

Att leda för bättre

Om framtidens ledarskap

Från Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården • november 1998

KRAFTSAMLING

för att **förnya ledarskapet**
i svensk hälso- och sjukvård

Framtidens ledarskap i hälso- och sjukvården - hur kan det se ut? Vad krävs av den som tar på sig uppgiften att leda i denna förändringens tid? Vilka hjälpmedel kan ledare använda sig av? Var och vad kan vi lära av andra?

Detta är frågor som Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården ägnat snart 1,5 år åt att utröna. I denna tidning presenterar vi en del av den kunskap som Nätverket nu för vidare.

Vi behöver nya bilder för att kunna tänka nytt

Kanske är cirkusen en bättre metafor (bild) för dagens hälso- och sjukvård än historiens militära eller industriella bilder. På en cirkus finns individualism och lagspel, koncentration, anspänning och utmaning, energi, rörelse och synergi. Här finns många duktiga artister som utför fantastiska prestationer och alla behövs för helheten: Utan trumvirvlar blir balansakten på lina inte lika spännande.

Vi behöver regissörer som skapar en helhet av flera delar. Svensk sjukvård ska ledas offensivt för fantastiska prestationer av framstående artister.

Mer om innehållet i denna tidning på Sid 3



Svensk hälso- och sjukvård - en manege med fantastiska prestationer av framstående artister... Teckning: Emmeli Häggström

Trender i svensk sjukvård

Vi kan idag se tre aktuella skeenden som indikerar vart hälso- och sjukvården är på väg, säger Toivo Heinsoo, direktör på Landstingsförbundet:

1. Patientens ställning stärks!

Detta sker bl a med beslut som Landstingsförbundet har tagit och som har lett till att flera landsting tagit beslut i samma riktning.
– Här håller således på att ske en stark förskjutning som hälso- och sjukvården har skyldighet att anpassa sig till.

2. Nationell samordning

Vi har haft en utveckling där vården har decentraliserats från stat till landsting och kommuner. Denna utveckling har fortsatt med finansieringen av vården. Nu kommer tecken på nationell samordning när det gäller

- vårdavgifter, t ex fri sjukvård för barn upp till 19 år
- tillgänglighet - nya "vårdgarantier"
- högspecialiserad vård
- läkarnas fortbildning.

– Blir detta en sak för Landstingsförbundet eller ska detta

regleras med lagar och avtal? Inte troligt. Men hur blir det då?

3. "Nu vänder det"

I Sverige utgör hälso- och sjukvården en unikt liten andel av BNP jämfört med andra länder. I Sverige har andelen varit sjunkande i flera år och ändå diskuterar vi hela tiden att lägga till nya tjänster. Flera andra länder har däremot beslutat höja sjukvårdens andel av BNP.

Under det senaste året har det delats ut mer pengar till svensk sjukvård och nu tycks det som ekonomin har vänt.

Förutsättningarna för svensk sjukvård ändras kanske dramatiskt...

Detta gäller särskilt inom medicinsk teknologi och ledarskap. Även i stort kan vi se fram mot en fortsatt snabb och komplex förändring under de kommande åren.

Detta påstår docenten och framtidsforskaren Magnus Söderström vid IPF, Uppsala universitet.

– Vi kommer definitivt att gå in i K-samhället (komplex-samhället), säger han när han granskar vad de så kallade futuristerna siat om under senare delen av 1900-talet.

Sid 2

Magnus Söderström, framtidsforskare:

Förutsättningarna för sjukvård förändras dramatiskt!

■ Vi kan se fram emot en fortsatt snabb och komplex förändring under de närmaste 5-7 åren.

■ Vi kommer definitivt att gå in i K-samhället (komplex-samhället).

■ Förutsättningarna för hälso- och sjukvård kommer att förändras dramatiskt, särskilt inom medicinsk teknologi och ledarskap.

Detta är tre slutsatser som Magnus Söderström, docent och framtidsforskare vid IPF i Uppsala, kommit fram till. Det sammanfattar vad de s k futuristerna/framtidsforskarna under årens lopp sagt om framtiden.

