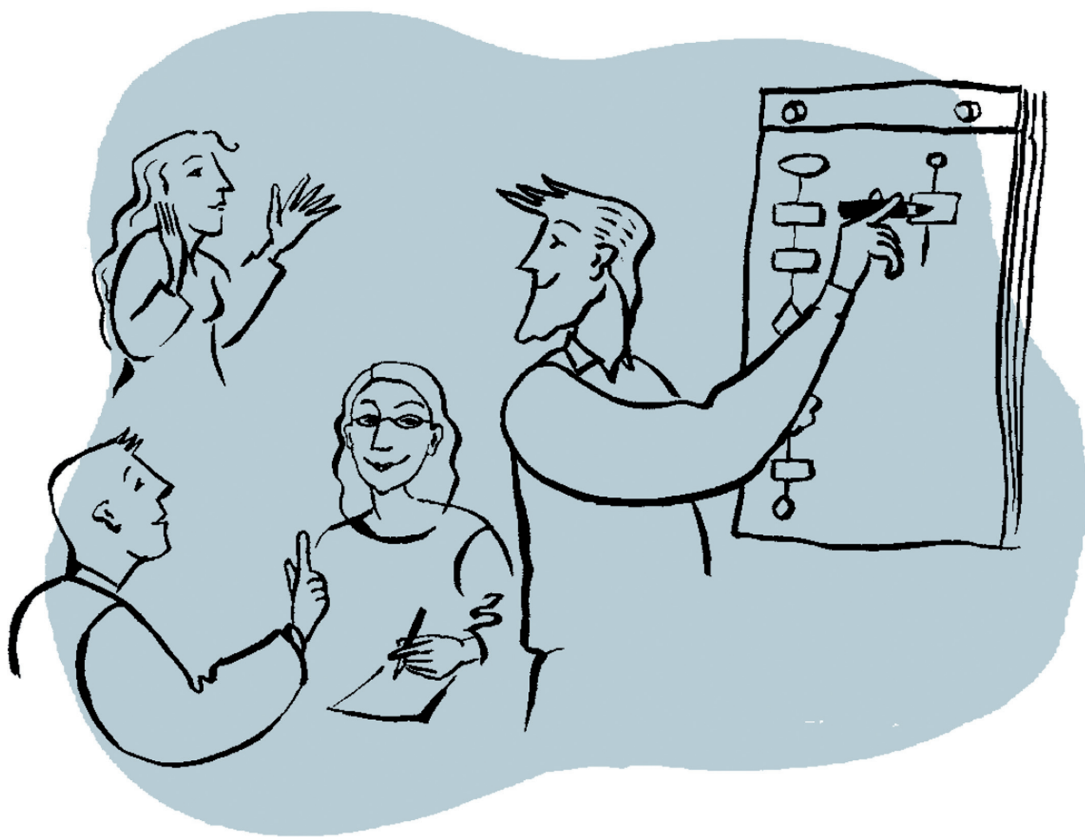


Gör och lär

*Ett smakprov på förbättringskunskapens
teori och praktik i hälso- och sjukvården*



Upplysningar om rapportens innehåll
lämnas på Sveriges Kommuner och Landsting av

Jesper Olsson

Telefon 08-452 76 77

Carina Svensson

Telefon 08-452 76 84

Rapporten kan laddas ner från vår webbplats: www.skl.se

Produktion: Sveriges Kommuner och Landsting
(Stockholm 2000, 2:a upplagan)

2005 2:a utgåvan, 1:a upplagan (finns endast som pdf-fil)

© Sveriges Kommuner och Landsting

Förord till 2:upplagan 2005

Skriften Gör och Lär skrevs i mitten av 1990-talet i syfte att vara en kort och lättläst introduktion på svenska till vad Förbättringskunskap är samt för att beskriva hur denna kunskap kombinerad med hälso- och sjukvårdspersonalens professionella ämneskunskaper kan påskynda en patientfokuserad kvalitets- och verksamhetsutveckling i vården. De senaste sex åren har det hänt mycket inom detta kunskapsområde och det finns idag betydligt mer skrivet på svenska både om metoder, erfarenheter och vilka resultat som uppnåtts genom att tillämpa denna kunskap på ett systematiskt sätt. Boken efterfrågas och används dock fortfarande i såväl utbildningar som den praktiska vården, varför vi sett ett behov av att uppdatera framför allt vissa kontaktuppgifter.

Landstingsförbundets kansli har numera uppgått i Sveriges Kommuner och Landsting, som är ett gemensamt kansli för Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, som fram till 2008 finns kvar som politiska organisationer.

Sveriges Kommuner och Landsting, sektionen för verksamhetsutveckling



Jesper Olsson



Carina Svensson

Förord

Att arbeta med förbättringar är som att orientera. Det underlättas om man har tillgång till rätt utrustning. Det kräver ett stort mått av uthållighet. Det krävs mod för att våga ge sig ut i okänd terräng. Man kan ägna sig åt det för att man vill hålla sig i god form. Man kan göra det för att man är en tävlingsmänniska. Eller kanske för att man vill kombinera dessa syften. Sist men inte minst – det krävs speciella kunskaper och träning i reell miljö. Det är först när man springer där i skogen som man vet om man har lärt sig använda karta och kompass på rätt sätt.

Det är frestande för nybörjaren att ta de breda intrampade stigarna trots att kompassen pekar åt ett annat håll. Men när man kämpat sig upp för de värsta motluten, ser man plötsligt omgivningen i ett nytt perspektiv. Kanske upptäcker man att det finns flera vägar mot målet. Att följa kompassnålen var den rakaste vägen, men inte den lättaste eller den vackraste. Men man lärde sig ändå något. Hade man gått i kompassnålens motsatta riktning, hade man också lärt sig något. Nämligen att man gick åt fel håll och det är också en lärdom.

Med denna skrift vill Landstingsförbundet lyfta fram och beskriva vad Förbättringskunskap är. Det är ett kunskapsområde som än så länge är ganska lite tillämpat och där det som finns skrivet ofta är på engelska, vilket gör det otillgängligt för många. Skriften är avsedd som en introduktion och gör inte anspråk på att vara varken heltäckande eller vetenskaplig. För den som vill ha mer avancerad litteratur är utbudet stort och några tips finns i slutet under rubriken Lästips.

Vi vill rikta ett varmt tack till Edward Mc Eachern, MD, som generöst låtit oss använda idéer och texter ur boken Clinical CQI – A Book of Readings samt till alla som lämnat värdefulla synpunkter under arbetets gång.

Synpunkter, kommentarer och förbättringsförslag på innehållet mottages tacksamt av författarna, som arbetar på Hälso- och sjukvårdsavdelningens Utvecklingsenhet.

Landstingsförbundet i maj 1998

Cecilia Rahm Chris Linder Carina Svensson Jesper Olsson

Innehållsförteckning

Vad är "Förbättringskunskap"?	7
System	8
Variation	10
Förändringspsykologi	11
Metoder och tekniker för lärandestyrkt förändringsarbete	12
Ett plus ett är tre	14
Förbättringskunskap i praktiken	16
Att vara en del av ett större system	16
Att förstå och analysera variationer med statistiska hjälpmedel	21
Att förstå och acceptera vem verksamheten är till för	23
Ledningens ansvar	28
Hur gör vi det vi gör?	29
Hur kan vi göra det vi gör bättre?	30
Processbeskrivning och processdata	34
Förbättringsresan	38
Epilog	46
Verktyg	47
PDSA-cykel (Plan-Do-Study-Act)	48
Brainstorming	50
Flödesschema	52
Orsak/verkandigram även kallat Fiskbensdiagram eller Ishikawa-diagram	56
Paretodiagram	58
Linjediagram	60
Multiröstning	62
Team – Mötestekniker, regler och roller	64
Kommentarer till några ord och begrepp som är vanligt förekommande i material om kvalitets- och verksamhetsutveckling	66
Lästips	71

Vad är "Förbättringskunskap"?

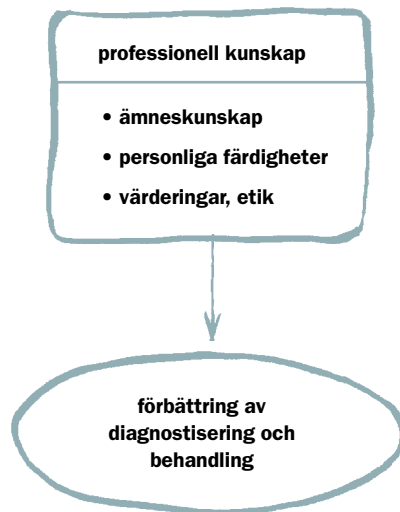
Ingenting är så bra att det inte kan bli bättre – säger vi lite hurtfriskt ibland. Och visst både vill och kan vi bli bättre, men hur ska det gå till? Vi anstränger oss ju redan till vårt yttersta för att hinna med alla krav och förväntningar. Hur ska vi orka? Hur ska vi hinna?

Låt oss börja med att fundera över vad det är vi faktiskt behöver och kan bli bättre på. Vad vill vi uppnå med våra ansträngningar?

Det mest näraliggande svaret är förstås en god vård som på bästa sätt tillgodoser patienternas behov. För detta behöver vi gediget yrkeskunnande i form av professionell ämneskunskap och personliga färdigheter. I takt med nya forskningsrön, metodutveckling och förfinade tekniker behöver vi kontinuerligt uppdatera vårt yrkeskunnande bl a genom fortbildning och egen kompetensutveckling.

Det sätt genom vilket vi traditionellt utvecklar vården är att respektive profession förbättrar sina metoder för diagnostisering, vård och behandling. (fig.1) Detta behov av ständig förbättring och utveckling är vi väl medvetna om och även vana vid att på olika sätt tillgodose och avsätta resurser för.

Figur 1

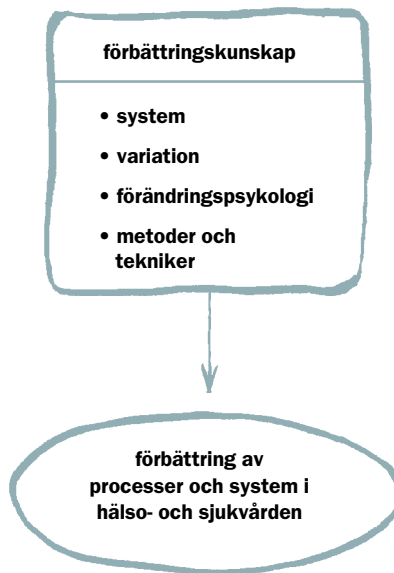


Utvecklat efter Stolz och Batalden

Men vi har ju också erfarenhet av att patienter trots våra ökade kunskaper och färdigheter inte alltid får så god vård som de rimligtvis borde få. Det kan t ex handla om långa väntetider, informationsmissar, inställda behandlingar mm. Det är på något sätt som att det *blir* fel fast vi gör rätt. Många gånger vill vi förklara det med bristande resurser, men det är sällan hela sanningen.

Det finns kunskaper och färdigheter, utöver de rent yrkesrelaterade, som är väsentliga för hur vården utformas och uppfattas av patienterna. Den kunskapen har vi inom sjukvården hittills inte uppmärksammat i tillräcklig omfattning. I det avseendet finns det klara möjligheter till förbättring. Det är den kunskapen som vi sammanfattningsvis benämner *förbättringskunskap* och den omfattar kunskap om system, variationer, förändringspsykologi samt metoder och tekniker för ett lärandestyrkt förändringsarbete. (fig.2)

Figur 2



Utvecklat efter Stolz och Batalden

System

Ibland talar vi om vården som hälso- och sjukvårdssystemet för att t ex beskriva den totala organisationen, den politiska styrningen eller det gemensamma regelverket. Många gånger används systemperspektivet för att framhålla att detta är komplext, tungrott och svårt att påverka. Utifrån ett systemperspektiv är det uppenbart att ingen i vården arbetar

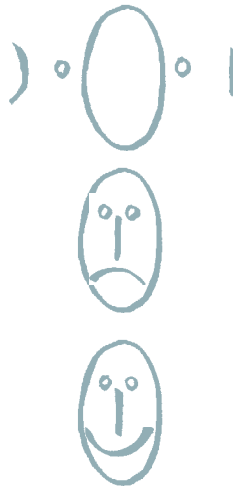
isolerat i ett vakuum, utan att alla fungerar i och är beroende av ett större sammanhang.

Systemperspektivet gäller dock inte bara på nationell nivå. Det har betydelse även i den egna organisationen och på arbetsplatsen. Vad betyder det att vi var och en arbetar i ett (och ibland i flera) system?

Ett system är en helhet vars delar (subsystem) agerar och interagerar med varandra och omgivningen. En förändring i en del påverkar alltid helheten. Helheten är mer än summan av alla delarna.

Delarnas relation och betydelse för helheten kan förenklat åskådliggöras i följande bildsekvens.

Figur 3



Enbart genom delarnas olika inbördes placering, utan att vare sig lägga till eller ta bort någonting, får bilderna varierande innebörd. Helheten är någonting mer än de sammanlagda delarna.

Kunskap om system innebär att jag som medarbetare känner till och har en bild av helheten och förstår betydelsen av den del jag arbetar med själv. Vilken är min roll i sammanhanget? Vem är jag beroende av för att kunna utföra ett gott arbete och vem är beroende av mig?

Det faktum att vi verkar inom ett system blir påtagligt t ex i samband med förändringsarbete. Om vi utvecklar en viss funktion inom en organisation, utan att ta hänsyn till helheten, kan detta i slutänden lika väl leda till en försämring som till en förbättring för organisationen totalt sett. Det brukar kallas suboptimering, när olika avdelningar inom en organisation försöker förbättra sina resultat oberoende av varandra och på bekostnad av den totala verksamhetens resultat.

Inom sjukvården har vi länge hävdats ”patienten i centrum” och ändå är frågan om att stärka patientens ställning alltså högaktuell. Det beror bl a på att den önskvärda patientfokuseringen hittills främst har betraktas som en fråga om enskilt patientbemötande. Hur systemet sätter patienten i centrum, dvs hur organisationen totalt underlättar ett patientperspektiv har däremot inte uppmärksammats lika mycket.

Hälso- och sjukvården är av tradition uppbyggd utifrån specialiteter och funktioner, dvs ur ett verksamhets- och yrkesperspektiv. I organisationsplaner redovisas divisioner, kliniker, specialistmottagningar etc. Hälso- och sjukvårdsarbetet beskrivs ofta utifrån olika yrkeskategorier och vem som ansvarar för vad. Patienten däremot upplever och beskriver oftast sina behov ur ett annat, personligt och existentiellt, perspektiv. Patienten behöver själv veta vart han/hon skall vända sig med sina olika behov och kan också lätt ”hamna mellan stolarna”. Att den enskilde medarbetaren sätter sin patient i centrum är därför ingen garanti för att *systemet* gör det.

Vi behöver därför utveckla vår kunskap om systemet och förbättra våra arbetsmetoder med hänsyn till detta.

Variation

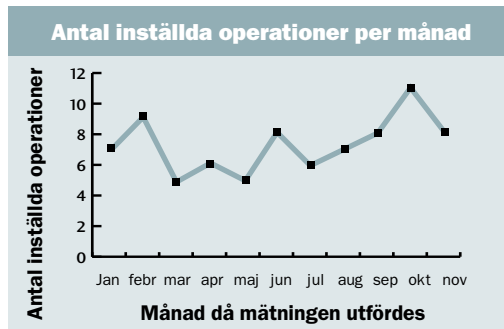
Inom hälso- och sjukvården är vi lärda till och vana vid att anpassa vård och behandling till den enskilde individen. Även om det finns generella vårdprogram eller riktlinjer för olika åkommor och diagnoser måste vi kunna hantera individuella variationer och anpassa vården till varje enskild patient. Variationer i hälso- och sjukvården handlar också om att vård och behandlingsmetoder, liksom resultat, kan variera mellan olika kliniker, sjukhus eller personer.

Variationer, stora som små, finns överallt i tillvaron. Men hur stora variationer kan vi acceptera? Vad är normala variationer? Många variationer beror på slumpen, medan andra har en speciell orsak. Hur vet vi vilket som är vilket?

Variationer kan mätas och studeras. Genom att mäta över tid och jämföra resultat och utfall kan vi få en uppfattning om variationers karaktär. Beror de på slumpen eller finns det en grundorsak som vi kan analysera och påverka? Vilka variationer är oacceptabla och hur kan vi fastställa ett normalt spridningsintervall?

Vi vet att vård, behandling, arbetsmetoder och resultat varierar både inom och mellan verksamheter. Vi behöver bli bättre på att skaffa oss kunskap om och analysera variationer. Då kan vi också påverka oönskade variationer t ex variationer orsakade av omotiverade skillnader i medicinsk praxis och därmed förbättra vården för patienterna.

Figur 4



Förändringspsykologi

Vård bedrivs av personer, inte institutioner. Trots systemets betydelse, så som det beskrivits ovan, måste vi beakta det uppenbara faktum att vårdverksamhet bygger på människors agerande. Det är inte ett sjukhus som bemöter patienter på ett visst sätt. Det är människorna som arbetar där. Alla är vi medvetna om att känslor och föreställningar spelar en stor roll för hur vi fungerar. Vi är sällan så rationella som vi kanske vill tro.

