



Genombrott – att korta köer och väntetider till och *inom* hälso- och sjukvården.

Ett pilotprojekt i samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och Landstingsförbundet i syfte att pröva en ny modell för systematiskt förbättringsarbete.

*"Varje system är perfekt utformat
för att uppnå exakt de resultat det uppnår"*

Donald Berwick

Upplysningar om skriftens innehåll
lämnas av Carina Svensson; Landstingsförbundet,
tel 08-452 76 84, e-mail: carina.svensson@lf.se

Beställning. Rapporten har utgått som trycksak och finns nu kostnadsfritt
tillgänglig som pdf-fil via Landstingsförbundets hemsida www.lf.se

Best nr 1821 • ISBN 91-7188-476-9

Produktion: Informationssekretariatet
Stockholm 1998

| | |
|--|-----------|
| Förord | 4 |
| Sammanfattning | 5 |
| 1. Att stödja, stimulera och påskynda utvecklingen | 7 |
| 2. Genombrott – från idé till projektstart | 9 |
| Marknadsföring för att hitta testpiloter | 9 |
| Resurspersoner inbjuds | 9 |
| Projektdeltagare väljs ut | 10 |
| Teamsammansättning | 10 |
| Systemledarskap | 11 |
| Teknisk expert | 11 |
| Daglig ledare/projektledare | 11 |
| Alternativ teamsammansättning | 11 |
| 3. Förbättringsmodell och arbetsgång | 13 |
| Modell för förbättringsarbete | 13 |
| Att sätta utmanande mål | 14 |
| Att mäta över tid | 14 |
| Att testa förändringar | 14 |
| Arbetsgång | 14 |
| 4. Förändringskoncept – tre strategier och 27 koncept | 16 |
| Strategi: Matcha kapacitet och efterfrågan | 16 |
| Strategi: Påverka efterfrågan | 17 |
| Strategi: Ändra systemet | 19 |
| 5. Projektet steg för steg | 21 |
| Lärande seminarium 1 | 21 |
| Arbetsperiod 1 | 22 |
| Lärande seminarium 2 | 23 |
| Arbetsperiod 2 | 24 |
| Lärande Seminarium 3 | 24 |
| Slutseminarium | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 6. Kraftfulla förändringskoncept och prövade idéer..... | 26 |
| Balansera kapacitet och efterfråga | 26 |
| Påverka efterfrågan | 26 |
| Ändra systemet | 26 |
| | |
| 7. Erfarenheter och resultat från tio medverkande team | 32 |
| | |
| 8. Lärandet i projektet | 46 |
| Uppföljning av teamens förbättringsarbete | 46 |
| Vad tyckte deltagarna | 47 |
| Planeringsgruppens uppföljning och utvärdering | 48 |
| | |
| 9. Till sist | 50 |
| | |
| Litteratur och lästips | 61 |

Bilagor

1. Deltagande team och deras mål.
2. Planeringsgrupp
3. Mall – probleminventering.
4. Mall – testplanering arbetsperiod 1.
5. Mall – testcykel.
6. Blankett – utvärdering av Lärande seminarium 1 och 2.

Förord

Som ett led i Landstingsförbundets arbete med att stödja, stimulera och påskynda utvecklingen inom hälso- och sjukvården har förbundets utvecklingsenhet hämtat hem en modell för kontinuerligt förbättringsarbete från The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston, USA. Modellen som av IHI kallas 'Breakthrough Series Model' och av Landstingsförbundet 'Genombrott' har utvecklats av statistikern Tom Nolan och läkaren Donald Berwick, den senare tillika VD vid IHI. Modellen består av flera delar men har som bärande fundament att det finns kunskap inom många områden om hur vi bör göra som inte tillämpas i tillräckligt stor omfattning i praxis.

Då tillgängligheten runt årsskiftet 1996-1997 åter började framstå som ett av vårdens största problem, beslöt den dåvarande chefen på utvecklingsenheten – Margareta Palmberg – att enheten, mot bakgrund av den kunskap som då fanns vid IHI om hur tillgängligheten kan öka med hjälp av ett systematiskt förbättringsarbete, skulle starta ett pilotprojekt i Sverige. Detta både för att bygga kunskap om själva förbättringsmodellen och för att pröva ett nytt sätt för att öka tillgängligheten i hälso-och sjukvården. Hur detta gick till och vilka resultat och erfarenheter som vunnits i projektet handlar rapporten, som skrivits av Carina Svensson och Leena Hedman, vilka själva svarar för innehållet.

Carina Svensson, Landstingsförbundet har varit projektledare och från förbundet har också Michael Bergström, Jesper Olsson, Chris Linder, Lars Johansson, Inger Berglund och Vibeke Sparring deltagit. Vidare har Eva Stenström på Infoproducenterna varit till stor hjälp med diverse design och layoutarbeten, för att inte tala om Tommy Forsberg och Lars-Erik Reimert i tryckeriet som välvilligt och ibland med kort varsel ställt upp med att få fram allt material till de Lärande seminarierna. Projektet hade inte gått att genomföra utan det stora stöd och engagemang som vår externa expertgrupp ledd av Leena Hedman visat. Gruppen har förutom Leena Hedman bestått av Ulf Hallgärde, Marianne Rimås, Ulf Ljungblad, Gro Saevil Helljesen och Hans Claesson. Allra viktigast för projektets genomförande har dock de 20 team från kliniker och vårdcentraler varit som alla välvilligt och tålmodigt utsatt sig för detta pilotprojekt.

Stort tack till Er alla!

Stockholm i juni 1998



Magna Andreen Sachs

T f Enhetschef

Sammanfattning

I den så kallade Dagmaröverenskommelsen för 1997 mellan staten och Landstingsförbundet uttrycktes parternas gemensamma syn på den önskvärda utvecklingen inom vården. Man framhöll att vården måste bli mer patientfokuserad, kunskapsbaserad och kostnadseffektiv. I samma överenskommelse påtalades behovet av att öka tillgängligheten till vården. Detta samtidigt som kö- och väntetidsproblematiken var ett växande problem i stora delar av Sverige.

Genom spaning i omvärlden hittade Landstingsförbundet Breakthrough Series Model i USA. Det är en modell för förbättringsarbete, som bl a använts för att korta köer och väntetider i amerikansk sjukvård. För att testa om denna modell kunde fungera även i svensk hälso- och sjukvård beslöt Landstingsförbundet att genomföra ett pilotprojekt. Det första förbättringsområdet som valdes blev tillgänglighet och projektet kom att kallas Genombrott – att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. Markeringen av inom var avsiktlig, då de verkligt stora förbättringarna endast går att åstadkomma genom förändringar inne i systemen.

Tillsammans med sex externa experter och 19 team från kliniker och vårdcentraler från 13 olika landsting samt ett team från Haukelands sjukhus i Norge, genomförde Landstingsförbundet projektet under tiden 3 september 1997 till 2 april 1998.

Förbättringsmodellen som prövats består av ett antal hörnstenar, men fundamentet är att praxis i sjukvården inte alltid överensstämmer med tillgänglig kunskap inom området.

Genom att fastställa ett tydligt mål, använda enkla mått och mätmetoder och systematiskt testa förändringar i liten skala sker ett lärande av vilka förändringar som leder till förbättringar. Arbetsgången under projekttiden är mycket strukturerad med seminarier, uppgifter som skall göras och tider som skall hållas. Genom att team från olika håll, med olika erfarenheter men med ett gemensamt fokus arbetar tillsammans sker ett kontinuerligt lärande.

Förutom att ha ett tydligt mål, krävs mått och mätningar för att visa om förändringarna leder till förbättringar. För att ha ingångsvården måste mätningarna påbörjas redan innan förändringar börjar prövas.

De deltagande teamen i Genombrott prövade på kort tid ett stort antal förändringar. Att teamen så snabbt kom igång med att testa förändringar beror bl a på att de redan vid det första seminariet informerades om ett antal förändringskoncept, som visat sig verkningsfulla i amerikansk sjukvård. Ett koncept är en generell idé som hjälper till att sätta igång tankeprocesser. När det gäller att korta köer och väntetider kan de grupperas i tre strategier: matcha kapacitet mot efterfrågan, påverka efterfrågan samt ändra systemet.

Förbättringar uppstår inte av en slump utan är ett resultat av ett långsiktigt och målmedvetet förändringsarbete. Det krävs med andra ord förändringstryck och förändringsvilja, vilket är en ledningsuppgift att åstadkomma.

Syftet med förbättringsarbetet är att utveckla nya arbetsformer och att utnyttja resurserna på smartare sätt genom att göra förändringar i

systemen. För att lyckas krävs ett tvärprofessionellt och tvärfunktionellt angreppssätt. Läkarnas delaktighet är nödvändig, men inte tillräcklig. Att förstå mer av helheten och se sig som en del av denna helhet samt acceptera att verksamheten är till för patienterna, underlättar förbättringsarbetet.

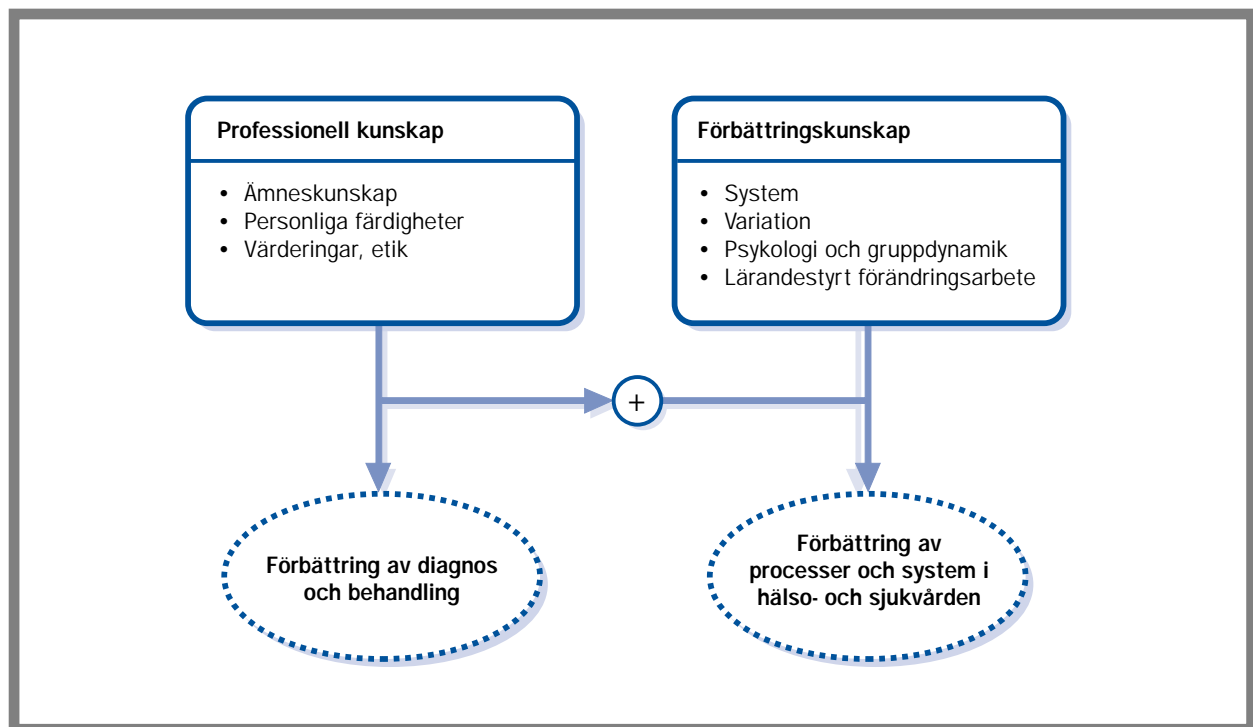
Uppföljning och utvärdering, som skett löpande under projektet visar att:

1. Genombrott som modell för förbättringsarbete fungerar utmärkt i svensk hälso- och sjukvård. Deltagarna var övervägande positiva över arbetsformen och att de så snabbt kunde se resultat. De uppnådde förbättringar som de inte trodde var möjliga, vilket i många fall innebar mer än en halvering av köer och väntetider. Men...
2. Ledningens absoluta, bestående och synliga stöd – speciellt när det blåser kallt runt ”förändrarna” – är en förutsättning. Förändringsarbetet måste vara väl förankrat och bör ligga i linje med organisationens strategiska utvecklingsplan.
3. Förbättringsmetodiken löser inte personalproblemer eller ledarskapsproblem, men den kan göra sådana eventuella problem tydliga och kräva ställningstaganden från ledningen.
4. Modellen förutsätter ett tvärprofessionellt angreppssätt och bidrar till att hierarkier rivs. Det finns ett tydligt positivt samband mellan teamets förbättringsresultat och läkarkårens och speciellt chefers aktiva deltagande.
5. Utvecklings- och förbättringsarbete måste på såväl individ som systemnivå betraktas som en högst normal del av det vanliga arbetet. Det förefaller ännu inte vara fallet inom svensk hälso- och sjukvård. Det måste finnas tid för eftertanke och reflexion.
6. Framgångsrikt förbättringsarbete måste belönas – inte bestraffas. När högt uppställda mål har uppnåtts får inte konsekvensen bli nya sparkrav. Vissa saker ”luft i systemet” minskar känsligheten för normala variationer i t ex efterfrågan och möjliggör utvecklingsarbete enligt ovan.

1. Att stödja, stimulera och påskynda utvecklingen

På Landstingsförbundets avdelning för hälso- och sjukvårdsfrågor finns enheten för hälso- och sjukvårdens utveckling. Enhetens övergripande uppdrag såsom det kommer till uttryck i visionsdokument och arbetsprogram är att stödja, stimulera och påskynda utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård. Behöver utvecklingen verkligen stödjas och stimuleras? Pagar den inte den

Svaret är att den allmänna utvecklingen i samhället ställer nya krav på hälso- och sjukvården. Förutom att de traditionellt yrkesprofessionella kunskaperna dvs den diagnostiska, terapeutiska samt vårdande kunskapen och kompetensen måste fortsätta att utvecklas, måste vi bli bättre på att snabbare få genomslag för ny kunskap och nya behandlingstekniker i hela sjukvårdssystemet.



Figur 1: Det krävs såväl yrkesspecifik kunskap som förbättringskunskap för att hälso- och sjukvården snabbare skall utvecklas i önskvärd riktning. Utvecklad efter Batalden, Stotz, USA.

ständigt och nästan av sig själv? Vi hör ju ständigt talas om ny teknik och nya behandlingsmetoder. Och påskyndas? Många i vården vill inget hellre än att få stanna upp och konsolidera sin verksamhet och sin organisation och få tid till eftertanke och reflexion. Varför denna vision?

Hur kunskapsområdena hänger ihop brukar ibland illustreras med ovanstående bild. Genombrotts tyngdpunkt ligger i förbättrings delen. Att förstå hur processer och system i vården fungerar är första steget för att kunna förbättra dem och därmed göra det bättre för

patienterna. Patienterna är ofta mycket nöjda med de rent medicinska insatserna, men det som de är mindre nöjda med är bemötandet, långa väntetider och andra serviceaspekter.

Hälso- och sjukvården har mycket att lära från andra branscher när det gäller att sätta dem man är till för i fokus. Vården har också mycket att lära från andra branscher när det gäller förmågan att rekrytera och behålla sin personal, vilket är en grundförutsättning för att vården överhuvudtaget skall fungera.

I överenskommelsen för 1997 mellan staten och Landstingsförbundet om vissa bidrag till hälso- och sjukvården (den s k Dagmaröverenskommelsen) uttrycktes parternas gemensamma syn på den önskvärda utvecklingen inom vården. Man framhöll att vården måste bli mer patientfokuserad, kunskapsbaserad och kostnadseffektiv och att det statliga bidraget till sjukvårdshuvudmännen skulle ses som stimulansbidrag till den utvecklingen. Vidare ef-

terlystes i överenskommelsen utvecklingsinsatser som kunde bryta hierarkier och revirtänkandet inom hälso- och sjukvården.

Vid årsskiftet 1996-1997 framstod bristande tillgänglighet för icke akut vård, ånyo som ett snabbt växande problem inom vården. Kö- och väntetidsproblemen var inte nya och olika metoder för att lösa dem hade prövats. Öronmärkta pengar för extrainsatser – köpengar – , vårdgaranti och ekonomiska incitament av annat slag hade prövats, ofta med ganska kortvariga effekter. Fanns det andra beprövade sätt? Några av utvecklingsenhetens medarbetare spanade i omvärlden och hittade en modell för systematiskt förbättringsarbete som hade utvecklats av ett institut i Boston – The Institute for Health Care Improvement – IHI. De hade med mycket goda resultat använt modellen bl a för att just korta köer och väntetider till och inom vården. Här fanns kanske något att lära av och sprida till svensk hälso- och sjukvård?

2. Genombrott – från idé till projektstart

Vilket är det bästa sättet när man vill lära sig något nytt? Man kan läsa och studera. Man kan prata med människor som vet mer. Den bästa inlärningseffekten uppstår dock sannolikt när man själv provar i praktiken. För att så snabbt som möjligt lära tillräckligt mycket om modellen för att kunna leda ett svenskt projekt reste vi därför över Atlanten för att delta när IHI startade sitt projekt nummer två på temat 'Reducing Waits and Delays'. Första projektet hade IHI genomfört under ett år. Nu spände de bågen och hade ambitionen att åstadkomma samma goda resultat på ett halvt år.

På ort och ställe var vi med när 40 organisationer från nästan lika många stater samlades under två dagar för att precisera sina tillgänglighetsmål, ta del av en mängd beprövade förändringskoncept, lära sig hur de skulle kunna mäta för att veta om förändringar som de prövade ledde till förbättringar samt för att planera sitt förbättringsarbete. Vi kunde konstatera att problembeskrivningarna i de amerikanska sjukvårdsorganisationerna verkade mer likartade än olikartade de svenska och att förbättringsmodellen och förändringskoncepten därför borde gå att pröva i svensk miljö.

Väl hemkomna till Sverige var vi därför fast beslutna att genomföra ett svenskt pilotprojekt och det skulle kallas 'Genombrott – att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården'. Inom var viktigt, eftersom de flesta debatter och mycket av det politiska och mediala intresset riktades mot köer till vården. Vi hade hört och lärt att det fanns väl beprövade metoder för att göra förändringar inom systemen i syfte att öka till-

gängligheten till vården. Genom att ändra processer, rutiner och inte minst attityder till vad som är möjligt hade ett stort antal kliniker och mottagningar i USA ökat tillgängligheten för patienterna, kortat väntetider och processtider samt frigjort tid och resurser, som de kunde investera på nytt sätt. Här fanns kunskap som vi ville sprida till svensk hälso- och sjukvård.

Marknadsföring för att hitta testpiloter

I maj månad 1997 var det dags att på allvar marknadsföra projektet till presumtiva deltagare. Några personer som sysslar med utvecklingsfrågor hade liksom landstingsdirektörer dessförinnan vid några tillfällen fått en första information om våra planer. En skriftlig inbjudan till att vara med i projektet skickades ut till alla sjukvårds, sjukhus – och primärvårdsdirektörer i Sverige. Därutöver annonserade vi i Landstingsvärlden för att nå fler och andra än de högsta chefsnivåerna.

Urvalet av deltagande team till projektet skedde efter ett ansökningsförfarande. Förutom ett intresserat team ville vi förankra deltagarnas medverkan hos dess primärvårds- respektive sjukhusledning, varför ansökan skulle undertecknas av dessa. Andra skäl till ansökningsförfarandet var att vi av spridningsskäl ville ha deltagare från olika landsting. Vi ville också medvetandegöra presumtiva deltagare om att det var ett konkret uppdrag som väntade och att det innebar ett åtagande från deras sida att vara med i projektet.

Eftersom Landstingsförbundet erhållit särskilda sk Dagmarpengar för projektet kunde vi

stå för deltagarnas rese- och internatkostnader under projekttiden. Kostnaden för deltagarnas kliniker och vårdcentraler utgjordes därmed av den tid som teamen skulle komma att behöva för sin medverkan. Av ansökningsformuläret framgick att ett av de deltagande organisationerna – läs ledningarnas – åtagande, var att tillse att denna tid tillskapades.

Resurspersoner inbjuds

Parallellt med marknadsföringen av projektet startade arbetet med att hitta externa personer med praktiska erfarenheter av förbättringsarbete. Detta i enlighet med upplägget på 'Breakthrough-Series Model' från IHI, som vi i mångt och mycket kopierade för att överhuvudtaget kunna sätta igång så snabbt som möjligt. Genom personliga kontakter och tips från olika håll fick projektledaren fram en lista på ett 30 – tal personer, vilka alla inbjöds till en expertgruppsdag i början av sommaren.

Syftet med dagen var att ta del av dessa experters erfarenheter av förbättringsarbete och att få tips och förslag på förändringar som hade prövats för att korta köer och väntetider. Experterna lämnade över hundra förändringsförslag, vilka i stort sett kunde grupperas under de tre strategier som använts i det amerikanska projektet. Se vidare kapitel 4.

