

Strategier för effektivisering

Arbetsmaterial under workshopen
den 30 november 2006

Strategier
för effektivisering



Förord

Att stödja kommuner och landsting i deras arbete att utveckla verksamheterna och förbättra resursutnyttjandet är ett prioriterat uppdrag för Sveriges Kommuner och Landsting. Som ett led i detta arbete publicerade vi, tillsammans med Socialstyrelsen, de första resultatorienterade och mångdimensionella Öppna jämförelserna av landstingens hälso- och sjukvård. Ett av huvudsyftena med dessa är att sporra till förbättringar.

Att gå från att redovisa öppna jämförelser till att förbättra resultaten i jämförelserna är ett stort steg som kräver ett långsiktigt och strategiskt arbete. I och med en ökad öppenhet om resultat och stärkt fokus på kunskapsstyrning blir det allt viktigare för landstingen att skapa rätt förutsättningar för att omsätta olika kunskapsbaser till praktik. Att utforma tillförlitliga system för detta är en viktig och samtidigt svår ledningsuppgift.

Strategier för effektivisering är ett första steg att tillsammans lära och utforska vad som krävs för att förbättra förmågan att omsätta öppna jämförelser och annan kunskap till ökad effektivitet i praktiken. För att skapa ett första gemensamt fundament att bygga vidare på har vi till workshopen den 30 november tagit fram detta arbetsmaterial. Materialet bygger på aktuell internationell forskning, egna internationella fallstudier, specifika svenska studier samt iakttagelser av utvecklingstrender på nationell nivå i Danmark, Norge och England. Slutligen har de vetenskapliga rön, genom ett antal idéseminarier, stämts av med företrädare från landstingen.

I arbetet med att sammanfatta iakttagelserna från förarbetena i detta arbetsmaterial har följande personer varit delaktiga: Mattias Elg, Jesper Olsson, Roger Molin och Michael Bergström.

Min förhoppning är att detta arbetsmaterial ska kunna vara en utgångspunkt i det fortsatta arbetet att utveckla system med förmåga att agera på öppna jämförelser och andra kunskapskällor. Ambitionen är dessutom att, i ljuset av den här workshopen, ge ut en uppdaterad version som kan inspirera, fördjupa och skapa nyfikenhet runt hur vi kan utveckla verksamheterna och lära tillsammans.

Håkan Sörman
VD

Öppenhet skapar förändringstryck

Effektivitet handlar om förhållandet mellan uppnådd grad av måluppfyllelse och tillgängliga resurser. (Cederqvist and Hjortendal-Hellman Ds 2005:7). Utgångspunkten för arbetet med effektiviseringar inom hälso- och sjukvården är att bejaka att det finns ett gap mellan vad som presteras i praktiken, exempelvis i form av kliniska resultat, tillgänglighet, patientsäkerhet och trygghet, och vad som är möjligt att åstadkomma och vad befolkning och patienter förväntar sig. Dessa gap framställs ofta som gap mellan behov och resurser. Och visst kan det på sina håll handla om bristande resurser, men vår utgångspunkt är en annan, att det inom svensk hälso- och sjukvård finns ett allt för stort gap mellan vad som presteras och vad som är möjligt att åstadkomma med tillgängliga resurser. Detta illustreras bland annat genom skillnader i effektivitet och kvalitet mellan landstingen vilket lyfts fram genom de öppna jämförelserna.

Hälso- och sjukvården befinner sig i ett starkt förändringstryck, med allt äldre befolkning, snabb medicinsk utveckling, ökade förväntningar och samtidigt begränsade finansieringsmöjligheter. Ytterst handlar effektivisering om att fortlöpande förändra verksamheten i takt med förändrade förutsättningar. Det handlar alltså om flexibla och successiva anpassningar till såväl förändrade vårdbehov som förändringar av teknik, kunskap, värderingar och livsmönster.

Alla ledare lever ständigt med frågan. Hur ska jag göra för att min organisation ska nå bättre resultat? Vad som är bättre resultat skiftar från organisation till organisation, men ledningens uppdrag att leda och skapa system för effektivisering är gemensamt.

Långt ifrån alla ledare lyckas däremot åstadkomma bättre resultat och effektivare resursutnyttjande. En del i styrningsproblematiken är att få medarbetarna i organisationen med på tåget. De olika medicinska professionerna drivs i hög grad av viljan att förbättra de kliniska resultaten för patienterna. Att också vårdens högsta ledning intresserar sig för vad som faktiskt görs och de resultat som uppnås, inte bara av kostnaderna, kommer att få fler att vilja vara delaktiga i förbättringsarbete. "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet" är ett styrningsredskap, avsett att underlätta ledningen av hälso- och sjukvården. Genom att i ett sammanhang fokusera kliniska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader skapas bättre förutsättningarna att få vårdens olika professioner engagerade i arbetet med förbättringar.

