

Sammanställning av tre NivoNorr workshops maj-september 2007

Detta är en tematisk sammanställning av de tre workshops som NivoNorr arrangerade 21 maj, 7-8 juni och 10-11 september 2007 i samarbete med Skellefteå kommun, Umeå kommun, Västerbottens läns landsting, Umeå universitet och Uminova Innovation.

Det övergripande temat för dessa workshops har varit **boende och hälsa inom framtidens vård och omsorg**. De tre workshoparna har dessutom haft unika fokus där speciellt inbjudna presentatörer har visat var forskningen, utvecklingen och praktiken står idag både på regionalt och nationellt plan:

- Den första workshopen 21 maj hade **träning och rehabilitering** som fokus.
- Den andra workshopen 7-8 juni hade **mätning på distans** som fokus.
- Den tredje workshopen 10-11 september hade **databaser, informationsöverföring och beslutsstöd** som fokus.

I varje workshop har ca. 50 personer (IT-utvecklare, forskare, vårdgivare och beslutsfattare) deltagit och innan varje workshop har dessa deltagare fyllt i enkäter där de svarat på frågor som berört det centrala temat i förhållande till den aktuella workshopens fokus. I slutet av varje workshop har en kreativ diskussionsaktivitet genomförts under ledning av

forskare från Designhögskolan för att skapa ett forum för genomlysning av workshopens tema.

Denna sammanställning bygger till stor del på svaren från dessa enkäter samt resultaten från de kreativa diskussionsövningarna. För att underlätta analysarbetet har grundmaterialet strukturerats i fyra kategorier:

1) Omvärlden [externa faktorer]

- Lagar, regelverk, standarder, regulatoriska krav
- Den tekniska utvecklingen i IT- och vårdbranschen
- Samverkan mellan organisationsgränserna

2) Marknaden [externa faktorer]

- Patienten/vårdtagaren/klienten – hur vill man nyttja vården
- Hemmiljön och socialt nätverk
- Företag (som köpare av nyutvecklade tjänster/produkter)

3) Konkurrensen [externa/interna faktorer]

- Vad händer om vård och omsorg konkurrensutsätts på allvar?
- Konkurrerande FoU-grupper deltar i samma projekt

4) De egna förutsättningarna (interna faktorer)

- Personalen hos vårdgivaren
- Ledning, beslutsfattare hos vårdgivare, inköpare
- Organisation (formell/informell)
- Kostnadsstruktur, ekonomi, belöningssystem
- Teknisk kompetens, arbetsmetoder, rutiner
- Vilken är organisationens målbeskrivning?
- Hälsoekonomiska aspekter
- Intern forskning och utveckling

Så här svarade deltagarna
på enkäterna

1. Omvärlden

1a. Lagar, regelverk, standarder och regulatoriska krav

Positiva aspekter: Idag finns det en mängd regelverk som försvårar ett fungerande kontaktnät. Som exempel kan nämnas att samma regelverk gäller för såväl läkemedel som medicintekniska produkter. Lösningen skulle kunna vara att mjuka upp tillämpningen av regelverket vilket skulle ge möjligheter till olika former av informationsforum. Nya nationella krav och riktlinjer skulle öka trycket att införa nyheter. Den nationella IT-strategin; förändra synen på IT-säkerhet, det är en säkerhetsbrist om man saknar journal om man inte kommer åt journalen hemma hos patienten och måste skriva på anteckningsblock, det är en brist att inte ha rätt information vid rätt tillfälle; det är en risk att inte kunna se sambanden när man blir överöast av information och inte har rätt verktyg för att filtrera informationen; det kommer en ny generation som är mer medveten och tar till sig informationen om sin sjukdom lättare, kanske t.o.m. ifrågasätter och vill veta vilka möjligheter och alternativa vårdalternativ som finns. Viktigt med den internationella IT-strategin är ett det ska fungera internationellt, att man ska ha tillgång till patientens journaler och få samma vård över gränserna. System och produkter är fria att utveckla för marknaden så länge man håller sig till gängse standarder.

Negativ aspekter: Olika ansvarighet hos landsting och kommun: Ibland försvårar detta pga. juridiska problem. Regelverk försvårar. Vem ansvarar för t.ex. om vårdhavaren snubblar över en sladd? Vem är ansvarig för datorn i hemmiljö, för underhåll, uppdatering etc. Vem är ansvarig för installation och underhåll av medicinteknisk utrustning. Finns det risk för att känslig information sprids till "fel" instans? Hur fungerar säkerhetspolicyn? Vem är ansvarig? FoU handlar mycket om att frånga regler; designprocessen

är svår att göra "ingenjörsmässig". Lagen om offentlig upphandling. Lagstiftningen gör att processen för att föra ut nya lösningar till verksamheterna blir långsam eller obefintlig. Olika vårdgivare med icke-kompatibla IT-system, lagar som förhindrar gemensam patient databas. Att lagar måste styra upp samverkan; betalningsansvarslagen kom till som straff för att inte landstinget och kommun kunde samverka; institutioner ex sjukvårdshuvudmän, fakulteter måste gå före och visa vägen.

