

Hur kan man bygga framgångsrika stödstrukturer på nationell nivå?

Kunskapsunderlag och analys utifrån Ledningskraft 2012-2013

Margareta Palmberg och Klara Palmberg Broryd, Mementor

2013-09-15

Reviderad 160222



Inledning och sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting arbetar i en flerårig satsning tillsammans med regeringen för att förbättra utveckling av vård och omsorg för sjuka äldre i kommuner och landsting. Mementor har under 2012 och 2013 fått uppdraget att konkret synliggöra, beskriva och medverka vid uppföljningen av effekt av SKL's strategi kring att bygga kapacitet för förbättringsstöd bl a genom de så kallade Noderna. Detta är ett kunskapsunderlag som sammanfattar reflektioner och lärdomar om detta.

Vi uppfattar att ledningen av Ledningskraft har tillsatt resurser för Noderna därför att man har en hypotes om att dessa organisationer har en kunskapsmassa och kompetens att stötta förbättringar i vård och omsorg som skulle vara till stor nytta för Ledningskraftsteamerna i deras arbete med att förverkliga sina handlingsplaner och nå målen i överenskommelsen.

Vi har valt att inleda rapporten med ett ramverk kring ett antal, för frågan relevanta områden följt av ett avsnitt som presenterar de olika resultat som kommit ur det gemensamma arbetet med Noderna som Mementor drivit.

Avslutningsvis reflekterar vi över de resultat som uppnåtts och vad vi ser för behov för framtiden. Vår analys är att Noderna framförallt erbjuder stöd till förbättringsarbete på mikro-nivå. Vi ser också att samspelet mellan Noderna, Utvecklingsledarna och kanske också Analysnätverket, handlat om att ta fram än mer stöd till mikrosystemen. Men man har ännu inte förmått utveckla tillräcklig kompetens, metoder och arbetssätt för att stötta makro/systemledningarna i Ledningskraftsteamerna.

Som vi ser det är det av största vikt att SKL tar denna brist på allvar och fortsätter att söka stödstrukturer och modeller som kan stödja den kunskapsutveckling som behöver ske i varje län, även på övergripande ledningsnivå. Det krävs för att aktörerna kraftfullt ska röra sig mot målen när det gäller sammanhållen vård och omsorg och därmed bättre liv för de mest sjuka äldre.

Margareta Palmberg och Klara Palmberg Broryd
Mementor, Saltsjöbaden 2013

Under hösten 2015 och våren 2016 har Margareta Palmberg arbetat på SKL's sektion för Hälso- och sjukvård inom avdelningen för Vård och Omsorg, där också tre andra sektioner finns som arbetar mot medlemmarnas uppdrag inom Hälsa, Vård och Omsorg.

I detta uppdrag har det blivit tydligt att de frågor som uppkom i samband med Ledningskraft kvarstår. Hur kan SKL bidra till en långsiktig utveckling av stödstrukturer som inte tar stopp vid organisationsgränser. Detta är fortfarande ett bidrag i denna utveckling.

Margareta Palmberg
2016

Innehåll

Inledning och sammanfattning	1
Bakgrund.....	1
Bättre liv för sjuka äldre.....	1
Mementors uppdrag.....	1
Nodernas uppdrag	1
Mementors arbetsformer för uppdraget.....	1
Varför har SKL skapat Noder?	2
Ramverk.....	3
Kort historik – utvecklingen av kvalitetsbegreppet	3
Gemensamma fundament för kvalitet och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i Sverige.....	4
Förbättringskunskap	4
Förbättringsmodell (PDSA, PGSA-hjulet)	5
Mikrosystem som delar av meso- och makrosystem.....	5
Utvecklingstrender avseende kvalitet samt styrning och ledning i hälso- och sjukvård samt vård och omsorg – skillnader och likheter.....	6
Tillbakablick – hälso- och sjukvård.....	6
Utvecklingstrender i Socialtjänst och Äldreomsorg.....	8
Behoven av samsyn mellan hälso- och sjukvård och vård och omsorg när det gäller gemensamma ansvarsområden.....	9
Hur kan man leda mot ökad kvalitet i komplexa system?	9
Komplexitet och helhet istället för delar & detaljer	10
Vad är ett komplext adaptivt system?	10
Hur kan man då göra för att leda och utveckla ett komplext system, även om man inte är chef i den traditionella bemärkelsen?.....	10
Resultat av det gemensamma arbetet med Noderna under ledning av Mementor	12
Diskussion, reflektion och rekommendationer	13

Bakgrund

Bättre liv för sjuka äldre

Sveriges Kommuner och Landsting arbetar i en flerårig satsning tillsammans med regeringen för att förbättra vård och omsorg för sjuka äldre i kommuner och landsting. Satsningen syftar till att utveckla ett systematiskt förbättringsarbete inom följande fem områden: Sammanhållen vård och omsorg, Förebyggande arbetssätt, God vård vid demenssjukdom, God läkemedelsbehandling och God vård i livets slut.

Under 2013 har extra fokus lagts på sammanhållen vård och omsorg där indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar används för en mer sammanhållen vård och omsorg som utvecklar omhändertagandet utifrån den äldres behov.

En del i Överenskommelsen (ÖK) mellan staten och SKL är Ledningskraft – ett nationellt chefsprogram med syfte att stödja länsteam att förverkliga den politiskt tagna handlingsplanen som länet arbetat fram.

I 2013 års ÖK betonas också att utvecklingsledarnätverket ska än mer kopplas till Ledningskraft vilket förväntas ske genom Nodnätverket som redan finns som stöd till teamen i Ledningskraft.

Mementors uppdrag

Mementor Ledarskap AB har under 2012 och 2013 fått uppdraget att konkret synliggöra, beskriva och medverka vid uppföljningen av effekt av SKL's strategi kring att bygga kapacitet för förbättringsstöd genom de så kallade Noderna. Uppdraget ska utmynna i ett kunskapsunderlag/rapport som sammanfattar reflektioner och lärdomar om detta. Denna ska utgöra ett komplement till utvärderingsarbetet som KI genomför av Bättre Liv-satsningen.

