

EP39 - Närvårdpodden träffar Dan Norén och Annika Wallenskog

PRESENTATÖR: En podcast av Sveriges Kommuner och Regioner.

DAG: ...där man blir ett team på riktigt. Man kan ringa och kommunicera med varandra direkt, det är som att vara anställda i samma verksamhet då. Då uppstår en stor fördel för båda parter...

ANNIKA: ...ibland tycker jag att det blir ungefär som att det är självklart att äldre personer ramlar och slår sig och det är ju ganska enkla medel som behöver till...

LISBETH: Välkomna till Närvårdpodden! Idag ska vi prata om Nära vård och ekonomi så jag är jätteglad att välkomna Annika Wallenskog och Dag Norén. Välkomna. Jättespännande att få ha er här. Annika, du känns som en sån här riktig SKR kändis, SKRs ansikte nästan. Men vem är du Annika Wallenskog?

ANNIKA: Ja, jag jobbar ju som chefsekonom på SKR, har 5 söner och bor i Vallentuna. Sen har jag tidigare jobbat både i kommun som kommundirektör och som ekonomidirektör och sen har jag jobbat i två regioner också, fast på den tiden hette de landsting. Det är en väldig fördel tycker jag när man jobbar på SKR därför att man kan se vilka olika perspektiv man har och det här är ju särskilt viktigt när det gäller Nära vård.

LISBETH: Vilka regioner har du jobbat i?

ANNIKA: I Uppsala och Västmanland.

LISBETH: Just det, sa du vilka kommuner också?

ANNIKA: Nej, det sa jag nog inte. Ja, jag jobbar i Stockholms stad också, men så har jag jobbat i Nacka kommun, men jag var i bolagssektorn i Stockholms stad, men i

Nacka kommun som ekonomidirektör och i Vallentuna kommun som kommundirektör.

LISBETH: Och du säger lite grann, du bor i Vallentuna och så, berätta lite mer om det, du har fem söner och så, vad mer?

ANNIKA: Det är ju också faktiskt någonting som jag känner att jag har nytta av i jobbet. Att jag har fem söner. Just nu för tillfället är det två som vikarierar som lärare på en F-9 skola och det är jätteintressant att se att det är just de här vikarielärarna som får ta hand om de här barnen med störst behov, många gånger med väldigt många olika diagnoser. Det kan man ju fundera på, för vi pratar ju väldigt mycket när vi pratar om Nära vård att man ska jobba förebyggande. Problemet som jag ser och som de pratar om väldigt mycket också det är ju att ja, men de kanske gör ett bra jobb och får bra kontakt med det här barnet, för det är ju ofta barn som inte är så jättestora. Men sen kommer det en ny vikarie och ska ta hand om dem och så efter något år kommer en ny vikarie. Så att det blir inte någon vidare kontinuitet många gånger för dom här barnen. Och dom behöver verkligen det, så det kan man fundera på. Jag vet inte om det är så överallt, men när de berättar så är det så. Sen har jag min äldsta son jobbar som fastighetschef i Vaxholms kommun och sen har jag en som håller på att utbilda sig till flygledare och en som är dataspelsdesigner. Men ja, vi får se vad de där två som vickar som lärare nu slutar som, men jag tycker det när kul när de jobbar i kommuner och regioner.

LISBETH: Jag tänker ändå, många olika perspektiv säkert att ta in i ditt arbete, precis som du säger. Härligt och intressant med det du berättar från skolans värld kopplar ju väldigt mycket till Nära vård och hur vi verkligen skapar relationer. Låter människor komma till sin rätt att få nå sin fulla potential och de här barnen behöver ju verkligen det, så det är viktiga reflektioner. Dag, du är också känd för många tror jag, för många som har jobbat med utvecklingsfrågor i kommuner och regioner. Kanske inte lika stort ansikte som Annika är men berätta Dag Norén, vem är du?

DAG: Det är en bra fråga att ställa sig själv också. Jag har en lång bakgrund som egentligen tog mig in i hälso- och sjukvård och omsorgsfrågor eftersom jag har jobbat med forskningsresultat runt tjänsteforskning och ingått i grupperingar runt det. Det tog oss, med kollegor in i hälso- och sjukvården för rätt länge sen nu och sen dess har jag egentligen alltid jobbat med frågor kring tjänster i komplexa sammanhang. Sjukvården jobbar med samverkan kring patienter som har behov på flera olika håll och jag har väl haft en särskild dragningskraft till just det här med att kasta mindre komplexitet. Jag tycker det är lite kul och intressant att försöka bena upp såna här saker. Jag tycker det är spännande att få ha varit med om det här under nu faktiskt två decennier drygt. Nej, det är mer, det är tre decennier. Tiden går! Så det är väldigt kul det här som vi jobbar med och intressant och lovande tycker jag också.

LISBETH: Eller hur? Jag tänker att vi har ju också du och jag Dag, stött på varandra lite i andra roller som jag har haft och jag tänker att vi kanske inte för sådär 15 år sedan pratade riktigt om den nära vården. Jo, det gjorde vi, men den nära och personcentrerade vården. Sen så håller jag med dig att det är ju härligt att få vara med och se det som händer just nu. Men om du skulle säga lite mer om dig själv förutom din professionella bakgrund, vem är du med då?

DAG: Ja, annars är jag nog ganska mycket en naturperson jag gillar att vara ute i naturen, gärna när det är lite tufft, kan vara kul ibland, skönt att känna att man lever. Jag bor ute på Mälaren och där har vi mycket natur och vatten och jag åker gärna skidor så mycket det går även om man bor i Stockholmsområdet. Jag paddlar kajak och såna saker som tar mig in i naturen. Så det är vad jag gör privat och jag har då två söner, jag nöjde mig med det, till skillnad från Annika [skratt]. Varav ingen av dom har gått riktigt min bana. Den ena är snart färdig arkitekt och praktiserar i Köpenhamn just nu och den andre vet vi inte riktigt vad han ska men han är på väg in i någonting som verkar vara kognitionskunskap och sånt där. Han tycker att AI verkar vara ett intressant område att få jobba i, så vi får se vad det blir av den killen.

