

Från Patienten i fokus till Patientens fokus

– vad vet vi om patientens möjligheter att påverka sin vård
och vad som krävs i framtiden?

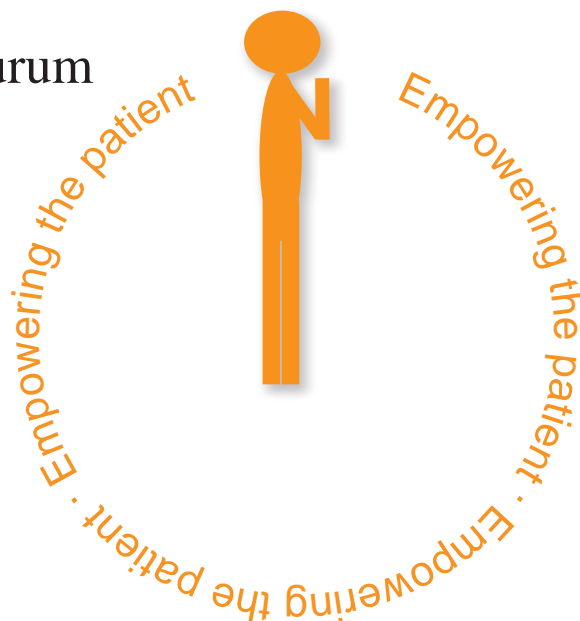


De olika avsnitten under dagen inleddes av ovanstående, fr v Lars-Göran Larsson, Göran Henriks, Ulrika Winblad, Leif Bloch Rasmussen, Toivo Heinsoo och Chris Ham.

Rapport från ett seminarium på Qulturum i Jönköping 7 maj 2005

med deltagare från Socialdepartementet, Uppsala universitet, NHS och University of Birmingham i Storbritannien, EU-projektet eSangathan, Köpenhamn, Läkarförbundet, Qulturum, Futurum, Landstinget i Jönköpings län, Memeologen, Västerbottens läns landsting, konkurrensverket med flera.

Rapporten sammanfattad av Rolf Bardon,
Eva Johansson, Peter Kammerlind, och Ebbe Lundgren



Inledning

Relationen mellan patient och sjukvården förändras

Sjukvårdens organisation har av tradition arbetat med att ge patienten den bästa vården efter de resurser som finns tillgängliga genom ett inifrån-ut perspektiv. Detta håller på att förändras till ett utifrån-in perspektiv, vilket kan betraktas som en effekt av förändrade värderingar i samhället, men också av nya lärdomar i genomförandet av nya management-modeller.

Ny teknik och nya resurser erbjuder också helt nya möjligheter för patienten att vara delaktig i planeringen av sin vård.

Trygghet genom hela vårdkedjan

Vårdvalssystem och ersättningssystem som tar sikte på resultat och öppna jämförelser indikerar även nya utvecklingslinjer. Grundläggande för patientens möte med sjukvården är dock trygghet och att bli professionellt bemött under hela vårdkedjan.

I takt med denna utveckling ändras även lagstiftning och föreskrifter. I Finland, Norge och Danmark har det redan lagstiftats om patientens rätt och i flera europeiska länder anses det självklart att patienten och inte vårdinrättningen äger all information kring vårdtillfällena.

Statlig utredning om patientens rätt i vården

Just nu pågår en statlig utredning som har till uppgift att föreslå en stärkt ställning för patienten och diskutera en samlad patientlag. Parallellt pågår även en patientsäkerhetsutredning som granskar lagstiftningen kring patientsäkerheten och de instrument som finns idag för att rapportera och åtgärda brister.

Skapa ny kunskapsgrund

Syftet med seminariet var att samla erfarenheter och kloka tankar om denna utveckling och att reflektera över dessa för att skapa en ny kunskapsgrund för framtida utveckling.

Frågor diskuterade vid seminariet var:

- Vad vet vi om patientens möjligheter att påverka sin egen vård?
- Vilket bemyndigande och vilken delaktighet ger vi patienten i dagens hälso- och sjukvård?

Medverkande

som inledare till den gruppdiskussion som följde på de olika avsnitten var:

Toivo Heinsoo, utredare Patientens rätt i vården, Socialdepartementet

Ulrika Winblad Spångberg, Med. dr i hälso- och sjukvårdsforskning,

Uppsala universitet

Chris Ham, Professor of Health Policy and Management, University of Birmingham, Storbritannien

Leif Bloch Rasmussen, EU-projektet eSangathan, Köpenhamn, Danmark

Lars-Göran Larsson, EU-projektet eSangathan, Helsingborg

Göran Henriks, utvecklingsdirektör, Qulturum, Landstinget i Jönköpings län

Patientens rätt – hur ska man fånga upp detta?

– Kanske är det andra instrument än de vi talar om hittills som vi ska använda och som ska ställas till förfogande när det gäller hur vi ska välja till eller välja bort olika funktioner, sa Toivo Heinsoo när han inledde seminariedagen.

– Det pågår flera utredningar om patientens rättigheter just nu, den jag leder, Patientens rätt, är inte den enda. Och dessutom pågår en utveckling hela tiden. Därför är det viktigt att fånga upp vad som sker på detta sätt och det är det som vi vill att ni ska hjälpa till med, sa Heinsoo och riktade sig till deltagarna i sal Originalet på Kulturum.

– Vi vill samla och diskutera på vilket sätt man kan se på utvecklingen, vilka tendenser som finns och vad som ytterligare behövs.

Toivo Heinsoo räknade upp vad som är på gång:

■ Johanna Hållén, socialdepartementet, håller på med en utredning om en nationell cancerstrategi, som kommer att få betydelse för vården.

■ Kairos Future har undersökt hur medborgare ställer krav på ökad delaktighet. (Framtidens hälsokonsument.)

■ Svenskt näringsliv och vårdföretagarna har ett arbete på gång för att formulera den framtida hälso- och sjukvården.

■ Toivo Heinsoos egen utredning om patientens rätt innehåller förslag till hur patientens valmöjlighet inom primärvården kan öka. I betänkandet Vårdval i Sverige talas det om hur vi ska stimulera tillgänglighet och mångfald inom primärvården.