Syftet med att använda data på ett öppet sätt är alltså att stimulera engagemang för förbättringar, att andra lyckas bättre kan bli en viktig drivkraft att förbättra för de egna patienterna. Att jämförelserna är öppna även utanför organisationen, för medborgare och patienter, skapar ett ännu starkare tryck för förbättrade resultat.

Utmaningen för landstingens ledningar är att se till att jämförelserna används som underlag för förbättringsarbete, att de som inte når goda resultat systematiskt tar till sig kunskap från dem som med andra arbetssätt når bättre resultat. Det handlar inte om att bara de som presterar sämst skall förbättra sig, det handlar om att alla skall sträva efter att bli lika bra som den bästa. Arbetet spetsas ytterligare då siktet i förlängningen måste vara inställt på att bli så bra som den bästa tillgängliga kunskan-

pen pekar på att det är möjligt att bli. Filosofin bakom är att variation i resultat alltid kommer att finnas som en följd av att innovationer sker i processerna. Det viktiga är att de som arbetar på nya sätt med bättre resultat ses som föredömen för andra som efterhand gör likadant. Det är inte ett fritt val att avstå från arbetssätt som i jämförelser visat sig ge de bästa resultaten.

Detta arbetsmaterial utgör, tillsammans med dialogen vid dagens workshop, ett stöd för landstingens ledningar i arbetet med att forma användbara och samlade strategier för effektivisering.

Materialet har tillkommit i en dialog med landstingen samt med stöd i internationell forskning om strategisk ledning i förbättringsarbete. Syftet är att ge stöd till landstingsledningarnas arbete med förbättring och effektivisering. Begreppet strategier för effektivisering står för värderingar, prioriteringar och handlingsätt som gör hälso- och sjukvården säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, att den når bra resultat, är patientfokuserad, jämlik och att den ges i rimlig tid med ökad personaltillfredsställelse.

Flera forskningsresultat pekar på att det finns en avsevärd förbättringspotential i vården. Hit hör studier som visar att 30-40 % av patienterna inte får bästa möjliga behandling enligt tillgänglig kunskap; att 20-50 % av vårdens kostnader går att hänföra till sådant som går att undvika, exempelvis infektioner orsakade inom vården; och att upp till 40 % av de förbättringsarbeten som genomförs inte leder till satta mål (Olsson 2005). Detta illustreras ytterligare genom de variationer som redovisas i Öppna jämförelser.

Vår utgångspunkt är att dessa exempel på dåligt resursutnyttjande borde utmana landstingens ledningar till förbättringar. Lösningen ligger i ledningen och styrningen av vårdens olika delar, det är svårt att identifiera avgörande hinder utanför vårdens egen domän.

Att dölja och försvara ineffektivitet kommer med den ökade öppenhet som kännetecknar dagens uppföljning av vården i en framtid att vara en omöjlig strategi.

Detta arbetsmaterial, strategier för effektivisering, är en fortsättning på discussionsunderlaget Transformera system - från öar till helhet. Det är utvecklat i nära samverkan med företrädare för huvudmännen samt forskare. Målet är att stödja utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Det handlar om att växla upp förbättringsarbetet från öar till att strategiskt omfatta större system.

Att lära av framgångsrika organisationer

När vi i vår studie fört samman erfarenheter från landstingen med aktuell forskning framträder tydliga mönster; strategier som framgångsrika organisationerna använder för att förbättra kvalitet och effektivitet. Vårt syfte är inte att ordnena färdigformulerade riktlinjer för hur förbättringsarbetet bör bedrivas. Eftersom vårdens organisationer lever och verkar under olika förhållanden, måste strategierna vara anpassningsbara och flexibla. Följaktligen formuleras de mönster som har framträtt i vår analys i form av frågor som ledare har nytta av att ställa sig och att arbeta med för att finna lösningar i den organisation man verkar i. Frågorna ska ses som en helhet; en samling frågor som möjliggör lärande och tillskapandet av system med förmåga att agera kunskapstyrt. Ledare i framgångsrika organisationer arbetar med samtliga dessa frågor.

