att uppnå en samordnad vård och omsorg. Vi har dock inte haft möjlighet att svara på i vilken omfattning arbetet med ett särskilt samordningsmedel genomsyrar det praktiska arbetet i verksamheterna. I avsnitt 5.3 summerar vi sedan våra mer övergripande iakttagelser av vilka samordningsmedel som tillämpas.

## 5.1 LOKALA INITIATIV FÖR SAMORDNING

### 5.1.1 Projekt Hälsostaden

#### *Projekt Hälsostadens syfte och form*

Projekt Hälsostaden i Ängelholm har som uttalat syfte att öka tillgängligheten, skapa ökade möjligheter att erbjuda vård och omsorg på rätt nivå och förbättra patientflödena mellan sjukhus, primärvård och kommunens vård och omsorg. Målgruppen för initiativet är sjuka äldre. Projekt Hälsostaden startades 2013 och efter de inledande åren genomfördes en översyn av initiativet som visade på positiva resultat vilket ledde till vidare finansiering fram till 2018.

#### *Vilken typ av komplexitet syftar Projekt Hälsostaden till att minska?*

Initiativet syftar till att förbättra samarbetet mellan kommunal vård och omsorg, primärvård och specialiserad sjukhusvård. Avsikten är därför att minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter från båda huvudmännen. Det innebär att projektet arbetar med att minska komplexiteten i samordningen på alla nivåer.



## Samordningsmedel i Projekt Hälsostaden

**Tabell 4.** Samordningsmedel som används i Projekt Hälsostaden.

Projekt Hälsostaden		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalat värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	✓
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	✓
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Målet är att öka tillgängligheten inom närsjukvården och förbättra patientflödena mellan sjukhus, primärvård och kommun genom samverkan mellan vård- och omsorgsverksamheter inom Ängelholms kommun och Region Skånes vårdområden. Färre patienter ska uppleva att de ”faller mellan stolarna”, och fler ska behandlas på rätt vårdnivå. Vi bedömer därför att Hälsostaden bygger på en *uttalat värdegrund som utgår från individens perspektiv*.

I initiativets projektplan beskrivs att de samverkande parterna ska använda gemensamma *riktlinjer* vilket vi tolkar som exempel på att tjänstesamordning tillämpas inom ramen för initiativet. Därutöver har tre *multiprofessionella* team bildats med personal från verksamheter inom både kommunen och landstinget. Teamen är ett mobilt akutteam, ett närsjukvårdsteam och en kommunal korttidsavdelning. Det mobila akutteamet vänder sig till individer med akut behov av punktinsatser i hemmet med syftet att undvika onödiga inskrivningar på sjukhus samt att skapa en bättre trygghet. Närsjukvårdsteamet har liknande



uppgifter men riktar sig till äldre och sjukare patienter. Den kommunala korttidsavdelningen finns på sjukhuset och är till för dem som behöver fortsatt vård när sjukhusets vård är avklarad. Utöver de multiprofessionella teamen har även initiativet etablerat ett mindre *formellt samarbete* med den övriga specialistvården.

Initiativet bygger på att kliniker, vårdcentraler och delar av kommunen ska arbeta tillsammans i *en samlad organisation* som styrs av avtal mellan verksamheterna. Initiativet bedrivs i projektform med en chef och en egen förvaltning inom Region Skåne, direkt underställd regionledningen. Projektet leds av en styrgrupp som består av regiondirektören i Region Skåne, Ängelholms kommundirektör och en politisk grupp där förtroendevalda från kommun- och regionstyrelsen deltar. Det tolkar vi som exempel på att det finns ett *uttalat politiskt* stöd för Projekt Hälsostadens verksamhet och det finns planer på att bilda två liknande projekt i andra städer inom Region Skåne. Vår bedömning är vidare att den finansiella *samordningen* mellan verksamheterna är stark. Initiativet finansieras av en gemensam budget vilket till exempel innebär att primärvården inte debiterar kommunen för läkarbesök vid särskilda boenden.

### Källor

Sammanställningen av information om Projekt Hälsostaden har huvudsakligen hämtats från: initiativets webbsida (Region Skåne 2016), intervju med företrädare för Projekt Hälsostaden, utvärdering av Carlsson m.fl. (2016), Forum för Health Policy (2017) och underlag som vi fått ta del av i samband med intervju med företrädare för initiativet.

## 5.1.2 Närvård västra Skaraborg

### *Närvård västra Skaraborg syfte och form*

Det uttalade syftet för Närvård västra Skaraborg är att erbjuda de mest sjuka, huvudsakligen äldre, bättre vård och omsorg i hemmet och minska undvikbar sjukhusvård. Andra uttalade syften med initiativet är bland annat att öka kvaliteten på vården och omsorgen samt individens upplevelse av trygghet och nöjdhet men också att använda befintliga resurser effektivt ur ett samhällsperspektiv. Initiativet utvecklades i Västra Skaraborg 2001 och omfattar numera samtliga kommuner i före detta Skaraborgs län samt införs nu även i hela Västra Götaland.



## Vilken typ av komplexitet syftar Närvård västra Skaraborg till att minska?

Fokus för Närvård västra Skaraborg har varit att minska komplexiteten i samordningen ända upp på kommun- och landstingsnivå. Olika aktörer på olika nivåer samt personer och professioner samverkar för att patienter och brukare ska uppleva att insatserna från vården och omsorgen är mer samordnade.

## Samordningsmedel i Närvård västra Skaraborg

**Tabell 5.** Samordningsmedel som används i Närvård västra Skaraborg.

Närvård västra Skaraborg		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	✓
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Fiansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	✓
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalad politiskt stöd:	✓

Vår bedömning är att det inom Närvård västra Skaraborg finns ett fokus på att etablera en *värdegrund som utgår från individens perspektiv*. Den uttalade visionen är att individen ska vara trygg och nöjd och uppleva att vården och omsorgen är samordnad. Man ska se till patientens och brukarens behov, preferenser och värderingar, och personen ska kunna påverka planering och beslut tillsammans med anhöriga när detta önskas.

Vi bedömer vidare att initiativet i huvudsak ska förbättra den *professionella samordningen* i vården och omsorgen. Inom initiativet har en modell byggts upp som består av tre delar: specialistteam från slutenvården, mobila hem-sjukvårdsläkare och den kommunala vården och omsorgen. I teamen arbetar

både omsorgspersonal och sjukvårdspersonal och samarbetet är organiserat runt individen, vi ser detta som exempel på *multiprofessionella team*. Målet är att all vård ska ges i hemmet där den kommunala vården och omsorgen utgör basverksamheten. Specialistteamen och mobila hemsjukvårdsläkare arbetar tätt tillsammans med den kommunala vården och omsorgen, exempelvis deltar de i hembesöken. Det finns även ett etablerat *samarbete mellan professioner* där de mobila teamen arbetar tillsammans med de vård- och omsorgsinsatser som ges av andra verksamheter inom kommunen, primärvården och sjukhusvården. Vidare uppfattar vi att det finns rutiner för hur *kommunikationen inom initiativet* ska ske. Till exempel finns det ett lärande nätverk för erfarenhetsutbyte och verksamhetsutveckling där personal från olika discipliner och patienter och anhöriga kan delta.

Mobila hemsjukvårdsläkare har bland annat i uppgift att förbättra läkemedelsbehandlingen för personer i kommunal hälso- och sjukvård med behov av vård i hemmet och i särskilt boende på korttid. Arbetet har resulterat i att tillgången till elektroniska läkemedelslistor har förbättrats vilket är ett exempel på ett *tekniskt kommunikationssystem* som kan underlätta för samordning och informationsutbyte inom initiativet.

Samordningen inom Närvård Västra Skaraborg bygger på *formell samverkan mellan fristående organisationer* och samarbetet styrs av avtal mellan parterna. Inom hela Västra Götaland kommer extra ersättning utgå till vårdcentraler som har mobil hemsjukvårdsläkare från och med 2018. Denna ersättning ska beräknas utifrån listade patienter som är över 65 år, kön och vårdtyngd. De vårdcentraler som får särskild ersättning för geografi och socioekonomi får extra tillägg. Det kommer även utgå extra ersättning för att upprätta en SIP. Vi bedömer att detta är exempel på ersättningssystem som kan *ge incitament* för samordning. Vidare bedömer vi att det finns det ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet. Till exempel har initiativet en ledningsgrupp som består av beslutsfattande chefer från de medverkande kommunerna, sjukhuset i Lidköping samt representanter från primärvården. Ledningsgruppen ansvarar bland annat för planering av arbetet och man har ett gemensamt styrkort med initiativets vision, de gemensamma målen och hur arbetet ska bedrivas.

### Källor

Sammanställningen av information om Närvård västra Skaraborg har huvudsakligen hämtats från: Health Care Management (2015), Health Care Management (2013), Forum för Health Policy (2017), Skaraborgs kommunalförbund och Västra Götalandsregionen (2014), initiativets webbplats (Närvård västra Skaraborg u.å.), Västra Götalandsregionen (2017) och intervju med företrädare från Närvård västra Skaraborg.



### 5.1.3 Esther nätverk

#### *Esthers syfte och form*

Initiativet Esther är ett nätverk med en uttalad vision om att personer med komplexa vårdbehov ska få uppleva trygghet och oberoende samt leva ett självständigt liv. Nätverkets arbete ska utgå från vad som är bäst för den fiktiva patienten Esther som representerar personer med komplexa vårdbehov som behöver en samordnad vård och omsorg. Genom att arbetet planeras utifrån en tänkt person hoppas nätverket kunna flytta fokus från den egna organisationen till vad som är bäst för patienten. Nätverket startade som ett projekt 1997 och har utvecklats till en modell för samarbete mellan kommuner, primärvård och slutenvård i hela Region Jönköpings län samt Ydre i Östergötlands län. Som stöd i nätverkets utvecklingsarbete finns patienter, brukare och så kallade Esthercoacher.

#### *Vilken typ av komplexitet syftar Esther till att minska?*

Initiativet syftar primärt till att arbeta med normativ samordning som utgår från individens perspektiv. Det tar sig bland annat uttryck i att verksamheterna inom initiativet ska utgå från vad som är bäst för individen. Till följd av detta har nya arbetsformer introducerats, exempelvis team där flera professioner ingår. Vi bedömer därför att initiativet bidrar till att minska komplexiteten i samordningen mellan personer och professioner, enheter, organisationer, domäner och kommuner och landsting.

#### *Samordningsmedel i Esther*

**Tabell 6.** Samordningsmedel som används i Esther.

Esther nätverk		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	✓
	Kommunikation inom initiativet:	✓

**Tabell 6.** Samordningsmedel som används i Esther, forts.

Esther nätverk	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation: <input checked="" type="checkbox"/>
	Tekniskt kommunikationssystem:
Organisationssamordning	En organisation:
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:
	Incitament:
Systemsamordning	Samverkansform:
	Uttalat politiskt stöd: <input checked="" type="checkbox"/>

Initiativet kännetecknas av att det finns en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv eftersom frågan vad som är bäst för Esther styr verksamheten, och arbetet inom nätverket genomsyras av att göra individens kontakt med vården och omsorgen så bra och enkel som möjligt. Därutöver ska patienter och brukare samt anhöriga vara delaktiga i planering och beslut.

Det finns riktlinjer som styr hur arbetet ska bedrivas för att säkerställa att patienten och brukaren upplever vården och omsorgen som samordnad. Det finns bland annat rutiner för en samordnad vårdplanering för personer som blir utskrivna från slutenvård men som behöver insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård och öppenvård. I riktlinjerna ingår att det ska finnas en vårdsamordnare på vårdcentralen med ansvar för att hålla ihop vårdsamordningen och ha kontakt med patienten och brukaren. Vi bedömer att detta är ett exempel på *koordinator för patienten och brukaren*. Under våren 2017 testades mobila team i två kommuner och tanken är att det nya arbetssättet ska spridas och vidareutvecklas. I teamen medverkar personal från kommunal hälso- och sjukvård, primärvården och specialistvården och vi ser därför att detta är exempel på *multiprofessionella team*. Inom initiativet har mötesplatser skapats där personal från olika verksamheter kan träffas, vilket vi bedömer är exempel på *samarbete mellan professioner*. En sådan mötesplats är exempelvis det så kallade Esther Café där olika professioner och patienter och brukare träffas för att diskutera hur vårdkedjan fungerar. Träffarna arrangeras fyra gånger per år. Det finns även rutiner för *kommunikation inom initiativet*, exempelvis har distriktsläkare utsedda specialistläkare på sjukhusnivå som de kan ringa för konsultation. För att Esthernätverket ska vara hållbart har så kallade Esthercoacher etablerats. Vi bedömer att Esthercoacherna är exempel på det som vi kallar *koordinatorer för professionen*. De ska bland annat säkerställa att verksamheternas arbete



sker i Esthers anda och de ska skapa förutsättningar för ett patientorienterat arbetssätt. De har även i uppgift att utveckla Esthernätverket samt att stödja utvecklingen av tvärprofessionellt arbete. Detta kan exempelvis ske genom att coacherna för fram idéer om kunskapsutveckling. Primärvården och slutenvården använder samma journalsystem vilket tyder på att det finns en *integrerad dokumentation*.

Det finns ett *uttalat politiskt stöd* för Esther nätverk i form av ett samverkanforum där politiker från Region Jönköpings län och kommunerna inom länet medverkar. I samverkanforumet fattas beslut om initiativets inriktning och utveckling, exempelvis har ett beslut tagits om att Esthernätverket ska bli ett gemensamt arbete för samverkan i hela Jönköpings län.

#### Källor

Sammanställningen av information om Esther har huvudsakligen hämtats från: The commonwealth fund (2016), intervju med företrädare från Esther, webbplats om Esther (Region Jönköpings län u.å.a), webbplats om Samverkan mellan kommuner och Region (Region Jönköpings län u.å.b) och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2014).