Ett annat syfte med dagen var att hitta några experter som ville vara med – just som experter och handledare – under hela projekttiden. Från Landstingsförbundets sida ville vi ha med personer, som själva hade prövat i verkligheten – vilket är ordet experts egentliga betydelse. Sex personer med olika yrkesbakgrund, erfarenhet och från olika huvudmän nappade vilket gjorde att gruppen tillsammans kom att få en mycket bred kompetens.

Nästa steg i projektet blev att genomföra en utbildning för alla personer som på något sätt skulle fungera som resurspersoner i projektet, dvs utgöra projektets planeringsgrupp. Således träffades en grupp bestående av externa experter och tjänstemän från Landstingsförbundet under två dagar i ett sommarfagert Stockholm och lärde sig grunderna i förbättringsmodellen, vikten av tydliga mål, behovet av mått och statistiska metoder för att mäta förändringar över tid, vad förändringskoncept är och hur de kan användas och sist men inte minst vad det innebär att vara 'coach' åt ett team. Allt detta under ledning av Tom Nolan.

Tom Nolan är statistiker och den som tillsammans med läkaren Donald Berwick utvecklat Breakthrough Series Model i USA. Han har varit djupt involverad i många av IHI:s projekt och dessutom varit särskilt ansvarig för de två kö- och väntetidsprojekt – Reducing Delays and Waitingtimes – som IHI bedrivit.

Som utbildningsmaterial användes bl a teamens ansökningar. Var målen tydliga? Vilka mått och mätmetoder skulle teamen kunna använda? Hur var teamen sammansatta? De blivande handledarna fick många tips inför de förberedande kontakter de skulle ha med "sina" respektive team som ett led i förarbetet.

Projektdeltagare väljs ut

När vi på Landstingsförbundet började planera genomförandet av projektet räknade vi med att ta med cirka tio team. Det hela var ju ett experiment. Ingen visste om det skulle lyckas och vi ville – i enlighet med budskapet i förbättringsmodellen – testa i liten skala. När ansökningstiden hade gått ut kunde vi räkna till 28 ansökningar från 13 olika landsting. Dessutom hade vi via vårt nätverksarbete med Hauke-

lands sjukhus i Bergen, Norge fått förfrågan om de kunde få delta på egen bekostnad med ett team. De ville framför allt lära sig själva modellen.

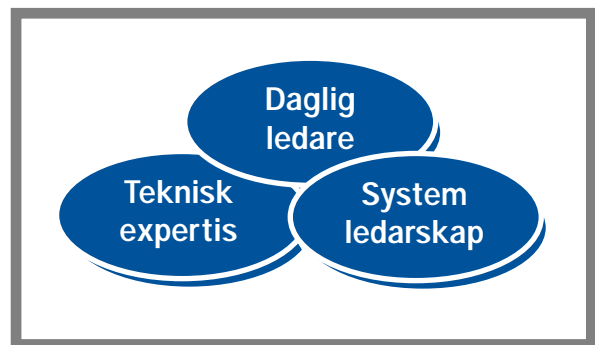
Att bara välja ut tio medverkande team, samtidigt som Landstingsförbundet vill nå ut till alla sina medlemmar kändes inte riktigt. Urvalsprincipen blev därför att inbjuda ett team från vart och ett av de 13 landsting som hade något sökande team. Vi tyckte också att de stora sjukvårdshuvudmännen, med tanke på spridningseffekterna borde beredas plats för fler team. Därtill tog vi med teamet från Haukeland dels för att Haukeland också ställde en handledare till förfogande, dels för att vi såg ett tillfälle att få lära oss lite mer om norsk sjukhusvård. Således bestämde vi oss för att fördubbla ambitionsnivån och istället för tio ta med 20 team i pilotomgången. Att fördelningen mellan huvudmän till sist blev som den blev, beror både på antalet ansökningar totalt och på diverse inbrott och avbrott av olika team under urvalsfasen.

Teamsammansättning

En avgörande framgångsfaktor i förbättringsarbetet är den mänskliga. I USA hade IHI under arbetet med Breakthrough Series Model kunnat konstatera att det i de medverkande teamen måste finnas vissa specifika kompetenser, för att förbättringsarbetet skulle bli effektivt och ibland till och med vara möjligt. IHI och Tom Nolan talar om dagligt ledarskap, systemledarskap och teknisk expertis. Varifrån dessa kompetenser skall hämtas beror helt på vilket mål som skall uppnås. Teamet bör också nästan undantagslöst vara flerprofessionellt och tvärfunktionellt. Teammedlemmarna bör väljas utifrån ett genuint intresse av att vilja vara med

i ett förändrings- och utvecklingsarbete. Det är också viktigt att den som utses till projektledare och kontaktperson utåt är någon som dagligen finns på plats, som kan känna förändringarna in på bara skinnet, som kan mäta och dokumentera vad som händer när förändringarna prövas och som har tid att upprätthålla kontakten utåt och inte minst inåt i organisationen.

Erfarenheten har visat att det är nödvändigt att ha med en läkare i teamet, om målet är att uppnå kvarstående systemförändringar i hela organisationen. Detta både för att läkarinsatser finns med i de allra flesta processerna, dels därför att läkarmedverkan ger legitimitet åt förändringarna när de skall förankras och spridas i hela organisationen.



Figur 2: Specifika kompetensbehov i ett förbättringsteam

Under pilotprojektet var det tre personer som kom till de Lärande seminarierna (förklaras nedan), men oftast var det betydligt fler personer som var inblandade på hemmaplan. Ju större systemförändringar som skall prövas, desto fler måste involveras. Som framgår senare i denna rapport pläderar vi för småskaliga tester – även om förbättringsambitionerna är stora. Det kan vara ett pedagogiskt problem att förklara skillnaderna mellan små test och stora förändringar, respektive stora test – kanske i full skala – och små förändringar för kollegor

och arbetskamrater. Ambitionen är att många skall vara involverade, men i många små olika tester, för att lärandet skall påskyndas och spridas i organisationen.

Systemledarskap

Systemledaren har överblick över helheten och har det formella mandatet att fatta beslut om resursförbrukning och förändringar av olika slag. Personen måste vara överordnad alla de enheter som blir berörda. Är det förändringar som enbart berör en klinik är det sannolikt klinikchefen som skall stå för systemkunskapen om systemet kliniken. Är det förändringar som involverar fler kliniker är det kanske divisionschef eller sjukhusdirektör. Systemledarens engagemang är också en signal till omgivningen om att förbättringsarbete är en viktig och prioriterad arbetsuppgift i organisationen.

Teknisk expertis

En expert i detta sammanhang kan det aktuella ämnesområdet. Är det tillgängligheten i primärvården som är i fokus är det en primärvårdsläkare, är det operationskapaciteten är det sannolikt en kirurg etc.

Det kan också behövas någon som har arbetat med utveckling och som har kunskap om olika mått och mätmetoder samt annan förbättringskunskap. Denna person kan hjälpa teamet att förstå vad som behöver mätas, hur de kan utföra enkla snabba mätningar samt hur de kan samla in, analysera och redovisa sina data.

Daglig ledare/projektledare

Denna person skall arbeta mitt i de processer som skall förbättras. Det är denna person som

är den drivande, som ansvarar för att föreslagna förändringar prövas och för att data samlas in. Det är viktigt att denna person förstår systemet genom att faktiskt arbeta i det och därmed har möjlighet att observera såväl avsedda som eventuellt oförutsedda konsekvenser av de förändringar som kommer att prövas. Denna person är med fördel också kontaktperson utåt för projektet.

Alternativ teamsammansättning

En alternativ start är att utgå ifrån att det finns ett välfungerande team, som tillsammans vill utveckla och förbättra sin verksamhet. Om detta är ingångsläget är det mycket viktigt att teamet när de formulerar sitt mål håller sig inom sitt kompetens- och ansvarsområde. Ett team på en sjukhusklinik kan t ex inte ha som mål att primärvården skall förändra sina rutiner i den ena eller den andra riktningen. Om målen innebär att primärvården påverkas måste primärvården involveras i förändringsarbetet.

För att veta vilka som är inblandade i en viss process är det lärorikt att helt enkelt gå igenom processen steg för steg och att detta görs ur patienternas perspektiv. Syftet med hela förbättringsarbetet är ju att det skall bli bättre för patienterna. Många som gör en sådan analys blir förvånade över hur många olika steg och moment patienten går igenom, även vid ganska triviala kontaktorsaker.

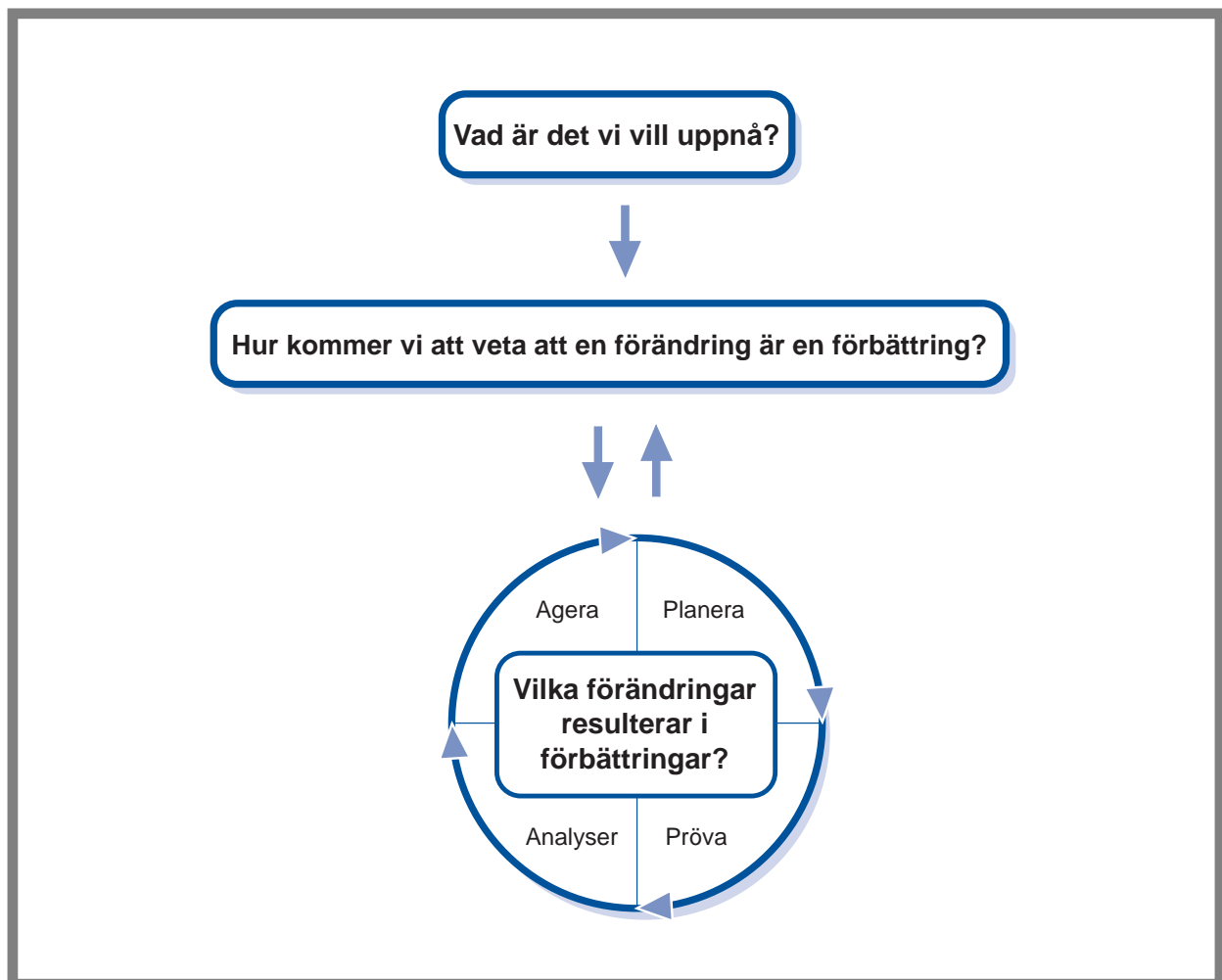
Den först nämnda modellen för teamsammansättning – där man utgår från vad man vill uppnå – är att föredra, men det är bättre att börja någonstans än att inte göra något alls och då kan ett välfungerande team vara en bra början.

3. Förbättringsmodell och arbetsgång

Förbättringsmodellen Genombrott består av ett antal hörnstenar. Det bärande fundamentet är dock att *det finns kunskap som inte tillämpas* i tillräckligt stor omfattning i praxis inom hälso- och sjukvården. I USA talar de om ABNA, vilket skall utläsas Achievable Benefits Not Yet Achieved. Fritt översatt: Mål som är möjliga att uppnå, men ännu inte uppnåtts. Metoden bygger på *aktivitet och lärande* hos deltagarna. Genom att själva systematiskt testa små förändringar och notera vad som händer, lär sig delta-

garna direkt vilka förändringar som leder till förbättringar och vilka som inte gör det. Det är bara de förändringar som leder till förbättringar som skall spridas i full skala i organisationen.

En av hörnstenarna är Tom Nolans modell för förbättringsarbete. Den är generell och användbar i all verksamhet – således inte specifik för hälso- och sjukvård. En annan hörnsten är arbetsgången, som är mycket strukturerad både vad gäller tidsramar och innehåll. En tredje hörnsten är att människor och organisationer



Figur 3: Modell för förbättringsarbete efter Tom Nolan och IHI

med olika erfarenhet kommer samman runt ett gemensamt förbättringsmål och tillsammans lär sig av varandra. En fjärde och absolut nödvändig hörnsten är förändringstrycket och förändringsviljan i organisationen, något som organisationens ledning måste se som sin uppgift.

Att sätta utmanande mål

En verksamhet förbättrar sig inte av en slump, utan med hjälp av en tydlig och klart uttalad vilja att göra det. Förbättringsarbete börjar därför med att målen fastställs. Att sätta utmanande och tydliga mål är ett sätt att skapa förändringstryck och säger genast att det nuvarande arbetssättet inte är ett alternativ. Med utmanande mål menas att de skall vara högt ställda och mana till nytänkande. Det skall stå klart för alla berörda att det inte går att uppnå målen genom att fortsätta göra på samma sätt, men lite mer och lite fortare.

Med tydliga menas att de skall vara numeriska d v s uttryckas i siffror. Väntetiden till ett icke akut nybesök skall vara högst 5 dagar eller Tiden mellan provtagning tills svaret finns hos patienten skall vara högst 2 timmar, tre dagar eller en vecka. Det är alltid teamen som själva sätter sina mål, men kunskap finns om vad som är möjligt.

Det gäller vidare att hålla fast vid målet, när det en gång har fastställts. Risken är nämligen stor att teamen börjar glida på målet, när de stöter på motstånd och andra svårigheter, vilket de sannolikt gör. Det kan i ett sådant läge verka enklast att minska ambitionerna och glida på målformuleringen så att 50 procent reducering av väntetiderna istället blir 40 eller 30 procent.

I vissa lägen kan det vara skäl att ändra mål. Om hindren för att nå det först formulerade målet är oöverstigliga eller inte står i teamets eller deras stödjande chefs makt att ändra, kan det vara klokt att helt enkelt byta mål. Detta skall dock inte förväxlas med att glida på

målformuleringen, vilket är något annat nämligen att ha kvar sitt ursprungliga mål men med sänkt ambitionsnivå.

Att mäta över tid

För att veta om förändringen verkligen leder mot målet dvs innebär en förbättring måste teamen både veta var de är när förbättringsarbetet påbörjas och hur och med vilka mått förändringen skall mätas. Det bör också finnas några balanserade mått och mätpunkter. Med detta menas att följa vad som händer i andra delar av systemet. Det finns en risk att det blir försämringar någonstans som man inte hade förutsett. Förändringsarbetet får inte leda till att problemen bara flyttas runt i organisationen.

Att testa förändringar

Alla förbättringar kräver en förändring. Men alla förändringar leder inte till förbättringar. Stora förbättringar kräver oftast systemförändringar, varför det är sådana som sannolikt är nödvändiga. Men vi skall inte genomföra förändringar i stor skala, om vi inte säkert vet att de kommer att leda till förbättringar. Därför skall förändringarna först testas i liten skala med hjälp av en s k PDSA-cykel (Plan – Do – Study – Act), ibland kallad Deminghjulet och här översatt till Planera – Pröva – Analysera – Agera.

Förbättringsmodellen är således en pröva och lär – metod. Det är både möjligt och önskvärt att testa olika idéer samtidigt. Men varje förändring planeras, prövas, analyseras och utvärderas för sig med hjälp av ett formulär innehållande ett antal frågor i varje steg. Poängen med PDSA – cykeln är att den är ett sätt att systematiskt pröva förändringar och samtidigt lära sig vad som händer. Om formuläret följs och alla frågor besvaras skriftligt, finns det efter varje testvarv en dokumentation – en testcykeljournal, som stöd i lärandet.

Vad är det vi vill uppnå? Varför tror vi att den förändring vi vill pröva kommer att leda till en förbättring? Vem skall göra vad, när och hur? Vad skall mätas? Hur blev det? Gjorde vi som vi hade planerat? Om ej, varför? Vilka slutsatser kan vi dra? Skall vi testa på nytt och verkligen göra som vi hade tänkt? Skall vi testa en annan veckodag eller en annan tid på dygnet? Osv osv. Frågorna är nästan oändliga, men det är i svaren lärandet finns.

Att gå direkt från problemet till lösningen kan gå an, om det finns fakta som visar att förändringen verkligen blir en förbättring. Men då behöver man inte arbeta enligt Genombrottsmodellen överhuvudtaget.

Arbetsgång

En hörnsten i Genombrott är att team från olika kliniker och vårdcentraler kommer samman under en viss tid för att tillsammans och av varandra lära sig att utveckla och förbättra sin verksamhet. I vårt pilotprojekt blev den tiden sju månader, vilket är en förhållandevis kort tid jämfört med flertalet IHI projekt. Vi vet ännu inte vad som är en optimal projekttid. Det handlar både om att hålla ett högt förändringstryck under hela projekttiden och att teamen skall hinna testa

tillräckligt många förändringar, för att lära sig vilka förändringar som leder till förbättringar och därför skall testas i större skala och så småningom spridas i hela organisationen.

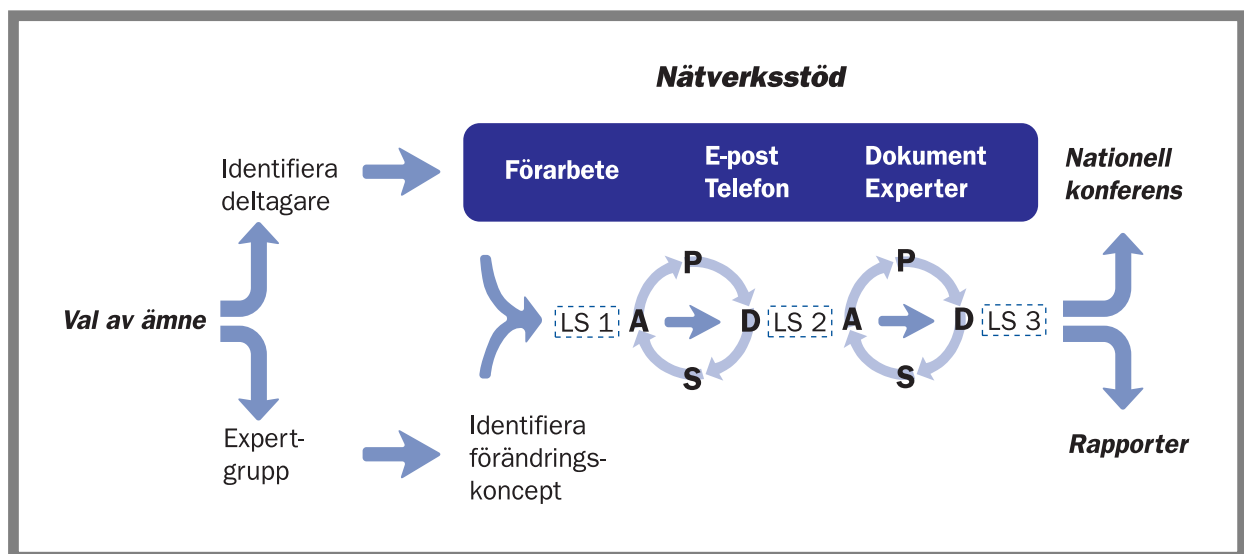
I figur 4 nämns 'Förarbete' och 'Identifiera förändringskoncept' som två aktiviteter före det första Lärande seminariet – LS 1.

Förarbetet består av kartläggningar och mätningar som teamen gör innan de kommer till LS 1. Detta för att de dels skall ha en tydlig bild av tillgängligheten, dels ha ingångsvärden för sina mätningar. Många team behöver också slipa på sina målformuleringar, så att målet blir tydligt och möjligt att följa upp. Att sätta samman teamet ingår också i denna del.

Förändringskoncept behandlas i kapitel 4.

De Lärande Seminarierna (LS) är möten mellan deltagare och planeringsgrupp och de äger rum vid tre olika tillfällen. Mellan dessa möten ligger två arbetsperioder, under vilka deltagarna testar förändringar och sprider de som visat sig leda till förbättringar.