Utgångspunkten har varit husläkarreformen och vad man gjort i Norge.

– Vi har diskuterat hur man kan öka valfrihet och mångfald av offentliga tjänster och det är lätt att tänka sig att vi ska använda oss av ett valfrihetssystem som redan är på väg. Det finns för- och nackdelar med det.

Nackdelen är att patienterna inte vet vilka förutsättningar som gäller i olika delar av vårt land - det finns en risk att vi kommer att få se 21 system i 21 landsting och regioner. Hur blir det då med jämlik vård?

Fördelen är att man kan anpassa sig till lokala förutsättningar (jmf Halland, Västmanland och Stockholm).

Idag har 40 % av befolkningen en fast läkarkontakt inom primärvård. Hur ska man kunna stärka patientens rätt till detta?



Toivo Heinsoo, som leder utredningen Patientens rätt i vården (S2007:07) inledde och höll i konferensen.

Valfrihet - vad finns idag?

Vilka överenskommelser finns idag i svensk hälso- och sjukvård som gäller valfrihet? År 1989 kom den första som började tillämpas 1991 och därefter kontinuerligt modifierades. Graden av tillämpning varierar i landet.

Vårdgarantin är en annan överenskommelse sedan 1990-talet, en ny gäller sedan 2005, den som brukar beskrivas så här: 0 – 7 - 90 – 90.

Talen förändras i olika landsting, genom att vi har lokala tillämpningar. Det kommer att föreslås en nationell reglering så att det blir lika i landet och som stöd för att patienterna ska kunna utkräva sin rätt. (Hittills har det varit den medicinska bedömningen som reglerat detta.)

Det finns även en diskussion om det finns andra sätt att reglera, som stärker patientens ställning. Frågan är då om vi övergår till en rättighetslagstiftning? Är det klokt att ta ett sådant steg? Om man lagfäster vårdgarantin innebär det att man har en rätt – idag grundar det sig på att det ska finnas en medicinsk bedömning som avgör den rätten.

Söka vård i andra länder

Det pågår också en diskussion på EU-nivå om rätten att söka vård i andra europeiska länder.

– Vi har idag större rättigheter att söka vård i andra länder än inom Sverige enligt en dom i EU. Men vi måste ha en betalningsförbindelse med oss.

Vad ska omfattas?

Det finns olika synsätt på vad som omfattas av vårdgarantin; likaså om kvalitet, tillgänglighet och rätten till behandling. Så hur ska överenskommelsen formuleras så att den stödjer patientens behov? Vilka behov finns på det lokala planet att förändra den formuleringen? Ska man ha rättighet att göra detta då eller ska det enbart finnas en nationell överenskommelse?

En annan funktion som ifrågasätts eftersom den inte fungerar så bra är PAL.

Och hur ska man ”straffa” de landsting som inte sköter sig? Ska de bötfällas? Ska jag som patient kunna vända mig till annan vårdgivare och skicka räkningen till hemmalandstinget?

Så frågan är: På vilka andra sätt kan man stärka patientens rätt?

Utveckling pågår

Det pågår utveckling och det finns sådant som kommer upp, såsom ”vårdlots” – kan de bli en ny roll i vården? Är det ett ansvar som man ska lägga mycket tydligare på läkaren genom lagstiftning?

Det sker en samordning mellan nationell cancerstrategi och patientjournalag.

– Det pågår en utveckling hela tiden så denna konferens är ett sätt att fånga upp vad som pågår, sa Toivo. Konferensen idag är ett sätt att mötas utanför utredningskansliet, att få in nya tankar.

Finns andra instrument?

– Vilka andra instrument behöver vi inom hälso- och sjukvården för att kunna hävda patientens rätt? Ska man t ex betala till olika funktioner som ska sköta olika uppgifter?



Ulrika Winblad:

Val i vården – vad säger forskningen?

Val i vården – vad säger forskningen?

Ulrika Winblad är forskare i hälso- och sjukvårdsorganisation. Jobbar med frågor om patientens inflytande.

Ulrika disponerade sin framställning om valfrihet i vården enligt följande:

1. Historik kring reformer som utökat valfriheten
2. Motiv till reformerna
 - Stärka patienten
 - Ekonomiskt incitament – effektivisering av vården
3. Vad har hänt?
 - Brist på nationell utvärdering
 - Ingen effektivisering tycks ha skett – dock bristfällig utvärdering kring detta
 - Låg vilja hos patienterna att välja i praktiken
4. Varför har så lite hänt?
 - Bygger på överenskommelser – dvs svag nationell strukturering och styrning
 - Ingen uppföljning
 - Informationsbrister kring reformerna
 - Svårt intresse hos huvudmännen särskilt i Norrlands-länen

Nyckelfunktioner vid patientval

- Läkarna - viktig grupp att involvera för att skapa legitimitet i reformerna
- Relevant patientinformation dvs total kvalitetsmått (service- och kliniska mått)

5. Vad vet patienterna?
 - Begränsad kunskap – undantag vårdgarantin trolig orsak till bättre spridning här att SKL och regering varit bättre på att strukturera och ge denna reform en starkare ställning
6. Vad vill patienterna veta?
 - Generellt låga siffror kring hur välinformerade patienterna är
7. Hur nyttjas informationen?
 - Finns ingen svensk studie på detta men amerikanska studier bl a en metastudie visar att informationen är dåligt anpassad till patientbehov. Bygger på register som utformats för helt andra syften och behov.
 - Val baseras på subjektiva värderingar och hörsägen
8. Genomgång av informationskanaler.
 - Hemsidor viktig infokälla – men mycket bristfällig.
 - Visar oftast process- och utfallsmått som inte är gjorda för patienten utan för professionen.
 - Svårt för patienten att avgöra vad som är bra resp dåligt
 - Tveksamt med personlig ranking på nätet – men har nog kommit för att stanna. Viktigt att kvalitetssäkra sådan ranking så den inte blir för subjektiv

9. Ulrika avslutar med en retorisk fråga:
Den Nya Patienten som vi så länge hört talas om; finns den eller är den bara en mediaskapelse?