Nodernas uppdrag

Noderna ansvarar för att utforma den arbetsprocess som erbjuds länen i syfte att uppnå de resultat som eftersträvas, dvs som leder till konkret stöd för chefsteam att förverkliga sina läns handlingsplaner. Noderna ansvarar också för att utveckla samspelet med Utvecklingsledarnätverket. Det övergripande målet för Nodernas och Utvecklingsledarnas arbete är att länen och teamen i Ledningskraft ska nå målen inom ÖK 2013, särskilt när det gäller minskning av återinläggningar och undvikbar slutenvård.

Noderna utgörs av utvecklingsenheter från Landsting och Regioner i Sverige. Under 2012 fanns fem Noder, och under 2013 minskas dessa till tre Noder. Dessa är Memeologen i Västerbotten, Qulturum i Jönköping och Utvecklingscentrum i Skåne.

Mementors arbetsformer för uppdraget

Mementor har under år 2012 och 2013 dels deltagit som observatörer på alla Ledningskrafts nationella mötesplatser samt deltagit som föreläsare i alla regionala mötesplatser under hösten 2012. Mementor höll dessutom i ett parallell-seminarium om att Leda i komplexa system på mötesplatsen i maj 2013.

Mementor har dessutom deltagit i två möteplatser för Utvecklingsledare, ett under hösten 2012 (som föreläsare) och även på "Vi förbereder oss dag" med SKL, Noder och Utvecklingsledarnätverket den 1/2 2013 (som observatörer).

Mementor har planerat och hållit i avstämning och uppföljning mellan Noder & SKL genom ett antal möten under 2012 och 2013: "Summercamp" i juni 2012 och i juni 2013, samt ett par arbetsmöten däremellan. Syftet med dessa möten har varit att skapa en samsyn om uppdraget som Nod, samt att utveckla gemensamma koncept för arbetet. Noderna har dessutom träffats utan SKL och Mementor.

Mementor har samlat material och intryck, som redovisas här, samt genomfört en analys på detta för att belysa de frågeställningar som vårt uppdrag utgår ifrån.

Varför har SKL skapat Noder?

Vi uppfattar att Ledningskraft har tillsatt resurser för Noderna därför att man har en hypotes om att dessa organisationer har en kunskapsmassa och kompetens att stötta förbättringar i vård och omsorg. Avsikten var att Noderna skulle vara till stor nytta för Ledningskraftsteamerna i deras arbete med att förverkliga sina handlingsplaner och nå målen i överenskommelsen.

SKL's roll för att stötta systemledning i regioner, kommuner och landsting 2016

Behovet av kunskapsutveckling avseende systemledning för utveckling som inte bara berör en organisation, eller del av organisation, kvarstår. SKL skulle kunna ta en ledande roll i den utvecklingen. Det behövs såväl kunskap, metaforer som möjlighet att träna och diskutera vad detta synsätt kan innebära. Lärandet behöver ske både på politisk och på ledande tjänstemannanivå. Detta kunskapsunderlag kan utgöra en grund för ett sådant utvecklingsarbete.

Ramverk

Vi har valt att inleda rapporten med ett ramverk kring ett antal, för frågan relevanta områden: TQM som bas i kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvård och vård och omsorg; Utvecklingstrender avseende kvalitet samt styrning och ledning i hälso- och sjukvård samt vård och omsorg – skillnader och likheter; samt Hur kan man leda mot ökad kvalitet i komplexa system och hur kan man göra för att leda och utveckla ett komplext system (en organisation), även om man inte är chef i den traditionella bemärkelsen?

Kort historik – utvecklingen av kvalitetsbegreppet

Kvalitet i industrin och i produktion av varor utvecklades kraftfullt efter andra världskriget. Centrum för denna utveckling sägs ha legat i Japan som efter kriget tog in amerikanska ingenjörer, Walter Shewhart, Edwards Deming och Joseph Juran för att bygga upp sin industri till världsklass. De fokuserade och utvecklade tänkande och metoder för planering, organisation, ledningens ansvar för kvalitet och insikten om behovet av kvalitetsförbättringar, allt med ett fokus på "kunden", dvs den man finns till för. Begreppet som myntades av dem var "Total Quality Management"(TQM). Det ledde till att synen på "efterkontroll" som metod kraftigt ifrågasattes, till förmån för ett arbetssätt som är *kundorienterat, proaktivt* (dvs. man testar förändringar i liten skala med det så kallade PDSA-hjulet, för att hitta de olika delar och kombinationer av delar i förbättringar som behöver göras) och *processorienterat* (dvs. det är den kedja av insatser och händelser som skapar resultat, inte enskilda delar och enskilda personer) och där *kvaliteten byggs in i arbetssättet* och har förmåga att korrigeras allt eftersom. Inte förrän på 1980-talet började dessa idéer få fäste i industrin i västvärlden, och tog då full fart, och det är fortfarande på dessa fundament som nyare koncept som t ex Lean, Six Sigma med flera, bygger på.

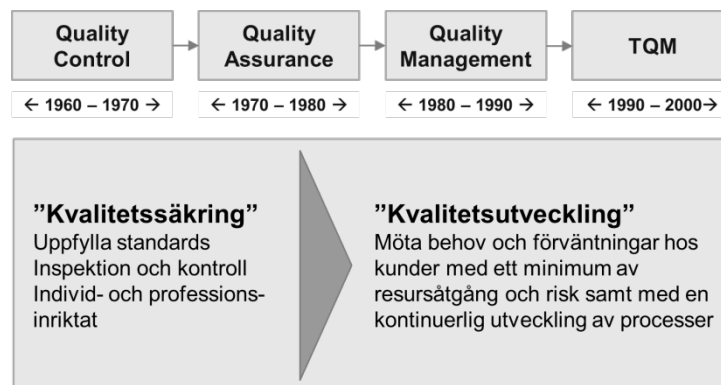
I slutet av 1980-talet startade ett arbete i USA, med en liten nonprofit organisation, Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston, med att testa om industrins TQM-metoder också kunde fungera inom hälso- och sjukvårdssektorn. Hälso- och sjukvård (HoS) i USA hade under lång tid arbetat med stor tunga ackrediteringssystem där man kontrollerade huruvida vissa standarder efterlevdes eller ej – dvs en sorts efterkontroll som var individ- och professionsinriktad och inte process- och kundinriktad. IHI's arbete visade att TQM var ett användbart koncept även inom HoS. Idag, ca 25 år senare kan man säga att man nått konsensus i USA om att detta synsätt är det mest framgångsrika.

