

BEST SERVICE

Vårdnära service

EN VIKTIG DEL I FRAMTIDENS SJUKVÅRD



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Vårdnära service

EN VIKTIG DEL I FRAMTIDENS SJUKVÅRD



Vårdnära service – en viktig del i framtidens sjukvård. (Andra upplagan)

Upplysningar om innehållet:

Magnus Kristiansson, magnus.kristiansson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014

ISBN: 978-91-7585-142-6

Omslagsillustration: Ida Brogren

Foto: Joakim Bergström, Robert Blombäck,

Capio S:t Görans Sjukhus, Casper Hedberg,

Thomas Henrikson, Pia Nordlander

Produktion: Kombinera

Tryck: LTAB, december 2014

Förord

De servicetjänster som genomförs i patientens närhet har historiskt sett utförts av vårdpersonal. Exempel på tjänster som utförs av undersköterskor och sjuksköterskor är förrådshantering, lokalvård, måltidshantering och patienttransporter. I takt med yrkesutvecklingen av serviceorganisationerna har den här arbetsfördelningen blivit alltmer ifrågasatt. Framförallt två faktorer är drivande, dels att servicetjänsterna kan utföras effektivare av servicepersonal och dels att frigöra tid för vårdpersonalen. Mer tid åt vård är viktigt inte minst när rekryteringsläget för personal med vårdutbildning är svårt.

Syftet med den här skriften är att utifrån ett koncernperspektiv diskutera att serviceorganisationen får ett större ansvar för att genomföra vårdnära service. Skriften tar upp centrala frågeställningar som ska bidra till att skapa funderingar, idéer och diskussioner.

Projektet har initierats och finansierats av landstingens nätverk för serviceorganisationer – Best service. Skriften är författad av Lena Källum, CEV. Till sin hjälp har författaren haft en styrgrupp som medverkat i arbetet, bistått med material och lämnat värdefulla synpunkter. Styrgruppen har bestått av Brita Wirblad, Västra Götalandsregionen; Lisette Sällström, Norrbottens läns landsting; Roland Canerstam, Capio S:t Görans Sjukhus; Lisbeth Cederwald, Region Skåne; Lena Lundberg, Uppsala läns landsting och Mats Hallgren, Landstinget i Kalmar län.

Magnus Kristiansson och Jacob Hort på Sveriges Kommuner och Landsting har varit projektledare.

Stockholm i september 2014

Gunilla Glasare
Avdelningschef

Maria Palme
Sektionschef

Avdelningen för tillväxt och samhällsbyggnad

Innehåll

7	Sammanfattning
11	Kapitel 1. Vårdnära service – en del i framtidslösningen
13	Läsanvisning
15	Kapitel 2. Vårdens organisation, trender och vårdnära service
18	Vårdens omvärld förändras
23	Kapitel 3. Tre delar – vård, service och administration
23	Tre delar i nära samarbete
26	Tre delar i olika utvecklingsstadier
29	Ledarskapet påverkas!
33	Kapitel 4. Vårdnära service
33	Gränserna mellan vård, service och administration
39	Vikten av ett gemensamt språk
41	Stor komplexitet och många olika definitioner
45	Kapitel 5. Vårdnära service i praktiken
45	Ur ett patientperspektiv
47	Ur ett medarbetarperspektiv
49	Ur ett verksamhets- och ekonomiskt perspektiv
53	Utmaningar för införandet av vårdnära servicekoncept
54	Resonemang kring ekonomi
57	Slutsats
59	Kapitel 6. Hur planera vårdnära service?
61	Processkartläggningen måste vara lokal
61	Processkartläggning är både ett mål och ett medel
62	Vårdnära service måste enhetsanpassas
63	Vårdnära service, en utmaning även för leverantörerna
65	Nytänkande på alla nivåer krävs
66	Vad är katalysatorn som får igång utvecklingen?
69	Kapitel 7. Vad krävs för att lyckas införa vårdnära service?
69	Vilka är framgångsfaktorerna?
75	Handlingsprogram för införande av vårdnära service
79	Kapitel 8. Hur kan man på övergripande nivå stödja utvecklingen av vårdnära service?
82	Bilagor
83	Intervjuade personer
85	Lästips

Best Service

Best Service är ett frivilligt nätverk för landstingens serviceorganisationer som syftar till att utveckla servicefrågor i hälso- och sjukvården. Alla landsting är medlemmar i *Best Service*.

Nätverkets arbete med kunskapsuppbyggnad sker främst på följande sätt:

- kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- omvärldsbevakning
- benchmarking
- utvecklingsprojekt
- samverkan med andra aktörer

Best Services medlemmar strävar efter att gemensamt:

- utveckla verksamheten utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet
- optimera verksamhets- och patientnyttan
- optimera resursanvändandet
- optimera koncernnyttan.

Serviceorganisationernas uppdrag varierar i respektive landsting men kan till exempel innehålla allt från textilier, transport, lokalvård, måltider, vaktmästeri och reception till projektledning, fastighetsplanering, upphandling, IT och administrativa tjänster inom ekonomi och HR.

Denna service behöver i många fall tillhandahållas under årets samtliga dagar och i vissa lägen dygnet runt. Servicetjänsterna kan utföras både i egen regi och genom externa leverantörer.

Denna skrift är den första i skriftserien *Best Service*. Skriftserien kommer att ta upp olika frågor med anknytning till serviceorganisationerna i landstingen och syftar till att ta fram och sprida kunskap.

Sammanfattning

Den här skriften handlar om vårdnära service. Intresset för vårdnära service och vem som ska utföra den har ökat under senare år. Grundtanken är att frigöra tid till vården genom att servicepersonalen utför den vårdnära servicen. De främsta skälen till det är en brist på vårdpersonal samt de möjligheter som finns att effektivisera dessa tjänster genom att låta servicepersonal utföra dem.

En viktig slutsats av arbetet med skriften är att vårdnära service inte kan ses som en isolerad företeelse utan måste ges ett sammanhang och även integreras med andra delar av vården. Denna insikt präglar i hög grad rapportens struktur och innehåll.

Stora utmaningar och omställningar för vården

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i form av ökade vårdbehov, krav på effektivisering och stora pensionsavgångar som innebär att många nya medarbetare måste anställas framöver.

Vården har också genomgått strukturella förändringar i form av olika reformer som i korthet inneburit ett större patientinflytande och valfrihet. Samtidigt ändras patienternas krav och beteenden.

En tredje viktig påverkansfaktor är den teknikutveckling som pågår i snabb takt och som påverkar alla samhällssektorer inklusive vården.

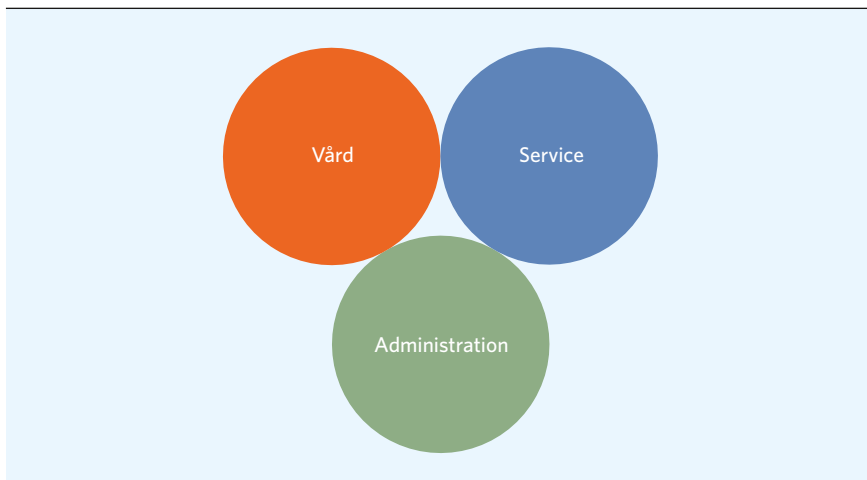
Dessa förändrade förutsättningar ställer krav på en omställning av tänkandet kring och utförandet av vårdverksamhet.

Hälso- och sjukvårdens tre delar

Lite förenklat kan hälso- och sjukvården sägas ha tre delar, olika typer av kompetenser, som behövs på en vårdenhets – vård, service och administration. Vård delen är av naturliga och historiska skäl den del som står i centrum för verksamheten. Planering av och tillgänglighet till vård har kommit att bli

allt viktigare och därmed har den administrativa delen kommit mer i fokus. För att vården ska fungera krävs också olika typer av servicetjänster som kräver servicekompetens. Samtliga delar kräver sin speciella kunskap och de ska kunna fungera tillsammans i vardagen, vilket ställer krav på t ex ledning och styrning.

FIGUR 1. Tre delar av hälso- och sjukvården



Vad menas med service och vårdnära service?

Med servicetjänster menas här de tjänster som behövs som stöd för den medicinska behandlingen. Dessa tjänster förutsätter inte medicinsk utbildning i samma utsträckning för att kunna utföras. Servicetjänsterna inrymmer både den infrastruktur som behövs i form av exempelvis lokaler men också den service som stöttar verksamheten som till exempel lokalvård, materialförsörjning, transporter med mera.

En del av servicen som utförs i anslutning till patienten är den *vårdnära servicen*. Med vårdnära service avses *de arbetsuppgifter som kan utföras på enheten och i anslutning till patienten av personal med servicekompetens*. Den typen av service finns inom hela vården, men främst inom sjukhusvården. Det kan till exempel vara patienttransporter, den lokalvård som sker nära patienten eller hantering av måltider.

Vad kan man vinna på att utveckla den vårdnära servicen?

Ur ett patientperspektiv är patientsäkerhet och patientupplevelsen viktig. En utvecklad och effektivt utförd vårdnära service har som mål att leda till både högre kvalitet/säkerhet och en bättre patientupplevelse.

Ur ett medarbetarperspektiv kan både personal med vårdutbildning såväl som servicepersonalen få ett större fokus på arbetsuppgifter som de är utbildade för. Även medarbetarnas stolthet och arbetsglädje kan öka.

Ur ett samhälls- och verksamhetsperspektiv underlättas möjligheterna att rekrytera nödvändig personal och här finns en utvecklingspotential genom att vårdnära service kan utföras på ett mer effektivt sätt.

Vad krävs för att lyckas med vårdnära service?

Det är ett nytt synsätt på hälso- och sjukvårdens olika delar som utgör grunden för att ändra och utveckla rollerna och ansvarsfördelningen för vårdnära service. För att ändra synsätt måste man tydliggöra fördelarna, utveckla ett språk och en begreppsapparat runt dessa tjänster.

Planering och styrning bör ta sin utgångspunkt i den lokala vårdenhetens situation. Det krävs en ny helhetssyn baserad dels på hälso- och sjukvårdens nya strukturella villkor, dels på ett mer holistiskt perspektiv där samtliga yrkesroller inom hälso- och sjukvården ingår.

Det behövs såväl övergripande inriktningsbeslut som lokal experimentlusta under ett nytt ledarskap för att hitta de exakta formerna. Det krävs omställningstid och tålamod.



Vårdnära service – en del i framtidslösningen

Svensk hälso- och sjukvård kommer ständigt behöva förnya och anpassa verksamheten till nya förutsättningar för att fullgöra sin uppgift att bidra till medborgarnas välfärd. I dagsläget finns det flera faktorer som tyder på att behovet av hälso- och sjukvårdens välfärdstjänster kommer att öka. Samtidigt menar Socialdepartementet (se bland annat Göran Stiernstedts uppdrag som nationell samordnare för ökat resursutnyttjande i hälso- och sjukvården) att vi kommer att vara tvungna att vårda fler patienter utan att personalstyrkan ökar i motsvarande grad.

Det här innebär en stor utmaning som förutsätter att vi använder de kompetenser som finns på ett optimalt sätt. Hur vi organiserar och produktionsplanerar i hälso- och sjukvården är och blir också avgörande för att uppnå övergripande mål om god vård. Att skapa mer tid för vården att ägna sig åt patienterna är och kommer fortsatt vara ett ledord i arbetet. Symptomatiskt för diskussionen är dock att den stannar vid hur arbetsuppgifter kan fördelas annorlunda. Samtidigt visar studier, bland annat från rapporten Vårdrelaterade infektioner¹, att det finns arbetsuppgifter som vården utför idag som skulle kunna utföras med bättre resultat av andra yrkesgrupper. Om personal med vårdutbildning ska ägna mer tid åt patienterna, vem ska då utföra de arbetsuppgifter som det inte längre finns tid för men som måste bli utförda?

Not 1. I *Vårdrelaterade infektioner – framgångsfaktorer som förebygger* lyfter SKL fram lokalvårdarnas betydelse för att minska risken att patienten drabbas av stort lidande på grund av vårdrelaterade infektioner.

I dagsläget arbetar flera landsting med att ta fram vårdnära service-koncept för att se i vilken mån kvalificerad servicepersonal är en del av lösningen på den här utmaningen men också för att undersöka i vilken mån de kan bidra till att höja kvalitén. Vårdnära service är de servicetjänster som utförs i patientens närhet exempelvis förrådshantering, lokalvård, måltidshantering och patienttransporter. Detta är arbetsuppgifter som historiskt sett utförts till stor del av undersköterskor och sjuksköterskor. Den här arbetsfördelningen blivit alltmer ifrågasatt och det är framförallt två faktorer som är drivande, dels att servicetjänsterna kan utföras effektivare av servicepersonal och dels för att frigöra tid för vårdpersonalen. Mer tid för vård är viktigt inte minst när rekryteringsläget av personal med vårdutbildning är svårt

Syftet med den här skriften är att beskriva vad vårdnära service är, lyfta fram centrala frågeställningar och resonera utifrån de erfarenheter och utmaningar som finns från att arbeta med vårdnära service. Skriften ska även, utifrån ett koncernperspektiv, diskutera att serviceorganisationen får ett totalansvar för att genomföra vårdnära service. Förhoppningen är att resonemangen ska bidra till att skapa eftertanke, idéer och diskussioner. Skriften bygger på en omfattande intervjustudie, studiebesök och tidigare utredningar inom området (se bland annat bilagorna).



Linda från serviceorganisationen hjälper till med bland annat städning och påfyllning av material på dagoperation. Foto: Capió S:t Görans Sjukhus.

Läsanvisning

I kapitel 2 sätts den vårdnära servicen in i ett större sammanhang. Utifrån hälso- och sjukvårdens tre delar beskriver vi hur vården är organiserad idag och vilka de övergripande trenderna är som gör vårdnära service till ett intressant koncept att studera närmre. I kapitel 3 studerar vi gränslandet mellan hälso- och sjukvårdens tre delar samt behovet av att få till stånd en effektiv samverkan dem emellan.

I kapitel 4 fördjupar vi oss i den vårdnära servicen utifrån den kontext som ringats in i föregående kapitel. Genom två exempel, ett från Norrbottens läns landsting och ett från Waterland Ziekenhuise i Holland, visar vi hur vårdnära service kan gå till. Därefter diskuterar vi betydelsen av ett gemensamt språk för att kunna diskutera sakfrågorna utan att prata förbi varandra. Vad som läggs i begreppet vårdnära service ser väldigt olika ut beroende på vem man frågar. I nästföljande kapitel – kapitel 5 – beskriver vi de samlade erfarenheterna av att arbeta med vårdnära service utifrån ett patientperspektiv, medarbetarperspektiv och verksamhetsperspektiv. Vi tar även upp de utmaningar som är förknippade med vårdnära service.

I kapitel 6 lyfter vi fram den mycket avgörande processkartläggningen. I kapitel 7 presenterar vi de viktigaste framgångsfaktorerna samt hur du praktiskt kan gå till väga vid planering och införande av vårdnära service. I det avslutande kapitlet – kapitel 8 – förs ett resonemang om hur landstinget ur ett koncernperspektiv kan stödja utvecklingen av vårdnära service.

Centralt begrepp

En stor utmaning i arbetet har varit att ta fram en gemensam definition av Vårdnära service. Definitionen som presenteras här nedan står Best Service medlemmar bakom.

Vårdnära service

Vårdnära service är en del av vårdprocessen och avser de arbetsuppgifter som kan utföras på enheten och i anslutning till patienten av personal med servicekompetens.



Vårdens organisation, trender och vårdnära service

Svensk sjukvård är komplex, dynamisk, kunskapsintensiv och spännande. Utvecklingen har varit och är stor när det gäller vårdverksamheten. I kapitlet ger vi en kortfattad beskrivning av de förändringar i vårdens organisation som vi anser haft stor betydelse för de vårdnära tjänsterna. Därefter redogör vi för några av de trender som påverkar vården idag och som kan förväntas påverka hur den vårdnära servicen hanteras samt kommer att utvecklas.

Sjukvården i Sverige har under de senaste decennierna präglats av modeller som betonar att ledning och styrning i möjligaste mån ska delegeras till lokala självstyrande grupper/enheter. Motivet var att den osäkerhet som alla vårdande organisationer möter i form av oplanerade akuta, oförutsägbara medicinska händelser och behovet av snabba personliga adekvata överväganden (av t ex en läkare) bäst hanteras om den självstyrande gruppen kunde lösa problemet utan yttre inblandning.

Sedan den här modellen anammades har det dock hänt en hel del som påverkar ledning, styrning och inte minst organisering av sjukvård. Den medicinska utvecklingen har varit stark och möjligheten att behandla och bota allt fler sjukdomar har ökat. IT och ny teknologi har gett nya förutsättningar till att bedriva vården på ett nytt och effektivare sätt. Vi ser en demografisk förändring med en åldrande befolkning som kommer att behöva mer vård

framöver och inte minst kommer nya generationer pålästa, välinformerade medborgare ställa nya och större krav på en vårdorganisation. Krav på ökad effektivitet och bättre resursutnyttjande har alltmer kommit i fokus. Till viss del driven av den ökande konkurrensen inom vårdsektorn och därmed större krav på marknadstänkande. Förutsättningarna för modern vårdverksamhet har således förändrats radikalt jämfört med vad som gällde för femtio år sedan.



