

DE KRONISKA SJUKDOMARNAS UTMANING

# PERSONCENTRERAD VÅRD

En effektivare hälso- och sjukvård  
med människan i centrum



**DEN HÄR SKRIFTEN ÄR FRAMTAGEN AV NÄTVERKET HÄLSOFRÄMJANDE  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I SAMARBETE MED:**

**Anna Hertting** – Fysioterapeut med inriktning psykologi, doktor i medicin med inriktning folkhälsovetenskap, senior hälsovetare och tidigare ordförande förbundet Fysioterapeuterna.

**Pär Höglund** – Läkare och forskare verksam vid The Jönköping Academy For Improvement of Health and Welfare inom Region Jönköpings län och vid Medical Management Centre på Karolinska Institutet.

**Britt-Marie Ahrnell** – Patientrepresentant, närstående, författare och föreläsare.

**Margareta Kristenson** – Professor i socialmedicin vid Institutionen för medicin och hälsa på Linköpings universitet, samt överläkare Region Östergötland och Nationell koordinator för det svenska nätverket Hälsufrämjande hälso- och sjukvård, HFS.

**Inger Ekman** – Sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och föreståndare på Centrum för personcentrerad vård (GPCC) vid Göteborgs universitet.

**Staffan Lindblad** – Överläkare på Karolinska universitetssjukhuset, professor i medicinsk organisations-, lednings- och innovationskunskap inom Medical Management Centre vid Karolinska Institutet och chef för Kvalitetsregistercentrum i Stockholm

**Tomas Edman** – Verksamhetschef på Experio Lab inom Landstinget Värmland.

Denna skrift har bekostats av medel från regeringens satsning på kroniska sjukdomar. Det är en fyraårig satsning som totalt omfattar 450 miljoner kronor. Inom ramen för satsningen har en Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar tagits fram och medel har fördelats till olika projekt.

Projektledare: **Pär Höglund** och **Anna Hertting**.

Redaktör och språkgranskare: **Carolina Hawranek**.

Grafisk form och illustration: **Pär Thorbjörnsson**, Partho D&C AB.

Tryck: **Linköping Tryckeriaktiebolag**, 2015.

Upplaga: Tryckt i 9000 exemplar.

3	INTRODUKTION EN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I FÖRÄNDRING
5	FÖRDOMAR OCH MISSFÖRSTÅND MYTER OCH FAKTA OM PERSONCENTRERAD VÅRD
7	NÄRLIGGANDE BEGREPP FLERA SÄTT ATT BESKRIVA ETT GEMENSAMT MÅL
9	HÄLSANS TVÅ DIMENSIONER DET HÄLSOFRÄMJANDE MÖTET – ATT SKAPA VÄRDEFULL VÅRD
11	PATIENTENS BEHOV VARFÖR BEHÖVS MER PERSONCENTRERING I VÅRDEN?
13	TILLÄMPAD PERSONCENTRERING FÖRDELAR OCH VINSTER FÖR OLIKA AKTÖRER
17	EXEMPEL PÅ ANSATSER NÅGRA INITIATIV TILL MER PERSONCENTRERAD VÅRD I SVERIGE
20	REFERENSER OCH LITTERATUR



---

## INTRODUKTION

# EN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I FÖRÄNDRING

För hundra år sedan var infektionssjukdomar den vanligaste orsaken till sjukdom och död. De var ofta livshotande men den som överlevde blev frisk. I dag har vi en förändrad sjukdomsbild som domineras av kroniska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdomar och psykiska sjukdomar.

### FRÅN DÖDLIG SJUKDOM TILL LIVSLÅNG UTMANING

Tack vare medicinska framsteg har överlevnaden ökat i flera av våra kroniska sjukdomar. Det innebär att allt fler av oss lever länge med sjukdomar som påverkar vårt liv och vårt mående. De kroniska sjukdomarna har olika karaktär och påverkar den drabbade – och de närstående – på olika sätt.

En del sjukdomar innebär ett livshotande tillstånd med frekventa besök i vården och stora fysiska och psykiska påfrestningar, medan andra domineras av en vardag med nedsatt funktion och livskvalitet. Men alla kroniska diagnoser innebär ett ingrepp i människors dagliga liv under längre tid.

### STORA SAMHÄLLSKOSTNADER OCH FÖRLORAD LIVSKVALITET

Kroniska sjukdomar medför inte bara lidande för de enskilda personer som drabbas, utan även stora samhällskostnader. Över 80 procent av den svenska hälso- och sjukvårdsbudgeten i dag går till vård av personer med kroniska sjukdomar.

Då diagnoserna blir vanligare med högre ålder och vår medellivslängd ökar – ökar även förekomsten av kronisk sjukdom. Kostnaderna beräknas år 2050 ha stigit med nästan en tredjedel. Hur väl vi lyckas med preventiva insatser och ökad personcentrering kommer därför att avgöra svensk hälso- och sjukvårds långsiktiga hållbarhet.