I Sverige intensifierades arbetet med kvalitet i HoS under 1990-talet. Dåvarande Landstingförbundet (Lf) tog ett stort antal initiativ, bl a beslöt det politiskt att det skulle finnas en utmärkelse för god kvalitet i HoS, som efter mycket arbete och diskuterande blev den så kallade QUL-utmärkelsen som bygger på Utmärkelsen Svenska Kvalitet (USK). Frågan om huruvida kundbegreppet är användbart i denna verksamhet har diskuterats intensivt i olika perioder, men konklusionen är ändå att "kund" är ett bra gemensamt ord för dem man finns till för.

Lf tog också hem och anpassade ett stort antal metoder tillsammans med landstingen för kvalitetsförbättringsarbete, som t ex Genombrott, Värdekompassen m fl. Dessutom startade Lf tillsammans med Socialstyrelsen ett arbete för att de sk kvalitetsregistren skulle kunna användas som underlag för kvalitetsförbättringar. Vid den tiden var registern få och användes framförallt som underlag för forskning. Utvecklingen av kvalitetsregister har varit kraftfull sedan slutet av 1990-talet. T.ex. används ju ett antal befintliga och nya kvalitetsregister idag som en del av utvecklingsstödet och

uppföljningen av landets kommuner och landsting samt dess leverantörer, såväl offentliga som idéburna och privata, när det gäller överenskommit om i "Bättre Liv för Sjuka Äldre" under 2011-2014.

Utvecklingen av kvalitetsbegreppet inom "vård- och omsorg" inom den kommunala sektorn, där bland annat ansvaret för samhällets äldreomsorg finns, har kommit senare, och tagit fart under 2000-talet. Idag finns samsyn om fundamenten med hälso- och sjukvårdssektorn, även om det inom vård- och omsorgssektor saknas mycket av den forskning och systematiska kunskap om resultat av insatser, som är en viktig komponent i ett systematiskt förbättringsarbete, och som till större delar finns inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har i de senaste föreskrifterna och allmänna råden om kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) vänt sig till båda dessa sektorer. Vi återkommer nedan om hur vi uppfattar att de fundament som är gemensamma för båda sektorerna ser ut. Sammanfattningsvis kan nedanstående bild åskådliggöra utvecklingen under andra halvan av 1900-talet i såväl samhället i stort som inom hälso- och sjukvård.



Figur 1 - Kvalitetsbegreppet har utvecklats under 1900-talet

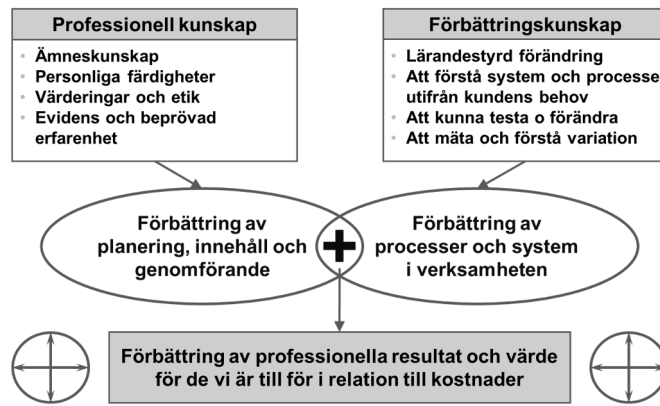
Gemensamma fundament för kvalitet och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i Sverige

Förbättringskunskap

1993 skrev professor Paul Batalden och Patricia Stoltz en vetenskaplig artikel¹ som har blivit ett fundament för den fortsatta kunskapsutvecklingen inom fältet. I artikeln utvecklade de förståelsen för att det behövs såväl en utveckling av de professionella kunskapsområdena (t.ex. geriatrik, omvårdnad, socialt arbete, diakoni) som av kunskapen om sk. "improvement knowledge" som har översatts till "förbättringskunskap" på svenska. Detta kunskapsområde har sedan dess utvecklats och formulerats allt tydligare och håller idag på att formas till ett eget vetenskapligt område.

Området Förbättringskunskap innehåller de kunskapsområden som ni ser i den högra rutan nedan. Modellen beskriver att det är genom att kombinera professionell kunskap och den evidens och beprövade erfarenhet som finns, med förbättringskunskap, som man kan uppnå såväl förbättringar av innehållet i tjänsten som av processerna om levererar tjänsten och därmed få en ständig förbättring av såväl professionella resultat som värde för dem som tjänsten finns till för (kunderna) i relation till kostnaderna.

¹ Batalden, P. & Stoltz, P. (1993). "A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work". *The Joint Commission* 4

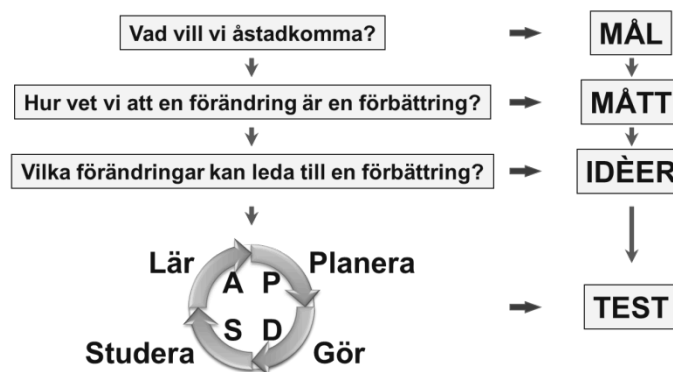


Figur 2 - Förutsättningar för utveckling av en kunskapsbaserad praktik – att koppla teori till praktik, utvecklad utifrån Batalden & Stoltz

Förbättringsmodell (PDSA, PGSA-hjulet)

En annan modell som är fundamental, gemensam och används flitigt i välfärdssektorn i Sverige idag är PDSA eller PGSA-hjulet. Det är en modell för hur man systematiskt tänker och gör när man testar i liten skala för ta reda på vilka kombinationer av insatser som förbättrar verksamhetens resultat ur många aspekter. Ursprungligen var det Walter Shewhart, en av kvalitetsrörelsens grundare, som uppfann denna modell. Han är också fader till tankarna om Statistisk Process Styrning (SPC).

