



Institutet för
FRAMTIDSSTUDIER

www.iffs.se

Morgondagens problem

har vi haft länge



Dålig kvalitet och produktivitet

Bostadsbyggande

Trafiken

3000 personer dör i förtid

100 000 skadas

10 procent får infektion efter operation

Väntetiderna har varit konstanta

10 procent av grundskoleeleverna klarar inte grundkrav eller blir drop outs

Detta har hållit i sig i decennier

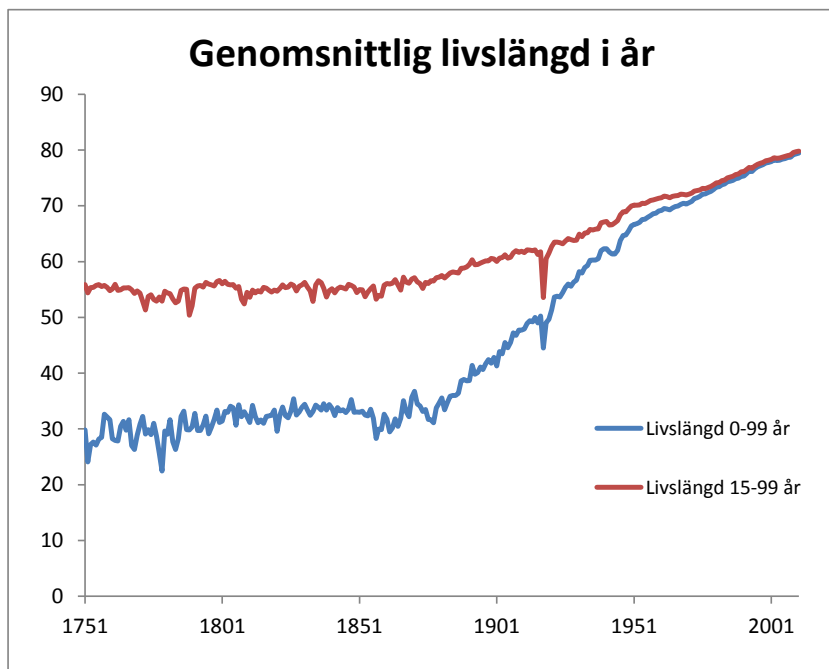
Patienter-Brukare faller mellan stolar och organisationer

IT-systemen sämst av alla branscher

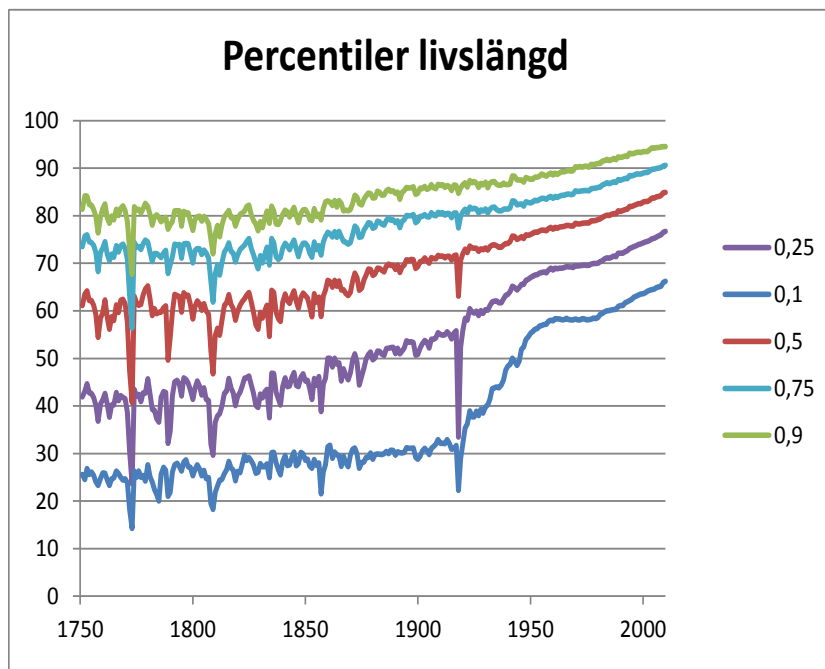
Samtidigt blir vi bättre i punktproduktivitet, mätt som tex femårsöverlevnad i olika diagnoser, framförallt hjärt-kärl.



Barnadödligheten förklarar stor del av ökad medellivslängd.



Medianåldern har varit minst ca 60 år sedan länge.



Källa: Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany).



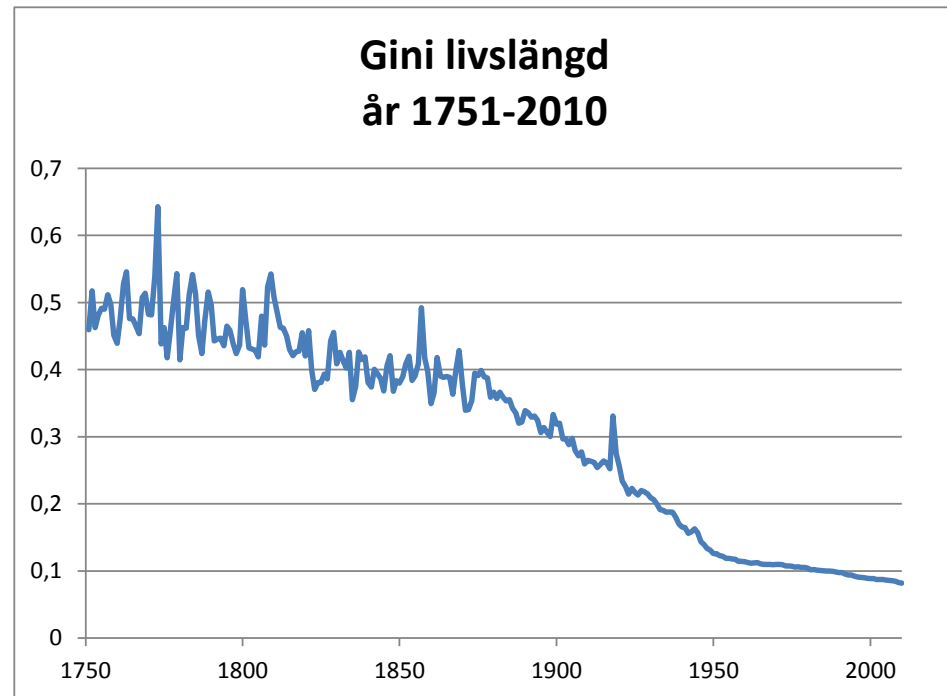
- Sverige har aldrig tidigare haft så jämn livslängdsfördelning mätt med Gini-koefficienten som idag.

