



Minska glappet

– hög tid för en modern kronikervård

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 3 |
| En modern kronikervård | 4 |
| Glapp mellan vårdmötet och vardagen | 6 |
| Det behövs nya sorters stödtjänster | 8 |
| Det behövs ett nytt sätt att betala för vården | 10 |
| Ett vårdval för kronikerstöd | 11 |
| Så kan det se ut för diabetes | 12 |
| Hög tid för en reform | 14 |

Sammanfattning

Det finns idag ett glapp i vårdens stöd till personer som lever med kroniska sjukdomar. Varje person som lämnas allt för ensam att hantera sin kroniska sjukdom utan att vara tillräckligt rustad för det innebär ökade risker för sämre livskvalitet och komplikationer som i sig är vårdkrävande. Tendensen är också att kroniskt sjuka i allt högre grad uppmanas till allt större ansvar för den egna vården.

Kronikervården har hittills misslyckats med att nå tillräckligt goda resultat. Inom många områden är det alldeles för få som når viktiga behandlingsmål.

Glappet mellan vårdmötet och vardagen är en akilleshäla i svensk kronikervård. Att bara försöka möta detta med fler vårdmöten för alla är knappast rimligt eller rationellt. Det behövs snarare en större differentiering där de fysiska mötena i högre grad koncentreras till dem som behöver dem mest.

I den här rapporten presenteras en idé för ett nytt vårdval för kroniskt sjuka, vårdval kronikerstöd, som bygger på två delar:

- En nationellt formad ersättningsmodell som regionerna ansvarar för.
- Att det är en klinik eller vårdcentral som köper tjänsterna.

Skillnaden mot ett ”vanligt vårdval” är att hälso- och sjukvården är kunden och att tillgången till de nya stödtjänsterna baseras på vårdbeslut. Det lägger en viktig grund för att tjänsterna inte splittrar kronikervården utan att den hålls ihop och blir personcentrerad.

Nya stödtjänster kan leda till viktig förbättring av kronikervården om de utformas väl och det är värt att betala för.

Reformidén är ett försök att tänka nytt kring en komplicerad fråga som i debatten om vårdens prioriteringar, ersättningsmodeller och nyttan av nya aktörer har blivit relativt infekterad.

Det saknas ofta en konstruktiv diskussion som respekterar att det kan finnas målkonflikter men samtidigt försöker hitta lösningar som kan hantera dessa konflikter. Det råder knappast någon oenighet om att kronikervården behöver utvecklas och förbättras. Det borde vara en bra grund för att söka nya lösningar. Det finns också en bred politisk enighet om behoven och inriktningen för en modern kronikervård.

Nu är hög tid att omvandla den enigheten till en reform som stärker dem som lever med en kronisk sjukdom och bidrar till en mer sammanhållen kronikervård som når hela livet.



Det råder knappast någon oenighet om att kronikervården behöver utvecklas och förbättras. Det borde vara en bra grund för att söka nya lösningar.

En modern kronikervård

Som kroniskt sjuk vilar det största ansvaret för att få vardagen att fungera på en själv. Att må bra och nå bästa möjliga behandlingsresultat varje dag handlar i grunden om att vara väl rustad för att bemästra sin sjukdom. Det handlar om att acceptera sin sjukdom och ta den på allvar såväl som att vara väl utbildad, ha god kännedom om sin kropp och att kunna omsätta kunskaper och erfarenheter i praktisk handling, inte minst genom att skapa rutiner som gör att de viktiga målsättningarna med behandlingen kan nås. Det är ofta både komplicerat och komplext.

Det finns idag ett glapp i vårdens stöd till personer som lever med kroniska sjukdomar. Det är ett problem. För varje person som lämnas allt för ensam att hantera sin kronis-

ka sjukdom utan att vara tillräckligt rustad för det blir livskvaliteten sämre och risken för komplikationer som i sig är vårdkrävande ökar. För samhället kan det innebära större kostnader för kompenserande vård och sjuk-skrivningar när komplikationer väl inträffar.

Det stöd som har förutsättningar att vara förebyggande och stödjande i vardagen är många gånger för knapert när vården är allt för fokuserad på de avgränsade vårdmöten som vanligtvis äger rum ett par, tre gånger om året. Vården följer inte i tillräcklig grad med till vardagen där behandlingsresultatet formas. I figur 1 illustreras det glappet med att vården inte når tillräckligt långt när det gäller att följa patienten hem.

