

Framtidens arbets sätt

En skånsk Alaskamodell?



Ola Bergstrand
Specialist i allmänmedicin
Hälso- och Sjukvårdsstrateg, Primärvården Skåne

The New York Times

"All the News That's Fit to Print"

SUNDAY, JULY 22, 2012

Reprinted With Permission

Sunday Review

A Formula for Cutting Health Costs

Alaska Natives have something to teach doctors and patients in the rest of the world

No matter what happens to President Obama's health care reforms after the November elections, the disjointed, costly American health care

colm Baldrige award, the foundation has achieved startling efficiencies: emergency room use has been reduced by 50 percent, hospital admissions by 52 per-


communicate easily. When a patient calls, the nurse decides whether a face-to-face visit with a doctor or other health care provider is required or whether counsel

Why listen to our story?

40%
DROPPING
↓
ER VISITS
2000-2017



36%
DROPPING
↓
HOSPITAL STAYS
2000-2017



6%
↑
INCREASE
IN OPERATING
MARGIN FROM
2012-2017

97%
CUSTOMER-
OWNER
SATISFACTION



95%
EMPLOYEE
SATISFACTION



75th
to 90th
percentile
ON MANY
HEDIS
OUTCOMES

Alaskamodellen - Historik

- I slutet av 90-talet mycket dålig folkhälsa, inte minst hos ursprungsbefolkningen.
- Mycket hög förekomst av rökning, missbruk, HIV och social problematik.
- Medicinska resultat bland de sämsta i USA.
- Långa väntetider. Stuprör. "Kropp och själ" hanterades separat.
- Missnöjda patienter och medarbetare.
- Efter tusentals intervjuer med patienter/samhället om hur de önskade att primärvården borde vara utformad gjordes en radikal omdaning vid millennieskiftet.

Alaskamodellen - Historik

- Bort med den gamla, västerländska, paternalistiska sjukvårdsmodellen (som dominerat i 100 år):
 - Fokus på sjukhus; trauma, övergående infektionsepisoder, "laga trasiga delar". Allt sker på vårdens villkor. Patienten är passiv mottagare.
 - 5 % av pat står för 50 % av kostnaderna – hanteras ändå i stuprör
 - Huvudsakligen skuld och skam: "Du har en dålig livsstil. Du tar inte dina mediciner som du borde."
 - Pat gör en stor "investering" i tid/omak vid vårdbesök – förväntar sig därmed något i utbyte: labb, rtg, utredning, medicin osv
 - Storsjukhuset skickar ut vårdriktlinjer som är optimerade för en sjukdom ur ett specialistperspektiv. Riktlinjerna krockar ofta med varandra. Generalistperspektivet saknas.

Alaskamodellen - Tanke

- I team runt en elitidrottare jobbar alla tillsammans för att idrottaren ska prestera så bra det bara går.
- Patientens egna val styr hälsoutfallet
- ”Patienten är den viktigaste personen i teamet. Vi måste förstå denna person. Dess bakgrund, vad som är viktigt i livet, livsmål när sjukdomar och ålderskrämpor kommer. Först då kan vi ge rätt stöd.”
- En huvuduppgift för alla medarbetare är att bygga och vårda relationer.



Alaskamodellen

“Primary care isn’t manufacturing, it’s not linear. It’s about health care staff and patients and how well they connect. It’s about messy human relationships. And it’s about partnering.”

*Dr. Douglas Eby, family physician and medical director of
Southcentral Foundation, Alaska*