Gini – ett mått på spridning av livslängd

Om Gini är 0 så lever alla personer exakt lika länge.

Om Gini är 1 så "tar en person hand om alla levnadsår".

I verkligheten någonstans mellan 0 och 1, Sverige idag 0,08.

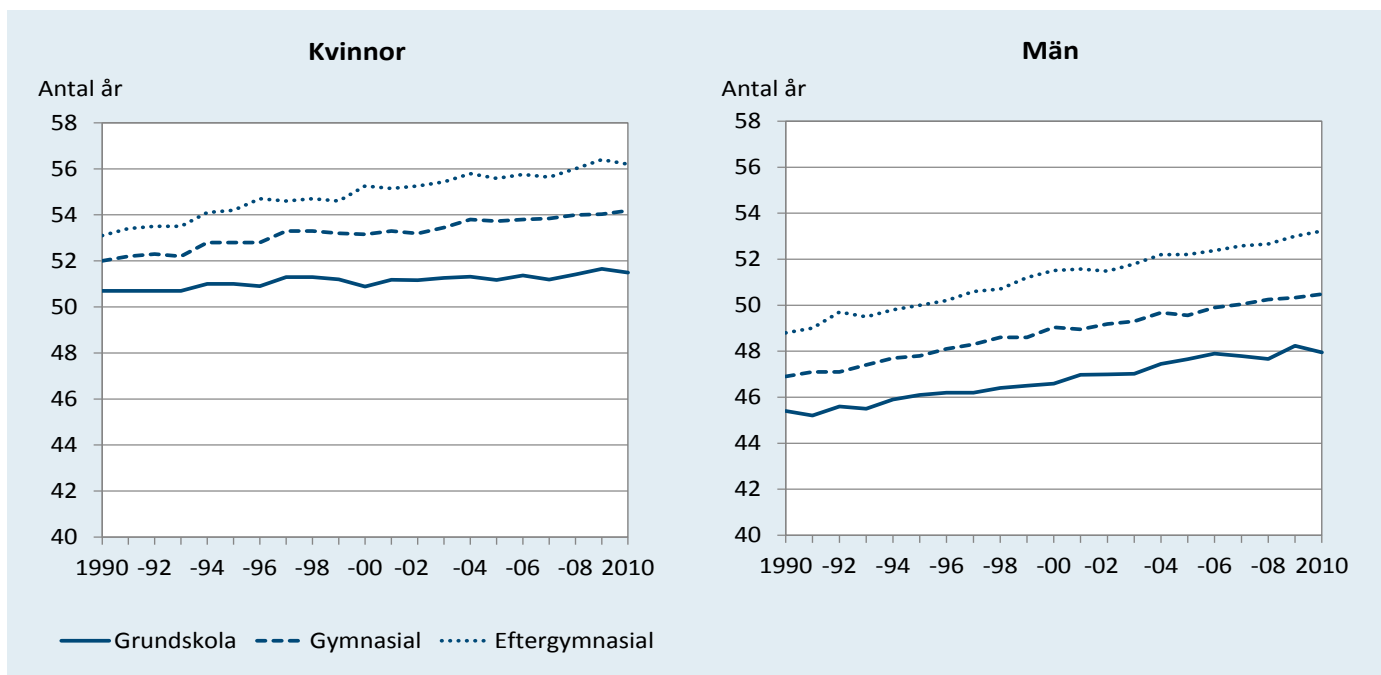


Källa: Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany).



Hälsoklyftor

Förväntad återstående livslängd för 30-åringar.



Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012 från SoS och FHI:

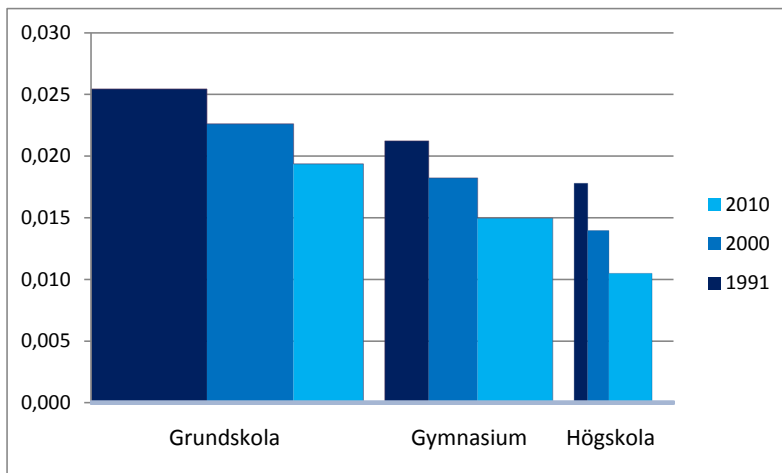
- Dubbelt så hög dödlighet bland personer med kort utbildning.
- Skillnaderna i återstående livslängd vid 30 års ålder ökar mellan utbildningsgrupperna.



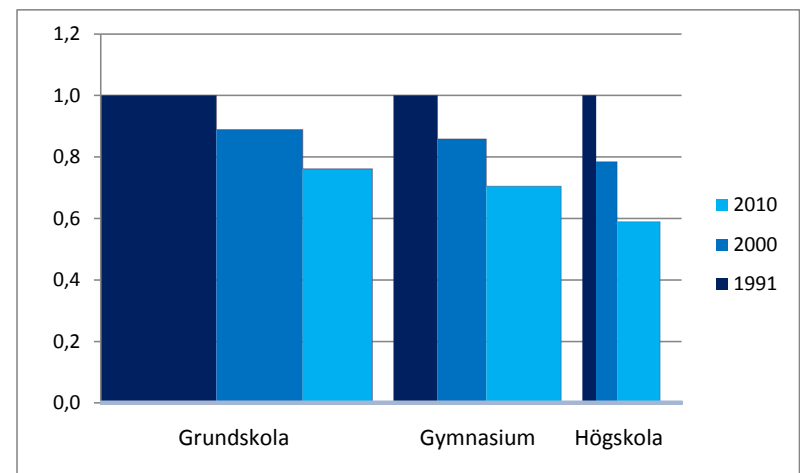
Dödsrisk efter utbildning

Exempel, genomsnittlig dödsrisk för 65-74-åringar

Genomsnittlig dödsrisk



Genomsnittlig dödsrisk, index



Bredd på staplar proportionell mot antal.

