LUND UNIVERSITY

Hållbart förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård

Hellström, Mikael; Ramberg, Ulf

2013

Link to publication

Citation for published version (APA):
Hellström, M., & Ramberg, U. (2013). *Hållbart förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård*. KEFU.

Total number of authors:
2

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Hållbart förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård

Mikael Hellström

Ulf Ramberg

KEFU Skåne

2013-12-19

Innehållsförteckning

Kapitel 1 Värdeskapande förbättringsinitiativ 2
1.1 Hur lämpligt är ett lämplighetstest? 2
1.2 Rapportens upplägg och metod 4
Kapitel 2 Test av lämplighetsmodell 5
2.1 Metod och syfte 5
2.2 Processförbättringsinitiativets karaktäristik 5
2.3 Sammanhangsberoende förutsättningar 5
2.3 Formellt mandat och inflytande över resurser 6
2.4 Sammanfattande modellomdöme 6
Kapitel 3 Betydande interna problem löser knutar 7
3.1 Om presentationsstrukturen 7
3.1.1 Diktaten skapar problem på det stora Lasarettet 7
3.1.2 Barnkliniken Kristianstad 10
3.1.3 Rättspsykiatri i Malmö 11
Kapitel 4 Vad lär vi oss av fallen 12
4.1 Den omöjliga arbetssituationens nödvändighet 12
4.2 Förbättringsprojektens initiering och genomförande – från interna problem till patienten i centrum 12
4.3 Team för att möta vårdens fragmentering 13
4.4 Värdeskapandets relativitet och mätandets mysterium 14
4.5 Historien spelar roll 15
4.6 Top-down respektive bottom-up 15
Kapitel 5 Slutsatser och rekommendationer 16
5.1 Enstaka stora förbättringar eller många små och kontinuerliga? 16
5.2 Förbättringsarbetet kanske inte bara kan ses linjärt 17
5.3 Vad krävs för hållbart förbättringsarbete? 18
5.3.1 Behovet av goda startförutsättningar 18
5.3.2 Stegvis rörelse mot en förbättringsplatå 19

Kapitel 1

Värdeskapande förbättringsinitiativ

1.1 Hur lämpligt är ett lämplighetstest?

Syftet med föreliggande rapport är att lära sig mer om hur värdeskapande processorienterat förbättringsarbete och dess effekter inom hälso- och sjukvården kan beskrivas, bedrivas och förstås. Rapportens utgångspunkt för detta syfte är ett lämplighetstest för processförbättringar som togs fram i Hellström, Knutsson och Ramberg (2012) på uppdrag av Utvecklingscentrum i Region Skåne. Lämplighetstestet består av tre delar; 1) bedömning av förbättringsobjektets processegenskaper, 2) bedömning av sammanhanget där förbättringen sker samt 3) bedömning av det formella mandatet och inflytandet för att genomföra förbättringen (se figur 1). Testets dimensioner genererades dels utifrån tidigare forskning dels utifrån observationer av ett antal pågående förbättringsinitiativ.

Många lovvärda förbättringsinitiativ, som initieras med buller och bång och med betydande resursåtgång, fallerar helt eller delvis. Idén med lämplighetstestet är att det kan användas för att få en uppfattning om i vilken mån tänkt förbättring har förutsättningar att realiseras och om den är möjlig att utvärderas ekonomiskt. Vi kallar det för en ex-ante utvärdering vid processförbättringsinitiativ.

Nu är emellertid detta test lika lite som många andra modeller för förbättringsarbete en garanti för mer värdeskapande hälso- och sjukvård. I vilken mån det är klokt att använda testet och i vilken mån det fungerar är därför några av de frågor som ställs i denna rapport. Det finns ingen större anledning att använda sig av ytterligare en ”Magic Bullet” i jakten på att förändra och förbättra hälso- och sjukvården. Sådana skapar enligt Porter och Lee (2013) vanligtvis bara frustration, lite nytta och snarare förstärker att allt skall vara som det alltid har varit inom hälso- och sjukvården. Svaren på våra frågor om lämplighetstestets lämplighet söks i skenet av hur värdeskapande och effekter av processorienterat förbättringsarbete kan förstås och tolkas. Med andra ord blir metoden för att pröva lämplighetstestet också en väg för att realisera rapportens syfte.

Låt oss emellertid börja med att kort sammanfatta lämplighetstestets tre olika delar och dess bedömningsdimensioner som framgår i figur 1. De tre delarna i testet är intimt sammankopplade med varandra, men inte i någon sekventiell mening. Snarare berör alla tre delar förutsättningar som helst bör finnas vid handen när till exempel en enhet initierar ett förbättringsinitiativ. Förbättringsansvariga bör förhålla sig till alla tre delar när de värderar om initiativet är möjligt att genomföra.

Första delen skall tolkas som ett stöd i bedömningen om det finns förutsättningar att ekonomiskt värdera initiativets utfall. Ekonomisk värdering är en räkneuppgift och en sådan kräver bland annat identifierbara data, enhetlighet i metoder och tillvägagångssätt, givna begränsningar/antaganden och krav på verifierbarhet. De dimensioner som lyfts fram i första delen underlättar en beskrivning av förbättringsinitiativet och hur det förhåller sig till tid och rum, vilket också underlättar en kvantifiering.

Att kunna ekonomiskt kvantifiera och beskriva förbättringsinitiativet gör det mer också begriplig och konkret, både för de som skall genomföra det och de som påverkas av det.

Processförbättringsinitiativets karaktäristik	**Sammanhangsberoende förutsättningar att:**	**Formellt mandat och inflytande över resurser säkerställer att**
innehåller ett tydligt upplevt problem för de inblandade	de som arbetar med förändringen har inflytande att förändra	det finns ett formellt mandat i gruppen att genomdriva förbättringen
är enkel att förstå och relatera till	de som arbetar med förändringen har möjlighet att besluta över hur de frigjorda resurserna ska användas	det finns ett formellt mandat i gruppen att organisera och genomföra tvärfunktionella projekt
är tydligt identifierbar	det finns en överensstämmelse mellan de professionella värderingarna hos personalen och förbättringen	
är tydligt avgränsad i rummet	ledningen uttalar sitt tydliga stöd för förbättringen	
är regelbundet återkommande	det avsätts tid för att bedriva förbättringsarbetet	
är tydligt avseende förbättringsmål	det finns hängivna förändringsagenter inom gruppen	
är möjligt att mäta		
har låg grad av systemberoende känslighet		

Figur 1: Lämplighetstestets delar och bedömningsdimensioner

Första delens ”konkretisering” av förbättringsinitiativet är emellertid inte tillräcklig för att det i slutändan skall leda till en förbättring. Genomförandefasen är i hög grad beroende av testets andra och tredje del. Förutsättningarna för initiativet i det organisatoriska sammanhang det genomförs, testets andra del, kan både gynna och sätta käppar i hjulet för initiativet, oberoende hur konkret det upplevs. Detsamma gäller dimensionerna i testets tredje del, det formella mandatet och inflytandet över de resurser som berörs av initiativet.

Lämplighetstestets robusthet går att kritisera på ett antal punkter. Det visade sig till exempel svårt att kvantifiera (även om försök gjordes i rapporten från 2012) effekterna samt att bestämma hållbarheten i förändringarna. Mycket goda förutsättningar att genomföra ett förbättringsinitiativ och kvantifiera dess effekter behöver med andra ord inte medföra att det genomförs. Vidare är det oklart om testets olika dimensioner alltid har samma vikt, både inom respektive del som mellan de tre delarna. Uppväger till exempel goda förutsättningar för mätning att arbetet i tänkt förbättringsprocess inte är så regelbundet återkommande? Eller vad händer om en tydlig problembild inte delas av alla eller om det går en skiljelinje mellan olika yrkesgruppers uppfattningar, innebär det då att initiativet är dömt att misslyckas? Det går också att fundera över om alla processförbättringsinitiativ medför behov av tvärfunktionella grupper. På samma sätt kan man fråga sig om respektive delars sammantagna bedömning har jämbördig styrka, eller till exempel om del 3 sammantaget väger tyngre än del 1 och 2 tillsammans. Själva syftet med förbättringen kan också påverka såväl graderingen av dimensionerna som delarna. Vissa förbättringar kan vara av mycket brådskande karaktär där patientsäkerhet har en betydligt mer framträdande plats än kostnadsutvecklingen. Det finns med andra ord flera anledningar att pröva modellens tillämpbarhet. Det är också viktigt att diskutera om den går att använda i skenet av att skapa förutsättningar för ett hållbart förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och få en bild av arbetets effekter.

1.2 Rapportens upplägg och metod

I akt att pröva modellens tillämpbarhet genomfördes en studie där tillämpbarheten testades på två olika sätt. I samråd med Region Skånes Utvecklingscentrum valdes sju olika verksamheter ut som kan betraktas som framgångsrika avseende sitt processförbättringsarbete. Dessa sju fick besvara en enkät där lämplighetsmodellens olika delar och dimensioner prövades. Enkätens upplägg, respondenter och utfall diskuteras i kapitel 2.

