



Dokumentation från Beställarnätverkets riksstämma i Göteborg den 4-6 februari 1998

Tema: Patientens möte med hälso- och sjukvården

Innehåll

Inledning	3
<i>Onsdag</i>	
Från patient till vårdkonsument	4
<i>Torsdag</i>	
Patienten i ett beställarperspektiv	5
Patientens möte med vården I-III	7
Tre seminarier om patientens ställning	10
Gemensam diskussion/patientens ställning	13
<i>Fredag</i>	
Beställarnas möte med hälso- och sjukvården	14
Kompetensutvecklingsprogrammet	15
Kompetensutvecklingsprogrammet - NÖSO:s verksamhetsidé	16
Analys av sjukdomsgrupper	18
Nyckeltal för jämförelser	19
Några tankar om framtiden	20
Konferensprogrammet	21
Arbetsgruppen	23

Inledning

Riksstämman ägde rum på Hotell 11 på Hisingssidan av Göta älv. Totalt hade stämman 167 deltagare. Drygt 30 av dessa var engagerade som föreläsare, diskussionsledare, arrangörer etc. De flesta av beställarnätverkets landsting var representerade liksom övriga medlemsorganisationer.

Owe Nilsson, hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande i Göteborg, höll stämmans inledningsanförande. Han poängterade vikten av att bygga det fortsatta arbetet med den nya västra regionen på de erfarenheter man nu skaffat sig när det gäller beställar/utförarperspektivet. Företärdarrollen måste stärkas och förtydligas, var hans huvudbudskap.

Före middagen på stämmans andra dag berättade Johan Ekman från Eriksbergs Förvaltnings AB om utvecklingen av de gamla varvsområdena utefter Göta älvs norra strand. Med hjälp av overheadbilder gav han också en historisk återblick.

Dessutom framförde Hvitfeldtska gymnasietts kammarkör, under ledning av Martin Bagge, "Italiensk sallad" av Richard Genée. Kören består av elever från gymnasietts musikestetiska program.

Under middagen framträdde manskören Dolori som sjunger traditionella georgiska sånger.

Om dokumentationen

Dokumentationen av stämman består av tre olika delar.

1. Denna skrift som är sammanställd och redigerad av Christian Kallerdahl och

består av korta referat från stämmans olika programpunkter. De flesta referaten är gjorda av medarbetare vid Hälso- och Sjukvårdskansliet i Göteborgs stad. Lars H Fallberg har dock ombetts att själv göra en sammanfattning av sitt föredrag.

Vår avsikt med skriften är att ge endast korta sammanfattningar och att var och en som har särskilt intresse av att tränga djupare i vissa frågor själva skall kunna kontakta föreläsare med flera.

2. Hemsidan -

www.bll.se/bestall

- som utöver denna skrift innehåller visst annat material från stämman såsom utvärdering.

3. Sammanställningar, overheadserier med mera som några av föreläsarna lämnat. Detta material finns tillgängligt hos koordinatören för beställarnätverket Anders Östlund.

Utvärdering

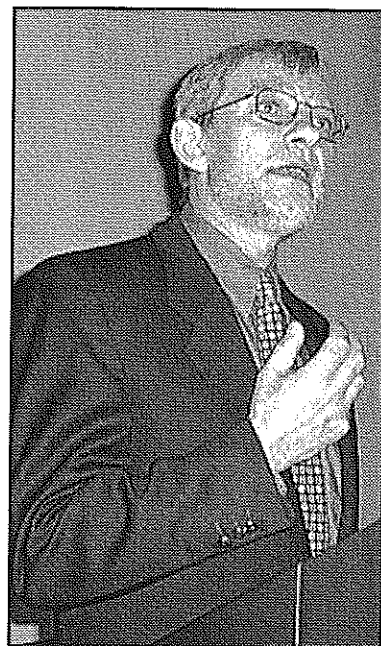
I konferensmappen fanns en utvärderingsblankett som lämnats in av 59 deltagare. Det är ungefär hälften av samtliga deltagare. Till arbetsgruppens stora glädje var många mycket nöjda med både arrangemang och val av lokal.

Lars H Fallbergs inledning på onsdagskvällen uppskattades liksom temat - patientens ställning i hälso- och sjukvården. En av många synpunkter som lämnades tillsammans med formuläret var att "det vore bra om något seminarium tydligare behandlat kunskapen om den framtida patienten. Hur han eller hon ser ut, vilka värdringar och egenskaper hon har etc".

En viktig synpunkt som lämnades var att stämman borde varit mer direkt inriktad på beställarperspektivet. Ytterligare belysning av hur frågorna om patientens ställning kan hanteras i vårt arbete som beställare - inte bara i processen/dialogen utan också i avtalstexter och ersättningskonstruktioner. Om man i avtalen kan skriva in krav vad gäller patientens ställning så kan dessa frågor följas upp på ett bättre sätt i dialog eller med andra utvärderingsverktyg.

Nästa stämma

Vid stämmans avslutning i Göteborg meddelade Gösta Andersson vid Hälso- och Sjukvårdskansliet i Dalarna att nästa riksstämma kommer att hållas i Dalarna.



Owe Nilsson

Från patient till vårdkonsument

Av Lars H Fallberg

Den förändrade patientrollen ställer utmanande krav på vårdens olika aktörer. Patienter vill inte längre stå med mössan i hand och snällt följa läkarens uppmaningar. Framtidens vårdkonsumenter är mer kritiskt inställda till hälso- och sjukvården. Det handlar inte längre om att passivt ta emot information om sin diagnos utan att i en kommunikativ process tillsammans med vårdpersonalen öka den egna kompetensen för lära sig mer om sin diagnos och sina förutsättningar för att leva ett så bekymmersfritt liv som möjligt. Den kompetenta vårdkonsumenten surfar på Internet och kan i vissa fall mer om sin sjukdom än sin läkare vilket ställer krav på ett förändrat förhållningssätt. Läkaren blir expertkonsulten man rådfrågar för att pröva sina egna slutsatser.

Service management

Förändrade levnadsvanor hos patienter och större svårigheter att komma ifrån för att göra ett läkarbesök mitt på dagen samt ett utvecklat "service managementtänkande" inom sjukvården förutsätter att vården höjer sin serviceambition och strävar efter en "McDonalds-effekt" där vårdkonsumenterna kan förvänta sig en minsta kvalitetsnivå, oavsett var i landet man söker vård: Diabetesskolan förläggs till kvällstid för annars tillåter inte karensreglerna att de förvärvsarbetande har råd att vara borta från sin arbetsplats. Läkaren eller sjuksköterskan ringer spontant upp patienten med reumatism och frågar hur hon mår.

Den överfulla telefonväxeln ger ett automatiskt svarsmeddelande på samma sätt som redan sker på ledande tjänsteföretag: "tyvärr är alla våra linjer upptagna just nu,

men vi har registrerat ditt telefonnummer och doktor Pettersson ringer upp så snart hon blir ledig".

Nya politiker och patientföreträdare

Den förändrade patientrollen ställer också krav på förändring hos politiker och patientföreträdare. Skillnaden mellan aktiva och kompetenta vårdkonsumenter kommer naturligt nog att medföra ett ökat behov av riktade åtgärder mot traditionellt eftersatta grupper. En maktförskjutning är nödvändig där patienter och patientföreträdare blir mer delaktiga och tillåts ta ett större ansvar för exempelvis information till allmänheten kring en specifik diagnos, utbildning i egenvård till personer med diagnostiserad kronisk sjukdom, olika former av eftervård, framtagande av kvalitetsstandarder m m. Detta kräver i sin tur en bred diskussion om vilken ansvarsfördelning som bör råda i sjukvården och vilka förändrade förutsättningar detta kan tänkas innebära. För handikappörelsen handlar det om att snarast sätta in kompetenshöjande åtgärder såväl centralt som lokalt för att inåt vända den negativa medlemstrenden och utåt framstå som en kompetent och attraktiv samarbetspartner. För politiker krävs ett förändrat arbetssätt där traditionella arbetsrutiner som innebär att staplar av rapporter och utredningar läses igenom och kommenteras växlas mot ett modernt arbetssätt där deltagande i olika former av samverkansprojekt och brukarråd skapar faktaunderlag för de politiska besluten.

Sjukvårdspolitisk retorik

En annan viktig och förtroendeskapande åtgärd är att förändra den sjukvårdspolitiska retoriken. Användningen av värde-laddade ord som vårdgarantier, patienträttigheter, vårdkontrakt som endast syftar till att skapa en illusion av makt leder i förlängningen till en destruktiv frustration hos patienterna. Nya projekt och utredningar som "sätter patienten i centrum" eller "stärker patientens ställning" riskerar omgående att få en floskelstämpel på sig såvida de inte har ett motsvarande substantiellt innehåll.



