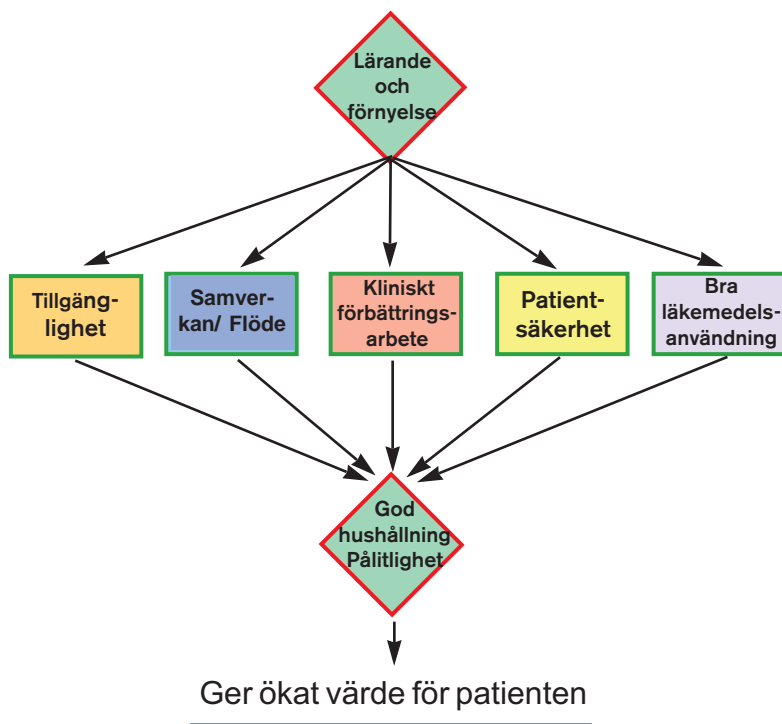


Framtiden är nu!



Utvecklingskraft för ett hälso- och sjukvårdssystem

Demings punkter - en inspirationskälla

"Varje system är perfekt designat för att åstadkomma det resultat det presterar"

"Formulera ett hållbart syfte för förbättring av varor och tjänster."

"Sluta vara beroende av efterkontroll för att uppnå kvalitet. Kvalitet är en del i processen"

"Anta den nya filosofin".

"Se till att lärande är en del av jobbet"

"Förbättra hela tiden och för alltid alla processer för planering, produktion och service."

"Låt ledarskapet ta ansvar för sitt ledarskap!"

"Driv ut rädsla i organisationen!"

"Riv murar mellan yrkesgrupper och professioner"

"Sätt alla i rörelse"

Edward Deming, professor och en av de främsta tänkarna bakom idéerna till förändringsarbete och fördjupat lärande (systemkunskap, variation, förändringspsykolgi och förbättringskunskap). Studerade bl a det japanska undret på 50- och 60-talet.

– Om alla våra 9.000 medarbetare gör några små förändringar och förbättringar i sitt vardagsarbete då händer mycket mer i vår organisation än om vi skulle satsa traditionellt på strukturförändringar, gå över till köpa-sälj system eller outscoursa verksamhet såsom många andra gjort. Därför satsar vi på lärande och förnyelse!

Sven-Olof Karlsson
landstingsdirektör

– Den stora skillnaden är att vi inte enbart arbetar med att säkra kvaliteten utan med att utveckla den.

Göran Henriks
utvecklingsdirektör

Inledning

Hälso- och sjukvården liksom omsorgerna står inför stora utmaningar. Fler sjukdomar blir behandlingsbara, kronikergrupperna ökar, förmågan att hantera multisjuka förbättras, patienternas krav blir högre och det är en ständig kamp att hålla ekonomin i balans och att finna rätt kompetens. Denna uppsats är en beskrivning av vårt sätt att ta oss an dessa utmaningar.

Vi utvecklar ett hälso- och sjukvårdssystem som vill syresätta och ständigt förnya det engagemang som ligger till grund för att man väljer vården som arbetsplats. Lusten till att arbeta i hälso- och sjukvården finns i att man vill göra något som "gör en skillnad" för sin nästa.

Landstinget i Jönköpings län har drygt 9 000 medarbetare. En typisk arbetsdag besöker 6 100 personer sjukvården. 1 500 kommer till specialitläkare, 1 300 till distriktläkare, 300 till privatläkare, 160 personer läggs in på sjukhus och nio ser dagens ljus för första gången.

Landstinget är indelat i tre sjukvårdsområden, var och ett med ett sjukhus med akutmottagning och flera vårdcentraler.

Vårt sätt att möta morgondagen är en systematisk satsning på medarbetarna och samverkan som redan har givit resultat. Det ska vi berätta om i den här uppsatsen. Vi har en vision och vi vet vart vi vill, så framtiden är verklig nu.

Ökad efterfrågan

Vi vet att det redan förutspås en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvårdens service som följd av den medicinska utvecklingen. Fler människor kan få behandling vilket leder till ökade resursbehov även om kostnaden för själva behandlingen minskar.

Vilka förutsättningar har vårt landsting att möta detta? Sveriges kommuner och landsting sammanställer årligen en jämförelse mellan landstingen. Från dessa jämförelser har vi hämtat material som vi presenterar som ett index, som omfattar elva parametrar. Resultaten speglar ett perspektiv, där lägre värde visar på bättre kvalitet. Här ligger Landstinget i Jönköping bäst till:

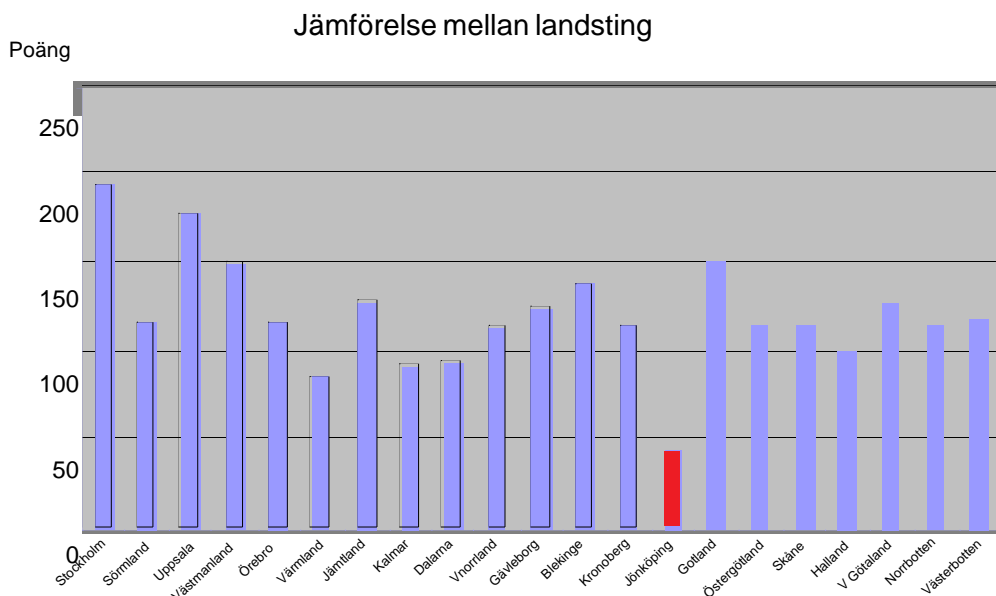


Bild 1

Elva parametrar:

- A = Kostnader för hälso- och sjukvård exkl tandvård per invånare 2003
- B = Relationen mellan faktisk sjukvårdskostnad och kostnad enligt utjämningsystemet (sjukvårdsmodell och glesbygd) per invånare indexerat (Genomsnitt = 100)
- C = Konsumerade vårdtillfällen per tusen invånare - faktiskt värde och åldersstandardiserat
- D = Antal läkarbesök per invånare 2003
- E = Besök hos andra vårdgivare än läkare per invånare 2003
- F = Andelen patienter som fått komma inom sju dagar, oktober 2004
- G = Case-mix 2003 - konsumtion
- H = Andelen kejsarsnitt per samtliga förlösta kvinnor 2003
- I = Andelen patienter som upplever hälsan efter stroke som dålig eller mycket dålig 3 månader efter insjuknandet 2003
- J = Andelen patienter som är ofta eller ständigt nedstämda efter stroke 2003
- K = Andelen återinskrivningar i slutenvård 2003 och 2002

Strukturella förändringar garanterar inte nya resultat

I Finansdepartementets rapport "Iakttagelser om landsting" (Ds 2005:7) står att "man måste vara klar över vilka problem man **kan** lösa och vilka problem man **inte kan** lösa med strukturella förändringar... Traditioner, tankemönster och beteendemönster lär knappast förändras därför att strukturen förändras". Detta har varit en viktig utgångspunkt för vårt utvecklingsarbete! När en hel verksamhet utvecklas – transformeras – förutsätter det att alla processer engageras samtidigt i utvecklingsarbetet. Förbättrade resultat kommer av nya angrepps- och arbetsätt.

Vårt angreppssätt handlar inte om ett antal lyckade projekt, utan om hur det är, att med systematiska metoder få alla processer i rörelse och att visa på hur den gemensamma riktningen i arbetet ger resultat på landstingsnivå.

Allt utvecklingsarbete genomsyras av en syn på ledarskap, medarbetarskap och lärande som landstinget eftersträvar. Alla anställdas drivkrafter bejakas då alla kan jobba med egna problemställningar och chefs-/ledarskapet handlar om att skapa förutsättningar för detta!

Människor vill utvecklas

I en verksamhet som styrs av värderingar är det naturligt att utgå från hur människor utvecklas snarare än från en projektplan. Vår grundsyn är att människor vill utveckla både sig själva och sin verksamhet om de ges rätt förutsättningar.

Nu när vi har kommit en bit på väg samlar vi i denna uppsats ihop våra erfarenheter och intryck. Det är ingen enskild insats eller person som möjliggjort dessa resultat. Varje handtag, varje omsorg och varje beslut är en del av helheten. Våra upplevelser av arbetsvardagen varierar men det är den enskilda patienten och de resultat vi åstadkommer som avgör hur det egentligen är.

Några utgångspunkter: Hur vi tagit tillvara möjligheternas rum!

Möjligheternas rum är det utrymme till förändring som en organisation erbjuder. Genom dialog, bra mötesplatser och ett gemensamt utvecklingsspråk ökar förutsättningarna.

Landstingets vision "Ett bra liv i ett attraktivt län" spänner över många områden och har vuxit fram ur samtal inom ledningsgruppen under lång tid. Visionens syfte är att lyfta fram varför landstingets verksamhet bedrivs - att bidra till ett gott liv för invånarna i länet och att det ska finnas en attraktionskraft i att bo i ett län med en väl fungerande landstingservice. Uppdraget (missionen) är att öka värdet på de tjänster vi tillhandahåller för våra medborgare. För att uppnå visionen har landstingsledningen tagit fram några övergripande strategiska mål:

Hälso- och sjukvården ska vara

- tillgänglig
- grundas på helhetssyn vad gäller patientflöde och processer
- prestera bästa möjliga kliniska resultat med bästa säkerhet
- utföras till lägsta möjliga kostnad

För att leva upp till dessa krav krävs motiverade och delaktiga medarbete.

Med God hushållning, som är ett av våra målområden, menar vi värdeskapande åtgärder som leder till nöjda medborgare/kunder/patienter med hög livskvalitet.

Ledningsgruppen – en grupp för ledning och lärande

En förutsättning för ett samordnat agerande är en väl fungerande ledningsgrupp som har fokus på systemet som helhet. Ledningsgruppens viktigaste uppgift är att leda vår organisation och att förvalta och utveckla systemets resurser ur ett helhetsperspektiv. En stark ledningsgrupp minskar risken för suboptimering och fragmentarisering.

En av ledningsgruppens uppgifter är att stötta verksamheter att gå från vanan att bedriva förändringsarbete i separata projekt till en kultur där ständiga förbättringar är en del av vardagen. "Lärande och förnyelse" är dragmotorn i angreppssättet att ha **kvalitet** som verksamhetsstrategi.

En annan viktig uppgift för ledningsgruppen är att utveckla och följa mätningar och mått på vad hela systemet åstadkommer (se systemmått, sid 11).

Storgrupp sjukvård – lärandearena för alla verksamhetschefer

”Storgrupp sjukvård” är en arena där alla verksamhetschefer möts kring landstingets strategiska frågor och hur det är att vara ledare i en organisation med kvalitet som strategi. Här tar vi upp frågor som, att utveckling är en förutsättning för en ekonomi i balans och inte tvärt om. Heldagsmöten hålls fem gånger om året och leds av landstingsdirektören. En tredjedel av agendan handlar om ekonomi (*God Hushållning*) och två tredjedelar om Lärande och förnyelse. Mötena dokumenteras i ett nyhetsbrev som är tillgängligt för alla via landstingets intranät.

Qulturum – lärandearena för hela systemet

Landstingets utvecklingsenhet, Qulturum, är landstingets drivmotor för lärande och förnyelse och har därmed en strategisk funktion i verksamhetsutvecklingen. Qulturum är en mötesplats för aktionsbaserat lärande där medarbetare ges möjligheter till ett nytt förhållningssätt och att träna ett förändrat agerande. Tanken är att det inte räcker att skicka medarbetarna på kurs eller konferens, man måste arbeta med sina egna problem på hemmaplan och agera sig in i ett nytt tänkesätt.