Figur 1. Glappet mellan vårdmötet och vardagen.



Det finns idag ingen tydlig nationell struktur för hur stödet till kroniskt sjuka ska tillgodoseas för att bland annat ta vara på den nya teknikens möjligheter för bättre hemmonitorering, egenvård och behandlingsresultat. Det finns behov av nya former för stöd som når utöver de mer avgränsade vårdmötena.

Debatten om hur vårdens digitalisering ska utvecklas pågår, inte minst kopplat till vad som ska erbjudas och av vem eller vilka. Nya aktörer står redo,¹ men hur kan dessa i så fall komplettera den befintliga hälso- och sjukvården och på ett vettigt sätt integreras i en sammanhållen personcentrerad vård för kroniskt sjuka? Vad kan det få kosta och

hur ska det komma kroniskt sjuka till del på ett jämlikt och likvärdigt sätt? Det finns målkonflikter som är viktiga att närma sig.

Den här rapporten handlar om hur en modern kronikervård skulle kunna utformas för att fylla den lucka som saknas för att kroniskt sjuka ska lyckas väl med sin egenvårdsbehandling. Den idé som presenteras väjer inte för två centrala utmaningar: att kronikervården inte splittras utan bygger på att vården ser hela människan och att det behövs nya sätt att betala för nya digitala tjänster som knyter ihop vårdmötet och vardagen.

¹ Se till exempel <https://www.expressen.se/debatt/vi-visar-kliniskt-relevanta-resultat-till-lagre-kostnad/>, <https://www.altinget.se/vard/artikel/digital-bemanning-kan-losa-lakarbristen-paa-glesbygden>, <https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/det-behovs-ett-nytt-nationellt-system-for-digital-kronikervard/> och http://alfabravo.com/wp-content/uploads/HealthyMe_egenmonitorering_rapport.pdf.

EN VIKTIG UTGÅNGSPUNKT FÖR RAPPORTEN

För arbetet med den här rapporten har sju personer intervjuats. De har valts ut baserat på att de alla har breda och djupa kunskaper och erfarenheter av Parkinson- och diabetesvården i Sverige. De intervjuade är spetspatienter, företrädare för patientföreningar, läkare och sjuksköterskor. De har hjälpt till med att ringa in viktiga perspektiv på dagens kronikervård med fokus på tillgången och behovet av stöd och vad som skulle krävas för bättre stöd i vardagen samt den idéskiss för nya stödtjänster som presenteras i rapporten.

För att ge en mer levande bild av den problembild som de intervjuade har fört fram återges delar av intervjuerna som fristående citat i rapporten. Från samtliga intervjuade, såväl de med patient- som de med professionsperspektiv, framhålls att det finns ett stort behov av mer stöd till kroniskt sjuka som inte tillgodoses inom ramen för hur vården utformas och finansieras idag. Det framgår också att de är positiva till idén om någon form av nya stödtjänster.

Den idéskiss för ett nytt vårdval för kronikerstöd som presenteras i rapporten utgår från de intervjuades gemensamma behovsanalys men är Nordic Infucares egen.



Glapp mellan vårdmötet och vardagen

CITAT FRÅN INTERVJUER

” Det som korrelerar med att patienterna har det bra och är nöjda är att personalen är kunnig inom Parkinson. I Sverige har vi ont om expertis inom neurologi, både neurologer och specialistsjuksköterskor. Det gör att läkarbesöken blir för få. Något vi har diskuterat är webbaserad rehabilitering och för de som är väldigt sjuka, att inte behöva ta sig till en specialistmottagning. När det gäller digitala lösningar så är det ungefär hälften av de med Parkinson som är vana att använda dator och liknande och hälften som inte är det. Men det ska inte hindra att de som klarar av digitala lösningar inte får del av det.

Överläkare, Parkinson

” Vården pratar mer mediciner och som patient räknar man kanske inte ens med att få något annat stöd, och man är hos läkare kanske en gång per år eller två. Vården har inte kapacitet att stödja patienter i vardagen som patienterna skulle behöva. Man behöver något mer organiserat.

