Hälsofrämjande möten

- om ett webbaserat läromedel



December 2010

Anna Kullberg
Temagruppsordförande
Landstinget i Östergötland

Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS)

Bakgrund

Temagrupp

Upprinnelsen till denna temagrupp var att det fanns ett behov av att konkretisera och utveckla konceptet kring hälsofrämjande förhållningssätt. Det sjukdomsförebyggande arbetet med levnadsvanor inom HFS hade kommit igång och lett till en utveckling av olika metoder som kunde delas mellan deltagarna. Det hälsofrämjande förhållningssättet däremot var lite mer diffust. De flesta tyckte det var något mycket viktigt, men ingen kunde riktigt sätta fingret på vad det var vi menade. Vi var flera som kände att vi behövde sätta oss ner tillsammans och försöka hitta en struktur för arbetet. Vi enades om att området inte handlade om levnadsvanor utan om själva mötet i vården.

I verksamhetsberättelsen för 2007 står att målsättningen med temagruppens arbete är att:

Ge medlemssjukhusens vårdpersonal kunskap om innebörden av ett hälsofrämjande förhållningssätt samt stöd för implementering av projektet ”Hälsofrämjande förhållningssätt” vars syfte är att:

- Utarbeta och konkretisera innehållet i begreppet ”hälsofrämjande förhållningssätt”
- Utarbeta förslag till utvecklings- och utbildningsplan in området.

Skillnad mellan begreppen

På de kommande mötena klargjordes skillnaden mellan begreppen sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande och enades om följande: Sjukdomsförebyggande är kopplat till levnadsvanor för att förhindra att sjukdom uppkommer eller förvärras. Hälsofrämjande förhållningssätt *kan* innefatta området levnadsvanor, men behöver inte göra det. Hälsofrämjande avser den process som ger individen möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den (Ottawa manifestet). Att arbeta hälsofrämjande gentemot patienter, är att gå från det operativt tänkande synsättet där vi ”ger vård”, till en inriktning som i större utsträckning innebär att stödja individens förmåga att hantera sin ohälsa. Det hälsofrämjande förhållningssättet är något som behöver uppvärderas, utbildas inom och finnas med i *alla* möten inom hälso- och sjukvården.

Mötet i vården

Gruppen tog del av studier om patient-läkarrelationen som Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har inventerat och sammanställt i en bok.[1] I boken beskrivs bl a relationens betydelse för:

- tillfredsställelsen med vården
- sjukdomars förlopp och för resultatet av vården
- placeboeffekter
- följsamhet till ordinerad behandling

Underlaget utgörs av ca 800 vetenskapliga artiklar. Merparten av dem kommer från andra länder än Sverige. Studierna visar att patienten var nöjdare ju fler frågor läkaren ställde om psykosociala förhållanden och ju färre han hade på det biomedicinska området. Man fann även att ju mer läkaren dominerade konsultationen verbalt eller emotionellt, desto mindre nöjd var patienten. Läkarens förmåga att ge känslomässigt stöd hade det starkaste sambandet med tillfredsställelsen men var samtidigt det som patienterna tyckte saknades mest i mötet. Det finns få studier som visar på någon relation mellan patienternas tillfredsställelse och konsultationstiden. God kommunikationsförmåga och uppmärksamhet hos läkarna tenderade istället att göra läkarbesöken kortare. Relationens kvalitet är framför allt förknippad med läkarens icke-verbala känslomässiga kommunikation. SBU sammanfattar att ett samförstånd mellan läkare och patient leder till att patienten känner sig medansvarig för vården och medverkar i den. Medan en dålig kommunikation som gör att patientens verkliga bekymmer inte kommer i dagen, att psykosociala problem försummas eller att samförstånd inte uppnås leder till återkommande konsultationer, onödiga remisser, felaktiga behandlingar, bristande följsamhet samt missnöje och uppgivenhet hos patienten.

Lagstiftning

Lagstiftningen på området lyftes. I Sverige har det skett en förändring av patientens roll och rättigheter i sjukvården, sett över de senaste decennierna. Förändringen har gått från ett paternalistiskt

[1] SBU. Ottosson Jan-Otto (red). *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund.* Natur och Kultur, Stockholm 1999.

till ett mer patientorienterat synsätt. Denna förändring går bland annat att utläsa i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) där bemötande- och relationsfrågor betonas.[2]

2 a **§** Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt
1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Socialstyrelsen har i juli 2010 kommit ut med en rapport med titeln *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [3] I denna handbok vill Socialstyrelsen ge en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Exempel på den lagregelring som finns kring patientens ställning är förutom HSL, även lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område[4], lagen om psykiatrisk tvångsvård[5], lagen om rättspsykiatrisk vård[6], tandvårdslagen[7], patientdatalagen[8] och offentlighets- och sekretesslagen[9]. Dessa bestämmelser reglerar patientens rätt till ett jämlikt och respektfullt bemötande, självbestämmande och delaktighet. Socialstyrelsens handbok stärker ytterligare temagruppens arbete och behovet av kompetensutveckling kring mötets betydelse i hälso- och sjukvården.