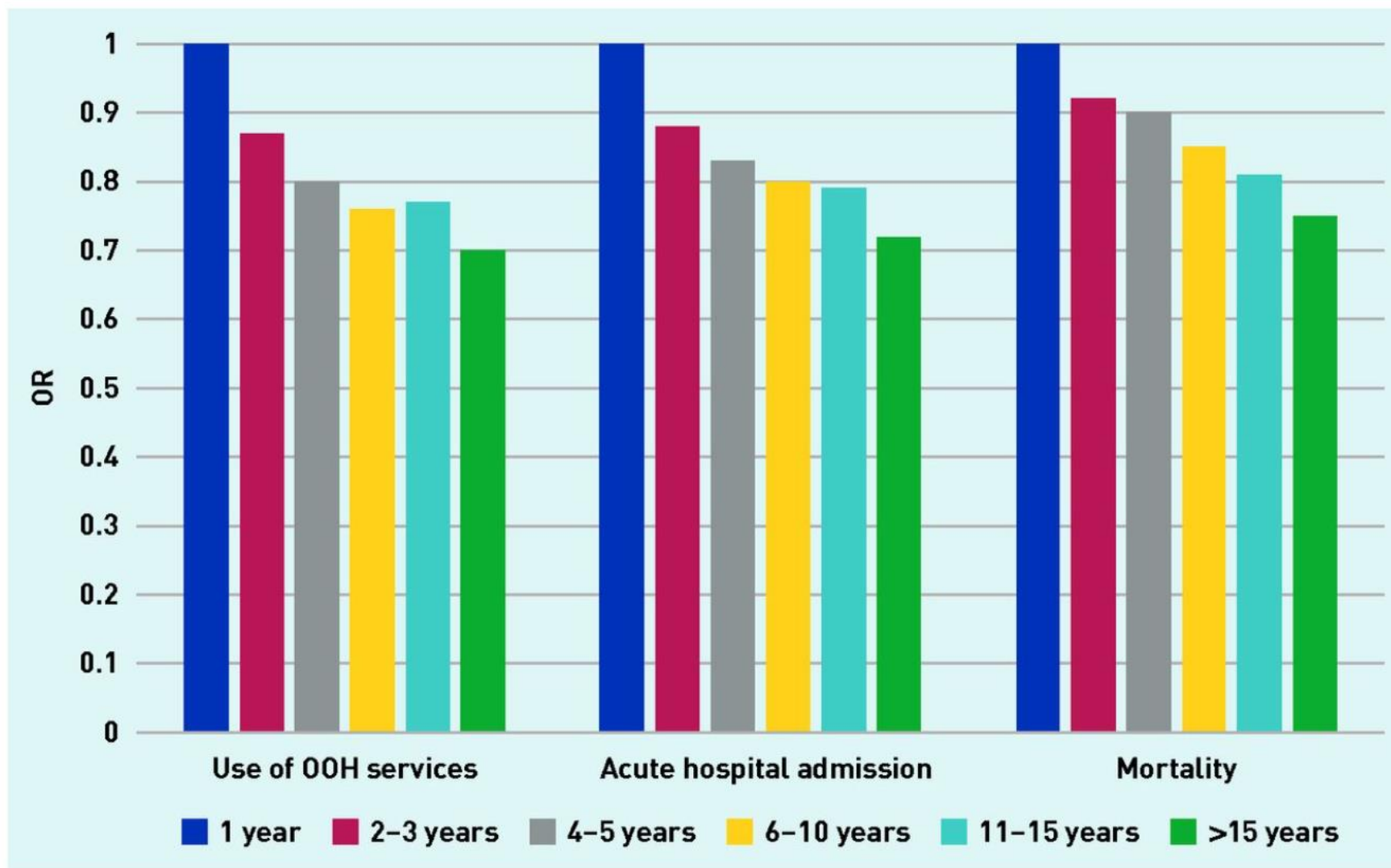
Kontinuitet är kärnan

Forskningen har visat att kontinuitet leder till:

- Lägre sjukvårdskostnad
- Färre inläggningar + färre besök på akuten
- Högre medicinsk kvalitet
- Nöjdare patienter
- Nöjdare läkare
- Ökad tidseffektivitet
- Minskad överdiagnostik och överbehandling
- Ökad ansvarskänsla
- Lägre risk att dö i förtid
- Ökad trygghet och patientsäkerhet

Ju längre kontinuitet desto bättre

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway, British Journal of General Practise, Oct 2021





Thread



Andreas Thörneby @thorneby · Sep 15



Det är fan (ursäkta) så mycket viktigare med relationskontinuitet under en utredning i flera steg, eller vid uppföljning av oklara symtom utan säker diagnos, än vid den årliga övervakning av stabila, etablerade, kroniska sjukdomar.



5



14



106



Andreas Thörneby @thorneby · Sep 15



Slutsatsen vi bör dra av det är:

Om vi främst/bara eftersträvar kontinuitet i sjukvården för de med "diagnoser" (hur intuitivt det än må verka) kommer många som de facto har ännu större behov bli utan.



1



1



36



Andreas Thörneby @thorneby · Sep 15



Konsekvenserna blir dyra, ostrukturerade och halvfärdiga utredningar, felställda/missade diagnoser, utebliven uppföljning.