1b. Den tekniska utvecklingen i IT- och vårdbranschen

Positiva aspekter: Telemedicin används redan idag. Keep up-to-date with the latest technology and be prepared when it arrives. Tillgängligare lösningar. Videoteknik och diagnostik på distans kan vara en god början och underlätta förändringen. Innovation = Nyttänkande. Ljud- och bildkonsultationer från bredband till telefoni, 3G etc. kommer att kunna nyttjas mer och mer. Man bör försöka sätta ihop flera funktioner i samma hälsokontrollprodukt; som det är idag fungerar inte systemen ihop och kan inte integreras i en och samma produkt; människor kommer inte att vara intresserade av att köpa flera olika produkter; finns det däremot ett gemensamt system med en nationell standard, ger det en spelplan för en liknande produktutveckling; för att få tillväxt måste man ändra inställning inom dessa områden.

Negativ aspekter: Delvis oprövade tekniker som behöver testas. Felfokuserad teknik. Technology is not mature enough (but probably in 5 years). Tekniken är ännu omogen. Risk att befintliga utvecklingsplattformar (IT) kan styra och avgränsa från de ideala lösningarna. Processen att föra ut nya lösningar till vårdverksamheten är teknikstyrd och inte behovsstyrd. Oftast finns en

lösning som söker att problem (det går inte att lösa problem som inte finns).

1c. Samverkan mellan organisationsgränserna

Fördelar och möjligheter med samverkan: Hitta samarbetspartners, få idéer och erfarenheter kring implementering av olika behandlingsformer. Positivt med samverkan mellan olika expertområden (teknik-sjukgymnastik). Inspiration, stöd, uppmuntrande att se vad som är möjligt. Olika kunskaper som möts ger bättre kvalitet. Multidisciplinära kompetenser ökar chanserna till ett lyckat projekt resultat. Gemenskap. Obruten vårdkedja ger alltid bästa resultat. Brukaren vill ha stöd och vem som ger stödet är ointressant därför måste leverantörer av stöd koordinera sig. Stimulerande, nytänkande och utvecklingspotential. Ny kunskap, synergier. Större underlag, gemensam finansiering och kompetensutbyte, 1+1=3. Revir bryts med hjälp av samverkan. Access to specialist knowledge, practical projects with clear grids. Gemensam helhetsbild i norra regionen, samarbete om utveckling. Tekniken används mera, storregionerna kan göra det enklare. Sverige är ett litet land – gemensam samverkan kan bygga ett internationellt tillväxtområde som kan bidra till ekonomiskt tillskott i stadskassan. Samverka om att lösa liknande problem. Lär av varandras träffar och missar. Effektivisera praktiska lösningar med t.ex. delad infrastruktur för distans. Effektivisera forskning (samlad kunskap istället för parallell forskning) olika expertområden kan samverka. Många jobbar med samma sak – ger mångfacetterad kunskap och erfarenhet som kan öka antalet lyckade projekt. Slutresultatet blir mer gångbart, nationell standard som alla kan jobba efter i fortsättningen, integrerade databaser mm. Bättre omvärldsanalys. Större

påverkningsmöjligheter. Erfarenhets- och kunskapsutbyte. Göra samverkan till en organisationsform. Fördjupa kunskapen om olika typer av samverkan. Samverkan ger ära åt alla. Kunskapsutbyte. Förankra idéer. Kunna åstadkomma något större än om varje enskild aktör kör sitt eget race. Grupptillhörighet och känna att man drar åt samma håll. Alla delar i vårdkedjan blir delaktiga. Ger grund för förändringar, ger medvetenhet om behov av förändringar. Detta är framtiden i ett litet land - något annat scenario är inte tänkbart. Sverige blir starkare internationellt. Att vi "gör upp" i frågor när vi måste vara överens; när får eller bör olika intressenter ha olika perspektiv? Nationell hemsjukvårdssatsning; samarbete inom CDH; ser det inte som ett hinder om flera gör liknande projekt, tror det behövs mer än en gruppering med kompetens inom teknikutveckling för hemsjukvården; vill se bättre sätt att utbyta erfarenheter mellan projekten, mer träffar och kanske någon hemsida som samlar kunskap inom området, en distanssjukvårds-wiki. Skapar bättre förståelse för andra yrkesgrupper.