Det talas idag mycket om behovet av samarbete och samverkan över gränserna men mindre ofta om *hur* det faktiskt kan åstadkommas. Många har pekat på olika revirgränser inom vården. De kan t ex finnas mellan huvudmän, specialiteter eller yrkeskategorier. Sådana gränser överbryggas inte genom direktiv. För att få till stånd fungerande samverkan över olika gränser fordras det kunskap om och förståelse för varandras perspektiv och psykologiska drivkrafter.

Ingen enskild profession, lika lite som en enskild medarbetare, kan ensam se och förstå helheten. För att kunna förbättra vården är det nödvändigt att vi utvecklar vår förmåga att samarbeta i tvärprofessionella och tvärfunktionella team. Vi behöver ta del av varandras perspektiv och kunskaper för att den *samlade* kompetensen skall komma patienterna till del.

Att genomföra förändringar, att överge ”gamla sanningar”, att uppnå delaktighet och samverkan är nödvändigheter i dagens och morgondagens hälso- och sjukvård. Detta underlättas om det finns en insikt och tillämpad kunskap om gruppdynamiska mekanismer och förändringspsykologi.

Psykologi är ett kunskapsområde som inte är främmande för oss inom vården. Kanske är vi mest vana att tillämpa dessa kunskaper i våra relationer till patienterna. Det är dock lika viktigt att vi använder oss av den kunskapen i vårt dagliga arbete tillsammans med våra kollegor och arbetskamrater.

Metoder och tekniker för lärandestyrkt förändringsarbete

Det har blivit populärt att tala om ”lärande”, t ex livslångt lärande och lärande organisationer. Vad menar vi då med lärande? Är det någonting annat än inläring?

Något förenklat kan man säga att inläring handlar om att ta till sig på förhand given kunskap eller fakta. Lärande däremot avser att den som lär bearbetar egna iakttagelser och information till ny kunskap som är specifik för den individen. Ofta avses det informella lärandet som sker i vardagslivet eller i arbetet, till skillnad från det formella lärandet som sker i planerade utbildningssituationer. Det handlar med andra ord om att vi reflekterar över våra egna handlingar och upplevelser och drar lärdom av dem.

Den grundläggande tanken i lärandestyrkt förändringsarbete är alltså att *aktion och reflektion varvas*. Man provar förändringar i små steg och lär sig av erfarenheterna innan man går vidare med nästa steg i förändringsarbetet.

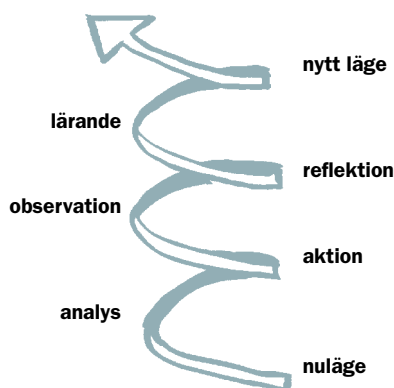
Inom hälso- och sjukvården är vi vana vid att förbättra genom att åtgärda brister. Sjukdom och symtom åtgärdas med medicin och behandling. Även administrativa och organisatoriska problem och brister åtgärdas genom att nya metoder och modeller tillämpas. Ofta initieras dessa förändringar av organisationens ledning och omfattar hela eller stora delar av verksamheten på en gång. Förändringen genomförs utifrån en fastställd plan för hur den nya modellen eller metoden skall införas.

Detta åtgärdsinriktade förhållningssätt återspeglar ett linjärt synsätt på förändringar:



Ett annorlunda sätt att förhålla sig till förändringsarbete är att inkludera moment av observation, reflektion och utvärdering under resans gång, med andra ord att använda lärande som vägledning för förändringen. Ett sådant förändringsarbete startar utifrån en kartläggning och analys av hur det faktiskt är. Utifrån den analysen planeras och provas en förändring av en liten del av verksamheten för att de som är involverade skall lära om den leder till någon förbättring eller ej. En sådan modell för förändringar är cirkulär eller snarare spiralformad eftersom lärandet för varje varv lyfter förändringsprocessen till ett nytt plan. (fig.5)

Figur 5



Vid en jämförelse av det lärandestyrda förändringsarbetet med det mer traditionella metod- eller målstyrda förändringsarbetet finner man att det förstnämnda bygger på systemtänkande och en syn på människor som självständiga och kompetenta. Det lärandestyrda förändringsarbetet tar hänsyn till att tillvaron är komplex och delvis oförutsägbart. Det finns därför inte alltid givna universalmetoder att lösa problem med, utan man måste pröva sig fram och ta fasta på lärdomarna. Detaljstyrning av förändringsarbete är då varken möjlig eller meningsfull utan medarbetarna måste betros med förmågan att göra helhetsbedömningar.

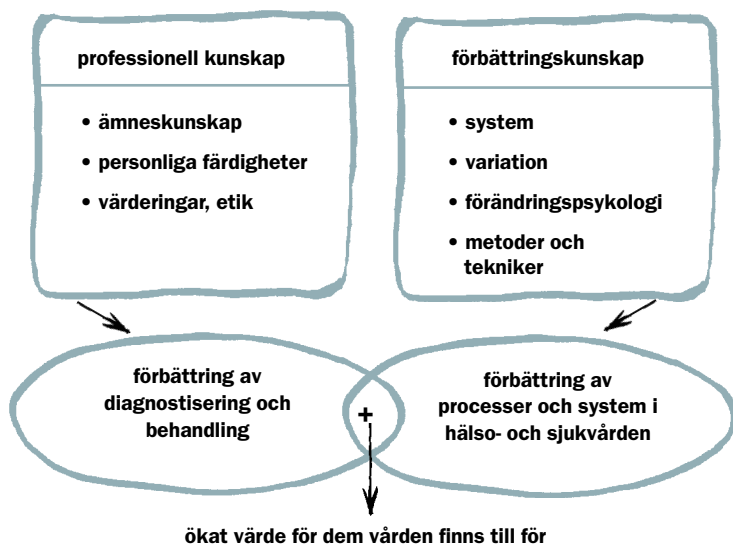
Lärandestyrning ersätter inte mål- eller metodstyrning i allt förändringsarbete. Det finns många situationer där förändringsmetoden eller vägen till målet är uppenbar och självklar. Gäller det emellertid föränd-

ringar av mer sammansatta tillstånd eller situationer, där det är svårt att kontrollera alla delar, behöver vi utgå från ett helhetsperspektiv. Då finns det sällan ”det bästa sättet” att ta till utan snarare ”vårt bästa sätt”, och det behöver man hitta själv genom lärande.

Ett plus ett är tre

Låt oss nu återgå till fig. 1 och fig. 2 och sätta ihop dem.

Figur 6



Utvecklat efter Stolz och Batalden

Med denna bild vill vi peka på hur de bägge kunskapsområdena ”professionell kunskap” och ”förbättringskunskap” tillsammans leder till en utveckling av verksamheten, såväl till innehåll som till systemet som helhet. Utveckling av kunskap är lika nödvändig inom båda områden för att patienter och andra kundgrupper skall uppleva att verksamheten skapar värde för dem.

Förbättringskunskapen har dock ingen lång utvecklingstradition inom hälso- och sjukvården så som den professionella kunskapen har. Det är därför vi nu behöver fästa speciell uppmärksamhet vid denna kunskap och tillägna oss delvis nya och lite ovana arbetssätt för att kunna utveckla och förbättra verksamheten.

I de följande avsnitten presenteras först ett praktiskt exempel, därefter kortfattat ett antal metoder och verktyg för verksamhetsutveckling. Det som är gemensamt för dem alla är att de på olika sätt knyter an till och återspeglar de synsätt och värderingar som ”förbättringskunskapen” bygger på.

Det är samma värderingar som kännetecknar de organisationer som framgångsrikt arbetar med offensiv kvalitetsutveckling, även kallat TQM (Total Quality Management), vilken är en allmänt spridd filosofi för verksamhetsutveckling. I instrumentet QUL (Qualitet-Utveckling-Ledarskap)/USK (Utmärkelsen Svensk Kvalitet) återfinns dessa värderingar i form av ”13 grundläggande värderingar”.

Grundläggande värderingar

- kundorientering
- engagerat ledarskap
- allas delaktighet
- kompetensutveckling
- långsiktighet
- samhällsansvar
- processorientering
- förebyggande åtgärder
- ständiga förbättringar
- lära av andra
- snabbare reaktioner
- faktabaserade beslut
- samverkan

Att starta utvecklingsarbete i stor skala utan att ha klargjort vilka grundläggande värderingar som råder i organisationen, är som att bygga hus på flytsand. Det spelar ingen roll vilken stjärnarkitekt man anlitat eller vilket dyrbart material man investerar i. Huset kommer inte att stå särskilt länge. Om det ens hinner bli färdigt innan det rasar ihop.

Förbättringskunskap i praktiken

Förbättringskunskap består av olika delar, som vi inledningsvis framhållit. Nya filosofier, metoder och verktyg introduceras kontinuerligt inom området kvalitets- och verksamhetsutveckling. För den som just börjat förstå hur ett visst hjälpmedel skall användas, kan det kännas tröttsamt att höra att nu är det något annat som gäller. Men sanningen är den att det finns inget universalverktyg som går att använda i förbättringsarbetets alla steg. Om organisationen genomsyras av de grundläggande värderingar som vi talade om i föregående avsnitt, blir detta sällan något problem. Kanske kan vi rent av tala om att det finns en grundtrygghet i organisationen.

Detta avsnitt vill åskådliggöra hur förbättringskunskap kan tillämpas, genom att beskriva hur ett arbetslag började sin förbättringsresa.

Att vara en del av ett större system

Föreställ er ett konferensrum fyllt av personal, varav de flesta arbetar på akutmottagningen på ett stort sjukhus. De har alla blivit inbjudna till en seminarierie om verksamhetsutveckling och detta är det första seminariet. Under en längre tid har det hängt i luften att något måste göras, eftersom den nuvarande verksamheten varken motsvarar patienternas, politikernas eller deras egen önskan om att göra ett bra jobb.

Väntetiderna för så kallad planerad vård växer och även på akutmottagningen kan det ofta bli väldigt långa väntetider för patienter som inte är "urakuta". Patientenkäter på sjukhuset visar att patienterna i regel är nöjda med själva behandlingen men de har många synpunkter på bemötandet, väntetider, sent besked om inställda operationer och liknande. De vet sällan vem som har det yttersta ansvaret för deras behandling eller vart de skall vända sig med frågor eller synpunkter.

Politikerna är bekymrade över ekonomin och vet inte hur de skall få resurserna att räcka till alla angelägna vårdbehov. Dagligen skriver tidningarna om något missförhållande i vården. Är det inte köer så är det vanvård av äldre eller för lång väntan på ambulans eller andra sjuktransporter.

Sjukvårdspersonalen känner frustration över stressen och att inte hinna med sådant som de menar hör till god vård och som patienterna borde ha rätt att kräva. Samtidigt blir många irriterade över allt prat om kvalitet. Är det några som alltid har värnat kvaliteten i vården, så är det väl sjukvårdspersonal. Problemet är bara att ekonomin numera inte tillåter dem att gå på de kurser och konferenser som de behöver för att förkovra sig. Förutom ekonomin är det tiden som sätter gränserna. Överlappningstider för rapportering mellan olika arbetspass har skurits ned till ett minimum. Nyanställda lämnas ofta åt sig själva och de får lära sig vad som gäller och hur man gör på respektive mottagning och avdelning genom att iakttä. De ser en hel del, bl a att det de lärt sig i teorin inte riktigt tillämpas eller trängt ner i det praktiska sjukvårdsarbetet.

Detta är utgångsläget och bakgrunden till att verksamhetschefen nu tagit initiativ till att göra något. Han har bjudit in en kollega från ett annat sjukhus som han vet har jobbat mycket med verksamhetsutveckling och som tidigt talade om kvalitet och processer, utan att få något större gensvar från sin omgivning. Eftersom akutmottagningen aldrig kan stänga har verksamhetschefen lagt upp en plan på ett antal seminarier under våren som skall göra det möjligt för all personal – dag som natt – att vara med.

De flesta i rummet inser att något måste göras. När det kommer till vad eller hur detta skall gå till, varierar dock uppfattningarna beroende på person, vilken yrkesgrupp de tillhör och vilket ansvar de har. Några tror att om de bara fick den eller den enheten att ändra sig, skulle de egna problemen nästan lösas automatiskt. Någon menar att allt som krävs är ett klart och tydligt beslut från högsta ledningen. Några få är ganska skeptiska till allt tal om förändringar. De senare vill bara medverka till förändring om de kan övertygas om att förändringen är absolut nödvändig. De har varit med förut och erinrar sig tidigare – ibland ganska smärtsamma – förändringar, som sällan har lett till några egentliga förbättringar. Åtminstone inte ur deras perspektiv. Några kan vittna om att de t o m blev av med resurser, när de efter stor möda lyckades rationalisera en mottagningsverksamhet. Några slutligen ser dagens problem enbart som en resursfråga. Fick de bara mer resurser skulle problemen vara ur världen.

Temat för dagens seminarium är att alla skall se sig och akutmottagningen som en del av ett större system. De skall dessutom försöka se vården ur patientens perspektiv. För att få igång diskussionen skall de kartlägga den process som patienterna går igenom när de åker till akuten. Syftet med dagens seminarium är att alla som på något sätt är inblandade i processen skall få en gemensam bild av vad patienten faktiskt går igenom. Handledaren står nu längst framme i rummet vid ett blädderblock, beredd att hjälpa gruppen att komma igång med sitt förbättringsarbete, som alltså börjar med en kartläggning av hur processen ”in akut” ser ut i allmänhet. Han ber gruppen att föreställa sig en typisk patient som de kan möta på sin akutmottagning.

– En 75 år gammal man med kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt och 39 graders feber. Patienten hostar grönt slem och har påtagliga andningsproblem, säger en läkare samtidigt som han räcker upp handen.

– Jaha! svarar handledaren medan han antecknar beskrivningen på blocket. Han vänder sig åter mot rummet.

– Vem har initierat att den här patienten överhuvudtaget kommer till akutmottagningen? Var och när startar processen? frågar han.

En sköterska svarar ”hustrun”, en annan svarar ”hemtjänstpersonalen”.

– Jaha, säger handledaren och frågar, vad är det första som görs när man akut måste komma i kontakt med sjukvårdssystemet?

– Man ringer 112, svarar en undersköterska.

– Vad gör de och vad händer sedan? frågar handledaren. Hur kommer den här personen till sjukhuset?

– SOS alarm kontaktar ambulanscentralen och informerar ambulansförararna om vad det gäller och vart de skall köra för att hämta patienten, svarar en av deltagarna.

Handledaren frågar vidare, allt eftersom intresset i rummet byggs upp.

– Sedan, vad är nästa steg?

– Patienten hämtas och förs till akutmottagningen.

– Sker det ingenting i ambulansen? frågar handledaren.

– Jo, svarar en av läkarna och tittar vädjande på sina kollegor.

Handledaren uppfattar snabbt situationen och fortsätter.

– Vi markerar att något sker här i processen, så kan vi återkomma senare till vad det är.

Diskussionen fortsätter och på blädderblocket växer en bild fram.Handledaren stannar upp och vänder sig åter mot rummet.

– Sker den här processen så här långt felfritt och efter läroboken varje gång en patient kommer till akutmottagningen? frågar han.

Generade skratt, blandat med viskande kommentarer fyller rummet och man kommer fram till att tyvärr är det nog inte så. Handledaren som väntat sig detta svar, fortsätter.

– Nå, om vi vore forskare och ville förbättra processen hur skulle vi göra då?

Någon i gruppen föreslår att man kan isolera varje händelse och studera hur den fungerar. Handledaren ritar en ruta runt varje steg. Han ritar en ring runt själva starten, romber runt några händelser, vilket i dessa sammanhang visar att ett beslut måste fattas innan nästa steg kan tas, och ett moln där informationen är ofullständig. En bild börjar framträda av en rad händelser som inträffar mer eller mindre likartat *varje* gång en person med liknande problem kommer till akutmottagningen. (fig. 7)

Efter att ha ritat *Flödesschemat*¹, beskriver han resonemanget som ligger bakom den övning de just har gjort.

