

# Tid för utveckling!

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Inom det närmsta årtiondet kommer det att ske ett generationsskifte på arbetsmarknaden, när 40-talets baby-boomgeneration börjar gå i pension. I detta perspektiv är utmaningen på kort sikt för hälso- och sjukvården att säkra arbetskraften inom sektorn. På lite längre sikt kommer den ökande andelen äldre troligtvis att resultera i ett kraftigt ökat behov av hälso- och sjukvård. Samtidigt väntas inte det finansiella utrymmet öka nämnvärt. Andra viktiga utmaningar är den medicintekniska utvecklingen och medborgarnas förväntningar. Den medicintekniska utvecklingen är en av hälso- och sjukvårdsprofessionernas kanske starkaste drivkrafter. Utvecklingen är genuint svår att förutsäga.

Under 1990-talet handlade hälso- och sjukvårdsorganisationers strategier för att möta utmaningar om olika typer av strukturförändringar och införandet av marknadsidéer. Utvärderingar och forskning är motsägelsefulla och det är genuint svårt att påvisa reformernas effekter på förändrat beteende hos många av hälso- och sjukvårdens nyckelaktörer.

Lokalt förbättringsarbete pågår ständigt inom hälso- och sjukvården. Många ansträngningar leder till goda resultat. Samtidigt får inte lokala förbättringsarbeten bara stanna vid det lokala utan måste också kunna växlas upp till att även gälla större helheter. Endast då kan stora resultat nås.

Det lokala förbättringsarbetet skapar såväl goda exempel som ny kunskap om villkoren och förutsättningarna för lyckat förbättringsarbete. Dessa kunskaper är essentiella för att också förstå hur hela organisationer kan förändras till att fungera efter en ny kompletterande logik baserad på de lokala förhållandena.

Denna rapport är en kartlägningsstudie där flera olika hälso- och sjukvårdssystem studerats. Fokus har varit att fånga vilka strategiska vägval som är viktiga om man vill gå från lokala förbättringsöar till helheter. Rapporten är uppdelad i tre delar. Den första delen redovisar viktiga teoretiska utgångspunkter samt ger en fördjupad problembild. I andra delen beskrivs kartläggningens huvudsakliga iakttagelser och, slutligen, den sista delen ger ett mer konkret exempel hämtat från arbete baserat på det nationella kvalitetsregistret för kronisk ledgångsreumatism.

Rapporten föreskriver inga recept utan är snarare tänkt att betraktas som inspirations- och diskussionsmaterial.

Tack till alla som så generöst delat med sig av sina erfarenheter och ett särskilt tack vill vi rikta till Brent James, Sarah Fraser, Stu Guterman, Jay Merchant, Göran Henriks, Sven-Olof Karlsson, Henrik Thoring, Paul Erik Hansen, Anette Søberg Roed, Laurel Simmons, Robert Crane, John Sterman och Ulf Andersson. Slutligen vill vi tacka Marianne Olsson, fd. direktör på Landstingsförbundets avdelning för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Sveriges Kommuner och Landsting i mars 2005

Ellen Hyttsten

*Direktör*

*Avdelningen för vård och omsorg*

# Innehållsförteckning

<b>1 Problembeskrivning</b>	<b>3</b>
1.1 Perspektiv på organisation	3
1.2 Tidigare förändringsstrategier och deras effekter	3
1.3 Transformation och kvalitetsrörelsen	4
1.4 Öar av förbättring	5
<b>2 Att gå från öar till helhet</b>	<b>7</b>
2.1 Specifik frågeformulering	7
2.2 Centrala begrepp	7
<b>3 Metod och avgränsning</b>	<b>9</b>
<b>4 Kartläggningen</b>	<b>10</b>
4.1 Iakttagelser	10
4.2 Ny logik	10
4.3 Fokus på där patienten möter vården	11
4.4 Anpassa verksamhetsidén och styrsystem utifrån till mikrosystemens behov	13
4.5 IT system	13
4.6 Basera ledningsarbete på mätbara resultat	15
4.7 Länka systemnivåer	16
4.8 Tänk 80/20!	16
4.9 Bygg arenor och allianser för tvärprofessionell delaktighet	18
4.10 Knyt forskningskompetens	18
<b>5 Utmärkande egenskaper i det transformerade systemet</b>	<b>19</b>
5.1 Ett exempel på en förbättrings ö i helheten	20
<b>6 Till sist</b>	<b>24</b>
Några lästips	25

---

# 1. Problembeskrivning

Hälso- och sjukvårdssystem i den industrialiserade delen av västvärlden har utvecklats utifrån olika förutsättningar och är till sin övergripande struktur olika. Oavsett vilka de grundläggande principerna för ett hälso- och sjukvårdssystem är måste systemet hantera en rad utmaningar. De vanligaste anses vara: demografisk och medicinteknisk utveckling och förändrade värderingsmönster och förväntningar.

De faktiska resultat värden idag åstadkommer beror på hur systemen är utformade. Är vi missnöjda med dessa resultat måste vi ändra systemen så att det ges en bättre förmåga att skapa de resultat vi eftersträvar. En följd av kopplingen mellan system och resultat är att det som ofta anses vara vårdens utmaningar endast är så utifrån dagens systems bristande förmåga att hantera dem. Ur detta perspektiv ligger de verkliga utmaningarna inuti själva hälso- och sjukvårdssystemet, och det som sker inne i systemet kan vi ju själva påverka. Frågan är varför, vad, och hur det skall påverkas.

## 1.1 Perspektiv på organisation

Denna studie utgår från en syn på organisationer som sociala system. Det finns med andra ord inga organisationer utan människor. Det är enskilda individer, kommunikationen mellan individer samt individers mer eller mindre koordinerade agerande, som är grunden för en organisation. Därför är organisationer inte statiska utan dynamiska.

Organisationsbegreppet inbegriper alla strukturer, från den tänkta linjeorganisationen till IT-system, kontrakt, lagstiftning, oskrivna och skrivna regler etc.

Organisation handlar alltså om hur människor med olika arbetsuppgifter relaterar till och kommunicerar med varandra. De organisationsscheman som ofta används vid presentation av organisationer är därför att betrakta som ett av ledningen tänkt idealtillstånd av hur olika delar och människor i organisationen bör relatera till varandra. Hur relationer och kommunikationsmönster egentligen ser ut har oftast liten överensstämmelse

med schemat. I sig är detta inget problem, men det blir ett problem då förändringsstrategierna fokuserar för mycket på denna formella struktur – dvs. när vi misstar kartan för att vara verkligheten.

Sedan början på tjugohundratalet har kunskaperna och insikterna om hälso- och sjukvården som komplext adaptivt system vuxit. Detta synsätt har snabbt fått spridning eftersom det baseras på teorier som praktiker anser har högre förklaringsförmåga än traditionella organisationsteorier. Det enklaste sättet att definiera denna komplexitet är att summera det totala antalet valmöjligheter i varje given situation. Ju fler valmöjligheter desto högre komplexitet. I praktiken tar detta sig uttryck på många olika sätt. Det handlar bl.a. om mängden av olika vårdprofessioner och olika sorters parallellt existerande strukturer. Det är också en fråga om att kunna anpassa sig till patienters särskilda behov samtidigt som kraven ökar från andra intressenter. Det kan gälla ibland motstridiga krav på t.ex. kostnadseffektivitet, mängden behandlingsalternativ och dess kombinationer etc.

Organisationen blir komplex därför att alla faktorer samverkar i en helhet där varje del påverkar alla andra delar i helheten.

Komplexiteten skapar en situation med få linjära samband och många icke linjära samband. I denna typ av ickelinjärt, komplext system, är det många gånger svårt, eller omöjligt, att i förväg räkna ut vilka effekter en given förändring kommer att ha. Dessa speciella förutsättningar innebär stora krav på lednings- och styrningsfunktionerna, där ledares förmåga att balansera olösliga paradoxer på ett klokt sätt ställs på sin spets. Det gäller till exempel förmågan att hantera spänningsfälten mellan professionell autonomi och styrning mot demokratiska mål.

## 1.2 Tidigare förändringsstrategier och deras effekter

De ovan angivna utmaningarna är inte nya, utan har med olika tyngdpunkt påverkat hälso- och sjukvårdssystemen

i flera decennier. Hur hälso- och sjukvårdssystemen hanterat utmaningarna har skiftat över tid. För ett decennium sedan handlade hanteringsstrategierna i allt väsentligt om olika typer av strukturreformer. Utbud förändrades, organisationsformer omstöptes, policys skrevs om och försök till att ändra ekonomiska incitamentsstrukturer genomfördes. Syftet var att förändra systemen på ett sådant sätt att förmågan att hantera utmaningarna ökade. Reformerna präglades av tidsandan och varje systems unika historia och förutsättningar. New Public Management (NPM) var ett viktigt koncept och är ett paraplybegrepp för en lång rad reformsträvanden med mer eller mindre uttalade influenser från privat sektor.

Vid en kartläggning av landstingens formella organisationsstruktur finner man en varierad bild av hur hälso- och sjukvårdsorganisationer är organiserade i Sverige. NPM:s inspirerande tankesätt har fått ett stort genomslag även om de tolkades olika och anpassades till lokala förhållanden i landstingen. Tydligast observerbara är de landsting som genomfört olika former av beställar- och utförarmodeller. Drygt hälften av landstingen har denna typ av övergripande struktur.

Resultaten av dessa förändringsstrategier är inte entydiga. Forskning visar på en rad effekter. Ur ett produktionsperspektiv anses de positiva effekterna av NPM-reformer vara en ökad effektivitet och produktivitet. NPM har även påverkat förändring av organisationsstruktur. Till de negativa effekterna av NPM räknas höga transaktionskostnader för t.ex. drift av organisationen samt reformer som skapat större autonomi för utförarorganisationer. Transaktionskostnaderna har ibland varit större än effektivitetsvinsterna. Detta har medfört att de totala effektivitets- och kvalitetsvinsterna i NPM är otydliga och ifrågasatta. Dessutom genomfördes många NPM-inspirerade reformer samtidigt som Sverige befann sig i ekonomisk recession. Det innebär att det är genuint svårt att riktigt veta vad som beror på vad.

Slutligen är det viktigt att konstatera att forskningen inte kan klargöra i vilken utsträckning NPM-reformerna haft önskade effekter på beteenden hos vårdens nyckelaktörer – dvs. interaktionen mellan människorna i organisationerna. Häri ligger den reella utmaningen.