Nackdelar och risker med samverkan idag och i framtiden: Bristande samverkan idag. Multidisciplinary coordination is necessary but also hard. Det går lite trögt med nytänkande i landstinget. Gemensamma projekt tar onödigt lång tid till implementation med två politiska organ som var för sig ska besluta. Prioritering på egna intressen kan gå förlorade. Ibland frustrerande med olika världsbild och terminologi/språk/definitioner – bäddar för missförstånd och långa processer. Olika kultur, språk och system. Otydligt vem som håller i rodret. Otydlig målbild många drar åt olika håll och vikt vid olika fokus. Många beslutsfattare. Många personer kan göra det svårt att kommunicera. Splittrat fokus tar naturligtvis tid och energi vilket blir en nackdel om det inte leder till något. Lång startsträcka. Tidskrävande. Suboptimering, kortsik-

tigt tänkande. Bristande organisation om man inte lyckas upprätthålla ett nätverk. Avsaknad av styrfart. Kunskap tunnas ut – djupet försvinner. Slagsmål om pengarna ger en konkurrenssituation. Att olika intressenter drar åt olika håll, svårt att samordna. Rättigheter, trovärdighet, tar tid från projekt, driv utan finans. Högre tryck på verksamheterna gör att man bara gör det man behöver, samverkan tar tid. Organisatorisk: olika vårdgivare med olika system, lagstiftningar "xxx" mellan universitet och landsting och mellan kommun och universitet. Ledarskapsproblem – ingen "central plan". Multidisciplinäritet gör startsträcken/tid till förståelse längre. För korta projekt, för lite tid. Vi vet inte om varandra och varandras aktiviteter. Risk för revirtänkande, om bef. personal tappar identitet i befintlig yrkesroll för vissa vårdgivare. Det kan finnas risk att en tydlig FoU-process hindrar och gör att man hålls fången i ett system. Bristande kommunikation. Revirtänkande. Olika begreppsvärldar och kulturer. Ansvar och kostnader mellan kommun och landsting förändras. Det tar tid att enas, att enas om gemensamma gränssnitt, avtal eller specifikationer. Det blir en tröghet och en omväg jämfört om man är en liten lokal grupp som gör som bara ser till sina egna och sin kundkrets intressen. Ekonomistyrning förstör samverkan; kan bli otydligt i fall ansvarsbiten inte finns klarlagda mellan parter; upphandlingar eller projektbeställningar måste bli tydligare.

Hur samverkansprocessen kan underlättas och snabbas upp:

Lite mera civil olydnad behövs. Det behövs ett samverkansorgan för IT med representationer från kommun och landsting med beslutsmandat för gemensamma informationssystem och teknisk plattform. Samverkansorganet ska också driva och leda projekt. Exempel HSA-katalog, register för samverkan, gemensamt gränssnitt för offentlig/halvoffentlig/privat ansökare/vårdgivare. Klinisk för analys, successiv introduktion, stöd från led-

ningen på alla nivåer. Påverka beslutsfattare/inköpare. Ger resurser till konkreta pilotprojekt. Nya sätt för samarbete mellan professioner. Fotarbete, tvinga fram samverkan, bilda grupper med motiverade deltagare. Information – prova på grejer. Mera valfrihet och öppenhet för att prova på nya saker, resurser, forskning samt lyssna på patienterna. Forskning med nära koppling till användare och klinik med samordnade ansökningar om forskningsmedel, ex. EU. Små utvecklingsenheter där både brukare och behandlare kan vända sig. Skapa samarbete och hitta intresserade finansiärer. Viktigt att komma i kontakt med varandras verksamheter och projekt. Öka samverkan mellan utvecklare och kliniskt verksamma, annars blir det svårt att utveckla om utvecklaren inte har kunskap om användarna och kunskap om problemen i den kliniska vardagen. Samverkan tar sig ofta uttryck olika utgångspunkter. Föredra små grupper. Stark gruppleddare som håller ihop gruppen underlättar. Viktigt med öppenhet i gruppen och man respekterar varandra. Viktigt att man arbetar ihop i ett sammanhang med ett konkret problem, så att man kan överbrygga problemet med att olika discipliner pratar olika språk. Nätverksbyggande, som den här workshopen. Tydlig process kan hjälpa. Viktigt med fokus på ett resultat, det som är drivkraften. Optimalt om det är behovsstyrt. Eventuellt en projektledarkurs. Nationella krav och riktlinjer, tekniska lösningar och möjligheten blir känd för vårdtagare och vårdgivare, ökar trycket att införa nyheter. Testverksamheter som får publicitet. Någon måste bestämma; alla kan inte fatta alla beslut i en utformning i en så stor fråga som den nationella IT-strategin; det blir för tidskrävande och blir inte utfört. Det har testats ett län att utse en grupp som utformade ett system; det fungerade bra. Det är viktigt att förstå att den nationella IT-strategin visar på en riktning och är inte en handlingsplan; detta blandas ofta ihop.