Såväl PDSA-hjulet som SPC-metoderna låg till grund för det framgångsrika TQM-arbetet i Japan på 1950 – 60-talet. Under senare år har Tom Nolan och hans kollegor utvecklat detta arbetssätt till moderna förhållanden. Den modell som används idag, "Nolans modell" kan tydliggöras via figuren nedan².



Figur 3 - Nolans modell för att driva förändring

Mikrosystem som delar av meso- och makrosystem

Ytterligare en del av ramverket utgörs av teorierna om sk. kliniska mikrosystem. Det är ett begrepp som används i dagens forskning och teorier om förbättringsarbete. Ett kliniskt mikrosystem är definierat som en grupp medarbetare som regelbundet arbetar tillsammans, inklusive patienten och det IT-stöd som används. Det ska inte förväxlas med begreppet team. Det är vidare än så. Mikrosystemet kan också sägas inkludera den plats och miljö där patienter och vårdgivare möts. Man

² Langley, G.L., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L., & Provost, L.P, (2009). The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance (2nd Edition). San Francisco: Jossey Bass.

har gemensamma värderingar, mål, information, man ingår i samma process och åstadkommer tillsammans ett resultat. Mikrosystemet kan ha såväl kliniska som ekonomiska mål, samverkande processer, delad information och skapar tillsammans resultat.

Det kliniska mikrosystemet är en del av ett större mer komplext system, som i denna teoribildning kallas meso, det vill säga mellannivån, till exempel klinik eller vårdenhet. Utöver mikro- och mesonivån finns makronivån, som är den övergripande nivån, dvs den nivå där kommuner och landsting möts och där även staten eller det omgivande samhället har sin roll i relation till mikrosystemet.

I denna teoribildning säger man att det framförallt är tre grundläggande faktorer som påverkar utfallet i systemet:

- Större system är uppbyggda av mindre (mikro-) system
- Det är de mindre systemen som producerar kvalitet, säkerhet och kostnadsresultat
- Makrosystemets resultat kan aldrig bli bättre än vad mikrosystemen presterar eftersom de är mer eller mindre förbundna med varandra och presterar bättre eller sämre beroende på vilka förutsättningar som ges³

Detta sätt att se på "system" skiljer sig delvis från den typ av systemsyn som finns formulerad i teorierna om komplexa adaptiva system (KAS) som beskrivs längre fram i ramverket. Framförallt handlar det om att mesonivåns roll är mycket svagt utvecklad i teorierna, samt att sampelet mellan mikro och makro inte heller beskrivs. Fokus ligger helt på att utveckla mikrosystemen, utan att skapa strategier så att mikrosystemen samspelar med hela systemet.

Vi återkommer i vår analys omkring hur vi ser att dessa olika synsätt har olika styrkor och begränsningar i att påverkar framgång i den typ av utveckling som Bättre Liv och Ledningskraft kräver.

Utvecklingstrender avseende kvalitet samt styrning och ledning i hälso- och sjukvård samt vård och omsorg – skillnader och likheter

Tillbakablick – hälso- och sjukvård

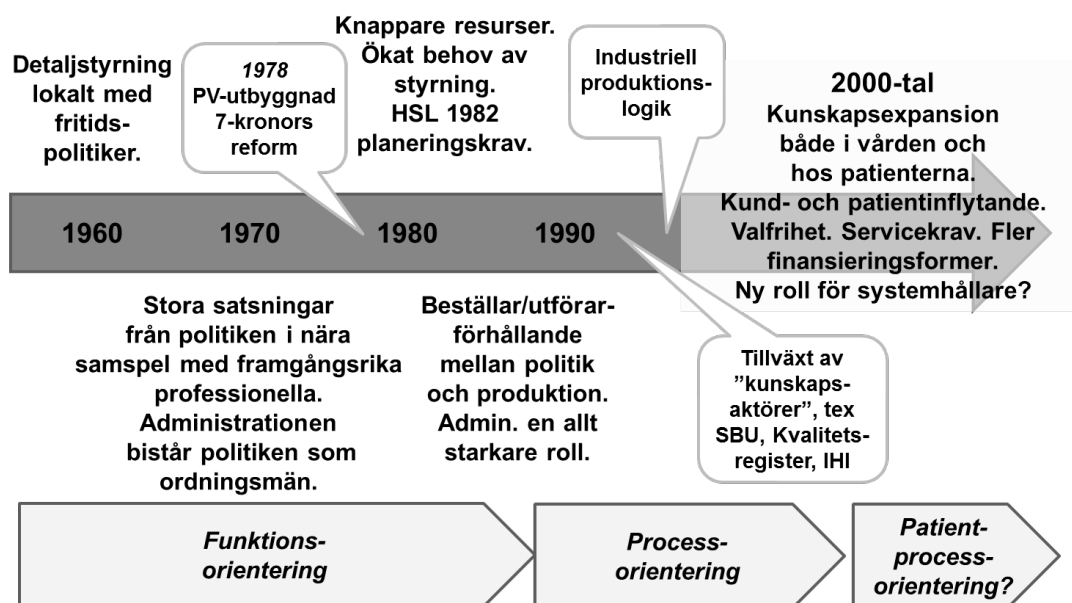
Redan 1863 inrättades landstingen för offentlig vård. Detta ger denna institution en lång historia. Under 1960- 1970- talen ägde en kraftig expansion rum, utifrån en stark tilltro till offentlig sektors möjlighet att skapa resultat. Denna expansion ledde dock också till att en komplex, svåröverskådlig och svårstyrd verksamhet byggdes upp under en förhållandevis kort period. För att hantera detta har man under de senaste decennierna växlat mellan att decentralisera för att ge utrymme för mångfald och flexibilitet och att centralisera för att uppnå "rationella stordriftsfördelar" där helhet och samordning varit ledorden.

Hälso- och sjukvården består av många åtskilda yrkesgrupper, och man kan säga att yrkesgrupper har historiskt sett varit vårdens byggnadsblock. Fördelningen av arbetsuppgifter mellan dessa regleras

³ Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems Clinical Microsystems Series Nelson, Godfrey, Batalden, mfl The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety July 2008 Volume 34 Number 7

ofta av lagar, regler och traditioner. De styrs av en *professionell logik*, med en snabbt ökande specialisering och komplexitet i kunskapsbas och arbetsfördelning.