### 5.1.4 Tiohundra

#### *Tiohundra* syfte och form

Inom initiativet Tiohundra har offentligt drivna vård- och omsorgs- verksamheter, som tidigare var uppdelade mellan kommun och landsting, slagits samman i en gemensam organisation, Tiohundra AB. Tiohundra ägs av ett kommunalförbund mellan Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun som heter Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje. Tiohundra står för den offentliga vården och omsorgen men kommunalförbundet är också beställare av vård och omsorg som ges av privata utförare. Tiohundra erbjuder vård och omsorg till alla i Norrtälje kommun och invånare i Stockholms län som söker vård i Norrtälje. Genom bildandet av Tiohundra ville man skapa en helhet för patienter och brukare med samordnade insatser och en komplett vård- och omsorgskedja.

Startskottet för initiativet var ett besparingsarbete inom Stockholms läns landsting där ett förslag var att Norrtälje sjukhus inte längre skulle få bedriva akutsjukvård. Förslaget om att lägga ner sjukhuset möttes av stora protester och alternativet blev ett tvärpolitiskt samarbete mellan kommun och landsting där sjukhuset fick behålla sin akutstatus. Projektet startades 2006 och blev permanent först efter tio år.

### Vilken typ av komplexitet syftar Tiohundra till att minska?

Den gemensamma utförarorganisationen och beställarorganisationen i Norrtälje medför att komplexiteten i samordningen minskar ända upp på huvudmannanivå mellan kommun och landsting. Det innebär att initiativet är utformat för att förbättra samordningen mellan domäner och mottagningar inom hälso- och sjukvården och omsorgen, olika enheter på exempelvis sjukhuset och mellan olika personer och professioner inom enheter.

### Samordningsmedel i Tiohundra

Vi har valt att studera Tiohundra som en helhet snarare än att bedöma enskilda verksamhetsområden inom Tiohundra. Det innebär att en bedömning av initiativet som helhet kan skilja sig mot en bedömning av ett delområde inom hela verksamheten.

**Tabell 7.** Samordningsmedel som används i Tiohundra.

Tiohundra		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	✓
	Tekniskt kommunikationssystem:	✓
Organisationsamordning	En organisation:	✓
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	✓
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	✓
	Uttalat politiskt stöd:	✓

För Tiohundra som helhet bedömer vi att det finns en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*. Bland annat framgår det av verksamhetsplanen för 2016 att man ska arbeta i nätverk runt patienten och erbjuda sammanhållna vårdkedjor för att skapa kontinuitet. Verksamhetsplanen och initiativets vision beskriver att patienter och



brukare samt anhöriga ska få *delta* i planeringen av vården, exempelvis vid upprättande av vårdplaner.

Inom Tiohundra har *riktlinjer* tagits fram för att förbättra samordningen. Ett exempel är riktlinjer om informationsöverföringen i samband med övergångar mellan sjukhus och primärvård. Vidare finns det etablerade *samarbeten mellan professioner* så som multiprofessionella konferenser och teambesök inom primärvården där flera professioner kan medverka i mötet med patienten. Inom Tiohundra är primärvård, sjukhus och psykiatri anslutna till den gemensamma sammanhållna journalen inom Stockholms läns landsting. Det innebär att det finns en *integrerad dokumentation* för de anslutna vårdgivarna inom Tiohundra. Det är dock fortfarande inte möjligt för omsorgsverksamheterna att dokumentera i samma system, men sjuksköterskor i omsorgen kan få behörighet att ta del av informationen i patientjournalen. Beträffande andra *tekniska kommunikationssystem* bedömer vi att det finns exempel på tekniska lösningar som kan underlätta för samarbete och informationsutbyte. Exempelvis används digitala verktyg där omsorgspersonalen kan skriva under när de gett patienter läkemedel och sjuksköterskor på äldreboenden har utrustats med kameror som används för att exempelvis skicka bilder på sårskador till geriatriker på sjukhuset.

Tiohundra är ett av de initiativ där vi bedömer att *organisations-samordningen* är som starkast eftersom hälso- och sjukvården samt omsorgen organiserats i samma utförarorganisation. Hälso- och sjukvården och omsorgen inom Tiohundra *finansieras* dessutom med en gemensam budget. Däremot används alltså separata ersättningsmodeller för olika verksamhetsområden inom Tiohundra. Även när det gäller *system-samordningen* ser vi att initiativet särskiljer sig genom att det finns en gemensam beställare i form av kommunalförbundet.

### Källor

Sammanställningen av information om Tiohundra har huvudsakligen hämtats från: Öhrlings PricewaterHouseCoopers (2009), Leading Health Care (2012), Norrtälje kommun (2013), Sveriges Kommuner och Landsting (2007), Stockholms läns landsting och Tiohundra AB (u.å.), intervju med företrädare från Tiohundra och tre webbplatser som rör initiativet (Tiohundra u.å., Tiohundraprojektet u.å., Norrtälje Kommun u.å.).



### 5.1.5 Södertäljemedellen

#### *Södertäljemedellens syfte och form*

I Södertäljemedellen arbetar den kommunala socialpsykiatrin och den landstingsdrivna psykiatriska öppenvården tillsammans. Det uttalade syftet med samarbetet är att personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom som medför varaktig funktionsnedsättning ska ha en ingång till den hjälp de behöver, oavsett vilken verksamhet som ansvarar för vad. Patienter och brukare ska inte "bollas" mellan olika professioner på grund av gränsdragningar mellan huvudmännen. Södertäljemedellen bildades i samband med psykiatireformen 1995. I dag är initiativet ett samarbete mellan den landstingsdrivna psykiatriska sektorn i Södertälje och socialtjänsten i Södertälje kommun.

#### *Vilken typ av komplexitet syftar Södertäljemedellen till att minska?*

Södertäljemedellen ska minska komplexiteten i samordningen mellan kommunens och landstingets verksamheter. Det uttalade syftet med initiativet är att patienter och brukare ska ha en ingång till den hjälp de behöver vilket man försöker uppnå genom att samordna domäner, organisationer, enheter samt personer och professioner.

#### *Samordningsmedel i Södertäljemedellen*

**Tabell 8.** Samordningsmedel som används i Södertäljemedellen.

Södertäljemedellen		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓



Vi bedömer att Södertäljemodellen karakteriseras av en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv* där den gemensamma målsättningen är att utgå från individens behov samt att låta patienter och brukare delta i planeringen tillsammans med anhöriga om så önskas. En individ ska aldrig "falla mellan stolarna" på grund av gränsdragningar mellan huvudmännen. Vidare syftar initiativet till att personer med allvarliga psykiska sjukdomar ska ha så goda livsvillkor som möjligt och i möjligaste mån klara sig i eget boende.

Varje patient och brukare har två samordnare från varje huvudman vilket vi ser som exempel på det vi kallar för *koordinator för patienten och brukaren*. *Professionell samordning* är ett viktigt samordningsmedel för Södertäljemodellen. En neuropsykiatrisk enhet och en behandlingsenhet inom psykiatrin samarbetar med kommunens socialpsykiatriska behandlingsenhet vilket är exempel på *multiprofessionella team*. Såväl läkare, sjuksköterskor, mentalskötare, arbetsterapeuter, psykologer, socialsekreterare som boendestödare arbetar tillsammans i teamen. Dessutom finns mindre formaliserade *samarbeten mellan olika professioner*, däribland försäkringskassan och arbetsförmedlingen. *Kommunikationen inom initiativet* förenklas av att verksamheterna arbetar i samma byggnad. Dock bygger informationsdelning så som journaler, papperskopior och gemensamma möten på patientens samtycke.

Södertäljemodellen bygger på *formell samverkan mellan fristående organisationer*. Samverkan styrs av avtal mellan Stockholms läns landsting och Södertälje kommun. Verksamheten leds gemensamt av två chefer, en från respektive huvudman. I huvudsak finansierar landstinget och kommunen sina respektive delar av verksamheten. Vi bedömer vidare att Södertäljemodellen har ett *uttalat politiskt stöd*. Initiativet har sin utgångspunkt i psykiatrireformen 1995 som syftade till att förbättra villkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning och i samband med detta fanns en beställning av initiativet inom landstinget.

### Källor

Sammanställningen av information om Södertäljemodellen har huvudsakligen hämtats från: Götmak m.fl. (2006), Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde (2010), Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde (2012), intervjuer med företrädare för Södertäljemodellen och initiativets webbsida (Psykiatricentrum Södertälje 2015).

### 5.1.6 Aktiv hälsostyrning

#### *Aktiv hälsostyrnings syfte och form*

Aktiv hälsostyrning är ett telefonbaserat stöd för patienter som ofta sökte akutvård. Det uttalade syftet var att ge patienten bättre vård och livskvalitet och samtidigt förbättra resursutnyttjandet inom vården. Initiativet startades som ett samarbetsprojekt mellan Stockholms läns landsting och företaget Health Navigator AB 2010. Senare spreds initiativet även till andra landsting. Vi har studerat hur initiativet utformades mellan Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, nu är samarbetet avslutat.

I början av projektet identifierades alla patienter som besökt akutmottagningen tre eller fler gånger. De patienter som hade hög risk för undvikbara sjukhusinläggningar och akuta besök erbjöds en så kallad vårdcoach. Vårdcoacherna som i grunden är utbildade sjuksköterskor var under projekt-tiden anställda av Health Navigator AB. Vårdcoachens främsta uppgift var att stötta patienten till att få en större förståelse för sin sjukdom och förbättra den egna förmågan att vara delaktig i sin vård, snarare än att ta över genom att exempelvis göra bokningar och liknande.

#### *Vilken typ av komplexitet syftar Aktiv hälsostyrning till att minska?*

Vi bedömer att fokus för Aktiv hälsostyrning inte var att minska komplexiteten i samordningen mellan olika aktörer utan att stärka patientens förmåga att vara delaktig i sin vård.


#### *Samordningsmedel i Aktiv hälsostyrning*

**Tabell 9.** Samordningsmedel som används i Aktiv hälsostyrning.

Aktiv hälsostyrning	
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv: <input checked="" type="checkbox"/>
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut: <input checked="" type="checkbox"/>
Tjänstesamordning	Riktlinjer:
	Koordinator för patienten och brukaren: <input checked="" type="checkbox"/>
	E-hälsolösning:
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:
	Samarbete mellan professioner:
	Koordinator för professionen:
	Kommunikation inom initiativet:



**Tabell 9.** Samordningsmedel som används i Aktiv hälsostyrning, forts.

Aktiv hälsostyrning	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation: Tekniskt kommunikationssystem:
Organisationssamordning	En organisation: Formell samverkan mellan fristående organisationer:
Finansiell samordning	Gemensam finansiering: Incitament:
Systemsamordning	Samverkansform: Uttalat politiskt stöd: 

Vi bedömer att initiativet Aktiv hälsostyrning kännetecknades av en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*. Avsikten var att förbättra patientens vård och livskvalitet och patientens medverkan sågs som viktig för att öka patientens delaktighet i sin egen vård.

Den telefonbaserade coachningen är ett exempel på det vi benämner som *koordinator för patienten och brukaren*. Under projekttiden var Hälsö- och sjukvårdsnämnden beställare av initiativet i Stockholms läns landsting vilket visar på att det fanns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet. Efter projekttiden fanns en ambition om att etablera permanenta vårdcoacher som stöd för patienter med omfattande behov av förebyggande insatser, men det har inte införts ännu.

### Källor

Sammanställningen av information om Aktiv hälsostyrning har huvudsakligen hämtats från: Stäck m.fl. (2012), Edgren m.fl. (2016a), Edgren m.fl. (2016b), Tillväxtverket (2012), Stockholms läns landsting (2015) och intervjuer med företrädare för Aktiv hälsostyrning.

## 5.2 NATIONELLA INITIATIV FÖR SAMORDNING

### 5.2.1 Familjecentraler

#### *Familjecentralers syfte och form*

Familjecentralerna ska främja en god hälsa bland barn och föräldrar. Det är en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet. En Familjecentral bör innehålla minst dessa verksamheter men andra professioner och verksamheter kan också ingå. De första Familjecentralsliknande verksamheterna startades

under 1970-talet och under 1990-talet startade dåvarande Folkhälsoinstitutet ett nätverk för förebyggande hälsovård. Utifrån nätverket etablerades bland annat Familjecentraler. I dag finns det cirka 60 Familjecentraler runtom i Sverige.

*Vilken typ av komplexitet syftar Familjecentralerna till att minska?*

Familjecentralerna är utformade på olika vis exempelvis vad gäller vilka aktörer som medverkar. Sammantaget bedömer vi att centralerna arbetar för att minska komplexiteten upp på huvudmannanivå eftersom aktörer från både landsting och kommuner medverkar.

*Samordningsmedel i Familjecentraler*

Familjecentralerna skiljer sig beträffande vilka professioner som samverkar och hur de arbetar. För att svara på frågorna om vilka samordningsmedel som används har vi försökt uppskatta om initiativet som helhet syftar till att använda medlet i fråga. Exempelvis har vi bedömt att Familjecentralerna som helhet inte syftar till att arbeta med gemensamma riktlinjer trots att vissa Familjecentraler valt att arbeta så.

**Tabell 10.** Samordningsmedel som används i Familjecentralerna.

Familjecentraler	
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv: ✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut: ✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:
	Koordinator för patienten och brukaren:
	E-hälsolösning:
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:
	Samarbete mellan professioner: ✓
	Koordinator för professionen:
	Kommunikation inom initiativet: ✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:
	Tekniskt kommunikationssystem:
Organisationssamordning	En organisation:
	Formell samverkan mellan fristående organisationer: ✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:
	Incitament:
Systemsamordning	Samverkansform:
	Uttalad politiskt stöd: ✓



Familjecentralerna ska ge förebyggande stöd till föräldrar och barn. Familjen står i fokus och *deltar i planering och beslut* vilket gör att vi bedömer att initiativet kännetecknas av en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*. Det finns ett etablerat *samarbete mellan professioner* inom Familjecentralerna där minst mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet bör medverka. Verksamheterna samarbetar vanligtvis genom att de är samlokaliserade snarare än att de arbetar tillsammans i det vi kallar multiprofessionella team. Även andra professioner och verksamheter kan vara inkluderade i en Familjecentral, exempelvis ungdomsmottagning, elevhälsa och kvinnofridsmottagning. Samlokaliseringen kan ge förutsättningar för informationsutbyte och Familjecentralerna håller gemensamma arbetsplatsmöten vilket kan gynna *kommunikationen* mellan professionerna inom initiativet.