Lars H Fallberg

Onsdag 4 februari 18-19
Från patient till vårdkonsument - hot och möjligheter i en förändrad patientroll

Lars H Fallberg, jurist, Nordiska Hälsovårdshögskolan, Box 121 33, 402 42 Göteborg

Tel 031-69 39 00

Fax 031-69 17 77

lars.fallberg@nhv.se

Patienten i ett beställarperspektiv

Antecknat av Jan Svensson, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Varför kan patienten inte få beställa sin egen vård? Vad skiljer egentligen sjukvård från restaurangbranschen? Hur viktigt är det att vården är rättvis? Kan man beställa bättre hälsa?

Vilka kvaliteter i vården är särskilt viktiga?

Dessa är några av de frågor som Douglas Skalin, utredningschef på Landstingsförbundet, inledningsvis ställde. Han svarade själv successivt på var och en av dem.

Sjukvården präglas fortfarande av en maktrelation mellan läkare och patient. Det går alltså inte att tala om jämlikhet i vården i detta avseende och det är naturligtvis de sjukaste människorna som drabbas värst. Hälsan är viktigast för dem som är sjuka!

De professionella inom vårdarbetet har ett överläge gentemot patienterna bl.a. genom sitt fackspråk. I språket manifesteras ojämlikheten och Douglas Skalin uppmanar alla att tala så att folk förstår!

Allmänheten uppfattar knappast att ledningarna för sjukvården anstränger sig för att skapa kvalitet i vården och att de är engagerade i vårdens utveckling. De uppfattas vara de som håller i pengarna och som bara är intresserade av besparingar. Om det är så har ledningarna varit lyckosamma, för idag kan vi inte tala om att det finns några höga kostnader inom sjukvården. Kostnaderna har sänkts drastiskt de senaste åren.

Douglas Skalin redogjorde för utvecklingen i Sverige de senaste 45 åren:

- Befolkningen har ökat med 26 % men fyra gånger fler är över 80 år. Chansen att bli 80 år har nästan fördubblats.
- Medellivslängden har ökat 7,5 år respektive 10 år för män och kvinnor.
- Fler mår bättre och har bättre rörelseförmåga, men fler har problem med hörseln.
- Bättre vårdresultat på många områden, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, men obetydligt sänkt dödlighet i cancer (bortsett från barnleukemi).
- Vårdplatserna är hälften så många

men antalet läkarbesök har fördubblats.

- Spädbarnsdödligheten har reducerats med 1/5. Det har sparat 1.600 liv /år.
- Vi har fått 5-6 gånger så många läkare och sjuksköterskor sedan 1950
- Sjukvårdens andel av BNP har fördubblats, men ligger ändå lågt i en internationell jämförelse

Förändringarna som sker är inte bara positiva.

Medellivslängden har ökat bland männen under 90-talet, men legat still för kvinnorna. I Danmark kan man tala om en stagnation. I vissa grupper i samhället har dödligheten sannolikt ökat!

Vad kan det bero på? Ja, det finns kanske inga enkla svar men några delförklaringar kan vara att rökningen minskar mer bland män än bland kvinnor.

Man kan också konstatera att nedskärningar i social service och transfereringar slår hårdare mot kvinnor än mot män.

Hur viktigt är det att vården är rättvis?

Hälsa upplevs vara en viktig tillgång för de flesta människor i Sverige. Därför är det viktigt att försöka jämna ut skillnader i ohälsa och fördela resurserna så att vården sker på lika villkor.

Det står också ganska klart att människor vill att vården skall finansieras över skattsedeln. Den solidariska finansieringen upplevs bidra till att skapa rättvisa förutsättningar för alla människor i vården.

Kan man beställa bättre hälsa?

Det är viktigt att försöka identifiera de förhållanden som är påverkbara genom beställningarna. Det finns stora behov av att utveckla metoder för att kunna ta större hänsyn till folkhälsoaspekter vid politiska beslut.

Människors livsvillkor måste uppmärksammas mycket mera av sjukvårdens professionella.

Vilka är t.ex. hälsokonsekvenserna av arbetslöshet? Det är en frågeställning som inte kan besvaras enbart utifrån kunskaper inom den medicinska professionen. Det blir därför viktigt att uppmärksamma sådana faktorer nära människorna som kan bidra till bättre hälsa. Det kan handla om insatser för socialt stöd, sociala nätverk



Douglas Skalin

Torsdag 5 februari 11.15-12.00
Patienten i ett beställarperspektiv

Douglas Skalin, utredningschef,
Landstingsförbundet,
Box 70491, 107 26 Stockholm
Tel 08-702 43 00
fax 08-702 45 90

forts

forts.

och att fördjupa barns vuxenkontakter.

Andra viktiga områden som kräver fortsatt uppmärksamhet är människors olika livsstilar, såsom tobak - alkohol - narkotika - matvanor - motion - sex och samlevnad - sömnvanor m.m.

Det finns en lång rad omvärldsfaktorer som påverkar människors hälsa såsom arbetsmiljön, arbetslöshet, boende, trafik, utbildning, jordbruk/livsmedel, fritid & kultur, socialförsäkring, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Grunden för att kunna satsa resurser på att förbättra människors hälsa är trots allt att vi har en samhällsekonomi i balans!

Om man försöker sig på att jämföra hur hälsoläget är i Sverige, jämfört med ett EU-medeltal, förefaller det som om förhållandena hos oss i flera avseenden är relativt gynnsamma. (Eller handlar det mest om olika nivåer av elände)?

Andel (%) av sjukdomsördan som kan tillskrivas olika bidragande orsaker:

Källa: Folkhälsoinstitutet 1997

Risikfaktor	Sverige	EU
Tobaksrökning	8,0	9,0
Alkoholbruk	3,5	8,4
Lite grönsaker/ frukt i kosten	3,5	3,5
Övervikt	2,8	3,7
Arbetslöshet	2,4	2,9
Fettsammansättning i kosten	1,5	1,1
Fysisk aktivitet	1,4	1,4
Rel fattigdom	1,2	3,1

Beställarrollen kan bli ännu viktigare framöver tror Douglas Skalin. Huvuduppgiften innebär att åstadkomma maximalt goda förutsättningar för det han kallar "unika möten mellan vårdad och vårdare". Mycket av det som sker inom sjukvården idag fungerar bra. Men vi är inte bra på att uppskatta det som fungerar bra. Just nu håller vi mest på att jaga felen. Vi borde ändra fokus, enligt Douglas Skalin

Han poängterar vidare att det är viktigt med en demokratisk motvikt i sjukvårdssystemet. Den politiska beställarrollen får inte bara komma att innebära att man härmar det privata näringslivet. Det är därför angeläget att utveckla en bra kommunikation mellan politiker och representanter från verksamheten.

Vilka kvaliteter i vården är särskilt viktiga?

Värdebegreppen vad avser kvalitet inom vården växlar över tid, men innehållet är ibland det samma!

Douglas konstaterar att patienternas inflytande och delaktighet i den egna vården och behandlingen fortfarande är dåligt utvecklad. Patienternas perspektiv har helt enkelt inte funnits i fokus, vare sig i den kliniska vardagen eller inom forskningen.

Den medicinska kvaliteten i behandlingen röner stort förtroende bland allmänheten, medan däremot förtroendet för omvårdnaden har förändrats kraftigt till det sämre. Det är viktigt att ta reda på vad missnöjet handlar om! Patienterna kommer att ställa mycket högre krav i framtiden.

Tillgänglighet till sjukvården är i hög grad önskvärd - såväl mänskligt som ekonomiskt. Köområden uppstår, men vad betyder det egentligen? Det finns inte något klart samband mellan resurser och väntetid.

Det finns omättade behov inom vissa områden t.ex. gråstarr och höfter. Även vid rutinoperationer är det viktigt att man inte får vänta för länge. Därför kommer det att bli mycket problematiskt att leva upp till den nya vårdgarantin med operation inom tre månader. Det finns risk att det sker en förskjutning mot lägre prioriterade områden t.ex. snarkningsoperationer.

Ett annat problem är att taxorna nu ligger på en nivå som gör det svårt för vissa att ha råd att gå till läkare eller ta ut läkemedel. Detta måste uppmärksammas mera!



Lunch i Södra Foaén

Patientens möte med vården I

Hur påverkar personalens välbefinnande patientens upplevelse av vården?