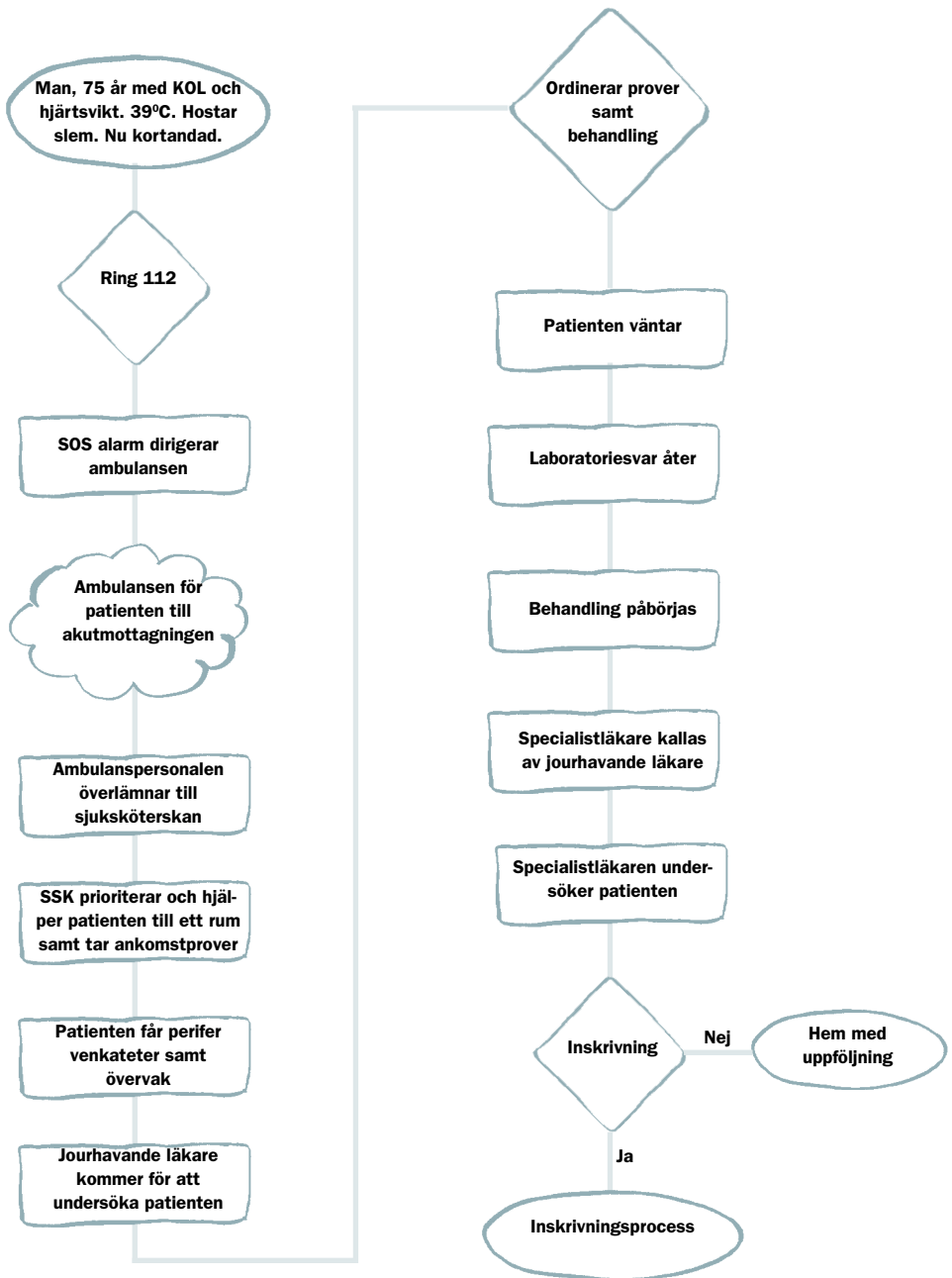
– Den första lärdomen när det gäller processförbättring är att flera händelser uppträder efter varandra i steg eller som i en kedja och dessa händelser kan beskrivas och illustreras som en *process*. Varje process uppträder på sitt speciella sätt. Vi kan studera den vetenskapligt, experimentera med den och lära av den genom att testa förändringar. Notera att detta exempel innehåller 3 beslut (romberna) och 11 steg (rutorna och molnet) som föregår dessa beslut.

– Vi skulle kunna beskriva mycket av det som sker inom sjukvården på liknande sätt, men att se och förstå det här med processer och att många verksamheter och personer är beroende av varandra för att resultatet skall bli bra, är bara första steget mot förbättring.

¹ Se även sid. 52

Figur 7

processen



Att förstå och analysera variationer med statistiska hjälpmedel

– Hur bra fungerar alla dessa händelser vid er mottagning? Hur ofta fungerar processen felfritt? I genomsnitt? frågar handledaren.

Efter diskussion uppskattar deltagarna att varje händelse eller steg i genomsnitt genomförs felfritt i ungefär 90 procent av fallen. Handledaren fortsätter:

– Vilka är då chanserna att en patient får uppleva en felfri process i det här fallet?

Många i gruppen reagerar med tom blick. Ingen har sett det hela ur patientens perspektiv...

Handledaren pekar på blädderblocket och påminner gruppen om att det i denna lilla process finns 11 steg och flera möjliga beslut – beslutet att ringa 112, att beordra tester och att börja behandling samt att lägga in eller inte lägga in patienten. Sammanlagt 14 händelser! Om sannolikheten att varje steg i processen kommer gå felfritt 90 procent av gångerna blir chansen 23 procent att patienten kommer att lämna akutmottagningen efter att ha varit med om en helt felfri ”process”.

– Men, säger han, det kan vi ju inte vara nöjda med. Vem skulle själv vilja vara patient på den här akutmottagningen? Sannolikheten att något skall gå galet är större, än att allt skall gå felfritt.

– Men hur kan det bli så? Någonting måste vara fel med siffrorna! utropar en läkare. Jag menar, om jag gör mitt arbete perfekt i 90 procent av fallen – och även nästa person gör det. Då borde det väl bli perfekt i 90 procent av fallen! Varför blir det bara 23 procent?

– Egentligen är det inte så konstigt, svarar handledaren. Låt oss se på det litet mer detaljerat.

Han ritar ett diagram på overheaden och börjar samtidigt förklarar.

– Om ”n” står för antalet steg i processen och ”P” står för sannolikheten för att en felfri händelse skall inträffa blir sannolikheten för att hela processen skall vara felfri lika med sannolikheten för att varje delhändelse är felfri upphöjt till antalet delhändelser.

Statistiskt kan detta uttryckas som:

$$P(\text{felfri process}) = P^n \quad (n = \text{antal händelser})$$

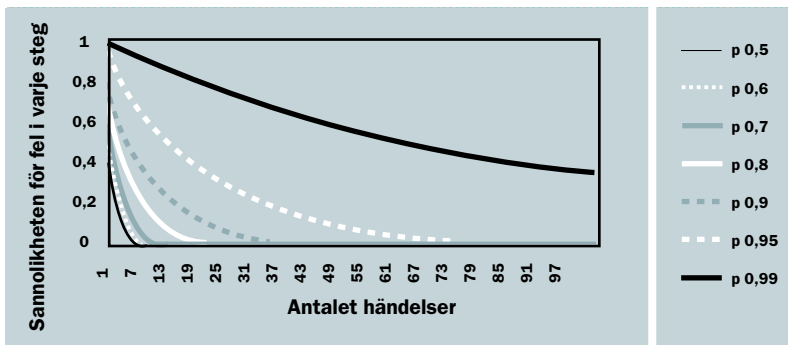
I vårt exempel är sannolikheten för en felfri händelse 0.90. Dvs i 90 procent av fallen utförs varje delsteg i processen felfritt. Om det var 14 steg i processen blir ekvationen:

$$\text{Felfri process} = 0.90^{14} = 0.2288$$

I figur 8 åskådliggörs detta. Följ den prickade linjen för $P = 0.90$ till punkten ovanför 14 händelser. Vid denna punkt visar den vertikala axeln till vänster 23 procent. Processen kommer statistiskt sett att genomföras felfritt i endast 23 procent av fallen. Så enkelt är det!

Figur 8

Relationen mellan antalet steg i processen och procentuell chans att patienten får uppleva en felfri process.



– Hur kan vi öka sannolikheten för en felfri process? frågar därefter handledaren.

– Få varje händelse att fungera bättre! svarar någon. En annan säger:

– Minska antalet händelser.

– Det är grejen, säger handledaren. För att öka sannolikheten för att processerna skall bli felfria bör vi dels försöka minska antalet steg, dels få processen att fungera bättre i varje steg. Men innan vi kommer in på hur vi skulle kunna göra det, vill jag att vi ska prata om människorna som är involverade i processen.

Att förstå och acceptera vem verksamheten är till för

Handledaren ber alla i salen att identifiera de människor som arbetar i processens olika steg. Allt eftersom de gör det, ritar han ett nytt flödes-schema på overheaden och fyller i det.

Medan han skriver förklarar han.

– Varje person i processen är vad W.Edwards Deming – en av förgrundsfigurerna till det som kallas Total Quality Management ofta förkortat TQM – kallar en *kund i processen*. Även om vi alla är överens om att vi är till för patienterna, är vi också ”kunder” till varandra. När vi förflyttar oss i en process, går från ett steg till nästa, märker vi att vi är beroende av vad som gjorts tidigare i processen och det vi gör, eller inte gör, påverkar dem som kommer efter oss. Det här är tillräckligt svårt om vi bara ser till den process som sker på er mottagning. Det blir oändligt mycket svårare om vi också tittar vad som händer innan och efter det att vi själva är direkt inblandade. Men ur patientens perspektiv är det ju helheten som är intressant. Patienten struntar väl i hur vi organiserar oss i kliniker och avdelningar eller geografiska områden. (fig. 9)

– Det konstigaste är kanske att processen, trots allt, för det mesta fungerar så bra som den gör, speciellt när man ser hur många som är inblandade. Bara i denna 14-stegsprocess räknar jag till över 20 personer. Visst är det häpnadsväckande!

Handledaren fortsätter.

– Ni arbetar alla i processer. Är det några här som har funderat på hur just ert arbete påverkar dem som kommer efter er i processen? Trots att många av er kanske har arbetat tillsammans i årtal är jag ganska säker på att ni vet ganska lite om varandras arbete eller vad som sker i andra delar av sjukhuset. Intervjua varandra här och nu under några minuter, så får vi se om jag har fel.

Surret ökar i lokalen samtidigt som handledaren förbereder nästa moment.

– Låt oss göra en liten övning, säger han, när han efter fem minuter avbryter ”bikupan”.

– Ta fram ett papper och skriv ner vad som gör er nöjda när ni köper en vara eller en tjänst, d v s när ni är kund! Jag vill att ni inte väljer något från sjukvården i den här övningen. Tänk på när ni senast köpte något till er själv och som ni verkligen glädde er över.

Figur 9

**Exempel på aktörer/kunder
som kan vara inblandade i
processen**

processen

**Exempel på faktorer som
påverkar upplevd
kvalitet**

Patienten

Man, 75 år med KOL och
hjärtsvikt. 39°C. Hostar
slem. Nu kortandad.

Patient/familj har kunskap om hur de ska
agera i denna situation

Patientens familj
SOS alarm

Ring 112

112 svarar snabbt
Snabb adekvat bedömning av
situationen

Ambulanspersonal

SOS alarm dirigerar
ambulansen

Klara direktiv

Ambulansen för
patienten till
akutmottagningen

God framkomlighet
Bra bemötande av ambulans-
personalen
Adekvat medicinsk bedömning

Ansvarig sjuksköterska
Inskrivningspersonal
Sekreterare
Kassapersonal

Ambulanspersonalen
överlämnar till
sjuksköterskan

Adekvat rapport från
ambulanspersonalen
Stöd till anhöriga
Tillgänglig personal på akut-
mottagningen

Akutsjuksköterskor
Undersköterskor
Jourhavande läkare

SSK prioriterar och hjäl-
per patienten till ett rum
samt tar ankomstprover

Rummet rent och tillgängligt
Vänligt och professionellt
omhändertagande
Information om situationen

Sjuksköterska
Undersköterska

Patienten får perifer
venkateter samt
övervak

Tillgänglig utrustning
Bra stöd från annan personal

Jourhavande läkare

Jourhavande läkare
kommer för att
undersöka patienten

Provsvar, ankomstprover färdiga
Adekvata åtgärder vidtagna av SSK
Bra, tillgänglig journal
Bakjouren tillgänglig

A

**Exempel på aktörer/kunder
som kan vara inblandade i
processen**

**Exempel på faktorer som
påverkar upplevd
kvalitet**

Laboratoriepersonal
Transportpersonal
Röntgenpersonal

Rätt remisser tillgängliga
Provtagningsmaterial finns
Adekvat beredskap för akut
behandling
Stödpersonal tillgänglig

Patienten väntar

Snabbt laboratoriesvar

Laboratoriesvar åter

Korrekta svar

Behandling påbörjas

Information och samråd med
patienten

Växeln
Specialistläkare

Specialistläkare kallas
av jourhavande läkare

Fungerande kommunikation
Korrekt information
Förberedelser gjorda

Specialistläkare
Sjuksköterska

Specialistläkaren
undersöker patienten

Inga onödiga prover ordinerade

Mottagande vårdavdelning
Primärvården
Socialtjänsten

Inskrivning

Nej

Hem med
uppföljning

Fungerande kommunikation
med alla berörda

Ja

Inskrivningsprocess

Vad var det som gjorde er glad?

Deltagarna börjar skriva och handledaren kan notera att några kommer på ganska många saker, medan andra verkar ha svårare att komma igång. Efter några minuter samlar han in allas listor och sammanställer dem snabbt på blädderblocket. Han ber dem nu att istället tänka på just sjukvård och sina gamla föräldrar eller någon annan familjemedlem som patient. Han vill i denna del av övningen visa gruppen att en patient faktiskt kan betraktas som ”kund” i sjukvården.

– Om er mamma eller pappa var patient på er mottagning, hur skulle de kunna bedöma eller veta något om kvaliteten just här? Varför skall de överhuvudtaget välja just det här sjukhuset, frågar han.

Deltagarna börjar ge lite svävande svar, men snart kommer förslagen i en strid ström. Deltagarnas engagemang smittar. Det ena ger det andra och listan på blädderblocket växer. Det blir en blandning av både hur det är och hur det borde vara (fig.9, spalt 3) och när en i församlingen börjar argumentera emot ett förslag, avbryts han av handledaren.

– Inga kommentarer eller värderingar nu. Det gör vi i nästa steg.

När denna *Brainstorming*² är avslutad sätter handledaren upp resultatet på blädderblocket så att deltagarna kan jämföra sina preferenser som konsumenter, med hur de tycker att det är eller borde vara i vården. Han ger gruppen ett par minuter för att studera sammanställningarna och ber dem därefter att jämföra listorna för att se om det finns några likheter. Till mångas förvåning finns det ganska många.

– Saken är den, säger handledaren, att vi tycker det är självklart att kunderna skall bli nöjda med de varor de köper. Inte bara med själva varan förresten utan också med bemötandet från försäljaren. Vi har väl alla någon gång hört uttrycket ”Typisk försäljare”? För mig betyder uttrycket; vänlig, tillmötesgående, någon som vill få mig att gilla just hans produkter och få mig att komma tillbaka. Det senare kanske inte gäller i vården, men ”kunderna” som har vissa förväntningar när de handlar varor är ju samma människor som vi möter i sjukvården! Människor använder ingen annan värdeskala när de kommer till sjukvården, än de gör i andra sammanhang.



– Patienterna är sjukvårdssystemets kunder och vi skall tillfredsställa dem på samma sätt som andra branscher tillfredsställer sina. Vi har ju också upptäckt att vi är varandras kunder och därför har anledning att fundera på vilka förväntningar vi har på varandra. Med den här övningen ville jag visa att vi faktiskt är väldigt beroende av varandra, för att vi skall kunna prestera ett bra resultat, sett ur patientens perspektiv. Vi behöver absolut bli bättre på att tillfredsställa våra patienter – men vi måste också lära oss hur vi kan utveckla teamarbetet och få hela processen att fungera utan väntetider, dubbelarbete, fördröjningar och allt vad det är som kan dölja sig i tanken om vårdkedjor. Problemet med vårdkedjorna är enligt min mening att alla anstränger sig för att bli bättre och bättre i sin lilla ruta, men väldigt få anstränger sig för att verkligen få det att vara en sammanhängande process. Det som gör att det överhuvudtaget kan kallas en kedja.

På ansiktsuttrycken i gruppen ser han att många hänger med. De har förstått grundprinciperna för all kvalitetsförbättring. De har börjat se hur allt hänger ihop, vad som menas med en process i dessa sammanhang och att det finns olika kunder i processens olika steg. När detta första seminarium är slut, är det flera som dröjer sig kvar. Att arbeta och tänka på det här sättet är nytt för många. Det finns så mycket mer att prata om. Seminariet har verkligen satt igång tankeverksamheten.

En av sköterskorna stannar kvar för att byta några ord med handledaren.

– Det känns som om det är något fel med hela vårt sätt att organisera vården. Jag ägnar t ex jättemycket tid åt att ringa och tjata på vårdavdelningarna för att få en plats, när vi måste lägga in en patient akut. För att inte tala om alla patienter som kommer till akuten, fast de inte är akut sjuka. Det hänger ju egentligen ihop med alla möjliga saker, att det kör ihop sig hos oss.

Handledaren ler uppmuntrande.

– Ja visst är det så, svarar han. Problemet är bara att vi inte är vana att tänka så. Vi är fullt upptagna med att hela tiden lösa de problem vi har framför ögonen. Om vi ska kunna genomföra några mer genomgripande förändringar, måste vi se till hela systemet. Det finns en amerikansk läkare som heter Donald Berwick, som ofta använder uttrycket: ”Varje system är perfekt designat för att nå exakt de resultat det gör”. Det han menar är alltså att om vi vill ha andra resultat, måste vi ändra systemet. Det

innebär i sin tur att vi öppet måste börja tala om våra resultat. Mäter vi dem? Hur och vad mäter vi? Är vi nöjda? Är patienterna nöjda? Vilket värde tillskapar vi egentligen för patienterna?

Sköterskan som inledde samtalet känner att hon i handledaren verkligen hittat någon som vill prata om det, hon funderat på så mycket. Hon har dåliga erfarenheter av att leda en kvalitetscirkel och vill höra handledarens syn på dessa.