Familjecentralerna är organiserade på olika vis men vanligen bygger centralerna på en *formell samverkan mellan fristående organisationer* som styrs av avtal. Även den *finansiella samordningen* kan vara mer eller mindre stark vid olika Familjecentraler men vanligtvis finansieras verksamheten av parternas ordinarie budget. På vissa håll finansieras dock Familjecentralerna med en gemensam budget. I en utvärdering av Ramböll genomfördes en enkät där majoriteten av Familjecentralerna angav att det finns en tydlig långsiktig politisk vilja bakom Familjecentralerna, vilket visar att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för många Familjecentraler.

### Källor

Sammanställningen av information om Familjecentralerna har huvudsakligen hämtats från Familjecentralernas webbplats (Familjecentraler u.å.), Socialstyrelsen (2008) och Ramböll (2014).

## 5.2.2 Nationell patientöversikt (NPÖ)

### *NPÖs syfte och form*

Nationell patientöversikt (NPÖ) är en it-lösning som gör det möjliggör för berörda vårdgivare att ta del av samma information, om patienten samtycker till att informationen delas. Syftet är att NPÖ ska förbättra informationsutbytet mellan kommunala, landstingsdrivna och privata vårdgivare. Informationsdelning via NPÖ ska ge en helhetsbild av patienten, öka vårdkvaliteten, minska kostnaderna genom att undvika dubbelarbete samt ge

bättre verktyg för planering och samordning. NPÖ riktar sig till alla patienter inom sjukvården.

### Vilken typ av komplexitet syftar NPÖ till att minska?

NPÖ syftar till att underlätta för personal att ta del av journalinformation vilket kan främja samordning genom att viktig information finns tillgänglig för fler vårdgivare och patienter.

### Samordningsmedel i NPÖ

Eftersom NPÖ är ett initiativ som syftar till informationsdelning är flera av frågorna inte relevanta för initiativet. Dessa samordningsmedel är professionell samordning, organisatorisk samordning och finansiell samordning.

**Tabell 11.** Samordningsmedel som används i NPÖ.

Nationell patientöversikt (NPÖ)		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	
Tjänstesamordning	Riklinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	
	E-hälsolösning:	✓
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	✓
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationsamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalad politiskt stöd:	✓

Tanken med NPÖ är att information om patienten ska kunna delas mellan olika vårdgivare i syfte att stärka patientsäkerheten och säkerställa att verksamheterna får en helhetsbild av patientens samlade behov. Även patienten ska kunna ta del av informationen. Med detta som grund bedömer vi att NPÖ har en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*.



Beträffande *tjänstesamordning* som samordningsmedel ser vi att NPÖ är en *e-hälsolösning* som kan riktas till patienter och brukare. Initiativet är en form av *integrerad dokumentation* med huvudsyftet att förbättra samordningen mellan vårdgivare genom att tillåta att registrerad information kan delas mellan privata vårdgivare samt vårdgivare från olika landsting och kommuner.

NPÖ är en tjänst som har utvecklats av bolaget Inera AB som ägs av Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt landsting och kommuner. Inera har i uppdrag av ägarna att utveckla gemensamma digitala tjänster, NPÖ är ett sådant exempel. Vi tolkar detta som att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet.

#### Källor

Sammanställningen av information om NPÖ har huvudsakligen hämtats från: Sveriges Kommuner och Landsting (2014) och Ineras webbsida (Inera u.å.).

### 5.2.3 Samordnad individuell plan

#### *De samordnade individuella planernas syfte och form*

En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas så snart någon har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). I planen ska det framgå vilka insatser som individen behöver, vem som ska ansvara för dem och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. 2010 infördes kravet på att upprätta SIP i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

#### *Vilken typ av komplexitet syftar de samordnade individuella planerna till att minska?*

En SIP kan omfatta insatser från flera aktörer inom hälso- och sjukvården, omsorgen och andra verksamheter. Det innebär att initiativet tar fasta på att minska komplexiteten i samordningen av insatser från både kommun och landsting. Det innebär att planen kan förbättra förutsättningarna för samordningen av insatser som utförs inom olika sjukvårds- och omsorgsområden, på olika mottagningar, inom olika enheter och av olika personer och professioner inom en enhet.



## Samordningsmedel i de samordnade individuella planerna

**Tabell 12.** Samordningsmedel som används i SIP.

Samordnad Individuell Plan (SIP)		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationsamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalad politiskt stöd:	✓

Syftet med planen är att vården och omsorgen ska samordnas för individen där det ska vara tydligt för individen vem som gör vad, vilket tyder på att det finns en *normativ samordning som utgår från individens perspektiv*. Individens samtycke krävs i upprättandet av en SIP och individen ska vara *delaktig* och ha inflytande i arbetet med planen om det är möjligt. I de fall det är lämpligt eller önskas kan anhöriga och andra i individens nätverk också delta i upprättandet av planen.

Beträffande förekomsten av *tjänstesamordning* gör vi bedömningen att flera kommuner och landsting har utformat egna *riktlinjer* för arbetet med SIP. Det ska även finnas en namngiven *koordinator* som länk mellan patienten och brukaren och dennes kontakter. I upprättandet av en SIP hålls ett möte mellan samtliga aktörer som individen behöver ha kontakt med. Representanter från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska delta men även andra aktörer kan vara aktuella, däribland Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och skolan. Vilka aktörer som ska medverka utgår från behovet. Vi menar därför att initiativet syftar till att etablera ett *samarbete mellan professioner*. Vår bedömning är vidare att planen kan underlätta

*kommunikationen* mellan individens kontakter inom initiativet men planen ersätter inte annan vårddokumentation.

Eftersom det är lagkrav på att upprätta en SIP för individer som är i behov av en plan bedömer vi att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för arbetet med initiativet.

#### Källor

Sammanställningen av information om SIP har huvudsakligen hämtats från: webbplats om Uppdrag Psykisk Hälsa (Uppdrag Psykisk Hälsa u.å.), Sveriges kommuner och landsting (2017) och Socialstyrelsen (Socialstyrelsen u.å.).

### 5.2.4 Finsam

#### *Finsams syfte och form*

Finsam, eller lagen om finansiell samordning (2003:1210) riktar sig till personer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser för att kunna arbeta. Rehabiliteringsinsatserna finansieras genom att stat, kommun och landsting går samman och bidrar med ekonomiska medel. Målgruppen utgörs av individer i förvärvsaktiv ålder men äldre och yngre kan också ingå. Den exakta målgruppen varierar beroende på hur behovet ser ut på lokal och regional nivå.

Den finansiella samordningen bedrivs av lokala samordningsförbund som består av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget. Samordningsförbunden är fristående organ som leds av en gemensam styrelse som i sin tur förvaltar den gemensamma budgeten som parterna bidrar till. Den finansiella samordningen är frivillig men kräver att alla parter deltar och medverkar i förbundens styrelse. Hur samarbetet mellan parterna utformas varierar mellan förbunden och utgår från lokala förutsättningar och behov. Förbunden kan bedriva både individinriktade och strukturövergripande insatser, men det är de ordinarie verksamheterna från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landstinget som utför insatserna gentemot individerna. Strukturövergripande insatser genomförs ofta av samordningsförbunden.

#### *Vilken typ av komplexitet syftar Finsam till att minska?*

Finsam ska minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter inom kommunerna, landstingen och staten. Det innebär att initiativet också ska förbättra samordningen mellan domäner, organisationer, enheter samt

personer och professioner. Vilka verksamheter och personer som samordnas varierar eftersom insatserna behöver anpassas efter individen och de ingående parternas prioriteringar. Insatserna kan exempelvis vara att hålla motiverande samtal med personen eller att erbjuda praktik på en arbetsplats.

### Samordningsmedel i Finsam

**Tabell 13.** Samordningsmedel som används i Finsam.

Finsam		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	
Tjänstesamordning	Riklinjer:	
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	
	Samarbete mellan professioner:	✓
	Koordinator för professionen:	
	Kommunikation inom initiativet:	✓
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	✓
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	✓
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	✓
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Det nationella rådet som består av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting behandlar frågor om finansiell samordning av gemensamt intresse. Rådet ger rekommendationer till de lokala samordningsförbunden, bland annat att alla samverkansinsatser ska utgå från individens behov, vilket visar att det finns en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*.

Vi bedömer också att initiativet syftar till att förbättra *tjänstesamordningen* genom att det ofta finns en *koordinator* som har kontakt med och stöttar personen. Koordinatoren kan exempelvis vara med och stötta vid möten med myndigheter och motivera till hälsoförbättringar. Vidare bedömer vi att ett *samarbete mellan professioner* har etablerats inom initiativet genom att anställda vid Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och



landsting ska samverka. Det finns förutsättningar för *kommunikation inom initiativet* eftersom de fyra deltagande parterna utser ledamöter i förbunden som fattar beslut om hur samarbetet ska finansieras och stödjas.

Samordningsförbunden bygger på en *formell samverkan mellan fristående organisationer* som styrs av avtal mellan parterna. Staten, kommunen och landsting bidrar till den *gemensamma finansieringen* inom varje förbund. Hälften av budgeten finansieras av staten och kommunen och landstinget bidrar med en fjärdedel var. Om flera kommuner eller landsting ingår i ett förbund bidrar de sammanlagt med en fjärdedel var av den totala finansieringen.

När det gäller *systemsamordningen ser vi* att samordningsförbunden är utformade på ett sätt som liknar styrningen och ansvarsfördelningen i ett kommunalförbund. Samordningsförbunden är fristående organ som ansvarar för finansiering av och stöd till beställning av rehabiliteringsinsatserna samt annan samverkan. Vår bedömning är vidare att det finns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet eftersom det är lagstadgat.

#### Källor

Sammanställningen av information om Finsam har huvudsakligen hämtats från: Finsams webbsida (Finsam u.å.), intervju med representant från Finsam och underlag som vi fått ta del av i samband med intervju.

### 5.2.5 Regionala cancercentrum

#### *Regionala cancercentrums syfte och form*

Regionala cancercentrum är ett samarbete mellan landstingen med ett uttalat syfte om att uppnå en mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård. De Regionala cancercentrumen arbetar utifrån tio kriterier som handlar om allt från prevention till palliativ vård, nivåstrukturerad och utbildning. I vår analys utgår vi från de kriterier som handlar om nationella vårdprogram, standardiserade vårdförlopp och patientens ställning i cancervården. De Regionala cancercentrumen fungerar som en kunskapsorganisation inom cancervården. De ska stödja en patientnära forskning, bidra till att cancervården har stöd i forskning och beprövad erfarenhet, se till att vården utgår från nationella riktlinjer och vårdprogram samt att cancervården följs upp med hjälp av kvalitetsregister. Det finns sex cancercentrum som är indelade efter sjukvårdsregioner och målgruppen som initiativet riktar sig mot är patienter med cancerdiagnoser.

Regionala cancercentrum i samverkan består av chefer från varje enskilt regionalt cancercentrum samt en nationell cancersamordnare från Sveriges kommuner och landsting. Regionala cancercentrum i samverkan tar bland annat fram nationella vårdprogram.

### *Vilken typ av komplexitet syftar Regionala cancercentrum till att minska?*

De Regionala cancercentrumen ska minska komplexiteten i samordningen inom cancervården. Det innebär att samordningen sker inom och mellan landsting i form av samordnade insatser mellan olika organisationer, till exempel mellan olika sjukhus och vårdcentraler.

### *Samordningsmedel i Regionala cancercentrum*

**Tabell 14.** Samordningsmedel som används i Regionala cancercentrum.

Regionala cancercentrum		
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv:	✓
	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut:	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer:	✓
	Koordinator för patienten och brukaren:	✓
	E-hälsolösning:	✓
Professionell samordning	Multiprofessionellt team:	✓
	Samarbete mellan professioner:	
	Koordinator för professionen:	✓
	Kommunikation inom initiativet:	
Administrativ samordning	Integrerad dokumentation:	
	Tekniskt kommunikationssystem:	✓
Organisationssamordning	En organisation:	
	Formell samverkan mellan fristående organisationer:	
Finansiell samordning	Gemensam finansiering:	
	Incitament:	
Systemsamordning	Samverkansform:	
	Uttalat politiskt stöd:	✓

Vår bedömning är att det inom initiativet finns en *uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv*. Regionala cancercentrum ska stärka patientens ställning genom att exempelvis upprätta en skriftlig individuell vårdplan för och tillsammans med alla patienter. Patienter och anhöriga



*deltar* i utformandet av den egna cancervården men också i ett långsiktigt och övergripande perspektiv, exempelvis finns det ett patient- och närstående råd som har en rådgivande funktion inom de Regionala cancercentrumen. Rådet ska bevaka patient- och närståendeperspektivet och bidra till cancervårdens utveckling för att möta patienters och närståendes behov på ett bättre sätt under hela vårdprocessen.

Vårdprogram och standardiserade vårdförlopp har utvecklats inom initiativet vilket är exempel på *riktlinjer*. Vårdprogrammen ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter. De standardiserade vårdförloppen är basen för en statlig satsning för att korta väntetiderna i cancervården och sammanfattar vad som ska göras från misstanke om cancerdiagnos till dess att första behandlingen startas. Patienten har en fast kontaktperson på den cancervårdande kliniken. De bedömer vi som att det finns en *koordinator för patienten och brukaren*. Det pågår en testperiod med att digitalisera den individuella vårdplanen inom cancervården som kallas "Min vårdplan". Arbetet pågår i tre landsting och ska möjliggöra att information kan nås av personal och patienter via en e-tjänst i stället för att planen är pappersburen. Vi bedömer att den digitala vårdplanen är ett exempel på både *e-hälsolösning* som riktar sig till patienter och ett *tekniskt kommunikationssystem* som kan underlätta samarbete och informationsutbyte mellan verksamheter som ingår i patientens vård. Vidare finns det *multiprofessionella team* som utformas efter patienternas behov. Det finns en *koordinator för professionen* som ska vara ett administrativt stöd för att sjukvården ska hålla ledtiderna som är fastställda i de standardiserade vårdförloppen. Koordinatören ska samarbeta och samverka med teamets olika professioner.

