

Aktuella strategier för att reducera ojämlik vård - svenska erfarenheter

Inledning

Ojämlik vård är ett faktum i svensk hälso- och sjukvård. Det finns skäl att ytterligare analysera grundorsakerna till varför det finns omotiverade skillnader i hur vård ges eller i bemötande. Det saknas egentligen inte mycket data för att beskriva omotiverade skillnader. I lagtexterna kring hälso- och sjukvårdslagen är det tydligt att "målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen". Vidare "och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården." Det finns också texter i förarbetena som beskriver att bemötande, vården och behandlingen ska vara jämlik och erbjudas alla, oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.¹

Genom Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) jämförande statistik "Öppna jämförelser" har centrala nyckeltal för hälso- och sjukvårdens prestationer sammanställts och presenterats öppet. Skillnader mellan olika landsändar beskrivs tydligt. Vidare kan en betydande variation inom ett och samma landsting/region också observeras.

Öppna jämförelser kan fungera som ögonöppnare för att skapa en "sense of urgency" för både beslutsfattare och medarbetare att åstadkomma förändring. Principen att öka transparens fungerar väl med professionell självkontroll om förbättringar ska ske.² Professionell självkontroll utgår från ett lokalt perspektiv, där lokal praxis skapas. Viss data ur Öppna jämförelser har potential i att skapa förutsättningar för förändring, men där ett återkommande krav från medarbetarna är att dataåterföringen bör ske i snabba feedbackloopar. Den svåra utmaningen för beslutsfattare är att utforma policies för att stimulera till förändring som leder till förbättring.

Fokus i detta paper är primärt ojämlik vård och inte ojämlik hälsa. Kan den observerade variationen i erbjudande och utförande av sjukvård hanteras? Svaret är kanske. Det beror helt på vilken syn och kunskap beslutsfattare har av såväl hälso- och sjukvården som organisationslogik och förändrings-förbättringsarbete.

Detta paper är ett diskussionsunderlag där iakttagelser ges om hur hälso- och sjukvården kan gå mot att bli mer jämlik. Det inleds med mina utgångspunkter, teoretiskt ramverk, iakttagelser från micro-, meso- och makronivån och avslutas med iakttagelser och frågeställningar.

Mina utgångspunkter – jag är en pendlare i systemet

För att ge en inramning till mina iakttagelser beskrivs här några nedslag från mitt yrkesliv. Den egentliga startpunkten började 2001 i september på Landstingsförbundets enhet Analys och policy på Avdelningen för hälso- och sjukvård. Efter ett par år fusionerades Landstingsförbundet med Svenska Kommunförbundet och blev Sveriges Kommuner och Landsting. Att jobba med i hälso- och sjukvårdssystemet på nationell nivå var lärorikt. Det gav systemförståelse och inte minst inblick i både hur den nationella nivån fungerar liksom inblickar i andra hälso- sjukvårdssystem.

Under tiden på förbundet fick jag också chansen att påbörja en doktorandutbildning på Medical Management Centre/ Karolinska institutet. Mitt forskningsområde handlar om organisationsförändringar i sjukvården. Det startade med en kartläggning där jag tittade på vilka landsting som efter framförallt val omorganiserade. När jag var klar skickade jag ut mitt underlag på remiss. Jag fick tillbaka olika svar, vilket gjorde mig lite konfunderad. Dels verkade vissa landsting förändra organisationen mer ofta och drastiskt än andra som inte verkade göra några förändringar att tala om. Många landsting hade liknande omgivande omständigheter, dvs. utmaningar i demografin, medicinsk teknologisk utveckling, medborgares förändrade förväntningar och ofta begränsade möjligheter att finansiera med ökat skatteuttag. Således använder de 21 olika landstingen tillsynes olika strategier.

Studierna utökades och särskilt fokus kom senare att handla om vad det egentligen är som utmärker högpresterande sjukvårdssystem. Ett samarbete med professor Johan Calltorp påbörjades som bl.a. resulterat i studier kopplat till Intermountain Healthcare i Utah/USA.

Efter närmare åtta år på förbundet ville jag lära mig mera om systemets andra nivåer, dvs. meso och inte minst mikronivån. Viss inblick på microsystemet fanns att tillgå genom en enhet på förbundet som hade ett utvecklingsuppdrag. Medarbetarna där fanns ute i landstingen i vårdteamen och testade nya kunskaper och stöttade verksamheterna på olika sätt. Min introduktion till mikrosystemet startade i demensvården. Uppdraget var som förbättringsledare och som sådan leda ett team att förbättra vården. Att befinna sig så nära där vården faktiskt utförs var både spännande och svindlande.

Nyfikenheten ledde mig något år senare till verksamhetsområde anestesi och intensivvård på Lunds universitetssjukhus (USIL) i rollen som verksamhetsutvecklare. Det var en oerhört lärorik erfarenhet att komma från makronivå till mikronivån på operationsgolvet. Då verksamhetsområdet var en del av Akutdivisionen på USIL kom jag att arbeta med verksamhetsutveckling inom såväl det perioperativa förloppet som på vårdavdelningar, mottagningar och inom akutmottagningen.

I min roll som verksamhetsutvecklare satt jag i divisionens ledningsgrupp, vilket med tiden visade sig vara en framgångsfaktor. Ledning och förbättring hör ihop. Efter en tid blev jag stabschef för Akutdivisionen med fortsatt uppdrag att förbättra processer i vården såväl som i ledningssystemet. Lunds universitetssjukhus fusionerades med Universitetssjukhuset i Malmö (UMAS) och blev Skånes universitetssjukhus 2010 med verksamheter i Malmö och Lund. Till en början fortsatte jag inom det akuta spåret men bytte senare till Kirurgidivisionen och blev biträdande divisionschef. Uppdraget var det samma som tidigare. Min divisionschef Harald Roos gav mig möjlighet att fortsätta vara

pendlare i systemet, dvs. växla mellan facilitering av vårdteam och ledningsarbete. Efter närmare fem år på i sjukhusmiljö fick jag chansen att bli chef för Enheten för strategisk kvalitetsutveckling på koncernnivå inom Region Skåne. En ny enhet som skapats i samband med omorganisation på koncernkontoret inom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning. I grunden fanns den tidigare enheten Utvecklingscentrum, men i den nya enheten har uppdraget breddats. Sedan 2013 är jag chef för enheten. Sett i backspegeln har jag över en snart 14 års tid rört mig i sjukvårdssystemet på olika positioner men framförallt upplevt såväl micro-, meso- och makronivån i systemet. Under dessa år måste jag säga att det mest framträdande intrycket jag har av hälso- och sjukvården är medarbetarnas professionalism, kunskapskraft, känsla för kvalitet och iver att göra rätt för patienterna. Jag har häpnat över den yrkesskicklighet vårdens professioner besitter och känner stor stolthet att ibland fått vara tillsammans med dem och bidra till förbättringsarbete.