Akademiseringen av vården

Fördelningen av arbetsuppgifter på en vårdenhet har varierat över tid. På 1980-talet var de flesta vårdavdelningarna bemannade med läkarsekreterare som skötte det mesta av den vårdnära administrationen, samtidigt som det fanns sjukvårdbiträden som till stor del hanterade de vårdnära serviceuppgifterna. Det fanns några få undersköterskor på varje avdelning som bland annat ansvarade för alla sårömläggningar och provtagningar medan sjuksköterskorna hanterade mer kvalificerade medicinska uppgifter. Enheterna hade också ofta sin egen lokalvårdare som var en del av arbetslaget.

Under senare delen av 80-talet påbörjades ett arbete med syfte att öka den medicinska kompetensen på vårdenheter, den så kallade "akademiseringen" av vården inleddes. Många uppgifter som skulle kunna skötas av personal med annan utbildning sköts av vårdutbildad personal.

Samtidigt med dessa omorganiseringar kom sparkrav vilket ledde till att den egna lokalvårdaren och läkarsekreteraren på avdelningen försvann.

Sjuksköterskorna skulle förutom att fortfarande hantera de kvalificerade medicinska uppgifterna sköta administrationen och dessutom vara behjälpliga i det dagliga arbetet ute på enheten med att bädda, tvätta sängar och dela ut matbrickor. Undersköterskorna i sin tur fick överta sjukvårdbiträdernas arbetsuppgifter och hade av förklarliga skäl inte lika mycket tid för patienterna längre. Parallellt med detta höjde Socialstyrelsen kraven på vem som fick utföra vissa arbetsuppgifter och ställde krav på legitimation.

Den vårdnära servicen har genom åren utförts av olika yrkesgrupper beroende på de förutsättningar som rått. Den samtida diskussionen² har dock framför allt fokuserat på hur arbetsuppgifter kan fördelas annorlunda bland professionerna inom vården. Men kastar vi en blick över axeln blir det tydligt att det här också får konsekvenser för hur vi organiserar utförandet av vårdnära service. Det är därför inte förvånande att frågan om vem som ska utföra vårdnära service i dagens och framtidens sjukvård är intressant och nödvändig att diskuteras.

Not 2. Se bland annat utredningen "Ur led är tiden" från myndigheten för Vårdanalys eller det uppdrag som Göran Stiernstedt fått av Socialdepartementet.

Vårdens omvärld förändras

Konkurrens om arbetskraft

Sveriges Kommuner och Landstings rekryteringsprognos visar att vården och omsorgen behöver rekrytera ungefär 225 000 personer fram till 2023. Till 60 procent beror det på pensionsavgångar. I antal finns de största rekryteringsbehoven bland sjuksköterskor och undersköterskor.

Rekryteringen av denna personal kommer att ske i en konkurrenssituation. Den finns mellan offentliga arbetsgivare, mellan offentliga och privata, mellan inhemska och utländska och med andra yrken.

Undersköterskor är den största nyrekryteringsgruppen. Det kan uppstå brist på undersköterskor dels på grund av den stora numerären, dels ökar behoven av dem såväl inom både hälso- och sjukvård som inom kommunal äldreomsorg. För läkare och sjuksköterskor finns det främst ett behov av specialister inom olika områden. Även grundutbildade sjuksköterskor saknas.

SKL:s prognos för hur många som behöver rekryteras till vård och omsorg åren 2013 till 2022.

TABELL 1. SKL:s prognos för hur många som behöver rekryteras till vård och omsorg, 2013–2022

Yrkesgrupp	Behov, personer
Undersköterska/vårdbitr.	129 000
Sjuksköterska	38 000
Läkare	12 000
Personlig assistent	9 000
Socialsekreterare	9 000
Vårdadministratör	9 000
Biomedicinsk analytiker	3 000
Arbetsterapeut	2 000
Fysioterapeut/sjukgymnast	2 000

Källa: Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen, SKL 2014.

Samtidigt som behoven ökar har intresset för vård- och omsorgsprogrammet minskat kraftigt sedan början på 1980-talet även om ansökningarna och antalet som går vård- och omsorgsprogrammet har ökat på sista tiden. En förväntad brist på arbetskraft kommer att påskynda behoven av att överföra arbetsuppgifter som inte kräver vårdutbildning till servicepersonal. Dock är det viktigt att poängtera att oavsett vem som utför den vårdnära servicen krävs rätt kunskap och kompetens.

Konkurrens om patienter

Vården är en verksamhet i stark förändring och utveckling. Människor utanför den traditionella vården börjar tala om "hälsoindustrin" som ett begrepp, som en bransch som vilken annan som helst. Det är naturligtvis inte okontroversiellt men det är ett tydligt tecken på att något håller på att hända i omvärlden. Det händer globalt och det handlar om faktorer som i många fall inte ens nämnts eller betraktas som vårdrelaterade företeelser.

Nationellt går det heller inte att bortse från att de vårdreformer som införts nu håller på att få genomslag i utvecklingen. De nya vårdreformerna har skapat nya förutsättningar för planering och styrning av vårdverksamhet. LOV/vårdval, vårdgarantier etcetera ger medborgarna valfrihet och medför att vårdenheter konkurrerats ut. Flera primärvårdsenheter har tvingats stänga under senare år på grund av bristande patientunderlag, det vill säga kunderna har valt andra istället.

"Den nya medvetna patienten", har en klar uppfattning om och krav på hur saker bör fungera. Som förväntar sig att vården har samma servicenivå och tillgänglighet som vilken annan bransch som helst. Exempelvis har 600 000 personer redan "tyckt till" och skaffat en privat sjukvårdsförsäkring (se nästa sida). Kvalitetsregister och ranking, d v s betygsättning, kommer att få allt större betydelse när man väljer vårdgivare. Kan vårdnära service bidra till ett varumärkesbyggande genom att vara excellent utförd?

"Den uppkopplade kunden" har teknikvana och vill boka tider på nätet, snabbt få besked, få tillgång till all journalinformation och tycker att telefonkontakter tillhör dåtiden. Kommer man inte fram hos den ena vårdgivaren tillräckligt snabbt, väljer man den andra.

"Den självdiagnostiserande kunden" har redan klockor och appar som övervakar den egna hälsan i realtid. Man googlar efter en diagnos, tillhör en community som "Patients like me", blir en expert på sitt eget hälsotillstånd och ber därefter en eller flera läkare om en "second opinion".

Ny teknik förändrar inte bara patientbeteenden, den kommer att förändra hela vårdens sätt att fungera. Ny teknik kan förflytta sjukhusvården till hemmet för att undvika riskerna för vårdrelaterade infektioner. Det finns också en växande ambition från vårdens sida att ge större inflytande och ansvar till brukare, kunder, patienter och anhöriga i planering och genomförande av tjänster. Så kallad "co-production" och patientmedverkan. Hur patienterna kan inkluderas i arbetet med att utforma servicetjänsterna är en intressant fråga som behöver diskuteras mer utförligt.

Utifrån konkurrensperspektivet och medborgare med nya krav blir servicen viktig och inte minst den vårdnära servicen som påverkar nöjdhet och upplevelse och i förlängningen val av vårdgivare.

Global konkurrens

Människors vana av att röra sig fritt över världen påverkar vården i många avseenden. Hälstourism och pandemier är två välkända fenomen och utmaningar redan idag.

Från och med oktober 2013 började EU:s Patientrörlighetsdirektiv att gälla, vilket innebär att svenska medborgare har rätt att ansöka om ersättning för vård, enligt nya regler, i ett annat EU- eller ESS-land.

Konkurrensen om kompetent personal är nu också mycket tydlig. Det finns många länder som attraherar svensk vårdpersonal med spännande uppdrag och bättre ersättning. Vi anlitar själva idag allt fler läkare och annan vårdpersonal av internationell härkomst.

Vi får också en allt mer internationell befolkning vilket leder till nya krav på kommunikation, språk, förståelse för religion och kultur. Behöver vi flerspråkiga människor som en del av sjukhusmiljön till exempel som servicevårdar på en vårdenhet?

Konkurrens i många former

Den försäkringsfinansierade vården är i stark tillväxt. Nära 600 000 svenskar har en privat sjukvårdsförsäkring, ofta finansierad av arbetsgivaren. Årstakten är nu uppe i 50 000 nya försäkringstagare per år.

FIGUR 2. Antal privata sjukförsäkringar



Andra aktörer och branscher vill in på hälso- och sjukvårdsområdet. Exempelvis bygg- och fastighetsföretag vill erbjuda köpstarka grupper nya äldrebo-städer med mer eller mindre ”inbyggd sjukvårdspersonal”. Hur kommer den vårdnära service de erbjuder att se ut?

Innovationsutvecklingens påverkan

Den digitala revolutionen påverkar alla samhällssektorer. Innovationer inom teknologi, medicinsk forskning, organisationsformer, processmetoder, tan-kesätt etcetera påverkar andra branscher. Lean är ett exempel på en överfö-ring av ett synsätt från en bransch till en annan.

Funktionstänkandet blir allt viktigare. Kompletta måltidsleveranser finns redan. Vad händer när ett företag erbjuder ”komplett röntgenfunktion att hyra” inkluderande allt från röntgenmottagning till diagnos, d v s inklusive röntgenpersonal och läkarutlåtande?

Inom vårdnära service är funktionsleveranser en mycket relevant utveck-lingsmöjlighet. Att kunna tillhandahålla hela servicepaket för lokalvård, kost-hållning med mera är inte bara ett attraktivt erbjudande till en vårdenhet, utan också en viktig förutsättning för utveckling och effektivisering. En aktör med djupa kunskaper inom lokalvård har lättare att utveckla städmetoder, sin personal och hjälpmedlen som redskap och kemikalier jämfört med den som inte har lika stor kompetens. En relevant fråga är om man kan utveckla den vårdnära servicen utan att vara specialiserad inom området?

Fler kompetenser och renodling

Den här idéskriften menar att det finns ett behov av fler olika kompetenser i vården och i viss mån en ”specialisering”/uppdelning, att det finns personal med fördjupad kunskap om olika servicedelar. På flera platser provar man olika vägar att utveckla såväl de administrativa som serviceinriktade delarna av vården. Ett exempel är nya administrativa Yh-utbildningar som utbildar vårdadministratörer och medicinska sekreterare för att de ska ta över admi-nistrativa arbetsuppgifterna från till exempel sjuksköterskor. De kan också genom sin utökade kunskap bidra till att utveckla de administrativa proces-serna. Andra exempel är landsting som börjat anställa logistikere och optime-rare för att ta hand om produktions- och kapacitetsplaneringen av verksam-heten. Ett tredje exempel är de försöksverksamheter runt vårdnära service som bedrivs på många håll.

Försöken med vårdnära service är fortfarande i sin linda. Syftet med den här skriften är därför att vara ett stöd för de som vill pröva sig fram och under-söka om vårdnära service kan bli ett steg framåt i organiseringen av vården.



Tre delar – vård, service och administration

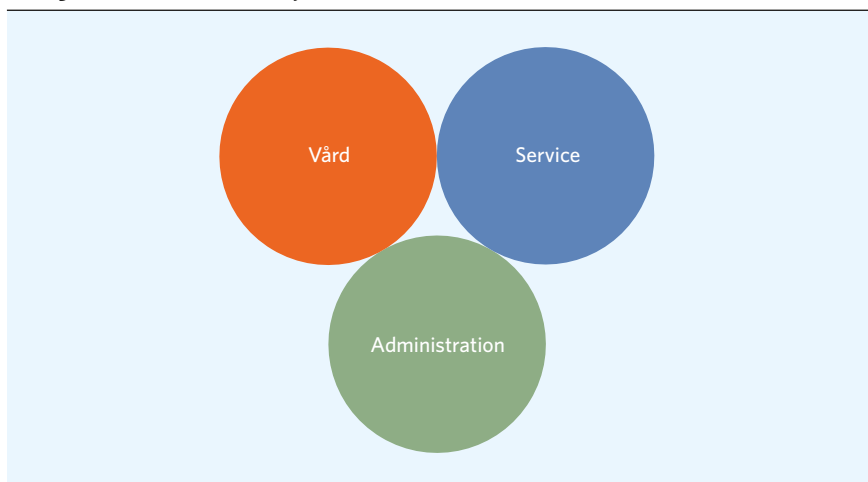
Vi har i denna skrift valt att dela upp hälso- och sjukvården i tre delar för att på ett tydligt sätt visa var servicen finns och hur den vårdnära servicen passar in i sammanhanget. Detta kapitel diskuterar kring frågan om vem som ska göra vad. Vem gör arbetsuppgifterna bäst? Går det att renodla vissa tjänster som till exempel vårdnära service till nya personalkategorier och om man gör det, hur ser man till att det finns rätt kompetens? En sak är tydlig, det behövs ett nära samarbete och en gemensam utveckling för att realisera potentialen.

Tre delar i nära samarbete

Hälso- och sjukvården kan ur ett mer övergripande perspektiv delas in i tre olika delar där var och en kräver sin speciella typ av kunskap. Denna uppdelning är inte en vedertagen beskrivning men i denna skrift har vi valt att göra så för att synliggöra var den vårdnära servicen finns och diskutera kring hur de olika delarna fungerar och kan utvecklas. Gränserna för de olika delarna ska heller inte ses som knivskarpa, tvärtom så finns den vårdnära servicen där vården och servicen överlappar varandra.

Adrian från serviceförvaltningen fyller på textilförråd på akuten. Foto: Capio S:t Görans Sjukhus.

FIGUR 3. Tre delar av hälso- och sjukvården



Vårddelen

Vården svarar för själva ”vårdmötet”, det vill säga undersökning, diagnostisering, behandling, omvårdnad och rehabilitering av patienter. Hit räknas också dokumentationen av patientens behandlingsprocess och som görs av vårdpersonalen.

För att få arbeta med den medicinska delen i vården krävs vårdutbildning av något slag. Det finns i Socialstyrelsen föreskrifter och råd förbehåll för vem som får utföra olika arbetsuppgifter och vissa uppgifter kräver särskild legitimation. Den typen av uppgifter kan därför inte överlåtas eller överföras mellan och utanför den medicinskt utbildade personalen.

Administrationsdelen

Administration är ett omfattande begrepp som i grunden betyder ledning och styrning. Med den vårdnära administrationen avses planeringen inför patientens väg genom den medicinska processen. Det innebär lite förenklat att se till att rätt personer med rätt kompetens finns på rätt plats vid rätt tillfälle, ofta benämns detta som vårdlogistik eller produktionsplanering. Exempel på vårdnära administration är bemanningsplanering, bemannings optimering, kapacitetsplanering, remissshantering, tidsbokning, journalinskrivning (på uppdrag) och registreringar i olika register.

Till den administrativa delen räknar vi här inte centrala funktioner som exempelvis personal- och lönehantering samt ansvar för centrala administrativa stöd som till exempel IT.

För att arbeta i den administrativa processen behövs administrativ kompetens av olika slag. Kännedom om rutiner, dokumentation, processkartläggning, logistik- och produktionsplanering, bemanningsoptimering är exempel på sådan viktig kunskap.

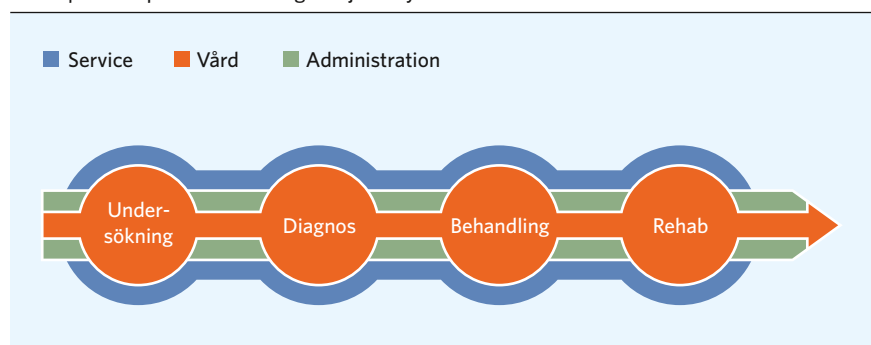
Servicedelen

Med service avses stödfunktioner till vårdmötet. Exempel på service är lokalvård, måltidshantering, förrådshantering och transporter.

För detta behövs naturligtvis olika slags kompetens. Det kan handla om process- och logistikkunskande, support- och servicegivande, interaktion med en vårdenhet, kunskap om kemikalier och utrustning för lokalvård, förrådshantering med mera. Den del av service som är vårdnära kräver också särskild kompetens och kan utföras på enheten av anställd personal, sjukhus- eller landstingsövergripande funktioner eller av någon extern aktör.

De tre delarna samspelar med varandra under en patients väg genom hälso- och sjukvården, från sjuk till (förhoppningsvis) frisk. På engelska används ibland benämningen ”guest journey” för att beskriva den här processen.

FIGUR 4. Patientprocessen eller ”guest journey”



Ansvarsfördelningen mellan de olika delarna

Det finns många arbetsuppgifter som inte kräver vårdutbildning som ändå utförs av personal som är vårdutbildad. Detta beror delvis på institutionaliserade föreställningar och strukturer som uppkommit genom åren ”vi har alltid gjort så här”. Tradition, kultur, skråtänkande och maktstruktur är andra viktiga förklaringar till varför det ser ut som det gör när det gäller arbetsfördelning.