Det finns ett *uttalat politiskt stöd* för initiativet i form av den statliga utredningen som ligger till grund för Regionala cancercentrum. Staten är dessutom medfinansier.

### Källor

Sammanställningen av information om Regionala cancercentrum har huvudsakligen hämtats från: Socialstyrelsen (2016), Regionala cancercentrum i samverkan (2016), Regionala cancercentrum i samverkan (2017), Regionala cancercentrums webbplats (u.å.) och intervju med företrädare för Regionala cancercentrum.

### 5.3 ANALYS AV HUR INTIATIVEN ANVÄNT SIG AV OLIKA SAMORDNINGSMEDEL

Vi sammanfattar här vilka samordningsmedel som har använts i initiativen.

#### 5.3.1 Normativ samordning som utgår från individens perspektiv

Samtliga initiativen bygger på en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv (se tabell 15). Initiativens policydokument ger som regel uttryck för en kultur där individens behov ska ligga till grund för den dagliga verksamheten och utvecklingen av initiativen. Patienten och de anhöriga ska betraktas som en resurs och få vara delaktiga i planeringen av vården och omsorgen. Huruvida denna värdegrund faktiskt genomsyrar det praktiska arbetet har vi inte utrett men det bör vara en viktig del att utreda i fortsatta studier. I Närvård västra Skaraborg och Esther har man skapat nätverk för att etablera en gemensam kultur för att verksamheten ska organiseras och bedrivs med utgångspunkt i individens behov. Nätverken samlar både personal från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

**Tabell 15.** Normativ samordning som utgår från individens perspektiv.

	Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	
	Uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv	Patienter, brukare och anhöriga deltar i planering och beslut
Projekt Hälsostaden	✓	
Närvård västra Skaraborg	✓	✓
Esther	✓	✓
Tiohundra	✓	✓
Södertäljemodelen	✓	✓
Aktiv hälsostyrning	✓	✓
Familjecentraler	✓	✓
Nationell patientöversikt	✓	
Samordnad individuell plan	✓	✓
Finsam	✓	
Regionala cancercentrum	✓	✓



### 5.3.2 Tjänstesamordning

Flera initiativ har syftat till att förbättra tjänstesamordningen via gemensamma riktlinjer eller koordinatörer som ansvarar för kontakten med patienten, brukare och anhöriga (se tabell 16). I drygt hälften av initiativen finns det riktlinjer som styr hur arbetet ska bedrivas för att säkerställa att patienten och brukaren upplever vården och omsorgen som samordnad. Ett exempel är initiativet Regionala cancercentrum, som har utformat vårdprogram som ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av cancerpatienter. I ett flertal initiativ finns också en person som ska fungera som patientens eller brukarens koordinator och ansvara för att stötta och lotsa individen i kontakterna med vården och omsorgen. Däremot är det få av de studerade initiativen som har utvecklat e-hälsolösningar som syftar till att stärka patienters och brukares kapacitet att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Tabell 16. Tjänstesamordning.

	Tjänstesamordning		
	Riktlinjer	Koordinator för patienten och brukaren	E-hälsolösning
Projekt Hälsostaden	✓		
Närvård västra Skaraborg			
Esther	✓	✓	
Tiohundra	✓		
Södertäljemedellen		✓	
Aktiv hälsostyrning		✓	
Familjecentraler			
Nationell patientöversikt			✓
Samordnad individuell plan	✓	✓	
Finsam		✓	
Regionala cancercentrum	✓	✓	✓

### 5.3.3 Professionell samordning

För de flesta initiativen har professionell samordning varit ett centralt samordningsmedel (se tabell 17). Flera initiativ har organiserat arbetet i multiprofessionella team. Vilka professioner som ingår i teamen skiljer sig dock åt i de olika initiativen. Detta förklaras bland annat av att initiativen riktar sig till olika patient- och brukargrupper. I de flesta av initiativen



förekommer även samverkan mellan olika professioner via bredare nätverk, utöver de multiprofessionella teamen. Därtill tycks det vara vanligt att det finns etablerade rutiner för kommunikation mellan olika verksamheter och professioner. Däremot är det ovanligt att det finns en koordinator som ansvarar för samordningen mellan olika professioner.

**Tabell 17.** Professionell samordning.

	Professionell samordning			
	Multiprofessionellt team	Samarbete mellan professioner	Koordinator för professionen	Kommunikation inom initiativet
Projekt Hälsostaden	✓	✓		
Närvård västra Skaraborg	✓	✓		✓
Esther	✓	✓	✓	✓
Tiohundra		✓		
Södertäljemodellen	✓	✓		✓
Aktiv hälsostyrning				
Familjecentraler		✓		✓
Nationell patientöversikt				
Samordnad individuell plan		✓		✓
Finsam		✓		✓
Regionala cancercentrum	✓		✓	

### 5.3.4 Administrativ samordning

Få initiativ har syftat till att stärka den administrativa samordningen (se tabell 18). Utöver NPÖ, Tiohundra och Esther har inget av de studerade initiativen syftat till att använda eller utveckla en samordnad dokumentation för alla verksamheter som är delaktiga i processen. NPÖ har som syfte att förbättra informationsutbytet mellan vårdgivare men vi har inte studerat i vilken utsträckning som NPÖ används bland vårdgivarna. Intervjuer med företrädare från initiativen tyder på att NPÖ används i en begränsad utsträckning.

Inom Tiohundra är primärvård, sjukhus och psykiatri anslutna till den gemensamma sammanhållna journalen inom Stockholms läns landsting. Det innebär att det finns en integrerad dokumentation för de anslutna vårdgivarna. Det är dock fortfarande inte möjligt för socialtjänsten att dokumentera i samma journalsystem. Inom Esthernätverket dokumenterar kommunens hälso- och sjukvård, primärvården och slutenvården i samma journalsystem. I övrigt har vi funnit ett fåtal exempel på initiativ som syftar



till att etablera andra tekniska system som kan underlätta samarbete och informationsutbyte. Inom Regionala cancercentrum finns till exempel tekniska system som möjliggör delning av olika dokument, bland annat vårdplaner, och inom Närvård västra Skaraborg och Tiohundra finns tekniska system för att hantera läkemedelslistor.

Lagstiftningen sätter vissa ramar för hur dokumentationen inom vården och omsorgen ska föras och för vilken information om patienter och brukare som får lämnas ut. Trots att det finns utrymme för integrerad journalföring inom hälso- och sjukvården så är det få initiativ som har syftat till att etablera gemensamma informationssystem för samtliga berörda parter i hälso- och sjukvården. Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare tyder dock på att det vid avsaknad av tekniska system som kommunicerar är vanligt att använda andra tillvägagångssätt för att dela information. Till exempel förekommer att information sprids och kommuniceras vid sidan av journalen samt att personal anställs av både kommun och landsting. Personalen tycks alltså ”organisera sig runt” lagstiftningen och försöka finna praktiska sätt för att underlätta det dagliga arbetet.

**Tabell 18.** Administrativ samordning.

	Administrativ samordning	
	Integrerad dokumentation	Tekniskt kommunikations-system
Projekt Hälsostaden		
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther	✓	
Tiohundra	✓	✓
Södertäljmodellen		
Aktiv hälsostyrning		
Familjecentraler		
Nationell patientöversikt	✓	
Samordnad individuell plan		
Finsam		
Regionala cancercentrum		✓

### 5.3.5 Organisationssamordning

För initiativen Tiohundra och Projekt Hälsostaden bygger samarbetet på att berörda verksamheter gått samman till en gemensam organisation (se tabell 19). I Projekt Hälsostaden har en gemensam organisation etablerats med en chef och en budget. I Tiohundra finns en gemensam beställarorganisation,

men Tiohundra AB svarar endast för vård- och omsorg i offentlig regi, som kompletteras av privata utförare. För Närvård västra Skaraborg, Södertäljemodellen, Finsam och Familjecentralerna bygger samarbetet på avtal mellan fristående organisationer. Övriga initiativ är organiserade i separata organisationer och samordningen bygger på mindre formella överenskommelser om ett gemensamt arbetssätt.

**Tabell 19.** Organisationssamordning.

	Organisationssamordning	
	En organisation	Formell samverkan mellan fristående organisationer
Projekt Hälsostaden	✓	
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther		
Tiohundra	✓	
Södertäljemodellen		✓
Aktiv hälsostyrning		
Familjecentraler		✓
Nationell patientöversikt		
Samordnad individuell plan		
Finsam		✓
Regionala cancercentrum		

### 5.3.6 Finansiell samordning

Initiativen finansieras sällan med en gemensam budget och endast i ett av initiativen finns det ett exempel på en ersättning som ger incitament till samordning (se tabell 20). Inom initiativet Närvård västra Skaraborg ska vårdcentraler som har mobila hemsjukvårdsläkare få extra ersättning från och med 2018. Ersättning kommer också utgå för upprättande av SIP. Bland de lokala initiativen som bygger på samverkan mellan både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är Projekt Hälsostaden och Tiohundra de enda som finansieras av en gemensam budget. På nationell nivå möjliggör Finsam att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen och landstinget kan samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet via så kallade samordningsförbund. Samordningsförbunden ska bland annat besluta hur de disponibla medlen ska användas. Staten svarar för hälften av den totala ersättningen för rehabiliteringsinsatserna medan de kommuner och landsting som ingår i förbundet bidrar med en fjärdedel vardera. Finsam är



sålledes ett exempel på att en samlad budget i en gemensam organisation kan ge förutsättningar för samordning mellan i övrigt fristående verksamheter.

**Tabell 20.** Finansiell samordning.

	Finansiell samordning	
	Gemensam finansiering	Incitament
Projekt Hälsostaden	✓	
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther		
Tiohundra	✓	
Södertäljmodellen		
Aktiv hälsostyrning		
Familjecentraler		
Nationell patientöversikt		
Samordnad individuell plan		
Finsam	✓	
Regionala cancercentrum		

### 5.3.7 Systemsamordning

För samtliga initiativ finns ett uttalat politiskt stöd för samordning och två initiativ har en gemensam politisk nämnd eller ett kommunalförbund för politisk styrning av verksamheten (se tabell 21). De resterande lokala samordningsinitiativen bygger på mer lösliga nätverk eller avtalsreglerad samverkan mellan huvudmännen. Avtalsreglerad samverkan kan innebära flexibilitet i det avseendet att parterna inte låser sina resurser för en längre tid (Anell och Mattisson 2009). Det möjliggör också att de samverkande parterna kan variera, beroende på behoven i det enskilda fallet. Däremot saknar ofta verksamheter som samverkar på basis av avtal en gemensam politisk ledning. Det innebär att avtalen måste förnyas och att båda huvudmännen måste fatta likalydande parallella beslut i frågor om den gemensamma verksamheten. Vid bildandet av en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund finns en starkare systemsamordning med en politisk ledning som beslutar om den gemensamma verksamheten. När det gäller kommunalförbund övertar förbundet dessutom helt medlemmarnas uppgifter och blir därmed ensam huvudman för verksamheten.

Vi ser också att samtliga initiativ bygger på politiska uttalanden eller policyer som stödjer samordnad vård och omsorg. Vi har dock inte haft möjlighet att

undersöka hur det politiska stödet yttrar sig i praktiken, det är således möjligt att styrdokumenterna inte realiserats. Detta är något som bör undersökas i fortsatt forskning och utvärdering.

**Tabell 21.** Systemsamordning.

	Systemsamordning	
	Samverkansform	Uttalat politiskt stöd
Projekt Hälsostaden		✓
Närvård västra Skaraborg		✓
Esther		✓
Tiohundra	✓	✓
Södertäljemodellen		✓
Aktiv hälsostyrning		✓
Familjecentraler		✓
Nationell patientöversikt		✓
Samordnad individuell plan		✓
Finsam	✓	✓
Regionala cancercentrum		✓

## 5.4 VILKA BEHOVSGRUPPER HAR INITIATIVEN RIKTAT SIG TILL?

Initiativen är som regel riktade till olika målgrupper utifrån ålder eller diagnos, men vi försöker analysera hur initiativen svarar mot bredare gruppindelningar som tar fasta på olika patient- och brukargrupperns behov av samordning. Därutöver redogör vi för vilka samordningsmedel som fokusgrupperna med verksamhetsföreträdare lyfte fram som viktiga för olika målgrupper. Analysen bygger på den gruppindelning som utvecklades i Vårdanalys (2016a) tidigare rapport om en samordnad vård och omsorg.

**Tabell 22.** Antalet initiativ som riktar sig till grupper med olika behov av samordning.

Grupp	Beskrivning	Antal initiativ som rikts mot gruppen
1	Individer med komplexa behov och med små förutsättningar att samordna	5
2	Individer med ett snabbt sjukdomsförlopp	2
3	Individer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att samordna	2
4	Individer med komplexa behov men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen	3
	Initiativ som riktar sig brett till samtliga patienter och brukare	2



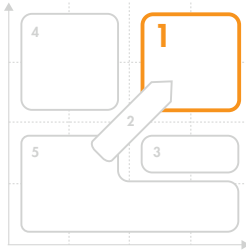
Tabell 22 sammanfattar hur många av initiativen som riktar sig mot respektive grupp. Utöver de grupper som ingår i vår analys kan befolkningen även delas in i en femte grupp, personer som inte har ett behov av samordning. Av naturliga skäl ingår inte dessa i analysen. Tiohundra och NPÖ har riktat sig brett till samtliga patienter och brukare. I dessa sammanhang har vi bedömt att initiativet inte kan hänföras till någon enskild målgrupp. De flesta av de studerade initiativen har fokuserat på personer med komplexa behov och med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen (målgrupp 1). Men flera av dessa initiativ har specifikt riktat in sig på äldre och multisjuka, vilket endast är en del av denna målgrupp.

