



Ett steg till

En guide till en mer samskapad hälsa, vård
och omsorg genom Patientkontrakt



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Ett steg till

En guide till en mer samskapad hälsa, vård och omsorg genom Patientkontrakt



Upplysningar om innehållet:

Anette Nilsson, anette.nilsson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022

ISBN: 978-91-8047-056-8

Illustration: Kristine Widlert

Produktion: Advant

Tryck: LTAB, 2022

Förord

Syftet med denna skrift är att ge stöd till er – beslutsfattare, chefer och medarbetare – som har i uppdrag att driva omställningen till nära vård i regional och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. I omställningen är personcentrering central och Patientkontrakt bidrar till att konkretisera personcentrering. Förhoppningen är att ge både en ram och handfasta tips på vägen. Guiden kan med fördel läsas tillsammans med handboken ”Att driva omställningen till Nära vård”, som handlar om att driva en omställning i komplexitet, när mycket är oförutsägbart och dynamiskt och det är svårt att planera en exakt process. Vi hoppas guiden kan vara hjälpsam längs vägen, både för dig som är nybörjare och för dig som har lång erfarenhet av att driva storskalig förändring i komplexa system, med fokus på samskapande.

Den första delen innehåller ett sammanfattande kunskapsunderlag om samskapande, Patientkontrakt och om att driva förändring i komplexitet.

Den andra delen beskriver vad som har gjorts från nationell nivå för att ge stöd i införandet av Patientkontrakt, utgångspunkter för det som gjorts och reflektioner kring lärande, så här långt.

Den tredje delen innehåller några korta samtal mellan oss författare utifrån det vi funderar på just nu, tänkta som ett bidrag till pågående, fortsatta och gemensamma samtal mellan alla som arbetar med införandet av Patientkontrakt.

Skriften är inte en backspegel över ett avslutat arbete, utan ett försök att beskriva vad som gjorts hittills och ett nuläge. Vår förhoppning är att bidra med kraft och underlag för att fortsätta arbetet. Skriften är producerad och utgiven av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inom ramen för arbetet med Patientkontrakt som en del i SKR:s och regeringens överenskommelse ”God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav”.

Vi som skrivit denna guide har båda lång erfarenhet av att designa storskalig förändring och driva utveckling i komplexitet, utifrån forskning och praktik. Vi har inte alla svar, men vi vill dela med oss av vår erfarenhet och kunskap för att vi tillsammans ska kunna komma längre.

Vi hoppas också att skriften kan inspirera till att fördjupa din kunskapsresa, och göra dig nyfiken på att fortsätta vandra tillsammans med andra, dela erfarenheter och lärande längs vägen, hitta smultronställen och hjälpas åt i de svåra passagera.

Vi kommer alltid vara på väg...

Stockholm i maj 2022

Anette Nilsson

**Nationell projektledare Patientkontrakt
Sveriges Kommuner och Regioner**

Klara Palmberg Broryd

**PhD komplexitet
Broryd industrier AB**

”Personcentrering och samskapande är centrala delar i omställningen till Nära vård. Patientkontraktet är ett sätt att konkretisera det personcentrerade arbetssättet och använda sig av både personens och vårdens kunskaper för att tillsammans skapa hälsa. Med denna guide får vi handfasta tips och stöd för att reflektera och utveckla våra arbetssätt. Den blir värdefull i det fortsatta omställningsarbetet till Nära vård för att göra skillnad till det bättre i människors liv och vardag.”

- Lisbeth Löpare Johansson, samordnare Nära vård, SKR

Innehåll

Del 1 - Kunskap om Patientkontrakt, samskapande och att driva förändring i komplexitet

- 10 **Introduktion**
- 12 **Bakgrund**
- 13 Pilotprojekt blev starten
- 15 **Patientkontrakt - ett partnerskap mellan patient och vårdgivare**
- 17 Patientkontraktets fyra delar
- 23 **Samskapa**
- 26 Innebär personcentrering och samskapande ett skifte?
- 30 **Att förändra komplexa system**
- 34 Komplexitet i införandet av Patientkontrakt
- 35 Att driva förändring i komplexitet

Del 2 - Att rigga för storskalig kulturförändring

- 44 **Att rigga för storskalig kulturförändring**
- 45 1. Ta ut riktning och forma vägledande principer
- 48 2. Hitta din inre drivkraft till varför detta är viktigt och bygg kapacitet!
- 49 3. Det är i mötet mellan människor det händer
- 50 4. Använd kommunikation för att nå fram
- 52 5. Ta vara på reaktionerna

- 56 6. Värdet av en tjänst avgörs i samskapande
- one size doesn't fit all
- 59 7. Från test i liten skala till kulturförändring
- 63 8. Innovationskraft och lärande genom "testbäddar"
- 64 9. Sammanhållen planering på 1177
- 66 10. Glädjen är en kraftkälla

Del 3 - Några samtal om samskapande

- 70 Några samtal om samskapande**
- 71 Din hälsa - vårt ansvar
- 73 Maktörflyttning och illusionen av kontroll
- 74 Djävulen sitter i frsminnet
- 76 It takes two to tango - men ett helt folkdanslag för att få till
samskapande i vården
- 78 Har vi råd att låta bli?
- 80 En policy gör ingen förändring i sig själv

- 82 Slutord**



DET VI
ÄNNU
INTE VET

DET
VI VET
IDAG

DET
VI VISSTE
IGÅR

KUNSKAP

KUNSKAP

Del 1

Kunskap om Patientkontrakt,
samskapande och att driva
förändring i komplexitet

Introduktion

Över hela Sverige pågår ett omfattande omställningsarbete inom hälso- och sjukvården och omsorgen – ett skifte från ett hälso- och sjukvårdssystem som idag i hög grad är uppbyggt kring diagnoser och institutioner, till ett system som är designat för människors levda vardag. Omställningen har sin grund i att hälso- och sjukvården och den kommunala vården och omsorgen bättre behöver möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov, och samtidigt vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet. För detta krävs en omställning i hela vårdkedjan.

Omställningen till en mer nära vård bygger på nya sätt att arbeta och att den enskilde individen ges möjlighet att ta en mer aktiv del i sin hälsa, vård och behandling. Kärnan är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Patientkontrakt är ett koncept, som innebär ett arbetssätt som bidrar till att konkretisera det personcentrerade förhållnings sättet i praktiken. Det bidrar till ökad delaktighet, tillgänglighet, samordning och samverkan, värden som beskrivs som betydelsefulla av många patienter och deras närstående och som bidrar till en enklare vardag.

Omställningen till en mer nära vård kan även beskrivas genom de fokusförflyttningar som behöver göras:

- › Från fokus på **organisation** till fokus på **person och relation**: här är utgångspunkten att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet, och ska bidra till trygghet. En annan utgångspunkt är patientens/brukarens individuella förutsättningar, förmågor och behov.
- › Från invånare, patienter och brukare som **passiva mottagare** till att vara **mer aktiva** i samskapande i hälsa, vård och behandling, med ett gemensamt ansvarstagande och ömsesidig tillit.
- › Från **isolerade vård- och omsorgsinsatser** till **samordning** utifrån personens fokus: det är patientens/brukarens bästa som är utgångspunkten i hela vård- och omsorgsprocessen, sett ur hela individens perspektiv.
- › Från **reaktiv** till **proaktiv och hälsofrämjande**: hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest hållbara arbetssättet, som kan skapa förutsättningar för självständighet och livskvalitet och samtidigt skapar förutsättningar för en jämlik hälsa.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård håller generellt en mycket hög kvalitet med goda medicinska resultat. Dock förekommer brister, främst avseende delaktighet, kontinuitet, samordning och tillgänglighet. Detta faktum baseras bland annat på internationella jämförelser och rapporten ”Lag utan genomslag” (rapport 2017:2) från Myn-digheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), som jämfört resultaten i bland annat Nationell Patientenkät. Rapporten visar att resultaten 2016 försämrades i förhållande till 2014. Detta trots den nya patientlagen, som infördes 2015 med syftet att stärka tillgänglighet, delaktighet och samordning av vårdinsatser för att tydliggöra och stärka patientens ställning.

I rapporten ”Från medel till mål” (rapport 2017:9) skriver Vård-analys att det finns omkring en miljon invånare i Sverige som har komplexa samordningsbehov och samtidigt små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård. Brister i samordning kan leda till en kvalitativt sämre vård och omsorg. Det kan också leda till ökade kostnader på grund av att behandlingar eller under-sökningar behöver upprepas.

Pilotprojekt blev starten

Mot bakgrund av de brister Vårdanalys konstaterade, genomförde Landstinget i Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten 2017 ett pilotprojekt för utveckling av det som personer med patienterfarenhet skulle komma att kalla Patientkontrakt. Genom omställningen till en mer nära vård har även den kommunala vården och omsorgen inkluderats och därmed innefattas både patienter och brukare i begreppet Patientkontrakt.

Baserat på uppdragets fyra målsättningar och resultat från intervjuer med patienter och närstående, testade respektive landsting/region tio olika sätt att implementera olika delar inom konceptet Patientkontrakt som innebär:

- › Ökad samordning genom fast vårdkontakt
- › Tillgänglighet genom överenskommen tid
- › Stärkt ställning genom löfte/överenskommelse
- › Samverkan mellan vårdgivare

Rapporten från pilotprojektet beskrev att lösningar fanns för varje del inom konceptet, men dessa var inte en del i den praktiska vardagen. Flertalet enheter hade anammat en eller ett par delar, men majoriteten av verksamheterna kunde inte uppfylla samtliga fyra delar.

Under projekttiden genomfördes en studie i en verksamhet som implementerat alla delarna. Det framkom tydligt att det krävs en solid värdegrund med engagerat ledar- och medarbetarskap för att skapa den genomförandekraft som behövs för att lyckas. Det visade sig också att det var viktigt att ha en samlad strategi som skapade förändringstryck och bidrog till genomförandekraften.

Utifrån pilotprojektets resultat, ville regeringen 2017 se en satsning på Patientkontrakt för att säkerställa att alla patienter får en samordnad vård inom rimlig tid, och för att markera att det inte är patientens eget ansvar att ha kontakt med och samordna vårdinsatser inom hälso- och sjukvården.

Under 2018 bedrevs projektet Patientkontrakt inom ramen för överenskommelsen ”Patientmiljarden” mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, och sedan 2019 är Patientkontrakt en integrerad del i överenskommelsen ”En God och nära vård”.

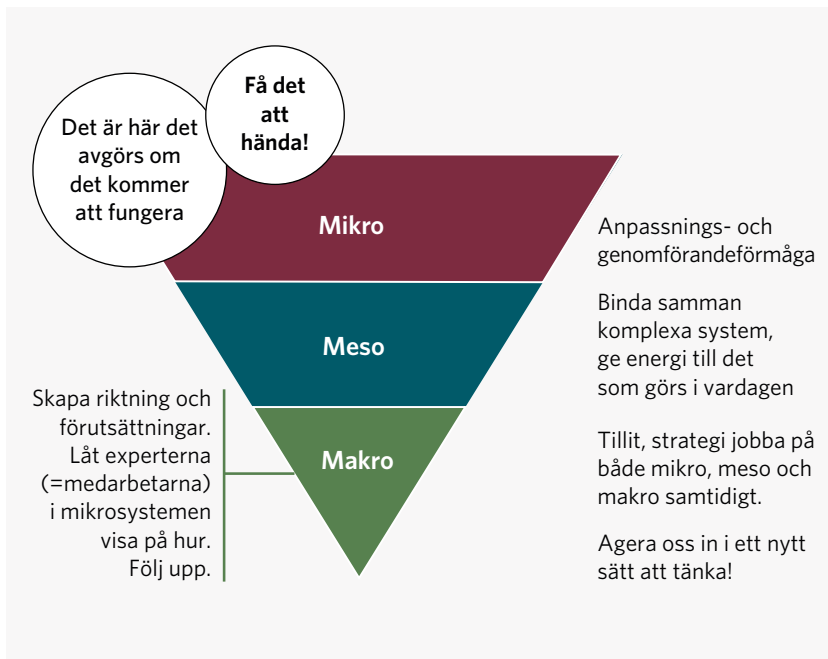
Patientkontrakt – ett partnerskap mellan patient och vårdgivare

Det finns en skillnad i att ”vården gör för dig” eller ”patienten i centrum” och att ”patienten och vården gör tillsammans”. Ett Patientkontrakt, framtaget i samskapande, utmanar till en djupare delaktighet som bygger på en förståelse att samskapande (se vidare i avsnittet om co-production) uppstår i interaktionen mellan två eller flera personer. I denna skrift väljer vi att genomgående använda begreppet ”samskapande” för att beskriva ett ömsesidigt partnerskap mellan individ och profession. Det är något som uppstår som ingen hade kunnat göra på egen hand.

Det är också viktigt att förstå att en tjänst alltid värderas i realtid. En produkt kan tillverkas och läggas i byrålådan för att plockas fram när kunden efterfrågar den. En tjänst sker i realtid, vid varje möte, med varje person, varje gång. Vårdens aktörer har under lång tid tränats i att ”göra för patienten”. Och invånaren å sin sida har vant sig vid att som patient eller brukare vara mottagare av det vården och omsorgen gör. Att ställa om sina tankemodeller, öka sin förståelse och samtidigt träna sin förmåga i att ändra sitt beteende till ett partnerskap mellan patient och vårdgivare, är en kulturreisa som kräver mycket träning och ökad förståelse, både för medarbetaren och invånaren.

I Patientkontraktet utmanas inte enbart delaktigheten utan själva kärnan är en gemensam överenskommelse där det är tydligt vad patienten gör för sig själv – med hjälp av sina nätverk och utifrån sina förutsättningar – och vad vården gör. Vårdens ansvar innehåller tydlighet kring kontaktvägar/tillgänglighet, fasta kontakter och hjälp med samordning vid behov. Det är i mikro-systemet – i det individuella mötet – som överenskommelsen tecknas, det är där det händer. Men på nästa nivå – meso, grupp-nivån – behövs en samsyn och arbetsätt som innebär samverkan, för att överenskommelsen/Patientkontraktet ska fungera. Och på den övergripande nivån – makro, organisationsnivån – behövs också en samsyn och mål så att förutsättningarna blir de rätta för övriga nivåer. Samskapande behöver med andra ord ske parallellt på de olika nivåerna.