### 1.3. Transformation och kvalitetsrörelsen

Förändring på makronivån handlar om koncept som NPM. Samtidigt pågår bland vissa praktiker en rörelse som bygger på idéer från kvalitetsrörelsen. Det finns naturligtvis kopplingar mellan dessa tankar och transfor-

mation eftersom ny kunskap inte är avskild från gammal kunskap. Ur ett kvalitetsrörelseperspektiv innebär detta att tankarna bakom transformativa system bygger på tidigare idéer och erfarenheter från praktiska arbeten med koncept så som exempelvis:

*Total Quality Management, Continuous Quality Improvements, Quality Assurance, Quality Assessment, Malcolm Baldrige, EFQM, the Deming prize, Failure mode and effect analysis, quality function deployment, FMECA, Gemba, Robusta konstruktioner, statistisk processtyrning, black belt six sigma, statistisk försöksplanering, kepner tregoe, värdeanalys, kvalitetsbrist kostnader, LCC-modeller, värdekompassen, lots, processororientering, balanced scorecard, ISO, genombrott, ideal model, PDSA, logistik, tillförlitlighet, MTO analys, Root cause analysis, Felträdsanalys, Peer review, pareto, break through, 7 MT, directed creativity, systemmoderering, processimulering, kundvärdesmodeller, processkartläggningar, Taguchi, Benchmarking, VMEA, TPM, Kaizen, MUDA, PokeYoke, concurrent engineering, BPR, agent based simulations, conjoint analysis osv.*

Denna lilla exempeluppräkningspekar även på de problem som ledare har att förhålla sig till. Vad är vad samt hur och vad skall vi göra i vår organisation? Det är bland annat inför svaret på dessa frågor som iakttagelserna om transformativa system kan vara ett stöd. De kan peka på inom vilka områden organisationer som på djupet vill åstadkomma något nytt har arbetat. Rapporten ger således goda ledtrådar till andra ledare om vad som kan vara strategiskt att arbeta med i deras organisationer ur ett helhetsperspektiv. Det är i detta sammanhang viktigt att poängtera att de strategier som redovisas bygger på empiri och inte teoretiska modeller.

Exempeluppräkningspekar på ett antal användbara angreppssätt och idéer som ledare kan anamma. De är alla på olika sätt besläktade med varandra. Problemet är dock att skapa helheter av alla dessa delar. Det handlar om helheter som är meningsfulla och som lägger grunden till en stabil långsiktig inriktning i det förändringsarbete som behöver genomföras. Detta bör ske på ett sätt så att organisationen undviker att ledare "kör olika koncept". Sådant kan hända när nya ledare träder till eller när ledningen inte anser sig se avläsbara systemresultat inom rimlig tid. Denna tid tenderar för övrigt att alltid vara för snävt tilltagen. Som läsare kan man naturligtvis välja att läsa denna rapport utifrån något av de nämnda angreppssätten, vilket kan vara bra för den egna förståelsen. Oavsett detta vill vi påpeka att studerade organisa-

tioner inte arbetar efter någon given modell. De arbetar strategiskt med just de områden som beskrivs.

## 1.4 Öar av förbättring

Sedan flera år pågår det förbättringsarbete i hälso- och sjukvårdens praktik. De arbeten vi syftar på drivs utifrån ett lärandestyrt mätningbaserat angreppssätt. Det sätt på vilket dessa förbättringsarbeten initierats är väsentligt. De utgår inte så sällan från enskilda drivande personers idéer och ork att driva utveckling snarare än från ledningens strategiska bedömning. Frånvaron av en medvetet utformad strategi blir problematisk i längden. De öar av förbättringar som faktiskt finns kan inte växlas upp till att omfatta alla delar i systemet och det traditionella systemets sätt att fungera påverkas inte. På sikt riskerar "förbättringsöarna" att återgå till sitt traditionella arbetssätt.

För att förtydliga förbättringsöarnas omgivande miljö har en kartläggning av sjukvårdande chefers syn på utvecklingsarbete genomförts. I kartläggningen ställdes frågor om drivkrafter till förändring, förbättringsområden de arbetat med under det senaste året, vilka förbättringsteknologier som nyttjats senaste året, vad som präglar förbättringsklimatet i organisationerna samt vilka övergripande resultat cheferna anser att deras förbättringsarbete skapat.

Kartläggningen visar tydligt att förändringsansattningar som initierats högt upp i organisationen eller från regional eller nationell nivå, inte får särskilt stort genomslag ute i praktiken. Detta beror på att den primära drivkraften för förändring uppges vara personalen och personalens behov. Synen på förändringsarbetet präglas också av linjärt rationellt tänkande, dvs. först ska man identifiera ett problem, sedan tänka ut den perfekta lösningen och slutligen implementera lösningen. Detta angreppssätt fungerar möjligen under enkla förhållanden där man är överens om vad som skall göras och vilka kausala effekter som kommer att uppstå. Men när förändringen syftar till att skapa nya beteenden, mönster och mentala bilder hos människor som arbetar i kunskapsintensiva komplexa organisationer fungerar inte den linjära logiken.

Kartläggningen påvisar följande mönster i det svenska förbättringsarbetet:

- Chefer tycker att förbättringsarbetet är positivt och fyller ett organisatoriskt behov utan att skapa konflikter i verksamheten.
- Drivkraften i förbättringsarbetet är personalens idéer och behov. Externa källor till förändring såsom patientpreferenser, jämförande data, ekonomi, olika policys är inte betydande drivkrafter i förbättringsarbetet internt.
- De områden man arbetar med att förbättra är framför allt av administrativ karaktär.
- De angreppssätt som man använder sig av för att förbättra bygger i huvudsak på skrivna dokument och interna möten. De sammantagna resultaten av förbättringsarbetet som drivs på dessa grunder anses mycket positiva. Dock har cheferna mycket sällan data som stödjer deras påståenden. Dessutom ser inte cheferna några tydliga kopplingar mellan förbättringsarbete och resultat.

Förändring sker alltså från ett internt perspektiv, där den professionella autonomin aldrig hotas på riktigt.

Angreppssätten att åstadkomma förändring är indirekta, eftersom man egentligen inte arbetar med förändringar i praktiken. Då behöver man inte heller utmana de professionella rollerna. För systemet som helhet är patienterna lågt prioriterade som drivkrafter till förbättringar. De som är viktigast i ett systemperspektiv är personalen dvs. helheten är inte patientorienterad.

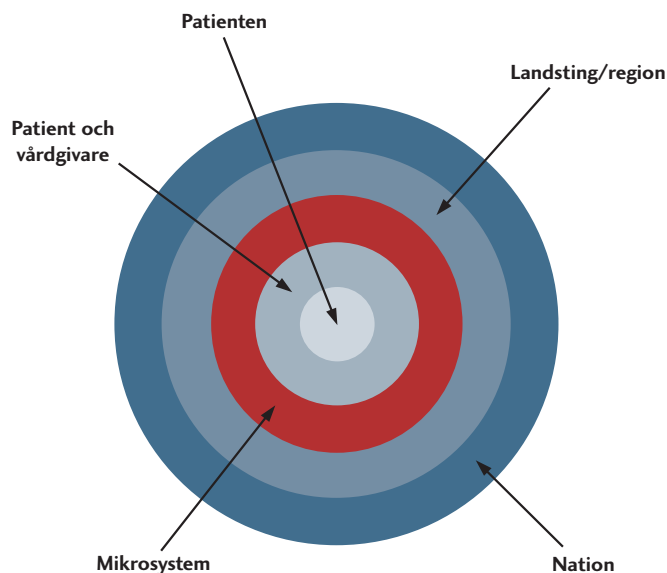
Effekterna av den typ av administrativt och internt orienterat förbättringsarbete som beskrivits kan illustreras enligt följande:

- det stannar vid de enkla förändringarna ur ett personal- snarare än patientperspektiv
- en tyngdpunkt på "överytan-förändringar"
- föga koppling till ekonomi, struktur, etik osv.
- mycket koppling till seminarier, utbildning osv.

Ur patient- och medborgarperspektiv pekar kartläggningen på stora systemproblem. Dessa problem ägs av ledarskapet och har formats av det sammantagna ledarskapet i samhället.

Kartläggningen redovisar en övergripande bild av det samlade förbättringsarbetet i svensk hälso- och sjukvård. Det är samtidigt viktigt att hålla i minnet att det finns många kliniker/vårdcentraler som på olika sätt avviker från mönstret. Dessa är öar av förbättring.

Att gå från öar av förbättring till att gälla helheten ger en fingervisning om det systemperspektiv som ligger till grund för studien. Delarna i systemet hör samman och har flera beroendeförhållanden till varandra. I figur 1 illustreras en idé om vilka systemets nivåer kan vara.



Figur 1. Modell av system efter Paul Batalden 1999

### Patienten

Kärnan i figuren är den enskilda människan, patienten eller medborgaren och dess tillgång till information och sociala nätverk för att vårda sin hälsa och/eller öka välbefinnandet. Här handlar det om kunskap om kost, motion, miljö, egenvård, friskvård m.m. samt förmåga att bedöma validitet och reliabilitet i information.

### Patienten och enskild vårdgivare

Denna del handlar om mötet mellan patienten/sjuksköterskan, patienten/läkaren dvs. patienten och den enskilda vårdgivaren som bygger en relation för att tillsammans skraddarsy information och vård för patienten. Detta är vad vi traditionellt värdesätter inom vården. Det är även här vi säger oss ha ett gott patientfokus – i det enskilda mötet.

### Mikrosystemet

Värdet i vården skapas i vardagen av team av vårdprofessionella tillsammans med patienten och informationsteknologier i ett jämbördigt möte. Detta utgör beståndsdelarna i det så kallade mikrosystemet. Mikrosystemet tar sin utgångspunkt i såväl patienters enskilda behov som populationens behov av vård.

Ur ett patientperspektiv genomförs vården av serier av mikrosystem som kopplar till varandra. För övergripande ledningsnivåer handlar det om att foga samman serier av mikrosystemmöten för att skapa helheter dvs. ett longitudinellt synsätt.

Redan på mikrosystemnivå har patientfokus reducerats. Detta skall inte ses som ett problem som endast beror på mikrosystemet, utan ett problem som uppstår på grund av agerandet i alla nivåer av systemet.

### Landsting/region

Landsting/region är det system som sätter de förutsättningar som mikrosystemet har att verka inom. Det gäller såväl för politisk styrning som för professionell styrning. Det kan bl.a. handla om verksamhetsplanering, budgetprocesser, målformuleringar, befolkningsperspektivet, avvägningar mot andra samhällssektors behov etc. Uppgiften är både att optimera förutsättningarna för mikrosystemen och att ansvara för att tillhandahålla hälso- och sjukvård efter behov på lika villkor ur ett befolkningsperspektiv. Det kommunala och regionala självstyret är till sin utformning unikt för Sverige. Det innebär att landstingen/regionerna bär ett reellt ansvar för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Av det följer att logiken och organiseringen av hälso- och sjukvården kan se olika ut i olika landsting/regioner.

### Nationell nivå

Den nationella nivåns uppgifter handlar om det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. Det är således genom lagar, förordningar och överenskommelser samt kontroll genom de statliga myndigheterna som den nationella nivån styr hälso- och sjukvården. I andra länder, även övriga Norden, har den nationella nivån en mer framskjuten roll i styrningen av hälso- och sjukvården.

## 2. Att gå från öar till helhet

Att gå från öar till helhet handlar med andra ord om att transformera hela system så att förutsättningarna för ständigt lärande och förbättrande i mikrosystemen ökar. För att åstadkomma en rörelse mot systemtransformation krävs det flera stödjande strategier. Hur dessa ser ut och huvuddragen i vad de innehåller är teman som diskuteras i denna studie.