Det är vissa, men långt ifrån alla arbetsuppgifter, som regleras av olika lagar och förordningar. Dagens fördelning av uppgifterna har till stor del definierats av verksamheterna själva. Lagarna är således inget hinder för en om-

FÖRDJUPNING – LÄS MER

Det är ett fåtal medicinska arbetsuppgifter som är förbehållet vissa yrkesgrupper. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården regleras till exempel behörigheten att ordinera läkemedel, liksom i Läkemedelsverkets föreskrift (LVFS 2009:13) om förordnandet och utlämnandet av läkemedel och teknisk sprit. Patientsäkerhetslagens (2010:659) femte kapitel behandlar begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

fördelning av vissa arbetsuppgifter. Det ska dock poängteras att en utveckling som innebär förskjutningar av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper aldrig ska ske på bekostnad av patientsäkerheten. De som utför arbetsuppgifterna ska ha rätt kompetens utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, oavsett vilken yrkesgrupp de tillhör.

Det innebär att det inte egentligen finns några legala hinder för att överföra serviceuppgifter från vårdpersonal till servicepersonal förutsatt att rätt kompetens finns. Det är då viktigt att noga identifiera vilken kompetens som olika uppgifter kräver, hur detta kan göras kan du läsa mer om i processkartläggningen i kapitel 6.

Tre delar i olika utvecklingsstadier

Av förklarliga skäl har vårdens utveckling kommit längst. Vårdpersonalen är också beroende av den utrustning, de behandlingsmetoder, de läkemedel som tas fram i syfte att hela tiden förbättra den medicinska delen av vården.

Administrationsdelen har först under senare år blivit mer intressant och då främst för åtgärder som syftar till att effektivisera vården. Under senare år har många kommit att intressera sig för processtänkande och ingenjörer med bakgrund och erfarenhet från andra branscher har anställts. Här är det inte personalbrist som är den utlösande utvecklingsfaktorn, syftet är att skapa mer patienttid, det vill säga öka tillgängligheten till vård. Även ekonomi och verksamhetsstyrning i form av krav på effektivare resursplanering utgör drivkraften bakom den administrativa utvecklingen. Svårigheten med den här utvecklingen är att den i hög grad påverkar den medicinska personalens arbetsvillkor. Utvecklingen av administrationen sker successivt. När konkur-

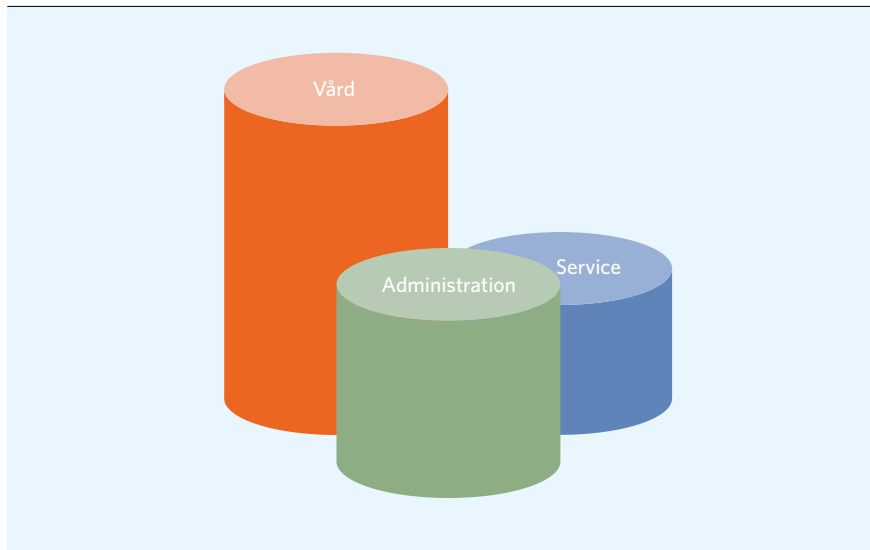
rensen och den digitala utvecklingen tillåter kan man förmoda att administrationsdelen får ett större genomslag.

Inom servicedelen sker mycket utveckling inte minst har det strukturerade arbetet med jämförelser (benchmarkingprogrammet) haft en stor positiv inverkan. Däremot har utvecklingen av den vårdnära servicen inte kommit igång på allvar, även om hel del försök gjorts. Det stora genombrottet för förnyelse har, åtminstone i Sverige, låtit vänta på sig. Utomlands finns det mer erfarenhet, främst de stora internationella serviceföretagen håller på att bygga upp kapacitet och kompetens kring frågan. Utvecklingen kan förväntas ske i två faser, vårdnära service ses som en egen verksamhet för att sedan utvecklas och professionaliseras i takt med utbredning, tillgång till nya metoder teknologi och så vidare. Det finns dock två faktorer som kommer att påskynda utvecklingen av vårdnära service:

- Hög efterfrågan på vårdpersonal.
- Serviceorganisationerna kan göra den vårdnära service effektivare.

Det är stora skillnader på utvecklingstempot i de olika delarna och det finns naturliga skäl till att vårddelen ligger före de båda andra. Men ny teknik, nya metoder och personalbrist kommer att påskynda utvecklingen inom vårdnära service.

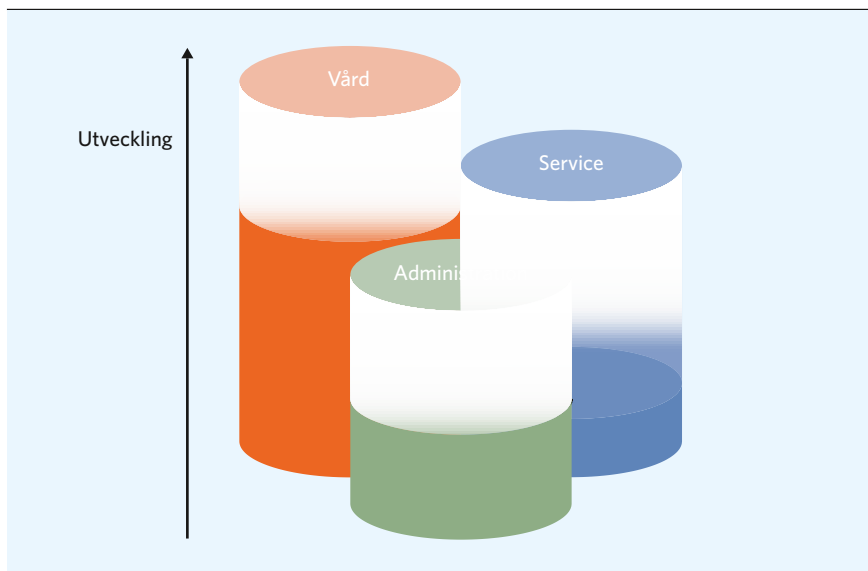
FIGUR 5. Utvecklingstempot hos de olika delarna



Vård, service och administration; alla delar måste fungera och samverka för att åstadkomma en effektiv och säker hälso- och sjukvård med hög kvalitet. De måste gå i takt och ”kugga i” varandra när de möts i vardagen. Är man i otakt eller lever parallella liv kan det leda till motsättningar och frustration. Renodling av arbetsuppgifter blir destruktiv och kontraproduktiv. Att kunna gå i takt förutsätter en ömsesidig respekt för de andras uppgifter, kompetenser och ansvar. Det innebär att planeringen måste ske på den enskilda vård-enheten, det är svårt att styra detaljerna utifrån eller uppifrån. Däremot kan man på olika sätt stödja utvecklingen från dessa håll. Att successivt kunna öka kompetensen och effektiviteten inom alla områden måste vara ett mål för en vård-enhet och de som leverera stödtjänster.

Alla tre delarna måste utvecklas till en högre nivå för att åstadkomma ”mer och bättre vård för pengarna”. Rätt utförd kan vårdnära service ses som ett verktyg för att även bidra till utvecklingen av vård-delen.

FIGUR 6. Utveckling i samverkan





Ledarskapet påverkas!

Med en ökad renodling av arbetsuppgifter genom att lägga mycket av den vårdnära servicen på serviceorganisationen krävs ett "multikompetens ledarskap". Att leda en enhet med flera olika kompetenser och serviceområden, vissa kanske till och med kommer från olika externa leverantörer, kräver en förståelse och överblick som sannolikt inte är så vanlig i Sverige idag, se även exemplet från Holland på sidan 37–38.

Ska samverkan mellan vård, service och administration fungera i praktiken måste planering och utförande utgå från den lokala enhetens förutsättningar. Man måste således kunna beskriva och definiera verksamheten, fördela de olika kompetensernas roller och ansvar för att sedan integrera dem till en fungerande helhet (se till exempel kartläggningsmodellen i Norrbotten på sidan 36–37 och kravet på ledarskapet i Holland). Planeringen måste också utgå från målet exempelvis nöjda kunder eller krav på effektivisering och kostnadsbesparingar. Således krävs ett "utifrån och in"-synsätt på den egna verksamheten, man måste se med kundens ögon, samtidigt som de tre olika

delarna ska planeras, ledas och styras till att bli en fungerande och ekonomiskt effektiv helhet. Det ställer stora krav på ledarskapet och är man dessutom utsatt för konkurrens om personal måste man även planera för att vara en attraktiv arbetsgivare. I det nya ledarskapet ryms flera olika (och kanske nya?) kompetenskrav:

- Marknadsföring av vård: Hur ska man attrahera kunder och nya medarbetare i konkurrens med andra?
- En holistisk syn på verksamheten: Hur kan man få tag på, använda och sätta samman de totala resurserna på en enhet på ett kundorienterat och kostnadseffektivt sätt?
- Förståelse för alla olika specialkompetenser: Hur kan man definiera de olika arbetsområdena och utveckla dem på bästa möjliga sätt?
- Dagligt chefskap: Hur kan man få alla att dra åt samma håll (kanske med olika leverantörer) och nå enhetens mål?



Att övergå från rollen att vara en utförare av vård till att bli en beställare av vårdnära tjänster ställer även det nya krav. Fråga en inköpsavdelning som ska köpa in tjänster hur enkelt det är att definiera en exakt funktionsbeskrivning, att formulera kvalitativa uppföljningstal och köpa in till rätt pris. I grunden är det inte någon större skillnad som beställare om man väljer interna eller externa utförare. Momenten och kraven på kunskap är desamma. Ett närliggande exempel är, om än mindre komplext, hyrläkare. Att hyra in, leda och integrera dem i den egna verksamheten är en utmaning för många chefer. Det bör dock påpekas att den här skriften inte tar upp eller tar ställning till intern eller extern leverantör av vårdnära service.

Att kunna integrera olika funktioner eller enheter till en väl fungerande helhet är således en skicklighet i sig. Ibland pratas det om uppbrutna värdekedjor som sedan kopplas samman. Att bygga och styra nätverksorganisationer är ytterligare en kompetens som är viktig för en vårdchef.



Vårdnära service

Vårdnära service (VNS) är en del av servicen och med vårdnära service avses de arbetsuppgifter som ska utföras på enheten och i anslutning till patienten av personal med servicekompetens. Hit hör tjänster som exempelvis lokalvård, måltidshantering, förrådshantering och transporter. I vårdnära service inkluderas i det här sammanhanget inte de arbetsuppgifter som administrationen utför i gränslandet mellan vård och administration, t ex receptionstjänster.

Det stora behovet av och den stora potentialen med vårdnära service finns i verksamheter som bedrivs på sjukhusen inom slutenvården. Vårdnära service-tänkandet är dock tillämbart inom flera andra av vårdens verksamheter men också inom kommunernas omsorgsverksamheter, inte minst vad gäller synsättet på den egna verksamhetens kompetensbehov. Finns det uppgifter hos oss som inte kräver medicinsk utbildning? Finns det saker vi gör som skulle vinna på att tas om hand av välutbildad servicepersonal?

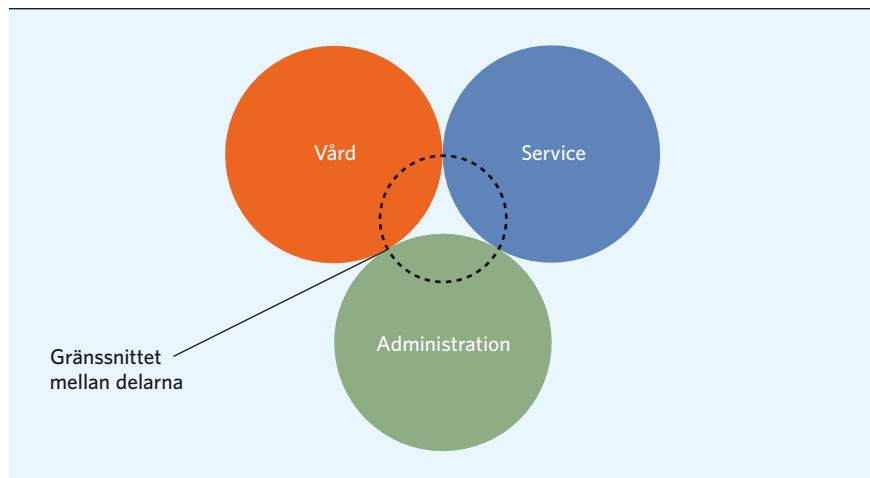
Gränserna mellan vård, service och administration

Var den exakta gränsen mellan vård, service och administration går kan variera beroende på verksamhetens komplexitet. Det går inte att generellt dra dessa gränser utan de måste definieras på varje enhet beroende på verksam-

het. Det är i skärningspunkten mellan vård, service och administration vi hittar det som kallas vårdnära service och vårdnära administration.

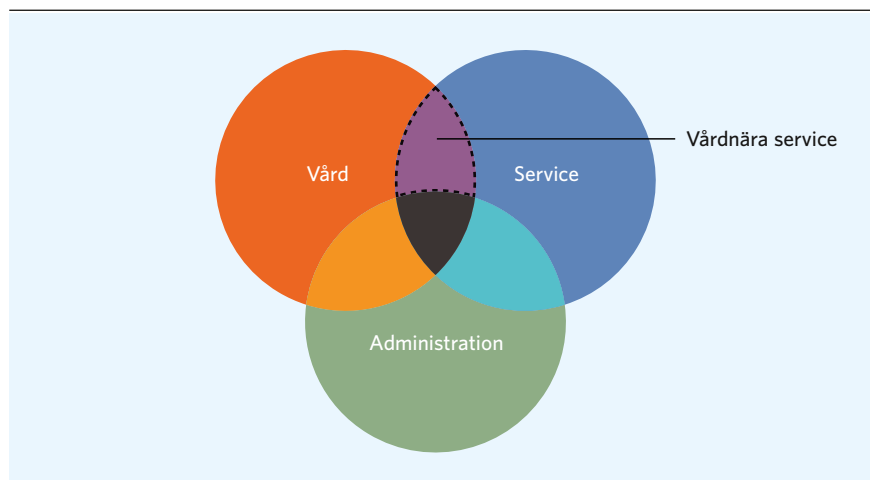
Om man ska kunna renodla arbetsuppgifter måste man känna till hur den lokala enheten fungerar i detalj. Det är först då gränserna mellan de olika ansvaren kan beskrivas. Om tydligheten inte finns går det inte att utveckla respektive del, inte mäta utfallet och i värsta fall blir uppdelningen kontra-produktiv genom att konflikter om de olika delarnas ansvar tar all energi.

FIGUR 7. Tre delar av hälso- och sjukvården



Planering, styrning och utveckling av de olika delarna måste ta sin utgångspunkt i själva vårdinsatsen. Utgångspunkten för gränsdragningen och även samverkan måste utgå från den enskilda enhetens situation och vårduppdrag. Med andra ord behöver uppdelningen av olika arbetsuppgifter göras på den lokala enheten och utgå från den patientrelaterade verksamheten. Det är den som styr hur man kan fördela ansvar och det är den som avgör hur man kan utveckla och effektivisera den vårdnära servicen.

FIGUR 8. Tre delar i samverkan



Det finns en risk för en sammanblandning av vad som är vad mellan administration, service och vård. Just avsaknaden av en tydlig definition och gränsdragning, mellan och inom de olika delarna, kan i sig utgöra ett hinder för utveckling. Om en sjuksköterska ska släppa olika service- eller administrativa arbetsuppgifter för att få mer patienttid måste det finnas någon som tydligt tar över ansvaret. Det kräver tydliga arbets- och funktionsbeskrivningar.

Överföringen av uppgifter utlöser ifrågasättande och kreativitet

Vid överförandet av uppgifter uppstår en möjlighet till nytänkande och utveckling. Om mottagaren av uppgiften ifrågasätter hur arbetet gjorts och måste göras kan nya idéer födas. Slentrian och inget ifrågasättande är två utvecklingshinder. Det gäller att inte bara ifrågasätta hur uppgifter görs, frågan är ibland om de ens är nödvändiga. Vad exakt ska vi ta över? Kan vi göra det på ett annat smidigare sätt? Kan ny teknik lösa det vi idag gör manuellt? Relevanta frågor som bör ställas innan ansvar förflyttas.

EXEMPEL PÅ OLIKA SITUATIONER

På en strokeenhet där patienterna kan ha sväljningssvårigheter kan det vara viktigt att vårdpersonal serverar och hjälper patienten med maten medan detta på en annan enhet kan hanteras lika bra av servicepersonal.

EXEMPEL 1. Norrbottens läns landsting

I Norrbottens läns landsting pågår pilotprojektet *Vårdnära service* vid Sunderbyn och Kalix sjukhus. Syftet är att överföra uppgifter till servicepersonal för att därigenom ge vårdpersonal mer patienttid. Inom ramen för projektet identifierades kosthållning, städning, förrådshantering och transporter som de uppgifter som var mest tidskrävande och där en översyn av vårdnära service skulle vara mest intressant.