För att uppnå ett gemensamt lärande under hela projekttiden håller deltagarna kontakt med projektledning och varandra genom telefonkonferenser, elektroniska brevlådor och besök samt tar del av varandras testcykeljournaler.



Figur 4: Arbetsgången i Genombrott efter IHI, Boston

4. Förändringskoncept – tre strategier och 27 koncept

Ett förändringskoncept kan sägas ha samma funktion som en katalysator. Det är ett hjälpmedel för att sätta igång processer. När processen väl är igång behövs inte katalysatorn längre. I förbättringsarbetet behövs ibland hjälpmedel för att komma igång med det kreativa nytänkandet. Förbättringspotentialen ligger ofta i att komma på smartare rutiner och arbetsätt. Inte att göra på samma sätt fast mer och fortare.

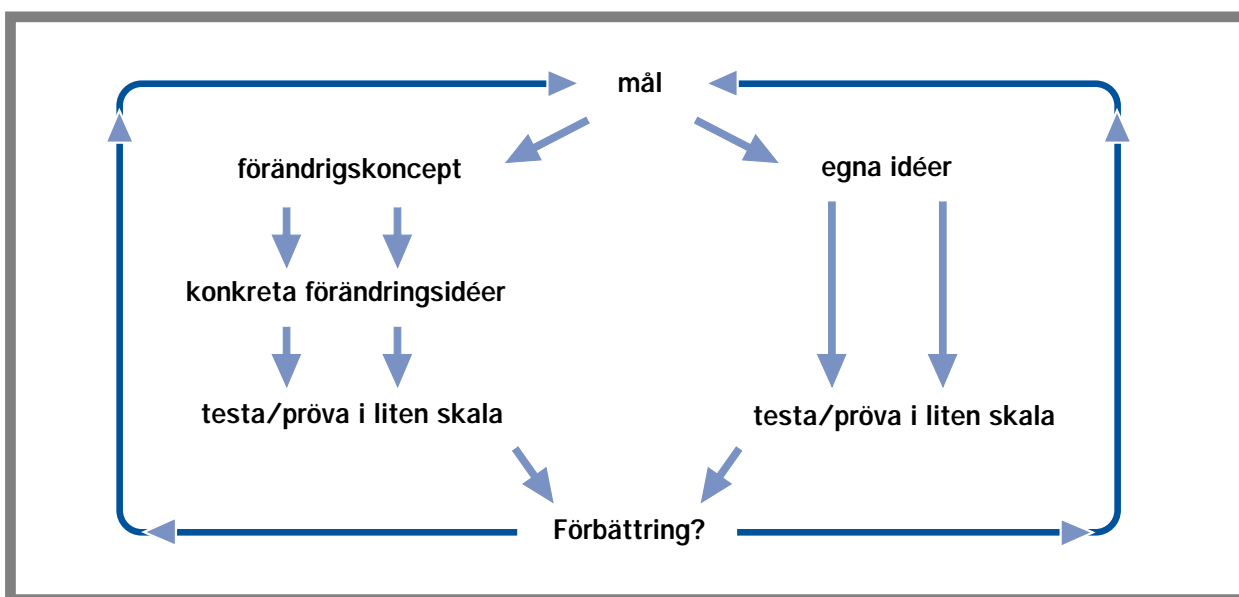
De förändringskoncept som används i Genombrott är ett urval av ett 70-tal generella förändringskoncept som har sammanställts av Tom Nolan och medarbetare i boken *The Improvement Guide*. 27 av dessa har visat sig särskilt användbara inom hälso- och sjukvård och finns beskrivna i boken *Breakthrough Series Reducing Delays and Waiting Times* från IHI. Koncepten har grupperats i tre strategier: att matcha kapacitet och efterfrågan, att påverka efterfrågan och att ändra systemet. Även i Sverige har vi utgått från dessa 27 koncept, men ändrat numreringen.

I flera fall behövde teamen inga koncept för att generera förändringsidéer. Teamdeltagarna hade redan idéer, som av olika skäl hade förblivit just idéer. Att vara med i ett projekt blev tillfället att göra slag i saken. Det är när idéerna saknas eller när befintliga idéer inte resulterar i tillräckligt stora förbättringar som förändringskoncepten kommer in i bilden.

Strategi:

Matcha kapacitet och efterfrågan

Ibland kan det räcka med mindre förändringar i bemanning eller i bokningssystem för att väntetiderna skall minska. När en kvantitativ analys visar att 'systemet' under normala förhållanden har kapacitet att möta efterfrågan, kan speciella förändringskoncept prövas för att relativt snabbt matcha kapaciteten mot efterfrågan.



Figur 5: Idéer testas för att se om de leder till förbättring = målet

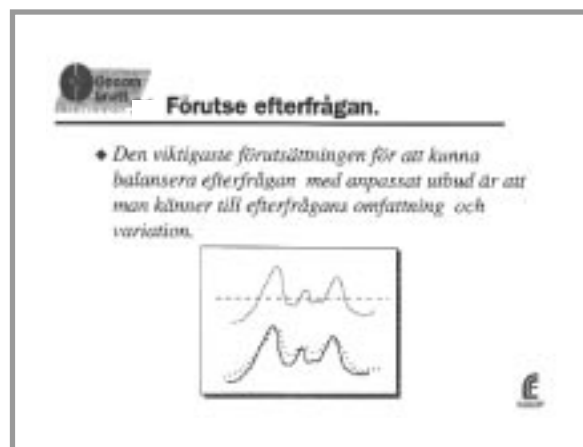
1

Förutse efterfrågan med större säkerhet

Den viktigaste förutsättningen för att kunna matcha efterfrågan och kapacitet är att man känner till efterfrågans omfattning och variation över tid.

En vårdcentral löste sina tillgänglighetsproblem genom att kartlägga den aktuella efterfrågan. Med hänsyn till den kunskap de byggde upp om behovet av akuta, mindre akuta och kontrolltider planeras och prioriteras numera nästkommande veckas mottagning.

Nya arbetsscheman infördes som innebär att fler personer är på plats när efterfrågan är stor. Detta har på några ställen kombinerats med att personalen själv inom vissa ramar kan avgöra sina arbetstider. Detta kallas ibland Tvättstugemetoden.



2

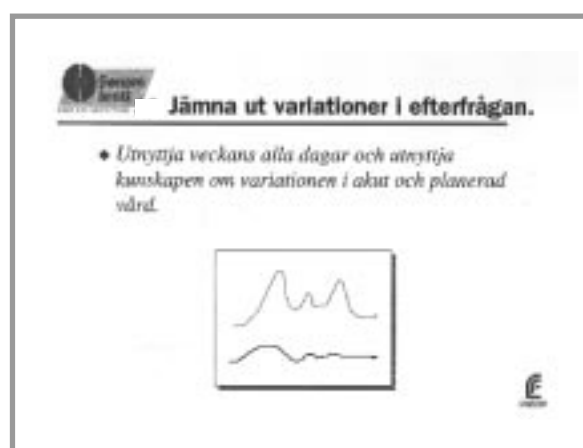
Jämna ut variationer

Påverka variationer i efterfrågan istället för att ständigt anpassa personalstyrkan till den aktuella efterfrågan.

Patienter som kallas till kontrollbesök, bör bokas in löpande och på tidpunkter när efterfrågan i form av akutbesök vanligtvis är mindre.

För att bättre sprida återbesök orsakade av att läkarintyg behöver förnyas, bör "sjukskrivning" inte rutinmässigt avslutas på t ex en söndag.

Strykningar i operationsprogrammet förebyggs, så att inte operationspersonal går sysslolös samtidigt som köerna till operation växer.



3

Anpassa bemanningen efter förutsägbara behov

När variationerna i efterfrågan har reducerats blir nästa steg att anpassa bemanningen till förväntat behov.

Bemanningen på telefonrådgivningen ökas, när andra mottagningar är stängda.

På vissa semesterorter ökas bemanningen under semestersäsong, då man av erfarenhet vet att efterfrågan ökar.

Ledigheter av olika slag undviks under vissa tider på året.

Anpassa bemanningen efter förutsägbara behov.

- Om man har gjort vad som går för att minska variationerna i efterfrågan, återstår det att anpassa bemanningen till de behov som oftast kan förväntas

The slide features a line graph with two data series. The top series shows a fluctuating line with several peaks and troughs. The bottom series shows a similar line but with a more regular, periodic pattern. A small logo is visible in the bottom right corner of the slide.

4

Identifiera och avlägsna flaskhalsar

Varje steg i processen där tillgänglig kapacitet inte motsvarar den aktuella efterfrågan, är en flaskhals. Tecken på flaskhals är att människor väntar eller att arbete hopar sig.

Om antalet undersökningsrum befinns vara flaskhalsen, bör endast sådana moment som kräver undersökningsrummets utrustning göras där.

Tjänstgöringen schemaläggs för personalen, så att rummen används under hela dagen.

Identifiera och avlägsna flaskhalsar.

- Identifiera och avlägsna flaskhalsarna, d v s allt som hindrar flödet i systemet eller processen.

The slide contains a diagram of a process flow. It shows a series of rectangular boxes connected by arrows, representing a sequence of steps. There are several points where the flow appears to be blocked or delayed, indicated by curved arrows pointing back to the previous step. A small logo is visible in the bottom right corner of the slide.

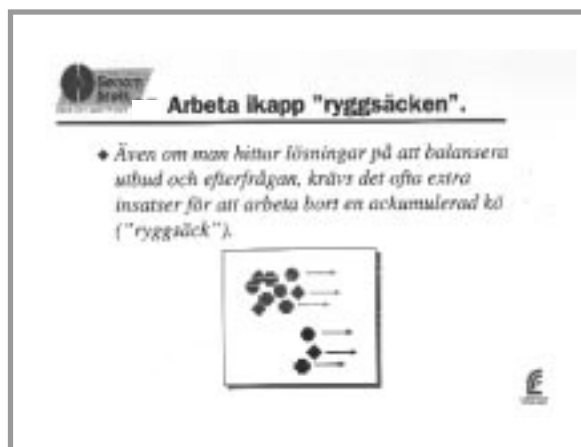
5

Arbeta ikapp "ryggsäcken"

Även om balans uppnås mellan utbud och efterfrågan, kan det krävas extra insatser för att arbeta bort en ackumulerad kö ("ryggsäck").

"Erfarna fredagar" infördes. Fler operationer hanns med då klinikens mest erfarna team opererade dessa dagar.

Extra mottagningar på övertid under en viss bestämd period genomfördes.



6

Använd befintliga resurser flexibelt

Eventuell ledig kapacitet i en del av systemet styrs till den del av systemet, där det tillfälligt uppstått kö.

Ledig specialistkapacitet används vid behov även för okomplicerade fall.

Fatta inte slentrianmässiga beslut av karaktären "endast akut verksamhet under sommaren", utan att veta om bemanningen är rätt dimensionerad.



7

Ha alternativa handlingsmöjligheter i beredskap om planeringen spricker

Trots planering uppstår ibland oförutsedda situationer, som orsakar förseningar och väntetider.

Ett kort morgonmöte före de första patienterna ger möjlighet att detaljplanera dagen och eventuella omdisponeringar.

Ha beredskap för att med kort varsel kalla in en annan patient vid sena återbud eller strykningar.

Strategi:

Påverka efterfrågan

Mycket av det som görs i hälso – och sjukvården görs av tro och vana och skulle utan nackdel, men inte utan svårigheter, kunna förändras. Debatten om patienternas förväntningar och att informationen måste bli bättre, antyder ofta att det finns möjligheter att påverka efterfrågan, vilket skulle kunna leda till bättre resursutnyttjande och bättre resultat. Faktiska



försök att verkligen påverka efterfrågan är sällsynta och de som finns bygger vanligtvis på mekanismer som remisstväng, differentierade avgifter och liknande. Det finns dock många förändringskoncept att pröva för organisationer som vill påverka köer och väntetider genom att påverka efterfrågan.

8

Begränsa material- och instrumentsortiment

Ett begränsat urval av instrument, läkemedel och annat underlättar arbetsflödet.

Stor lagerhållning binder kapital, tar utrymme, kostar tid och ökar risken för misstag. Uppdukning t ex inför en operation tar längre tid om varje kirurg har personliga preferenser vad gäller instrument.



9

Aktiv expektans kan minska efterfrågan

Alltför snabba insatser kan innebära att tillstånd som läker naturligt, behandlas i onödan.

En klinik som skrev brev till några av sina väntande patienter upptäckte att en stor andel av dem inte längre var i behov av eller önskade bli opererade.



10

Samordna mottagningsbesök

Verksamheten kan effektiviseras genom att patienten vid ett och samma besök erbjuds flera tjänster. Flera patienter kan ses samtidigt i s k gruppbesök.

Om patienten skall genomgå flera undersökningar för samma åkomma eller har flera åkommor kan besöken samordnas.

Ryggskolor, astmaskolor, diabetesskolor, hypertoni-mottagningar etc är exempel på vanligt förekommande gruppaktiviteter.

Neurologiska utredningar som förut tog månader och krävde tre till fem besök för patienten görs på en dag på s k "single visit clinics" i England.

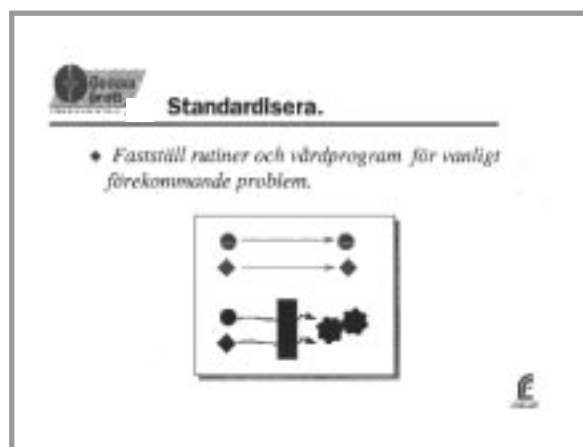


11

Standardisera

Fastställ rutiner och vårdprogram för vanligt förekommande problem. Genom att så långt möjligt tillämpa överenskomna rutiner och vårdprogram för olika patientkategorier spar man tid och resurser. Det kan gälla allt från akuta tillstånd till mer vardagliga hälsoproblem.

Det är viktigt att hålla sig till fastställda vårdprogram. En uppföljning har visat att avvikelser från vårdprogrammet för patienter med astma oftast bestod i underbehandling, vilket i sig ledde till längre total vårdtid på akutmottagningen och fler vårdtillfällen för berörda patienter.

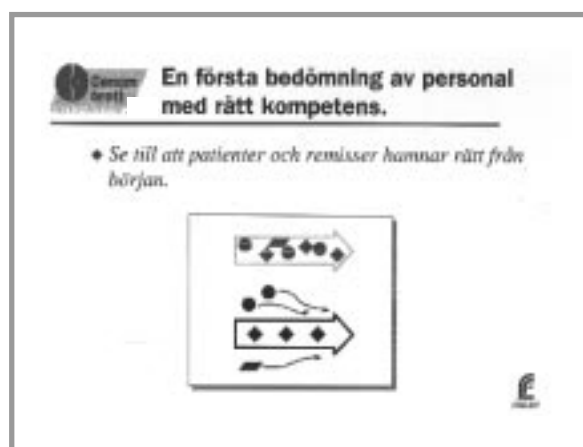


12

Triage – korrekt bedömning och handläggning från början

Den person som gör en första bedömning av patienten eller den inkomna remissen måste ha kompetens och mandat att fatta adekvata beslut.

Patienter med en uppenbar fraktur remitteras direkt till röntgen av mottagande sjuksköterska. I de fall patienten skall opereras förs han direkt från röntgenavdelningen till vårdavdelning alternativt operationsavdelningen.



13

Praktisera kunskapsbaserad medicin

Ifrågasätt ständigt gällande praxis. Baseras det som görs på aktuell kunskap eller bygger det på tradition?

En öronklinik som hade långa väntetider till hörselkontroll för patienter, som behandlades med dialys reducerade väntelistan till noll på en eftermiddag, sedan man upptäckt att kontrollen var obehövlig p g a förbättrad dialys-teknik.



14

Flytta efterfrågan

Styr över efterfrågan på en vårdtjänst till en annan vårdgivare.

Patienten hänvisas till distriktssköterskan istället för till kirurgmottagningen för att ta bort stygn eller göra annan uppföljning efter mindre ingrepp.

Återbesök görs hos arbetsterapeut istället för läkare efter enklare handoperationer.

Återbesök görs hos sjukgymnast efter okomplicerade knä- och höftplastikoperationer.



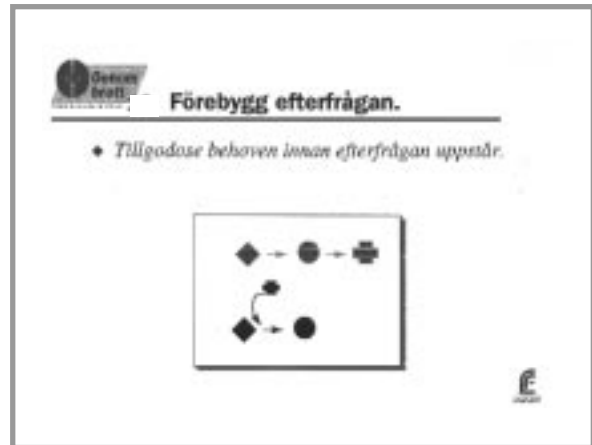
15

Förebygg efterfrågan

Tillgodose behoven innan efterfrågan uppstår.

Patienter som skrivs ut från slutenvård ges i direkt anslutning till utskrivning en tid för återbesök på mottagningen. Detta istället för att patienten själv skall kontakta mottagningen för att beställa tid.

Många telefonsamtal och akuta återbesök kan förebyggas om patienten informeras på ett bra sätt preoperativt.



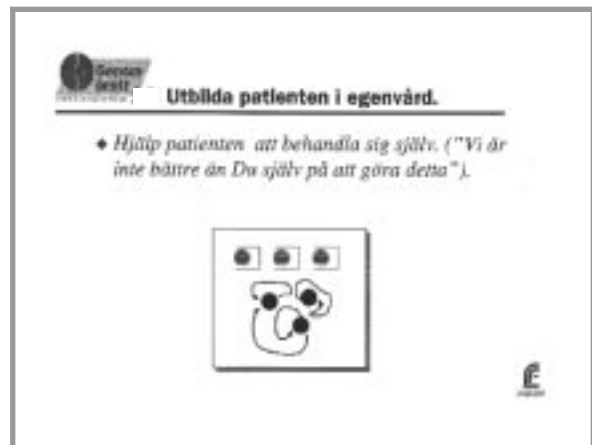
16

Främja egenvård och engagera patienten mer i sin egen vård och behandling

Många patienter kan och vill göra mycket själva bara de får lära sig hur de skall göra.

Patienten med diabetes kan själv dosera sitt insulin baserat på aktuellt blodsockerprov.

För att minska administrationen runt väntelistorna bokas besökstider i samråd med patienten.



Strategi:

Ändra systemet

Nästan allt som görs inom hälso – och sjukvården är steg i eller delar av en eller flera processer. Hur flyter arbetet i dessa processer? Är de olika stegen i processen arrangerade och prioriterade ur patientens perspektiv och för att ge bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kost-

nad? De följande förändringskoncepten kan både underlätta analyser och förbättringar av själva flödet. Det senare inte minst viktigt om man vill reducera processtider och få bort onödiga väntetider.

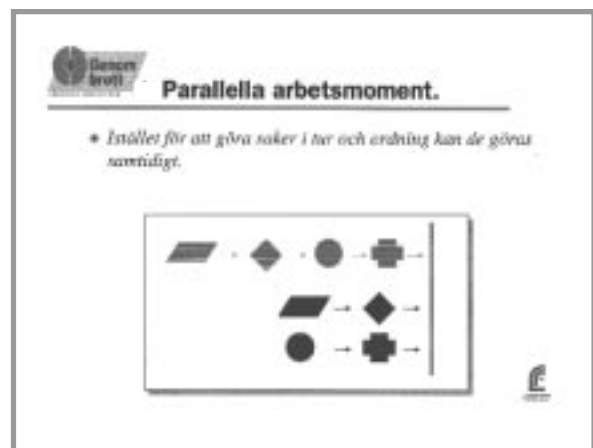
17

Gör flera arbetsmoment parallellt

Istället för att göra olika moment efter varandra kan de göras samtidigt.

Det är ofta möjligt att starta olika arbetsmoment samtidigt. Detta gäller speciellt när flera grupper eller personer i organisationen är inblandade i processen.

Planering av utskrivning efter en operation påbörjas samtidigt som själva operationen planeras. Hjälpmedel som man vet att patienten kommer att behöva efter operationen kan ordnas i förväg, så att allt finns på plats när det är dags för hemgång.