Frågor vid efterföljande dialog

Efter Ulrikas föredragning följde gruppdiskussioner med uppgiften att formulera vilka frågor som Ulrikas föredrag aktualiserade.

Hur kan det komma sig att studier saknas?

Finns patienten som efterfrågar valfrihet?

På vilket sätt ska data vara ”kundvänliga”?

Var finns de starka ”ägarintressena” som kan beställa/producera information baserad på patientbehov?

Bristen är inte dålig ”översättning” av professionens kvalitetsindex. Bristen är att patientperspektivets kvalitetsbehov inte har formulerats.

Hur hjälper vi patienten/befolkningen hitta informationen? Var ska de söka den?

Diskussionen mycket koncentrerad på läkarna!

Var är den teambaserade vården?

Till vad är det valfrihet?

Vad har man rätt till? Det offentliga åtagandet?

Medicinskt ansvar contra fritt val?

Varför finns ingen stark ägare som formulerar patientnytta?

Den Nya Patienten – finns den?

Finns det många patienter som velat välja men som ej fått detta?

Många val, svårt välja, jmf pensionsvalet.

forts

Hur långt sträcker sig patientansvaret – professionella grupper – mot patientens valfrihet kopplat till resurssvaga grupper.

Hur motiverar vi läkare?

Hur använder vi resultatuppföljning?

Transparens: Är bristen på transparens reell eller ett resultat av brist på aktörer som ställer krav på transparens?

Tillit: Hur bygger man det i olika system?

Hur kan vi diskutera garantier på annat sätt?

Kvalitet och säkerhet?

Kopplingen reform – verklighet.

Valfrihet inte lika viktig för glesbygdsbefolkningen?
Finns det risk att det inte blir någon vård alls i glesbygden?

Inflytande på mikronivå – minskar det valfriheten på makronivå?

Valfrihet kontra styrning och kontroll?

Patient kontra population?

Hur många uppfattningar kan överföras mellan kulturen?

Hur stödjer vi hälsofrämjande förebyggande insatser?

Lojalitet mot egna sjukhuset; ”stödköp”

Konklusioner av dialogen

- Det har aldrig formulerats entydiga mål med reformerna!
- De resurssvaga grupperna – Hur stöder man dessa när man alltmer talar om patienten som väljande kund?
- Patientföreningar borde mobiliseras
- Bristfällig transparens – fel perspektiv – inifrån - ut istället för utifrån - in.

Professor Chris Ham:

Varför är det viktigt att få välja?

Varför är det viktigt att få välja vård och vårdgivare? Den frågan har man försökt besvara genom undersökningar i England. Professor Chris Ham från University of Birmingham knöt an till den tidigare diskussionen och redovisade några resultat:

- Sociala attityder har förändrats
- Ökade förväntningar på hälso- och sjukvård
- Legitimitetfrågor
- Politiker har svarat på nya förväntningar hos medborgarna
- Man vill ha valmöjlighet

77 % vill kunna välja sjukhus

När man får välja gör man det: 50 procent valde inom hjärtkirurgi, 60 procent inom annan kirurgi och 97 procent av de som valt skulle rekommendera andra att göra det.

Vem vill välja?

69 Procent av tillfrågade kvinnor och 56 procent av männen.



Professor Chris Ham, University of Birmingham.

67 procent från arbetarklass mot 59 procent bland tjänstemännen.

70 procent av de som tjänar mindre än 10 000 pund mot endast 54 procent bland de som tjänar mer än 50 000 pund.

Vilken information om sjukhuset är viktigast?

Hur rent är sjukhuset? (54 procent)

Hur lång är väntetiden? (50 procent)

Ryktet (34 procent)

Lyckade operationer (20 procent)

Attityder och respekt (24 procent)

De flesta är pragmatiska i sina val mellan allmänna sjukhus och privata. Det finns en tro att privata skulle vara renare med mindre risk för infektioner.

Ett pilotprogram anordnades av NHS för att ge patienten mer valmöjlighet, bland annat kunde man se att sjuksköterskor var bra på att ge den information som patienten behövde. Patienterna har många frågor. Därför har sjuksköterskor utbildats för att kunna ge råd åt patienterna, de utsågs till "patient care advisers", som skulle fungera som "resebyrå" och stödja patienternas val. Det blev en viktig punkt i projektet och för patienterna.

VAD VILL PATIENTER HA?

Därefter gick Chris Ham över till att Patientcentrerad vård och redogjorde för en undersökning gjord av Pickerinstitutet med data från NHS. Vad vill patienterna ha? (Se powerpointbilder: What do patients want?)

De vill ha snabb tillgänglighet till pålitlig vård. Effektiv behandling av professionella de kan känna tillit till.

Delaktighet i beslut

Bra information och hjälp till självhjälp

Uppmärksamhet på behov

Emotionellt stöd

Involvering av och stöd för anhöriga och de som har hand om omvårdnaden

Kontinuitet och smidiga överföringar

– The soft factors are as important as the hard factors, sa Chris Ham.

– With an aging population it is more important to have involvement of, and support for, family and carers.

– We found significant reduction in waiting time, especially for cancer diagnoses. Health professions are the most trusted.

Communication is good most of the times.

Svårare att få tillgänglighet till råd från primärvård, trots att personaltätheten är högre idag.

Patienterna vill få större inflytande på vården.

Brister i egenhjälp - information och kunskap.

Inte bara bra att man har snabb tillgänglighet, ibland vill patienter kunna boka om 6-7 dagar istället.

Helger är svårt att få boka en tid – öppettider?

För få sjuksköterskor i tjänst.

– Det räcker inte att utveckla och förbättra, det måste ske med hastighet för att vi ska kunna möta patientens behov. Detta är en stor utmaning inför framtiden.

Guidelines – mindlines

5 procent av budgeten kan tas i "böter" om några allvarliga kvalitetsmissar görs!

Vårdgaranti

UK har löst sitt problem med vårdgaranti och väntetiderna ska vara borta vid nästa årsskifte.

Vilken teknik ska användas för att förbättra vården? Räcker det med kvalitetsutveckling? Ska man blanda in andra incitament?