Tre av dessa goda verksamhetsexempel valdes ut för en närmare granskning och platsbesök. Med goda exempel avses i det här fallet enheter som realiserat de ambitioner som framkommit när de arbetat inom ramen för något förbättringsprogram som Utvecklingscentrum ansvarat för. Dessa tre var; Enheten för medicinska sekreterare vid Verksamhetsområde Kirurgi, Helsingborgs lasarett; Barnkliniken vid Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) samt Psykiatri Skåne, Vo Rättspsykiatri i Malmö. Vid varje platsbesök diskuterades (med 3-5 personer) genomförd förbättring och i vilken mån lämplighetsmodellens dimensioner och delar fångade just deras förutsättningar. Vid intervjuerna försökt vi få en bild över vilka förutsättningar som var för handen hos enheter som införde de nya processerna. Vi försökte också kartlägga hur genomförandet skedde samt vilka effekter som gick att identifiera. Frågor om deras upplevda effekter, vad som möjliggjorde effekterna och hållbarheten i de genomförda förändringarna ventilerades. Vidare ställdes frågor kring hur förbättringen exploaterades. Hur användes de frigjorda resurserna? Hade effekterna spridits? Hur var engagemanget för fortsatt förbättringsarbete?

En ambition var också att kunna monetärt kvantifiera effekterna av förbättringarna. Detta visade sig dock vara svårare än vi trodde och det finns flera skäl till detta. För det första visade det sig att det inte var möjligt att tydligt avgränsa effekterna av förbättringsarbetet. Dels hade man gjort förändringar tidigare som möjliggjorde den förändring som senare kom att genomföras och dels hade man vidtagit förändringar efter förbättringen som påverkade utfallet. För det andra var aldrig den initiala ambitionen hos enheterna att monetärt bestämma vilka effekter förbättringen gav, man hade ett annat fokus men låt oss återkomma till detta.

De tre casen valdes utifrån en idé om ett strategiskt urval. Barnkliniken vid CSK valdes utifrån att det var en klinik som inte bara drivit en utan flera och olika former av förändringsprocesser. Rättspsykiatri i Malmö valdes utifrån att det hade sin upprinnelse i ett centralt infört, top-down, förbättringsarbete inom Psykiatri Skåne. De Medicinska sekreterarnas arbete med att få ner sin ”diktathög” valdes utifrån att det var ett ”begränsat” internt, bottom-up, initierat förbättringsarbete. Förhoppningen var att denna variation kunde fånga några olika förutsättningar, i akt att testa modellen så att vi kunde uttala oss om värdeskapande och hållbart förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården.

I rapporten återges emellertid ”diktatcaset” i sin helhet i kapitel 3. Det återges som en berättelse där de väsentliga förändringsdelarna och processen är med, men har getts en dramaturgisk klädskrud och inramning som inte helt överensstämmer med det som de intervjuade återgav. Framställningen som ”case” valdes för att vi gjorde bedömningen att förbättringsinitiativet innehöll ett antal lärdomar och väl lämpar sig som undervisningsmaterial. Initiativet visade sig också väl illustrera betydelsen av de delar och dimensioner som lämplighetstestet innehåller. För de två övriga casen återges det som de tillför avseende hur förbättringsarbete kan beskrivas och förstås i relation till lämplighetstestet. Casen och dess väsentliga lärdomar beskrivs och analyseras i kapitel 3 respektive kapitel 4. Sammantaget har runt 25 personer på olika sätt fått göra sin stämma hörd inom ramen för projektets datainsamling. Förhoppningen är att vår beskrivning och analys gör deras röster rättvisa.

Kapitel 2

Test av lämplighetsmodell

2.1 Metod och syfte

I syfte att pröva lämplighetstestets bärighet har vi dels genomfört en enkät dels analyserat intervjuer från de tre studerade fallen. Enkäten som återges i detta kapitel bestod av 17 påstående som alla utom en genererades utifrån lämplighetstestets delar och dimensioner som beskrivs i tabell 1. Det enda påståendet som vi lade till handlade om huruvida ekonomin i enheten var bra eller dålig. Svarsalternativen var enligt en femgradig Lickertskala där svarsalternativen var *I mycket hög grad, I hög grad, I viss utsträckning, Knappt alls* och *Inte alls*. Det fanns också ett *Vet ej* alternativ. Enkäten skickades ut till 19 personer som alla varit delaktiga i ”framgångsrika” förbättringsinitiativ och därför också förväntades ha väl grundade erfarenheter kring detta. Av dessa personer besvarade 68% enkäten efter två påminnelser.

Vi har valt att redovisa enkätens resultat genom att slå samman de två svarsalternativen *I mycket hög grad* samt *I hög grad*. På alla frågorna utom tre är det en majoritet som instämmer i påståendena. Andelen som instämde i påståendena varierade mellan 53,1 % och 84,7 %. De tre påstående som avviker redovisas nedan under respektive del.

2.2 Processförbättringsinitiativets karaktäristik

Det första frågeblocket behandlade frågor som rör egenskaper hos det som skall förändras. Dessa egenskaper skall förstås som att i ju högre grad dessa uppfylls desto bättre förutsättningar har förändringen att bli lyckosam. Den bild som svarsalternativen ger är att de stärker den modell vi tagit fram. För alla frågor utom en är det mer än 50 % som instämmer i *I mycket hög grad* eller *I hög grad*. Inkluderar man också *I viss utsträckning* är det mer än 90 % som instämmer i fyra av de åtta frågorna. Den fråga som avviker är: Har låg grad av systemberoendekänslighet där endast 38,5 % instämmer *I mycket hög grad* eller *I hög grad.* Varför detta påstående avviker är svårt att sia om. Möjligtvis kan det bero på att frågan var otydligt ställd och att de svarande inte riktigt förstod vad som avsågs.

2.3 Sammanhangsberoende förutsättningar

Det andra frågeblocket handlade om de förutsättningar som är för handen i det sammanhang vari förändringen skall genomföras. Även här är det mer än 50 % som instämt i våra påståenden utom för en fråga där det endast är 46,2 %. Inkluderas även *I viss utsträckning* är det mer än 90 % som instämmer i påståendena för fyra av de sex frågorna. Den fråga som avviker är: Det finns en överensstämmelse

mellan de professionella värderingarna hos personalen och förbättringen. Det avvikande svaret kan förefalla oroande. Om det är så att förbättringen inte står i samklang med de professionella värderingarna inom enheten är det tveksamt om förbättringen kommer att få något verkligt genomslag. Det kan dock finnas andra förklaringar till de svar som avgetts, som t ex att förbättringen inte berör de professionella värderingarna. Dessutom är det så att om även *I viss utsträckning* inkluderas så instämmer mer än 90 % i svaret även på detta påstående.

2.3 Formellt mandat och inflytande över resurser

Det tredje frågeblocket handlar om inflytande över de resurser som behövs för att kunna genomföra förändringen. Detta frågeblock bestod av endast två frågor och för båda frågorna var det mer än 50 % som instämde. Inkluderas även *I viss utsträckning* var det mer än 90 % som instämde i båda frågorna.

Påstående att enheten hade dålig ekonomi satte vi in för att se vilka drivkrafter som fanns bakom förbättringsarbetet. Svaren indikerar att det inte är ekonomiska orsaker som driver fram en förbättring, vilket ligger i linje med tidigare studier om att det inte primärt och alltid är dålig ekonomi som driver fram förändringsarbete (Almqvist, R., (2010). Om det är det faktum att enheter som arbetar med förbättringar har god ekonomi eller om det är så att enheter med god ekonomi har tid och pengar att sätta av för att bedriva förbättringsarbete må vara osagt, men ekonomin var i varje fall inte dålig i de enheter vi studerat.

2.4 Sammanfattande modellomdöme

Sammantaget kan man säga att enkätutfallet stärker modellens utformning även om det, som redovisats ovan, finns vissa avvikelser. Vilka förklaringar kan det då finnas till att modellen inte verkar hålla i alla dimensioner?

För det första måste man ha i åtanke att detta är en idealmodell vilket kan betyda att en förändring kan fungera utan att modellen är uppfylld i alla dimensioner. För det andra kan styrkan i de olika dimensionerna variera, något som kan innebära att om styrkan i en dimension är väldigt stark kan det kompensera för ett bristande uppfyllande i en annan dimension. För det tredje kan det innebära att den dimension som avviker inte varit viktig i det specifika förbättringsinitiativ som bedrivits på enheten

En brist i materialet är att vi inte vet hur lyckad förbättringen som de studerade organisationerna genomfört varit. Det innebär att det kan vara så att de som uppfyller alla dimensioner kanske har fått ett bättre utfall än de som inte uppfyller alla krav. Om detta vet vi dessvärre ingenting.