[2] HSL (1982:763)
[3] Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen. Artikelnr 2010-7-5. Stockholm 2010.
[4] LYHS ((1998:531)
[5] LPT (1991:1128)
[6] LRV (1991:29)
[7] TL (1985:125)
[8] PDL (2008:958)
[9] OSL (2009:400)

Metod och genomförande

Webbaserat läromedel

Nästa steg bestod av att utveckla en metod för hur tankarna kring ett hälsofrämjande förhållningssätt kunde lyftas upp och spridas. Valet föll så småningom på en webbaserad utbildning.

Webbmaterialet arbetades fram under 2009 av projektledare Ulrika Müssener, med HFS temagrupp som stöd. Utgångspunkten var att ett hälsofrämjande möte är ett möte där patienten eller den närstående känner sig delaktig, respekterad och lyssnad på och som kan stärka patientens tro på den egna förmågan. Att det handlar om en kombination av professionalism och sunt förnuft. Syftet var att materialet skulle inspirera till nyfikenhet och lärande. Avsikten var också att diskussion och reflektion skulle väcka eftertanke och ge uppslag till egna tankar som kan utveckla medarbetarens och enhetens bemötande av patienter, närstående och kollegor. Förhoppningen var att materialet ska bidra till att möten i vården kan bli ännu bättre – oavsett patientgrupp, profession eller verksamhetsområde.

Läromaterialet kom att bestå av fyra teman. Materialet är utformat så att det inledningsvis ska bidra med ökad insikt i vad ett hälsofrämjande möte kan innehålla och innebära. Därefter följer en kunskapsöversikt där aktuell forskning om mötets betydelse för att främja hälsa presenteras. Nästa steg i materialet är att lyfta frågor kring hur deltagarna arbetar i möten med patienter, närstående och kollegor på just deras arbetsplats, för att avslutningsvis fokusera på hur de, inom sin enhet, kan arbeta fortsättningsvis för att förbättra mötet med patienter, närstående och kollegor.

Materialet är självinstruerande. Under varje tema finns instruktioner för hur de olika delarna kan genomföras. Alla teman ger underlag för reflektion och diskussion.

Arbetet kan läggas upp på det sätt som passar arbetsplatsen bäst. Varje arbetsgrupp bör bestå av cirka sju medarbetare och den gruppindelningen bör göras innan man sätter igång med materialet. Man uppmanas att behålla gruppindelningen under hela perioden när man jobbar med materialet för att underlätta grupprocessen och för att få en kontinuitet i arbetet. Tid och plats för eget arbete respektive för diskussion i grupp planerar och bokar gruppdeltagarna tillsammans med kollegorna i arbetsgruppen. Det finns kontaktuppgifter till handledning angivet under varje tema om gruppen

kör fast och behöver mer information eller annat stöd. Arbetstiden som rekommenderas att avsätta för att arbeta igenom materialet är beräknad till totalt 15 timmar, och fördelas enligt ett förslag nedan. Tillgång till internet, skrivare och grupprum är nödvändigt. Under varje tema finns mer utförliga beskrivningar av innehåll och genomförande.



Tema 1: Vad är ett hälsofrämjande möte?

Innehåll: Sju korta filmer som ger underlag för reflektion kring mötet mellan professionella, närstående och patienter samt mellan kollegor. Deltagarna väljer ut de filmer som de vill se genom att läsa presentationerna av filmernas innehåll.

Beräknad tidsåtgång: 1,5 timme/film för att se respektive film och diskutera dess innehåll i arbetsgrupper.

Tema 2: Kunskapsöversikt

Innehåll: Presentation av tidigare forskning om mötets betydelse för att främja hälsa.

Beräknad tidsåtgång: 2 timmar för att läsa igenom materialet enskilt. 1 timme för diskussion i arbetsgrupper.

Tema 3: Koppling till dagligt arbete

Innehåll: Underlag för att stimulera till egna reflektioner och gemensamma diskussioner kring mötets betydelse i det dagliga arbetet på arbetsplatsen.

Beräknad tidsåtgång: 2 timmar för diskussion i arbetsgrupper.

Tema 4: Förbättringsarbete

Innehåll: Underlag för att stimulera till egna reflektioner och gemensamma diskussioner kring hur befintliga arbetssätt och rutiner kan förbättras för att arbeta med hälsofrämjande möten på arbetsplatsen. 1 film ger underlag för diskussion.

Beräknad tidsåtgång: 2 timmar för att se filmen gemensamt och därefter diskutera i arbetsgrupper.