LISBETH: Det kan nog säkert ha relationer också till ditt arbete. Jag har precis träffat fastighetsrådets styrelse idag som SKR har och pratat Nära vårdfrågor, därför

även fastighetsbranschen och inte minst AI kommer ju att vara viktiga delar i den här omställningen. Den elfte maj publicerade SKR sin ekonomirapport och i den finns det ett ganska omfattande kapitel om Nära vård. Vad gjorde det, Annika tänker du att Nära vård fick ta plats i ekonomirapporten?

ANNIKA: Ja, jag tror att det handlar om och då ska jag säga att det här med Nära vård, när jag jobbade på lasarett på åttioalet och nittiotalet då pratar man om första linjens vård. Så vi har ju under väldigt lång tid vetat att vi behöver ge vård närmare patienten där patienten, eller invånaren ska man väl säga, bor och finns. Ibland kan jag känna att hur ska vi få det att hända, lite frustration. Ibland så kanske man säger ja, men det är ekonomerna, de hittar inte på några bra ersättningssystem, politiken eller ute i verksamheten och så vidare finns det så många hinder. Min önskan var att vi skulle vara ganska tydliga med att ekonomin är ju inte något hinder, utan här är det ju en förutsättning om vi ska klara välfärden i framtiden. Då måste vi arbeta med Nära vård och nära invånarna och samverka mellan kommuner och regioner och förhindra folk att bli mer sjuk än vad man behöver och kunna ge vård där folk är och befinner sig. Frågan är bara hur det här ska gå till och det var då vi tyckte ja, men det är viktigt att vi kan visa hur mycket skulle man kunna spara även ekonomiskt på att jobba med Nära vård så att vi det var nog en önskan. Och vi har flera gånger i ekonomirapporten pratat om förebyggande arbete och så där, så vi försöker på något sätt att få folk att förstå att det här är viktigt om vi ska klara framtiden.

LISBETH: Jag har hört mycket positivt att det fanns med och jag tänker att när man jobbar med en sån här värdestyrd förändring så tycker jag själv också att det är otroligt viktigt att vi också kan ha med det som handlar om ekonomi, om ledarskap, om styrningsfrågor. Håller du med? Både jag och Dag har sagt att det känns som att det ändå är på väg att hända något, trots att vi har pratat om de här frågorna under väldigt lång tid som du beskriver. Håller du med om det och varför tror du att det är så i så fall, om du håller med om det?

ANNIKA: Ja alltså, jag tror att folk inser att vi behöver jobba på ett annat sätt nu. Dels kan man ju se nu under pandemin att det finns digitala verktyg som man kan använda på olika sätt. Men sen tror jag också att det finns ett fönster för att ställa

om, där man ser att saker och ting inte behöver vara jättekomplicerat, men vi måste tänka på ett nytt sätt. Så jag tror faktiskt att pandemin på något sätt ändå hjälper till i den här förflyttningen.

LISBETH: Ja, det håller jag med om. Dag, du sa där att ja men nu händer det någonting. Vad tror du det beror på att det är så?

DAG: Ja jag tror att det beror på att vi börjar se mer exempel av samverkan som har gett bra resultat. Vi har fått fram mycket mer siffror faktiskt på det här också. Alltså ekonomi, vad innebär det att jobba med bra Närvård-modeller? Vi har också lärt oss ganska mycket under åren, det program som SKL då tidigare drev som heter bättre liv för sjuka äldre, var ett program som fick många stenar att börja rulla runt om i regionerna med kommunerna inblandade på ett mer tydligt sätt. Lite av dom resultaten från det och annat börjar komma fram nu så jag tror att man börjar få lite vittring på att det här är en framgångs modell nu, så vi måste in i. Också därför att vi har ett växande tryck, från den demografiska situationen med allt fler äldre och att vi vet också att vi kan göra bättre om vi får till en bättre samverkan och inte så insats- och gränsorienterade som vi har varit hittills. Så jag tror att det är en rörelse som är på gång. Den har varit på gång under ganska många år, men nu börjar den bli riktigt stark.

LISBETH: Jag kommer ihåg att du en gång i tiden för många år sedan använde en bild på en gungbräda och pratar om the tipping point? Nu tänker jag att ni har pratat om demografi och du Annika har pratat om digitaliseringen av pandemin. Är vi i the tipping point, tror ni?

ANNIKA: Man får ju verkligen hoppas att vi är vid the tipping point, men det är klart att det som är viktigt är ju att kommunerna och regionerna sätter sig ner och pratar med varandra så att vi inte bara gör det på försök eller att vissa har gjort det i det här området, utan att det blir fullskaligt också, hela den här omställningen. Så jag hoppas att vi är det.

DAG: Ja, det är alltid lätt att säga för mycket när man är just här och nu, liksom att nu händer det. Men jag tror ändå med ett ganska långt perspektiv som jag har på det

här nu, att jag ser mer av the tipping point, det är mer tyngd på gungbrädans yttersta del än vad vi har sett tidigare någonsin. Det här är också en viktig del, att vi börjar sätta pengar på vad Nära vård innebär. Det lyfts också i ekonomirapporten nu senast med ett exempel från södra Älvsborg, som visar att det här är en kraft, alltså det här blir en påverkan där man ser dom här resultaten. Det tror jag, så det är väldigt bra att det lyfts så här som det har gjorts i många sammanhang nu.

LISBETH: Jag tänkte Annika att du skulle få kommentera lite olika delar i ekonomirapporten och en del under Nära vård handlar om samverkan, kommun och region. Vad tänker du där och vad handlar det kapitlet om?