	Uppgift	1	2	3	4
K O S T	Förberedelse av frukost/buffé				
	Servering av frukost hos patient				
	Servering av frukost vid buffé eller vagn				
	Gå till patient och samla in brickor				
	Bortduking av frukost				
	Disk efter frukost				
	Förberedelse av lunch inkl egenkontroll				
	Utdelning av lunch och dryck hos patienten				
	Utdelning av lunch och dryck vid buffé eller vagn				
	Bortduking av lunch				
	Disk efter lunch				
	Mellanmålsdelning				
	Bortduking av mellanmål				
	Disk efter mellanmål				
	Förberedelse middag inkl egenkontroll				
	Utdelning av middag och dryck hos patient				
	Utdelning av middag och dryck vid buffé eller vagn				
	Bortduking av middag				
	Disk efter middag				
	Förberedelse av kvällsfika				
	Servering av kvällsfika hos patient				
	Servering av kvällsfika vid buffé eller vagn				
	Bortduking efter kvällsfika				
	Disk efter kvällsfika				
	Temperaturkontroll kyl/frys				
	Avfrostring frys				
	Beställa patientmat				
	Beställa mat/varor som behövs på avdelningen				
S T Ä D	Uppgift	1	2	3	4
	Tvätt- och sophantering				
	Töm sekretessopor				
	Töm pappers- och tvättkorgar från patientrum				
	Patientnära städning				
F Ö R Ä D	Sängrengöring och bäddning mellan patienterna				
	Uppgift	1	2	3	4
	Fylla på stickvagn/läkemedelsförråd				
	Kontrollera närförråd i patientsalarna				
	Fylla på närförråd i patientsallar				
T R Ä N S P Ö R T	Beställning av varor (ej kost)				
	Uppackning av varor (ej kost)				
	Uppgift	1	2	3	4
	Patienttransporter till avd/röntgen etc				
	Patienttransporter från avd/röntgen etc				
H J Ä L P	Hjälpa patient till/enrén vid hemgång				
	Hjälpa patient hämta recept från Apotek				
	Hämta provmaterial från lab				
	Lämna provmaterial till lab				
	Hämta läkemedel från annan avdelning				
H J Ä L P	Hämta/läna läkemedel				

Avdelning

4	Utförs av vårdpersonal
3	Delvis vårdrelaterat, rutiner behövs
2	Utförs av servicepersonal med utbildning
1	Utförs av servicepersonal med enklare instruktion

Barometern

Kartläggningen och mätningar visar att tiden för att lösa specifika serviceuppgifter och vilka det åtgår mest tid för, varierar mellan olika enheter. I Kalix utgör kosthanteringen generellt sett en stor del av tiden som läggs på vårdnära serviceuppgifter. Dels för att maten serveras ur kantiner, vilket gör att mer tid behöver läggas på att hantera och servera maten, dels för att all disk sköts av avdelningarna själva. I Sunderbyn där man istället använder brickservering är tiden för lunch- och middagsdisken betydligt mindre. Genom kartläggning och mätningar skapades således ny insikt.

Inför pilotprojektet har ett omfattande kartläggningsarbete genomförts. Målet har varit att definiera vilka arbetsuppgifter som utförs på enheterna och vilken kompetens som krävs för att utföra varje uppgift. Därefter kan beslut fattas om vem som ska göra vad och vilka av arbetsuppgifterna som kan vara aktuella att överföra till servicepersonal. I bilden till vänster finns det underlag, den så kallade *Barometern*, som tagits fram och används i det förarbetet.

EXEMPEL 2. Waterlandsjukhuset i Holland

Det finns också exempel från andra länder. I bland annat Holland betraktar man numera vårdnära service som en egen kompetens. Drivkrafterna bakom den utvecklingen är främst konkurrens och besparingskrav. Medborgarna har relativt lätt att välja mellan ett nittiotial olika leverantörer (sjukhus) på den begränsade geografiska yta som hela Holland upptar. De små avstånden gör det lätt att välja det sjukhus man vill, tids- och tillgänglighetsmässigt. Dessutom finns det ett rankingsystem som holländarna kan använda när de ska välja leverantör av vård. De olika sjukhusen befinner sig således på en marknad i en hård konkurrens med varandra.

På Waterlandsjukhuset utanför Amsterdam har man utvecklat och professionaliserat servicepersonalerna på vårdenheter. Man har ersatt vårdutbildad personal, motsvarande undersköterskor, med servicepersonal som tillförts utbildning för att kunna utföra serviceuppgifter av varierande svårighetsgrad. Vårdpersonalen har därigenom fått mer tid för patienterna. På så vis har man, förutom besparingar och kostnadsreduceringar, uppnått en mer positiv patientupplevelse och patientnöjdhet. Den exakta storleken på effektiviseringsvinsterna har varit svårt att fastställa, men uppskattas till dryga 10 procent.

Övriga effekter och aspekter som t ex hygienfaktorer är inte fastställda, men man uppskattar att antalet vårdrelaterade infektioner har minskat utan att kunna ange den direkta orsaken till det.

På sjukhusets enskilda enheter utför den blåklädda servicepersonalen sina uppgifter tillsammans med den vitklädda vårdpersonalen i team kring patienterna. Detta förutsätter tydliga funktionsbeskrivningar för varje personalkategori och att information strömmar mellan yrkesgrupperna på ett effektivt sätt.

Alla uppgifter på enheten mäts och nivåsätts ur svårighetssynpunkt. Från de enklaste serviceuppgifterna som kan skötas av en icke vårdutbildad person till de medicinskt mest av-

ancerade uppgifterna, som kräver en specialistsjuksköterska. På en skala, från 1 till 5, kan en persons utbildningsnivå kopplas till den uppgift man utför. Man är också noga med att definiera och få en överenskommelse om vad varje funktion ska leverera, en så kallad Service Level Agreement – SLA.

Erfarenheten från Waterlandsjukhuset visar att en noggrann kartläggning av enhetens uppgifter i kombination med utförarens kompetens samt en tydlig arbetsbeskrivning utgör kärnan i verksamhetsplanering och -förbättring på en enskild vårdenhet. Därtill ställs krav på planering och ledarskap för att integrationen ska kunna fungera i praktiken. De olika kategorierna av medarbetare har sin chef och ett öppet samarbetsklimat förutsätts för att det ska lyckas.

Det finns några speciella förutsättningar i Holland som man bör beakta när man analyserar deras modell och inte minst hur den kommit till. Dels är sjukvårdssystemet till stor del försäkringsfinansierat vilket innebär en kostnadskontroll från försäkringsgivarens sida (inbetalda försäkringspremier och kostnader för skadeutfallet, d v s utförande av vård, ska gå ihop). Dels är Holland ett litet land där man konkurrerar på tämligen lika villkor mellan samtliga sjukhus utan geografiska begränsningar som styr kundpreferenserna. Dessutom utför volontärer ett omfattande arbete på sjukhusen, bland annat genom att hantera patienttransporter, vilket också påverkar deras syn på att använda icke-vårdutbildad personal inom vården på ett annat sätt än vad vi är vana vid.

Vad kan man lära av det holländska exemplet? Att det även i praktiken går att göra en arbetsuppdelning med olika roller, men att det krävs vissa förutsättningar för att få förändringar till stånd som:

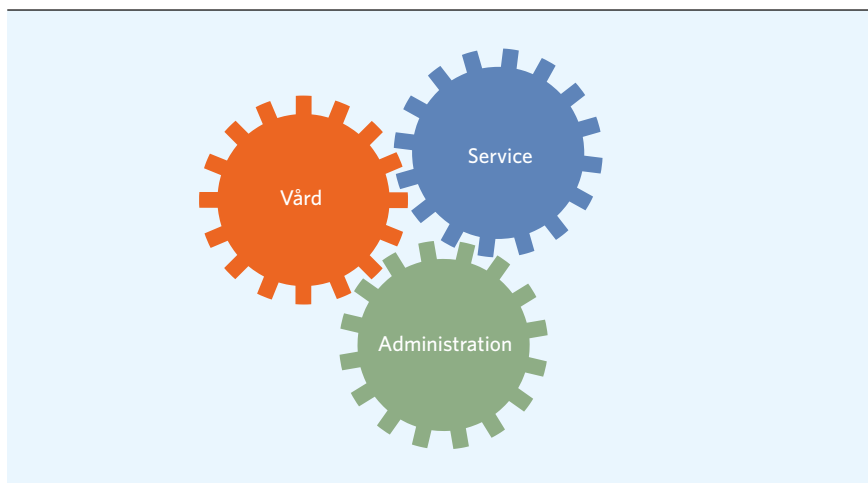
- att man tydligt måste definiera roller och ansvar
- att det måste råda en öppenhet i dialogen mellan alla som arbetar tillsammans i olika roller
- att man konsekvent måste jobba med intrimningar och förbättringar ner i minsta detalj för att eliminera de initiala "skavsåren".

Ytterligare en lärdom är att det tar tid att genomföra förändringarna. Först efter 2 år hade det nya arbetssättet med vårdnära servicepersonal satt sig på Waterland.

Vikten av ett gemensamt språk

Nyckeln till optimal vårdverksamhet är när de tre yrkesrollerna kuggar i varandra och går i takt. För att nå dit behövs ett språk som grund för utveckling. Ett språk, som uttrycker en teori, definitioner och en referensram, som alla förstår och kan diskutera utifrån är en förutsättning för utveckling.

FIGUR 9. Delarna i hälso- och sjukvården kuggar i varandra



Förutsättningen för att lyckas med utvecklingen inom vårdnära service är främst att:

- › ha ett gemensamt språk som alla kan och förstår
- › acceptera fördelarna med en renodling av arbetsuppgifter
- › respektera varandras speciella kompetens och definiera tydliga gränssnitt
- › inse att det är först när alla är medspelare, inte motspelare, och går i takt som optimal verkan uppstår och man når sina mål.

Det gemensamma språket

I utvecklingen av servicetjänster i allmänhet skapades det gemensamma språket i slutet av 70-talet av forskare som Christian Grönroos och Richard Normann. Fram till deras nya definitioner och begreppsmodeller hade servicetjänster ofta liknats vid produkter och haft ett språk som grundades av personer som Philip Kotler (Marketing Management) med flera. Det språket var ursprungligen avsett för fysiska produkter, inte abstrakta tjänster. Grönroos, Normann med flera myntade t ex begrepp som "Service management". Det nya språket fick stor genomslagskraft och bidrog på den tiden till att t ex



flygbolaget SAS kunde utveckla sin teknokratiska och flygoperationsinriktade verksamhet till en verksamhet som tog sin utgångspunkt i kundens hela upplevelse av en resa, inte bara av en transport från A till B. Utan ett tydligt språk hade den omställningen blivit mycket svårare eller rent av omöjlig.

I mångt och mycket handlar den utvecklingen om ett paradigmskifte vad gäller synsätt och utgångspunkt. Var det flygbolaget som transporterade mellan A och B eller var det kunders totala upplevelse av hela resan som skulle vara utgångspunkten för hur man såg på och byggde upp sin egen verksamhet? Eller för att ta ett annat exempel: Inom vården blir man botad och på restaurangen mätt. Men är det verkligen mätt som präglar hela upplevelsen av ett restaurangbesök? Är det bara att bli botad (även om det är synnerligen viktigt i vårdens fall) som skapar upplevelsen av vård? Ofta är det även andra faktorer som påverkar upplevelsen; när fick jag en tid, hur kommunicerade vårdpersonalen med mig, var det rent och trevligt i lokalerna där jag vistades? Vad är det som får mig att berätta för andra att det stället kan jag rekommendera? Att vårdresultatet och personalen är de två viktigaste beståndsdelarna är uppenbart, men på vilket sätt resultatet åstadkoms och det personliga bemötandet är tillsammans med tillgänglighet, information, trivsel m m fakto-

rer som påverkar totalintrycket. I en monopolsituation spelar det en mindre roll, i konkurrens är det avgörande.

Det var det som hände SAS (genom lågprisflyget), många restauranger när pizzerior och McDonalds kom, för möbelbutiken på hörnet när IKEA tog över och det som händer för vården genom de senaste årens strukturreformer och mer krävande och medvetna medborgare. Det gemensamma språket måste klara att beskriva både ett ”utifrån och in”-synsätt och en uppdelning av arbetsuppgifter för att bidra till utveckling av vård i allmänhet och vårdnära service i synnerhet.

Utmaningen för utvecklingen av de tre delarna vård, service och administration ligger således i att skapa en gemensam begreppsapparat som kan användas både inom och utom de olika delarna. Betydelsen av det gemensamma språket, att ge ord samma innebörd oavsett vem som använder dem, kan aldrig överskattas. Man kan på olika vis upptäcka att just avsaknaden av ett tydligt språk för administration och servicenära tjänster inom vårdsektorn är uppenbar. Vård delen har däremot ett betydligt mer utvecklat och spritt språk, där ett ord betyder samma sak i de flesta sammanhang.

Det finns idag en mycket splittrad bild av vad service och då inte minst vad vårdnära service är vilket våra enkäter och intervjuer pekat på. Det finns många skäl och förklaringar till det:

- ✧ Service och vårdnära service är relativt nya begrepp inom vårdsektorn.
- ✧ Traditioner, erfarenhet och utvecklingsnivå skiljer sig åt mellan landsting, enheter, intressentgrupper och individer. Ingen har tagit ett samlat grepp om frågan.
- ✧ Organiseringen idag placerar området vårdnära service inom olika ”fögdery” och därmed får det olika betydelser och definitioner.

Utan ett gemensamt språk kommer man ständigt att prata förbi varandra, missförstånden och frustrationen blir ett energiläckage och utvecklingshinder.

Stor komplexitet och många olika definitioner

Hälso- och sjukvården är en komplex organisation och hur den beskrivs varierar mycket. Utan de planeringsverktyg, checklistor och lathundar som t ex används i Norrbotten och Holland blir t o m begreppsfrågan runt vårdnära service på enhetsnivå svår. Det är viktigt att försöka göra det abstrakta tydligt och konkret för att kunna utvecklas och att skapa en gemensam referensram och begreppsapparat då det idag saknas gemensamma vedertagna begrepp och indelningsgrunder.

Även inom servicedelen, ur ett bredare perspektiv, finns det behov av ett tydligare gemensamt språk. Begrepp som service, Facility management (FM), vårdnära service, patientnära service och verksamhetsnära service används frekvent men med olika betydelser. Idag har i stort sett alla landsting och regioner särskilda serviceorganisationer. I ett landsting använder man sig av begreppet FM-centrum, men för övriga är den vanligaste benämningen Landstings-/regionservice. Vad som ryms inom ramen för serviceorganisationen varierar men på ett övergripande plan ansvarar de för fastighetsförvaltning och verksamhetsanknuten service inom landstingen.

Vårdnära service ges olika betydelser beroende på var man är

Vårdnära service (VNS) är ett begrepp som används inom många landsting, men det saknas även här en gemensam definition och begreppsapparat vilket resulterat i att innebörden varierar mycket. Definitionen som lanseras i den här skriften är ett första steg på vägen.

Begreppsförvirringen beror delvis på hur den lokala organiseringen av servicetjänsterna ser ut. Olika landstings och regioners serviceorganisationer innehåller olika funktioner vilket påverkar vad man anser ryms inom begreppet vårdnära service.

Här följer några svar från personer i olika landsting och regioner på frågan om vad man menar när man pratar om vårdnära service:

”Vi har inte fastställt någon sådan men skulle kunna vara tjänster som kräver annan kompetens än traditionell vårdutbildning eller tjänster som är ett stöd till det som är vårdens kärnprocess d v s ”själva vården.”

”FM är ett brett begrepp. Vårdnära servicetjänster handlar om det som vårdpersonal behöver avlastning med. Är en del av FM.”

”Att man går in på vårdavdelningen och gör saker.”

”Att leverera service i vårdmiljö, nära patienten.”

”Den service som bedrivs nära patientprocessen.”

”Det är allt som är smörjmedel för att vårdpersonalen ska kunna ägna sig åt att vårda patienter.”

”Jag skulle säga att det är alla tjänster som underlättar för vårdpersonalen, man kan nog likställa det med de mjuka tjänsterna inom FM, de hårda är fastighet, drift...”

Inom Landstinget Östergötland, där man nyligen genomfört en stor upphandling av servicetjänster, används begreppet ”verksamhetsnära tjänster” med vilka man avser material-/förrådshantering, textil- och tvätthantering, patient- och laboratorietransporter, avfallshantering, städning och kökshantering.

Ett annat exempel är den ”produktifiering och paketering” av olika service-tjänster som man gjort på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Dessa produkter lanseras genom intern marknadsföring till olika enheter och bidrar till att definiera tjänsterna och en begreppsuppbyggnad.

Avsaknaden av ett tydligt och gemensamt språk blir än tydligare när man i olika sammanhang kan tvingas att vara mycket exakt med vad som avses, t ex när man gör en funktions- och ansvarsbeskrivning (Service Level Agreement – SLA) inför en upphandling. Utan en exakt och tydlig definition blir det svårt, för att inte säga omöjligt, att ange ansvar, ställa kvalitetskrav och följa upp utfallet.



Vårdnära service i praktiken

Vilka konsekvenser får utvecklingen av vårdnära service i praktiken? Genomförda pilotprojekt och studier visar på olika aspekter och områden som kan förbättras genom en renodling av arbetsuppgifter och utveckling av dessa tjänster. Här följer en beskrivning av konsekvenser, fördelar och utmaningar som framkommit när olika projekt och försök gjorts i praktiken.