Patientföreträdare, Parkinson

I dag misslyckas vården ofta med att nå utanför vårdmötet. Uppföljning, stöd och behandling drivs allt för mycket av det som sker i vårdmötet och det handlar ofta om att gå igenom provsvar och i mindre grad om coachande och konkret personcentrerat stöd som ger varje person de verktyg som hen behöver för att lyckas väl med sin egenvård.

Diabetes tillhör en av de större kroniska sjukdomarna i Sverige. Totalt bedöms cirka fem procent av den vuxna befolkningen ha diabetes och antalet personer med diabetes ökar (Socialstyrelsen, 2018).² För den som har diabetes är blodsockerkontrollen central för att undvika både komplikationer och för tidig död. Vad en god blodsockerkontroll är varierar beroende på vilken typ av diabetes och ålder en person har och den följs genom ett prov som kallas HbA1c. Endast

32 procent av de vuxna med typ 1-diabetes har ett HbA1c som gör att de når målet för blodsockerkontrollen. Motsvarande andel för barn upp till 17 år respektive personer med typ 2-diabetes är 41 och 54 procent (Nationella Diabetesregistret).³

Tendensen är samtidigt att kroniskt sjuka i allt högre grad uppmanas till allt större ansvar för den egna vården. Det gör att det blir ännu viktigare att ha goda förutsättningar att göra det.

Diabetesbehandlingen blir också mer och mer teknikdriven. Av barn med diabetes typ 1 har 76 procent insulinpump och 98 procent så kallad sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning. Av de vuxna som har diabetes typ 1 är det 29 procent som har insulinpump och 85 procent som har sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning.⁴

² Enkelt uttryckt innebär typ 1-diabetes att kroppen har slutat tillverka insulin och då får man för mycket socker i blodet. Typ 1-diabetes är en sjukdom som man oftast får som barn och sedan har hela livet. Detsamma gäller diabetes typ 2 även om den oftast debuterar i vuxen ålder. Diabetes typ 1 behandlas med insulin och levnadsvanor som gör det möjligt att få en så god blodsockerkontroll som möjligt. Diabetes typ 2 behandlas vanligen med förändrade levnadsvanor och blodsockersänkande tabletter. Typ 2-diabetes är vanligare än typ 1.

³ För vuxna med typ 2-diabetes avser måluppfyllelsen de som har någon komplikation.

⁴ Av vuxna med typ 2-diabetes har fem procent sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning.

Diabetesforskningen ligger också i framkant och nya rön om bästa behandling utvecklas kontinuerligt.

Stödet för hemmonitorering och att tillämpa nyheter som förebygger risken för komplikationer följer dock inte patienten hem på ett tillräckligt strukturerat och bra sätt.

En undersökning som Pharmalex har gjort på uppdrag av Nordic Infucare visar att patienter, föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal har en samstämmig bild av luckorna i vardagsstödet när det gäller diabetes typ 1. Det handlar om önskan om en mer tillgänglig vård, mer information och möjlighet att i någon typ av forum möta andra som är i samma situation som en själv. Föräldrar efterfrågar liknande saker men dessutom mer information till skola och lärare.

Hälso- och sjukvårdspersonal pekar på att både resurserna är knappa och att det

behövs mer tid, inte minst relaterat till ny teknik och hjälpmedel som ökar i användning. Även mer stöd till föräldrar lyfts som ett stort behov likväl som patientutbildning. Den utbildning som behövs är både mer generell för att öka medvetenheten om att diabetesjukdomen behöver tas på allvar och att patienter med kognitiva och/eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar behöver särskild anpassad utbildning och stöd i vardagen.

Vårdmötet behöver formas av vardagen, men också kompletteras med ett mer utbyggt och individuellt anpassat stöd för att behandlingsresultaten ska förbättras. Glappet mellan vårdmötet och vardagen behöver överbryggas och det finns nya aktörer som vill fylla de luckor som finns. Frågan är hur nya former av utökat stöd kan bli en väl strukturerad och integrerad del av kroniker vården, till gagn för både kroniskt sjuka och hälso- och sjukvården.

CITAT FRÅN INTERVJUER



Tyvärr kan man som patient inte lita på att man får det stöd man behöver. Det finns inte på alla ställen och ibland finns det inte alls. Det finns för lite struktur kring patientutbildning trots att man vet att det inte fungerar över allt.

Digitala lösningar kan underlätta. Föräldrar är ofta uppstressade och oroliga man har inte tiden, kraften och orken att gå på möten. Med digitala möten kan man koppla upp sig hemifrån och det går att utveckla mer.