Frågorna diskuteras utförligt i följande avsnitt. Nedan ges de i sammandrag:

1. Hur skapar vi den medvetenhet som behövs för att driva förändringar?
2. Vilka resultat förväntar vi oss att förändringsarbetet skall leda till?
3. Vilka resurser behöver vi för att lyckas i förändringsarbetet?
4. Hur och var startar vi förändringsarbetet?
5. Hur arbetar vi med vårdens logistik ur ett patientperspektiv?
6. Hur kan vi höja organisationens lärande?
7. Hur skapar vi långsiktighet och möjliggör för delaktighet och begriplighet för medarbetarna?
8. Hur designar vi IT-system som stödjer nya arbetssätt?

1. Hur skapar vi den medvetenhet som behövs för att driva förändringar?

Vilka är drivkrafterna bakom förbättring? Förbättring är ju inget som bara händer. Det finns ett behov av att skapa medvetenhet om de problem och utmaningar organisationen ställs inför.

Idén med att skapa förändringstryck eller medvetenhet om behovet av förbättringar är att få yrkesutövarna med på tåget. De drivs i hög grad av viljan att förbättra de kliniska resultaten för patienterna (Greenhalgh, 2004). Vårdens professionella uppskattar därför ledare som är intresserade av vad som faktiskt görs och de resultat som uppnås, inte bara av de kostnader som hänger samman med vad som görs. Vi har funnit att ledare som förstår denna aspekt använder kliniska resultat ur olika perspektiv för att foga samman professionella intressen. Detta är ett av de få allmän-giltiga redskap som gör det möjligt för ledare att uppmärksamma det som händer i hälso- och sjukvårdens dagliga arbete.

Det finns också ett mönster i fråga om att använda data på ett transparent sätt i organisationer som åstadkommer ett strategiskt förbättringsarbete. Kliniska data används i kombination med ekonomiska – dvs ett mångdimensionellt tänkande.

Syftet med att använda data på ett transparent sätt är att stimulera diskussionen om vad som kan uppnås och att väcka viktiga drivkrafter hos yrkesutövarna. Att ta fram data som är transparenta även utanför organisationen, gentemot medborgare, politiker och patienter, skapar ett starkt tryck hos allmänheten för förbättrade resultat, vilket definitivt förbättrar användningen av prestationsmått ännu mer (Soriano 2006).

I framgångsrika organisationer personifierar ledarna den nya ledningsstrategin. En förutsättning för detta är att deras dagliga agerande grundar sig på en övertygelse om att detta är rätt väg att leda organisationen in i framtiden. Trovärdighet är en grundläggande komponent med koppling till frågan att vara äkta både som person och som ledningsgrupp. Utgångspunkten för att vara trovärdig och äkthet är ett personligt beslut. "Det här är vad jag, som ledare, står för". I framgångsrika organisationer är alla de högsta cheferna med ombord. Det strategiska förbättringsarbetet är deras gemensamma strategi (Luthans, 2003) (Reinertsen and Schellekens 2005).

Frågor som rör denna punkt är:

- Hur skapar vi förändringstryck baserat på kliniska, ekonomiska och patient-upplevda data?
- Hur gör vi data transparenta i hela organisationen och för dem vi är till för?
- Hur kan vi använda patientberättelser för att synliggöra våra problem?
- Hur arbetar vi som ledare med data om vårdens resultat, t.ex. ur de Nationella Kvalitetsregistren?

2. Vilka resultat förväntar vi oss att förändringsarbetet skall leda till?

Ett tydligt mönster i forskningen är att ledningen får bättre genomslag om den har en klar uppfattning om vilka resultat som kan förväntas, både på lång och kort sikt. En viktig gemensam nämnare för framgångsrikt ledarskap är tydligt fokus på förbättring av organisationens samlade prestationer. Att förbättra kliniska resultat, ekonomiska resultat, patientupplevelser och personaltillfredsställelse – allt på en och samma gång! De data som då samlas är de som kan underlätta denna utveckling.

Det är viktigt att effektiviseringen syftar till något, att det finns en vision (Collins et al, 2001). Eftersom hälso- och sjukvårdens organisationer ofta är stora och komplexa finns det ett behov av att samla den kraftigt fragmenterade organisationen, samtidigt som man vill försöka undvika att kommendera och kontrollera varje enskild enhet i organisationen. Visionen fungerar som ett viktigt kommunikationsredskap som signalerar organisationens värderingar och anger riktningen (Nutt et al, 1997).

Av forskningen framgår att ledningsgrupper i framgångsrika organisationer har utvecklat sina egna kärnidéer som vägleder såväl det dagliga handlandet som de strategiska besluten. Vi har funnit att följande vägledande begrepp om och om igen lyfts fram som särskilt viktiga.