2. Marknaden

2a. Patienten/vårdtagaren/klienten – hur vill man nyttja vården

Exempel på tillämpningar: Personliga kroppsburna intelligenta stödsystem. Mobil information gör att så väldigt många fler produkter används för träning och rehabilitering. Patienten kan fullfölja träningsprogram självständigt vilket skulle betyda att patienten kommer hem tidigare från sjukhuset med bibehållen kontroll av sjukhuset. Man kan producera och distribuera system som kan användas av patienten själv i hemmet; ev. i kombination med övervakning över nätet. Enklare och bättre information till patienter via webb, kommunikationskanaler, personal och patient; utnyttja webb för uppföljning/organisation/monitorering av egen träning; utveckla nya träningsformer ex spel. Stroke läkare – behov, motorik, balans, träning av höger och vänster sida, spel.

Möjligheter: Mobile personalized IT-tools opens for completely new products. Distansöverbyggnad. Kognitiv rehabilitering är idag oerhört kostsamt, tar lång tid och kräver personal. Att leverera kognitiv träning via nätet är ett sätt att göra dessa behandlingsformer kostnadseffektiva samtidigt som man kan nå ut till betydligt fler människor. Alltså ny teknik kan tillämpas för att göra behandlingen mer tillgänglig och kostnads effektiv. Gives power to the patient. Viktigt att ta med användaren redan i utvecklingsstadiet. Användaren bör vara delaktig redan från start, då blir implementering i vardag och verksamhet mer självklar och enklare. Insikten om informationstillgångens kommer att få allt mer avgörande betydelse; behovet av gemensamma tag för att förverkliga nationella IT-strategier för vård och omsorg ökar. Behov och efterfrågan styr FoU och produktifiering/metodutveckling. Användare/patient mer i centrum, teknik underlättar kommunikation och samarbete mellan intressenter och där användare/patient

ges möjlighet att vara mer aktiv och delaktig. Underlättar om man har ett konkret problem att arbeta kring. Optimalt om det är behovsstyrt. Sätta patientens behov i fokus, effektivisera och rationalisera vård och omsorg, skapa förutsättningar för att leverera samma service oavsett bostadsort. Forskning på patienters behov i första hand, inte bara möjliga tekniska lösningar. Bättre förståelse för behoven hos kunden. Samverkan gör att man får med användarnas perspektiv. Teknikutveckling och ökad teknisk mognad hos äldre, ökad efterfrågan för mobila lösningar och bättre livskvalitet. Vi gör behovsanalyser av verksamheten tillsammans med brukare och användare för att tidigt få med dem i utvecklingsprocessen; behovet ska vara det fundamentala i utvecklingen; behovsdriven forskning och utveckling; interaktivt drivet tillsammans med brukare och utvecklare; belöningsystem ökar viljan att komma med verksamhetsutvecklande idéer; verksamhetsledningen måste engagera sig i verksamhetsutvecklingen; det kan ske genom att man anställer processutvecklare/division med fokus på utvecklingsfrågor; denna person ska ha rätt kompetens och driv att utveckla verksamheten; gör din hemläxa grundligt - gör en grundlig förundersökning, marknadsanalys, kostnadsanalys mm; engagera rätt personer i projektet med en professionell projektledare i toppen. Människor är beredda att ta en del av sin privata inkomst för att finansiera sin vård. Människor är beredda att betala för förebyggande hälsovård men inte för sjukvård. Kan tänka mig att betala för vård utöver det basala.

Problem: Hög ålder på patienter – inte teknikvana. Man förväntar sig att mainstream produkter ska gå att anpassa till specifika ändamål för rimlig kostnad.

2b. Hemmiljön och socialt nätverk

Möjligheter: Viktigt att börja i verksamheterna och lösa problemen under resans gång. Information måste förbättras till både vårdgivare och vårdtagare, och tillgängligheten måste ökas; ett sätt kan vara att bygga system som ger möjlighet för vårdtagaren själv att göra sökning om sin sjukdomsbild (dvs inte enbart sådan som berör alla tränings- och rehabbehov); allcenter bör vara en lösning i detta också. Gör användarstudier, och om möjligt gör det också med handikappade och sjuka; fullt friska "vet" eller tror hur användarstudien ska ske; men får man alltid rätta svaren då? Jobba nära slutanvändarna – både vårdgivare och vårdtagare.

Problem: Hemmet är inte bara till för vård – egentligen designat för andra aktiviteter; innebär krav om anpassning av miljön alt. anpassning av vården efter miljön. Motivation – hemmets distraktion kan även påverka; risk för att man är mindre motiverad att träna hemma, det kan bli slentrianmässigt användande, det finns andra saker som lockar; dessutom skall det som ska utföras göras ensam – ingen social gemenskap som motiverar. I hemmet finns ofta distraktion därför måste hemmet utformas och anpassas för vård. Avsaknad av social samvaro kräver samverkan mellan olika yrkesgrupper och personlig information som måste vara snabb och effektiv. Hur ska man motivera vårdtagarna?