### 2.4 Specifik frågeformulering

Mot bakgrund av föregående problemskrivningar har tre grundfrågor formulerats. Studien bidrar genom att:

- söka kunskap om systemtransformationsstrategier som tillämpas i olika organisationer idag
- ge inspel till en diskussion om vilken visionen med vården är
- utgöra ett diskussionsunderlag, bland annat i visionsarbetet rörande framtidens hälso- och sjukvård.

### 2.5 Centrala begrepp

För denna kartläggning har begreppen *transformation*, *system* och *mikrosystem* kommit att stå i fokus. I följande avsnitt fördjupas innebörden av dessa begrepp.

Transformationsbegreppet har en central särskild betydelse för denna kartläggning. En utgångspunkt för transformation är omvandlingen från ett tillstånd till ett nytt tillstånd, som präglas av andra egenskaper och principer. Omvandlingen kan ske både i agerande, fysiskt samt intellektuellt. I en hälso- och sjukvårdskontext är det särskilt viktigt att lyfta fram den senare delen, då transformationsförändringar ofta handlar om att lära sig andra perspektiv och utmana traditionella mentala modeller. Detta perspektiv fokuserar därmed både individnivå, eftersom reell, uthållig förändring alltid startar från individnivå, och grupp-nivå. Utgångspunkten är viktig då hälso- och sjukvården i så hög grad präglas av starka professionella grupper.

Den fysiska aspekten handlar om styrsystem och byggnation. Det centrala är att fokus inte läggs ensidigt på det ena eller det andra. Den intellektuella transformationen är alltså minst lika viktig som mer observerbara fysiska förändringar.

Genomslaget av transformationen är synlig genom förändrade handlingsmönster i praktiken. Genom ändrade handlingsmönster åstadkoms förändringar i alla resultat. Förändringsstrategier som strävar mot transformation bör därför både karakteriseras av individ- och grupperspektiv med fokus på förnyade handlingsmönster och mer hårda faktorer som byggnationer och styrsystem.

En viktig distinktion i begreppet transformation är irreversibilitet, vilket rent konkret manifesteras i att individer efter transformationen inte ser det som möjligt att intellektuellt och/eller beteendemässigt eller fysiskt gå tillbaka till det tillstånd som var innan transformationen.

För att fördjupa resonemangen kring transformation utgår denna kartläggning också från ett systemperspektiv. Systemperspektivet innebär kort att delarna i systemet hänger samman genom ömsesidiga relationer. Det innebär att en förändring i en del får konsekvenser i andra delar av systemet. De ömsesidiga förhållandena ger dynamiska förändringar. Forskning visar att system oftast reagerar med motstånd mot förändringen och konsekvensen blir förr eller senare att förändringsdelen i systemet dör ut. Det förutvarande systemets logik, med marginella justeringar, fortsätter att dominera.

Läggs begreppen transformation och system samman till systemtransformation, ger detta just begreppsmässigt vad kartläggningen syftar till dvs. hela system transformeras.

Systembegreppet handlar om hur delar i en helhet hänger samman. Lärdomar från vad som krävs för att lyckas i lokala förbättringsarbeten, dvs. förbättringsarbeten gjorda i delar av systemet, är en fundamental kunskapsbas för förändringsstrategier på systemnivå. Om hela systemet ska bidra till reella och uthålliga för-

ändringar i praktiken är det viktigt att förstå praktiken för att få ledtrådar om det större systemets utvecklingsbehov.

I denna kartläggning har särskilt fokus ägnats åt vissa delar i systemet, som ansluter till idén om mikrosystem. Idén utgår från uppfattningen om var i systemet kundvärde skapas. I ett hälso- och sjukvårdsperspektiv skapas kundvärdet i det så kallade kliniska mikrosystemet, dvs. i mötet mellan patient, läkare, sjuksköterska och stödsystem. Figur 1 ovan visar detta systemiska perspektiv.

Syftar förändringsstrategin på något sätt till att förändra kostnader och resultat är det således förutsättningarna i det kliniska mikrosystemet som måste förändras. När inte förändringsstrategierna de kliniska mikrosystemen åstadkoms bara ytliga förändringar.

Sett några decennier bakåt kan det konstateras att många förändringsstrategier ofta utgår från ett slags tvärtomresonemang. Ett illustrerande exempel på detta är förhållandet mellan decentralisering och centralisering. Med i princip samma problembild kan antingen strategier som syftar till ökad eller minskad centralisering genomdrivas. Vilken förändringsstrategi som får genomslag beror alltså på var tyngdpunkten i tidigare strategier låg. Därför kan förändringar som genomdrivs i stora organisationer idag ofta beskrivas i termer av pendelrörelser. I detta sammanhang är det därför viktigt att peka på att dessa pendlande förändringsmönster inte skall förväxlas med transformation.

### 3. Metod och avgränsningar

Urvalet av respondenter har skett genom en så kallad snowballing-process. Denna process startade brett utan att exkludera någon typ av bransch eller organisation, för att senare allt mer fokuseras mot de faktiska exemplen. I denna process har personer med kunskap på området vid Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Landstingen, Chalmers tekniska universitet, Linköpings Universitet, Karolinska Institutet och Ingenjörsvetenskapsakademien (IVA) tillfrågats om exempel på respondenter och studiebesök. Genom denna process återkom ett fåtal respondenter. Dessa ansågs intressanta att intervjua och besöka.

De respondenter som besöktes skulle tillsammans representera alla olika systemnivåer (se fig 2) för att ge möjligheter att analysera mönster och kopplingar mellan olika systemnivåer. Det innebär att respondenterna kommer från nationell nivå, landstingsnivå, sjukhusnivå samt kliniknivå.

Det finns en viktig avgränsning i arbetet. Syftet är att identifiera eventuella generella mönster snarare än att redovisa specifika fall. Av det följer att det system som utgörs av endast patienterna är representerat indirekt genom mikrosystemet, där patienterna är en del.

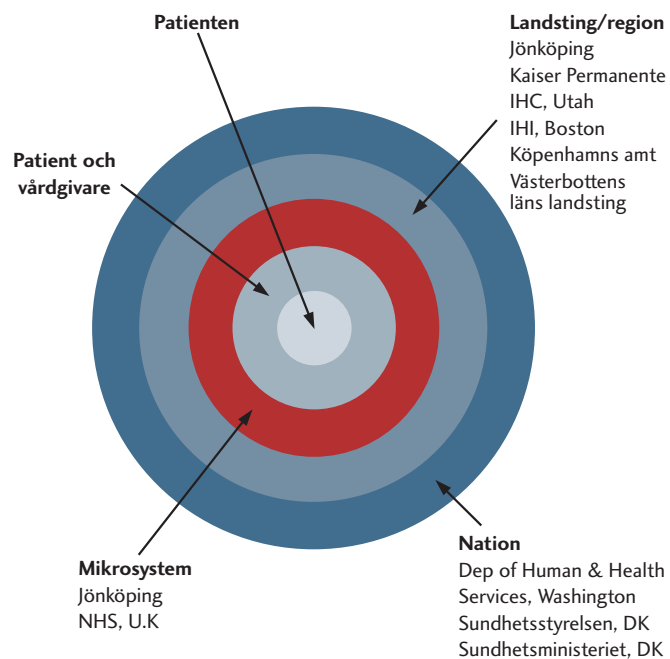
Som ett förberedande arbete studerades litteraturen som rör organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. Utifrån denna referensram utarbetades ett antal intresseområden. Studiebesöken var upplagda som öppna studiebesök där respondenterna styrde agendan. Idén bakom detta är att de områden som respondenterna själva väljer att lyfta fram ger en bild av deras syn på den transformation som de står i. Efter att ha diskuterat och lyssnat på respondenterna användes de olika intresseområdena för att styra den fortsatta konversationen mot områden som inte behandlats eller avhandlats i otillräcklig omfattning.

Under intervjuerna togs personliga anteckningar som komplement till videofilmer av vissa intervjuer. Efter genomförda intervjuer gick projektgruppen genom sina iakttagelser och reflektioner tillsammans för att konsolidera den bild som den specifika intervjun genererat.

Basmaterialen från var och en av respondenterna har behandlats som en helhet. Detta har skett genom att nyckelpunkter från de olika intervjuerna som identifierades i analysen som följde på varje intervju nedtecknades på lappar. Dessa sorterades och sammanfördes till kategorier som ligger till grund för de presenterade iakttagelserna.

## 4. Kartläggningen

Denna studie är en översiktlig kartläggning där de tydligaste gemensamma mönstren och underliggande strömningarna i de studerade organisationerna redovisas. Detta gör att specifika lösningar och problemområden som respondenterna arbetar med inte belyses annat än när ett särskilt perspektiv bedömts tjäna på en mer riklig beskrivning. Kartläggningen baseras på studiebesök och litteraturöversikter (se figur 2):



*Komplexa system, J Sternman, Y Bayram, P Senge  
Två litteraturstudier, MMC, KI  
Systems Dynamics MIT*

**Figur 2.** De studerade organisationerna sorterade efter vilka delar i systemet de representerar

### 4.1 Iakttagelser

Nedan presenteras de generella iakttagelserna från kartläggningen. Varje system har sin särskilda karakteristik och miljö. Dessa mer detaljerade beskrivningar av de

olika studieobjekten tillsammans med en fördjupad presentation av de teorier som är av analytiskt intresse presenteras i en separat forskningsbaserad rapport med temat drivkrafterna i systemet.

### 4.2 Ny logik

Arbetet med förändringsstrategierna är naturligtvis kopplat till viljan att hantera bl.a. utmaningarna som hälso- och sjukvården står inför. Det handlar om minskande resurser, nya och utökade behandlingsmöjligheter och vårdbehov. En annan strävan är att skapa ett system som är bättre rustat att möta framtida utmaningar. Oförmågan att hantera utmaningar gör att hälso- och sjukvården riskerar att hamna i olika negativa utvecklingsspiraler.

Ett exempel på en tänkbar negativ spiral kan vara: fler äldre totalt i samhället ger färre vårdpersonal som gör att lönerna måste höjas för att skapa attraktivitet, vilket leder till ökad skattebörda för fåtalet som arbetar, vilket leder till ökad centralisering för att få kontroll på kostnaderna, vilket leder till minskat handlingsutrymme för den professionella bedömningen, vilket leder till känsla av vanmakt och att inte kunna göra sitt jobb bra, vilket leder till dåligt rykte vilket leder till ökade satsningar på vården, vilket leder till ökat skattetryck osv.

De identifierade strategierna syftar alltså inte enbart till att finna sätt att hantera de tre utmaningarna. De syftar också till att förnya hälso- och sjukvårdens logik från grunden – att skapa en ny logik för förnyelse – en transformation som leder till en positiv utvecklingsspiral.