– Kvalitetscirkel var i stort ett misslyckande, svarar handledaren på hennes fråga. De fungerade dåligt eftersom de inte hade helhjärtat stöd från den ansvariga ledningen. Det var ofta arbetsledare på mellannivå som organiserade cirkelarna, men eftersom det inte fanns något engagemang från toppen så fungerade det inte. När allt kommer omkring är ledningens stöd och engagemang en nödvändig komponent i allt förändringsarbete. Ledningen måste både personifiera förändringstrycket, dvs få alla att förstå att status quo inte är ett alternativ, och bygga upp förändringsviljan hos alla berörda. Faktum är att seriösa kvalitetskonsulter av det skälet inte vill arbeta med andra än den högsta ledningen. Att arbeta med mellannivåer och människor direkt i verksamheten är ofta bortkastad tid om inte högsta ledningen vill medverka eller har förstått vad som krävs av dem.

Ledningens ansvar

Några av eftersläntrarna är arbetsledare och de vill höra mer om ledningens ansvar och roll i förbättringsarbetet. Handledaren som hade tänkt ta upp den frågan i ett kommande seminarium refererar åter till Edwards Deming och en annan i kvalitetssammanhang välkänd amerikan – Joseph Juran. De båda var helt klara över ledningens roll i förbättringsarbetet. Men i sin bok ”Out of the Crisis” konstaterar Deming att ”stöd från högsta ledningen inte är tillräckligt”. Den högsta ledningen måste också agera och vara direkt involverad. Deming hade ett stående råd till toppchefer som trodde att de kunde delegera ansvaret för organisationens kvalitetsarbete ”...om du inte tycker det är tillräckligt viktigt för att göra det själv, är det bättre att ni låter bli”.

– Av detta kan vi dra slutsatsen att chefer måste föregå med gott exempel och i handling visa att de själva tror på vad de säger. Detta skall vi prata mer om längre fram i den här seminarieserien.

Hur gör vi det vi gör?

Tre veckor senare träffas gruppen igen. Handledaren knyter an till föregående seminarium.

– Låt oss idag studera hur vi kan göra en process bättre. Det räcker inte med att veta vad vi gör eller hur stegen i processen ser ut. Vi måste också veta *hur* vi gör, för att kunna göra det bättre.

– Många verktyg för kvalitetsförbättring är designade för att hjälpa oss fatta beslut baserade på fakta istället för på tro eller intuition, fortsätter handledaren. Ofta börjar förbättringsarbetet med att vi tillsammans beskriver och dokumenterar vad och hur vi gör nu. Flödesschemat som vi gjorde förra gången, gav oss en bild av processen steg för steg, men det finns andra hjälpmedel om vi dessutom vill få en bild av hur vi gör, när vi gör det vi gör.

Exempel på sådana diagnosinstrument är Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK) som tagits fram av Svenska Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ). Hälso- och sjukvårdens motsvarighet QUL (Kvalitet, Utveckling, Ledarskap) är uppbyggt på samma sätt och går ut på att vi genom att besvara ett antal frågor beskriver hur vi gör. När beskrivningen är klar har vi en gemensam bild av hur saker och ting hänger ihop, vilka starka sidor vi har och vilka förbättringsområden vi upptäckt.

– Hur många är det som hört talas om QUL? frågar handledaren.

Nästan alla händer åker upp i luften. Handledaren fortsätter.

– Hur många har arbetat med det praktiskt?

Nu blir det bara några enstaka händer i luften och handledaren vänder sig till en av sköterskorna som räckt upp handen.

– Vad är dina erfarenheter av QUL? Var det kul? frågar han.

– Nej, kul vet jag inte om jag vill kalla det, svarade hon. Jag arbetade då på ett sjukhus i ett annat landsting och vi hade en mycket energisk sjukhusdirektör, som ville att vi alla skulle lära oss det här med kvalitetsutveckling. Han hade en vision att vi skulle vinna Kvalitetsutmärkelsen Svensk Hälso- och Sjukvård år 2000. Det där var 1996, så han hade förstått att det skulle ta tid. Även om det inte var kul, så var det väldigt lärorikt och det som blev uppenbart för alla som var med, var att vi alla behövde hjälpa till för att beskrivningen av vår verksamhet skulle bli fullständig. Det tog flera månader att få ihop den första beskrivningen och vi hade många diskussioner om vad och hur vi gjorde och varför vi gjorde som vi gjorde. Ibland började vi skriva hur vi tyckte att det skulle

vara, men det var alltid någon som tog oss tillbaka till verkligheten. I vilket fall, när vi var klara med alltihop gjorde några examinatorer från andra kliniker på sjukhuset en utvärdering av vår beskrivning, och det hela slutade med att vi fick tillbaka en återföringsrapport med våra styrkor och förbättringsmöjligheter i. Sen hände egentligen inte så mycket mer på ett tag. Det kändes som om luften hade gått ur oss efter allt arbete vi lagt ner på beskrivningen.

– Ja, svarar handledaren, många tycker att själva beskrivningen är så jobbig att åstadkomma, att de helt enkelt kommer av sig när den är klar. De har ingen kraft kvar till att sätta igång med själva förbättringsarbetet och det är ju synd. Själva beskrivningen ändrar inte så mycket i sig.

Hur kan vi göra det vi gör bättre?

– Ett annat sätt att börja förbättringsarbetet är att fokusera ett visst problem och börja just där, fortsätter handledaren. Om vi till exempel tar det här med väntetider och ser det som det mest överhängande problemet, kan man använda andra specifika metoder. Det finns t ex en modell som kallas ”Genombrott”. Är det någon som har hört talas om den? frågar handledaren.

– Jag tror att akutmottagningen på Sahlgrenska var med i det första projektet, svarar en av läkarna. De ville halvera väntetiden, eller snarare fördröjningstiden, från det att patienter med misstänkt hjärtinfarkt kom till akuten till dess att aktiv behandling inleddes.

– Måste de vara med i ett projekt för det? frågade en av de andra läkarna. Det vet väl alla att ju snabbare behandlingen sätts in, desto bättre prognos.

– Ja, inflikar handledaren, men vi vet en sak till. Det finns ett gap mellan den kunskap, som säger oss hur vi bör göra och det vi faktiskt gör i praktiken. Gapet mellan existerande kunskap och praxis var det som i själva verket blev upprinnelsen till modellen för förbättringsarbete som i USA kallas Breakthrough Series och i Sverige Genombrott. Själva metoden bygger på tre frågor; vad är det vi vill uppnå, hur vet vi om det blir en förbättring dvs hur mäter vi resultatet och vilka förändringar kan vi göra som leder till förbättringar. Eftersom man inte vet i förväg vilka de är, provar man förändringar i liten skala i en s k *PDSA-cykel*³.

– Jag förstår inte vad det är för speciellt med den modellen? säger en av de närvarande vårdutvecklarna. PDSA-cyklar har vi använt länge.

– Nja, svarar handledaren, det som möjligen är speciellt är att modellen är väldigt praktisk. Den går ju ut på att snacka mindre och göra mer. Att direkt i det praktiska arbetet pröva att göra saker på andra sätt, vilket innebär att de som dagligen arbetar mitt i processerna kan se och lära sig vad som funkar och vad som inte funkar hos dem. Det vill säga vilka förändringar leder till förbättringar och vilka gör det inte? På så vis kan de fatta faktabaserade beslut om vilka förändringar de skall sprida i hela organisationen. Vi vet att lösningen fungerar innan vi inför den i stor skala.

Nu märker handledaren att det blir småprat i gruppen.

– Jag märker att ni har invändningar, säger han. Säg dem högt så att vi alla får höra!

– Såvitt jag vet har vi alltid inom professionen hävdat motsatsen.

En av de tongivande läkarna tar till orda. Innan vi gör något nytt med patienterna, måste vi ha vetenskapliga bevis för att det fungerar. Men andra ord lär först och gör sedan.

– Helt rätt, säger handledaren. Du talar om vår medicinska professionella kunskap och hur vi använder och utvecklar den. Förbättringskunskapen ifrågasätter inte den professionella kunskapen. Men erfarenheten visar att det inte räcker med den professionella teoretiska faktakunskapen, för att förändringar i klinisk praxis eller andra förändringar av rutiner och processer skall äga rum. I alla fall inte i den takt som dagens samhälle kräver. Förbättringskunskapen är ett komplement, som jag tror är nödvändig för att vi skall få genomslag mycket snabbare för ny kunskap, inte minst medicinsk sådan. Metoderna för förbättringsarbetet har faktiskt stora likheter med den naturvetenskap vi fått i oss med ”modersmjölken”. Med en systematisk tillämpning av förbättringskunskap kan vi fatta beslut om förändringar, som vi vet leder till förbättringar. För självklart skall vi inte förändra för förändringarnas egen skull. Vi skall förändra därför att vi vill förbättra.

Efter en kaffepaus samlas gruppen igen. Handledaren har förstått att gruppen vill prata mer om olika verktyg för att verkligen klara ut, när man skall använda det ena och det andra.

– Jag hörde i pausen någon nämna *Värdekompassen* och att Landstingsförbundet skulle ha rekommenderat att den ska användas, börjar handledaren igen. Jag vågar påstå att de inte har rekommenderat något speciellt verktyg eller någon universalmetod i förbättringsarbetet. Värdekompassen är helt enkelt *en* av de metoder som har *prövats* av Landstingsförbundet. Om ni vill kan jag ta en minut för att berätta lite om den?

Några i gruppen nickar gillande och handledaren börjar.

– Värdekompassen är egentligen en samling smart sammansatta verktyg som hjälper tvärprofessionella och tvärfunktionella arbetslag att koppla resultat ur olika dimensioner till den process som åstadkommer resultaten. Det blir ett sätt att förstå vilket värde vi skapar i vården. Arbetsgången inleds med att problemet fokuseras. Därefter följer fyra olika steg för att mäta resultatet av processen, förstå processen och dess brister, generera idéer som kan förbättra resultatet och slutligen testa sina förbättringsidéer.

Handledaren gör en liten paus för att ge tid för eftertanke och frågor.

– Du pratar om ett antal mätdimensioner, vilka är de? frågar en läkare nyfiket.

– Jag kommer till det nu, svarar handledaren och fortsätter. De fyra resultatdimensionerna är uppbyggda med en kompass som metafor. Tanken med detta är att alla vädersträck är lika viktiga. Man kan till exempel inte säga att norr är viktigare än öster. Nå, nu till din fråga. Tänk er en kompass. I väster finns resultat som handlar om kliniska tillstånd till exempel provresultat och komplikationer. I norr har vi funktionellt hälsostatus, i öster patienttillfredsställelse och i syd olika typer av kostnader för vården. Alla dessa behövs för att kunna redovisa och spegla det värde som en specifik process levererar. Jag tror att det får räcka om Värdekompassen just nu. De av er som vill veta mer kan prata med mig i nästa paus, så ser jag till att ni får var sitt exemplar av ett arbetsmaterial runt Värdekompassen. Det är ett kanonbra material som innehåller handledning och arbetspapper för team som vill starta.

– Värdekompassen låter väldigt lik en annan metod, som jag har hört talas om och som kallades *Balanced Scorecard*, säger en av deltagarna. Har du hört talas om den?

– Ja, svarar handledaren, det har jag. Värdekompassen och Balanced Scorecard har faktiskt många likheter, samtidigt som det är en del som skiljer. Till exempel så beskriver Värdekompassen framförallt värdet för en specifik patientgrupp, medan Balanced Scorecard används som ett hjälpmedel på olika nivåer i en organisationen. Främst för att knyta en verksamhets långsiktiga strategi till dess kortsiktiga aktiviteter. Ett vanligt problem idag är att huvuddelen av de mätningar vi gör, görs ur ett fåtal perspektiv och utan några direkta kopplingar till organisationens övergripande vision. Detta leder till att vi ofta uppmuntrar kortsiktigt tänkande och suboptimering. De anställda får sällan ens en chans att se och förstå hur deras dagliga aktiviteter kan bidra till att verksamhetens vision uppnås.

– Nu förstår jag lite bättre vad visionens roll är i organisationen, säger en sjuksköterska. Men hur går man från vision till konkret handling? Är inte det svårt?

– Jo det är det, svarar handledaren. Att ta fram ett Balanced Scorecard är därför en ganska lång process där det ingår ett antal olika arbetsmoment. Det finns också flera olika tillvägagångssätt, men de flesta fungerar ungefär på samma sätt. Man börjar med att definiera sin egen övergripande vision, samtidigt som man ställer sig frågan ”Om vi når vår vision, hur är vi då?”. För att scorecardet ska vara levande är det viktigt att varje nivå verkligen tar fram sitt egna scorecard. Det går inte att kopiera någon annans.

För att skapa en helhetsbild över sin verksamhet försöker man sedan se visionen ur olika perspektiv. Här är en av likheterna med Värdekompassen. Även i detta verktyg är alla perspektiv lika viktiga. De olika perspektiven är: finansfokus, som främst tittar bakåt, kundfokus och interna processer, som behandlar nutiden och förnyelse- och utvecklingsfokus, som behandlar framtiden. Vissa organisationer har även valt att lägga till ett medarbetarfokus. Om man vill göra detta eller ej är helt upp till organisationen. När man är klar med utgångspunkten, alltså själva visionstolkningarna, bryts dessa ner till ”avgörande framgångsfaktorer”. Det är de som är avgörande för utvecklingen mot visionen. Framgångsfaktorerna bryts sedan i sin tur ner till mer konkreta ”strategier och handlingsplaner”. Ett fåtal mätetal tas sedan slutligen fram för att se hur långt man kommit med det som planerades.

– Som ni förstår, fortsätter handledaren, är detta precis som mycket annat vi pratat om ett arbete som måste hållas levande och uppdateras hela tiden. Det är svårt att hitta fungerande mätetal med en gång, men det är inte det som är det viktigaste. Till att börja med gäller det att hela verksamheten får fokus på det som vi säger i våra mål och visioner är det vi ska hålla på med. Själva mätandet i slutet är en nödvändig uppföljning för att kunna se att vi går åt rätt håll.

– Där fick ni även lite information om Balanced Scorecard. Som ni märker kommer vi på fler och fler verktyg och metoder som vi använt eller hört talas om ju längre vi håller på i den här seminarieserien. Det kan vara både stimulerande och frustrerande. Stimulerande därför att det finns så mycket att välja på och att det därför alltid åtminstone bör finnas ett hjälpmedel som passar en grupp eller organisation. Frustrerande därför att man måste sätta sig in i det här med verktyg och metoder och tänka själv, istället för att bara göra som man blir tillsagd.

– Om ni inte kommer ihåg någonting annat efter den här seminarieserien, så vill jag att ni kommer ihåg att det är målen vi vill uppnå som är det väsentliga att hela tiden hålla i minnet. Metoder och verktyg är och förblir hjälpmedel för att nå målen, rundar handledaren av och fortsätter.

Processbeskrivning och processdata

– Förra gången pratade vi om flödesschemat. Det hjälper oss att se patientens väg genom vårt system. Själva logistiken steg för steg.

– Om vi nu fortsätter och återvänder till patienten som vi pratade om förra gången. Han som kom in akut med feber och hosta. Vi har kartlagt processen ”akut in” och vi har identifierat några steg där det finns en förbättringspotential. Några avgörande händelser både för patienten och sjukhuset i denna process är dels att patienten överhuvudtaget åker till sjukhuset, dels om han blir inlagd eller inte. Vad är det som avgör de besluten?

Handledaren ber nu alla att föreslå tänkbara orsaker till att processen slutar med att patienten läggs in. Ett *Orsak/verkan-diagram*⁴ växer sakta fram på blädderblocket.

– Genom att göra ett Orsak/verkan-diagram kan vi börja se kopplingen mellan processen och resultat, förklarar handledaren. De här

⁴ Se även sid. 56

diagrammen kallas ibland för *Fiskbensdiagram* eller *Ishikawa-diagram*. Diagrammet hjälper oss hitta de delarna i processen som leder fram till resultatet eller problemet.

Många förslag kommer och till slut är blädderblocket nästan fullt.

– Om ni nu skulle välja ut den orsak som ni tror är absolut vanligast, vilken skulle det bli? frågar handledaren.

– När det gäller att kontakta SOS Alarm eller att patienterna helt enkelt åker in till akuten på eget bevåg, tror jag beror på att de tycker det är säkrast, på något vis. Sjukhuset är ju alltid öppet, föreslår en av sjuksköterskorna.

– Och jag skulle tro att om de blir inlagda eller inte till stor del avgörs om det finns plats eller inte, säger en AT-läkare.

Genomgången fortsätter och så småningom finns tänkbara orsaker ordnade i fallande skala efter frekvens. Handledaren ritar nu också staplar för de olika kategorierna och namnger dessa.

– Så ja, säger handledaren, nu har vi gjort ett *Paretodiagram*⁵. Det hjälper oss att se vilken orsak som vi tror är vanligast och som vi kanske först och främst skall inrikta oss på att göra något åt.

– När vi nu ändå är inne på det här med statistiska hjälpmedel och diagram skulle jag vilja passa på att ta upp några andra hjälpmedel, som är väldigt användbara och inte så krångliga att använda som de först kan verka, fortsätter han.

Handledaren plockar upp två andra diagram, som han placerar bredvid varandra och fortsätter.

– De här två diagrammen *Linjediagrammet*⁶ och *Styrdiagrammet* används för att förstå variationer i utfallet, men de kan också användas för att förstå processvariationer. Ett linjediagram är data som visas över tid. På Y-axeln visar vi det som vi mäter, vad det nu är, och på X-axeln visar vi tiden. Genom att upprepa mätningarna, kan vi se hur värdet förändras över tid. Ett styrdiagram är ett linjediagram som också har styrgränser. Styrgränserna visar om variationerna ligger inom gränser som är normala eller om det inträffat något onormalt i processen som bör föranleda någon åtgärd.