Chris Ham gjorde en resumé kring vad som pågår i länder som England, Nederländerna, m fl.

Vårdval är det som kommer nära ekonomiska incitament.

Vårdgarantin har lösts i UK genom att man infört privata alternativ (liten komponent dock)

Det har tagit 8 år att nå målet, mycket förbättringsarbete, högre kapacitet (mer ekonomiska satsningar på vård), målstyrning viktig, målen har höjts successivt, ledare vet att deras framtid hänger samman med hur väl man når målen.

Hur målen implementerats och följts upp, Klarar

man inte att nå målen kan man inte räkna med att sitta kvar.

Primärvårdens inkomster baseras på kvaliteten av den vård de ger, inte produktionsfakta som antal besök etc. Man får betalt för de resultat man åstadkommer inom vården för kroniskt sjuka (ex), hur väl man lyckas.

Gruppdiskussion

efter Chris Hams föredrag: Reflektera över vad ni finner anmärkningsvärt, ta upp + och - .

Grupp 1:

- Det var förvånande att höra att låginkomsttagare och lågutbildade var de som var mest aktiva kring vålen. Kan det hänga samman med att i dessa regioner finns en sämre sjukvård och att man söker sig från något som är dåligt.
- Intressant att man får betalt för de resultat man åstadkommer.
- Oberoende patientstödare som ger patienten råd - jämför resebyrå
- Nationell koordination av sjukvården – i Sverige har vi landsting – svårare att få samordningsvinster. Blir det hårdare styrning uppifrån. Olika kulturer tillåter olika styrformer. Kan vara svårt att översätta från ett land till ett annat.
- Blir det mer företagsanda i den privata vården som gör att man följer rådande regler, ex att man har ”rätt dresskod” – ej långarmade kläder.

Grupp 2:

- Intressant med ersättningssystem som bygger på kvalitet i resultaten
- Vad finns det i Sverige som skulle kunna användas i form av data?

Grupp 3:

- Det finns liknande information i Sverige.
- Vi har problem att implementera användningen av kvalitetsinformation.

Boel Andersson Gäre, Futurum:

– Vi gör frågan för enkel när vi talar om att betala för kvalitet. Det är ingen lätt uppgift. Det fungerar med exempelvis diabetes – där kan vi mäta HbA1C, men hur mäter man för andra diagnoser att resultatet är bra? Det är svårt att hitta rätt mätetal för vad som är kvalitet i resultaten?

Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen:

– Nationella kvalitetsindikatorer inom olika sekto-

rer. När de är klara kommer det att bli tvingande att använda dem – detta kommer att ge oss hjälp kring resultatuppföljning.

Inom olika riktlinjeområden.

Även generella indikatorer kring de sex områdena i God Vård ska tas fram. Detta arbete är forcerat och intensivt. Förslag till generella indikatorer ska lämnas under hösten.

Toivo:

– Många av landstingen introducerar nya möjligheter för att patienten ska kunna välja samtidigt som man introducerar vårdval på ”sitt eget sätt”. Hur tänker man i UK?

Chris Ham.

– De flesta är blandade incitamentsystem. Det är viktigt att det finns en balans.

Kontinuitet

God Vård

Man vill tillhöra ett primärvårdsteam som kan ge helheten.

Kvaliteten i den vård som ges.

– Det är viktigt att man ser till helheten och utformar vården utifrån alla perspektiven. Om vi väntar tills vi får indikatorerna så får vi vänta hela livet och det kommer inte att hända så mycket. Vi måste agera på det vi har, på det vi kan nu. Våra indikatorer sattes på för låg nivå, därför tjänade vi pengar, men det gav felaktiga signaler.

Lars-Göran Larsson:

Innovationsprocessen

Vad innebär att vara patientorienterad? Om det talade konsult Lars Erik Larsson utifrån erfarenheter från några fallstudier.

Bland annat en ansökan från Region Skåne till Vinnova om innovationsprocessen.

Vad menar vi med patientcentrering?
Nätverk i innovativa processer?
Hur ska vi gå vidare?

● **Kunderna kan bidra med innovationer!**

Forsknings- och utvecklingsavdelningen gav inte så goda resultat inom Dell, som företaget hoppats på. Inte heller samarbetet med universiteten gav det man ville.

I stället öppnade man upp för kunderna att komma med förslag. Resultatet blev en mycket stor mängd strålande förslag och många goda idéer. Mer än 9000 förslag, 67 000 inlägg om produkterna och över 614 000 förbättringsförslag.

Kan vi använda detta i vården med och för våra patienter?!

● **Nutek har gjort en utredning**, ”Mer vård för pengarna”, om hur man med organisatoriska förbättringar (innovationer) kan förbilliga relationen till patienterna.

Normal process för prostatacancer var 1 år
Kostnader: många vid olika tidpunkter

Man valde att göra på annat sätt. Man skapade en ”drop in”- central där vem som helst kunde få undersökning för cancer och besked inom 1 - 3 dagar.
Kostnaden vid cancer: 4 190 kr, om ej cancer: 290 kr. Summerar man ledtider etc sjönk kostnaderna från 206 till 102 miljoner. Alla som inte hade cancer kunde sorteras bort ur systemet direkt. Inklusive värdet för patienten, snabbt svar och minskat lidande.

– Det krävs ej fysisk närvaro, utan kan byggas i form av nätverk där man kopplar samman sig. Det går att halvera kostnaderna. Värdet för patienten är ej uppmätt för hur mycket mervärde det ger att slippa vänta på slutresultatet under ett års tid.



● **Process för multisjuka**

Centralisera ansvaret där en central enhet sköter helheten.

Det finns mycket pengar att spara, finns många möjligheter att skapa ett högre värde för patienten. Vilka nyttoeffekter erhålls? Ur sjukhusperspektiv? Ur kommunens perspektiv? Ur primärvårdens perspektiv? Ur patientens perspektiv?

Lättare att få tid hos läkare (tillgänglighet)
Tillitsskapande
Mindre oro

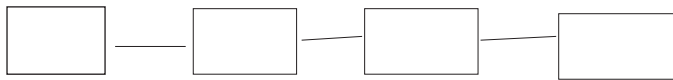
Patienten upplever att det finns kaos inom sjukvården. Kommer detta att förvärras om det kommer in ytterligare alternativ på marknaden?