Den nya logiken karakteriseras i huvudsak av en kvalitativ förändring i meningen att förändringsstrategierna syftar till att åstadkomma nya tankesätt och handlingsmönster. Denna förändring står för ett logikskifte, ett paradigmskifte, i synen på hur vi i hälso- och sjukvårdssystemets olika delar utför, styr och förbättrar hälso- och sjukvården på ett långsiktigt hållbart sätt. Denna skiftning leder till en fundamental omdefiniering av hur lösningarna på kort och lång sikt ser ut. Magnituden av

de förändringar vi står inför kan snarast jämföras med skiftet från hantverkssamhälle till T-Fordens massproduktion till dagens kundanpassade massproduktion. För industrin har detta inneburit hundrafaldiga effektiviserings- och kvalitetsförbättringar och kostnads-sänkningar tillsammans med arbetsmiljöförbättringar. Utöver att hantera utmaningarna uttrycker man i de studerade organisationerna en stark vilja att också skapa organisationer som ökar förmågan att ständigt söka nya sätt att skapa värde för medborgare och kunder. De underliggande strömningarna i de strategier som tillämpas är att skapa organisationer som:

- **Är genuint patient- och medborgarorienterade:** då detta är basen och utgångspunkten för att förstå hur helheten skall se ut och fungera.
- **Hanterar helheter:** genom att arbeta med alla delar i systemet samtidigt för att åstadkomma en fungerande helhet.
- **Baseras på objektivitet:** dvs. använder fakta som ger information om hur det fungerar i verksamheten tillsammans med fakta om patient- och medborgarbehov för att öka värdet av vården.
- **Är transparenta:** dvs. präglas av en vilja att visa upp, dela med sig av erfarenheter, använda verksamhetsdata för att få idéer om hur systemet kan förbättras samt för att ge intressenter en möjlighet att förstå hur väl systemet fungerar i jämförelse med andra.

Följande är en redovisning av de mönster som iakttagits hos de sinsemellan mycket olika organisationerna:

- Fokusera på där patienten möter vården.
- Anpassa verksamhetsidéen och styrsystem utifrån de praktiska behoven där patienter och vårdgivare möts i vardagen.
- Skapa IT-system som stödjer patientens väg genom systemet utifrån de praktiska behoven där patienter och vårdgivare möts i vardagen.
- Låt ledningsarbetet baseras på mätbara resultat som härstammar ur serier av möten mellan patienter och vårdgivare i praktiken.
- Länka systemnivåer. Låt alla i systemet delta. Arrangera arenor för att uppmuntra, underlätta och använda deltagande i praktiken
- Använd data som systembarriärbrytare och diskussionskatalysator.

- Tänk 80/20 – arbeta på alla organisatoriska nivåer och inom alla system samtidigt, men gör det inte för hela verksamheten samtidigt. Starta med det viktigaste.
- Bygg arenor och allianser för tvärprofessionell delaktighet.
- Knyt forskningskompetens till den strategiska ledningen för att skapa och tillgängliggöra underlag för utövandet av "evidensbaserad ledning".

Följande är fördjupade beskrivningar och exempel av ovanstående områden. Varje iakttagelse avslutas med en uppmaning eller fråga som varje ledare/systemsättare kan ställa sig antingen för att ställa diagnos på sin organisation eller som input till pågående förbättringsarbete.

### 4.3 Fokus på där patienten möter vården

Att starta transformationsarbete utgår från en analys om hur och var värdet i organisationen skapas. Ett gemensamt drag för samtliga studieobjekt är att de i alla delar utgår från att värdet av vården uppstår i de kliniska mikrosystemen, dvs. där patienten möter vårdprofessionerna samt dess omgivande stödsystem. Olika mikrosystem länkar till varandra och bildar genom detta patientens upplevda helhet. Det innebär att på allvar skapa system för att öka förståelsen för att de resultat som organisationen genererar, oavsett om de är bra eller dåliga, faktiskt beror på hur vården utförs och inget annat. En slutsats är att de omgivande systemen genom sin funktion kan stödja eller motverka den önskade utvecklingen i mikrosystemen. Som konsekvens av detta följer, att om förändringsstrategin syftar till att få bättre kliniska resultat, ekonomi, patientupplevelse, personal nöjdhet etc. måste förändringsstrategierna i resten av systemet syfta till att öka förutsättningarna för mikrosystemen att fungera.

För att ledningar skall ha möjligheter att arbeta med att skapa dessa förutsättningar måste de vara överens om en vision och verksamhetsidé baserad på vad som speglar organisationens grunduppgift – att skapa en god hälso- och sjukvård, dvs. att bota, lindra och trösta.

Ur den övergripande bilden vill vi gärna ge några exempel på ögonblicksbilder av vad som krävs i strategisk avsikt och konkret handlande får att på allvar nå riktigt fokus där patienten möter vården.

Intermountain Health Care (IHC) är ett icke vinstdrivande integrerat hälso- och sjukvårdssystem som erbjuder hälso- och sjukvård till invånare i delstaterna Utah och Idaho. Runt 25 000 personer arbetar inom IHC som har 22 sjukhus. Modern Healthcare, som är en av de viktigaste branschtidningarna i USA, rankade 1999 IHC som USA:s ledande integrerade hälso- och sjukvårdssystem. IHC rankades också som USA:s mest ledande hälso- och sjukvårdssystem vid en genomgång 2005 ([www.verispan.com](http://www.verispan.com)).

För IHC var utgångspunkten för de förändringsstrategier som genomfördes en situation där ledningsgruppen upplevde att de inte kunna styra organisationen mot de mål som satts upp. Egna studier visade att ledningsgruppen förvisso hade mycket information att tillgå. Dock handlade inte denna information om hur väl man lyckades arbeta mot verksamhetsidén utan snarare om fakta som ingår i årsredovisningar som personalkostnader, hyror och antal sängar m.m. Förklaringen till att informations- och styrningssystemen kunnat utvecklas frikopplat från verksamhetsidén ansågs vara historisk. I korthet ansåg de att fränkopplingen mellan styrsystemen och verksamhetsidén hade sitt ursprung från den tiden då läkaren själv skötte alla delar i vården, likt någon sorts Doktor Finley. Med tiden blev vården alltmer komplex och nya professioner infördes. Detta ledde i sin tur till en ökad specialisering, inte bara avseende hur man genomför vård utan även administrativt. Ett ökat antal människor och professioner som samverkar för att ge vård ställer nya krav på organisering och lokaler att genomföra verksamheten i. I syfte att frigöra läkarna från de alltmer betungande uppgifterna att förvalta byggnader tillsattes administrativ personal. Syftet var naturligtvis vällovligt, att låta läkarna koncentrera sig på läkekonsten och läkekonstens utveckling. Den administrativa byråkratin tog från denna punkt över utvecklingen av styrsystemen, utifrån uppgiften att ta hand om bl.a. fastigheter. Detta har sedan fortsättningsvis satt sin prägel på vilka data som finns i uppföljningssystemen.

Mot bakgrund av denna historiska insikt startade ledningsgruppen ett nytt utvecklingsarbete, som pågick under ett år, där mängder med interna seminarier genomfördes. Avsikten var att resonera kring grunduppdraget för organisationen. Slutsatsen blev att uppdraget inte är "facility management". Uppdraget är att ge en god hälso- och sjukvård till kunder och att organisationen uppfat-

tas som en trovärdig aktör i samhället. Att återupprätta grunden för hälso- och sjukvårdens existens, nämligen att bota, lindra och trösta, påverkar naturligtvis vilken typ av information återföringssystemen behöver innehålla.

Denna insikt startade en förändringsprocess varigenom samtliga ledningspersoner tillsammans skapade en något sänkt gemensam bild över varför organisationen fanns och vad man var till för. Konsekvenserna av detta ledningsarbete har därefter genomsyrat alla förändringsstrategier på ett genomgripande sätt.

Nästan alla studieobjekt har haft genomgripande diskussioner om vad man finns till för. Så småningom har man kommit fram till en gemensam uppfattning. "Vi finns till för att skapa värde tillsammans med patienterna." Insikten har växt fram att produktionen, där kundvärdet skapas, är den viktigaste beståndsdel i organisationen och att produktionen i hälso- och sjukvården är både specialiserad och mångdimensionell. Det medför att hälso- och sjukvården av flertalet patienter genomförs som ett samspel mellan flera olika aktörer inom och utom organisationen. Det är denna helhet som är det viktiga att förstå. Ett sätt att hantera detta, som flertalet av respondenterna återkommer till, är att arbeta med processer och processorientering.

Landstinget i Jönköpings läns arbete med kvalitetsfrågor är vida känt och erkänt både i Sverige och internationellt. Genom kunskapscentrat Qulturum har kunskap kring hälso- och sjukvårdens kvalitetsfrågor utvecklats. Qulturum var tidigt ute när det gäller att utveckla kvalitetsfrågorna och är därför internationellt kända och uppmärksammade. Under 2005–2006 ingår landstinget också i det internationella uppdraget "100 000 Lives Campaign". Uppdraget handlar om att åstadkomma förbättringar inom ett par definierade områden. Målet är att undvika onödiga dödsfall.

I Landstinget i Jönköpings län har resonemanget kring vårdens värde och processinriktning inneburit att det utvecklas en tydlig skiljelinje mellan vilka processer som tillhör kärnverksamheten och vilka processer som finns till för att stödja kärnverksamheten. Processer som har till uppgift att stödja produktionen är till exempel administrativa, lednings- och politiska processer. På så sätt tydliggörs olika professioners och aktörers roller i systemet vilket ger goda förutsättningar för att hälso- och sjukvårdssystemet organiserats utifrån patienten, och

inte tvärtom. Alla resonemang tar alltså sin utgångspunkt i patienten, patienten, patienten.

- Var skapas kundvärdet i min organisation?
- Har vi tydliga mål för arbetet? Följer styrsystemen dessa mål?
- Hur underlättar vi, som ledare, kundvärdeskapande sett ur ett processperspektiv?

#### 4.4 Anpassa verksamhetsidén och styrsystem utifrån mikrosystemens behov

Om organisationens huvuduppdrag är att ge god hälso- och sjukvård till sina kunder eller patienter är det också viktigt att detta syns i verksamhetsidén. De ovan presenterade exemplen ger en bild över det utvecklingsarbete och den diskussion som måste till för att nå uppslutning kring en verksamhetsidé. Den säger att det är mikrosystemen som står för produktionen och att det är viktigt att förstå vad mikrosystemen producerar. Det är centralt att verksamhetsidén svarar mot den faktiska praktiken. Då blir inte verksamhetsidén kuriosa utan något som i realiteten har betydelse. Den får därmed konsekvenser för hur styr- och ledningssystem utformas och används.

Det kan låta enkelt att anpassa styrsystemen utifrån en verksamhetsidé som utgår från var värdet i organisationen produceras, dvs. de kliniska mikrosystemen. Våra studieobjekt visar dock en bild där kopplingen mellan befintliga styrsystem och verksamhetsidé inte alls är självklar och enkel. Konkret föranleder det nya synsättet en rad svåra avväganden och beslut.

Utgångspunkten handlar om att bygga mätsystem som fångar data som säger något om huruvida organisationen styr mot verksamhetsidén eller ej. Styrsystem som fångar information avseende volymer av ingrepp, kostnader för hus och personal, dvs. facility management, säger en del om just den information som fångas. Det ger dock mycket lite information om i vilken mån organisationen lever upp till verksamhetsidén, dvs. att ge god hälso- och sjukvård. Särskilt problematiskt blir det när denna typ av styrinformation också har till syfte att styra det kliniska mikrosystemet utan kompletterande data av intresse för mikrosystemet.