Patienterna är hälso- och sjukvårdens viktigaste kunder och målsättningen för vår organisation är att skapa värde för våra patienter. Emellertid behöver vi också bemöta patienternas närstående, liksom medborgare och yrkesutövare.

Hälso- och sjukvården är en kunskapsbaserad serviceverksamhet och dess resultat skapas i samarbete med patienten. Hälso- och sjukvårdens framgång på lång sikt är beroende av våra systems förmåga att fånga upp behoven hos såväl varje enskild patient som hos befolkningen. Följaktligen är det viktigt – och en grundsats i fråga om effektivisering – att utveckla hälso- och sjukvården i nära samarbete med patienterna och försöka förstå deras krav, behov och tankar.

Alla våra resultat och värdet av vår organisation skapas där patienter, professionella och stödsystem möts i den dagliga verksamheten.

Fokus på återkopplingssystem och prestationsmått, som är attraktiva för de professionella och till hjälp för ledningen, i diskussion och förståelse av i vilken utsträckning organisationen skapar maximalt värde.

Dessa idéer är inte nya. Det nya ligger i att ledningen har genomfört en process där den som grupp slår fast vilka de vägledande principerna är. Dessa principer hålls levande och är i praktiken grunden för ledarskapet (kvalitetsutveckling and sundhedsvæsenet 2002). Utmaningen ligger i att gå från ord till handling, vilket är en viktig avgränsning mellan de ledningsgrupper som bedriver handlingsinriktat förbättringsarbete och de som inte gör det.

Frågor som framgångsrika organisationer ställer sig är:

- För vem/vilka finns verksamheten till för?
- Länkar visionen, verksamhetsidén och organisationens uppföljningssystem i varandra och fokuserar dessa det som verksamheten finns till för?
- Vilka kliniska resultat behöver förbättras?

3. Vilka resurser behöver vi för att lyckas i förändringsarbetet?

Även effektiviseringsarbete förutsätter resurser. Studier av framgångsrika organisationer visar att deras ledning ställer nödvändiga resurser, såsom tid, ekonomiskt stöd och stöd till kompetensutveckling för förbättringsarbetet till förfogande när omfattande initiativ sätts i verket. De har inte bara tillhandahållit kraftfullt ekonomiskt stöd till förbättringarna utan också investerat i en infrastruktur som ökar sannolikheten för långsiktigt hållbara resultat (Beer et al 2000). Denna infrastruktur inbegriper såväl utbildningsmöjligheter i kvalitetsförbättring på grundläggande och specialiserad nivå likväl som att skapa en miljö för ledarnas ständiga lärande, inklusive ledningsgruppen.

Framgångsrika organisationer kopplar också forskningsresurser i olika typer av kunskapscentra till strategiskt förbättringsarbete. Forskning i det här sammanhanget handlar om forskning som fokuserar på kvalitetsutveckling, EBM (Evidenced Based Medicine), RIMA (Research Informed Management), ledning/styrning osv. Syftet med dessa organisationsinitiativ är att skapa underlag för kunskapsbaserad ledning av organisationen på samma sätt som diagnostik, behandling och omvårdnad skall vara kunskapsbaserad.

Centrala frågeställningar inom detta område är:

- Vilken kompetens behöver vi på ledningsnivå, bland mellanchefer och bland medarbetare för att driva förbättringsarbete i alla delar av organisationen?
- Hur mycket tid behöver frigöras för att säkerställa att arbetet kan genomföras?
- Hur mycket pengar behövs?

4. Hur och var startar vi förändringsarbetet?

Blotta tanken på att i grunden förbättra en så komplex organisation som ett hälso- och sjukvårdssystem gör de flesta människor skräckslagna. Även om visionen om förändringsstrategier kan vara mycket vittgående måste förr eller senare konkreta beslut fattas, så att man kan påbörja arbetet med att förflytta sig i riktning mot visionen. En viktig lärdom att dra från det lokala förbättringsarbetet är behovet av en preciserad strategisk avsikt från ledningen i fråga om var fokus ska ligga (Øvretveit 2006).

En förändringsstrategi kan med fördel utgå från det område där den största nyttan för kunderna kan uppnås i förhållande till organisationens uppdrag/mål. Problemet för många mindre förbättringsinsatser på lokal nivå är just bristen på strategisk avsikt. Detta beror ofta på att processerna har satts i gång av ett litet antal personer med ett personligt intresse för en specifik typ av problem. I sista änden leder detta ofta till att det blir svårt att se effekterna på systemnivå, vilket kan vara problematiskt för ledare. I värsta fall kan prioriteringsprocessen bli en process där man får balansera mellan idéer baserade på de professionellas drivkrafter kontra organisationens strategiska beslut.