Två initiativ har delvis riktats till personer som under en kort period gått från att vara i huvudsak somatiskt och psykiskt friska till att hamna i en ny komplex situation med behov av flera olika insatser och samordning (målgrupp 2). Två av initiativen har riktat sig till grupp 3, det vill säga personer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen. Personer i grupp 4 karakteriseras av att de har komplexa behov men goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen. Tre initiativ har riktats till denna grupp.

#### **5.4.1 Grupp 1 – Personer med komplexa samordningsbehov och med små förutsättningar att delta i samordningen**

Personer i grupp 1 behöver vård och omsorg från flera organisationer och olika huvudmän (se figur 11). Patienter och brukare i den här gruppen har dessutom begränsade förutsättningar att delta i sin vård och omsorg. Gruppen kännetecknas också av att hälsotillståndet och behovet av sociala insatser är instabilt med risk för snabba förändringar och akuta insatser. Patienterna behöver ofta långvariga samordningsinsatser. I många fall kan deras behov endast tillgodoses genom att olika aktörer samordnar sina insatser. Exempel på personer som ingår i denna grupp är äldre personer som har flera kroniska sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga.

**Figur 11.** Grupp 1 – Personer med komplexa samordningsbehov och med små förutsättningar att delta i samordningen.



### Behov och karakteristiska

**Komplexitet:** Hög

**Förmåga att vara delaktig:** Låg

**Stabilitet:** Ostabil, ofta akut

**Allvarlighetsgrad:** Medel till allvarlig

**Långvarighet:** Långvarig till palliativ

### Exempelgrupper

- Unga och vuxna med missbruk och samtidig psykisk ohälsa
- Mest sjuka äldre
- Allvarlig psykisk ohälsa
- Vuxna och barn med psykisk ohälsa och kronisk sjukdom
- Våld i nära relationer
- Sent palliativt skede

### *Initiativ som riktas till personer i grupp 1*

- Projekt Hälsostaden
- Närvård västra Skaraborg
- Esther
- Södertäljemodellen
- Samordnade individuella planer (SIP)

Initiativen som riktat sig till gruppen har fokuserat på professionell samordning och normativ samordning som utgår från individens perspektiv. Man har också arbetat med professionell samordning på olika sätt, i Projekt Hälsostaden och Närvård västra Skaraborg har man till exempel etablerat multiprofessionella team som gör hembesök hos de allra mest sjuka. Teamen och hembesöken kan vara ett sätt att minska kontaktytorna och komplexiteten i samordningen för den här gruppen. Det kan också vara ett sätt att möta personernas bristande förmåga att vara delaktiga.

Södertäljemodellen har genom gemensamma mottagningar och multiprofessionella team mellan socialpsykiatri och den psykiatriska öppenvården minskat komplexiteten i samordningen för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Inom Esthermodellen finns också multiprofessionella team, och här finns även exempel på etablerat samarbete mellan professioner samt rutiner för kommunikation. Genom att utgå från Esther – en fiktiv äldre multisjuk



person – är målet är att samtliga aktörer bättre ska kunna tillgodose liknande personers behov av samordning.

Samordnade individuella planer är ytterligare ett initiativ som kan anses ta fasta på behovet bland personer med komplexa samordningsbehov och med små förutsättningar att själva samordna sin vård. Samordnade individuella planer är ett nationellt initiativ och numera ett lagkrav, som innebär att vården och omsorgen ska planeras gemensamt för dem som behöver insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Planen ska styra hur den professionella samordningen ska ske och patienten och brukaren ska få vara delaktig i hur planen utformas.

### *Verksamhetsföreträdare betonar vikten av att minska komplexiteten och öka kontinuiteten för gruppen*

Verksamhetsföreträdarna betonade vikten av att minska komplexiteten och öka kontinuiteten för personer i grupp 1, och många menade att multiprofessionella team kan vara ett sätt. Eftersom personer i denna grupp kan ha begränsade förutsättningar att vara delaktiga i samordningen menade fokusgrupperna att ansvaret för samordning bör ligga hos vården och omsorgen snarare än hos patienten. Samtidigt betonades att vården så långt som möjligt bör stärka patientens delaktighet. Verksamhetsföreträdarna lyfte också fram att gruppens komplexa behovsbild med sammanhängande problem ofta motiverar en mer långtgående administrativ samordning än vad som är möjlig i dag. Till exempel menade verksamhetsföreträdarna att dagens lagstiftning begränsar möjligheten att tillämpa sammanhållen journalföring mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

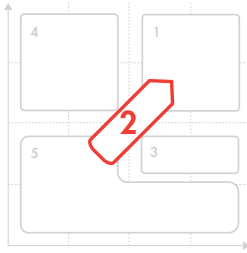
## **5.4.2 Grupp 2 – Personer med ett snabbt sjukdomsförlopp**

Patienter och brukare i den här gruppen kan till exempel nyligen ha drabbats av en allvarlig sjukdom eller olycka och har därför på kort tid utvecklat ett stort och ofta akut behov av insatser från olika aktörer och därmed också ett behov av samordning (se figur 12). Ofta krävs god samordning och snabba insatser från flera organisationer och huvudmän för att personer i den här gruppen ska få den vård och omsorg som de behöver. De kan samtidigt ha små förutsättningar att själva samordna sina insatser.

Många av dem som ingår i gruppen har före insjuknandet varit i huvudsak friska, och det är ofta en stor utmaning för dem att anpassa sig till den nya situationen. Vissa av personerna kommer efter en tid att tillfriskna och återfå förlorade funktioner, medan andra kommer att behöva stöd från vården och omsorgen i fortsättningen.



**Figur 12.** Grupp 2 – Personer med ett snabbt sjukdomsförlopp.



**Behov och karakteristiska**

- Komplexitet:** Hög
- Förmåga att vara delaktig:** Låg
- Stabilitet:** Ostabil, ofta akut
- Allvarlighetsgrad:** Medel till allvarlig
- Långvarighet:** Långvarig till palliativ

**Exempelgrupper**

- Stroke
- Fallskador (äldre)

*Initiativ som riktats till personer i grupp 2*

- Aktiv hälsostyrning
- SIP

Gemensamt för de initiativ som har riktats till denna grupp är att de fokuserat på att förbättra tjänstesamordningen genom att erbjuda en koordinator för patienter och brukare. Initiativet SIP har dessutom syftat till att förbättra den professionella samordningen mellan yrkesgrupper i till exempel hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi bedömer dock att inget av initiativen möter gruppens särskilda behov av snabba samordningsinsatser. Initiativen har inte heller riktat sig till patienter och brukare som på kort tid har utvecklat ett omfattande samordningsbehov från att i huvudsak varit friska. Däremot syftar Aktiv hälsostyrning till att via koordinatörer förebygga akut sjukhusinläggning av patienter som på grund av sin sjukdomshistoria har stor risk för akut inläggning. Initiativet SIP syftar därtill att stärka samordningen efter utskrivning från sjukhus för bland annat denna grupp.

*Verksamhetsföreträdare ser behov av att tidigare initiera samordnade insatser för gruppen*

I fokusgrupperna lyfte verksamhetsföreträdare fram att sjukvården ofta tidigt har kännedom om att personer i grupp 2 kommer ha ett samordningsbehov vid utskrivningen, ofta redan när patienten läggs in vid sjukhuset. De betonade även att det inte är säkert att övergången till kommunens hälso-



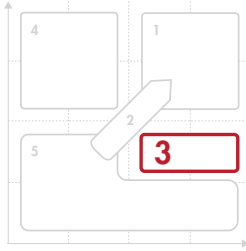
och sjukvård och omsorg fungerar på ett ändamålsenligt sätt. De flesta verksamhetsföreträdare efterfrågade bättre former för gemensam planering, till exempel föreslogs att samtliga relevanta aktörer bör träffas i ett tidigt skede för att organisera vården och omsorgen för personen.

I fokusgrupperna betonades vidare att personer i grupp 2 ofta behöver avancerad vård i hemmet efter utskrivningen. Det är då viktigt att det finns kanaler för sjukhusvården att förmedla information till hemsjukvården. Ett förslag som lyftes fram var också att sjukhusvården i högre uträkning konkret bör stödja och instruera hemsjukvården vid utskrivningar av patienter i den här gruppen. I likhet med vad som gäller enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) som träder i kraft den 1 januari 2018 föreslog verksamhetsföreträdarna även att slutenvården så snart som möjligt bör meddela till exempel primärvården så att de tar kontakt med patienten vid hemkomsten.

#### **5.4.3 Grupp 3 – Personer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att samordna**

Dessa patienter och brukare är i huvudsak somatiskt friska, men har på grund av låg ålder eller kognitiv funktionsnedsättning sämre förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg (se figur 13). 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 patienter riskerar dessutom att utveckla ytterligare kroniska sjukdomar, vilket en god samordning av insatser kan förebygga. Gruppen har ett långsiktigt samordningsbehov som är relativt stabilt, för vissa varar behovet livet ut.

**Figur 13.** Grupp 3 – Personer med färre kontakter med vården men med små förutsättningar att samordna.



**Behov och karakteristiska**

- Komplexitet:** Medel
- Förmåga att vara delaktig:** Låg
- Stabilitet:** Stabil
- Allvarlighetsgrad:** Låg till medel
- Långvarighet:** Långvarig till livslång

**Exempelgrupper**

- Barn och vuxna med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Barn med psykisk ohälsa
- Placerade barn utan missbruk och psykisk ohälsa

*Initiativ som riktas till personer i grupp 3*

- Familjecentraler
- Södertäljemodellen

Familjecentralerna och Södertäljemodellen är riktade till personer i grupp 3. Initiativen har fokuserat på att förbättra den organisatoriska samordningen genom att etablera en formell samverkan mellan fristående organisationer. Gemensamt för dem är också att man har placerat de samverkande verksamheterna i gemensamma lokaler. Sannolikt underlättar samlokaliseringen för personerna att samordna sina kontakter med vården och omsorgen.

Södertäljemodellen syftar även till att förbättra den professionella samordningen. Detta sker genom att arbetet organiseras i multiprofessionella team. Utöver teamen finns även ett bredare samarbete mellan olika professioner, däribland äldreomsorg, beroendevård, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Familjecentralerna har generellt inga multiprofessionella team, däremot finns det ett bredare samarbete mellan exempelvis ungdomsmottagningar, elevhälsan och kvinnofridsmottagningar. Vi bedömer att den professionella samordningen kan minska komplexiteten i vården och omsorgen genom att antalet kontakter minskar. Vi bedömer även



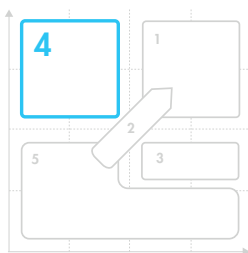
att initiativen syftat till att möta gruppens nedsatta förmåga att vara delaktig i samordningen eftersom samordningen sker av professionen snarare än av patienten och brukaren själv.

Gruppens behov diskuterades inte särskilt i fokusgrupperna med verksamhetsföreträdare.

#### 5.4.4 Grupp 4 – Personer med komplexa behov men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen

Vi har identifierat att det finns ett stort antal personer som har behov av vård- och omsorg från många olika organisationer och huvudmän, men kan och vill vara delaktiga i samordningen av insatserna (se figur 14). De behöver då tillräcklig och relevant information så att de kan påverka samordningen. Personer i den här gruppen kan ha stor nytta av exempelvis e-hälsolösningar för kontakterna med vården och omsorgen eller boka tider och följa upp provsvar.

**Figur 14.** Grupp 4 – Personer med komplexa behov men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen.



##### Behov och karakteristiska

**Komplexitet:** Medel till hög

**Förmåga att vara delaktig:** Medel till hög

**Stabilitet:** Stabil

**Allvarlighetsgrad:** Låg till hög

**Långvarighet:** Kortvarig till livslång

##### Exempelgrupper

- Multisjuka utan samtidig psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning
- Barn och vuxna i tidigt sjukdomsskede med risk att tillståndet förvärras

#### *Initiativ som riktats till personer i grupp 4*

- Regionala cancercentrum
- Aktiv hälsostyrning
- Finsam

Den gemensamma nämnaren för dessa initiativ är att de har syftat till att förbättra tjänstesamordningen. Aktiv hälsostyrning och Finsam har

bland annat arbetat med koordinatörer med ansvar för att stödja individen i kontakterna med vården och omsorgen. I initiativet Regionala cancercentrum har man arbetat för att förbättra tjänstesamordningen genom en väl definierad vårdkedja, med en tillhörande plan som patienten får ta del av. På så sätt blir varje steg i vårdkedjan förutsägbart för patienten. Trots att personer i denna grupp skulle ha stor nytta av e-hälsolösningar bedömer vi att endast ett av initiativen att utvecklat den typen av tjänst.

*Verksamhetsföreträdare betonar vikten av att personer i den här gruppen ges tillräckligt med information för att vara delaktiga i samordningen*

I fokusgrupperna lyfte verksamhetsföreträdare att det är viktigt för personer i den här gruppen att de får all den information som de behöver för att vara delaktiga i samordningen. En del i detta är att informationen ska finnas tillgänglig när den behövs och på ett sätt som passar personen. En annan del är att patienter och brukare ska kunna följa sin resa genom vården och omsorgen och veta vad som är nästa steg samt vem som är ansvarig för respektive insats. Verksamhetsföreträdarna såg också att primärvården skulle kunna ha en tydligare samordnande roll för den här gruppen och kunna jobba mer förebyggande för att förhindra att personerna utvecklar ett större behov av samordning. De menade till exempel att primärvården skulle kunna följa upp mångbesökare och på så sätt identifiera patienter med ökad risk för samordningsproblematik.

