

# Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården

För att lyckas med förändringar kan man ta hjälp av landvinningar från flera vetenskaper som samlas under benämningen förbättringskunskap. Medarbetare som får möjlighet att lösa problem påbörjar ett lärande som skapar förståelse för verksamheten och för hur den ständigt kan förbättras. Test i liten skala utgör länken från en god idé till en realiserad förbättring.

JOHAN THOR

ST-läkare, Master of Public Health, Huddinge Universitetssjukhus, forskarstuderande vid Medical Management Center, Karolinska institutet, Stockholm ([johan.thor@dir.hs.sll.se](mailto:johan.thor@dir.hs.sll.se))

II Sjukvården präglas av förändring vad gäller såväl dess metoder som dess driftsformer och förutsättningar i samhället. Samtidigt omdanas också själva förändringsföreteelsen. »Change is not what it used to be«, som Charles Handy uttryckt saken [1, 2]. Genom systematiskt förbättringsarbete kan läkare och andra medarbetare i vården lära i den kliniska vardagen och samtidigt utveckla verksamheten. Många debattörer i dagens sjukvård diskuterar emellertid förändringströtthet som ett växande problem. »Personalen är trött på alla förändringar under de senaste åren«, påstås det. Å andra sidan är det nog många som också är trötta på att allting är som det alltid har varit och inte förbättras tillräckligt fort. Hur kan dessa båda förhållanden råda samtidigt?

## Multidisciplinär modell

En förklaring kan vara att man inte alltid genomför förändringar så att de verkligen medför förbättringar i verksamheten. Berwick klargör att »Not all change is improvement, but all improvement is change« [3]. Hur åstadkommer man då förändringar som också innebär förbättringar? Här finns stöd att hämta från det område som benämns förbättringskunskap. Det bygger på landvinningar inom flera vetenskapliga discipliner och kan sammanfattas i fyra komponenter [4, 5] (Fakta 1). För att hitta relevanta förbättringsidéer och kunna genomföra dem på ett framgångsrikt sätt behöver man dessutom förståelse för det område man vill förbättra. Därför bör man kombinera förbättringskunskap med professionell kunskap, vilken i vården utgörs av den

traditionella kunskapsmassa vi tillägnar oss genom utbildning och praktik [6].

Ett sätt att tillämpa förbättringskunskap i praktiken är att identifiera och lösa avgränsade problem i verksamheten [3, 7] enligt Nolan och medarbetares förbättringsmodell [8, 9]. Modellen består av tre grundläggande frågor och en metod, PDSA-cykeln (Plan-Do-Study-Act), för att testa och utveckla förändringar (Figur 1). Modellen erbjuder struktur och stabilitet när vi genomför förändringar, vilket den följande beskrivningen avser att illustrera. Första frågan i modellen hjälper oss att fastställa målet med förbättringsarbetet. Utan ett tydligt mål är det omöjligt att arbeta systematiskt med förbättring.

## Process som förbättringsobjekt

För att identifiera väsentliga förbättringsområden och mål som rör sjukvårdens huvuduppgift, att vårda patienter, kan det vara användbart att utgå från verksamhetens vårdprocesser [10, 11]. De beskriver patienternas väg genom vården vid olika tillstånd, såsom höftfraktur eller sviktande njurfunktion [12]. Processen utgörs av den serie aktiviteter vi utför då vi tar hand om patienterna. För en patient med höftfraktur omfattar processen således alla aktiviteter från första omhändertagandet på akutmottagningen (eller kanske redan i hemmet), via röntgendiagnostik och operation fram till färdig rehabilitering.

Problem i processen utgör hinder för en god vård för patienterna och innebär ofta även svårigheter för medarbetarna. Det kan gälla lång väntan på nybesök eller omhändertagande på akutmottagningen, strukna operationer, för sent anläggande av AV-fistel inför dialysstart, bristande tillgång till information om vad som gjorts, eller vad som planeras.