Första generationen futurister/ 70-tal

Daniel Bell hävdade 1973 att vi skulle lämna industrisamhället om 25 år och gå in i det postindustriella samhället. Svårast skulle det bli för de mest industrialiserade länderna - om vi inte förberedde oss (The Post-Industrial society)

Alvin Toffler kallade detta för den tredje vägen. (Vågorna är de grafiska kurvorna som visar mängden människor sysselsatta inom de dominerande näringsgrenarna.) Den första vägen var bondesamhället, som började avta på 1850-talet, den andra var industrisamhället, som håller på att avta nu och den tredje är det postindustriella samhället, som vi går in i från sekelskiftet. Därmed går vi också in i ett nytt ekonomiskt och socialt system, enligt Toffler, där vi får ett genombrott för en snabb teknologi med datorer, telefoni, media, etc som går samman i en metateknologi.

T → E → S

Vi lämnar industrisamhället och går in i det s k komplexsamhället. Det kan sammanfattas med bokstäverna T=E=S: Teknologiska utvecklingen skapar nya Ekonomiska rammar, som i sin tur är basen till Socialt liv.

Finansiellt kapital ställs mot humankapital, stabilitet mot förändring, homogena, nationella värden och kulturer mot variation och pluralism.

Enligt Daniel Bell (1973) skulle tyngdpunkten i ett globalt ekonomiskt perspektiv förskjutas från norra Västeuropa och USA mot Sydostasien. Japans genombrott 1975 skulle följas av Korea, Taiwan, Singapore, Malaysia och Thailand 1995 samt Kina 2010.

Svenska forskare

Den andra generationen futurister i den svenska debatten bestod bl a Hans de Geer, som i sin bok "I framtidens kölvatten", talade om en allt hårdare kamp om resurserna och att vi är på väg in i framtiden baklänges - vi beundrar bara det vi haft.

Åke E Andersson talade om K-samhället och frågade sig: Om alla ska arbeta i vårddande jobb i framtiden, vad ska vi i så fall investera i? Jo i de avgörande resurserna, dvs fyra K:na: Kompetens, Kreativitet, Kultur och Kommunikation. Vi måste skaffa oss mer kompetens. Vi har börjat göra det, men de riktiga ansträngningarna att bygga upp kompetens har inte börjat ännu. Ett rikt kulturliv är viktigt för att vi ska stimuleras att ändra oss.

Vi måste investera i alla dessa områden samtidigt - då skapas en plattform för ekonomisk utveckling i det postindustriella samhället.



Magnus Söderström

90-talet

Bland den tredje generationen futurister (på 90-talet) finns Charles Handy, som skrivit en rolig bok The Age of Unreason & The empty Raincoat (på svenska: I Paradoxernas tid). Han siar om kaos, paradoxer och snabba förändringar. Vi lämnar ett samhälle av rationalitet och går in i en tid där allt kan hända, den irrationella perioden.

Industrin producerar allt mer med allt färre anställda - exempel på en paradox.

Peter Drucker (The Post-Capitalist Society) och Lars Ingelstam (Ekonomi för en ny tid) är två andra aktuella framtidsforskare.

Om framtiden

Vad är då futuristerna överens om?

- att vi får en allt större strukturförändring i de flesta EU-länderna
- att den service- och kunskapsintensiva ekonomin kommer att ersätta den industriella ekonomin
- att de fyra nyckelresurserna (de fyra K:na) kommer att bli basen för ekonomisk tillväxt och välbästand
- att vi får en extremt snabb teknologisk utveckling - se t ex på hur mobiltelefonin utvecklats
- Så varför centralisera all information till en lokal när vi kan vara var som helst med den mobila teknologin? frågar Söderström och fortsätter:
- När en grupp människor demonstrerar för att behålla sitt sjukhus kramar de ett museum som innehåller sjukvård som vi tänkte för tio år sedan.
- Utvecklingen rusar på allt snabbare: Betänk att 60 procent av det som Ericsson producerar idag inte fanns alls för 18 månader sedan!

Nya värderingar

Ytterligare några saker som futuristerna är ense om: Vi kommer att få...