Ur ett patientperspektiv

Tid frigörs för patientarbete

Med en ökad renodling av arbetsuppgifter och utveckling följer också möjligheterna till ett bättre utnyttjande av personalens olika kompetenser. Att rätt person med rätt kompetens gör rätt saker på rätt sätt. Genom att frigöra tid för vårdpersonalen kan tillgängligheten till vården öka, dock förutsatt att den frigjorda tiden tas tillvara och används till direkt patienttid, d v s absorberas av de medicinska processerna.

I samband med ett pilotprojekt med serviceteam på en strokeenhet på *Lidköpings lasarett* konstaterade man att genom att låta serviceteamet hantera frukosten fick vårdpersonalen mer tid för omvårdnad av patienterna på morgonen. Det fanns också mer tid för träning och rehabilitering. De kunde dessutom införa ett mellanmål på förmiddagen vilket tidigare inte funnits tid till.

En utredning inom *landstinget i Uppsala*, som legat till grund för ett pågående pilotprojekt, visade att vårdpersonalen lade cirka 125 timmar per vecka och avdelning (cirka 15 vårdplatser) på olika servicetjänster som inte krävde vårdutbildning, det motsvarar tre heltidstjänster. De tjänster som var mest

tidskrävande var mathantering och städning (för mer information se bilaga 1, Utredning inför införande av Facility Management-koncept).

Serviceorganisationen på *Karolinska Universitetssjukhuset* i Stockholm, ”Service och logistik” sköter alla typer av patienttransporter både i säng och i rullstol dygnet runt. Man har gjort en beräkning som visar att patienttransporterna frigör cirka 800 timmar varje vecka för vården. Tid som vårdpersonalen kan ägna åt patientarbete.

”Förr hade vi hjälp med patienttransporter av vaktmästare men det har man avvecklat så nu springer vårdpersonalen runt på sjukhuset med patienter och prover istället för att vara där man borde... på avdelningen. Det behöver man inte ha vårdutbildning för.”

Vårdenhetschef

På *S:t Görans Sjukhus* i Stockholm har man överlåtit städningen av operationssalar mellan olika operationer till speciell servicepersonal, som där benämns ”vårdstöd”. Det medför att operationspersonalen kan gå direkt från en operation till en annan utan att behöva lägga tid på städning. Vilket i sin tur medfört att man kan operera fler patienter under en dag.

Inom ramen för projektet ”Serviceteam i vården” i *Västra Götalandsregionen* visade omfattande mätningar och observationer att genom att införa så kallade serviceteam i vården som utför vårdnära serviceuppgifter kan tid för patientarbete frigöras. Tid för serviceaktiviteter på sammanlagt 410 timmar identifierades under en vecka på åtta vårdavdelningar. För att kunna realisera den effekten skulle det behövas en plan för hur man tar hand om och använder den frigjorda tiden.

”Mer servicepersonal skulle kunna bidra till att vårdpersonalen får mer tid för patienterna.”

Vårdförbundet

Ökad patientnöjdhet

En faktor som är starkt kopplad till patient- och kundnöjdhet är inte att bara få service, utan också på vilket sätt man får den. På *Danderyds sjukhus* i Stockholm gjordes ett försök med restaurangutbildad personal som hantlade patientköket och delade ut maten till patienterna. Resultatet blev att patienterna tyckte att måltidsupplevelsen höjdes avsevärt enbart genom att maten presenterades på ett initierat och positivt sätt jämfört med att maten ”bara delades ut”.

Ur ett medarbetarperspektiv

Statusen på såväl vård- som serviceyrken kan höjas

En tydligare renodling och utveckling av arbetsuppgifter skulle kunna medföra ökad status för respektive yrkesgrupp.

Inom de flesta landsting som på något sätt arbetar med frågan om att överföra serviceuppgifter från vårdpersonal till andra yrkesgrupper upplevs ett visst motstånd från vårdpersonalen. Motståndet grundar sig i en oro över färre arbetsuppgifter och därmed risken att förlora jobbet. Mot bakgrund av tidigare nedskärningar och sparbeting är oron förståelig.

”Vårdnära service kan göra att jobbet blir mer attraktivt. Att vårdpersonalen får använda sin kompetens fullt ut.”

Vårdförbundet

Med brist på och kommande behov av undersköterskor (nästan 130 000 till 2023) är dock risken för övertalighet sannolikt minimal. Funderingar går istället i riktningen att låta undersköterskor ta tillbaka vissa av de uppgifter som tidigare överlåtits till sjuksköterskor då det kommande behovet av sjuksköterskor också är stort (cirka 38 000 till 2023). Undersköterskegruppens status skulle öka genom att utföra mer kvalificerat patientrelaterat arbete och slippa det ofta tunga arbete som städning, förråds- och tvätthantering innebär.

Även sjuksköterskornas status kan öka genom att de i större utsträckning än idag kan utföra kvalificerade arbetsuppgifter som verkligen kräver deras kompetens. På vissa håll i landet har man börjat utbilda så kallade specialistsjuksköterskor som ska kunna utföra vissa arbetsuppgifter som tidigare hanterats av läkare, som att gå ronder och undersöka och skriva ut patienter som legat inne på sjukhuset. Det finns även tankar på att låta sjuksköterskor i primärvården ta bort födelsemärken. Bristen på vårdpersonal kan leda till en ny uppdelning av arbetsuppgifter, en renodling. Där kan servicepersonal med rätt kompetens fylla ut de hål som uppstår när vårdpersonal lämnar över de vårdnära servicetjänsterna (för mer information se ”Ur led är tiden”).

”Med lite klokskap kan vi kanske utbilda undersköterskor lite extra, för att komplettera sjuksköterskorna på vissa avdelningarna. Vi ska inleda en dialog med de fackliga organisationerna, om det här kan vara en väg till att göra Säs till en både säker och hyfsad arbetsmiljö under sommaren”, säger Heidi Ström, personalchef.

Södra Älvsborgs sjukhus, Borås tidning 2014-02-20

Servicepersonalens status skulle också öka då rätt utbildning och därmed kompetens skulle krävas för att utföra de olika vårdnära servicetjänsterna på ett effektivt sätt. Ett exempel är det måltidsprojekt som pågår på Södersjukhuset och som bland annat syftar till att stärka rollen och öka ”köksornas” status på vårdenheterna. En utbildning motsvarande cirka fem veckor har påbörjats för att göra köksorna till ”måltidsansvariga”. Utbildningen innefattar ämnen som näringslära, livsmedelskunskap, måltidskultur, riskhantering, nutritionsbedömning, religion- och mattradition, nutrition vid palliativ vård och olika typer av specialkost. Det är även en tydlig satsning på bemötande och service, se gärna mer på: www.youtube.com/watch?v=YnCOJJVUCZs.

Ökad arbetstillfredsställelse

Studier visar att om man som medarbetare upplever att den kompetens och kunskap man har används på rätt sätt trivs man bättre på jobbet. Det pekar ytterligare i riktning mot tanken på en ökad yrkesutveckling och renodling av arbetsuppgifter. I en förlängning kan man också tänka sig att ökad trivsel leder till färre sjukskrivningar. Det gäller inom samtliga yrkesroller.

På *S:t Olavs sjukhus* i Norge har varje lokalvårdare utrustats med iPad med instruktioner och ritningar över vilka områden som ska städas (för mer information se <http://datec.no/>). Man kan ta bilder från där man befinner sig, visa städresultatet och vara i direktkontakt med sin städledare. Ansvar och stoltheten inför arbetsuppgiften har ökat genom att man känner sig mer professionell och betydelsefull med en modern ”specialutrustning”. Sjukfrånvaron bland lokalvårdarna har sjunkit markant.

Idag har vårdpersonalen, och kanske framförallt sjuksköterskorna, en mycket splittrad arbetssituation. De ska förutom att sköta sina ”sjuksköterskeuppgifter” också delta i det direkta vårdarbetet ute på enheterna med att tvätta patientsängar och -bord då patienter skrivs ut, dela ut matbrickor och mycket annat. Ibland handlar det om hela arbetspass då sjuksköterskorna har så kallade ”underskötersketurer”, dvs helt och hållet ägnar sig åt att göra undersköterskearbete.

”Tänk om vi kunde säga att om man kommer till vårt landsting och jobbar som sjuksköterska eller undersköterska får man arbeta med patienter och inte med att städa eller sköta förråden.”

Projektledare, VNS-projekt

Ur ett verksamhets- och ekonomiskt perspektiv

Det kommande behovet av personal kan mötas

Genom att överlåta serviceuppgifter till servicepersonal och tydligare definiera vilka arbetsuppgifter som verkligen kräver vårdkompetens finns stora möjligheter att möta det kommande behovet av vårdpersonal. Det viktiga är dock att se till helheten och inte bara titta på några enskilda yrkesgrupper.

”Vi måste dammsuga marknaden för att få tag på sjuksköterskor. Direkt från utbildningarna, från grann-landstingen ... det räcker dock inte. Vi måste tänka nytt.”

Personalstrateg

Konkurrensfördelar på arbetsmarknaden

Den stora efterfrågan på vårdpersonal medför att konkurrensen om personal också ökar.

De landsting som klarar att ställa om sin verksamhet till ett bättre kompetens- och resursutnyttjande för att därmed kunna leverera en tillgänglig säker vård med hög kvalitet kommer att bli de stora vinnarna i dragkampen om såväl patienter som personal.

Det handlar om att personalen ska ”räcka till här och nu”, men också om att kunna attrahera nya medarbetare för framtiden.

Bättre sjukhushygien och färre vårdrelaterade infektioner

SKL har publicerat en ny rapport ”Vårdrelaterade infektioner – Framgångsfaktorer som förebygger”. I rapportens sammanfattning kan man läsa att:

Nästan var tionde sjukhussäng upptas av en patient med vårdrelaterad infektion vilket medför ca 750 000 extra vård dagar till en kostnad av 6.5 miljarder kronor årligen. Skulle det gå att minska infektionerna med 30 procent så betyder det en minskning med 225 000 vård dygn, och frigjorda resurser på över två miljarder kronor.

Redan 2008 tog landsting och regioner, i samarbete med SKL, ett initiativ till nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Då startade också de så kallade punktprevalens-mätningarna vilket innebär att man två gånger per år mätt förekomsten av vårdrelaterade infektioner, samt följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, på alla sjukhus i landet. Resultatet blev att infektionerna sjönk märkbart de första åren men därefter har minskningen i stort sett stannat på cirka nio procent.



”Det är bra om man har en person som är köksansvarig och som inte arbetar med annat samtidigt. Om det är en undersköterska och det larmar så måste man ibland springa ifrån och då är det svårt att upprätthålla de hygienkrav som finns”

Vårdpersonal

I rapporten presenteras en ny modell för att ytterligare minska de vårdrelaterade infektionerna. Vid jämförelser mellan de sjukhus som lyckats bra med de mindre framgångsrika har följande framgångsfaktorer identifierats:

- › Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla
- › Hygienriktlinjer ses som självklara
- › Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt
- › Goda lokalmässiga förutsättningar skapas
- › Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling
- › Städning ses som en viktig del
- › Vårdhygien och verksamheter samarbetar tätt
- › Fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler.

”Alla dessa sängar och patientbord som ska tvättas. Ibland står patienterna på kö för att få en säng och då hinner man inte städa fullt ut som det är sagt att man ska. Man borde antingen ha någon som ansvarar för att tvätta sängar och bord eller att man får dem fixade och färdiga från något ställe.”

Vårdpersonal

Resultaten från många av de pilotprojekt som genomförts inom vårdnära service pekar på flera faktorer som direkt påverkar patientsäkerheten till det bättre. Mätningar före och efter pilotprojekten visar t ex på att kvaliteten på städningen ökar om den utförs av utbildad servicepersonal som använder rätt material och rätt tekniker i såväl patientrummen som på andra ställen på vårdenheter, t ex i köken. En förutsättning för att lyckas är dock att det finns tydliga arbetsbeskrivningar och en tydlig gränsdragning för vem som gör vad.

En minskning av antalet vårdrelaterade infektioner innebär inte bara mindre besvär för patienterna utan medför också att vårdplatser frigörs för andra patienter som är i behov av vård. Det finns bedömningar inom Stockholms läns landsting som gör gällande att om antalet vårdrelaterade infektioner skulle kunna minska med 50 procent skulle det motsvara i storleksordningen 180 frigjorda vårdplatser.

På *Capio S:t Görans Sjukhus* i Stockholm infördes 2008 nya standardiserade städrutiner och städning på vårdnära ytor sju dagar i veckan. Andelen vårdrelaterade infektioner låg då på 8 procent, vilket redan då var lägre än genomsnittet i Sverige. Sedan dess har den dagliga städningen, i kombination med övriga kvalitetsåtgärder rörande hygien, bidragit till att andelen vårdrelaterade infektioner minskat till 6,1 procent 2012.

Minskade kostnader för materialförsörjning (lager)

Inom *Västra Götalandsregionen* genomfördes 2009–2010 en genomlysning av hela materialförsörjningsprocessen för att identifiera möjligheterna att öka standardiseringen av materialförsörjningen i vården. Resultatet visade att de största kostnaderna i vården har för detta finns ute på vårdenheter. Hanteringen är inte standardiserad och sker styckvis. Man konstaterade att genom att standardisera materialhanteringen skapas förutsättningar för en utveckling av processer och aktiviteter vilket i sin tur medför att vården kan avlastas de arbetsuppgifter som inte är vårdrelaterade, med bibehållen eller ökad kvalitet och säkerhet.

Inom *landstinget i Östergötland* har de flesta vårdenheter sedan 2012 ett strukturerat förvarings- och beställningssystem för förråd och tvätthantering, lokalt kallat VNS (Vårdnära service). VNS-konceptet syftar till att förenkla och effektivisera förrådshanteringen. I praktiken innebär det att man centraliserar förråden för att strukturera och frigöra yta, begränsar sortimentet i förråden och har en effektiv beställningsrutin via bricksystem och scanner.

2011 gjordes en uppföljning av projektet på fyra enheter. Resultatet visade att ett övergripande landstingsbeslut, som var förankrat inom verksamheterna, hade kunnat genomföras på ett framgångsrikt sätt ända ut på enheterna. Vidare konstaterades att standardiseringen som VNS-konceptet medfört bidragit till enklare hantering, ordning och reda samt lägre kostnader. Verk-

samheterna visade också förbättringar i att följa landstingets hygienregler vilket i sin tur ökat patientsäkerheten. VNS-projektet visar också att genom att tänka mer professionellt och stödja utvecklingen med IT kan avsevärda förbättringar ske.

Minskat matsvinn

I slutrapporten för Västra Götalandsregionens *Projekt måltider* (2013) beskrivs exempel från sjukhus som har genomfört förändringar vad gäller hantering av patientmåltider bl a Oslo Universitetssjukhus och Capio S:t Görans Sjukhus i Stockholm. En av förändringarna som genomförts är att ha särskilda måltidsansvariga på vårdavdelningarna för att öka och koncentrera kompetensen kring måltider till en specifik grupp. En effekt man sett av detta är ett minskat matsvinn vilket lett till att mer resurser kan läggas på råvaror för att öka kvaliteten samt möjligheter att återföra medel till kärnverksamheten. Man ser också att det medför en mer rationell hantering av måltiderna då de utförs av en specifik grupp.



Pett arbetar som måltidsansvarig, Foto: Capio S:t Görans Sjukhus.

Ökad kvalitet utan högre kostnader

Uppfattningen att hög kvalitet innebär högre kostnader baseras inte på fakta. Vanligtvis är förhållandet det motsatta. Det är betydligt oftare så att bristen på kvalitet kostar pengar. Philip Crosby (Quality Is Free, 1979) myntade uttrycket ”kvalitet är gratis”. Han grundade sitt påstående på att företag lade mer än 20 procent av sina försäljningsintäkter på att göra fel och sedan rätta till misstagen. Dessa fakta är hämtade från tillverkningsindustrin men det finns ingen anledning att tro att det är bättre ställt hos tjänsteproducenter. Att förbättra kvaliteten genom effektiva kvalitetssäkrings-system och utbildning av personal är således inte ett sätt att öka kostnaderna utan ett sätt att göra sig av med onödiga kostnader.

Utmaningar för införandet av vårdnära servicekoncept

Historiskt har vårdpersonal som av någon anledning inte orkat eller kunnat fortsätta arbeta med det direkta patientarbetet ofta erbjudits service- eller administrativa arbetsuppgifter istället. Tydligare specialisering av vårdnära servicetjänster kräver fortsättningsvis att man måste tillföra dessa personer erforderlig kompetens för att det ska vara möjligt. Det kan i sin tur leda till att man får andra kvalificerade och intressanta arbetsuppgifter men inom ett annat område.

”Var tar vi vägen med de personer som inte längre orkar arbeta med direkt patientarbete och som vi idag istället ger andra arbetsuppgifter som ofta är administration eller service?”

Vårdenhetschef

En annan faktor att beakta skulle kunna vara att det blir många personer runt en patient och att patienten upplever situationen som störande och rörig. Det kan medföra en splittring ur patientsynpunkt och risk för mindre ansvar för helheten ur ett medarbetarperspektiv. Men med tydliga definitioner av funktioner, gemensam planering och ett teamtänkande torde risken för splittrat ansvar kunna undvikas. Bara att som på Waterlandsjukhuset tydligt uniformera sin personal utifrån vilken specialistkår de tillhör underlättar för patienten. De vitklädda i teamet sysslar med vård och de blå med service. Då undviker man att någon behöver fråga lokalvårdaren om värktabletter.

En tredje omständighet är att en renodling och omfördelning av arbetsuppgifter inledningsvis kostar både kraft, tid och pengar. Det är således viktigt att vårdens samtliga nivåer arbetar mot ett gemensamt och tydligt mål: visionen om de tre delarna vård, service och administration i samverkan.

Resonemang kring ekonomi

En viktig del i diskussionen kring vårdnära service är ekonomi. Att införa vårdnära service innebär inte att nya tjänster eller arbetsmoment införs, det handlar snarare om att se till att det utförs av rätt person – som tidigare diskuterats. Ur ett koncernperspektiv kan man då argumentera för att kostnaderna för vårdnära service inte ska öka utan tvärtom effektiviseras och minskas. Dock får införandet av detta nya arbetssätt ekonomiska konsekvenser på lokal-/enhetsnivå.

Det finns idag inte några färdiga ekonomiska modeller som tar hänsyn till både direkta och indirekta ekonomiska effekter av vårdnära service. Nedan görs ett försök att ta upp viktiga aspekter, först på kostnadssidan och sedan på nyttosidan.

Kostnaden för tjänsten

Som tidigare diskuterats är en förutsättning för vårdnära service att det görs klara gränsdragningar och definitioner av vilka arbetsmoment/tjänster som ska ingå. Utifrån detta kan sedan tjänsten kostnadsbedömas. Här är framförallt två saker strategiskt viktiga att titta på:

- Är det en "grundtjänst", ett paket som gäller för alla avdelningar eller finns det delar som är tilläggstjänster? Denna fråga kommer att påverka möjligheten till både flexibilitet för kunden och hur arbetet kan bedrivas med stordriftsfördelar för serviceorganisationen.
- Kvaliteten och kostnaden för tjänsten beror till stor del på hur väl serviceorganisationen är organiserad och hur duktig den är på att beskriva sina processer. Det krävs fokus på innovation och kompetensutveckling för att få även vårdnära service att vara kostnadseffektiv och hålla hög kvalitet.

Ett tips från flera förstudier är att lägga kostnaden centralt och inte belasta avdelningen, samma resonemang finns när det gäller exempelvis lokalkostnader och materialförsörjning. En förutsättning är dock att den vårdnära servicen är en grundtjänst.

Kostnader för att införa VNS, utredningar, pilotstudier, planering, rekryteringskostnader för ny personal, kompetensutveckling, informationsinsatser, eventuella utvecklingskostnader m m måste även beaktas.

Nytta – direkt och indirekt

Den nytta som det innebär att lägga vårdnära servicetjänster hos serviceorganisationen är svårare att mäta och omvandla till kronor och ören. Den består dels i direkta effekter, exempelvis frigjord vårdtid på avdelningen men även av indirekta effekter som exempelvis minskad risk för vårdrelaterade infek-

tioner. Nedan följer en uppräknig av några viktiga nyttor som bör finnas med i ett ekonomiskt resonemang.

Värdet av tiden?

Ett bärande resonemang är att frigöra tid för vårdpersonalen, att låta rätt person göra rätt arbetsuppgifter. I flera pilotprojekt har tidsstudier gjorts och det går att konstatera att det finns en reell potential att frigöra tid till vårdpersonal genom att ta över arbetsuppgifter som exempelvis patienttransporter, förrådshantering och lokalvård.

EXEMPEL 3. Östersunds sjukhus (se även bilaga 2, Rapport översyn bemanningsmål och arbetssätt, CMS)

En undersökning som gjorts nyligen på 6 medicinavdelningar på Östersunds sjukhus visar tydligt vad undersköterskor och sjuksköterskor gör på en avdelning. Undersökningen grundar sig på två veckors noggrann registrering av arbetsuppgifter varje kvart.

Tidsmätning på sex avdelningar vid Östersunds sjukhus

	Timmar	Procent
Allmän omvårdnad	250	33 %
Specialiserad omvårdnad	154	20 %
Dokumentation	58	8 %
Rond	19	3 %
Rapportering	79	10 %
Telefon	23	3 %
Transporter	11	1 %
Rast/paus	77	10 %
Utvecklingsarbete	18	2 %
Övrigt	67	9 %
Totalt	756	100 %

Övrigt arbete, som lokalvård, förråd, beställningar, köksarbete, hämta läkemedel osv, utförs mest av undersköterskor, ser man bara på dem och tar bort sjuksköterskornas tid så lägger de 42 timmar per dygn eller 13,5 % av sin arbetstid på övrigt arbete.

En viktig fråga är naturligtvis hur den frigjorda tiden för vården ska värdesättas? Det beror i stor utsträckning på hur väl vården kan använda tiden, en kvart där, en halvtimme där och tjugo minuter där under ett dygn ska summeras till heltidstjänster och tas med i schemaläggningen.



Risken för uppsägningar är mycket liten då det är hög efterfrågan på personal med vårdutbildning. Däremot kan det finnas anledning att se över bemanningen mellan avdelningar på ett sjukhus som kan leda till att personal flyttas mellan olika avdelningar.

Personalförsörjning

En annan aspekt av tiden som frigörs för vården är personalförsörjningen. Prognoserna är tydliga och visar på den brist som kommer att råda. Att mildra den framtida bristen genom att dels använda sin personal mer effektivt, undvika dyra inhyrningar av personal och att vara en attraktiv arbetsgivare för framtida vårdpersonal är svårt att kvantifiera i nyttoenheter men är självklart viktigt.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) – siffror på potential

Nästan var tionde sjukhussäng i landet upptas av en patient med vårdrelaterad infektion vilket medför ca 750 000 extra vård dagar till en kostnad av 6.5 miljarder kronor årligen. Skulle det gå att minska infektionerna med 30 procent så betyder det en minskning med 225 000 vård dygn, och frigjorda resurser på över två miljarder kronor.

Enligt SKL:s nya rapport är korrekt utförd städning en av framgångsfaktorerna för att minska de vårdrelaterade infektionerna vilket en yrkesutveckling av den vårdnära servicen i hög grad skulle kunna bidra till (mer om detta står på s 49).

Professionalisering

Slutrapporten för projektet ”Projekt måltider” i Västra Götaland pekar på att det som påverkar patienten är snarare hur serveringen går till inte själva produktionsmetoden, det professionella bemötandet. I slutrapporten för utredningen kring servicepaket, även detta från Västra Götaland, är det tydligt att det finns en stor potential i att standardisera och professionalisera bl a materialförsörjningen. Potentialen finns i begränsad sortimentsbredd, minskade lagernivåer och därmed kapitalbindning, minskat ytbehov och kortare processtider. Samma erfarenheter har gjorts i Östergötland där man sedan något år tillbaka har en standardiserad och effektiv förrådshantering.

Slutsats

Hypotesen i denna skrift är att ur ett koncernperspektiv och med en tydlig satsning på innovation och kompetensutveckling väger nyttan med vårdnära service tyngre än kostnaderna.

Genom bättre teknik, större kunskap och ökade möjligheter till standardisering i processerna kan den vårdnära servicen levereras och genomföras både kostnadseffektivare och med högre kvalitet.

Resonemanget ovan förutsätter dock att möjligheterna utnyttjas på ett effektivt sätt på det lokala planet. De lokala chefernas förmåga att leda och styra blir en viktig förutsättning, såvida man inte tänker sig en mer central styrning av verksamheten framöver.



Hur planera vårdnära service?

Att kartlägga och beskriva verksamheter i termer av olika processer är viktigt i all verksamhetsutveckling. En process är en sammanhållen kedja av händelser som utgår från ett behov och leder fram till ett resultat, en leverans. I det här kapitlet diskuteras processerna för vårdnära service och kopplingen till patientprocessen samt vad som krävs i form av nytänkande för att utveckla vårdnära service.

Processtänkandet är i dag den vedertagna utgångspunkten för att planera verksamheten i de flesta branscher, även inom rena tjänsteverksamheter. Ett exempel på en serviceprocess är mathanteringen. Den startar med ett behov och sedan bestäms vad som ska lagas. Därefter inhandlas, lagas, förpackas, distribueras och serveras maten som ska vara rätt tempererad, god, varierad och näringsriktig. Slutresultatet är beroende på hur de olika stegen genomförts och det blir inte bättre än vad den sammanhållna kedjan av händelser – processen – åstadkommer.

På samma vis kan en hel vårdenhet eller avdelnings verksamhet beskrivas som olika processer. Behandlingen av patienter är huvudprocessen som stöds av processer för administration och service.

Med den administrativa processen i botten kan man öppna tidbokningen för patienterna och förhoppningsvis kunna erbjuda så många patienter som möjligt tillgänglighet utifrån givna resurser. Slutmålet är att ha rätt bemanning vid rätt tidpunkt för att möta det vid var tid uppkomna behovet, d v s effektiv vård av hög kvalitet med bra tillgänglighet (korta väntetider). Andra

viktiga processer kan vara remiss- och journalhantering. Att jobba smartare och mer strukturerat administrativt sett kan öka arbetstillfredsställelsen och minska riskerna för stress.

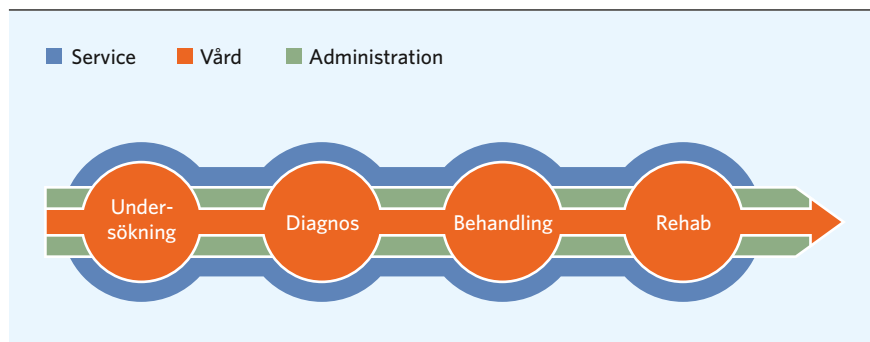
Serviceprocesser

Även inom vårdnära service finns olika processer som bör kartläggas och beskrivas. Hur städprocessen ser ut och vilken leveranskvalitet den har, bestäms av svaren på ett antal frågor som bör ställas. Hur ofta och grundligt ska städandet utföras? Vid vilka tidpunkter fungerar det bäst att städa? Vilka hygienkrav ska ställas på städningen? När kan den ske så att den inte påverkar eller stör patientarbetet mer än absolut nödvändigt?

På motsvarande sätt måste måltids- och förrådshantering och de andra tjänsterna kartläggas och beskrivas. De i rapporten beskrivna exemplen från Norrbotten och Holland vittnar båda om betydelsen av processkartläggning. En bra kartläggning utvecklar också ett språk och bygger upp en begreppsapparat som gör diskussion, planering och genomförande möjlig på ett nytt vis. En bra processkartläggning identifierar direkt och tydligt förbättringsområden. En bra kartläggning är nyckeln till utvecklingen av både vårdnära service och vårdverksamhet i allmänhet.

Som tidigare diskuterats i kapitel tre, och som förtjänar att upprepas, är att de tre delarna vård, service och administration är tätt sammanlänkade med varandra. De bör planeras i ett integrerat sammanhang på den lokala enheten. Vårddelen behandlar patienten, den administrativa ger förutsättningar för patientens väg genom vårdapparaten och servicedelen stödjer båda processerna.

FIGUR 11. Patientprocessen



Processkartläggningen måste vara lokal

All planering bör utgå från den lokala enheten och dess verksamhet. Det är där dagens verklighet finns och det är där det går att förändra och utveckla. Att införa vårdnära service är ett utvecklingsarbete med den ständiga jakten på förbättring som främsta ledstjärna. Men för att det ska kunna ske måste man veta var man befinner sig i nuläget och också skapa en målbild som beskriver vart man vill komma. Vägen mellan nuläget och målbilden består av ett antal åtgärder som behöver vidtas direkt eller senare. En typ av verksamhetsplan, eller affärs- eller strategiplan som det ofta kallas på ett företag, är något som beskriver enhetens och verksamhetens mål och utveckling framåt i tiden. För att säkerställa att arbetet kommer igång och genomförs är troligtvis ett centralt inriktningsbeslut och stöd av stort värde och en förutsättning.

Processkartläggning är både ett mål och ett medel

Genom arbetet med att beskriva sina processer uppnår man ett mål i sig, alla på enheten vet hur det ser ut och fungerar idag. Man får en gemensam karta över verkligheten. Kartan skapar insikter, reser många frågor och alla på enheten får förhoppningsvis en gemensam referensram att utgå från som planeringsunderlag.

Nulägesbeskrivningen, kartan, blir också ett medel då den kan användas som underlag för den diskussion om den framtida målbilden som naturligen blir nästa steg i arbetsprocessen med översynen av enhetens sätt att verka.

Målbildsdiskussionen handlar i hög grad om att ifrågasätta nulägesbeskrivningen och betrakta enheten ”utifrån och in”. Gör vi det här på bästa möjliga sätt jämfört med andra? Leder det här till större arbetstillfredsställelse och långsiktigt mer nöjda medarbetare? Får medarbetarna möjligheter att utvecklas i sina yrkesroller som vi arbetar idag? Är det här bästa sättet för våra patienter? Kommer nya kunder att välja oss framför andra alternativ? Kommer vi själva och framtida medarbetare att se oss som en modern och attraktiv arbetsplats jämfört med andra? Får vi ut det mesta möjliga av våra resurser? När vi uppsatta ekonomiska och leveransmässiga mål? Kan vi jobba smartare istället för att bara springa fortare?

Om man kan utveckla processbeskrivningarna så att de även omfattar den framtida önskade målbilden, bli genom svaren på frågorna ovan, har man fått ett dokument som kan användas i många syften. Det är underlag för en ny arbetsorganisation, det beskriver tydligt verksamheten för såväl befintliga som nya medarbetare och det kan vara underlag för utbildningsinsatser

för den egna personalen. Det är ett underlag för att fastställa framtida rekryteringsbehov inklusive arbetsbeskrivningar och för inköp av utomstående tjänster, exempelvis olika typer av vårdnära service.

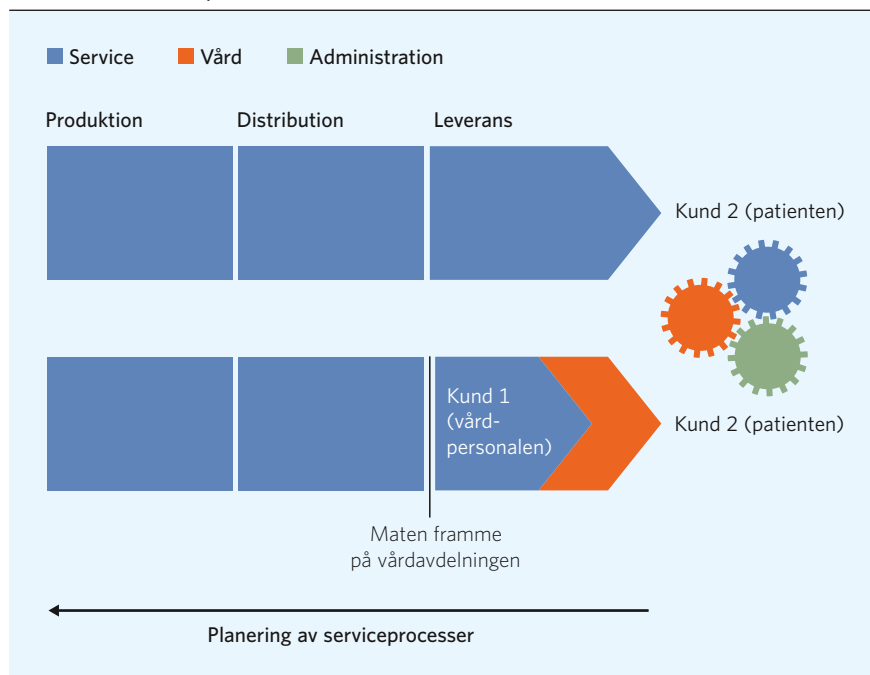
Vårdnära service måste enhetsanpassas

Det är främst två faktorer som gör att den vårdnära servicen i leveransmomentet måste skraddarsys till varje enhet för att kunna ”kugga i” vård delen. För det första måste vårdnära service-insatser planeras och utföras utifrån den specifika enhetens förutsättningar, man måste veta när, var och hur leveransen ska ske. Om kosten ska serveras vid ett och samma tillfälle eller om den ska serveras när som helst på dygnet påverkar exempelvis förpackning och distribution. Har vård enheten dessutom patienter med särskilda behov eller preferenser måste även detta ingå i processen.

Det andra som också gör vårdnära service lite speciellt är att processernas leveransmottagare, kunderna, kan vara antingen enheten själv inklusive dess personal eller patienterna eller både och. Vi tar exemplet med kosten. På många enheter består leveransen av mat som serveras direkt till patienten, men på t ex en strokeavdelning består leveransen av mat som vårdpersonalen sedan måste hjälpa patienten med genom matning. På samma sätt kan t ex förrådshanteringen omfatta såväl arbetskläder som patienternas sänglinne, d v s egentligen ha två leveransmottagare att förhålla sig till.

I figur 12 beskrivs två matprocesser. Den övre delen beskriver en process som når ända fram till patienten (kund 2), medan den under går fram till enheten och vårdpersonalen (kund 1) som sedan slutför leveransen till kund 2 (patienten) genom hjälp med matning. Matprocessen måste sedan ”kugga i” vårdprocesserna och administrativa processerna (bemanningssituationen vid olika tidpunkter på dygnet). Om leveransen är tydligt beskriven kan produktion och distribution standardiseras även om själva leveransen kan ske på olika sätt. Detta är en komplicerande faktor för en leverantör av den vårdnära tjänsten kosthållning. Man måste planera ”uppströms” enligt pilen.