Flera studieobjekt framhåller att det har varit viktigt att analysera vad det är för typ av andra data som behövs. Hur kan dessa data samlas och användas såväl på makronivå som i den operativa verksamheten med patienterna? En viktig iakttagelse är att hur systemen använder dessa data i kliniskt och organisatoriskt beslutsfattande och

lärande verkar vara lika viktigt som mätetalen i sig. Detta återspeglas i att flera av de kommande strategierna på ett eller annat sätt handlar om just detta.

Den danska offentliga sektorn har under senare år genomgått en stor omstöpning. Konkret har detta inneburit att statliga myndigheter lagts ner, kommuner slagits samman och amternas roll omformulerats. Den sittande danska regeringen har antagit ett helhetsperspektiv på offentlig sektor. Den nationella nivåns roll i dansk offentlig sektor har, jämfört med svenska förhållanden, en mer framskjuten roll. Exempel på det är de årliga budgetförhandlingarna med hälso- och sjukvårdssektorn. Genom dessa förhandlingar kan den nationella nivån explicit styra exempelvis mot införande av uppföljningssystem eller nya ersättningsystem.

Omvandlingen av den danska offentliga sektorn har inneburit strukturförändringar där administrativa gränser flyttats och ansvar justerats. Ett centralt tema för detta genomgripande arbete har varit att på allvar ställa medborgarna i fokus. Det rör sig bl.a. om finansiella instrument där pengarna i viss utsträckning följer varje enskild individs preferenser vad gäller val av vårdgivare, vilket också omfattar vård i andra länder. För att ytterligare stärka medborgarperspektivet har en två månaders vårdgaranti införts. Parallellt med detta har mät- och uppföljningssystem utvecklats som baserar sig på DRG och takststyrning. Ambitionerna är stora och mycket utvecklingsarbete pågår.

Även IHC:s ledningsarbete om kärnverksamheten utmynnade i ett antal utvecklingsprojekt. Det är viktigt för ledningen att veta något om nuvarande situation för att kunna följa en utveckling mot uppsatta mål. Det krävs att det finns mått och mätetal som visar om verksamheten utvecklas mot de överenskomna målen eller om och varför eventuella avvikelser sker. Det är inte bara *vad* man mäter utan *hur* man mäter som är viktigt i IHC-analyser.

- Fångar uppföljningssystemen i vilken grad vi uppfyller vår verksamhetsidé?

#### 4.5 IT-system

Med utgångspunkt i analysen var i organisationen patientvärdet skapas kopplat till verksamhetsidén sätts informationsteknologins potential i centrum. Tillsammans med patienten och de medicinska professionerna

är IT-systemen en integrerad del av det kliniska mikrosystemet. Oavsett om IT-systemen byggs internt eller externt är utvecklingen av verksamhetsanpassade IT-system en kritisk faktor för de kliniska mikrosystemens funktionssätt. Utgångspunkten för IT-systemens utformning är därför de kliniska mikrosystemens behov. Utifrån detta perspektiv är utvecklingen av IT-system som stöd till verksamheterna just en verksamhetsfråga snarare än en IT-fråga.

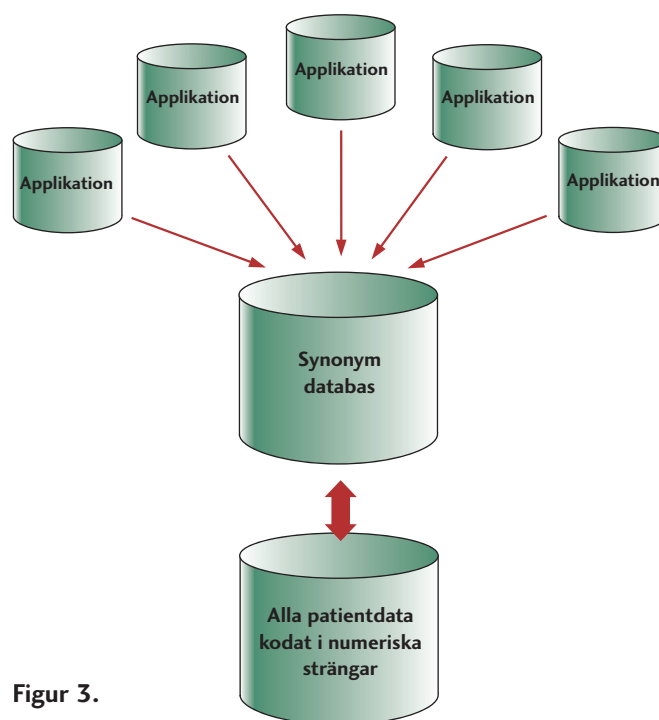
För att skapa goda förutsättningar för datafångst, analys och återföring av data krävs kostnadseffektiva och välfungerande IT-system som är särskilt designade för att möta de kliniska mikrosystemens behov i vardagen. Härigenom behöver IT-system utvecklas till att bli online verktyg för den dagliga likväl som den strategiska styrningen av vården.

Arbetet med IT-system utgår från hur de skall användas i praktiken i vårdens processer samt i ledningsprocesserna. En viktig komponent är att analysen av systemens innehåll (data) och användning sker i samspel mellan praktiker och ledare från hela det system som berörs av data och datas användning. Detta skapar delaktighet och förståelse i hela systemet för de strategiska vägval som görs. Den faktabaserade förståelsen för olika vägval leder också till att medarbetare i högre grad är lojala till de beslut som fattas. Det är en avgörande skillnad från traditionella konsensusbeslut där denna typ av data saknas. Att koppla samman ledningsarbetet med det som sker i praktiken via produktionsdata är ett sätt att undvika att skapa policymotstånd.

Att utveckla IT-system som svarar mot behoven i mikrosystemen är en del av själva förändringsstrategin. Ett utvecklat verksamhetsanknutet IT-system betyder inte att de befintliga systemen skrotas. Det handlar snarare om att, så långt som möjligt, anlägga ett annat perspektiv på data som finns att tillgå och hur de kan användas. Genom detta arbete har flera av de ingående studieobjekten upptäckt luckor i sina system avseende både innehåll och användning. De har sedan aktivt arbetat med att ur ett praktisknära perspektiv fylla dessa luckor.

De studieobjekt som starkt fokuserar just utvecklingen av IT-system, har i ett första led arbetat med att ta fram organisationens huvudprocesser. Därefter har en analys gjorts huruvida det finns data som fångar dessa. Om så inte är fallet har system utvecklats och slutligen har ett översättningsarbete genomförts så att samma data kan användas på flera ställen samtidigt. Eftersom utvecklingen och syftet bakom olika uppföljningssystem är olika ligger just en huvuddel av arbetet i att översätta termer och begrepp. Dock har inte fokus legat på tradi-

tionella definitioner utan snarare på att tydliggöra vilka termer som är synonymer med varandra. Att arbeta med dessa frågor kräver professionernas aktiva delaktighet, vilket även är en framtida förutsättning för IT-systemets användning och fortsatta utveckling.



Figur 3.

Utveckling av IT-system måste utvecklas utifrån lokala förutsättningar. Alla delar i organisationen har inte samma behov. Därför finns inget standardrecept för hur IT-systemutveckling bör gå till.

Kaiser Permanente (KP) tillhör precis som IHC ett av USA:s mest välkända hälso- och sjukvårdssystem. Internationellt är KP också välkänt för kvalitetsarbete, kostnadseffektivitet och inte minst IT-utveckling. Över åtta miljoner människor i åtta delstater ingår i KP, som ger hälso- och sjukvård från 30 sjukhus och antingen egna eller kontrakterade sjukvårdsleverantörer. Det finns 30 sjukhus, 450 övriga vårdenheter där 11 000 läkare och 136 511 övrigt anställda arbetar.

När det gäller IT är utvecklingen inom Kaiser långt gångnen, där IT räknas till en central komponent för KP:s framgångsfaktorer. Under årens lopp har dock den strategiska inriktningen skiftat. Under 2001 satsade KP på ett nytt system och ny leverantör till ett värde av flera miljarder dollar. Samtidigt förändrades ledningsstrukturen och en

ny vd tillsattes. Därmed skapades en möjlighet att strategiskt justera IT-systemen. Hos KP är IT explicit uttryckt som ett verksamhetsstöd. Då verksamheterna befinner sig i lite olika miljöer ser behoven olika ut vilket innebär att IT-systemen måste ha en god förmåga att svara mot detta. IT-systemen ser därmed olika ut i sin utformning. IT ger beslutsstöd till verksamheterna samtidigt som data som kontinuerligt matas in i systemet utgör underlag för utveckling av medicinska kvalitetsregister inom strategiskt valda diagnosgrupper. IT-systemen har därmed dubbel verkan, dvs. IT-systemen fungerar både som beslutsstöd för verksamheterna och ger samtidigt god uppföljningsinformation som kan aggregeras till KP:s ledningsfunktioner.

IHC:s IT-utveckling är minst lika imponerande som KP:s. Det finns viktiga skillnader och några likheter. Likheter har framför allt att göra med insikten om IT-systemens koppling till verksamheterna. Inom IHC får IT aldrig bli ett parallellt spår till verksamheterna. Skillnaderna mellan IHC och KP ligger i hur IT-systemen skapats och huruvida det finns egen kompetens som successivt byggts. IHC har till skillnad från KP byggt upp ett stort eget IT-kunnande. Det finns därför en naturlig närhet mellan verksamheterna och IHC:s IT-expert. På så sätt säkras verksamheternas krav och behov av IT-stöd tidigt i utvecklingsprojektet. Ett illustrativt exempel på när IT-expert och verksamhetens professioner arbetar tillsammans är i arbete med begrepp och synonymer. Eftersom det över åren byggts upp olika typer av databaser vid olika skeden och i olika syften är det svårt att få en överblick av vilken typ av data som verkligen finns i systemen. IT-expert och personer från verksamheten har då i utvecklingsprojekt arbetat med begrepp och synonymer där samtliga databaser kommunicerar med en stor gemensam databas. Arbetet har föregåtts av en analys om vilka vårdprocesser som tar mest resurser. Insikten om att förbättringar av dessa vårdprocesser kan leda till stora systemeffekter har varit vägledande för vilka typer av begrepp och synonymer det arbetats med. Vårdens professioner har därefter arbetat fram synonymer för begrepp, vilket senare möjliggör att information kan tas fram som exempelvis beslutsstöd i hela sjukvårdssystemet. Likaså har team av IT-folk och praktiker arbetat nära tillsammans för att utforma praktiska skärmgräns-

snitt för stödsystemen. IHC anser att en fördel med egen IT-kompetens är att kunskapen om systemen samt om organisationens behov i kombination med närheten till kompetens att anpassa systemen efter uppkomna behov blir mycket större än om konsulter äger uppdragen. IHC har även beräknat att denna lösning dessutom är billigare för dem än konsultlösningen.