Professionella grupper utmärks av att de baserar sin yrkesutövning på teoretisk kunskap som de tillägnat sig genom en lång grundutbildning. Man har också en tydlig koppling till forskning inom sina respektive kunskapsområden. Av tradition har det ansetts vara så att kompetensen inte kan styras eller värderas av någon annan än den som har samma utbildning och tillgång till kunskapsutvecklingen inom den egna professionen. En professionell yrkesutövare kännetecknas av autonomi och ansvar, samt litet intresse av att styras utifrån.



Figur 4 - Utvecklingstrender inom styrning och ledning av svensk hälso- och sjukvård

En organisation som huvudsakligen drivs av professionella grupper, så som hälso- och sjukvården gjort under en lång period, har vanligen inte så tydliga gränser mot andra organisationer. Istället har man tydligt uttalade krav på lojalitet mot den egna professionen och uppdraget samt ofta klara och svårföränderliga gränser mellan yrkesgrupper inom organisationen. Detta begränsar ledningens möjligheter att leda, fördela och ompröva arbetsätt och arbetsformer.

Den administrativa sfären har historiskt sett inte haft så stort inflytande på styrningen av vården, utan mer endast administrerat de andra sfärerna, profession och politik. Politiken har alltid haft ett tungt inflytande på resursfördelningen i hälso- och sjukvården, men rollen har varit ganska okontroversiell så länge det fanns nya resurser att fördela. Numera måste man som politiker ta ansvar för sparåtgärder och nedläggningar av verksamheter.

Rollfördelningen och samspelet mellan de professionella grupperna (framförallt läkarna) och de övriga sfärerna, den politiska och den administrativa, är en ständig källa till förändring och utveckling.

Att vara chef i vården idag innebär att arbeta i en komplex miljö, präglad av olika historiska ideal om hur en effektiv och kvalitativ verksamhet kan bedrivas. Det finns starka traditioner som vilar på normer och krav från olika intressen som ofta är i konflikt med varandra, samtidigt som ambitionen från många aktörer att vara med och styra och leda är hög.

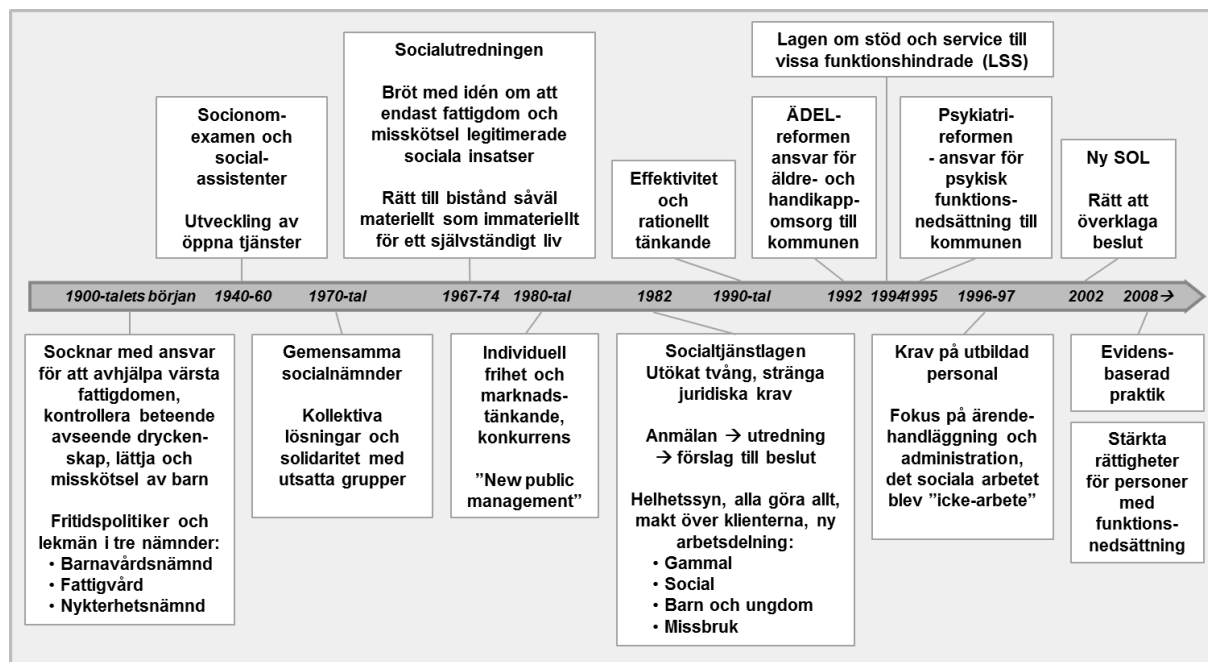
Dessa olika "logiker" har alltså grundläggande olika sätt att uppfatta problem, lösningar och samband. De är knutna till särskilda styrformer, regelverk, intressen och aktörer. Det finns anledning att anta att en av de avgörande faktorerna för att hälso- och sjukvården är så svårstyrd är just denna komplexitet. Figur 4 beskriver schematiskt hur olika synsätt präglar styrningen över tid.

Utvecklingstrender i Socialtjänst och Äldreomsorg

När vi i olika uppdrag studerat utvecklingen av socialtjänst de senaste åren, där också äldreomsorg är en del, så kan vi konstatera att det råder en helt annan dynamik mellan de tre områdena; profession, administration och politik i området socialt arbete.

Den professionella logiken inom äldreomsorg/socialtjänst är mycket svagare än inom hälso- och sjukvården. Detta beskriver bl.a Ruth Wächter i "Vardagsbegrepp i Socialt Arbete – Ideologi Teori och Praktik"; 1998, 2009 som ett stort problem. Hon hävdar att "ärendehanteringsformeln" styr på ett sätt som gör att det professionella sociala arbetet får stryka på foten. Det betyder att den administrativa logiken är mycket starkare än den professionella. Det gör att socialarbetaren oftare prioriterar att se sitt arbete som administrativt än som interaktiv. Det akademiska ämnet socialt arbete är också mycket ungt, och man har i mycket begränsad omfattning beforskat vilken typ av insatser som ger olika typer av resultat. Detta leder till att det vetenskapliga underlaget, som en del av Evidensbaserad praktik (EBP) ännu är mycket svag.