– För att vara exakt finns det två typer av variation. En är slumpmässig och den härrör sig till det dagliga, normala samspelet mellan alla steg som påverkar varandra i processen. Denna variation brukar kallas *normal* variation. Den normala variationen är en naturlig del av varje

⁵ Se även sid. 58

⁶ Kallas också tidsseriediagram eller trenddiagram. Se även sid. 60

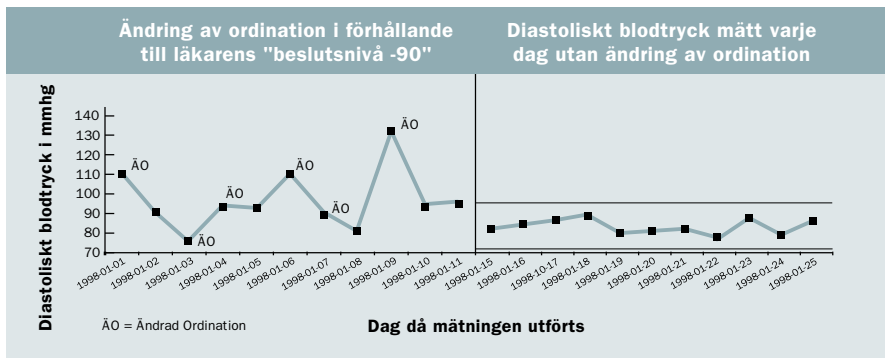
verksamhet. Den har inget tydligt ursprung och den finns alltid. För att minska den normala variationen måste man förändra och förbättra processen. Den andra typen av variation kallas *systematisk*. Den beror på en viss specifik händelse. För att minska den systematiska variationen måste man identifiera den specifika orsaken och hindra den från att uppträda utan att man därmed samtidigt förändrar själva processen.

Ombedd att ge exempel på dessa två typer av variation erinrar sig handledaren ett specifikt fall med en patient som behandlades för högt blodtryck.

– Förhöjt blodtryck kan vara ett bra exempel på slumpmässig variation. Herr Persson är en patient med varierande blodtryck. Hans läkare hade under någon tid försökt kontrollera hans blodtryck med flera olika mediciner. Varje gång han kom till läkaren, var hans diastoliska blodtryck antingen över eller under 90 mm Hg (vilket var läkarens ”kritiska värde” för att behandla högt blodtryck). Dessa hoppande värden föranledde läkaren att varje gång ändra patientens mediciner. Läkaren reagerade alltså på slumpmässiga händelser som om de vore systematiska händelser.

Figur 10

Diastoliskt blodtryck mätt varje dag



– Patienten blev förbryllad och därför beslöt läkaren i samråd med patienten att de tillsammans skulle försöka beskriva det korrekta medianvärdet för patientens blodtryck. De kom överens om att inte ändra på medicineringen under tre månader och patienten gick med på att kontrollera sitt blodtryck vid ungefär samma tid varje dag, vilket han gjorde, utom under en semestervecka.

– Med hjälp av ett styrdiagram kunde de lätt se att variationerna höll sig inom styrgränserna och att det inte fanns någon anledning att ändra medicineringen varje gång blodtrycket ändrade sig.

– Inom vården förekommer det både att vi överreagerar på normala variationer och att vi inte reagerar alls på oacceptabla variationer. Det är anledningen till att kunskap om variationer lyfts fram som ett eget område i förbättringskunskapen, fortsätter handledaren. Jag tror personligen, att det är i det här fältet som den stora förbättringspotentialen ligger.

– Oj, vad klockan går fort, jag blir så inspirerad så jag glömmer tiden, säger handledaren och tittar på klockan.

– Om jag skall sammanfatta det jag velat förmedla idag så vill jag säga att systematiskt förbättringsarbete kräver att vi har en uppfattning om vad vi presterar idag, hur vi gör det och vilka värden vi når, sett med patientens ögon. Vi måste ha en bestämd uppfattning om vad vi skulle vilja prestera istället. Vad är det vi vill uppnå? För att veta om vi förbättrar verksamheten måste vi kunna mäta på något sätt. Allt detta kräver arbete och ändå är vi nu bara på startlinjen. Det är först när vi kan svara på de här frågorna som det egentliga förbättringsarbetet börjar. Men det skall vi prata mer om nästa gång vi träffas. Till dess vill jag att ni var och en funderar på någon rutin, som ni gör ofta. Försök erinra er varför ni gör den. Står den i någon handbok, fick ni lära er när ni började på akuten att ”så gör vi här” eller har ni helt enkelt utvecklat era egna rutiner? Det skulle vara väldigt roligt om några dessutom skulle vilja diskutera några rutiner med varandra. Jag lovar er att ni kommer att bli förvånade. Sist men inte minst. Kom ihåg att ni inte gör det här för att leta syndabockar. Ni gör det för att förbättra systemet. Det krävs ett stort mått av trygghet i arbetsgruppen och det känner ni bara själva om ni har. Första steget i lärandet är ju att erkänna både för sig själv och andra att man inte vet allt. Tack för er uppmärksamhet. Vi ses om tre veckor igen.

Förbättringsresan

Tiden rusar och snart har de tre veckorna gått. När gruppen träffas den tredje gången har det glesnat i leden. Handledaren noterar tyst för sig själv vilka som inte syns till den här gången. Till sin glädje ser han dock några nya ansikten och det är ju så det är i en levande verksamhet. Hela tiden människor som kommer och går. Det är en av förklaringarna till

varför det är så svårt att bedriva förändringsarbete. Förutsättningarna ändras hela tiden. Men eftersom det är så, måste man ha ett system som är anpassat till det. Man kan inte bedriva förbättringsarbete som punktinsatser. Dagens seminarium inleds med en kort rekapitulation av vad gruppen gjort de två första gångerna.

– Ja, säger handledaren, första gången pratade vi om att allt vi gör hänger ihop, eller i varje fall borde göra det. Vi påverkar varandras arbete och därmed patientens samlade bild av hur sjukvården fungerar. Andra gången pratade vi om olika hjälpmedel för att själva skapa den bild som patienterna inte direkt ser, utan upplever. Ofta tror vi att vi vet både vad som görs och hur patienterna upplever det, men tyvärr är det inte ovanligt att vi har ”vita luckor”. Vi upptäckte ju en sådan när vi gjorde ett flödesdiagram över processen ”akut in”. Ingen kunde riktigt säga vad som egentligen sker i ambulansen. Och det beror inte på att enskilda människor har missat något eller är ovanligt korkade. Det beror på systemet. Vi har just nu ett system som tillåter oss att inte veta, om ni förstår vad jag menar.

– Förra gången bad jag er fundera på någon liten rutin eller sak, som ni tycker borde förbättras. Är det någon som inte har kommit på en enda sak? Okej, fortsätter handledaren. Jag tolkar tystnaden som att ni kommit på en hel del. Den dagen det inte finns något att förbättra kommer ingen av oss att uppleva. Det är liksom grundfilosofin när vi talar om ständiga förbättringar. Kvalitetsarbete handlar inte om att nå en viss nivå och sedan förnöjt försöka hålla sig kvar där. Det handlar om att hela tiden förbättra. Även om man tycker att det är ganska bra som det är. Det finns en ännu mer basal nivå och det är att åtgärda fel eller kontrollera att t ex utrustning fungerar. Det är så självklart, så det kan vi inte kalla förbättring eller utveckling. Patienterna måste ha rätt att förvänta sig mer än så.

Handledaren lägger nu på en OH-bild på en orienterare mitt ute i skogen och börjar dagens övning.

– När vi skall ta oss till en plats där vi inte har varit tidigare är en karta till god hjälp. Med den kan vi förhoppningsvis orientera oss fram till vårt mål. Men kontrollernas markeringarna på kartan hjälper oss föga om vi inte vet exakt var vi befinner oss i förhållande till de punkter vi ska hitta. Det är ju samma sak när man försöker orientera sig om ett nytt ställe genom att titta på en informationstavla. Upplysningen

”Tavlans plats”, ofta markerad med ett kryss, är en väsentlig information på orienteringstavlan.

Förbättringsarbete kan i mångt och mycket jämföras med en resa till ett nytt mål. Vi gör oss föreställningar om hur målet ser ut och vad det innebär. Vi skaffar oss också information och kunskap om olika sätt att ta oss dit. Men kunskapen om resans utgångspunkt, var vi befinner oss när vi startar, är helt avgörande för om vi ska lyckas komma med ”på tåget” och faktiskt nå målet som hägrar.

– Med andra ord behöver framgångsrikt förändringsarbete börja med någon slags kartläggning eller analys av nuläget. Gör vi det som vi tror att vi gör? Hur gör vi det? Vad har vi för resultat?

– Beroende på vad det är vi vill åstadkomma kan nulägesbeskrivningen ha olika omfattning. QUL är framför allt framtaget som ett instrument för ledningar, som vill ha en bild av *hela* sin verksamhet ur olika aspekter. Genom den utvärdering som sedan görs fås en totalbild av var organisationen befinner sig och var de starka och svaga delarna finns i organisationen. Andra, mindre omfattande, hjälpmedel för att beskriva nuläget var flödesschema och diagram av olika slag.

– Som jag nämnde i samband med Värdekompassen och Genombrott finns det en modell som kommer igen i många sammanhang och det är *PDSA*⁷ (PDCA)-cykeln, Deminghjulet, Förbättringshjulet eller vad man nu väljer att kalla det. Den består av en cirkel – nej förresten – snarare en spiral. Man skall ju inte återkomma till utgångspunkten, utan gå vidare i ett nytt varv. Och ett nytt. Och ett nytt.

– Förutom att den här modellen kallas olika saker, finns det flera ord eller begrepp för det olika faserna. Det viktiga är nu inte vad vi kallar dem, utan att vi alla förstår vad det är som skall göras och varför vi gör det i den ordning vi gör. PDSA står för Plan-Do-Study-Act eller som vi säger på svenska Planera-Pröva-Analysera-Agera/Lär och det är en modell för problemlösning som ger struktur åt förbättringsarbetet.

– Är det någon som har erfarenhet av den här modellen? frågar handledaren.

– Ja, svarar flera i gruppen.

– Är det någon som vill berätta hur ni gjorde och vad ni lärde er?

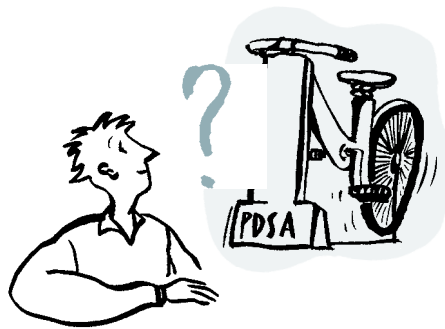
– Jag kan börja, säger en av sjuksköterskorna. Jag hade läst om den där metoden under min sjuksköterskeutbildning, så jag ville pröva den

⁷ Se även sid. 48

i praktiken på mitt första jobb som sjuksköterska. Jag hade en del material, så på ett av våra avdelningsmöten föreslog jag att vi skulle testa en ny rutin med matkortshanteringen på avdelningen. Det var några som nappade på idén, så vi bildade en liten arbetsgrupp.

– Problemet var att köket hade infört en ny rutin som gick ut på att varje patient i förväg skulle kryssa i sina val av diverse olika saker på ett matkort före varje måltid. Problemet var bara att korten var så himla krångliga att fylla i, så inte en enda patient kunde fylla i kortet själv. Jag tyckte det tog orimligt mycket tid för personalen att hjälpa patienterna bara med den enkla rutinen. Tid som vi behövde ha till annat.

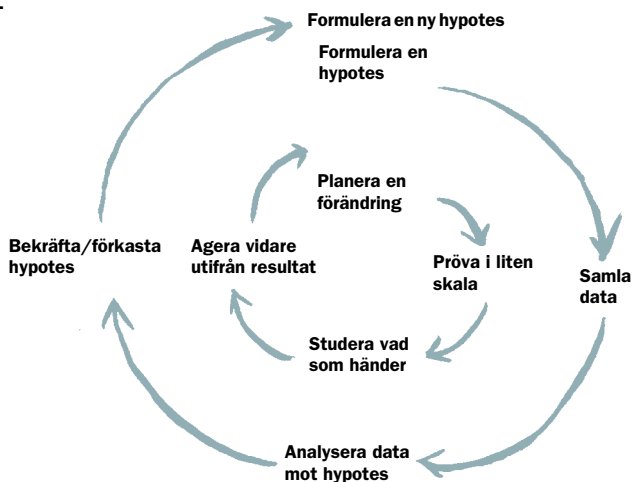
– I materialet som jag hade från utbildningen fanns en testcykelmall. Själva testcykeln bestod ju just av de fyra steg som du beskrev, men för varje steg fanns det ett antal frågor, som man skulle ta ställning till löpande.



– Faktum är att testcykeln påminner mycket om en naturvetenskaplig forskningsmetod. Man sätter upp en hypotes, man intervenerar på något sätt, man observerar vad som händer och slutligen kan man bekräfta eller omkullkasta sin hypotes.

– Precis så brukar jag beskriva PDSA-cykeln, inflikar handledaren och lägger på en OH-bild, som han råkar ha till hands.

Figur 11



– Känner ni igen er? frågar han. Förlåt att jag avbröt dig. Jag är spänd på att få höra om er matkortstest.

– Som jag sa bildade vi alltså en liten grupp för det här, fortsätter sjuksköterskan. Vi var överens om problemet. Matkorten tog för mycket tid, därför att de var så krångliga. Vi ville pröva något annat sätt, men inte gå tillbaka till det gamla sättet, när patienterna inte kunde välja alls, utan fick hålla tillgodo med det som fanns på matbrickan.

– Första steget i testen var *planeringen*. Vi fokuserade själva problemet och vilka lösningar som kunde vara tänkbara. Jag säger tänkbara, för vi visste ju inte om vi skulle komma på något bättre. Vi spånade lite grann om hur vi skulle kunna göra istället. Vi ville ju verkligen kunna visa köket att det dels tog orimligt mycket tid att hjälpa patienterna med matkorten, dels att det gick att göra på något smartare sätt. Vi behövde alltså ett mått på problemet och det blev förstås tiden mätt i minuter per dag. Vi bestämde att en av tjejkarna omedelbart skulle börja mäta och det visade sig att det gick åt inte mindre än en halv underskötersketjänst för matkortshantering, om man räknade om det till hela kliniken.

– Efter lite diskuterande fram och tillbaka kom vi fram till att vi ville pröva ett enklare matkort där valen inte var så många och där allt fanns på en sida. En undersköterska gjorde ett förslag, som vi trodde patienterna skulle klara att fylla i själva och så tog vi kontakt med köket. Det blev ju inte så glada precis, för de hade just infört de nya matkorten och det var många rutiner i köket som hade anpassats till det. Först sa de blankt nej, men vi

övertalade dem, med hot om att annars gå till sjukhusdirektören med problemet, att få göra en liten test under tre dagar på bara en avdelning. I det skedet tog vi med en tjej från köket i vår grupp, så att de lättare skulle se och förstå vad förändringen betydde för oss. Vi bestämde att vi skulle göra testen en viss vecka, så att köket hann förbereda sig.

– Sedan *genomförde* vi testen som vi hade planerat, samtidigt som vi mätte hur mycket tid det gick åt för vårdpersonalen. Vi frågade också patienterna vad de tyckte om förändringen för vi ville veta om de tyckte att deras valmöjligheter hade försämrats. Det var några på avdelningen som tyckte att vi skulle övergå direkt till den nya hanteringen, utan att hålla på och tjafsa med små tester, men vi hade ju lovat köket att vi bara skulle göra det i tre dagar, så där fick avdelningsföreståndaren gå in och medla lite.

– Det är ju så vi vanligtvis alltid har gjort, inflikar handledaren igen. Att gå på lösningen direkt, för att vi tror att vi vet att det kommer att bli en förbättring. Det var tufft att ni höll fast vid att det var en test i tre dagar. Vad kom ni fram till?

– Analysen visade att alla patienter kunde fylla i de förenklade korten själva. Vårdpersonalen behövde inte hjälpa en enda. Patienterna var nöjda. De kunde fortfarande välja mellan tre huvudalternativ. Personalen i köket tyckte också det hade gått förvånansvärt smärtfritt.

– Så kom vi då till steg fyra i testcykeln. Nu skulle vi *ta ställning* till vad vi skulle göra med resultatet. Skulle vi införa det nya matkortet, skulle vi gå tillbaka till det gamla matkortet eller skulle vi pröva någonting mitt emellan? Samtidigt hade sjukhusdirektören blivit väldigt intresserad, för han hade insett att om matkorten innebar att det gick åt en halvtidstjänst bara på vår klinik, var det lätt att räkna ut hur mycket tid det gick åt på hela sjukhuset. Han ville därför att vi skulle göra några fler tester. Först på hela vår klinik och under lite längre tid och sedan skulle vi sprida förändringen klinik för klinik om våra första testresultat höll vad de lovade.

– Tack, säger handledaren. Det där tycker jag var ett jättebra exempel på en testcykel. I förbättringsarbetet får hjulet aldrig stå still. Det kan snurra fortare ibland och lite långsammare ibland, beroende på tillfälligheter och rådande omständigheter. Ibland testas samma förändring under *olika omständigheter*. Ibland är det *olika förändringar* som testas.