FIGUR 12. Två olika matprocesser



Vårdnära service, en utmaning även för leverantörerna

Eftersom de vårdnära tjänsterna är stödfunktioner till vårdprocesserna och inte planeras och utförs parallellt utan i beroendeförhållanden till dessa, är det en särskild utmaning att finna var och hur dessa tjänster ska kunna integreras med övrig verksamhet på den lokala enheten. Med en tydlig kartläggning och funktionsbeskrivning underlättas en leverantörs förutsättningar att kunna planera och verkställa sina leveranser, men också öka förmågan att ”kugga in” i enhetens verksamhet på ett bra och smidigt sätt (t ex när det handlar om att arbeta i team med vårdpersonal). För en leverantör av vårdnära tjänster är det också viktigt att i detalj känna till leveransförutsättningarna för att därifrån kunna planera produktionsprocessen ”uppströms”, d v s från leveransen av den aktuella vårdnära tjänsten hela vägen tillbaka till starten på produktionsprocessen.

Återigen kan kostexemplet användas. Om man ska leverera mat som ska serveras patienterna så ser det ut på ett sätt, ska den levereras för att vårdpersonal ska hjälpa till med matning så ser det ut på ett annat. Vet man dessutom att patienterna finns på enheten mellan en till fyra dagar, att det finns 20 vårdplatser och att bemanningen består av ett visst antal personer med



vårdutbildning som finns på plats mellan olika tidpunkter så påverkar det också hur den vårdnära servicen ska utformas. Sådana kända förutsättningar kan påverka både tillagning, näringsinnehåll, förpackning, uppvärmnings-sätt, distribution och transport samt leveransplats. Ska detta kunna standardiseras för att utföras med hög kvalitet och till rimliga kostnader så är kännedomen om de exakta förhållandena på enheten värdefull när tjänsterna både planeras, kostnadsberäknas och levereras.

Således ligger det både i enhetens och i leverantörens intresse att det finns tydliga kravspecifikationer för såväl samarbetsformer som för leverans. Med bra dokumentation vet man också hur kvaliteten ska följas upp och hur den eventuellt senare kan förbättras. Med tydlig dokumentation följer även möjligheten att skapa balanserade incitamentsstrukturer i betydelsen att "går det hela bra" finns det fördelar för båda parter. Båda parter har då incitament att hela tiden försöka att utveckla och förbättra samarbetet genom en win-win-situation.

Nytänkande på alla nivåer krävs

Hur ska man tänka kring renodling av arbetsuppgifter och uppdelning inom hälso- och sjukvården? Hur kan man starta ett arbete med utveckling och effektivisering i de olika delarna? Hur ska man kunna utveckla och etablera den vårdnära servicen som en viktig beståndsdel inom hälso- och sjukvården? Hur ska servicedelen komma upp till samma utvecklingsnivå som andra delarna och sedan fortsätta att utvecklas i samma takt som den? Hur ser man till att servicedelen bli en integrerad och viktig del av helheten, att de olika delarna kuggar i varandra och går i takt? Det går, men det krävs sannolikt en del nytänk på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Här följer exempel på olika saker att tänka på och utveckla för att komma till ett nytt synsätt, där vårdnära service utgör en egen och tydlig funktion.

- Serviceutveckling är en investering. Det vi eventuellt tycker är kortsiktiga kostnader idag ger långsiktiga positiva effekter för alla parter senare. Omställning kostar och tar tid, men är nödvändig för framtida framgång.
- Verksamhetsbeskrivning och planering utgår från ett holistiskt synsätt med tre tydliga delar. Fastna inte enbart i vårddelen och dess villkor och traditioner. Tänk förstklassig medicinsk behandling i kombination med effektiva patientflöden och högkvalitativa serviceinsatser. ”Hög kompetens i samverkan” borde bli devisen.
- Tänk utifrån och in” för att kunna attrahera såväl nya kunder och patienter som medarbetare.
- Ny organisering och nytt kompetensbehov identifieras på enhetsnivå. Tänk team mellan vård och den servicemässiga insatsen runt patientnära insatser. Jämför den modell som tillämpas i Holland bland annat.
- Vårdnära service behövs 24 timmar om dygnet alla dagar i veckan och inte bara under kontorstid.
- Ny teknik, utveckling och innovationer behövs inom serviceprocesserna. Tekniska innovationer inom vårdnära service-området för produktion, distribution och leverans. Jämför utvecklingen av nya städmetoder, hantering av mat, ny utrustning för städning och transporter etcetera.

- ”Optimerad samverkan” underlättas av gemensam planering. Processutveckling gynnas av personer med fördjupad kunskap inom olika områden. Hur kombinera och balansera interna egna vårdresurser med andra kompetensresurser?
- Utveckling av beställarkompetens. Hur upprätta tydliga definitioner för att kunna formulera och följa upp kvalitet för servicedelarna? Hur säkerställa fortsatt innovationskraft genom konstruktiva, och inte kontraproduktiva, incitamentsmodeller mellan beställare och utförare? Hur säkerställa och främja en fortsatt successiv utveckling som båda parter kan tjäna på? Det gäller gentemot såväl sjukhus- och landstingsinterna funktioner som mot externa aktörer.
- Det är viktigt att varje del (vård, service och administration) utvecklas i samklang och inte på bekostnad av varandra.
- Ett nytt och utvecklat ledarskap med en multikompetens som klarar att styra helheten rätt. För det krävs investeringar i kunskap och utbildning.
- Förändringen genomsyrar hela organisationen. Förändringsvindarna måste komma uppiifrån genom tydliga inriktningsbeslut, investeringsbeslut och återkommande tydliga signaler om att den inslagna vägen är den riktiga och sannolikt enda vägen.

Vad är katalysatorn som får igång utvecklingen?

Det finns genom den ökade konkurrenssituationen goda incitament för de flesta att fundera på hur man ska utveckla och förbättra sin verksamhet. Konkurrens är, tillsammans med personalbrist och teknisk utveckling, en katalysator för ett påskyndande av förändringar. Således är det största verkliga utvecklingshindret på organisationsnivå sannolikt undanröjt, nämligen förståelsen för behov av nytänkande. Men det går inte att bortse från att det på individnivå fortfarande finns ”särintressen”.

Det är viktigt att alla samverkar och deltar konstruktivt i utvecklingsarbetet och inte sätter egna intressen framför möjligheten att skapa en bra helhet. Om en sådan situation, där särintressen sätts före gemensamma intressen, skulle uppstå måste det finnas handlingsberedskap även för det.



Isak från serviceorganisationen arbetar med materialförsörjning på sjukhuset (vårdavdelningarna).
Foto: Capio S:t Görans Sjukhus.

Tips för att få igång utvecklingen

- › Insiktsskapande genom olika former av utbildning brukar kunna bidra positivt, inser man problemet och orsaken är det lättare att acceptera lösningen.
- › Förändrade beteenden är en annan metod för att åstadkomma långsiktig och beständig förändring. Våga prova, utvärdera och prova igen.
- › Benchmarking (mäta och följa upp nyckeltal) och ”exemplets makt” (går det att göra hos dem borde det gå även för oss) är två andra exempel på medel för att åstadkomma förändring i det egna agerandet.
- › Revisionsarbetet inriktas och utvecklas med särskilda avstämningspunkter även för servicedelarna, utbilda både intern- och externrevisorerna i dessa frågor.



Vad krävs för att lyckas införa vårdnära service?

Vilka är framgångsfaktorerna?

Ett tydligt och delaktigt ledarskap med support och beslut uppifrån

En organisation behöver en ledning som pekar ut möjligheter och mål för medarbetarna på alla nivåer. En tydlighet som visar på vad som kan vinnas med att göra saker på ett annat sätt och som stöttar hela vägen dit. En viktig faktor för att lyckas med effektiviseringsarbetet är ett tydligt ledarskap.

Idag när de flesta beslut delegerats ner på enhetsnivå saknas många gånger enhetliga och tydliga signaler från hela ledningskedjan. För att lyckas med en tydligare renodling av arbetsuppgifter krävs en tydlighet och delaktighet från den översta ledningsnivån, d v s ända från politiker och chefstjänstemän ner till enhetsnivån. Där, på enhetsnivån, krävs sedan ett ledarskap som är rustat för att leda och genomföra förändring vilket i sig kräver sina specifika kunskaper och färdigheter.

Påverka kultur och tradition genom insiktsskapande

Det är viktigt att inte fastna den kultur och det arbetssätt som tidigare funnits utan att våga utmana gamla traditioner exempelvis verksamhetens planeringstänkandet utifrån ”resursernas behov” snarare än utifrån ”patienternas behov”, det vill säga utifrån och in.

Nyfikenhet på hur andra löst uppgiften, attityden att man inte måste uppfinna allt själv (”stolen with pride” och ”not invented here-syndromet”) är några av de drivkrafter som bör uppmuntras respektive bekämpas. Att medverka till att sprida goda exempel är i sig en viktig uppgift. Således kan även kommunikationsfunktionerna aktivt bidra till framgång inom utvecklingen

av vårdnära service-koncept. ”Exemplets makt” är ett vanligt sätt att utveckla organisationer, ”kan de så kan vi”. Men då måste exemplen finnas och berättas om.

En övergripande plan för strategisk kompetensförsörjning

Idag saknas på många håll en övergripande ”karta” och strategisk kompetensplanering som beskriver hur det kommande behovet av olika kompetenser ser ut. I och med detta finns inte heller någon långsiktig plan för vilka åtgärder som krävs för att möta det kommande behovet. Det är ofta den enskilde enhetschefen som själv får fatta beslut om hur kompetenssammansättningen på enheten ser ut vilket medför att man ofta rekryterar ”ett till ett”, d v s om det slutar en sjuksköterska ersätts den med en ny, även om det kanske vore bättre att istället rekrytera annan kompetens.

En fråga som måste diskuteras är hur man framöver hanterar personal som av olika anledningar inte längre kan arbeta med direkt patientarbete. Idag löser man ofta den frågan genom att låta dessa personer få någon form av administrativ- eller serviceuppgift i stället. Inte för att personen i fråga besitter sådan kompetens utan som en åtgärd för att lösa ett personalproblem. Med en tydligare utveckling av såväl administration som service kommer den möjligheten att minska. Här krävs strategier för att identifiera utvecklingsmöjligheter för berörda medarbetare snarare än att ”placera om” dem.

”Utgångspunkten måste vara värdet för patienten. Överlag saknas att utgångspunkten är patientens vårdprocess med aktiviteter som utförs av olika yrkesgrupper. Vad skulle hända om vi började med att definiera vilka aktiviteter som behövs för att patienten ska få en god och säker vård?”

Projektledare

Identifiera och hantera motstånd

Ett visst motstånd mot att överföra arbetsuppgifter från vård- till servicepersonal har framkommit. Främst från undersköterskehåll då man ser en risk i att bli framtagna arbetsuppgifter. Det handlar också ibland om att man ser såväl service- som administrativa arbetsuppgifter som sådana man kan ”vila i” en stund och komma bort från det ofta krävande patientarbetet. Här är viktigt att lyfta fram fördelarna och möjligheterna med att få använda sin kompetens på rätt sätt.



Samverkan med patientprocessen som utgångspunkt

Det krävs som tidigare nämnts att diskussionerna kring bemanning utgår från patientprocessen och vilka kompetenser som behövs för att på ett effektivt och säkert sätt föra patienten genom vården. Genom att utgå från patientprocessen och ställa sig frågan vilken kompetens som krävs för att kunna leverera en god säker vård skapas tydlighet och insikt hos alla och en var hur behovet verkligen ser ut. Därefter kan frågan om vem som ska göra vad hanteras.

Planera för att ta hand om och absorbera den frigjorda tiden

Om man lyfter bort serviceuppgifter från vårdpersonal är det viktigt att ha en plan för hur man tar vara på den frigjorda tiden. Har man inte en sådan plan realiserar inte flera av de påvisade fördelarna med införandet av vårdnära service. Man ökar inte behandlingskapaciteten vilket innebär att tillgängligheten eller vårdkvaliteten heller inte ökar. De resurser som frigörs genom att kompetent servicepersonal tar över måste tas om hand av vård delen som av bl a det skälet måste vara aktiv och delaktig i processen att renodla arbetsuppgifter.

Väl genomtänkta pilotprojekt

Att genomföra ett pilotprojekt innan man fattar beslut om en permanent förändring, oavsett vad det gäller, är ofta en god idé. Men avgörande för hur resultatet för projektet blir är hur väl genomtänkt, förberett och förankrat pilotprojektet är.

- Vad är syftet med projektet?
- Vad använder vi frigjord tid till?
- Vad gör vi om projektet lyckas eller misslyckas?

”Alla beräkningar visar på att det fanns en effekt. Effekten uppstod i vården men för att ta hem vinsten måste förändringen göras i vården – en part som inte varit med.”

Fd projektledare för VNS projekt

Innan start måste beslut fattas om vad man vill uppnå. Vad är syftet med pilotprojektet? Är det att minska kostnader och spara pengar? Eller är det att öka kvaliteten på vården? Eller ska tiden och servicen till patienterna öka? Eller förbättra arbetssituationen genom att avlasta vissa medarbetare? Syftet måste vara genomtänkt och kommuniceras till medarbetarna.

En annan viktig fråga när det gäller att överföra arbetsuppgifter är, som tidigare påpekats, vad vi använder den tid till som frigörs från vårdpersonal när vi inom ramen för pilot-projektet överlåter uppgifter till servicepersonal. Det bör finnas en tydlig plan för vad den tiden ska användas till redan vid projektstarten:

- Ska bemanningen minskas eller nyrekrytering utebli inom den yrkeskategori från vilken arbetsuppgifter flyttas?
- Finns det redan en tidsbrist som gör att medarbetarna inom den aktuella yrkesgruppen måste avlastas?
- Hur ska frigjord tid absorberas och användas på bästa sätt inom det medicinska arbetet?

Det är frågor som bör besvaras och kommuniceras innan pilotprojektet påbörjas. Erfarenheter visar att pilotprojekt där man inte varit tydlig i dessa frågor heller inte gått att permanenta beroende på att alternativanvändningen av den frigjorda tiden inte påvisats. Det betyder att införandet av vårdnära service har blivit en extra kostnad utan att tillföra andra värden eller besparingar.

En tredje fråga som måste besvaras innan start är; vad gör vi om piloten lyckas eller misslyckas? Det bör finnas ett tydligt och utvärderingsbart mål.

Det bör också finnas en handlingsberedskap från ledningens sida så piloten inte bara "rinner ut i sanden" och det enda som hänt är att man förbrukat resurser och fått frustrerade medarbetare som återgår till "vardagen före piloten". Eller besvikelse bland dem som utfört serviceuppgifter med stort engagemang och som bara "avpolletteras" vid projektet slut.

Bygga upp en kompetens kring vårdnära service

Det är viktigt att ända ner på detaljnivå öka kompetensen när det gäller att använda sig av vårdnära servicefunktioner. Några framgångsexempel visar på vikten av att definiera ansvar och rutiner för vem som gör vad och behovet av systematisk uppföljning. För att förbättra städkvaliteten, som ett led i strävan efter bättre totalhygien, är det viktigt att detaljer i uppdraget inte faller mellan stolarna. Ansvar för rengöring av toalettborsten måste dokumenteras och tydliggöras. En annan viktig del av den nya kompetensen är att mäta och följa upp resultat.

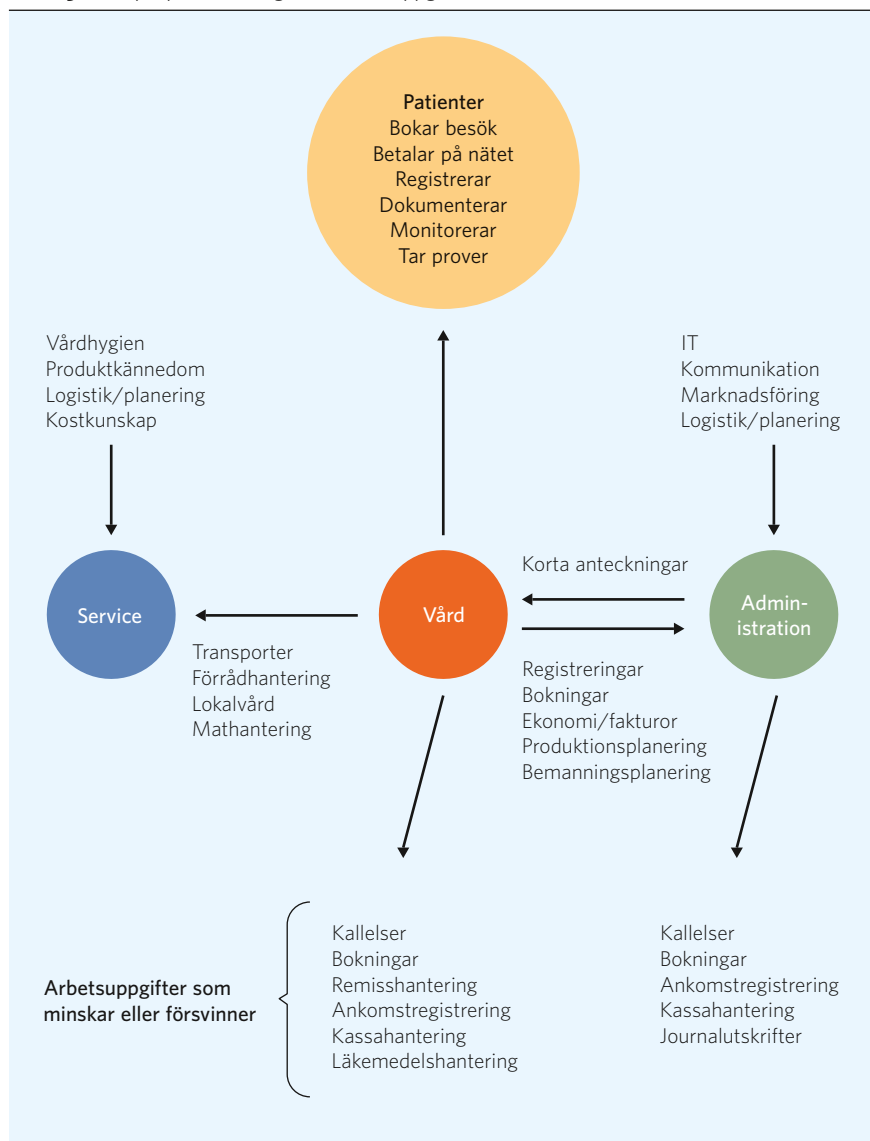
Systematisk uppföljning och snabba åtgärder för förbättring är synnerligen viktiga. Att gå igenom städkvaliteten med företrädare från både städ- och vårdsidan, dokumentera brister och åtgärder och systematiskt ha "jakten på ständiga förbättringar" som ledstjärna påverkar hur resultaten successivt och långsiktigt kan förbättras.