Politiken har också en annan roll i socialtjänsten än i hälso- och sjukvården. I socialtjänsten fattar man många individbeslut direkt i nämnd eller arbetsutskott. Det gör att dynamiken mellan profession och politik ser helt annorlunda ut. Nedan finner ni en motsvarande tidslinje som för hälso- och sjukvården.



Figur 5 - En överblick över utvecklingen av socialtjänsten i Sverige

Behoven av samsyn mellan hälso- och sjukvård och vård och omsorg när det gäller gemensamma ansvarsområden

Som jag pekat på ovan så finns det fundamentala skillnader i synen på roller samt styrning och ledning i de två verksamhetsområdena. Detta blir uttalat när staten genom överenskommelser med SKL nu förväntar sig ett utvecklat samarbete mellan kommuner och landsting och deras offentliga, idéburna och privata aktörer, när det gäller vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Många av de synsätt som utvecklats inom hälso- och sjukvården, starkt påverkat av dess starka professionella grupper, förväntas nu komma till nytta i utvecklingen av socialtjänstens delar av äldreomsorgen. Exempel är kvalitetsregisterutvecklingen inom äldreområdet samt kraven på kommunerna att utveckla en "Evidens Baserad Praktik" (EBP) inom socialtjänsten.

Hur kan man leda mot ökad kvalitet i komplexa system?

I den tillgängliga forskningen omkring kvalitet och ledarskap i hälso- och sjukvård och vård och omsorg konstaterar man ofta att systemet är oerhört "komplex". Det tas ofta som en intäkt på att det är svårstyrt och svårt att utveckla och förändra. Det är mer ovanligt att man analyserar och för fram idéer om vad det innebär i kunskapssyn. Förslag till hur man skulle kunna hantera detta är också ovanliga. Man snarare beskriver komplexiteten som ett hinder och skäl till varför man inte lyckas åstadkomma det man vill och behöver.

På senare år har det dock kommit fram kunskap i såväl den svenska som den internationella forskningen som tagit fasta på den vetenskapliga utvecklingen runt sk "komplexa adaptiva system"(KAS) . Detta har betydelse för hur man kan se på hur man leder en organisation som kan skapa hög kvalitet i sina tjänster.

Hösten 2001 hade British Medical Journal en artikelserie⁴ där man belyste dagens problematik inom hälso- och sjukvård såsom klinisk praktik, organisation, ledning, forskning, utbildning och professionell utveckling med hjälp av den kunskapssyn som erbjuds inom komplexitetsforskningen. 2009 disputerade sedan Klara Palmberg Broryd vid Luleå teknisk universitet med avhandlingen "Beyond Process Management"⁵, där hon utvecklat ett synsätt på hur man kan leda och utveckla i komplexa system. I avhandlingen berör hon också hur "systemledningen" kan tänka om vad som kan ledas och vad som inte kan ledas. Detta finns också beskrivet i en populärvetenskaplig artikel från Kvalitetsmagasinet⁶ och nu senast i tidningen Fysioterapi⁷

I både artiklarna och i avhandlingen finns det samsyn på vissa grundläggande begrepp och i båda erbjuds ett antal angreppssätt som kan vara till stor nytta för den fortsatta utvecklingen av arbetet i Bättre Liv.

⁴ Artikelserie i British Medical Journal, 15 september - 6 oktober 2001, Vol 323. Complexity Science. Paul Plsek, Trisha Greenhalgh

⁵ Palmberg, K. (2009a). "Beyond Process Management. Exploring Organizational Applications and Complex Adaptive Systems", PhD-thesis, Quality Management, Luleå University of Technology.

⁶ Palmberg, K. (2009), "Chokladklumpar och fågelflockar", Kvalitetsmagasinet, nr. 5

⁷ Palmberg Broryd, K. (2013), "Om att leda och driva utveckling – processer, matriser och att leda i komplexitet", Fysioterapi nr 3

Avhandlingen, artikeln och mer material på ämnet finns på www.mementor.se

Komplexitet och helhet istället för delar & detaljer

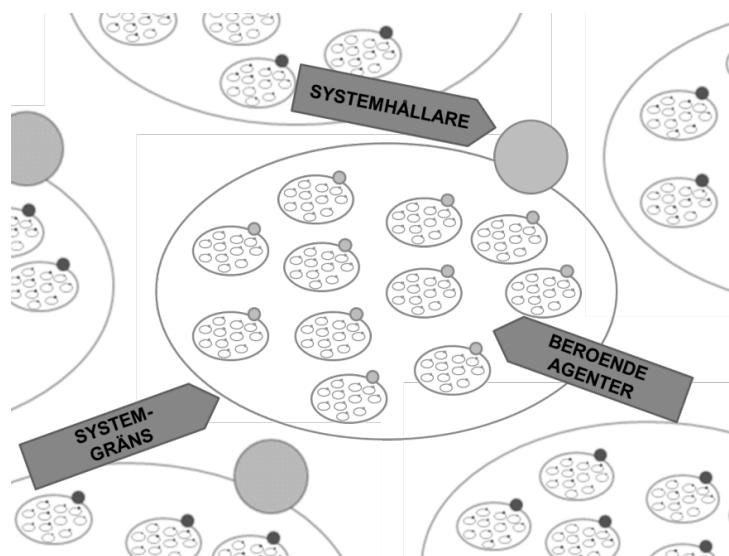
Trots att mycket har förändrats i samhället så leder och styr vi fortfarande våra organisationer baserat på idéerna från männen som utvecklade byråkratin (Weber, 1864-1920), administrationen (Fayol, 1841-1925) och scientific management (Taylor, 1856-1915). Den dominerande metaforen för hur vi ser på våra organisationer är fortfarande den hierarkiska strukturen.

Newtons syn på universum som en "klocka", där problem kan brytas ner i små delar, analyseras och lösas med rationell deduktion har kraftfullt influerat hur vi tänker både om medicinskt arbete och om ledning av vård. Men denna maskinmetafor har idag svikit oss som underlag för nödvändig utveckling, när vi inte upplever att delar är konstanta, oberoende eller förutsägbara. Man hävdar att den nya vetenskapen om komplexa adaptiva system (KAS) erbjuder nya metaforer som kanske hjälper oss att hantera denna verklighet bättre.

Sedan andra halvan av 1900-talet har det skett en förflyttning från strävan att dela upp organisationer i mindre delar (t.ex. som i den funktionella hierarkin) och att leta efter raka orsak-verkan samband mellan delarna (processledning), till att se på helheter och system. Man talar om: "Från industrisamhälle till kunskapsamhälle" eller "Från maskinålder till systemålder"

Vad är ett komplext adaptivt system?

Ett komplext adaptivt system (KAS) kan definieras som ett antal sinsemellan beroende aktörer som skapar en helhet som har möjlighet att utvecklas och anpassa sig utifrån förändrade förutsättningar genom självorganisering (utan att någon ledare berättar exakt hur det ska gå till). Aktörerna kan både vara enskilda personer eller hela organisationer.



Figur 6 - Metafor för ett komplext adaptivt system

Hur kan man då göra för att leda och utveckla ett komplext system, även om man inte är chef i den traditionella bemärkelsen?

- Använd tydliga **visioner** och kommunicera bilder av vad du vill att verksamheten (systemet) ska åstadkomma och i vilken riktning du vill att utvecklingen ska ske.
- Fundera över vilka **enkla regler** som kan skapa ett önskvärt beteende i ditt system – så få som möjligt (max 3-5 stycken)

- Hitta **attraktorer** för att skapa en önskvärd utveckling – gör det enklare, roligare, billigare eller snabbare att göra på det nya än det gamla sättet.
- Håll utkik efter dina "**chokladklumpar**", dvs. de delar som fungerar som du önskar. Synliggör dem för andra, uppmuntra dem i sitt arbete och koppla ihop chokladklumpar med varandra.
- Driv förändring genom att experimentera och reflektera.
- Se till att ni har **återkopplingsystem** (feedback) som kan visa om testerna leder utvecklingen i önskvärd riktning.
- Skapa en nivå av **mångfald och spänning** som skapar dynamik, utan att framkalla allt för mycket stress hos medarbetarna.

I Palmbergs forskningsarbete, i en studie av Nacka kommuns skolsystem, har en metafor för ett komplext adaptivt system vuxit fram. Bilden beskriver hur ett system har en systemgräns inom vilken många olika fristående aktörer befinner sig, i fallet Nacka de olika skolorna, både kommunala och fristående. Den "mörka bollen" beskriver systemets systemledning, som i fallet i Nacka består av politiken och de centrala tjänstemän, som ansvarar för att sätta upp förutsättningarna i systemet.

Result – sätta mål: vad vill vi uppnå?
Approach – vad ska vi göra?
Deployment – hur ska vi göra?
Assess – följa upp: hur går det?
Refine – hur ska vi förfina?

Kopplat till teoribildningen har också ett synsätt på vad systemledningen kan och bör styra, och vad som bör lämnas att utveckla av de fria aktörerna inom systemet, för att gå mot de gemensamt uppsatta målen. Synsättet bygger på ramverket för "RADAR" som beskrivs i ovan.

RADAR kommer från den europeiska kvalitetsutmärkelsen EFQM och beskriver hur framgångsrika organisationer arbetar där man:

- sätter upp vilka mål, vilket värde och vilka resultat man vill uppnå (**R**)
- tar fram angreppssätt (**A**)
- bestämmer hur dessa ska tillämpas (**D**)
- för att sedan följa upp (**A**)
- förfina sitt system (**R**).

Empirin har visat att när man leder i komplexitet och inte kan styra aktörerna i en klassisk hierarkisk linjeorganisation, bör systemledningen (de som ansvarar för systemet) istället inrikta sina krafter på "RAR", dvs:

- sätta upp mål och resultatkrav (**R**)
- följa upp dessa (**A**)
- förfina målen när resultaten visar vad som behöver förfinas (**R**).

Däremot bör valet av angreppssätt (A) och hur de tillämpas (D) lämnas till aktörerna i systemet att bestämma. De olika aktörerna kan välja att göra på många olika sätt, och ändå nå målen, och det är viktigt att i komplexa system lämna stor frihet för detta.

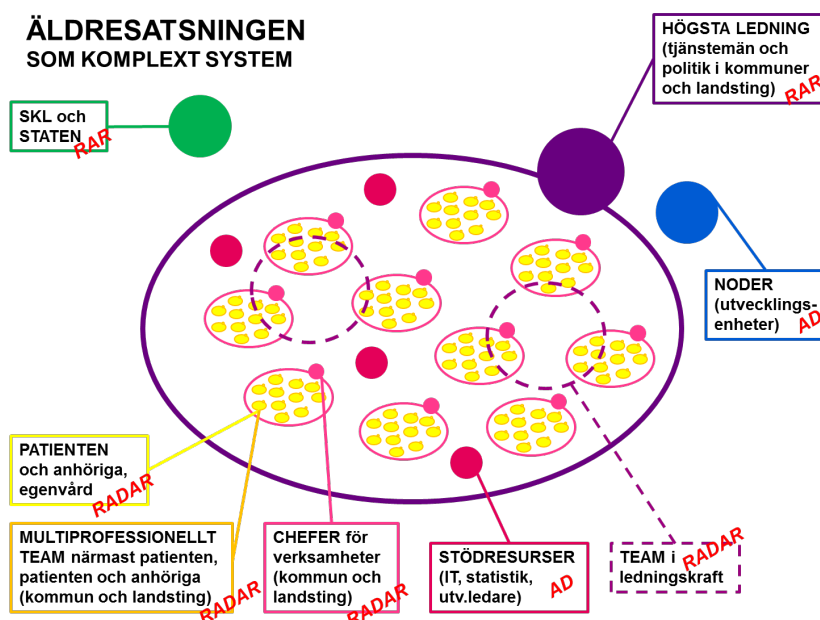
Detta har stark bäring på Ledningskraftsteamens arbete. De kan inte via "linjen" styra alla som deltar i arbetet för att skapa resultat för de mest sjuka äldre. Men genom en tydlig RAR-styrning kan man få en önskvärd rörelse och riktning.

Resultat av det gemensamma arbetet med Noderna under ledning av Mementor

I avsnittet nedan presenteras de olika resultat som kommit fram vid det gemensamma arbetet med Noderna som Mementor drivit, främst vid de gemensamma träffarna vid Summercamp 2012 och 2013 och ett antal möten däremellan.

Hur såg idén ut om vad Noderna skulle göra?

Vid Summercamp 2012 samlades representanter från Noderna och SKL vid två dagars arbete tillsammans med Mementor. Fokus var att utröna vad Noderna ska erbjuda länen samt utforska Nodernas uppdrag i förhållande till Ledningskraft som helhet och teoribildningen kring komplexa adaptiva system.



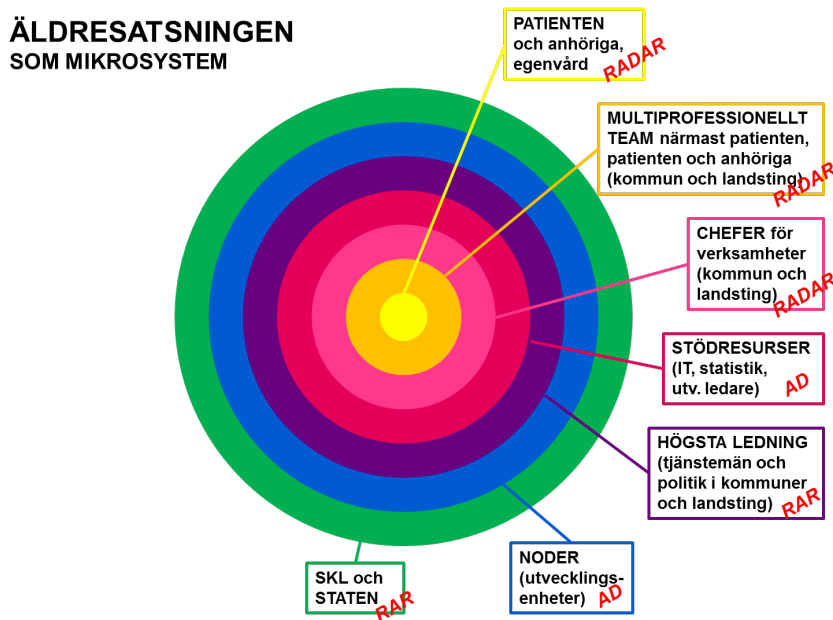
Figur 7 – Äldresatsningen som komplext system

Vad ska Noderna erbjuda – dokumentation av Nodernas arbete vid Summercamp 2012

I en workshopövning som leddes av Mementor under Summercamp 2012 arbetade Noderna fram vad de borde erbjuda länen, se lista av rubriker nedan samt mer utförligt i bilaga 1:

- Skapa och stödja ledningsstruktur/ systemledning
- Coacha och stödja utvecklingsledare och team
- Hålla fokus
- Skapa struktur och idéer
- Skapa förståelse
- Dataanalysstöd
- Resultatfokus
- Fråga efter
- Uppmuntra och peppa
- Identifiera och sprida goda exempel
- Skapa mötesplatser
- Stödja metoder och patientmedverkan
- Utbildning
- Noderna – internt

De gemensamma diskussionerna från Summercamp 2012 sammanfattades också i de två bilder som beskriver Nodernas roll i förhållande till Ledningskraft som system utifrån teorin kring mikrosystem samt komplexa adaptiva system, se Figur 8 och Figur 7 nedan (se ramverket avseende förklaring av begrepp).



Figur 8 - Äldresatsningen som mikrosystem

Diskussion, reflektion och rekommendationer

Det är ett utmanande och krävande arbete för alla inblandade, att få resultaten i hela landet att lyfta när det gäller att förbättra för de mest sjuka äldre.

Utifrån de nationella resultaten hittills, kan man säga, om man använder en grov pensel nu i september 2013, att resultat som påverkas av att enskilda enheter driver ett bra förbättringsarbete, rör sig i en tydlig positiv riktning (t.ex. indikatorerna för Läkemedel och Preventivt arbetsätt). Däremot tycks det vara mycket svårare att få till önskvärda resultaten när det gäller indikatorerna kring "Sammanhållen vård och omsorg".

Detta beror antagligen i grunden på att de sammansatta indikatorerna kräver en hantering av komplexiteten i systemen. Många fler aktörer måste verka för gemensamma mål, och resultaten skapas i samspelet mellan dessa, inte av förbättring och optimering av varje mikrosystem för sig.

Vi anser att det krävs en mycket tydlig strategisk "systemledning" i varje län, som sätter upp gemensamma mål, arbetar med gemensam resultatuppföljning och korrigerar sina mål utifrån vad som utvecklas ("RAR-styrning" enligt vårt tidigare ramverk). Som vi uppfattar tanken i Ledningskraft är detta ett arbetet för Ledningskraftsteamerna. Utifrån detta skulle sedan de enskilda enheterna få bättre förutsättningar att kunna agera tillsammans på önskvärd sätt.

Samtidigt har de utvecklingsresurser som ställts till länens förfogande av SKL, genom bl.a. Noderna, framförallt metoder och arbetsätt som stödjer mikrosystemens förbättring och utveckling, men har

däremot en mycket begränsad kunskap, metod och erfarenhet om att stötta "systemledning" på den nivå som Ledningskrafts-teamen befinner sig.

Vår analys är att Noderna framförallt erbjuder stöd till förbättringsarbete på mikro-nivå. Det har också gjorts att samspelet mellan Noderna, Utvecklingsledarna och kanske också Analysnätverket, handlat om att ta fram än mer stöd till mikrosystemen, men ännu inte förmått utveckla tillräcklig kompetens kring att stötta makro/systemledningarnas förmåga i Ledningskraftsteamerna att leda i komplexitet.

Vi har tagit del av intervjustudien av länsrepresentanters erfarenhet tom våren 2013 som genomförts av forskare från Karolinska Institutet, och de resultaten tyder på samma problem som de vi sett i vårt uppdrag. Man upplever en stor brist på strategiskt stöd till systemledningsfunktionen/ Ledningskraftsteamerna på länsnivå.

Det är av största vikt att SKL tar denna brist på allvar och fortsätter att försöka hitta stödstrukturer som kan stödja den kunskapsutveckling som behöver ske i ledningen i varje län för att man kraftfullt ska röra sig mot målen när det gäller en sammanhållen vård och omsorg och därmed ett bättre liv för de mest sjuka äldre