

## Reserapport från USA-resa 4– 8 oktober 2010

### Bakgrund

Nationella Samverkansgruppen för Kunskapsstyrning (NSK) arbetar bland annat med frågan om kliniska beslutsstöd i den svenska hälso- och sjukvården. NSK följer arbetet med hjärtjournalen och förstudien om generella kliniska beslutsstöd och utreder själva nationella förutsättningar för generella kliniska beslutsstöd. I samband därmed föddes idén om en studieresa för att lära mer om kliniska beslutsstöd. Gruppen tog kontakt med Johan Calltorp för att rådgöra om hur en sådan resa skulle kunna genomföras. Ur detta samarbete utvecklades förslaget om en studieresa till USA hösten 2010. Johan Calltorp arbetade samtidigt med ett projekt om framtidens hälso- och sjukvård tillsammans med LIF och LIF blev också en part i studieresan. Resans perspektiv vidgades till att inte enbart omfatta kliniska beslutsstöd och utan att studera några framgångsrika amerikanska hälso- och sjukvårdsorganisationer, där kliniska beslutsstöd var ett av flera fokusområden. Studieresan genomfördes den 4 – 8 oktober 2010 med 25-tal deltagare från statliga myndigheter, landsting/regioner och läkemedelsföretag. Nedanstående referat är författat av Bo Hallin och Tony Holm.

### Måndag den 4 oktober: Besök på Institute for Health Policy Studies, University of California

#### Engaging Consumers,

Maribeth Shannon, California HealthCare Foundation (a private, non-for-profit sponsor of development of the healthcare delivery system in California) berättade om organisationens arbete. Organisationen satsar ca 40 milj dollar årligen på att stödja utveckling av kvaliteten i vården, främja innovationer och bättre utvärdering av vårdens kvalitet. Många invånare i Kalifornien har bristande kunskaper om hälso- och sjukvården och gör ofta dåligt underbyggda val av vårdgivare m m. Kan man lära invånarna att göra bättre val och kan det leda till en bättre hälso- och sjukvård? Ca en fjärdedel av invånarna har sett information om kvaliteten hos olika vårdgivare, men mycket få har gjort aktiva val av vårdgivare med denna information som grund. Många förstår inte informationen och hur den ska tolkas. Det låga intresset kan påverkas av att informationen inte gäller mitt specifika tillstånd. Andra faktorer än medicinsk kvalitet påverkar valet, t ex närhet. Det finns många aktörer som publicerar information, vilken information ska man använda? Informationen når inte ut till de som många gånger behöver den bäst. Många invånare skulle vilja använda email för att kommunicera med sin läkare men det sker f n i liten omfattning utom inom Kaiser Permanente. Kan konsumentinformation påverka vårdgivarna att utveckla kvaliteten i vården? Ja, framhåller MS, mätningar visar att öppen redovisning av vårdgivares kvalitet och även kvalitetsrelaterad ersättning ökar vårdgivarnas intresse för kvalitetsutveckling.

#### Delstatens roll i öppen redovisning av vårdkvalitet

Sandra Perez, director of the California state governments office of the Patient Advocate berättade om sjukvården i Kalifornien. I Kalifornien bor 38 milj människor och 30 milj av dem har en sjukvårdsförsäkring. Motiven för öppen redovisning av vårdens resultat är att

- Minska ojämn kvalitet och smärtsamma kostnader för hälso- och sjukvården

- Öka andelen som får god vård, f n finns 50% chans att patienterna vård enligt kliniska riktlinjer
- Konsumenterna förtjänar att få veta om kvaliteten i vården
- Att konsumenterna kan göra informerade val
- Förbättra hälso- och sjukvårdens resultat

Kalifornien har en mycket komplext hälso- och sjukvårdssystem med ett stort antal aktörer både vad gäller utförarsida, köparsida, säljarsida (försäkringsbolag) och även inom delstaten (14 olika myndigheter som arbetar med hälso- och sjukvården). The patient advocate har utvecklat ett betygskort – the California Health Care Quality Report Card – som bygger på information från flera olika databaser och enkätundersökningar. Betygskortet ska intressera invånarna att gå in på organisationens hemsida och lära sig mer om kvaliteten hos olika vårdgivare. Samtidigt framkom att det är köparna (arbetsgivarna) som väljer Health Plans åt sina anställda och att många invånare därför har små möjligheter att välja vårdgivare. Mycket ytterligare arbete behövs för att vidareutveckla den öppna redovisningen av vårdgivares kvalitet och betygsättningen av den. Organisationen använder även Facebook och Twitter för att nå ut med sin information om kvaliteten. Hemsida: [www.opa.ca.gov](http://www.opa.ca.gov)

### **Amerikansk sjukvård ur ett köarperspektiv**

David Lansky är CEO of the Pacific Business Group on Health. Han informerade om att organisationen är en sammanslutning av köpare av hälso- och sjukvård och representerar flera stora arbetsgivare, delstaten Kalifornien, Microsoft, Intel m fl. Lansky inledde med att redovisa de största problemen i amerikansk sjukvård.

- Un- and underinsured population
- Cost, cost, cost – and its impact on working people. Kostnadsökningarna för köparna av hälso- och sjukvård har under senare år varit 10 – 15 procent per år, vilket har fått till följd att sjukvårdsförsäkringarnas innehåll (coverage) urholkats successivt och att de anställda får betala allt mer ur egen ficka.
- Poor and highly variable quality and safety
- Inconsistent practice of evidence-based medicine
- Fragmentation (många olika aktörer), lack of accountability (alla skyller på varandra)
- Ineffecient deployment (användning) of workforce
- Lack of innovation (att vårdgivarna årligen kan höja priserna skapar inget effektiviseringsstryck)
- Poor service (bl a långa väntetider för att träffa specialistläkare)

Lansky beskrev sin egen roll som köpare av hälso- och sjukvård som ineffektiv, hans organisation, trots att den representerar arbetsgivare med flera miljoner anställda, har ingen påverkan på vårdens kvalitet och kostnader. Han beskrev vidare det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet som föråldrat och icke ändamålsenligt. Femtio miljoner amerikaner har ingen sjukvårdsförsäkring samtidigt som kostnaderna för sjukvården skenar. De federala programmen Medicare (65 år och äldre) och Medicaid (personer som saknar sjukvårdsförsäkring) har ett annat prissättningssystem som innebär väsentligt lägre ersättning till utförarna. Det medför att utförarna kompenserar detta genom att ta ut högre priser av försäkringsbolagen/arbetsgivarna och genom ökade co-payments från försäkrade individer.

Lansky beskrev vidare att president Obamas sjukvårdsreform ska implementeras fram till 2017. I reformen finns verktyg för att förbättra effektiviteten i köpar- och utförarleden, bl a kommer kostnaderna för vården hos olika utförare att publiceras offentligt. Reformen innebär

vidare att alla amerikanska medborgare kommer att omfattas av en hälso- och sjukvårdsförsäkring. Valen till representanthuset i november kan emellertid, om republikanerna vinner valet, innebära att hela eller delar av reformen skrotas.

### **The next generation of quality measures**

Adams Dudley, professor of Medicine and Health Policy, Institute for Health Policy Studies, beskrev arbetet med att vidareutveckla kvalitetsmätningen av hälso- och sjukvården.

”We are measuring a lot, but what do we want to know? Mäter vi och redovisar vi vad patienterna vill ha reda på? Vi behöver arbeta mer systematiskt med att mäta och redovisa vad patienterna tycker om vården och dess resultat. Han framhöll också att patienternas bedömning av vården och mätningar av den medicinska kvaliteten ofta korrelerar. Dudley berättade om nya sätt att försöka mäta patientupplevd kvalitet genom bl a SMS-kommunikation med ungdomar med depression. Hans avslutande budskap var ”make the measurement a part of the solution”.

### **Tisdag 5 oktober: Besök på Clinical Excellence Research Center at Stanford University**

CERC är ett flervetenskapligt forskningscenter (Business Engineering och medical schools) vid Stanford University. Forskningscentret har fokus på innovationer inom vårdorganisationen och kreativ användning av kvalitetsdata. Professor Arnold Milstein är chef för centret.

**Transforming healthcare data into better healthcare** var temat för besöket på CERC.

Arnold Milstein inledde med att tala om innovationer i hälso- och sjukvårdens levereranssystem och menade att utmaningen är ”More Health with less Health spending”. AM visade på två centrala problem i amerikansk sjukvård.

- Hälso- och sjukvårdens kostnader ökar snabbare än bruttonationalprodukten (GDP).
- 24 – 48 000 amerikaner dör i förtid varje år i brist på tillgång på sjukvård

Han beskrev en utvecklingslinje i fyra steg (se PP-bild) och kommenterade de två första stegen. Act 1: Value comparisons pågår sedan början på 1990-talet för att få bättre beslutsunderlag. Act 2: Value sensitivity som innebär att ge patienter ekonomiska incitament att välja kostnadseffektivare vårdalternativ (vårdgivare, metoder). Vidare att implementera ”cost lowering improvements and innovations”. En strategi är att utifrån behov ge 80% av patienterna en standardiserad vård och 20% en samlad expertvård (masterpiece studios). Till detta kopplas en kontinuerligt lärande kring vården av de 20% för att successivt öka den standardiserade vårdens andel.

### **Moving from Electronic Healthcare Record (EHR) to Data Driven Care in Hospitals**

Pravene A. Nath, chief medical information officer, Stanford.

Han beskrev IT-utvecklingen inom Stanford Hospitals från 2006 då en satsning på en gemensam elektronisk patientjournal (Epic) gjordes. Epic används nu som ett stöd för lärande och som ”tvingande” för att föra in nya rutiner och arbetssätt i vården. Han beskrev att det var ett krävande arbete (struggle) att få läkare att strukturera data och arbeta enligt kraven i Epic. Vårdpersonalen upplever registreringen som ytterligare en belastning i arbetet. Det finns även andra system som MIDAS (bearbeta data ur EPIC), CARE (datawarehouse) och STRIDE (forskningsdatabas) som kompletterar Epic. Han talade om utvecklingsarbetet av ett datawarehouse och det federala initiativet om ”Meaningful use” av data, som innebär att Stanford kan ta del av federala stimulansmedel om man uppfyller vissa krav. En av aktiviteterna är att successivt använda det integrerade kliniska beslutsstödet som finns i Epic. Beslutsstödet är ett aktivt system som ger rekommendationer och alerts om bl a undersökningar/prover.

### **Using data from physician office electronic medical records**

Albert Chan, allmänläkare och klinisk lärare vid Stanford

AC talade om IT-utvecklingen i den öppna vården inom Palo Alto Medical Foundation (PAMF). Nu kan patienterna via Internet ta del av all information om dem själva och deras vård inom PAMF. 45% av patienterna använder PAMF onlines som tjänsten heter. För patienterna är det viktigast att kunna se testresultat, se beställda tester och kunna boka besök. En effekt av att patienterna använder tjänsten är att läkare och annan vårdpersonal sparar tid genom färre besök och telefonsamtal. Patienterna har även tillgång till beslutsstödet och kan se alerts och reminders samtidigt som läkarna, vilket gör att de lättare kan bli delaktiga i sin egen vård. Inom PAMF finns nu "shared decision making" vad gäller ett 40-tal medicinska åtgärder. Patienterna får elektroniska påminnelser om planerade tester och om att de ska delta i screeningundersökningar, t ex mammografi, vilket har lett till ett 3 ggr ökat deltagande i mammografiscreeningen bland dem som har uteblivit från en undersökning. Den elektroniska kommunikationen med patienterna utvecklas för att öka följsamheten till ordinerade behandlingar och egenvård, bl a genom att sända patienterna DVD-filmer med instruktioner.

### **Comparative effectiveness research after health reform**

Alan Garber, professor of medicine, Stanford

AG beskrev att det finns stora prisvariationer i vården, vad köparna betalar för olika medicinska åtgärder, t ex prostataoperationer. I den federala sjukvårdsreformen ingår ett initiativ för att jämföra kostnadseffektiviteten hos olika metoder/teknologier. Stora summor, ca 500 milj dollar kommer att satsas per år, vilket innebär att även vetenskapliga studier kan finansieras inom ramen för dessa medel. Som exempel på jämförelser av kostnadseffektiviteten beskrev han resultaten av en studie av olika metoder för behandling av prostatacancer, som genomförts på Stanford. Resultaten visar att ingen behandlingarna har bättre resultat än de andra. Innebär det att man ska välja den kostnadseffektivaste som är active surveillance? Kopplat till tidigare beskrivning om ekonomiska incitament för patienten att välja kostnadseffektiva vårdalternativ så kan patienten erbjudas den kostnadseffektivaste metoden som standard, men patienten har möjligheter att välja en dyrare metod och får i så fall betala mellanskillnaden.

### **Using data from regional outcomes registries**

Paul Sharek, ass professor i barnsjukvård, Stanford

California Quality Care Collaborative är en organisation som samlar in, bearbetar och tillhandahåller data för både kliniskt förbättringsarbete och forskning inom prenatal vård/hälsa. Organisationen har ett nära samarbete med IHI i Boston. PS beskrev hur organisationen aktivt stöder kliniker som vill förbättra sina resultat genom gemensamma genombrottsprojekt. Han beskrev några vetenskapliga utvärderingar som visade på betydande förbättringar av kvaliteten. PS framhöll även att organisationen även försöker utveckla Genombrottsprogram light, dvs en metod för förbättringsarbete som är mindre resurskrävande.

### **Onsdag 6 oktober: Besök på Kaiser Permanente Organization, Oakland**

Kaiser Permanente är en av USA:s största non-for-profit hälso- och sjukvårdsorganisationer och cirka 8,6 miljoner invånare är anslutna till deras "Health Plan". Organisationen grundades 1945 och har sitt huvudkontor i Oakland, Kalifornien, men har idag verksamhet i närmare ett tiotal amerikanska delstater. Kaiser har cirka 165 000 anställda, varav antalet läkare är cirka 15000. Omsättningen 2009 var 42,1 billion dollars.

### **Kaiser Permanente, an overview**

Molly Porter, director of Kaiser Permanente International, berättade om organisationens senaste kampanj ”Thrive” där organisationen tydligt har skiftat fokus till hälsa, inte bara i massmediakampanjer utan internt i hela organisationen. ”We are talking health everywhere”. Vi vill att våra medlemmar (health plan members) ska vara hälsoinriktade, aktiva och välinformerade. Vi stöder på olika sätt medlemmarna att ta ansvar för sin hälsa. Deltagarna från Sverige fick se några korta videofilmer som exempel på hälsoinriktningen av KP.

Organisationen arbetar med E-care, exempelvis får alla nya medlemmar besvara ett formulär på nätet med ca 100 frågor om levnadsvanor m m. Sedan får medlemmarna hälsoråd per mail och ”reminders” att tänka på och att göra olika hälsoaktiviteter. 40 procent besöken är sk E-visits, dvs består av mailkontakter och telefonsamtal. KP arbetar med ”shared – decision making, dvs beslut om behandling m m fattas av läkare och patient i samråd. Patienterna stöds med information för att kunna delta i detta beslutsfattande genom bl a My medical record, My health manager och Healthwise som tre typer av E-tjänster för patienter. Patienterna har tillgång till sin journal över nätet (inloggning krävs) och även tillgång till provresultat och reminders i beslutsstödet samtidigt som läkarna.

KP arbetar med prepaid care + copayment från medlemmarna vid besök, behandlingar etc. Genomsnittligt spenderar vi 4000 dollar per medlem och år, genomsnittet i USA är 7000 dollar. KP använder ca hälften antalet vårdplatserna jämfört med Sverige och England. Vården av patienterna utgår från patientens hem är basen för vården. 30 – 40 procent av vården i USA är onödig. 55 procent får vård enligt kliniska riktlinjer och 45 procent får det inte i USA.

Läkarna har en stark ställning i organisationen. Alla läkare är anställda och ersätts med en lön som är genomsnittlig. Många läkare vill arbeta i organisationen eftersom KP tillhandhåller en bra infrastruktur med mottagningar, sjuksköterskor, IT-system etc. Läkarna börjar med tre års provanställning. Därefter tar läkarkollegiet på plats ställning till om läkaren ska få bli partner eller om läkaren ska få sluta. Läkarna blir utvärderade efter hur de sköter sina ca 2000 patienter, hur friska de är. Till exempel efter hur diabetespatienternas blodsockervärden är. Det ingår i läkarnas arbete att förebygga sjukhusinläggningar.

Kliniska beslutsstöd är utformat som standardvårdplaner (standard protocols) där läkarna och annan personal får vägledning om hur patienter bör vårdas, i stödet finns ”reminders” av olika slag. Variationer i kvalitet följs upp fortlöpande och åtgärdas, instrument som peer leadership, peer learning och peer review är kraftfulla här, t ex får ”the bottom quarter work with the top quarter”.

### **Kaisers integrated care delivery system**

Paul Wallace, medical director, berättade att KP arbetar för att integrera folkhälsa och sjukvård och KP:s Model of Care Delivery har fyra grundpelare.

- Prepayment to Health Plan, kapitationsersättning till verksamheten, lön till läkare, not fee for service.
- Reverse economics, disease prevention/health promotion
- Multispeciality group practice, collaboration, efficient, effective management of chronic illness, peer review (alla läkare på en mottagning kan se varandras resultat)
- Partnership of equals (läkare som är partner)

En princip är att läkare bara ska användas för uppgifter som enbart läkare kan göra.

Doctors incentives: clinical quality, patient satisfaction, performance related reimbursement (5 – 10% av lönen). Ekonomisk bonus bygger på att det finns ett ekonomiskt överskott att fördela och att läkargruppen har uppnått uppsatta mål. Denna bonus gäller även chefer och annan personal. Läkare har även goda pensionsvillkor. Läkarna styrs genom dessa incentives och peer review. ”Varför betala för undvikbara vårdrelaterade infektioner”?

Vilken information behöver en läkare under en arbetsdag, vilken information är viktigast? Medicinsk information är viktig både patientspecifik och icke patientspecifik. I den icke medicinska informationen är patientens sociala och demografiska viktiga, men allra viktigast totalt sett är ”operational information”, dvs hur jag kan genomföra mitt dagliga arbete enklast och bäst, en central fråga är hur får jag patienten in och ut ur mitt rum.

Paul Wallace avslutade med vad han såg de viktigaste framgångsfaktorerna för hög kvalitet i vården.

- Consumer centered healthcare, fokusera i första hand på om kvaliteten varierar i vården av patienterna, inte på variationen hos läkarna.
- Ersättningen till läkarna, balansera kvalitet och produktion
- Öppen redovisning av läkarnas resultat för kollegorna – underlag för peer review.

CDSS, kliniska beslutsstöd är mindre viktigt, standard protocoll ska ses som en del av infrastrukturen.

## **Torsdag 7 oktober: Besök på Intermountain Healthcare Corporate Office, Salt Lake City**

IH bildades 1975 när “the Church of Latter-day Saints” donerade sina 15 sjukhus till samhället och bad IH att administrera det. Med donationen följde en begäran om att sjukhusgruppen alltid skulle utgöra en modell för ett ”non-for-profit” hälso- och sjukvårdssystem. Idag ingår 23 sjukhus och mer än 150 mottagningar i organisationen. Därutöver äger eller stödjer IH 20 ”community clinics” som ger vård till oförsäkrade eller patienter med låga inkomster. IH har fått nationell och internationell uppmärksamhet för sin hälso- och sjukvård och för sitt utvecklingsarbete.

### **Inledning**

Brent James, chief quality officer, hälsade oss välkomna och beskrev kort bakgrunden och uppbyggnaden av Intermountain Healthcare.

### **Primary Care Clinical Program**

Pascal Briot och Dave Hale, senior analysts, beskrev arbetet med kliniska riktlinjer (Clinical Programs) och implementeringen av dessa. De framhöll att Intermountain's organisation är byggd för att implementera evidensbaserad medicin. Organisationen har över tid utvecklat ett systematiskt arbetssätt för en kunskapsbaserad vård. Ett standardiserat sätt att implementera kliniska program har utvecklats där både den medicinska och administrativa delarna av organisationen är engagerad. En implementering av ett kliniskt program kan pågå i 10 år genom en fortlöpande uppföljning och justering av guidelines och resultat. IH menar att kvalitetsförbättringar och ökad kostnadseffektivitet går hand i hand. Ledarskapsutbildningen i organisationen är inriktad på hur man systematiskt ska arbeta med ökad kvalitet och kostnadseffektivitet. Uppföljningen av vården är väl utvecklad, med fokus på dess kliniska och ekonomiska resultat samt servicekvalitet enligt patienterna. Det finns kunskapsstöd i patientjournalen (EMR) genom bl a s k dropouts med fördjupningar och förklaringar. IH bygger nu tredje

generationens IT-system för att stödja en kvalitetsdriven verksamhet. Budgeten för IT uppgår till 15% av den totala budgeten.

### **Enterprise Data Warehouse (EDW)**

Lee Pierce, EDW manager, berättade att alla data i organisationen, patientdata, kliniska data, ekonomiska data etc finns lagrade i ett bibliotek (EDW). EDW är ”a single source for complex data analysis”. Dessa data kombineras i uppföljningsrapporter och är grund för forskning. 150 analytiker arbetar på heltid med rapporter/beslutsunderlag. Alla rapporter publiceras på en gemensam hemsida: Report Center. På intranätet finns även e-learning (My Learning website) m m. intermountain.net (intern webbplats) och intermountain.org (extern webbplats).

### **Intermountains IT-strategi**

Greg Poulsen, senior vice president strategic operations, beskrev organisationens IT-strategi genom fyra funktioner/egenskaper.

- Documentation (registrera vad som har hänt)
- Connectivity (att informationen är tillgänglig i tid och rum)
- Decision support ( i form av reminders, alerts (things we forget) och avancerade rekommendationer (komplexa beslutssituationer med många data)
- Data Mining (att analysera data ur EDW)

Vi diskuterade följsamheten till organisationens kliniska program och GP uttryckte ”If you don’t follow our guidelines, we offer you a free lunch” (lunch med the medical director)

### **Reducing inappropriate Elective Inductions**

Erick Henry, senior outcome analyst, berättade om hur organisationen systematiskt har arbetat med att minska andelen planerat igångsatta förlossningar särskilt före 39:e veckan och lyckats med detta. För detta arbete har man också anpassat de elektronisk formulären samt tidbokningen.

### **Clinical excellence**

Brent James berättade om arbetet med skapa hög kvalitet i vården och framhöll att en central del i arbetet har varit att skapa lärande system, som enkelt kan beskrivas som att man mäter resultaten, de berörda diskuterar dessa och kommer överens om vilka åtgärder som behöver genomföras för att förbättra kvaliteten, åtgärderna genomförs och resultaten mäts osv.

”Use the guidelines as a shared baseline with clinicians free to vary based on individual patient needs”. “Measure, learn from and over time eliminate variation arising from professionals, retain variation arising from patients” (masscustomization, jmf lean)

Enligt BJ finns 9 kliniska program och 104 vårdprocesser har identifierats och beskrivits. De täcker 95% av verksamheten.

Implementeringsprocess: Clinical guidelines – Build guidelines into clinical workflow/ flow-chart (standardvårdplan, beslutsstöd) – design outcomes tracking report – design and coordinate decision support – design patient and professional education materials

Implementeringsorganisationen omfattar både den medicinska och administrativa ledningen. En nyckelroll har ”development group”, som består av respekterade läkare i organisationen. För varje kliniskt program finns en ”development group” som har ett löpande uppdrag att ut-

arbete de kliniska riktlinjerna/flowcharts, stödjade den initiala implementeringen och sedan månatligen följa upp resultaten, tolka och kommunicera dessa med berörda medicinska grupper.

## **Fredag 8 oktober: Fortsatt besök på Intermountain Healthcare Corporate Office**

### **IT-tekniska frågor**

Stan Huff, chief medical informatics officer beskrev organisationens arbete med tekniska lösningarna av olika IT frågor. Han berättade även ett nytt Electronic Medical Records system är under utveckling. Det nya systemet innehåller två huvuddelar, dels en modern teknisk plattform och ett antal applikationer, bl a ett mer kvalificerat beslutsstöd. Systemet utvecklas tillsammans med GE Healthcare och har även ett kommersiellt syfte. Arbetet har pågått 3 – 4 år och enligt SH kan f n inte säga när systemet är klart.

### **Clinical leadership and the use of data to improve quality**

Chris Wood, medical director, berättade att organisationens huvudfokus är att vidareutveckla och effektivisera de kliniska processerna genom optimering och standardisering. Han beskrev ett exempel, vårdprocessen vid sepsis som har analyserats och reviderats. Den nya sepsis processen innebär att 80 – 120 patientliv sparas årligen samtidigt som kostnaderna har sänkts med 40 miljoner dollar per år. IH har successivt utvecklat en effektiv organisation och infrastruktur för att skapa och upprätthålla högkvalitativa och kostnadseffektiva vårdprocesser. Varje kliniskt program har ett ”boardmål” som ska uppnås under året, starkt fokus på att klara dessa mål, ekonomisk belöning om målet uppnås. För organisationens ledning beror 20 procent av lönen på om ”boardmålen” uppnås.

Några lärdomar från arbetet med kliniska beslutsstöd är att

- Beslutsstödet ska stödja läkarnas arbete och inte störa arbetet genom att alerts och reminders ständigt dyker upp på dataskärmen, det innebär bl a att
- vid ordination av läkemedel så kan små ikoner finnas på skärmen som signalerar att patienten är allergisk mot det aktuella läkemedlet, att farliga interaktioner kan uppstå med ett annat läkemedel som patienten redan har etc
- om patienten har en prel diagnos så finns information om vilka undersökningar och prover som bäst bör göras som stöd för läkarens arbete.

Strategin för användning av kliniska beslutsstöd är att lösa huvuddelen av beslutsstödet genom elektroniska formulär och standardvårdplaner och komplettera med ”reminders” om avvikelser sker från standard.

### **Cardiovascular Clinical Outcomes Tracking**

Collen Roberts, operations director, informerade om arbetet med vidareutveckla hjärtsjukvården. Vidareutvecklingen bygger till stor del på systematisk uppföljning av vårdens kvalitet och effektivitet. Uppföljningen som är detaljerad - sjukhus, klinik/mottagning och läkare är nivåerna. Uppföljningen sker veckovis eller månadsvis och uppgifterna på hemsidan uppdateras med dessa intervall. Varje kliniskt program har en egen hemsida på intranätet där vårdpersonalen kan ta del av information om det kliniska programmet och aktuella aktiviteter. CR framhöll några lärdomar från arbetet:

- if you no longer measure a goal you can expect the result to deteriorate
- Peer pressure is a wonderful thing
- Public pressure is good

### Summary and additional comments

Brent James berättade att Clinical Management arbetet i organisationen sköts av ca 90 årsarbetare till en kostnad av 10 milj dollar per år. Arbetet bygger på organisationen, infrastrukturen och den systematiska uppföljningen.

Clinical program ----- Workflow ----- Outcome (clinical, patient satisfaction, cost)

Nivåstrukturer ingår som en del i arbetet – var kan vi bäst och effektivast ge denna vård? LEON-principen gäller – uppgifterna ”is pushed downwards”.

Sjukhusen har optimalt 90 – 92 procents beläggning och har förhållandevis få vårdplatser.

Medianlöner ges åt alla i organisationen. Ledningens lön består av 80% fast lön och 20% bonus/rörlig lön.

BJ beskrev diabetsvården som ett exempel. Alla patienter med typ 2 diabetes får patientutbildning. Primärvården sköter de flesta av de 54 000 patienterna med gott resultat. Det finns sex specialistläkare som under 2/3 av sin tid tar hand om de sjukaste diabetespatienterna och undervisar primärvårdsläkarna den resterande tredjedelen av tiden.

Best care bygger på patients need och det behövs en kombination av best technology och best setting (miljö) to achieve best care.

Care managers (sjuksköterskor) finns för alla patienter med kroniska sjukdomar.

Patient satisfaction mäts genom telefonintervjuer och resultaten analyseras och återkopplas till verksamheten. Goda resultat används i annonskampanjer för att få fler kunder/patienter.

### Avslutning

Besöket på Intermountain Healthcare avslutades med att vi tackade för besöket och allt det intressanta arbete som vi har fått ta del av. Vi överlämnade presenter (böcker och CD) till Brent James och hans kollegor och assistenter.

### Sammanfattning

Studiebesöken på de två universiteterna och de i två sjukvårdsorganisationerna gav en intressant inblick i amerikansk hälso- och sjukvård med flera olika perspektiv. De fem dagarna innehöll sammantaget ett omfattande program med många medverkande och erfarenheter som redovisades. Det är naturligtvis inte möjligt att i reserapport som denna redogöra för allt som har förevarit utan vi har här gjort ett subjektivt urval av dessa erfarenheter. Efter att ha försökt reflektera kring vilka erfarenheter och lärdomar som har varit mest intressanta har vi kommit fram till följande erfarenheter.

- Hälso- och sjukvården i USA innehåller stora variationer i kvalitet och kostnader och kan generellt inte vara en förebild för svensk hälso- och sjukvård. Det var som den första person, som jag talade med i USA när jag kom av flyget, en passtjänsteman på flygplatsen i San Francisco, han undrade om inte amerikanerna borde göra studiebesök i svensk hälso- och sjukvård i stället för tvärtom. Det finns dock ”öar” i den amerikanska hälso- och sjukvården som vi kan lära av.

- En sådan ö är Kaiser Permanente. Deras arbete och arbetet inom Palo Alto Medical Foundation med skapa aktiva och välinformerade patienter/medlemmar är mycket intressant och det finns många idéer där som vi skulle kunna ha som underlag och referenser för VGR:s utveckling inom detta område. Dessa sjukvårdsorganisationer prioriterar ett preventivt och hälsoinriktat arbetssätt.
- En annan ö är Intermountain Healthcare. Sedan 1986 har de arbetat med att systematiskt utveckla främst den medicinska kvaliteten – clinical excellence - i sin verksamhet. Ett mycket imponerande och intressant arbete där VGR kan lära mycket både vad gäller implementering av kliniska riktlinjer i verksamheten och uppföljning av resultaten av olika åtgärder. Uppföljning och lärande har byggts in i ett system av ständiga förbättringar.
- Både Intermountain och Kaiser använder IT som ett verktyg för att sprida bästa tillgängliga kunskap. Clinical guidelines omsätts till elektroniska formulär/standardvårdplaner som byggs in vårdprocesserna. Som en extra ”livlina” används reminders och alerts om man är väg att avvika från standard. Följsamheten till guidelines följs upp fortlöpande med hjälp av IT-systemen och återkopplas till mottagningar/kliniker och enskilda läkare.