● **Mötets och kommunikationens olika grunder**

Det behövs något som skapar ordning och reda. Det som möter patienten måste stå på etiska grunder. Vi människor har olika behov, det spelar roll var vi bor – olika behov, lagstiftning talar om vilka prioriteringar som ska ske. Hur skapar vi delaktighet hos patienten? Hur skapar vi en hälso- och sjukvård som möter dessa behov?

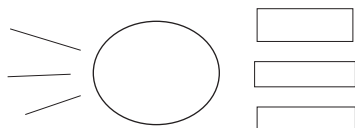
Patienten är inte en homogen grupp – olika patientgrupper har olika behov, olika sjukdomar, social situ-

ation, geografi, ålder, religion, kön. Om vi ska tänka *nytta* måste vi också förstå vilken grupp vi riktar oss till. Vi har alla typer av verktyg för att bygga relationen mellan patient- och sjukvårdande instanser. Men vi tycks sakna initiativen liksom förståelsen för patientgruppers behov.



Vi är vana att se aktivitetsprocesser som rutor med *aktiviteter i en bestämd följd* och administration där emellan.

Istället skulle vi skapa en tjänste*plattform*



där man kan bestämma vilka dicipliner man ska plocka in efter patientens behov.

Det är att förstå patientsegmentets verkliga behov.

Det är att få tag på innovationer genom en dialog patient-vårdgivare.

Det är konsekvens- och nytto/värdeanalyser, som ger fokus på brukarens behov.

Det är servicelogik - tjänstens egenskaper styrs av användarens situation och ger en tydligare användarstruktur bland alternativa vårdgivare.

- Vi flyttar fokus från vad vi kan erbjuda till brukarens behov.

Innovationer:

Hur ska vi konstruera en ny process? Vi vill få en dialog mellan patienter och vårdgivare och andra aktörer. Patientens anhöriga, forskning. Konsekvens- och nytto/värdeanalys. Vilka tjänster ska vi prioritera.

Hur ser servicelogiken ut? Det finns ett stort utbud. Internet etc.

När man konstruerar tjänster

Patientcentrerat

Konsekvens-nytto-värdeanalys

Innovation

Servicelogik

Även miljöhänsyn.

Projekt med Indien – eSangathan

Därefter berättade Lars-Erik Larsson om eSangathan, ett projekt i samverkan mellan Öresundsregionen och en del i Indien och med en ”innovation tutor” däremellan.

Nätverk ska skapa nya tjänster, nya produkter

Man jobbar i grupper efter olika tema.

Målsättning och fokus måste finnas.

Det ska vara patientcentrerat (= ett tema).

Kreativitet är problemlösning genom att hitta nya metoder och oprövade verktyg.

Kunskap förutsättning för kreativitet

Det kräver att vi vet vad vi inte vet

(hur kan vi fylla de vita fläckarna, där vi inte har kunskap?)

Hur ska en kreativ miljö se ut?

Projektstruktur:

Patientgrupper, patientorganisationer, anhöriga

Läkare, sjuksköterska

Forskare

IT-kunniga

Utgå från en specifik patientkategori för att se vilka behov som finns och vilka tjänster som kan lösa dessa behov.

Det finns en fantastisk potential om vi vågar tänka utifrån ramarna, att flytta fokus från

Inifrån – Ut till

Utifrån – In

Detta skapar en helt ny relation till patienten.

Det handlar om kunskapsutveckling och hårt arbete. Det kan bli ett embryo till ny verksamhet och till nya tjänster.

Man skapar tjänster för patienten som en grå massa, då är risken att inte någon har nytta av dessa tjänster – involvera patienten i utvecklingen och vi kan skapa nytt.

– Det finns en fantastisk potential i att utveckla detta och flytta fokus ger helt andra möjligheter att skapa något.

Roadmap thinking och den sociala webben

Därefter berättade Leif Bloch Rasmussen från Handelshögskolan i Köpenhamn mer om e-Sangathan projektet och samverkan med Indien genom något man kallar eSangathan-metoder, Roadmap Thinking och Roadmap Movements

- se även ppt-bilder.



*Leif Bloch Rasmussen
Handelshögskolan i Köpenhamn
IT-Universitet i Köpenhamn
Malmö högskola*

Det viktiga har varit medborgare, brukarperspektivet. Projektet har genomförts i flera steg och som pilotprojekt.

Projektet går ut på att bevara den åldrande arbetskraften, bl a genom att skapa innovationer. En viktig del i det har varit att träna seniorer att bli aktiva och komma med synpunkter på vården(kreativa). En annan del att träna patienterna till att bli aktiva (kreativa).

Det gäller att våga släpp kontrollen och låt patienterna ta makten (empowerment) – låt patienterna säga vad de tycker.

En annan del har handlat om självorganiserande nätverk, med tanken att andra vet bättre (Ordet för det är Heterarchi), att ha ett socialt umgänge på webben.

Att använda Internet och intranät har varit ett utmärkt verktyg så att patienterna kan prata med varandra. Det blir en slags Wikipedia. Informations- och kommunikationsteknologin är framtiden för patienterna och vården!

Den sociala webben och mötet där måste dock vara i balans med varandra för att det ska fungera riktigt bra. Informationen och det sociala mötet är de sammanhängande krafterna i detta. Och det handlar om att skapa mening utan förutfattade föreställningar.

Delar i detta är:
”Sensemaking”
”Relation making”
”Decisionmaking”
”Valuemaking”

Så sammanfattningsvis: Låt oss använda IT till något annat än att enbart ta fram och redovisa statistik!

Reflektion efter Larsson och Bloch Rasmussen:

Grupp 1:

Socialstyrelsens indikationsprojekt, vad innebär det när patienten själv identifierar kvalitetsparametrar? Varför är vi inte innovativa? Varför har vi sjukhus? Varför har vi vårdcentraler?

Vi är storskaliga, innovationerna är oftast småskaliga och styrs av patientens behov.