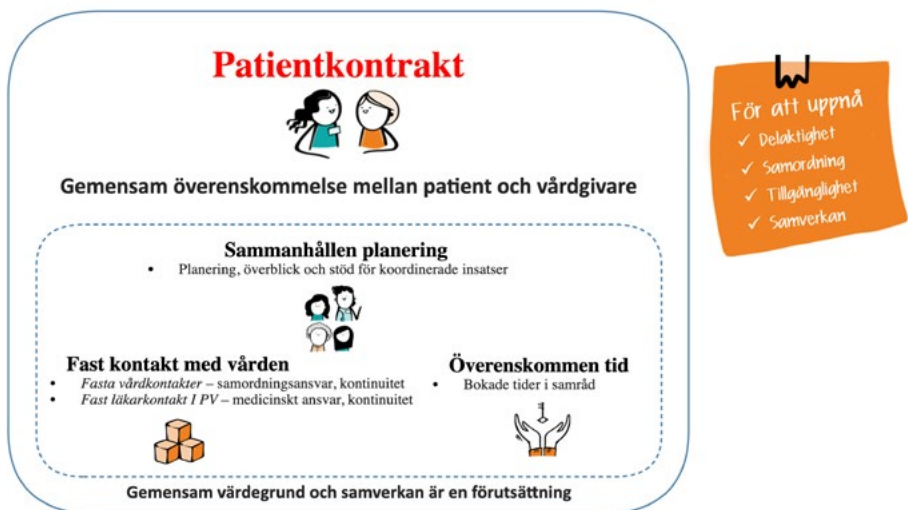
Figur 1: Samskapande behöver ske på samtliga systemnivåer för att fungera fullt ut



Källa: SKR

Patientkontraktets fyra delar

Patientkontrakt är ett koncept som bygger på delarna sammanhållen planering, fast kontakt med vården och överenskommen tid, för att stärka delaktighet, tillgänglighet, samordning och samverkan. Konceptbilden (nedan) har en tydlighet som visar på att detta görs genom att vården – tillsammans med patienten eller brukaren – upprättar en gemensam överenskommelse, där det är tydligt vad vården gör och vad patienten gör för sig själv, utifrån förmåga och vilja, och med hjälp av sina nätverk. Det är också tydligt att patienten vet sitt nästa steg, har enkla kontaktvägar, får hjälp med fasta vårdkontakter vid behov och har hjälp med samordning när det finns flera vårdkontakter och då behov finns.



Källa: SKR

En vägledning i att tänka kring Patientkontrakt är de tre frågorna varför, vad och hur:

- Frågan **Varför** besvaras med vilka behov som finns av ökad delaktighet, tillgänglighet, samverkan och samordning.
- Frågan **Vad** besvaras med det som behöver ske med koppling till konceptets fyra delar, för en konkret vägledning för fortsatt arbete.
- Frågan **Hur** besvaras genom att analysera vad som behöver ske i förhållande till nuläget – hur ser gapen ut och vilka utvecklingsstrategier och aktiviteter behövs för att möta behoven?

För att göra patientkontraktet tydligt och konkret har SKR arbetat fram sju frågor, som ett stöd för införandet. Frågorna vänder sig till både patient och medarbetare/verksamhet. Frågorna kan användas i det direkta patientmötet, men också i verksamheten för att öka förståelsen och medvetenhet kring behov av förändring. Frågorna ska ses som inspiration och utgångspunkt och de kan omformas så att de stämmer in i språkbruk och kultur på arbetsplatsen, men kärnan är återkoppling på det som ett Patientkontrakt innebär, ur både patient- och medarbetarperspektiv.

Konceptet Patientkontrakt är infört

- › när patienten kvitterar genom att svara ja på samtliga sju frågor, oavsett vårdgivare.
- › när det finns en dokumenterad överenskommelse i journalen som innefattar samtliga delar i ett Patientkontrakt.
- › när det finns berättelser från både patienter och medarbetare som bekräftar att det fungerar.

När frågorna har använts på arbetsplatser, är erfarenheterna att frågorna skapar värde när de används i det direkta patientarbetet. Då blir det en omedelbar återkoppling kring i vilken omfattning patienterna upplever att de känner sig delaktiga, vet vad de kan göra för sig själva och vad vården gör, om de vet sitt nästa steg, om de vet vem/vilka som är deras fasta vårdkontakter och om de upplever att de fått hjälp med samordning vid behov. Då kan insikterna från svaren direkt motivera behovet av förbättringsarbete. Men svaren fyller också en funktion för att se över arbetssätten över organisatoriska gränser för att uppnå verklig samverkan mellan olika verksamheter, som en del i ett sammanhållet system.

7 frågor som visar om det finns ett fungerande Patientkontrakt

- 1. Patient:** Känner du att du kan ha fokus på att leva livet utifrån dina förutsättningar och litar på att du lätt får hjälp från vården när du behöver det?

Vårdgivare: Vet ni om era patienter känner att de kan ha fokus på att leva livet utifrån sina förutsättningar och litar på att de lätt får hjälp från er när de behöver det?
- 2. Patient:** Har du en överenskommelse med vården som utgår från vad som är viktigt för dig, där du vet vad du gör för att må bra, vad du gör om du blir sjuk och vad vården gör?

Vårdgivare: Har ni en överenskommelse med patienterna som utgår från vad som är viktigt för dem, där de vet vad de ska göra för att må bra, vad de ska göra om de blir sjuka och vad ni i vården ska göra?
- 3. Patient:** Har du enkla sätt att ta kontakt med vården?

Vårdgivare: Har patienterna enkla sätt att ta kontakt med er?
- 4. Patient:** Har du en fast vårdkontakt (vid behov)?

Vårdgivare: Erbjuder ni patienterna en fast vårdkontakt (vid behov)?
- 5. Patient:** Vet du ditt nästa steg?

Vårdgivare: Vet patienterna alltid sitt nästa steg?
- 6. Patient:** Har du och vården kommit överens om din nästa tid tillsammans?

Vårdgivare: Har ni och patienten tillsammans kommit överens om tiden för nästa kontakt?
- 7. Patient:** Har du en överblick av dina olika planer i vården och hjälp med samordning vid behov?

Vårdgivare: Har era patienter en överblick av sina olika planer i vården och får hjälp med samordning vid behov?

När du har ställt de 7 frågorna till patienter och medarbetare:

- Reflektera tillsammans: vad säger detta oss, var det som vi trodde, vad behöver vi jobba vidare med för att säkra att Patientkontraktets delar kommer på plats i systematik vid varje möte, med varje person, varje gång.
- Påbörja tester (planera, gör, reflektera/lär, fortsätt och bygg vidare på det som fungerar).
- Använd gärna vägledningen i bilden **Patientkontrakt i praktiken** på nästa sida, där interaktionspunkter beskrivs och för att få till ett konkret arbete utifrån "ta kontakt, vårdmöte, hemma".
- Dokumentera överenskommelsen, följ upp, lär och fortsätt förbättra.
- Fånga berättelser där patienterna och medarbetarna berättar på vilket sätt Patientkontrakt är på plats och vilket värde det skapar.
- Sprid era berättelser, var nyfiken på hur andra lyckas och låt er inspireras och omsätt deras lärande i er praktiska vardag.

Patientkontrakt i praktiken

Det är viktigt att inte krångla till arbetet med Patientkontrakt i vardagen. Frågorna nedan kan användas som ett praktiskt stöd för team att använda på sina arbetsplatser, som utgångspunkt för vad som redan fungerar och vad som behöver göras.

Kontakt

Vilka tjänster finns för kontakt?

- Webbtidbok
- Kallelse
- Telefon
- Videosamtal
- Mail/meddelande
- Mottagningen/avdelningens e-tjänster



Vårdmöte

Hur genomförs vårdmöten? Virtuellt, via telefon, fysiskt? På vilken vårdnivå?

Hur identifieras behov av fast vårdkontakt? Beskriv rollen!

Hur sker planering och samordning?

Hur görs en ömsidig överenskommelse med patienten kring vem som gör vad? (mitt och ditt ansvar/löften)

Hur ser nästa steg ut - överenskommen tid?

Hur sker samordning och samverkan med andra aktörer?



Hemma

Jag har ett partnerskap med vården där vår ömsidiga överenskommelse och planering gör mig trygg.

Jag vet...

- vad jag ska göra för att må bra
- vad jag ska hålla koll på för att veta när jag behöver söka vård
- vart jag vänder mig när jag behöver hjälp



Källa: SKR

Samskapa

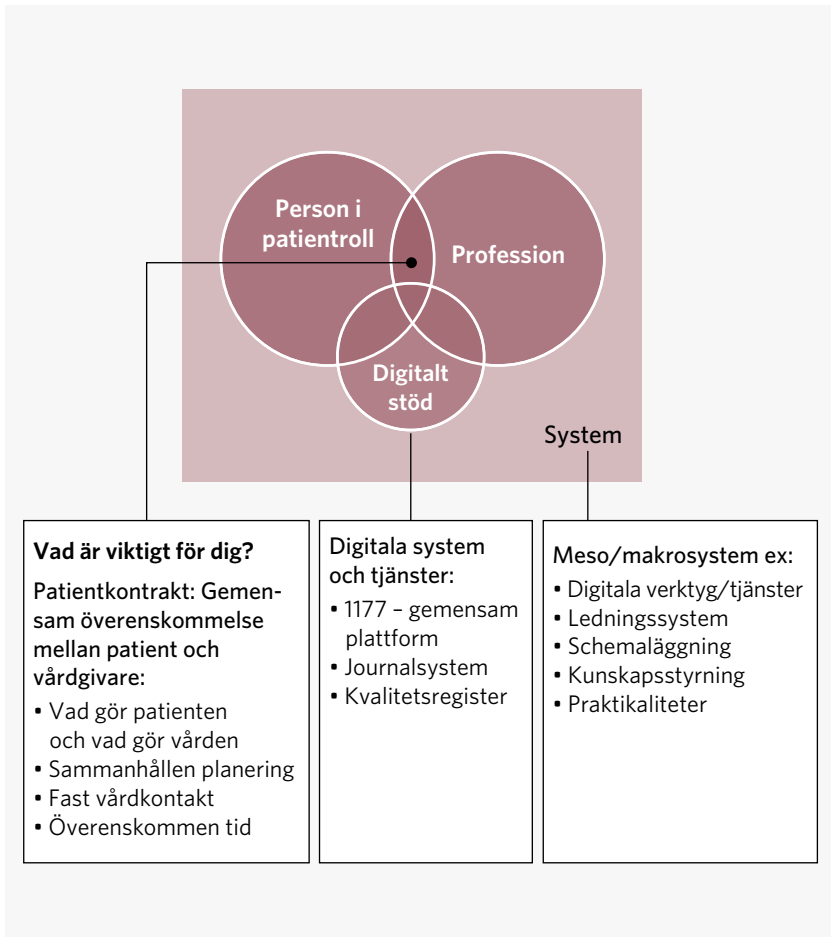
Samskapande är ett relativt nytt kunskapsområde för vård och omsorg. Under arbetet med införandet av Patientkontrakt har det blivit tydligt att samskapande och personcentrering är områden som behöver utvecklas, både som begrepp och i praktiken.

SKR har initierat följeforskning för att ytterligare fånga lärandet, öka förståelsen och bidra till kunskapsbyggandet kring samskapande. Detta kapitel bygger på resultat av följeforskningen under 2020 och 2021, samt rapporten ”Samskapande: Var står vi idag och vart är vi på väg?” som skrivits under 2021 vid Center for Co-production vid Jönköping University. För ytterligare fördjupning rekommenderas att läsa rapporten i sin helhet.¹

Intentionen med begreppet ”samskapa” är att tydliggöra att vård och omsorg är tjänster som skapas tillsammans mellan personer i patientroll och professionen. Figuren på nästa sida är ett resultat från följeforskningen då behovet av att visualisera vad samskapande är blev tydligt.

Not. 1 Ockander, M., Masterson, D., Palmberg Broryd, K., & Andersson Gäre, B. (2022). Samskapande: Var står vi idag och vart är vi på väg? [Manuscript in preparation]. Jönköping University, School of Health and Welfare.

Figur 2: Samskapande i patientmötet (något som görs tillsammans)



Figur framtagen under följeforskningen av Klara Palmberg Broryd, för att illustrera samskapande mellan person i patientroll och professionen.

Samskapande kan ske både i förbättringsarbete när vårdens och omsorgens processer eller arbetsätt ska utvecklas. Exempelvis kan patientföreträdare bjudas in för att tillsammans med professionen förstå och utveckla hela vårdförlopp eller specifika digitala tjänster.

Men samskapande sker också i varje vårdtillfälle när en person i patientroll möter vården och omsorgen, det som på engelska brukar benämnas ”co-production”. Intentionen med Patientkontrakt är att stödja samskapandet av vården, där patienten kan vara en aktiv part och där patienten och professionen tillsammans genomför och planerar vården och omsorgen. I samskapandet av vård och omsorg är digitala stöd viktiga då de bland annat möjliggör sammanhållen planering och informationsdelning mellan olika personer och professioner. I den bästa av världar underlättar de digitala tjänsterna för både professionen, patienten och dennes närstående.

Inom olika verksamheter som arbetar med hälsa, vård och omsorg – både i offentlig och privat regi – används olika begrepp för att beskriva hur invånare blir mer aktiva, både i hur tjänster designas och levereras likväl som i inflytande och medskapande. På engelska är begreppen än fler: co-production, co-design, co-care, co-creation of value, co-delivery, co-evaluation, value co-creation. På svenska använder vi ibland också begreppet tjänstedesign. I den här skriften väljer vi – som vi tidigare nämnt – att genomgående använda begreppet ”samskapande” för att beskriva ett ömsesidigt partnerskap mellan individ och profession.

Innebär personcentrering och samskapande ett skifte?

Många verksamheter och de flesta professionella inom vård och omsorg beskriver att de arbetar personcentrerat. Många har sökt sig till dessa yrken med en vilja att hjälpa människor och upplever att mötet med patienten innebär ett personcentrerat arbetssätt i vardagen. Samtidigt visar det praktiska arbetet med Patientkontrakt och följeforskningen att samskapandet inte är helt okomplicerat.