För att kunna sätta ett mål för den förbättring man vill åstadkomma behöver man veta hur utgångsläget ser ut. Hur

lång är väntetiden till nybesök? Hur många operationer stryks? Genom att klarlägga situationen med hjälp av fakta kan man sedan formulera målet tydligt: »Den genomsnittliga väntetiden till mottagningen ska halveras från 8 till 4 veckor« eller »Andelen strukna operationer ska minska till högst 5 procent per vecka«. När man kommit så långt har man även besvarat den andra frågan i modellen, nämligen hur man ska mäta över tiden för att se effekterna av sina förändringar och avgöra om utfallet är det önskade [13].

## Samverkan av olika kompetenser

Vem ska identifiera och lösa problemen? Ett vanligt påstående i sjukvårdsdebatten är att »det behövs ett starkare ledarskap«. Vad är det detta starkare ledarskap förväntas åstadkomma? Resultaten av det är väl en sjukvård som bättre förmår tillämpa och utveckla metoder för diagnostik, behandling och prevention till gagn för människors hälsa, en vård som »håller kostnaderna nere« och en vård där människor trivs med sitt arbete och inte blir utbrända eller dör i förtid.

Men hur ska en ensam ledare förmå utveckla hela verksamheten, med ibland hundratals medarbetare? Svaret är enkelt: Det går inte. Därför måste ledaren ta hjälp. Tursamt nog finns mycken god hjälp att få på nära håll. De egna medarbetarna utgör en enorm resurs, redan anställda och väl förtrogna med hur allting fungerar, för att förbättra och utveckla verksamheten, om de bara får möjlighet till det. Ledarens uppgift blir då att skapa förutsättningar för medarbetarna att hjälpa till [14, 15]. Det kanske inte ger samma adrenalinkick som att själv vara ute och »släcka bränder«, men det finns stora möjligheter att så småningom få vara med och skörda frukterna av ett systematiskt förbättringsarbete som genomförts med stor delaktighet för medarbetarna [16].

Dagens vård har, åtminstone på sjukhus, blivit så komplex att många medarbetare med olika kompetens måste samverka för att ta hand om en patient. Denna komplexitet medför att ingen enskild medarbetare, eller chef, känner till hur vården går till i alla steg. Genom att sätta samman team av medarbetare ur olika berörda yrkesgrupper, från berörda avdelningar och mottagningar, kan man

## II Fakta 1

### Förbättringskunskapens komponenter

1. Systemförståelse, att söka se kopplingen mellan enskilda aktiviteter och helheten.
2. Psykologi, särskilt om gruppdynamik och samverkan, om motivation, konfliktlösning och kreativitet.
3. Vuxet lärande, som baseras på egen erfarenhet, observation och reflektion.
4. Förståelse för variation i processer med hjälp av statistiska metoder.

däremot åstadkomma en samlad detaljkunskap om hur vården bedrivs längs en hel process.

### Ökad kunskap och delaktighet

När sådana team får i uppgift att identifiera och lösa problem med tillämpning av förbättringskunskap påbörjas ett lärande som leder till ny förståelse för verksamheten och hur den kan förbättras [17-19]. Samtidigt sår man frön till delaktighet och förankring bland medarbetarna. Lärande och delaktighet kommer av att man skapar gemensamma bilder av sin process och av det problem man ska lösa. För att kunna hitta lösningar till problemet behöver man kartlägga dess bakomliggande orsaker. Enligt den så kallade Pareto-principen är inte alla orsaker till ett problem lika betydelsefulla, utan ett litet antal orsaker dominerar. I praktiken kan det här innebära att ett team identifierar 50-100 tänkbara orsaker till lång väntetid för nybesök, varav 5-10 stycken är helt dominerande. När man identifierat dessa »vitala få« orsaker, med hjälp av tankearbete och faktainsamling, kan man med större träffsäkerhet besvara den tredje frågan i förbättringsmodellen – hur ska vi förändra?

### Problemanalys en nödvändig grund

Det kan förefalla självklart att man ska söka efter förändringar som verkligen leder till förbättring, men det är förvånande hur lätt det är att falla in i ett symptomfokuserat tänkande. Det kännetecknas av lösningar som inte utgår från en ordentlig analys av problemet utan som begränsar sig till försök att åtgärda dess mest uppenbara symptom. Man kan exempelvis tro att lösningen på problemet med långa väntetider till nybesök är att skaffa fler doktorer och att uppmana inremitterande att skriva mer adekvata remisser, när kanske grundorsakerna i

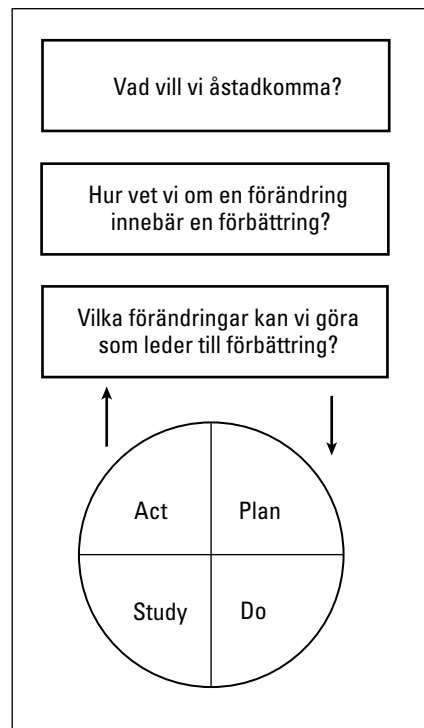
själva verket är brister i den egna schemalaggnings- och rutinerna för remissbedömning. Sådant upptäcker man först om man analyserat orsakerna, och funnit att man faktiskt har fler nybesökstider i schemat än antalet nya remisser, och visat att >95 procent av remisserna är fullständiga och med adekvat indikation.

En annan varningssignal är när man får fram lösningar som bygger på att någon – helst någon annan – ska »skärpa sig«. Sådana lösningar tenderar att inte hålla i längden. Detta hänger samman med en av systemtänkandets principer: »Every system is perfectly designed to achieve the results it achieves« [3]. Systemets prestanda – uttryckt exempelvis som väntetiden på akutmottagningen eller andelen patienter med adekvat antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer – är en inneboende egenskap i systemet. Önskar man bättre prestanda – kortare väntetid och större andel med adekvat medicinering – måste man förändra systemets utformning. Det räcker inte långt att enbart be folk skärpa sig inom ramarna för systemets nuvarande utformning.

### Kreativt tänkande för lösningar

Hur ska man ta fram åtgärdsförslag med större potential för att lösa ett problem? Med grunden i en faktabaserad problemanalys kan man hitta lösningar på flera sätt, inte minst genom enkelt logiskt tänkande. Om vi kan visa att remissbedömning endast görs var 14:e dag och att detta fördröjer nybesöken blir en uppenbar lösningssida att bedöma remisser oftare, kanske dagligen. Vidare kan man utnyttja allmänna förändringsmodeller som finns beskrivna i litteraturen [9, 20]. För att få fram ännu mer nydanande idéer, eller anpassa en generell modell till den egna situationen, kan man också använda tekniker för kreativt tänkande som utvecklats inom de kognitiva vetenskaperna. Plsek visar hur vi kan tänka kreativt genom att tillämpa tre grundprinciper: mental uppmärksamhet på problemet, flykt från givna tankemallar, och rörelse mot ett nytt sätt att arbeta [21].

Kreativa idéer kan kännas igen på att de ofta lockar till skratt när de först kläcks. Det är viktigt att inte vifta bort sådana idéer utan att fånga upp och bearbeta dem till dess man hittat en form som passar i den egna verksamheten. Bra förändringsidéer kännetecknas av två egenskaper: de har god potentiell effekt på problemet, och de är möjliga att genomföra i praktiken. En lösningssida som inte fungerar i praktiken löser inte problemet, hur bra den än ser ut »på papperet«. Det avgörande testet för en idé



Figur 1. Nolans och medarbetares förbättringsmodell.

kommer således när man provar den i verkligheten.