För att hantera dessa avväganden har framgångsrika organisationer sett nyttan av att göra en organisatorisk prioritering. En strategi som hjälper till att avgöra var man ska börja är Paretoprincipen 80/20 (Deming, 1986). Enkelt uttryckt är det så att 20 procent av patienterna förbrukar 80 procent av resurserna. Om man utgår från data gäller det att identifiera de stora patientströmmarna, de stora kostnader och/eller kvalitetsbristkostnader samt göra en bedömning av var merparten av förbättringspotentialerna finns. Genom en diskussion baserad på data kan ledningsgruppen

avgöra var det är lämpligt att börja med förbättringsarbetet. Prioriteringen är en god grund för att hantera tillfälliga propåer om insatser – det finns en plan för var arbetet startar och hur det går vidare.

Exempelvis beskriver tre av de studerade organisationerna hur de arbetar aktivt med de 20 procent av patienterna som förbrukar 80 procent av resurserna. För dessa patientgrupper är det viktigt att skapa smidiga processer som fungerar oklanderligt. Genom att hantera volymer på ett effektivt sätt frigörs resurser för de fall som är mer komplexa. Vad som då är strategiskt viktigt är för det första att identifiera dessa grupper och för det andra att genomföra fokuserade systematiska förbättringsinsatser för dessa 20 procent. Genom att skapa smidiga processer för dessa patientgrupper har möjligheten att uppnå faktiska systemresultat ökat. Prioriteringen gäller sedan för flera av de initiativ som ledningen tar.

En annan sorteringsprincip med koppling till Paretoprincipen är uppdelningen mellan volym och komplexitet. Fokus i volymkategorin är helt enkelt att hantera sjukdomar som hälso- och sjukvården redan vet mycket om. Här finns ofta skrivna föreskrifter och riktlinjer, liksom ersättningsystem som kan utformas enligt de principer som används för att hantera ett storskaligt flöde. Organisatoriska principer för dessa typer av organisationsstruktur fokuserar på standardisering. Grovt räknat är detta tillämpligt på stora delar av hälso- och sjukvården. För de patienter som representerar hög komplexitet finns det delvis andra referenser som ger ramarna. Då man identifierar vilka delar av deras vård som inte passar in i processerna bortom denna punkt finns det ett behov av att expandera komplexiteten för att möta problem på en högre nivå. Lösningen ligger inom ramen för professionellt teamarbete med syftet att skraddarsy hela vårdssituationen för en specifik patient. Högradigt komplexa lösningar som involverar ett stort antal professionella med djupa och smala kunskaper brukar kräva större resurstilldelning för samordning av arbetet än vad som är fallet för en enbart processororienterad lösning (Bar-Yam 1997; Bar-Yam 2006).

Notera att när ni gjort ert faktabaserade val av strategisk startpunkt kommer många frågor att visa sig vara lättare att lösa. Hur lyfter vi fram vår IT-strategi? Vilka prestationsdata är viktigast att få tag på? Var börjar vi intensifiera vårt förbättringsarbete? Vilka termer är viktigast att utveckla med tanke på datasystemet? Vilka personer behöver vi för att kunna börja utbilda i kvalitetsförbättringstekniker? Vilka mål behöver vi sätta främst? I vilken utsträckning har vi tillgång till de största förbättringsvinsterna? Ledningen har en strategisk prioritet – använd den.

Viktiga frågor är:

- Vilka processer konsumerar huvuddelen av våra resurser och är viktigast för våra största patientgrupper?
- Var finns våra största kvalitetsbrister?