En annan brist är att vi inte hade en fråga med där enkätdeltagarna ombads rangordna de olika dimensionerna. Då hade vi bättre kunnat tolka de andra frågorna och kanske förstå varför vissa dimensioner avviker.

Kapitel 3

Betydande interna problem löser knutar

3.1 Om presentationsstrukturen

I metodavsnittet motiverades varför de medicinska sekreterarnas förbättringsinitiativ kopplat till diktat getts en extra dramaturgi avseende sättet att beskriva initiativet. Formatet på berättelsen från Helsingborgs lasarett är godkänt och faktakontrollerat av de intervjuade, men Elsa som återfinns i casets två delar är emellertid helt en produkt av författarnas fantasi.

Förbättringsinitiativen som genomförts på Barnkliniken vid CSK och Rättspsyk i Malmö återges i koncentrerad form och i de delar där de i relation till lämplighetsmodellen, enligt vår tolkning, tillför andra beskrivnings- och förståelseaspekter avseende möjligheten att bedriva värdeskapande förbättringsarbete.

3.1.1 Diktaten skapar problem på det stora Lasarettet

Elsa har ännu inte hört något från sin doktor som hon mötte för två veckor sedan på sjukhuset. Hennes värk tilltar, inte minst på morgonen. Det är svårt att komma upp och sedan sitter en yrsel i hela morgonen. Matlusten har försvunnit. Hon som alltid älskat laga det där lilla extra och bjuda vännerna.

*"- Så här brukar det inte vara", tänker Elsa. Hon har alltid levt ett aktivt liv. Pensioneringen för 5 år sedan har inte förändrat något. De första åren hoppade hon gärna in och stöttade sina kollegor. Hon är ordförande i bostadsrättsföreningen och har länge gett populära internetkurser för äldre. Långa promenader varje morgon avslutas med fika på biblioteket för att läsa tidningar. Aktier har alltid intresserat henne, något som bostadsrättsföreningen och Senior*Net *haft glädje av.*

Och sedan har vi de tre barnbarnen som hon flitigt följer på nätet. Men allt förändrades för ett halvår sedan. Då kom en smygande värk och de första besöken på vårdcentralen gjordes. Äldsta dottern googlade på det som distriktsläkaren, enligt Elsa, hade sagt på Vårdcentralen. Hon förstod allvaret och att mammas operation brådskade om hennes tillstånd inte skulle försämras och i värsta fall permanentas. Mammas tillstånd hade börjat påverka hennes arbete och inte minst nattsömnen. Varför hör de inget från sjukhuset? Hon har försökt ringa, men inte nått fram till någon som kunde ge ett svar om Elsa.

Hur gör vi det fortsättningsvis bra?

Veronica är i grunden medicinsk sekreterare men har under flera år kompletterat sin grundutbildning med studier i ekonomi, ledarskap och kommunikation, bland annat vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Hon har varit chef för de medicinska sekreterarna i knappt tre år på enheten Vårdadministration inom lasarettets verksamhetsområde kiurgi (VO Kirurgi). De första 1,5 åren som chef

arbetade hon hårt med att förbättra enhetens strukturer ooch processer. Hon hade stora ambitioner och arbetade fram en förbättringsplan som skulle ge de medicinska sekreterarna en bättre arbetssituation. Planen som i princip gick ut på att förbättra allt föll i god jord hos de flesta, men mötte också skeptisism och kritik. Efter planens genomförande samlade hon en sekreterare från varje enhet inom VO Kirurgi för att diskutera vad de kunde göra åt diktaten. De sex åkte på en kurs i förbättringsarbete för att koncentretat jobba med denna fråga.

Nu var det ett tag sedan kursen slutfördes och under helgen har Veronica funderat mycket på de gångna årens förändringsarbete. Hon grunnar på kommande veckas första morgonmöte och tänker lite högt för sig själv:

> *"– Visst var arbetssituationen extremt besvärlig och visst har vi gjort mycket bra. Det har också gått ganska snabbt. Men har vi gjort allt rätt?"*

Organisation och problembild

VO Kirurgi består sammanlagt av sex enheter och områdets 28 medicinska sekreterare sitter ute på de sex enheterna: Akutkirurgi, övre-/nedre gastrokirurgi, bröst-/onkologisk kirurgi, kärlkirurgi och urologi. Verksamhetsområdet bedriver avancerad kirurgisk verksamhet dygnet runt, veckans alla dagar och till deras tre mottagningar kommer patienter oftast på remiss från primärvården eller från andra specialiteter på sjukhuset.

När Veronica började förbättringsarbetet som chef för Vårdadministration fanns det för många diktat som blev liggande inom VO. Sekreterarna kämpade hårt med att åtminstone hinna med att skriva de högprioriterade diktaten. Framförallt var det två mottagningar som hade problem; kirurgi och urologi. Runt 500 diktat var liggande och då inte alla hanns med blev mottagningarnas medel- och lågprioriterade diktat vanligtvis skickade till lasarettets centrala medicinska skrivbyrå. Denna byrå servade hela lasarettet och skrev först ut diktat som var noterade som högprioriterade. VO Kirurgins diktat blev sällan utskrivna när de behövde dem. Skrivarbyrån hade inte heller någon bevakning på journaler mm, vilket ofta skapade patientosäkerhet samt irritation och merarbete för verksamhetsområdets medicinska sekreterare.

De två mottagningarnas sekreterare hade fullt upp och försökte efter bästa förmåga stötta och hoppa in för varandra. Förutom diktaten skulle de hinna med att sitta i telefonen under fastställd telefontid under veckans alla dagar. De turades om att ta det ansvaret. De skulle också göra in- och utskrivningar, koda diagnoser, sitta i de två mottagningarnas respektive kassa, hantera posten, mata in i kvalitetsregister, sköta mottagningsanteckningar, arbeta i Melior, remisserhantering i PASIS och boka tider mm. Lite allt i allo tyckte de att de var, men oj så stressigt. De kämpade på hårt, väl medvetna om att även medel- och lågprioriterade diktat blev allt mer prioriterade ju längre de låg.

Probleminventering

Noll i diktathögen var en omöjlighet då det genererades nya varje dag, men 500 var för mycket. Patientsäkerheten var i fara och Veronica hade flera samtal med de 4 medicinska sekreterarna om hur de kunde förbättra deras skrivutrymme och fragmenterade arbetssituation. Då diktaten som läkarna gjorde kunde variera mellan 10-15 sekunder upp till 10 minuter fokuserades antal diktatminuter istället för antalet diktat. Varje mottagning hade 80 diktatminuter/dag till sitt förfogande, men de mätningar som de gjort visade att kirurgimottagningen bara nådde upp till 36 diktatminuter/dag medan

urologmottagningen nådde 26 diktatminuter/dag. Det såg inte bra ut och frågan vad de kunde göra för att öka antalet diktatminuter ventilerades.

Ganska snabbt kom frågan upp om vad de som medicinska sekreterare kunde påverka. Diskussionerna var många, men efter ett tag utkristalliserades två saker som påverkbara; deras egna arbetsrutiner och läkarens diktat. Över 500 diktat gicks igenom från olika dagar och läkare för att se om de kunde förbättras. Om läkaren angett sitt namn, patientens personnummer, gett diktatet rätt prioritet, använt rätt rubriker i diktatet mm var några av de dimensioner som mättes. De försökte också fånga andra brister såsom att diktaten var svåra att höra och förstå, inte hade några diagnoser, fel patientnamn, var röriga och hade dåligt ljud etc. En femtedel av diktatens brister bedömdes ge konsekvenser för patienten och runt hälften hade sådana övriga brister att det i snitt skapade 4 minuter i mertid/diktat för sekreterarna. De räknade ut att ett fint diktat tar cirka tre gånger den verkliga diktattiden (3 minuters diktat tar 9 minuter att skriva inklusive alla förberedelse och efterarbete med posthantering, bevakning etc). Ett "risigt" diktat tar minst 4 minuter längre att bearbeta.

Lösning på spåret

Med utgångspunkt från denna kunskapsinventering genomfördes ett antal åtgärder. I början av året fick de två mottagningarna en gemensam kassa som de bemannade halva dagen vardera efter ett rullande schema. Det var inte utan gnissel som de två mottagningarna började detta samarbete, men på detta sätt frigjorde de sammanlagt 18 timmar/mottagning och vecka och blev samtidigt mindre sårbara för sjukdom/frånvaro. Man sparade också 5,5 timmar på att dra ner på telefontiden under veckorna. De fick också egna telefoner/nummer och ansvar för en specifik sektion på de två mottagningarna. Sekreterarna kunde då lättare planera sin egen tid och var inte lika bundna vid mottagningens telefon. Tiden som de vann på dessa två förändringar kunde användas för att skriva journaler och säkerställa övrigt kvalitetsarbete. Genom att successivt sluta köpa tjänster från den centrala skrivarbyrån kunde de finansiera två heltids skrivartjänster. De medicinska sekreterarna fick vidare destinerade rum där de kunde sitta och skriva, allt för att undvika störningar när diktaten skrevs ut. På detta sätt blev det lättare för både läkare, patienter och anhöriga att direkt nå fram till ”sin” sekreterare, samtidigt som sekreteraren blev bättre på just de diktat som berörde sektionen. Den mall som togs fram för hur diktaten skall se ut den sk ”Diktatorn”, och kunskapen var diktatbristerna vanligtvis brukar finnas, har varit ett stöd för såväl befintliga läkare som nyanställda.