Qulturum är också ett hus och konferenscenter samt ingår i ett partnerskap med Apoteket AB. Med detta partnerskap knyts hälso- och sjukvården och farmacin närmare varandra, vilket märks i de aktiviteter som genomförs inom de strategiska målområdena Bra läkemedelsanvändning och Patientsäkerhet.

I Qulturumhuset administreras också FoU-verksamheten i länet, barnhälsovården och Futurum – samordning för den kliniska praktiken och forskningen.

Exempel på aktiviteter som samordnas av Qulturum finns i en bilaga.

QUL

Landstingets systematiska arbete i verksamhetsutveckling påbörjades i mitten på 90-talet. År 1997 beslutade landstinget att tillämpa hälso- och sjukvårdens ledningsverktyg för kvalitet, QUL (Qualitet Utveckling Ledarskap) och att QUL:s tretton grundläggande värderingar ska genomföra hela verksamheten.

Hittills har 35 enheter skrivit QUL och erhållit extern examination. Fem enheter har deltagit i Utmärkelsen svensk Hälso- och sjukvård. Medicinkliniken i Eksjö och Teknik- och driftservice i Jönköpings sjukvårdsområde har blivit utsedda som föredöme i svensk hälso- och sjukvård. Jönköpings sjukvårdsområde som helhet har erhållit ett särskilt hedersnämmande.

Inom detta sjukvårdsområde används sedan mer än tio år ett angreppssätt som delvis är baserat på QUL, kallat Utvecklingsguiden. Guiden en struktur med frågor för planering och självutvärdering som behandlar såväl linjesom processfrågor.

Landstinget har utvecklat ett program, en breddutbildning, som bygger på de tretton grundläggande värderingarna och processtänkande. I den utbildningen ges varje medarbetare möjlighet att utifrån sin egen vardag identifiera kvalitetsbrister, upprätta handlingsplaner och formulera mål för förbättringar. För att skapa förutsättningar för en bred förankring har 137 medarbetare utbildats till QUL-examinatorer för att fungera som handledare och hittills har 4 977 medarbetare, drygt 50 %, deltagit i breddutbildningen.

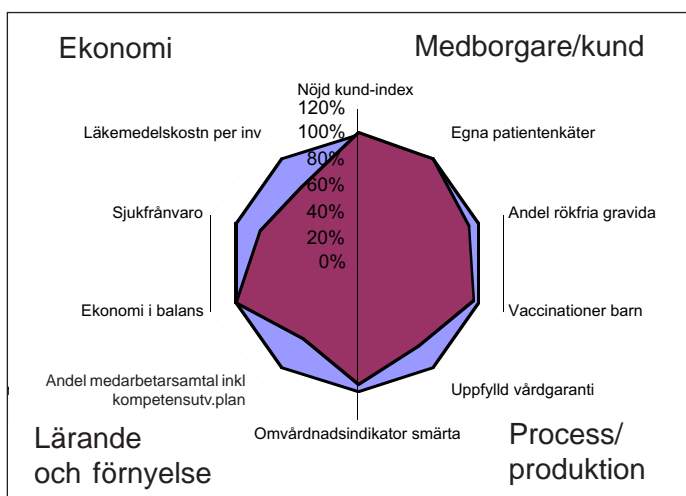


Bild 2: Landstingets balanced scorecard 2004 - resultat presenterade i ett spindeldiagram där 100 % är lika med målfyllelse. (BSC - se nästa sida)

Balanced Scorecard

Balanced Scorecard, BSC, är ett verktyg som ger förutsättningar för dialog och helhetssyn på verksamheten. BSC synliggör inte bara de ekonomiska resultaten utan även kund/patientresultat, processresultat samt aktiviteter inom lärande och förnyelse.

BSC har sedan 1997 blivit den mall som alla nivåer i vår organisation använder för att kommunicera planer och resultat. Modellen ligger till grund för landstingets övergripande budget och flerårsplan.

Styrkort på olika nivåer är länkade till varandra; ett övergripande styrkort ger vägledning för styrkort på lägre nivå. Samtidigt finns en frihet att använda dem med de mått som medarbetarna anser belyser det som är viktigt.

Inom landstinget har vi t ex formulerat målsättningen, som finns i styrkortet, att alla vårdcentraler ska erbjuda stöd för rökavvänjning och program för viktminskning.

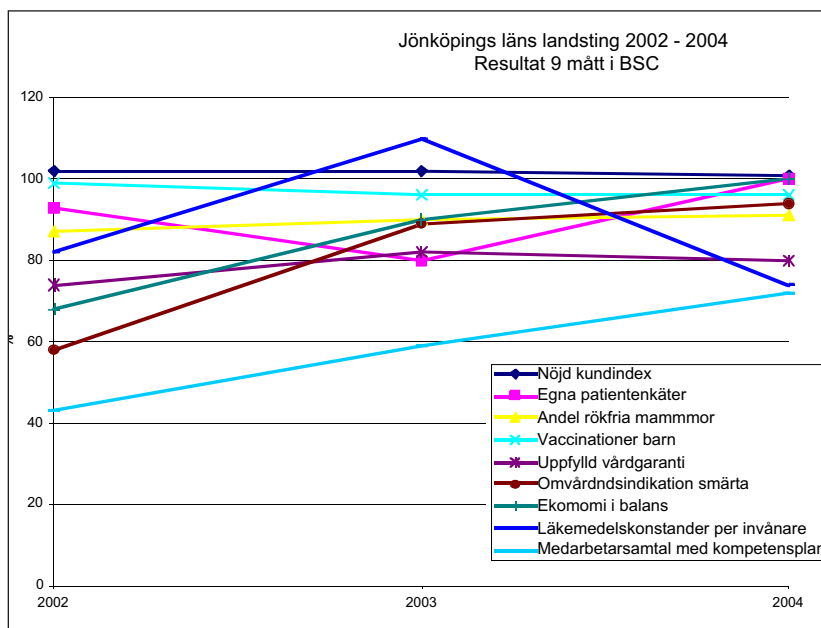


Bild 3: Landstingets resultat i balanced scorecard på övergripande nivå 2002-2004 för att visa utvecklingstrend.

Utvecklingstrappan

Landstingets utvecklingstrappa för kvalitetsarbetet påbörjades faktiskt redan i början av 90-talet och fortsatte med så kallade breddutbildningar i QUL:s grundläggande värderingar och processledning. Mer än hälften av alla medarbetare deltog.

Flera av våra laboratorier var bland de första som ackrediterades.

Storgrupp sjukvård inrättades och vi bestämde oss för att ansöka om att komma med i det internationella utvecklingsarbetet UP, Uppnå perfektion (Pursuing perfection).

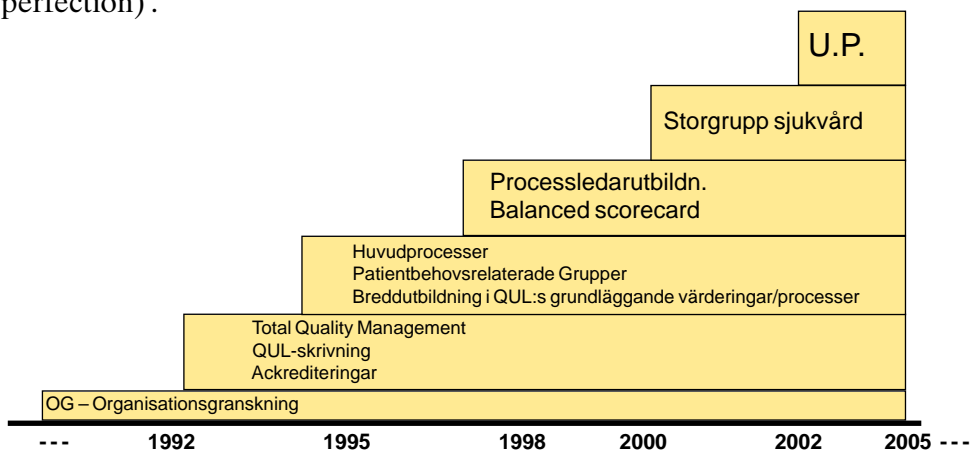


Bild 4: Landstingets utvecklingstrappa för kvalitetsarbetet

UP: Vi hade delarna men såg inte helheten

År 2000 hade de grundläggande stegen etablerats för vår fortsatta utveckling. QUL: s grundläggande värderingarna var förankrade, balanced scorecard användes i hela systemet och flera enheter hade upprättat verksamhetsbeskrivningar enligt QUL. Vid den här tidpunkten förstod vi, att vi måste utgå från en tydligare befolknings- och patientorientering, liksom från medarbetarna och kompetensförnyelse. Den inre effektiviteten i processerna skulle kunna förbättras om vi gjorde detta. Vi frågade oss om det kan finnas en hälso- och sjukvårdens ”Toyota”, en kvalitetssäker och resurssnål verksamhet med stor delaktighet för medarbetarna.

I det sammanhanget blev det internationella projektet ”Pursuing Perfection” (PP) som en möjlighet. PP leddes av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA, som hade fått i uppdrag att utmana ett antal amerikanska hälso- och sjukvårdssystem att överbygga det kvalitetsgap som man hade iakttagit i hälso- och sjukvården. Gapet mellan vad vi presterar idag och vad den kliniska vetenskapen/litteraturen säger är möjligt att göra. Detta gap kallas i en rapport från Institute of Medicine (IOM) för ”the Quality Chasm”. Studien visar att sjukvården har byggts upp med hantverksindustrin som mall och att det nu är dags att utforma systemet efter de nya omständigheter som råder idag. Vi såg att mycket av tankarna i rapporten kunde appliceras på svensk hälso- och sjukvård.

En av tretton i Pursuing perfection

Landstinget ansökte om att få delta som en europeisk referensorganisation i PP, baserat på det kvalitetsarbete vi bedrivit under 90-talet (se bild 4) och på att vi hade ett ledarskap fokuserat på kvalitet. Ansökan beviljades och vi kom att bli en del där övriga deltagare var sju amerikanska, ett holländskt och fyra engelska hälso- och sjukvårdssystem.

I programmets första fas var målsättningen att några enstaka kliniska processer skulle ledas över kvalitetsgapet. Därefter successivt ytterligare tolv. Talesättet ”A mile deep” användes för att illustrera vikten av att gå på djupet för varje utvald process och nå resultat på en helt ny nivå.

De områden som skulle beaktas var i processerna var patientfokus, säkerhet, flöde, jämlikhet/lika värde, måluppfyllelse och verkningsgrad. Vi valde att benämna vårt arbete ”Att åstadkomma Bästa Möjliga” och vi kallade utvecklingsarbetet Uppnå perfektion. Detta har vi sedan utvecklat till att bli vårt vardagliga förhållningssätt.

Tillgänglighet – vår första process

Vi valde tillgänglighet som vår första ”Bästa möjliga-process”. För oss var metoder för att förbättra tillgänglighet kända och vi visste, att när tillgängligheten förbättras skapas utrymme för lärande (se även sid 14).

Som andra ”Bästa möjliga-process” valde vi influensavaccinering där målet var att öka andelen 65 år eller äldre av länsinvånare att vaccinera sig mot influensa (bild 5).

Under arbets gång utvecklade vi baslinjemätningar och ett IT-stöd för registrering av de vaccinerade. Vårdcentralerna satsade på särskilda vaccinationsmottagningar och särskilda aktiviteter gjordes på information i massmedia. Efter goda insatser från medarbetarna uppnåddes de uppsatta målen 2004. För 2005 är målribban 75 procent. Vaccinatinen är gratis för målgruppen och en studie visar att samhället kan spara cirka 70 – 350 miljoner kronor om året om alla svenskar över 65 vaccinerar sig.

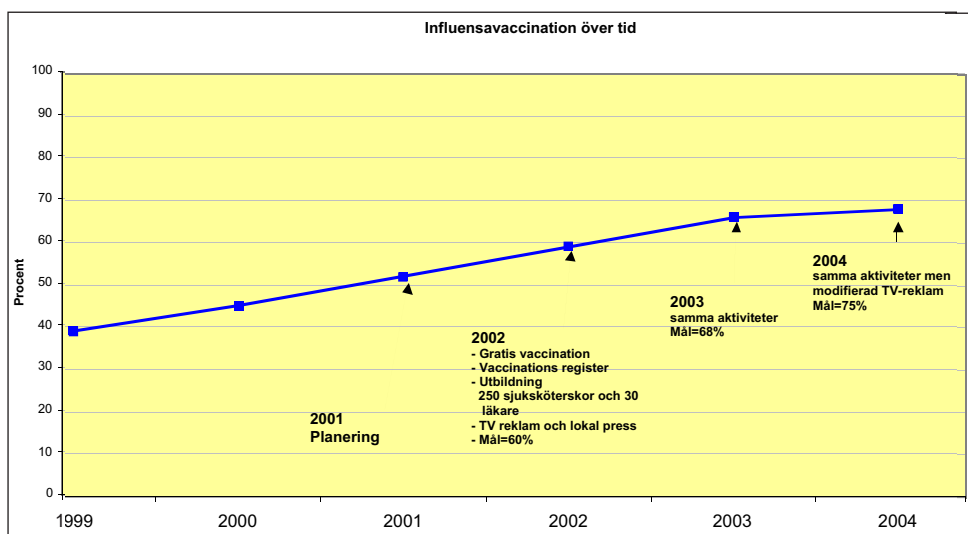


Bild 5: Influensavaccination – en bra utveckling.