5. Hur arbetar vi med vårdens logistik ur ett patientperspektiv?

Effektiviseringsarbete tar i allt större utsträckning patienten och patientprocessen som utgångspunkt. Den gemensamma uppfattningen är här att organisationen verkar genom processer som skapar värde för kunderna. I många fall korsar processerna organisationsgränser. Att förbättra processerna brukar innebära att man minskar förseningar och väntetider, tar bort resursslöseri från processerna, upprättar kontinuerliga flöden, söker efter flaskhalsar, automatisera där så är möjligt etc. Hitta sätt att anpassa produktionen till varierande efterfrågan. Processorientering hjälper organisationens medlemmar att analysera och förbättra den dagliga patientvårdande verksamheten. Detta arbete handlar om att arrangera om och förändra de olika sätt på vilka organisationer samordnar sina aktiviteter. Paretoprincipen som presenterats ovan lägger grunden till vilka processer man ska arbeta med. Prestationsmått och patientinformation om medicinska beslut, aktiviteter och resultat är alltså grundläggande information för sådana insatser. Naturligtvis vet vi av erfarenhet att det finns en stor variation i hur hälso- och sjukvård utförs. Det kan handla om olika grader av standardisering, beroende på omfattningen av riktlinjer för diagnostiska och terapeutiska procedurer, oväntade problem med patienten eller problem orsakade av faktorer relaterade till organisationen och de tillgängliga personalresurserna. Det finns förvisso många olika sätt att utföra hälso- och sjukvård på, men en identifiering av generiska mönster som representerar patientens handlingsätt ger en bra grund att stå på då det gäller att arbeta på ett patientorienterat, uppdragsinriktat sätt (se t.ex. Horbrook et al 1985; Wingert 1995; Olsson et al, 2004; Lindmark et al 2005).

Viktiga frågor att ta ställning till är:

- Hur skapar vi ett patientorienterat, uppdragsinriktat arbetssätt?
- Hur kopplar vår organisations processer in i andra organisationer ur ett patientperspektiv?
- Hur hanterar vi variationer i våra flöden?

6. Hur kan vi höja organisationens lärande?

Sannolikheten för att ett effektiviseringsarbete ska misslyckas är en viktig aspekt att väga in. Traditionellt är endast 20–40 % av förbättringsinsatser som syftar till att förändra det praktiska arbetet framgångsrika (se t.ex. Olsson, 2005). Detta säger något om hur starka krafterna för ett status quo är. Av detta följer att ekonomiska investeringar men också tid och mänskliga resurser förslösas och organisationers villighet att ansluta sig till kommande nödvändigt förändringsarbete minskar. En strategi som betonats av framgångsrika organisationer är att minimera effekterna av misstag genom att i begränsad omfattning testa hur idéer kan anpassas till ett lokalt sammanhang och på detta sätt effektivare möta de problem och framtida utmaningar man har. Detta sätt att testa och anpassa sina idéer till lokala situationer ger en möjlighet att upptäcka hur hälso- och sjukvårdenssystem svarar på förändring. Fungerade vår intervention så som vi tänkte? Finns det några icke-avsedda konsekvenser som vi inte hade tagit med i beräkningen?

Denna teststrategi ger också ledare möjlighet att ändra lite på ledningskontrollen – eftersom risktagandet inte är så stort. Arbetssättet ger personalen egenmakt och stimulerar dem att förstå och glädjas åt att förbättringar av den egna situationen.

Medan testning pågår i lokala sammanhang får man tillgång till förbättrade resul-

tat och ny kunskap. I något skede av processen måste ledningen öka omfattningen för att förbättra prestationerna på systemnivå. När man når denna punkt är det av betydelse att de ansträngningar som har gjorts verkligen har inriktats på organisationens strategiska processer, t.ex. att valet av förbättringsområden i organisationerna baseras på ett strategiskt tänkande om var potentialen finns.

- Hur kan vi stödja drivkrafterna hos professionerna för att nå de förbättringar och den förnyelse som systemen behöver?
- Hur arbetar vi för att uppmuntra småskaligt förändringsarbete där vår roll är att skapa strukturer för spridning av framgångsrika tester?

7. Hur skapar vi långsiktighet och möjliggör för delaktighet och begriplighet för medarbetarna?

Att gå in i ett strategiskt förbättringsarbete är ett långsiktigt åtagande. En central fråga för högsta ledningsgruppen är hur målmedvetenheten kan hållas uppe. Ganska ofta tar storskaliga förändringar många år att slutföra. Omsättning av medlemmar och förändrade strategiska direktiv skapar problem för den ledare som vill ha ett långsiktigt engagemang i arbetet. Ledare som har lyckats med att uppnå denna målmedvetenhet arbetar aktivt gentemot den politiska ledningen för att jämka samman tidigare definierade mål och syften med den nya visionen.