Grupp 2:

Det finns idag många forum där man kan dela med sig och diskutera sina frågor. Men hur knyter vården till sig dessa frågor?

Grupp 3:

Informationssökning på internet, finns redan nu mycket på gång. En sten som är i rullning och den kan vi inte göra så mycket åt... Vad kommer sedan, det är svårt att sia om... Det handlar mycket om IT och patientens och kundens möjlighet att själv hitta sin information.

Grupp 4:

Det finns många forum för diskussion men synpunkterna som kommer fram når aldrig fram till vården.

Grupp 5:

Hur får vi till dialogerna med patienterna? Även om vi pratar om det så blir det inte av. Vi är lite rädda för att visa hur det ser ut och därför vill vi förbättra först och sedan släppa in patienten.

Idé: låta patienten föra dagbok över det man skulle vilja förbättra. Låta patienter som fört dagbok träffas och föra en dialog kring vad som skrivits och för att få till stånd en diskussion med vården.

Grupp 6:

Segmentering viktig, att inte prata om patienten som ett stort ”hav” – bra att tänka i patientgrupper och dess varierande behov.

Göran Henriks:

Patient empowerment i äldrevård och barndialog

Det är viktigt att komma ihåg att när vi pratar hälsa och sjukvård pratar vi om en helhet. Vi jobbar både med det populationsbaserade perspektivet, det vi kallar vård, och hur vi kan förnya de här två huvudfrågorna.

Vi jobbar med kvalitet och patientsäkerhet, vi försöker jobba med innovation och ledarskap. Det som blivit ett allt starkare ord för oss är ”bemyndigade-PERSPEKTIVET” (=empowerment).

Det sa Göran Henriks, utvecklingsdir, Landstinget i Jönköpings län och chef för utvecklingsenheten Qulturum.

The changing landscape of Global economic development: 1 biljon människor får god hälso- och sjukvård. Cirka 5 biljoner människor har mer att önska av hälso- och sjukvården.

Vi pratar för lite om de här krafterna när det gäller hälso- och sjukvård. Det finns en ”medicinsk turism” som vi pratar lite om. Lättare att komma till utomlands än i vårt eget land. Den medicinska utvecklingen går framåt. Samtidigt vet vi att 80-85 procent av våra kunder går och funderar på frågor som: Har jag rätt diagnos, är vården tillgänglig när jag behöver den? Vi lärde oss mycket när vi ställde oss frågan ”Hur är det att vara Esther”? Inom ett dygn träffade Esther 35 medarbetare, mer människor än vad Esther kanske träffade under hela året.

Kariesfria ungdomar

35 procent av 19-åringar i vårt län är kariesfria. Detta har skett genom olika initiativ, både samverkan och fri tandvård. Tillgängligheten mycket bättre de senaste åren. Vårt landsting har de lägsta kostnaderna i Sverige för hälso- och sjukvården.

Vi försöker använda oss av de iakttagelser som finns av sjukvården. Forskaren Michael Porter har ställt sig frågan om en värdebaserad hälso- och sjukvård.

Överlevnadschans på sjukhus

Med vilken sannolikhet kommer du att komma hem frisk?

Hur länge kommer skadan vi har reparerat åt dig att hålla?

Nej, vi har en annan typ av redovisning.

Hur tolkar vi vår egen verksamhet?

Hur ska vi tänka kring våra multisjuka patienter?

Det amerikanska systemet

Patienten ”Rebecka” i USA är beroende av en mängd olika mindre system för att få den vård hon behöver och

dessa innehåller en rad olika vårdgivare. Hur ska Rebecka hantera sin situation? Hur ska hon kommunicera med alla dessa?

Man kan tänka på två sätt kring detta och vilken data/information som behövs. Vi bygger interna informations-system för vår verksamhet. Men vi behöver också bygga ett IT-stöd där patienten kan registrera sin information, som är patientens journal. Denna journal ska underlätta i kommunikationen mellan vården och patienten. Vi tror att allt det vi gör är beroende av

KUNDSKAP (lär oss mer och mer om dem vi är til för)

Aktiva medarbetare

Ledarskap som underlättar

- processutveckling

- kundfokus

- nya metoder och verktyg

Sätt hela systemet i rörelse

Det gäller att vi sätter hela systemet i rörelse. Vi har 5000 medarbetare som har lärt sig moderna kvalitetsmetoder. Alla som vill är bemyndigade att använda dessa, vi använder utveckling som en investering. Vi tror att dessa medarbetare måste känna att det är på deras villkor som all utveckling sker, det är de som har kunskap om hur det ser ut.

Framtidens primärvård

Över 3000 personer har svarat på en enkät om vården kring frågan hur framtidens vårdcentral ska se ut.

74 procent vill besöka vårdcentral nära

16 procent vill besöka vårdcentral på olika platser vid olika tillfällen

Det viktigaste är att vi är nåbara!

Primärvårdens medarbetare har funderat:

Vi vill bolla upp de dilemman vi befinner oss i och sedan diskutera med berörda så att de själva startar en utvecklingsprocess.

Patientens fokus?

Hur ska vi få till patientens fokus?

Vi har t ex projektet ”Passion för livet”. Efter tre år finns 150 studiecirkel igång med 400 coacher utbildade i Sverige. Här frågar man sig: Hur kan man ha roligt hela livet. Hur kan man ta vara på hälsan så bra som möjligt? I Sverige sitter pensionärer och gör PGSA-hjul och beskriver hur kan jag förbättra mina kostvanor, hur kan jag förbättra mitt sociala liv.

Exempel barndialogen, förskolorna i länet – hur kan vi minska stressnivån? Många barn som fick diagnos ADHD

– genom att minska stressnivå (ljudnivå och annat) minskar vi besök till primärvård och skapar bättre livskvalitet för både föräldrar och barn.

Exempel från barndialogen – vi är ett av de få län i Sverige där vi i samtliga åldersgrupper kan visa att det går att sänka vikten.

Hur kan vi bygga ett mätsystem som hänger ihop så att den individuella patientens mätningar hänga samman så att det underlättar för läkaren och den lokala organisationen, för landets reumatologer? Hur kan vi bygga ihop detta?