## 5.5 UTVÄRDERINGAR OCH UPPFÖLJNINGAR AV INITIATIVEN

Vi har även undersökt om det genomförts uppföljningar eller utvärderingar om de studerade initiativen lett till en mer samordnad vård och omsorg för patienten och brukaren respektive om initiativen varit kostnadseffektiva. Tabell 23 sammanfattar för vilka initiativ som det finns minst en studie, och vilka aspekter som har undersökts. I analysen skiljer vi på om uppföljningen eller utvärderingen har studerat

- a) patienternas och brukarnas upplevelser av vårdens och omsorgens samordningseffekter
- b) om initiativet lett till mätbara effekter på hälsa och livsföring
- c) om initiativet lett till andra (indirekta) effekter som är mätbara för individen
- d) initiativets kostnadseffektivitet
- e) initiativets strukturer och processer ur ett organisationsperspektiv.



**Tabell 23.** Översikt över utvärdering och uppföljning av initiativen.

	a) Patient- och brukarupplevd samordning	b) Effekter på individens hälsa eller livsföring	c) Andra effekter för individen	d) Initiativets kostnads-effektivitet	e) Initiativets strukturer eller processer
<b>Lokala initiativ</b>					
Projekt Hälsostaden			✓		✓
Närvård västra Skaraborg			✓		✓
Esther					✓
Tiohundra		✓			✓
Södertäljemodellen		✓			✓
Aktiv hälsostyrning			✓		✓
<b>Nationella initiativ</b>					
Familjecentraler					✓
Nationell patientöversikt					✓
Samordnad individuell plan	✓				✓
Finsam		✓		✓	✓
Regionala cancercentrum	✓	✓			✓

Generellt saknas utvärderingar och uppföljningar av om initiativen bidragit till nytta för patienter och brukare. För två initiativ har man följt upp hur patienter och brukare har upplevt samordningen inom initiativet och i ytterligare fyra fall har man undersökt initiativets effekter på hälsa och livsföring. För några av initiativen finns även utvärderingar och uppföljningar som har analyserat effekter som har en mer indirekt koppling till patientens upplevelse, hälsa eller livsföring. Utvärderingar som följer upp kostnadseffektivitet finns bara för ett initiativ.

Huvudfokus för utvärderingarna och uppföljningarna har varit på hur initiativets processer och strukturer fungerat. Denna typ av utvärdering förekommer för samtliga studerade initiativ. I flera fall har införandet av processer och strukturer för att skapa en samordnad vård och omsorg undersökts, men utan koppling till vilka resultat som de får för individen. De flesta utvärderingar och uppföljningar vi har funnit var genomförda av den egna verksamheten eller av en extern aktör på uppdrag av verksamheten. Endast ett fåtal studier har publicerats i vetenskapliga tidskrifter, exempelvis Reinius m.fl. 2012, Edgren m.fl. 2016 och Hansson m.fl. 2012.

### 5.5.1 Ovanligt med utvärderingar och uppföljningar av hur patienter och brukare uppfattar samordningen

För Regionala cancercentrum och SIP har det genomförts utvärderingar eller uppföljningar som visar att patienternas och brukarnas erfarenheter av initiativen är positiva.

Regionala cancercentrum har följts upp internt med en nationell enkät (RCC 2016) till cirka 3 000 patienter som har fått svara på sina upplevelser av de standardiserade vårdförloppen inom initiativet. En majoritet ansåg att personalen samordnat kontakterna med vården i den utsträckning som de behöver. Patienterna upplevde också att de blivit bemötta av personalen på ett bra sätt.

Hur patienter och brukare som fått en SIP upplever samordningen har följts upp genom den så kallade SIP-kollen (SKL 2017) och utvärderats av bland annat Esbjörnson och Hagqvist (2013), Winqvist (2016) och Nordström (2016). Genom SIP-kollen har patienter och brukare möjlighet att själva rapportera in sina erfarenheter av SIP genom ett anonymt webbformulär. Resultaten från samtliga studier tyder på att patienternas och brukarnas erfarenheter av SIP är positiva. De har upplevt sig delaktiga och har haft inflytande över de beslut som tagits i upprättandet av en individuell plan. De har även uppgett att de har haft nytta av planen och att insatserna har blivit mer samordnade. Av de patienter som har svarat att de är i behov av en SIP, rapporterar endast 40 procent att de fått en sådan plan. Detta visar Vårdanalys (2017) i en uppföljning av patientlagen.

För övriga initiativ har vi inte funnit några uppföljningar eller utvärderingar av patienters och brukares upplevelser av samordningen. Däremot har vi påträffat några mindre intervjustudier men underlaget är för litet för att det ska gå att dra några slutsatser om initiativets samlade effekter och därför har de ej noterats i tabellen ovan. I en studie av Carlsson m.fl. (2016) utvärderas Projekt Hälsostaden genom intervjuer med 12 patienter. Utöver det intervjuas anhöriga, personal samt anställda i ledande ställning. I patientintervjuerna framfördes positiva erfarenheter av det mobila akutteamet och närsjukvårdsteamet.

Även Tiohundra har utvärderats i en mindre intervjustudie där sammanlagt 11 brukare inom äldreomsorgen medverkade (Äldrecentrum 2012). Nästan samtliga intervjuade var mycket positiva till hemtjänsten. De var också nöjda med omsorgens kontinuitet, vilken några menade hade blivit bättre under det senaste året. I en utvärdering av Närvård västra Skaraborg som genomfördes av Health Care Management (HCM 2013) intervjuades 10 patienter och anhöriga. Dessa upplevde att samordningen förbättrades efter att de blev inskrivna i något av de multiprofessionella teamen.



### 5.5.2 Initiativens effekt på personernas hälsa och livsföring

För initiativen Finsam, Tiohundra, Södertäljmodellen och Regionala cancercentrum finns det uppföljning av initiativens effekter på hälsa och livsföring. Försäkringskassan (2017) sammanställer regelbundet statistik över insatserna inom Finsam och den visar att de som avslutat sin insats i större utsträckning arbetar eller studerar jämfört med innan de tog del av insatsen. Tiohundra har utvärderats av Larsson och medförfattare (2014) och Medical Management Centrum (MMC 2011). Resultaten från båda studierna visar att den integrerade psykiatrin inom Tiohundra når de uppsatta målen om att minska suicidförsöken.

Södertäljmodellen har bland annat studerats av Hansson m.fl. (2012). Verksamheten har sedan starten 1997 följts upp via den så kallade CAN-metoden som innebär att patienter och brukare rapporterar hur deras behov av hjälp och stöd utvecklas inom ett antal områden och hur de har blivit tillgodosedda. Resultatet visar på en viss positiv utveckling där det enligt författarna är möjligt att en del av utvecklingen går att härleda till det samordnade arbetssättet. I Regionala cancercentrums (2016) utvärdering av de nationella vårdprogrammen inom cancervården undersöker man effekterna på patienternas hälsa inom några kvalitetsindikatorer i befintliga kvalitetsregister. Utvärderingen visade att det var svårt att avläsa initiativets effekter på kvaliteten via registren. Men slutsatsen var att på sikt skulle kvalitetsregistren uppföljning av vårdprogrammen.

För några av initiativen finns utvärderingar av mer indirekta effekter för individer som att minskade sjukhusinläggningar och akutvård som har undvikits. Projekt Hälsostaden och Närvård västra Skaraborg har i egna uppföljningar visat på flera sådana positiva utfallsmått. I Projekt Hälsostaden har till exempel inskrivningarna i slutenvården på Ängelholms sjukhus minskat med 12 procent, 94 procent av patienterna som fått en insats av det mobila akutteamet har inte behövt besöka akutmottagningen och för 73 procent av patienterna har inte heller slutenvården behövts.

Tillgängligheten i form av väntetider visar också att över 90 procent av patienterna får vård inom de nationellt uppsatta målen (Forum för Health policy 2017, WHO 2015). För Närvård västra Skaraborg har andelen akutbesök och inläggningar på sjukhuset minskat med upp till 80 procent bland initiativets målgrupp (Forum för Health Policy 2017). Vidare har andelen patienter som har en medicinsk vårdplan ökat från 13 till 25 procent mellan hösten 2013 och hösten 2016.

För Aktiv hälsostyrning har en studie av Reinius m.fl. (2012) och Edgren m.fl. (2016) visat på ett lägre behov av öppenvård, sjukhusinläggningar och



akut vård bland de patienter som deltagit i projektet och haft tillgång till en koordinator, jämfört med patienter som inte haft det. Detta är det enda initiativet som har studerats vetenskapligt med randomiserade kontrollstudier och där resultaten granskats och presenterats i vetenskapliga tidskrifter.

### **5.5.3 För ett initiativ finns utvärderingar av kostnadseffektivitet**

För ett initiativ, Finsam, finns en utvärdering som har studerat initiativens kostnadseffektivitet, det vill säga att kostnaderna för initiativet har relaterats till effekterna för patienter och brukare. I en rapport publicerad av Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS 2015) presenteras en kostnadseffektivitetsanalys baserat på cirka 1 500 personer som tagit del av insatser inom samordningsförbunden.

Resultatet visar att i genomsnitt är återbetalningstiden för alla insatser 12 månader på samhällsnivå. Det innebär att för den genomsnittliga insatsen har det tagit ett år att ”betala tillbaka” det som samhället samlat har satsat på insatsen. Detta genom att individerna som tagit del av insatserna snabbare kommer tillbaka i arbete än om de inte hade fått insatsen. Beräkningen av den samhällsekonomiska lönsamheten genomfördes genom att kostnaden och resultatet på individnivå jämfördes ett år före respektive ett år efter insatsen.

Det finns flera exempel där man undersökt hur kostnaderna för vården och omsorgen utvecklats utan att direkt koppla det till effekterna för patienter och brukare. Ett exempel är Aktiv hälsostyrning där Reinius m.fl. (2012) och Edgren m.fl. (2016) visar att de totala kostnaderna för sjukhusinskrivningar minskade under projektiden.

### **5.5.4 Utvärderingarna och uppföljningarna har fokuserat på strukturer och processer ur ett organisationsperspektiv**

Huvudfokus för befintliga utvärderingar och uppföljningar har varit på hur initiativens processer och strukturer fungerat. Traditionell utvärdering och uppföljning har alltså haft fokus på att fastställa hur olika samordningsmedel har införts. Att kartlägga förekomsten av olika processer och strukturer är en betydande del av de studier som redan har nämnts i avsnitten ovan. Utöver dessa studier finns det även exempel på uppföljning och utvärdering som har haft detta fokus men utan koppling till vilka resultat som processerna och strukturerna har fått för individen (Socialstyrelsen 2016, Socialstyrelsen 2017, SKL 2014, Ramböll 2014, PWC, 2009)









## Slutsatser och rekommendationer

I det här avsnittet sammanfattar vi våra slutsatser från analyserna och lämnar ett antal rekommendationer till olika aktörer.

### 6.1 SLUTSATSER

#### **6.1.1 Bland de studerade initiativen finns stor variation i tillvägagångsätt för att uppnå en samordnad vård och omsorg, men vi ser också gemensamma nämnare**

Bland de studerade initiativen finns stor variation i vilka samordningsmedel som tillämpas. Det finns också flera gemensamma nämnare bland initiativen trots att de är utformade på olika sätt och riktas till olika grupper. Till exempel bygger samtliga initiativ på en uttalad värdegrund som utgår från individens perspektiv. Alla initiativ har dessutom ett uttalat politiskt stöd. Flera initiativ syftar även till att förbättra tjänstesamordningen via gemensamma riktlinjer eller koordinatörer som ansvarar för kontakten med individen och dennes anhöriga. Även professionell samordning är ett centralt samordningsmedel. Till exempel är arbetet organiserat i multiprofessionella team i flera av initiativen. Ett fåtal initiativ syftar även till att stärka den administrativa samordningen. När det gäller organisationssamordningen bygger samverkan mellan ingående verksamheter i regel på avtal. I två initiativ finns en gemensam budget för verksamheter som traditionellt brukar ersättas separat och i ett initiativ finns det exempel på ersättning som kan ge incitament till samordning. I figuren nedan redovisas en översikt av vår bedömning av vilka samordningsmedel som tillämpats inom de olika initiativen.



Figur 15. Översikt av vilka samordningsmedel som tillämpas i initiativen.

Samordningsmedel	Frågor som används i analysen	Lokala initiativ								Nationella initiativ														
		Projekt Hälsostaden	Närvård västra Skaraborg	Esther nätverk	Tiohundra	Södertäljemodellen	Aktiv hälsostyrning	Familjecentraler	Nationell patientöversikt (NPÖ)	Samordnad individuell plan (SIP)	Finnsam	Regionala centercentrum	Projekt Hälsostaden	Närvård västra Skaraborg	Esther nätverk	Tiohundra	Södertäljemodellen	Aktiv hälsostyrning	Familjecentraler	Nationell patientöversikt (NPÖ)	Samordnad individuell plan (SIP)	Finnsam	Regionala centercentrum	
Normativ samordning som utgår från individens perspektiv	Värdegrund från individens perspektiv	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Deltagande av patienter och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tjänstesamordning	Riktlinjer som syftar till ett gemensamt arbets sätt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Koordinator för patienten och brukaren	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Professionell samordning	E-hälsolösning som underlättar samordning för patient och brukare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Multiprofessionellt team	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Mindre formellt samarbete mellan professioner	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Administrativ samordning	Koordinator för professionen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Rutiner för kommunikation inom initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Integrerad dokumentation i gemensamma journalsystem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Organisationsamordning	Andra tekniska kommunikationssystem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Samliga aktörer som medverkar i initiativet tillhör samma organisation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Finansiell samordning	Avtalsreglerad samverkan mellan fristående organisationer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Gemensam finansiering av båda huvudmännen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Systemsamordning	Särskild ersättning som skapar incitament till samordning	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Gemensam nämnd eller kommunalförbund	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Utlatat politiskt stöd för initiativet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## 6.1.2 Det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv

Trots att samtliga initiativ betonar vikten av att samordningen ska utgå från individens perspektiv är det ovanligt med utvärderingar och uppföljningar som undersöker om initiativen faktiskt resulterat i en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Fokus är i stället på vårdens och omsorgens processer och strukturer, denna typ av utvärdering förekommer för samtliga studerade initiativ. I flera fall undersöks processerna och strukturerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv men utan koppling till vilka resultat de får för individen. Denna inriktning på utvärderingar är problematisk om man vill förstå vilka medel som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Endast två av initiativen som vi studerat följer upp patienternas eller brukarnas upplevelse av samordningseffekterna. I ytterligare fyra fall undersöks initiativens effekter på hälsa och livsföring och för några initiativ finns även analyser av mer indirekta effekter för individen, exempelvis förekomsten av undvikbar slutenvård. Analyser av initiativens kostnadseffektivitet är ännu ovanligare, det finns bara för ett initiativ. Tabellen nedan beskriver förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen, bockade rutor innebär att minst en uppföljning eller utvärdering finns av respektive initiativ.