Vår erfarenhet av dessa första ”Bästa möjliga-processer” var värdet av baslinjesmätningar och att det finns en risk för suboptimeringar när man tar sig an gränsöverskridande processer. En framgångsfaktor är att tillsätta länsgemensamma tvärprofessionella grupper som arbetar mot tydliga mål. Dessa erfarenheter innebar för oss, att det räcker inte att bara arbeta med 15 kliniska processer. Det måste vara något mer! Det handlar om både djup och bredd om vi ska lyckas. ”A mile wide and a mile deep at the same time”, rapporterade vi till Pursuing perfection.

Strategiska utvecklingsområden

För att få ordning och handlingskraft i utvecklingsarbetet beslutade sjukvårdens ledningsgrupp att fokusera arbetet på ett antal strategiska målområden. Dessa värderades i Storgrupp sjukvård och har sedan samlats grafiskt in något som vi kallar vår ”Diamantbild”.

De strategiska målområden har sin utgångspunkt i de generella behov och förväntningar våra patienter har om den vård vi tillhandahåller. De är också kopplade till IHI:s kvalitetsperspektiv.

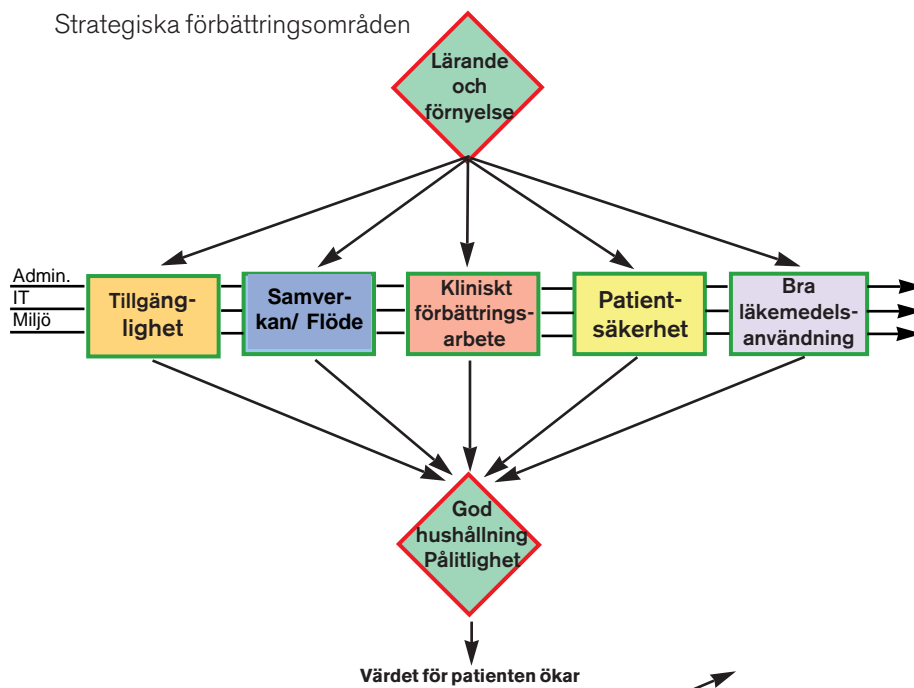


Bild 6 Diamantbild

Detta är våra strategiska utvecklingsområden:

Tillgänglighet – en angelägenhet för hela vår organisation/system och högprioriterat för alla

Samverkan/Flöde – här ingår metoder för hur man kan arbeta än mer patientfokuserat genom förbättrad samverkan inom och mellan olika system

Kliniska resultatförbättringar och **Patientsäkerheten** – ligger nära varandra och utgör basen för det kliniska arbetet

Bra läkemedelsanvändning – handlar om att förbättra över-, under- och felanvändning av läkemedel

Lärande & förnyelse – i detta ligger medarbetarnas engagemang, ledning och ledarskap

God Hushållning/pålitlighet – är en effekt av utvecklingen i de andra områdena.

Det är genom utvecklingsarbete inom områdena i Diamantbild ovan som vi ändrar våra metoder, arbetssätt och vanor. Varje enhet utgår från sina egna kvalitetsgap. Sammantaget ger ansträngningarna ökat värde för patienterna.

Diamantbild är ett sätt att visualisera, sprida och vidmakthålla fokus på systemgemensamma utvecklingsområden. Den har gett ett gemensamt perspektiv för lärande i hela systemet.

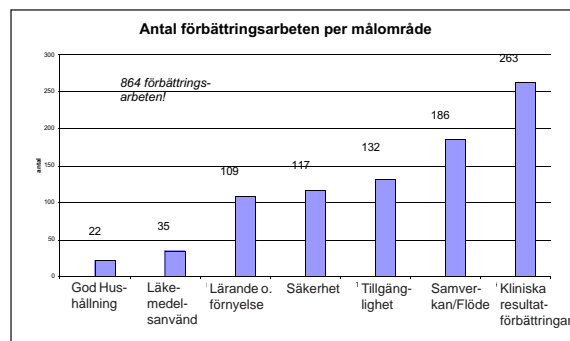


Bild 7: Anmälda förbättringsarbeten 2003 uppdelade efter våra strategiska förbättringsområden. Respektive förvaltningsledning svarar för handlingsplaner och utvärdering. Senare har ett större ansvar för att utveckla processerna lagts på de medicinska programgrupper, som finns för resp sjukdomsgrupp.

Förbättringsarbete kräver mod att förnya

Det är svårt att i projektform genomföra förändringar som ska bli bestående i framtiden. I projekt hamnar fokus lätt på målformuleringar, bemanning och ekonomi medan patientfokuserade resultat kommer i skymundan. Engagemanget är högt hos de som medverkar i projekt, men förutsättningar för en allmän delaktighet bland medarbetarna på en enhet främjas inte.

Idag har vi lärt oss att enstaka projekt inte räcker till. Istället har vår förståelse fördjupats för att det krävs ständiga förbättringar överallt och samtidigt. Det har visat sig att det är mer framgångsrikt att testa många idéer i liten skala. Då kan guldkornen vaskas fram!

Vår strategi idag är att inte genomföra organisationsförändringar utan att skapa förutsättningar för arbetsplatserna att själva göra förändringar som är kopplade till de egna kvalitetsgapen.

Behovet av att se landstinget som **ett** system betonas också mer kraftfullt än tidigare. Ett sätt att göra medarbetarna medvetna om detta är att arbeta fram en så kallad systembild. Redan 2002 utvecklade sjukvårdsledningen och verksamhetscheferna i Storgrupp sjukvård denna systembild för hälso- och sjukvården i vårt landsting (bild 8):

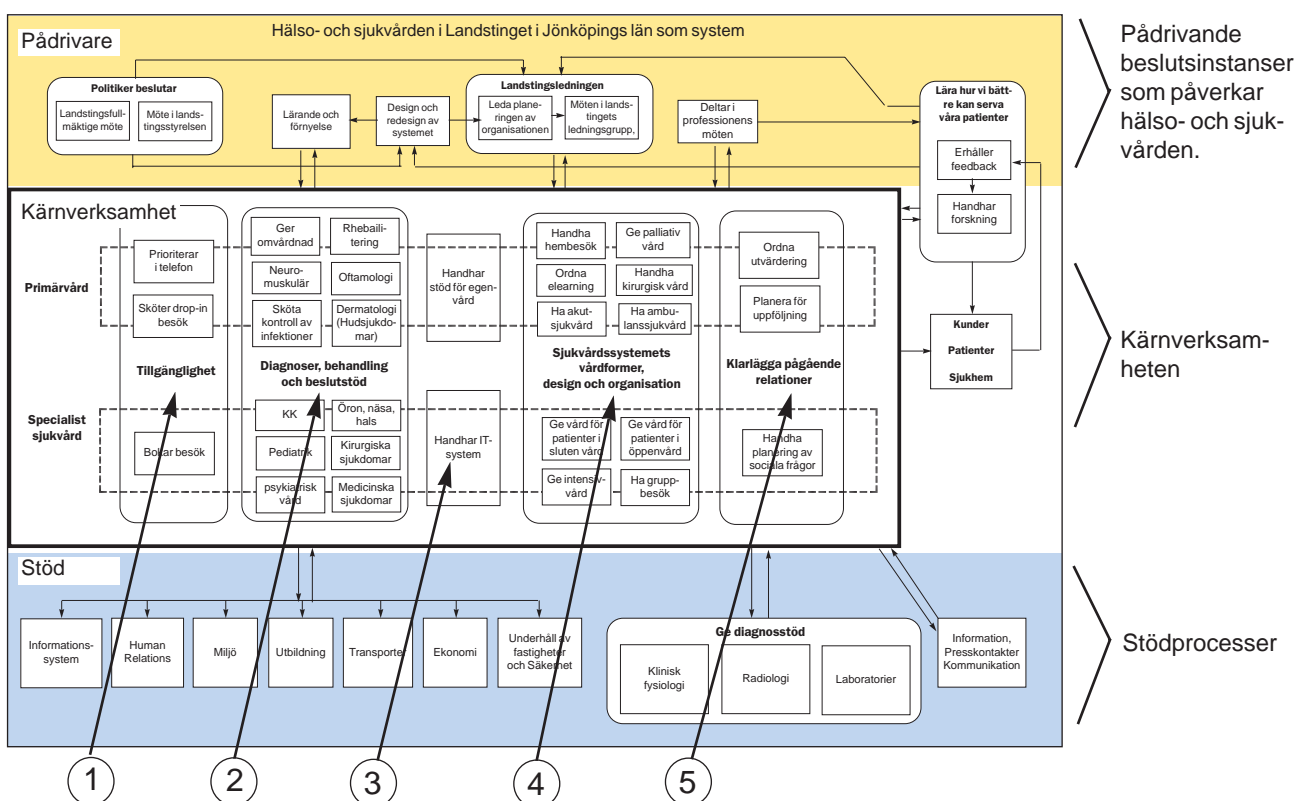


Bild 8: Landstinget som system är fundamentet i vår beskrivning av att ha kvalitet som strategi.

Systembilden är en "kartbild" (inte ett flödesschema eller organisationsskiss) över alla processer och deras kopplingar till varandra. Kärnverksamheten i hälso- och sjukvården är indelad i: 1. Tillgänglighet, 2. Diagnostik, behandling och beslutsstöd, 3. Stöd av IT-system, 4. Sjukvårdssystemets vårdformer, design och organisation, 5. Klarlägga pågående relationer. Inom dessa områden finns ett flertal processer.

Bilden är indelad i Kärnverksamhet, Pådrivare (pådrivande instanser där beslut fattas som påverkar arbetet i kärnverksamheten) och Stöd (stödande processer). Styrkan i bilden är att den visar vad som görs, mängden processer, funktioner och länkar och väcker frågor kring vem är ansvarig för dessa, snarare än vem som finns var, rent organisatorisk.

Kvalitet som strategi

Landstinget har valt Kvalitet som övergripande organisationstrategi. Vad som ingår i denna strategi har framgått av beskrivningen tidigare i denna text och kan sammanfattas i nedanstående figur.

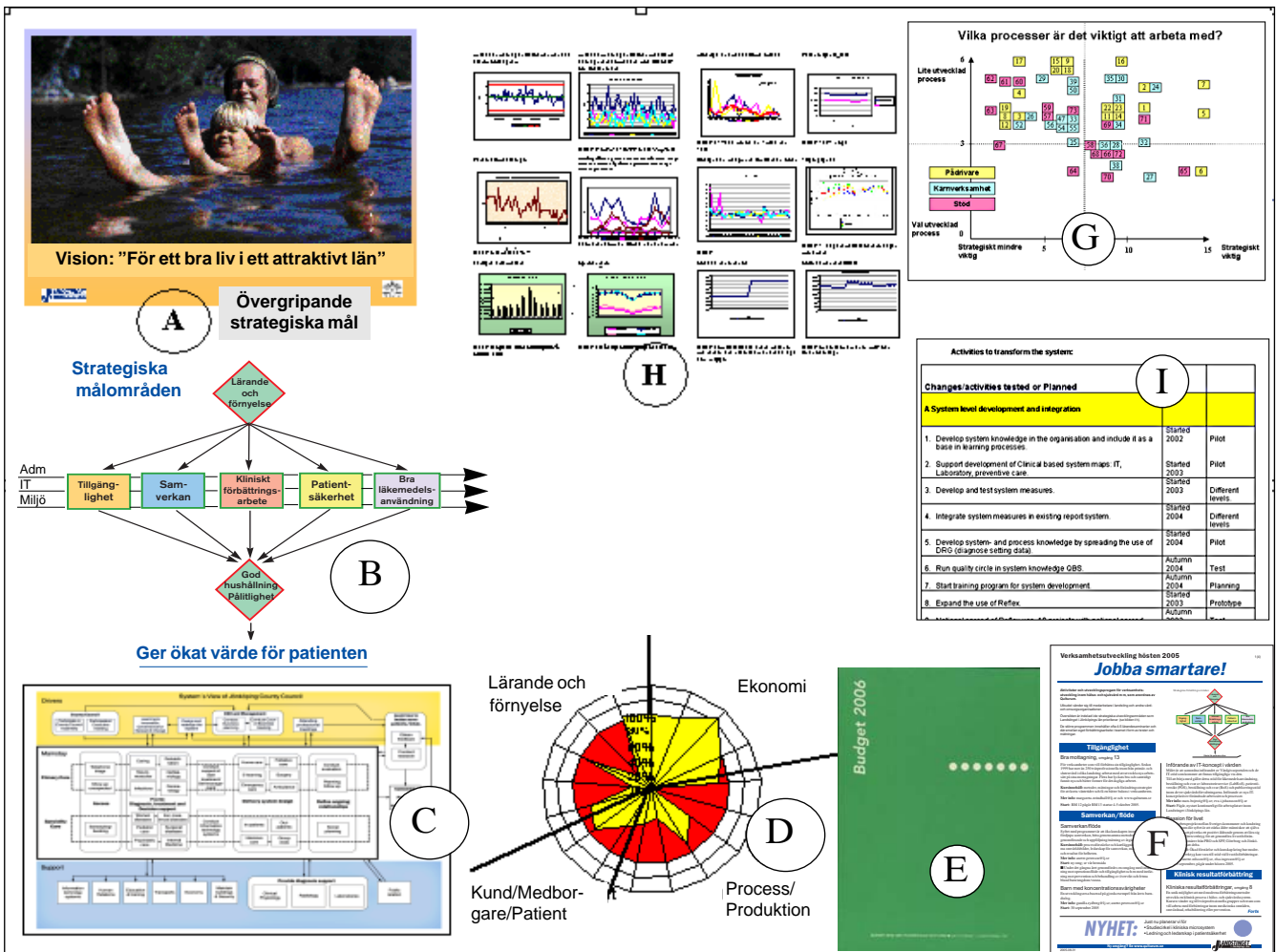


Bild 9: Landstinget i Jönköpings län har kvalitet som affärs-/organisationsstrategi.