Att få med läkarna och sjuksköterskorna på förbättringsarbetet var något som Veronica tidigt prioriterade. Inte minst har arbetet med, den s.k. ”dikteringsskolan”, som de har för sina läkarstudenter varit engagerande för de berörda. Det var i början av detta arbete som Elsas namn och besvär dök upp som ett felprioriterat och bristande diktat. *”-Oj, vad de anhöriga hade ringt och undrat, men också blivit tacksamma när Elsa väl fick sin operation”,* tänker Veronica.

Det är inte utan stolthet som hon kan konstatera att antalet diktatminuter för kirurgiska mottagningen har ökat från 36 till 60 och att urologmottagningen ökat sin kapacitet från 26 till 70 diktatminuter/dag. Nästan alla diktat skrivs ut i tid och patienterna ringer allt mer sällan och undrar var deras anteckningar är. Den centrala skrivbyråns resurser används inte längre. Förbättringsarbetet har också successivt spridit sig till de andra fyra enheterna och nu har varje enhet en skrivansvarig som signalerar om enheten behöver extra stöd. Onekligen har de medicinska sekreterarnas teamkänsla ökat. Det märks på de dagliga morgonmötena.

Morgonmötet som väntar

Veronica kan emellertid inte låta bli att undra varför deras arbete inte spridit sig till andra verksamhetsområden på lasarettet. Hon har förstått att sekreterarna har en viktig roll i arbetet med att frigöra kapacitet inom flera olika medicinska specialiteter. Men varför händer inget? Hon brottas också med frågan hur hon kan fortsätta utveckla sekreterarnas känsla av att vara viktiga i ett sammanhang, och hålla uppe intresset för förbättring. Lite mer än ett år har gått sedan de startade. Snart tas gjorda förbättringar för givet och hur ska hon säkerställa ett fortsatt engagemang. ” – *Jag kanske skall ringa Elsa”,* funderar hon strax innan hon går in på måndagens morgonmöte.

3.1.2 Barnkliniken Kristianstad

Det förbättringsarbete som bedrivits vid Barnkliniken i Kristianstad låter sig inte så enkelt beskrivas, framförallt inte utifrån den ex-ante modell vi tagit fram och som testats i studiens enkät. Skälen till detta är flera. För det första har det inte varit ett isolerad processinitiativ utan det har handlat om flera olika förändringar som alla syftat till att förbättra situationen för de anställda, barnen, och föräldrarna. För det andra har dessa initiativ berört stora delar av organisationen, inte en avgränsad del. För det tredje har initiativen byggt på varandra på ett sätt som gör att det ibland är svårt att studera dem isolerat. Sedan 2005 har kliniken bedrivit ett antal förändringsprojekt som samlats under namnet Medarbetarstyrt förändringsarbete i sjukvård. De projekt som bedrivits är

- Vård över gränser sätter familjen i fokus
- Teamarbete utifrån patientens behov
- Hemsjukvård för svårt sjuka barn
- Ny struktur gav effektivare vård
- Läkarschema enligt Kristianstadmodellen.
-

Redan 2004 startade dock ett Eu-finansierat projekt som handlade om ”Varför är vi här”, där värdegrunden diskuterades. Det var ett ambitiöst projekt med internat och workshop. Detta projekt kom att bli en viktig grund för förståelsen hos personalen för de förändringar som sedan kom att genomföras. På internaten och workshopsen gjordes indelningar i grupper utifrån olika tillhörigheter där alla aktivt fick möjlighet att göra sin röst hörd. Indelning i de olika grupperna gjordes utifrån att man skulle komma från olika kliniker. Detta projekt kom att få stor betydelse för de efterkommande förbättringsarbetena eftersom de skapade en vi-känsla och medarbetarna på de olika avdelningarna lärde känna varandra och varandras åsikter mer på djupet.

Problembilden som fanns 2005 var att man varje år drog över sin budget, alla som behövde behandling fick inte det, sekreterarna var överbelastade med arbete, läkarbemanningen varierade dag för dag, hög sjukfrånvaro och dålig arbetsmiljö.

Hösten 2005 startade man därför ett stort förändringsarbete där medarbetarna i grupper fick diskutera vilka problem som fanns samt hur man skulle kunna komma tillrätta med dessa. Gemensamt gjordes därefter en prioritering som sammanfattades i 11 mål som behövde uppfyllas för att kliniken skulle nå sitt övergripande mål att bli Sveriges bästa barnklinik. Varje delmål fick sedan en handlingsplan, en tidsplan och en arbetsgrupp skapades för varje mål.

Förändringsarbetet har bl.a resulterat i

- att antalet intjänade DRG ökade med 49 % mellan 2004 och 2010
- något ökande personalkostnader
- i princip oförändrade omkostnader
- minskade sjukdagar per anställd från 27 dagar per anställd 2004 till 5,3 dagar per anställd 2010
- arbetsmiljön har förbättrats enligt de mätningar som gjort från 60 till 78 (springlife)
- ökad patientdelaktighet

Under intervjuerna framkom också att glädjen på arbetsplatsen är mycket större, att lunchövertiderna försvunnit, det är högt i tak och alla vågar säga vad de tycker. Ett angenämt problem som dykt upp är att de anställda inte längre vill gå i pension. Överhuvudtaget är det en arbetsplats som förefaller utvecklas hela tiden.

Det finns några omständligheter som är värda att notera när det gäller förbättringsarbetet i Kristianstad relativt Helsingborgsfallet. Arbetet har för det första präglats av att det involverat många medarbetare på olika nivåer. Medarbetarna har uppmanats att komma med förslag genom att sätta upp lappar på en anslagstavla. Dessa förslag har sedan bearbetats i en process som varit helt transparent. Att hela organisationen varit involverad har bl a inneburit att ledningen helhjärtat stöttat, men inte nödvändigtvis drivit, förändringsprocessen. Ytterligare en sak som är värd att nämna är att orsaken till förändringen, åtminstone till viss del, är sprungen ur interna problem med dålig arbetsmiljö och höga sjuktal.

3.1.3 Rättspsykiatri i Malmö

Rättspsykiatri i Malmö är en del av Psykiatri Skåne som bildades 2009. Redan 2008 inleddes emellertid ett samarbete mellan Rättspsykiatri i Malmö, Lund och Växjö men detta samarbete resulterade inte i några stora förändringar då man ansåg sig se för olika ut och hade också olika behov. Därför startade ledningen för rättspsykiatrin i Skåne ett eget utvecklingsarbete. Under 2011 utbildades all personal i nya arbetssätt och rutiner rörande vårdprocesser. Detta arbetssätt infördes 2012.

För Rättspsykiatris del innebar detta bl.a. att patienten sattes i centrum och man anställde processledare som skulle vara ansvariga för implementering av olika vårdprocesser. Man började också arbeta med team runt patienten. Detta var dock inte enkelt, framförallt inte på avdelningarna. Tidigare hade de olika personalgrupperna varit kopplade till avdelningar, nu skulle de kopplas till patienten vilket innebar en omställning. Förändringen drevs igenom uppifrån trots motstånd från en del av de anställda. De nya teamen kom att bestå av läkare, arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast, psykolog och medicinsk sekreterare.

Effekterna av detta har blivit att psykiatrikern som tidigare mest arbetade för sig själv idag arbetar tillsammans med andra. Det har kommit att bli ett gemensamt arbete och därmed blir också slutprodukten bättre. Detta har lett till att vårdtiderna har förkortats. Teamträffarna där patienterna diskuteras gör vidare att kunskapen om den enskilde patienten nu delas av alla ingående i teamet. Det har också inneburit att det blivit enklare att skola in nya läkare. Forskningen har också underlättats genom att man infört nya rutiner för registrering.

Kapitel 4

Vad lär vi oss av fallen?