Pilotprojekt

Under arbetets gång hade Landstinget i Östergötland blivit allt mer drivande i frågan och när det blev dags att starta ett pilotprojekt kring ämnet beslöts att detta skulle ske i ett samarbete mellan Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer och Landstinget i Östergötland. Pilotprojektet skulle genomföras i Östergötland, men resultatet skulle komma hela nätverket till del. Många har varit delaktiga och bidragit med värdefulla synpunkter men framförallt Ingrid Andersson, processledare från östra länsdelen i Östergötland, har tillsammans med Ulrika Müssener varit betydelsefulla för projektet.

Våren 2010 genomgick 9 enheter inom Landstinget i Östergötland utbildningen. De fick svara på en enkät före och efter genomgången utbildning, vilket redovisas i nästa kapitel. Dessutom redovisas en kvalitativ uppföljning som gjordes ca ett halvår efter utbildningen.

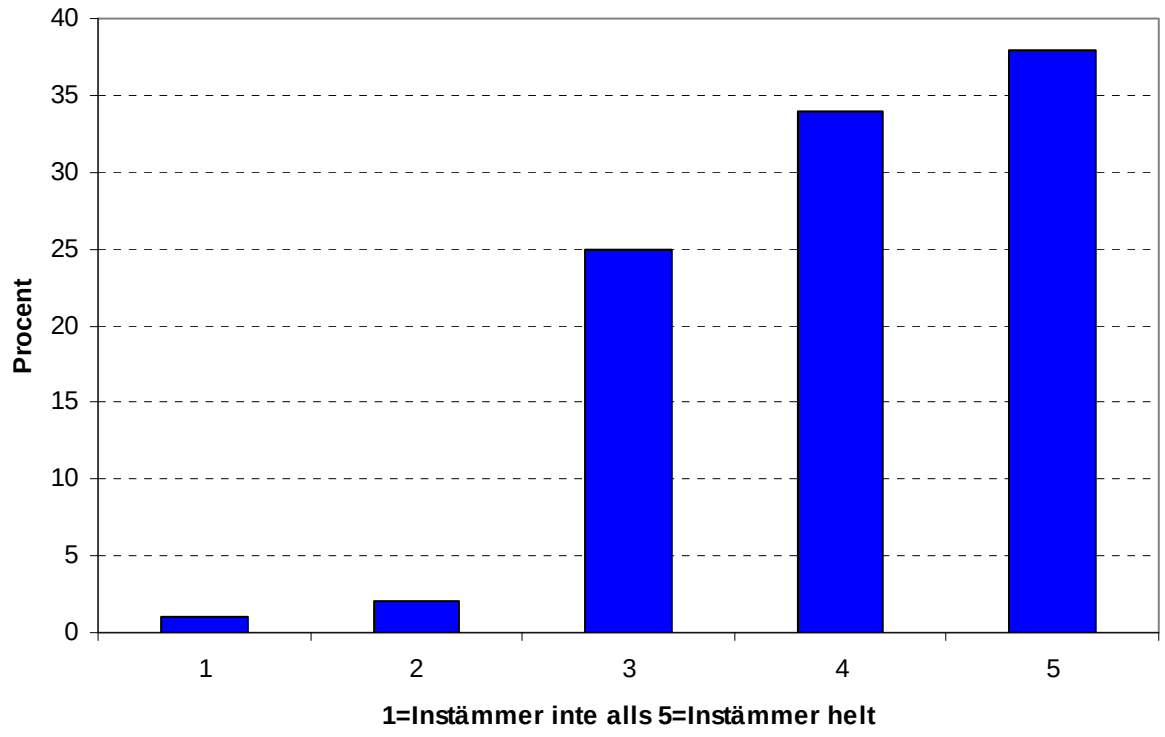