- (A) **Landstingets vision** formuleras utifrån de behov verksamheten är till för att möta.
- (B) För att uppnå visionen fokuserar vi på **sju strategiska områden** i våra ansträngningar. Detta illustreras i den sk Diamantbilden. Hit till de strategiska målområden kopplas också våra förbättringsarbeten (listan från I).
- (C) Våra olika verksamheter, dvs systemet är instrumentet för att försöka uppnå visionen (här illustrerat med **systembilden**, dvs "kartbilden" över våra processer, det vi gör).
- (D) Hur verksamheten/systemet fungerar redovisas i landstingets **balanserade stykort**.
- (E) Verksamheten planeras och dokumenteras i **flerårsplanen/budgeten**.
- (F) **En sammanställning** av de förbättringsaktiviteter som bedrivs; tas fram minst två gånger om året (är det utbud av program och aktiviteter, "Jobba smartare", som Qulturum erbjuder enheter inom organisationen). Utbudet bygger på en analys av vilka processer som bör prioriteras (G).
- (G) **Varje process värderas** för att se hur välfungerande den är och hur strategiskt viktig den är för att nå landstingets mål och vision. De som anses viktiga och kan utvecklas ska prioriteras.
- (H) För att följa att systemet som helhet går mot visionen behövs **ett mätsystem** (= på denna nivå lika med landstingets systemmått). Mätningarna kan i sin tur indikera nya förbättringsbehov.
- (I) Våra förändringsaktiviteter rapporteras med jämna mellanrum **till IHI**, för jämförelse med andra system i Pursuing perfection (kallas Transformationsrapporten).

■ För stödprocesser upprättas motsvarande systembild. Det har gjorts för t ex. IT-verksamheten, folkhälsa, miljö och klinisk fysiologi.

Systemmått

Systemmätningarna (H i bild 9) är viktiga när man ser på systemet Hälso- och sjukvården som en process. Måtten har tagits fram i samverkan med andra organisationer i Pursuing perfection som också ser på systemet som *en process för att möta patientbehov*.

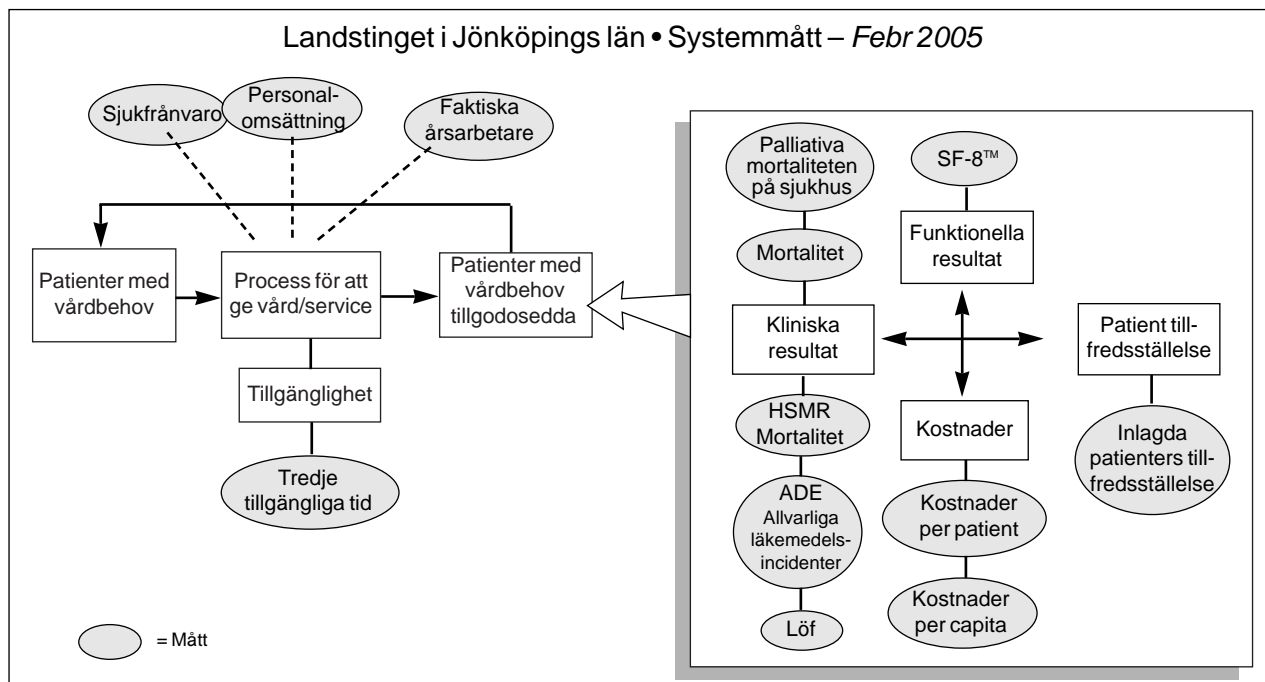


Bild 10: Landstingets systemmått uppställda enligt den sk Värdekompassen och dess fyra väderstreck/perspektiv.

För att synliggöra en balanserad helhet sätts måtten in i Värdekompassen och dess fyra perspektiv. Måtten ger en vägledning för, om de förändringar som sker i systemet, är en förbättring. Flera av måtten mäts varje månad. De speglar landstinget som helhet och redovisas i linjediagram över tid.

Den övergripande uppföljningen fokuserar på **patienterna**. Exempel på detta är patientnöjdhet, tillgänglighet, säkerhet och mortalitet.

Under 2005 startar vi länsgemensamma arbetsgrupper som ska ta tag i förbättringsarbetet med utgångspunkt från mätningarna. Detta har hittills skett för områdena mortalitet, tillgänglighet, risk och säkerhet samt tillbud.

Genom att mäta t ex mortalitet kan Intensivvårdsavdelningen på Länssjukhuset Ryhov påvisa framgångsrika effekter av ett systematiskt förbättringsarbete (bild 11).

För att synliggöra resultaten för systemmåten, men också för övriga förändringar, görs numera en sammanställning på en anslagstavla ("data wall"). Den åskådliggör hur vi lyckas att ha "kvalitet som strategi" och underlättar för ledningen att följa måtten och utvecklingsarbetena. Systemmåten ingår i "Transformationsrapporten" till IHI och är ett aktuellt dokument med alla de förändringar som genomförs för att förändra hela systemet.

På nästa sida finns en sammanställning över systemmätningarnas resultat våren 2005.

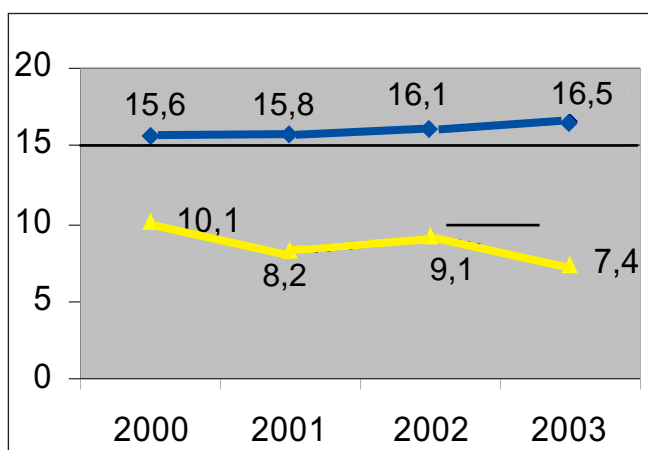
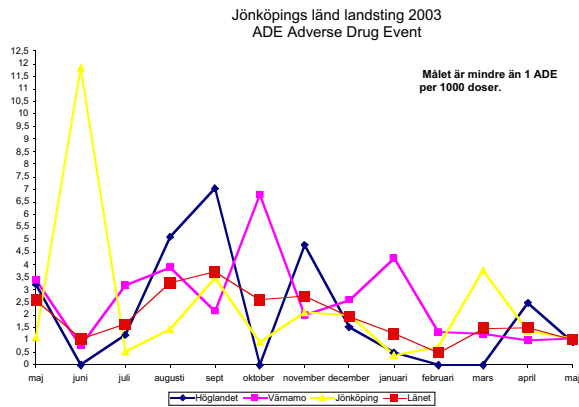


Bild 11: Mortalitet på Intensivvårdsavdelningen, Länssjukhuset Ryhov. Den gula näst nedersta serien visar att mortaliteten sjunkit från 10,1 till 7,4 som en effekt av förändringar och att nya arbetssätt och standardiserade mallar har införts. Detta trots att vårdtyngden ökat något enligt en skattning som görs med programmet Apache (översta serien).

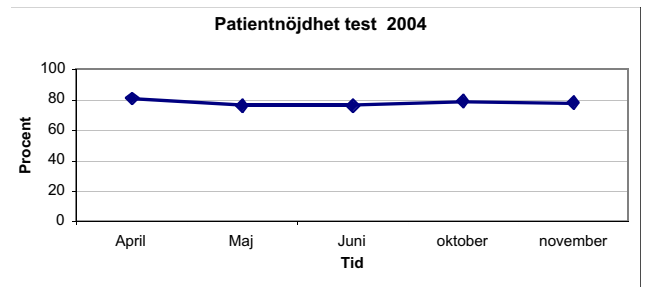
Landstingets systemmått - resultat maj 2005:

Allvarliga läkemedelstillbud (ADE)



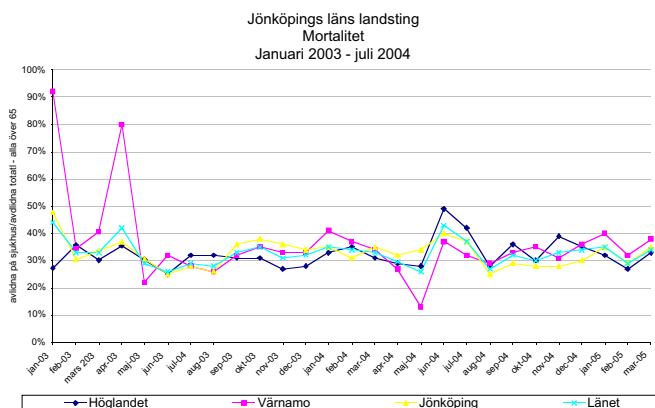
Mål: >1/1000 mindre än 1 ADE per 1000

Patientnöjdhet

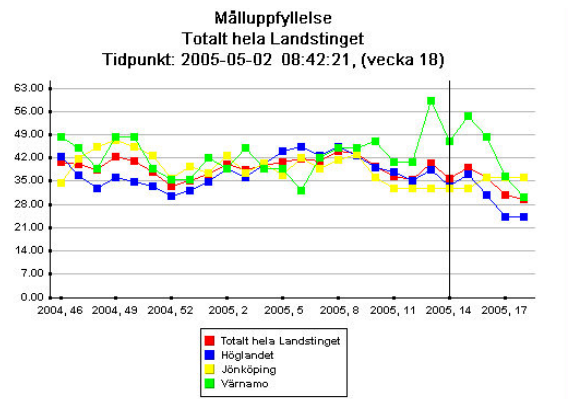


Mål: 100 procent nöjda

Dödligheten på sjukhus för äldre än 65 år

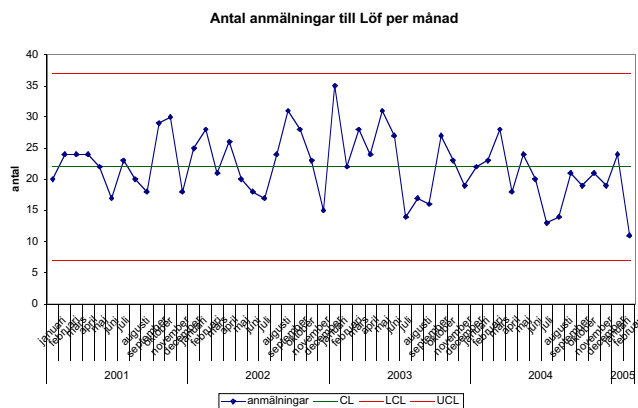


Tillgänglighet



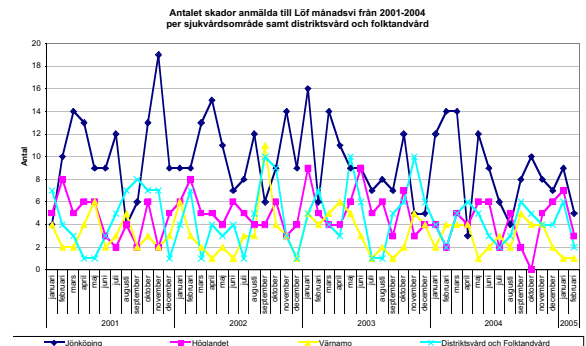
Mål: 14 dagar till specialistsjukvård, 3 dagar till primärvård