Jag tycker också att det var ett bra exempel på ledningens uppgift och engagemang. Jag sa ju i början att vi skulle prata mer om det. Ledningens uppgift är både att skapa förändringstryck och att bygga upp förändringsviljan hos personalen.

– Att skapa och upprätthålla förändringstryck innebär bl a att göra alla medvetna om att och varför förändringar är nödvändiga. För det är dom, eftersom förändringstakten i samhället hela tiden ökar. När vi säger att det var bättre förr, kanske det delvis beror på att förändringstakten inte var så hög då. Ett exempel är att kvinnor som födde barn, låg till sängs på sjukhus i en vecka. Nu åker många hem redan efter sex timmar. Och då pratar jag inte om stenåldern. Så var det under mina första år som underläkare. Jag tror vi måste se förändring som normaltillståndet och inte något som vi gör som punktinsatser och i förhoppning att hitta den perfekta lösningen. Jag tycker också att ditt exempel är bra ur ett perspektiv till. Det visar att vi är beroende av varandra när vi arbetar i samma system. Förändringen med matkort som infördes av köket, i säkert vällovt syfte, för att öka patienternas tillfredsställelse med sjukhusmaten, innebar försämringar för vårdpersonalen.

– Att skapa förändringsvilja är nog ännu svårare för ledningen. Då sätts verkligen ledarskapet på prov. Kanske är det rent av den förmågan som gör chefer till ledare.

– Om jag kort skall repetera stegen i testcykeln är de alltså planera, pröva, analysera och agera. Det är först när alla fyra stegen är tagna, som hela testcykeln är genomförd. Ju bättre man blir i planeringssteget på att förutse vad som kommer att hända ju mer har man lärt sig om det system man arbetar i.

– Om vi återgår till vår patient, han som kom in akut, från första träffen, vilka förändringar skulle ni vilja pröva för att göra det bättre för patienten? frågar handledaren. Diskutera några minuter med bordsgrannen!

Nu är gruppen inte svår att få igång. Sorlet stiger snabbt i lokalen och handledaren kan knappt göra sig hörd, när han åter vill få gruppens uppmärksamhet.

– Det mest radikala, börjar en av de få läkarna i lokalen, vore ju att patienten aldrig behövde åka till akuten. Men det innebär ju att vi vill få andra att ändra sig och det misstänker jag är ett förslag som du ogillar.

– Ja, säger handledaren, ur patient- och systemperspektiv är det ett strålande förslag. Det är bara så mycket svårare att genomföra. Det kräver verkligen att alla som är berörda involveras och ju fler inblandade, desto svårare är det. Men radikalt förändringsarbete är svårt. Det är ju därför vi har det som vi har.

– Finns det någon som har andra förslag som bara berör ”systemet sjukhuset”?

– Ja, säger en sjuksköterska, jag vet att på vissa sjukhus kan patienterna vända sig direkt till den vårdavdelning, där de vårdats tidigare. Alltså patienter som redan är kända, behöver inte gå vägen via akutmottagningen. På så sätt slipper de ett steg i processen.

– Men hur skulle det bli? invänder en annan. Avdelningarna skulle ju bli överfulla med patienter.

– Skulle man kunna tänka sig att man prövar det här med bara några patienter? inflikar handledaren.

– Ja, pröva kan man väl alltid, svarar en tredje sjuksköterska.

– Okej, fortsätter handledaren. Då tar vi det exemplet.

Han delar ut mallar för PDSA-cykeln.

– Börja nu med steg ett och planera denna förändring. Ta fråga för fråga och skriv ned svaren. På samma sätt planerar ni andra de förändringar, ni skulle vilja testa. Men helst skall det vara förändringar som ni själva kan överblicka och påverka. Det är så lätt att skjuta upp planeringen för att man inte har mandat eller inte vet eller kanske inte vill eller...ja ni vet. När det är gjort är det faktiskt upp till er som grupp att bestämma er för om ni vill sätta planerna i sjön eller om det skall förbli planer. Mitt råd är därför att börja i det lilla. Huvudsaken är att ni gör någonting. Det är första steget för att ni skall lära er på riktigt vad förbättringskunskap är.

– Innan vi slutar vill jag be er ta fram ett papper och skriva ned tre saker som ni tycker jag kan göra bättre nästa gång jag skall genomföra en sådan här seminarieriserie.

– Skall vi inte skriva ned det vi tyckte var dåligt? frågar en av deltagarna.

– Vad är det för skillnad? frågar handledaren. Jag vill att ni skall lära er tänka i positiva banor. Det är mycket trevligare att arbeta tillsammans med människor om man känner att de faktiskt vill hjälpa en att bli bättre än att man hela tiden känner att man är utsatt för en kritisk granskning.

Detta är faktiskt en komponent i förbättringskunskapen. Tack för att du ställde frågan. Nu fick jag tillfälle att säga det också.

– Du får mig nästan att skämmas, säger den som ställde frågan. Oj, vad mycket vi har att lära. Är det någonting vi behöver bli bättre på i vården, så är det att stödja varandra.

Därmed avslutades seminariet och handledaren avtackades med sjukhusets egen slips och en varm applåd.



Epilog

Patientvård kan ses som en process vars utgång är beroende av att varje steg fungerar i sig själv och i relation till stegen före och efter. Vart efter processerna blir mer komplexa blir det svårare och svårare att förstå dem och påverka dem. Inom hälso- och sjukvården är det vanligtvis många olika personer inblandade i processerna, både i de direkta vård och behandlingsprocesserna men också i alla andra processer som krävs för att hålla igång hälso- och sjukvårdssystemet. Det räcker inte med att var och en förbättrar sin lilla del i processen. Fler måste se och förstå mer av helheten och se vården ur patientens perspektiv. Det gäller även personer och verksamheter som kanske inte själva har direkt kontakt med patienterna, men som ändå är nödvändiga delar av processen. Ofta talar vi om hälso- och sjukvården som om den vore ett mycket homogent och sammanhållet system. Men sanningen är nog att vi har en del att förbättra innan patienterna verkligen uppfattar vården så.

Verktyg

Verktygen är till för att underlätta arbetet och ibland går det att använda ett verktyg till flera olika saker och ibland måste man använda flera olika verktyg i en situation. Om vi alltid håller i minnet att det är målet som är det väsentliga och inte medlen, är det lättare att se verktyg och metoder som hjälpmedel och inte lösningar.

Förbättringsarbete kräver ett målmedvetet och långsiktigt arbete. Punktinsatser och kvick-fix lösningar leder sällan till kvarstående systemförbättringar. Vi vill utfärda en kraftig varning för övertro på enskilda verktygs och metoders inneboende kraft. Hur bra verktyget än är blir det odugligt om det används i fel sammanhang. Det är svårt – om inte omöjligt – att såga med en hammare. Förbättringskunskap och dess tillämpning är något mycket djupare än att kunna hantera ett antal verktyg. Felaktigt introducerade och tillämpade kan de olika hjälpmedlen t o m motverka förbättringsarbetet. Ibland är verktyget rätt, men i händerna på fel person kan verktyget felaktigt betraktas som värdelöst.



PDSA-cykel (Plan-Do-Study-Act)

PDSA-cykeln är ett sätt att systematiskt pröva förändringar (helst i liten skala) för att se och lära om förändringen verkligen leder till den förbättring man vill uppnå. Kanske uppstår det bieffekter som man inte hade räknat med, kanske leder förändringen inte till någon förbättring eller kanske vill man pröva förändringen under olika omständigheter. Det som fungerar på tisdagen kanske inte fungerar på söndagen. Ett vanligt fel i förändringsarbete är att man går direkt från problem till lösning, utan att egentligen veta om det är en lösning.

Arbetet i PDSA-cykeln kan struktureras steg för steg med hjälp av en frågemall. När hela cykeln är genomgången har mallen blivit ett protokoll, som kan ligga till grund för lärandet. Vad var det vi ville uppnå? Varför trodde vi att detta skulle vara en förbättring? Samlade vi in rätt sorts data? Gjorde vi det som vi faktiskt hade planerat? Vet vi att det kommer bli en förbättring om vi inför förändringen i större skala? Ju säkrare man blir på att förutse vad som kommer att hända, ju mer har man lärt sig om sitt systems sätt att fungera vid förändringsarbete. Se även sid 31 och 39.

PDSA frågemall

Förbättringsområde _____

Planera

Identifiera och analysera problemen. Vad är det ni vill åstadkomma och hur kan ni göra detta. Planera förändringen och beskriv vad ni tror skall ske och varför, gör en detaljerad plan för testen (vem skall göra vad, var och när) och för hur data skall samlas in.

Pröva

Genomför förändringen. Beskriv eventuella svårigheter, avvikelser från planen och oförutsedda effekter.

Analysera

Redovisa och tolka era data (bifoga gärna diagram med en tidsaxel). Jämför resultaten med er hypotes och sammanfatta vad ni lärt er.

Agera/Lär

Vilka förändringar bör genomföras mot bakgrund av de resultat testen visade?

Brainstorming

Brainstorming är en metod som kan användas i många olika moment av förbättringsarbetet. Framför allt är det ett sätt för en grupp att skapa många idéer och på kort tid få olika infallsvinklar på en viss fråga. Brainstorming är också ett arbetssätt som gör att alla i en grupp kommer till tals. Se även sid 26.

Möjliga användningsområden

- Uppmuntrar till öppet tänkande, när en grupp har kört fast.
- Engagerar och entusiasmerar alla medlemmar i gruppen.
- Stimulerar var och en att bygga vidare på andras idéer/kreativitet.
- Genererar på kort tid ett stort antal problem/möjligheter/orsaker/ lösningar för en grupp att arbeta vidare med.
- Visar vilka data som behöver samlas in.
- Avslöjar olika tänkbara hinder.

Tillvägagångssätt

1. Fastställ den centrala brainstormingsfrågan och anteckna den så att alla kan se den. Se till att alla förstår frågan eller problemet! Det är bra om frågan är öppet formulerad och inte för snäv, då detta underlättar för mer kreativt tänkande.

2. Alternativ A

Strukturerad brainstorming. Lämpar sig för mindre grupp. Varje gruppmedlem framför en idé i tur och ordning. Ingen idé får kritiserars! För varje varv kan en medlem stå över sin tur om han vill. Processen uppmuntrar till deltagande samtidigt som den kan stärka ångesten hos blyga eller oerfarna.

Alternativ B

Ostrukturerad brainstorming. Gruppmedlemmarna presenterar idéerna i den ordning de uppstår.

3. Idéerna ska hela tiden vara synliga. Skriv ner dem så fort de presenteras. Använd blädderblock eller Post-it lappar. Skriv idén så som den presenteras, försök inte tolka eller förkorta.

4. Håll igång processen, men begränsa tiden, 5–20 min räcker beroende på ämnet. Kritisera eller värdera inte förslagen.
5. När idéerna är uttömda, gå igenom, gruppera och värdera dem. Klargör eventuella oklarheter på idélistan och ta bort eventuella dubletter. Ta endast bort idéer som är identiska, små skillnader kan vara viktiga att ta vara på.
6. Välj ut några idéer för vidareutveckling. Basera era beslut på fakta och / eller konsensus.

Var kan jag hitta mer?

Minnestrimmaren II, *M.Brassard & D.Ritter, Liber, 1994*

Snabbguide för kvalitetsförbättringar, *Västerbottens läns landsting, 1998*

Flödesschema

Ett flödesschema visar/beskriver grafiskt en process eller ett förlopps olika steg i ordningsföljd samt hur de olika stegen i processen hänger ihop med varandra. Se även sid 19.

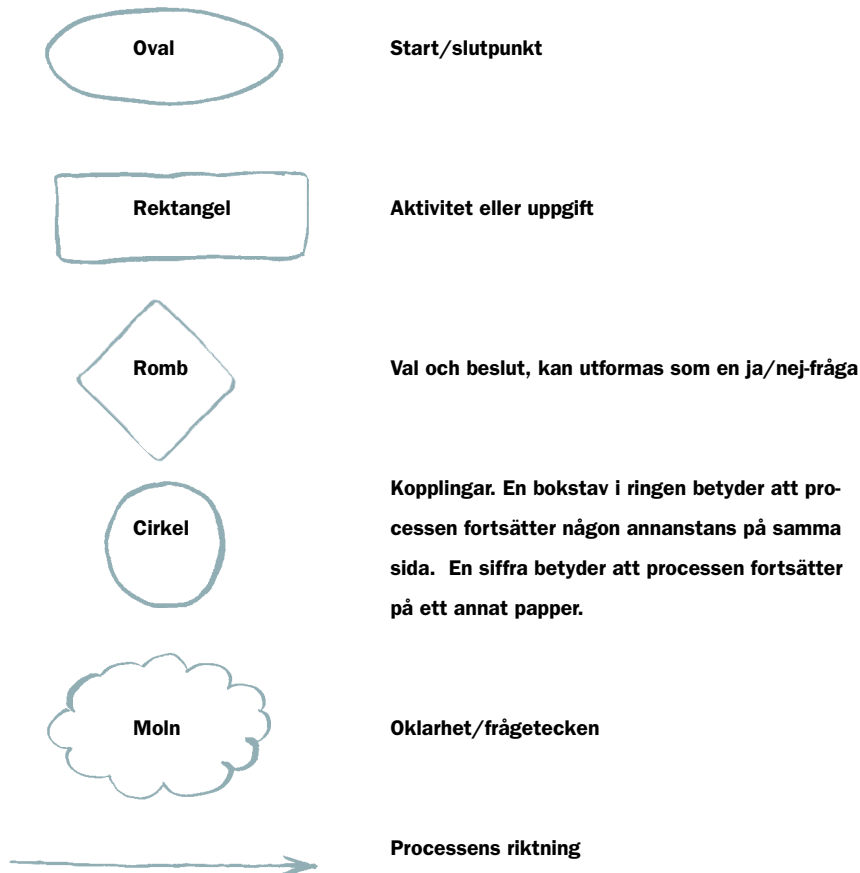
Möjliga användningsområden

- Underlättar förståelsen av processer och skapandet av en gemensam bild.
- Utgör utgångspunkt för förbättringar av processer.
- Visar ofta oväntade problemområden, oklarheter, dubbelarbete, kritiska situationer, väntesituationer mm, som behöver granskas närmre.
- Ger bättre underlag för informationsspridning mellan olika grupper och arbetsskift, vilket ökar möjligheterna att förebygga fel.
- Klargör roller i processen för olika funktioner och personer.

Tillvägagångssätt

1. Samla de människor som är viktiga för och har kunskap om processen.
2. Diskutera och dokumentera vad ni ska ha flödesschemat till.
3. Gå igenom och bestäm processens start- och slutpunkt, dvs vad som ska ingå i schemat.
4. Bestäm vilken detaljnivå flödesschemat ska ha. Börja gärna med ett mindre detaljerat flödesschema och fördjupa er sedan i de delar som behövs.
5. Bestäm och dokumentera stegen i processen. Det är ofta till hjälp att utgå från patientens perspektiv. Kom ihåg att beskriva hur det ser ut idag, *inte hur det borde se ut*.
6. Tidsordna stegen i processen. Använd gärna självhäftande lappar så att de kan flyttas under arbetets gång.
7. Rita flödesschemat med hjälp av vedertagen symboler (se nedan).
8. Kontrollera så att flödesschemat är komplett och att ni är överens om att det beskriver den verkliga processen.
9. Under tiden processen kartläggs kommer det ofta upp idéer om hur processen kan förbättras. Tänk på att anteckna dessa.

Symboler



Var kan jag hitta mer?