Det är ingen hypotetisk risk, vi ser konsekvenser av fragmenteringen och den i sjukvården inbyggda diskontinuiteten dagligen.

Enkät 838 allmänläkare

Läkartidningen nr 21 maj 2021

Andel (procent) av svarande som instämmer helt eller delvis i följande påståenden:	
● En personlig patientlista ger större trygghet för både läkare och patient	98,2
● En personlig patientlista sparar tid och ger effektivitet	98,4
● En personlig patientlista ger möjlighet till bättre kvalitet i vården	98,2
● En personlig patientlista ökar läkares ambition och ansvarstagande	93,6
● En personlig patientlista med personliga patientrelationer ökar arbetsglädjen	94,9

”Vid analysen av de fria kommentarerna framkom tydligt önskemål att dela ansvaret för den personliga listan inom ett arbetslag av läkare och distriktssköterskor för att undvika överbelastning och problem vid frånvaro.”

Alaskamodellen – Resultat - ”Bättre för alla”

- Tillhör topp 5 % för de flesta medicinska kvalitetsmått i USA
- 60 % färre besök till sjukhusspecialister
- 36 % färre besök till allmänläkare
- 40 % lägre kostnader för läkemedel
- 30 % mindre användning av medicinsk service (lab, rtg, klin fys)
- Halverat antal akutmottagningsbesök och halvering av vårddygn
- Deltagande i barnvaccinationsprogrammet har ökat dramatiskt
- Mindre våld i nära relationer
- Minskad personalomsättning (Personal- och pat-nöjdhet ca 98 %)
- Mycket större fokus på kroniker som utgör 2/3 av sjukvården

Alaskamodellen – Mer konkret

- Tvärprofessionella Team bestående av:
 - Allmänläkare
 - Case Manager (motsvarande sjuksköterska)
 - Case Manager Support (motsvarande medicinsk sekreterare)
 - Medical assistant (motsvarande undersköterska)
- Två eller flera team delar på:
 - Beteendevetare/psykologer, fysioterapeuter, apotekare, dietist
- Samlokaliserade på "hälsocentralen" finns oftast BVC och MVC.

Alaskamodellen – Mer konkret

- Tydligt fokus på psykosocial kompetens hos alla teammedlemmar
- Teamen ansvarar för i snitt 1300 invånare (varav ca 200 finns i avlägsna byar). (Familjen tillhör samma team.)
- Garanterad kontakt samma dag på det sätt pat föredrar:
 - Har lett till lägre efterfrågan(!) Ett team hanterar ca 50-70 kontakter per dag
 - Ca 7-9 fysiska besök per dag
 - Ca 50 % digitala kontakter: ffa mail, men även video
 - Ca 30 % telefonkontakter
 - Mindre "investering" för pat - lägre krav på utbyte (rtg, med..)



Alaskamodellen – Mer konkret

- Samlokalisering ger möjlighet till löpande dialog att lösa patienternas ärenden/behov på bästa och mest effektiva sätt.
- Mycket utbildningsfokus
- Teamen får regelbunden träning i teamarbete och hjälp av enhetens beteendevetare att hantera och utveckla interna relationer.
- Uppmuntran till ständigt förbättringsarbete.

Alaskamodellen – Successiv utveckling

- Numera finns även följande ofta på plats fysiskt:
 - psykiatriker, barnläkare, internmedicinare (konsultfunktion men även egen mottagning inklusive samedömning)
 - Specialutbildad personal vid missbruk, kronisk smärta eller HIV.
 - Traditionell healing
- De flesta specialiteter går att nå på distans inom 5 min (video) – medför 80 % färre remisser.
- Primärvården är involverad även då patienten är inlagd.
- Kulturreisa - Fokus på det positiva tex "Hur många är icke-rökare, normalviktiga osv"

Likheter med svensk primärvård?

- Historiskt:

- Provinsialläkare tom 1963 med god kännedom om sin befolkning

- Vårdlag – Modell från 80-talet/tidigt 90-tal.