2 c) Företag och kommuner/landsting (som köpare av nyutvecklade tjänster/produkter)

Positiva aspekter: Bättre lösningar – tjänster och produkter, kompetenshöjning, ökad tillväxt – fler företag. Försäkringsbolag skulle kunna ha intresse av en produkt som förebygger hälsovård.

Negativa aspekter: Kommun och landsting vill helst inte köpa produkter och tjänster av flera mindre företag utan vill köpa helhetslösningar av större företag.

Hur kontaktar man utvecklare i norr: Personliga besök; studiebesök och knyter kontakter med företag; deltar i mässor; arrangerar workshops; registrera sig på internetsidan Internet Bay som har en avdelning om E-hälsa.

Hur kan man skala upp idéer: Marknadsföring, anpassning till ny marknad; nå nyckelfigurer; visa helhetskoncept, räkna på helheten (ekonomisk beräkning), kundnyttan; visa samhällsnyttan (minska sjukskrivningar mm); kontakta de som har nytta av t.ex. en organisationsförändring inte de som drabbas; stora resurser krävs; visa på lyckad "hemmamarknad".

3. Konkurrensen

3a. Vad händer om vård och omsorg konkurrensutsätts på allvar?

Möjligheter: Privatisering kan underlätta och snabba upp processen för att föra ut nya lösningar i verksamheterna.

3b. Konkurrerande FoU-grupper deltar i samma projekt

Möjligheter: Ger fler idéer, större kraft, bredare kompetens. Olika grupperingar får göra avkall på "sitt" t.ex. forskningspengar till förmån för en mer central styrning av resurser och arbete. Delad renommé, minskat fokus på den egna enheten. Att man tävlar om de pengar som finns tillgängliga; söker samma pengar för samma ändamål, konkurrens.

Risker: Idéstöld.

4. De egna förutsättningarna

4a. Personalen hos vårdgivaren

Möjligheter: Den personliga drivkraften och viljan att förbättra människors hälsa. Behovsincitament, förbättra sin arbetsmiljö, förbättra sin verksamhets arbets sätt.

Problem: Det finns svårigheter för anställda inom kommun och landsting att hantera så här mycket information i sitt arbete. Hur ger man detta en chans och väcker intresse att jobba med detta mål? Hur får vi vår informationssavdelning att bli informerade om och intresserade av detta?

4b. Ledning, beslutsfattare hos vårdgivare, inköpare

Möjligheter: Engagemang på alla nivåer. Grundförutsättningen för att goda idéer inte stoppas av beslutsfattarna är att det finns en färdig lösning och intresse hos användarna; Löser produkten ett behov? Vad tillför lösningen? Försöka belysa behovet, att lösningen faktiskt tillför något, antingen för patienten, användarna eller hela processen; ha tålamod; det kan vara en lång process med bl.a. budgetarbete; underskatta inte det interna försäljningsarbetet; om den kompetensen inte finns i projektet kanske man bör få med den på något sätt; identifiera nej-sägarna och försöka att övervinna dem; de som gör motstånd mot att byta arbets sätt, "vi har alltid jobbat så här": belysa hela processen från ax till limpa; om besparingen/nyttan sker i nästa led är det svårt att motivera varför invanda, fungerande, metoder ska ändras. Sammanslagning till större regioner. Landstinget har definierat profilområden som är ett incitament vilka områden som prioriteras.

Problem: Systemen i kommun och landsting är långsammare än utvecklingen, finns också en skepsis. Landstinget och kommunen måste

fundera på sin egen utveckling. Tänk på etik och moral. Vi kan konstatera att det inte finns så tydliga incitament för landsting m.fl. att ta fram nya produkter. Produktifiering är sällan ett krav när man söker pengar, däremot någon form av samverkan med företag.

4c. Organisation (formell/informell)

Möjligheter: Krävs att alla parter som deltar är motiverade! Man måste tänka på hur organisationen skall fungera i framtiden; vilken vision finns om framtidens vård och omsorg? Incitament för etik och integritet måste beaktas. Mer grundligare och systematiska verksamhetsanalyser/behovsanalyser som tar upp flera perspektiv. Bättre förankring. Läkare ska rådföras vid framtagning av förändringsförslag, inte tillåtas fatta beslut. Tydliga mål från ledning och användargrupper är viktigt för att underlätta målkonflikter. Tillåta att IKT måste "växa fram" – kan inte planeras fram. Implementera – utvärdera - implementera – utvärdera - implementera – utvärdera. Lägga ut journaler mobilt. Renodlade arbeten för ett bättre och starkare resultat.