Även i de danska förändringsstrategierna finns det en särskild nationell IT-strategi med fokus på ökad effektiv kommunikation inom hälso- och sjukvård. IT-strategin omfattar också en gemensam portal till hela hälso- och sjukvården, för att medborgare lätt ska kunna få tillgång till rätt information. Utvecklingen av IT-systemen är också en viktig komponent mot medborgarnas ökade valfrihet bl.a. att välja läkare. På verksamhetsnivå pågår det också ett omfattande utvecklingsarbete där uppföljning av olika vårdgivare kan följas on-line.

- Ser ni på IT-system som verksamhetsstöd och verksamhetsprojekt?
- Tar designen av IT-systemen sin utgångspunkt i mikrosystemens dagliga behov?
- Fångar systemen rätt data?
- Är data kompatibla med varandra?

#### 4.6 Ledningsarbete baseras på mätbara resultat

Att basera ledningsarbete på mätbara resultat ter sig självklart. Samtidigt är det ett faktum att beslut fattas på mer eller mindre väl underbyggda underlag. En viss grad av maggropskänsla baserat på erfarenheter måste naturligtvis alltid finnas. Ett ledningsarbete som systematiskt utgår från mätbara resultat är dock lättare att få uppslutning kring, att kommunicera och verkställa än beslut som fattas på svagare grunder. För organisationer som präglas av starka medicinska professioner handlar denna fråga också om internorganisatorisk legitimitet.

Några av respondenterna beskriver detta skifte – från magkänsla till data – som revolutionerande vad gäller innehåll och relevans i lednings- och professionella diskussioner. Det har också skapats gemensam följsamhet till besluten om prioriterade arbetsuppgifter på kort och lång sikt.

På Department for Human and Health Services (HHS), motsvarande svenska socialdepartementet, organiseras och finansieras det federala hälso- och sjukvårdssystemet. HHS har tillsammans med delstaterna ansvar för de nationella hälso- och sjukvårdsprogrammen medicare, medicaid och stöd till särskilt utsatta grupper (SHIP). Programmen har till stora delar funnits sedan 1965 och är det största "försäkringsbolaget" i USA. HHS:s aktiviteter handlar också om att genomföra egna eller delvis egna demonstrationsprojekt, finansiera forskning och förbättringsarbete, policyskapande, följa och samla in viss statistik. Bland annat stod HHS mycket för utvecklingen av DRG-systemet som numera är vida känt och använt i världen. Kostnadsutvecklingen totalt, läkemedelskostnader och kvalitetsbrister är några av de mest aktuella problemområdena.

På Department for Human and Health Services, finns det en särskild utvecklingsorganisation, Centres for Medicare and Medicaid Services (CMS) som systematiskt samlar information, gör analyser och föreslår förändringar och utvecklar verktyg. Insikten om att förändrings- och förbättringsarbete måste underbyggas av relevanta data är stor. Analogt med krav på evidensbaserad medicin, handlar ambitionerna här också om att åstadkomma en slags evidensbaserad management. Detta systematiska arbetssätt skapar också legitimitet för förändringsstrategierna. Eftersom CMS arbetar mot alla delstater finns det goda förutsättningar att testa i både liten och stor skala innan nya policies genomdrivs.

Ledningsarbete baserat på mätbara resultat handlar inte bara om vad det är som mäts utan också hur det mäts. En central iakttagelse är att de som på något sätt omfattas av mätningen också är delaktiga när det gäller synpunkter på vad det är som mäts, hur det som mäts analyseras, vilka beslut som fattas på mätningarna samt hur återföringssystemen kan vidareutvecklas. Att organisera för denna typ av återföringssystem i anslutning till mått och mätetal är därför en viktig ledningsaktivitet. Genom denna mer iterativa process blir kvaliteten på data ständigt bättre. Dessutom ger detta förutsättningar för tvärprofessionellt deltagande.

För IHC har detta arbetssätt också manifesterats i organisationstrukturen, där det framgår tydligt hur olika nivåer i organisationen länkar till varandra. Det sker genom funktioner med särskilt ansvar att skapa arenor för analyser av data. Arenorna justerar också vid behov mått och mätetal så att data innehållsmässigt hela tiden är

relevanta. Professionernas delaktighet i arenorna skapar också legitimitet för förändringar eftersom man själva har varit med om att ta fram och analysera data. Därför är professionernas delaktighet i arenorna en kritisk framgångsfaktor.

- Har ni skapat iterativa processer som ger delaktighet och anpassningsförmåga vid utvecklingen av mätetal och målnivåer?
- Har ni organiserat detta arbete tvärprofessionellt?

## 4.7 Länka systemnivåer

Utifrån fokus på mikrosystemen har flera av organisationerna på olika sätt lyckats skapa länkar mellan systemnivåerna. Detta innebär att olika delar knyts samman till en helhet. Länkningen manifesteras framför allt genom tre faktorer:

- att alla i systemet deltar,
- att arrangera arenor för att uppmuntra, underlätta och använda deltagande i praktiken, samt
- att använda data över systemnivågränser dvs. data som systembarriärbrytare och diskussionskatalysator.

IHC:s systematiska arbete med delaktighet är ett sätt att länka samman olika systemnivågränser i organisationen. Landstinget i Jönköping arbetar också med arenor där vårdens professioner och andra befattningshavare finns med.

- Organisera arenor för att få systemet i samma rum.

## 4.8 Tänk 80/20

Att omforma hela hälso- och sjukvårdssystem kräver ett ställningstagande om var man börjar och hur. Blotta tanken på att i grunden transformera så komplexa organisationer som hälso- och sjukvårdssystem ger den mest våghalsige skrämselfhicka.

Även om visionen med förändringsstrategierna kan vara vidlyftiga så måste det förr eller senare till strategiskt beslutsfattande för att starta arbetet att gå mot visionerna. En viktig lärdom från lokala förbättringsarbeten är just behovet av en från ledningen preciserad strategisk avsikt för förändringsstrategin.

En förändringsstrategi är att utgå från ett område där störst systemnytta kan nås i förhållande till organisationens uppdrag/mål. Problem för många mindre lokala förbättringsarbeten är just bristen på strategisk avsikt, vilket ofta leder till att det är svårt att se effekter på systemnivå.

IHC ger ett exempel till en handlingsstrategi för att sortera i var man egentligen ska börja. Denna sortering utgår från Paretoprincipen om 80/20<sup>1</sup>. Enkelt uttryckt handlar det om att 20 procent av patienterna konsumerar 80 procent av resurserna.

Inom ramen för det system och den kultur som uppstår i de studerade organisationerna kan konstateras ett tydligt mönster i att alla strategiska val som genomförs baserar sig på Pareto-principen. Detta är möjligt först när data finns tillgänglig samt när det finns följsamhet till gemensamma beslut. Exempelvis beskriver tre av respondenterna tydligt hur deras organisation arbetar aktivt med de 20 procent patienter som konsumerar 80 procent av resurserna. För dessa patientgrupper handlar det om att skapa smidiga processer som fungerar klanderfritt. Genom att volymerna sköts effektivt frigörs resurser för de delar som är komplexa. Ett strategiskt beslut är därför att för det första identifiera dessa grupper, och för det andra genomföra riktade systematiska förbättringsinsatser för dessa 20 procent. Genom att skapa smidiga processer för dessa patientgrupper ökar möjligheten till att nå reella systemresultat. Dessutom frigörs resurser för de andra delarna i organisationen.

En andra sorteringsprincip som anknyter till Pareto-principen är uppdelningen mellan volym och komplexitet. Volymkategorin handlar helt enkelt om åkommor som hälso- och sjukvården redan vet mycket om. Här finns ofta skrivna riktlinjer och guidelines och ersättningssystemen kan riggas efter storskaliga principer. Organiseringsprinciperna för denna typ av organisation handlar alltså om standardisering. Uppskattningsvis gäller detta en stor del av hälso- och sjukvården.

### Volymprinciper

- Standardisera och skräddarsy inom ramen för snäva evidensbaserade gränser (jfr t.ex. Volvo)
- Syftet med teamarbete är att veta vem som skall leverera vad till vem i processen så att detta fungerar smidigt
- Mätssystem är storskaliga, standardiserade och framförallt kvantitativa
- Ökad prediktionsförmåga avseende volymer och kostnader
- Nationella jämförelser är möjligt
- Valmöjligheter för patienter ökar
- Ersättningssystem kan vara storskaliga, typ DRG
- Strimla istället för att hacka organisationen utifrån processen
- Bygg kanalen för att hantera volym, övergångar och flaskhalsar. Gör det lätt för olika team att göra sitt arbete.

Den andra principen bejakar hälso- och sjukvårdens komplexa tillstånd, dvs. tillstånd som är svår bedömda, som kräver team där flera professioner ingår osv. För organiserandet enligt denna princip krävs en annan logik än för volymkategorin. Komplexitetskategorin handlar därför om multiprofessionella team, situationsbaserat beslutsfattande och ersättningssystem som mer tar hänsyn till det unika, t.ex. KPP eller liknande.

### Komplexitet

- Skräddarsy verkligt unikt efter varje patient
- Syftet med teamarbetet är att skapa en taskforce, bredda kompetensen för att hantera det oförutsägbara och unika
- Mätningar mer fokuserade mot enskilda patienters unika måluppfyllelse
- Delar av mätsystemen är med fördel delmängder av internationella mätsystem för att kunna användas
- Jämförelser måste ske internationellt
- Antalet aktörer som tillhandahåller tjänsten minskar (därmed möjligheterna att välja vårdgivare)
- Ersättningssystem hanterar det unika, typ KPP
- Skapa systemet utifrån patientens behov av kompetens.

<sup>1</sup> Paretoprincipen härstammar från den italienske statistikern och ekonomen Vilfredo Paretos (1848–1923) iakttagelser att 20 procent av befolkningen hade 80 procent av resurserna.

Ett sätt att belysa vården utifrån dessa principer kombinerade med dagens strukturer kan vara enligt följande bild:

Tredje linjen	Sammansatta behov och det Okända	Planerat + mindre volym
Andra linjen	Sammansatta behov	Planerat + stor volym + enklare olyckor annars friska
Första linjens sjukvård	Sammansatta behov och patient-s	Volym av enkla saker
	Komplexa	Volym

Figur 4.

Tydligt blir då att både första, andra och tredje linjens vård omfattar såväl volym- som komplexa patientärenden.<sup>2</sup>

- Vilka processer tar huvuddelen av era resurser?
- I vilken mån handlar det om volym eller komplexitet? Vad innebär fördelningen mellan volym och komplexitet för ert agerande?