**Figur 16.** Förekomsten av olika aspekter på utvärderingar och uppföljningar av de studerade initiativen.

	a) Patient- och brukarupplevd samordning	b) Effekter på individens hälsa eller livsföring	c) Andra effekter för individen	d) Initiativets kostnads-effektivitet	e) Initiativets strukturer eller processer
<b>Lokala initiativ</b>					
Projekt Hälsostaden			✓		✓
Närvård västra Skaraborg			✓		✓
Esther					✓
Tiohundra		✓			✓
Södertäljmodellen		✓			✓
Aktiv hälsostyrning			✓		✓
<b>Nationella initiativ</b>					
Familjecentraler					✓
Nationell patientöversikt					✓
Samordnad individuell plan	✓				✓
Finsam		✓		✓	✓
Regionala cancercentrum	✓	✓			✓



### **6.1.3 Flera initiativ syftar till att förbättra samordningen för personer med stora samordningsbehov – för dessa grupper kan professionell samordning ge goda resultat**

Eftersom behovet av samordning ser olika ut för olika patient- och brukargrupper undersöker vi hur samordningsinitiativen utformas för att svara mot olika gruppers behov. De flesta initiativen fokuserar på personer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen, till exempel de mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa. Dessa personer har ofta kontakt med både primärvården och specialistvården samtidigt som de får vård- och omsorgsinsatser från kommunen. Flera initiativ som riktas till målgruppen syftar till att minska komplexiteten i samordningen mellan verksamheter med olika huvudmän. Till exempel har man försökt att förbättra den professionella samordningen, genom multiprofessionella team. Även om fullständiga utvärderingar saknas tyder verksamheternas egen uppföljning på att professionell samordning kan bidra till ökad nöjdhet bland patienter och brukare samt färre akutbesök och inläggningar på sjukhus.

### **6.1.4 Bristande förutsättningar att dela information utgör ett hinder för en samordnad vård och omsorg**

Intervjuer med verksamhetsföreträdare i både landsting och kommuner tyder på att bristen på gemensam informationshantering utgör hinder för samordning för grupper som har omfattande behov av en samordnad vård och omsorg. Men få av de studerade initiativen syftar till att överbygga dessa typer av hinder. Vissa verksamhetsföreträdare anger att en del av förklaringen till detta kan kopplas till hur lagstiftningen ser ut gällande dokumentation och utlämnande av uppgifter. En annan faktor som hindrar att information delas mellan verksamheter med olika huvudmän är att it-systemen har utvecklats för antingen vård eller omsorg, snarare än för att samordna informationen mellan dessa. Våra intervjuer med verksamhetsföreträdare tyder dock på att det vid avsaknad av tekniska system som kommunicerar är vanligt att använda andra tillvägagångssätt för att dela information, i vissa fall sätt som inte är förenliga med lagstiftningen. Detta talar för att det finns ett behov av att se över de juridiska samt praktiska förutsättningarna för att dela information mellan vården och omsorgen i fråga om de grupper som har det största behovet av samordning.



## 6.2 REKOMMENDATIONER

Vi ser att behovet av samordning är stort samtidigt som mycket pekar på att samordningen i Sverige brister. Men det saknas kunskap om vad som leder till en samordnad vård och omsorg för patienter- och brukare. Mot denna bakgrund lämnar vi ett antal rekommendationer till olika aktörer.

► *Regeringen och huvudmännen bör utforma samordningsinitiativ som utgår från patienter och brukares perspektiv*

Regeringen och huvudmännen bör utgå från olika gruppers behov när nya samordningsinitiativ utformas. Här ingår att identifiera vad en samordnad vård och omsorg innebär för olika målgrupper i olika sammanhang. Därför är det viktigt att patienter, brukare och närstående deltar i utformandet och man bör utgå från lärdomar från tidigare initiativ som riktats till målgrupperna. Samtidigt måste initiativen anpassas till de lokala förutsättningarna där de ska implementeras och kunskapen från andra initiativ är inte nödvändigtvis direkt applicerbar. I utformandet av initiativen är det även viktigt att säkerställa att det går att följa upp om de bidrar till en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.

► *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om nyttan med samordningsinitiativen för olika patient- och brukargrupper och deras kostnadseffektivitet*

Eftersom det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, bör regeringen och huvudmännen främja sådan kunskapsutveckling. Här ingår att se över och utveckla kunskap om olika gruppers behov av samordning och hur väl insatserna svarar mot dem. Det handlar också om att utforma och förankra indikatorer och metoder för att följa upp enskilda samordningsinitiativs effekter samt att utveckla den nationella uppföljningen av hur patienter och brukare upplever samordningen. Det senare kan bland annat ske inom ramen för nationella patient- och brukarenkäter samt kvalitetsregister. I synnerhet brister kunskapen om hur brukare uppfattar samordningen i socialtjänsten eftersom det saknas frågor av denna typ i nationella undersökningar. Det behövs även forskning om olika insatser kostnadseffektivitet. Det är även angeläget att främja fortsatt kunskapsutveckling om hur ersättningssystemen kan utformas för att ge incitament till samordning.



- ▶ *Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur vården och omsorgen på ett ändamålsenligt sätt kan dela information om de patienter och brukare som har störst behov av samordning*

Flera verksamhetsföreträdare inom kommuner och landsting har beskrivit att de ser sig förhindrade att lämna ut uppgifter mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppfattas som ett problem när det gäller de patienter och brukare som har störst behov av samordning. Regeringen bör ta initiativ till en kartläggning av hur behovet av att dela information mellan olika aktörer inom och mellan vården och omsorgen ser ut och vilka hinder som finns för detta idag. Om kartläggningen visar på ett behov av förändrad lagstiftning bör en utredning tillsättas som undersöker hur lagstiftningen bör anpassas för att tillgodose dessa behov. Utredningen bör även undersöka hur it-systemen kan stödja informationsdelningen mellan relevanta verksamheter.

- ▶ *Regeringen och huvudmännen bör stärka kunskapen om verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning*

Vi ser att det saknas kunskap om vilka verktyg som kan användas för att möta olika gruppers behov av samordning. Det saknas bland annat metoder och arbetssätt som på ett systematiskt sätt kan identifiera och förebygga samordningsbehov. Det kan exempelvis handla om att identifiera personer som besöker vården ofta och som kan ha behov av insatser från både vården och omsorgen. Vi ser också att det finns behov av att öka kunskapen om hur vården och omsorgen kan möjliggöra för patienter och brukare att vara medskapande i samordningen. Ett exempel kan vara e-hälsolösningar som gör det möjligt för patienter och brukare att vara delaktiga och uppdaterade i kontakterna med vården och omsorgen.





## Referenser

- Abrahamsson, A., Bing, V. och Löfström, M. (2009). *Familjecentraler i Västra Götaland*. En utvärdering. Västra Götalandsregionen Folkhälso-kommittén.
- Andersson, F., Janlöv, N. och Rehnberg, C. (2014). *Konkurrens, kontrakt och kvalitet- hälso- och sjukvård i privat regi*. Rapport 2014:5. Stockholm: Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys.
- Anell, A. och Mattisson, O. (2009). *Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Busse, R. och Mays, N. (2008). Paying for chronic disease care. I Nolte, E. och McKee M (red.). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*, Berkshire: Open university press s. 195–22.
- Carlsson, G., Pettersson, C., Kylberg, M. och Iwarsson, S. (2016). *Patient-processer inom projektet Hälsostaden Ängelholm. Erfarenheter från multisjuka äldre, närstående och personal*. Lund: Lunds universitet.
- Coburn, A. F. (2001). Models for integrating and managing acute and long-term care services in rural areas. *Journal of Applied Gerontology*, 20 s. 386–408.
- Conrad, D. A., och Shortell, S. M. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Services Management*, 3 s. 3–40.
- Contandriopoulos, A., Denis, J., Touati, N., och Charo, R. (2003). *The integration of health care: dimensions and implementation*. Montreal: University of Montreal.
- Curry, N. och Ham, C. (2010). *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. London: Kings Fund.

- Edgren, G., Anderson, J., Dolk, A., m.fl. (2016a). »Aktiv hälsostyrning« kan ge utsatta patienter stöd. Ny modell för prevention av oplanerad sjukvård. *Läkartidningen*. 2016. <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2016/02/Aktiv-halsostyrning-kan-ge-utsatta-patienter-stod/> [Besökt: 2017-11-16].
- Edgren, G., Anderson, J., Dolk, A. m.fl. (2016b). A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial. *European Journal of Emergency Medicine*, s. 344–350.
- Esbjörnson, S. och Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL – Till nytta för brukarna?*. nr. 29. Borås: FOU Sjuhärad Välfärd, Högskolan i Borås.
- Eugenios, J., Petroff, A och Yan, S. 2014. Coolest innovations around the world. *CNN*. <http://money.cnn.com/gallery/technology/2014/10/31/global-innovation/7.html> [Besökt: 2017-11-30].
- Familjecentraler. (u.å.). <http://familjecentraler.se/> [Besökt: 2017-09-01].
- Finsam. (u.å.). <http://www.finsam.se/start> [Besökt: 2017-10-13].
- Forum för Health Policy. (2017). *En sammanhållen effektiv vård och omsorg – visst går det!?*
- Fulop, N., Mowlem, A. och Edwards, N. (2005). *Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere*. London: The NHS Confederation.
- Försäkringskassan. (2017). *Uppföljning av samordningsförbundens insatser – Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2016*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Goodwin, N. och Smith, J. (2011). *The Evidence Base for Integrated Care [PowerPoint-presentation]*. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/integrated-care-patients-populations-paper-nuffield-trust-kingsfund-january-2012.pdf> [Besökt: 2017-08-21].
- Goodwin, N., Sonola, L. och Thiel, V. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success*. London: The King's Fund.
- Götmark, H., Askerstam, M., Forslund, H. och Palomäki, K. (2006). I »Södertäljemodellen« jobbar kommun och landsting tillsammans. Samlat stöd ger styrka åt Psykiatrireformens patienter. *Läkartidningen*, s. 546–549.
- Haas, L. R., Takahashi, P. Y., Shah, N. D. m.fl. (2013). Risk-stratification Methods for Identifying Patients for Care Coordination. *The American Journal of Managed Care*, s. 725–735.

- Hansson, J., Ovretveit, J. och Brommels, M. (2012). Case study of how successful coordination was achieved between a mental health and social care service in Sweden. *International Journal Of Health Planning And Management*, 27 s.132–145.
- Health Care Management (HCM ). (2013). *Närvården i västra Skaraborg - Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Stockholm: Health Care Management (HCM ).
- Health Care Management (HCM). (2015). *Närvård västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Health Care Management (HCM).
- Inera. (u.å.). <https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/> [Besökt: 2017-10-31].
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. CMT Rapport 2007:2. Linköpings Universitet.
- Kodner, D. L. och Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, s.1–6.
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Health Care Quarterly*, s. 6–15.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77 s.77–110.
- Lewis, R., Rosen, R., Goodwin, N. och Dixon, J. (2010). *Where is next for integrated care organisations in the English NHS?* London: Nuffield Trust.
- LHC – Leading Health Care (2012). *På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. Rapport nr 1. Stockholm.
- LHC – Leading Health Care (2014). *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan - en vägledning*. Rapport nr 1. Stockholm.
- Lindgren, P. (2014b). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Loyd, J. och Wait, S. (2005). *Integrated care – a guide for policymakers*. London: Alliance for health and the future.
- Medical Management Centrum (MMC) (2011). *Från två till tiohundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*. Karolinska Institutet.

- Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS). (2015). *Samhälls-ekonomiskt resultat av insatser inom samordningsförbunden*. Nyköping: Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS).
- Nolte, E. och Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care? (Policy summary 11, European Observatory on Health Systems and Policies)*. Danmark: World Health Organization.
- Nordström, E. (2016). *Samordnad individuell plan (SIP) – Professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter*. Jönköping: Jönköping University, School of Health and Welfare.
- Norrhälle kommun. (2013). *Verksamhetsplan 2014–2016 för budget 2014–2015 och plan 2016*.
- Norrhälle kommun. (u.å.). <http://www.norrhalles.se/>.
- Närsvård västra Skaraborg. (u.å.) <http://www.narsjukvarden.se/> [Besökt: 2017-10-10].
- OECD – Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling. (2013). *OECD Health Care Quality Review of Sweden*. Paris: OECD.
- OECD – Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling. (2016). *Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing: Paris.
- Pike, B. och Mongan, D. (2014). *The integration of health and social care services*. Dublin: Health Research Board.
- Psykiatricentrum Södertälje. (2015). *Södertäljemodellen*. <http://psykiatricentrum.sodertalje.se/vi-erbjuder/sodertaljemodellen/> [Besökt: 2017-11-06].
- Ramböll. (2014). *Familjecentrum kartläggning och utvärdering*. Stockholm.
- RCC – Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). Utvärdering av de nationella vårdprogrammen inom cancervården. Stockholm.
- Region Jönköpings län. (u.å.a). *Esther*. <http://plus.rjl.se/esther> [Besökt: 2017-10-02].
- Region Jönköpings län. (u.å.b). *Samverkan kommuner och region*. <http://plus.rjl.se/samverkan> [Besökt: 2017-11-16].
- Region Skåne. (2016). *Projekt Hälsostaden*. <https://vard.skane.se/angelholms-sjukhus/om-oss/projektet-halsostaden/> [Besökt: 2017-09-01].
- Regionala cancercentrum. (u.å.). <http://www.cancercentrum.se/samverkan/> [Besökt: 2017-11-01].
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Att leda med kunskap. Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin*. Stockholm.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2017). *Nationell funktionsbeskrivning för koordinator inom standardiserade vårdförlopp (SVF)*.