Mäta för att leda

Vi har tillsammans med 16 av landets landsting startat kunskapsutveckling för att försöka bygga upp arkitekturer för mätning – Mäta för att leda. Detta för att fatta faktabaserade beslut.

Vi har ett spännande projekt i vårt län där vi samverkar med astmaprocessen och Astra. En gång per vecka får patienter med astma ett antal frågor som de ska besvara. Dessa frågor kommer via telefon, patienten svarar via telefon hur vederbörande mår och hur man ligger i dessa kvalitetsindikatorer. Patienter och läkare som är med i denna studie vittnar om en bättre hälsa.

Vi försöker jobba med akutmottagningen i Jönköping som har en hög belastning. Där har man startat ett arbete kring hur man kan utveckla en högre servicekvalitet – speciellt bemötande.

Sluta röka

Vi har 39 sjuksköterska i länet som kan träffa patienter i länet som bidragit till att vi lyckats få en stor andel av patienterna att sluta röka. Dessa sjuksköterskor kostar 1,2 milj kr om året, men vi sparar 5 milj kr om året för varje levnadsår för denna grupp.

Vi jobbar med kultur i vården eftersom vi tror att det gör skillnad om man gör saker i dur eller i moll.

På flera kliniker har man ändrat sitt sätt att ronda där man möter patienten i ett rum och för ett samtal istället för att genomföra traditionella ronder. 85 procent av patienterna kunde, 15 procent klarar ej detta, men de kan man ge andra alternativ.

Varför kallar vi väntrum för väntrum – det ska heta lärcafé eller patientskola. Vi ska få den information vi behöver när vi har tid över i väntrummet.

Vi jobbar med Din Vård – vad lägger våra doktorer sin tid, vad lägger sjuksköterkor sin tid, allt för att försöka vinna tid för att kontakten mellan professionen och patienten ska öka.

Qulturum College

Allt detta kommer aldrig att lyckas om vi inte bygger ett "Qulturum college". Det är inte vi som leder Futurum och Qulturum som kan lyckas utan det är alla medarbetarna i landstinget som tillsammans ska skapa detta. Vi har startat "Bridging the Gaps" med hjälp av medel från Vinnova för att bygga samman forskning och praktik.

Vi skapar, i samverkan med andra organisationer,

också nya, innovativa tjänster för att hjälpa neuropatienter till en ökad rörlighet.

IT är en avgörande faktor som kommer att ge oss de förutsättningar vi behöver för att möta de behov som finns.

Vi behöver ha en gemensam värdegrund.

Vi behöver ha kunskap om microsystem.

Vi behöver jobba med ledarskapet.

Mikrosystem

Vi utbildar alla medarbetare som vill i att jobba i mikrosystem, vi skapar resultattavlor. Vi måste ha ett gemensamt processarbete, vi har en enda process och det är patientens resa genom vården. Vi jobbar efter att ta bort slöseri, få patienten att ta hand om sig själv, granska så att resultatet av din vård är bra.

Åtta av 40 ortopedkliniker i Sverige registrerar om det finns vårdrelaterade infektioner.

Wilken vårdform ska vi ha, det kan ingen uppifrån bestämma, det ska du bestämma genom att utveckla kunskaper i patientsäkerhet. Du behöver utvärdera det du gör.

På Qulturum är vi systemvetare som ska underlätta för alla som jobbar med patientkontakter.

Vi behöver ha en stark ledningsnivå som kan göra så att vi fattar beslut som är baserade på fakta. Då kommer vi också att få patienter som vågar tycka till.

Passion för livet och lärcafé handlar egentligen om kunskapsstillförelse så att patienterna vågar ta till orda.

Ulf Andersson, Memeologen: Så gör vi i Västerbotten

Samma teorier som Göran pratar om används i Västerbotten. Detta ökar möjligheten att få inspel med patientens fokus.

I Västerbotten har vi en vision att 2020 ska västerbottningarna vara världens friskaste befolkning. En utmaning men kanske inte så svårt. Vi är relativt friska i Sverige och vi har bedrivit arbete i Västerbotten. Vi ska använda vår metodik för att sprida, diskutera, implementera hos alla medborgare. Det kräver samverkan mellan landsting, kommun, näringsliv etc. Men västerbottningarna är den viktigaste utgångspunkten. Hur kan vi ha en kommunikation med västerbottningarna för att vi ska kunna genomföra projektet? IT kommer in som en viktig del, det finns några 100 000 vi behöver prata med.

Attitydförändringar och annat

Det kan finnas ett värde att titta på Västerbottens organisation. Bergman och Klevsjö pratade om kunden i fokus, processer som möter kundens behov, engagerade medarbetare, faktabaserade beslut och kontinuerliga förbättringar. Vad är kontinuerliga förbättringar?

Det handlar om en attitydförändring som behöver vara dynamisk och som hela tiden kan förändras.

Det bygger på att det ska kunna växa fram, test i liten skala, och sedan spridning.

Det bygger på interaktion och möten. Kort tid mellan planering och utförande, passar bra om man ska involvera patienten. Organisationen måste kunna vara snabb i sina reaktioner.

Kontinuerliga förbättringar är en av nycklarna till att vi ska kunna bygga en organisation som kan möta patientens behov/patienternas olika behov.

Reflektion

Toivo Heinsoo reflekterade efter Göran och Ulfs inlägg: Hur stärker man patientens rättigheter och patientens inflytande?

Genom att prata om patientsäkerhet verkar det som att det får ett större genomslag. Viss teknik och kunskapsspridning slår igenom fort. Det kräver dock ibland att man byter teknik eller skaffar ny kunskap utanför ramarna. Inom andra områden har vi också varit duktiga på att överföra och sprida kunskap, ex polio.

Hur kan vi ge det Göran har pratat om, det Ulf har sagt, spridning så att det går som en löpeld genom Sverige?

Finns det någon inventering av det som pågår? Vi tror att det pågår mycket arbete men att det kanske inte alltid sker systematiskt.

Toivo Heinsoo avslutade dagen:

Patienten kan ses som en del av vårdens innovationsprocess

Sammanfattning:

- Målen, aktiviteterna och uppföljningen saknas för många av de patientstärkande reformerna.
- Växande krav på inflytande och valmöjligheter.
- Relevant information som kan vara vägledning för patienten saknas – vi är endast i början av att kunna presentera information som hjälper patienten om vilka val som finns att göra i vården. Det finns ingen transparens gentemot patienten.
- Patienten skulle kunna ses som en del av hälso- och sjukvårdens innovationsprocess.
- Sammanhang skapas i överblickbara enheter.
- Patientens fokus (lätt att ha samhällsperspektiv istället för att ha patientens fokus på olika frågor, nyttigt att byta perspektiv).

Det finns undersökningar som visar att patientens delaktighet i vårdprocessen är avgörande både för resultaten men också för kostnaderna i vården.

Reflektion:

- En reglering av vårdgarantin kräver en ny tydlighet (varierar mellan olika landsting, lagregleras detta måste man tydliggöra vad som innebär patientens rätt, troligtvis tillgängligheten).
- Jämförelse och uppföljning måste ges en inriktning som gynnar patientens situation.
- Skapa situationer som involverar patienten i kvalitetsförbättring och utveckling.
- Utnyttjande av nya arbetssätt kan snabba på verksamhetsutvecklande processer.
- Patientperspektiv och ansvar (tydliggöra vem som har ansvar i olika situationer i vården).

Patientdatalagen kommer att styra hur en sammanhållen journalförning ska se ut.

Viktigt att förstå historien för att förstå nuläget. Det har skett en rad av reformer under 20 år som tillsammans har varit med att bidra till rådande inställningar.

Kvalitetsapproachen är väsentlig, ett exempel: Bröstcancerdiagnostisering i Malmö har förkortats från 42 dagar till 3 timmar, .

GULDKORN

Dokumentation från post-it-lappar

Kommentarer på post-it lappar efter varje avsnitt under dagen:

Vad säger vetenskapen?

- Hur många uppfattningar kan överföras mellan kulturer?
- Tillit – hur bygger man det i olika system?
- Var finns de starka ägarintressena som kan beställa, producera information baserad på patientbehov?
- Information – bristen är inte dålig översättning av professionens kvalitet, bristen är att patientkvalitetens perspektiv inte har prioriterats
- Hur hjälper vi patienten – befolkningen att hitta informationen när de söker den?
- På vilket sätt ska data vara kundvänliga?
- Hur använder vi resultatuppföljningar?
- Hur kan vi diskutera garantier på annat sätt? Kvalitet och säkerhet?
- Hur motiverar vi läkare?
- Transparens – är bristen på transparensen reell eller ett resultat av bristen på aktörer som ställer krav på transparens?
- Lojalitet mot egna sjukhuset – ”stödköp”?
- Många val – svårt välja – jämför pension
- Ansvars- och rollfördelning mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
- Finns det många patienter som velat välja men ej fått?
- Kopplingen reform – verklighet?
- Valfrihet lägre OK i glesbygd, finns det risk att det inte blir någon vård alls i glesbygd?
- Inflytande på mikronivå – minskar det valfriheten på makronivå?
- Valfrihet kontra styrning och kontroll? Patient kontra population?
- Hur stödjer vi hälsofrämjande insatser?
- Finns den nya patienten?

Chris Ham

- Fler kvinnor än män vill välja, fler arbetarklass än utbildade vill välja
- Den nya patienten finns den?
- Stämmer ej heller i England?
- Väntetider borta efter 2008 – ledningen kan bli åtalad dömd och förlora 5 procent av budget i böter
- Anmärkningsvärt - lön efter kvalitet!
- Inför operation och behandling efterfrågan av antalet infektioner, MRSA etc
- Hur arbetar man med att bli bättre? Vad görs?

Innovationsprocessen

- Ska vi lägga ner socialstyrelsen när patienten själva ska formulera kvalitetskrav?
- Framtiden är ickehierarkisk – småskalighet och kreativitet
- Mindre enheter?
- Lära oss innovativa processer?
- Var rekryteras deltagarna till kreativa möten?
- Hur kan vi skapa arenorna för kreativa möten?
- Vilka värden ska vi eftersträva att skapa?
- Vilka hinder finns eftersom patienterna inte kommer till tals?
- Segmentering viktig – olika behov för olika grupper – hur handskas vi med det?
- Ansvarsrisker med Wikipedia för patienter?
- Patienter för dagbok om förbättringar – samlas kreativitet.

Toivo Heinsoo

- Sätta tydliga mål och följa upp dessa systematiskt
- Maktförskjutning till patienten kan snabba upp spridningen
- Beställarkompetens
- Skapa mötesplatser mellan patienter, studenter och yrkesverksamma för att hitta nya lösningar
- Börja där behovet är stort – gör det till patientens fokus, t ex kroniker
- Vad ska regleras centralt – (tro på plan) i förhållande till små enheter som ger sammanhang (innovation)
- Vad gagnar patienten bäst i vilka sammanhang?
- Gör inte det enkla komplicerat – skilj på snabbt och enkelt avklarade vårdbehov och multisjuka
- Identifiera tvetydigheten i målbilden
- Identifiera drivkrafter och styrmedel som driver på i den önskade riktningen
- Hur får man operativt ansvariga att vilja införa förändringar och vara uthålliga? Kunna se patientens och den egna nyttan.
- Balansgång mellan behovsstyrning och efterfrågestyrning – vem efterfrågar prevention för feta barn?
- Behålla det goda även i en ny modell, inte kasta ut barnet med badvattnet.
- Hur lär vi av varandra? Stödsystem behöver utvecklas.
- Hur löses fråga om utkrävbarhet av nya rättigheter?



Samtal i en paus mellan Ulrika Winblad, Uppsala universitet, och Boel Andersson Gäre, Futurum.



Samtal mellan Toivo Heinsoo, Utredningen Patientens rätt, och Eva Nilsson Bågenholm, Läkareförbundet.

Arrangör var Qulturum, Landstinget i Jönköpings län i samverkan med utredningen Patientens rätt i vården (S2007:07)