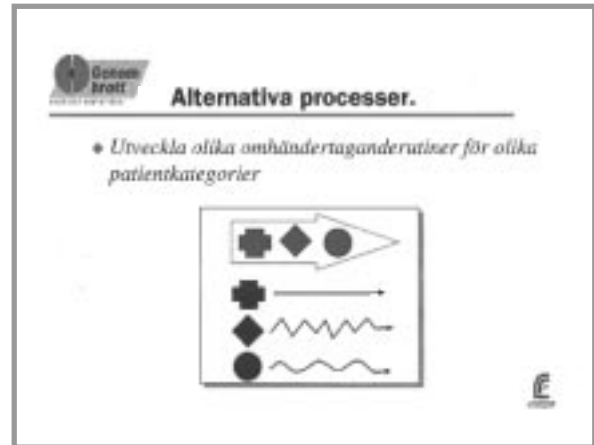


18

Utarbeta och använd vårdprogram för vanligt förekommande problem

Utveckla olika omhändertaganderutiner för olika patientkategorier.

En akutmottagning införde en slags "snabbkassa" för patienter med enklare åkommor. Den som registrerar patienten bedömer om problemet går att lösa snabbt. Patientens journal/handlingar markeras på särskilt sätt så att läkarna lätt kan se att det finns en sådan patient i väntrummet. När det uppstår en lucka i behandlingen av en svårare medtagen patient – t ex avvaktan på ett provsvar – tar läkaren hand om "snabbkassan". Detta kallas ibland Fast track.



19

Minimera antalet moment och inblandade personer i processen

Ju fler moment och inblandade personer det är, desto längre total tid tar det och risken för dubbelarbete och fel ökar.

Remisser på patienter som av en specialistläkare bedömts vara i behov av en viss undersökning eller behandling kallas direkt till den föreslagna åtgärden.

Patienter som vårdats på en klinik kan vända sig direkt till samma klinik om nytt vårdbehov uppstår, istället för att först tvingas passera akutmottagningen.



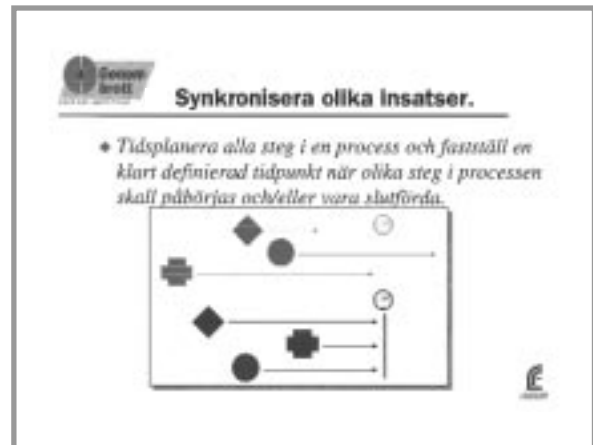
20

Synkronisera olika insatser

Tidsplanera alla steg i processen och fastställ en klart definierad starttid till vilken andra insatser i processen måste synkroniseras.

Starttiden för operation – den tidpunkt när kirurgen startar (incision time) – fastställs och alla nödvändiga förberedelsemoment synkroniseras med denna fastställda tid.

Gör klart för både berörd personal och patient vad som avses med en bokad tid. Skall patienten träffa läkaren då, måste förberedande moment vara avklarade tidigare.



21

"Dra till sig" i stället för att "trycka ifrån sig"

Utveckla rutiner som gör att nästa led i vårdprocessen drar patienten till sig, snarare än att föregående led trycker patienten ifrån sig.

Alla avdelningar rapporterar till akutmottagningen så fort de har ledig plats, istället för att personalen på akutmottagningen ringer runt och jagar vårdplatser.

Ädel – reformen är ett exempel på detta koncept, eftersom betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter skall motivera kommunerna att snabbt "ta hem" sina patienter.



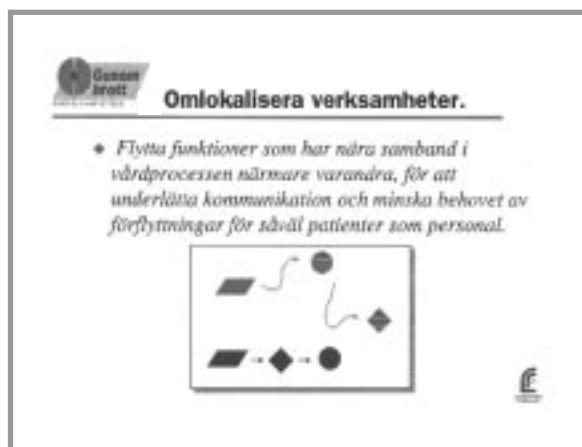
22

Minska avståndet mellan olika steg i processen

Funktioner som har nära samband kan flyttas närmare varandra, för att underlätta kommunikation och minska behovet av förflyttningar för såväl patienter som personal.

Ett akutsjukhus flyttade röntgenlaboratoriet till akutmottagningen för att snabbare kunna undersöka akutpatienter.

En kvinnoklinik har samlokaliserat öppenvård, akutvård och sluten vård, vilket gör att såväl personal som lokal och andra resurser kan utnyttjas mer flexibelt.



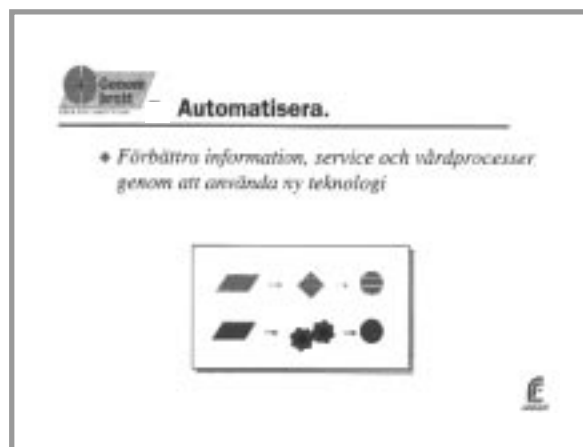
23

Automatisera när så är möjligt

Förbättra information, service och vårdprocesser genom att använda ny teknologi.

Införandet av datajournaler har inneburit att journalen alltid finns på plats när den behövs.

Exempel från annan bransch: Svensk bilprovningens nya system för både tidsbeställning (bokning via talsvar på telefon), inregistrering (kunden knappar in sig själv på stationen) och betalning, är en radikal förändring av det gamla manuellt hanterade systemet.



24

Skapa förståelse för systemet

För att människor i organisationen skall arbeta mot samma mål måste de förstå att de är en del av ett större system.

Tidpunkter för hälsokontroller måste planeras så att kliniker som skall följa upp patienterna har möjlighet att ta emot dem.

Kampanjer från specialistkliniker bör planeras och genomföras i samarbete med andra berörda vårdgivare.

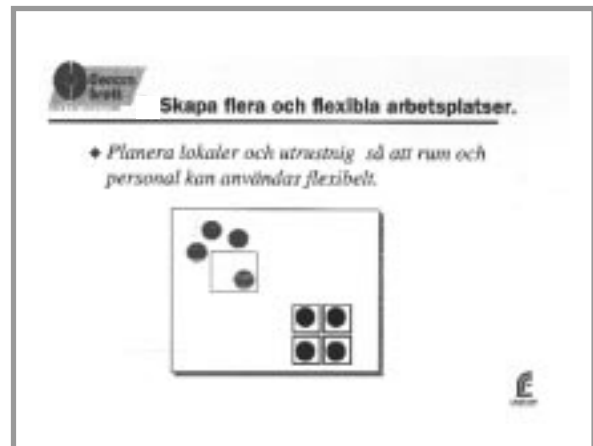


25

Skapa fler arbetsstationer

Planera lokaler och utrustning så att de kan användas flexibelt.

Utrusta alla rum så att de kan användas kontinuerligt, istället för att ha ett antal sporadiskt utnyttjade specialutrustade undersökningsrum.



26

Använd personer med specialkompetens till det de är bra på

Låt personer med specialkunskap arbeta med det de är specialister på.

På en ögonklinik övertog specialutbildade sjuksköterskor uppgifter från ögonläkarna, vilket gjorde att fler patienter kunde tas emot av läkarna. Administrativ personal tog i sin tur över uppgifter som sjuksköterskorna tidigare hade gjort.

Misshushålla inte med specialkompetens.

- Använd personer med specialkompetens effektivt om det är just deras insatser som är flaskhalsen i processen. Med andra ord låt personal med specialkunskap i huvudsak arbeta med det de är specialutbildade till.

27

Flytta moment i processen

Granska alla moment och åtgärder i vårdprocessen. Några steg kanske kan göras på annat sätt, av någon annan eller inte alls.

För att minimera värdtiden i slutenvård kan vissa moment genomföras på mottagning före inläggningsdagen. Patienten kan då komma på operationsdagen istället för att skrivas in dagen före.

Lägg momentet hos någon annan.

- Granska alla moment i vårdprocessen. Det som idag görs som ett delmoment i processen kanske kan göras på annat sätt, av någon annan eller inte alls.

5. Projektet steg för steg.

Lärande seminarium 1

Den 3 september var det så äntligen dags att trycka på startknappen. Exakt på minuten klockan 19.00 kunde de 20 deltagande teamen hälsas välkomna av projektledaren. Att hålla tider är en av de viktigaste koncepten om man skall undvika onödiga väntetider, så det var ett bra tillfälle att pröva det i liten skala – nämligen i själva projektet.

En sammanställning av deltagande team och deras mål återfinns i bilaga 1.

Syftet med LSI var, förutom att ytterligare skärpa målformuleringarna om dessa fortfarande var alltför generella, att lyfta fram tänkbara hinder på vägen mot målet samt att skapa idéer för att ta bort dessa hinder. Som hjälpmedel för att få igång tankeverksamheten och kreativiteten presenterades några av de förändringskoncept som återges i kapitel 4.

En av nycklarna i Nolans modell är att man måste mäta för att veta, om förändringarna leder till förbättringar. Därför ägnades ett pass under LS 1 till mått och mätande över tid. Konsten att mäta så enkelt som möjligt och dessutom exponera mätningarna på ett sådant sätt att man kan väcka intresse i sin omgivning, är lättare sagt än gjort. Teamen diskuterade sig fram till vilka mått och mätmetoder, som passade just deras specifika mål och arbetssituation. Det finns inga standardmodeller för mätandet, utan varje organisation måste hitta ett sätt att följa upp sitt förändringsarbete som känns meningsfullt för dem. (Detta skall dock inte förväxlas med behovet av standardiserade

*”Att våga
sätta höga mål.”*

| Problem | Förändring att pröva. |
|--|---|
| 1. Stor andel återbesök på mottagningen i förhållande till den totala kapaciteten. | 1. Fastställ kriterier för återbesök och arbeta aktivt för att dessa efterlevs. |
| 2. Svårt för patienterna att komma fram på läkarens telefontid. | 2. Läkaren ringer istället upp patienten, efter att denne meddelat någon på mottagningen att ett samtal med läkaren önskas. |
| 3. Sena strykningar i operationsprogrammet p g a att patienterna är dåligt förberedda preoperativt. | 3. Utveckla checklista för allt som måste vara klart. |
| 4. Utskrivning fördröjs p g a att patienterna är dåligt förbereda före operationerna | 4. Hjälpmedel och annat som måste vara klart efter operation ordnas redan före. |
| 5. Förseningar i operationsprogrammet p g a att patienten kommer sent till operationsavdelningen från avdelningen. | 5. Förbättra kommunikationen mellan avdelningarna under hela dagen. |

Tabell 1: Arbetspapper LS 1 -probleminventering. Exempel på problem och förändringsidéer.

mått och mätmetoder för att man på nationell nivå skall kunna följa köer och väntetider hos olika sjukvårdshuvudmän. I rapporten 'Tillgängligheten i fokus' från Landstingsförbundet redovisas förslag på ett uppföljningssystem som utarbetats av en arbetsgrupp under ledning av Marianne Hanning.)

"Det finns så mycket kreativitet och idéer som är väl värda att pröva."

Under seminariedagarna varvades plenarföreläsningar, med diskussioner i mindre grupper och interna teammöten. Teamens planer för arbetsperiod 1 redovisades skriftligt och lämnades in till planeringsgruppen. En ingrediens i Genombrottsmodellen är att skapa och upprätthålla förändringstryck. Att avkräva skriftliga planer och rapporter och att sätta tidsgränser är ett sätt att skapa detta tryck.

Vilka är hindren på vägen mot målet och vilka förändringar skulle kunna prövas för att övervinna hindren?

Som ett första led i förbättringsarbetet listade teamen alla tänkbara orsaker som de trodde kunde hindra dem från att nå det uppsatta målet. Därefter var det dags att hitta möjligheter istället. Vilka förändringar skulle kunna prövas för att undanröja hindren? Vad var det för sorts hinder? Bland vilken grupp förändringskoncept kunde de goda idéerna finnas? Se exempel i tabell 1.

Planering av arbetsperiod 1.

Nästa steg i arbetet var att gå från idéstadiet till den konkreta planeringen. Vilka förändringar skulle prövas? Vem skulle göra vad? Även för detta fanns ett specifikt formulär som skulle redovisas för planeringsgruppen under seminariet.

Det är en sak att planera *vad* som skall göras. Det är en annan att planera *hur* det skall göras? För "hurplaneringen" användes ytterligare ett formulär nämligen testcykeljournalen, se bilaga 5.

| Testcykel | Förändring | Ansvarig | Sept | Okt | Nov |
|-----------|------------|----------|------------|------------|------|
| | | | 8 15 22 29 | 6 13 20 27 | 3 10 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Tabell 2: Mall för planering av tester.

LS 1 avslutades med att teamen berättade för varandra, vilka förändringar de skulle pröva under följande arbetsperiod. Också detta ett sätt skapa förändringstryck men också ett tillfälle att lära av varandra.

Arbetsperiod 1

Redan två veckor efter LS I hade vi den första gemensamma telefonkonferensen. Syftet var att följa upp att teamen höll fast vid sina mål, då det kan ligga nära till hands att börja glida på målen om och när omgivningen visar sig förändrings-obenägen. Ett annat syfte var att vi ville förvissa oss om att teamen verkligen hade satt handling bakom orden – dvs kommit igång med att pröva förändringar.

Planera – pröva – analysera – agera.

Många team ägnade den första tiden under arbetsperiod 1 till att informera arbetskamrater om att de var med i Genombrott och vad det gick ut. Aktivitetsnivån föreföll hög, men mycket av aktiviteterna bestod i diverse mätningar, då faktiska mått på vänte- och processtider i olika delar av systemet saknades i stor utsträckning.

Ingångsvärden är viktiga och måste tas fram, men i planeringsgruppen blev vi lite oroliga för att teamen skulle lägga mer krut på mätandet än på testandet. Telefonkonferenserna blev därför bra tillfällen att påminna om modellens grundläggande budskap – att testa i liten skala. Mätningar i sig leder sällan till förändringar. Visst kan bara det faktum att man fokuserar en viss sak innebära att det börjar hända saker, men sannolikheten för att förbättringen skall stå sig när strålkastaren släcks, är liten.

Under arbetsperioden skickade teamen in journaler över genomförda testcykler. Detta både för att hålla förändringstrycket uppe och för att hålla oss alla informerade om vilka förändringar som prövades och vad de ledde till.

En annan aktivitet som ägde rum parallellt under perioden var att de chefer som ursprungligen skrivit under teamens ansökan om att få vara med i projektet bjöds in till ett informationsmöte på Landstingsförbundet. Den aktiviteten ingick inte i den ursprungliga modellen utan var en förändring som vi ville pröva. Detta bl a därför att IHI påpekat vikten av att den högsta ledningen verkligen engageras och engagerar sig för att de förbättringsnivåer vi här talar om skall uppnås. Redan den 7 juli skickade vi därför inbjudan till mötet som ägde rum den 24 september. Av inbjudan framgick att vi ville berätta om arbetet i projektet samt diskutera hur ledare och chefer kunde stödja och hjälpa teamen i förbättringsarbetet.

Det var inte många av de inbjudna cheferna som kom själva, men de flesta hade skickat någon annan. Intresset hos de inbjudna för själva

”Det är inte farligt att testa en liten förändring.”

projektet varierade mycket. Några var mest intresserade av hur projekten skulle finansieras, medan andra föreföll mer intresserade av vad som faktiskt gjordes och ville ha fortlöpande information om hur projektet fortskred.

”Jag har lärt mig att systemet går att påverka. Det är våra idéer som har gett dessa resultat.”

”Det är suveränt att kunna testa sina ibland kanske tokiga idéer i liten skala och direkt se resultat.”

”Min kompetens och mina synpunkter har lyssnats på och tagits till vara”.

Lärande Seminarium 2

Drygt två månader efter LS 1 var det dags att träffas igen. Från vår deltagande observation i USA-projektet hade vi lärt oss att detta var ett känsligt skede i projektet. IHI:s erfarenhet var att teamen kom till LS 2 och berättade att de hade stött på motstånd eller i alla fall inte hade fått det stöd och den uppmuntran från resten av organisationen som de hade väntat. Det gällde därför att ha beredskap för att plocka upp eventuellt tappade sugar och ingjuta nytt mod bland våra förändringsinnovatörer.

Syftet med LS 2 var dels att redovisa och diskutera lärandet av de tester som genomförts under arbetsperiod 1, dels att planera för fler tester. Att hantera motstånd mot förändringar var förstås ett givet ämne, men huvudvikten låg vid planering av både fler små nya tester och tester i större skala av sådana förändringar som visat sig leda till förbättringar.

När vi talar om lärande i testsammanhang, talar vi aldrig om lyckade eller misslyckade tester. Misslyckad är testen bara om den inte leder till något lärande. En förändring som inte leder till förbättring, men som innebär att de berörda lär sig nya saker om systemet de arbetar i och kanske människorna omkring sig, är inte misslyckad. Testen skall dock inte prövas i större skala och förändringen skall definitivt inte införas.

Det största hindret som teamen tycktes möta i sitt förbättringsarbete var bristen på tid. Från projektledningens sida kunde vi bara hänvisa till ansökningsformuläret, där vi bl a aviserat att projektmedverkan skulle komma att kräva att tid avsattes. Med andra ord kunde vi bara stödja teamen i deras mycket berättigade krav på att använda arbetstid till projektarbete och att detta skulle anses legitimt.

Arbetsperiod 2

Arbetsperiod 2 var lite längre än period 1 och på grund av jul och nyårshelger minskade aktivitet temporärt. Vi försökte dock hålla styrfart med hjälp av vår elektroniska brevlåda, jultrev och telefonkonferenser samt genom att infordra testcykeljournaler.

Att sprida förbättringar i hela organisationen

Med spridning avses i detta sammanhang att förändringen skall prövas av fler i organisationen dvs i större skala. Detta kräver att också metodkunskapen sprids och inom flera organisationer ordnades ut-

bildningstillfällen om Genombrott för hela eller stora delar av personalen. Handledarna anlätades på flera håll som externa föreläsare och resurspersoner.

Under denna arbetsperiod skulle också alla team framställa en miniposter om sitt delprojekt. Det innebar att på en A 4 sida presentera sitt team, sitt mål och sina resultat samt att redovisa vilka förändringar som prövats och vad teamet lärt. Se exempel i kapitel 7.

Lärande Seminarium 3

Sju månader efter start d v s i slutet av mars var det dags att återsamlas för sista gången. Syftet med det tredje och sista seminariet var förutom att redovisa och diskutera förbättringsresultat och erfarenheter, att också gå igenom metoder för att hålla kvar den nya nivån, dvs att undvika att falla tillbaka i gamla rutiner. Det finns många sätt för detta beroende på förändringens art. Handlar förändringen t ex om att minska variationen i användandet av viss utrustning är en effektiv metod att helt enkelt plocka bort all utrustning som inte skall användas. Finns det sju olika fabrikat av blodtrycksmanschetter är risken stor att alla används. Handlar förändringen mer om rutiner är det viktigt att dessa skrivs ned och ständigt kommuniceras till all personal – inte minst till vikarier och nyanställda. Olika former av checklistor kan användas när man väl utarbetat en metod för att ändra en rutin.

Det finns även statistiska hjälpmedel s k styrdiagram, som kan användas. Dessa förutsätter att mätningarna fortsätter och att resultaten redovisas på ett diagram över tid som också har övre och undre kontrollgränser införda. När ett värde passerar en sådan gräns blir det en signal att systemet är i obalans.

Under det sista seminariet ägnades självklart viss tid åt att reflektera över arbetet i själva projektet och vad deltagandet inneburit både på organisations – och individnivå.

Örebroteamet hade varit på studieresa i USA och visade bilder och berättade både om sådant som imponerat och sådant de ifrågasatte. Norgeteamet visade en video om hur det går till en helt vanlig dag på Haukelands sjukhus när en patient skall läggas in för ett planerat ingrepp. Vi fick följa patientens väg från lucka till lucka, från väntrum till väntrum och insåg hur lång tid den processen tar samtidigt som det händer väldigt lite som är värdeskapande för patienten. Med hjälp av Norgevideon kunde vi koppla tillbaka till startpunkten och påminna oss om, varför vi måste stödja, stimulera och påskynda utvecklingen i hälso- och sjukvården. Vi måste helt enkelt bli bättre på anpassa vården till dem vi är till för – patienterna!

”Att det som verkade så litet i början kan få så stor effekt.”