Vården är mer inriktad på att mäta värden och mindre inriktad på att coacha och ge råd. Nya forskningsrön behöver komma in i vardagen snabbare och även inom vården. Inte minst på äldreboenden. Vad kan personalen om diabetesvården? Det är ett förbättringsområde.

Patientföreträdare, diabetes



Många gånger tror vården att man behöver stöd sent men det är viktigt att få stöd tidigt – för acceptans, goda rutiner, för förebyggande och för att få förklarat för sig vad som är symtom på Parkinson och vad som kan vara något annat.

Stödet måste komma kontinuerligt och modifieras utifrån personens tillstånd och hur sjukdomen förändras. Det är också olika från person till person och det är viktigt att selektera fram de personer som behöver mer stöd än andra. Det handlar om livskvalitet och tro på sin egen förmåga. Att det finns regelbunden uppföljning och mer kontinuitet i det stöd man får. Vården behöver vara mer som en servicefunktion och personcentrerad. Det är den som har sjukdomen som ska stå i förgrunden. Det krävs en maktförskjutning

Sjuksköterska, Parkinson

Det behövs nya sorters stödtjänster

CITAT FRÅN INTERVJUER

” Det skulle kunna vara en bra lösning med digitalt stöd som komplement till vårdmötena. Att träffa en läkare en gång per år är för lite. Det kan ju uppstå problem när som helst. Med en kronisk sjukdom finns det också många olika symtom och ingen har alla. Det kan vara väldigt olika. Vården har olika kunskaper och det beror på var man hamnar.

Man måste vara väldigt om sig och kring sig. Alla har inte de förutsättningarna. Vården borde vara mycket mer förebyggande för oss som har kroniska sjukdomar. Det borde inte vara så att man först tappar sina förmågor och sen försöker få dem tillbaka. Viktigt med prehabilitering.

Patientföreträdare, Parkinson

” Det vore bra med ett strukturerat stödpaket. Att det finns andra saker än mediciner som är viktiga. Du måste nå patienten för att lyckas. Coachande stöd med fokus på att nå patienten, att det är på allvar att jag är ansvarig för min diabetesbehandling, det måste man förstå men man måste också få hjälp för att ta det ansvaret. Inte pekpinningar och moralism men råd med individuell utgångspunkt inom ramen för personcentrerad vård.

Patientföreträdare, diabetes

En utvecklad och moderniserad kroniker-vård skulle leda till förbättrade behandlingsresultat om kroniskt sjuka kan ta ansvar för sin sjukdom och känna trygghet i att göra det. Grunden för det ligger i följsamhet till individuella behov av stöd med utgångspunkt i att egenvårdsresultatet formas i vardagen och att behoven kan variera för olika personer och över tid (se också avsnittet *Så kan det se ut för diabetes*).

Kronikervården har hittills misslyckats med att nå tillräckligt goda resultat. Inom många områden är det alldeles för få som når viktiga behandlingsmål. Nya stödtjänster kan leda till viktig förändring om de utformas väl. En viktig utgångspunkt för det är att nya tjänster integreras och

blir en del av en sammanhållen personcentrerad vård som inte innebär att vården runt kroniskt sjuka splittras. Det kan åstadkommas genom att nya tjänster samverkar med resten av hälso- och sjukvården och är en brygga mellan vårdmötet och vardagen. En nyckel för det är att tjänsterna är knutna till behandlande läkare och den övriga hälso- och sjukvården.

Ett stöd som på allvar fyller glappet mellan vårdmötet och vardagen måste fungera åt båda hållen. Det ska hjälpa den som lever med sin kroniska sjukdom att omsätta behandlingen i sin vardag och det ska hjälpa vården att följa sina patienter och kunna vara ett stöd för att till exempel prioritera vem som behöver fler vårdbesök.

Om de nya stödtjänsterna utformas som sammanhållna digitala tjänster i stället för att olika vårdcentraler och kliniker ska ta fram egna lösningar kan de också komma kroniskt sjuka till del på ett likvärdigt sätt oavsett var i landet man bor.

Den här typen av nya tjänster är väl värda att utveckla och betala för då de har goda förutsättningar att täppa till en lucka som finns och har stor potential att fungera förebyggande och därmed vara kostnads-effektiva.