Resultat

Kvantitativ utvärdering

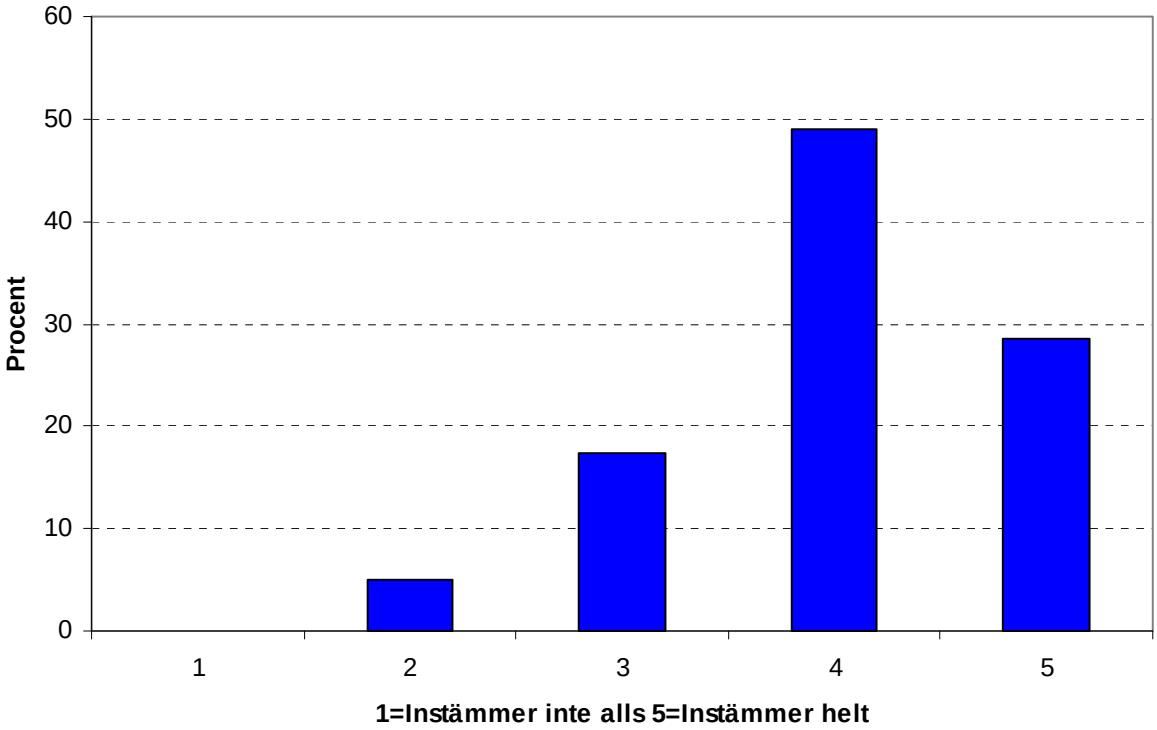
Nedan ges en sammanställning av hur deltagarna på de nio enheter som genomgått webbutbildningen om Hälsofrämjande förhållningssätt svarat på den kvantitativa utvärderingen. Baseline är 163 svarande på 6 frågor före kursstart. Uppföljningen efter utbildningen gav 100 svarande och då innehöll enkäten 16 frågor. I denna rapport redovisas ett urval av frågorna. Det visade sig sedan att flera grupper valt att svara på frågorna gemensamt, vilket till viss del kan förklara den stora skillnaden i svarsfrekvens mellan enkät 1 och 2. Att man svarat i grupp gör även att tolkningen av svaren försvåras.

Figurtexten anger hur påståendet var ställt i enkäten. De svarande fick ange i vilken grad de instämde eller inte med påståendet.

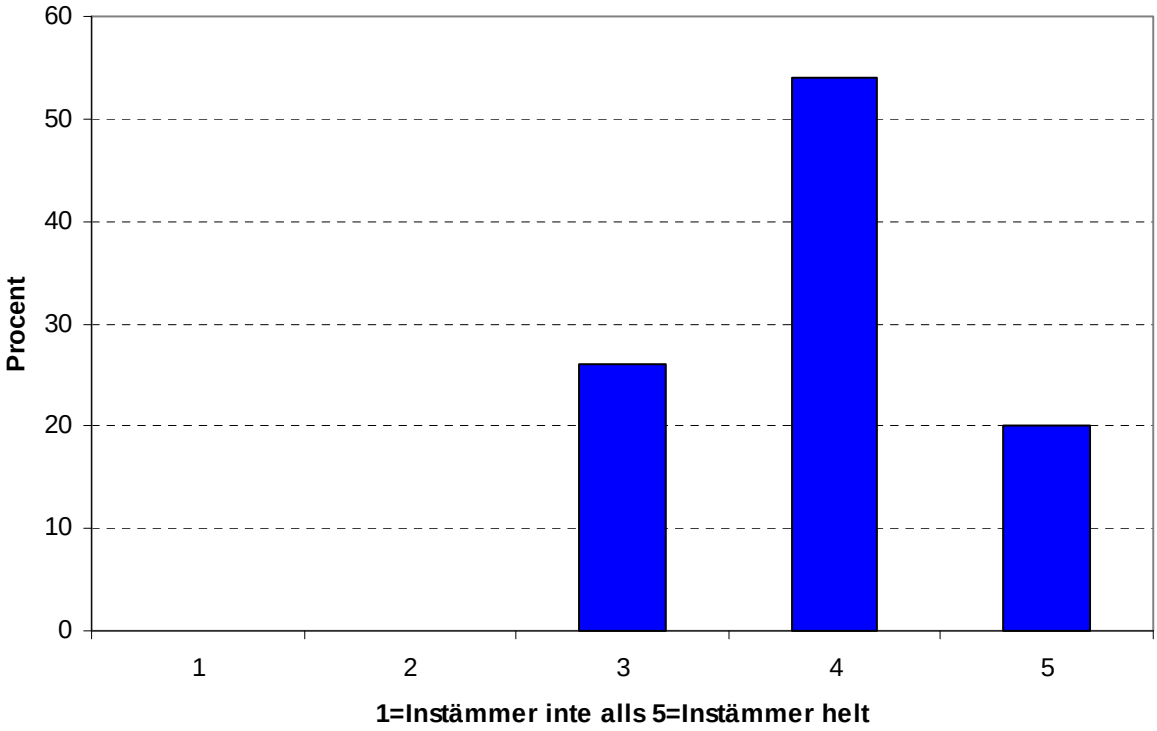
Figur 1. Materialet var skrivet på ett språk som var lätt att förstå



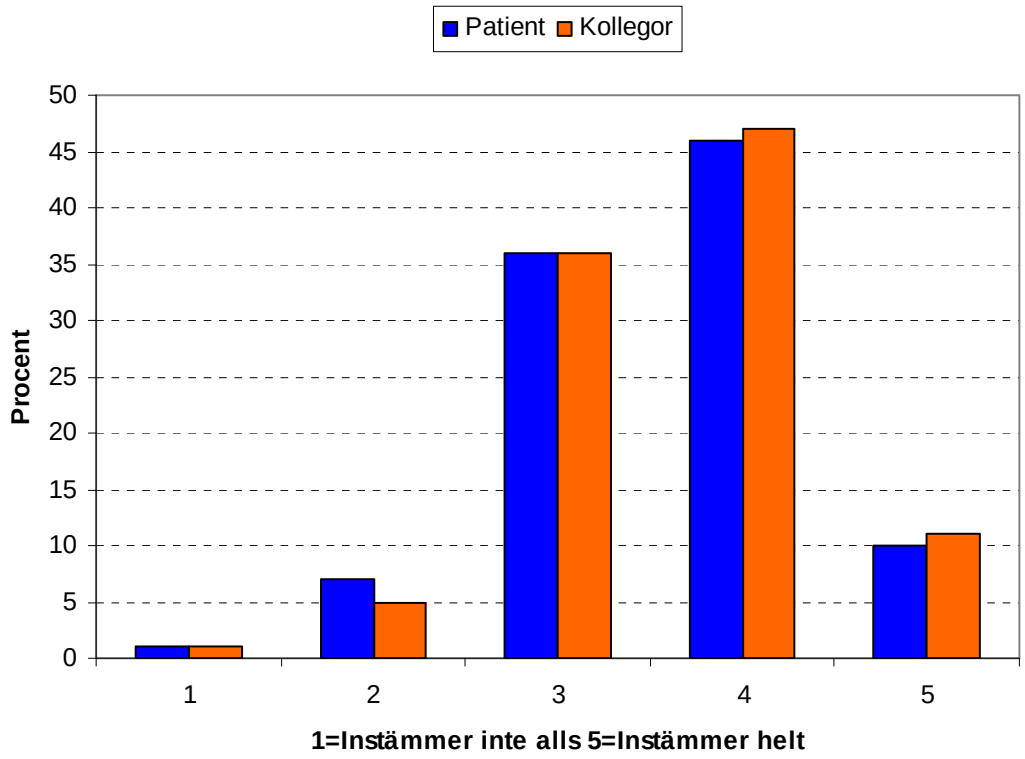
Figur 2. Filmerna inspirerade till givande diskussioner



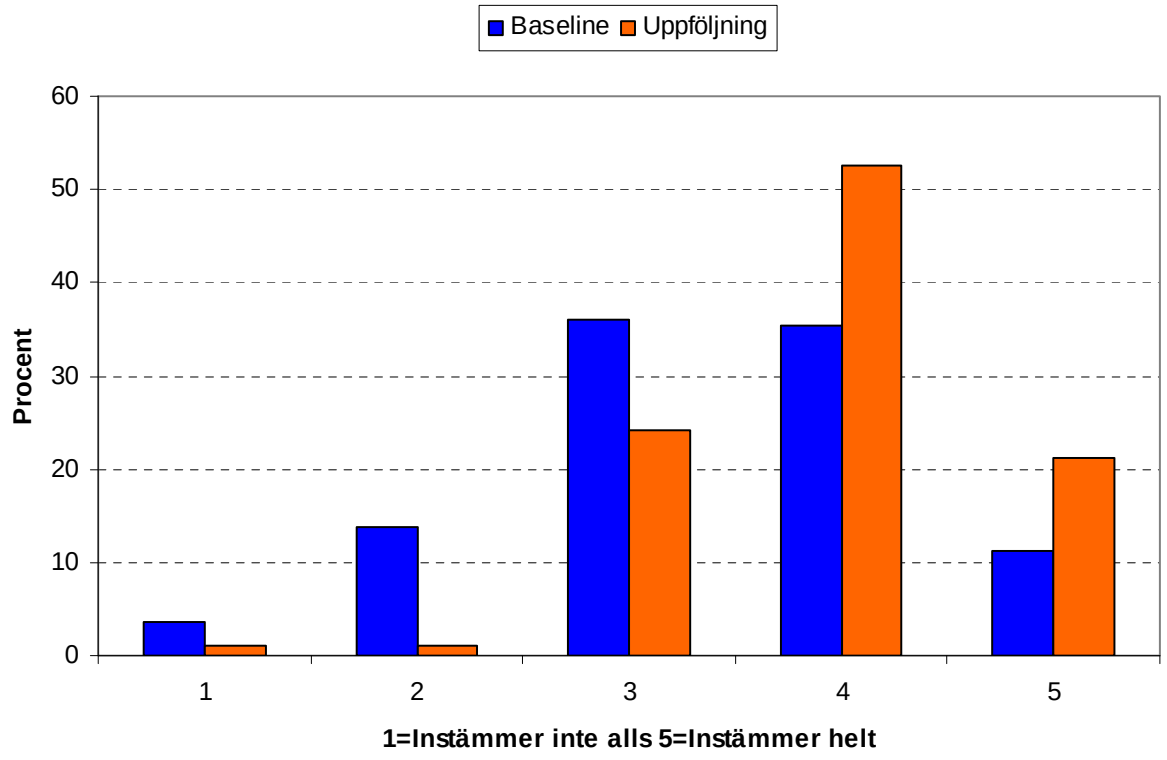
Figur 3. Det fanns en tydlig logik och röd tråd mellan de olika teman som inkluderats



Figur 4. Materialet har inspirerat mig att utveckla möten med patienter/kollegor i hälsofrämjande riktning



Figur 5. Jag har tillgång till kunskap för att utveckla min förmåga till hälsofrämjande möten (B n=161 Upp n=95)



Kvalitativ utvärdering

Den kvantitativa utvärderingen har kompletterats med en kvalitativ utvärdering. Cecilia Kullberg, student på folkhälsovetenskapliga programmet på KI, har ringt upp verksamhetscheferna och andra kontaktpersoner på deltagande enheter och ställt några strukturerade frågor om webbmaterialet och processen runt själva utbildningstillfällena. I dessa intervjuer framkom följande:

Drivkraften

Flera av pilotenheterna fick upp ögonen för den här utbildningen på landstingets ledardag 2009. De var intresserade att delta, då de i patientenkäten hade fått något lägre betyg på bemötandet än landstinget i genomsnitt. I hopp om att stärka medarbetarnas kunskaper och kvalitéer i bemötandet anmälde sig enheterna till piloten. Detta var ingenting som projektgruppen använde som marknadsföring eller tryckte på, men flera enheter påpekade ändå att detta var grundorsaken till deras deltagande.

Ett allmänt intresse fanns hos samtliga enheter för just bemötandet av patienter, men också för bemötandet mellan kollegor.

> *”Jag har jobbat som chef i 40 år och alltid varit intresserad av hälsofrämjande möten och tycker de är vårt viktigaste redskap, att de är de viktigaste vi har just att de blir ett hälsofrämjande möte, annars tycker jag vi kan lägga ner hälso- och sjukvården.”* – vårdenhetschef på psykiatrienhet

> *”I jobbet har vi ganska mycket patient- och anhörigkontakt och jag vet att vi får synpunkter på bemötandet. Oftast är de väldigt bra, men ibland också gånger då det inte varit så bra”*- vårdenhetschef för specialistklinik

Introduktion av materialet

De olika enheterna lade upp introduktionen av utbildningen på olika sätt. Några kontaktade projektledningen som då åkte ut och hjälpte till att introducera materialet. Detta upplevdes väldigt positivt och betryggande för enhetscheferna. De som inte fick någon hjälp utifrån upplevde att en introduktion från projektledningen saknades och kände sig inte helt trygga själva inom ämnet.

> *”Varken jag eller verksamhetschefen kände oss tillräckligt trygga i vad det här konceptet innehöll. Så vi bad Ulrika* (projektledaren) *komma ut och hon informerade på en personalkonferens i 30 min till hela personalen… Sen hade jag läst in mig naturligtvis och jag hade kunnat göra det, men jag hade nog inte kunnat göra det lika bra som när det kommer någon och presenterar materialet.”* – vårdenhetschef på vårdcentral
>
> *”Det hade varit värdefullt med en extern föreläsare som komplement till gruppdiskussionerna. Att man introducerar men också berättar vad man menar med ett hälsofrämjande möte, vad som finns för evidens, vad innebär det, varför gör vi det här. Det vill säga förankringsprocessen”* – verksamhetsutvecklare på vårdcentral

Genomgående var att materialet togs emot väl och positivt av medarbetarna. Detta avspeglades i den självrapporterade närvaron på träffarna.

> *”Det var jättehög närvaro, i princip 100 %. Vi chefer var ju också med i grupperna”* – vårdenhetschef på vårdcentral

Planering

Majoriteten av pilotenheterna nämner vikten av planering inför utbildningen. Både vad de gäller schemaplanering, gruppsammansättning, lokaler och övrigt nödvändigt material.

> *”Vi bokade in tider och bokade av annat, så man kunde sitta ostört, de är inte alltid så lätt… men vi planerade ganska mycket i förväg för att få de här att fungera”* – vårdenhetschef på psykiatrienhet

Instruktioner/Stöd

Instruktionerna som gavs av projektgruppen innan starten tyckte flertalet av enheterna var tillräckliga. Små funderingar kom upp under utbildningens gång och alla enheter uttryckte en önskan om stöd och uppföljning under arbetets gång.

”Alltså det var ju bra instruktioner och tillräckliga instruktioner, men jag hade kanske behövt någon mer strukturerad återkoppling under tiden” – vårdenhetschef på vårdcentral

”Man kanske behöver lite mer stöd i processen…. för de tycker jag är viktigt att de finns nån som kan hjälpa till med de här frågorna” – vårdenhetschef på psykiatrienhet

”Filmerna gör sig själva så det är inte så mycket att ge instruktioner om” – verksamhetsutvecklare på vårdcentral

Flera enheter angav också att ett stöd måste finnas på arbetsplatsen, dels från chefer men även från övriga medarbetarna.

”Det gäller väl att vi som chefer ger den här tiden och är tydliga med det” – vårdenhetschef för rehabiliteringsenhet

”Det måste komma in rätt, att det är rätt tillfälle och att de är förankrat. Så inte personalgruppen känner att det konkurrerar med andra viktiga saker” – verksamhetsutvecklare på vårdcentral

Materialet

Samtliga pilotenheter var positiva och nöjda med materialets innehåll. Flertalet av enheterna kommenterade även hur de hade blivit många, intressanta diskussioner kring ämnet som även hade fortsatt efter utbildningen.

”Jag tycker det var ett bra material och det har väckt många tankar och diskussioner. För vår del var det ett väldigt bra material. Det är också ett lite mer objektivt sätt, att ha ett färdigt utbildningsmaterial så man på ett objektivt sätt kan diskutera saker som annars kanske kan vara lite laddade och svåra att prata om” – vårdenhetschef på vårdcentral

”Det gav väldigt bra diskussioner, de tyckte vi alla. Bara de här att öppna ögonen och börja diskutera gör ju att man ser det på ett annat sätt” - vårdenhetschef på vårdcentral

”Jag tycker det är bra att de finns och att de är tillgängligt. Oftast är det lättare att ha en film att förhålla sig till, för de blir mer uppenbart” – verksamhetsutvecklare på vårdcentral

En pilotenhet önskade en form av ”mall” eller vägledning i frågorna/diskussionerna kring filmerna.

”Vi diskutera lite att ha någon form av ”rolemodel” eller mall, men de finns ju inte riktigt, men kanske lite ett exempel på att såhär är det när det är bra…..Jag vet att någon grupp hade själva, i diskussionerna bestämt sig för att försöka definiera; vad kännetecknar ett bra samtal? Allt från att se varandra i ögonen till att bekräfta rent konkret så. För de är en sak att säga att man ska bekräfta och man ska skapa delaktighet, men vad innebär det?” - vårdenhetschef på vårdcentral

Ljudkvaliteten och den låga ljudvolymen var något som nästan samtliga enheter kommenterade. Några enheter hade själv hittat en lösning med extra högtalare vilket hade löst problemet.

”Och sen var ljudkvalitén lite burkigt sådär så de var svårt att höra vad de sa…. Vi hade tekniska problem helt klart och de strulade till de och tog lite fokus från själva vad vi skulle göra” – vårdenhetschef på vårdcentral

Upplevda och förväntade resultat av utbildningen

Övervägande majoritet av pilotklinikerna var positiva till utbildningen och hade tro om att det skulle hjälpa och stärka deras enhet på olika sätt.

”Vi är jätteglada att vi har gjort det här och vi hoppas ju nu på att vi ska få ett annat resultat i nästa personalenkät på frågorna om bemötande och information till patienten”. – vårdenhetschef på vårdcentral

”De hoppas jag ju att det går vidare det här, att alla enheter får gå igenom det.” – vårdenhetschef på psykiatrienhet

”Jag tycker att vi har lättare att prata med varandra nu, över huvud taget mellan personalen, om man tycker att någon inte bemöter andra väl eller så. För de påverkar ju inte bara patienten utan även mellan personalen.” – vårdenhetschef på vårdcentral

”Nu väntar jag bara på att materialet ska bli tillgängligt för alla, för nu har de kommit till några nya medarbetare..” – vårdenhetschef på specialistklinik