Kvalitet från behov till användning, *B.Bergman & B.Klevsjö, Studentlitteratur, Lund, 1995*

Minnestrimmaren II, *M.Brassard. & D.Ritter, Liber, 1994*

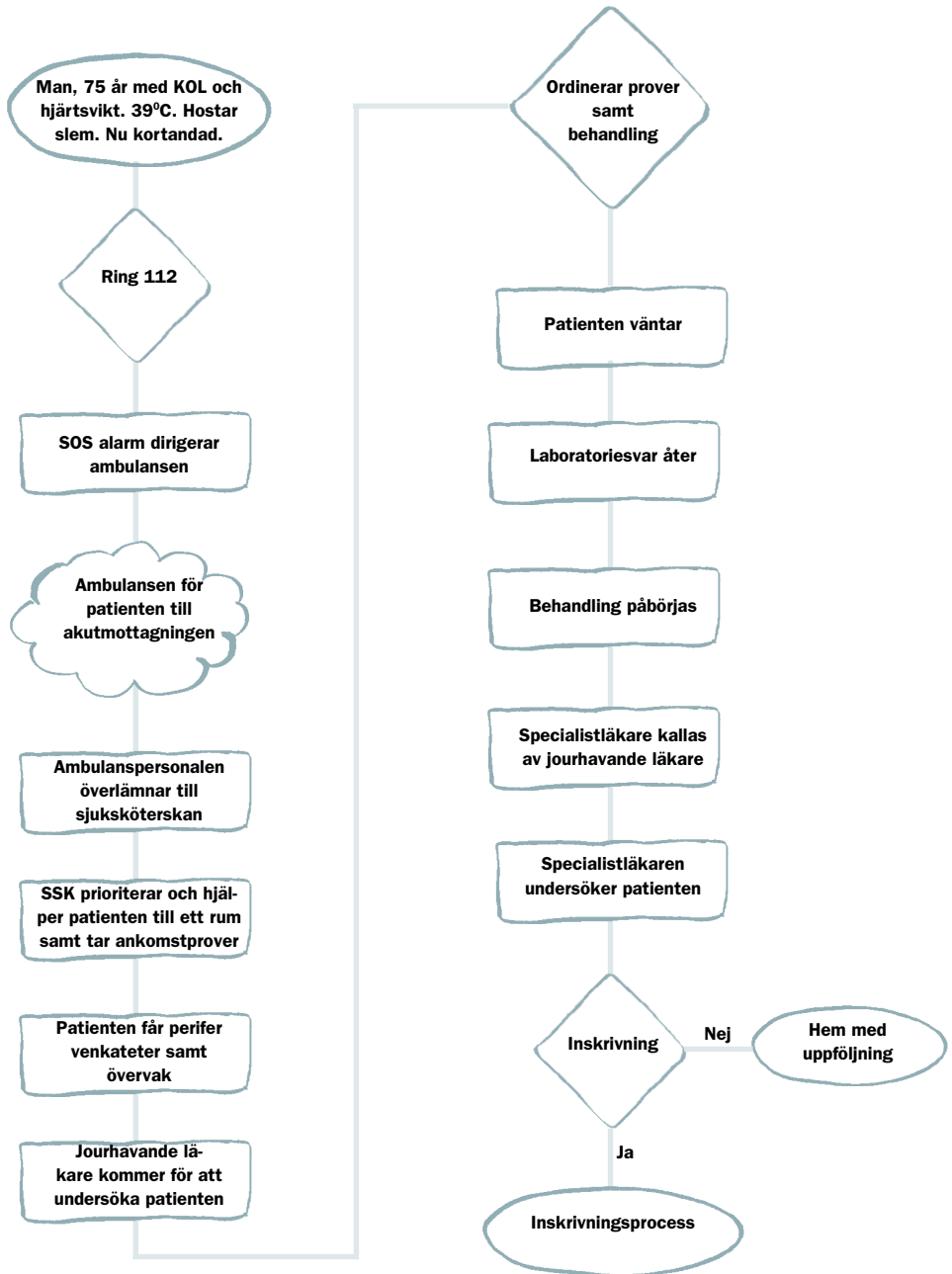
Snabbguide för kvalitetsförbättringar, *Västerbottens läns landsting, 1998*

Sjukvårdens huvudprocesser – Budskap och verktyg, *J.Striem, Landstingsförbundet, 1997*

Sju verktyg för kvalitetsförbättring, *A.Bolstad, Utbildningshuset, 1994*

Exempel

processen



Orsak/verkan-diagram även kallat Fiskbensdiagram eller Ishikawa-diagram.

Orsak/verkan-diagram är ett verktyg som hjälper till att förstå vilka orsaker som påverkar en viss frågeställning eller ett visst problem. Se även sid 34.

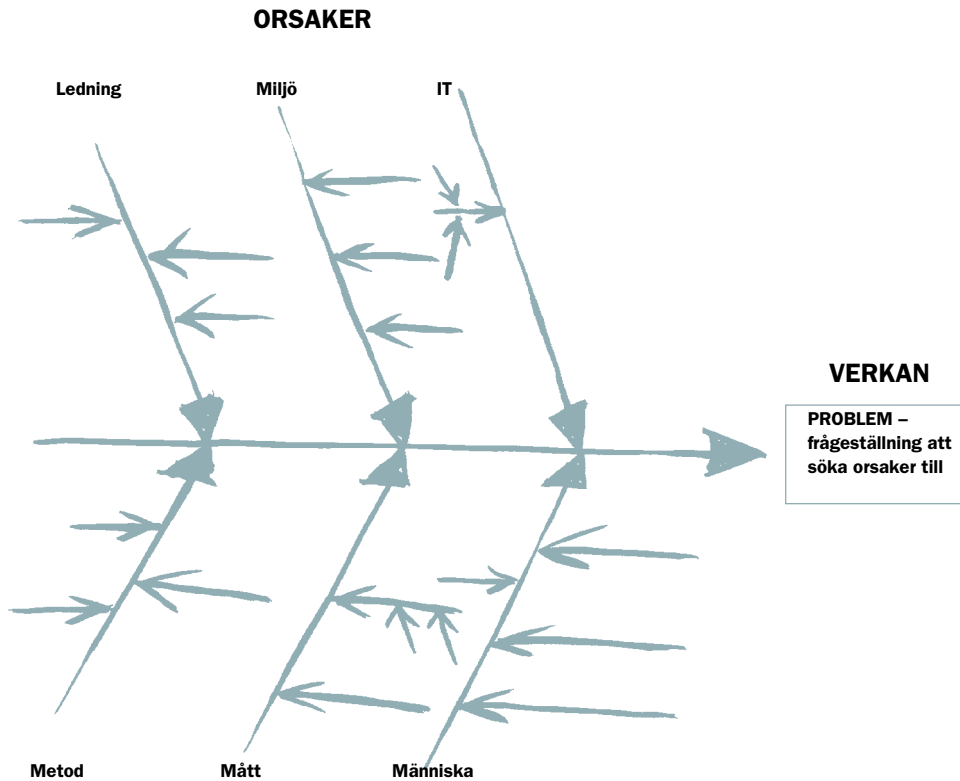
Möjliga användningsområden

- Tydliggör vad som påverkar ett problem.
- Skapar en ögonblicksbild av den samlade kunskapen och samförståndet i ett team rörande ett problem.
- Visar på grundorsaker, inte symptom och utgör därigenom ett utmärkt underlag för den fortsatta problemlösningen.
- Kategoriserar olika orsakstyper.
- Tydliggör vilka data som måste samlas in för att visa på vilken grundorsaken är till problemet.

Tillvägagångssätt

1. Skriv ner problembeskrivningen i rutan till höger på diagrammet.
2. Ange huvudgrupperna där ni tror att orsakerna till problemet finns. Märk de stora benen på fisken med dessa grupper. Exempel på dessa huvudgrupper är: människa, maskin, metod, miljö, mått, personal, utbildning, organisation, patienter, lokaler, utrustning osv. Kategoriseringen ska vara ett hjälpmedel i den aktuella situationen.
3. Använd exempelvis brainstorming för att söka efter tänkbara orsaker. Kom ihåg att ni söker efter orsaker inte lösningar.
4. Placera idéerna under lämplig huvudgrupp, antingen direkt när de sägs eller först sedan hela listan tagits fram. Tänk igenom om ni har valt rätt huvudgrupper för problemet?
5. Ställ frågan Varför? för varje orsak, för att steg för steg komma fram till grundorsakerna.
6. Sök efter grundorsakerna till problemet genom att:
 - Titta efter orsaker som dyker upp flera gånger inom olika huvudkategorier. Det kan finnas flera grundorsaker till ett problem.
 - Samla och analysera data så att ni kan bestämma hur mycket de olika orsakerna påverkar. Ta hjälp av andra verktyg för att avgöra om ni hittat rätt orsak till problemet.

Exempel



Var kan jag hitta mer?

Kvalitet från behov till användning, *B.Bergman och B.Klevsjö, Studentlitteratur, Lund, 1995*

Minnestrimmaren II, *M.Brassard & D.Ritter, Liber, 1994*

Snabbguide för kvalitetsförbättringar, *Västerbottens läns landsting, 1998*

Sju verktyg för kvalitetsförbättring, *A.Bolstad, Utbildningshuset, 1994*

Verktyslådan – En sammanställning av 21 verktyg för kvalitetsarbete, *Institutet för verkstadsteknisk forskning, 1993*

Paretodiagram

Paretodiagram är ett verktyg för faktabaserad prioritering. Diagrammet är ett sätt att fästa uppmärksamheten på de viktigaste felkällorna eller problemorsakerna. Verktuget grundas på den beprövade Paretoprincipen som innebär att 20% av orsakerna står för 80% av ett problem. Den slår alltså fast att t ex ett fåtal felkällor står för merparten av kvalitetsbrist-kostnaderna. Se även sid 35.

Möjliga användningsområden

- Hjälper till att enkelt och systematiskt fokusera på de problem/faktorer som bör uppmärksammas.
- Prioriterar och rangordnar olika problem.
- Visar på tänkbara orsaker vid användning av Orsak/verkan-diagram.
- Delar upp information i olika kategorier.

Tillvägagångssätt

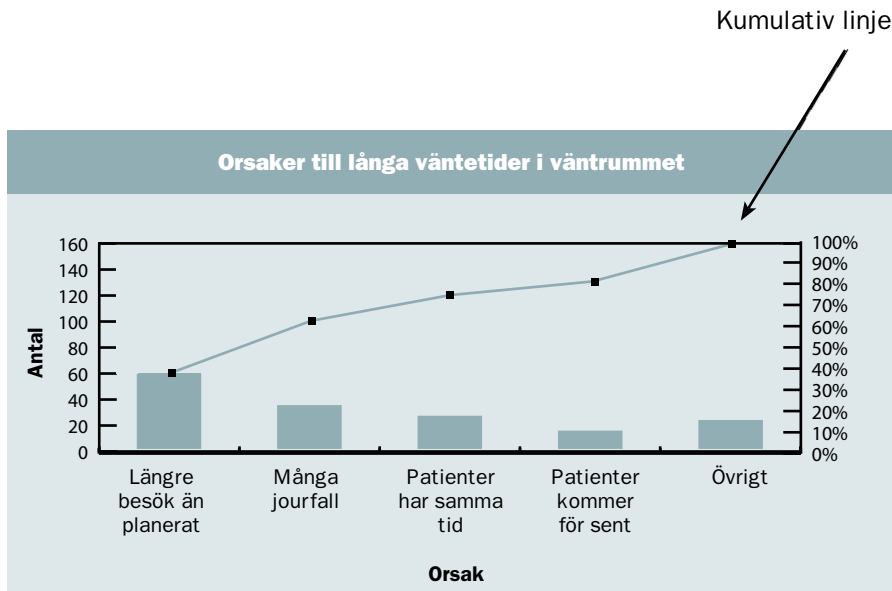
1. Bestäm vilket problem eller vilka faktorer som diagrammet ska visa och vilken data som behövs för att visa detta.
2. Bestäm vilken mätenhet som är mest meningsfull, exempelvis frekvens, kostnad eller tid samt bestäm tidsperiod för mätningen.
3. Samla in nödvändig information om varje kategori. Beskriv var, när datan samlas in.
4. Presentera datan i rangordning, dvs. från högst till lägst förekommande kategori. Placera de kategorier med låg frekvens under en gemensam rubrik "övrigt".
5. Rita ut axlarna. Gradera den vänstra vertikala axeln från 0 till det totala antalet data.
6. Rita in staplar för de olika kategorierna och namnge dessa.
7. Rita kategorierna med exempelvis högst frekvens, kostnad eller tid till vänster och fortsätt sedan med övriga i fallande storlek. Kategorin övrigt placeras oftast längst åt höger även om den inte har lägst frekvens/kostnad.

Om du vill:

8. Rita in och gradera den högra vertikala axeln från 0 till 100 procent. Försäkra dig om att de båda axlarna har matchande skalor. Räkna ut de olika kategoriernas andel av det totala antalet (i procent).

9. Rita en procentlinje en sk. kumulativ linje genom att addera summorna för varje kategori, stapel för stapel. Gå från vänster till höger och markera det ihopräknade värdet genom att rita en punkt över höger sida på varje stapel. Sammanbind därefter punkterna.
10. Tolka resultatet.

Exempel



Var kan jag hitta mer?

Kvalitet från behov till användning, *B.Bergman & B.Klevsjö. Studentlitteratur, Lund 1995*

Minnestrimmaren II, *M.Brassard & D.Ritter, Liber, 1994*

Snabbguide för kvalitetsförbättringar, *Västerbottens läns landsting, 1998*

Sju verktyg för kvalitetsförbättring, *A.Bolstad, Utbildningshuset, 1994*

Verktysglådan – En sammanställning av 21 verktyg för kvalitetsarbete, *Institutet för verkstadsteknisk forskning, 1993*

Linjediagram

Linjediagram, som ibland också benämns tidsseiediagram eller trend-diagram, är en bild som snabbt och överskådligt presenterar hur data förändras över tid. Se även sid 35.

Möjliga användningsområden

- Presenterar data grafiskt. ”En bild säger mer än tusen ord.”
- Visar hur värden förändras eller inte förändras över tid.
- Åskådliggör variationer.
- Följer utvecklingen och visar trender och mönster.

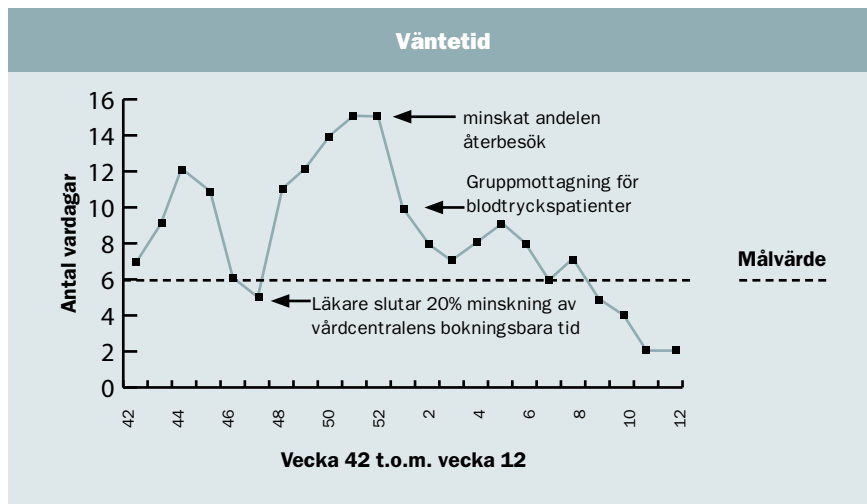
Tillvägagångssätt

1. Bestäm vad diagrammet ska visa och vilka data som behövs.
2. Välj den egenskap (variabel) som ska ritas in mot tiden.
3. Välj tidsintervall (veckor, datum etc.) och markera dessa för den period som ska studeras. Den horisontella axeln (x-axeln) är tiden.
4. Markera enhet och lämplig skala för den egenskap (variabel) du vill visa på den vertikala axeln (y-axeln).
5. Börja föra in informationen i diagrammet, rita en prick för varje (uträknat) värde. Sammanbind punkterna.
6. Ge diagrammet ett namn och märk även ut vad de båda axlarna beskriver.
7. Analysera resultaten. Kan man dra några slutsatser? Finns det några tydliga mönster eller tendenser?

Om du vill:

8. Rita in målvärdet i diagrammet, se exempel nedan.
9. Gör anteckningar till grafen i diagrammet exempelvis vid händelser av betydelse för tolkningen.

Exempel



Styrdiagram

Sätter man in en övre och en undre styrgräns i linjediagrammet blir detta ett styrdiagram. Styrgränserna är ett hjälpmedel för att kunna förstå och tolka olika typer av variation. Detta kan sedan ligga till grund för att avgöra om olika typer av åtgärder behöver sättas in eller ej.

Var kan jag hitta mer?

Kvalitet från behov till användning, *B.Bergman & B.Klevsjö, Studentlitteratur, Lund, 1995*

Snabbguide för kvalitetsförbättringar, *Västerbottens läns landsting, 1998*

Sju verktyg för kvalitetsförbättring, *A.Bolstad, Utbildningshuset, 1994*

Verktyslådan – En sammanställning av 21 verktyg för kvalitetsarbete, *Institutet för verkstadsteknisk forskning, 1993*

Att mäta för att veta, *Sveriges Kommuner och Landsting, 2005*

Multiröstning

Multiröstning är ett verktyg för att snabbt åstadkomma samförstånd om vad som är viktigt av ett antal faktorer eller problem. Detta görs genom systematisk rangordning av dessa. Resultatet ligger sedan till grund för beslut.

Möjliga användningsområden

- Identifierar de viktigaste faktorerna.
- Rangordnar faktorerna.
- Ger förutsättningar för likvärdigt deltagande i beslutsprocessen.

Tillvägagångssätt

1. Gör en lista över de problem eller lösningar som ska rangordnas. Använd gärna brainstorming.

2. Alternativ A

Vid ett stort antal alternativ, multirösta genom att fördela ett lämpligt antal röster per deltagare (vanligtvis mellan 20–25% av antalet punkter på listan). Rangordna de viktigaste alternativen. Vid exempelvis sex röster betecknar 6 det viktigaste och 1 det minst viktiga.

Alternativ B

Varje deltagare graderar genom att fördela en summa på 100 poäng mellan de olika alternativen. Hur värdet fördelas och mellan vilka alternativ är upp till individen.

3. Summera antalet poäng för de olika alternativen. De som fått flest poäng är de mest prioriterade.

Exempel Alternativ A

Gör en lista över de problem eller lösningar som ska rangordnas.

Vad är orsaken till de långa väntetiderna i väntrummet?

- A Flera patienter har fått samma tid.
- B Många jourfall
- C Kassan öppnar samtidigt som patienten ska vara hos läkaren.
- D Besöken tar längre tid än planerat.
- E Patienten kommer för sent, vilket leder till förskjutning av planerat tidsschema.

Varje medlem rangordnar problemen/lösningarna där i detta exempel 5 betecknar det viktigaste och 1 det minst viktiga.