### FLER ÅR TILL LIVET OCH MER LIV TILL ÅREN

Hälso- och sjukvårdens uppdrag måste i större utsträckning handla om att stärka människors förmågor att trots sjukdom kunna må så bra som möjligt och få möjligheten att leva ett aktivt, meningsfullt och värdigt liv utifrån vad varje människa själv värderar som viktigt.

Ett sätt att nå dit är en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. En sådan vård ger mer jämlik vård, mer nöjda patienter, bättre behandlingsresultat, kortare vårdtider och minskade vårdkostnader. Utvecklingen har bidragit till att ge människor fler år i livet – nu är utmaningen att bidra till ett bättre liv under de år man lever med sin sjukdom.

### DU LÄSER OM PERSON- CENTRERAD VÅRD

I den här skriften har vi sammanställt fakta och kunskaper om personcentrerad vård och hur konceptet kan bidra till en hållbar hälso- och sjukvård med smartare resursanvändning.

Vi beskriver även kort några exempel på hur en sådan omställning redan startat på sina håll i landet. Det handlar till stor del om att ta vara på gammal klokskap men också om att bryta gamla hierarkier, byta perspektiv och skapa ett systematiskt lärande i vården.

Det här är en av två skrifter som handlar om de kroniska sjukdomarnas utmaning. Den andra skriften handlar om prevention och levnadsvanor.



---

## FÖRDOMAR OCH MISSFÖRSTÅND

# MYTER OCH FAKTA OM PERSONCENTRERAD VÅRD

Det finns många åsikter och idéer om personcentrerad vård och närliggande termer och begrepp. Här tar vi upp några förutfattade meningar om vad arbetssättet skulle innebära. Har du någon gång stött på följande åsikter?

**” Det här är inget nytt – det har vi alltid gjort ”**

Jo, det stämmer att många som arbetar inom hälso- och sjukvården verkligen vill lyssna på patienter och närstående och ge dem vård efter deras behov. Men det görs inte varje gång och inte av alla, och alltför ofta anser vi oss inte ha tid. För att uppnå en personcentrerad vård behövs systematiskt arbete och organisatoriska förändringar som kan skapa rätt förutsättningar för alla professioner i hälso- och sjukvården.

**” Det är dyrt och tar mer resurser ”**

Nej. Ett personcentrerat arbetssätt tar inte mera tid, utan minskar behovet av vårdens resurser. Studier har visat att vårdtidens längd på sjukhus kan kortas radikalt, med mellan 30 till 50 procent – eftersom vårdtiden blir effektivt utnyttjad från första stund och sen fungerar mer effektivt genom hela vårdkedjan.

**” Personcentrerad lägger extra börda på medarbetarna ”**

Nej. Studier visar att den starkaste motivationen hos medarbetare i hälso- och sjukvården

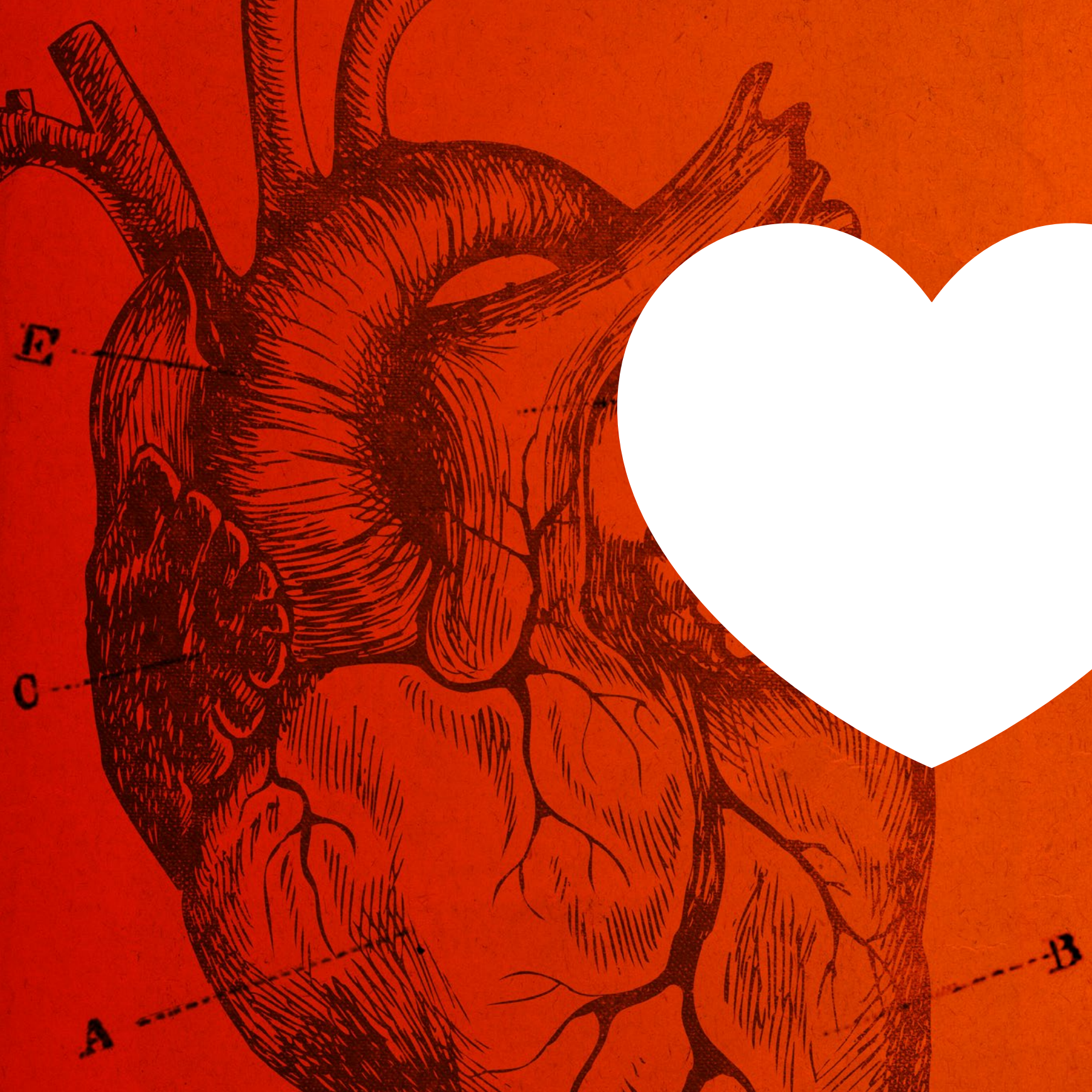
är viljan att leverera tjänster av god kvalitet och skapa värde för patienten.