#### 4.9 Bygg arenor och allianser för tvärprofessionell delaktighet

I avsnittet ovan om ledningsarbete baserat på mätbara resultat lyfts också perspektivet på hur mätning organiseras och hur data analyseras. Detta är centralt för policybeslutens följsamhet samt höjd i analyserna. Professionerna är mycket viktiga i förändringar i mikrosystemens dagliga arbete. De policybeslut och strategiska inriktningar som genomförs måste vara förankrade i mikrosystemen för att praxis skall kunna förnyas. Det gäller att både beslutsunderlag och de analyser som föregår en policyändring utgår från den verksamhet och data som genereras i mikrosystemens dagliga arbete. Det är av avgörande betydelse att involvera både mikrosystemen och andra omgivande systemnivåer i beredning och analys. Det är viktigt med diskussionerna om var organisationen befinner sig, vart den skall samt hur väl olika mål uppnås. Förbättringsarbetet bygger på viljan hos dem som arbetar med patienterna horisontellt. För många av studieobjekten är tvärprofessionell delaktighet en central aktivitet. Tvärprofessionell delaktighet uppstår dock inte av sig självt utan kräver reellt stöd. Ett stöd som både handlar om rent personella resurser i form av

<sup>2</sup> Patient-Storkonsument: ringer varje dag, vill alltid komma, alla känner till dem, de är ett fåtal som konsumerar mycket kraft från personalen att hantera, utan att de har betydande medicinska behov.

koordinatörer som håller ihop dessa processer samt organisatoriskt stöd.

Det är redan beskrivet hur bl.a. IHC också organisatoriskt manifesterat betydelsen av tvärprofessionell delaktighet. Även andra respondenter arbetar på olika sätt med delaktighet, bl a. Landstinget i Jönköpings län. KP arbetar också med professionell delaktighet, där vårdprofessionernas olika yrkesgrupper finns med i ledningssammanhang genom partnerskapslösningar. Vårdens olika yrkesgrupper är därmed också gemensamma ägare till KP. HHS:s arbete med delaktighet har inte bara med förhållandet mellan delstaterna och den federala nivån att göra. Även andra intressenter är ständigt med i utveckling av nya policies m.m. Att knyta olika intressenter till dessa projekt eller olika arenor är en medveten strategi. Insikten om delaktighet som medel för att bättre nå måluppfyllelse är därmed stor i de studerade exemplen. Delaktighet i sig har inget egenvärde om det sedan inte finns reell handlingskraft. Därför är det centralt att koppla delaktigheten till vårdprofessionernas vardag. Just kopplingen till handlingskraft är särskilt stor i de amerikanska exemplen.

#### 4.10 Knyt forskningskompetens

Samtliga studieobjekt har knutit forskningsresurser i olika typer av kunskapscentra till sitt strategiska arbete. Forskning i detta sammanhang handlar inte om traditionell medicinsk forskning utan om forskning som rör bl.a. kvalitetsutveckling, EBM, RIMA (research informed management), ledning/styrning osv. Syftet är att skapa underlag för evidensbaserad ledning i den egna organisationen.

Genom forskningsverksamheten tas underlag till policyförändringar fram. Forskningsanknytningen handlar både om det sätt på vilket underlagen tas fram samt att forskningsprojekten i sig också är underkastade forskarsamhällets granskning. Eftersom forskningsinsatserna är noga övervägda från ledningsnivån får forskningsresultaten effekter på de kontinuerliga förändringarna i organisationen. Det viktiga i sammanhanget är dock den strategiska roll som organisationsforskningen ges.

I de studerade organisationerna (även de svenska) finns det idéer om att tillåta olika professioner och individer att utveckla expertkunskaper. Detta bidrar till att stärka den professionella stoltheten, vilket är en viktig del i att skapa ett kreativt samarbetsklimat där medarbetarna får utrymme att utvecklas.

- Har ni kopplat forskning till, av ledningen utvalda, strategiska förändringsansträngningar?

## 5. Utmärkande egenskaper i det transformerade systemet

De iakttagelser som redovisats är de mest påfallande mönstren som är gemensamma för de studerade objekten. Listan i tabellen nedan är förarbetet till de variabler som vi valt att beskriva något närmare. Tabellen tydliggör innehållet i transformationen genom att renodla be-

skrivningar av dagens vårdlogik och jämföra dessa mot antaganden om den nya vårdlogiken. Naturligtvis skall vi inte överge de gamla värdena utan komplettera dem med andra delar. Detta är viktigt för att förtydliga grundbultarna i den nya logiken.

Präglar systemet idag: Från professionella delar	Präglar systemet i morgon: → Mot patientens helhet
1 Syftet är att träffa doktorn – mötet.	→ Syftet är problemlösning.
2 Personalens idéer styr vardag och framtid.	→ Patientens behov och värderingar styr vardag och framtid.
3 Prioritera bort det som resurserna inte anses räcka till.	→ Prioritera vad som skall förbättras så att resurserna kan räcka. Variation och 80/20 skapar kapacitet för individuella behov.
4 Vården består av olika besök. Personal fokuserar endast på individuella möten.	→ Vården är en helhet. Personal fokuserar på det individuella mötet och medborgaren – helheten.
5 Professionerna har kunskapen.	→ Kunskapen är fri mellan patient och vårdgivare.
6 Journalen är arkiv.	→ Register och on-line-hjälp är proaktiva verktyg i samarbetet med patienter och systemet.
7 Beslutsfattande baseras på utbildning och erfarenhet.	→ Beslutsfattande baseras på aktuell evidens.
8 Sekretess är nödvändig.	→ Transparens (genomskinlighet) är utgångspunkten.
9 Systemet reagerar på behov.	→ Behov förutses.
10 Kostnadsreduktion sökes.	→ Ständigt reducera/eliminera kostnader och aktiviteter som inte skapar önskat mervärde.
11 Formell organisation står i centrum.	→ Vårdverkligheten i mikrosystemet står i centrum.
12 Professionella roller i systemet har företräde.	→ Samarbete mellan alla som vårdar patienten prioriteras.
13 Blanda inte in professioner i beslutsfattande.	→ Bygg arenor för professionellt samarbete.
14 Använd data för att straffa. Sideffekter är individuella problem.	→ Använd data för att lära. Sideffekter är systemproblem.
15 Planera i detalj, gör det perfekt, hitta optimal lösning, implementera.	→ Sträva efter det optimala, testa i liten skala, lär hur systemet svarar.
16 Ledning styr på processer.	→ Ledning styr på resultat.
17 Styrsystem fokuserar kostnader och "facility management".	→ Styrsystem fokuserar verksamhetsresultat ur ett patient- och medborgarperspektiv.

## 5.1 Ett exempel på en förbättrings ö i helheten

I ovan gjorda kartläggning har fokus legat på övergripande mönster och tendenser. För att ge ytterligare inspiration och inte minst konkretion till rörelsen mot transformation ges nedan ett exempel från en förbättringsö. Nedan följer därför en kort presentation av hur ett transformativt system i praktiken kan fungera.

Utvecklingen vid det nationella kvalitetsregistret för kronisk ledgångsreumatism – RA-registret – ger möjligheter att praktisera principerna för transformativa system. Registret illustrerar 80/20 principen genom att ägna sig åt en kronisk sjukdom som drabbar 0,5 procent av befolkningen, men som står för en större andel av alla samhällskostnader för sjukdomar (40–50 procent). Reumatoid artrit utgör huvuddelen av alla patienter på en reumatologisk specialistmottagning. Att kunna effektivisera flödet för dessa patienter genom standardisering av behandling och uppföljning kan ge stora vinster för såväl patienter som organisation samt skapar resurser för de riktigt svåra patienterna. Samtidigt är RA inte en entydig sjukdom utan patienterna kan drabbas på så många olika sätt att vården måste fungera som ett adaptivt komplext system för att i varje ögonblick kunna ge varje individ den hjälp just hon söker. Standardisering och komplexitet bejakas samtidigt när patient och vårdgivare samarbetar på det nya sätt som möjliggörs med RA-registrets IT-stöd vilket vuxit fram i takt med de innovationer som lett fram till att detta transformativa mikrosystem kan praktiseras.

Patienter med reumatoid artrit (RA) har i regel en livslång sjukdom där varje besök i vården är unikt då sjukdomen har ett oförutsägbart förlopp med växlande inflammatorisk aktivitet i lederna med svullnad, ömhet och smärta samt åtföljande handikapp. Det nya arbets sättet ger patienten möjlighet att strukturerat beskriva sitt dagsaktuella läge i sjukdomen redan innan hon träffar läkaren, genom att självständigt mäta smärta, handikapp, ledernas tillstånd och sin globala hälsoupplevelse. Detta görs via Internet, hemifrån eller på mottagningen, och som kvitto kan patienten skriva ut en översikt över hela det tidigare registrerade sjukdomsförloppet som visar bakgrunden fram till dagsläget – vilka behandlingar som givits och vilken hjälp patienten haft av dessa.



Bild 1.



Bild 2.

820326-0248 Test Kajsja , KS2354 - Microsoft Internet Explorer						
Basdata	Översikt					Hände
År	04	04	04	04	04	04
Månad	02	03	06	08	09	11
Dag	13	03	23	01	21	18
Besöksmånad	0	1	4	6	7	9
MK grupp	1	0	3	6	6	9
Smärta	63	59	39	22	59	10
Arbetsförmåga	0	0	0	20	20	40
Funktion	1,63	1,38	1,13	0,88	1,25	0,75
Sjukdomskänsla *	56	56	31	13	48	8
Svullna leder *	11	9	4	1	6	0
Omman leder *	12	11	8	2	8	1
Sänka *	62	66	38	16	57	12
CRP	76	76	34	19	72	10
Läkarebedömning	3	3	2	1	3	0
Rtg (Eros./Prog/RF)						
DAS 28 *	6,54	6,11	5,12	3,19	5,77	2,41
Analgetika	rgb	rgb	rgb	rgb	rgb	rgb
Antiinflamm.	rgb	rgb	rgb	rgb	rgb	rgb
Kortison dos	10	10	5			
LARM 1	SAL	MTX	MTX	MTX	MTX	MTX
LARM 1 dos	2000	10	15	17,5	20	20
LARM 2						
LARM 2 dos						
LARM 3						
LARM 3 dos						
Uppföljt månad					0	2
Uppföljt Preparat					HUM	HUM
Uppföljt Dos					20	20

Bild 3.

Sedan träffar patienten läkaren som också undersöker sjukdomen strukturerat. Därmed fås en komplett evidensbaserad uppsättning mått på sjukdomens karaktär och aktivitet. Måtten används internationellt i kliniska prövningar och för att godkänna nya antireumatiska läkemedel. Patient och läkare använder detta evidensbaserade verktyg tillsammans för att avgöra effekten av pågående

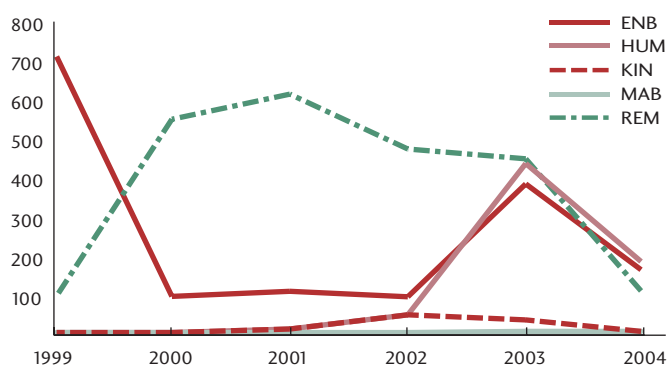
behandling och besluta om förändringar så att sjukdomen kan förbättras på det sätt som patienten föredrar.