De iakttagelser som redovisats i detta paper härstammar till allra största del från det jobb i vården alla dessa skickliga individer gör tillsammans med patienterna varje dag. Utöver detta har jag gjort iakttagelser och fått kunskap från flera besök med studier vid framförallt Intermountain Healthcare i Utah samt i forskningslitteratur kopplat till mina doktorandstudier.

Teoretiskt ramverk

Organisationens logik & värdeskapande

Global kunskapsproduktion som rör hälso- och sjukvårdssystemets olika verksamhetsgrenar är massiv och ökar ständigt. Detta är en avspeglning av den professionella drivkraften att ständigt utveckla förståelsen av exempelvis sjukdomstillstånds olika omständigheter och inte minst utveckla nya möjligheter för en lindrigare och effektivare patientvård.

Särskilt intressant är vilken typ av organisationslogik som är framträdande för hälso- och sjukvården, som organisation betraktat. Mintzbergs kategorisering av organisationstyper fungerar väl som analysram, där hälso- och sjukvårdens starkt professionella inslag är väl beskrivet. Innebörden grovt summerat handlar om att de som finns hierarkiskt längst ut i organisationen, närmast patienten, är de som har mest kunskap och beslutsförmåga att fatta situationsanpassade beslut utifrån unika patienters behov. Omgivande och övergripande hierarkiers uppdrag är att säkra rätt resurser så att professionerna kan fortsätta prestera, gärna rätt autonomt. Eftersom sjukvårdssystem har en tendens att bli stora organisationer läggs också strukturell komplexitet till karaktärsdragen. Detta innebär att organisationsträdet tenderar att växa där kravet på koordinering och kommunikation ständigt blir en utmaning för såväl chefer som medarbetare.³

Värdet skapas i interaktionen mellan hälso- och sjukvårdens professioner och i mötet med patienten. Alla relevanta uppgifter registreras i informationssystem. Det är i detta kliniska mikrosystem som värde skapas.⁴ Är detta värde inte det som önskas, så är det beteenden i mikrosystemet som behöver förändras, eftersom varje system är perfekt designat för att ge de resultat det skapar.⁵

Kunskaperna om team som blir högpresterande är väldokumenterade och beprövade.⁶ Hur team fungerar eller inte fungerar speglar också ledarskapets förmåga på meso- och makronivå. I organisationer som Mintzberg definierar som professionella, är det avancerad kunskapsmassa som omsätts i god patientvård. För att det ska fungera fullt ut krävs tillit, både från meso- och makrosystemet till mikrosystemet och vice versa. I takt med att systemen ovanför mikrosystemet börjar ägna sin tid åt för mycket kontroll minskar tilliten i systemet och högpresterande team slutar vara just högpresterande.

Högpresterande team fungerar alltså väl där det finns en ledning som skapar rätt förutsättningar. I andra branscher visas exempel på produktivitetsökningar i effektiva team som är avsevärda.⁷ Gemensamt inom hälso- och sjukvården är bl.a. att högsta kunskap om vad som ska levereras till slutkund finns i teamen. Ledarskapet sätter mål och problemställningar och låter sedan teamen lösa problemen. Teamen arbetar strukturerat, delar information snabbt mellan medlemmarna, testar lösningar i liten skala. En facilitator ser till att hålla ett hanterbart tempo i arbetet med avstämningar varannan vecka. Egentligen ställs bara tre frågor: vad har ni gjort sedan sist? Vad ska ni göra till nästa möte? Vad behöver ni hjälp med som underlättar ert arbetsflöde? Det är trivialt, men ändå svårt att i realiteten leva efter.

I hälso- och sjukvårdskontext är organisationerna i sig ofta stora där det finns många lager av ledningsnivåer. Koordinering och informationshantering blir reella problem.

Behövs verkligen alla ledningsnivåer?⁸ Varje chefs ansvar för sin ruta i organisationen blir både en möjlighet och risk, beroende på vilket chefsuppdrag som getts. Risker uppstår om förändring ska ske i stora organisationer där fokus på chefens egen ruta i organisationen betonats för mycket. Samspelet i alla led blir lidande. Samtidigt behövs det chefer som har ansvar och befogenheter. Kotter beskriver situationen som ohållbar om ett löpande förändringsarbete ska kunna ske. Högsta ledningens ansvar betonas och ansvaret ligger i att skapa ett dualt system bakom den formella linjeorganisationen. Ett antal centrala utmaningar identifieras, men för att kunna agera behövs kunskap från organisationens olika delar, framförallt kunskap från medarbetare i mikrosystemet. Ett dualt system uppstår inte spontant, det behöver organiseras och resursställas.⁹

Stimulera till beteendeförändringar= nytt resultat

Att förändra beteenden uppmärksammar vilka drivkrafter som åstadkommer förändringar. Studier visar ett betydande organisationsinternt fokus för förbättringsarbetet.¹⁰ Det som uppfattas som utifrån kommande propåer oavsett om det är policydokument eller vårdriktlinjer/program har inte stor påverkan på drivkrafterna till att starta förbättringsarbete.¹¹ Att åstadkomma förändringar i detta till synes slutna system kräver således andra strategier än ovanifrån kommande policies som ska implementeras.

I en översikt av litteraturen på området summeras vilka interventioner som faktiskt ger effekt på just hälso- och sjukvårdens medarbetares beteenden. Att åstadkomma beteendeförändringar kräver stort engagemang där bl.a. flera interventioner kombineras med konsensusprocesser och återkommande uppföljning samt påminnelser. Katedrala föreläsningar eller ovanifrånkommande direktiv, visar sammanställningen, har liten effekt.¹² Bilden nedan illustrerar skillnaden i ambition att förmedla information passivt eller att forma beteenden.