Professionerna är mycket viktiga i fråga om att åstadkomma förändringar av de aktiviteter som bidrar till resultaten för patienterna. Ledarnas beslut och den strategiska orientering som genomförs måste vara förankrade i mikrosystemen (www.clinicalmicrosystem.org) för att praxis ska kunna ändras. Det innebär att både beslutsunderlaget och de analyser som föregår en effektiviseringsförändring måste baseras på hur mikrosystemets dagliga arbete bedrivs och de data som genereras i det. Det är av avgörande betydelse att man involverar både mikrosystemens och andra omgivande systems nivåer vid förberedelse och analys. Det är viktigt att diskutera var en organisation befinner sig, vilket håll den bör gå åt och hur väl målen uppnås. Förbättringsarbetet bygger på viljan hos dem som arbetar med flöden. För många av de organisationer som studerats är tvärprofessionell delaktighet en central aktivitet. Detta innebär att de skapar arenor för organisationsövergripande strategiska dialoger och överenskommelser. Tvärprofessionell delaktighet uppstår inte av sig själv utan kräver reellt stöd. En samordnare kan stödja personalen, samordna processer och ge stöd till organisationen. De högsta cheferna har en viktig roll då det gäller att stödja tvärprofessionell delaktighet. De har också en viktig roll i att skapa förhållanden som gör att delaktigheten kan fungera. Dessutom behöver ledare tänka igenom hur ledningsstrukturen stöder de meningsskapande processerna.

Sammanfattningsvis bör följande frågor ställas inom detta område:

- Hur arbetar vi med politiker för att skapa långsiktighet i förbättringsarbetet/effektiviseringsarbetet?
- Hur arbetar vi för att skapa gemensamma arenor för professionerna och den strategiska ledningsnivån?

8. Hur designar vi IT-system som stödjer nya arbetssätt?

Med utgångspunkt i att organisationens värde skapas i vardagen, där patienter, professioner och IT-system möts, sätts informationsteknologins potential in i sitt rätta sammanhang. De skall ses som ett integrerat stöd för patientens process. Ur detta perspektiv är utvecklingen av systemen en verksamhetsfråga snarare än en IT-fråga. För framgångsrika organisationer är detta en grund förutsättning för att designa för datafångst, analys och återföring av data. Att stödja patienternas processer handlar här inte enbart om att systemen skall kunna kommunicera med varandra, det handlar framförallt om att de skall vara online verktyg för den dagliga likväl som den strategiska styrningen av vården. System som är en integrerad del av vården kommer i allt högre utsträckning dessutom sträcka sig in i patienternas hemmiljöer för att även där verka både som en länk in i vården likväl som aktiva verktyg för att stödja, genomföra och monitorera egenvård. Ett, bland några, exempel på detta är det nationella reuma registret (Stenberg och Olsson 2004). Att börja skapa IT-system som svarar mot behoven av beslutsstöd, datafångst och patientstöd är en del av själva förändringsstrategin.

Viktiga frågor i sammanhanget blir:

- Tar designen av IT-system sin utgångspunkt i behoven i det dagliga arbetet med patienter?
- Fångar systemen data som hjälper ledningen och praktiker att svara på hur det går för organisationen avseende kärnidén?

Sammanfattning och diskussion

Resultat från de framgångsrika organisationerna pekar entydigt på en rad frågor som fokuseras och där lösningar växer fram som är anpassade till det aktuella kontextet. Själva kärnan är att allt effektiviseringsarbete måste utgå från patienten. Målet är att förbättra de kliniska resultaten samtidigt som patienter och medborgare upplever att vården blir bättre. Lyckas inte detta är nyttan diskutabel. Utifrån ledningsperspektivet är därför mätningar och uppföljning en grund för goda resultat. Ledningen skapar genom mät- och stödsystemen ett fundament för åtgärder som gör det möjligt att få med sig professionerna och knyta samman de olika delarna i systemet.

Utgångspunkten för att nå detta är en ökad tydlighet i vad vårdens egentliga verksamhetsidé handlar om dvs varför vi har en hälso- och sjukvård? Resonemangen landar i var vårdens värde skapas. Det vill säga i det vardagliga mötet mellan patienter, professioner och informationsteknologin. För ett givet hälsoproblem har patienten kontakt med en eller flera värdeskapande enheter som behöver samordnas för att få en effektiv helhet som ger god vård. Att tydliggöra processer, resurssättning, uppdrag och ansvar är viktigt (se även Beer, 1990).

Ledarskapet har till uppgift att sätta samman ramverket för arenorna för dialog. Där länkas kunskapsunderlag, data från verksamheterna och förbättringsarbetet samman med ledningens intentioner och patienternas behov. För att tydliggöra vilket arbete som är strategiskt att genomföra och inom vilka områden det är viktigt att åstadkomma en nyordning behövs data och kunskap som pekar på potentialerna och därigenom hjälper till att argumentera för de strategiska val som görs.