Antecknat av Elisabeth Åkrantz, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Att TQM-konceptet inbegriper både vård- och arbetsmiljökvalitet är väl känt. Likaså att om man ökar de anställdas motivation till förändring så ökar effektiviteten i förbättringsarbetet. Men att man nu vetenskapligt kan påstå att man måste satsa både på personalens arbetsmiljö och patientens vårdmiljö för att erhålla bästa möjliga vårdkvalitet, visar den undersökning som utförts vid Regionssjukhuset i Örebro (RSÖ).

Patientenkäter

Under åren 1994, 1995 och 1997 genomförde man vid RSÖ patientenkätun-

dersökningar. Resultaten visar att patienterna är nöjda med vårdkvaliteten i stort och att inga större skillnader finns mellan de olika undersökningstillfällena. Man upplevde dock att informationsrutinerna och tillgängligheten förbättrats och att omvårdnaden blivit något bättre. Skillnader i resultaten sågs mellan klinikerna. Frågorna tog även upp patientens upplevelse av personalens arbetsmiljö. På de kliniker där patienterna skattat personalens arbetsbelastning och stress som hög, fick man ett lågt vårdkvalitetsbetyg och låg skattning av bemötande och omvårdnad.

Personalenkäter

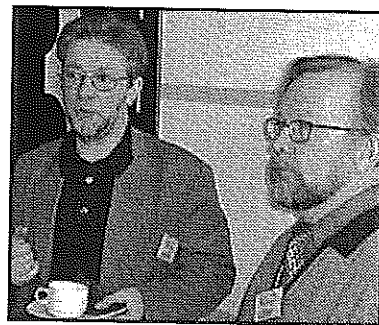
En enkätundersökning av personalens arbetsmiljö utfördes under år 1997. Denna visar att på de kliniker där personalen skattat att arbetsbelastningen varit hög upplever man en lägre delaktighet i arbetet och anser att arbetet utfördes med lägre effektivitet samt med en lägre skattat vårdkvalitet för patienterna. En tydlig korrelation mellan upplevd arbetsmiljö och upplevd levererad vårdkvalitet kan ses.

Man kan också se att där satsningen på personalens kompetensutveckling varit låg upplevde personalen hotet om anmälan i högre utsträckning än där man satsade mer på detta.

Då man kopplat ihop personal- och patientperspektivet avseende arbetsbelastningen så visar detta, att på de kliniker där patienterna skattade arbetsbelastningen/stressen som hög, där skattade även personalen detsamma. Således visar detta att personalen inte kan dölja stressen och den dåliga arbetsmiljön för patienterna och att båda kategorierna vistas i en och samma miljö - för patienten, vårdmiljön och för personalen, arbetsmiljön.

Sambandsanalysen visar dessutom att de frågeområden som gav de högsta vårdkvalitetspoängen var i fallande skala: Omvårdnad, arbetsmiljö, medicinsk behandling och tillgänglighet. Detta tillsammans förklarar 56% av variationen avseende den upplevda vårdkvaliteten.

Vid diskussionen som följde framkom att om personalen görs delaktig i det förändringsarbete som idag utmärker hälso- och sjukvården, bidrar det till en bättre arbetsmiljö som i sin tur förbättrar vårdkvaliteten för patienterna.



Kaffepaus

Torsdag 5 februari 13.30-14.00

Hur påverkar personalens välbefinnande patientens upplevelse av vården?

Bengt Arnetz, professor, IPM & KI,

Tel 08-728 69 39

Fax 08-33 43 96

bengt.arnetz@medhs.ki.se

Patientens möte med vården II

Hur mäter vi patienternas upplevelse av vården?

Antecknat av Elisabeth Åkrantz, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

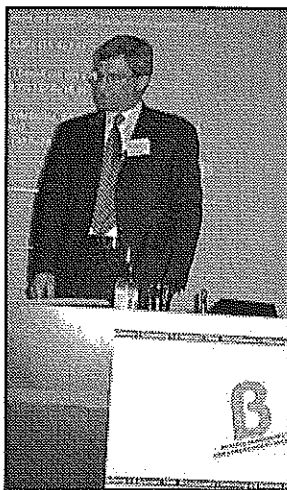
Studien "Vad tycker patienterna egentligen om vården", presenterades i en första analys. Studien genomfördes av SPRI i samarbete med Picker Europe vid 8 sjukhus i Sverige under hösten -97 och bygger på en metod som utvecklats av Pickerinstitutet i USA men anpassats till svenska förhållanden. Metoden bygger på tidigare intervjuer om vad patienter själva tycker är viktigt med vården och 60 frågor ställs inom följande områden:

- respekt för patientens integritet, vilja och behov
- samordning och vårdinsatser
- information
- fysiskt välbefinnande
- emotionellt stöd
- engagemang av närstående
- utskrivning och kontinuitet

Frågorna kännetecknas av att de är av rapporterande karaktär om vad som faktiskt hänt.

Exempel: Om du behövde tala med en sjuksköterska, fick du möjlighet till det?

Syftet med studien är att ta reda på vad patienterna egentligen tycker om vården, att skapa en nationell bild av vårdkvaliteten ur patientperspektiv, att bygga upp en nationell bas, att göra internationella jämförelser och att jämföra olika sjukhus i Sverige.



Flemming Rosleff

Torsdag 5 februari 14.00-14.30
Hur mäter vi patientens upplevelse av vården?

Elisabeth Höglund, utredare,
SPRI,
Tel 08-702 46 00
Fax 08 702 47 99
elisabeth.hoglund@spr.se

Flemming Rosleff, vd, Picker
Europe
Tel 031-335 76 35
Fax 031-778 58 59

Genom att låta SPRI identifiera de områden man behöver kvalitetsförbättra kan sjukhusen i stället koncentrera sig på de förbättringsåtgärder som krävs.

Målgruppen för studien var patienter som skrivits ut från kirurg- och medicinkliniker direkt till hemmet och som vårdats minst ett dygn på sjukhus. Totalt var det 9 383 patienter vid de medverkande sjukhusen som uppfyllde dessa krav. Av dessa fick 5 140 slumpmässigt utvalda en förfrågan om intresse av att medverka i studien. Av dessa tackade slutligen 3 941 ja till att medverka och fick sig tillsänd en enkät tre veckor efter utskrivningen från sjukhuset. Av dessa besvarade 81% enkäten (63% av de totala 5 140 tillfrågade).

Resultat

Resultatet presenteras i form av "problem score" vilket menas att ju högre siffrorna desto större behov av kvalitetsförbättring krävs.

Den första analysen visar att "problem score" avseende det totala intrycket endast är 6 %, men då man specifikt går in på de olika frågeområdena visar det betydligt högre problem inom flera områden. Jämför man mellan de olika sjukhusen ser man att de skiljer sig åt i *problem score*.

Då det gäller jämförelsen med de amerikanska patienternas upplevelser visar det att förtroendet för läkarna är detsamma mellan länderna men att patienterna i mindre grad i Sverige får information och känner sig delaktiga i vårdprocessen än vad patienterna i USA upplever.

Kvalitetsförbättringar

Nästa steg för SPRI blir nu att efter ytterligare analys återföra resultaten till de medverkande sjukhusen och försöka påverka dessa att sätta in kvalitetsförbättrande åtgärder inom de specifika områden där "problem score" visat på höga värden. Därefter skall en ny studie genomföras hösten-98, dit alla svenska sjukhus kommer att inbjudas. Vidare skall man titta specifikt på kvalitetsutvecklingen inom diabetesvården och öppenvården.

I diskussionen framkom aspekten att i USA medföljer patientens egna husläkare till sjukhuset och mera aktivt deltagar i vården, vilket kan förklara de bättre resultat där, avseende läkarnas information till patienten.

Patientens möte med vården III Hur upplever patienten mötet med vården?

Antecknat av Elisabeth Åkrantz, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Sedan år 1992 skall det i varje lands- ting enligt lag finnas en förtroendenämnd som till uppgift har att främja kontakten mellan patient och personal.

I Bohuslandstinget består nämnden av 7 ledamöter vilka har 4 möten/år. Två patientombud, båda socionomer, är anställ-

da att handlägga de ärenden som inkommer i form av klagomål av varierande form och grad, direkt av patienten själv eller genom dennes närstående.

Målsättningen är att problemen skall lösas så nära vården som möjligt och att patienten själv tar direktkontakt med inblandad personal.

Som patientombud har man inga juridiska möjligheter utan ger mer direktiv om vart patienten kan vända sig vid behov. Det är alla typer av patienter som vänder sig till patientombuden och spännvidden är stor om vad de tar upp.

Som patientombud möter man mycket ilska, sorg och besvikelse vid kontakterna, vilka sker helt på patientens initiativ och endast ur patientperspektiv.