Förmedla information ←————→ Forma beteende

Allmänna publikationer	Personlig riktad kontakt	Interaktiva aktiviteter	Publika evenemang	Öga-mot-öga
Flygblad	Brev	E- post	Turnerande program	Personliga möten
Nyhetsbrev	Vykort	Telefonsamtal	Mässor	Handledning
Videofilm	Visitkort	Besök	Konferenser	Auskultation
Webbplats		Workshops	Presentationer	Arbetsutbyte
Manualer		Utbildnings-aktiviteter	Utställningar	
Artiklar		Nätverk	Massmöten	
Riktlinjer		Studiebesök		
Utställningar		Projekt		
Rapporter		Revisionsbesök		
Benchmarking studier				
Distans-utbildning				
Referat				
Bulletiner				
Årsrapportcc				

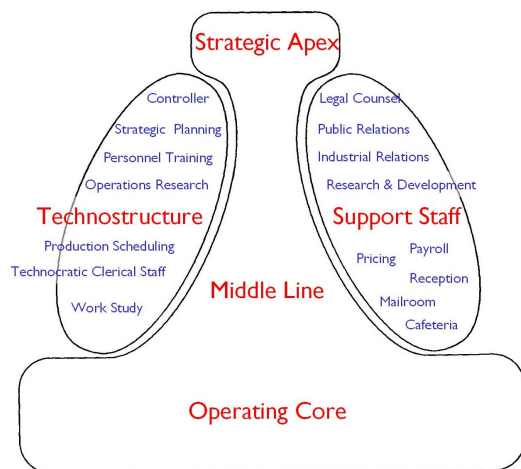
Iakttagelse

En viktig iakttagelse är att hälso- och sjukvårdens organisationstyp, drivkrafter och effektiva interventioner är helt central kunskap för beslutsfattare om minskad variation i hur vård ges ska nås. Frågan om hur jämlik vård kan nås bör inte ställas mot vårdprofessionerna i mikrosystemet utan beslutsfattarna i meso- och makrosystemet.

Syftet med övriga nivåer utöver mikrosystemet är att skapa rätt förutsättningar för mikrosystemet att prestera.

Organisationens delar och uppgifter

Mintzberg profilerade organisationstyper och beskrev också centrala delar i organisationens innehåll. Bilden nedan visar uppdelningen. Operating core, häri finns de kliniska mikrosystemen som skapar värdet för slutkunden, dvs. patienterna. Högst upp finns strategix apex, som är själva ledningsorganet. Mellan ledning och mikrosystemen finns mellanchefsled. Ledningsinformation filtreras från ledningsorganet via mellanchefsledet och mikrosystemet. Support staff omfattar bl.a. ekonomi, HR och juridik. Technostructurefunktionen arbetar med att förbättra mikrosystemets processer.



Det är värt att poängtera betydelsen av balans mellan de olika funktionerna. HR och ekonomins uppdrag är ett annat än teknostructurens. Teknostrukturen är också placerad mellan strategic apex och operating core. Förbättringskunskapen hämtar styrkraft från högsta ledningens inriktning. Det ger prioritering kring utvecklingsområden och ökar möjligheten till att förbättringsarbeten inte blir öar i en helhet eller hanteras som ett projekt med tydlig start- och slutpunkt.

Varför gör de inte som vi säger?

Frågan är seriöst ställd. Otaliga policybeslut, riktlinjer, handlingsplaner och vårdprogram leder inte till önskat resultat. Dokumenten når inte fram till själva kärnan, vilket handlar om att skapa beteendeförändringar hos dem som utför själva jobbet, dvs. vårdens alla medarbetare. Beteendeförändringar förväntas leda till andra bättre resultat än tidigare, där patienter får en evidensbaserad och effektiv vård.

Policybeslut och riktlinjer kan vara hur välskrivna som helst och välgrundade, men har ändå svårt att omsättas i praktiken. Studier kring hur spridning av kunskap eller innovationer fungerar är väl dokumenterat.¹³ Utmaningen ur et ledningsperspektiv är att stimulera till att accelerera lärandet om hur ny praktik skapas och gammal praktik uttrangeras. I referensen ovan anges ett tidsspänn om elva år mellan att gå ifrån att göra det vi vet. Även om ledningens ambitioner är att få styr på denna process så sker detta alltid parallellt med att kunskap samtidigt diffunderar och omsätts.

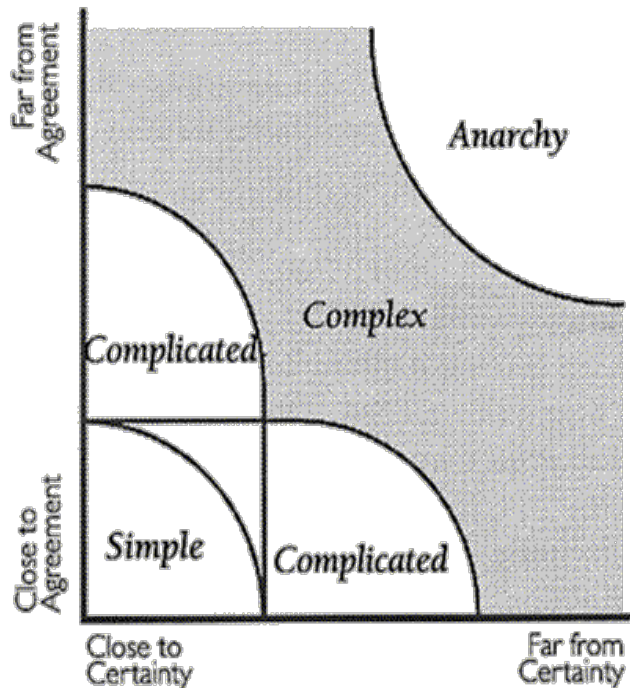
Spridning genom diffusion sker genom sociala nätverk. Dålig praxis kan ju spridas lika lätt som god.¹⁴ Diffusion kan ske väldigt snabbt. I sjukvårdskontext finns det åtskilliga exempel på spridning av nya metoder och teknologier som att ibland helt rita om kartan om hur vård ska ges. Utvecklingen av allt lindrigare operationstekniker, laparoskopiska ingrepp, kan vara ett sådant exempel. Öppen hjärtkirurgi för vissa ingrepp finns inte på operationsprogrammet längre. I skrivningar om sjukvårdens utmaningar brukar medicinsk teknologisk utveckling anges. Utmaningen är teknologins möjligheter i sig men också på vilket sätt nya teknologier sprids och inte sprids.

Spridning genom dissemination är den mer kontrollerade ansatsen, där spridning sker mot identifierade målgrupper med ett genomarbetat budskap. Källan måste vara trovärdig för mottagaren. Översatt i sjukvårdskontext kan detta liknas vid kunskapsstyrningsprocessen både nationellt och lokalt. Det sätt på vilket nationella vårdprogram inom cancervården tas fram är tänkt att skapa legitimitet för programmen. Processen är noga beskriven i instruktioner där varje aktör och remissomgång beskrivs. När vårdprogrammet så är klart, vet mottagarorganisationen att programmet genomgått ett antal moment som bör öka legitimiteten för vårdprogrammet. Det står angivet vilken typ av graderingsmetod för evidens som är använd. Samma principer gäller för lokala vårdprogram.

När vårdprogrammet är klart publiceras dokumentet och finns tillgängligt på angivna hemsidor. Mottagarorganisationen ser olika ut beroende på hur omfattande vårdprogrammet är i djup och bredd. Ingår hela primärvården eller är det enbart akutmottagningen? Mottagarorganisationerna har olika kontext i vilken vårdprogrammet, själva interventionen, ska implementeras. Och i den lokala vårdkontexten finns det redan en lokal praktik. I vilken mån den lokala praktiken skiljer sig från innehållet i vårdprogrammet ser ju helt olika ut.

Utmaningen i hälso- och sjukvården som system betraktat är att olika logiker sker samtidigt. Hälso- och sjukvården är både komplex, komplicerad och enkel, samtidigt.¹⁵ I Stacys komplexitetsdiagram (se nedan) beskrivs situationer när det finns kunskap, som de flesta är rätt överens om, stämmer. De flesta vet också vad som händer, vilket resultat som kan förväntas, om kunskap används på föreskrivet sätt. I Stacys diagram har vi en enkel situation. Vi vet rätt väl hur vissa ortopediska procedurer ska göras på inom

operationsverksamheten. På flera ställen i landet finns det mindre sjukhus som har som specialuppdrag att hantera många patienter på ett standardiserat sätt. Operationsteamen blir skickliga på sin verksamhet och tränas hela tiden på att bli bättre genom den stora patientvolym som passerar verksamheten. Flyttas fokus ut mot axlarna, blir det betydligt svårare att veta både vad som ska göras och vilket resultat som kan förväntas. Ur ett ersättningsperspektiv finns det stora möjligheter att i denna zon beställa både volym/kvalitet till en definierad kostnad.



Källa: Stacy's komplexitetsmatris¹⁶

När patientfallen karaktäriseras av multimodalitet behövs olika discipliner samtidigt som ur respektive perspektiv ger sin syn på hur vårdförloppet behöver ske. Utveckling av multidisciplineteamkonferenser är ett sätt att hantera komplexa fall. Hälso- och sjukvårdens olika kompetenser finns med i alla dessa situationer samtidigt, vilket ersättningssystemet behöver spegla.

lakttagelse

Iakttagelsen kring kunskapsstyrningsprocessen är att processen i sig är rigorös och ambitiös. Det i sig borgar för god legitimitet kring de vårdprogram som publiceras. Vad den nationella nivån gör i relation till sjukvårdsregionerna eller landsting/regioner i denna fråga är inte helt tydligt. Nationella vårdprogram är inte lag. Lokalt självstyre gäller även här, där lokala anpassningar görs. Det finns en uppenbar risk för dubbelarbete och överprövning av redan genomförda kunskapsstyrningsprocesser. Vid tiden för publicering av vårdprogrammet är det viktigt att betänka att väldigt lite är organiserat för hur implementering ska gå till, på riktigt.

Implementeringsplaner eller strategier behöver utgå från evidensbaserad kunskap om interventioner som har potential att förändra beteenden hos vårdens medarbetare.

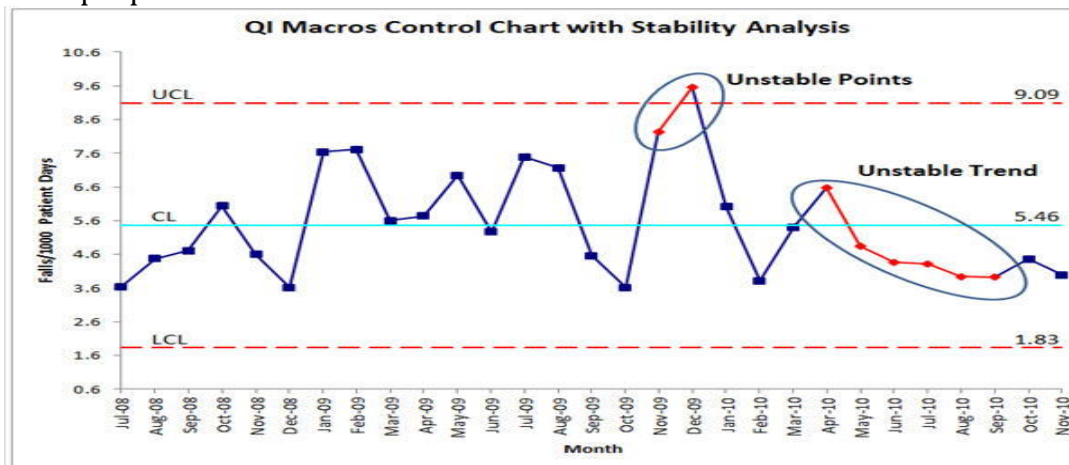
Variation - hur då?

Variation finns i allt, det är naturligt. Operatören vet att de inre organen ser lite olika ut på varje patient och kan utan bekymmer göra de anpassningar som krävs för att utföra ingreppet säkert. I detta papers sammanhang så är sättet man kan förstå variation på helt centralt. Naturlig variation handlar om t.ex. årstider, geografi, karaktär på sjukdom eller förväntningar.

Skapad variation handlar istället om hur vi organiserar, våra medarbetares skicklighet, personalomsättning, planering, tillgång till teknologi och byggnad osv. För att förstå variation behövs analysverktyg som hjälper att sortera just vad som är slump eller naturlig variation mot variation som kan hanteras. Tidsseriediagram är användbart särskilt om de är sk. control-charts. Om data organiseras rätt blir analysen snabb och visar hur en process beter sig.

Vissa akuta patientflöden uppvisar stora svängningar per dag eller timme. Om verksamheten ska möta flödet måste det finnas en buffert baserat på hur mycket variation flödet uppvisar. I analysen kanske det visar sig att om vissa satellitpunkter (unstable points) tas bort, så klarar sig verksamheten med en viss kapacitet givet att det finns tydliga arbetssätt som träder i kraft när satellitpunkten uppstår. Elektiva flöden ska ha en jämn profil i flödet. I området där datapunkterna registreras avbildas processens kapacitet.

Exempel på control-chart



Källa: 17

Statistisk processkontroll/styrning används som välkänt verktyg i förbättringsarbete och har i arbetet med förändringar hjälpt aktörer att förstå och förbättra processerna. Även patienter, med astma eller diabetes använder metoden för att hantera sin egenvård.¹⁸ I analysen av jämlik vård är det självklart att rätt analysverktyg används för att förstå hur stor variation det egentligen är.

Illustrativa case

Nedan illustrerar tre case tagna från verkligheten som beskriver utmaningarna i att etablera jämlik vård.

Verksamheten – ambitiös men olik

Verksamheten på sjukhuset är framstående. Flera läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper är engagerade i framgångsrika forskningsprojekt. Det finns en stor stolthet i verksamheten kring hur patientvården sköts och hur forskningen profilerar verksamheten.

Verksamhetschefen har flera gånger den senaste tiden fått klagomål från de medicinska sekreterarna. De klagar på att de får spendera mycket tid i telefon med patienter som ständigt ringer och vill ha svar på sina frågor. Frågorna gäller ofta provsvar och sekreterarchefen vänder sig till verksamhetschefen för att få vägledning.

Verksamhetschefen tar på sig att ta upp frågan med kollegorna på nästa läkarmöte där frågan ställs hur patienterna egentligen ska informeras om provresultatet. Under mötet framkommer att alla läkare verkar informera på olika sätt. Vissa skriver brev, andra ringer och ytterligare någon säger till patienten att om det är något så tar vi kontakt annars är det allt bra. Verksamhetschefen fastnar för den tredje metoden och fattar beslutet om att läkarna ska informera patienterna vid provtagningen, att om proverna visar värden som är bra, sker ingen återkoppling och patienterna behöver inte oroa sig. Vi tar kontakt om det är något.

Efter ett par veckor återkommer sekreterarchefen till verksamhetschefen och berättar att de fortfarande har för lite tid att skriva ut journaler då patienterna ringer hela tiden. Verksamhetschefen tog upp frågan på nästa läkarmöte. På frågan om hur information nu ges till patienterna ges i princip samma bild som tidigare, varje läkare verkar göra olika. De läkare som tog kontakt med sina patienter själva på olika sätt hade inga patienter som ringde in. En ny ST-läkare, som inte var med vid förra mötet, kläcker idén att kanske kunde vi fråga patienten hur de vill bli informerade om sina provsvar. Frågeställningen gillades skarpt av kollegorna. ST-läkaren tog på sig att intervjua ett antal patienter om just denna fråga. Den återkoppling som gavs var att en stor andel av patienterna kände väl till sin sjukdom och sjukdomsförloppet. Flera av dem höll koll på sina värden och dokumenterade värden i Excel. Dessutom var många av patienterna svårt sjuka så de ville under alla omständigheter veta sina provsvar oavsett värde.

Iakttagelser från case uppmärksammade några frågeställningar:

Vad är patientens behov?

Olika läkare hade olika policys?

Verksamhetschefens lösningsförslag skulle avlasta sekreterarna men gav motsatt effekt.

Mottagningsverksamheten

Produktionsplanering har introducerats på mottagningen. Att planera verksamheten har alltid gjorts, men den huvudsakliga skillnaden är att produktionsplanen tydligt utgår från patientens behov. Slarvigt uttryckt var verksamheten ofta planerad efter önskeschema där schemaläggaren försökte pussla ihop olika viljor för att få ihop det. Koordinering med övriga medarbetarkategorier var svårt, vilket ofta ledde till en ojämn kapacitet på läkarbemanningen där det vissa veckor fanns många läkare att tillgå och

andra färre. Ryckigheten gjorde att kö uppstod och växte när kapaciteten av läkare var lägre. En av de seniora överläkarna på kliniken hade för vana att var tredje månad komma in och "riva av" patienter på helgen också.

I behovsanalysen blev det tydligt att patienttillförseln per månad och vecka var rätt jämn över tid. Med mätningar av remisser, som föranleder besök, gick det snabbt att räkna ut hur många mottagningspass som krävdes för att inte bygga kö alls. Schemaläggaren fick i uppdrag att titta på hur läkarkapaciteten kunde jämnas ut under veckans dagar för att skapa en jämnare mottagningsverksamhet. Schemaläggaren kom tillbaka och kunde visa att det fattades en läkarkapacitet på några pass per vecka för att vara i steady-state. Med denna information kunde verksamhetschefen fatta beslut om att skapa möjlighet att förstärka vid dessa pass. Som konsekvens minskade inte bara kön på mottagningen, även stödstrukturer, som t.ex. patologin, slapp att var tredje vecka få flera prover samtidigt att hantera. De medicinska sekreterarna kunde också hålla jämn takt i sina utskrivningar och patienterna slapp vänta på tider till mottagningen.

Några iakttagelser från caset:

Brister i planering ger ryckighet i verksamhetens och bristande tillgänglighet. Verksamhetsanpassade scheman utifrån noggrann behovsanalys har stor potential att både minska köer och minska intern stress.

Vi lär av varandras processer- drar ni dränet sådär?

Processutveckling inom flera verksamheter ger möjlighet till benchmarking på ett nytt sätt. Data kan jämföras, men framförallt processerna. Två processteam genomförde sina egna processkartläggningar för att hitta förbättringar. I takt med att teamen lärde känna sina processer kom förslaget att kanske titta på varandras processer både som kartläggning och i praktiken. Teammedlemmar studerade varandras processer och varandras verksamheter. Initialt fanns det skillnader i vårdtider som var markanta trots att patientmixen verkade vara ungefär det samma. Verksamhetscheferna kunde inte förklara varför. Men det kunde teamen efter att ha tittat och upplevt sina respektive verksamheter. Under ett möte där båda teamen skulle presentera sina resultat ställer sig en av kirurgen upp och frågar – men ni drar ju dränet sådär och vid det tillfället? Det gör ju inte vi. Är det säkert? Efter diskussion om handlag och säkerhet beslut sig även det andra teamet att testa i sin egen verksamhet. Resultatet lät inte vänta på sig och medförde kortare medelvårdtider.

Iakttagelser från caset:

Kliniska innovationer identifieras snabbt av medarbetarna i vården om de ges tillfälle att både förstå sina egna processer i verksamheten och därefter förstå andras verksamheter.

Vi har olika mål med patienten

Avdelningen är en tung kirurgisk avdelning där både akuta och elektiva patienter tas omhand. Det fanns en irritation över att man inte riktigt kom igång med vården på morgonen och rondan verkade alltid dra ut på tiden. Kommunen kom alltid sent i processen och patienterna låg kvar istället för att komma till boendet. Grundproblemet som medarbetarna såg var att medarbetarna inte hade samma mål med patientens färd genom avdelningen. Den ende som riktigt visste detta var den energiske överläkaren som snabbt satte igång vården och fattade beslut, när han var där. När det var någon annan, då blev det en annan process. Kan rondan gå till på ett annat sätt än att

medarbetarna går likt ett luciatåg efter läkarna genom korridoren? Inspirerat av leanfilosofin om korta dagliga styrningsmöten fick medarbetarna i uppgift att fundera på hur ett dagligt styrningsmöte skulle kunna gå till på avdelningen. Snabbt kom man fram till att man behövde en whiteboard tavla där rum och patient skrevs på den vertikala sidan och veckans alla dagar horisontellt. Ett stort rutmönster fylldes av symboler för röntgen, klin.fys osv. En process designades där alla inför mötet skulle vara pålästa om sina patienter. Verksamhetschefen fick fatta beslut om att alla läkare inte behövde vara på röntgenronden utan att de läkare som skulle börja på avdelningen gick dit en halvtimme innan mötet startade för att uppdatera sina kunskaper om patienterna. På tavlan fanns också information om vårdtyngd samt planerat utskrivningsdatum. Data från det patientadministrativa systemet låg till grund för vilka vårdtider som sattes som mål. Blev patienten sjukare så fick patienten stanna, i annat fall organiserades allt för utskrift när som helst på dagen. I tidigare system skrevs alla ut 13.07 vilket kunde noteras då taxikön utanför entrédörren ringlade längs gatan. Utskriven i rätt tid var helt i förhållande till patientens behov. Tavlan var på plats liksom alla medarbetare från olika yrkeskategorier. Ronden gick på 15 minuter och sedan var alla medarbetare ute i patientarbetet. Det dagliga styrningsmötet s k Pulsronden, var etablerad. Vid tavlan föredrogs patienternas status och kommande händelser. Kortare frågor kunde direkt besvaras av läkare. Information gavs direkt till patienterna vars anhöriga också kunde ta del av tänkt utskrivningstid och börja organisera för det tidigt. Målet var uppnått. Medarbetarna hade samma mål med patientens resa och i uppföljningen av vårdtider blev det tydligt att medelvårdtiden sjönk signifikant, vilket i sig inte var ambitionen utan blev en ytterligare effekt av ett systematiskt patientcentrerat arbete.

lakttagelser från casen

Tre case har på olika sätt beskrivit det inomorganisatoriska fokus på förändringar som finns, de enorma möjligheterna till förbättring som finns om medarbetarna kan medverka på systematiskt sätt och vinsten i att olika yrkeskategorier har samma målsättning med arbetet. I sig inget konstigt, men helt centralt är kunskap om variation i hur vård ges för att variationen ska kunna minska.

Implementeringen - schematisk modell

Variation och ökad jämlik vård är starkt kopplat till synen på implementering. Hur omsätter vi det vi vet på ett sätt så att vi åstadkommer systemresultat. Litteraturen som på olika sätt behandlar implementering är omfattande. Olika modeller för implementering finns tillgänglig och passar för olika syften. Litteraturen kan delas in i tre sammanlänkande processer: förberedelseprocessen, omsättningsprocessen och underhållsprocessen.

Förberedelse

Förberedelseprocessen involverar aktiviteter som ger legitimitet till interventionen som ska implementeras. Interventionens kunskapsmassa behöver tydligt beskrivas i termer av vilken forskning och etablerad praktik som underbygger interventionen. Noggrann genomgång av aktuella systematiska reviews eller liknande med tillhörande graderingssystem skapar en legitimitetsbas. Förberedelseprocessen definierar därmed tydligt problemställningen ur olika perspektiv samt definierar interventionen i sig, vilka delkomponenter som ingår. Interventionen beskrivs tydligt där dess omfattning på olika sätt framgår. Är det en mindre justering i arbetssätt, lokalt införande av ny medicinsk teknologi eller storskalig förändring som involverar flera huvudmän? Beskrivningen av interventionen vägleder implementeringsinsatsen i termer av såväl tidsaspekter som resurser. Vårdprogramsprocessen är en förberedelseprocess oavsett om det är nationella, regionala eller landstingsspecifika vårdprogram. Där vårdprogramsprocessen kännetecknas av delaktighet bland dem som senare kommer att omfattas av implementeringen skapas det också goda förutsättningar för att sk. mottagarorganisationerna ska kunna omsätta programmet enligt intention.

Rycket - omsättning

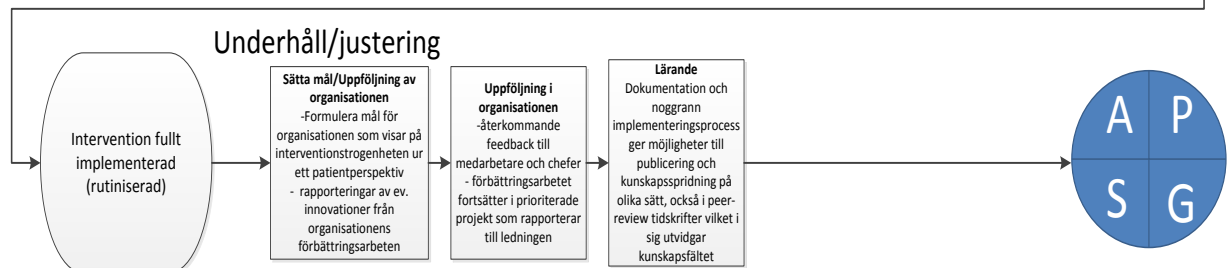
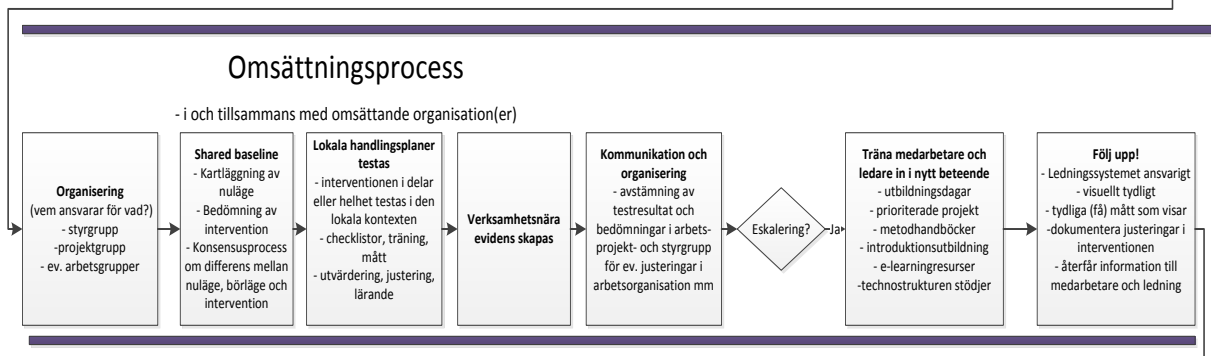
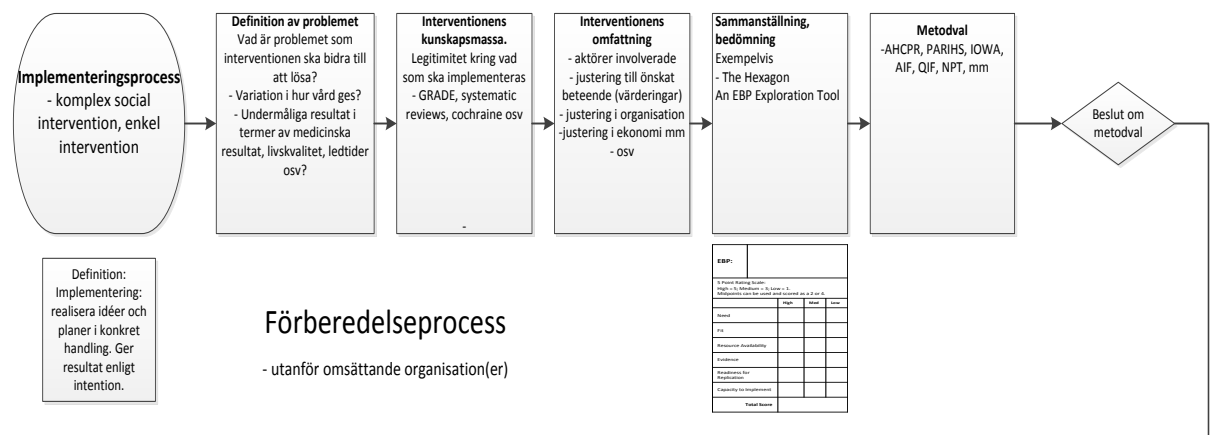
Omsättningsprocessen, som beskriver de aktiviteter som vidtas i syfte att nå tänkt resultat på utsatt tid. Vid omfattande insatser krävs en projektorganisering som styr och säkrar insatsens effektivitet. Vid mindre omfattande insatser krävs följaktligen mindre grad av organisering även om aktiviteterna är de samma om än i mindre skala. I grunden handlar det om att förändra beteenden hos dem som på olika sätt omfattas av interventionen. Även om legitimiteten för interventionen är att betrakta som hög, så finns det andra skäl till att de målgrupper som omfattas av interventionen får möjlighet att analysera interventionen som en del i processen till att ändra beteenden mot en ny lokal praktik. Att skapa en delad uppfattning (shared baseline) om vari skillnaderna mellan rådande praktik och framtida praktik är när interventionen rutinerats är en framgångsfaktor för att också förändra beteenden (GAPanalys). Till detta kan interventionen i helhet eller delar testas i lokalt för att skapa lokal trovärdighet till interventionen (PDSA).

Systematiskt förbättringsarbete ger tydlig struktur och dokumentation för genomförda interventioner och dess resultat. Därtill behövs också möjligheter för medarbetarna att tränas in i den nya praktiken. De mått som ur ett sådant arbete definieras fungerar både som data som kan återföras till verksamheten och ledningssystemet. Att ledningsorganisationen skapar rätt förutsättningar både för ovan beskrivna konsensusprocess som kompetensförstärkningsprogram är helt centralt för

måluppfyllelse. Underdimensionering av förutsättningarna riskerar haverera implementeringsprocessen även då interventionen i sig har hög legitimitet. Genom förberedelse- och omsättningsprocesserna behöver ett antal mått definieras. Måtten behöver både vara processmått och effektmått. Måtten följs upp lokalt som återföring till medarbetarna och till ledningssystemet. Ledningssystemet omfattar dessa mått i sitt reguljära mål och uppföljningsprocess. På så sätt kan ledningssystemet uppmärksamma avvikelser som vägleder nya ställningstaganden och beslut. Det är först i detta skede som det går att tala om att implementeringsprocessen är fullgjord.

Uthållighet utveckling - underhåll

Underhållsprocessen tar vid när omsättningsprocessen är slut. Omsättningsprocessen möjliggör ett "ryck" där den lokala praktiken förändrats och därtill kommande andra resultat. Underhållsprocessen handlar därför om att skapa förutsättningar för den nya praktiken att vidmakthållas. Centralt för underhållsprocessen är att ledningsstrukturen görs tydligt ansvarig för att skapa de rätta förutsättningarna.



Konklusion

Ledning och styrning från läktaren?

Svaret på frågan om hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik ligger i stor utsträckning i hur ledning på meso- och makronivå agerar. Betydelsen av att skapa effektiva team i hälso- och sjukvården kan inte mer än understrykas. Valutan ledningen har att arbeta med är tillit. Ökad tillit till teamens förmåga innebär mindre kontroll i meningen direktivstyrning, men inte mindre fokus på resultat.

I framtidsbilden skapar meso- och makrosystem incitamentssystem och resurssättning som stimulerar till resultatfokus. Incitamentssystem handlar då inte primärt om finansiella utbetalningar utan möjlighet att lokalt och löpande få feedback på rätt datapunkter. Att samla in rätt data som betyder något för teamen, som driver teamen sätter fokus på IT systemens förmåga. IT i vården är en unik makrofråga. Om makrosystemet på allvar förstod betydelsen av rätt IT system i vården tror jag vi hade sett en helt annan utveckling på området än vad som idag är fallet.¹⁹

Förbättrings-kunskap är grunden för utvecklingen, men utan fungerande team och IT fortsätter förbättringsarbetet vara öar i en helhet. Medarbetarnas engagemang är en central nyckel.²⁰ Utan transparens av rätt data på mikrosystemnivå är chanserna små att nå en hållbar jämlik vård.

Hälso- och sjukvårdssystemet samlar stora mängde data, som inte alls analyseras eller används. Förmågan att fånga stora datamängder finns där, men det som behöver utvecklas snabbt är kapacitet för analys²¹. Utvecklingen är redan igång utanför hälso-och sjukvårdssystemets kontroll där människor använder sig av appar för att skapa data om sin hälsa, som innehåller förslag till diagnostik som snabbt vägleder patienten och som kan vara beslutsstöd för vårdens professioner som i vårdmötet snabbt kan koppla upp sig mot aktuellt vårdprogram eller systematiska genomgångar.

Investeringskostnaden är betydande men i termer av ROI, dvs. return of investment, är utdelningen betydande.²² Teknologifaktorn har stor betydelse om man ser historiskt. Det finns en fördröjning från att teknologin finns tillgänglig till att en bred användning är möjlig.²³ Transformationen där digital teknologi med olika applikationsområden finns och kommer att flytta hälso- och sjukvården ett betydande steg framåt.

Batalden beskriver två kompletterande kunskapsområden som tillsammans bidrar till att förbättra för patienterna. Det handlar om den professionella kunskapen som förbättrar diagnostik och omvårdnad. Hälso- och sjukvårdens medarbetare tränas i långa utbildningar i att hantera professionell kunskap. Förbättringskunskap är det kompletterande kunskapsfältet. I förbättringskunskap ingår systemförståelse, förståelse för variation, förändringspsykologi och ett lärandestyrt arbetssätt. Flera iakttagelser ovan tar sin utgångspunkt just i förbättringskunskapens planhalva. Men det fattas ytterligare ett område. Det handlar om ledning och styrning. Kopplingen mellan ledning och styrning och övriga kunskapsfält är helt central för hur organisationen som helhet fungerar. Exempelen ovan illustrerar ledningsnivåernas betydelse som aktörer i meso-

och makrosystemet. Förutsättningarna för att lyckas handlar om kvaliteten på kopplingen mellan mikro- meso- och makrosystemet.

Referenser

- ¹ https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- ² Lind, Jan-Inge. *Nästa vårdsystem: under professionell självkontroll*. Studentlitteratur, 2010.
- ³ Mintzberg, Henry. *The structuring of organization: a synthesis of the research*. Prentice-Hall, 1979.
- ⁴ Nelson, Eugene C., Paul B. Batalden, and Marjorie M. Godfrey, eds. *Quality by design: a clinical microsystems approach*. John Wiley & Sons, 2011.
- ⁵ Berwick, Donald M., Brent James, and Molly Joel Coye. "Connections between quality measurement and improvement." *Medical care* 41.1 (2003): I-30.
- ⁶ Lind, Jan-Inge, and Per-Hugo Skärvad. *Nya team i organisationernas värld*. Liber ekonomi, 2004.
- ⁷ Sutherland, Jeff. *Scrum: The Art of Doing Twice the Work in Half the Time*. Crown Business, 2014.
- ⁸ Drucker, Peter Ferdinand. "The coming of the new organization." (1988): 45-53.
- ⁹ Kotter, John P. *Accelerate: building strategic agility for a faster-moving world*. Harvard Business Review Press, 2014.
- ¹⁰ Olsson, Jesper. *Factors for successful improvement of Swedish healthcare*. Institutionen för lärande, informatik, management och etik, LIME/Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (Lime), 2005.
- ¹¹ Elg, M., Stenberg, J., Kammerlind, P., Tullberg, S., & Olsson, J. (2011). Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends. *International journal of health care quality assurance*, 24(2), 101-123.
- ¹² Bero, Lisa A., et al. "Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings." *Bmj* 317.7156 (1998): 465-468.
- ¹³ Robertson, Thomas S. "The process of innovation and the diffusion of innovation." *The Journal of Marketing* (1967): 14-19.
- ¹⁴ Milbank Quarterly Volume 82, Issue 4, pages 581-629, 9 DEC 2004 DOI: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- ¹⁵ Stacey, Ralph D. *Strategic management and organisational dynamics: The challenge of complexity to ways of thinking about organisations*. Pearson education, 2007.
- ¹⁶ http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/equipoise/complexity/stacey.htm 2015-09-05
- ¹⁷ <http://www.qimacros.com/control-chart/control-chart-stability-example.jpg>
- ¹⁸ Thor, Johan, et al. "Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review." *Quality and Safety in Health Care* 16.5 (2007): 387-399.
- ¹⁹ James, Brent C., and Lucy A. Savitz. "How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts." *Health Affairs* 30.6 (2011): 1185-1191.
- ²⁰ McDonald, Patricia A., Robert S. Mecklenburg, and Lindsay A. Martin. "The employer-led health care revolution." *Harvard Business Review* 93.7-8 (2015): 38-+.
- ²¹ McAfee, Andrew, et al. "Big data." *The management revolution. Harvard Bus Rev* 90.10 (2012): 61-67.

²² Feachem, Richard GA, et al. "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente" *Commentary: Funding is not the only factor* *Commentary: Same price, better care* *Commentary: Competition made them do it.* *Bmj* 324.7330 (2002): 135-143.

²³ Brynjolfsson, Erik, and Andrew McAfee. *Race against the machine: How the digital revolution is accelerating innovation, driving productivity, and irreversibly transforming employment and the economy*. Brynjolfsson and McAfee, 2012.