ANNIKA: Det handlar om hur kan man samverka kring olika individer för att förhindra inläggningar på slutensjukvården och stötta invånarna där de är. Och här ser jag att det är viktigt att kommunerna och regionerna har tillit till varandra och att man känner sig trygg med varandra och att man också kan diskutera. Ja, men om det nu är så att vi kan förhindra personer att komma in i slutensjukvården och vi kan spara pengar, då måste vi också på något sätt kunna dela på den här vinsten. Eller att man säger, men det är okej att ni tjänar pengar på det här, för då kanske inte ni höjer kommunalskatten så mycket, så det finns ju olika sätt att se det. Men jag tror att det här är jätteviktigt att få den här samverkan mellan kommuner och regioner och göra det både kring barn och unga i den situation de befinner sig i, men även kring äldre personer som har behov av insatser från väldigt många olika håll. Det handlar ju inte bara om primärvården och äldreomsorgen, utan det är ju väldigt många andra delar som behöver vara med i det här också.

LISBETH: Och jag tänkte också att där lyfter ju också det preventiva perspektivet att kunna jobba tillsammans kommun och region i med det förebyggande arbetet.

ANNIKA: Ja absolut, där har man ju både för barn och unga till exempel, det är skolan, det är socialtjänsten, det är BUP till exempel. Där vi ser också att ju tidigare man kan sätta in insatserna desto bättre resultat kan man ju förvänta sig framåt och då

är det viktigt att man har det här gemensamma arbetet kring det här barnet eller den här unga personen.

LISBETH: Ett annat kapitel som finns, det handlar ju om ersättningssystem, berätta lite grann om vad det innehåller och hur du tänker kring det.

ANNIKA: Ja, men där är det ju viktigt att ersättningssystemen inte sätts i vägen för att utveckla Nära vård. Man kan ju ta till exempel att man i vissa regioner har haft en kapiteringsersättning inom primärvården och sen har man dessutom extra pengar för varje besök man genomför, de här traditionella besöken. Men att kalla personer på en massa olika besök ja, har du ont i benet också? Men då får vi kalla dig på ett nytt besök om tre veckor. Det ger ju inte ett omhändertagande om hela personen. Och där måste man ju ha ersättningssystem. Kapitering är inte ett så dumt system egentligen, men man borde kunna ha det gemensamt för äldreomsorgen och för primärvården, till exempel att man hade någon ersättning per person.

LISBETH: Beskriv lite vad kapitering är!

ANNIKA: Kapitering är den ersättning man får inom primärvården för ett helhetsansvar för en person och då kan man kombinera det med andra saker. Ibland har man kapiteringsersättning och så kan man få extra bonus eller vad man ska säga, därför att man agerar på ett visst sätt eller gör på ett visst sätt. Kapiteringen kan vara olika eller är oftast olika beroende på vilken ålder man är i. Det kan också vara en socioekonomisk viktning i den här kapiteringen. Sen kan jag säga att vi har en utmaning där, för dom flesta regioner har ju olika kapiteringsersättning. Det är ju inte samma system i hela landet utan väldigt många räknar ju ut sina egna system och vad man ska gynna och så vidare. Här tycker jag att det borde vara så att man har någon sådan ersättning men att det borde finnas någon sorts, ska man säga, extra ersättning för att man tar någon sorts gemensamt ansvar, kommuner och regioner.

LISBETH: Det där är ju spännande, tänker jag på den andra rubriken om samverkan, hur får vi också ersättningssystemen att premiera eller att gynna samverkan? Och då skulle det kunna vara en sådan del, tänker du?

ANNIKA: Ja, eller att man säger så här, om ni kan ta hand om den här personen på ett så bra sätt så de inte behöver läggas in på sjukhus så ofta, då kanske man kan gynnas. Därför då kanske man kan få mer pengar för att ta hand om personen utanför den slutna sjukvården. Så några sådana funderingar borde man ju kunna ha i de här ersättningssystemen tycker jag. Och man kan också gå ihop från kommunen och regionen per invånare så att man kan jobba gemensamt.

LISBETH: Och vi ska säga någonting vad SKR gör på det här området, vi kan hjälpas åt där, men vad tänker du Annika att SKR kan bidra med för att utveckla det här sättet att tänka?

ANNIKA: Ja vi har ju personer som jobbar med just ersättningssystemen och följer upp och visar hur jobbar man med ersättningssystem, vad lägger man in i ersättningssystemen och hur ser de ut? Men vad SKR kan göra som vi borde kanske förstärka, det är ju hur ska vi tänka när det gäller ersättningssystem för Nära vård. För vi vill ju ha en förflyttning från slutensjukvården till den öppna vården. Men vad vi ser är ju att den somatiska slutna vården, det är ju den som ofta har ökat väldigt mycket kostnadsmissigt under lång tid. Men kan vi då få så att vi lägger mer pengar för att man kan ta hand om en person helt och hållet utanför sjukvården, möjligen med någon sorts uppkoppling digitalt till specialister, men så att man kan förhindra inläggningar. Det tror jag skulle kunna vara ett nytt sätt att tänka.

LISBETH: Och i den överenskommelse vi har tecknat med staten från SKR så finns också frågan om ersättningssystem med, så vi kommer ju nu att försöka starta ett nätverk tillsammans med dem som jobbar med de här frågorna i regioner och kommuner för att se precis det du säger, hur kan vi utveckla det här på ett bra sätt? Jag tänker Dag, du ska sedan få berätta om det räkneexempel som också finns i ekonomirapporten men har du några reflektioner kring det här

samverkan, kommun, region, ersättningssystem och så när du har hört oss resonera.

DAG: Jag tycker att det är ett angreppssätt att använda mer och mer nu, att försöka hitta dom samverkansmodeller som är lite mer optimala, som oftast bygger på teamsamverkan. Man kan ta ett exempel, att kan regionens primärvård samverka med kommunens primärvård och hälsa- och sjukvård på ett bra sätt och båda kan jobba från toppen av sin bästa kompetens så kan man ju tillsammans skapa mycket mer, än att man byter ansvar hela tiden mellan varandra kring patienterna. Inte minst läkarstödet är ju aktuellt här. Men om man kan komma in i de här mera optimala vårdmodellerna, pröva ut dom och sen ser vilka ersättningssystem stödjer dom här bäst, så tycker jag man tar en utifrån och in approach på den här frågan som är ganska intressant. Såna här typer av testverksamhet pågår bland annat i England med inom NHS där man kallar det för place based systems of care där man liksom försöker skapa ideala samverkanslösningar lite fritt från dagens strukturer och sen ställa sig frågan, hur stödjer vi bäst de här samverkanslösningar med olika ersättningsinstrument och samverkansavtal och så vidare. Så den lösningen skulle vara intressant att pröva lite oftare och se vad vi finner då.