Problem: Strukturer förhindrar, avsaknad av ansvarig, resurser till drift, svåra permanenta lösningar. En anledning är att nya metoder och teknologier medför förändrade roller för vårdgivare och vårdtagare. Förändrade roller gör att det är svårt att ta till sig ny teknik; tekniken ska f.ö. vara ett komplement – inte en ersättning fullt ut; kan dock vara en tröghetsfaktor för vårdgivaren ett ta till sig nytänkande. Vården är ovan att formulera frågeställningar. För lite tid och utrymme att utveckla idéer. Det skulle också finnas mera insprängd tid inom vårdverksamheterna för att diskutera och arbeta med utvecklingsfrågor. Konservativ verksamhet. Lätt att köra i invanda spår, rädd för att det blir

krångligt. Avsaknad av helhetssyn, förståelse och insikt hos dem som är involverade. Svårt att förankra på alla nivåer. Vårdpersonal tränas och utbildas inte till att vara förändringsbenägna. Det innebär att det finns ett inbyggt motstånd mot ny teknik och förändring. Ny teknik som stödjer befintliga arbetsmetoder är ofta enklare att implementera än ny teknik som innebär förändringar i arbetsmetoder och organisation. Otydliga mål i verksamheterna, få ställer sig frågan: - "Har vi råd att inte utveckla med stöd av IKT?" Man räknar inte kvalitetsbristkostnader. Verksamhetens behov är fortfarande styrande framför patientens – nya patientdatalagen kan ge en skjuts framåt där egen tillgång av journaluppgifter tillåts. Upplever att medicinarkåren inte ser IT som sitt ansvar, det är något för IT-avdelningen; trots att mycket av verksamheten och arbetsprocessen finns i IT-systemen. Det finns ett motstånd till teknik och en misstro att människor ska bytas mot teknik, att vården ska bli mer kall. Det är märkligt, för jag vet ingen som vill ha det så. Medicinteknik och monitorering kommer att vara ett stöd som ger ökad kvalitet och gör vården mer tillgänglig. Det kan vara långt från projektets fungerande prototyp till något som har kvalitet nog för att tas i skarp drift, vilket kan upplevas som att något som i princip var klart inte kommer igång. Jag tror man som användare kräver en viss kvalitet innan man verkligen tror på och vill börja använda ett system. Det enskilt största hindret är vårdens hierarki och nuvarande rutiner/arbetsätt. Därför behövs alternativ (privata aktörer) inom vården som vågar pröva nya arbetsätt; en omfattande delegation och att involvera kunderna i sin egen vård. Hierarkier och organisation. Tryggheten i befintliga strukturer hos vårdgivare är stark. Det finns dock primadonnor inbyggt i det akademiska och landstingshierarkiska systemet som försvårar samverkan. Kompromisser, tröghet, avstånd, revir. Tar mycket tid, speciellt

att överbrygga olika yrkesgrupper. För många små grupperingar som arbetar med "sitt". Det finns en risk för ökad byråkrati och mindre del som verkligen utför arbetet. Revirtänkande och dåliga finansieringsmodeller. En nationell patientjournal är en utopi, på en avdelning har man fyra olika listor på medicin.

4d. Kostnadsstruktur, ekonomi, belöningsystem

Möjligheter: Den ekonomiska vinsten är stor. Bättre förebygga vård som minskar akut-sjukvårdsbehovet; hitta problem i ett tidigare stadie minskar också kostnader för åtgärd exempelvis högt blodtryck istället för behandling av stroke. Förslagslåda för anställdas idéer kopplat till belöningsystem.

Problem: Brist på medel för att testa nya metoder. Liten frihet att prova på motstånd mot nyheter. Man tror det är dyrt. Ekonomi vem betalar? På grund av revirtänkande och att det faktiskt kostar pengar (tid) att testa/pröva; det är så små marginaler för kliniker/särskilda boenden och då blir det som regel nej när folk frågar ledningen. Ekonomin ses ofta som kostnader, inte som investering för egenvård; innebär vikten av hälsoekonomiska beräkningar; hur ska tjänsterna betalas initialt, vem ska betala? Långt mellan pengarna och idéerna. Kan sjukvården hantera kostnaden? Hur frigör man resurser för att satsa? Det kommer ju inga extrapengar för projekt.