Under arbetet med Patientkontrakt och följeforskningen har det blivit tydligt att begreppen kring personcentrering och samskapande fortfarande behöver utvecklas. Detta kapitel är ett försök att tydliggöra det skifte som har påbörjats. I det fortsatta arbetet är det vår förhoppning att vi tillsammans – nationellt, regionalt och lokalt – hittar begrepp att använda för att beskriva det vi ser behöver hända för att skapa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan.

För att samskapa inom vård och omsorg krävs det både att professionen får förutsättningar att agera annorlunda och omprövar sitt förhållningssätt för att bjuda in patienten. Men patienter behöver också vara beredda att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser.

I rapporten från Center for Co-production vid Jönköping University diskuteras om det handlar om ett paradigmskifte, se tabellen på följande sidor. I diskussionen föreslås bland annat att vi är på väg från ett paradigm där hälso- och sjukvård setts som en produkt, till att vi idag ser det som en tjänst som uppstår i mötet mellan patient och profession. Att vi går från att patienten är gäst i hälso- och sjukvårdssystemet till att hälso- och sjukvården är gäst i individens liv.

Tabell 1: En spaning om ett framtida paradig där samskapande har en framträdande roll, samt några identifierade ämnen för dialog eller förhandling som underlag för att flytta frågan framåt i utvecklingen mot ett framtida paradig.²

Tidigare paradig	<i>Dialoger eller förhandlingar som behövs för att flytta fram positionerna i utvecklingen mot ett framtida paradig</i>	Framtida paradig där samskapande har en mer framträdande roll som handlings- och organiseringsprincip
Organisationskultur och ledning som bygger på kontroll	<p><i>Vilken form av kontroll ska följa med över i ett nytt paradig där organisationskulturen präglas av tillit?</i></p> <p><i>I vilka sammanhang behövs kontroll för att exempelvis hantera risker och garantera transparens?</i></p> <p><i>Hur går det att säkerställa att tillit präglar det verksamheten åstadkommer i samtliga led?</i></p> <p><i>Vilka initiativ behöver ledning på olika nivåer ta för att en sådan kulturflyttning ska äga rum?</i></p>	<p>En organisationskultur och ledning som bygger på</p> <ul style="list-style-type: none"> - tillit till professionens omdöme, expertis och erfarenhet - tillit till den enskilde individen med sina behov, önskemål, omdöme, expertis och erfarenhet - bästa tillgängliga kunskap och evidens. <p>Mätetal används gemensamt för förbättring, för kontroll där behov påkallar, balansen hålls genom dialog.</p>
Hälso- och välfärdsverksamheter med produktionslogik, exempelvis hälso- och sjukvård uppfattas som produktion av produkter.	<p><i>Finns det sammanhang som bör bygga på produktionslogik även i framtiden, när hälso- och välfärdsverksamheter bygger på tjänstelogik och samskapande?</i></p>	<p>Hälso- och välfärdsverksamheters tjänster samskapas gemensamt mellan alla berörda, däribland personen med behov och dess anhöriga. Olika sätt att skapa värde bejakas, balans mellan individualisering och standardisering upprätthålls genom dialog, dokumentation och förhandling.</p>
Invånaren är gäst i hälso- och välfärdsverksamheter, till exempel är patienten gäst i hälso- och sjukvårdssystemet.	<p><i>Finns det sammanhang där hälso- och välfärdsverksamheter ska ha en styrande roll i personen och dess anhörigas liv även fortsättningsvis?</i></p> <p><i>Hur ska processer och mätetal för dessa i så fall vara utformade?</i></p>	<p>Personen i behov av vård/service/tjänst styr sitt eget liv/sin situation i samskapande med hälso- och välfärdsverksamheter. Hälso- och välfärdsverksamheter är gäster i invånarens liv.</p>

Not. 2 Ockander, M., Masterson, D., Palmberg Broryd, K., & Andersson Gäre, B. (2022). Samskapande: Var står vi idag och vart är vi på väg? [Manuscript in preparation]. Jönköping University, School of Health and Welfare.

<p>Tidigare paradigm</p>	<p><i>Dialoger eller förhandlingar som behövs för att flytta fram positionerna i utvecklingen mot ett framtida paradigm</i></p>	<p>Framtida paradigm där samskapande har en mer framträdande roll som handlings- och organiseringsprincip</p>
<p>Fragmenterad syn på invånare. Invånarens olika behov hanteras separat både inom och mellan organisationer.</p>	<p><i>Hur kan specialiserad expertkunskap bevaras i ett sammanhang där helhets-synen på invånaren är det dominerande förhållningssättet?</i></p>	<p>Holistiskt synsätt/helhetssyn på invånare. Invånarens olika behov betraktas i sitt sammanhang, som en helhet.</p>
<p>Fragmenterad organisation med flera specialiteter som inte är samordnade, så kallat "arbete i stuprör".</p>	<p><i>Hur behåller verksamheten specialiserad expertkunskap i sammanhang där resurser samordnas och alla arbetar mot samma mål?</i></p>	<p>Fungerande flöden mellan organisationer, som samordnar och samskapar resurser, som arbetar mot gemensamma mål, utifrån invånarens behov. Exempelvis patienters och patientgruppers behov.</p>
<p>Standardiseringar, riktlinjer, mätningar görs för effektivitet och kontroll.</p>	<p><i>Vilka mätningar finns det beredskap att lära och agera utifrån? Vad innebär det att ha ordning och reda?</i></p>	<p>Mätningar görs för lärande, förbättring och kvalitet. Detaljerade riktlinjer blir färre och därmed enklare att överskåda, följa upp och efterleva. Enkla regler gör det lätt att göra rätt, skapar handlingsfrihet inom givna ramar, ger transparens. Invånare med anhöriga kan bidra till att både skapa mätetal, uppföljning och efterlevnad.</p>
<p>Patient-/brukar-/medborgarinvolvning i organisations-utveckling.</p>	<p><i>Finns det sammanhang där det räcker med att den som verksamheten är till för är involverad och därmed har en begränsad konsultativ roll i verksamhetens utvecklingsinitiativ? Finns det gränsdragningar som behöver göras i en organisation, mellan å ena sidan demokratiska beslut genom folkvalda politiker, och å andra sidan processer med inflytande av några få invånare genom samskapande i enskilda utvecklingsfrågor?</i></p>	<p>Invånare och professionella samskapar och utvärderar gemensamt utvecklingen av hälso-och välfärdsverksamheter. Politiska beslut ger ramar för samskapande.</p>

Tidigare paradigim	<i>Dialoger eller förhandlingar som behövs för att flytta fram positionerna i utvecklingen mot ett framtida paradigim</i>	Framtida paradigim där samskapande har en mer framträdande roll som handlings- och organiseringsprincip
<p>Patientens/brukarens/invånarens roll sträcker sig till att vara delaktig i den egna vården och omsorgen.</p>	<p><i>Finns det sammanhang där det räcker att den som har behov av exempelvis vård och omsorg är delaktig eller har en begränsad konsultativ roll?</i></p> <p><i>Hur kan dessa situationer i så fall identifieras och hur ska processer se ut för detta i en organisationskultur med samskapande som handlingslogik?</i></p>	<p>Patienten/brukaren/invånaren tillsammans med dess närstående och professioner samskapar personens egen vård och omsorg. Invånarens behåller eller får stärkt ägande över sin hälsa och välbefinnande.</p>
<p>Professionerna har tydligt definierade roller som är kopplade till ansvar och makt. Experterna/professionerna tar beslut åt brukaren/klienten/patienten/invånaren.</p>	<p><i>Yrken och professioner är i ständig utveckling. Hur kan ett mer samskapande förhållningssätt hos professionerna uppmuntras? Vilka resurser och möjligheter behövs för att professionerna ska anamma samskapande förhållningssätt i största möjligaste mån?</i></p> <p><i>Hur kan de professionella bli trygga i att ha ansvar och samtidigt medverka till delat beslutsfattande?</i></p>	<p>Professionerna har tydligt definierade roller, kopplade till ansvar och makt som inkluderar uppdraget att i största möjligaste mån samskapa med dem organisationen finns till för. De professionellas ansvar och makt används till att i dialog samskapa både utvecklingsinitiativ på organisationsnivå, och genom delat beslutsfattande på individnivå.</p>
<p>”Produktionens” resultat mäts i kliniska och ekonomiska mått.</p>	<p><i>Hur kan kliniska och ekonomiska mått sättas inom en värderingsram som ligger i linje med samskapande?</i></p> <p><i>Vilka process- och resultatmått behöver komplettera de kliniska och ekonomiska, i form av balanserade mått, exempelvis en värdekompass?</i></p>	<p>Mätningar av verksamhetens resultat är kompletterade med mått om värdeskapande för patienter/brukare/invånare. Verksamhetsresultat värderas utifrån måluppfyllelse av verksamhetens uppdrag och bidrag till hälsa och hållbar utveckling.</p>

Att förändra komplexa system

Införandet av Patientkontrakt och skiftet till ett personcentrerat förhållningssätt och samskapande av hälso- och sjukvård är komplext. Därför ger vi här ett sammanfattande avsnitt om att driva utveckling i komplexitet. Kunskapen kring komplexitet och förändring har också påverkat hur arbetet med Patientkontrakt har bedrivits från SKR. Avsnittet är skrivet av Klara Palmberg Broryd, som också skrivit ”Att driva omställningen till Nära vård – Handbok om att hantera komplexa system”.

Kunskapen om komplexitet, organisationer som komplexa system och att driva utveckling i komplexitet kommer i hög grad från naturvetenskapen. Forskning inom biologin har beskrivit fågelflockar, termitstackar och fiskstim, inom fysiken finns kunskap om komplexitet inom exempelvis forskningen om kvarkar och de allra minsta beståndsdelarna i universum, och inom matematiken utvecklas kunskapen om komplexitet kring till exempel fraktaler och attraktorer.

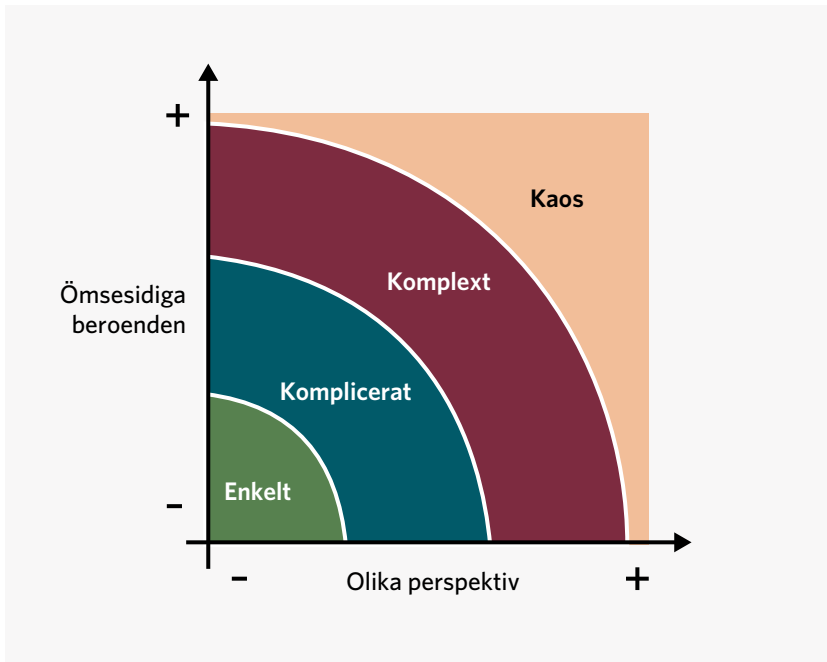
Sedan 1990-talet har kunskapen om komplexitet och system i förhållande till organisationer utvecklats. I ett försök att beskriva komplexitet i organisationer idag har ”regnbågsbilden” på nästa sida utvecklas. Den grundar sig i de modeller som presenterats av Ralph Stacey, David Snowden och Brenda Zimmermann.³

Komplexitet idag drivs av två faktorer. Den första är att vi inom många frågor har väldigt många olika perspektiv, kunskapsfält och åsikter att förhålla oss till. Hälso- och sjukvård i stort är i sig ett exempel, personcentrering ytterligare ett och begreppet Patientkontrakt ett annat. Det finns idag mer kunskap än någonsin, men den är ofta fragmentiserad och många experter är specialiserade på ytterst avgränsade frågor, snarare än hur frågorna hänger ihop.

Den andra faktorn som driver på komplexiteten är att frågor just hänger ihop och är ömsesidigt beroende av varandra. Det finns få organisationer idag där det räcker att enbart fokusera på sin egen leverans, utan det är i samspelet med andra som värde skapas. Vi behöver både vara riktigt duktiga på det vi själva gör, samtidigt som vi utvecklar våra förmågor att arbeta tillsammans med andra.

Not. 3 Glouberman, S., Zimmerman, B. (2002). "Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?", Commission on the Future of Health Care in Canada: Discussion Paper No. 8. 8.
Snowden, D.J., Boone, M.E. (2007). "A Leader's Framework for Decision Making", Harvard Business Review, November.
Stacey, R. D. (1996). Strategic management & organizational dynamics (2 utg.). London: Pitman Publishing.

Figur 3: Modell över enkelt, komplicerat, komplext och kaos



Källa: Boken Komplexitet av Klara Palmberg Broryd⁴

Komplexa frågor skiljer sig från enkla eller komplicerade frågor genom att de är dynamiska. När något händer i en del av organisationen eller systemet, påverkas andra delar på sätt som sällan går att förutse. Skiftet till en personcentrerad hälso- och sjukvård kan ses som en sådan komplex och dynamisk fråga. När något förändras, till exempel lagstiftning eller digitala möjligheter, påverkar det hela det komplexa systemet av hälso- och sjukvård.

Not. 4 Palmberg Broryd, K (2021) Komplexitet: enklare navigerat, bättre hanterat - så driver du utveckling i komplexa system. Stockholm: Volante förlag.