Exempel Görans rangordning:

- A 3
- B 4
- C 2
- D 5
- E 1

	Göran	Lena	Fredrik	Axel	Liselotte	Summa
A	3	5	3	2	3	=16
B	4	4	5	3	4	=20
C	2	1	1	4	1	=9
D	5	3	4	5	5	=22 ←
E	1	2	2	1	2	=8

Alternativ D anses vara det största problemet.

Exempel Alternativ B

Gradera alternativens betydelse genom att fördela ett värde, mellan de olika alternativen, exempelvis 100 poäng.

	Göran	Lena	Fredrik	Axel	Liselotte	Summa
A	20	80			10	=110
B	10	10	55		30	=105
C	10		15			=25
D	50	5	25	100	60	=240 ←
E	10	5	5			=20

Alternativ D anses vara det största problemet.

Var kan jag hitta mer?

Minnestrimmaren II, M.Brassard & D.Ritter, Liber, 1994

Team – Mötestekniker, regler och roller

För att kunna förstå och förbättra vårdverksamheten är det nödvändigt att vi utvecklar vår förmåga att arbeta i team, över funktions- och professionsgränser. Många förbättringsverktyg förutsätter teamarbete, t ex flödesdiagram och brainstorming.

Teamsammansättningen är förstas beroende av uppgiften men för att förändringsarbetet skall bli så effektivt som möjligt kan följande frågor vara till hjälp när man sätter samman ett team.

- Har medlemmarna tillräcklig kunskap om förändringsområdet?
- Har vi representanter från alla områden som påverkas av problemet?
- Har vi representanter från alla enheter som på ett avgörande sätt berörs av och kan påverka resultatet?

För ett fungerande teamarbete krävs kunskap både om mötesstruktur och om förhållningssätt och gruppdynamik. Det finns olika tekniker för att genomföra effektiva möten. Exempel redovisas nedan men det finns också flera andra sätt. Om vi tillsammans sätter ramarna och kommer överrens om vilka mötesregler som ska gälla är det lättare att förstå vad som förväntas av oss på olika möten. Det väsentliga är att hitta en struktur som hjälper till att utnyttja mötestiden optimalt. Tid är en bristvara för de flesta! Använd den mötesteknik som passar i er grupp.

Mötesregler för effektiva möten

- Alla kommer och alla kommer i tid.
- Mötet börjar och slutar på bestämd tid.
- Kreativt klimat – vi skall inte döma varandra, utan samarbeta för att nå resultat som vi aldrig nått förr.
- Visa respekt för personerna på mötet och deras åsikter. Ge konstruktiv feedback.
- Tala i tur och ordning och låt alla komma till tals.
- Hur fattas besluten? – Ska det ske genom röstning eller i samförstånd?

Sju stegs mötesprocess

En metod för att få en fungerande process för mötet.

1. Tilldela roller
2. Klargör målet för mötet.
3. Gå kort igenom dagordningen, tidsätt de olika punkterna.
4. Arbeta igenom dagens uppgifter.
5. Summera mötet. Vad kan vi dra för slutsatser?
6. Gör dagordning och planera för nästa möte.
7. Utvärdera kort dagens möte
 - Vad gick bra?
 - Vad kan vi göra bättre nästa gång?

Olika roller i teamet

En del i stödstrukturen för effektivt teamarbete är att alla är delaktiga, bl a genom att var och en har ansvar för särskilda uppgifter eller områden. Även vid teammöten hjälper det att fördela ansvar genom att utse vissa roller. Vilka och hur många roller kan variera mellan olika team och uppgifter. Det viktiga är att det upplevs meningsfullt och inte hindrande för teamet.

Exempel på roller vid möten:

Ledare/Ordförande ser till att mötesordning följs, att diskussionen håller sig till ämnet och att alla kommer till tals.

Sekreterare/Dokumenterare för minnesanteckningar eller protokoll.

Tidhållare håller öga på klockan och påminner om tidsramar.

Om ett möte blir bra eller inte beror både på VAD som tagits upp och HUR detta skett. Ibland kan det vara en hjälp om någon i teamet tar på sig rollen att speciellt uppmärksamma hur teamet arbetar. Detta kan behövas särskilt om teamet är djupt involverat i ständigt återkommande sakdiskussioner. Men även annars är det viktigt att teamet utvärderar sina möten både ur ett innehålls- (VAD) och processperspektiv (HUR) som ett led i att ständigt kunna förbättra sitt arbete. Fördelning av roller för mötet fråntar givetvis ingen annan teammedlem ansvaret att aktivt medverka till ett konstruktivt möte.

Kommentarer till några ord och begrepp som är vanligt förekommande i material om kvalitets- och verksamhetsutveckling.

Syftet med denna ordlista är att peka på ordens användning och innebörd i kvalitetssammanhang. Den kan i vissa fall avvika något från den gängse betydelsen, så som orden används i vardagslag. Ordlistan gör inga anspråk på vetenskaplighet.

Förändra

Med förändring avses att göra saker på ett annat sätt än tidigare. Förändringen kan innebära att man ändrar i rutiner eller system. Att sluta göra något, som man gjort tidigare är också en förändring.

Förbättring

Att göra bättre innebär en förändring jämfört med nuläget. För att veta om det blir bättre, måste man alltså känna till nuläget och dessutom ha definierat vad som är den önskvärda utvecklingen.

Implementera

Ordet betyder förverkliga, installera och används ofta i kunskapssammanhang, t ex att implementera ny kunskap. Som läsaren av denna skrift nu har förstått sprids inte kunskap genom beslut eller ordergivning, utan genom ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete. Vi menar därför att ordet implementera förleder oss att underskatta svårigheterna i förbättringsarbetet.

Instrument

Hjälpmedel, se verktyg

Kund enligt QUL/USK

Den eller de verksamheten är till för. I en organisation finns det ofta olika kunder i olika steg och processer.

Kundfokus

Att se och organisera verksamheten för att underlätta för kunden.

Kvalitetssäkring

Säkra att kvaliteten når en förutbestämd nivå = sätta standard.

Kvalitetsutveckling / CQI (Continuous Quality Improvement)

Att ständigt förbättra den totala kvaliteten.

Mäta, mätning

Med mätning menar vi en aktivitet, som innebär att vi gör observationer (helst över tid) av en eller flera variabler. Mätningen resulterar i ett värde. Värdet används för att få ett mått på en process samt för att kunna mäta om förändringar, som prövas leder till förbättringar. Beroende på syftet med mätningen kan värdet/måttet vara av kvalitativ (vacker – ful) eller kvantitativ (numeriska tal) karaktär.

Mätningen visar ett värde vid en viss given tidpunkt eller period, som man bestämmer i förväg. Med mätningen får vi en dokumentation av hur det faktiskt är just vid mättillfället samt en möjlighet att lära inför framtiden. Uppföljning är ett begrepp som ligger nära mätning och som innebär att något granskas i efterhand.

Patientfokus

Se kundfokus.

Process (synonymer: förlopp, procedur, skeende, sekvens)

Process har blivit ett mycket använt och lite trendigt ord, särskilt inom kvalitetsområdet. Man måste dock uppmärksamma att det används i två diametralt motsatta betydelser, nämligen spontan process resp. planerad eller styrd process.

Inom t ex beteendevetenskaper används ordet process ofta i betydelsen av ett dynamiskt skeende som utvecklar sig spontant och med variation från gång till annan, t ex gruppprocess, utvecklingsprocess och mognadsprocess. Det handlar om naturliga processer som är delvis oförutsägbara.

Processer i samband med verksamhetsutveckling däremot avser en serie händelser som är väldefinierade och går att styra, kontrollera och upprepa. I QUL/USK definieras process som en *serie aktiviteter som förädlar en vara eller tjänst. Den har en väl definierad början och slut. Det måste alltid vara klart definierat vad processen skall ta emot, vad den skall åstadkomma, hur det skall ske samt vilka de förväntade resultaten skall vara.*

Processorienterad

Att en verksamhet är processorienterad innebär att man beskriver och organiserar verksamheten utifrån arbetsflöden och vad de ska åstadkomma, till skillnad mot att utgå från funktioner och vem som gör vad.

Begreppet ”vårdkedja” kan sägas vara ett uttryck för processorienteringen inom hälso- och sjukvården. Det används för att markera ett alternativt synsätt till det traditionella funktions- och specialitetsinriktade synsättet och syftar till att säkerställa kontinuiteten för patienten.

Vårdkedja är dock inget entydigt begrepp. Ibland avses främst den organisatoriska strukturen t ex kopplingen mellan olika enheter eller vårdgivare. Andra gånger syftar vårdkedja främst till flöden t ex patientströmmar eller informationsflöden. Begreppet vårdkedja kan alltså handla om såväl form som innehåll. För att undvika missförstånd är det säkrast att alltid klargöra vilken aspekt som avses.

System

Ordet system används i många olika sammanhang och i lite skiftande betydelse. Det kan dels avse någon form av helhet, ett nätverk eller samband, dels används det i betydelsen ”struktur” eller ”ordning och reda” med koppling till ”systematisk”.

Datasystem, kvalitetssystem och administrativa system är exempel på begrepp som omfattar innebörden av både helhet och ordning, men med tyngdpunkten på ordning och struktur.

När vi talar om systemtänkande eller systemteori är det helheten och sambanden som står i fokus. Ett system är en helhet vars delar (subsystem) agerar och interagerar med varandra och omgivningen. En förändring

i en del påverkar alltid helheten. Helheten är mer än summan av alla delarna. När vi talar om hälso- och sjukvården, organisationen eller samhället som system är det nästan alltid denna innebörd som åsyftas.

Systematisk

Med ett *systematiskt* tillvägagångssätt avser vi att det är planmässigt, ordnat, konsekvent och medvetet valt. En variation eller avvikelse kan också vara systematisk i den meningen att den är återkommande och inte tillfällig, dvs inte orsakad av slumpen.

Testa, test

Med test menar vi i förbättringssammanhang att praktiskt och under olika förhållanden pröva en förändring för att lära oss om det vi prövar leder till en förbättring. Vi prövar att göra på ett annat sätt än vi brukar.

I sjukvårdssammanhang talar vi ofta om tester i termer av laborietester, funktionstester etc, vilket med ovan givna definition skulle kallas att göra en mätning.

TQM (Total Quality Management)

Allt som görs för att ständigt förbättra alla processer i syfte att tillgodose och helst överträffa kundernas förväntningar. Hör nära ihop med Quality Management – fastläggande, utveckling och styrning av verksamheten för att uppnå största möjliga kundtillfredsställelse. Att skapa största möjliga kundvärde givet de resurser hela systemet förfogar över och att ständigt arbeta med att öka detta värde i en kultur som vilar på QUL:s grundläggande värderingar.

Uppföljning

Kontroll av vad som har gjorts.

Utvärdering

Analys och värdering av hur något har gjorts.

Verktyg

I denna skrift förekommer omväxlande ord såsom modell, metod, verktyg m.m. Ibland används orden nästan synonymt men oftast återspeglar de olika grader av konkretisering, från tanke till handling. Figuren nedan illustrerar detta.

Filosofi /Synsätt – Modell /Struktur – Metod – Verktyg – Åtgärd – Handling

Teori  Praktik

Filosofisätt att se, värderingar, tankevärld

Modellmönster, mall

Metodtillvägagångssätt, teknik, procedur

Verktygredskap, hjälpmedel

Åtgärd.....förfarande

Handlinggärning

Värde

En central fråga i kvalitetsarbetet gäller i vilken utsträckning det vi gör är värdeskapande. Tillför våra rutiner och handlingar något värde för någon (= kunden)? Om inte, så är de onödiga och kan tas bort.

Värderingar

QUL/USK:s 13 grundläggande värderingar finns på en flik längst bak i boken.

Lästips

Building Knowledge of Health Care as a System, P.Batalden och J.Mohr,
Quality Management in Health Care 1997, 5(3), 1–12

A Framwork for the Continual Improvement of Health Care, P.Batalden
och P Stoltz, The Joint Comission Journal on Quality Improvement 1993,
19:427–447

Quality from customer needs to customer satisfaction, B.Bergman,
B.Klevsjö, et al, Studentlitteratur, 2003

Sjukvårdens huvudprocesser – Budskap och verktyg, J.Striem, Landstings-
förbundet, 1997

Verklig kreativitet, E.de Bono, Brain Books AB, 1994

The Improvement Guide, Langly, Nolan, Nolan m fl Jossey Bass Publisher,
1996

Grundläggande värderingar

QUL baseras på tretton grundläggande värderingar som utgör kärnan i kundorienterad verksamhetsutveckling. De är kännetecknande för framgångsrika organisationers verksamhet.

Kundorientering

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde för dem som den finns till för – kunderna. De externa och interna kundernas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar skall vara vägledande för organisationen, dess medarbetare och verksamhet.

- Kund är den eller de som din organisation finns till för. Medborgaren är hälsovårdens huvudkund. Patienten är sjukvårdens huvudkund. För att säkerställa ett gott resultat för huvudkunderna måste även andra externa och interna kunders behov tillfredsställas. Kundorientering är ett förhållnings-sätt. Verksamheten ses ur kundens perspektiv. Varje medarbetare strävar efter att tillfredsställa sina kunders behov.

Engagerat ledarskap

För att skapa en kultur som sätter kunden i främsta rummet krävs ett personligt, aktivt och synligt engagemang från varje ledare. Ledarskapets viktigaste uppgifter är att ange riktningen för verksamheten, skapa förutsättningar för medarbetarna samt att i dialog med dem definiera och följa upp målen.

Allas delaktighet

En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Var och en måste därför se sin roll i helheten, ha klara mål, de medel som krävs samt kunskap om de resultat som uppnås.

Kompetensutveckling

Medarbetarnas kompetens är nödvändig för organisationens framgång och konkurrenskraft. Därför måste varje medarbetare ges möjlighet till förkovran och vidareutveckling på ett sätt som stärker såväl individen som organisationen i sin helhet.

Långsiktighet

Organisationens verksamhet måste värderas med tanke på utveckling och konkurrenskraft över tiden. Ett uthålligt förbättringsarbete leder till ökande produktivitet och effektivitet, bättre miljö, nöjdare kunder och varaktig lönsamhet på lång sikt.

- Organisationens verksamhet måste värderas med tanke på långsiktiga mål. En viktig förutsättning för detta är ett förtroendefullt samspel mellan den politiska nivån och verksamhetens företrädare.

Samhällsansvar

Varje organisation har ett samhällsansvar utöver lagar och förordningar. Organisationer och dess medarbetare

måste se sina processer, varor och tjänster som delar i en större helhet och aktivt medverka till förbättringar i både samhälle och miljö.

Processorientering

Organisationens verksamhet skall ses som processer som skapar värde för kunderna. Processorientering stimulerar till att analysera och förbättra arbetsflöden och arbetsorganisation, och lägger grunden för kundorienterad verksamhetsutveckling.

Förebyggande åtgärder

Det är lönsamt att förebygga fel och ta bort risker i processer, varor och tjänster. Framsynthet, förutseende och planering är nyckelord i förbättringsarbetet där även kunder och leverantörer skall engageras.

Ständiga förbättringar

Konkurrenskraft kräver ständiga förbättringar och förnyelse av alla verksamhetens delar. Förutsättningen för detta är ett metodiskt förbättringsarbete som genomsyrar organisationen och en kultur som stimulerar till kreativa förslag och nya idéer.

- En organisation som finansieras med offentliga medel måste visa att den skapar mervärde för patienter och medborgare.

Lära av andra

För att kunna vidareutvecklas måste organisationen och dess medarbetare på alla områden skaffa sig ny kunskap om vad som är möjligt att uppnå och hur detta kan uppnås. Detta kräver jämförelser med dem som är bäst på en viss process, oavsett vilken bransch eller sektor de tillhör.

Snabbare reaktioner

I alla verksamheter är kortare svarstider, kortare ledtider och snabbare reaktioner på kundernas behov av avgörande betydelse. Det gäller såväl för utveckling, produktion och leverans av varor och tjänster, som för administrativa processer.

- Organisationen bör reagera snabbt på kundernas behov och omvärldens krav. Det innebär inte att patienter alltid bör behandlas på kort tid.

Faktabaserade beslut

Beslut måste byggas på dokumenterade och tillförlitliga fakta. Varje medarbetare måste inom sitt arbetsområde få möjlighet att mäta och analysera fakta av betydelse för att uppfylla sina mål och för att tillfredsställa sina kunder.

Samverkan

Samverkan är ett nyckelbegrepp i varje framgångsrik organisation. Det är väsentligt att genom samverkan kombinera många kompetenser såväl hos medarbetare som hos kunder, leverantörer, partners, ägare och huvudmän.

- Processer överskrider nästan alltid organisatoriska gränser. Samverkan innebär samarbete mellan människor inom och mellan enheter, men även utanför sjukhusets väggar.

gör och lär

Syftet med rapporten Gör och Lär är att lyfta fram och beskriva vad Förbättringskunskap är. Skriften tar även upp ett antal metoder och verktyg för verksamhetsutveckling. Det som är gemensamt för dem alla är att de på olika sätt knyter an till och återspeglar de synsätt och värderingar som Förbättringskunskapen bygger på.

Gör och Lär är avsedd som en introduktion och gör varken anspråk på att vara heltäckande eller vetenskaplig.

ISBN 91-7164-126-2



Sveriges
Kommuner
och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50

info@skl.se, www.skl.se

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan