

den är ofta lättare att först se hos andra än hos sig själv.

Ett allmänt intryck är att medicinsk kvalitetsrevision i psykiatri har mött stort intresse inom professionen. Erfarenheten från de reviderade klinikerna tyder på att revisionen möter ett behov och att den struktur som används är väl förankrad, belyser de för patienten relevanta frågorna utifrån ett behovsperspektiv samt möter de för professionen angelägna kunskapskraven. Detta arbetssätt skapar förutsättningar för en dynamisk utveckling inom fältet medicinsk kvalitet, där en kollegial vägledning på ett positivt sätt kan initiera en utvecklingsprocess.

Efter denna projektperiod återstår en rad frågeställningar som för närvarande diskuteras med MKR rörande bl a framtida organisationsform, ersättningsfrågor och, inte minst, betydelsen för den fortsatta kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Referenser

1. Kvalitetssystem i hälso och sjukvård – förslag till nationell strategi; SOSFS 1996:24.
2. Bergström I, Hanson J. Konferensrapport. Nytt revisionssystem för psykvården i Frankrike. Läkartidningen 1998; 95: 64-6.
3. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer från Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds kvalitetsråd. Svensk Medicin 1993; 93: 1813.
4. Román G. Göra rätt saker eller göra saker rätt? Svår balans i klinisk revision av psykiatrisk vård. Läkartidningen 1999; 96: 610-2.
5. Calltorp J. Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val! Öppen redovisning utmanande men ofrånkomlig. Läkartidningen 1999; 96: 2566-8.
6. Medicinsk kvalitetsutveckling – riktlinjer och synpunkter. Svensk Medicin 1995; 47: 27-30.
7. Medicinsk kvalitetsutveckling – riktlinjer och synpunkter. Svensk Medicin 1996; 52: 24-6.
8. Medicinsk kvalitetsrevision 1996. Svenska Läkaresällskapet och Spri. Svensk Medicin 1996; 52: 30-41.
9. Klinisk revision av psykiatrisk vård. Sprirapport 459/1997.

Summary

Medical revision of psychiatric clinics

Leif Lindqvist, Göran Björling, Karl-Otto Svärd, Jerker Hansson, Anna Åberg Wistedt

Läkartidningen 2000; 97: 3376-80

Results from medical revision of eight psychiatric clinics show that the points of view of »outsiders» can be of help to improve routines and procedures.

Correspondence: Leif Lindqvist, Psykiatriska kliniken, Centrallasarettet Luleå–Boden, SE-961 85 Boden, Sweden.

E-mail: leif.lindqvist@nll.se

Traditionellt förbättringsarbete räcker inte!

Patientfokus kräver modern, lärandestyrd utveckling

Den medicinska utvecklingen under gångna årtionden kan med fog sägas ha varit explosionsartad. Kunskapsstillväxten och de teknologiska landvinningarna har möjliggjort att allt fler sjukdomsdrabbade individer – tidigt i livet liksom sent – idag kan erhålla livräddande och livsuppehållande behandling som inte var tänkbar igår. Det handlar om nya och effektivare läkemedel, om minimalinvasiva kirurgiska och andra ingrepp, om möjligheter att ersätta icke-fungerande organ och vävnader genom transplantation eller att förhindra sjukdom genom genterapi m m. Listan kan göras hur lång som helst.

Forskare inom medicinen och intilliggande vetenskaper har, i nära samarbete med kliniskt verksamma läkare, sjuksköterskor och övriga yrkesverkamma inom vården, åstadkommit denna utveckling. Och allt talar för fortsatt ännu snabbare utveckling av medicinsk kunskap och teknologi (se t ex Läkartidningens serie Vision 2000 i nr 36, 38-44, 46, 48 1999!).

Sammantaget har den medicinska utvecklingen, liksom samhällsutvecklingen i övrigt, åstadkommit de stora förändringar vi hittills sett i hälso- och sjukvården. Likafullt vill vi påstå att förändringstakten måste fortsätta att öka. Det går dock inte längre med de traditionella metoderna. Vi måste utveckla helt nya angreppssätt.

Även om vi inom vården i vissa stycken har varit snabba med att anamma nya metoder – ibland kanske alltför snabba – så har vi samtidigt också varit dåliga på att rensa ut förlegade metoder och systematiskt införliva ny kunskap, eller med andra ord: göra vården mer kunskapsbaserad.

Gapet mellan »det vi vet och det vi gör», dvs i vad mån denna nya kunskap fått genomslag i praxis och i ändrade, mer ändamålsenliga rutiner som kommer alla patienter till godo, har ökat under senare år [1, 2]. Detta gap handlar inte bara om medicinskt och teknologiskt innehåll, utan också om omvårdnad och service, liksom om organisationsformer och arbetssätt.

Varje verksamhet måste utveckla bättre strategier och angreppssätt för att minska dessa gap. De som inte klarar detta på ett bra sätt förlorar förtroende

Sammanfattat

- Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under senare år. Allt talar för fortsatt ännu starkare förändringstryck mot sektorn.
- Det traditionella sättet att förändra vården måste därför kompletteras med ett modernt, lärandestyrt förbättrings- och utvecklingsarbete som präglas av tydlig patientfokusering, systemsyn och systemförståelse samt ett ständigt pågående förbättringsarbete i små korta test- och lärcykler.
- De förändringar som faktiskt visar sig leda till förbättringar införs som nya rutiner i verksamheten.
- Ett lärandestyrt förbättringsarbete förutsätter tydlighet beträffande vad man vill uppnå, målet, samt ett engagerat och kulturskapande ledarskap.

Författare

MAGNA ANDREEN SACHS
docent, chefläkare, HSN-staben,
Stockholms läns landsting

CARINA SVENSSON
projektledare, Hälso- och sjukvårdsavdelningens utvecklingsenhet, Landstingsförbundet, Stockholm

JAN-ERIK SYNNERMAN
projektledare, hälso- och sjukvårdsavdelningens utvecklingsenhet, Landstingsförbundet, Stockholm

JESPER OLSSON
doktorand, institutionen för konstruktions- och produktionsteknik, avdelningen för kvalitetsteknik, Linköpings universitet (tillika projektledare vid Memenet AB, IPF, Uppsala universitet).

hos allmänhet och politiker och undergräver på sikt sin egen existens. Utveckling av »gapminskande» strategier och angreppssätt, som fortfarande befinner sig i sin linda inom svensk hälso- och sjukvård, kallar vi modernt utvecklings- och förbättringsarbete [3].

Nya kunder – andra förväntningar

Modernt utvecklings- och förbättringsarbete bärs upp av idén om kundens – i hälso- och sjukvårdens fall framför allt patientens – centrala roll. En tydlig kundfokusering innebär en medveten strävan att verkligheten ta reda på, förstå och planera verksamheten utifrån kända och presumtiva kunders behov och önskemål [4, 5]. En annan hörnsten är system- och processtänkandet, dvs helhetsperspektivet på organisationen. Det är inte de enskilda delarna som åstadkommer resultaten – det är helheten, systemet, som gör det.

Dagens och morgondagens kunder inom hälso- och sjukvården har förväntningar långt utöver gårdagens. De förväntar sig inte bara att få den senaste, evidensbaserade vården. De tar de faktiskt för givet! Liksom de tar för givet att vården är säker, dvs utan fel och misstag! De förväntar sig också – och kommer med stöd av partiövergripande politiska ambitioner om ökad valfrihet att kräva – individuellt anpassade tjänster, tillgänglighet på egna villkor samt tydlig information om kvalitet, sannolikt utfall och eventuella risker med den aktuella behandlingen. Inte minst förväntar de sig

delaktighet i de beslut som rör den egna diagnostiken och behandlingen [6].

Förbättringskunskap en nödvändighet

För att möta dessa nya förväntningar krävs förmåga att på ett radikalt mycket effektivare sätt än hittills, inom ramen för det dagliga arbetet, driva ett ständigt utvecklings- och förbättringsarbete. Detta i sin tur förutsätter specifik kunskap utöver den som av tradition förvärfas i grund- och vidareutbildningar, nämligen s k förbättringskunskap [7].

Denna kunskapsmassa ger förståelse för ett systematiskt, lärandestyrkt arbetsätt där mått och mätande, liksom tillgång till underlättande och stödjande metoder och verktyg, är viktiga ingredienser [8-10].

Lärande versus inläring

Kärnan i detta moderna sätt att arbeta med utveckling och förbättring är lärandet, vilket i sin tur är centralt i den lärande organisationens teorem [11-14]. Begreppet lärande skall skiljas från inläring som avser inhämtande av på förhand givna fakta, varvid målet med inläringen är känt från början. Traditionell pedagogisk litteratur behandlar framför allt olika metoder att underlätta individuell inläring. Med lärande avses däremot en individs, en grups eller en organisations förmåga att bygga ny kompetens genom att pröva olika handlingsalternativ för att lösa en uppgift, reflektera över händelseförlopp och resul-

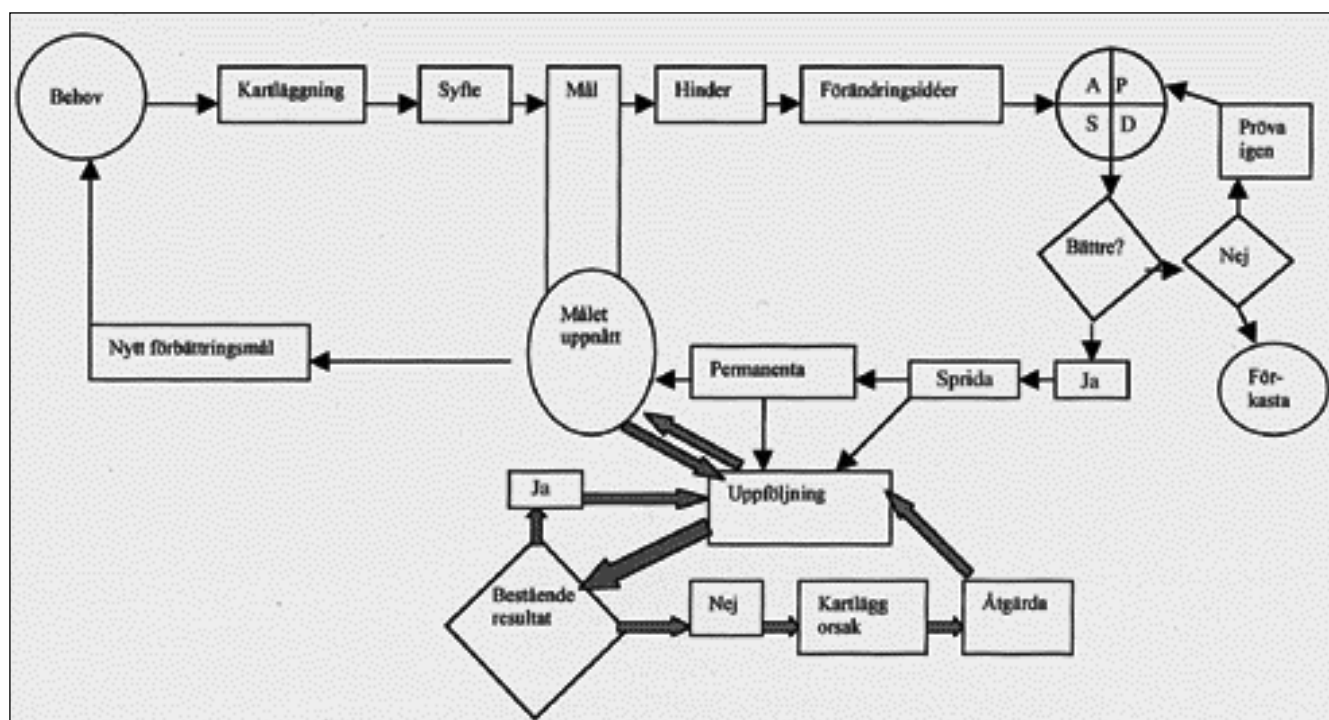
tat samt integrera dessa erfarenheter och det man lärt sig i sitt fortsatta handlande.

Det moderna förbättringsarbetet är på samma sätt lärandestyrkt. Genom att systematiskt testa tänkbara, förbättrande förändringar i liten skala och reflektera över resultatet med hjälp av s k PlanDoStudyAct (PDSA)-cykler, tar man ställning till huruvida förändringen gick att genomföra, om den ledde till önskvärd förbättring och om eventuella oförutsedda effekter uppstod och i så fall vilka. I den lärande organisationen är det därför mer tillåtet att pröva nya saker, och därmed också att göra fler misstag, än i den traditionella organisationen. Vem har inte någon gång sagt: »Man lär genom sina misstag»? Det gäller bara att inte göra misstagen så att de får för stora eller allvarliga, negativa konsekvenser. Självklart talar vi här inte om ett medicinskt experimenterande med patienter.

Medicinsk forskning och kliniska prövningar följer och skall följa strikta regler, vilka i sig är en kvalitetsgaranti för patienterna. Denna forskning kommer att fortsätta att spela en central roll i hälso- och sjukvården inom ramen för den vetenskapliga utvecklingen. Vi måste dock i ökande utsträckning komplettera med lärandestyrningens principer.

Begreppet läkekonst utgör ett närliggande exempel på hur lärandestyrning i praktiken redan används i sjukvården. I behandlingen av en individuell patient kompletterar vi vetenskaplig kunskap om den specifika sjukdomen och dess behandling genom att

Figur 1. Processen i ett systematiskt ständigt förbättringsarbete. Storleken på figurerna speglar inte tidsåtgången för respektive moment.



försiktigt pröva oss fram, steg för steg – testa – med uppmärksamhet på effekter och reaktioner. Vi kan på så sätt beakta en rad faktorer som är unika för just den patienten och den lokala behandlingsmiljön och som således inte kunnat lösas med enbart forskningsansats.

Modernt utvecklings- och förändringsarbete handlar mycket om att klä detta arbetssätt i ord, tillämpa det mera medvetet och systematiskt än hittills och ge det den status det förtjänar som komplement till traditionellt vetenskapligt arbete [15].

Skälet till varför det moderna, lärandestyra, förbättringsarbetet lämpar sig väl för hälso- och sjukvården är att hälso- och sjukvården som system är oerhört komplext. Det är därmed i det närmaste omöjligt att helt förutse effekter av vidtagna förändringar eller genom beslut på en nivå påverka attityder och beteenden på en annan. Reaktionsmönstren är icke-linjära [16].

Många av de stora organisatoriska och strukturella förändringar som gjorts i hälso- och sjukvården under det senaste decenniet hade måhända mått bra av att utvecklas i ett systematiskt lärandestyrt förbättringsarbete, dvs genom småskaligt testande. Då hade energikrävande, storskaliga förändringar med tveksam effekt beträffande verkliga förbättringar för patienterna kunnat undvikas eller omformas för att bättre passa syftet [17, 18].

Förbättringsarbete är en process i sig

Spännande forskningsresultat uppstår i sällsynta fall av en slump, men bestående systemförbättringar i så komplexa verksamheter som hälso- och sjukvård inträffar aldrig slumpartat. Förbättringar i sådana system och processer är resultat av ett målmedvetet, ut hålligt – inte sällan tålmodsprövande – systematiskt förändringsarbete. Systematiken framträder dels i det strukturerade arbetssättet, dels i det faktum att förbättringsarbetet är en del av organisationens långsiktiga utvecklingsstrategi [19, 20]. Det har blivit alltmer populärt att tala om processerna i vården. Det vill säga de aktiviteter som leder fram till de resultat som vården åstadkommer.

Förbättringsarbetet kan också beskrivas som en process. I Figur 1 åskådliggörs översiktligt stegen i denna process. De kan verka många och självkla-



Skeppet Vasa testades aldrig i liten skala, innan det sjösattes för att ganska omgående kantra och sjunka. Betydelsen av att testa småskaliga modeller innan stora förändringar »sjösätts» är något sjukvården borde tänka på.

ra och, tycker kanske någon, till och med onödiga. Till yttermera visso kan varje steg i sig ses som en delprocess, och vår erfarenhet är att det är lätt att förlora sig i detaljer i någon av dessa delprocesser och glömma det överordnade målet för hela processen, nämligen att åstadkomma en reell förbättring av den aktuella vårdtjänsten.

Kartläggningssteget kan ta år för en organisation som börjar från ingestans, medan idégenereringen kan »brainstormas» fram på en halvtimme i en kreativ arbetsgrupp. De första stegen i processen handlar om att kartlägga nuvarande verksamhet, identifiera förbättringsbehov och formulera syfte och mål för utvecklings- och förbättringsarbete.

I de två följande stegen gäller det att generera och uppfånga idéer om vilka förändringar som skulle kunna bidra till önskvärd förbättring samt identifiera och hitta strategier för att möta de hinder som kan försvåra eller rentav omöjliggöra sådan förändring.

Därefter följer – i enlighet med det som ovan sagts beträffande vad som kännetecknar den lärande organisationen – testande/prövande av olika förändringsförslag för att utvärdera vilka förändringar som visar sig leda till förbättring. Alla förändringar gör inte det. Men alla förbättringar kräver förändringar.

De sista stegen i utvecklings- och förbättringsarbetets ständigt fortgående process handlar om att gå från test till drift, dvs att sprida och faktiskt införa, »permanenta», de verkningsfulla förändringarna i hela organisationen. Det kan handla om att dokumentera den nya rutinen och avföra den gamla, omarbeta

program för introduktion av nyanställda, göra checklistor, lägga upp program för fortbildning, finna former för att följa upp att processen löper som det är tänkt samt att ha beredskap att agera när processen hakar upp sig eller resultaten börjar avvika från det önskvärda. Cirkeln är inte slutet förrän man genom uppföljning klarlagt huruvida målet nåtts och förbättringen är bestående. Grundläggande för allt förbättringsarbete är således att man följer upp sina resultat. Mått och mätningar går som en röd tråd genom hela förbättringsprocessen. Det är en del av kartläggningen, en förutsättning för målformuleringen, ett instrument för utvärdering av testen och det avgörande hjälpmedlet vid uppföljningen.

Vad som inte framgår av figuren är det som får hela processen att starta, nämligen förändringstryck och förändringsvilja, dvs ett uppfattat behov av och en uttalad vilja till förbättring. Behovet och viljan kan ha sin utgångspunkt i bristande tillfredsställelse med olika sammanställningar som exempelvis rapport från ett nationellt kvalitetsregister [7] eller annan, lokal uppföljning av verksamhetens resultat eller incidentrapportering, patientklagomål, patient- och medarbetarenkäter, beställarkrav etc.

Syfte och mål avgör val av metod och verktyg

För varje steg i förbättringsprocessen (från kartläggning till uppföljning) finns olika stödande och underlättande metoder och verktyg. Dessa metoder och verktyg är just hjälpmedel och givetvis inte lösningar i sig. Diskussionen om förbättringsarbete tenderar tyvärr ibland att mera fokusera metoder/verktyg än målet, dvs vad som skall uppnås.

Valet av metod avgörs av syftet med och målet för förbättringsarbetet och av arbetsgruppens eller organisationens behov av stöd och struktur.

Men man måste alltså först klargöra vad det är man vill uppnå. Skall man ställa diagnos, dvs kartlägga verksamheten, är vissa verktyg särskilt lämpliga.

Vill man åstadkomma faktiska förändringar är det andra verktyg som kan komma i fråga. En enda metod eller verktyg är sällan tillräckligt för att ta sig igenom hela förbättringsprocessen, lika

lite som en enda diagnostisk procedur är tillräcklig för att kartlägga alla sjukdomar eller en enda behandlingsmetod kan användas vid alla sjukdomstillstånd.

Ledningen ska stödja och skapa förutsättningar

Ovan har beskrivits det som är allt modernt utvecklings- och förbättringsarbets tre grundfundament [19, 20], nämligen

- Att precisera målet – vad man vill åstadkomma
- Att definiera mått och mätmetod för att mäta måluppfyllelsen, dvs resultatet i verksamheten
- Att utvärdera vilka förändringar som leder till målet och införa dessa i organisationen.

Detta förändringsarbete pågår ständigt i den takt med vilken nya mål för ökad kundnytta sätts upp – under förutsättning att det finns ett engagerat ledarskap som har förmåga att stimulera och bistå medarbetarna i deras arbete. Det är ledarens uppgift att tillse att mål för arbetet är preciserade och att förbättringsarbetet ges det utrymme och de resurser det behöver samt att hinder för dess genomförande undanröjs.

Den resurs som efterfrågas allra mest i förbättringsarbetet är tid.

Talet om behovet av förbättrings- och utvecklingsarbete blir inte trovärdigt förrän ledaren avsätter tid för detta arbete inom ramen för det dagliga arbetet och själv deltar i arbetet. Ledaren måste i alla sina handlingar visa prov på de värderingar och önskvärda beteendena som efterfrågas i organisationen. Så skapas en kultur som främjar kundfokuserat utvecklings- och förbättringsarbete.

Det är viktigt att det klart framgår att förbättringsarbetet är en integrerad del av den strategiska verksamhetsutvecklingen och inte någon fristående aktivitet som bedrivs vid sidan av övrig verksamhetsutveckling.

Sammanfattningsvis

Här har beskrivits det moderna förbättrings- och utvecklingsarbetet som lärandestyrkt, kundfokuserat och präglat av systematik i angreppssättet. Detta är ett nödvändigt komplement till det traditionella förbättringsarbetet, vilket inte längre räcker för att minska gapet mellan »det vi vet och det vi gör» och för att möta våra kunders behov och förväntningar. Skall vi i ordets verkliga betydelse åstadkomma en patientfokuserad, kunskapsbaserad hälso- och sjukvård krävs ett målinriktat, lärandestyrkt förbättringsarbete och ett engagerat ledarskap som stöder detta angreppssätt.

Referenser

1. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
2. Carlsson P. Sprids medicinska metoder för snabbt eller för långsamt? Det krävs mer än kunskap för att ändra praxis. *Läkartidningen* 1999;96:3142-3.
3. Harteloh PPM, Verheggen FWSM. Quality assurance in health care. From a traditional towards a modern approach. *Health Policy* 1994;27:261-70.
4. Chaplin E, Bailey M, Crosby R, Gorman D, Holland X, Hippe C, et al. Using quality function deployment to capture the voice of the customer and translate it into the voice of the provider. *Journal on Quality Improvement* 1999;25:300-15.
5. Bergman B, Klevsjö B. Kvalitet från behov till användning. Lund. Studentlitteratur; 1995.
6. Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ* 1999;319:719-20.
7. Andreen Sachs M, Synnerman JE. Kvalitetsregistren är en guldgruva som bör nyttjas på bättre sätt. Förbättringskunskap lärs ut i specialprojekt. *Läkartidningen* 1999;96:2438-40.
8. Iwarson S. Patientfokuserad verksamhetsutveckling – nya grepp i sjukvården. Sävedalen: Säve Förlag; 1999.
9. Rahm C, Linder C, Svensson C, Olsson J. Gör och lär. Ett smakprov på förbättringskunskapens teori och praktik i hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet; 1998.
10. Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous quality improvement. Concepts and applications for physician care. *JAMA* 1997;266:1817-23.
11. Senge PM. Den femte disciplinen. Den lärande organisationens konst. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag; 1996.
12. Sarv H. Kompetens att utveckla. Om den lärande organisationens utmaningar. Stockholm: Institutet för framtidsstudier/Liber AB; 1997.
13. Landstingsförbundet. Det måste finnas ett annat sätt ... Om lärandestyrkt förändringsarbete i vården. Stockholm: Landstingsförbundet; 1995 (Best nr 1595).
14. Ellström PE. Arbete och lärande – förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 1996.
15. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern Med* 1998;128:651-6.
16. Seigfried RJ. Systems coherence: a method for evolving relationship and measuring system change. *Quality Management in Health Care* 1998;7:29-37.
17. Nolan TW. Understanding medical systems. *Ann Intern Med* 1998;128:293-8.
18. Beer M, Eisenstat RA, Spector B. Why change programs don't produce change. *Harvard Business Review* 1990; Nov-Dec:158-66.
19. Langley G, Nolan K, Nolan T. The foundation of improvement. *Quality Progress* 1994; Jun:81-86.
20. Thor J. TQM – framgångsrikt kvalitetsystem. Amerikansk sjukvård tillämpar metod från industrin. *Läkartidningen*: 1997;94:53-8.

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvudtaget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Priset är 48 kr.

Medicinens språk



Beställer härmed.....ex av "Medicinens språk"

.....namn

.....adress

.....postnummer

.....postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: **08-20 74 35**

www.lakartidningen.se
 under särtryck, böcker