4.1 Den omöjliga arbetssituationens nödvändighet

Från studiens fall finns det ett antal intressanta lärdomar rörande förändringsarbete och förbättringsinitiativ. Vi återger dessa i detta kapitel genom att börja med att ställa några frågor: Varför bedrivs det förbättringsarbete? Har det inte alltid bedrivits förbättringsarbete och vad är i så fall skillnaden gentemot hur förbättringsarbete bedrivits tidigare? Tittar man på de tre fallen har förbättringsarbetet startat i en ”omöjlig situation”, framförallt för personalen. Stress, för lite resurser, en orimlig arbetsbörda, en oförmåga att leva upp till de krav som patienten ställer är några av de anledningar som nämnts i fallen. Skillnaden gentemot tidigare är också att patienten idag ställer högre krav än tidigare, dels beror detta på en allmän värderingsförändring hos befolkningen där det är legitimt att ifrågasätta den offentliga sektorn och dels beror det på att patienten idag är mer välinformerad och därmed kan ställa högre krav. Detta är en kravbild som vårdens anställda påtagligt känner och som sannolikt också bidrar till stress. De vet att patienten inte längre är nöjd med att bara få komma till sjukhuset. Det finns ett ifrågasättande av de insatser som görs, inte minst accentueras detta genom medias ständiga bevakning. Sammantaget skapar detta, säkerligen inte bara i studiens olika fall, ett tryck på förändring.

4.2 Förbättringsprojektens initiering och genomförande – från interna problem till patienten i centrum

De fall vi studerat är intressanta såtillvida att initieringen till förbättringen egentligen inte har varit patienten utan det har framförallt varit interna problem som drivit fram förändringen, även om det säkert funnits en tro på att det också skulle bli bättre för patienten om det interna arbetsklimatet förbättrades. Med andra ord; det som initierade förbättringen var en vilja att öka den inre effektiviteten, en vilja som också ledde till en ökad yttre effektivitet. I vissa fall hänger dessa samman men det är inte alltid så. Det visade sig emellertid i dessa tre fall att inre och yttre effektivitet mycket väl kunde gå hand i hand.

För Kristianstads del var det så att det initiala arbetet med förbättringar startade med en omöjlig situation för personalen men efterhand tog patientperspektivet överhanden. När detta skedde är svårt att säga men för att lösa de interna problemen kanske det krävdes förändringar som förbättrade situationen för patienten.

Den förbättring som sedan kom att genomföras handlade om att förbättra situationen för patienterna, d.v.s. någon form av kundorientering. Som vi diskuterade tidigare har det skett förbättringar även

tidigare men dessa har i stor utsträckning handlat om att förbättra enskilda aktiviteter medan de förbättringar vi studerat handlat om att det skall bli bättre för kunder/patienten/brukaren eller vad man nu vill kalla honom/henne. I Kristianstad handlade t.ex. mycket av problematiken om att för många människor var inblandade i samma process och det uppstod problem i informationsöverföring, men även när det gällde kontakten mellan föräldrar och läkare där föräldrar kunde träffa olika läkare varje gång de kom till sjukhuset. Efter förbättringen blev det en läkare-ett barn, dvs vårdproduktionen blev centrerad kring patienten och inte de aktiviteter som ledde fram till god patient vård. Att fokusera helheten, i detta fall att göra ett barn friskt leder också till ett större ansvarstagande i förhållande till att man bara ansvarar för enskilda aktiviteter. Alla dessa förändringar leder till större trygghet för patienten men ställer också andra krav på de styrsystem som hälso- och sjukvården använder sig av. I nuläget är många av dessa system anpassade till att rikta uppmärksamhet runt olika ansvarsområden eller aktiviteter och inte mot helheten.

Liknande problembilder avseende denna styrning visar Porter och Teisberg (2006) i ett sjupunktsprogram för att komma tillrätta med problemen i den amerikanska hälso- och sjukvården. Den första principen är ”…*to make the goal value for patients – not access, equity, volume, convinience, or cost containment*”, dvs vi måste sätta patienten i centrum. För att göra detta menar författarna vidare att “*reimbursement must be aligned with value*”. Det innebär att ersättningsmodellerna måste fokusera värdet för patienten och inte den enskilda aktiviteten som de i många fall gör idag. Om ersättningen istället faller ut baserat på värdet för patienten kommer det att kräva, för att ersättningen skall betalas ut, ett samarbete mellan olika specialiteter. I de fall vi studerat har också samarbetet mellan olika specialiteter och yrkesgrupper ökat, allt i syfte att öka värdet för patienten. Vi vet sedan tidigare att ersättningssystemen har stor inverkan på de olika inblandade aktörernas agerande och om vi vill få en robust förbättring bör också ersättningssystemen förändras. Då skulle vi få en förändring av både processer och strukturer som verkar i samma riktning.

4.3 Team för att möta vårdens fragmentering

Sjukvården har förändrats från att ha varit en relativt enkel verksamhet med få specialister till att bli en komplicerad verksamhet med många olika specialister både avseende läkare och sjuksköterskor (Anell, 2004). Tidigare mötte patienten som kom till sjukhuset oftast bara en läkare och en sjuksköterska som kunde ta hand om de flesta sjukdomarna, idag möts patienten av många olika läkare och sjuksköterskor och det ställs också krav från patienterna att de skall träffa specialister. Om framsidan av denna specialisering är en fördjupad kunskap inom sin specialisering så är baksidan en fragmentering av kunskap och information. Detta har bland annat lett till att patienter tvingas träffa fler olika läkare för att komma till rätta med sin åkomma. I samband med dessa överföringar finns det alltid en risk att information går förlorad och patienten upplever att de olika läkarna inte pratar med varandra. Ett sätt som man löst detta på har varit att införa team. Ett team består av en grupp människor och kan vara sammansatt på lite olika sätt. Grunden är emellertid att de skall kunna verka som en entitet. På så sätt kan teamet ersätta den enskilde läkaren från förr och alla i teamet ingående medlemmar förutsätts känna till alla uppgifter om patienten, dvs informationsöverföringen mellan de i teamet ingående medlemmarna blir oerhört viktig. Att arbeta med team gör att det organisatoriska minnet stärks, både på kort och på lång sikt. På kort sikt för den enskilde patienten och dennes åkommor, vilket medför att inte någon ny personal behöver läsa in sig på patienten om någon i teamet skulle vara frånvarande. På

lång sikt genom att kunskapen hos alla i teamet blir större över tid om de kommer i kontakt med olika diagnoser och också är involverade i diskussionerna av dessa.

I de studerade fallen har teambildningar varit en central del i förbättringarna. På barnkliniken i Kristianstad har team bildats kring barnets välbefinnande, på Rättspsyk i Malmö kring den psykiskt sjuke patienten och i Helsingborg kring diktatens form och innehåll.

4.4 Värdeskapandets relativitet och mätandets mysterium

Värdeskapande sker i relation till någons uppfattning eller föreställning om vad som är ett värde i en viss situation. När man genomför en förändring i sjukvården finns det till exempel ett antal intressenter som kan identifieras och som var för sig kan ha olika uppfattningar om vårdens värdeskapande. Patienten är naturligtvis en självklar intressent men det finns flera. Skattebetalare som finansierar verksamheten, arbetsgivare som vill ha tillbaka sina anställda i arbete, läkaren som vill göra ett bra arbete osv. Listan kan göras längre men låt oss stanna här.

Ett värdeskapande har också restriktioner i form av t ex insatta resurser. När värdeskapandet inte längre anses ge tillräcklig avkastning på insatta resurser bör arbetet heller inte fortsätta. Det innebär att det måste finnas någon som kan göra en bedömning av hur väl de insatta resurserna används, dvs sätta upp mål för verksamheten eller förbättringen. Det är också mot dessa mål som förbättringen bör utvärderas. Problemet som då uppstår är att olika intressenter har olika mål. T ex vill patienten att alla tillgängliga resurser sätts in för att han eller hon skall bli frisk medan de befintliga resurserna är begränsade. En klassisk målkonflikt har uppstått.

I Hellström, Knutsson och Ramberg (2012) diskuteras när förändringar i vårdarbetet kan uppfattas som förbättringar. Dessa förbättringar berör initiativ som ger höjd kvalitet till oförändrad kostnad, sänkt kostnad med bibehållen kvalité eller sänkt kostnad med höjd kvalité. Om detta resonemang kopplas samman med diskussionen ovan om värdeskapande och intressenter så kan man säga att en höjd kvalité givet samma resursåtgång i första hand tar hänsyn till patienten medan en sänkt kostnad givet samma kvalité i första hand tar hänsyn till skattebetalaren eller finansiären. Om man lyckas sänka kostnaderna samtidigt som kvalitén höjs har båda intressenternas intressen tagit tillvara. Den tredje starka intressentgruppen i detta drama är personalen som måste förhålla sig till de båda andra intressentgrupperna. Tittar man på våra tre fall så initierades förbättringarna på både CSK och i Helsingborg av personalen och deras upplevda problem. Konsekvensen av förändringarna blev emellertid goda för patienten. Huruvida också hänsyn togs till skattebetalarna framgår inte eftersom man inte gjort några mätningar av detta men på båda enheterna förefaller i varje fall inte kostnaderna ha stigit.

Enheterna fokuserade istället på mjuka beskrivningar såsom att personalen mådde bättre, fann det stimulerande i att bedriva förbättringsarbete etc. Utifrån ett förbättringsperspektiv förefaller detta språkbruk varit framgångsrikt. Kvarstår gör dock dilemmat som personalen har att visa upp för ”skattebetalarna” att man lyckats väl med att förvalta deras insatser. Därför kan det som i Helsingborgsfallet vara klokt att finna alternativa måttbeskrivningar såsom intjänad arbetstid. Denna kan administrationen, givet att vi ser denna som skattebetalarnas agenter, tämligen lätt omräkna till kronor och ören. För professionen blir det också viktigt att utveckla en förmåga att strategiskt fundera över hur den intjänade tiden bäst används.

4.5 Historien spelar roll

Vi har tidigare diskuterat att förutsättningarna för att bedriva ett framgångsrikt förbättringsarbete kan antas variera med vilka förutsättningar som finns för handen. Detta gäller inte bara de förutsättningar som vi testat i enkäten om lämplighetsmodellens bärighet, utan enhetens tidigare historia spelar också stor roll. Inte minst visar detta sig i fallet med Barnkliniken i Kristianstad där de inledande projekten kom att spela stor roll för förbättringar som senare genomfördes, men inom andra områden. Det som hade gjorts tidigare i organisationen kan liknas vid ett smörjmedel som möjliggjorde nästkommande förbättringsarbete. Att alla hade lärt känna varandra och det fanns en öppen stämning med högt i tak gjorde att förbättringsarbetet fortskred mycket smidigare än vad som annats skulle ha varit fallet. Enhetens historia kan naturligtvis också verka i motsatt riktning beroende på hur den har sett ut.

4.6 Top-down respektive bottom-up

Två av fallen, Barnkliniken i Kristianstad och Journalhanteringen i Helsingborg karaktäriseras av lokalt drivet förbättringsarbete där initiativet till förändringen kom från den egna enheten. När det gäller Rättspsyk i Malmö var den förbättring som genomfördes där ett resultat av ett centralt initiativ. Någon bestämde att det var dags att förändra organisationen. Detta framkom också under intervjuerna att man inte fullt ut lyckats få med sig alla medarbetarna på de förbättringar som gjorts på Rättspsyk i Malmö, medan det både i Kristianstad och i Helsingborg verkade råda närmast full konsensus om att förbättringarna var till det bättre. Detta är väl i sig inte så konstigt och ligger väl i linje med annan forskning om förändringsarbete som pekar på att lokalt deltagande i förändringsarbete är viktigt.

Det förfaller också vara så att var initiativet emanerar ifrån också påverkar vad som fokuseras i förändringen. Medan en top-down driven förändring tar sin utgångspunkt i strukturer och en förändring av dessa tar en bottom-up driven förändring vanligtvis sin utgångspunkt i processerna och en förändring av dessa.

Kapitel 5

Slutsatser och rekommendationer

5.1 Enstaka stora förbättringar eller många små och kontinuerliga?

Hur organisatoriska strukturer och processer kan fås att verka i samma riktning diskuteras i kapitel 4. Beroende på vem man frågar får man olika svar. Det som kan sägas präglat de senaste årtiondenas förbättringsarbete är att det varit förändringar inom det befintliga hälso- och sjukvårdssystemet. De senaste tio åren har det också allt oftare kommit upp förslag på att förbättringsarbetet nått vägs ände, i meningen att fortsatta förbättringar inom det befintliga systemet inte är meningsfulla. Ett nytt system måste till, ett system som löser upp de låsningar som över åren sedimenterats i ett hälso- och sjukvårdssystem som i sin nuvarande form vuxit fram under åtminstone de senaste 50 åren (Lind, 2013).

Förslagen till förbättringar som anammats har vidare oftast karakteriserats av en rationell planeringsansats där analys av ett problem får sin lösning genom införandet av t.ex. en ny organisationsmodell, nytt styrverktyg eller ny metod för att registrera kvalitet. Ibland införs förändringarna, mer eller mindre uttalat, i akt att visa upp en bild av effektivitet och nytänkande och på så sätt säkerställa livsavgörande legitimitet. Åtminstone fanns det under 1990-talet många sådana tolkningar av förändringsarbetet i den tidiga new public management eran. Legitimitet, inte minst i stunder av ifrågasättande, är också mycket betydelsefullt, inte minst för sådan verksamhet som är kollektivt finansierad av skatt. Merparten av de senaste årens förbättringsarbete har emellertid inte i första hand placerat jakten på legitimitet i förarsätet. Snarare har det varit en tro att vald modell/verktyg metod erbjuder en lösning på upplevda problem givet att organisationens aktörer agerar på ett sätt som vald förbättringsinsats stipulerar. Ökad patientsäkerhet, kostnadsutveckling, ökat produktivitet och bättre kvalitet är några av de frågor som varit i fokus, vilka naturligtvis också i förlängningen påverkar legitimiteten. En uppsjö studier pekar emellertid på att denna idé om möjligheten att realisera planerad förändring för att uppnå ett önskat utfall, inte alltid har leder till tänkta förbättringar.

Lämplighetstestet i föreliggande rapport är ett av många exempel på förbättringsmetoder med denna karakteristik. Den erbjuder en struktur för hur man kan tänka runt förutsättningar att bedriva förbättringsprocesser. Mer eller mindre explicit antar den också att aktörerna i sitt arbete med att bedriva förbättringsprocesser tar hänsyn till testets olika delar och dimensioner. För det är ju först då som den de facto kan vara ett stöd. Modellen som sådan skapar ingen förbättring utan en process måste till, bestående av ett agerande (t.ex. beslut och förändrat beteende). Kaffevagnen (se bilaga 2), som är är ett förbättringsinitiativ som ingående belyses i Hellström, Knutsson och Ramberg (2012), är ett bra exempel på hur svårt detta kan vara. Alla förutsättningar för en lyckad och ekonomiskt fördelaktig processförbättring låg för handen, men oss veterligen har inte förändringen genomförts efter två år. Betänk då hur många kaffevagnar som dagligen rullar runt i svenska sjukvårdskorridorer.

Det är lätt att drabbas av såväl frustration som förvåning när små förändringar i vardagen med en påtaglig positiv potential inte realiseras. Det är lätt att börja misströsta och tänka att om det inte finns någon förmåga att realisera små värdeskapande förbättringar, vilken sannolikhet är det då att större strukturella grepp realiseras? Kan denna frustration ha något att göra med synen på förbättringsinitiativ som något linjärt?

5.2 Förbättringsarbetet kanske inte bara kan ses linjärt

Linjäriteten mellan tankemodellen om ”förbättringens förträfflighet” och förbättringens stipulerade handlingar och effekter som chefer, anställda, forskare, politiker mfl gärna vill se i alla förbättringsarbeten, kan vara överskattad eller åtminstone problematisk. Linjalen kanske bäst förstås som ett sätt att kommunicera en tänkt process, medan processen är nästintill predestinerad att vara allt annat än linjär i tid och rum. Att idén om kaffevagnens potential dök upp i Ystad men att den först realiseras i Skellefteå inom kort är med denna ansats inte alls förvånande. Denna alternativa tolkning hämtar sin näring från en longitudinell studie inspirerad av naturvetenskapens teorier om komplexitet och kaos och som Booth, Zwar och Harris (2013) gjorde på en med australienska mått medelstor primärvårdsenhet i en förort. Enheten hade under en lång tid haft ett gott rykte avseende sitt lokalt drivna förbättringsarbete med kroniskt sjuka och forskarna följde enheten under en sex månaders period 2007. Syftet var att testa om en mindre rationell och traditionell syn på förbättringsarbete kan bidra till att förklara framgång. Liksom föreliggande studies lämplighetstest var också ambitionen här att bidra till en bättre förståelse för den ”miljö” som förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården bedrivs.

När författarna försöker beskriva primärvårdsenhetens förändringsmönster och process konstaterar de att det förvisso fanns vissa avgörande ”tidsperioder av förändringsinitiativ” över den studerade tidsperioden som influerade enhetens arbete, men (2013): […] ”*there was no obvious architect nor blueprint for much of the change that occurred. But it was not simply random. It emerged in the interplay of intentions, communicative gestures and responses, power relating and value-based choices and actions of the partners, practice staff and policy makers in a range of areas, including chronic illness care*.” (s. 9).

Förutom ovanstående aspekters centrering till kroniskt sjuka patienter var också vissa förutsättningar på plats på enheten. De var väl organiserade på enheten med tydliga roller mm och förortens patientunderlag gjorde att prioriteringen på kroniskt sjuka låg nära till hands. De kom tidigt med i ett nationellt preventivt arbete för kroniskt sjuka, byggde upp register och fick genom arbetet återkommande koppling till externa forskningsresurser som möjliggjordet arbete med evidensbaserad förbättring givet sin egen praktik. Den ekonom enheten anlitade var driven vad gällde både enhetens verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar och var också aktiv i en utvecklingsdialog kring olika administrativa rutiner.

Förbättringsprocessen var emellertid inte så linjär som beslutsfattare och ansvariga ofta vill tänka den som. De inblandade hade egentligen ingen tydlig bild över hur resan hade sett ut. Att utvecklingen hade skett i samverkan såväl internt mellan olika yrkesgrupper på enheten som med patienter och omgivande samhället var emellertid tydligt, men denna samverkan var inget som de planerade fram. Överhuvudtaget var det nätverk av aktörer och relationer som enheten och dess anställda var delaktiga i en viktig förklaring till framgången. Författarna beskriver dessa relationer som innehållsrika och komplexa adaptiva system. Det fanns också såväl begränsande som möjliggörande maktrelationer, inte

minst mellan läkarna och sjuksköterskor, som förklarade enhetens arbete. Likaledes var det viktigt att förbättringarna drevs av en gemensam ideologi som influerade de lokala initiativ och självorganisering som skedde på enheten. Denna ideologi eller gemensamma värdering gällde både attityden till att bedriva högkvalitativ vård och att vara informerad om de ekonomiska incitamentens bevekelsegrunder för enheten.

Sammantaget var ovanstående aspekter viktiga för att förklara varför enheten var så framgångsrik. Det var ingen slump att enheten var framgångsrik, men inte heller en planerad ansats. Booth, Zwar och Harris (2013) uttrycker det som om: "*Complex responsive processes of relating, where communicative interaction, power-relating and ideology-based intending, choosing and acting produce patterns of organizing that are paradoxically stable and changing, helps to make sense of the evolution of the practice in ways that where not random, but also not according to a conventional linear blue-print for improvement*."(s. 10).

Från våra fall bär vi med oss insikten om hur viktigt det är att göra "något" när en enhet har problem. Att blunda är ingen framkomlig strategi. Ju mer välgrundad denna problemanalys är desto bättre är det, men någon klar bild av utfallet är det svårt att sia om. Klart är emellertid att t.ex. vare sig CSK eller de medicinska sekreterarna i Helsingborg hade haft möjlighet att driva igenom sina förändringar om de inte hade samarbetat med andra delägare av problembilden, baserat arbetet på gemensamma normer och värderingar och haft möjlighet att organisera arbetet själva. Möjligheten att jobba i olika former av team beroende på problembilden förefaller här vara av stor betydelse. Team sätter också vissa gränser för de komplexa responsiva processer som alla mänskliga relationer kännetecknas av.

En tolkning av detta är att utvecklingsarbete företrädelsevis ses som en experimentverkstad som behöver ges tid och också utvärderas därefter, då utfallet inte självklart i förväg kan fångas i alla dess implikationer. Utvecklingsinsatser och verktyg för förbättringsarbete behövs enligt Booth et al. (2013) men framförallt behövs en ökad tolerans mot behovet av anpassning till lokala förutsättningar. För vad hade varit alternativet? Att inte försöka alls?

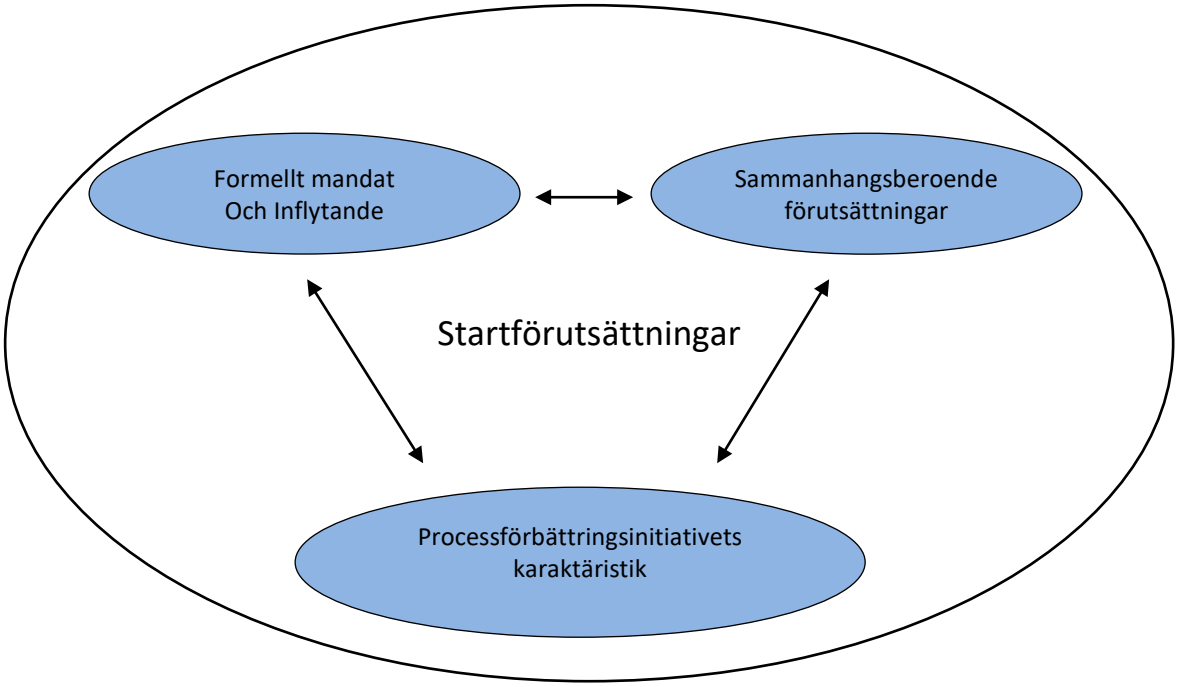
5.3 Vad krävs för hållbart förbättringsarbete?

5.3.1 Behovet av goda startförutsättningar

Givet föreliggande test förefaller det som om lämplighetsmodellen för processförbättringsinitiativ kan vara ett stöd. De förändringsspecialister som besvarat vår enkät bekräftar åtminstone detta. Specialisterna till trots bör emellertid testet också prövas på en större population. De metodologiska problem som uppstår, och som belyses i kapitel 2, trots en utökad population är emellertid kvar. Även om enkätens frågor utökas för att kunna rangordna modellens dimensioner och delar, och att frågor som kan ringa in förändringsinitiativets omfattning och form formuleras, är det svårt att uttala sig om initiativets hållbarhet och i vilken mån det gett positiva effekter vid realiseringen. Det går också att fundera på i vilken utsträckning ett förbättringsinitiativ i sig skall vara hållbart. Kanske kan det var klokt att skrota vissa innan de tas förgivna och istället fokusera på förutsättningarna för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Det vi kan konstatera efter föreliggande studie är att gränserna för lämplighetstestet är för snävt satta om det finns en ambition att uttala sig om i vilken mån initiativet också kommer att lyckas. Finns denna

ambition måste hänsyn tas dels till enhetens ”startförutsättningar”, dels till den miljö som ligger utanför det berörda initiativets gränser. Dessa delar hänger ihop, men startförutsättningarna berör den erfarenhet som enheten har av att bedriva förändringsarbete. Är dessa goda, i meningen att de varit framgångsrika innan, så ökar sannolikheten för framgång. I startförutsättningarna ligger också att det finns tydliga administrativa rutiner, rollfördelningar och strategier för olika teamkonfigurationer och insikter om hur olika styrsystem slår eller stöder tänkt initiativ. Lämplighetsmodellens tre dimensioner måste således ses i ljuset av de startförutsättningar som råder i enheten (se figur 2).



Figur 2: Utvecklad ex-ante modell för potential av förbättringsinitiativ

Själva genomförandet av förbättringen är beroende av många samverkande processer där personalens samlade nätverk, såväl internt som extern, förmågan och sätten att kommunicera det som är på gång, en delad värderingsbas rörande vad som skall förbättras och varför är viktiga ingredienser. Dessa ”mjuka delar” av betydelse för ett hållbart förbättringsarbete låter sig inte alltid så lätt fångas. De tränger dock in i de aspekter som formar individers beteende och tankar på en arbetsplats. De fångar också aspekter som förklarar hur svårt det är att planera fram en förbättring och hur beroende det upplevda problemet och vald lösning är av den miljö och de individer som verkar i denna miljö.

5.3.2 Stegvis rörelse mot en förbättringsplatå

Sammantaget förefaller det som om förbättringsarbete har en inbyggd tvådelad inkrementell natur, bestående av en strukturell del och en mental del. Den stegvisa strukturella delen handlar om att organisationen måste uppnå en viss mognad avseende det strukturella stödet för att bedriva förbättring och samla dessa erfarenheter. Framgångsrikt förbättringsarbete förefaller handla om en utveckling, där

själva hållbarheten först nås när en ribba, eller platå, på detta utvecklingsarbete nåtts. När denna platå är nådd blir det lättare att arbeta hållbart med ett förbättringsarbete.

Det är emellertid svårt att uttala sig om när denna nivå nås. Det är betydligt lättare att konstatera att den är nådd, som till exempel i CSKs fall. Att platåns existens är evig är inte självklart och handlar sannolikt om i vilken mån platån utvecklas i samklang med nya organisatoriska krav och behovsbilder. Hållbarheten handlar också i hög grad om den andra inkrementalistiska delen. Denna del ligger mer i anställdas värderingar och mentala kartor om förändring och hur dessa samlat verkar för ett visst förhållningsätt till förändring. Ett förhållningssätt där individers positiva perception rörande att ”om man har lyckats med förbättringsinitiativ en eller flera gånger, är det mer sannolikt att man lyckas en gång till”. Vad som i vardagligt tal kallas för goda spiraler och ju oftare dessa upprepar sig i positiv riktning ju starkare sedimenteras ett hållbart förhållningsätt till förbättringsinitiativ.

Startförutsättningar, eller grundläggande förutsättningar, som karakteriseras av delvis motstridiga egenskaper förefaller behövas finnas i organisatoriska enheter i akt att skapa hållbart förbättringsarbete. Det handlar dels om att ha tydliga strukturer och rutiner på plats för berörd enhet, inte minst avseende sättet att arbeta med team. Denna tydlighet skall samtidigt tillåta en exeperimentell miljö där ideer kan prövas, gro och förkastas eller bejakas. Kummulativa erfarenheter från denna experimentella miljö kan över tid nå en viss nivå - en förbättringsplatå - som gör det möjligt att dels driva många ”framgångsrika” förbättringsinitiativ men också skapa en mer långsiktig uthållighet än ”isolerade förbättringsinitiativ”. (se figur 2).

Om enheter som nått denna förbättringsplatå också är lyhörda för organisatoriska helhetsbedömningar låter vi vara osagt. Det finns ingen automatik i att förbättringsinitiativ från överordnad nivå, baserad på en organisatorisk helhetsbedömning, stödjer övriga förbättringsinitiativ inom enheten.

Vissa indikationer på att enheter som har etablerat en förbättringsplatå också kan ha lättare för att förhålla sig till ett större organisatoriskt sammanhang återfinns emellertid, som vi förstår det, på barnkliniken vid CSK. Att gräva vidare i denna fråga är mycket intressant, men också något som kräver mer och andra former av empiriska studier. Att på ett klokt sätt balansera och bejaka olika lokala verksamhetsförutsättningar och samtidigt fästa vikt vid hur helheten fungerar är också en synnerligen central ledningsfråga i de flesta organisationer. Att knäcka denna kod, inte bara en gång utan på en mer kontinuerlig basis, förefaller också vara en väg för framgångsrik styrning (se t.ex. Knutsson m. fl. 2008). Hur detta mer specifikt kan gå till utifrån lärdomarna från denna studie är något som vi ser fram emot att studera.

Referenslista

Almqvist, R., Brorström, B., Jonsson, L., Montin, S. och Ramberg, U., (2010). Red; En referensram för studier av kommuner i förändring. Rapport nr 2 i Det nationella kommunforskningsprogrammet. Göteborg: Kfi-Väst.

Anell, A, (2004). *Strukturer, resurser, drivkrafter - sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.

Booth, B, Zwar, N. & Harris, M. (2013) A complexity perspective on health care improvement and reform in general practice and primary health care. BMC Family Practice, 14:51.

Hellström, M., Knutsson, H. och Ramberg, U. (2012). *En liten fikavagn med stora värden: Ekonomiska effekter av och förslag till utvärdering Ex-ante vid processförbättringsinitiativ*. Utvecklingscentrum, Region Skåne/KEFU.

Knutsson, H., Mattisson, O., Ramberg, U. och Tagesson, T (2008). Do strategy and management matter in municipal organisations? Financial Accountability & Management, 24 (3), 297-321.

Lind, J-I. (2013) *Bättre patientresultat med professionell självkontroll*. KEFU Skåne.

Porter, M. E. och Lee T. H. (2013) The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review,* oktober, sid..*50-68.*

Porter, M. E. och Teisberg, E. O. (2006). *Redifining Helath care: Creating value-based competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press

Introducerande brev och frågor rörande processförbättringens karaktäristik

Hej

Vi hoppas att ni har haft möjlighet att läsa sista kapitlet i medföljande rapport när ni nu skall besvara enkäten. När ni svarar på kommande frågor/påstående vill vi att ni i möjligaste mån genomgående utgår från ett framgångsrikt processförbättringsarbete som ni genomfört. Ha som sagt detta goda exempel för ögonen när ni besvarar enkätens tre olika block:

- Processförbättringens karaktäristik
- Processförbättringens sammanhang
- Processförbättringens mandat och inflytande

Svara gärna så snabbt som möjligt och på alla tre block. Det går snabbt. Hör vi inget av er så kommer det dock några påminnelser...

Lycka till!

Mikael och Ulf

<u>Enkätens frågor:</u>

(F1.) Innehåller ett tydligt upplevt problem för de inblandade
(F2.) Är enkel att förstå och relatera till
(F3.) Är tydligt identifierbar
(F4.) Är tydligt avgränsad i rummet
(F5.) Är regelbundet återkommande
(F6.) Är tydlig avseende förbättringsmål
(F7.) Är möjlig att mäta
(F8.) Har låg grad av systemberoendekänslighet
(F9.) Är det någon eller några karaktäristika som ni saknar? Ange dessa.
Processförbättringens sammanhang
(F10.) De som arbetade med förbättringen hade också inflytande att förändra
(F11.) De som arbetade med förändringen hade också möjlighet att besluta över hur de frigjorda resurserna skulle användas
(F12.) Det fanns en överensstämmelse mellan de professionella värderingarna hos personalen och förbättringen
(F13.) Ledningen uttalade sitt tydliga stöd för förbättringen
(F14.) Det avsattes tid för att bedriva förbättringsarbetet
(F15.) Det fanns hängivna förändringaagenter inom gruppen
(F16.) Ekonomin på enheten var dålig
(F17.) Ange om det är något ni vill tillägga rörande sammanhanget.
Processförbättringens mandat och inflytande
(F18.) Det fanns ett formellt mandat i gruppen att genomdriva förbättringen
(F19.) Det fanns ett formellt mandat i gruppen att organisera och genomföra tvärfunktionella projekt
(F20.) Ange om det är något ni vill tillägga rörande mandat och inflytande.

Kaffevagnens bakgrund och beräkningar, i korthet från Hellström mfl (2012).

" […] Arbetsgruppen började göra mätningar och fann att det tog orimligt lång tid att servera kaffe till alla patienterna. Kaffet har alltid serverats med hjälp av fem undersköterskor som börjat i ena ändan av avdelningen och rum för rum arbetat sig fram till slutet av avdelningen. Varje patient har på detta sätt fått sitt kaffe serverat vid sängen med hjälp av en undersköterska.

Efter att ha diskuterat detta ett tag kom de fram till att de kunde göra annorlunda med kaffevagnen. Tanken var att de tre vårdlag som finns på avdelningen ska ansvara för kaffeserveringen för sin del av avdelningen, i praktiken att en undersköterska per vårdlag hjälper till vid serveringen. Dessutom ska de patienter som är i relativt sett bra kondition, och som bedöms vara kapabla till det, erbjudas att hämta sitt eget kaffe i kafferummet. På detta sätt frigörs två undersköterskor, samtidigt som det tar kortare tid i anspråk. En bieffekt av detta blir att patienterna uppmanas till promenad som stärker dem i deras rehabilitering."

Särkostnader (tillkommande kostnader)	
2 nya vagnar, 2000 kr/styck (ringa kostnad)	4000 kr
Särintäkter (kostnader som försvinner, dvs minskad personaltid)	
Utgångsläget; 5 undersköterskor * 45 minuter/dag * 365 dagar	1369 timmar/år
Ny situation; 3 undersköterskor * 20 minuter/dag * 365 dagar	365 timmar/år
Minskad personaltid; 1369 timmar/år – 365 timmar/år	Cirka 1000 timmar/år
Månadslön sjuksköterska, inkl soc avg;	25 000 kr/månaden
Arbetsdagar/månad för sjuksköterska	21 dagar/månad
Ungefärlig timlön	149 kr/timmen
Täckningsbidrag; 1000 timmar * 149 kr – inköp av kaffevagnar.	145 000 kr/avdelning och år

Studerade enheter som är berörda av enkäten och kontaktpersoner

Barn kliniken, CSK

Almroth Lars G, nuvarande klinik chef

Andersson Christina K, enhetechef.

Cosmo, Johan, fd klinik chef

VC Centrum Landskrona

Svensson, Agneta, VC-chef

Rättspsyk

Ekbom, Kristina, processledare

Medicinska sekreterare Helsingborg

Sandström, Veronica, enhetschef

Barnkliniken Helsningborg

Neiderud, Jan, verksamhetschef

Rosén, Annika, områdeschef

Colorektal teamet CSK

Ottosson, Johan F, processledare

Med mott i Ystad

Bengtson, Marit, enhetschef