LISBETH: Ja, det var ju spännande. Jag tänker till er båda, skulle vi kunna göra det inom nuvarande system och regelverk, skulle vi kunna säga att här jobbar ni på ett spännande sätt med en ny vårdlogik, kan vi också vara lite fria i att testa olika ersättningsmodeller. Vad behöver till för att vi ska komma dit och det som finns i NHS?

DAG: Det finns ju exempel nu runt om i regioner där vissa regioner försöker ta en sån här approach lite mera. Jag själv är engagerad inom Västmanland till exempel där man nu försöker ta grepp på det här med ett "utifrån in" perspektiv och man har gjort det i Västra Götalandsregionen, där jag också haft förmånen att få vara med och följa utvärdera. Så det är mycket en inställning, det har ni pratat om i andra sammanhang, att inte bevaka sin gräns hela tiden utan försöka se vad ett öppet samverkanstänk kan ge. Sen börja hitta nya lösningar för att styra mot det här. För att den här teamsamverkan över gränser, den är ju rätt komplex och den

kanske inte mår bäst av att vi tar till ytterligare ersättningsmodeller för det utan att vi kanske försöker starta om och se hur professionerna hittar sina samverkansmönster och sen stödjer det.

LISBETH: Har du några tankar Annika?

ANNIKA: Nej, egentligen kan väldigt mycket göras inom dagens system och lagstiftning. Trots dagens lagstiftning skulle jag vilja säga, för att det finns ju en hel del som man skulle kunna göra även där. Vi har ju idag egentligen enligt lagstiftningen inte väldigt enkelt att samverka mellan kommuner och regioner och dessutom så har vi inte gemensamma digitala system och så har vi sekretesslagstiftning som är i vägen för en förenklad samverkan. Men det går och samverka ändå, så jag tycker inte man ska vänta på förändringen. Men däremot tycker jag att man kan testa gränserna och tänja på gränserna en hel del för vi får ingen förändring om man inte försöker ändra från båda håll. Både uppifrån staten att vi driver frågorna där och nerifrån, kommuner och regioner, där det tydliggörs egentligen. Vad är det som man behöver ändra på?

LISBETH: Precis. Ja, du var inne på det här med digitalisering för om det är någonting som står på den där gungbrädan så är det ju också att vi går in i ett annat beteende, det gör vi ju med digitaliseringen och där gränser blir mindre relevanta och så. Annika, det är också en del i kapitlet om Nära vård i ekonomirapporten. Kan du säga någonting om digitaliseringens kraft och betydelse här?

ANNIKA: Ja, men det handlar ju egentligen om att med hjälp av digitaliseringen så skulle man ju väldigt sällan behöva åka in till sjukhuset eftersom man kan ha en digital uppkoppling till en specialist. Jag vet att i Västerbotten så har man ju pratat om att i varje äldreboende eller i närheten av alla äldreboenden borde det finnas en hälsocentral där det finns uppkoppling. Man kan ta olika blodkoagulationsvärden och ha en massa olika instrument och verktyg, där individer som har en kronisk sjukdom kan gå in och mäta och monitorera sin sjukdom själv. Men även personer som bor på äldreboenden tillsammans med personalen på äldreboendena kan göra det. Och det visar sig att har man då tillgång till den här hälsocentralen, då blir de boende på äldreboendena mycket tryggare, vilket då

innebär att de inte behöver åka in till sjukhuset. Och jag kan ju tänka mig att även personer inom hemtjänsten skulle kunna få hjälp på en sån hälsocentral. och då får man automatiskt kontroll över och kanske på ett tidigare stadium än idag också. Att nu är värdena på väg åt ett visst håll som innebär att vi måste ändra medicineringen till exempel. Det finns väldigt mycket tycker jag som man skulle kunna göra med digital teknik därför att väl utvecklad så kan ju digital teknik också användas i hemmet för olika personer.

LISBETH: Verkligen. Och det är ju mycket på gång där så att jag tänker att det är nog bara i sin linda.

ANNIKA: Absolut.

LISBETH: Jag tycker det är spännande med ersättningssystem och ekonomi. Det är ju så att när vi tänker Nära vård och en allt större del av oss människor som lever i samhället har behov av insatser kontinuerligt för att vi lever med kroniska sjukdomar, så blir det ju egentligen en logik som handlar om icke händelser, precis som du säger, att då behöver jag inte åka in. Då behöver jag inte söka stöd och då känner jag trygghet och det är ju lite utmanande att tänka att vi ska få stödsystem, ekonomiska beräkningssystem, modeller som stödjer det som inte sker. Eftersom vi ofta har haft fokus på det som sker, men ju mer självständigt man kan leva livet trots sin kroniska sjukdom ju mindre behöver man ju vårdens insatser och kanske kan man göra mer själv. Utmanar inte det här vårt sätt att tänka kring dom ekonomiska beräkningsmodellerna eller skrivningssystemen?

ANNIKA: Jag kan ju tycka att kapiteringsersättningen, den är ju sån egentligen. Ett ställe där man har kommit väldigt långt med förebyggande vård är ju inom tandvården och där åker man ju på någon sorts årlig kontroll och då får ju tandläkaren, man får betala en egenavgift och sen får tandläkaren en peng för det här. I Stockholm och flera regioner så har man ju jobbat med sån här frisktandvård, förebyggande tandvård att man får betala en ersättning och slippa betala när det inträffar någonting. Jag tänker att det kanske är så man ska tänka, att här får ni en ersättning för att ta hand om de här individerna och kan ni då göra det på ett så

bra sätt som möjligt? Ja, men då kanske vi kan öka ersättningen för att vi får en bättre hälsa hos den här gruppen i befolkningen.