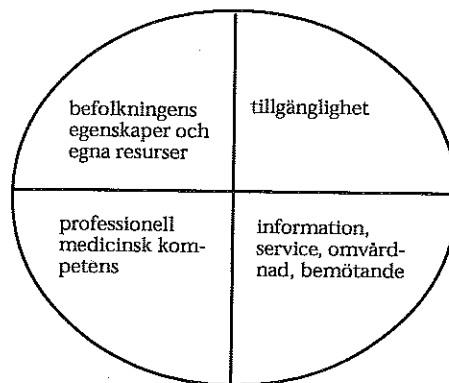
Vanliga ärenden är felbehandling, dåligt bemötande, långa väntetider och brister i vårdkedjan.

Ofta känner patienten sig nöjd efter kontakten med patientombudet där de upplever att man lyssnat. Dock vill en del sätta åt läkaren och andra vill ha ekonomisk ersättning.

Förtroendenämnden är **inte** en kontainer utan skall i stället ses som en kunskapsbank. Denna kunskap som patienterna delger oss behöver dock bättre systematiseras.

Om man ser patienternas klagomål som en möjlighet till att vidareutveckla vårdens kvalitet kommer förtroendet att öka för sjukvården, men även för politikererna.

Vårdkvaliteten innefattar



Ett exempel: Om man inte kan behandla medicinskt måste i stället tyngdpunkten förskjutas åt höger i figuren så att omvårdnaden förbättras.

Torsdag 5 februari 14.30-15.00
Hur upplever patienten mötet med vården?

Margareta Callersten Brunell,
patientkontaktman/handläggare
vid Bohuslandstingets förtroendenämnd

Tel 031- 630 798

Fax 031- 630 826

margareta.callersten@bll.se



Lennart Nilsson

Torsdag 5 februari 15.30-16.30
Kan patienterna få inflytande över vården med hjälp av politiker?

Lennart Nilsson, universitetslektor, Förvaltningshögskolan
Tel 031- 773 15 95
Fax 031- 773 47 19
lennart.nilsson@spa.gu.se

Lena Berglund (s), Öckerö kommun
Tel 031- 97 62 04
Fax 031- 96 21 49

Rosie Rothstein (fp)
Tel 031-701 02 80/
070 653 20 41
rosie.rothstein@malmo.se

John Gunnar Ericsson (s),
Tjörns kommun
Tel 0304-67 52 30
Fax 0304- 67 55 98

Vilka är förutsättningarna för att stärka patientens ställning i vården?

Seminarium I - politikerrollen

Kan patienterna få inflytande över vården med hjälp av politiker?

Antecknat av Jan Svensson, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Moderator: Lennart Nilsson, förvaltningshögskolan

Politiker: Lena Berglund (s), Öckerö kommun, Rosie Rothstein (fp), Göteborgs kommun och John Gunnar Eriksson (s), Tjörns kommun.

Lennart Nilsson lade grunden bland annat genom att konstatera:

1. Sveriges befolkning är i stort sett nöjda med hälso- och sjukvården
2. Ingen samhällsnivå har så anonyma politiker
3. Sjukvården har en organisation som är okänd bland befolkningen

Människor är primärt intresserade av att verksamheten fungerar - inte hur organisationen ser ut. Medborgarna spelar en rad olika roller i förhållande till vården: Rollen som väljare, brukare, skattebetalare och som anställd.

Politikerrollen ser också olika ut på olika nivåer beroende av:

position i hierarkin, majoritetsläge, fritidspolitiker eller ej, roll som representant, beslutsfattare eller företrädare.

Politikerna inledde med att svara på frågan vem de tyckte hade makten över sjukvården.

Rosie provocerade många genom att påstå att det är civilekonomerna som har makten. "De talar om patienterna i form av kostnadsmassa!" Makten ligger vare sig hos politiker eller de professionella i vården. Ekonomismen styr. Partierna representeras dessutom av för många 40-talister och för få icke-svenskar!

Lena och John Gunnar verkade vara mer tillfreds med sina möjligheter att på-

verka sjukvården som företrädare för patienterna. Kontakterna med befolkningen upplevs som levande och att de får signaler direkt från dem som upplever behov. Politikertätheten på Tjörn överträffar läkartätheten där med bred marginal!

Är det en skillnad mellan stad och land? Det ville vare sig politikerna i panelen eller vissa ur publiken hålla med om. Det är ingen idyll i den lilla kommunen heller, fan tro't.

Rosie övergick att tala om kvalitetsbristkostnader i vården och konstaterade att det kostar "skjortan". Då är det allvarligt när politikerna inte intresserar sig för klagomålen som kommer in till sjukvården. Det är ju ändå bara en liten rännil av alla som har anledning att klaga. Om människor säger sig vara nöjda med sjukvården så hänger det ihop med vilka förväntningar de har. Alltså är det inget bra måtbegrepp.

En politikerkollega i publiken manade till större tålmod och menade att politiken trots allt är ett förändringsinstrument. Prova nytt och pröva igen! Det gäller för var och en att hitta sina vägar.

En annan i publiken hängde upp sig på resonemanget om civilekonomernas makt och frågade hur politikerna egentligen tänkte sig att få faktabaserat beslutsunderlag utan civilekonomer och administratörer? Svaret var ganska givet: Politiker får intryck och kunskaper från en mängd olika håll - inte bara från tjänsteskrivelser. Det handlar om en sammanvägning från olika informationskällor.

Har då politikerna tillräcklig makt?

Ja, svarade Lena från Öckerö. Genom beslutsunderlagen från tjänstemännen och dialogen i nämnden fattar vi besluten. Därmed har jag makt.

John Gunnar poängterade att han alls inte är allsmäktig. Det finns begränsningar men det är möjligt att se till att saker och ting händer. Dessutom är det bra att uppleva sjukvården genom att vara patient själv.

Rosie tycker att politikerna har för lite makt. Problemet är att sjukvården kostar massor av pengar och att skattebetalarna är så villiga att bidra med alla dess pengar. Då borde det demokratiska inflytandet vara större!

Vilka är förutsättningarna för att stärka patientens ställning i vården?

Seminarium II - personalrollen

Vilka är förutsättningarna för aktiva patienter?

Antecknat av Per-Åke Larsson, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Moderator: Lars H Fallberg.

Sjukvårdspersonal: Carin Thorén Erixon, Berit Kolmodin och Marianne Wingqvist

Lars H Fallberg belyste samspelet mellan patient och läkare i fyra rollpar:

Autokrat/undersåter/patient
näringsidkare/vårdkonsument
pedagog/deltagare.

Varje läkare/vårdgivare bör kunna hantera de olika patienttyperna på ett bra sätt.

Carin T E (läkare) framhöll att det var

övervägande positivt att patienterna var engagerade, men att hon måste bevaka så att inte de aktiva "vårdkonsumenterna" tog upp så mycket tid etc att inte andra behövande fick tillräcklig tid.

Marianne W (sjukgymnast) beskrev de mycket positiva erfarenheter hon gjort avseende patientkontakt och vårdresultat genom att systematiskt ha tillämpat ett annat synsätt än det gängse. Till detta var kopplat en annan terminologi: Patienten var elev, behandlingen var en lektion, sjukgymnasten var pedagog/lärare.

Berit K (sjuksköterska) redovisade att man i ett projekt med brukargrupp/-råd för

en barnmedicinsk mottagning mött ett stort intresse och engagemang. Sex mammor hade valts ut, som bl a var och en hade mer än ett barn som varit på mottagningen. Samtliga hade tackat ja till att delta, hade varit med på två träffar och skulle nu delta i analys och bedömning av mottagningens verksamhet.

De förberedda inläggen föranledde flera engagerade synpunkter och en stimulerande diskussion.

En avslutande snabbenkät avseende makten i vården summerades så att patientens makt är mycket liten, att politikererna har den största makten och att vårdpersonalen ligger mitt emellan.



Seminarium

Torsdag 5 februari 15.30-16.30

Vilka är förutsättningarna för aktiva patienter?

Moderator: Lars H Fallberg (se sid 4)

Carin Thorén Erixon

Tel 031-86 25 40

Fax 031- 86 25 34

Berit Kolmodin

Tel 031-26 11 64

Fax 031- 26 11 64

hans.kolmodin@partille.mail.telia.com

Marianne Wingqvist

Tel 031-600 650

Fax 031-600 656

marianne.wingqvist@citykurorter.se

Torsdag 5 februari 15.30-16.30
Har patienten makt och inflytande i vården?