CITAT FRÅN INTERVJUER



Det är en väldigt god idé med nya stödtjänster för det behövs verkligen. Både att personal och patienter har tillgång till det och att det finns på nationell nivå. Det behövs utbildningsinsatser och lite som ett kunskapscentrum där det finns möjlighet till personlig kontakt, utbildningsfilmer och informationsmaterial. Om man skulle ha den typen av stöd skulle det kunna vara kostnadseffektivt. Om man som kroniskt sjuk kan vara mer självständig kan vårdkostnaderna minska.

Sjuksköterska, Parkinson



Vårdens syn på egenvård och patientutbildning är begränsad till det kliniska och det sjuka men vi som personer ser det som att vi vill ha ett gott liv och att det handlar om mer än det sjuka. Det är också svårt att få ny information om man inte efterfrågar den. Den kommer inte fram.

Spetspatient, Parkinson



Patienterna har ett större behov av stöd än det vi kan ge. En del av det skulle kunna utföras av en ”mellanhand”, till exempel preventiva föreläsningar och coaching. Just prevention är en svår nöt att knäcka. Det är viktigt att vården fattar beslut om behandling och att patienterna äger mer av sin vård själva. Det är viktigt att samordna vård och stöd och göra mer tillsammans.

Sjuksköterska, diabetes

Det behövs ett nytt sätt att betala för vården

Nya tjänster som innebär att kroniker-vården når bättre behandlingsresultat är viktiga att utveckla. Det finns nya aktörer som står redo att tillhandahålla stöd till kroniskt sjuka. Frågan är hur de ska betalas.

I dag används i huvudsak tre ersättningsmodeller men ingen är bra. De modeller som används är tungrodda upphandlingsförfaranden, projektbaserade pengar som inte gynnar långsiktighet och vad man kan kalla ”kreativa lösningar”, som den så kallade utomlänsersättningen. Varje modell har sina problem och ingen skapar förutsättningar för aktörer att på nationell basis erbjuda tjänster som samtidigt kopplas

nära till den klinik eller vårdcentral som i huvudsak ansvarar för patienten.

Det behövs ett nytt sätt att betala för nya tjänster som knyter ihop vårdmötet och vardagen för kroniskt sjuka. Målsättningen bör vara en modell som är likartad i hela landet så att aktörer kan erbjuda likartade tjänster i alla regioner. De bör samtidigt säkerställa att vården hålls ihop och att glappet sluts åt båda hållen. Det senare förutsätter att också ansvarig vårdcentral eller klinik ses som ”kund” och att stödet stärker både den som lever med en kronisk sjukdom och den som ansvarar för behandlingen.



Ett vårdval för kronikerstöd

Den idé för ett nytt vårdval för kroniskt sjuka, vårdval kronikerstöd, som skisseras i den här rapporten bygger på två delar. Dels en nationellt formad ersättningsmodell som regionerna ansvarar för, dels att det är en klinik eller vårdcentral som köper tjänsterna. Skillnaden mot ett ”vanligt vårdval” är att hälso- och sjukvården är kunden och att tillgången till de nya stödtjänsterna för kroniskt sjuka baseras på vårdbeslut. Det lägger grunden för att tjänsterna inte splittrar kronikervården utan att den hålls ihop och blir personcentrerad.

Tanken är ett nationellt beslut, liksom för primärvården, att alla regioner är skyldiga att ha ett vårdval kronikerstöd. Det nationella

beslutet slår fast vilka sjukdomar som ska omfattas och grunddragen för vad tjänsterna ska innehålla. Varje region får sedan utforma detaljerna i det egna vårdvalet utifrån de egna förutsättningarna. Det innebär sannolikt inte att en aktör kan leverera exakt samma tjänst i alla regioner men det bör skapa betydligt större likformighet än om till exempel olika regioner, var och en för sig själv, ska upphandla samma typ av tjänster.

Att tillgången till stödet baseras på ett vårdbeslut och att det är kliniker och vårdcentraler som ”avropar” tjänsterna, ökar förutsättningarna för en sammanhållen vård samtidigt som det också bör bidra till en ökad jämlikhet i tillgång (se figur 2).

Figur 2. Idéskiss vårdval kronikerstöd.



Det kan tyckas vara en omväg att skapa ett fristående vårdval för den här typen av tjänster. Egentligen borde det kanske kunna ingå i den ordinarie vården. Det finns dock flera skäl till att en vårdvalsmodell kan vara att föredra.