Renodling av arbetsuppgifter och "nätet" kan bidra med framtidslösningar

Med en tydligare renodling skulle många arbetsuppgifter kunna överföras, minska eller försvinna från vårdpersonalen. Om den vårdnära servicen kan frigöra patienttid som sedan kan absorberas av vården samtidigt som den administrativa delen kan planera och effektivisera patientprocessen skapas förutsättningar för väsentliga effektiviseringar. Om patienterna, som en följd av administrativ utveckling och ökat nätanvändande, dessutom kan boka tider, betala och bli påmind om besökstider (vilket minskar antalet uteblivna patienter, d v s borttappad tid) är det rimligt att tro att sådana förändringar sammantaget på ett påtagligt sätt även skulle bidra till att möta behovet av ny vårdpersonal.

Figur 13 är ett försök att beskriva en trolig och möjlig förflyttning av olika arbetsuppgifter och aktiviteter inom hälso- och sjukvården som redan påbörjats men kommer att utökas framöver.

FIGUR 13. Exempel på förändringen av arbetsuppgifter och aktiviteter



En förflyttning av olika arbetsuppgifter mellan de tre delarna vård, service och administration samt vad patienterna själva hanterar eller kommer att kunna hantera. Det som flyttas från vården till vårdnära service är exempelvis hantering av tvätt- och materialförråd (beställer, plockar in och ur). Transporter av patienter och provrör samt avfall/sopor.

Gällande lokalvård så är det den patientnära städningen på patientrummen som menas här (sängbord, sängar, toaletter etc.), inte gemensamhetsytor vilka redan idag städas av servicepersonal.

Mathantering avser beställningar och de kökstjänster som utförs på vårdheten inklusive servering av maten till patienterna.

Handlingsprogram för införande av vårdnära service

Hur kan man praktiskt gå till väga när man tänker, planerar och inför förändringar i allmänhet och vårdnära service i synnerhet. Handlingsprogrammet är skrivet utifrån ett enhetsperspektiv, men kan användas av flera nivåer och funktioner. Den bör då översättas till för dem relevanta åtgärder.

Se på verksamheten ur ett helhetsperspektiv

Utgå från den lokala enheten. Definiera nuläget (processer, arbetsfördelning och arbetsbeskrivningar). Fundera kring renodling av arbetsuppgifter och yrkesutveckling. Vad det är och vad det skulle kunna innebära. Involvera medarbetarna på ett tidigt stadium och skapa insikt om möjligheterna. Se vilka arbetsuppgifter som skulle kunna överföras till icke vårdutbildad personal. Definiera de olika processerna så tydligt som möjligt, fastställ gränserna inom yrkesrollerna, mellan dem och även externa intressenter som t ex remitterande andra vårdenheter. Gör en så bra karta som möjligt. Arbetsprocessen fram till kartan är lika viktig som själva kartan. Bedöm också komplexiteten i verksamheten. Ta fram olika nyckeltal; antal patienter per tidsperiod etc. Hur går det för oss jämfört med andra? Hur ser våra rekryteringsbehov ut? Och så vidare.

Våga ifrågasätta den nuvarande ordningen

Vad behöver vi göra för att möta patienternas behov och krav? Skulle du själv välja din egen enhet om du vore kund? Ställ den kritiska frågan: Vad gör vi idag, vem gör det och skulle det kunna utföras av någon annan och hur skulle det i så fall gå till? Hur skulle en renodling av arbetsuppgifter kunna se ut? Vad skulle vi då kunna åstadkomma i form av tillgänglighet, mindre stress, patientservice, hygien etc? Vad tycker vi själva är den största bristen med dagens arbete, går det att åtgärda?

Definiera tydliga ansvarsområden

Om svaret är att vi skulle kunna dela upp våra uppgifter i tre delar så gör en grov uppdelning av olika ansvarsområden. Vad är behandlingsrelaterade uppgifter och processer, vad är det inte? Vilka vårdresurser skulle kunna frigöras om vi överförde en del uppgifter från vårdpersonal? Vad skulle det innebära? Hur ser respektive delområdes processer ut? Var går de i varandra (se processkartläggning, kartan ovan)?

Tänk igenom vad som händer om vi gör uppdelningen

Ställ sedan frågan hur vi skulle planera dessa tre delområden i vardagen och här på enheten. Hur undviker vi att saker hamnar mellan stolarna och hur

undviker vi eventuellt ”skavande”? Vad gör vi med frigjord patienttid? Ska vi tänka i patientteam, arbetsprocesser och/eller i ”funktionsstuprör”?

Vilka för- och nackdelar för en uppdelning med sig? Se på frågan ur flera perspektiv; patienterna, verksamheten, medarbetarna o s v. Räkna och uttryck saker i siffror. Siffrorna bidrar till att skapa en uppfattning om åtgärdernas betydelse och ger underlag för framtida uppföljning.

Fundera på hur vi kan åstadkomma renodling av arbetsuppgifter i praktiken

Hur och vem klarar att leverera och utveckla administration och service? Kan vi utveckla egna medarbetare? Finns det att få tag på resurser för service? Finns de ”i eller utanför huset”? Hur ”köper vi in” dessa resurser på ett bra sätt? Hur definierar vi mer i detalj vad vi vill ha hjälp med?

Säkerställ att ledningen ovanför ger sitt bifall och stöd

Ta reda på andra som genomför liknande projekt och fråga efter erfarenheter. Ta hjälp av den kompetens inom olika områden som står till buds i form av ”internkonsulter”. Fråga de interna servicefunktionerna om deras olika ”tjänstepaket” för städning, transporter, mat o s v.



Genomför en del i taget och prova och utvärdera

Börja med det enklaste och mest uppenbara förändringsförslaget ("långt hängande frukter"). Prova, men tänk igenom och planera försöket ordentligt. Försök att nå tydliga förbättringar på olika sätt så snart det går. Ha tålamod och arbeta målmedvetet.

Följ upp och räkna hem

Följ noggrant händelseutvecklingen och mät kvalitet och resultatet på ett systematiskt sätt. Skaffa en egen kunskap om vilka saker som fungerar och vilka som kan fungera bättre och åtgärda successivt.

Öka tempot i förändringen

Utveckla införandet av vårdnära service och bättre administrativa rutiner och planering i ett allt högre tempo. Framgång föder framgång. Efterfråga hjälp i form av IT-lösningar med mera från andra delar av organisationen, men vänta inte med att göra saker tills de eventuellt kan bistå. Hamna i en positiv spiral, följ noggrant utvecklingen utanför "boxen".

Det som utmärker många duktiga företag och organisationer är att de betraktar förändring som ett permanent tillstånd, de benämns ibland lärande organisationer på jakt efter ständiga förbättringar. Att kunna utvecklas både som enhet och individ är ett tydligt tecken på en verksamhet i harmoni. Motsatsen är byråkrati, kortsiktighet och hierarki.



Hur kan man på övergripande nivå stödja utvecklingen av vårdnära service?

Att utveckla den vårdnära servicen är ett omfattande och långsiktigt arbete. Det kommer att ta tid och kräva tålamod. Det kommer att behövas insatser på alla nivåer, såväl central och regional som lokal nivå. Det är främst inom några områden som stöd i olika former behövs.

Bekräfta den potential som finns med att införa vårdnära service

För att fastställa den totala potentialen bör ett antal fallstudier inledas. Att kvantifiera och uttrycka potentialen ger en vägledning för hur det fortsatta utvecklingsarbetet ska bedrivas och prioriteras. Studien bör omfatta olika typer av vårdenheter för att identifiera var och hur vårdnära service mest och bäst kan komma att bidra till att bli en del av vårdens framtidslösning.

Avsätt centrala medel

Flera av de landsting som arbetat med olika pilotprojekt inom vårdnära service framhåller att det varit en framgångsfaktor att kostnaderna för projekten tagits på central nivå och inte belastat de aktuella enheterna.

En gemensam insikt

Skapa forum för att nå ut med information och utbildning om vårdnära service. Idén med vårdnära service måste säljas in på alla plan. Från politiker till den senast anställda på en vårdenhets. Skapa en diskussion om behovet av effektivisering och vad en renodling av arbetsuppgifter skulle kunna föra med sig.

Bidra till att utveckla tjänsterna

Om vårdnära service ska kunna realiseras och bidra till vårdens effektivisering måste frågorna tas till absolut översta nivån. Skapa forum där leverantörer av vårdnära service kan mötas och utbyta erfarenheter. Idag finns det både interna och externa leverantörer av tjänsterna, men de bör kunna hjälpas åt att utvecklas. Kanske i ett branschorgan för vårdnära service? Kanske med stöd från akademisk forskning?

Ett gemensamt språk

Ingen utveckling går framåt om man inte kan kommunicera kring frågan. Genom att ta fram allmänt accepterade, spridda och använda definitioner och bygga upp en begreppsapparat kring vårdnära tjänster kan man få en konstruktiv diskussion och utveckling till stånd.

Ett utvecklat ledarskap

Ska vårdnära service få genomslag på bred front måste det utvecklas på lokal nivå. Där spelar det lokala ledarskapet en viktig roll för att nå framgång. Riktade utbildningsinsatser inom "det nya ledarskapet" behövs för chefer på alla nivåer. Det behövs också utbildningsinsatser riktade mot medarbetarna för att åstadkomma den samsyn som är en grogrund för bestående förändringar.

Gör vårdnära service till ett personalstrategiskt verktyg

I den diskussion som uppkommit kring personalbrist inom vissa yrkesgrupper bör vårdnära service finnas med som en del av lösningen. Diskutera och utbildna HR-funktionerna i de möjligheter vårdnära service ger för framtiden.

Lyft fram goda exempel

Utan att prova sig fram händer inte mycket. Pengar för att testa bör avsättas. Sprid den erfarenhet och de kunskaper som successivt byggs upp. Uppmuntra forskarsamhället att bidra med studier och analyser kring de "nya" yrkesrollerna genom att bjuda in dem till en diskussion och debatt kring dessa frågor.

Mät och följ upp

Utan att kunna påvisa konkreta fördelar med att utveckla de vårdnära tjänsterna får de inte ett brett genomslag. Utveckla benchmarking ytterligare inom vårdnära service-området. Ett allmänt vedertaget kvalitetsregister och rankingsystem anpassat för vårdnära service leder till att ”best demonstrated practice” kan spridas. Ta in mätetal för vårdnära service i t ex landstingens Benchmarkingprogram.

Särskilda serviceutbildningar för att höja skicklighet och status

Om man ska kunna höja kvaliteten på arbetet med vårdnära service för att skapa en särskild kompetens och stolthet bör det finnas utbildningar med inriktning mot detta. Utbildningen bör innefatta både att leda och utföra vårdnära service.

IT och vårdnära service

För tjänster med standardiserade processer och med beställningsmoment finns det otaliga exempel på hur teknikanvändning kan bidra till att lösa frågorna på mycket mer rationella sätt. Presentera och intressera IT-specialister för frågan.

Bilagor

Bilaga 1

Utredning inför införande av ett Facility Management-koncept. Landstinget i Uppsala, 2013

Bilaga 2

Rapport översyn bemanningsmål och arbetssätt, CMS

Bilagorna finns digitalt på webbutik.skl.se. Sök på denna skrift "Vårdnära Service"

Intervjuade personer

Lisette Sällström, *projektledare, Norrbottens läns landsting*

Stefan von Below, *processägare för FM, Norrbottens läns landsting*

Mats Hallgren, *verksamhetsutvecklare, landstingsservice, Landstinget Kalmar*

Hans-Peter Ericsson, *personalstrateg, Landstinget Kalmar*

Lisbeth Cederwald, *ledningsstrateg, Region Skåne*

Karin Christensson, *projektledare, Region service, Region Skåne*

Kristina Åkerman, *byggsamordnare, Region Skåne*

Lisa Davidsson, *personalstrateg, Region Skåne*

Lena Lundberg, *verksamhetsutvecklare, landstingsservice, Landstinget Uppsala*

Lennart Bergman, *projektledare, FM projekt, Landstinget Uppsala*

Gunilla Rinne, *HR service, Landstinget Uppsala*

Brita Wirblad, *Utveckling FM-tjänster, Regionservice, Västra Götalandsregionen*

Berit Otterberg, *fd projektledare, VNS- projekt, Västra Götalandsregionen*

Magnus Sandberg, *fd projektledare, VNS- projekt, Västra Götalandsregionen*

Ulf Aronsson, *BM projektet, Västra Götalandsregionen*

Kristina Andersson, *vårdenhetschef, Strokeenheten, Lidköpings lasarett*

Cecilia Wiberg, *HR-strateg, Landstinget i Östergötland*

Charlotta Jonegård, *servicechef, Landstinget i Östergötland*

Katarina Yngve, *vårdenhetschef, Valla vårdcentral, Landstinget i Östergötland*

Eleonor Röckert, *kostspecialist, Södersjukhuset, Stockholms läns landsting*

Anders Carlson, *projektledare, programkontoret Nya Karolinska Solna, Stockholms läns landsting*

Mathias Elmfeldt, *FM- & Logistikutveckling, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting*

Torbjörn Wirf, *Servicechef, Danderyds sjukhus, Stockholms läns landsting*

Roland Canerstam, *biträdande verksamhetschef, servicegruppen, Capio S:t Görans Sjukhus*

Signe Andersson, *dietist och livsmedelscontroller, Capio S:t Görans Sjukhus*

Lena Kruse, *biträdande verksamhetschef, medicinkliniken, Capio S:t Görans Sjukhus*

Stefan Forsgren, *driftområdesdirektör, sjukvårdsservice & äldreomsorg, Sodexo*

Nicklas Nyman, *direktör inom segmentet sjukvård, ISS*

Jonas Ernäs, *ansvarig för utvecklingsfrågor och upphandlingar, ISS*

Emma Ölmebäck, *utredare, Fackförbundet Kommunal*

Helena Eriksson, *avdelningsordförande, Vårdförbundet, Östergötland*

Ragnhild Karlsson, *vice avdelningsordförande, Vårdförbundet, Östergötland*

Lästips

Facility Management på svenska

Ahrsjö Erik, 2012, Stockholm

Slutrapport Vårdnära service (VNS)

Landstinget i Östergötland, 2012

Slutrapport Projekt 10⁶

Landstinget i Östergötland, 2008: www.cev.se

Uppföljning av pilotstudie Vårdnära service

HELIX Research and Innovation Center – Linköpings universitet, 2007:
www.liu.se

Måltidsprojektet SÖS

Stockholms läns landsting, 2013: <http://www.youtube.com/watch?v=YnCOJJVUCzS> (hämtad 2014-06-25)

Projekt måltider, slutrapport

Västra Götalandsregionen, 2013, kontaktperson Magnus Sandberg

Tidsstudie för Vårdnära service

Norrbottens läns landsting, 2014, kontaktperson Lisette Sällström

Framtidens sjukvård kräver patientnära proffs. En rapport om undersköterskorna i hälso- och sjukvården

Fackförbundet Kommunal, 2013: www.kommunal.se

Ur led är tiden

Myndigheten för vårdanalys, 2013: www.vardanalys.se

Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?

Socialstyrelsen, 2004: www.socialstyrelsen.se

Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen

webbutik.skl.se, sök på rapportens namn

Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger
webbutik.skl.se, sök på rapportens namn

Servicepaketet, slutrapport

Västra Götalandsregionen, 2013. www.vgregion.se



Vårdnära service

En viktig del i framtidens sjukvård

Den här skriften handlar om vårdnära service – den delen av servicen som sker i patientens närhet. Intresset för vårdnära service och vem som ska utföra den har ökat under senare år. Grundtanken är att frigöra tid till vården genom att servicepersonalen utför den vårdnära servicen. De främsta skälen till det är en brist på vårdutbildad personal samt de möjligheter som finns att effektivisera genom att låta kompetent servicepersonal utföra den vårdnära servicen.

I skriften lyfts centrala frågeställningar och resonemang förs utifrån de erfarenheter och utmaningar som finns från tidigare pilotprojekt. Förhoppningen är att resonemangen ska bidra till att skapa eftertanke, idéer och diskussioner. Skriften bygger på en omfattande intervjustudie, studiebesök och tidigare utredningar inom området.

Denna skrift är den första i skriftserien Best Service. Skriftserien kommer att ta upp olika frågor med anknytning till serviceorganisationerna i landstingen och syftar till att ta fram och sprida kunskap.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-142-6



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se