- Ur SFAMs-enkätundersökning Skåne 1985, Mogens Hey:
- Vårdlag bestod av 1 distriktsläkare, 1 distriktssköterska och ibland undersköterska, med sekreterare, fysioterapeut
- Ca 2500 invånare per vårdlag (från samma geografiska område)
- Ofta "tvillingvårdlag"
- Målet med vårdlag: Helhetssyn, Kontinuitet, Decentraliserat ansvar, Medicinsk kvalitet, Tillgänglighet, Samverkan, Förebyggande arbete
- 77 % av medarbetarna tyckte något eller mycket bättre om att arbeta i vårdlag jämfört med tidigare arbetssätt

Likheter med svensk primärvård?

- Alaska-modellen fångar allmänmedicinens grundläggande kärna: helhetssyn, kontinuitet, att se patienten i ett större sammanhang.
- Generalistkunskap snarare än specialistkunskap
- Många samlade kompetenser under 1 vårdcentralstak



Från Twitter

♥ Anna Nergårdh gillade



Karin Nygårds @grishund · 20 h



Jag var hos min dietist idag. Hon är en sån skön person. Ingen skuld eller skam. Inga hurtfriska råd som jag inte kan följa. Jag är tacksam att jag fått den här hjälpen. Idag har jag gått ner 10 kg. Lång väg kvar men jag känner mig stolt och glad.

💬 15



♥ 404



Är tiden mogen för en anpassad Alaskamodell?

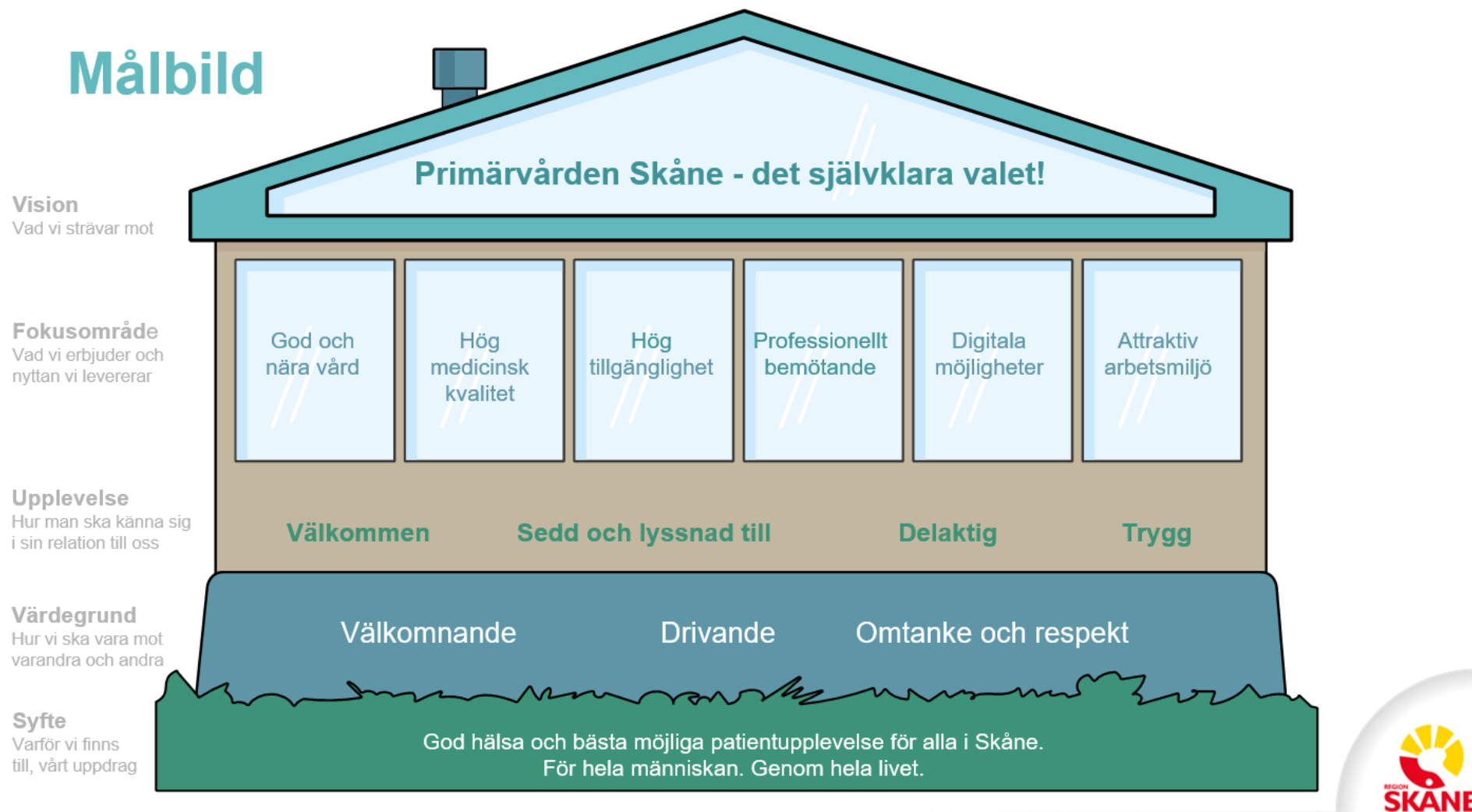
- Ligger helt i linje med Anna Nergårdhs statliga utredning om "God och nära vård" där Alaskamodellen lyfts fram:
 - *"Southcentral Foundation i Alaska sticker ut i omvärldsspaningen bland internationella hälso- och sjukvårdssystem. De har på ett tydligt sätt gjort primärvården till basen för vården. Genom att sätta relationer och kontinuitet i centrum, stöttat av tvärprofessionella team, har de nått toppklass i nationella och internationella jämförelser avseende resurseffektivitet, kvalitet och kundnöjdhet"*