### Kontinuerliga test av förändringen

PDSA-cykeln erbjuder en form för att prova förändringar i liten skala, utvärdera hur det gick, reflektera och dra lärdom för att sedan modifiera och införa eller prova förändringen igen i större skala. Genom att först testa i liten skala, exempelvis med en doktor eller sköterska under en vecka, minimerar man risken att genomföra förändringar som inte fungerar, eller kanske rentav har negativa konsekvenser. Om det blir uppenbart vid ett test att en ny rutin medför en omöjlig arbetssituation för någon medarbetare kan man modifiera arbetssättet så att det fungerar innan man bestämmer sig för ett införande. Så håller man på tills man nått sitt mål. Under resans gång lär man sig såväl hur den egna verksamheten fungerar som hur man kan förbättra den.

Småskaliga test medför också att tröskeln för förändring blir lägre. Man vänjer sig vid att kontinuerligt testa idéer och vaska fram sådant som fungerar bra, och minskar därmed risken att fastna vid »ritbordet« i planering och analys.

### Tid och stöd en förutsättning

Framgång i förbättringsarbetet förutsätter att medarbetarna får tid och stöd för att delta. Utan sådant stöd är det svårt att lyckas i längden, eftersom trycket från övriga uppgifter då lätt tar överhanden. Det måste således finnas en vilja – inte

minst på ledningsnivå – att arbeta systematiskt med förbättring i organisationen för att man ska lyckas. Det finns samtidigt en fara i att anamma nya metoder okritiskt [22]. För att åstadkomma bästa möjliga hälsa är det dessutom viktigt att utvärdera både sjukvårdens innehåll och själva kvalitetsarbetet, så att man hittar möjligheter till förbättring [23-25].

Idag finns kunskap om hur man kan tillämpa förbättringskunskapen mer effektivt, så att man tillvaratar medarbetarnas kompetens för att lösa viktiga problem och samtidigt hushållar med deras tid [26]. Bland tillvägagångssätten kan nämnas att definiera problem utifrån patientens perspektiv; att använda en utomstående facilitator [27] – en oberoende person som inte direkt arbetar i processen och som fokuserar på att ge metodstöd i förbättringsarbetet; att begränsa sin dattainsamling, exempelvis med genomtänkta stickprov; samt att kontinuerligt informera medarbetare som inte ingår i själva teamet om hur arbetet framskrider.

## Processledning under utveckling

Processledning – ett systematiskt sätt att organisera, leda och ständigt förbättra verksamhetens processer – är ett sätt att arbeta med dessa syften, vilket Huddinge Universitetssjukhus prövat och utvecklat sedan 1997. Över 600 medarbetare, ur alla yrkesgrupper, har ingått i de drygt 25 team som med facilitatorstöd kartlagt utvalda verksamhetsprocesser och sedan genomfört ett eller flera förbättringsprojekt i samverkan med ansvariga chefer. På knappt fem år har de initierat drygt 100 sådana projekt, exempelvis för att minska viktiga ledtider i vården eller förbättra informationsöverföringen mellan olika aktörer i vårdkedjan, ytterst för att göra »rätt sak, för rätt patient, i rätt tid, på rätt sätt«.

Kvalitetsfrågorna har kommit för att stanna i sjukvården [28]. Institute of Medicine i USA har nyligen påtalat behovet där av att avsevärt förbättra sjukvården inom följande sex områden: säkerhet, ändamålsenlighet, patientcentrering, vård i rätt tid, effektivitet, och jämlikhet [29, 30]. Flera nyligen genomförda undersökningar visar att området ledning och verksamhetsutveckling i sjukvården inte är tillfredsställande tillgodosett av forskning och utbildning i Sverige [2]. Såväl Landstingsförbundet som Socialstyrelsen har också påtalat behovet av utveckling på dessa områden. Karolinska institutet etablerar nu forskning och utbildning med dessa syften vid Medical Management Center.