”Jag har lärt mig att det går att påverka om man vet vart man skall vända sig.”

”Jag arbetar nu i bättre fungerande organisation,”

”Lär att det inte alltid behövs pengar – resurser för att förändra.”

Slutseminarium

I direkt anslutning till LS 3 hölls ett slutseminarium för särskilt inbjudna personer från de deltagande teamens organisationer. Syftet med seminariet var att "överlämna stafettpinnen" – d v s ansvaret för att förvalta och sprida det metodkunnande som de deltagande teamen byggt upp under projekttiden – till berörda huvudmän. Vid seminariet redovisade några av de deltagande teamen sina erfarenheter och resultat och under någon timme fanns tid avsatt för att landstingsvis diskutera och planera hur spridningen av metodkunnandet skulle göras. För deltagare som kom från landsting som inte hade haft något team med i projektet och alltså inte hade någon diskussionsarena fanns en parallell programpunkt innehållande en fördjupad information om själva förbättringsmodellen.

Som avslutning på seminariet skulle kontakten med IHI återknytas med hjälp av en videokonferens, men på grund av projektledarens miss i tidomräkningen från svensk sommartid till amerikansk normal östtid gick den om intet. Det var lärorikt att upptäcka olika människors toleransnivå när detta misstag var ett faktum. Det räcker inte med att säga att vi skall ha ett tillåtande klimat om människor skall ingjutas mod att pröva något nytt. Det är först när misstagen är ett faktum som man vet om "tillåtandet" är tomma ord eller om det betyder något.

Näväl, ett av förändringskoncepten i Genombrott är att alltid ha alternativa planer om något oförutsett inträffar, så istället för information från IHI blev det video om ledarskapet och dess betydelse i utvecklingsarbetet. Videokonferensen genomfördes senare när seminariedeltagarna åkt hem. Den blev ett bra tillfälle för reflexion och diskussion – en slags debriefing – mellan projektledning och IHI-folket, vilket ur projektledningens perspektiv var mycket givande.

"Det roligaste jag gjort."

6. Kraftfulla förändringskoncept och prövade förändringar

Under LS 3 gjordes en sammanställning över de förändringar teamen prövat. Vi kunde hänföra idéerna till de olika förändringskoncepten och det visade sig att några förändringskoncept återkom ofta. I detta avsnitt redovisas dessa, sorterade under de tre strategierna balansera kapacitet och efterfrågan, påverka efterfrågan och ändra systemet. I avsnittet redovisas också en mer heltäckande sammanställning över de idéer som prövats för att lösa olika problem.

Balansera kapacitet och efterfrågan

Anpassa bemanningen efter förutsägbara behov

Jämna ut variationer i efterfrågan

Identifiera och avlägsna flaskhalsar

Arbeta ikapp ”ryggsäcken”

Påverka efterfrågan

Förebygg efterfrågan

Ifrågasätt ändamålsenligheten

Standardisera

Ändra systemet

Lägg momentet hos någon annan

Synkronisera olika insatser

Skapa förståelse för systemet

Omlokalisera verksamheten

Prövade förändringar

I följande tabeller redovisas 15 ofta förekommande problem och 3-10 förändringar som prövats för respektive problem. Avsikten med detta är att ge en bild av att det inte bara finns EN lösning på ett problem. En lösning som fungerar på ett ställe behöver inte göra det på ett annat. Det är därför viktigt att teamen prövar olika förändringar, för att lära sig vad som fungerar bäst hos dem. Andras förbättringar kan ge idéer och skall endast ses som exempel – inte patentröslösningar.

| | Problem 1 Antalet bokningsbara tider motsvarar ej efterfrågan. | Problem 2 Många sena återbud och/eller uteblivna patienter på mottagningen | Problem 3 Kallelse till möten med mycket kort varsel. | Problem 4 Det finns flaskhalsar i systemet. | Problem 5 Ojämn belastning på läkarnas telefontid |
|--------------|---|---|---|--|---|
| Förändring 1 | Skaffa kunskap om antalet nybesök per dag/vecka genom att studera historiska data. | Reservera tillräckligt många tider för matcha "dagens" efterfrågan. | Ifrågasätt om mötet behövs. Går frågan att klara av på annat sätt? | Gör ett flödesdiagram och identifiera flaskhalsarna. | Patienter som vill bli uppringda bokas in. Om tid blir kvar bokas akutpatienter in. |
| Förändring 2 | Kartlägg den faktiska kapaciteten. | Boka inte in patienter alltför långt i förväg. Ta reda på när kontroll-patienter vill komma och kalla skriftligt. | Vik en bestämd tid i veckan eller månaden för möten. | Kompetensutveckla personalen, så att fler kan rycka in där det behövs vid toppar. | Ge besked om labprover skriftligt eller via talsvar. |
| Förändring 3 | Ifrågasätt andelen återbesök. | Påminn patienter som brukar glömma tiden/utebli genom att ringa upp dagen före eller skicka ett kort. | Informera de som kallar till möten hur långt i förväg de måste kalla. | Fastställ rutiner så att patienten kan lämna eventuella prover före läkarbesöket. | Förebygg frågor genom att lämna god information från början. |
| Förändring 4 | Gå igenom nästa dags/veckas patientlista och kontrollera om alla besök är nödvändiga. | | | Gör klart allt skrivarbete den dag det genereras. | |
| Förändring 5 | Ersätt återbesök hos läkare med besök hos annan yrkeskategori | | | Ta bara nödvändiga prover vid akutbesök. | |
| Förändring 6 | Ersätt återbesök med telefonsamtal. | | | Använd speciallistresurser endast när det krävs t ex kan viss handkirurgi utföras av allmänkirurg. | |
| Förändring 7 | Ändra förläggningen av läkarnas administrativa tid. | | | | |

| | Problem 1 Antalet bokningsbara tider motsvarar ej efterfrågan. | Problem 2 Många sena återbud och/eller uteblivna patienter på mottagningen | Problem 3 Diverse möten med ställs in med mycket kort varsel. | Problem 4 Det finns flaskhalsar i systemet. | Problem 5 Ojämn belastning på läkarnas telefonid |
|----------------------|---|--|---|---|--|
| Förändring 8 | Ordna gruppbesök för vissa patientkategorier. | | | | |
| Förändring 9 | Upprätta "Stand-by lista" dvs patienter som vill kallas med kort varsel vid ev återbud. | | | | |
| Förändring 10 | Anpassa bemanningen till förutsägbara variationer i veckan och på året. | | | | |

| | Problem 6 Lång väntan i väntrummet. | Problem 7 Långprocessid mellan provtagning eller remiss och beslut om åtgärd. | Problem 8 Lång processid mellan beslut om åtgärd och åtgärd. | Problem 9 Vårdplatserna är flaskhalsen för opererande specialiteter. | Problem 10 Stor bulk av väntande patienter. "Ryggsäck" |
|--------------|--|---|---|---|---|
| Förändring 1 | Boka in svarbedömda (vad gäller tidsåtgång) patienter mot slutet av dagen. | Koordinera tidpunkter för nöjeskontroller eller informationskampanjer, så att behandlande klinik kan balansera efterfrågan. | Sätt inte upp patienter på väntelista "för säkerhets skull". Erbjud istället snabb handläggning om behovet kvarstår efter viss tid. | Förlägg inskrivnings-proceduren till mottagningen istället för på vårdavdelningen. | Kontrollera om alla är aktuella för den åtgärd de väntar på. "Städa" väntelistan regelbundet. |
| Förändring 2 | Se till att planerad tidsåtgång motsvarar faktisk. | Skicka "patologiska" svar direkt till åtgärdande klinik. | Kontrollera regelbundet med väntande patienter om behandlingsbehovet/önskemålet kvarstår. | Utnyttja patienthotell. | Överför patienter till annan vårdgivare. |
| Förändring 3 | Ha beredskap för akuta, men icke helt oförutsägbara "toppar". | Fastställ vilka uppgifter inremitterande läkare skall lämna på remissen, för att underlätta för mottagande bedömare. | Inför "personliga" väntelistor. Den som beslutar om åtgärd, svarar för att patienten kallas. | Korta vårdtiden, genom att planera utskrivningen redan vid inskrivningen. | Arbeta undan "obalansen" med hjälp av tillfälliga extra resurser. |
| Förändring 4 | Boka inte in flera patienter på samma tid. | Boka in remitterade patienter direkt för åtgärd. Om nödvändiga uppgifter finns på remissen behövs inget särskilt mottagningsbesök | Samverka med andra vårdgivare. För över utredda patienter till "lägre vårdnivå" för behandling när så är möjligt. | Informera patienter och anhöriga på ett tidigt stadium om sannolik urskrivningsdag. | Utnyttja ledig kapacitet där sådan finns (även om den primärt är avsedd för svårare fall). |
| Förändring 5 | Lägg in regelbundna "tomma" 5-minutersintervall. | Låt annan specialist komma och bedöma patienterna på plats, istället för att skicka remiss. | Fastställ kriterier för olika åtgärder och följ upp att dessa följs. | Förbered utskrivning innan patienten skrivs in gån att t ex ordna med nödvändiga hjälpmedel i hemmet. | |
| Förändring 6 | Gör klart så mycket som möjligt i förväg inför ett polikliniskt ingrepp. | | Låt färre personer granska inkommande remisser, för att uppnå mer enhetliga bedömningar. | Planera in operationen på veckodag beroende på behovet av eftervård. | |

| | Problem 6 Lång väntan i väntrummet. | Problem 7 Lång processid mellan provtagning eller remiss och beslut om åtgärd. | Problem 8 Lång processid mellan beslut om åtgärd och åtgärd. | Problem 9 Vårdplatserna är flaskhalsen för opererande specialiteter. | Problem 10 Stor bulk av gamla patienter. "Rygsäck" |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| Förändring 7 | Utnyttja väntetiden till något aktivt för patienten. | | Inför mer precisa prioriteringar. Antal månader istället för O,F,FF | Gör mer "polikliniskt". | |
| Förändring 8 | | | Separera väntelistor för nybesök och återbesök. | Låt patienten komma direkt till opavdelningen på operationsdagen. | |
| Förändring 9 | | | Subspecialisera generalister (sjukgymnaster inom primärvård) | Kartlägg om delar av eller hela behandlingen kan ombesörjas på annat ställe. | |
| Förändring 10 | | | | Balansera behovet av uppvakningsplatser. | |

| | Problem 11 Lång väntan på akutmottagning. | Problem 12 Fördröjning innan akut behandling inleds. | Problem 13 Patienterna är dåligt mentalt förberedda inför planerad operation. | Problem 14 Operationen startar inte i tid. | Problem 15 Operationen stryks med kort varsel. |
|---------------------|---|--|---|---|--|
| Förändring 1 | Upprätta protokoll för vanligt förekommande problem. T ex patient med uppenbar fraktur förs direkt till röntgen. | Patient som måste läggas in förs direkt till vårdavdelning eller behandlingsrum - ej tillbaka till akuten efter tex röntgenundersökning. | Låt patienten i förväg träffa olika personal-kategorier, som kan informera om vad som kommer att hända. (och se till att de säger samma saker). | Synkronisera tiden, så att alla vet vad som avses med den fastställda tiden. | Kontrollera dagen före att alla provsvar och förundersökningar är klara. Använd checklista löpande! |
| Förändring 2 | Gör läkarna uppmärksamma på vilka patienter som kan klaras av snabbt och som de kan ta hand om medan de t ex väntar på svar angående mer sjuka patienter. | Håll berörda vårdavdelningar informerade om vilka patienter som kommit in och blir aktuella för inläggning. | Lämna skriftlig information samtidigt som den muntliga. | Håll vårdavd. informerad om hur operations-programmet fortlöper, så att de kan hämta och lämna nästa patient i tid. | |
| Förändring 3 | Blanda in så få som möjligt i beslutsprocessen. | | | Upprätta protokoll så att alla vet vad som skall göras av vem. | |
| Förändring 4 | Ha personal med rätt kompetens tillgänglig under dygnets alla timmar. | | | Berörd personal skall infinna sig utan särskild sökning eller kallelse. | |

7. Erfarenheter och resultat från tio medverkande team.

Landstingsförbundets pilotprojekt pågick i drygt 7 månader. Under den tiden lärde sig de deltagande teamen en metod för att kontinuerligt och på ett systematiskt sätt förbättra sin verksamhet. Teamen satte upp höga förbättringsmål – vilket är en del av själva Genombrottsmodellen – och stora förbättringar uppnåddes.

För att ge en konkretare bild av teamens arbete presenteras i detta kapitel mer ingående erfarenheter och resultat från tio medverkande team. Exempel från övriga tio presenteras löpande på andra ställen i rapporten.

Av redovisningen framgår organisationens namn och kontaktperson, vilket mål de hade med sin medverkan i projektet, vilka förändringar de prövade samt vilka resultat som uppnåddes under projekttiden. Resultaten skall inte ses som slutresultat, utan som en lägesrapport i mars 1998. Projektledningens förhoppning är att förbättringsarbetet fortsätter, att nya mål sätts upp och att fler förändringar prövas. Huruvida denna förhoppning kommer att infrias eller ej skall följas upp. För mer information om de olika delprojekten kontakta gärna den uppgivna kontaktpersonen. Se bilaga 1.

Kvinnoklinikens mottagning
Universitetsjukhuset
581 85 Linköping

Kontaktperson
Svante Kjellberg, överläkare
Tel: 013 – 22 46 97
E-mail svakj@kkl.us.lio.se

MÅL

Att minska väntetiden för återbesök till högst 3 månader för medicinskt prioriterade patienter samt att alla patienter som får besked om att återbesök är önskvärt följs upp och också erbjuds en tid.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Journaler gicks igenom för att följa upp om återbesöken för t ex cytologkontroll var motiverade med hänsyn till de av kliniken fastställda indikationerna och/eller om anledningen till återbesöket framgick av journalanteckningarna. Vidare noterades om det fanns motivering till varför återbesök inte kunde ersättas med brev eller telefonkontakt.

Vårdprogram för vissa patientkategorier utarbetades i samarbete med primärvården och särskilt ansvarig för urogynmottagning inom denna utsågs.

Väntande patienter kontaktades i syfte att efterhöra om behov och önskemål om besök kvarstod.

Väntande ännu icke inbokade återbesökspatienter följdes upp per läkare.

RESULTAT

För 37 procent av återbesöken fanns ingen motivering.

Av 30 kontaktade patienter som väntade på behandling var endast elva fortfarande – enligt egen bedömning – i behov av behandling.

Andelen besök som följdes av återbesök minskade från 41 procent till 29 när kriterierna följdes striktare.

Med ett personligt ansvar hos läkaren för ”sina” väntande patienter blir kö- och väntetidsproblemet mer konkret och lätthanterligt, vilket fick till följd att extramottagningar lades in.

Väntetiden till urogynmottagningen minskade från mars 1997 till februari 1998 från 511 till 139 dagar.

**Ryggkliniken och Vård- och
rehabitenheten vid neurocentrum
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping**

**Kontaktperson
Mary Örtengren, vårdchef
Tel: 013 – 22 43 10
E-mail mary.ortengren@rygg.us.lio.se**

MÅL

Att halvera väntetiden till fyra olika operationer (halsryggar, diskbräck, deformiteter och ländryggar) från 8,3 till 4 månader.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Väntelistan uppdaterades. (Skall nu göras regelbundet 2 ggr/år).

Patienthotellet utnyttjades mer.

(Delmål: att minska antalet dygn på vårdavdelning för patienten).

Inskrivning gjordes på mottagningen en vecka före operationen. Patienten kom sedan till avdelningen på operationsdagens morgon.

(Delmål: att minska vårdtiden för patienten).

Operationsdag ändrades från torsdag till måndag för att utnyttja operationsresurserna optimalt. Bemanningen på operation och anestesi var bättre och tillgängligheten på IVA större i början av veckan.

RESULTAT

Medelväntetiden för de aktuella operationerna minskade från 8,3 till 4,16 månader (maj 1998).

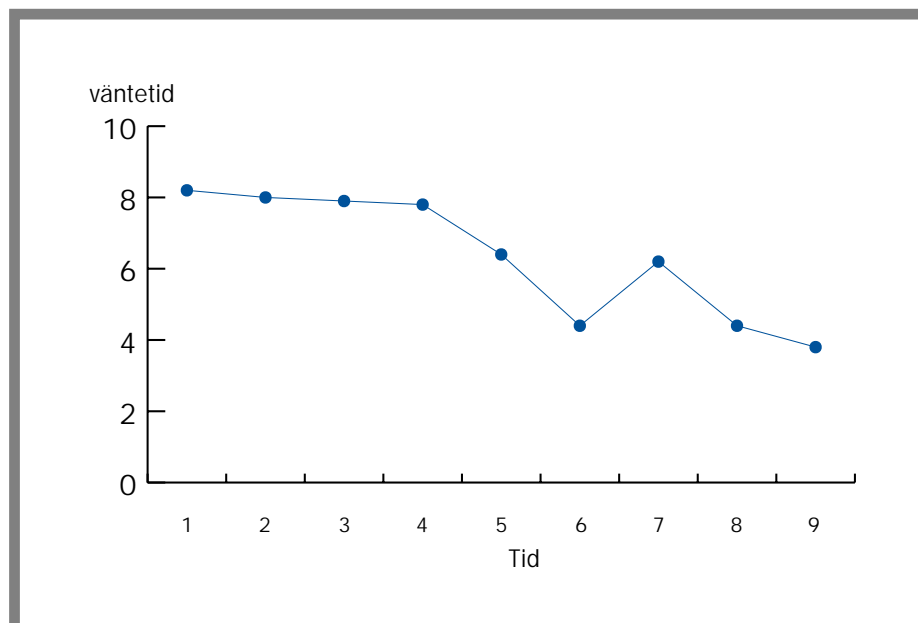


Diagram: Väntetid i månader från start till maj 1998

**Ögonmottagningen
Eksjöklinikerna
575 81 Eksjö**

**Kontaktperson
Harald Selvander, cheföverläkare
Tel: 0381 – 358 52
harald.selvander@hoegland.lt.jkpg.se**

MÅL

Att reducera väntetiden för oprioriterade patienter med grå starr

från 2 år och 8 månader till 1 år och 8 månader (reducering med 37,5%)

Att reducera väntetiden till nybesök för inremitterade patienter från 6 veckor till 4 veckor (-33%)

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Ögonsjuksköterskan gjorde snabb-förundersökningar på läkarnas operationsdag.

Antalet operationer per dag ökades genom effektivare utnyttjandet av resurserna.

Specialkompetent personal utnyttjades effektivare t ex prövades skraddarsydd återbesökstider för olika patientgrupper, arbetsuppgifter renodlades så att sekreterare skötte receptionen, undersköterskorna diskade och kallade patienter till ögonsjuksköterskorna.

Samarbetet med en privat ögonläkare utökades.

Patienter med diabetes som remitterats för ögonbottenfotografering gavs tid direkt hos ögonsjuksköterska. Remisser från BVC gick direkt till ortoptist.

Under sex veckor genomfördes 42 extra operationer för att arbeta bort "ryggsäcken".

RESULTAT

Ögonsjuksköterskan hann förundersöka 6 patienter per dag på läkarnas operationsdag. Antalet förundersökningarna ökade med 150%

Cirka 200 läkartider per år frigjordes och kunde användas för nybesök.

Antalet genomförda operationer per dag ökade.

Väntetiden för oprioriterade patienter reducerades med 50 procent.

Ögonsjuksköterskornas administrationstid minskade med 5 procent.

149 remisser överfördes 1997 till en privat vårdgivare.