Margareta Åström, patientombud Sahlgrenska Universitets-sjukhuset/Sahlgrenska
Tel 031- 60 32 55
Fax 031- 82 17 85

Birgitta Bratt
Tel 031-44 04 10
Fax 031- 44 04 10

Annelie Gröndal, Hjärt- och lungsjukas förening, Mölndal
Tel 031- 87 48 40
Fax 031- 87 37 26

Mats Dahlstrand,
Diabetesförbundet
Tel 0303-33 61 22
Fax 0303-33 61 22

Vilka är förutsättningarna för att stärka patientens ställning i vården?

Seminarium III- patientrollen

Har patienten makt och inflytande i vården?

Antecknat av Elisabeth Gruneau, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Moderator **Margaretha Åström**, patientombud SU/SS inledde med att fråga patientföreträdarna vad som kännetecknar kvalitet i mötet mellan patient och vård.

Birgitta Bratt som är förälder till barn med astma och allergi som ofta behöver sjukvårdens insatser ansåg att ett bra möte präglas av att man som patient och förälder blir mött med förståelse, blir trodd och tagen på allvar och att läkaren ger sig tid att lyssna. Tillgänglighet till vård och återbesökstider inom rimlig tid är också av stor betydelse för dem som ständigt är beroende av sjukvårdsinsatser.

Annelie Gröndal som representerar Hjärt- och Lungsjukas förening betonade vikten av att vården möter patienten som en hel människa och bedömer patientens behov av insatser utifrån kunskap om den sammansatta livssituationen och inte från en isolerad diagnos.

Mats Dalstrand som representerar diabetesförbundet ansåg att han som patient i en livslång sjukdom har stor kunskap om sjukdomen och om sättet att leva med den. Han tyckte därför att han som pa-

tient bör betraktas som en resurs i vården och av vårdgivaren behandlas som en samverkanspart på samma nivå med delvis annan men likvärdig kunskap som gemensamt kan användas för att komma fram till vad de bästa vårdinsatserna är.

Erfarenheterna av vården visade sig i efterföljande diskussion inte helt överensstämma med idealbilden. Birgitta berättade att hon som förälder får kämpa hårt för att få den hjälp hon behöver. Patient och läkare talar ofta olika språk och det gäller att vara påläst och ligga steget före för att få det utbyte man vill, samtidigt som man inte får störa med att *kunna* för mycket. Personkemin mellan läkare och patient är av stor betydelse. Annelie ansåg att det nog ofta händer att sjukvården inte tar reda på vad t.ex. långa väntan på en insats kan innebära för den enskilde patienten i kombination med övriga förhållanden och förutsättningar. Vårdorganisationen kan ofta ha svårt att göra ställningstaganden som innefattar patientens hela situation, särskilt för patienter som har många problem samtidigt. Mats betonar också att det nog finns en del att göra innan patienter ses som jämbördiga samarbetspartner, men att det är viktigt att man satsar på samarbete i stället för konfrontation och att patientföreningar inte blir betraktade som kravmaskiner. Man får komma ihåg att samma personer som är patienter också har andra roller som skattebetalare och politiker.

Sjukvården har hittills i stor utsträckning utvecklats utifrån professionens perspektiv. Viktig för de nya beställarorganisationerna är att anlägga ett perspektiv som utgår från brukarnas behov. För att få underlag till sådan inriktning krävs att en bra dialog kommer till stånd.

En gemensam bedömning var att patientens makt i vården ännu så länge är liten, kanske mellan 1 och 2 på en 10-gradig skala. Patientföreträdarna trodde dock att den nya generationen patienter inte kommer att betrakta professionen som auktoritet och därför inte låta sig nöjas med sådana förhållanden utan ställa stora krav på samverkan och inflytande. Även vårdpersonalens makt bedömdes vara begränsad men lite större än patienternas, medan läkarna bedömdes ha relativt stort inflytande ca 6-7 på samma skala.

Vilka är förutsättningarna för att stärka patientens ställning i vården?

Gemensam diskussion

Patientens ställning

Antecknat av Per-Åke Larsson, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Moderator:

Lars T Gåreberg

I panelen:

Lennart Nilsson,

Lars H Fallberg

Margareta Åström

Politikerna har ett uppdrag att väga samman olika behov och de krav som

ställs av medborgarna i dess olika roller: Väljare, skattebetalare, brukare/patient, anställd. Vid den avvägningen är den medverkande specialistkompetensen inte avgörande utan ett underlag tillsammans med bl a patientsynpunkter.

Patienterna kan och bör få större inflytande i vården genom möjligheter att delta i utvärdering av kvalitet. Exempel gavs på att såväl företrädare för patientorganisationerna som ett antal enskilda intresserade patienter bjudits in. Initiativ kan tas av såväl politiker som beställartjänstemän som vårdpersonal.

Patientens makt är begränsad (I snabbenkäten till de tre grupperna sattes värdet till 1-4 på en tiogradig skala. Personalens makt rankades 4-6 och politikernas 8-9?). Ett av skälen härtill är att patienten oftast inte har något alternativ.

En viss förskjutning bedöms ha skett från patient ("en som tåligt lider och fördrager") till aktiv vårdkonsument. Förskjutningen aktualiserar frågan om vad som blir den dominerande effekten: Att den aktive vårdkonsumenten drar med sig även "patienten" eller att den aktive konsumenten tillskansar sig vård/omsorg på bekostnad av "patienten". Därtill frågan om avvägningen mot vårdpersonalens ansvar för att prioritera efter medicinska grunder.

Beställar-/utförarmodellen kan bidra till att patientens inflytande stärks, då rollerna renodlas och beställaren kan vara tydlig i sina krav, i uppföljningen och i att tillämpa de sanktionsmöjligheter som bör finnas.

I diskussionen berördes också de för- och nackdelar som finns med att tillämpa betygssättning (rating) av vårdgivare.



Lars T Gåreberg

Torsdag 5 februari 16.40-17.40
Patientens ställning - gemensam diskussion

Lars T Gåreberg, kyrkoherde,
Råda församling
Tel 031- 38 21 21
Fax 031- 38 21 38

Summering av torsdagen

Antecknat av Anders Östlund, Beställarnätverket

Fredagen började med Göstas summering av onsdagen och torsdagen. Han framhöll att vi lyckats bra med att belysa komplexiteten och de många olika frågeställningarna som är knutna till patientinflytande. En viktig fråga för oss är att komma fram till vilken roll beställarna skall ha i detta arbete. Gösta Andersson uppmanade deltagarna på stämman att ta med sig frågan hem och föreslog också att Beställarnätverket arbetar mer systematiskt med erfarenhetsutbyte och utveckling, och att någon av medlemmarna tar på sig ett ansvar för att vara motor i ett sådant arbete.

Beställarnas möte med hälso- och sjukvården

Av Anders Östlund

Beställarnas möte med hälso- och sjukvården kan diskuteras utifrån följande frågeställningar.

- Hur och i vilka sammanhang sker dialogen mellan beställarna och utförarna?
- Vilka slags frågor lyfts fram?
- Vilka deltar i dialogen?
- Vilken är beställarnas roll?
- Styrka - svagheter?
- Förändringar bakåt/ Tendenser framöver?

Beställarfunktionerna är olika utformade hos sjukvårdshuvudmännen och man kan konstatera att detta naturligtvis påverkat arbetssätt och inriktning på beställarnas arbete.

Det finns tre olika slags processer som var och en har olika särdrag vad gäller arbetssätt, deltagare och beställarnas roll. Något renodlat kan de sammanfattas på följande sätt:

- Avtalsprocessen – finns i alla beställarlandsting och utgör kärnan i dialogen med utförarna där en mångfald frågor ingår. Det är en förhållandevis formalise-

rad process och i allmänhet hårt knuten till budget- & planprocessen. Nyckelord för beställarnas roll: Lyfter in helheten, initierar och leder processen, uppföljning

- Lokal samverkan – deltagare: kommun, primärvård, beställare, arbetsförmedling, försäkringskassa, berörda delar av sjukhus.

Utgångsansats för små och medelstora beställare men förekommer i olika former i de allra flesta beställarlandstingen. Omfattar oftast kommunen geografiskt och berör främst behovsgrupper som finns hos flera av aktörerna, t.ex. äldre, barn och ungdom, missbruk, psykiska sjukdomar. Beställarnas roll: Delägare i processen, administrerar, bevakar helheten, integrerar.

- Programarbete: – ett systematiskt arbete med de stora sjukdomsgrupperna ur ett brett perspektiv och förekommer i olika former främst hos de landsting med centrala beställarfunktioner. I arbetet ingår frågor som flöden, resultat, behov, brukarinflytande, prioritering, mål. Arbetet är processinriktat, ses som ett lärande och bedrivs i tydlig projektorganisation. Beställarnas roll:

Projektledare, aktiv, drivande, lyfter in helheten, integrerar.

De tre processerna har var och en sina starka och svaga sidor, och en tendens den senaste tiden är att de gradvis närmar sig varandra, en utveckling som sannolikt kommer att bestå.

- 1) Decentralisering; samverkan med kommunerna uppmärksammas alltmer hos landsting med central beställarfunktion.
- 2) Programarbete och samordning hos små och medelstora beställare i dialogen med sjukhusen.
- 3) Längre avtalsperioder och inte lika hård koppling till budgetprocessen.

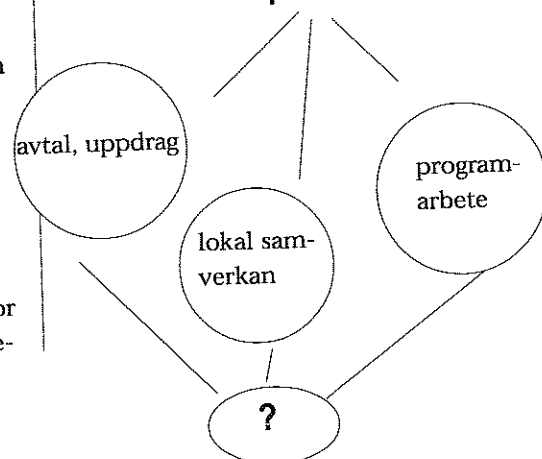
Fredag 6 februari 8.15-8.30
Summering av torsdagen

Gösta Andersson, hälso- och sjukvårdsdirektör, medlem i Beställarnätverkets arbetsutskott, Landstinget Dalarna, Tel 031-023-863 84 Fax 031-023-861 87 gosta.andersson@lt.dalarna.se

Fredag 6 februari 8.30-9.00
Beställarnas möte med hälso- och sjukvården

Anders Östlund, Beställarnätverkets koordinator. Adress, tel med mera se sid 23.

Tre processer



Tre utvecklingsområden ur beställarnätverkets handlingsprogram - I

Kompetensutvecklingsprogrammet

Av Stefan Holmström

Det första kompetensutvecklingsprogrammet för professionella beställare pågår nu för fullt. Den 4:e av totalt 6 moduler har just avslutats. Vi har således 2 moduler kvar och därmed kommit mer än halvvägs. Avslutning och diplomutdelning för de 25 deltagarna sker 1 september i år.

Syftet med den här presentationen idag är att ge er en översikt av hur programmet har genomförts och några av våra erfarenheter samtidigt som vi vill redovisa tankarna inför en eventuell ny omgång med start hösten 1998.

Målsättningen för kompetensutvecklingsprogrammet är att via den samlade nationella och internationella erfarenheten inom områden som behovsanalys, prioritering och utvärdering utveckla deltagarnas skicklighet som professionella beställare. Dvs. förmedla de kunskaper och färdigheter som en professionell beställare behöver idag.

Här intill presenteras uppläggningsplanerna av de sex modulerna som är sammanvävda av deltagarnas individuella projektarbeten som följer genom hela programmet. Innan vi startade programmet gjordes intervjuer med samtliga deltagare för att identifiera individuella och generella frågeställningar samt olika problemområden. De olika projektarbetena har utarbetats utifrån deltagarnas eget intresse och utifrån frågeställningar som man arbetar med i de olika landstingen. Diabetes, Andningsorganens sjukdomar, Depressions sjukdomar, Äldre, Personer över 75 år och äldre.

Syftet med projektarbetena är, förutom att fungera som examinationsform, att sammanställa dessa projekt till en samlad erfarenhetsbank.

Om intresse finns för en ny omgång kan denna starta tidigast till hösten 1998.

Modul 1 - Behovsanalys

Modeller och konkreta arbetssätt för att mäta, analysera och beskriva befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

Modul 2 - Utvärdering

Tekniker och metoder för utvärdering av medicinska metoder ur ett beställarperspektiv.

Modul 3 - Prioritering

Internationella och nationella modeller för prioriteringar presenteras. Målsättningen är att ge en bild av hur beställare systematiskt, konkret kan sammanväga medicinska, ekonomiska och sociala samt etiska aspekter.

Modul 4 - Styrning och ledning Olika sätt för beställare att leda och styra. Hur arbetar beställarna idag med ledning och styrning? Vilken är beställarnas roll?

Modul 5

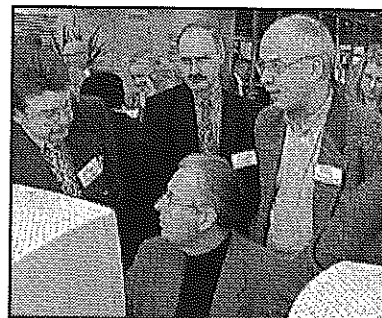
Fokuseras på *uppföljning*, olika kvalitetsregister, TQM

Modul 6A

En *sammanfattningsmodul*, där de samlade kunskaperna används och projektarbetena redovisas.

Modul 6B

Redovisning av arbetet för extern grupp.



Kolla hemsidan

Fredag 6 februari 9.00-11.15
Kompetensutvecklingsprogrammet

Stefan Holmström,
Tel 08- 731 80 00

Fax 08- 731 80 00

stefan.holmstrom@usa.net

Varje företag/organisation är till för att skapa ett värde

Varje företag bildas för att förverkliga visioner eller utföra uppdrag

Varje företag/alla i företaget måste ha en klar bild av vem man är till för (Verksamhetsidé)

Christian Torstensson berättade om beställarnas uppdrag och kompetensbehov utifrån sina erfarenheter från Stockholm.

Vi presenterar här hennes overheadbilder som ger en bra sammanfattning av anförandet.

NÖSO:s verksamhetsidé

Vi vill utifrån vårt ansvar säkerställa en god hälso- och sjukvård för invånarna i Danderyd, Lidingö, Täby, Vallentuna, Vaxholm, Östermalm och Österåker

Vad är beställarorganisationens värde

Skapa ny kunskap som leder till en effektivare hälso- och sjukvård

För vem skapar vi värde

politiker

patienter

invånare

Fredag 6 februari 9.00-11.15
Kompetensutvecklingsprogrammet

- NÖSO:s verksamhetsidé (OH-bilder som visades vid stämman)

Christina Torstensson, NÖSO
Stockholms läns landsting, Nord-östra sjukvårdsområdet

182 87 Danderyd

Tel 08-655 52 02

Fax 08-755 80 12

christina.torstensson@noso.sll.se

Vilka är våra huvuduppgifter ?

- ✎ att skapa förutsättningar för invånarna att behålla och uppnå hälsa samt
- ✎ säkerställa sjukvårdsinsatser anpassade till befolkningens behov

Utveckling av kompetens för professionella beställare ???

- ✎ Kärnuppgiften för våra uppdragsgivare/ politiker är att vara medborgarföreträdare
- ✎ Politikernas uppgift är att avväga medborgarnas önskemål som konsument, skattebetalare och "medborgare"

Vad ska vi göra - vilka är våra arbetsområden ?

- ✎ identifiera invånarnas behov av hälso- och sjukvård
- ✎ minska behov
- ✎ prioritera behov
- ✎ säkerställa behov genom tillgång till rätt vårdutbud på rätt nivå och på rätt plats genom effektiv upphandling
- ✎ följa upp utförd levererad hälso- och sjukvård
- ✎ analysera och utvärdera effekterna av insatserna



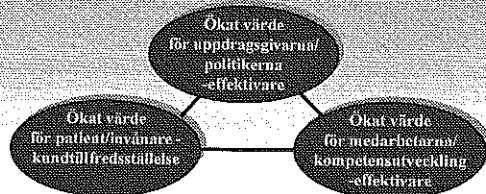
Utveckling av kompetens...

- ✎ Huvuduppgifterna för våra politiker är att identifiera/bedöma och prioritera befolkningens behov av hälso- och sjukvård, säkerställa/upphandla effektiv vård, följa upp och utvärdera effekterna



Administrativt stöd för politiskt ansvariga beställare

Värdet för kunden/ uppdragsgivarna är drivkraften för lärandet i organisationen



Analysmodeller & nyckeltal - modul 1

Programarbete - modul 4

Mäta och utvärdera - modul 2

Ersättningsmodeller - modul 5

Underlag för prioriteringar - modul 3

Ledning & styrning - modul 6

Kompetens har många dimensioner

- ✎ utbildning
- ✎ färdigheter
- ✎ erfarenheter
- ✎ värderingar/ förhållningssätt
- ✎ tillgång till andras kompetens genom nätverk
- ✎ tillgång till kontakter och information

Tre utvecklingsområden ur beställarnätverkets handlingsprogram - II

Analys av sjukdomsgrupper

Av Gunilla Nyrén och Barbro Krevers

Som ett led i utvecklingen av beställar-/utförarorganisationen inom landstinget i Östergötland bedrivs sedan tre år något som kallas Medicinskt programarbete.

Trots flera år av ekonomiska nedskärningar präglas vården fortfarande av hög kvalitet och god tillgänglighet: Förväntningarna på sjukvården är idag större än någonsin. Den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter att behandla sjukdomar, särskilt i den växande gruppen äldre, samtidigt som resurserna är begränsade. Det finns dessutom såväl gamla som nya behov som inte är tillfredsställda. Patienter och anhöriga ställer allt större krav på delaktighet och inflytande.

Grundförutsättningen för att vi ska klara framtida utmaningar är att politiker och verksamhetsansvariga på ett konstruktivt sätt kan mötas i det gemensamma arbetet med att nå målet; **"Bästa möjliga hälsa för östgötarna"**. Ökad samverkan och samsyn mellan olika beslutsfattare är därför viktiga fundament i det pågående förändringsarbetet. Medborgarna kommer sannolikt också att successivt ställa ökade krav på våra politiker när det gäller att åstadkomma en folklig förankring för de värderingar som skall ligga till grund för vårdens val. Dialogen mellan olika aktörer är således ett av våra viktigaste redskap.

Utvecklingen i vårt landsting har sin utgångspunkt i landstingets övergripande mål:

att uppnå bästa möjliga hälsa och hälsorelaterad livskvalitet för östgötarna

att ge god vård på lika villkor

att se hälso- och sjukvården ur ett medborgarperspektiv där befolkningens sjukvårdsbehov blir styrande för resurstilldelning och prioritering

att stärka patientens ställning och medverkan i vården

att öka samverkan och samsyn mellan

olika vårdgivare inom sjukvården och mellan sjukvården och andra vårdgivare framför allt kommunerna

att stimulera en utveckling av effektiva vårdkedjor som tillgodoser patienternas behov under hela sjukdomsförloppet

att stimulera utvecklingen av en kunskapsbaserad och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård

Ett av verktygen i denna utvecklingsprocess är det **medicinska programarbetet**. Arbetet inleddes under 1995 med två områden; psykisk ohälsa och stroke. Just nu arbetar vi med hjärtsjukdomar, demenssjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, cancersjukdomar samt andningsorganens sjukdomar. Ytterligare några sjukdomsgrupper kommer att belysas. Målsättningen är att programmen tillsammans ska täcka ca 80% av all sjukvårdskonsumtion i länet.

Analysen av de olika sjukdomsgrupperna görs ur två perspektiv, ett professionellt perspektiv och ett patient- och anhörigperspektiv. Arbetet med den professionella analysen leds av en läkare och analysen ur ett patient- och anhörigperspektiv görs av förtroendemannagrupper.

Den professionella analysen omfattar en beskrivning av bl a ohälsan bland östgötarna, medicinska fakta om förebyggade insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering samt hur resultat kan mätas. Stor vikt läggs vid effektivitet och samverkan i *hela* vårdkedjan. Vi gör även en kostnadsanalys avseende de olika sjukdomsgrupperna. I varje program diskuteras också hur de olika behoven ska kunna rangordnas.

Förtroendemannagrupperna gör en analys av sjukdomsgruppen utifrån patienters och anhörigas perspektiv. Man lyssnar till deras erfarenheter av vård samt deras synpunkter på vad som är god vård under ett sjukdomsförlopp. Varje förtroendemannagrupp består av 4 - 5 politiker, som till sin hjälp har en handledare för metodstöd etc. F n är ca 35 politiker verkamma i olika förtroendemannagrupper.

Programmen ska ligga till grund för avtal mellan landstingets politiska nämnder och vårdgivare. Avtalsprocessen kommer i framtiden att omfatta en dialog om prioriteringen. Programmen ska också kunna vara en plattform för diskussioner om organisations- och vårdutveckling.

Fredag 6 februari 9.00-11.15

Analys av sjukdomsgrupper

Gunilla Nyrén

Landstinget Östergötland

Tel 013- 22 71 82

Fax 013- 22 70 26

Barbro Krevers

Landstinget Östergötland

Tel 013- 22 46 45

Fax 013- 22 70 26

Tre utvecklingsområden ur beställarnätverkets handlingsprogram - III

Nyckeltal för jämförelser

Av Göran Maathz

Projektets syfte har efter beslut i samordningsgruppen ändrats till: "Att hitta och pröva användningen av nyckeltal som beskriver vårdkonsumtion samt relationen mellan resursinsatser och deras effekter i ett befolknings- och brukarperspektiv" (se hemsidan).

Samverkan finns med NYSAM, Nyckeltalssamverkan, som bedrivs av 10 landsting varav 6 är beställarlandsting. Exempel på nyckeltal beskrivande hälsoläge i befolkningen, vårdkonsumtion och vårdkostnader för denna konsumtion redovisades. Sådana tas fram årligen i rutindrift.

NYSAM har också en särskild arbetsgrupp under ledning av **Sven Larsson, Örebro läns landsting**, som har till uppgift att utarbeta nyckeltal som värderar verksamheten i relation till syftet. Idéer som man jobbar med f n:

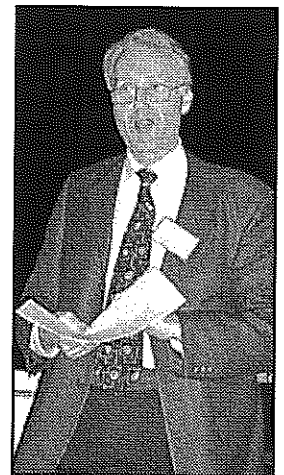
- bättre hälsodata
- incidenstal, metoden "global burden of diseases" samt "åtgärdbar död" på befolkningsnivå
- kvalitetsregisterdata etc avseende hjärt-kärlsjukdomar och psykoser

Vidare gavs ett kort referat av rapporten "Nyckeltal för beskrivning av vårdkedjor och vårdutnyttjande - en pilotstudie"

gjord av Kajsa Lundblad, Anders Thorslund och Anders Östlund, Bohuslandstinget.

Till sist gavs en förhandsrapport om Landstingsförbundets statistikprojekt, som siktar på individen som informationsbärare samt redovisning av såväl produktion som konsumtion. Data kommer att knytas till något diagnosbegrepp. Detta går alltså i önskvärd riktning från beställarsynpunkt. Förslaget kommer under de närmaste månaderna.

Under tredje kvartalet planeras ett arbetsseminarium i beställarnätverket om dessa frågor.



Göran Maathz

Fredag 6 februari 9.00-11.15
Nyckeltal för jämförelser

Göran Maathz
Landstinget Sörmland, Avtalsenheten, 611 88 Nyköping
Tel 0155-24 58 77
Fax 0155-21 10 84
goran.maathz@lk.dil.se



Margot Wallström

Fredag 6 februari 11.15-12.15
Några tankar om framtiden

Margot Wallström, socialminister, socialdepartementet,
103 33 Stockholm
Tel 08-405 10 00
Fax 08-723 11 91
registrator@social.ministry.se

Socialminister Margot Wallström

Några tankar om framtiden

Antecknat av Olof Myrberg, Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborgs stad

Socialminister Margot Wallström höll avslutningsanförandet vid riksstämman. Hon gjorde några reflektioner kring IT-utvecklingen, generationsklyftan inom den offentliga sektorn, konsekvenser av minskade resurser inom sjukvården, betydelsen av attityder och bemötande, HSU-betänkandet "Patienten har rätt" och politikerrollens utveckling och förändring sedan 50- och 60-talet.

Socialministern refererade bland annat till en nyligen genomförd studieresa till USA där hon studerat ny IT-teknik. Frågan om vad man kan anföra som huvudmotiv till en ökad IT-satsning hade diskuterats. I USA finns idag olika meningar om effekterna av införandet av ny IT-teknik. Det är till exempel oklart om man verkligen kan göra vården billigare med hjälp av IT-teknik. Däremot finns andra påtagliga fördelar med den nya tekniken såsom ökad tillgänglighet och kontakt mellan olika vårdgivare med hjälp av så kallad telemedicin. Telemedicin är en teknik som på sikt ge en både tidigare och säkrare diagnostik. Inom akutsjukvården är det på grund av den höga vårdtyngden svårt att tillgodogöra sig den nya IT-tekniken fullt ut, menade socialministern.

Generationsklyftan inom den offentliga sjukvården är påtaglig. Den yngre gene-

rationen har svårt att få genomslag för sina synpunkter på grund av att medelåldern hos vårdpersonal-politiker-administratörer blir allt högre. Margot Wallström försöker fånga upp den yngre generationens synpunkter bland annat genom besök på olika vårdhögskolor. Hon menar att det är alldeles nödvändigt med en förnyingsprocess inom vården. Dagens unga som växt upp på 80-talet har ett helt annat förhållnings-sätt i kommunikationssamhället. För dem är IT, mobiltelefoner, virtual reality, snabb nationsgränsöverskridande kommunikation med mera inte några nyheter - det är "vardagsmat" och en naturlig del i vårt samhälle! *Vad som är nytt för äldre är naturligt för ungdomen.*

Margot Wallström framhöll också att det är förödande att beskriva sjukvården som ett katastrofområde. Det lockar inte de unga till vården. Genom minskade resurser har omvårdnaden delvis försämrats medan den medicinska kvaliteten sannolikt trots allt ökat. Patientenkäter visar fortfarande att de flesta patienter är mycket nöjda med den svenska sjukvården.

Socialministern berörde också HSU-betänkandet "Patientens rätt". Detta betänkande syftar främst till att lyfta fram patientperspektivet.

Genom den moderna tekniken ökar möjligheterna till kommunikation mellan olika vårdgivare och det blir mindre betydelsefullt till vilken byggnad eller vilken organisation man hör.

Kompetens, bemötande och attityder kommer att betyda alltmer inom sjukvården. Brukarnas synpunkter är en viktig del i arbetet med att förändra och förbättra sjukvården i framtiden.

Politikerna måste ägna sig åt rätt frågor. På 60- och 70-talen blev politikerna mer och mer av "kamrerer" inom sjukvårdsorganisationen. Medborgarnas önskemål kom i bakgrunden. Politikerna är medborgarnas företrädare och skall - i stället för att inför medborgarna gå i försvarsställning för vården - ägna sig åt att skapa förutsättningar för de drömmar och förhoppningar som finns i vårt samhälle. Politikerna skall inte detaljstyra.

De senaste tio årens diskussioner om beställar/utförarorganisation har varit fruktbara när det gäller att göra rollerna tydligare. *Beställarperspektivet har varit en god ledning för tanken.*

PROGRAM

Onsdag 4 februari

18.00-19.00

Från patient till vårdkonsument – hot och möjligheter i en förändrad patientroll.

Lars H Fallberg, jurist, Nordiska hälsovårdshögskolan

Torsdag 5 februari - fm

9.00-9.15

Välkommen

Tomas Kollberg, direktör, Hälso- och sjukvårdskansliet, Göteborgs Stad

9.15-9.45

Vi måste stärka företrädarrollen!

Owe Nilsson, ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Göteborgs Stad

9.45-10.15

Beställarnätverket nu och i framtiden

Göran Maathz, ordförande i Beställarnätverket

10.15-11.15

Presentation av posterutställningar

11.15-12.00

Patienten i ett beställarperspektiv

Douglas Skalin, utredningschef Landstingsförbundet

Torsdag 5 februari - em

13.30-15.00

Patientens möte med vården

Hur påverkar personalens välbefinnande patientens upplevelse av vården?

Bengt Arnetz, professor, IPM

Hur mäter vi patientens upplevelse av vården?

Flemming Rosleff, vd, Bure Managed Care och Elisabeth Höglund, utredare, Spri

Hur upplever patienterna mötet med vården?

Margareta Callersten-Brunell, patientkontaktman/handläggare åt Bohuslandstingets Förtroendenämnd

15.30-16.30

Vilka är förutsättningarna för att stärka patientens ställning i vården?

Tre parallella seminarier

Kan patienten få inflytande i vården med hjälp av politikerna?

Moderator: Lennart Nilsson, universitetslektor, Förvaltningshögskolan

Politiker: Lena Berglund, John Gunnar Ericsson och Rosie Rothstein

Vilka är förutsättningarna för aktiva patienter?

Moderator: Lars H Fallberg, jurist, Nordiska hälsovårdshögskolan

Sjukvårdspersonal: Carin Thorén Erixon, läkare, Berit Kolmodin, sjuksköterska och Marianne Wingqvist, sjukgymnast

Har patienten makt och inflytande i vården?

Moderator: Margareta Åström, patientombud, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

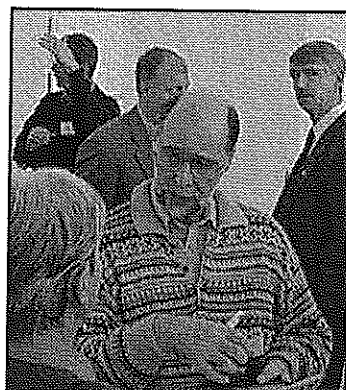
Patientföreträdare: Mats Dahlstrand, Diabetesförbundet, Birgitta Bratt, förälder och

Anneli Gröndal, Hjärt- och Lungsjukas förening, Mölndal

16.40-17.40

Patientens ställning – gemensam diskussion

Moderator: Lars T Gäreberg, kyrkoherde



Kaffepaus



Kaffepaus

forts nästa sida

Fredag 6 februari

8.15-8.30

Summering av gårdagen

Gösta Andersson, utvecklingschef, Landstinget Dalarna

8.30-9.00

Beställarnas möte med hälso- och sjukvården

Anders Östlund, koordinator i Beställarnätverket

9.00-11.15

Tre utvecklingsområden ur beställarnätverkets handlingsprogram

Kompetensutvecklingsprogrammet

Christina Torstensson, Nordöstra sjukvårdsområdet i Stockholm och Stefan Holmström, Bure, m fl.

Analys av sjukdomsgrupper ur beställarperspektiv

Anders Eklund, Gunilla Nyrén m fl, Landstinget Östergötland

Nyckeltal för jämförelser

Göran Maathz, Landstinget Sörmland

11.15-12.15

Några tankar om framtiden

Margot Wallström, socialminister

Avslutning

Tomas Kollberg



Tomas Kollberg

Posterutställning/ bokbord

i foajén utanför Teatern

Utställare:

Beställarnätverket
InfoMedica
Stockholms Läns Landsting
Spri
Landstinget i Östergötland
Bure



Vid posterutställningen

Stämman arrangerades av Hälsö- och Sjukvårdskansliet i Göteborgs stad i samarbete med Beställarnätverket och beställarna i Bohuslandstinget och Älvsborgslandstinget.

Arbetsgruppen för riksstämman

Maria Bengtsson
Göteborgs Stad
Hälsö- och sjukvårdskansliet
403 34 GÖTEBORG
maria.bengtsson@hsk.gsv.se
Tel 031-61 54 72
Fax 031-61 55 45

Christian Kallerdahl
Göteborgs stad
Hälsö- och sjukvårdskansliet
403 34 GÖTEBORG
christian.kallerdahl@hsk.gsv.se
Tel 031-61 54 06
Mobil 0705 29 02 21
Fax 031-61 55 45

Gisella Koutsiou
Bohuslandstinget
HSN-kansliet Söder
Parallellvägen 3
433 35 PARTILLE
gisella.koutsiou@bll.se
Tel 031-37 98 57
Fax 031-37 98 50

Anders Östlund
Beställarnätverket
Box 1508
401 50 GÖTEBORG
anders.ostlund@bll.se
Tel 031-63 06 05
Mobil 0706 63 06 05
Fax 031-63 08 59

Marie Stoltz-Löfgren
Göteborgs stad
Hälsö- och sjukvårdskansliet
403 34 GÖTEBORG
marie.stoltz-lofgren@hsk.gsv.se
Tel 031-61 55 32
Mobil 070 7 80 55 32
Fax 031-61 55 26

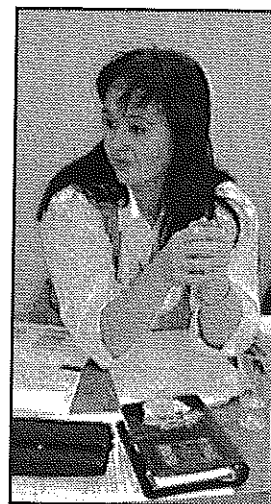
Christer Edeland
Landstinget i Älvsborg
HSN Mitten Älvsborg
Hälsö- och sjukvårdskansliet
441 83 ALINGSÅS
christer.edeland@ali.prim.alvsborg.se
Tel 0322-761 77
Fax 0322-762 72

Värd för stämman

Tomas Kollberg
Direktör
Hälsö- och sjukvårdskansliet
403 34 GÖTEBORG
tomas.kollberg@hsk.gsv.se
Tel 031-61 54 00
Fax 031-61 55 45



Marie Stoltz-Löfgren



Gisella Koutsiou



Christian Kallerdahl



Anders Östlund och Maria Bengtsson



www.bl.se/bestall