LISBETH: Precis, och då är det ju väldigt mycket att ändamålet är att skapa hälsa och hur gör vi både tjänsten men också de ekonomiska styrsystemen så stödjande som möjligt för att behålla och skapa hälsa. Det är ju jätteintressant och jätteviktigt. Jag tänker Dag, i den här delen i ekonomirapporten så finns det också ekonomiska beräkningar och du har bidragit på uppdrag av oss i Nära vårdarbetet till att titta på lite olika exempel och försöka beräkna dem. Just för det som ni båda säger att det är så viktigt att vi också kan få syn på både kostnader och effekter av den Nära vården. skulle du vilja berätta lite grann om det exemplet som finns i ekonomirapporten är södra Älvsborg. Kan du berätta lite grann om det och vad du ser i det?

DAG: I exemplet är ju just ett sånt exempel på sådan här optimal samverkansmodell där man försöker göra så rätt som möjligt från början. Och det är det som är grund-devisen för mig i min bakgrund i tjänsteforskningen att man ska försöka göra så rätt som möjligt från första början. Den här samverkansmodellen har ju växt fram i och med att sjukhuset såg att man skulle kunna jobba bättre med kontinuitet runt patienterna om man också samverkade mer med den kommunala hemsjukvården, som oftast tar hand om dom här mest sjuka patienterna som är målgrupp just för Södra Älvsborgs-exemplet då. På det sättet så har man skapat en ganska optimal modell där båda parter är vinnare i det här och framförallt patienten och närstående. Där man egentligen kan med det här teamet som utgår från kliniken Nära vård på Södra Älvsborgs sjukhus - dom har alltså en klinik som heter Nära vård som jobbar direkt inne och är designat för att jobba inne i hemsjukvården tillsammans med hemsjukvården kring de här komplexa patienterna och det är de allra mest sjuka då. Så i stort sett så försvinner de ju från inläggningar på slutenvården för det mesta med några undantag och kommunen får ett mycket bättre stöd för sitt arbete med patienterna. Samtidigt är det inte alldeles lätt därför att egentligen så ska kommunerna inte samverka direkt med sjukhusvård på det här sättet som man gör, enligt dom regler som finns. Men det gör man ändå därför att båda parter vinner på det så tydligt och det blir väldigt, väldigt goda resultat för patienterna.

Så det är en modell som visar just på det som Annika var inne på, hur man tänjer lite grann på gränserna för att få det att fungera bättre. Och nu försöker man då skapa styrsystem och ersättningsmodeller som stödjer det här arbetet mera kontinuerligt så att det också överlever över tid. Så det är bra exempel på vad vi kan göra när vi jobbar utifrån optimala utgångspunkter och då slipper vi mycket av det händelserna som annars då uppstår med inläggningar och överföringar till korttidsboenden som blir för de här patienterna. Nu kan hen vara kvar i sitt hem och få en kontinuitet i samverkan mellan både specialistkompetens, primärvårdsläkare när det behövs och den kommunala hemsjukvården.

LISBETH: Vad tänker du Annika när du har tagit del av det här exemplet och följt det och så? Vad spelar det för roll?

ANNIKA: Nej, men det är klart att det är jätteviktigt med de här exemplen för att visa var är det man kan spara de här pengarna? På vilket sätt uppstår vinsten? Det som är ett dilemma många gånger inom vården, det är ju att oj, nu fick vi en ledig vårdplats, då fyller vi den med en annan patient, men här är det ju så att skulle vi inte ha ställt om till Nära vård då skulle kanske inte vårdplatserna ha räckt till. Det är ju det perspektivet man måste se det i, inte liksom att man får en ledig plats och så fyller man med en annan. Och ja, men då har vi ju inte sparat någonting.

LISBETH: Det är intressant. Jag vet att ni tittar på demografiska utvecklingen i varje ekonomirapport. Vill du säga något om det? För jag tänker att det där hänger ju ihop med hur vi ska möta framtiden och vilka lösningar vi har och hur vi också ser vilka vinster och effekter vi får. Jag vet att ni gjorde om bilden lite grann i det här årets ekonomirapport.

ANNIKA: Ja och det är ju SEB som har gjort en ny befolkningsprognos så det är utifrån den befolkningsprognosen och det är ganska dramatiska förändringar faktiskt jämfört med de tidigare prognoserna. Går vi tillbaka för två prognoser sedan då räknar man med att barn och unga skulle öka med nio procent och sen drog man ner det till fem procent och nu var det faktiskt en minskning av barn och unga med en procent. Men däremot så har vi ju en jättestor ökning av personerna

åttio-plus och tittar man på den totala ökningen av befolkningen som var 407 000 personer, så kommer femtiosex procent av dom från en ökning av åttio-plussarna. Det vill säga 266 000 personer ökar man med i åldern åttio-plus medan både gruppen mellan 65 år och 79 år och gruppen barn och unga minskar. Gruppen i arbetsför ålder ökar med 235 000, alltså lägre ökning av personer i yrkesverksam ålder än av gruppen åttio-plus. Och det här är ju en jätteutmaning framåt, både ekonomiskt, men även kompetensförsörjningsmässigt. Det är ju det som blir så tydligt att vi kan inte fortsätta utöka antalet anställda per person som har behov som vi har gjort utan här måste vi börja jobba på ett nytt sätt.

LISBETH: Precis. Jag tänker du Dag sa ju också att när vi lägger ihop resurserna så sammantaget använder vi resurserna bättre och det tänker jag är någonting som är genomgående redan från Göran Stiernstedts utredning, det är kanske inte resursbrist om vi lär oss använda resurser på andra sätt. Jag tänker också Dag, du säger Annika om den här jättestora ökningen av åttio-plus och det finns ju några saker som är generaliseringsbara i dom här beräkningsexemplen. Till exempel så vet man ungefär hur stor population som är de som har riktigt stora behov, kan vi säga något om det Dag?

DAG: Precis, nu har jag mest tittat på den tyngsta gruppen komplexsjuka och det är oftast äldre då. Men dom är ju egentligen en ganska liten grupp som tar väldigt stor del av sjukvårdens resurser. Och det gör ju att det faktiskt är en intressant möjlighet, när vi vet att om vi gör en bättre vård för de här med större kontinuitet, kan vi bygga det och stödja det. Då får vi ju inte bara en mycket bättre kvalitet, men vi får faktiskt en bättre resursanvändning också och jag tror det som Annika också är ute efter är att vi måste hitta dom nya sätten när demografin ser ut som den gör. Men i och med att dom är ändå ganska få, alltså dom allra mest sjuka är ett nyckeltal vi ofta använder, dom är inte mer än 0,2 procent av befolkningen. Det innebär att om du har en stor kommun med hundratusen invånare så talar de om två hundra invånare ungefär, medborgare som har det här behovet. Och sen finns det grupper under dom som är sjuka och sköra, men inte så allvarligt sjuka som den här gruppen som är riktigt tung. Det är den här tunga gruppen som oftast som får mest illa i systemet genom att dom

forslas runt på det här sättet och det ständiga ansvarsbyten och omplaneringar och så vidare. I den här insatsstrukturen så tappar vi kontrollen många gånger och vårdplaneringar brister och läkemedelslistor brister, det stämmer inte överens och det ställer till stora problem. Vi vet till exempel i många fall att sjuksköterskor i hemsjukvården får lägga ner nånstans mellan tjugo till femtio procent av sin arbetstid på vad vi kallar för faktorer och den tiden kunde ju istället användas för bra vård och inte minst jobba med hälsofrämjande inslag också. Så kan vi liksom toppa det här med att se till att vi slipper den här typen utav buggar som en del kallar det för i systemet. Då kan vi få ut mycket mer resurser i vårt system och hitta den här fantastiska kombinationen av bättre resursanvändning och samtidigt hög kvalitet. Så det är jag ganska övertygad nu om efter många kartläggningar under många år, att det är fullt möjligt. Men vi måste ha ett fokus på det på ett nytt sätt och som vi varit inne på, vi behöver hitta de styrmodeller som också stödjer det här kontinuerligt. Att de inte är personberoende för det är ofta så annars, i historien har det varit det, att det är drivande individer som får det här att fungera. Men sen när det väl går över till andra personer eller till ordinarie verksamhet från ett projekt, ja då är det instabilt, då försvinner det så småningom. Det finns många såna exempel vi har sett, men jag menar att vi ska se det här positivt. Vi kan ordna det här, men vi måste ha ett annat fokus.

LISBETH: Just det. Jag tänker också att du kan berätta lite grann om hur ni har genomfört de här analyserna och har tagit fram de ekonomiska beräkningarna för att det är också intressant och hur gör man det här på ett bra sätt?

DAG: Ja, problemet för oss som försöker göra det här är att det inte är alldeles lätt att hitta dom här siffrorna. Det är ett väldigt pusslande kan jag säga från olika organisationer eftersom vi har delat upp patienten i olika Excelark i varje organisation och att dom här uppgifterna inte alltid så tillgängliga eller så. Det är som att lägga ett stort pussel och ibland går det inte, men ibland går det. Det beror på lite grann hur regionerna själva hanterar sina informationssystem då, men det är att försöka följa individen. Det är vår logik där vi försöker lägga ihop insatsen efter individens process. Och vad vi ofta jobbar med, som vi har gjort med södra Älvsborgs-exemplet är att vi tittar på individerna före en sån här ideal

modell. Hur såg vårdkonsumtion ut då och sen så jämför vi gärna med samma individer efter att de har kommit in i den här nya vårdmodellen, den ideala vårdmodellen och försöker jämföra och se skillnader. Det är det vi har gjort i södra Älvsborgsexemplet, som finns med ekonomirapporten. Då ser man nästan alltid när de här modellerna är bra organiserade från början med samverkan. Att det är stora tal, stora resursförbättringar som kommer, samtidigt som vi kan mäta patientnöjdhet som oftast är väldigt bra i dom här exemplen. Så det är en väldigt, väldigt stor morot för oss att gå vidare med det här. Och en viktig del av att lägga resurs pusslet framåt nu, med tanke på utvecklingen ser ut.

LISBETH: Har du någon tanke kring det där Annika, när du hör Dag säga om dels pusslandet, att kunna få fram den här datan och siffrorna och vad vi vill framåt?

ANNIKA: Nej inom hälso- och sjukvården jobbar man ju en del med KPP, kostnad per patient. Vi hade ett sådant projekt inom äldreomsorgen förutom som hette kostnad per brukare som en del kommuner använder. Men är ju svårt eftersom ekonomisystemen är ju ofta på en annan ledd, det är antingen konton eller personalkostnader eller läkemedel och så vidare eller i kommunerna på verksamhet och så vidare. Så att det är svårt, vi har inga system idag som är anpassade till individerna förutom egentligen KPP som vi har och där har vi utvecklat det inom den somatiska vården, inte alltid inom primärvården så det är ju det här som gör att det blir lite svårt.

DAG: Jag skulle lägga till att skulle vi kunna liksom få till våra system så att vi enklare kunde följa patientens process och kostnader så skulle vi få ett bra underlag för utvecklings- och förbättringsarbete ute bland huvudmännen som verkligen behövs för att komma framåt. Så det skulle vara önskvärt att vi kunde koppla ihop våra dokumentationssystem så att vi enklare kunde få ihop de här bilderna, det vore väldigt bra.