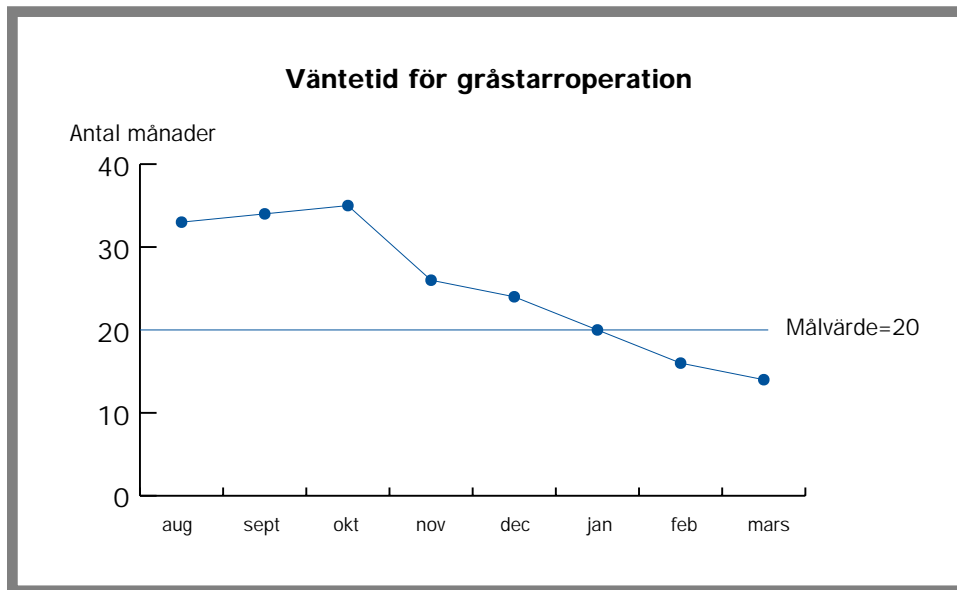


Diagram 2: Väntetid för oprioriterade patienter som väntar på gråstaroperation

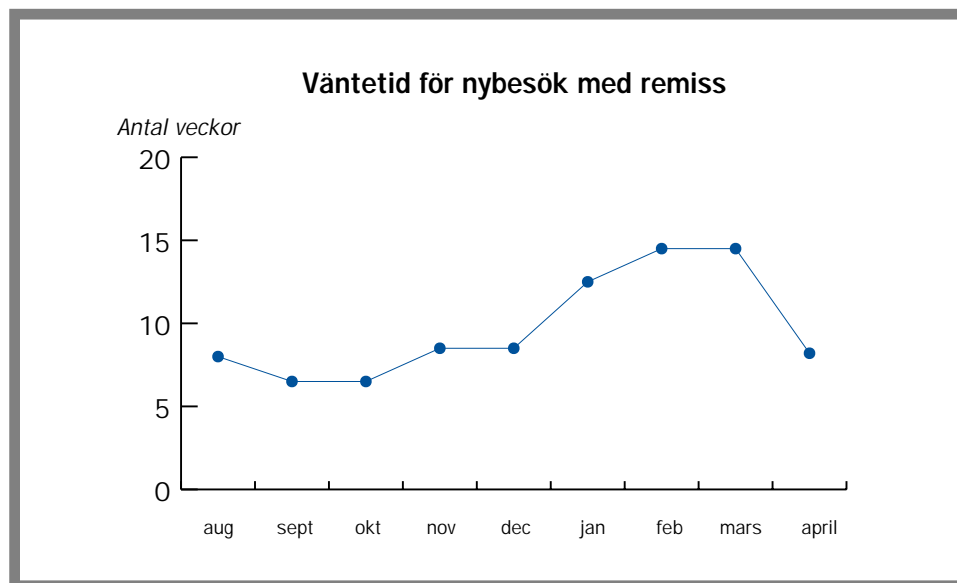


Diagram 3: Väntetid för nybesök med remiss

**Ortopedkliniken
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn**

**Kontaktperson
Claus Olesen, överläkare
Tel: 0454 – 350 00
E-mail claus.olesen@ltblekinge.se**

MÅL

Att under 1998 uppfylla vårdgarantin – dvs maximalt 3 månaders väntetid – för patienter som skall opereras för primär höft- eller knäplastik. (Väntetiden under 1997 var i Karlskrona 40 veckor och i Karlshamn 14 veckor)

Delmål: Att reducera medelvårdtiden från tio till sex dagar för de berörda patientgrupperna.

Att bibehålla operationskapaciteten trots minskat antal vårdplatser

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Patienterna informerades bättre före operationen.

Behov av hjälpmedel hemma ordnades innan patienten opererades.

Den preoperativa bedömningen gjordes polikliniskt.

Vårdprogram för de sex vårddagarna samt checklistor utarbetades och introducerades bland berörd personal.

Postoperativa rutiner ändrades. Nytt mobiliseringsschema och smärtlindringsschema prövades vidare fick patienten lära sig att ge sig själv injektioner mot blodpropp för att klara det efter utskrivningen.

Patienten kontaktades per telefon efter utskrivningen.

Sjukgymnast i primärvården gavs uppföljningsansvar och skrev remissvar tre månader efter operationen.

RESULTAT

Medelvårdtiden sjönk från 10 till 6 dagar för de 20 patienter som ingick i delprojektet. Effekt på väntetiderna kunde inte ses, då förändringarna endast prövats i liten skala. De nya rutinerna antas kunna tillämpas på cirka 80 procent av de berörda patientgrupperna från hösten 1998. Detta kommer in sin tur att öka operationskapaciteten och korta väntetiderna.

MÅL

Att reducera väntetiden till max 5 veckor för barn som skall få ett plaströr inopererat i örat.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

”Ryggsäck” bestående av de patienter som väntat längst, opererades under veckorna 39 och 40.

Nya patienter sattes inte på väntelista till operation utan bokades in direkt för operation inom 5 veckor.

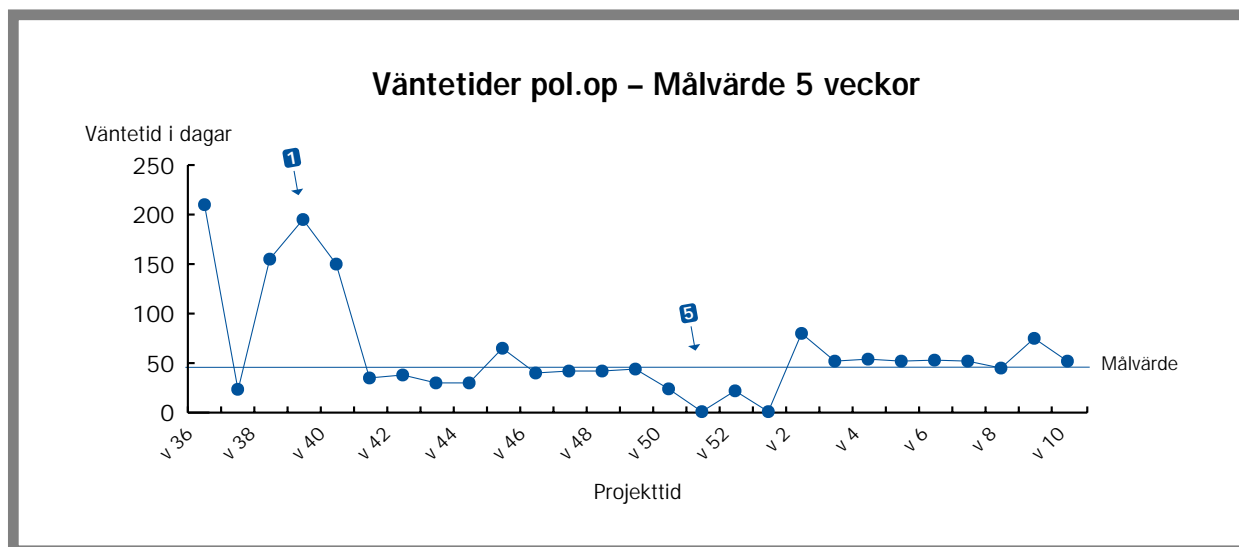
Bättre preoperativa rutiner resulterade i färre strykningar i operations-programmet.

Kapaciteten balanserades bättre mot svängningar i efterfrågan. (Årstidsvariation)

Samarbetet med en grannklinik utökades.

RESULTAT

Målet uppnåddes under vecka 41 och förbättringen kvarstod hela projekttiden.



Förändringar som prövats och kommentarer:

1. De patienter som står längst bak i väntelistan opereras v. 39 och 40.
2. Patienterna har fått tid direkt inom 5 veckor, opereras v. 41 och 42.
3. Nu planeras en jämn tillgång på operationskapacitet, ”strykningar” minimeras.
4. ”Ryggsäcken” avvecklas med hjälp från grannkliniken.
5. Juluppehåll, genast byggs kön på igen.
6. Mindre operationskapacitet p g a ombyggnad.

KirurgOperation
Kirurgkliniken
Regionsjukhuset i Örebro
701 85 Örebro

Kontaktperson
Mats Johansson, sjuksköterska
Tel: 019 – 15 10 00
E-mail mats.johansson@orebroll.se

MÅL

Att korta väntetiderna till operation som var > 1år genom att öka kapaciteten från i genomsnitt nio till tolv operationer per dag.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Delmål 1: Tidigare operationsstart varje dag:

Enklare anestesibedömning med hjälp av skriftlig hälsodeklaration från patienterna.

Dagkirurgisk patient sattes upp som nummer ett på operationsprogrammet.

Barn planerades som andra patient på det dagliga operationsprogrammet

Anestesiolog bedömde den första patienten på dagkirurgiska enheten klockan 07.30

Kirurgen bedömde sina patienter på dagkirurgiska enheten klockan 07.30

Nattpersonalen kontrollerade funktionen på anesthesiapparaten.

Operationssalar och operationsbord iordningställdes av personal som började 07.00

Delmål 2: Att reducera bytestiderna mellan operationerna.

Kortare operationer på operationsprogrammet planerades tillsammans – s k "Fast Track".

Genom omfördelningen av personal från preoperativa avdelningen och korridoren kunde en tidigare outnyttjad operationssal användas för att förbereda nästkommande patient.

Överrapportering ersattes med en preoperativ checklista för ineliggande patienter.

Operationsprogrammet omformades.

RESULTAT

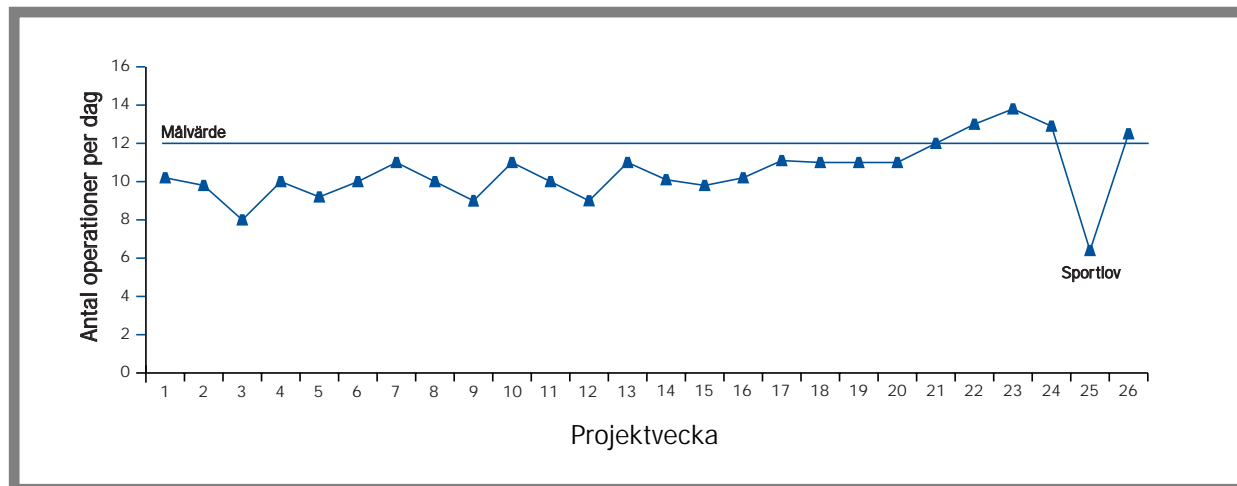


Diagram 1: Antal operationer per dag.

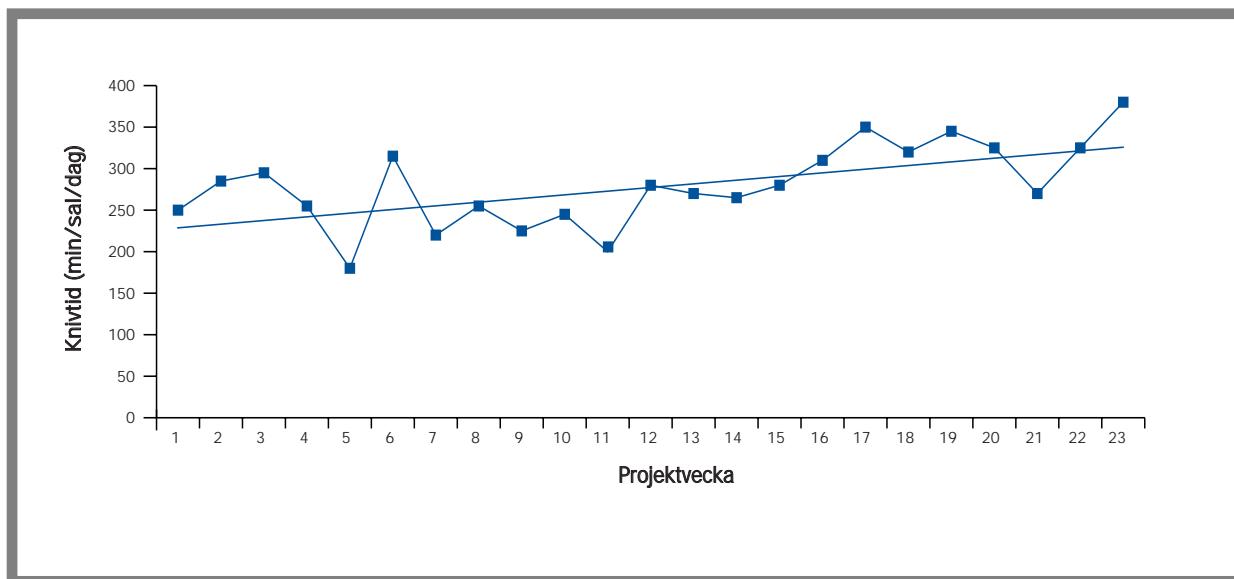


Diagram 2: Knivtid i minuter per sal och dag.

Genom att starta operationerna tidigare på morgonen och korta bytestiderna mellan operationerna har man uppnått sitt mål.

Antal operationer per operationsdag var i mars 1998 13 stycken.

Knivtiden har under samma tid ökat från cirka 235 minut/sal/dag till cirka 300 min/sal/dag (en ökning med 28 procent)

Hälsocentralen i Arbrå
Stationsesplanaden 10
820 10 Arbrå

Kontaktperson
Håkan Roos, familjeläkare
Tel 027 8 – 403 20
E-mail arbrohc@swipnet.se

MÅL

Att kunna erbjuda läkartid för nybesök inom högst åtta vardagar.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

För att utnyttja återbudstider prövades en sk stand-by-lista. Patienter som var villiga att komma med kort varsel ringdes upp vid sena återbud.

Öppen mottagning omvandlades till bokad mottagning.

30 minuter avsattes varje dag för läkarna, då de själva kunde boka in flera korta återbesök.

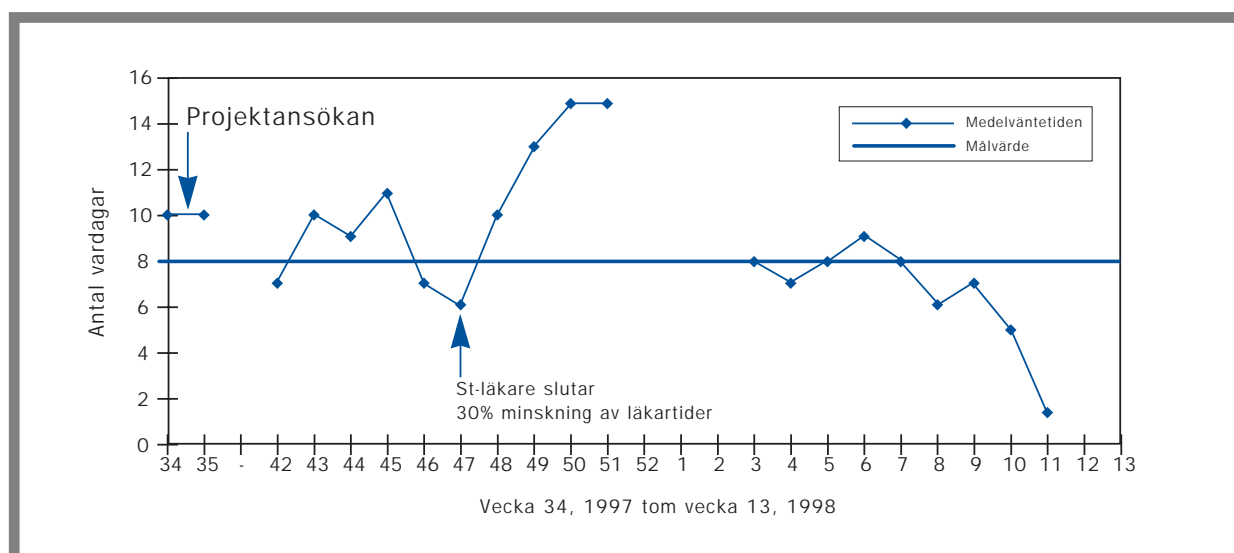
Nästkommande vecka planerades för att anpassa tillgänglig kapacitet till förväntat behov.

RESULTAT

60 procent av tiderna kunde hållas obokade i början på varje dag.

Ingen patient väntar nu längre än 8 vardagar på nybesök. Medelväntetiden har sjunkit från 10 dagar till 2 dagar och resultatet kvarstod under projekttiden trots att läkarresurserna minskade med 30 procent.

Patientflöden och kategorier har kartlagts och en tydligare prioritering mellan olika kategorier görs i samband med veckoplaneringen.



1. "Standby-lista" erbjuds för att utnyttja återbudstider.
2. Planering och fokusering på kommande förändringar.
3. Flödesschema utifrån mätdata.
4. Öppen mottagning omvandlas till bokad öppen mottagning.
5. Doktorstider för snabba återbesök.
6. Öppen mottagning tas bort.
7. Veckovis schemaplanering för att anpassa tillgänglig kapacitet till förväntat behov under kommande vecka.

**Sjukgymnastiken
Söderhamns rehabenhet
Söderhamns sjukhus
826 81 Söderhamn**

**Kontaktperson
Robert Hill, chefgymnast
Tel: 0270 – 770 81
E-mail robert.hill@pvh.lg.se**

MÅL

Att reducera väntetiderna till sjukgymnastik för icke akuta patienter från drygt 3 månader till 6 veckor.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Familjeläkarna provade ny remissblankett till sjukgymnastik.

Kirurgpatienterna koncentrerades till en sjukgymnast.

Man ökade samarbetet med patientföreningarna, som fick disponera rehabenhetens lokaler. (*)

Man hade regelbundna läkarträffar för planering och genomgång av behandlingar och remisser på hälsocentralen. (*)

Som standard fick varje patient max 10 behandlingar i följd, därefter hade man ny vårdplanering och ställningstagande till eventuell fortsatt behandling. (*)

Nya rutiner för telefon- och hjälpmedelstider.

Antalet grupper och gruppbehandlingar ökade. (*)

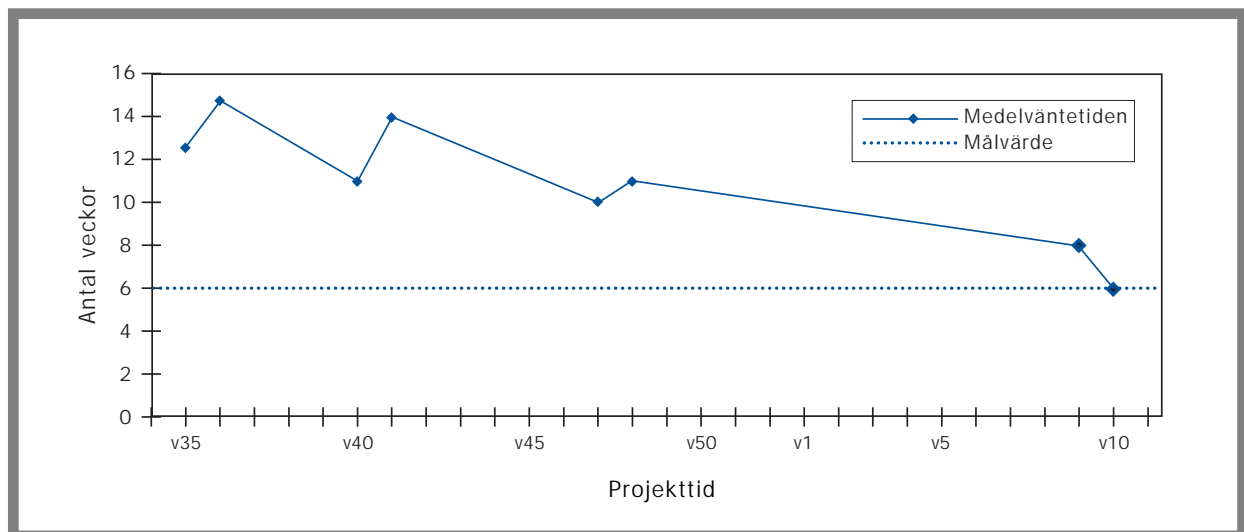
Information och enkät skickades till patienterna före första besöket.

Individuell behandlingsmål fastställdes för varje patient.

Läkarna fick en pärm med träningsprogram och informationsmaterial, som de kunde ge patienterna samt adresser till privata sjukgymnaster.

Förändringarna märkta med stjärna (*) har haft mest effekt på resultatet.

RESULTAT



**Ortopedkliniken
Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall**

**Kontaktperson
Margaretha Rödén, klinikchef
Tel: 060 – 18 17 89
E-mail margareta.roden@lvn.se**

MÅL

Att uppnå högst 6 månaders väntetid till operationen och högst 2 månaders väntetid till mottagningen. Målet skall nås genom att öka flödet genom kliniken med 30%.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

För att korta värdtiden för patienter med höftfrakturer togs redan på den 3:e postoperativa dagen ställning till fortsatt vårdnivå för patienten – hemgång och/eller till rehabinsatser.