Det vore knappast rationellt att kräva att varje enskild klinik eller vårdcentral ska bygga upp denna kompetens och kapacitet. Tjänsterna kräver specialisering för att fungera som ett reellt stöd och det finns stora skalfördelar med att inte knyta en moderniserad kronikervård till en enda klinik eller vårdcentral.

Tjänsternas natur gör också att de kan vara svåra att passa in i verksamhetslogiken i den ordinarie vården. Ett bra stöd i vardagen måste fungera dygnet runt och veckans alla dagar, och dessutom i stor utsträckning utgå från när den som lever med sin sjukdom är

i behov av kontakt eller inte. Detta kan vara väldigt svårt att passa in i en vårdvardag med hårt schemalagd personal där andra möten fyller hela dagarna och där det dessutom inte finns en jourverksamhet som kan möta behov utanför ordinarie verksamhetstider.

Det är också ett faktum att hälso- och sjukvården under lång tid visat att den har svårt att få till stånd detta typ av stöd. Att det finns ett glapp som behöver fyllas beror på något.

En viktig poäng med just denna vårdvalsmodell är samtidigt att hälso- och sjukvården behåller kontrollen över vårdbesluten och kan skilja ut vilka som behöver mer utökad stöd inom vårdens egen regi respektive genom de nya stödtjänsterna. Därmed kan tids- och resursfördelningen bli mer effektiv och de nya tjänsterna bli en integrerad del av den samlade kronikervården.



Så kan det se ut för diabetes

Idealt vore att vården omfattade specialiserade och likvärdiga samt individuellt anpassade tjänster som stöd för kroniskt sjuka runtom i landet. Syftet med den typen av tjänster skulle vara att komplettera den befintliga vården på ett väl integrerat sätt.

Det intervjuerna för den här rapporten pekar på som behov är i synnerhet mer tidigt stöd och fingertoppskänsla. Den bakomliggande synen är att ju bättre rustad man är med utbildning och kunskaper om sin kroniska sjukdom desto bättre är förutsättningarna att bemästra den. Det är viktigt att så snabbt som möjligt få den kapaciteten genom information och utbildning som kommer i rätt tid och är på rätt nivå.

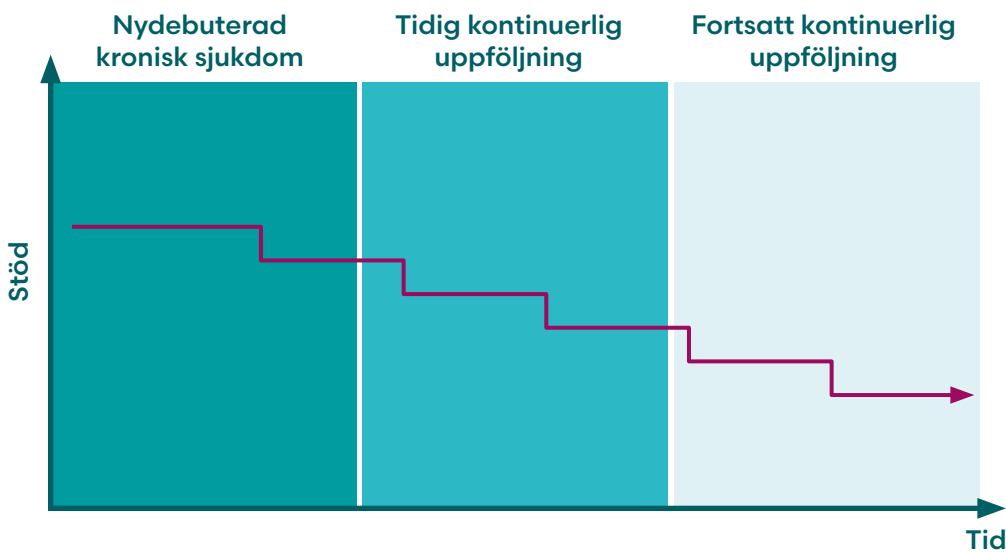
En viktig poäng är därför att stödet till kroniskt sjuka blir mer ”framtungt”. I figur 3 handlar det om att behoven av vardagsstöd är som störst när den kroniska sjukdomen är ny och att stödet kan minska när man är väl rustad med kunskap, har accepterat sin sjukdom och kan tillämpa råd och stöd i praktiken. Men det är samtidigt viktigt med kontinuerligt stöd hela livet, inte minst i relation till den nya teknikens möjligheter för förenklad och förbättrad egenvård och ny forskning och nya rön som kan underlätta att leva med en kronisk sjukdom.