4e. Teknisk kompetens, arbetsmetoder och rutiner

Möjligheter: Information viktig; det krävs support när man planerat ut teknik i hemmen; kan fungera bra till basal vård, kanske mindre lämp-

ligt med specialistvård i hemmet. Ny teknik kan innebära mycket resande hos vissa målgrupper, medför att tekniken måste vara mer mobil. Ny teknik ger möjlighet till att ändra arbetssätt. Kortare restid för patienten och snabbare provsvar/svar. Bättre hälsa genom uppföljning av olika fysiologiska parametrar. Trendanalys, förändringar säger mer än absoluta mätvärden. Mer effektivt utnyttjande av kompetens när specialisten kan bedöma patient utan att åka hem till patienten. Ökat förståelse och intresse när patienten lär sig mer om sin sjukdom. Callcenter idén att samla specialisterna. RFID och elektroniska journaler för hemsjukvården säkrare hantering av journaluppgifter. Att ha tillgång till samma instrument i hemsjukvården som på sjukhus. Mäta blodtryck och andra blodvärden så som syre, koldioxid, ph och mjölksyra. Hjärtfrekvens och variabilitet, temperatur, vikt, lungfunktion, rörelse, auskultera hjärta, lungor, mage och tarmar. Även EKG, ultraljud, spirometri. Vill man ha en klocka som varnar när något är onormalt? Vad har ASIH för utrustning? Loggning av symptom, smärtskala mm. Integration av journalsystemen är en viktig komponent. Mer videokonferens, samtalet är det viktigaste. Diagnosstöd och rehabilitering. Efterkontroller kan göras hemma.

Problem och risker: För lite kunskap, för få goda exempel, vanans makt! "Så har vi alltid gjort..." Nyttänkande kräver tid och ork. Teknik kan innebära motstånd från praktiker. Ovana, rädsla och resurs brist. Traditionella metoder, konservativa och stora vårdgivare. För lite förståelse för hur tekniken kan tillämpas. Okunskap om nya tekniker kan skapa osäkerhet kring vårdgivarens yrkesroll. Kan och törs man ta t ex fosterljud i hemmiljö, finns det risk för feltolkning, om man själv konstaterar högt blodtryck – erfodras som regel support från specialist- innebär det kanske är träning och rehab som ska ske i hemmiljö; hursomhelst är det viktigt att göra en kon-

sekvensanalys av olika vårdformer, jobba med hälsoekonomiska beräkningar. Hur hanterar man uppföljning av specialist om patienten rehabiliteras på distans? Man kanske tappar mångfalden i utvecklingen och går på en enkel-spårig lösning som kanske inte är den bästa lösningen. Problematiskt med versionskontroller.

4f. Intern forskning och utveckling

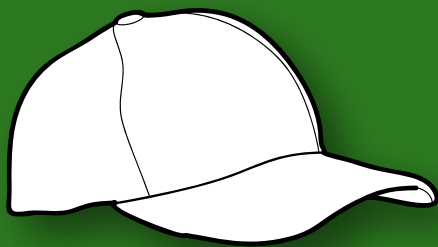
Möjligheter: Viktigt att testa på några enheter – pilotprojekt som sedan kan spridas som goda exempel! "Spin off"-effekter, konkreta realiserbara projekt kan möjliggöras. Snabbare utvecklingstakt från idé till produkt med hjälp av samverkan. Vi har medicintekniska avdelningar (inom landstingen) som bedriver forskning och utveckling.

Problem: För min del handlar det om att få tid till att satsa på implementering, vilket tar lika mycket tid och resurser i anspråk som grundforskning. Tyvärr avsätts det inte tid, eller går avsätta tid, hos t ex läkare för utvecklingsprojekt/ vara del i att driva FoU med klinisk nytta. Mycket sker inom isolerade grupper. Oftast sker projekt också utan att vården (beställaren) känner till dem. Om man inte har beställningen på en ny metod/behandling kommer inte vården att kunna använda den.

Kreativ diskussion med tankehattar om den nationella IT-strategien

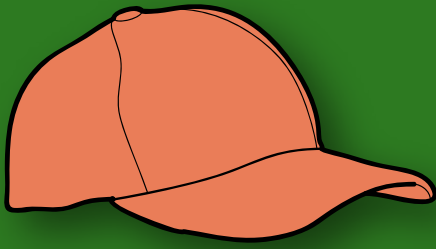
Frågeställning: "Hur ska vi (utvecklare och vårdgivare) förhålla oss till den nationella IT-strategin?"

Metodik: Workshopdeltagarna den 11 september 2007 delades upp i tre grupper i grupperum. Under handledning från Designhögskolan genomfördes en två timmar lång session med "Thinking Hats" som utvecklades av Edward deBono på 1980-talet. Metoden går ut på att deltagarna tar på sig imaginära hattar som styr deras tänkande. När man exempelvis har den vita logiska hatten på sig för man bara tänka logiska tankar, osv. Allas tankar och synpunkter listades på blädderblocksblad. Gruppdeltagarna röstade på slutet av sessionen fram de mest prioriterade synpunkterna och dessa redovisas här:



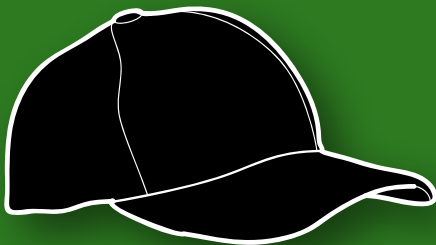
Med den **logiska vita hatten** på fokuserade deltagarna på att lista de kända detaljer man kände till kring den nationella IT-strategin – alla höll sig enbart till kända fakta