Väl genomtänkta strategier gör det möjligt att veta när lagd utvecklingsplan skall ändras eller vara orörd. Detta är en nyckel för att skapa långsiktighet. Inom lednings- och ledarskapsområdet finns många exempel, verktyg och tankesätt som är viktiga hjälpmedel. Denna kunskapsbas är inte tydligt känd och tränad av ledare och praktiker på olika nivåer i organisationerna, vilket även visas i internationella studier. Kompetensbasen för att leda och genomföra strategierna för effektivisering behöver därmed stärkas, både genom traditionella utbildningar likväl som genom aktionslärande och nya innovativa samarbetsarenor mellan landsting, universitet och högskolor. Att arbeta med en sammanhållen strategi är ett långsiktigt initiativ som kräver resurssättning i form av tid, pengar och kompetensutveckling. För att lyckas behövs långsiktigt och uthålligt arbete. Detta är ingen quick-fix, dagslända eller övergående idé. Det är ett sätt att möta framtiden- att bygga framtidens hälso- och sjukvård.

Referenser

- (2002). NATIONAL STRATEGI for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.
...og bedre skal det bli! Norske strategin for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten
http://shdir.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial_og_helsetjenesten_og_bedre_skal_det_bli_2005_2015_2913
- Bar-Yam, Y. (1997). *Dynamics of Complex Systems*. Reading Massachusetts, Perseus Books.
- Bar-Yam, Y. (2006). "Improving the Effectiveness of Health Care and Public Health: A Multiscale Complex Systems Analysis." *American Journal of Public Health* 96(3): 459-466.
- Beer, M., & Nohria M., (2000) *Breaking the Code of Change*, Harvard Business School Press
- Beer, M., R. Eisenstat, et al. (1990). "Why Change Programs Don't Produce Change." *Harvard Business Review*(nov-dec): 158-166.
- Cederqvist, J. and E. Hjortendal-Hellman (Ds 2005:7). Iakttagelser om landsting. Finansdepartementet. kvalitetsudvikling, D. n. r. f. and i. sundhedsvæsenet (2002). NATIONAL STRATEGI for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.
- Collins, J. C., and Collins J. (2001) *Good to Great: Why Some Companies Make the Leap...and Others Don't*, Harper Business
- Deming, E. (1986). *Out of the crisis*. Boston, Massachusetts Institute of Technology.
- Greenhalgh, T., R. Glenn, et al. (2004). "Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations." *The Milbank Quarterly* 82(4): 581-629.
- Horbrook, M., Hurtardo, A., & Johnson, R. (1985). Health care episodes: definition, measurement and use. *Medical care review*, 42(2), 163-218.
- Kazandijan, V. A., & Lied, T. (1999). *Healthcare Performance Measurement: Systems Design and Evaluation*. Milwaukee: ASQ.
- Lindmark, J., & Elg, M. (2005). *Den medicinska beslutsprocessen som grund för beskrivning och analys av hälso- och sjukvård - Flödesmodellen som verktyg*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Luthans, F. (2003). Positive organizational behavior (POB): Implications for leadership and HR development and motivation. In R.M. Steers, L.W. Porter, & G.A. Bigley (Eds.), *Motivation and leadership at work* (pp. 178–195). New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Nutt, P. C., and Backoff R. W., 1997. "Crafting Vision", *Journal of Management Inquiry*, Vol. 6, No. 4, 308-328.
- Olsson, J. (2002). *Factors of Importance for Understanding Successful Improvement Initiatives in Swedish Health Care*. Chalmers University of Technology, Göteborg.
- Olsson, J., Kammerlind, P., Thor, J., & Elg, M. (2003). *Surveying Improvement Activities in Health Care on a National Level - The Swedish Internal Collaborative Strategy and its Challenges*. *Quality Management in Health Care*, 12(4), 202-216.
- Olsson, J. (2005). *Factors for Successful Improvement of Swedish Healthcare*. Medical Management Centre. Stockholm, Karolinska Institutet: 150.
- Reinertsen, J. and W. Schellekens (2005). *10 Powerful Ideas for Improving Patient Care - What every healthcare executive should know*, Institute for Healthcare Improvement.
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/Leadership/Literature/10PowerfulIdeasforImprovingPatientCareWhatEveryHealthcareExecutiveShould-Know.htm>
- Sorian, R. (2006). *Measuring, Reporting, and Rewarding Performance in Healthcare*. Commission on a high performance health system, The Commonwealthfund.
- Wingert, T. (1995/96). *Constructing episodes of care from encounter and claims data: some methodological issues*. *Inquiry*, 32, 430-443.
- Øvretveit, J. (2006). *Ledarens roll i kvalitetsförbättrings och säkerhetsarbetet*, Sveriges Kommuner och Landsting. <http://www.skl.se/artikel.asp?A=17111&C=1150&ArticleVersion=4>