Är tiden mogen för en anpassad Alaskamodell?

- Ur intervju med Anna Nergårdh, Distriktsläkaren nr 2/21:
 - *”På samma sätt som läkaren har kontinuitet med sina patienter, ökar kvaliteten om man också har kontinuitet med övriga professioner, d.v.s. att en läkare arbetar tillsammans med samma paramedicinare och samma sjuksköterska, inte att läkarens olika patienter går till olika behandlare.”*

Är tiden mogen för en anpassad Alaskamodell?

- Alaskautfallen uppfyller i princip hela förvaltningens målbild!



Är tiden mogen för en anpassad Alaskamodell?

- Nya ackrediteringsvillkor (FFU 2021) styr ej längre mot fysiska besök när täckningsgraden nu tagits bort.
 - Kontakttypen styrs av det som är det mest effektiva/funktionella sättet för patient och vårdgivare
- Successivt höjda krav på listning på läkare i Hälsoval Skåne. Ur FFU 2021: ”
 - ”Andel listade med fast läkarkontakt ska öka till 75 % under 2021. Uppdragsgivaren uppmuntrar även listning till annan legitimerad vårdgivarkategori.”

Är tiden mogen för en anpassad Alaskamodell?

- 2021 har överenskommelse gjorts mellan regeringen och SKR att minst 55 procent av befolkningen ska ha en namngiven fast läkarkontakt senast vid utgången av 2022
- Vi har pratat om att vi vill arbeta i TEAM länge, men gör vi det på riktigt?
- "En grupp är alltid smartare än en ensam person"

Tänkbart upplägg?

- Huvudfokus är **kontinuitet**
- Särskilt fokus på coachande arbetssätt och förebyggande åtgärder för att patienten ska göra hälsosamma val
- Stort fokus på patientperspektivet – ”Hur skulle jag själv vilja ha det om jag var listad patient på teamet?”. En grundläggande fråga till patienterna: ”Vad är viktigt för dig?”
- Stämma av det tänkta arbetssättet med förvaltningens patientråd inför start?
- Löpande avstämningar med patienter som tillhör teamen om nöjdhet och ev önskemål om justeringar

Tänkbart upplägg?

- Team bestående av allmänläkare, sjuksköterska, samordnare (medicinsk sekreterare), utbildningsläkare (AT/ST) + ev undersköterska
- Inleda med 2 "spetsteam"/"pionjärteam" per VC som går före och som samtidigt kan vara "tvillingteam" och täcka upp för varandra vid behov.
- Ansvar för (heltids-)lista på runt 1500 invånare (utgå från ev befintlig lista på ingående allmänläkare)
- Storlek på listan bestäms utifrån absolut ACG
- Kontinuiteten bärs av teamet även om någon slutar!

Tänkbart upplägg? Dagligen?:

- Direkttelefon till teamet
- ”Strömstadsrund” Kl 13.00-13.30
- Kl 13.30-13.45 Teamavstämning/Förändringsarbete
 - Vad har fungerat bra sen senaste avstämningen?
 - Var har det hakat upp sig?
 - Vad kan vi göra för justeringar?
- Administration 13.45-14.15
- Även förlängt Uppföljnings-/Förändringsmöte med teamet 30-60 min per vecka under pilotfasen? Lunchmöte?