Komplicerade frågor har istället ofta ett överblickbart antal olika perspektiv att ta hänsyn till, och överblickbara beroenden till annat som gör att de går att planera och analysera med ett rationellt förhållningssätt. Att ta fram ett enskilt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kan ses som ett exempel på en komplicerad fråga om det finns befintliga evidenta metoder. När det finns evidens behöver den omvandlas till fungerande processer i verksamheten. Då handlar mycket om avvägningar, prioriteringar och att skapa rationella flöden. (Men som vid all förändring är det klart att det kan bli komplext när vårdförloppet sedan möter verkligheten i verksamheter.)

Enkla frågor är de där det finns tydliga svar, där experterna nått relativ konsensus och sambanden med andra frågor är mycket få. Enkla frågor kan lösas genom att experter tar fram tydliga underlag, och efter beslut kan ett nytt arbetssätt införas som snarare handlar om följsamhet än att utforska. Med enkla frågor ska vi inte krångla till det, utan se till att vi agerar på effektivast möjliga sätt, ofta standardiserat. Men teknikens hjälp kan många enkla frågor också lösas digitalt, och ibland också automatiserat.

Högst upp till höger i ”regnbågsmodellen” finns också kaos. I en situation i kaos finns det oändligt med perspektiv och beroenden och allt blir helt oförutsägbart. Det är sällan vi i organisationer befinner oss i kaos (även om det ibland kan kännas så), utan det handlar snarare om extrema lägen av kris eller katastrof.

Komplexitet i införandet av Patientkontrakt

Införandet av Patientkontrakt är exempel på en fråga som både innehåller många delar som är komplexa, som kulturförändringar, samarbete över organisatoriska gränser, maktförskjutningar från profession till patienter med mera. Men införandet av Patientkontrakt innehåller också många komplicerade delar, digitala system som behöver börja ”prata” med varandra, juridiska frågor som måste redas ut, schemaläggning som behöver förändras om patienter ska kunna börja boka egna tider och så vidare. Sist, men inte minst, innehåller skiftet till ett personcentrerat arbetssätt också relativt enkla delar. Saker som vi vet, men kanske inte har fått in rutiner på att göra varje gång, hur vi formulerar frågor eller hur vi använder befintliga digitala verktyg för att ge patienterna mer egenmakt.

Skiftet till ett personcentrerat förhållningssätt och samskapande kräver att vi parallellt arbetar med både de enkla, komplicerade och komplexa delarna. De frågor som är enkla gäller det att utveckla rutiner och verktyg för, så att de händer varje gång, helst standardiserat, digitalt och – om möjligt – automatiserat (så att vården och patienterna kan använda sin tid till annat). De delar i skiftet som är komplicerade behöver fördjupningar från experter inom till exempel juridik eller digitalisering, för att få fram underlag för exempelvis hur nya tjänster kan utvecklas och hur information kan göras tillgänglig för dem som behöver den.

Men ett skifte till ett personcentrerat förhållningssätt och införandet av Patientkontrakt innehåller också många komplexa delar, där det inte kommer att hjälpa hur många utredningar som än görs, eftersom det handlar om förändrade beteenden och kultur.

Att driva förändring i komplexitet

I detta avsnitt beskrivs kort fem angreppssätt för att driva förändring i komplexitet. Här används begreppet ”system” för att beskriva hälso- och sjukvårdssystemet som ofta innehåller både regionala och kommunala organisationer, civilsamhället och det mikrosystem som finns kring varje invånare. Fördjupningar av dessa angreppssätt finns i boken ”Att driva omställningen till Nära vård – Handbok om att hantera komplexa system”.

Dessa fem angreppssätt utgör inte något facit, men kan förhoppningsvis hjälpa till i att driva skiftet och införandet av Patientkontrakt framåt. Det är också på teorierna om förändring i komplexitet som mycket av det nationella arbetet som beskrivs i den här skriftens del 2 vilar.

1. Tydlig riktning

För att skapa förändring i komplexitet, när perspektiven och beroendena mellan olika frågor är många, behöver den önskvärda riktningen vara tydlig. Om många olika organisationer och delar i organisationer tillsammans ska driva en utveckling, behöver riktningen vara tydlig. Ibland går det att beskriva riktningen detaljerat i målsättningar och indikatorer, ibland kan riktningen bara beskrivas på en övergripande nivå.

Det kan ses som en utmaning i skiftet till ett personcentrerat förhållningssätt att i princip alla inom hälso- och sjukvården beskriver att de arbetar personcentrerat redan idag, även om det finns få tydliga beskrivningar av vad det betyder i praktiken. Uttolkningen av vad Patientkontrakt är i praktiken pågår fortfarande. En del av intentionen med denna skrift är att ytterligare tydliggöra vad skiftet och införandet av Patientkontrakt är.

För att skiftet till ett personcentrerat förhållningssätt ska ske i svensk hälso- och sjukvård som helhet, behöver arbetet med att beskriva riktningen fortsätta.

2. Testa i liten skala

För att åstadkomma förändring i komplexitet går det inte att planera hela resan fram till målet från början. Eftersom saker och ting hänger ihop på olika sätt, finns det en dynamik som gör att när en förändring sker i en del, påverkas många andra delar. Det gör det oförutsägbart och svårt att kontrollera skeenden i detalj.

Istället behövs sätt att testa sig fram i liten skala. Utifrån riktning och befintlig kunskap, behöver man hitta vägar att testa nya arbets-sätt, nya system eller nya sätt att samarbeta. Genom att testa i liten skala, minskar också riskerna och prestigen i varje test.

Att göra på ett nytt sätt kan exempelvis vara att möta patienten på ett nytt sätt, att släppa till tider för patienter att boka själva, att samspela med andra enheter på nya sätt eller att dokumentera på nya sätt och tillgängliggöra planeringen för både patienten och andra inblandade. När man börjat testa att göra på ett nytt sätt, behövs noggrann uppföljning av vad som händer i resten av systemet. Det vi testar här, vad får det för konsekvenser i andra delar? Konsekvenserna kan inte alltid kontrolleras eller förutses, men däremot behöver man vara nyfiken och reflektera tillsammans över vad som händer i systemet vid en eller flera förändringar.

Forskning visar att team som blir duktiga på att testa i liten skala når bättre resultat. Genom att skaffa sig arbetssätt och metoder för småskaliga tester blir teamen bättre på att möta nya förutsättningar, även om varje enskilt test i sig inte behöver vara perfekt. Det finns många olika metoder för att testa i liten skala; Deminghjulet PDSA – plan-do-study-act – är ett exempel. Oavsett metod hjälper det att ha en struktur att hålla sig i.

3. Jobba med de som vill

Det tredje angreppssättet handlar om att ”hålla utkik efter chokladbitarna”, vid förändring eller utveckling i komplexitet. Komplexa system med många olika delar förändras inte genom att vi planerar fram en implementering av något nytt, utan förändringen sker genom att nya arbetssätt eller beteenden skapas i delarna och att delarna tillsammans fogas samman till en ny helhet. ”Chokladbitarna” är de delar där nya arbetssätt utvecklas, nya idéer testas eller det sker ett samskapande med patienten på nya sätt.

När du har ansvar att driva på utveckling i ett komplext system med många olika organisationer och team, bör du spana efter ”chokladbitarna”. Var händer det saker? I vilka verksamheter samskapar vården tillsammans med patienterna på nya sätt? Vilka omsätter maktförskjutningen som ett personcentrerat förhållningssätt innebär i nya arbetssätt, kanske nya digitala tjänster, nya sätt att möta patienterna eller utveckling av egenvård och egenmonitorering?

Fundera över hur nya lärdomar och beteenden från verksamheter som vågar utmana sina arbetssätt kan spridas till fler. Forskning⁵ visar att det räcker med att 15–25 procent av ett helt system börjar arbeta på ett nytt sätt för att systemet ska nå kritisk massa och ”tippa över” genom att det nya framgångsrika sättet sprids till alla. Som ledare eller utvecklingsledare gäller det att fokusera på de som kommit igång och testat i liten skala, se hur kan de framgångsrika testerna kan skalas upp till större utveckling och sprida till fler – istället för att fundera på hur ni ska få med dem som inte vill. Forskning och praktisk erfarenhet visar att när den kritiska massan som ställt om blir tillräckligt stor, då kommer även de motvilliga verksamheterna med.

Not. 5 Rogers, E.M. (1995). The Diffusion of Innovation, (4 utg.). New York: The Free Press.

4. Sök perspektiv

För att möta komplexa frågor som innehåller många olika perspektiv och beroenden, behöver vi själva rigga våra team och våra verksamheter så att vi blir så smarta och kloka som möjligt. Det gör vi genom att inkludera fler perspektiv. Vi har bättre förutsättningar att hantera svåra frågor som maktförskjutningar, förändrad kultur och nya arbetssätt om vi också i våra arbetsgrupper har med exempelvis patienter, anhöriga, personer med erfarenhet från både kommunal och regional verksamhet eller personer med hög teknisk eller digital kompetens – även om de inte kan så mycket om hälso- och sjukvården. Det handlar om att kombinera kunskaper som vi både har och inte tidigare haft tillgång till, och det är en förutsättning för om vi ska lyckas med ett skifte till ett personcentrerat förhållningssätt och att införa Patientkontrakt.

Att arbeta i grupper med många olika perspektiv är utmanande. Man behöver vara medveten om makt och kunna en del om gruppprocesser och facilitering. Det är enklare när vi är en arbetsgrupp som har samma bakgrund och liknande erfarenheter. Men om vi ska möta stora komplexa utmaningar kommer den homogena gruppen inte att vara tillräcklig.

Det värdefulla om vi lyckas formera oss i grupper med många olika perspektiv är att vi då också har mycket olika resurser i gruppen. Det blir enklare att komma på nya småskaliga tester och vi kommer att kunna testa dem lättare. En patient har ofta breda nätverk med andra patienter, en digitalt kunnig person kan tänka hur man gör ett småskaligt tekniskt test. Genom att ha med personer från flera olika verksamheter som behöver samverka för att vi ska kunna arbeta personcentrerat, kan vi också få till tester mellan verksamheter. För det kommer inte att räcka att enskilda verksamheter blir mer personcentrerade, hela systemet kommer att påverkas.

5. Uppföljning

För att alla dessa tester ska kunna pågå i många olika verksamheter och på många olika nivåer samtidigt, är det bra att ha en metod för uppföljning. Pågår skiftet till ett personcentrerat förhållningssätt? Pågår införandet av Patientkontrakt? Går det tillräckligt snabbt? I en komplex situation är det inte säkert att det går att tänka ut de perfekta uppföljningssystemen från början. Vi är, nationellt sett, i ett skede där det pågår arbete på flera nivåer för att utveckla indikatorer och uppföljning för omställningen till Nära vård och ett personcentrerat förhållningssätt. Parallellt med det nationella arbetet är varje region och kommun behjälpt av att hitta sätt att följa om omställningen pågår, även om den uppföljningen inte är perfekt från början.

Genom att hitta någon typ av uppföljning får man en temperaturmätare på om det händer tillräckligt i systemet. Testar vi tillräckligt mycket, sker det samspel mellan enheter, vågar vi ta in fler perspektiv? Om uppföljningen (även om den inte är perfekt) indikerar att det inte händer så mycket i systemet, fundera över vad som får mer att hända. Är riktningen tillräckligt tydlig och attraktiv, förstår tillräckligt många att vi behöver arbeta annorlunda? Har vi tester som pågår eller finns det praktiska hinder för att testa nya arbetssätt? Det kan exempelvis vara hur budgetuppföljningen ser ut, hur juridiken är formulerad eller hur resurserna är fördelade. Om uppföljningen visar på att det inte händer tillräckligt mycket i förflyttningen mot ett mer personcentrerat förhållningssätt och införandet av Patientkontrakt – fundera över hur fler perspektiv kan inkluderas i arbetet. På vilket sätt samskarar ni hälso- och sjukvården tillsammans med patienter och invånare? Har ni metoder för att mötas på ett jämlikt sätt? Hur uppmuntrar ni era verksamheter till att våga bjuda in invånare i utvecklingsarbetet?

**FRÅN ORD
TILL HANDLING**

SAMMANHÅLLET

**BÄTTRE
HÄLSA**

**PERSON-
CENTRERAT**

PARTNERSKAP



Del 2

Att rigga för storskalig
kulturförändring

Att rigga för storskalig kulturförändring

Att rigga för storskalig kulturförändring innebär att samtidigt arbeta med både kultur- och strukturfrågor.

I det här avsnittet delar jag som nationell projektledare med mig utifrån mina tidigare erfarenheter och de teorier och antagande som jag burit med mig in i arbetet med att designa stödet från SKR, och hur dessa teorier och erfarenheter omsatts konkret under arbetet. Dels vad som har gjorts, hur och varför, samt lärdomar så här långt. Förhoppningsvis kan detta inspirera dig/er i det fortsatta arbetet i regioner och kommuner att reflektera lite djupare kring vilka antaganden och erfarenheter ni bär med er in i ert arbete och hur ni omsätter dessa i handling.

Efter varje avsnitt följer också några reflektionsfrågor.

1. Ta ut riktning och forma vägledande principer

Det finns alltid utmaningar i att införa nya arbetssätt. I arbetet med Patientkontrakt omfattar dessa nya arbetssätt några av de största utmaningarna inom hälso- och sjukvård och omsorg: delaktighet, tillgänglighet, samverkan och samordning. Det krävs stor ödmjukhet och medvetenhet om att Patientkontrakt utmanar rådande arbetssätt med värderingar, organisation, samsyn, kultur och struktur.