Anmälningar till Lof, antal per månad i ett kontrolldiagram



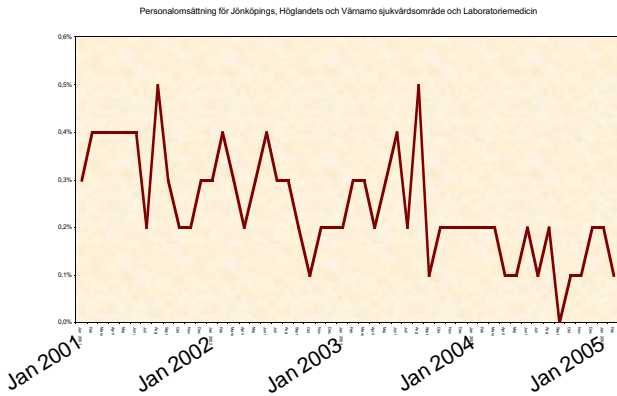
Lof = Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

Anmälningar till Lof, antal uppdelat på de tre sjukvårdsområdena plus distrikts- och folktandvård

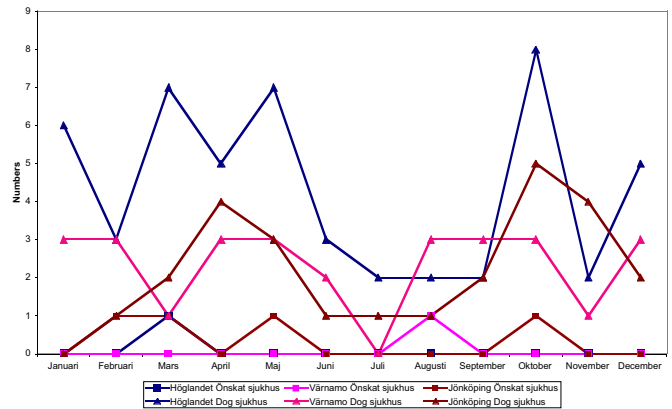


Mål: Inte fler än förväntat värde (27 st)

Personalomsättning

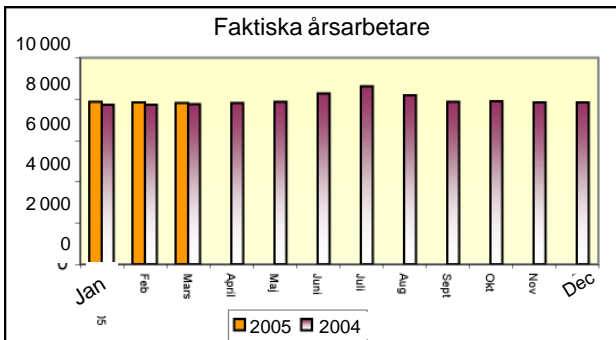


Antal palliativa patienter som önskar fortsatt vård på sjukhus, samt antal palliativa patienter som dör på sjukhus per månad



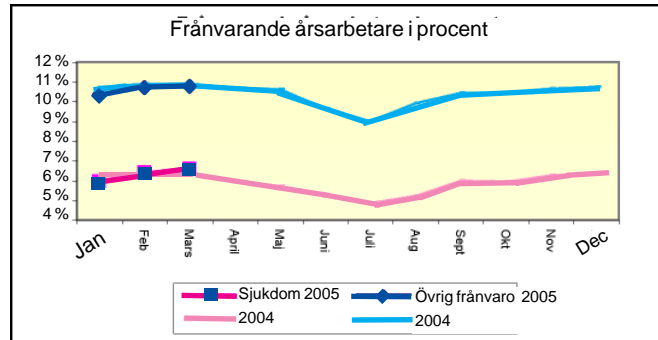
Mål: Att patienterna ska dö där de önskar dö, men i första hand hemma.

Faktiska årsarbetare



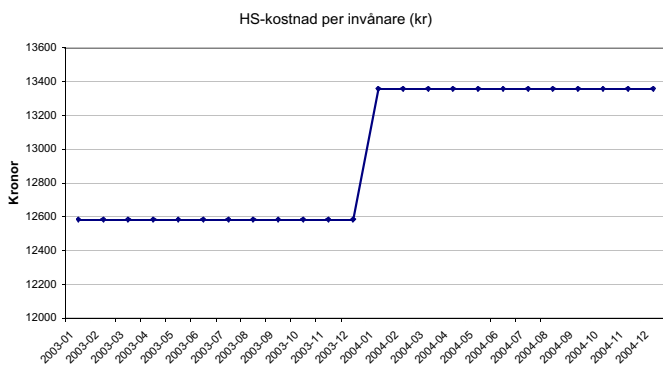
Mål: Dagens bemanningsnivå minus 100

Sjukfrånvaro



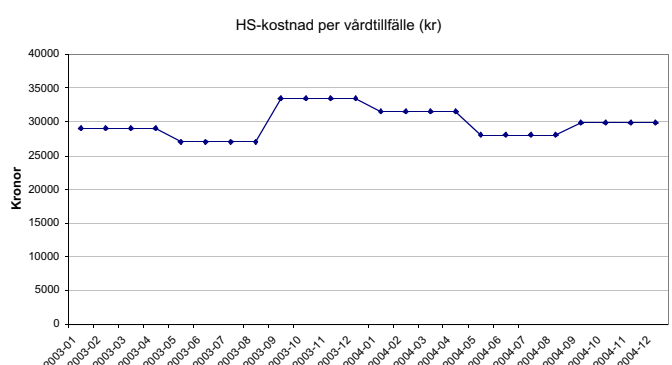
Mål: En årlig minskning med 10 procent

Kostnad per invånare



Mål: Förutsatt att alla andra mått har bra värden ska kostnaderna vara så låga som möjligt.

Kostnad per vårdtillfälle



Mål: Ska inte öka mer än pris- och löneutvecklingen

Vi utvecklar alla delar i systemet samtidigt

Som vi sett i systembilden över hälso- och sjukvården (sid 9), kan kärnverksamheten delas in i fem delar (punkt 1–5). När vi utvecklar kärnverksamheten är diamantbilden ett viktigt stöd som hjälper oss att fokusera på rätt saker att förbättra och utveckla. Tanken är att vi ska ha förbättringsarbeten inom alla strategiska områden; tillgänglighet, läkemedelsanvändning, patientsäkerhet, kliniska resultat och samverkan.

En viktig del av utvecklingsarbetet sker genom att tvärprofessionella team från vår verksamheter (och från andra landsting) deltar i utvecklingsprogram i form av lärande nätverk (collaboratives) där teori varvas med eget förbättringsarbete. I programmen får deltagarna del av nya moderna förbättringsverktyg och metoder som utvecklats under senare år; av Mark Murray om tillgänglighet och väntetider, av Brent James om kliniska förbättringar och IT-stöd, av Tom Nolan om förbättringsmodellen och mätningar, av Edward Deming, Cliff Normann, Lloyd Provost m fl om systemkunskap, variation (mätningar), förändringspsykologi och förbättringskunskap, av Paul Batalden, Gene Nelson och Marjorie Godfrey med flera om kliniska mikrosystem, Värdekompassen med mera.

En annan del sker genom satsningar på ledarutvecklingsprogram för verksamhetschefer, 1:a linjens chefer, ST- och AT-läkare med flera. Även här betonas numera mer av ledarskap i förändring, i flöden med stödfunktioner, i gränslös verksamhet och i en lärande organisation.

Här följer några exempel på resultat från vårt arbete med förbättringar.

Tillgänglighet (punkt 1 i systembilden)

■ Enligt den nationella besöksgarantin ska invånarna få tid hos en allmänläkare i primärvården inom sju dagar. För att klara detta har vi arbetat målmedvetet under tre år med över hundra team som deltagit i programmet Bra mottagning. Resultatet har blivit bra. Enligt landstingsförbundets statistik ligger vårt landsting på näst bästa plats; knappt 90 procent får tid inom sju dagar (bild12).

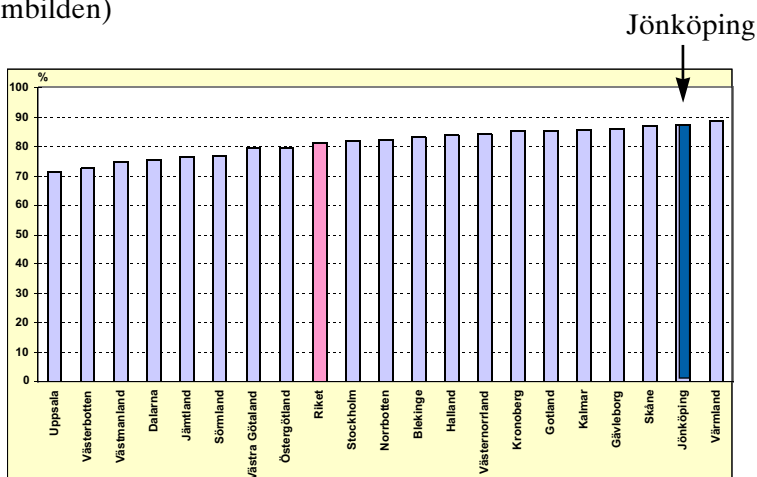


Bild 12: Besöksgaranti till allmänläkare i primärvård. Jämförelse mellan landsting.

■ En viktig aspekt av tillgängligheten är vård på rätt vårdnivå. I en jämförelse med övriga landsting har vi en framskjutna position vad gäller besök hos andra vårdgivare än läkare (bild 13).

■ Ett exempel där utökad tillgänglighet leder till bättre kliniska resultat är Högländets sjukhus arbete med Dyspepsi ("sur mage"). Genom förändrade rutiner där patienterna får träffa en kirurg inom 24 timmar blir diagnossättningen säkrare och en del patienterna behöver inte ställas på

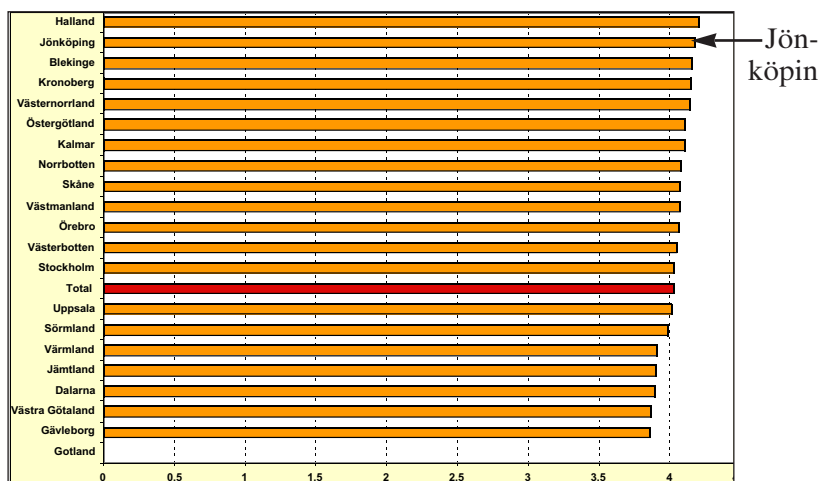


Bild 13: Vård på rätt nivå. Jämförelse mellan landsting.

onödig medicinering. Detta påverkar även vår ekonomi och målområde God hushållning. Enligt den metod som testas av landstingets ekonomer beräknas förändringarna inom dyspepsi generera vinster på upp till 15 miljoner kronor per år.

■ För telefontillgänglighet är målsättningen att vi ska svara inom tre minuter (bild 14).

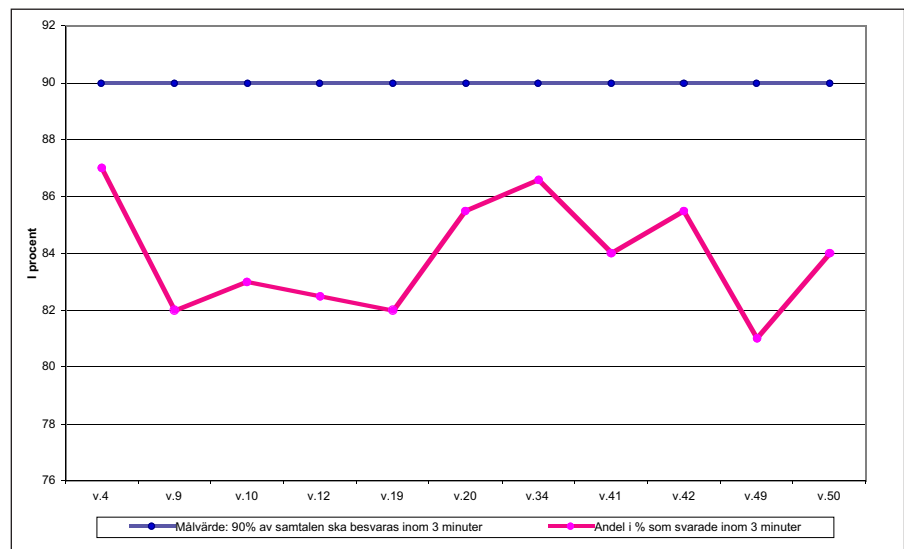


Bild 14: Telefontillgänglighet - röd linje=andel som svarade inom tre minuter.