Inskrivningsrutiner ändrades inför höftplastikoperationer. Patienterna var mer förberedda och kunde rehabiliteras snabbare.

I syfte att spara tid för personalen i samband med hanteringen av matkort provades ett förändrat matkort med färdiga menyer.

Vissa återbesök överfördes till primärvården för att skapa mera utrymme för nybesök.

Schema för läkarna ändrades för att få mera tid på avdelningarna.

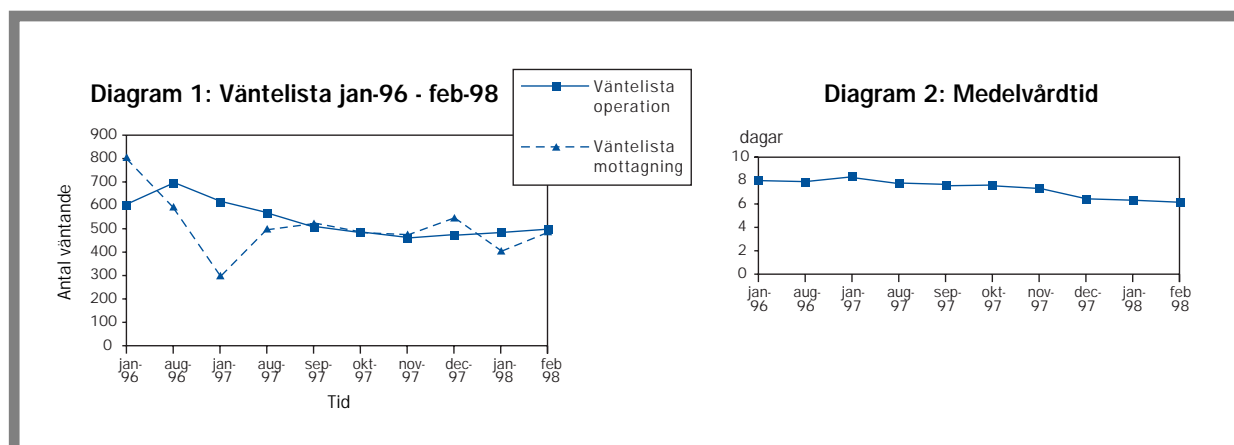
Onödiga moment i remisshanteringen togs bort.

RESULTAT

Värdtiden för patienter med höft fraktur reducerades från 12,2 dagar till 8,4 dagar och detta kvarstod under hela projektet.

Värdtiden för patienter med höftproteser reducerades från 10,8 dagar till 8,8 dagar.

Från att ingen av patienterna kunde fylla i matkortet på ett adekvat sätt kunde över 90 procent göra det. Samtidigt reducerades den dagliga tidsåtgången för hantering av matkort på avdelningen från 140 min till 60 minuter.



Sammanlagt har längsta väntetiden till mottagningen minskat från 8 till 5 månader. Medelvårdtiden har minskat från januari 1996 till februari 1998 från medelvärdet 8 dagar till 6 dagar. Detta innebär 7-10 flera sängplatser. Väntetiden för operation har under samma tid reducerats från 600 dagar till 500 dagar och till mottagning från 800 dagar till 500 dagar. Trots att man under denna tid fått minskade resurser har man kunnat hålla ställningarna.

**Kommunalförbundet
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Division B/Akutmottagningen
413 45 Göteborg**

**Kontaktperson
Greger Nilsson, sjuksköterska
Tel: 031- 60 13 44
E-mail hircentrum@swipnet.se**

MÅL

Att minska fördröjningstiden från ankomst till påbörjad behandling från 70 minuter till 30 minuter för patienter med akut hjärtinfarkt.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVATS

Utan någon inblandning av läkare på akuten lade akutsjuksköterskan själv in patienter med bröstsmärtor när EKG visade misstanke om akut hjärtinfarkt.

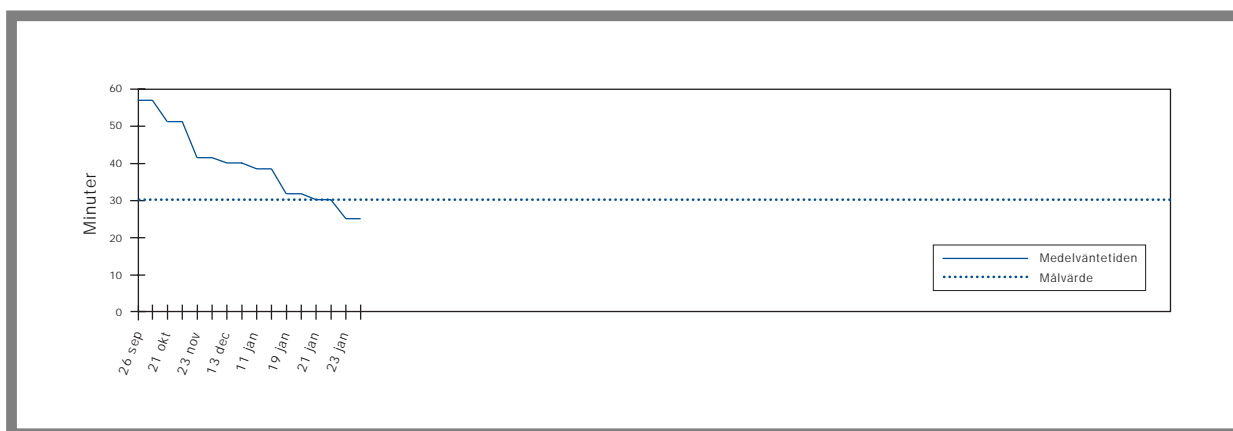
Kardiologen utrustades med larmsökare för att snabbt kunna komma till hjärtintensiven.

Akutsjuksköterska förberedde trombolysbehandling genom att ställa frågor (indikationer och kontraindikationer)

En gemensam checklista utformades.

Samtliga akutsjuksköterskor fick EKG-utbildning

RESULTAT



I januari 1998 uppnåddes målvärdet och i mars var det nere på 25 minuter. Reduceringen kvarstod under hela projektet.

**Plastikkirurgisk Poliklinik
Haukeland Sykehus
Bergen
Norge**

**Kontaktperson
Kari Lyback, sjuksköterska
Tel: 009-47- 55 97 35 40**

MÅL

Att halvera väntetiden för nybesök på mottagningen från drygt 1 år till 6 månader.

FÖRÄNDRINGAR SOM PRÖVADES

Väntelistan för nybesök uppdaterades/"städades".

En dag per vecka avsattes för nybesök

Alla patienter gavs tid för operation i samband med nybesöket.

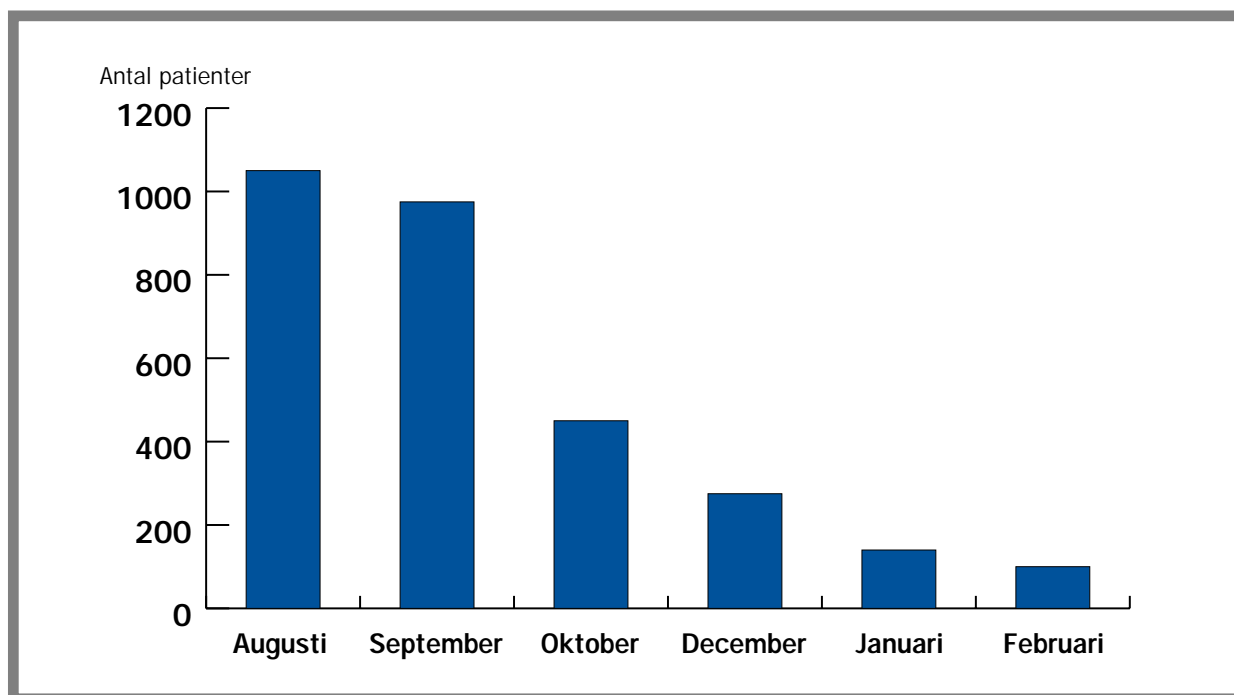
Behovet av alla återbesök ifrågasattes.

Genom omfördelning av arbetsuppgifter frigjordes mer läkartid för operationer.

Patienterna fick bättre skriftlig information om operationen.

I stället för att sätta patienterna på två olika väntelister (först mottagning, sedan operation) sattes så många som möjligt upp direkt på operationslistan.

RESULTAT



Väntelistan för nybesök minskade från drygt 1000 patienter i augusti 1997 till c:a 100 i februari 1998. Reduceringen kvarstod under hela projektet.

8. Lärandet i projektet

En av grundtankarna i förbättringsmodellen Genombrott är att det på kort tid och med hjälp av ett systematiskt förändringsarbete går att åstadkomma påtagliga och mätbara förbättringar. Det systematiska förändringsarbetet består i att deltagarna själva sätter upp mål samt planerar och prövar förändringar och efter varje test analyserar om förändringen ledde mot målet. Om förändringen inte leder till den önskvärda förbättringen eller kanske t o m till en försämring, lär sig deltagarna det genom sina egna iakttagelser. Av detta skäl finns det inga misslyckade tester. Kanske lär man sig mest när de förväntade eller önskade effekterna inte uppstår. Varför blev det inte

som vi ville eller trodde? Hur kan vi göra istället?

Poängen med just denna modell är att den förordar tester i liten skala för att ge möjlighet till lärande. Även om förändringen blir en ren försämring gör det inte så mycket. Förändringen är bara prövad i liten skala och det är lätt att gå tillbaka till gamla rutiner.

Uppföljning av teamens förbättringsarbete

IHI har utvecklat en mätmetod för att följa teamens förbättringsarbete under projekttiden. I det svenska projektet använde vi den som en del i utvärderingen. Den består av en 1 – 5 gradig skala där 1 – 5 står för följande:

1= Teamet har inte startat

2= Aktivitet pågår men ingen förändring är prövad

- man har börjat mäta nuläget och/eller planera förändringar, men ännu inte prövat någon förändring i praktiken

3= Förändringar har börjat prövas och enstaka förbättringar kan noteras

- det finns enstaka tecken på att förbättringar har uppnåtts i vissa delprocesser
- det finns tidiga tecken på förbättringar i hela systemet

4= Påtagliga förbättringar kan redovisas

- 40-50 % förbättringar (t ex kortare väntetid) i en eller flera viktiga delprocesser
- 40-50 % kortare total processtid för vissa grupper av patienter

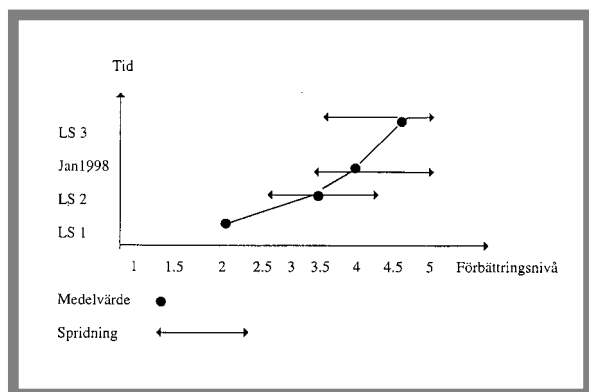
5= Påtagliga och kvarstående resultat uppvisas.

- >50 % förbättring (t ex kortare väntetider) i hela systemet
- de uppnådda resultaten är bland de bästa i landet
- förbättringarna tycks hålla över tid

Den ideala utvecklingen under projekttiden framgår nedan:

| | | | |
|-----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| <i>Före LS 1</i> | <i>1.5-2.0</i> | <i>LS 2</i> | <i>3.0-4.0</i> |
| <i>LS 1</i> | <i>2.0-2.5</i> | <i>Mellan LS 2 och LS 3</i> | <i>4.0-5.0</i> |
| <i>Mellan LS 1-och LS 2</i> | <i>3.0-3.5</i> | <i>LS 3</i> | <i>4.0-5.0</i> |

Både teamen själva och handledarna värderade under projektiden löpande och oberoende av varandra förbättringsarbetet enligt denna skala. Ur nedanstående diagram framgår teamens egna utvärderingar från LS 1 i september 1997 till LS 3 i mars 1998. Handledarnas utvärdering sammanföll i de allra flesta fall med teamens.



Diagrammet visar bl a att arbetsperioden mellan LS 1 och LS 2 var "sanningens ögonblick" för många team. De hade ingen tydlig bild av ingångsläget, varför de fick börja med att ta fram fakta. Tempoförlusten hämtades dock hem och kurvan slätades ut. Diagrammet visar också att några team hade åstadkommit påtagliga förbättringar redan till LS 2 och uppnått kvarstående systemförbättringar till januari 1998.

Förutom att korta köer och väntetider var syftet med pilotprojektet att vi alla skulle lära oss metodiken och pröva den i praktiken i svensk hälso- och sjukvård. För att få en mer kvalitativ uppföljning och utvärdering genomfördes flera enkäter och diskussioner.

Vad tyckte deltagarna?

Efter varje Lärande Seminarium ombads alla deltagare individuellt ge sitt omdöme om respektive seminarieträff. De första två gångerna skedde detta i form av en likalydande enkät och

den sista gången i form av diskussion i s k tvärgrupp, där teammedlemmarna delades upp i olika grupper och fick möjlighet att diskutera lärandet i projektet och vad projektet hade betytt på individnivå. Nedan återges några svar på frågan "Vad har Genombrott betytt för Dig?"

DET ÄR MÖJLIGT...

Det går faktiskt att få till saker, bara vi provar.

Vi har nått målet fast vi inte trodde det när vi började.

OM LEDNINGEN...

Ledningens stöd är mycket viktigt och att förändringsarbetet förankras hos chefer och annan personal.

OM TIDEN...

Har insett att förändringar tar tid och man måste sätta av tid för planeringen.

OM ORGANISERING...

Det måste råda harmoni och respekt för varandra i arbetsgruppen för att man skall kunna åstadkomma förbättringar. Betydelsen av grupp sammansättning är också stor om man skall lyckas i förbättringsarbete.

Insikten i hur vår och andra organisationer är uppbyggda och arbetar har ökat.

OM LANDSTINGSFÖRBUNDETS OCH PROJEKTETS ROLL...

Landstingsförbundet som arrangörer ger en viss legitimitet till förändringsarbetet, som gör att chefer och sjukhus ställer upp med tid och pengar.

Genombrottsprojektet har öppnat dörren för nya idéer samt skapat legitimitet för förändringsarbetet. Vi har genomfört tester som ej hade blivit av utan Genombrott.

OM SMÅ FÖRÄNDRINGAR SOM LEDER TILL STORA FÖRBÄTTRINGAR...

Ett utmärkt redskap att använda i vår ordinarie verksamhet för att i små steg våga pröva många förändringar samtidigt. Små förändringar som man länge har funderat på har genomförts utan knorr.

Har lärt mig att inte gapa över för mycket, utan ta det i små steg.

Små tester skall inte förringas, utan kan ha samma dignitet som stora och kostsamma utredningar. Man kan planera och genomföra små förändringar utan att det kostar en massa pengar. Det går att göra små förändringar som leder till bra resultat.

OM ATT MÄTA...

Analyser och mätningar ger bra stöd i argumenteringen.

OM ATT SE PÅ NYTT SÄTT OCH ATT VÅGA...

Jag har fått en ny synvinkel på mitt arbete.

Upptäckt att man kan förändra en större enhet i offentlig förvaltning.

Att utveckling och förändring börjar med en själv.

Möjligheten att på ett positivt sätt kunna påverka min arbetsituation.

Att inte vara rädd för förändringar, även om det verkar svårt i början.

Jag känner mig säkrare att vara med och förändra och stå för det jag önskar genomföra.

Jag har fått en ny infallsvinkel på vardagliga problem, på den egna arbetsplatsen, på kollegor och inte minst på patienterna.

Att inte ge upp när det mörknar, utan bita ihop och gå vidare.

OM STRUKTURERAT, SYSTEMATISKT ARBETE...

Vikten av strukturerad satsning på information, planering och att se till hela processen har blivit mycket klar.

Vi har fått ett verktyg för ett enkelt, snabbt och effektivt systematiskt arbete. Äntligen ett verktyg som man kan förankra på golvet. Det är enkelt att arbeta med.

Det är viktigt att noggrant definiera problemet, att sätta upp ett klart mål och ha en fastställd tidsplan.

Genombrottsidéerna går att använda på flera olika sätt i olika delar av verksamheten.

OM ATT ARBETA ÖVER GRÄNSERNA...

Att kunna jobba utanför gränser på ett tvärprofessionellt sätt och att patienten och inte vi (personalen) står i centrum.

Ökat samarbete över professionsgränserna. Det går att arbeta över gränser om man bara lyssnar på varandra och vågar kliva utanför sin box.

Revirtänkandet har minskat och man arbetar mot ett mål.

Jag har blivit insatt i organisationen på ett djupare sätt och lärt att alla är viktiga för att systemet skall fungera. Spännande diskussioner om förändringsarbetets psykologi, manligt – kvinnligt, organisationspsykologi, framtid och utveckling som gjort mig nyfiken att läsa mer och utvecklas som ledare.

Fått oss att göra förändringar som vi bara tänkt göra tidigare.

OM ATT HA TID FÖR DISKUSSION...

Det har ändå varit givande att ostörd av patienter och sökare få diskutera med egen personal, andra kliniker och experter.

Det har varit mycket givande att få chansen att prata med sina arbetskamrater om arbetet några mil hemifrån.

Jag har lärt känna teammedlemmarna ordentligt, vilket jag kommer att ha nytta av i den normala verksamheten.

Jag har utvecklat mitt processtänkande och utvecklats som ledare.

Planeringsgruppens uppföljning och utvärdering

Under hela projektet följde planeringsgruppen upp arbetet och cirka en månad efter slutseminariet samlades gruppen under en dag för att se tillbaka och ur sitt perspektiv utvärdera hela projektet. Arbetsmetodiken var den som används i QUL-sammanhang och innebar att varje deltagare i förväg gjorde en individuell utvärdering och att utvärderingsdagen ägnades åt en sammanfattande diskussion (man strävade inte efter konsensus, utan efter att få en gedigen och allsidig bild av hela arbetet). Styrkor och svagheter gick systematiskt igenom steg för steg i hela arbetsprocessen, liksom de olika hjälpmedlen i form av förändringskoncept, mallar av olika slag och nätverksstöd. Förbättringsförslag inför framtida Genombrottsprojekt noterades i varje del.

Sammanfattningsvis kom planeringsgruppen fram till följande

OM LÄRANDET...

Det gemensamma lärandet sker hela tiden genom erfarenhetsutbyte och diskussioner inom teamet, med övriga team och planeringsgrupp under de Lärande Seminarierna och vid telefonkonferenser, vid enskilda samtal med handledarna och genom att ta del av varandras postrar och testcykeljournaler. Det måste finnas tid och forum för dialog och reflektion.

OM FÖRÄNDRINGSKONCEPT OCH EGNA IDÉER...

Det är viktigt att hitta balansen mellan förändringskoncept och teamens egna idéer. Teamen måste kunna pröva egna idéer, men förändringskoncepten är redan prövade av andra och har visat att de kan leda till stora förbättringar. Förändringskoncepten är en utomordentlig källa till kreativt nytänkande. De bör lyftas fram

tydligt och enkelt redan under LS 1 och på nytt under LS 2.

OM TEAMSAMMANSÄTTNINGEN...

De team som har daglig ledare, systemledare och teknisk expertis med (eller nära till hands) lyckas bäst.

Den tvärprofessionella teamsammansättningen påskyndar och underlättar förbättringsarbetet. Läkargruppens engagemang är nödvändig, men inte tillräcklig.

OM HANDEDNINGEN...

Handledarna bör träffa teamen så tidigt som möjligt – helst före LS 1.

Behovet av handledning varierar från team till team. Det är viktigt att lära känna teamet för att förstå vad de behöver hjälp med. Handledning är en viktig del i hela processen och det är såväl handledarens som teamets ansvar att få dialogen att fungera.