Förändringarna kommer att behöva göras på många olika sätt och tåla att utvecklas och ändras över tid, allt eftersom insikter och lärdomar växer fram. Utifrån ovanstående insikter om utmaningarna formulerades några vägledande principer som har genomsyrat arbetet med att från nationell nivå stödja införandet av Patientkontrakt:

- › Enkelhet
- › Patient och vårdgivare – partnerskap
- › Tydlighet – konkret
- › Nyfiken på lärande
- › Integrera med övriga nationella satsningar där SKR har en samordnande roll

Utifrån dessa principer har genomförandefasen delats in i följande målområden:

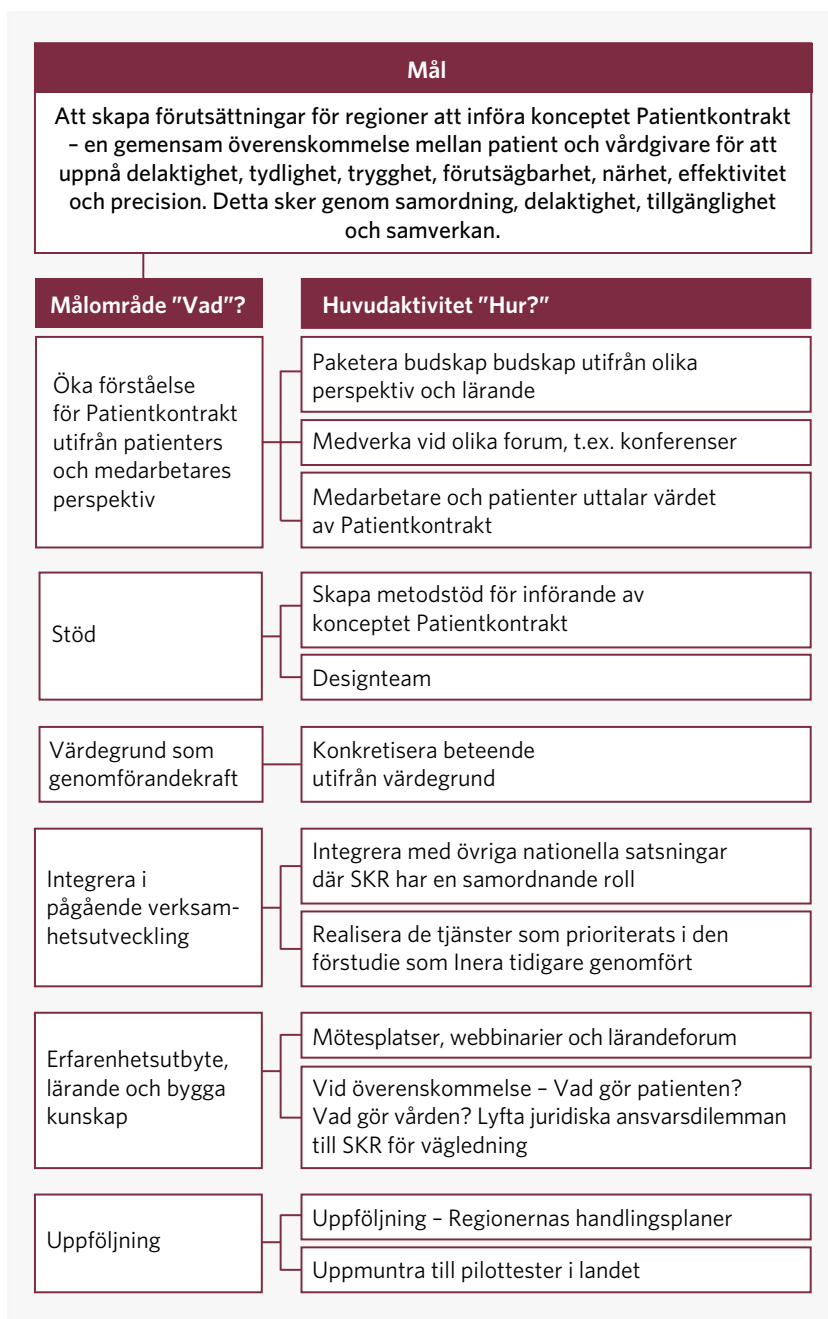
- › Öka förståelse för varför Patientkontrakt behövs, utifrån patienters och medarbetares perspektiv
- › Stöd
- › Värdegrund som genomförandekraft
- › Integrera i pågående verksamhetsutveckling
- › Erfarenhetsutbyte, lärande & bygga kunskap
- › Uppföljning

Utifrån principerna och målområdena gjordes ett påverkansdiagram med huvudaktiviteter, för att hålla fokus och riktning.

Reflektionsfrågor

- Vilka vägledande principer har du/ni i ert arbetet?
- Hur ser ditt/ert påverkansdiagram ut med mål, målområden och vad som behöver göras för att nå det ni vill?

Figur 4: Påverkansdiagram



2. Hitta din inre drivkraft till varför detta är viktigt och bygg kapacitet!

När vi ska stödja kulturförändringar i komplexa sammanhang räcker det inte med policyer och dokument. Självklart är sådana viktiga som ramverk för att visa riktning och skapa förutsättningar för samsyn och möjlighet att agera i samma riktning. Men verklig förändring sker när vi börjar agera och då behöver alla som är berörda av förändringen hitta sin inre drivkraft till varför det är viktigt, för att själva vara beredda att testa ett nytt sätt att agera.

För att stödja regionerna i att införa Patientkontrakt, har den viktigaste framgångsfaktorn varit att stödja teamen att själva bygga kapacitet i sitt sammanhang och hitta sin inre drivkraft och motivation kring varför Patientkontrakt är viktigt. Detta var grunden till att SKR skapade ett nationellt nätverk och bjöd in regionernas ansvariga projektledare tillsammans med personer som arbetade med e-hälsa, personcentrering, tjänstedesign och kvalitetsutveckling. En lärdom i detta var att flera projektledare beskrev hur de inom sina organisationer jobbar i parallella spår, och att det är en utmaning även för lednings- och stödsystemen att arbeta tillsammans. Det vanliga är att var och en tar ansvar för sin fråga och blir fullt upptagen med att klara den, och att det är svårt att samtidigt referera till vad andra gör och foga samman arbetet. En återkommande reflektion i det nationella nätverket har varit just vikten av systemledarskap.

Reflektionsfrågor

- Vilka är dina/era drivkrafter för att arbeta med att få Patientkontrakt på plats?
- Hur bygger du/ni kapacitet utifrån en gemensam systemsyn, där frågor inte "ägs" i ett eget spår utan fogas samman till ett system?

3. Det är i mötet mellan människor det händer

När det finns många perspektiv på en fråga, behöver vi mötesplatser där olika aktörers perspektiv och sammanhang möts, för att delar ska kunna bygga en helhet. Graden av samsyn och förutsägbarhet påverkar hur ledning och utvecklingsarbete behöver olika stöd och angreppssätt, utifrån vad som är enkelt, komplicerat eller komplext. Ju mer komplext ett problem är, desto mer behövs ett snabbriktigt arbetssätt med hänsyn tagen till förändringar under arbetets gång och att pröva sig fram till en lösning. För att våga testa och lära – när vi inte från början vet – behövs en trygg miljö, det vill säga en miljö där man vågar pröva och både misslyckas och lyckas. Viktigt är att börja med att finna samsyn kring både behov och mål – vad vi vill uppnå – och sedan låta planer vara flexibla och anpassas kontinuerligt och lösa hur-frågorna efterhand. Detta beskrivs mer i det tidigare avsnittet om komplexitetsteorier.

För att stödja de regionala projektledarna och deras team, har en viktig del i arbetet varit att skapa mötesplatser av olika slag för att möjliggöra miljöer där man vågar pröva och testa i ett tryggt sammanhang. Det är där, i mötesplatsernas dialoger och erfarenhetsutbyten, som deltagarna har getts möjlighet att fördjupa sin egen förståelse kring varför och hur. Detta har enligt deltagarna bidragit till motivation och lärande, som i sin tur ökat förutsättningar för genomförandekraft på hemmaplan.

Således har mötesplatserna som SKR bjudit in till varit centrala för det nationella nätverket. Varje månad har digitala webinarier genomförts och två gånger om året lärandeforum. För att ytterligare stödja deltagarna att bygga kapacitet på hemmaplan, har vi uppmuntrat deltagarna att bjuda med fler nyckelpersoner vid webinarier och lärandeforum. Till en början var lärandeforum en fysisk mötesplats, men under pandemin har även de genomförts digitalt.

Reflektionsfrågor

- Vilken kunskap och vilka antaganden formar ditt/ert arbete?
- Vilka tidigare erfarenheter har du/ni hjälp av i arbetet med att införa Patientkontrakt?
- Vilka mötesplatser har du/ni för att föra dialog och öka förståelse och samsyn kring det som behöver göras?

4. Använd kommunikation för att nå fram

I en vardag där många frågor söker uppmärksamhet, handlar det ofta om att kunna tränga igenom bruset och nå fram med sitt budskap. I det här fallet är budskapet att vi behöver arbeta mer personcentrerat och att Patientkontrakt bidrar till att konkretisera ett personcentrerat förhållningsätt. Här kan det vara en fördel att komplettera budskapet med fakta: de sju frågorna som SKR har tagit fram kan användas som ett verktyg för att skapa medvetenhet om hur det faktiskt ser ut i verksamheten – i vilken grad genomsyras nuvarande arbetssätt av delarna i ett Patientkontrakt?

Som ett stöd till kommunikation har SKR tagit fram olika material, att använda utifrån behov och situation. Bland materialet finns en budskapsplattform i form av en ”bank” av powerpoint-bilder. Det finns även flera filmer som illustrerar olika perspektiv, och Lärande exempel med berättelser som visar hur olika regioner jobbar.

Ett annat stöd är en ”dialogduk”, med frågor som underlag för samtal i exempelvis en arbetsgrupp. Innehållet arbetades fram tillsammans med deltagarna i det nationella nätverket. Den fysiska dialogduken finns numera även som ett [digitalt dialogstöd](https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt/inforandestodpatientkontrakt/digitaltdialogstod.57103.html).⁶

Not. 6 <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt/inforandestodpatientkontrakt/digitaltdialogstod.57103.html>

En av de mest kraftfulla metoder vi har för att driva förändring är ”storytelling”, där vi genom berättelser kan utveckla förståelse och fånga känslor som gör att vi både vill och kan förändra. En viktig del är att - kopplat till berättelserna - också kommunicera och synliggöra förändrade beteenden.

Vid mötesplatserna inom projektet har berättelser från både patientperspektiv och medarbetare varit en central del och bidragit till KASAM (Känsla av sammanhang, med begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet). Ett annat begrepp vi arbetat med har varit influencers, som kommer från engelskans ord för att påverka (influence), med syftet att nå ut med specifikt budskap.

Detta har varit ett sätt att öka genomförandekraften genom att försöka inspirera deltagarna att bli medvetna om sin egen förmåga att påverka, men också för att öka insikten om andra personer i systemet som har hög påverkansfaktor och kan agera influencers.

Reflektionsfrågor

- Vilka är dina/era viktigaste budskap och berättelser?
- Hur får du/ni andra att lyssna och hur tränar du/ni rollen som ”influencer”?
- Vilka fler i ditt/ert system kan identifieras som befintliga ”influencers” eller skulle kunna bli det?

5. Ta vara på reaktionerna

I allt förändringsarbete förekommer alltid reaktioner, frågor och ifrågasättande. Att öka sin förståelse för att det förekommer och förbereda sig för att möta synpunkterna är generellt en viktig lärdom. Konsten är att använda kraften som finns i reaktionerna till energi *för* förändringen.

Inom arbetet med att införa Patientkontrakt har jag gjort ett urval med fem reaktioner jag upplevt varit återkommande. Utgångspunkten för mig är att reaktioner är bra – de hjälper oss att förstå vad som hindrar förändringen. Så läs gärna nedanstående med utgångspunkten att öka förståelsen för att på bästa sätt ta tillvara reaktioner och bemöta dessa så att de blir till möjligheter i det fortsatta arbetet.

Vi arbetar redan personcentrerat och Patientkontrakt är ett svårt ord

Självklart arbetar vi redan personcentrerat, men vi gör det med variation. Fortfarande – trots att vi arbetat med detta i många år – hör vi berättelser från patienter som speglar att de inte vet vad man kan göra för sig själv för att må bra, vad som är nästa steg, vem som är ens fasta kontakt i vården, att det är svårt med samordning och oklart vart man ska vända sig. Det var utifrån dessa utmaningar som ett pilotprojekt gjordes 2017 i Region Kalmar län, Region Norrbotten och Region Halland, tillsammans med personer med patienterfarenhet och deras närstående. Detta var grunden till att konceptet och ordet Patientkontrakt kom till. För att få kvitto på i vilken omfattning och med vilken variation vi gör detta i vardagen, finns ett frågebatteri på sju frågor (se sidan 20). Frågorna är konkreta och vänder sig till både patienter och medarbetare. Svaren på frågorna visar på gapet mellan det vi tror att vi gör och det vi faktiskt gör, ett underlag som kan vara en start på förbättringsområden i er verksamhet.

Vi har inte förutsättningar att samordna, för IT-systemen kommunicerar inte med varandra

Att vi inte kan kommunicera enkelt över organisatoriska gränser är helt klart en utmaning både för professionen och patienterna, och det pågår flera olika utvecklingsprojekt för att få till kommunikationssystem som talar med varandra. En del är teknik, en del är juridik, en del är användning – men den största delen är kanske att förstå hur arbetssätt behöver förändras för att bättre möta ökade behov. Samtidigt har vi redan ett antal digitala tjänster via 1177.se som inte används i den omfattning de skulle kunna användas och underlätta för både vården och patienterna. Exempel på sådana tjänster är tidbokning via webben och en tjänst där invånaren kan förbereda sig inför sitt vårdbesök genom att ställa sina frågor digitalt i förväg. Men det räcker inte att vi har tjänsterna, det behövs också arbetssätt där någon säkrar att frågorna kommer till rätt person inför besöket, annars har tjänsten inget värde. Ett annat exempel är att kunna tala direkt med sin fasta vårdkontakt, men då bygger det på att det finns en utsedd person som är den fasta kontakten och att det finns rutiner och arbetssätt för rollen. Därför är värderingar, synsätt och arbetssätt också förutsättningar för att digitala tjänster ska komma till användning.

Det går inte att kombinera standardisering och personcentrering

Standard och personcentrering är inte antingen eller utan både och. Tjänsterna behöver vara standardiserade, men de behöver anpassas i mötet utifrån person, behov och situation. Vi behöver minska den oönskade variationen – den som beror på att olika personer arbetar på olika sätt – och öka den önskade variationen – den som utgår från senaste kunskap och gemensamma arbetssätt som anpassas efter person, behov och situation.

Patientkontrakt är ett problem om patienten har flera diagnoser

Patienterna har aldrig kommit till vården med sina diagnoser ”styckevis” – de lever sitt liv, ofta med flera olika kroniska sjukdomar och desto viktigare blir Patientkontraktet. Poängen med Patientkontrakt är att möta patientens utmaningar med delaktighet, tillgänglighet, samverkan och samordning. Så Patientkontrakt är inte problemet – det är en del av lösningen. Ett konkret exempel på detta är de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, som just nu införs i hela Sverige som en del i kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård. Kärnan i vårdförloppen är att utifrån en samsyn kring vad evidens, senaste kunskap och standard är, kan behandlingen sedan anpassas till person, utifrån behov och situation. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen finns en tydlig struktur där Patientkontrakt är en viktig del för att konkretisera personcentreringen genom att möta alla de utmaningar som personer som lever med flera kroniska sjukdomar har, och hjälpa patienten till överblick och samordning. Det blir en tydlig överenskommelse där patienten med sina egna resurser och stödsystem möter vårdens professioner och dess kunskapsstöd.

Vi tror att Patientkontraktet kan hjälpa oss att arbeta praktiskt och mer systematiskt. Men hur kan vi få stöd?

Det finns flera olika metodstöd för att införa Patientkontrakt. En bra ingång i arbetet är att ställa de sju frågorna för att få ett nuläge för vad ni behöver jobba vidare med. Det finns också ett dialogstöd som kan vara till hjälp som samtalsstöd, en powerpoint-presentation som ger bakgrund och belyser olika delar och som kan ge praktisk vägledning. Det finns även berättelser (Lärande exempel) om hur andra har gjort, som kan inspirera. Låt oss tillsammans gå igenom vilket stöd som kan vara hjälpsamt för er!

Reflektionsfrågor

- Vilka reaktioner brukar du/ni möta i arbetet med personcentrering och Patientkontrakt?
- Hur ser ditt/ert stöd ut för införandet av Patientkontrakt?

6. Värdet av en tjänst avgörs i samskapande - one size doesn't fit all

Att skapa en tjänst är något annat än att skapa en produkt. En produkt kan tillverkas, läggas i byrålådan och användas vid ett senare tillfälle. Värdet av en tjänst avgörs då den skapas i interaktionen när den används.

En vägledande grund i arbetet med att införa Patientkontrakt har varit att öka förståelsen för samskapande – Co-production, som beskrivs närmare i tidigare avsnitt. För att stödja förståelsen för hur vi kan öka samskapande i praktiken, har vi jobbat med tjänstedesign och simulering för att träna icke tekniska färdigheter. Detta för att öka förståelsen för hur personcentrering sker när vi konkret utvecklar flera tjänster för ett och samma behov, och som anpassas utifrån person, behov, situation och förmåga till samskapande.

En tankemodell som använts är det underlag för kundsegmentering med personas (enkelt uttryckt ett sätt att personifiera olika målgrupper med olika behov) som tagits fram i tidigare arbete med innovationer inom primärvården. Syftet med denna tankemodell är att gå från att beskriva patienten/individerna utifrån diagnoser, till att spegla olika behov utifrån vilken situation personen befinner sig i. Då måste det finnas flera tjänster som kan anpassas för att möta olika behov, och det är viktigt att komma ihåg att vi är olika och har olika behov och förväntningar i olika situationer.



Källa: SKR

Vid lärandeforum har deltagarna med hjälp av metoden tjänstedesign fått beskriva sitt arbete utifrån patientens perspektiv. I mötet med andra deltagares frågor har man fått träna sig i att paketera sitt arbete och kommunicera detta till andra.

De här övningarna har gett många insikter, till exempel att det är lätt att vi vill "göra för" patienten. Att verkligen samskapa och börja med att fråga patienten "Vad är viktigt för dig?" och ge stöd utifrån patientens förväntningar och egna resurser innebär ett stort skifte i vården. Samskapande har stor utvecklingspotential, men det kommer fortsatt att krävas mycket träning för att förbättra och lära kring samskapande.

En annan lärdom som lyfts vid mötesplatserna har varit reflektionen att det är lätt som medarbetare i vården att vi frågar patienter om deras utmaningar, men när vi får svaren är det inte lika lätt för oss att ändra arbetssätt. Istället får patienterna upprepade frågor om sina utmaningar. Många vittnar också om att utmaningarna för en viss patientgrupp egentligen är kända, och att det mer handlar om att agera på det vi vet.

För att lyckas ändra arbetssätt och utveckla förmågorna, behövs utrymme för mer träning tillsammans. Ett exempel på en träningsmetod är simuleringsmodellen Esther SimLab, som har arbetats fram i Region Jönköpings län och som SKR inom ramen för arbetet med Patientkontrakt gjort möjligt att använda med instruktörer. Syftet är att träna icke tekniska förmågor för att öka samskapande och samverkan. Olika professioner och från olika organisationer (primärvård, slutenvård, kommun) tränar tillsammans med en person med patienterfarenhet. Efter träningstillfället ges tid för reflektion. Deltagarna har beskrivit hur de har upptäckt nya saker när de testat Esther SimLab. Bland annat har flera personer med patienterfarenheter upplevt att de inte har varit delaktiga, samtalen har ägt rum mellan professionsföreträdarna vid sidan av dem.

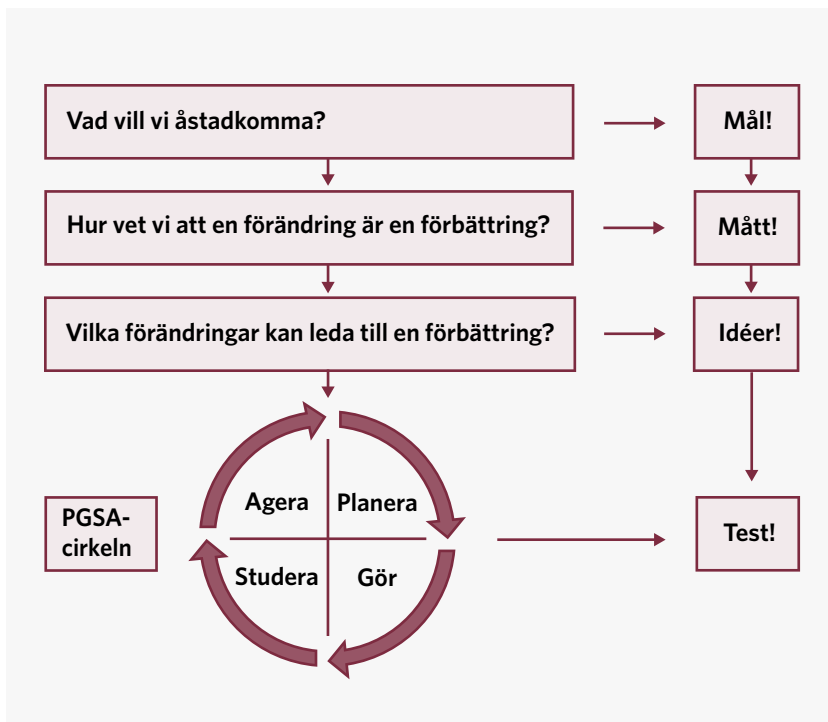
Reflektionsfrågor

- Hur arbetar du/ni med att utveckla och använda olika tjänster för samma behov och anpassa dessa för olika målgrupper?
- Hur ser era träningsmiljöer ut för att utveckla samskapande och samverkan?

7. Från test i liten skala till kulturförändring

Varje system är perfekt designat för det resultat det ger. Om vi vill få ett annat resultat, behöver vi göra på ett annat sätt. En grundpelare har varit förbättringsmetodikens grundkärna utifrån Edward Demings förbättringshjul, vidareutvecklat av Tom Nolan med frågeställningarna: Vad vill vi åstadkomma? Hur vet vi att en förändring är en förbättring? Vilka förändringar leder till en förbättring?

Figur 5: Förbättringsmodellen



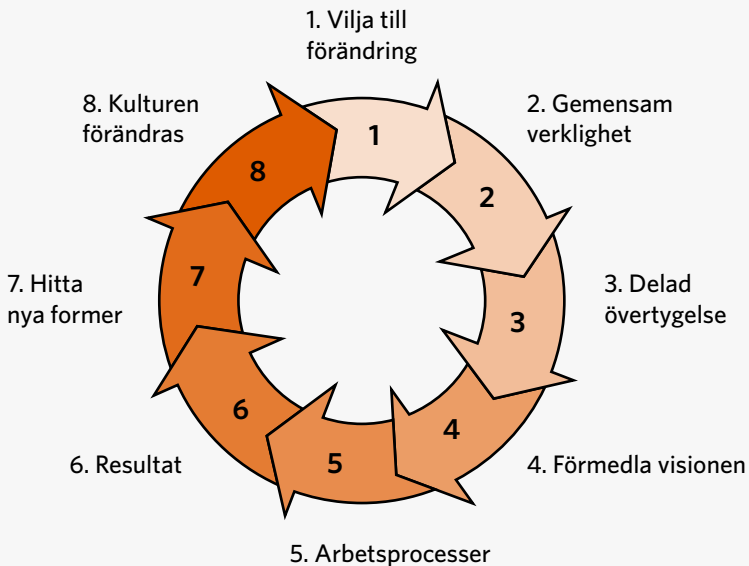
Källa: Nolan, Deming m.fl.

En kulturförändring sker i det dagliga arbetet och i det som växer fram. Men det finns en risk att det stannar vid små förbättringar och enskilda lyckade initiativ. För att få arbetssätt att bli systemgenomgripande behöver de spridas, och arbetet behöver pågå parallellt på både makro-, meso- och mikrosystems nivå (se sidan 16). För de strategiska teamen som jobbat med att införa Patientkontrakt i regionerna, har det varit viktigt att fokusera på att skapa förutsättningar från makronivå, så att tester kan ske i mikrosystemen. Utifrån dessa tester har det varit möjligt att bygga förståelse, fånga lärande, konceptualisera och sprida berättelser som synliggör värdet för både patient och medarbetare i den fortsatta utvecklingen. Att arbeta med alla systemnivåer och dessutom gränsöverskridande – inte bara inom den egna organisationen utan också över organisatoriska gränser – är en stor utmaning, där ledningens stöd är oerhört viktigt för att lyckas.

En återkommande metafor har varit att ”culture eats strategies for lunch” – kultur äter strategier till lunch, fritt översatt. Därför behöver vi ha planer där vi agerar och justerar längs vägen. Som projektledare för införandet i en region behöver man tydliggöra spelplanen, och ha en plan med mål och tidsplan för genomförande. Men planen behöver justeras längs vägen, utifrån behov och ändrade förutsättningar.

En annan återkommande bild som stöd för att åstadkomma en kulturförändring, är Kotters modell. Här är budskapet att det behövs flera steg och ett systematiskt arbete för att lyckas. Utgångspunkten är vilja till förändring, som i sin tur har sin grund i samsyn kring behoven.

Figur 6: Kotters 8 steg för att nå framgång genom förändring

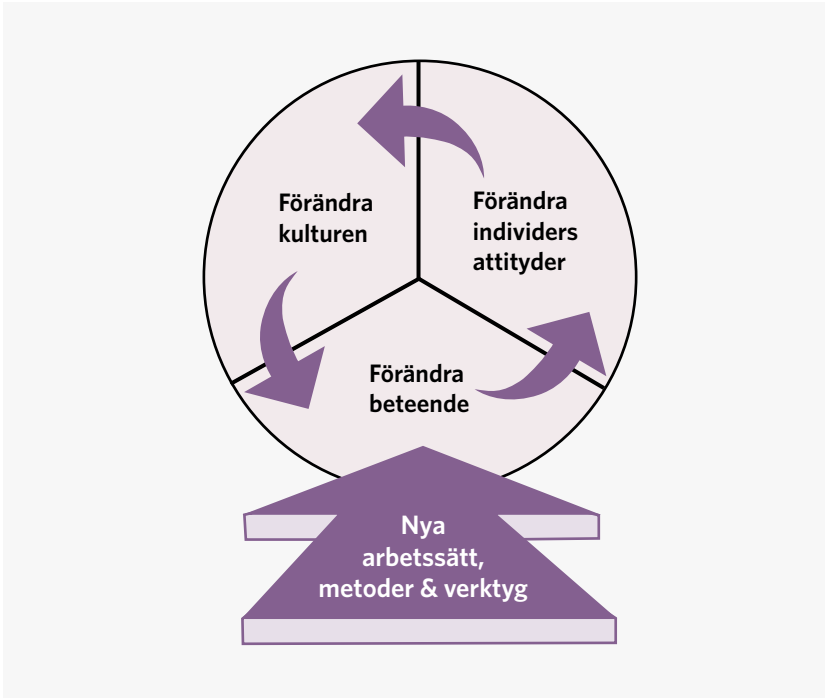


Källa: Kotter

Samtalet om "varför" behöver hela tiden äga rum som ingång till vilja till förändring. Man behöver komma överens om vad som ska förmedlas och sedan hålla fast vid visionen, ändra arbetssätt, följa upp och lära och hitta former för det nya arbetssättet. När det ovanliga har blivit det vanliga finns kvittot på att kulturförändringen är ett faktum. Beteendeförändringar kan gå på tre månader, men kulturförändringar tar tid – de kräver att man håller i, håller ut och håller om.

Ett annat angreppssätt som varit till hjälp, är en bild som visar på att om vi vill förändra en kultur, behöver vi agera för att påverka attityder som i sin tur påverkar kulturen. Detta illustreras i bilden nedan.

Figur 7: Hur åstadkommer vi en kulturförändring?



Källa: API: Norman et al.

Reflektionsfrågor

- Hur får du/ni det att hända?
- Vilka kvalitetsmetoder är hjälpsamma i ert sammanhang?
- Hur arbetar du/ni med makro-, meso- och mikronivåerna samtidigt för att skapa förutsättningar?

8. Innovationskraft och lärande genom "testbäddar"

Genom överenskommelsen En god och nära vård 2021 har regionerna fått statliga medel för att införa Patientkontrakt. Utöver dessa medel har SKR stimulerat ytterligare initiativ och pilotprojekt, genom att ge möjlighet för regionerna att söka extra medel till olika testbäddar, som kan beskrivas som utforskande pilotprojekt. Syftet har varit att stimulera innovationskraft för att utforska och utveckla de mer komplexa utmaningarna i utvecklingen av Patientkontraktets olika delar, liksom att fånga lärdomar och nya insikter som kunnat tillvaratas in i det fortsatta arbetet. Testbäddar har genomförts inom flera områden.

Exempel

Inom Region Jönköpings län gjordes en testbädd på temat Patientkontrakt invånare, som spreds nationellt genom workshops där fler regioner deltog och hittat sina former för att utveckla Patientkontrakt tillsammans med invånare. Lärdomarna har framför allt varit att vi behöver finna former för att samskapa och träna praktiskt.

Ett annat exempel är testbädden som gjordes inom Ronald McDonaldstiftelsen, där syftet var att utforska och lära mer kring patienters och närståendes egna resurser och stödsystem. Syftet var också att genom dessa insikter öka förståelsen hos vårdens professioner att i högre grad efterfråga patientens egna stödsystem, för att i samskapande möta behov och ge stöd utifrån vad som är viktigt för personen. Testbädden och dess resultat finns samlade i en skrift med flera berättelser som vittnar om värdet i det stöd som växer fram mellan personer som är närstående till svårt sjuka barn.

Lärdomarna från båda dessa testbäddar integreras nu i ett större utvecklingsprojekt – Patientens kunskapsstöd.

9. Sammanhållen planering på 1177

En central del för att skapa förutsättningar för Patientkontrakt är att invånare kan se sin sammanhållna planering på 1177.se och där också agera interaktivt med vårdens aktörer. Via 1177.se kan invånaren själv läsa sin journal och ta del av sin dokumenterade överenskommelse – Patientkontrakt i journalen. Regionerna har olika IT-system, mallar och sökord, och särskilda insatser har gjorts för erfarenhetsutbyte mellan regionerna om hur de arbetar med att finna lösningar på strukturerad dokumentation.

SKR gav 2019 i uppdrag till Inera⁷ att göra en förstudie för att titta på hur en digital sammanhållen planering skulle kunna visualiseras för invånare på 1177.se. Fokus var patienter som har ett eller flera kroniska tillstånd eller andra behov av samordning. I uppdraget ingick också att visa hur digitala tjänster kan stötta patienter och närstående att vara aktiva och samskapande i den egna vården och omsorgen.

Förstudiens resultat blev en beskrivning av konceptuella lösningsförslag, tillsammans med en beskrivning av de tekniska, informatiska, juridiska och verksamhetsmässiga förutsättningar som behöver finnas.

Not. 7 Inera är ett bolag som ägs av SKR Företag och landets kommuner och regioner, och som arbetar med att skapa digital infrastruktur och arkitektur för digitalisering av välfärden.

Sammanfattning efter förstudien:

- › Sammanhållen planering är ett koncept som bidrar till att ge invånaren ökade möjligheter att vara samskapande i sin egen hälsa och vård och förenklar i vårdens övergångar.
- › För att åstadkomma den önskvärda förändringen rekommenderade förstudien fortsatt parallell teknisk utveckling och verksamhetsutveckling i regionerna.
- › Det ursprungliga förslaget som helhet bedömdes vara genomförbart på tre år. För att påbörja realiseringen, genomfördes ett mindre utvecklingsarbete av 1177 Vårdguidens e-tjänster i samverkan med Inera. I utvecklingsarbetet testades bland annat formulär för att förbereda ett planerat besök och för att kontakta sin fasta vårdkontakt. Testerna begränsades till följd av pandemin, men har ändå gett tillräckliga erfarenheter för det fortsatta arbetet.
- › De formulär som togs fram i förstudien och det fortsatta utvecklingsarbetet finns idag tillgängliga för alla regioner på 1177.se, och används av flera regioner.

Det fortsatta arbetet med att stödja utveckling och realisering av ”Sammanhållen planering på 1177.se” kommer att ske i samverkan med Inera inom Vision e-hälsa 2025. Patientkontrakt ingår som en del i inriktningsmålet ”Individen som medskapare” i den aktuella genomförandeplanen för visionen.

10. Glädjen är en kraftkälla

Vi lever i en tid där den tekniska utvecklingen går så snabbt att det blir omöjligt att förutse hur den kommer att påverka mänskliga beteenden. De team som ansvarat för införandet av Patientkontrakt i regioner och kommuner agerar i en tillvaro där mycket sker samtidigt i hög hastighet och där osäkerhet och komplexitet är vardag. Med engagemang, vilja och kompetens visar de och alla andra som arbetar med Patientkontrakt att det är möjligt att öka samskapan- de genom Patientkontrakt i praktisk handling. De tar små steg och ett större sammanhang växer fram från delar till helhet.

Att driva förändring och utmana dagens arbetssätt kräver energi och kraft. Jag tror att en framgångsfaktor är när vi ser att vi tillsammans gör skillnad och får bekräftelse på att vi lyckas med det vi vill åstadkomma. Då blir glädjen en kraftkälla och då ökar också vår förmåga att se möjligheter och nyfiket omsätta dessa i handling. Ett sätt för mig personligen är att nyfiket gå nära och ställa frågor, samla på berättelser och se samband mellan det som sker just nu och försöka bidra till att skapa förutsättningar för det som vi önskar ska växa fram. Att i dialog med många olika personer och i olika sammanhang få dela reflektioner och utmanas i den egna förståelsen och lärandet, det är för mig ett sätt att fylla på kraft och energi. Men mest av allt finner jag energi och glädje i arbetet när jag får kvitto på att det vi gör, gör skillnad för den som är i patientrollen. Privat har jag kunnat testa värdet av Patientkontrakt i flera olika sammanhang, där nära och kära varit i behov av vård. Och jag har förundrats över vilken stor skillnad det gör när man möts i en gemensam överenskommelse – ett Patientkontrakt.

Så för mig är det en glädje att med stor ödmjukhet och stark övertygelse få fortsätta göra vad jag kan för att bidra till en mer samskapad personcentrerad hälso- och sjukvård genom Patientkontrakt. Ett arbete som bidrar till att fler kan uppleva hälsa i enlighet med den tyske filosofen Gadammers ord: ”Hälsa är att i glädje vara fullt sysselsatt med sina livsuppgifter”.

Reflektionsfrågor

- Hur hittar du/ni glädjen och fyller på energi under resans gång?
- Vad är du/ni nyfikna på i det fortsatta arbetet med att utveckla samskapande genom Patientkontrakt?



Del 3

Några samtal
om samskapande

Några samtal om samskapande

Vi lever i en tid där kommunikation gått från traditionella modeller med sändare och mottagare till en värld där många kommunicerar med många samtidigt och hela tiden. I denna tredje del av skriften tar vi som författare oss friheten att tillsammans försöka formulera några samtalstrådar kring olika delar i begreppet "samskapande". Det finns förstås mycket att prata om, men här har vi valt resonemang om sådant som vad **språkbruket** har för betydelse, hur **digitaliseringen** påverkar möjligheten till samskapande, om den **maktförflyttning** som samskapande innebär, hur **effektiviteten** kan påverkas samt om vikten av **kulturförändring**.

Vi hoppas att dessa samtalstrådar – utan början eller slut – kan bidra till ett fortsatt samtal som kan föra arbetet med samskapande vidare.

Din hälsa - vårt ansvar

Anette: Människor omfattar komplexa tankevärldar och vi är alla sysselsatta med att skapa ordning och reda i tillvaron. Men vi gör det på vårt sätt, utifrån våra referenspunkter och förståelse. Kultur är ju så spännande! Hur våra föreställningar och idéer formas och formar våra relationer i de sammanhang vi finns. Vi har säkert alla hört uttrycket ”det sitter i väggarna” om något som är svårt att förändra. Och vi är säkert medvetna om att när vi säger det, så vet vi också att det inte är väggarna som är problemet, utan det sitter i våra vanor och mönster.

Om jag reflekterar lite kring hur olika kulturer i vården formats över tid, så finns det grundtoner i arbetssätt kring att vilja ”ta hand” som innebär att vården tar ansvar. Vi har sett det i formuleringar som ”Din hälsa - vårt ansvar”, ”Patienten i centrum” och liknande, allt i bästa välmening att göra gott och visa på trygghet för den enskilde. Det här är ofta djupt förankrat och det finns något vackert i dessa formuleringar, och samtidigt är det just formuleringarna som är en del av förändringen. Att gå från en kultur som präglas av ”ta hand om” till att stödja patienten att utifrån behov, egna resurser och förmågor att i högre grad vara delaktig och ta ansvar för sin egen hälsa och vård. Att arbeta oreflekterat kan också bli en vana. Ta exemplet med de två läkarna, där en av läkarna i ett samtal dem emellan lyfte vikten av att planera med patienten involverad. Kollegan konstaterade att ”ja, men vi har ju koll” – men det hjälper ju inte om inte patienten vet att vi har koll!

Klara: Jag tänker att kulturförändringar är inget som kan kommanderas fram, och språkbruket är en del i kulturen. Det första som behöver ske är ju att få syn på skillnaderna mellan att tänka å ena sidan ”jag tar hand om” och å andra sidan ”tillsammans med patienten tar vi reda på behov och förutsättningar och bestämmer

vägen framåt”. Begreppet ”personcentrering” är inte heller enkelt, vi behöver prata gemensamt på en arbetsplats om vad det innebär. Jag tror att många är övertygade om att de redan jobbar personcentrerat, men kanske då mer ur perspektivet att ”sätta patienten i centrum”.

Anette: När vi talar om samskapande landar vi ibland i diket. Ytterligheten är exempelvis ”Ja, det låter bra med Patientkontrakt men de som inte själva kan ta ansvar, hur ska det gå för dem?” Eller ”Om jag ska operera mitt hjärta är jag inte intresserad av något samskapande, jag vill bara att vården gör sitt jobb, jag kan ändå inte påverka något”. Alternativt ”Jag vill inte bli omhändertagen, jag vill sköta så mycket som möjligt själv, boka mina tider, ta ansvar för att läsa mina provsvar och kolla mina egna vården. Och när jag behöver vården förväntar jag mig att jag får hjälp när jag behöver det och inte efter tre månader”. Vi har olika förmågor att kunna ta ansvar och vilja att göra det, men om vi kan stimulera de som kan och vill att i högre grad ta eget ansvar, så kommer det frigöra tid till de som behöver vården bäst.

Klara: När jag gjorde intervjuerna i min följeforskning, var det en sjuksköterska som berättade hur hon tänkte att hennes agerande var personcentrerat när hon tittade in genom dörren till patienten och frågade hur det var. Hon stressade mellan dörrarna för att hinna fråga alla, men hann kanske inte alltid lyssna på svaren. När hon sedan vidareutbildade sig och fördjupade sig kring personcentrering, insåg hon att hennes beteende skapade stress hos de inlagda patienterna. Hon ändrade sitt beteende och började istället ställa frågor när hon hade tid att sitta ner bredvid patienten, och då hann hon också lyssna på svaren, som antagligen gav vägledning i vad som var viktigt för just den patienten.

Maktförflyttning och illusionen av kontroll

Anette: Jag glömmer aldrig den där härliga kvällen i orangeriet i Bohuslän när Doug Eby, primärvårsläkare från Nuka system i Alaska, var på besök. Han talade så passionerat om att det är vårdens illusion av kontroll att vi tror att patienten gör som vi säger. Om jag som läkare skriver ut ett läkemedel till en person och den personen möter grannen som säger att ”den medicinen skulle jag aldrig ta”, så kan det mycket väl vara så att personen bestämmer sig för att inte ta medicinen. För att inte tala om Doktor Google eller olika Facebook-grupper. En annan aktuell parallell är pandemin och vaccinationerna – det finns mängder med fakta och information som talar för att vaccinet gör stor nytta, men det finns ändå personer som tvekar att vaccinera sig. Patienten alltid har kontrollen och makten över sitt liv och sina val.

Klara: Omställningen till en nära vård där personcentreringen är kärnan, bygger på en maktförflyttning, där ett ändrat förhållningsätt och arbetsätt innebär att patienten är en aktiv medskapare i sin egen vård, behandling och omsorg, och därmed får mer makt över sitt eget liv. Det ställer krav både på patient, anhöriga, medarbetare och förstås vårdens chefer i att leda omställningen. Förändring betyder ofta förskjutningar av makt, inflytande eller resurser. Det betyder att trots att personer är positivt inställda till omställningen, kan de agera irrationellt för att bevara delar som de upplever som viktiga. Och vi måste komma ihåg att det är komplexa sammanhang som måste fungera, från ledning till den enskilde medarbetaren.

Djävulen sitter i frasminnet

Klara: I den digitala vardagen är vi vana vid att ständigt ha med oss olika verktyg och stöd för det vi ska göra. Men där är vi ju inte riktigt i vården, ännu. I intervjuer jag gjort i min följeforskning med medarbetare och chefer i vården som arbetar med införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF) och Patientkontrakt i praktiken, var det många som beskrev utmaningen med rent praktiska frågor, kopplat till digitalisering. Vad ska det stå i frasminnet för Patientkontrakt? De efterfrågade stöd med att se till att olika system pratar med varandra för att kunna arbeta personcentrerat – att de praktiska detaljerna är viktiga för att få samskapandet och skiftet att hända i praktiken. I en stressad vardag vill många bara ha hjälp med att det ska bli rätt. Och det här är minst lika viktigt som diskussioner om kultur och förändrade beteenden.

Anette: Absolut. Det jag gillar med Patientkontrakt är att det hjälper oss att arbeta praktiskt med personcentrering – vi måste ner i detaljerna och mötet på individnivå för att det ska bli ”på riktigt”. Jag tänker också att det blir spännande att se hur patientens kunskaps- och stödsystem allt mer kommer vara viktigt för vårdens aktörer att vara nyfikna på. Vårdens tjänsteutbud kommer säkerligen att utvecklas för att ha flera tjänster att välja mellan vid exempelvis kontakt – telefon, sms, mejl, videomöten, kommunikation via 1177.se. Även vårdens medarbetare kommer säkerligen att allt mer arbeta utifrån gemensamma arbetssätt, med digitala stöd som en naturlig del i sitt vardagsarbete. Frågan är hur lång tid kommer det att ta innan detta är ett självklart sätt att arbeta?

Klara: Det vore värdefullt om man från ledningshåll och nationella stödstrukturer äntligen kan komma fram i diskussionerna om digitala verktyg, gränssnitt, juridik och praktik om hur olika system ska kunna dela information. Idag krävs ofta dubbelregistrering mellan exempelvis ett journalsystem och ett kvalitetsregister, och det kommer inte att upplevas som en förenkling med ytterligare ett system att gå in i för att uppnå Patientkontrakt. Och hur gör vi med digitaliseringens hjälp det enklare för patienten att vara medskapare, kunna ta del av sin patientdata, kunna vara med och planera sina tider själv i hur det passar med livet? Sådant kan vi inte förvänta oss att varje verksamhet kan driva och utveckla själva. Djävulen sitter i detaljerna, och det är också detaljerna som kan underlätta för samskapandet.

Anette: Ja, det finns så mycket förhoppningar och förväntningar kring nationella stödsystem som kommer underlätta och det behöver göras. Samtidigt är det viktigt att inte bli passiv och vänta på det perfekta digitala stödet. Jag håller med om att i arbetet med systemförändring ligger ofta fokus på förändringarna som behöver ske i mikrosystemen, men för att lyckas behöver vi utmana och utveckla både lednings- och stödsystem så att förutsättningar skapas för det praktiska arbetet i mikrosystemen.

It takes two to tango - men ett helt folkdanslag för att få till samskapande i vården

Klara: Vården är en komplex tillvaro. Det handlar inte bara om samspel mellan två parter för att få till ett samskapande. I följeforskningens intervjuer med personer som arbetade med införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF) och Patientkontrakt i praktiken, intervjuades bland andra en specialistsjuksköterska på ett sjukhus. Hon var mycket engagerad i både hur arbetet med PSVF skulle öka kvaliteten på vården och hur Patientkontraktet skulle möjliggöra en ökad tydlighet till exempel vid utskrivning. Hon var mycket kunnig, hade en plan för förändringsarbetet och hur hon skulle engagera hela sin avdelning på sjukhuset. Däremot var hon tydlig med att de i förändringsarbetet inte samarbetade med primärvården, att de helt enkelt inte maktade med att samspela med dem. Patienterna fanns på många olika primärvårdsenheter och det skulle inte finnas möjlighet att greppa hur samspelet skulle se ut, trots att arbetet handlade om just personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Hon beskrev hur det var utmanande nog att hålla ihop det de gjorde på hennes egen avdelning.

Berättelsen visar hur utmanande det är att greppa helheter. Det visar också på att skiftet till samskapande och införande av både Patientkontrakt och PSVF måste ske både i mikrosystemet – i varje patientmöte – men vi måste också orka greppa över våra verksamhetsgränser. Om vi menar allvar behöver vi kunna arbeta tvärs inom respektive organisation, och också mellan privata och offentliga vårdgivare, mellan region och kommun och alla andra sammanhang där patienten rör sig. Det kommer kräva att vi blir bättre på att se hela patientens väg och vilka resultat vi gemensamt åstadkommer.

Anette: Jag är förtjust i bilden av elefanten, som ofta används som metafor för att vi inte ser helheten. Jag ser framför mig hur personer med förbundna ögon står framför en elefant, känner sig fram och beskriver olika delar. Men det är ingen som säger att det är en elefant.

Att gå från en hälso- och sjukvård som idag präglas av att vi arbetar fragmentiserat, till en mer sammanhållen hälso- och sjukvård kommer att innebära att vi behöver öka personcentreringen och tillsammans tränar oss i att samskapa. Samtidigt som vi tar ansvar för vårt eget arbete, behöver vi i högre grad också ta ansvar för steget före och underlätta för steget efter. Inte bara patienterna utan också medarbetarna är olika och har olika behov och förutsättningar – en del har stort behov av kontroll och känsla av att vilja ”äga” sammanhanget och det känns hotfullt om andra upplevs tränga sig in i det egna området. Andra drivs av att foga samman och ser möjligheter i att lyckas genom samsyn och att agera i samma riktning. En del medarbetare vill avgränsa och göra sin del, och det är inte så viktigt att se hur den delen passar in i helheten. Andra vill se hela bilden innan de ens kan ta ett första steg – bär jag bara sten eller bygger vi tillsammans en katedral? Här behöver vi vara ödmjuka inför att vi är olika och har olika behov, men om vi vill vara systembyggare och kunna verka i komplexa system, behöver vi släppa viljan att ha kontroll över allt, och istället ha tillit till att delarna växer fram medan vi gör, och träna oss i att det inte handlar om mig utan om oss – laget före jaget – och det vi tillsammans kan åstadkomma i samskapande.

Har vi råd att låta bli?

Anette: När vi talar om samskapande och Patientkontrakt är ett viktigt argument att värna om både patientens och vårdens tid. Vilket vi gör om vi samskapar och har tydliga överenskommelser. Att ta bort onödigt oro från patienternas axlar, oro som äter livstid och gör att man söker vård gång på gång för att man inte vet – hur mycket är inte det värt? Ett exempel: i samband med ett forskningsarbete följdes sökmönstren för en utvald målgrupp som lever med kronisk sjukdom. Det visade sig att flera av patienterna hade många besök inom slutenvården och dessutom många besök inom primärvården. Men ingen hade sett patientens hela sökmönster, utan agerade endast utifrån sin del i helheten. Och många patienter beskriver hur all deras tid och energi går åt till att samordna alla vårdkontakter. ”Det verkar som om de tror att jag är fyra olika personer, med olika planer som inte hänger samman”, som någon uttryckte det.

Jag har även hört berättelser från vårdens medarbetare om hur de upplever en skillnad för verksamheten när Patientkontrakt är infört. En utvecklingschef, som sommartid brukade återvända och jobba kliniskt på en medicinavdelning uttryckte att ”Vilken skillnad det har varit att jobba på avdelningen i sommar nu när Patientkontrakt är på plats! Jag kan inte minnas att jag fick ett enda samtal från en patient som inte visste vad som skulle hända närmast, eller var osäker kring provsvar eller annat. Det är häftigt att se när Patientkontrakt fungerar i praktiken”. En annan berättelse kommer från en primärvårdsenhet där en distriktsläkare sa: ”Jag är förvånad över att patienterna har börjat ta mer och mer ansvar.

Det märks till exempel vid kontrollerna när de kommer hit och har gått ner i vikt eller slutat röka”. Ytterligare ett exempel kommer från en ortopedavdelning, där antalet inkommande samtal minskade när man börjat arbeta med Patientkontrakt. Att göra rätt från början är en investering som lönar sig, även om den i stunden kan upplevas kräva lite mer. På sikt kommer förändringen att ge förutsättningar att arbeta mer preventivt och ta bort det dubbelarbete som genereras när vi får ta hand om samma frågor flera gånger, för att man inte gjorde rätt från början. Att arbeta resurseffektivt är också allas ansvar för att klara framtidens utmaningar med mindre resurser i relation till ökade vårdbehov.

Klara: Icke att förglömma handlar det också om att skapa attraktiva arbetsplatser och underlätta rekrytering – alla vill väl jobba på en smart arbetsplats med både nöjda patienter och medarbetare?

En policy gör ingen förändring i sig själv

Klara: Som bekant finns det gott om policyer i vården. Men – också som bekant – krävs det mycket arbete för att göra verklighet av den inriktning och ambition som beskrivs i policyn. Och det räcker absolut inte med att sprida kunskapen om själva policyn. Det går inte att göra en kulturförändring utan reflektion, hur får vi tiden att reflektera och vilka är mötesplatserna för att reflektera tillsammans? Att få till samskapande på riktigt och involvera patienten är ett bra exempel på vad som krävs. I följeforskningen 2020 om införandet av Patientkontrakt, blev utmaningen att involvera patienter i utvecklingsarbetet tydlig. Intervjuerna gjordes med personer på strategisk nivå, med uppdrag att öka samskapandet i vården. Men även på denna nivå uttryckte man att ”det är svårt att hitta patienter att samskapa med”, ”vi behöver börja arbeta med detta själva först för att formera oss, sedan kan vi bjuda in patienter”, vilket kan ses som en indikation på hur svårt det är att se samskapade av vården som något ömsesidigt.

Anette: Det är som när man ska ha gäster – allt ska helst vara städlat och dukat och fixat innan de kommer... Det är likadant med att bjuda in patienterna till vår arbetsplats. Vi vill ju inte att de ska se att vi inte har rutiner på plats eller själva inte är ense. De kanske tappar förtroendet för oss! Mina erfarenheter är att man behöver arbeta med förberedelse och ha samsyn kring varför man bjuder in personer med patienterfarenheter. Det ska vara tydligt hur mötet ska gå till för att möta förväntningarna och skapa trygghet både för personer med patienterfarenhet och medarbetare. Vi behöver kommunicera detta och hur vi önskar att patienterna deltar. Ibland hamnar vi i att personerna med patienterfarenhet både berättar om sina behov och tror att det finns förväntan på att de ska tala om hur vården ska ändra sina arbetssätt. Det är bra att

vara tydlig med att vi önskar patientens berättelse för att bättre förstå behoven. Och låt oss sedan tillsammans se hur vi kan forma arbetssätt som möter olika behov.

Klara: En del regioner har börjat göra enkäter med patienter, men då utifrån frågeställningar som professionen formulerat, utifrån sin bild av vad som var viktigt. Även om enkäter kan vara bra och är en bit på vägen, så är också det en bra bit ifrån att samskapa på lika villkor, ett samskapande som ska utgå från patientens verklighet. Det blev tydligt under intervjuerna och efterföljande samtal, att professionens verktygslåda för att samskapa tillsammans med patienterna inte är färdigutvecklad. Och när även strategier och förändringsledare, som själva brinner för samskapandet, har utmaningar med att få till det i praktiken – hur ska vi då förvänta oss att varje professionell medarbetare, i varje vårdmöte ska våga och ha metod för att samskapa med patienterna i praktiken?

Anette: En annan sak jag funderat på är patienten som sa ”Jag har så mycket att förhålla mig till och efterleva att jag har tappat min livskvalitet”. Vad är det värt om alla värden är perfekta men lusten att leva är borta? Att i samskapande verkligen på djupet träna sig i att lyssna på personen. Vad är viktigt för dig? är en stor fråga som bygger på förmågan att lyssna – inte bara till det som sägs utan också det som inte sägs. Förmågan till närvaro är avgörande för att skapa förutsättningar för att det ska uppstå ett värdeskapande möte, där patientens levda verklighet flätas samman med professionens verklighet.

Slutord

Vi kommer alltid att vara på väg - och "Imagination is more important than knowledge"

Det var Albert Einstein som en gång yttrade de välkända orden "Imagination is more important than knowledge". Medan kunskap har sina begränsningar, kan föreställningen hjälpa till att öppna sinnet, utan begränsningar.

Många tycker det är svårt att föreställa sig en nyläge. Här kan berättelserna från patienter, närstående och medarbetare vara till hjälp. Att våga ställa frågan "Hur skulle du beskriva ditt önskeläge?" kan hjälpa oss att tänka utanför boxen.

Så kan vi då föreställa oss vad det skulle innebära om patienten och vården har ett partnerskap, med en gemensam överenskommelse där det är tydligt vad patienten gör för sig själv och med hjälp av sina nätverk och vad vården gör? Där det finns en plan med ett tydligt uttalat nästa steg och där det finns en fast vårdkontakt som hjälper till med samordningen. Och där både vårdgivare och patient använder alla e-hälsans digitala möjligheter, utifrån vad som är bäst för person, behov och situation. Kan du föreställa dig vad det skulle betyda om du, din dotter, din partner, vän eller förälder fick tillgång till ett Patientkontrakt? Många av dessa förutsättningar finns redan och tillsammans kan vi göra det till något som är möjligt att uppnå.

Nu fortsätter den spännande resan med att utveckla samskapande utifrån behov och förutsättningar som varierar från noll till hundra. Samtalstrådarna i den här skriften har inte någon början eller något slut. Det finns inget facit och det är bara tillsammans vi kan agera oss in i en mer samskapad hälso- och sjukvård och omsorg där Patientkontrakt blir ett praktiskt sätt att möjliggöra detta och lära av nya insikter som växer fram. Så låt oss göra allt vi kan och lite till...

- Anette och Klara



Foto: Niklas Nyman

Klara Palmberg Broryd har en bakgrund som civilingenjör och teknisk doktor i Kvalitetsteknik från Luleå tekniska universitet. Hon har både drivit förändring i komplexitet i praktiken som förändringsledare, chef och konsult samt forskat om komplexitet och organisationer i både offentlig och privat sektor. Hon är affilierad forskare på Handelshögskolan i Stockholm och samarbetar med Center for Co-production vid Jönköping University. Under åren 2020 och 2021 har Klara följeforskat på införandet av Patientkontrakt och gjort ett stort antal intervjuer på både nationell och regional nivå för att djupare förstå skiftet till ett personcentrerat förhållningssätt i praktiken.



Foto: Mikael Bergström

Anette Nilsson arbetar som utvecklingsstrateg i Region Jönköpings län med fokus på omställningsarbetet för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Hon arbetar även för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som projektledare för införandet av Patientkontrakt och i programledningen för omställningen till nära vård.

Med sig har Anette erfarenheter från att ha drivit förändring i komplexitet i praktiken som chef, projektledare, coach och konsult, både nationellt och internationellt, i offentlig sektor och privat näringsliv. Inom Region Jönköpings län har Anette lång erfarenhet av systematiskt kvalitetsarbete och internationella nätverk och medverkar ofta som föreläsare på nationella och internationella konferenser.

Ett steg till

En guide till en mer samskapad hälsa, vård
och omsorg genom Patientkontrakt

Det här är en guide till er – beslutsfattare, chefer och medarbetare – som arbetar med att driva omställningen till Nära vård i regional eller kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.

Här finns ett sammanfattande kunskapsunderlag om samskapande, Patientkontrakt och om att driva förändring i komplexitet. Guiden innehåller även erfarenheter och reflektioner från att genomföra storskaliga förändringar och tips på teorier och arbetssätt. Och slutligen reflekterar författarna tillsammans över begreppet samskapa.

Anette Nilsson är utvecklingsstrateg i Region Jönköpings län och SKR:s projektledare för införandet av Patientkontrakt, som en del av omställningen till Nära vård.

Klara Palmberg Broryd har forskat om komplexitet och organisationer och ansvarat för följeforskningen på införandet av Patientkontrakt.

ISBN 978-91-8047-056-8

Beställ eller ladda ner på webbutik.skr.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



Sveriges
Kommuner
och Regioner