ANNIKA: Jag tänker ibland på den tredje största kostnadsdiagnosgruppen, om man kallar det diagnosgrupp inom hälso- och sjukvården. Det är det som kallas för skador och förgiftningar. Det är då äldre personer som råkar ut för lårbensbrott och så vidare och sen får de läkemedelsförgiftningar. Och då tänker jag, ibland pratar

vi om förebyggande och man tänker liksom hela livscykeln med förebyggande vård. Jag tänker på hur mycket lidande och kostnader skulle man inte spara genom att bara försöka fokusera kring hur kan vi tillsammans, kommuner och regioner arbeta förebyggande mot att folk ramlar och slår sig? Bara den delen skulle ju hämta hem hela kostnaden så ibland tycker jag att det blir ungefär som att det är självklart att äldre personer ramlar och slår sig och det är ju ganska enkla medel som behöver till många gånger. Det handlar ju om badrum som är ett jättefarligt ställe att vara på när man är äldre, att det finns saker man kan ta tag i med händerna och så vidare när man är i badrummet och sen handlar det ju om att kanske få hjälp när man ska byta gardiner eller putsa fönster eller vad det nu är, lösa mattfransar och så vidare.

LISBETH: Och vilket lidande och faktiskt också död. Det här är ju en väldigt stor olyckskategori. Vi hade på Nära vårds forskningsfrukost med oss Magnus Zingmark som är forskare och finns i Östersunds kommun som FoU-chef men också är knuten till både Umeå och Lunds universitet. Han berättade just om att räkna hem effekter på bland annat fallprevention, men också andra förebyggande arbeten. Och jag vet att de har jobbat också med digitaliseringen som verktyg, något som jag tror dom kallar säkra steg. Där man också lätt i sin applikation i mobiltelefonen kan både träna upp sig så man behåller sin muskelmassa och sin styrka. Och det är klart att sånt är väldigt intressant att också titta på effekterna av.

DAG: Jag tror det är jätteviktigt det där, för att det är också så att vi lägger ner väldigt mycket tid på det här som jag kallar för transaktionsarbetet, att skifta ansvar runt patienterna. Får vi ett mera kontinuitetsbaserat omhändertagande där vi inte byter ansvar på det sättet utan vi samverkar i stället om patienten, då kommer ju också kommuner kunna arbeta mycket mer med aktiv rehabilitering och sådana exempel finns ju nu på olika håll i kommuner som visar att man skjuter upp, eller man helt enkelt besparar individen ett ökande hälso- och sjukvårdsbehov genom att jobba så förebyggande med dom här insatserna då. Men det gäller att få tid för det och och det har vi inte riktigt idag så som det ser ut.

LISBETH: Nej, och det handlar om ett ledarskap. Det handlar om att verkligen jobba med en annan typ av logik, en logik som nästan vänder på perspektiven. Jag tänker Dag när du har tittat då på södra Älvsborg och det beräkningsexempel som finns i ekonomirapporten. Vad skulle du säga om du summerar de viktigaste resultaten?

DAG: Ja, det viktigaste är att det här är ju en win-win mellan sjukhuset i regionen och kommunerna som finns i samverkansområdet södra Älvsborg. Annars skulle det inte fungera. Så att dom viktiga resultaten är ju att sjukhusets team jobbar inne i den kommunala hemsjukvården och stödjer dom i deras arbete. Samtidigt som dom då också kan minska behovet av inläggningar och få en bättre kontroll på patienten. Ett viktigt arbetssätt som delas mellan kommunen och de här teamen från sjukhus, det är att dom jobbar aktivt med vårddokumentationer som ger båda parter en väldigt god insikt i patientens situation. Dom här patienterna är så välplanerade så man ser aldrig det nästan någon annanstans. Det är det som gör att det blir en sån trygghet. Så till och med fast det här teamet jobbar dagtid, vardagar så kan man planera och säkra eventuella risker genom den här planeringen som gör att kommunen kan hantera patienten även kvällar, nätter och helger utan att behöva riskera och skicka in patienten på många sätt. Men om patienten behöver sjukhusvård så får ju den ju det, men det blir en helt annan stabilitet, så nyttan är ömsesidig. Regionen sparar stora resurser på det här arbetssättet och primärvården får en fördel från vårdcentralerna som kan bättre hantera patienterna som är lite längre ner i behovsutvecklingen och hinna med dom hembesöken i de här kommunerna som man verkar i. Och hemsjukvården får ju mycket lättare arbetsmiljö, bättre arbetsmiljö och stabilitet kring patienterna som gör att man faktiskt också kan öka dom här proaktiva insatserna vi pratade om nyss, i sitt arbete. Mindre tid då för det här strulet som jag nämnde tidigare. Så det är verkligen en win-win som är optimal på det sättet.

LISBETH: Jag tycker det är viktigt också att lyfta just det kommunala perspektivet för jag tror och ser också att det finns ju också en rädsla för övervältringskostnader eller att här ska vården göras så mycket närmare och den kommer ofta att göras i människors hem och hur påverkar det den kommunala hälso- och sjukvården. Men du sa ju det nu, du kan gärna förstärka det lite grann. Vad tänker du kring

den rädslan och vad tänker du, Annika kring den rädslan? Om du börjar Dag, vad tänker du?

DAG: För det första får man nog erkänna att det är befogat att ha en rädsla för det här från kommunernas sida. Men det är också viktigt att man prövar och sätter sig in i hur en samverkansmodell skulle kunna se ut. Det vi då ser är att när man kommer in i den här riktiga äkta teamsamverkan som vi kallar det för, alltså där man blir ett team på riktigt, man kan ringa och kommunicera med varandra direkt, det är som att vara anställda i samma verksamhet. Då uppstår en stor fördel för båda parterna och inte minst kommunerna. Vi ser ju våra utvärderingar och jag har utvärderat det ett par gånger nu, de här teamen i södra Älvsborg, vi ser ingen form av kostnadsövertäring till kommunerna utan snarare tvärtom. Man vinner på det här samarbetet. Men så länge man kommer in i den här modellerna och sjukhuset också arbetar på ett mer icke-hieratiskt sätt och inkluderande och utbildar också kommunal hälso- och sjukvårdspersonal. Om man inte gör det på ett bra sätt då uppstår inte de här fördelarna. Det finns också utvärderingar av det, där det inte har blivit lika bra resultat. Men när äkta teamsamverkan kommer till ja då ser vi de här resultaten. Då kommer vad vi kallar för hävstången för parterna och inte minst för patienterna också.