■ Genom att alla kliniker/basenheter numera har en egen hemsida ökar också kontaktytorna med patienterna. På hemsidan kan de avboka inplanerade besök och ansöka om receptförnyelse.

■ Landstingets mål för tillgängligheten är det vi kallar **Avancerad tillgänglighet** – patienten ska efter förfrågan få professionell bedömning inom tre dagar i primärvården och fjorton dagar inom specialistvården. För att få ett statistiskt jämförbart mått använder vi Tredje tillgängliga tid (3T). Tredje bokningsbara tid till läkare rapporteras på intranätet där vi har en särskild mätplats för alla mottagningar .

För att finna en balans mellan efterfrågan på tider och mottagningens kapacitet att erbjuda tider har vi utvecklat ett verktyg, Balansräknaren, som ett stöd för mottagningarna.

Vi har också satsat på att utveckla tillgängligheten inom vår organisation för att undviker att stödprocesser blir flaskhalsar i vårdflödet. Till exempel inom landstingets centrala administration, inom klinisk fysik, radiologi och operation.

Vi har också provat mätningar som med hjälp av mått som startid, knivtid och väntetid för att förbättra vårdflöden och lokalanvändning.

Beslutsstöd (punkt 2 i systembilden)

■ Ett avgörande moment ur ett patientperspektiv är att vårdens beslutsstöd fungerar. Kliniska register är ett verktyg för detta. För närvarande finns, eller utvecklas ca 60 nationella kvalitetsregister i Sverige. Genom att förbättra användningen av dessa kan de ligga till grund för förbättra verksamheternas kliniska resultat.

Qulturum har av Sveriges kommuner och landsting (fd Landstingsförbundet) fått ansvaret att i partnerskap driva flera nationella projekt med syfte att utveckla nationella kvalitetsregister. Hittills har detta skett för hjärtinfarkt, katarakt, diabetes och depression.

■ Våra medicinska programgrupper har inom ramen för Storgrupp sjukvård fått i uppdrag att upprätta en sammanställning över vilka internationella, nationella och egna kliniska register de använder eller tagit fram. De flesta medicinska programgrupperna har tillgång till fler än tio register och inom varje register finns flera mått. Varje programgrupp har valt två angelägna processer med två mått vardera. Processerna har värderats vad gäller kvalitetsgap och mognadsgraden. Utmaningen är att driva förbättringsarbetet så att de förflyttar sig resultatmässigt minst ett steg åt höger (se bild 15).

Uppföljning sker vid särskilda möten med landstingsdirektören. Detta är ett led i att lyfta upp de kliniska resultatens strategiska betydelse.

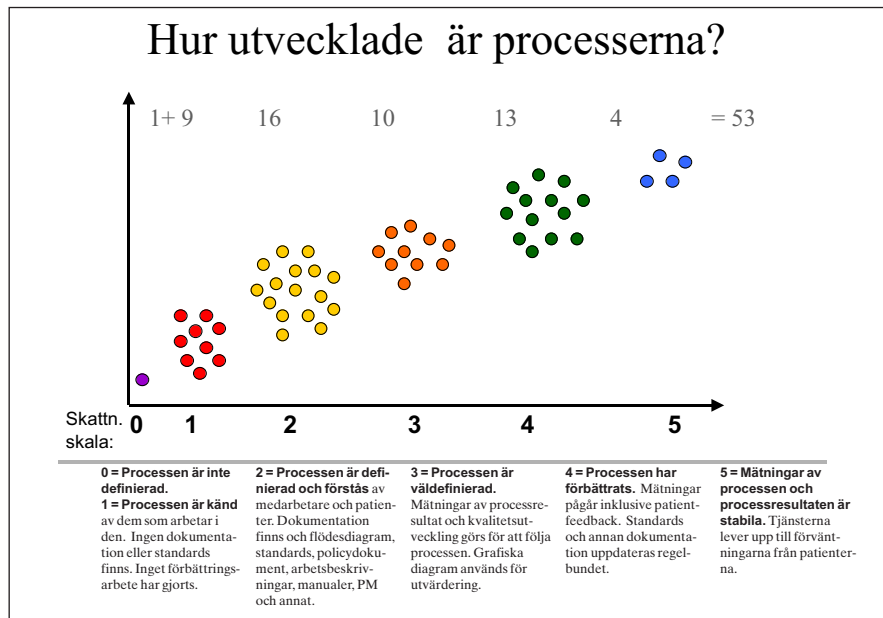


Bild 15: 53 processer följs extra noga och skattas efter processens mognadsgrad. Målet är att förflytta processerna ett steg åt höger på skalan inom det närmaste året.

■ Vårt arbete med strokepatienter har också varit framgångsrikt. I en rapport från Sveriges kommuner och landsting (SKL) framgår att våra strokepatienter är mindre deprimerade än andra (se pilen, bild 16).

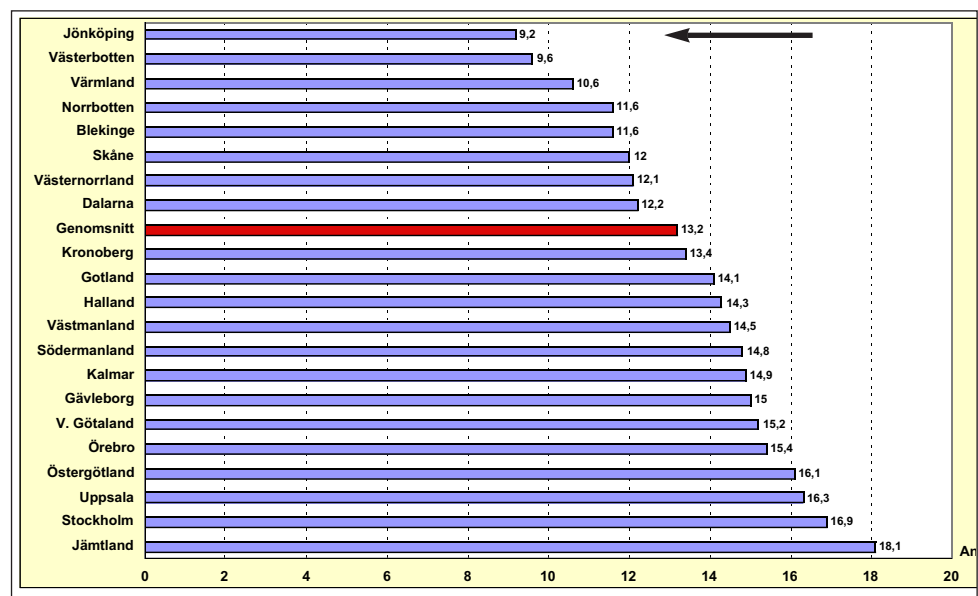


Bild 16: Strokepatienter – depression.

■ Vårdriktlinjer är ett verktyg för att erhalla en säker och lika vård för alla. Målet för landstinget är i nuläget är att tillämpa 25 läns-gemensamma vårdriktlinjer för särskilt angelägna processer. Hittills är sju vårdriktlinjer etablerade. Utöver dessa sju finns vårdriktlinjer för omvårdnad (fall, trycksår, nutrition och smärta), som riktar sig till ineliggande patienter över 65 år – drygt 24 000 patienter/år.

Vårdriktlinjerna är kopplade till IT-stödet Mäta och analysera (MOA, bild 20) där resultaten kan följas. Målet är att minska lidandet för patienten.

Dessutom kan vi visa resursmässiga vinster som följd av framgångsrikt kvalitetsarbete; fallo-lyckorna kostar ca 378 miljoner kronor per år (räddningsverkets beräkningar), dålig nutrition leder till längre vårdtider och varje trycksår som uppstår genererar en kostnad om ca 200 000 kronor.

■ Ett klinisktregister för vård av njursjukapatienter (uremi) har tagits fram av medicinkliniken på Höglan- det i samverkan med medicinklinikerna i Norrköping, Linköping och Kalmar. En kontrollgrupp finns i Norr- land. Målet är att fördröja insättandet av dialysbehandling. Arbetet är mycket framgångsrikt (bild 17) och ger uppföljningsdata till varje besökande patient. Varje punkt representerar medelvärdet för patientgruppen och mätintervaller är var 3:månad.

■ Ett annat beslutsstöd är vårdriktlinjerna kring patienter med befarad Djup ventrombos (bild 18). De medicinskt ansvariga har tagit fram en vägghängsplan med beslutstöd samt vårdriktlinjer. Denna är även webbaserad där vårdgivaren kan klicka sig fram stegvis.

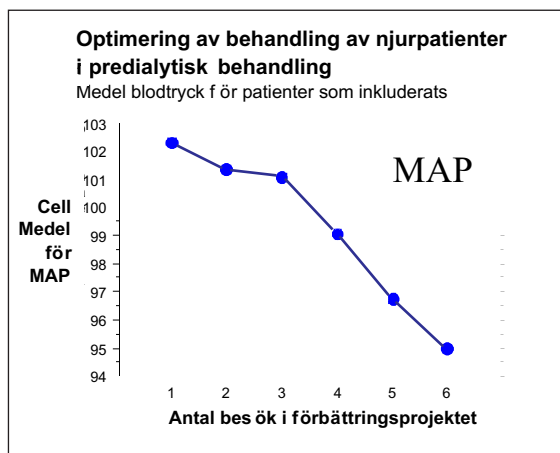


Bild 17: Bättre för patienterna med senare start för dialys efter förbättringsarbete i Uremi (njurdialys).

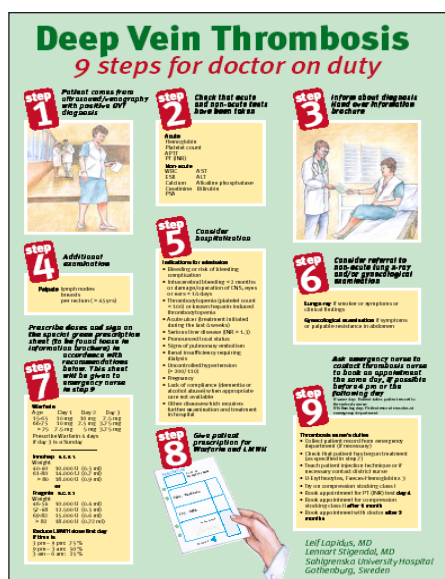


Bild 18: Checklista vid djup ventrombos (blodpropp i en ven).

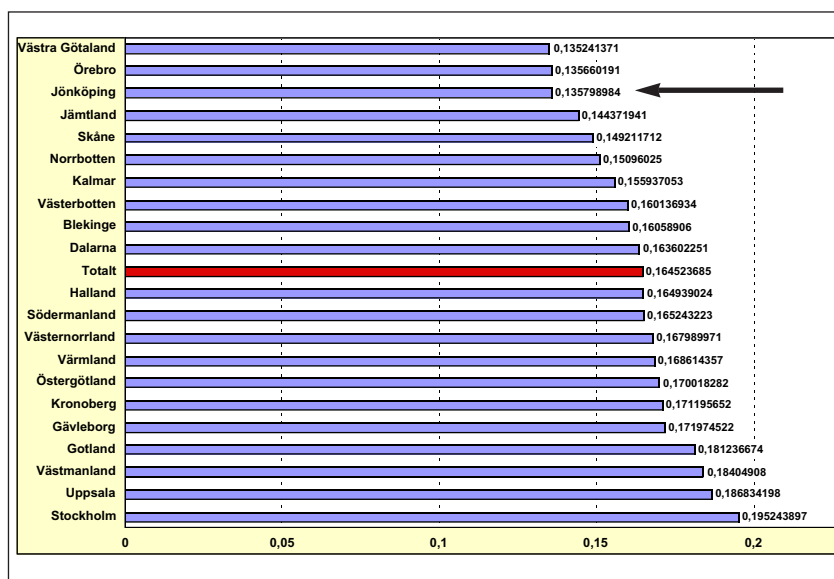


Bild 19: Antal kejsarsnitt i vårt landsting är bland de lägsta i landet.

■ Ett resultat som uppmärksammats är den låga andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt (bild 19).

■ Vi har också vårdriktlinjer för barn, ungdomar och vuxna med fetma.

IT-stöd (nr 3 i systembilden)

För att ge bästa möjliga vård sker utvecklingen av nya hjälpmedel och arbetssätt parallellt. För närvarande används över 600 IT-stöd inom landstinget och de flesta kan inte kommunicera med varandra. IT-stödet är fragmetaliserat. Sjukhuset på Höglan har däremot ett sammanhållet patientadministrativt system (SPAS). Detta visar tydligt behovet av ett heltäckande IT-stöd. Därför utvecklar vi nu tillsammans med Landstinget i Östergötland en Vårdgivarportal som består av ett antal IT-tjänster:

- PÖS (Patientöversikt) är en funktion med utvald patientinformation från de verksamheter inom landstinget där en patient är eller har varit aktuell.
- Läkemedelsmodulen är ett förskrivar- och utdelningsstöd för läkemedelshandling. Det skapar en landstingsgemensam läkemedelslista för varje patient. Uppgifterna kan skrivas ut på papper.
- Labros är ett elektroniskt beställnings- och svarssystem mellan vårdenheter och laboratorier.
- EBBA är ett patientadministrativt IT-stöd för slutenvården för in- och utskrivning av patienter, permissioner, beläggningssituation på en avdelning, klinik och sjukhus.