Källa: SCB:s LISA-databas.
Socialdepartementets beräkningar.



Ingen av de dagliga politiska diskussionerna löser dessa problem

Privat – offentligt

Statligt – kommunalt

Mer – mindre resurser

Fler – färre landsting/kommuner

Omorganisationer – policys eller lagstiftning

Större - mindre klasser

Senare – tidigare betyg

Valfrihet

Alla dessa har liten eller ingen påverkan på kvalitet och produktivitet,
(förutom under vissa speciella förutsättningar)

Konkurrens verkar ha viss påverkan, kan dock kanske gå via storlek – liten

storlek är bättre än stor



Varför är det så svårt att göra något åt vård, skola, omsorg?



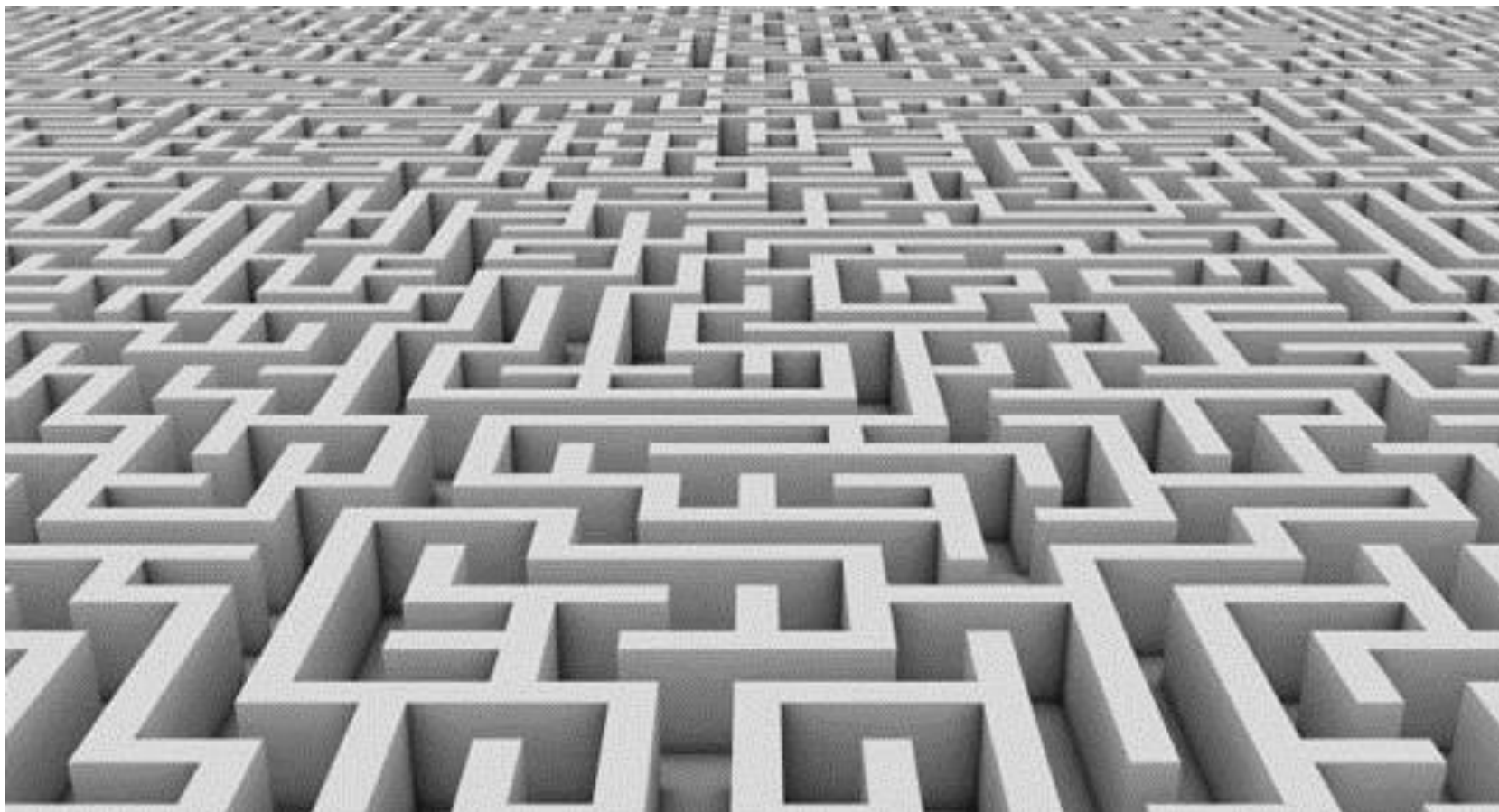
Mikrosystem

All vård, skola, omsorg produceras i mötet mellan patient, elev, brukare - systemet (i vid bemärkelse) och professionerna