- Reinius, P., Magnus, J., Fjellner, A., Werr, J., Öhlén, G. och Edgren, G. (2012). A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *European Journal of Emergency Medicine*, s.1–8.
- Rosen, R., Mountford, J., Lewis, G., Lewis, R., Shand, J. och Shaw, S. (2011). *Integration in action: four international case studies*. London: Nuffield Trust.
- Rosenmöller, M., Whitehouse, D., Wilson, P. (2014). *Managing ehealth – from vision to reality*. London: Palgrave Macmillan.
- Samverkan kommuner och Region (2017). *Mobila lösningar/Esthereteam*. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=44056> [Besökt: 2017-11-15].
- Shaw, S., Rosen, R. och Rumbold, B. (2011). *What is integrated care*. London: Nuffield Trust.
- Skaraborgs kommunalförbund och Västra götalandregionen. (2014). *Mobil närvård Skaraborg. Projektplan*.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2007). *Tiohundra – kommun och landsting i samma båt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Sektionen för demokrati och styrning.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2009). *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå. Hemtjänst och särskilt boende*. Sveriges kommuner och landsting. Sektionen för demokrati och styrning.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2013). *Vårdval i specialistvården. Utveckling och utmaningar*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Sektionen för demokrati och styrning.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Införandet av NPÖ*. Stockholm.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2015). <http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-varld/nyheter-halsa-och-varld/2015/09/Vardcoacher-blir-permanent-varldform/> [Besökt: 2017-11-20].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (2017). <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html> [Besökt: 2017-10-09].
- SKL – Sveriges kommuner och Landsting. (2017) *SIPKollen*. Hämtat från [www.sipkollen.se](http://www.sipkollen.se) [Besökt: 2017-10-16].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting. (u.å.) <https://patientenkat.se/sv/resultat/ta-del-av-resultat/> [Besökt 2017-09-08].
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. (2014). *Bilagor till rapporten "Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre" (2014:6)*. Äldrecentrum forskning och utveckling.

- Stockholms läns landsting (2015). *Vårdcoacher blir permanent vårdform*. [Besökt: 2017-11-21].
- Stockholms läns landsting och Tiohundra AB. (u.å.). *Årsrapport 2015*. <http://tiohundra.se/resultat>. [Besökt: 2017-11-21].
- Stäck, P., Forsberg, B., Högberg, M., Werr, J. och Edgren, G. (2012). Risken för akut återinläggning kan förutsägas. Tidigare vårdkonsumtionsmönster och vissa diagnoser starkt predicerande. *Läkartidningen*, s. 2211–2215.
- Socialstyrelsen. (2008). *Familjecentraler. Kartläggning och kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för en God vård. (Artikelnr 2009-11-5)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum. En samlad bedömning från fyra års uppföljning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Uppföljning av regionala cancercentrum 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip> [Besökt: 2017-11-21].
- SOU 2000:114 *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet*.
- SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid*.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*.
- SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*.
- SOU 2017:77 *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*.
- Suter, E., Oelke, N., Adair, C., Wadell, C., Armitage, G. och Huebner, L. (2007). *Health Systems Integration*. Edmonton: Alberta Health Services.
- Svenskt Näringsliv. (2015). *Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgens särskilda boenden*. Stockholm.
- Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde. (2010). *"Södertäljemodellen" – samverkan som startade med psykiatrireformen*.
- Södertälje kommun och Stockholms läns sjukvårdsområde. (2012). *"Södertäljemodellen" – samverkan som startade med psykiatrireformen*.
- The Commonwealth fund. (2016). *Sweden's Esther Model: Improving Care for Elderly Patients with Complex Needs*. vol. 29.
- Tillväxtverket. (2012). *Nytänkande och innovationer inom vård och omsorg. Exempel på förnyelse och kreativitet i sektorn*. Stockholm.
- Tiohundra. (u.å.). <http://www.tiohundra.se/> [Besökt: 2017-10-23].
- Tiohundraprojektet. (u.å.). <http://www.tiohundraprojektet.se/>

- Uppdrag psykisk hälsa. (u.å.). <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/sip-for-vuxna/> [Besökt: 2017-10-09].
- Valentijn, P., Schepman, S. och Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2016a). *Samordnad vård och omsorg*. PM 2016:1. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2016b). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2017). *Lag utan genomslag*. Rapport 2017:2. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Västra Götalandsregionen. (2017). *Sammanfattning av väsentliga förändringar i Krav- och kvalitetsbok Vårdval VG primärvård 2018*. <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/uppdrag-och-avtal/varldval-vg-primarvard/krav--och-kvalitetsbok-vg-primarvard/> [Besökt: 2017-11-14].
- WHO – Världshälsoorganisationen. (2016). *Lessons from transforming health services delivery: Compendium of initiatives in the WHO European Region (2016)*. Köpenhamn: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Winqvist, M. (2016). *Uppföljning av arbetet med Samordnad Individuell Plan i Uppsala län*. Uppsala: Regionförbundet Uppsala län.
- Wohlin, J., Stalberg, H., Ström, O., Rolfson, O., Willers, C. och Brommels, M. (u.å.). *Nytt ersättningssystem och vårdval höft- och knäprotesoperationer*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Äldrecentrum. (2012). *Kan två bli en? – TioHundra projektets effekter på vård och omsorg för de mest sjuka äldre*. Stockholm: Äldrecentrum.
- Öhrlings PricewaterhouseCoopers (ÖPwC). (2009). *TioHundra – Någoting har hänt! Stockholm*.



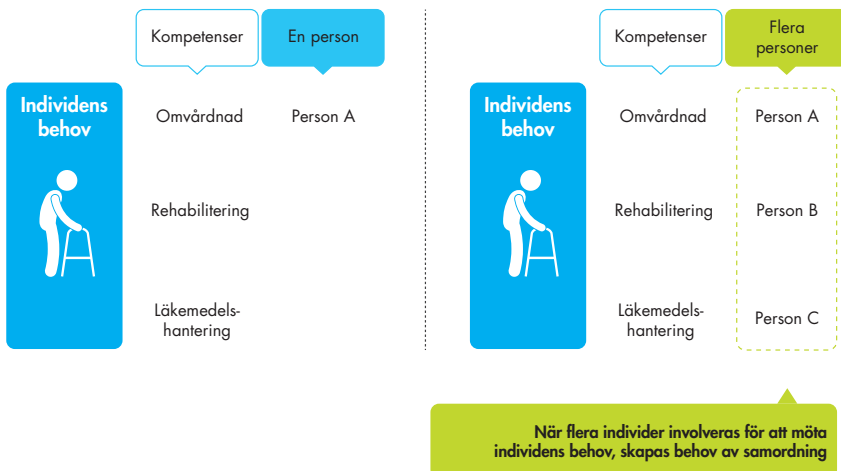




## BILAGA 1 – KOMPLEXITETEN I SAMORDNINGEN AV INDIVIDENS VÅRD OCH OMSORG

Enligt vår definition av en samordnad vård och omsorg så karakteriseras god samordning av att alla vård- och omsorgsaktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen. 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 istället 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 17.** Illustration av hur individens behov och de kompetenser som behövs hänger samman med behovet av samordning.



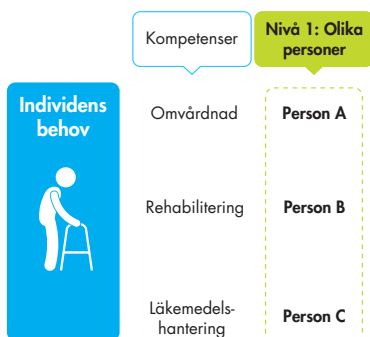
Komplexiteten i samordningen av aktiviteter ökar ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen. Den ökar också ju längre dessa verksamheter är ifrån varandra organisatoriskt. Det är mindre komplext att samordna insatser inom en vårdenhet än mellan tre olika enheter som tillhör 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 18.** Beskrivning av nivå 1: samordning mellan olika personer och professioner.





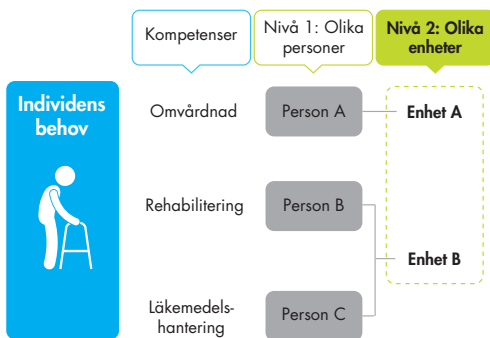
När flera personer inom en enhet ger insatser till en patient eller en brukare behöver insatserna samordnas. Det innebär att det behöver finnas en tydlig och heltäckande ansvarsfördelning och att kommunikationen mellan medarbetarna på enheten behöver fungera väl. Annars ökar risken för att information 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.

## Nivå 2: Olika enheter

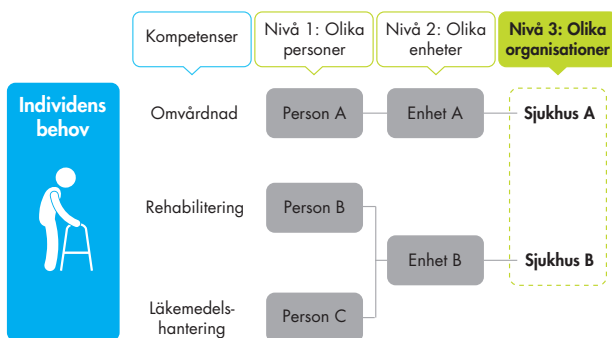
Figur 19. Beskrivning av nivå 2: samordning mellan olika enheter.



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 schemalaggningen behöver koordineras och att eventuella skillnader i prioriteringar mellan olika chefer behöver hanteras.

## Nivå 3: Organisationer

Figur 20. Beskrivning av nivå 3: samordning mellan olika organisationer.

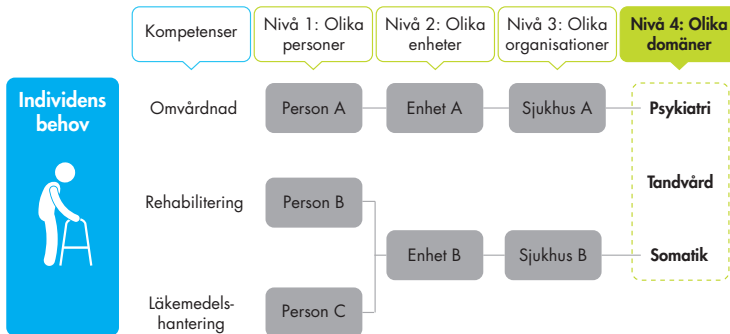


Om patientens eller brukarens behov i sin tur behöver mötas av individer vid olika organisationer blir samordningen än mer komplex. Med organisationer avses här exempelvis olika sjukhus, enskilda specialistvårdsmottagningar och vårdcentraler. Flera faktorer bidrar till komplexiteten. Olika organisationer inom vården och omsorgen har ofta skilda IT-system för dokumentation, tidsbokning och schemaläggning, 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 21. Beskrivning av nivå 2: samordning mellan olika domäner.

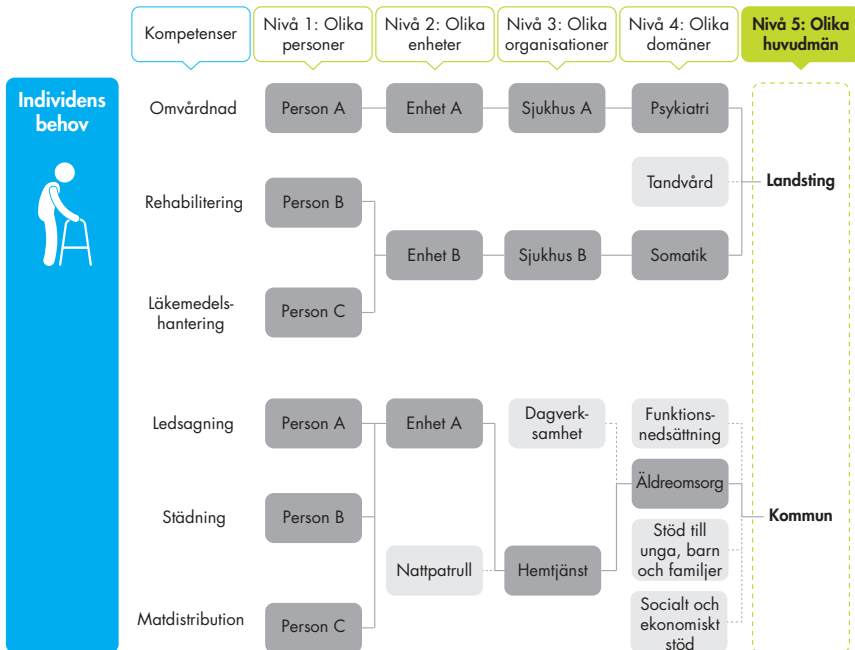


En fjärde nivå av komplexitet nås om individens behov behöver mötas av organisationer som är verksamma inom olika ”domäner”. Med domäner avses ur ett sjukvårdsperspektiv exempelvis olika vårdområden som psykiatrisk vård, tandvård och somatisk vård. Ur ett kommunalt perspektiv avses istället olika insatser 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 otidlig, vilket gör samordningen av insatser ännu mer komplex.

**Figur 22.** Beskrivning av nivå 5: samordning mellan olika huvudmän.









## Från medel till mål

– att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg. Mycket tyder också på att samordningen i Sverige brister. I rapporten studeras elva lokala och nationella initiativ som har tillämpat en rad olika medel för att förbättra samordningen. Trots det är kunskapen låg om vilka medel som faktiskt resulterar i målet om en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.

---

**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.