”Strömstadsrond”

- Patienter som önskar eller behöver en planerad läkartid rondas. Övriga patienter lyfts vid behov.
- Ronden medför att frågor samlas till en tidpunkt på dagen.
- Patienterna tar kontakt dag 1. Sjuksköterska tar anamnes och sedan rondas de nästkommande rond.
- Inför rond sätts patienterna upp i teamkalendern i PMO tidbok.

”Strömstadsrond” - Teamkalender

##Team 1 datum 1-10 ##	
11:00	
12:00	
13:00	13:00 ##Team 1 datum 1-10 ## Rond [Redacted] TEL- SVAR KL 13:45.....
	13:20 ##Team 1 datum 1-10 ## Rond [Redacted] Ängest och sömnproblem. Önskar psykologkontakt. Nylistad från bohusliden. OK att begära journaler.
14:00	13:50 ##Team 1 datum 1-10 ## Rond [Redacted] Spirometribedömning samt hudförändringar. Även svettningar och dålig sömn.
	14:20 - ##Team 1 datum 1-10 ## Rond
	14:35 ##Team 1 datum 1-10 ## Rond [Redacted] Intyg ev avbokad resa?
15:00	15:05 ##Team 1 datum 1-10 ## Rond [Redacted] Ängest och stress. Börja med Sertralín igen? fungerade förra gången. Vill även ha ett läkarbesök.
	15:35 ##Team 1 datum 1-10 ## Rond [Redacted] via 1177. fertilitetsutredning.
16:00	

”Strömstadsrond”

- På rondan deltar fysioterapeut och psykoterapeut efter behov. (Dessa 2 medarbetare delas av 2-3 team).
 - Ärende som berör dessa kompetenser markeras särskilt i teamkalendern (tex stort F resp stort P först i bokningstexten?)
- Läkaren leder rondan.
- Fysioterapeuten och psykoterapeuten går runt i de team som har ärenden som rör dem. (Har avsatt administrationstid 13.00-13.30 för att kunna delta i rond vid behov.)
- Ev även runda väntelistor inför årskontroller

”Strömstadsrond”

- Efter ronden antingen ringer sjuksköterskan (eller annan lämplig teammedlem) upp patienten alternativt, efter överenskommelse, skickar sms/1177-meddelande för att meddela vad som kommits fram till på ronden.



Tips från Capio Strömstad

Vad?

Vad kan krävas för att göra en medicinsk bedömning utifrån en rond

Rätt sak till rätt vårdgivare:

- **Undersköterska** - EKG, bladder, provtagning, blodtryck m.m.
- **Sjuksköterska** - fördjupat anamnesupptag vid behov – lättare status, hudförändringar, öron, ögon, inkontinens m.m. Läkaren tittar in under besöket vid behov och ger sin bedömning men sjuksköterskan startar, avslutar och dokumenterar besöket.
- **Läkare** – rektoskopi, bukstatus, lyssna på lungor, m.m. bokas in på akutlistan. Planerat läkarbesök när teamet bedömer det behövs.
- **Psykoterapeut** – IBH-bedömningar.
- **Fysioterapeut** – allt med rörelseapparaten, yrsel. Teambesök vid behov.

Härefter görs slutbedömning av patientärendet. – Klart!

Resultat från Capiro Strömstad

Fördelar

- Utredningen startar redan dag 1! Vi räddar liv! – Patienten kommer aldrig igen behöva vänta flera veckor på en bedömning.
- Prioriteringen blir oftare rätt – ökad patientsäkerhet.
- Ingen sitter längre ensam kvar med beslutet om vad som ska göras med patienten.
- Vården blir mer jämlik, eventuella orättvisor synliggörs.
- Läkarna upplever att patientbesöken är mer effektiva och meningsfulla. Mycket har avklarats före besöket och syftet med besöket är tydligt. Inte bara "vill träffa Per".