Vi har dessutom särskilda IT-stöd som stöd för förbättringsarbete :

- MOA (Mäta och analysera, bild 20) är ett IT-stöd där syftet är att ge vårdgivare kan registrera värden för en enskild patient och dessa sammanställs till ett sammantaget processresultat på systemnivå. Detta system möjliggör samverkan över huvudmannagränser. Under testfasen deltar bl a tre omvårdnadsprocesser: trycksår, fall, nutrition.

- POP är ett process- och projektregister som utvecklas inom landstinget för att registrera processer och förbättringsarbeten inom respektive process .

- Reflex (Resultat, Förnyelse, Lärande i Extranät) är ett interaktivt stöd för utvecklingsarbete för arbetsplatser oberoende huvudman.

- Förbättringsguiden är ett interaktivt e-learningstöd i förbättringskunskap.

Bild 20: IT-stödet Mäta och analysera, MOA, ger uppgifter och statistik om patienter och patientgrupper.

Vårdformer (punkt 4 i systembilden)

Denna del av systembilden synliggör frågan om *var* vården bedrivs och var den – utifrån ett patientperspektiv – bäst kan bedrivas. Nya kunskaper, tekniker, resurser och samspel påverkar förutsättningarna för hur och var vården bedrivs. Exempel på områden som lett till förändrade vårdformer för patienterna och nya arbetsmönster för personalen är:

- SIM-mottagning; sjuksköterskebaserad infektionsmottagning (sjuksköterskor)
- Ambulanspersonal mäter utandningsluften hos patienter direkt och sänder in värdena till akuten (ambulansperson)
- Skolsköterskor ges verktyg för att stödja barn med astma och kan därmed bidra till minskade akuta sjukhusinläggningar (skolsköterskor)
- ”Medicindirekt” är en direktlinje mellan kommunal- och primärvårdspersonal och specialist på klinik för att snabbare få en värdering av patientens hälsotillstånd (Vårdpersonal i kommuner och primärvård)

Andra exempel där vårdformer förändrats är:

- Palliativ vård med större hänsyn till patients önskemål om var vården ska ske (se systemmått)
- Läkemedel där vårdformen hela tiden förändras. Läkemedelskommittén rekommenderar utbyten av läkemedel och mäter följsamheten över tid. Imigran är ett gott exempel (bild 21).

Att följa en rekommenderad förskrivningsprocess bromsar kostnadsutvecklingen och ökar patientsäkerheten.

- Numer kan patienter som är kända hos läkaren beställa vissa läkemedel via e-mail (receptförnyelse).

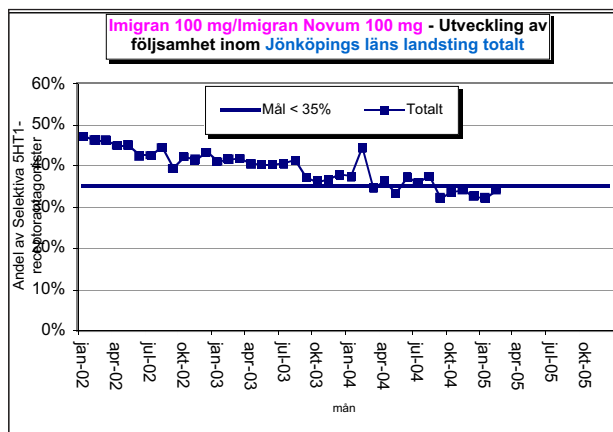


Bild 21: Läkemedelskommittén mäter följsamhet av sina rekommendationer. Här förskrivning av Imigran.

Förtydliga relationer (punkt 5 i systembilden)

■ Att klarlägga pågående relationer mellan patienter och sjukvården eller inom sjukvården eller gentemot andra vårdgivare, kommuner osv är ett angeläget utvecklingsområde. Ett exempel är Medicinkliniken i Eksjö som anpassat en metod från näringslivet ”Business Reingenering” till hälso- och sjukvård och visat hur förändrade arbetssätt och mätningar kan göra att man får fram resultat som är direkt patientfokuserade. Kliniken kan uppvisa avancerad tillgänglighet för samtliga specialistområden och har tilldelats flera kvalitetsutmärkelser.

■ Ett annat exempel är utvecklingsarbetet ”Bästa möjliga för barn en” där Barndialogen är en mötesplats för alla professioner som arbetar med barn och deras familjer– i såväl primärvård, specialistvård, skolor, socialtjänst. I dialogform möts alla yrkesgrupper för att utveckla en gemensam värdegrund, mål, vårdprogram och mätetal och samsynen förstärker förmågan av att dra åt samma håll.

Ett antal processer där barnens resultat är starkt beroende av hur de olika vårdgivarna inom och utom landstinget samverkar har ringats in. Exempel är barnastma, överviktiga barn, barn med koncentrationssvårigheter och barn i riskzonen.

Ett exempel: För barn med glutenöverkänslighet och ketoacidosis mäts tiden från att det barnet kommit in till dess att det fått vätska (bild 22).

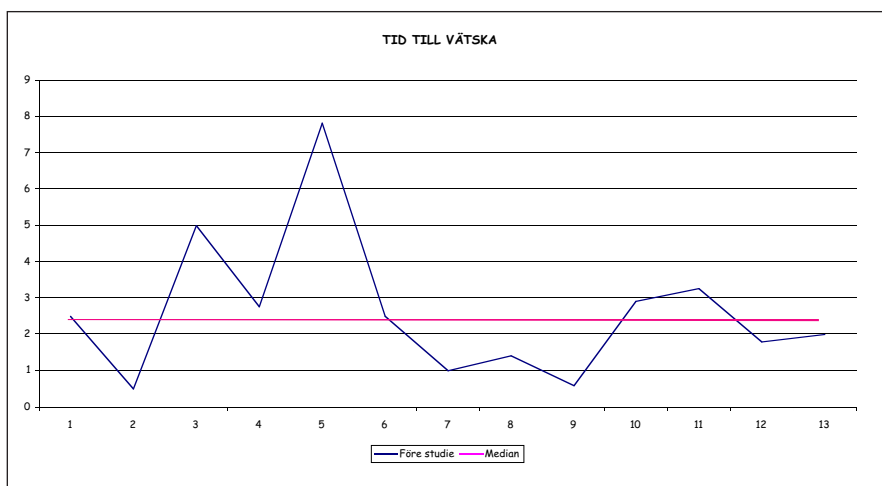


Bild 22: För barn med ketoacidosis (sura ämnen som bildas i kroppen vid ofullständig oxidation av fettsyror och går över i blodet, t ex vid diabetes) mäts tiden från det de kom in till de fått vätska.

Stödprocesser är strategiska

I denna uppsats har vi hittills haft fokus på förbättringsarbete i kärnverksamhet. Allteftersom kärnverksamhetens processer utvecklas växer behovet av bra stödprocesser fram. Dessa måste stärkas parallellt och integrerat med kärnverksamheten. Vi har också sett att framgången ligger i att stödprocessernas utveckling är kopplade till de strategiska målområdena i Diamantbilden. Här är några exempel på stödprocesser som får en allt större betydelse:

- IT-stöd för förändring
- Att fånga systemets resultat
- Att omsätta teoretisk kunskap till praktisk handling. Enheten Futurum samordnar klinisk praktik för studerande till läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor. Futurum har tagit fram sju medicinska profilområden som ska lyftas fram extra i forskningen och Futurum stödjer närmandet mellan teori och praktik.
- Att synliggöra ekonomiska resultat av förbättringsarbeten
- Att utveckla arbetsmiljö. Dialogen är ett utvärderingsinstrument som sänds till landstingets alla medarbetare vartannat år. Fokus i enkäten ligger på individ, medarbetarskap, ledarskap och arbetsmiljö. Alla utvärderar sin närmaste chef och detta ligger till grund för överordnades utvecklingssamtal med denna ledare. Respektive enhet ska med utgångspunkt i resultatet i Dialogen upprätta handlingsplaner för förbättringar. Svarefrekvensen är ca 88 procent.

Skapa kapacitet för lärande och spridning

Det är av strategisk betydelse att skapa kapacitet för lärande och spridning av goda exempel och resultat. Genom att arbeta tvärprofessionellt i vardagsarbetet och i våra utvecklingsaktiviteter, analysera kvalitetsgap och mäta på nytt sätt det vi presterar skapar vi ett lärande där delaktighet och förutsättningar för spridning är integrerade från start.

Spridning av ny kunskap är då inte reducerad till fortbildningssituationer utan är en del av ett ständigt pågående lärande och ett aktivt förhållningssätt att själv söka information.

Qulturum är landstingets lärandearena som erbjuder erfoderligt stöd (bild 23).

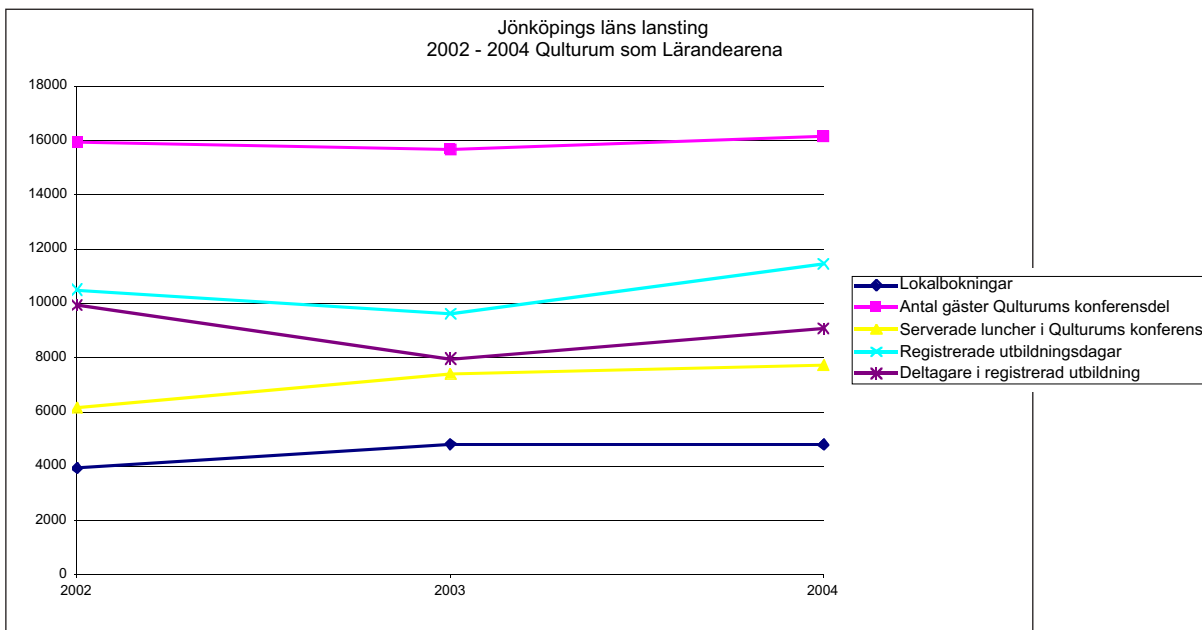


Bild 23: Qulturum som lärandearena utifrån antal deltagare i aktivitet, utbildningsdagar, besökare i konferensdelen, lokalbokningar och serverade luncher i Qulturumhuset.

För alla förbättrings- och utvecklingsprogrammen gäller:

- De vänder sig till tvärprofessionella team
- Vi tar tillvara goda exempel från tidigare program
- De består av fyra-fem träffar (lärande seminarier) och aktiva perioder för eget arbete där emellan
 - Teamens mål är att genomföra en förändring och uppnå nya resultat
 - I arbetet ingår alltid att välja något man vill förbättra i det egna arbetet eller på den egna arbetsplatsen, ta reda på hur det ser ut före en förändring (mäta baslinje), sätta upp mål för arbetet och mäta över tid effekterna av testade förändringar
 - PGSA-cykeln är det etablerade förbättringsverktyget
 - Värdekompassen används vid processutveckling

Landstinget har etablerat en modell för att anpassa och sprida ny kunskap till verksamheten. Detta sker i en mognadsstege där nya arbetssätt växer fram, först genom små tester, sedan tas spridningskrav, piloter och koncept fram, och därefter finner vi goda helhetsexempel och prototyper.

I testfasen prövar vi i liten skala med några få verksamheter. I pilotfasen sker inbjudan mer öppet och gemensamma mätetal arbetas fram. Pilotfasen kan pågå länge, men så småningom är konceptet så pass etablerat att det blir en prototyp.

I alla faser, test, pilot och prototyp finns principer för lärandet. I bilagan redogör vi för aktuella aktiviteter sorterade efter målområden i Diamantbilden.

Pålitlig och patientsäker vård

För att åstadkomma bästa möjliga kliniska processer är en modern säkerhetskultur och säkerhetstänkande av stor betydelse. Vi har inrättat ett risk- och säkerhetsråd som är gemensamt för landstinget, liksom referensgrupper med fokus på patientsäkerhet.

Mätningar pågår av säkerhetskulturen i de tre sjukvårdsområdena och nya kvalitetsmetoder tas fram. Under 2005 utvecklar vi tillsammans med övriga system i Pursuing perfection hjälpmedlet ”Global Trigger Tool”, som är ett verktyg för att i förhand värdera risken för att misstag begås inom systemet.