Den kvalitativa utvärderingen bekräftar den kvantitativa utvärderingen. Över lag är deltagarna nöjde med det webbaserade läromaterialet. Utformningen av materialet och användbarheten verkar i stort ha fungerat väl. Det finns tekniska problem som går att lösa med bättre utrustning på plats, vilket behöver påpekas i instruktionerna. Introduktion till medarbetarna som ska genomgå utbildningen och stöd och uppföljning under utbildningens gång verkar vara betydelsefullt. Något den centrala ledningen i vårdorganisationen bör vara medveten om när man beslutar sig för att genomföra en webbaserad utbildning som denna. Att få tid att reflektera över möten och förhållningssätt, tillsammans med kollegor från andra yrkeskategorier, verkar kunna stimulera till bra diskussioner. En tydlig majoritet anser att materialet har inspirerat dem att utveckla möten med både patienter och kollegor i hälsofrämjande riktning.

Diskussion - Fortsättningen

Temagruppen

HFS:s temagrupp Hälsofrämjande förhållningssätt planerar nu för fortsättningen. Eftersom utvecklingen går in i ett nytt skede i och med att webbmaterialet är framtaget, hälsas både nya och gamla medlemmar välkomna. Temagruppens fortsatta arbete blir att få till stånd en medvetenhet i de olika vårdorganisationerna om behovet av kompetensutveckling inom området hälsofrämjande förhållningssätt. De vårdorganisationer som är intresserade av att utveckla sina medarbetare inom detta kan ha en representant i gruppen och på så sätt få del av de andras kunskaper och erfarenheter för att sedan kunna använda den webbaserade utbildningen så optimalt som möjligt.

Webbmaterialet kommer att uppdateras och förbättras kontinuerligt, vilket också blir en uppgift för temagruppen.

Utvecklingen på området

Frågan om mötets betydelse i vården verkar vara aktuell i flera olika sammanhang. I och med att *patientenkäter* samordnas över landet, kan enheter och landsting jämföras med varandra. Patienternas värdering av vårdens bemötande, information och förmåga till delaktighet blir allt mer betydelsefull. Resultaten blir synliga för många och kommer säkerligen att vara vägledande för enheternas kommande utvecklingsarbeten.

I arbete med *jämlik vård* har mötets betydelse lyfts fram. Det finns skillnader i hur och när människor söker vård. Socialt utsatta grupper avstår oftare än andra från att söka vård utifrån sitt behov. De kommer också i mindre utsträckning än andra till screeningprogram och andra förebyggande aktiviteter. Det kan ha sin bakgrund i en misstänksam och ibland fientlig inställning bland de socialt utsatta till samhället i stort. Det kan också handla om språkförbistring, okunskap och kulturella vanor. Den klyfta som uppenbarligen finns mellan hälso- och sjukvården och patienter med svag social position i samhället behöver lyftas fram. I dessa möten kan en lyhörd, kommunikativ kompetens bland vårdens medarbetare, vara av extra stor betydelse. Ett utvecklingsområde för webb-

materialet kan därför vara att lyfta frågan om hur man skapar goda möten med socialt utsatta personer och med personer man inte har ett gemensamt språk eller kultur med.

Som en intressant avslutning kan nämnas att en så kallad brukardialogberedning bestående av politiker i Östergötland under 2010 genomförde en webbaserad enkät till medborgarna i länet. De ville ta reda på vad medborgarna anser ge kvalitet, delaktighet och trygghet när de besöker vården. Gensvaret på enkäten blev långt över förväntan. Antalet personer som svarade var 4 253 personer. De flesta synpunkterna som framförts har att göra med personalen och bemötandet oavsett om det handlar om kvalitet, delaktighet eller trygghet.

Slutsatserna som dras av enkätsvaren är att det viktigaste för att medborgarna ska uppleva kvalitet, delaktighet och trygghet i vården är att det finns en god kommunikation och dialog. En god kommunikation och dialog handlar framförallt om att patientens åsikter och synpunkter tas på allvar av personalen. Men också att personalen är tydlig i sina besked och visar empati och respekt. Även återkopplingen av resultatet av en behandling eller undersökning är viktig.

Andra viktiga aspekter som lyfts fram är personalens kompetens och professionalism. Att man snabbt får kontakt med vården och får snabba besked samt att tillgängligheten till vård och behandling upplevs som rimliga, är också viktigt. Medborgarna vill också känna att det finns tillräckligt med tid avsatt för mötet i vården.

För att utveckla kvaliteten, delaktigheten och tryggheten föreslår brukardialogberedning 1 att Landstinget i Östergötland bör arbeta vidare med följande utvecklingsområden:

1. Personalens och verksamhetens kommunikativa kompetens.
2. Personalens medicinska kompetens.
3. Tillgängligheten till vården.

Onekligen en intressant och tankeväckande prioritering av de olika utvecklingsområdena. Kanske speglar de en framtida syn på hälso- och sjukvårdens utveckling?