Resultat från Capiro Strömstad

Fördelar - fortsättning

- Mindre administration då mycket redan har avklarats före läkarbesöket. Läkarbesöket handlar nu mer om att knyta ihop insamlad information.
- Rättvis fördelning av arbetet.
- Ansvarskänslan ökar med avgränsat uppdrag.
- Den samlade kompetensen ökar.
- Bättre arbetsmiljö för alla.
- Fantastisk teamkänsla i gruppen. **Tillsammans fixar vi allt!**

Resultat från Capiro Strömstad

Resultat mjuka

- Fullbemannat med läkare.
- Enbart fast personal.
- Mycket hög kompetens bland alla yrkeskategorier.
- Känsla av ökad medicinsk säkerhet och kontroll.
- Utbildningsläkare stortrivs.

Resultat från Capiro Strömstad – Frigjord läkartid

- 59 % av det som tidigare gick till läkare hanteras på annat sätt

Resultat hårda – till vem bokas patient efter rond?

- Sjuksköterska – 1%
- Läkare – 31%
- Fysioterapeut – 9%
- Psykoterapeut – 2%
- Undersköterska – 8%
- Flera professioner – 11%
- Ingen bokning – 38%

”Vi är väldigt nöjda med teamronder. Vi sparar läkartider och ökar tillgängligheten och vi-känslan. Skapat ett lugn och det är enklare för ssk att diskutera med dr då tid finns avsatt för detta”

Tänkbart upplägg på sikt?

- Fler sambedömningar?
- Sjukhusspecialistkonsulter som kan nås direkt på video?
- Teammedlemmar som sitter i direkt närhet av varandra för att lösa frågor momentant? (Men med möjlighet att gå undan avskilt)
- Mer strukturerat förändringsarbete med metodik från Modern Hälso- och Sjukvårdsledning? (Medarbetarstyrt förändringsarbete)
- Primärvården är involverad även då patienten är inlagd?
- På sikt minskat rondbehov när teamet är formerat?

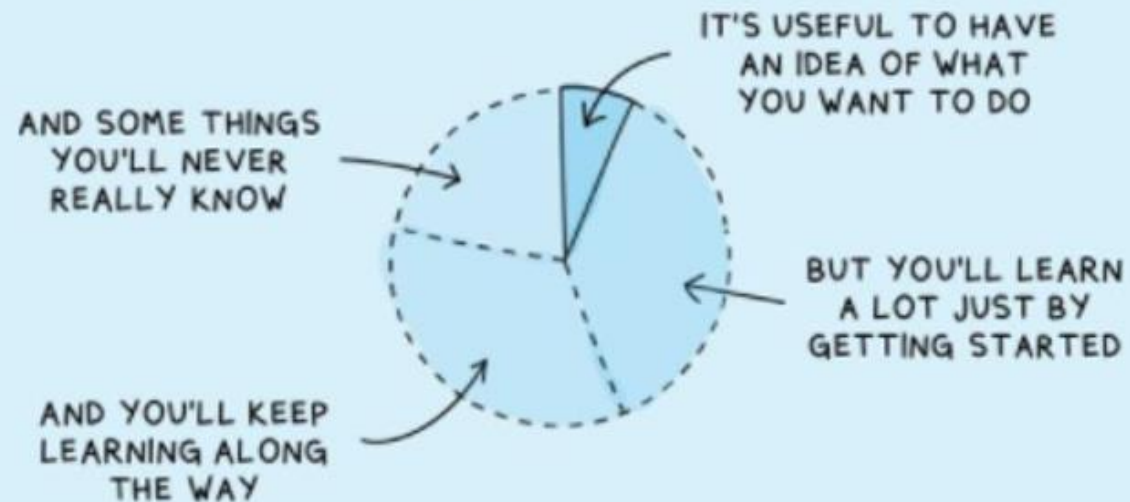
Behov inför uppstart?

- Utbildning i Alaskamodellen, bakgrundstankarna och planerat arbetssätt i den skånska anpassningen av modellen
- Träning i teamarbete – Hur? Utbilda handledare på VC?
- Teamen är själva med och finslipar hur de vill arbeta både före och under hela processen
- Utbildning i motiverande samtalsteknik för alla teammedlemmar (inklusive de som knyts till spetsteamen)
 - Särskild hjälp från Kunskapscentrum för levnadsvanor?
- Hur följa upp och mäta förändringar? Baseline?

WHAT I THOUGHT I NEEDED TO KNOW TO GET STARTED



THE TRUTH



@LIZ ANDMOLLIE

"Vi gör en Svalövsmodell som vi vill ska bli känd i Alaska"

**Hur kan vi skapa lagom stora team när
allmänläkarna inte räcker till?**