Vi har också metoder för säkerhetstänkande på tre nivåer:

1) Förebygga misstag

– med metoder som FMEA (Failure Mode Effective Analyze) och ”Root Cause analyser” identifieras och värderas säkerhetsrisker.

2) Identifiera problem och misstag

– med metoder som Patientens direkt kanal, ADE (mätmetod för allvarliga läkemedels incidenter) och Synergi (gemensamt IT-system för avvikelshantering) identifieras problem och misstag. Med dessa metoder går avvikelser från att vara en kunskap för en enskild klinik/avdelning till att vara en systemgemensam kunskap.

3) Åtgärda begångna misstag

– med arbetsmetoden MTO (Människa Teknik Organisation), flödesanalyser och allvarlighetsbedömningar granskas processer där misstag är frekventa eller där ett allvarligt misstag skett, särskilt vad gäller allvarliga patient incidenter.

Standardisering, beslutsstöd, bra dokumentationsstöd och bästa möjliga tillgänglighet befrämjar systemets pålitlighet.

God hushållning – pålitlig utveckling

Landstinget i Jönköpings län har hittills haft en skattesats bland de absolut lägsta i Sverige. År 2004 höjdes den till 10,67, med motiveringen att kunna garantera en hållbar utveckling (Riksge-nomsnittet är 10,75). Alla nya åtaganden ska finansieras genom effektiviseringar. Budgeten är i balans.

Det är viktigt att synliggöra de ekonomiska förtjänsterna med utvecklingsarbete. På systemni-vå görs detta med systemmått. På processnivå prövas ett verktyg, som kallas ”Den konceptuel-la modellen”, för att synliggöra det ekonomiska perspektivet i varje process. Modellen prövas nu på influensavaccination, pre-uremi, barnastma, fallprevention, benign gynekologisk kirurgi och SSRI (antidepressivt läkemedel, dvs processen där detta används).

Miljöarbetet

I vårt miljöarbete är drivkraften: En god miljö är en förutsättning för en bra folkhälsa, och en god regional utveckling. Miljöarbetet medverkar till en långsiktigt hållbar resurshushållning. Vi har under några års tid arbetat intensivt med att införa ett miljöledningssystem enligt ISO 14001 och att göra miljöarbetet till en naturlig del av organisationens utvecklingsarbete. Här är några siffror:

Behandling av sjukhusavfall (andel i %)	2002	2003	2004
Materialåtervinning	16	18	20
Biologisk behandling	4	4	11
Energiåtervinning	20	23	55
Deponering	49	46	5
Upphandling med miljökrav %	74	94	97

Enligt en uppskattning i Finansdepartementets tidigare nämnda rapport är det möjligt att sänka landstingens kostnader med minst 15 procent genom att utveckla den inre effektiviteten (”Iakt-

tagelser om landsting” Ds 2005:7). I vårt landsting uppskattas effektivitetsvinsterna till ca 80 miljoner kronor per år, eller 2 procent av nettokostnaderna. Översatt till hela landstingssektorn skulle detta motsvara 3 miljarder kronor per år eller 30 miljarder på en tioårsperiod.

- Så det är nu vi skapar vårt framtida utvecklingsutrymme – framtiden är nu!

Författare: Lennart Ljungkvist, Annika Nordin, Rolf Bardon och Göran Henriks

Resultaten från vår ambition att utveckla *Bästa möjliga* är kummulativa, inte slumpmässiga. Basen har hela tiden varit våra kvalitetskunskaper och tidigare erfarenheter av förbättringsarbete. Den tidiga insikten att personalen inte är en resurs, utan just människor, som arbetaroch presterar utifrån sin förståelse, motivation och ambition är en källa till ständiga möjligheter.

Med ett öga har vi sneplat på Edward Demings 14 punkter för kvalitetsutveckling och idag kan vi konstatera att vi jobbat med alla. Kanske är den viktigaste punkten ”Driv ut rädsla!”

2005 års upplaga av den nationella konferensen ”Utvecklingskraft” där medarbetare presenterar resultatet av sitt förbättringsarbete, har temat ”Patientfokus är arbetsglädje”. Just det!

Göran Henriks, utvecklingsdirektör

“...Maybe the shock will be just as it was in the automobile industry; an attractive product developed outside the US ... Jönköping County which has proven overall to be the highest performing of all Pursuing perfection sites, both financially and clinically, has perfected its chronic disease management to achieve some of the lowest population-based hospitalisation rates for asthma that IHI has ever seen.

If a “Toyota” does appear outside the US, these Pursuing perfection sites will be well positioned to understand its essential elements and adopt them to the American health-care consumer.

D. Berwick, T. Nolan, A Kabcenell, IHI

Bilaga: Utvecklingsperspektiv med fokus på strategiska mål

Sammanställning av aktiviteter för att skapa kapacitet för lärande

	Mognad		Mognad		Mognad
Systemutveckling och integration		Klinisk resultatutveckling		Ledarskapsnätverk med kommuner	P
– Omfattning/spridning		– Omfattning/spridning		– Etablerat	
• Utveckla system och processkunskap med DRG – 30 deltagare	P	• Utvecklat genombrottsarbete Kliniska resultat på arbetsplatsnivå – 66 team (65 JKP) 331 deltagare (325 JKP)	Prototyp	• Storgrupp sjukvård – 5 ggr/år	P
• Kvalitetscirkel i QBS; kvalitet som strategi – 1 utbildning 32 deltagare	T	• Utvecklat nationellt genombrottsarbete med bas i kliniska register – <i>Kardiologi, diabetes, Kataract och depression</i> ; 36 team (9 JKP)	Prototyp	• Ledarskapspolicy – Etablerad	P
• Förbättringsguiden – statistik kunskap via e-learning. Öka spridningen – 40 testanvändare	Prototyp	• TCAB ”vård vid sängkanten” – <i>Medicinkliniker vid 3 sjukvårdsområden</i>	P	Tillgänglighet	
• Kurs i statistik processkontroll – 3 kurser 106 deltagare (62 JKP)	P	• Utvecklat genombrottsarbete för primärvården – 8 team (7 JKP) 39 deltagare (33 JKP)	P	– Omfattning/spridning	
• Sprid Bästa Möjliga kunskaper i kortseminarier till vårdutvecklare – 2 utbildningsomgångar	P	• Förbättra variationen inom barnastma från 10-2 till 10-3 – <i>Berör hela patientgruppen barnastma</i>	T	• Genombrottsprogram Bra Mottagning – 281 team 1450 personer (87 team JKP)	Prototyp
• Centalt kansli från styrning till stöd och strategi – hela kansliet deltar i utvecklingsarbetet	T	• MOA register för kliniska resultat – 2 test + 6 processer	P	• Bok om tillgänglighet ”När tiden inte räcker till” – <i>Över 730 externa beställningar + i alla utbildningar samt alla utbildningar i Halland, Skåne, Kronoberg</i>	Prototyp
• MOA, utveckla kliniskt register och sprid i Utb.pr – 6 processer	P	• Etablera/sprida vårdriktlinjer för hela systemet – <i>Fall, nutrition, trycksår och smärta, Ven-trombos, 8 nya vårdriktlinjer på intranätet.</i>	P	• Utveckla tillgängligheten inom operations verksamheter – <i>Samtliga sjukvårdsområden</i>	P
• Etablera ekonomigrupp som resurs i förbättringsarbetet – 15 ekonomer	P	• Utvärdering av Klinisk resultatförbättring – 1 rapport	P	• Regionalt nätverk kring tillgänglighet – <i>Deltar</i>	P
• Utveckla systemkunskap i hela organisationen – <i>integrerat i ledarskapsutbildning, storgrupp sjukvård etc</i>	P	• ”Förflytta” 53 processer till högre mognadsnivå – 53 processer	T	• Läns gemensam arbetsgrupp för tillgänglighet – <i>Samtliga sjukvårdsområden</i>	P
• Utveckla verktyg för ekonomisk spegling av processutveckling – 2 + 6 processer	P	• Etablera LabRos; remiss och svarssystem – <i>Pågår, 6 arbetsplatser</i>	P	• Rapport om genombrottsarbete och effekter på arbetsplats – <i>Genomförd</i>	P
• Ta, utveckla systemmätt; Integrera systemmätt i befintligt mätsystem – <i>integrerat i månadsuppföljning, i årsbokslut</i>	P	• Skapa rutiner för rapportering, dokumentation, lärande – <i>pågående</i>	P	• Rapporteringsplats på intranätet för tillgänglighet – 40% av alla enheter rapporterar 3T	P
• Utveckla och etablera Synergi; incidentrapporteringsystem – <i>implementeras under 2005; 5000 personer</i>	P	• Grupp för att reducera mortalitet – <i>Etableras</i>	T	• Verktyg för att beräkna balans tillgång/efterfråga – 70 verksamheter	Prototyp
• Använda BSC på alla nivåer i systemet – <i>Hela systemet</i>	Prototyp	• Resultatmöten sjukvårdsdirektör och medicinska programgrupper – <i>Kontinuerligt varje termin</i>	P	Samverkan/flöde	
• Utveckla Reflex och öka användningen – 39 projekt 348 team	Prototyp	• Sjukgymnaster/arbetsterapeuter/logoped	P	– Omfattning/spridning	
• Nationell spridning av Reflex – 10 projekt	T	• Internationell hälsa	P	• Utvecklat genombrott samverkan/flöde – 11 team ((20 JKP) 76 deltagare (73 JKP)	P
• Integrera miljöfrågorna på systemnivå – <i>Har tagit fram systembild, del av centalt BSC</i>	P	• Resultatuppföljningsmöten medicinska programgrupper och landstingsdirektör	P	• Utvecklat genombrott barn och ungdomar med övervikt – 10 team 74 deltagare	P
• Samverkansgrupp med IT-centrum – <i>Schemalagda löpande möten</i>	P	• Utbildning i vårdriktlinjer – omvårdnad	P	• Hemsidor - Alla basenheter	Prototyp
• FUTURUM praktik för studenter – <i>Alla läkarstudier, arbetsterapeuter och sjuksköterskor</i>	Prototyp	• Distriktsläkarkonferenser	P	• Nätverk för Ester – Etablerat	T
• Profilteman för FUTURUM – <i>Akut buk, barns hälsa, infektioner, kardiovaskulära sjukdomar; lärande/förnyelse/kommunikation, nacke-rygg, odontologi</i>	P	Ledarskap för transformation		Läkemedelsanvändning	
• Klinisk Microsystem festival och nationellt nätverk – 2 festivaler med 200 deltagare	Prototyp	– Omfattning/spridning		– Omfattning/spridning	
• Konferensen Utvecklingskraft – <i>Nationell resultatspridning i 2 konferenser med ca 900 deltagare</i>	Prototyp	• Ledarskapsprogram för första linjens chefer LUV – 81 deltagare	P	• Utvecklat genombrott läkemedel – 38 team	P
• Stödja framtagande av systembilder för nyckelverksamhet – <i>IT-centrum, Laboratoriet, folkhälsa, klinisk fysiologi, miljö</i>	P	• Ledarskapsprogram för verksamhetschefer – 35 deltagare	P	• Utvecklat genombrott Äldre och läkemedel – <i>Planeras</i>	T
• Transformationsrapport – <i>Uppdateras minst 4 ggr/år</i>	Prototyp	• ALV – Aktiv ledarutveckling – 25 deltagare	P	• Utvecklat genombrott på nationell nivå om läkemedel och patientsäkerhet	P
• Väggbild ”kvalitet som strategi” – <i>pågår</i>	T	• Mastersutbildning i ledarskap/utvecklingsledare med Växjö – 4 deltagare från JNK	Prototyp	• Farmaceuter i vården – <i>Vissa primärvårdsområden och kliniker</i>	P
• www.kulturum.com – <i>Hemsida för landstingets utvecklingsarbete ca 1500 besökare/månad</i>	Prototyp	• Ledarskapsprogram för ”ledarpar” + i samverkan med UMAS – 56 deltagare (45 JKP)	P	• ”Passion for life” – <i>Planeras</i>	T
• Nyhetsbrev Kliniska microsystem – <i>Nationell spridning av nyhetsbrev, 5/år</i>	Prototyp	• Förbättringskunskap för studenter och lärare	P	Patientsäkerhet	
		• Ledarutveckling för läkare/läkarstudenter (AT/ST) – 192 + 82	P	– Omfattning/spridning	
		• Handledarutbildning för förbättringsarbete	Prototyp	• Utvecklat genombrott Patientsäkerhet – 20 team (18 JKP)	P
		• Reflektionsgrupper	P	• Mätstrukturer och rutiner för måttet ADE – 3 sjukvårdsområden	P
		• Handledarutbildning i hur leda reflektionsgrupper – 12	Prototyp	• Risk och säkerhetsråd för lanstinget – <i>Etablerat</i>	P
		• Handledningspedagogik för läkare	-	• Nationell konferens Patientsäkerhet – <i>Genomförd</i>	P
				• Utvecklat genombrott FMEA + för stödfunktioner – 26 team (24 JKP)	P
				• Stödgrupp för användning av verktyget FMEA – <i>Etablerad</i>	T
				• Referensgrupp för patientsäkerhet – <i>Etablerad</i>	P
				God Hushållning	
				– Omfattning Spridning	Prototyp
				• Miljöutbildning – 5 559 deltagare	typ

T = test, P = Pilot, Prototyp