## Minska lidande viktigaste målet

En aktuell förändring i sjukvården är det ökande inslaget av marknadsmodeller

och konkurrens. Den viktigaste tävlan av alla gäller väl dock att finna de bästa sätten att minska det mänskliga lidande som orsakas av sjukdom och skador? Kunskap om effektivt förbättringsarbete baserat på lärande finns väl beskriven, men vi skulle behöva tillämpa den mer i svensk sjukvård. Det är svårt att finna bra alternativa angreppssätt för att göra vården roligare att jobba i och bättre att vara patient hos. Man kan bara hoppas att många snart kan säga som det stod på en T-shirt i New Yorks folkvimmel härom året, i en mångtydig parafra på slogan från ett känt sportutrustningsföretag: »Just did it!«

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

- Rapport 2000-12-04. Utredning om Medical Management. Stockholm: Karolinska institutet. URL: [http://info.ki.se/ki/organisation/cmi/pdf/mm\\_slutrapport\\_20001204.pdf](http://info.ki.se/ki/organisation/cmi/pdf/mm_slutrapport_20001204.pdf)
- Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996;312:619-22.
- Berwick D. Improving as science. In: Blumenthal D, Scheck A, editors. *Improving clinical practice: Total quality management and the physician*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995:3-24.
- Batalden PB, Nelson EC, Roberts JS. Linking outcomes measurement to continual improvement: The Serial »V« way of thinking about improving clinical care. *Jt Comm J Qual Improv* 1994 ;20:167-80.
- Langle G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.
- Striem J. Sjukvårdens huvudprocesser: budskap och verktyg. Stockholm: Landstingsförbundet; 1997.
- Fehrman-Ekholm I, Thor J. Processledning förbättrade rutiner och förenklade dialysstarter. *Läkartidningen* 2000;97:5920-2.
- Nelson EC, Splaine ME, Godfrey MM, Kahn V, Hess AM, Batalden P, et al. Using data to improve medical practice by measuring processes and outcomes of care. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26:667-85.
- Brommels M. Solister i kör? Om ledarskapsuppgiften i sjukvården. I: Sjör G, Lindquist L, Carlsson IM, red. *Så är det bara ... Om läkares ledarskap, yrkesroller och arbetsvillkor på Akademiska sjukhuset*. Uppsala: Akademiska sjukhuset; 1998.
- Senge PM. *Den femte disciplinen. Den lärande organisationens konst*. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag; 1996.
- Argyris C. Teaching smart people how to learn. *Harvard Business Review* 1991;69:99-109.
- Andreen Sachs M, Svensson C, Synnerman JE, Olsson J. Traditionellt förbättringsarbete räcker inte! Patientfokus kräver modern, lärandestyrd utveckling. *Läkartidningen* 2000;97:3380-3.
- Landstingsförbundet. *Genombrott – att korta köer och väntetider till och inom hälso-*

och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet; 1998.

- Plek P. Innovative thinking for the improvement of medical systems. *Ann Intern Med* 1999;131:438-44.
- Arnetz B, Peterson O. Verksamhetsutveckling inom vården: Industrins modeller sällan anpassade. *Läkartidningen* 1997; 94:1467-8.
- Nilsson G, Bring J. Kvalitetssäkra kvalitetsarbetet! Undermåliga grunddata kan helt snedvridda resultaten. *Läkartidningen* 1999;96:494-7.
- Øvretveit J. Metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar. Lund: Studentlitteratur; 2001.
- Alemi F, Moore S, Headrick L, Neuhauser D, Hekelman F, Kizys N. Rapid improvement teams. *Jt Comm J Qual Improv* 1998;24:119-29.
- Kimberly JR, Minvielle E, editors. *The quality imperative. Measurement and management of quality in healthcare*. London: Imperial College Press; 2000.
- Adolfsson LE. Grunden för sjukvårdens kvalitetsarbete – ordning eller kaos? *Läkartidningen* 2001;98:4084.

I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://larkiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.