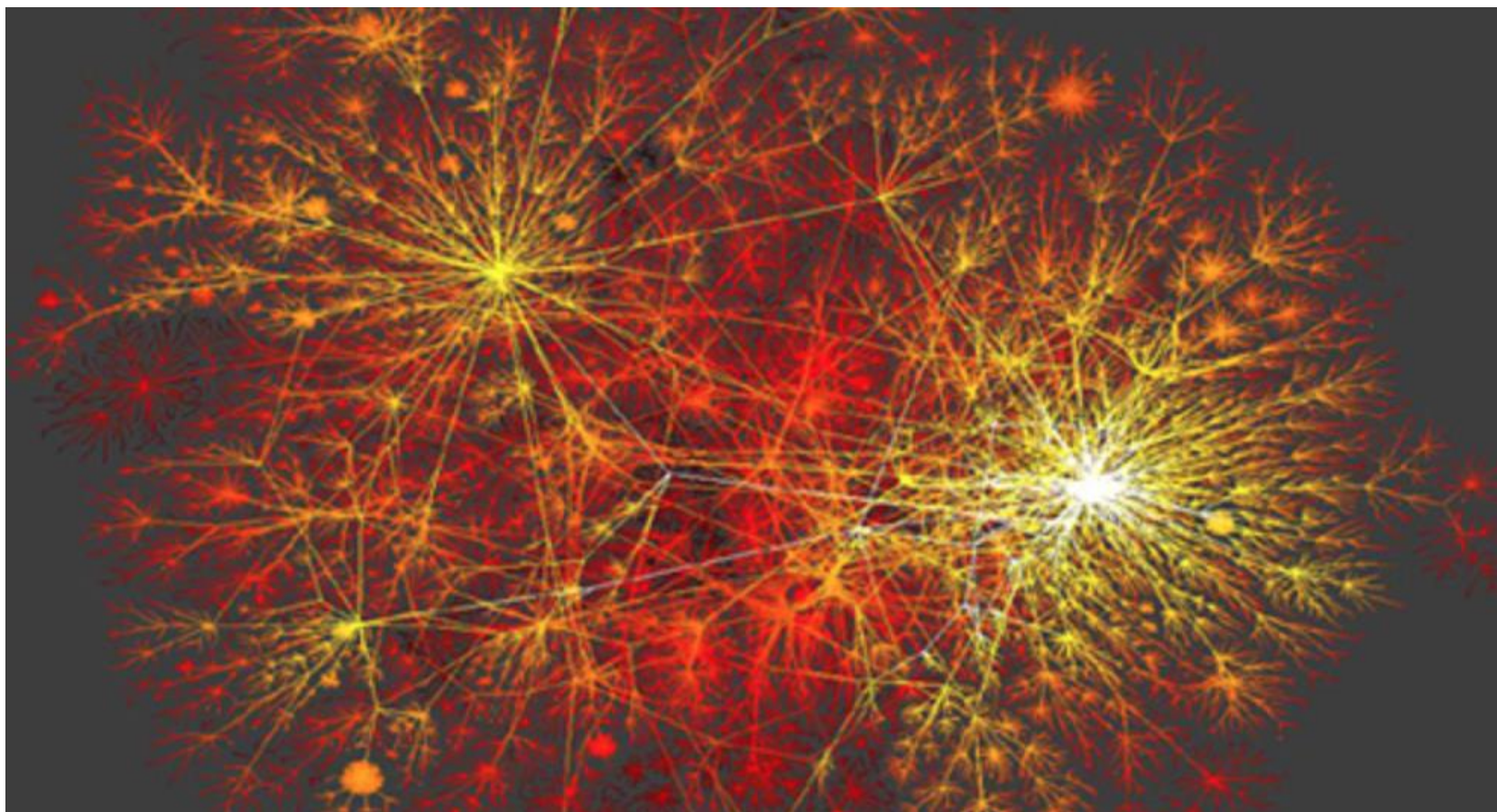
Alla reformer som inte förändrar detta möte kommer inte heller förändra resultat, kvalitet eller effektivitet.



Komplicerade system



Komplexa självorganiserade system



Dave Snowden's Cynefin framework



Olika strategier beroende på mikrosystemets karaktäristika

Enkla system

Prova checklistor, gärna IT-baserade för egenvård eller anhörigomsorg.

Algoritm-baserad förskrivning/biståndsbedömning

Implementera riktlinjer i beslutsalgoritmerna

Hög GDS-grad för de som kan och vill.

Ekonomiska incitament och marknader

Privatisering av tjänster som är väldefinierade

Stordriftsfördelar

Upphandla/utveckla icke-besöks-system



Olika strategier beroende på mikrosystemets karaktäristika

Komplicerade system

Både i mikrosystem men även flöden. Måste utveckla mer av analysverktyg och beslutsstöd, och automatisk processtyrning.

Kanske mer i diagnos/biståndsprocessen

Medan produktionsprocessen kan många gånger vara "enkel"

Cancer tracks

Data!

Försäkringskassan, socialtjänst, arbetsförmedlingen, anhöriga

Good Practice och forskning som tips i beslutstöden

Alla förutsättningar finns för att börja utveckla dessa system/arbetssätt



Olika strategier beroende på mikrosystemets karaktäristika

Komplexa system

Makrosystemet är ett komplext system, men även vissa mikrosystemsåtgärder. (egentligen antagligen alla..)

Vår biologi och livsstil i samverkan med vård och omsorgssystemen, men även försäkringskassa, arbetsplats osv.

Helt **omöjligt** att hantera manuellt – vi har ingen förmåga att tänka på komplexa system.

Måste börja samla Big Data, kring människors liv och livsstil, resultat och välmående

Stordriftsnackdelar

Sjävlärande maskiner

Självkoordinerande system

Till dess: PAL, Äldrevårdcentraler, Experimentera! (Det kan inte bli värre!)



Den svåra konsten att styra och förbättra



Ökade krav på styrning

Snabbare omvärldsförändringar / Teknik

Globalisering

Ökad individualisering

Demografi



Krav för ett styrt system enkelt eller komplicerat

1. Det måste finnas möjligheter att påverka systemets tillstånd –
Handlingskriteriet.
2. Det måste finnas möjligheter att avgöra systemets aktuella tillstånd –
Observerbarhetskriteriet
3. Det måste finnas ett mål – Målkriteriet
4. Det måste finnas en modell av systemet – Modellkriteriet



Feedbackloop

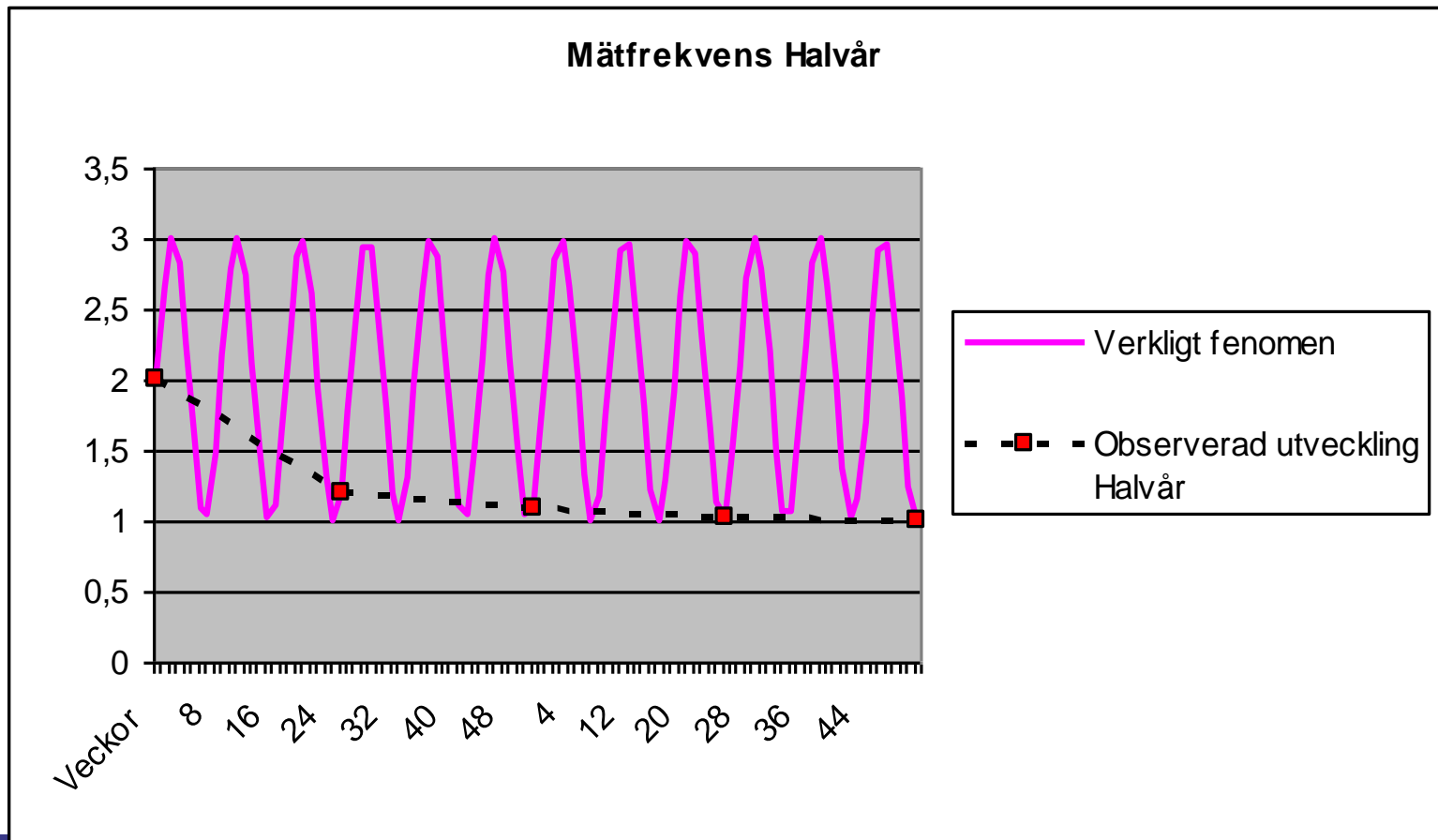
Information – Aktuella läget

Reaktion – Kolla mot mål, jämför med modell

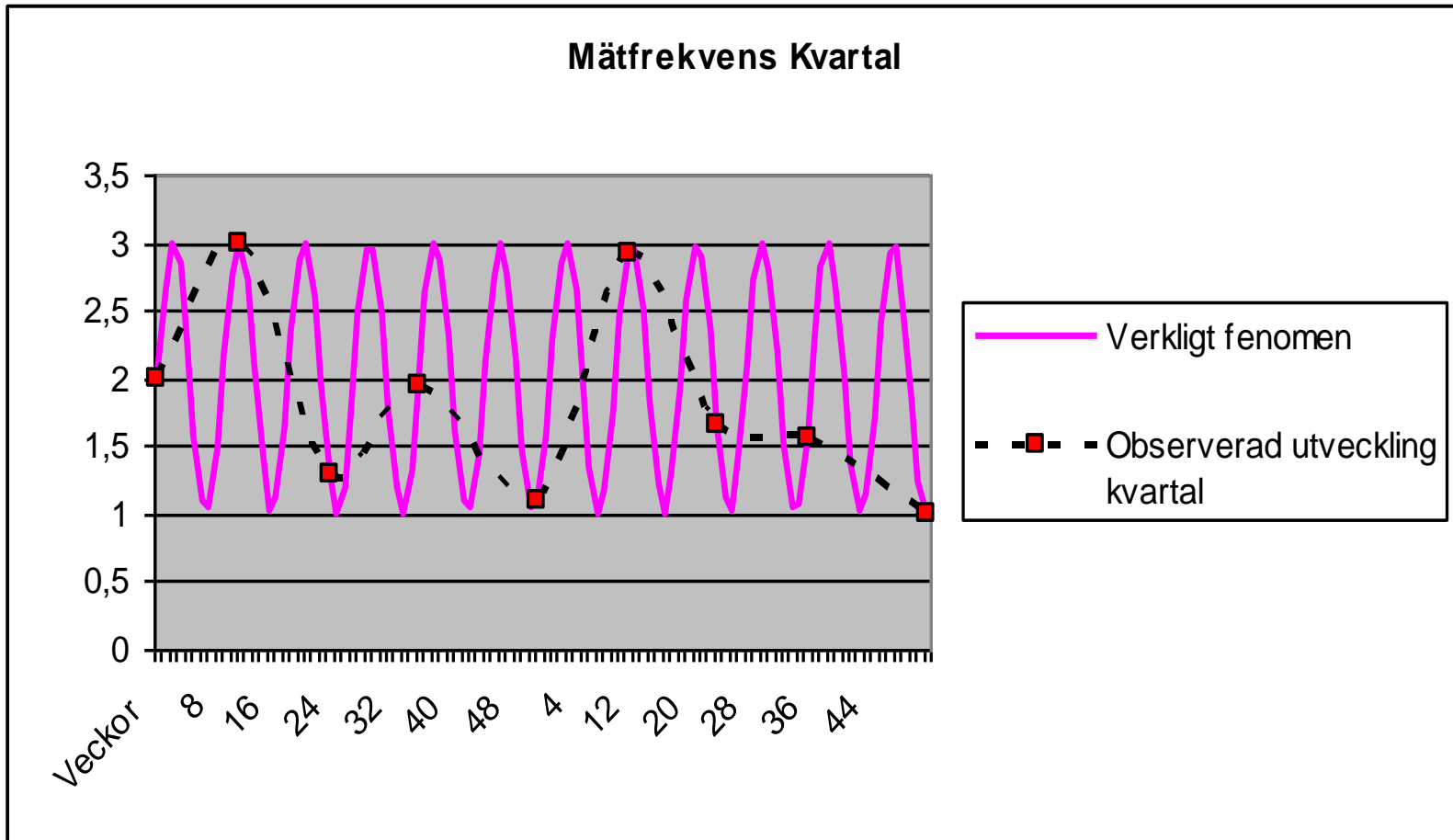
Implementation – ev Handling



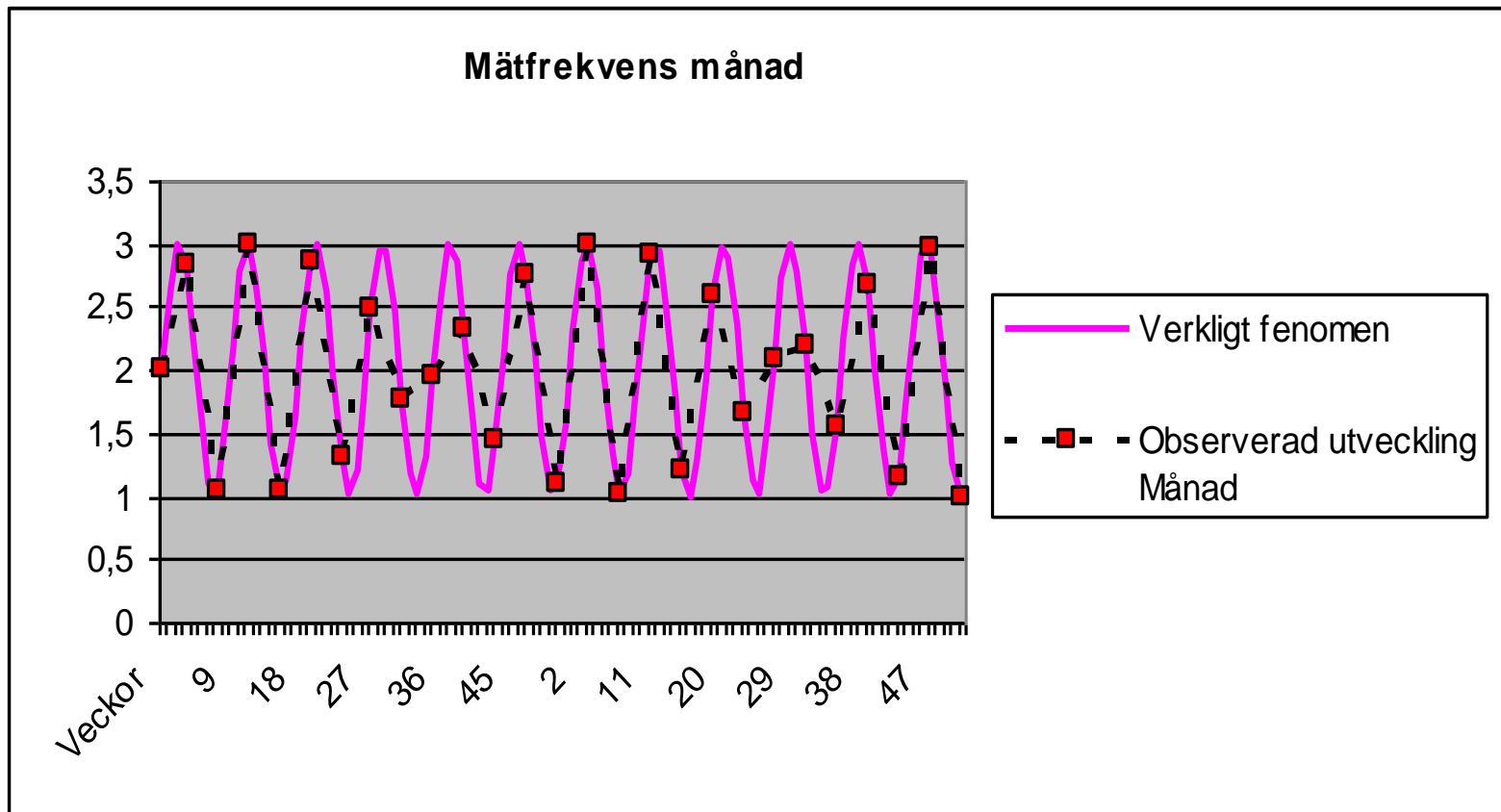
Frekvens



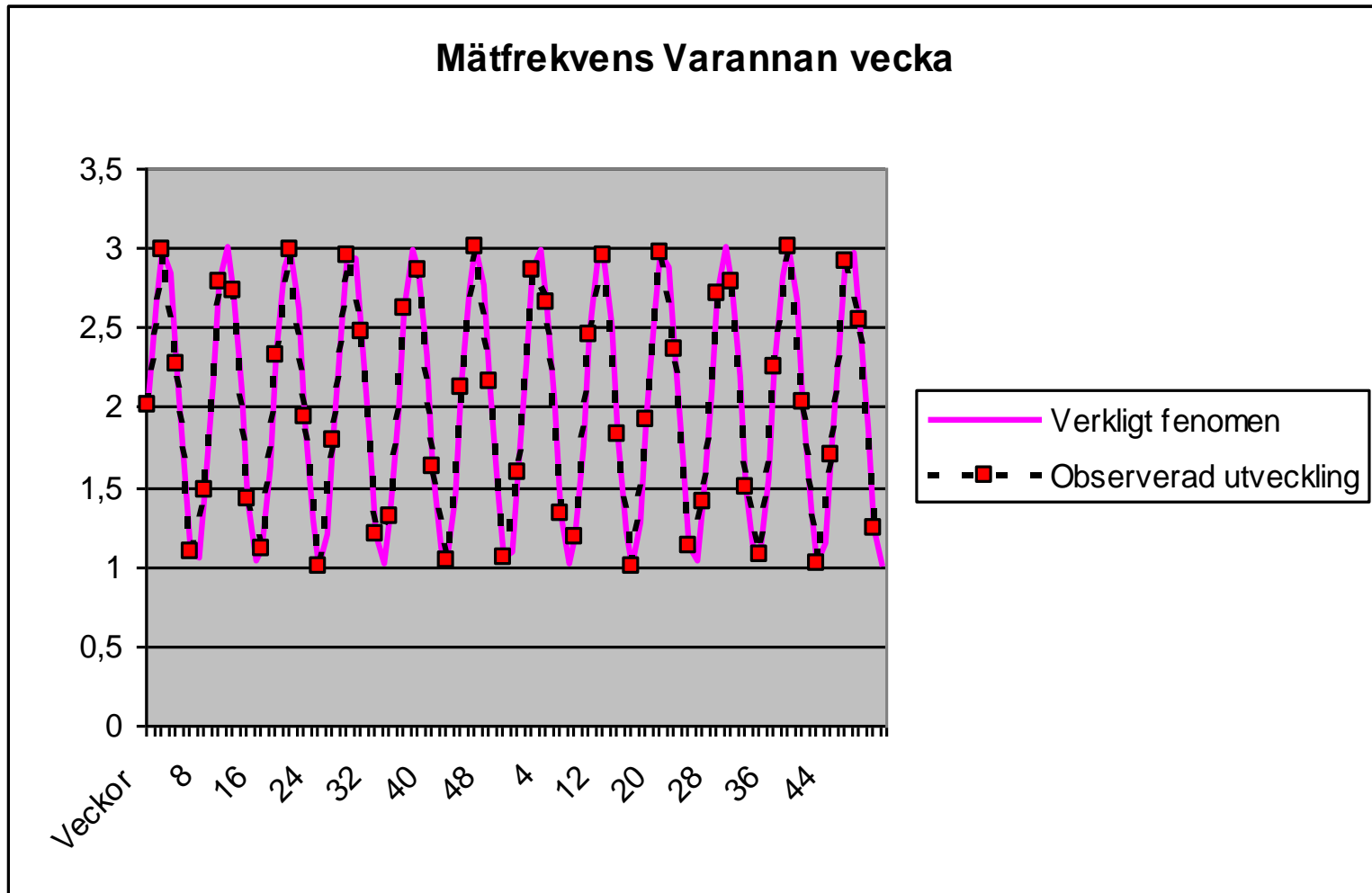
Frekvens



Frekvens



Frekvens



Aktualitet

Hur länge får en oönskad utveckling pågå oupptäckt?

Hur gammal får beskrivningen av det aktuella läget vara?

Hur många obs för att se trendbrott?

Hur lång tid tar en komplett feedbackloop? Information-reaktion-implementation



Vad fungerar?



Tidigare synsätt

Bra metoder sprider sig själva genom sin överlägsenhet.

Människor behöver bara upp-lysas för att idéer och metoder ska börja användas.



Men i själva verket...

Dåliga metoder sprids på samma sätt som bra

Upplysning ingen garanti

Utbildning leder bara ibland till förändring

Nya metoder förändras ofta under
implementeringen (så att de inte fungerar)



Cochrane effective Practice and Organization of Care Review Group

7(8) in BMJ series: Closing the gap between research and practice:

an overview of interventions to promote the implementation of research findings

Interventions that promote behavioural change among health professionals.

Interventions that have no or little effect

- Educational materials (distribution of recommendations for clinical care, including clinical practice guidelines, audiovisual materials and electronic publications)
- Didactic educational meetings (such as lectures)

Interventions of variable effects

- Audit & feedback (or any summary of clinical performance)
- Use of local opinion leaders
- Local consensus process
- Patient mediated interventions

Consistently effective interventions

- Outreach visits, reminders,
- multifaced interventions combining one or two of following: audit and feedback, reminders, local consensus process, marketing



Mjuk normering/kunskapsstyrning → Driva utveckling

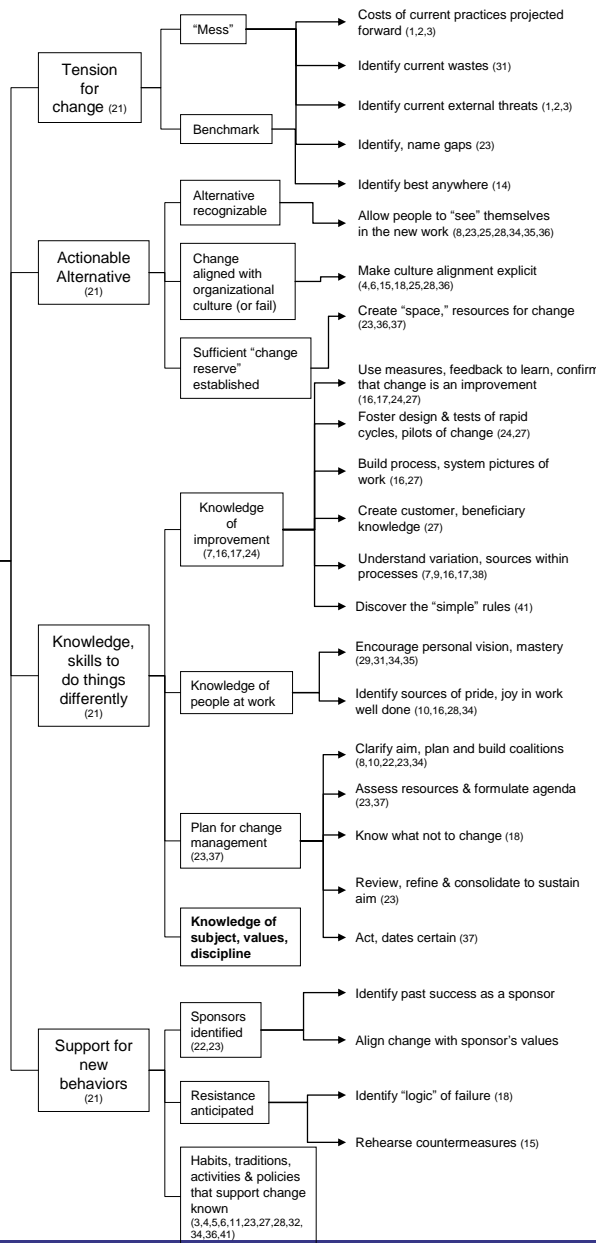


Hård normering/Säkerställa golvet

- Normering
- Tillsyn, patientsäkerhet
- Patientvalsinformation
- Utvärdera systemeffektivitet
- Säkra data kvalitet



Successful change for improvement



1. Ackoff, R. L. (1981). Creating the Corporate Future. New York, John Wiley & Sons.
2. Ackoff, R. L. (1994). The Democratic Corporation. New York, Oxford University Press.
3. Ackoff, R. L. (1999). Re-Creating the Corporation: A Design of Organizations for the 21st century. New York, Oxford University Press.
4. Argyris, C. (1990). Overcoming Organizational Defenses: Facilitating Organizational Learning. Boston, Allyn & Bacon.
5. Argyris, C. (1993). Knowledge For Action: A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change. San Francisco, Jossey-Bass.
6. Argyris, C., D. A. Schön (1996). Organizational Learning II: Theory, Method, & Practice. Reading, Addison Wesley.
7. Batalden, P. B., P. Stoltz. (1993). "A Framework for the Continual Improvement of Health Care" Joint Commission Journal on Quality Improvement **19**(10) 424-452.
8. Bennis, W.G., K.D. Benne, et al. (1985). The Planning of Change. Fort Worth, Harcourt, Brace, Jovanovich.
9. Berwick, D. M. (1991). "Controlling Variation in Health Care: A Consultation from Walter Shewhart." Medical Care **29**(12): 1212-1225.
10. Block, P. (2000). Flawless Consulting: A Guide to Getting Your Expertise Used. San Francisco, Jossey-Bass.
11. Bloom, S. (1989). "The Medical School as a Social Organization: The Sources of Resistance to Change." Medical Education **23**: 228-241.
12. Bridges, W. (1991). Managing Transitions: Making the Most of Change. Reading, Addison-Wesley.
13. Bussigel, M., B. Barzansky, et al. (1986). "Goal Coupling and Innovation in Medical Schools." Journal of Applied Behavioral Science **22**: 425-441.
14. Camp, R. C. (1995) Business Process Benchmarking: Finding and Implementing Best Practices. Milwaukee, ASQC Press.
15. deGeus, A. (1997). The Living Company. Boston, Harvard Business School.
16. Deming, W. E. (1994). The New Economics For Industry, Government, Education. Cambridge, MIT CAES.
17. Deming, W. E. (1986). Out of the Crisis. Cambridge, MIT CAES.
18. Dörner, D. (1989). The Logic of Failure. Reading, Addison-Wesley.
19. Fisher, R., E. Kopelman, et al. (1994). Beyond Machiavelli: Tools for Coping with Conflict. Cambridge, Harvard.
20. Greer, A. (1995). "The Shape of Resistance...The Shapers of Change." Joint Commission Journal on Quality Improvement **21**: 328-332.
21. Gustafson, D. H., W. L. Cats-Baril, et al. (1992). Systems to Support Health Policy Analysis - Theory, Models, and Uses. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.
22. Kanter, R. M. (1983). The Change Masters: Innovation For Productivity in the American Corporation. New York, Simon and Schuster.
23. Kotter, J. P. (1996). Leading Change. Boston, Harvard Business School.
24. Langley, G.J., K. M. Nolan, et al. (1996). The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. San Francisco, Jossey-Bass.
25. Nadler, D. A., R. B. Shaw, et al. (1995). Discontinuous Change: Leading Organizational Transformation. San Francisco, Jossey-Bass.
26. Nadler, G., S. Hibino, et al. (1995). Creative Solution Finding: The Triumph of Full-Spectrum Creativity over Conventional Thinking. Rocklin, CA, Prima.
27. Nelson, E. C., P. Batalden, J. Ryer. (eds.) (1998). Clinical Improvement Action Guide. Chicago, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.
28. O'Toole, J. (1995). Leading Change: Overcoming the Ideology of Comfort and the Tyranny of Custom. San Francisco, Jossey-Bass.
29. Palmer, P. J. (1983). To Know As We Are Known: A Spirituality of Education. San Francisco, Harper & Row.
30. Revans, R. W. (1966). Standards for Morale: Cause & Effect in Hospitals. London, Oxford.
31. Roberts, H. V., B.F. Sergesketter (1993) Quality is Personal. New York, Free Press.
32. Rogers, E. M. (1995). Diffusion of Innovations. New York, The Free Press.
33. Rogers, R. (1995). "Lessons for Guidelines from the Diffusion of Innovations." Joint Commission Journal on Quality Improvement **21**: 324-328.
34. Senge, P., C. Roberts, et al. (1994). The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization. New York, Currency Doubleday.
35. Senge, P. M. (1990). The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization. New York, Currency Doubleday.
36. Senge, P.M., A. Kleiner, et al. (1999). The Dance of Change: The Challenges to Sustaining Momentum in Learning Organizations. New York, Currency Doubleday.
37. Team, Price Waterhouse Change Integration. (1995). Better Change. Burr Ridge, IL, Irwin.
38. Watzlawick, P., J. Weakland, et al. (1974). Change: Principles of Problem Formation & Problem Resolution. New York, W.W. Norton.
39. Wheeler, D. J. (1993). Understanding Variation: The Key to Managing Chaos. Knoxville, SPC Press.
40. Whitney, J. O. (1996). The Economics of Trust: Liberating Profits & Restoring Corporate Vitality. New York, McGraw-Hill, Inc.
41. Zimmerman, B., C.Lindberg, P.Plsek. (1999). Edgware: Insights from Complexity Science for Health Care Leaders. Irving, TX, VHA Inc.



Slutsatser för eget arbete

Vet man inte vad man gör, kan man inte förbättra sig!

All koordination är information!

Ska ni ha bästa och mest kompletta informationen?

Satsa på analyskapacitet, centralt och lokalt

Simuleringsmodeller

Integritet

Big Data!



Vad driver innovation? Till skillnad från utveckling?

Lust

Eldsjälar

Experiment

Tillåtet att misslyckas

Problemlösning

Användarna "lead users"

Undvik experter – de är ju bäst på hur man traditionellt har gjort

1,5 % av befolkningen kreativa

Hur locka dem?

Hur stödja dem?

FÖLJ UPP! Resultat + ekonomi + kontrollgrupp



Bestäm er!

Ett system som är i genomsnitt bra, eller

Ett system som är bra för varje individ?

Stor skillnad!

Fokus på mikrosystemen, på användarnytta, på
invånaren, både som servicemottagare, vårdproducent
och som innovatör.

Big data! + analytiker....



Exempel på vad som fungerar

Kartlägg och fokusera åtgärder på de dyraste/mest utslagna/högst risker

Prediktiva modeller för kommande högkonsumenter -Aktiv hälsostyrning

Ge alkohol till alkoholister – Managed drinking

Ge e-cigarett till tobaksrökare – Harvard school of public health

Övervaka varje steg som missbrukare tar med appar – David Gustafsson

Homerton university hospital. English child protection information sharing service

Buurtzorg – grannvard.se



Vem äger informationen - Integritet

- Invånaren
- Myndigheten
- Professionen
- Skattebetalarna
- Viktigt skilja på individdata och aidentifierade data som används för forskning utveckling processtyrning förbättring osv
- Varför är det de ängsliga som ska få ge oss andra analogångest?
- Opt-out -låt de som är oroliga få allt manuellt



Tack!





Institutet för
FRAMTIDSSTUDIER

www.iffs.se