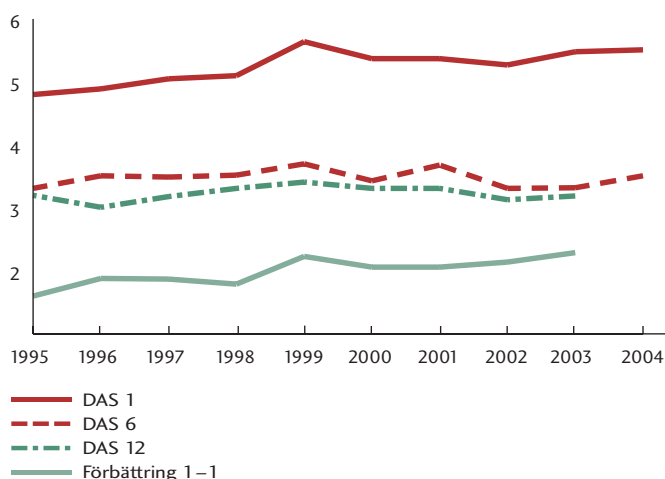
Bild 4.

Vid följande besök upprepas utvärdering och mätbaserade beslut på samma sätt så att den ständigt växlande sjukdomen varje gång möts med bästa möjliga evidensbaserade behandling. När nya läkemedel blir godkända följs de upp särskilt med en egen rad längst ned på översikten (se bild 3) för att kunna avgöra deras bidrag till behandlingseffekten. Sjukdomsaktiviteten vid insättandet är av särskilt intresse vid analys av hur nya läkemedel används. Då övergår man till att analysera grupper av patienter och lämnar den enskilda patientens sjukdomsförlopp för att i stället lära mer om andra effekter, som läkemedelsanvändning och långtidseffekter, antal patienter och besök. Även denna återrapportering sker omgående så att registret varje morgon visar uppdaterade lokala och nationella sammanställningar över de effekter som man vill följa; exempelvis hur många patienter som fått de nya läkemedlen, hur sjuka de var initialt och hur stor förbättring som uppnåtts efter sex månaders behandling (se figur 5 och 6). Om rätt behandling sätts in de första månaderna i den livslånga sjukdomen har nyinsjuknade patienter möjlighet att få betydligt bättre behandlingsresultat med mindre smärta och handikapp, även på lång sikt med till exempel bevarad arbetsförmåga. Hur många av de nyinsjuknade i landet som fått möjlighet till behandling i detta behandlingsfönster kan följas dagligen med de dynamiska diagrammen i RA-registret.

Figur 5. Påbörjade behandlingar med biologiskt läkemedel Nationellt 1999–2004.



Figur 6. Sjukdomsaktivitet och förbättring under de tolv första månaderna för patienter inkluderade 1995–2004.



De transformativa effekterna på sjukvårdssystemet som uppstår med detta arbetssätt förstärker varandra och ger patient och vårdgivare en ökad förmåga att anpassa det man gör till en ständigt föränderlig verklighet samtidigt som de behåller sina möjligheter att hela tiden förbättra resultatet av behandlingen.

Patientens aktiva medverkan ger en rad transformativa egenskaper i systemet utöver att det helt och hållet är patientcentrerat. Flertalet patienter med kroniska sjukdomar skaffar sig kunskap om sjukdomen, särskilt erfarenheter av den egna sjukdomens förlopp, och kan därmed bli en resurs i vården i stället för att bara vara föremål för vården. Rent konkret gör patienten en del av registreringsarbetet, men blir också en partner i beslutsfattandet där hon kan bidra med sina unika kunskaper. De första erfarenheterna av det nya strukturerade arbetssättet visar att information kommer fram som annars skulle ha varit dold för läkaren: "Gömd information som patienten besitter kommer upp till ytan", men också för

patienten: "Systemet konkretiserar hur man egentligen mår". Dessa oväntade framväxande egenskaper illustrerar att mikrosystemet i RA-registret redan har börjat transformeras.

Sjukvård skapas i mötet mellan patienten och vårdgivarna där patientens behov och sjukvårdens kompetens interagerar för att generera värde för patienten. Patientens aktiva medverkan vid besök som stöds av RA-registret leder till att patienten inbjuds och får delta i att skapa värden för sig själv, på det sätt och mot de mål hon själv föredrar. Integreringen av IT-stödet i besökets genomförande resulterar i strukturerad uppföljning, styrning och mätbar förbättring i ett sammanhang utan tidsfördröjning, samtidigt som valfriheten kvarstår för patient och läkare.

De nya behandlingsmöjligheter som tillkommit för reumatiska sjukdomar de senaste fem åren i form av kostsamma biologiska injektionspreparat med god effekt hos tidigare inte behandlingsbara patienter, men också med potentiellt allvarliga risker hanteras i RA-registret genom den särskilda uppföljningen av nya läkemedel. Eftersom patientens sjukdomsläge utvärderas redan innan besöket kan en strukturerad avvägning mellan förväntade vinster och möjliga risker göras av patient och läkare tillsammans redan innan beslut om insättande av denna behandling. På samma strukturerade sätt kan den mätbara förändringen vid följande besök ge motivation att fortsätta en potentiellt riskfylld, men effektiv behandling, eller ge stöd till att avsluta behandling som är ineffektiv och därmed endast utgör en risk för patienten och leder till onödiga kostnader.

Helt nyligen har ett biologiskt läkemedel godkänts för användning omedelbart efter insjuknandet i det strategiskt viktiga behandlingsfönstret. Alla dessa nya möjligheter till vård leder till att vårdbehovet ökar med krav på mer resurser. Patientöversikten och de dynamiska diagrammen ger möjlighet att utan tidsfördröjning följa upp och påvisa effekter och risker med denna nya behandlingsstrategi såväl för enskilda patienter som vid

analys av nationella resultat. Genom att styra denna behandling till de patienter som bäst behöver den och dessutom får förväntad effekt av den kan RA-registret bidra till en högre kostnadseffektivitet i sjukvården.

De goda effekter som eftersträvas av patienten, samtidigt som risker och kostnader minimeras är ett gemensamt intresse även för övriga aktörer i vården. Alla data som beskriver detta är tillgängliga för varje patient när det gäller den personliga sjukdomsutvecklingen, men kan också användas avidentifierat av alla andra med ansvar för sjukvården. Patienten har tillgång till sina egna data och kan hela tiden följa upp att de överensstämmer med verkligheten. Samtidigt kan utvecklingen av olika grupper av patienter; nyinsjuknade, behandlade med biologiska läkemedel m. fl. följas av patientansvarig läkare, verksamhetschef, beställare och landstingsledning. Var och en har tillgång till korrekta, evidensbaserade data för att bedriva sin egen del av sjukvården samtidigt som RA-registrets transparens ger möjligheter för alla aktörer att se helheten, från patient till landstingsråd. En faktabaserad diskussion om verksamhetsmål och en strategisk analys av sjukvården skulle kunna ske i samspel mellan patient, praktiker och ledare. Detta kan ge en ökad förståelse för att resultaten beror på vad patient och vårdgivare gör för att dagligen skapa sjukvård och hur detta stöds av systemsättarna, som sätter upp regler och ger förutsättningar för mikrosystemets funktion.

Goda cirklar av allas deltagande i mätbaserat lärande och ledning kan på detta sätt ständigt förnya tankesätt och handlingsmönster som ökar hela sjukvårdens förmåga att utveckla sin verksamhet i takt med växlande utmaningar från omvärlden utan att ge avkall på ständiga förbättringar för patienten.

Genom det ovan beskrivna exemplet skyntas en ny slags vårdlogik, där patienten tar en aktiv del i vårdprocessen. Exemplet visar också på andra viktiga strategier som får stort stöd i våra studieobjekt. I tabellen på nästa sida illustreras vilka strategier som vävts in i utvecklingsarbetet samt vilka delar som återstår.

Förbättringsstrategi – fråga	Hanterat	Kommentar
Var skapas kundvärdet i min organisation?	Ja	
Hur svarar nuvarande uppföljningssystem mot uppställda mål? (Dvs. hur vet vi att vi är på rätt väg?)		Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Hur kan jag som ledare/systemsättare underlätta för det kliniska mikrosystemet?		Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Att mäta och hur mäta samt koppla till övergripande strategier – skapa arenor.		Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
I vilken grad fångar dagens uppföljningssystem det vi vill uppnå?	Ja	
Är IT- systemen en del av verksamheten – stöd?	Ja	
Fångar IT-systemen rätt data, dvs. är de dubbelverkande?	Ja och nej	Inte kopplade mot strategisk nivå.
Om du vill förbättra mått och mätetal: – skapa iterativa processer för framtagande av mått och mätetal.	Ja	
Organisera för tvärprofessionell delaktighet.		Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Skapa arenor för analys av mått och mätetal.		Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Organisera arenor för att få systemet i samma rum.		– Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Vilka huvudprocesser tar huvuddelen av resurserna?	?	
Hälso- och sjukvård har olika logiker. Volym och komplexitet. Olika incitament, olika kompetenser.	?	Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Arenor för tvärprofessionell delaktighet är en kritisk faktor för genomförande av nya policier.		Strategin ägs av systemsättarna, dvs. styrelsepolitiker och tjänstemannaledningen.
Koppla forskning till, av ledningen utvalda, strategiska förändringsansträngningar.	Ja	Forskningsprojekt drivs parallellt.

## 6. Till sist

Det finns en stor lockelse i att rationalisera, kompromissa och smita undan det egna ansvaret att själv bidra i transformationen: "Var realistisk", "Om vi bara fick mer pengar skulle det nog lösa sig", "Om bara de andra ändrade sig skulle allt fungera bra", "Vi har inte tid, vi måste visa resultat till i slutet av året", "Så har vi aldrig gjort", "Det kommer inte att fungera", "Vi har gjort sådär förut, det funkade inte då heller", "Men vi är ju så speciella", "Ingen annan har ju gjort det, då kan det väl inte vara rätt", "Vi

är ju ganska duktiga ändå när allt kommer i kring", "Vi har ju mycket svårare patienter". I den föränderliga värld där vi lever med de utmaningar som välfärdssystemen står och kommer att stå inför, måste vi sträva efter visionen om det ideala systemet för individer likväl som för samhället. Visionen om det ideala systemet kan vara revolutionär i jämförelse med dagens system, men vägen dit kan ändå bara gå stegvis i etapper.

## Några lästips

*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Committee on Quality of Health Care in America: Institute of Medicine National Academy Press  
Washington, D.C.

ISBN: 0-309-07280-8

James C. Collins, Jim Collins (2001) *Good to Great: Why Some Companies Make the Leap...and Others Don't*, Harper Business

ISBN: 0066620996

Alain C. Enthoven (ed.), Laura A. Tollen (ed), William L. Roper (foreword).(2003)*Towards a 21st Century Health System: The Contributions and Promise of Prepaid Group Practice*. Jossey- Bass

ISBN: B00023FX2K

John Sterman (2000). *System dynamics: Systems thinking and modeling in a complex world*. McGraw- Education

ISBN: 0071179895

Jesper Olsson (2005) *Factors for Successful Improvement of Swedish Healthcare*.

Karolinska University Press

ISBN: 91-7140-391-4