**” Det är flummigt. Personcentrerad bidrar inte till bättre resultat ”**

Tvärtom. Ett flertal studier av effekterna av personcentrerad vård har visat att patienter blir återställda fortare och drabbas av färre komplikationer. Psykosociala faktorer som exempelvis tilltro till sin egen förmåga och socialt stöd är förenat med bättre behandlingsresultat. Två exempel är bättre läkning av bensår hos patienter med diabetes och ökad överlevnad med kortare vårdtider hos personer som genomgått en levertransplantation.

**” Det är krångligt och svårt att införa personcentrerad ”**

Nej, det behöver det inte vara. Men det kan innebära ett nytt sätt att tänka och strukturera vård och rehabilitering. Grunden är att fråga patienten vad hen tycker är viktigt och tillämpa ett hälsofrämjande förhållningsätt där patienten får möjlighet att utgöra en kompetent och delaktig resurs i det gemensamma uppdraget att bidra till bästa möjliga hälsa.





---

## NÄRLIGGANDE BEGREPP

# FLERA SÄTT ATT BESKRIVA ETT GEMENSAMT MÅL

Begreppen personcentrerad, hälsofrämjande hälso- och sjukvård och värdefull vård ligger alla nära varandra. Med utgångspunkt i olika perspektiv och valörer bildar de tillsammans en grund för att vi ska lyckas nå målet med att skapa god hälsa och en vård på lika villkor för alla. Här gör vi ett försök att ge lite bakgrund kring begreppen och hur de förhåller sig till varandra.

### PERSONCENTRERAD VÅRD

Begreppet personcentrerad vård används för att synliggöra att patienten är en person, som större delen av sitt liv lever utanför hälso- och sjukvården. Personcentrerad vård är en vidareutveckling av begreppet patientcentrerad vård och påminner oss om att personen alltid har en unik livssituation med närstående, vardagsliv, vilja och idéer om hur vården bäst ska utformas.

Personcentrerad vård bygger på ett partnerskap mellan personen i fråga och de professioner som hen möter i hälso- och sjukvården. Det innebär i praktiken att vi lyssnar på patientens egen berättelse och tillsammans formulerar en personlig hälsoplan med lång- eller kortsiktiga mål för behandling, omvårdnad och rehabilitering. Genom ett personcentrerat arbetssätt tydliggörs och frigörs de mänskliga resurser som bidrar till en bättre hälsa och mer effektiv vård.

### HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

I den hälsofrämjande hälso- och sjukvården tydliggörs att alla insatser har som mål att patienten ska återfå – eller behålla – bästa möjliga hälsa. Att se till en persons välbefinnande i ett större perspektiv är särskilt viktigt

för dem som drabbats av kronisk sjukdom. Att då tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga och att dra nytta av personens egna resurser. Det hälsofrämjande bemötandet fokuserar på personens enskilda situation och är en del av det vi kallar personcentrerad vård.

Andra delar i en hälsofrämjande vårdorganisation – som även ingår i personcentrerad vård – är hälso- och sjukvårdens förmåga att inspirera professionerna till teamarbete så att de skapar samsyn kring varje enskild person.

### VÄRDEFULL VÅRD

Även begreppet värdebaserad vård förekommer i diskussioner om hälso- och sjukvårdens inriktning. Värdefull vård är Svenska läkarsällskapets initiativ där syftet är att analysera hälso- och sjukvårdens styrformer, struktur och administration. Representanter bakom det här begreppet menar att dagens organisation och styrning av hälso- och sjukvården försvårar läkares möjligheter att arbeta i enlighet med sina yrkesetiska principer och gällande lagar. Målet är att hitta alternativa former för ledning och styrning som i större utsträckning kan skapa ett direkt värde för patienter och närstående.



**PERSONENS EGEN  
BEDÖMNING**

Mår bra ← Mår ej bra

	Frisk		
	Sjuk		

**MEDICINSKI/  
PROFESSIONELL  
BEDÖMNING**

---

# HÄLSANS TVÅ DIMENSIONER

## DET HÄLSOFRÄMJANDE MÖTET – ATT SKAPA VÄRDEFULL VÅRD

Målet för hälso- och sjukvården är att skapa god hälsa och erbjuda vård på lika villkor. För att lyckas med det uppdraget behöver vi en samsyn kring begreppet hälsa. Socialstyrelsen utgår från Världshälsoorganisationens definition när de slår fast att:



*Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada."*

Hälsa beskrivs här som ett *tvådimensionellt* begrepp. Den ena dimensionen utgår från personens egen upplevelse och omfattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Den andra dimensionen – frånvaro av sjukdom – bygger på en professionell bedömning. Figuren på motstående sida kallas för Hälsokorset och illustrerar de två dimensionerna av hälsa. Pilarna illustrerar riktningen mot bästa möjliga hälsa.

I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår båda dimensionerna. Den upplevda dimensionen är särskilt viktig för människor som lever

med kronisk sjukdom – eftersom de behandlande insatserna kan minska sjukdomens aktivitet och effekter men inte alltid bota. Vi måste kunna hjälpa våra patienter att hantera och leva med sin sjukdom – och genom det nå bästa möjliga välbefinnande.

### KRAFTEN I DET HÄLSOFRÄMJANDE MÖTET

Att främja är ett gammalt verb som betyder stärka och stödja. Hälsofrämjande möten är möten som stärker patientens upplevda hälsa och välbefinnande. Det gör vi genom att lyfta fram patientens egna mål och ge dem kraft att tro på den egna förmågan.

Att få en allvarlig sjukdom – eller riskera att få – är ofta en påtaglig stressituation. Vi ställs då inför utmaningar som vi tidigare inte mött. Beroende på erfarenheter, egna psykologiska resurser och tillgång till socialt stöd i omgivningen är personen mer eller mindre sårbar i den situationen. Hälso- och sjukvårdens medarbetare har här en viktig roll i att bidra till att stärka personens psykosociala resurser.

### VÅR UPPLEVELSE PÅVERKAR SJUKDOMENS PROGNOIS

Tilltro till egen förmåga och känsla av sammanhang är viktiga för att stärka välbefinnande och livskvalitet. Men de påverkar också kroppens motståndskraft. Forskning kring sambandet mellan det som i talspråk ofta kallas kropp och själ kan i dag visa hur våra känslor och tankar


påverkar kroppens centrala skyddssystem.

Forskningsområdet kallas för psykiobiologi och resultat kan avläsas i nivåer av stresshormon, grader av inflammation och mängden antikroppar och sårbarhetsenzym i blodet. Dessa biologiska mekanismer kan också förklara varför självskattad hälsa, välbefinnande och livskvalitet har stark koppling till det medicinska resultatet av en behandling.

### SYNERGI MELLAN BEHANDLING OCH BEMÖTANDE

Det som verkar vara viktigast är känslan av att bli sedd, känna sig trygg och få vara delaktig i mötet med vården. Att begripa sammanhanget och känna en mening med det man gör är andra faktorer som också kan kopplas till positiva hälsoutfall. Lägg därtill sådant som vanor och beteenden och vårt sociala skyddsnät som vi alla vet påverkar hur vi mår. Allt detta samspelar i den komplexa verklighet som har betydelse för en människas liv och välmående – men alltså även för sjukdomens prognos.

Ett hälsofrämjande förhållningssätt i mötet med patienten skapar en synergieffekt tillsammans med de sjukdomsbehandlande insatserna. I praktiken innebär det att vi kan bidra till att stärka människors upplevda välbefinnande – till exempel genom att se till deras livskvalitet och funktion i vardagen – och på så sätt förbättra motståndskraft och läkeförmåga.

The background is a deep blue color with a pattern of white fingerprint ridges. Overlaid on this are several white silhouettes of human figures in various poses, some appearing to be in motion or interacting. The overall aesthetic is clean and modern, with a focus on human elements.

Jag behöver bli lyssnad till, få uttrycka min oro och känna att min berättelse är viktig i bedömningen av mitt tillstånd.

Jag behöver enkla vägar att få kontakt och hålla kontakten med vårdpersonal och andra personer inblandade i min vård och rehabilitering.

Jag vill veta vilka alternativ jag har och känna att min åsikt spelar roll i de beslut vi tar kring nästa steg i min behandling.

Jag behöver hjälp att se vilka resurser jag har själv – som kan hjälpa mig att må bra trots min sjukdom.

Jag vill kunna tala om hur jag vill ha det och vad jag förväntar mig av kontakterna med vården.

Jag vill ha kunskap och information om min sjukdom – såväl generellt som om mitt specifika läge.

---

## PATIENTENS BEHOV VARFÖR BEHÖVS MER PERSON- CENTRERING I VÅRDEN?

Kritiker av svensk hälso- och sjukvård har de senaste åren pekat ut allt från ersättningsmodeller till fragmentariska organisationer som problemområden. I det här kapitlet tar vi patienternas behov som en utgångspunkt för att beskriva de omställningar som krävs för att lösa de systematiska brister som lyfts i debatten.

### PATIENTENS BEHOV MÅSTE FÅ STYRA VÅRDENS ARBETSSÄTT

Att få beskedet om att man har en kronisk sjukdom kan blygsamt kallas omvälvande, och upplevs av de flesta snarare som en livskris. Många behöver därför stöd, tröst och hjälp att komma igenom en sådan kris, att nå acceptans och kunna omorientera sig i livet.

I samband med det uppstår en rad behov. Inte bara hos den person som har fått en diagnos utan även hos deras närstående. Behoven kan också bli uppenbara efter hand, för dem som måste lära sig att leva med sin sjukdom i vardagen. Behoven skulle kunna formuleras som på motstående sida.

De här behoven är reella och viktiga att möta inom hela hälso- och sjukvården. Sett ur den drabbade personens ögon framträder ytterligare ett centralt behov – nämligen behovet av kontinuitet.

Brister i kontinuitet kan exempelvis innebära att patienter och närstående har svårt att hålla kontakt med vården mellan sina vårdtillfällen, att det saknas möjligheter att återkommande kontrollera viktiga värden eller att resultat av prover inte kommuniceras. Det kan skapa osäkerhet, otrygghet och indirekt ökad ohälsa.

### KONTINUITET FÖRUTSÄTTER EN RELATION

Om vården ska lyckas leverera hälsofrämjande möten med god kontinuitet så måste de inblandade få chansen att etablera en relation – ett partnerskap. Människor som bär på en kronisk sjukdom har ett speciellt behov av detta. Kontinuitet skapar vi på personnivå. Vi behöver en människa att möta som kan erbjuda trygghet, lindring och tröst. Som patient kan jag inte vara partner med ett system, en ansiktslös vårdgivarorganisation eller en journal. Möjligen användare eller kund – men knappast en delaktig partner.

Genom att se vård som en symbios mellan medicin, omvårdnad, rehabilitering och de insatser som främjar personens möjlighet att hantera sin situation, kan vi uppfylla många av behoven som våra kroniskt sjuka patienter har. Att hälso- och sjukvården dessutom utnyttjar tillgängliga resurser optimalt och ökar medarbetarnas arbetsglädje är bara några av fördelarna med en mer personcentrerad vård.



---

## TILLÄMPAD PERSONCENTRERING FÖRDELAR OCH VINSTER FÖR OLIKA AKTÖRER

På följande sidor beskriver vi hur en mer personcentrerad vård påverkar olika grupper i hälso- och sjukvården. Studier visar att ökad personcentrering skapar ett samförstånd mellan vårdens yrkesutövare och den vårdsökande patienten. Dessutom tydliggörs vårdplanering, rekommenderad behandling och rehabilitering i en gemensamt formulerad hälsoplan. Vårdtidens längd på sjukhus minskar och återgång till tidigare boende underlättas - framförallt för äldre.

## VINSTER FÖR MÄNNISKAN

Den enskilda människan som besöker vården skulle kunna beskriva personcentrerad vård så här:

” Att jag bemöts som en kapabel person – i stället för att vara en diagnos, en sjukprocess eller ett resultat av tester. Jag får berätta om hur jag upplever mitt tillstånd och blir förstådd. Tack vare berättelsen ger jag den professionella kunskaper om de symtom och besvär jag har i relation till min sjukdom och behandling. Vi lyfter tillsammans fram mina erfarenheter och mina mänskliga resurser – exempelvis min vilja, min envishet, mina närstående och mitt sociala nätverk.

De personer jag möter i vården har jag träffat förr, och de kan göra en helhetsbedömning av mitt tillstånd via berättelsen och svaren på de prover och undersökningar som gjorts. Min personliga hälsoplan dokumenteras i min journal som jag har tillgång till och kan påverka.”

## VINSTER FÖR NÄRSTÅENDE

En närstående till en person som drabbats av en sjukdom kan tänkas beskriva en personcentrerad vård så här:

” Jag känner att min delaktighet uppskattas och min del i genomförandet av min närståendes hälsoplan spelar stor roll. Jag, och många andra närstående med mig, gör en stor insats och de insatserna är inte längre osynliga. Jag märker att hälso- och sjukvården är organiserad så att mina insatser som närstående lyfts fram och premieras, och det finns ersättningar för den egenvård vi hjälper till med där hemma.”

## VINSTER FÖR VÅRDENS MEDARBETARE

En enskild medarbetare i hälso- och sjukvården kan tänkas beskriva ett personcentrerat förhållningssätt så här:

” Jag som professionell i hälso- och sjukvården har en generisk expertkunskap om patientens sjukdom. I varje möte ser jag till personens unika kontext och sammanhang. Jag förstår att personen, som är eller riskerar att bli sjuk, har egna resurser som jag ska hjälpa till att identifiera.

Jag uppskattar att min professionella bedömning berikas av de erfarenheter, tankar och idéer som den jag möter har förmedlat till mig. Jag som professionell har ett särskilt ansvar att säkerställa ett partnerskap med personen jag möter. Jag ansvarar för att den personliga hälsoplan som vi skapar tillsammans dokumenteras och jag ger utrymme för möten där även närstående kan delta.”



## VINSTER FÖR CHEFER OCH BESLUTSFATTARE

För mig som chef innebär en personcentrerad vård ...

” ... att de strukturer och den kultur som enheten organiseras efter måste ta sin utgångspunkt i att patienter är personer som vi ska lyssna på och samarbeta med för att nå bättre resultat. Vi kommer att behöva göra organisatoriska förändringar för att främja ett sådant arbetssätt. Det handlar framförallt om att som ledare aktivt uppmuntra till förbättringar och lärande. Jag är övertygad om att det leder till en arbetsplats där personal vill arbeta och där de kan känna yrkes stolthet.”

För mig som beslutsfattare på nationell, regional eller lokal nivå innebär personcentrering ...

” ... att jag måste organisera hälso- och sjukvården så våra medborgare har tillgång till samma högkvalitativa vård oberoende var de bor, vad de heter eller vad de arbetar med. Jag måste säkerställa att incitament och ersättningssystem uppmuntrar ett hälsofrämjande förhållningssätt där patienterna är en nyckelspelare i sin vårdprocess och vårdens medarbetare får utrymme att tillgodose sina patienters verkliga behov”.

## VINSTER FÖR VÅRDORGANISATIONER OCH SAMHÄLLE

En växande mängd evidens tyder på att det inte bara är enskilda människor som vinner på starkare personcentrering. Organisationer som framgångsrikt skapat ett personcentrerat arbetssätt har ofta gått längre än att bara mäta patienters nöjdhet och upplevelser – de har integrerat personcentrering i strategier på ledningsnivå så att det genomsyrar hela organisationen.

Studier har visat att när patienter tillvaratas som en aktiv resurs i vårdens planering och genomförande kan vårdtidens längd på sjukhus kortas radikalt eftersom vårdtiden blir effektivt utnyttjad från första stund. Personliga hälsoplaner underlättar också vårdkedjan eftersom planen följer patienten genom de olika delarna i organisationen.



*Jag känner att min delaktighet uppskattas och min del i genomförandet av min närståendes hälsoplan spelar stor roll.*



---

## EXEMPEL PÅ ANSATSER

# NÅGRA INITIATIV FÖR MER PERSON-CENTRERAD VÅRD I SVERIGE

Vi tittar närmare på fem olika ansatser till att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Ansatserna vi tar upp representerar initiativ inom följande områden:

---

1. UTBILDNING OCH SPRIDNING AV EVIDENS

---

2. IT-STÖD FÖR ÖKAD DELAKTIGHET

---

3. KVALITETSREGISTER OCH PATIENTRAPPORTERADE MÅTT

---

4. INNOVATION, DESIGN OCH MEDSKAPANDE

---

5. STYRSYSTEM OCH ERSÄTTNINGSMODELLER

Alla fem speglar olika sidor av de nödvändiga systematiska förändringar vi måste skapa för att uppnå den hälso- och sjukvård som vi strävar efter att erbjuda.

---

## ANSATS 1 SPRIDA KUNSKAP OCH EVIDENS OM PERSONCENTRERING

En grundläggande del i arbetet med att skapa personcentrering är utbildning för vårdens medarbetare och chefer. De nödvändiga förändringarna förutsätter att alla inblandade förstår varför ett personcentrerat arbets sätt är viktigt och hur vi kan utveckla vårdens insatser tillsammans med patienter och närstående.

Ett exempel där både forskning och utbildning bedrivs är Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC). Detta nationella tvärvetenskapliga forskningscentrum bildades 2010 och har i dag runt 240 nationella och internationella forskare från olika discipliner knutna till sig.

Nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) som etablerades 1996 arbetar bland annat med att sprida evidens och verktyg för att driva utvecklingen av ett mer hälsofrämjande förhållningssätt, vilket är en central del i personcentrerad vård. Nätverket är en del av det internationella nätverket Health Promoting Hospitals and health services, HPH som initierades av Världshälsoorganisationen WHO 1993. HFS-nätverket består idag av 19 landsting och regioner.

---

## ANSATS 2 PERSONLIGT HÄLSOKONTO FÖR ÖVERBLICK AV HÄLSOINFORMATION

Det personliga mötet utgör en liten del av individens hela vårdförlopp. Man lever med en kronisk sjukdom dygnet runt, året om, 8 760 timmar per år. Därför är det angeläget att utveckla möjligheterna till bättre tillgänglighet, kommunikation, delaktighet och kontinuitet under de övriga timmarna.

Ett sätt är införandet av nya tekniska lösningar som redan finns och fungerar inom andra branscher. Jämför med bankväsenden, där sekretessen också är viktig. Via mobilen kan vi i dag enkelt få tillgång till vår information, våra pengar och kan kontakta banken när vi önskar. Fler medborgare tar redan i dag kontakt med hälso- och sjukvården på nya sätt – men efterfrågan är hittills större än tillgången till nya kontaktvägar.

På engelska kallas området för Personal Health Management (PHM) eller Personal Health Planning (PHP). I Sverige lanserar e-hälsomyndigheten snart initiativet HälsaFörMig, ett personligt hälsokonto där var och en kan samla och överblicka sin hälsoinformation. Flera landsting och regioner är också på gång med att utveckla sina IT-lösningar mot ökad öppenhet och bättre samverkan med patienten. Med denna typ av verktyg är vi på väg mot en hälso- och sjukvård som blir något man gör snarare än något man går till.

---

## ANSATS 3 ONLINEREGISTER FÖR REUMATO- LOGIPATIENTER I GÄVLE

Patienters egna mått på symtom och funktionsförmåga är viktiga som komplement till de medicinska mått vi traditionellt använt inom hälso- och sjukvården. I Sverige finns nationella kvalitetsregister där vårdaktörer systematiskt dokumenterar insatser och vårdresultat. Det blir allt vanligare att registren även innehåller patientrapporterade mått kring sin upplevelse.

När Sven Tegmark 2008 blev ansvarig koordinator för reumatologisk vård i Gävleborg läns landsting var mindre än hälften av läkartjänsterna tillsatta. Han initierade då användning av ett onlineregister i den dagliga verksamheten. Patienter med reumatologiska besvär fick registrera hur de mådde och upplevde sin smärta. I samband med registrering togs även blodprover.

Onlineregistret gjorde det möjligt för ansvarig reumatolog att följa patientens sjukdomsaktivitet och upplevda besvär. Vid nästa besök kunde de sedan tillsammans fatta väl grundade beslut och sätta upp mål för behandling och välmående med stöd av både prover och personens egen skattning av sin hälsa. Skattningarna möjliggjorde även att reumatologerna kunde dela in sina patienter i grupper med olika behov. Patienter som mådde bra i sin sjukdom behövde exempelvis inte längre rutinemässigt bokas in för besök.

Kötiden för patienter minskade avsevärt och vårdens resultat i Gävle ligger stabilt över det nationella genomsnittet efter det att plattformen infördes. Samtidigt har minskad efterfrågan på onödiga kliniska besök, bättre användning av dyra biologiska läkemedel och minskat antal biverkningar gjort att landstinget sparat pengar. Men framför allt har metoden bidragit till att förbättra livskvaliteten för patienterna.

## ANSATS 4

### TJÄNSTEDESIGN SOM METOD FÖR ATT UPPNÅ PERSONCENTRERING

Tjänstedesign är ett svar på hur patientdelaktighet och personcentrering kan åstadkommas i praktiken. Det är en metod som nyligen börjat användas inom offentlig sektor för att förbättra hälso- och sjukvård. Sedan ett antal år tillbaka arbetar de amerikanska världsledande sjukhusen Mayo Clinic, Kaiser Permanente och brittiska NHS med tjänstedesign. Metoden finns även i Sverige – inom landstingen i Värmland och Sörmland.

Ett sådant exempel är projektet Kroniskt engagerad – där patienter och medarbetare vid två vårdcentraler i Karlstad och Eskilstuna tillsammans arbetat intensivt för att gemensamt utveckla nya lösningar med utgångspunkt i patienternas behov. Målet var att finna verktyg för personer med kronisk sjukdom att bättre kunna hantera sin livssituation och kontakterna med vårdcentralen. Totalt deltog ett 20-tal patienter och närstående i designarbetet. Med hjälp av metoder som patientintervjuer, kartläggning av vårdprocesser, filmande och workshoppar har olika delar av den nuvarande vårdkedjan analyserats. Arbetsgrupperna har på så sätt kunnat identifiera delmoment som inte fungerar tillfredställande eller som inte är viktiga för patienten.

Resultaten visade bland annat att människor i vissa fall blir lämnade ensamma efter ett diagnosbesked utan varken plan eller uppföljning, att psykisk ohälsa kopplat till kronisk sjukdom är en viktig aspekt som ofta glöms bort, och att kontinuerlig läkarkontakt som är viktig för patienten är svår att tillhandahålla för organisationen som den ser ut i dag. Dessa insikter har lett till konkreta förbättringar och visat värdet av tjänstedesign som en lovande metod för att uppnå verklig personcentrering i svensk hälso- och sjukvård.

## ANSATS 5

### NYA SÄTT ATT STYRA OCH MÄTA VÅRDENS RESULTAT

Värdebaserad vård är en ansats som vill lyfta blicken från gjorda insatser till vunna resultat. Målet med värdebaserad vård är att skifta fokus på vad hälso- och sjukvården faktiskt åstadkommer.

I ett värdebaserat vårdssystem grundas alla beslut rörande personen i det alternativ som ger mest värde för människan. Ett fokus på hälsoutfall, i stället för på produktionsvolym, är mer i linje med hälso- och sjukvårdslagets grunduppdrag – att främja god hälsa och erbjuda vård på lika villkor.

Att använda nya styrmedel – som värdebaserad vård förespråkar – kan ses som ett sätt att bidra till ökad personcentrering. Det kan i praktiken betyda att medarbetare inom hälso- och sjukvården gör val som inte uppmuntras av dagens ersättningsstrukturer. Viktiga punkter för en god värdebaserad vård är:

- > **Vetenskaplig evidens, ändamålsenlig informatik och effektiva IT-system. Det innefattar vård i enlighet med bästa praxis (från engelskans best practice), registrering och analys av såväl vårdutfall som patienternas upplevelser av vården samt transparens avseende uppnådda resultat.**
- > **Fokus på hälsoutfall som är relevant för patienten, både kliniska mått och patientupplevda mått – till exempel sömn och livskvalitet.**
- > **Incitaments- och stimulansåtgärder innefattande ersättningssystem som uppmuntrar till att skapa värde snarare än produktion samt åtgärder som ökar personalens motivation och trivsel.**

### > En vårdkultur som präglas av en vilja att ständigt förbättra och lära.

En avgörande del i att åstadkomma ett värdebaserat vårdssystem är att aktörer i vården effektivt lyckas samverka över vårdgränserna. Om vi i hälso- och sjukvården menar allvar med att optimera värdet för patienten så behöver de barriärer som idag finns mellan specialiteter och professioner överbryggas – inte bara på individnivå – utan även organisatoriskt och strukturellt.

---

## REFERENSER OCH LITTERATUR

- Myndigheten för vårdanalys. VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys; 2014. Hämtad från: <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2014/2014-2-VIP%20i%20v%c3%a5rden.pdf>
- Graham A, Steele J. Optimising Value: The motivation of Doctors and Managers in the NHS. Public Management Foundation; 2001.
- Kristenson M, Eriksen H, Sluiter JK, Starke D, et al. Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med.* 2004; 58(8): 1511–1522.
- Vedhara K. Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. *Brain Behav Immun.* 2012; 26(2): 210–11.
- Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, et al. Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. *Transplant Proc.* 2011; 43(1): 155–57.
- Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care.* 2011; 23(5): 510–5.
- Olsson LE, et al. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research.* 2006; 1:3.
- Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, Swedberg K. Effects of person-centered care in patients with chronic heart failure – the PCC-HF study. *European Heart Journal.* 2012; 33(9): 1112–9.
- Olsson LE, Hansson KE, Ekman I, Karlsson J. A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing.* 2009; 65(8): 1626–35.
- En värdefull vård. [Internet] Stockholm: Svenska läkaresällskapet. Hämtad från: <http://www.sls.se/Aktuellt/Debatt/En-vardefull-vard---/>
- Hertting A, Kristenson M, red. Hälsofrämjande möten – från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
- Ekman I, red. Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber; 2014.
- Brain C, Landqvist-Stockman S, Olsson H, red. Integrerad Psykiatri- Case management i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2014.
- Osika W. Psykosomatik- i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2013.
- Nordenström J. Värdebaserad vård: är vi så bra vi kan bli? Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2014.
- Höglund PJ, Essén A, Cho J, Ernestam S, Kaarme J, Neovius M. Värdebaserad vårdstrategi för effektivare svensk sjukvård. *Läkartidningen.* 2012; 109(47): 2159–61.





## NÄTVERKET HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Region Östergötland, Centrum för hälso- och vårdutveckling, 581 85 Linköping  
[www.hfsnatverket.se](http://www.hfsnatverket.se)