LISBETH: Annika, känner du igen det här?

ANNIKA: Ja, absolut, och det är klart att det bygger ju också på att man är mindre, en kommun är alltid mindre än en region. Jag tror att dels just det här att ja men nu ska regionerna komma undan kostnader och så ska de lägga dem på oss och så känner man sig lite i underläge gentemot regionen som ju är mycket större och har mycket mer resurser många gånger än vad små kommuner har. Men här tror jag också, kan man få till och där är det ju viktigt att regionerna tänker på det, att här måste man jobba på lika villkor för att man verkligen ska arbeta ihop. Och sen att man får fram modeller som båda parter är nöjda med så tror ju jag att båda parter kommer att tjäna på det här. Men man måste vara väldigt öppen mot varandra och man måste ha tillit till varandra, men man måste också bidra med att ge öppenhet och transparens inom sina verksamheter. För gör man inte det,

har man inte den inställningen, att det här gör vi tillsammans och det är vi som gör det här, så tror jag att det kan bli svårt att få till den här tilliten.

LISBETH: Ja jätteviktiga ord, jag tror det där kommer man tillbaka till också. Vi är ju människor och vi behöver mötas där och ha tilliten och få experimentera och kanske också få misslyckas. Men jag tänker när du ser resultat, Annika, vad tänker du är det viktigaste med de resultaten? Om vi nu tar södra Älvsborg till exempel? Hur vill du använda det?

ANNIKA: Nej, men jag tror att det är viktigt att man redan från början har diskuterat, hur ska vi sätta upp det här samarbetet, vilka modeller ska vi ha? Ska vi teckna en överenskommelse eller ska vi jobba på löpande bas? Jag tror det viktiga är bara att där man kan följa utvecklingen och att man kan se var uppstår vinsterna och hur ser det ut och att båda på något sätt kan få ta del av detta, hur man gör det. Det tycker inte jag är det viktiga utan jag tänker att man kan utveckla väldigt många olika modeller i Sverige. Det viktiga är att det funkar så att säga på lokal nivå.

LISBETH: Klokt. Jag har tänkt att vi ska börja runda av. Jag tänker oj, vad tiden gick snabbt, men är det saker vi behöver faktiskt säga eller prata om inom det här fältet som vi inte har varit inne på.

DAG: Om jag ska lägga till någonting så skulle jag vilja ändå starta i patienternas situation och behoven för vi har ju sett nu på trettio år en ganska stor markant förändring till mycket mera betoning på patienter med kroniska sjukdomar och det drivs ju mycket av det som vi varit inne på tidigare kring demografien. Och när vi ser den utvecklingen på rätt så kort tid, trettio år går ganska fort så måste vi ändå säga att vi har ju inte anpassat våra sjukvårdsorganisationer i samma takt. Det tycker jag är en bra motivation för varför vi måste hitta nya modeller att interagera kring och som mer betonar de här med komplex sjuklighet som finns, då med behov över systemet. Och ju högre komplexitet, det har ju också sagts effektiv vård, desto större potential ur resursperspektivet därför att det är där vi lägger ner mest resurser och det är där trasslet med ständiga byten och ansvarsskiftet sker. Så där kan vi åstadkomma en enorm förbättring med den

här fantastiska möjligheten att både få bättre kvalitet och bättre resursanvändning i samma steg. Så att vi har starka skäl att jobba med de här frågorna och vi vet att vi kan få dom här resultaten om man går in rätt i dom.

LISBETH: Och då tänker jag också att när vi det blir verkligen en win-win eftersom det också blir så mycket bättre kvalitet för de här personerna som slipper färdas i mellanrummen. Det är egentligen ett mellanrumsarbete tänker jag, att täta där i mellanrummen. Annika, vad har du? Har du nånting som vi borde också ta upp här?

ANNIKA: Nej, men jag tror precis som Dag. Vi har ju haft en sjukvård som har blivit allt mer specialiserad. specialiteterna har liksom blivit ännu mer specialiserade i små delar och till slut blir liksom en människa uppdelad i väldigt, väldigt många olika personer som ska finnas runt omkring dem. Och här ser ju jag att det funkar liksom inte i längden. En människa som skickas hit och dit. Det är ju väldigt, väldigt mycket transaktionskostnader där. Och där är det ju viktigt, att här ser vi ju att vi kan hämta hem saker och ting genom att det finns någon som tar ansvar för hela personen eller att man gör saker och ting gemensamt på något sätt där man kan ha kontakter med de olika specialisterna. Det blir ofta så att man bara ja, men jag tittar bara på magen eller jag tittar bara på stortån, då kanske man missar hur det hänger ihop.

LISBETH: Det påverkar ju också kvaliteten, att inte få vara den där hela människan. Jag tycker att vi är i en spännande tid. Tänk vad vi har mycket spännande framför oss och se hur det här kommer att växa fram, för det tror jag det kommer att absolut att göra. Jag tänkte vi ska sluta med vår Närvårdpodden-fråga och jag vänder mig till dig Dag först och frågar, vad är nära för dig?

DAG: Nära för mig behöver inte just vara geografiskt eller fysiskt nära, utan det kan också vara väldigt mycket relation eller att förstå ett sammanhang på ett närmare sätt. Och att det är också att ha en bra relation på ett tydligt sätt där jag förstår vad som händer och har ett bra samspel så nära är ganska mångfacetterat tycker jag och är långt mycket mer än bara fysiskt nära.

LISBETH: Tack, vad är nära för dig, Annika?

ANNIKA: Nej, men jag håller med mycket av det Dag säger, sen tänker jag att nära är också att gå ut och möta människan där de befinner sig både fysiskt och på alla andra sätt, så att det är liksom nära invånaren som är nära tycker jag, både tankemässigt och fysiskt och i deras situation att man utgår från deras specifika situation.

LISBETH: Tack så mycket för att ni tog er tid och ville vara med och dela era kunskaper och era perspektiv i Nära vården. Tack så mycket.

ANNIKA: Tack.