Såväl handledare som team måste hålla i minnet att det är teamets och dess organisation som äger problemet. Handledarens roll är att stödja och underlätta teamets arbete – ej att lösa problemen.

Det är värdefullt att planeringsgruppen kompletterar varandra vad gäller erfarenhet och kompetens.

OM ATT KOMMA IGÅNG...

Semesterperioden är ingen bra starttid. För många team blev förberedelsetiden före LS 1 alltför kort.

Detta ledde i sin tur till att mycket tid under och efter LS 1 ägnades åt mätningar istället för att testa förändringar.

Ett förbättringsförslag inför kommande projekt är att genomföra en förberedande – LS 0 – dag för potentiella team. Det kan vara ett tillfälle att informera om förbättringsmodell-

len, stämma av ambitionsnivåer, diskutera teamsammansättning och stämma av förväntningar.

OM ATT MÄTA...

Det tar tid att förstå, vad mäta, testa och pröva verkligen betyder.

Skillnaden på att mäta över tid på systemnivå och att mäta vad som sker i de enskilda testen måste klargöras mer.

OM ANNAT VI NOTERAT...

Det var svårt att uppfatta i vilken grad teamens organisationer i sin helhet var förändringsbenägna.

Att utifrån teamens resultat och erfarenheter sprida förbättringar i hela organisationen dvs till hela sjukhus eller sjukvårdsområden tar tid och kräver sannolikt bredare och andra grepp än dem vi testat i pilotprojektet.

Förutsättningar för olika team att på kort tid testa många små förändringar och notera vad som händer varierar beroende på verksamhetens inriktning. Team känner sig lätt ensamma om de inte träffar kollegor från samma specialitet.

OM METODEN...

Det är ovanligt och stimulerande att så snabbt och kontinuerligt kunna se och utvärdera vad som sker i projektet.

Testcykeljournalerna är ett bra hjälpmedel för att få struktur på lärandet -bara de används på rätt sätt dvs under hela testcykelns alla faser; planering, genomförande, analys och beslut. Den fullständiga testcykeljournalen är dessutom ett underlag när information skall spridas till andra.

De tekniska möjligheterna (IT- stöd) att visualisera data och kommunicera inom projektet är enorma, men förutsättningarna varierar mycket både mellan individer och organisationer. En minsta gemensam tekniknivå är fortfarande telefon och fax, vilket måste beaktas.

Telefonkonferenser med många deltagare är bra till information, men för att verkligen få igång diskussioner bör konferenserna ske i mindre grupper.

OM MÖJLIGHETEN ATT HA EN MENTOR...

Projektets lärande karaktär underströks av att även planeringsgruppen hade löpande kontakter med och handledning av The Institute for Health Care Improvement i Boston.

9. Till sist

Förändringsarbete är svårt och det kan också innebära risker. Både för de som driver på förändringsarbete och för systemet och organisationen. När förändringar planeras och provas möter många på motstånd som de inte visste fanns, eftersom de aldrig tidigare har utmanat systemet. En föreslagen förändring kan uppfattas som negativ kritik och kan leda till långa diskussioner, stor rädsla och känslor av otillräcklighet hos dem som blir berörda. En organisation som ser förbättringsarbete – trots att de redan fungerar bra – som en strategisk överlevnadsfråga och inte som en nödvändighet för att komma till rätta med brister, har kommit långt i sin utveckling.

Att både skapa förändringstryck och förändringsvilja i en organisation är en uppgift för dess ledning. Därför betonas ledningens avgörande betydelse om och om igen i allt förändringsarbete. Avslutningsvis vill vi sammanfatta våra erfarenheter av förbättringsmodellen Genombrott i följande punkter:

1. Förbättringsmodellen Genombrott fungerar utmärkt i svensk hälso- och sjukvård. Men...
2. Ledningens absoluta, bestående och synliga stöd – speciellt när det blåser kallt runt "förändrarna" är en förutsättning. Förändringsarbetet måste vara väl förankrat och ligga i linje med organisationens strategiska utvecklingsplan.
3. Modellen löser inte personalproblem ej heller ledarskapsproblem, men den kan göra sådana eventuella problem tydliga och kräva ställningstaganden från ledningen.
4. Angreppssättet är tvärprofessionellt och bidrar till att hierarkier rivs. Det finns ett tydligt positivt samband mellan teamets förbättringsresultat och läkarkårens aktiva deltagande i förändringsarbetet.
5. Utvecklings – och förbättringsarbete måste på såväl system som individnivå betraktas som en högst normal del av det vanliga arbetet. Det förefaller ännu inte vara fallet inom svensk hälso- och sjukvård. Det måste finnas tid för eftertanke och reflexion.
6. Framgångsrikt förbättringsarbete måste belönas – inte bestraffas. När högt uppställda mål har uppnåtts får inte konsekvensen bli nya sparkrav. Viss skluft i systemet minskar känsligheten för normala variationer i t ex efterfrågan och möjliggör utvecklingsarbete enligt ovan.

Nu har 20 team och en handfull handledare lärt sig metodiken. Förbättringsmodellen fungerar även i svensk hälso- och sjukvård. Landstingsförbundet har överlämnat stafettspinnen och ansvaret för att förvalta och sprida denna kunskap till berörda sjukvårdshuvudmän. Ett regionalt projekt är redan igång i Skåne, ett lokalt på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm och ett regional är under planering i primärvården i Uppsala.

På Landstingsförbundet bygger vi vidare på det vi lärt i pilotprojektet och planerar ett nytt kö- och väntetidsprojekt samt ett med ett medicinskt fokus. Att förbättra vård och behandling av patienter med diabetes. Men Landstingsförbundet kan bara stödja och försöka inspirera. Det svåra och viktiga förbättringsarbetet kan bara göras av dem som finns i den direkta vården. Och de behöver stöd av sina ledare och chefer. Ett stort tack till alla 20 team som ville medverka i vårt pilotprojekt och som så generöst och öppet har delat med sig av sina erfarenheter.

*”Någonstans i spänningspunkterna mellan
tvånget och friheten,
förnuftet och dårskapen,
möjligheten och omöjligheten,
finns styrkan och motivationen
för nästa fotsteg”*

Lolan Björkman

Landstinget i Uppsala län*Husläkarmottagningen Linnéan, Sävja vc*

Mål: Att kunna erbjuda planerat nybesök hos läkare < 5 arbetsdagar. Ingångsvärde 10,5 dagar.

Kontaktperson: Elswig Löwenhoff, tel 018- 42 58 59, fax 018 – 42 16 25

E-mail: Elsvig.Lowenhoff@pv.lul.se

Handkirurgiska enheten, Plastik- och Handkirurgiska kliniken. Akademiska sjukhuset Uppsala.

Mål: Att minska väntetiden för patienterna i väntrummet. Ingångsvärde: 34 % av patienterna väntade > 45 minuter.

Kontaktperson: Monica Wiig, avdläkare, tel 018-66 30 00, fax 018- 50 59 13

Landstinget i Östergötland*Kvinnoklinikens mottagning, Universitetssjukhuset, Linköping*

Mål 1: Att halvera väntetiden på besked efter hälsokontroll (ingångsvärde 44 dagar) och i förekommande fall även på behandling (ingångsvärde 45 dagar).

Mål 2: Att minska väntetiden för planerat nybesök till högst 3 månader.

Kontaktperson: Svante Kjellberg, Överläkare, mottagn.ch tel 013. 22 46 97, fax 013- 22 29 40

E-mail: svakj@kkl.us.lio.se

Ryggkliniken, Vård- och rehabenheten, Neurocentrum, Linköping

Mål: Att halvera väntetiden på operation för vissa diagnosgrupper.

(Ingångsvärde: medelväntetid 7 månader)

Kontaktperson: Mary Örtengren, vårdchef tel 013- 22 43 10 fax 013 – 22 43 03

E-mail: mary.ortengren@ryg.us.lio.se

Landstinget i Jönköpings län*Ortopedkliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö*

Mål: Förkorta väntetiden vid ankomst till akuten tills behandling inleds för patienter med höftfraktur. Ingångsvärde: Medelväntetid 17 timmar.

Kontaktperson: Stefan Stjärne, Överläkare, tel 0381 – 358 34, fax 0381 – 353 54

Ögonmottagningen, Eksjöklinikerna

Mål: Reducera väntetiden med 38 % till grå starr operation för oprioriterade patienter. Ingångsvärde 2 år 8 månader.

Kontaktperson: Harald Selvander, chöl tel 0381 – 358 52, fax 0381 – 358 49

E-mail: harald.selvander@hoegland.ltjkpg.se

Landstinget i Kalmar län

Ortopedkliniken, Länssjukhuset i Kalmar

Mål: Reducera väntetiden med 75 % för nybesök vid ortopedmottagningen.

Ingångsvärde drygt 12 månader.

Kontaktperson: Lars-Göran Petersson, Basenhetschef Tel: 0480 – 818 55,
fax: 0480 – 44 89 83

Landstinget i Blekinge

Ortopedkliniken, Blekingesjukhuset

Mål: Att korta väntetiden för patienter som väntar på höft- eller knäplastikoperation.

Ingångsvärde: Väntetid Karlskrona 40 veckor och Karlshamn 14 veckor.

Kontaktperson: Claus Olesen, Överläkare Tel: 0454 -35000, fax 0454 – 89 429
E mail claus.olesen@ltblekinge.se

Malmöhus läns landsting

Onkologsektionen, Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Lund

Mål: Reducera antalet vårddagar på regionnivå med 25 %.

Kontaktperson: Britta Andersson avd.förest. tel 046-17 29 59, fax 046- 13 05 73
E-mail britta.andersson@barn.lund.ltskane.se

Landstinget i Halland

Ortopedkliniken, Länssjukvården i Norra Halland, Sjukhuset i Varberg

Mål: Minska väntetiden för nybesök på ortopedmottagningen till 3 månader.

Ingångsvärde 8 månader.

Kontaktperson: Gunnel Barkevall, verksamhetschef, Tel: 03 40 – 812 14,
fax: 0340 – 844 37

Bohuslandstinget

ÖronNäsHals kliniken, Uddevalla sjukhus

Mål: Reducera väntetiden för operation av barn till högst 5 veckor.

Ingångsvärde c:a 6 månader.

Kontaktperson: Inger Wiik, avd.chef avd.6, Tel: 0552- 92 505, Fax: 0552 – 933 82

Landstinget i Värmland

Ortopedkliniken, Centralsjukhuset i Karlstad

Mål: Minska sena strykningar på operation med 50 % och tiden som patienten tillbringar i processen med 25%.

Kontaktperson: Mats Andersson, klinikchef Tel: 054 – 10 58 47, Fax: 054- 10 70 51

Örebro läns landsting

Kirurg operation, Kirurgkliniken, Regionsjukhuset i Örebro

Mål: Att hinna med 3 operationer till per dag.

Ingångsvärde: 9 operationer per dag.

Kontaktperson: Mats Johansson, Operationssköterska, Tel: 019 – 15 13 15, Fax: 019 – 15 12 87
E-mail: mats.johansson@orebroll.se

Landstinget i Västmanland

Kirurgkliniken Västmanland

Mål 1: Att reducera väntetiden till 3 månader för nybesök på mottagning för patienter med gallvägssjukdomar. Ingångsvärde 7,5 månader.

Mål 2: Reducera väntetiden till operation för samma patientgrupp.

Ingångsvärde 48 månader.

Kontaktperson: Lennart Reither, Chefsöverläkare. Tel: 021 - 17 36 67

Landstinget i Gävleborg

Hälsocentralen Arbrå

Mål: Kunna erbjuda tid för nybesök hos läkare < 8 dagar. Ingångsvärde 10-28 dagar.

Kontaktperson: Håkan Roos, Familjeläkare, Tel: 0278 - 403 20, Fax: 0278 - 416 32
E-mail: hakan.roos@swipnet.se

Sjukgymnastiken, Söderhamns rehabiliteringsenhet.

Mål: Halvera väntetiden för icke akuta patienter. Ingångsvärde 3 månader.

Kontaktperson: Robert Hill, chefgymnast, Tel: 0270 - 77081, Fax: 0270 - 77 460
E-mail: robert.hill.@pvh.lg.se

Landstinget i Västernorrland

Ortopedkliniken, Sundsvalls sjukhus

Mål: Reducera väntetiden till mottagningsbesök till högst 2 månader och till operation till högst 6 månader.

Kontaktperson: Margareta Rödén, klinikchef, Tel: 060 - 18 10 00, Fax: 060 - 18 17 51
E mail margareta.roden@lvn.se

Kommunalförbundet Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Akutmottagningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Mål: Reducera tiden mellan ankomst till akuten och till aktiv behandling för patienter med akut hjärtinfarkt med 40 minuter. Ingångsvärde 70 minuter.

Kontaktperson: Greger Nilsson, Sjuksköterska, tel 031 - 60 13 44

Psykiatrimottagningen Angered

Mål: Att reducera hela processtiden för patienter som behandlas i öppen vård.

Delmål 1: Att korta tiden för nybesöksutredning till 3 veckor.

Ingångsvärde: Ingångsvärde från 1996 1 – 130 dagar.

Kontaktperson: Jerry Bergström, Enhetschef, Tel: 031 – 330 07 80,

Fax: 031 – 330 56 04

Bergen, Norge

Plastik-kirurgisk poliklinik, Haukelands sjukhus

Mål: Halvera väntetiden för nybesök på mottagningen.

Ingångsvärde: > 1 år.

Kontaktperson: Kari Lyback, oversykeplejerska, Tel 009 – 47- 5597 35 40,

Fax: 009- 47- 5597 47 85

Leena Hedman, ordförande, civilingenjör och organisationskonsult.

Ulf Hallgärde, specialist inom ÖNH på öron-, näs- och halskliniken i Lund.

Marianne Rimås, leg. sjuksköterska, vid Lungmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

Hans Claesson, konsult inom området processarbete och vårdkedjeorganisation, kvalitetsarbete och ledarskapsfrågor.

Ulf Ljungblad, specialist i Obstetrik och Gynekologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Gro Saevil Helljesen, sjuksköterska vid avd. för kvalitetsutveckling vid Haukelands sjukhus, Bergen i Norge.

Från Landstingsförbundet:

Carina Svensson, projektledare

Inger Berglund

Michael Bergström

Lars Johansson

Chris Linder

Jesper Olsson

Vibecke Sparring

BILAGA 3

ARBETSPAPPER LS 1 – PROBLEMINVENTERING.

Enhet _____ *Kontaktperson* _____

Syfte _____

| Problem | Förändring att pröva |
|----------------|-----------------------------|
| <i>1.</i> | <i>1.</i> |
| <i>2.</i> | <i>2.</i> |
| <i>3.</i> | <i>3.</i> |
| <i>4.</i> | <i>4.</i> |
| <i>5.</i> | <i>5.</i> |
| <i>6.</i> | <i>6.</i> |
| <i>7.</i> | <i>7.</i> |

TESTPLANERING ARBETSPERIOD 1.

Organisation _____ Kontaktperson _____

Syfte _____

| Testcykel | Förändring | Ansvarig | Sept 8 15 22 29 | Okt 6 13 20 27 | Nov 3 10 | LSII |
|-----------|------------|----------|--------------------|-------------------|-------------|------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| <i>Journal från:</i> | |
| <i>Kontaktperson:</i> | |
| <i>Överordnat syfte:</i> | |
| <i>Förändring</i> | |

Planera

Syfte med testen?

Behöver vi ta reda på något mer innan testen påbörjas? Vad?

Vad tror vi kommer att hända med denna förändring?

Vem gör vad, var, när och hur?

Gör

Följ genomförandeplanen enligt ovan.

Händer det något på förändringen någonstans i organisationen som vi inte förutsett?

Studera

Analysera mätresultat och eventuella oförutsedda effekter!

Hände det som vi trodde skulle hända? Om ej, vad kan det bero på?

Vad har vi lärt genom denna test?

Lär (Agera)

Vilka slutsatser drar vi av testen?

Vet vi att förändringen är en förbättring?

Behöver vi testa samma förändring under andra förhållanden? I större skala?

Har vi insett att denna förändring inte skall genomföras, eftersom den inte ledde till avsedd förbättring eller kanske till nackdelar någon annanstans i systemet?

Har vi identifierat personer som är för respektive emot denna förändring? Vad har vi för strategi för att utnyttja respektive bemöta dessa personer? Behöver vi kontakta systemledaren?

Beskriv nästa testcykel

BILAGA 6

UTVÄRDERING.

För att vi skall lära oss att göra kommande Genombrottsseminarier bättre är vi angelägna att få ta del av Dina synpunkter på Lärande seminarium I och de förslag till förbättringar Du vill lämna. Tack på förhand för Din medverkan.

Lärande seminarium I – Övergripande intryck:

| | <i>Stor</i> | | <i>Någon</i> | | <i>Ingen</i> |
|--|-------------|---|--------------|---|--------------|
| 1. I vilken grad har Lärande seminarium I ökat Din förmåga att förtydliga det mål Ni vill uppnå? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Vilken betydelse för ovanstående har följande inslag haft? | | | | | |
| Plenarföreläsningarna | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Workshopsdelarna | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Interna teamdiskussionerna | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Information från andra team | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

3. Räkna upp tre saker som var mest värdefulla under seminariet.

4. Räkna upp tre saker som var mest förvirrande.

Lärande seminarium I – Syfte:

Hur väl uppfyllde seminariet följande syften:

| | | | | | |
|--|----------------|---|------------|---|---------------|
| A. Att introducera deltagarna i modellen för Genombrott. | <i>Utmärkt</i> | | <i>Bra</i> | | <i>Dåligt</i> |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Förslag till förbättring: _____

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| B. Att förmedla Landstingsförbundets syfte med Genombrott. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|

Förslag till förbättring: _____

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| C. Att förmedla olika förändringsidéer som kan prövas för att korta köer och väntetider. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|

Förslag till förbättring: _____

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| D. Att öka deltagarnas förmåga att se att det kan finnas nya arbetssätt samt vilja pröva dessa. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

Förslag till förbättring: _____

E. Att förmedla vad som är viktigt för att förändringsarbete i en organisation skall bli framgångsrikt. 5 4 3 2 1

Förslag till förbättring: _____

F. Att knyta kontakter med andra som också vill åstadkomma en mer patientfokuserad och tillgänglig hälso- och sjukvård. 5 4 3 2 1

Förslag till förbättring: _____

Allmänna kommentarer och synpunkter.

Litteratur och lästips

Breakthrough Series Reducing Delays and Waiting Times Throughout the Healthcare System
Institute for Healthcare Improvement (IHI) Breakthrough series, 1996
Boston

The Improvement Guide – A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.
G.Langley, K.Nolan, T.Nolan, C. Norman och L.Provost, 1996
Jossey-Bass Publishers, San Francisco

Accelerating the Pace of Improvement: An Interview with Thomas Nolan.
Journal of Quality Improvement , Vol. 23 Number 4, April 1997

Tillgängligheten i fokus; uppföljningssystem för köer och väntetider i sjukvården
Landstingsförbundet och Södra Sjukvårdsregionen Samverkansnämnden.
Landstingsförbundet, Best. nr. tel 08-702 43 36, fax 08-702 45 90; www.lf.se

Förändring – ett sätt att möta framtiden. En vägledning om förändringsarbete i kommuner och landsting.
Stiftelsen Trygghetsfonden för kommuner och landsting
tel 08-702 43 00, fax 08-642 84 53

The Importance of Concepts in Creativity and Improvement
Lloyd P Provot, Gerald J Langley
Quality Progress, March 1998 pp. 31-38

Incorporating the Tools of Creativity into Quality Management
Paul E Plsek
Quality Progress, March 1998 pp. 21-28

Verklig kreativitet
Edward de Bono
Brain Books AB 1994

Analys av produktion, patientflöde och tillgänglighet i kirurgisk sjukvård
Weibull, 1992
Utredningsbanken Spri, Hylla Spri U 24 341

Delay time until delivery treatment in suspected acute myocardial infarction.
Berglin-Blom, Avhandling 1998, Göteborgs Universitet
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sykehuskö – rett vei til god helse?
Ventelistor og ventelistgaranti i styrningen av helsevesendet
Guttorm Eldöen, 1996
Kommuneforlaget, Oslo

I väntan på vård – vårdgarantier i Norden – bakgrund, utformning och effekter
Hanning, 1995
Sprirapport 412

Denna skrift beskriver en modell för systematiskt förändringsarbete som utvecklats vid The institute for Health Care Improvement, Boston, USA under benämning Breakthrough Series.

Landstingsförbundet har tillsammans med 20 team från svensk och norsk hälso- och sjukvård prövat modellen i ett pilotprojekt under benämning Genombrott från september 1997 till april 1998.

I skriften beskrivs dels själva modellen, dels redovisas erfarenheter och lärdomar från projektet.

Landstingsförbundet
Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm
Tel 08-452 72 00

Rapporten har utgått som trycksak och finns nu kostnadsfritt tillgänglig som pdf-fil via Landstingsförbundets hemsida www.lf.se

Best nr 1821 • ISBN91-7188-476-9