- Den (nationella IT-strategin) är förankrad och beslutad
- Den existerar men är föga känd
- Grundas i den nya patientdatalagen som infördes 1/7 2007
- Den utgör ett gemensamt ramverk för tjänster
- Den ska stödja och genomföra införandet av den gemensamma IT-strukturen
- Den kräver personligt elektroniskt ID-kort
- Den blir en vårdportal för medborgare
- Den utgör en gemensam målbild
- Alla Sveriges landsting är med
- Västerbottens alla kommuner är med
- Det är en strategi men även ett första försök till handlingsplan – otydligt
- Den standardiserar termer och begrepp
- Den kommer att bygga en nationell webb-plats



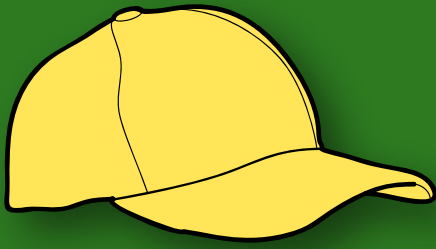
Med den **emotionella röda hatten** på fokuserade deltagarna på hur man reagerade känslomässigt, intuitivt och med maggropen på den nationella IT-strategin

- "Yes!" - någonting att förhålla sig till
- Den är till fördel för patienterna
- Många beroendevillkor – tröghet
- Det känns tryggt att den är nationell
- Positivt att frågan lyfts, synliggörs och tas på allvar
- Viss oro om att säkerhet/integritet fungerar
- till fördel för personal
- Bra start
- Klart för patientens bästa
- Ytterligare ett storstilat projekt inom hälso/sjukvården
- Är kommunerna verkligen med?
- Gårdagens modell för framtidens teknik
- Det här löser vi bättre "lokalt"



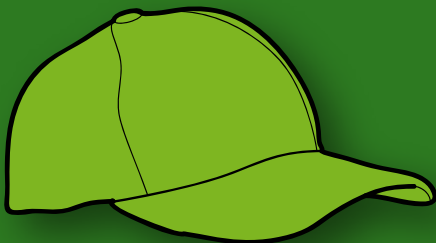
Med den **negativa svarta hatten** på fokuserade deltagarna på problemen med den nationella IT-strategin. Vilka är de största stötestenarna – varför kommer den inte att fungera?

- Finansieringen?
- Ej gemensam värdegrund ger oönskade effekter...
- Kommer att kosta enormt mycket
- Ansvar och befogenheter hänger inte ihop – vem ska betala
- Dålig förankring
- Nedskärningar i vården som påverkar genomförandet (förändringströtthet)
- Snabbt genomförande utan analys
- Det tar 100 år för landstinget att komma överens
- För högt tempo
- Genomförandeplanen stämmer inte med världsbilden
- Kommer man låsa in sig med detta system?
- Kommer övrig vård att läggas ner?
- Oro att fel tekniska lösningar valts
- Svårt att överblicka – vem ser helheten?



Med den **positiva gula hatten** på fokuserade alla deltagare på möjligheterna med den nationella IT-strategin. Vilka är de största fördelarna – varför kommer den att bli en succé?

- Positivt för både personal och patienter – man kan bli sjuk varsomhelst (tex i Europa) och information om patienten finns att tillgå överallt
- Öppna för processtyrning
- Top-down (all måste följa)
- Tydlig vision – vi jobbar mot samma sak, målet är tydligt
- Gemensam teknisk infrastruktur
- Ge IT-företagen en IT-strategi
- Patientsäkerhet i fokus
- Samordning ger effektivitetsvinster
- Nationellt perspektiv
- Stödjer vård av enskild patient
- Öppnar för kvalitetssäkring och för forskning och utveckling
- En lösning över huvudmannaguide



Med den **kreativa gröna hatten** på fokuserar deltagarna på att spåna fram idéer för att vidareutveckla den nationella IT-strategin

- Företag satsar pengar i sjukvårdsbranschen – tillväxtmotor
- Titta hur andra länder gör
- Jobba på samma sätt när det gäller att utveckla verksamhet och processer
- Som patient ges nya förutsättningar att själv ta ansvar för sin vård
- Som vårdtagare, anhöriga (och även personal) mer delaktiga
- Ta fram specifikation för informationsbärare
- Genomförandegrupper på landsting och kommun
- Regeringen betalar notan
- Samma journalsystem överallt
- Utvärdera arbetet så här långt
- Internationell koppling
- Nya arbetsrutiner kommer att (måste) skapas
- Utveckla lokala lösningar tex överbygga geografiska problem