En annan viktig poäng är att teknikens och digitaliseringens möjligheter behöver tas tillvara för ökat stöd som är tillgängligt

när helst man behöver det. När det gäller just diabetes har de intervjuade särskilt lyft fram att det bör finnas stora förutsättningar att utveckla AI- och app-baserade stöd. Till exempel kring måltiders kolhydratinnehåll och kolhydraträkning,⁵ men även för bättre screening som kan underlätta att identifiera behov av extra stöd eller för att all hälsodata som olika typer av tekniska hjälpmedel som

insulinpump, sensorbaserad glukosmätning och aktivitetsklockor fångar, ska kunna kopplas samman och användas som en större helhet i egenvården. Något som betonas är att personen själv behöver ha god kontroll över sina data och hur de delas samt att digitala stöd är användarvänliga och seriösa.

Figur 3. Mer stöd i början för att snabbt ges kapacitet att bemästra en kronisk sjukdom.



Även om avsaknaden av stöd varierar mellan personer och i olika skeden av livet behöver coachning och konkreta råd och verktyg som ger goda förutsättningar för egenvård i vardagen generellt öka. Att så snabbt som möjligt acceptera och ta sin sjukdom på allvar är centralt. Med stöd som innebär att kunskaper kan omsättas i praktisk handling blir man mer självständig och trygg. Livskvaliteten kan öka och oron och risken för komplikationer minska. Det är en vinst både för den som är kroniskt sjuk och för samhället.

” Livskvaliteten kan öka och oron och risken för komplikationer minska. Det är en vinst både för den som är kroniskt sjuk och för samhället.

⁵ En nyckel för att nå en god blodsockerkontroll är att hitta rätt antal enheter insulin i förhållande till kolhydratmängden i måltiderna.

Hög tid för en reform

Det råder ingen brist på utvärderingar och uppföljningar som pekar på brister i den svenska kronikervården och som ofta återkommer till behovet av bättre målpuppfyllelse genom en tätare kontakt med vården och bättre uppföljning av patienterna. Det är inte heller någon slump att många nya aktörer växer fram som erbjuder nya sorters tjänster. Glappet mellan vårdmötet och vardagen är en akilleshäla i svensk kronikervård. Att bara försöka möta detta med fler vårdmöten för alla är knappast rimligt eller rationellt. Det behövs snarare en större differentiering där de fysiska mötena i högre grad koncentreras till dem som behöver dem mest.

Samtidigt har debatten kring prioriteringar, ersättningsmodeller och nyttan av nya aktörer blivit relativt infekterad. Det blir lätt två läger där det ena varnar för en splittrad vård och att nya aktörer kostar mer än vad de bidrar med och där det andra fokuserar på att tala om bristerna i dagens hälso- och sjukvård. Vad som däremot ofta saknas är en konstruktiv diskussion som respekterar att det kan finnas målkonflikter och som utgår från behovet att försöka hitta

lösningar som kan hantera dessa konflikter. Det råder knappast någon oenighet om att kronikervården behöver utvecklas och förbättras. Det borde vara en bra grund för att söka nya lösningar.

Den reformidé som skissas i denna rapport är ett försök att tänka nytt kring hur olika behov kan förenas. Tanken är att utgå från styrkorna i den befintliga vårdvalsmodellen men att anpassa den utifrån de särskilda behov och utmaningar som finns när det gäller att sluta glappet i kronikervården. Det är ett embryo till en reform och det finns många frågor att lösa kring den praktiska utformningen. Förhoppningen är att bidra till en något mer konstruktiv diskussion kring en komplicerad fråga.

Huvudsaken är att något sker. Det finns en bred enighet om behoven och inriktningen för en modern kronikervård. Nu är hög tid att omvandla den enigheten till en reform som stärker dem som lever med en kronisk sjukdom och som skapar en mer sammanhållen kronikervård som når hela livet.

” En reform som stärker dem som lever med en kronisk sjukdom och som skapar en mer sammanhållen kronikervård som når hela livet.