- alltmer av en pluralistisk kultur med en gränslös ekonomisk och politisk arena
- nya marknader, de flesta interaktiva
- mer av kaos, oförklarligt och paradoxer
- en dramatisk förändring i värderingar (och kanske fler värdekonflikter?)
- Se t ex hur dagens unga generation skiljer sig från gårdagens. Den har en annan uppväxtmiljö och är formad av andra värderingar, etc. Frågan är för vem sjukvårdens struktur är formad?
- En annan paradox är att vi börjar få en generation som inte vuxit upp med indus-

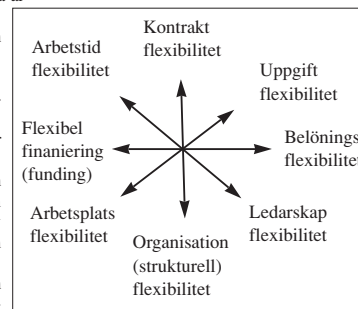


Dagens unga väntar inte på att få anställning - de ringer upp Ericsson och säger att de har en idé som de vill presentera.

Allt detta kommer att öka trycket på förändring, produktivitet och kvalitet, vilket leder till att det behövs nya idéer och strategier för ledarskap och organisation.

Strategi för flexibilitet

En strategi för flexibilitet kan vara att använda sig av de åtta flex-variablerna i nedanstående schema, dvs att kombinera dem på olika sätt:



Därför misslyckas förändringar i hälso- och sjukvården?

Varför lyckas inte alltid önskade förändringar inom sjukvården? Det finns sju (organisationsteoretiska) hypoteser:

1. Tillräckliga incitament för förändring saknas (tills omvärlden trycker på)
2. Normala ekonomiska principer gäller endast delvis
3. Sjukvården är en utpräglat multiprofessionell organisation
4. Sjukvården leds genom minst fyra parallellt verkande styrsystem
5. Sjukvården har, som följd av 3-4 ovan, ett flerdimensionellt, och ofta mångtydigt, kvalitetsbegrepp
6. Sjukvården är alltid massmedialt intressant
7. "Invärdsperspektivet" går lätt före omvärldsperspektivet.

Magnus Söderström

Detta brukar öka produktion och effektivitet

...enligt traditionella industriella ekonomiska principer:

1. Stordrift (volym, stora enheter, etc)
2. Standardisering av tjänster/-produkter
3. Koncentration på ett fåtal, väl testade tjänster/produkter med stor efterfrågan
4. Rationellt kapacitets- och resursnyttjande (dygnet runt, just in time)
5. Samlad kontroll över hela processen (genomgående processstyrning)

...men hur är det för sjukvården?

Dessa principer är dock endast delvis tillämplbara inom sjukvården, visar flera undersökningar.

Istället tycks gälla: Vi vet vad vi stoppar in och får ut, men inte vad som finns/händer inne i systemet - det har hittills varit som en svart låda.



Med Paul Bataldens modell kan vi utforska detta "okända"! - se sid 24 - 26

"Framtidstro ger livsvilja" (ur Tredje Klockboken)

Hälso- och sjukvården -en framtidsbransch!?

Vi lever mitt i en turbulent samhällsomvandling där den snabba teknikutvecklingen påverkar såväl ekonomin som våra sociala förutsättningar.

Kraven på hälso- och sjukvården att vara lika "kundfokuserad", kunskapsbaserad och kostnadseffektiv som andra servicesektorer, ökar hela tiden.

Hälso- och sjukvården borde ha alla förutsättningar att räknas som en "framtidsbransch" när unga människor ska välja väg ut i arbetslivet. Det är en kunskapsintensiv verksamhet med snabb utveckling. IT kommer att i grunden ändra förutsättningarna och underlätta för nya arbetsformer. Det är oomtvistat meningsfullt att arbeta med att utveckla kunskap och metoder för att lätta sjukdomsbördor och bidra till hälsa hos sina medmänniskor. Arbeten där moral, etik, kreativitet, innovations- och samarbetsförmåga borde vara egenskaper som står högt i kurs. Idag upplevs det inte som så.

För att detta åter ska bli fallet (det var faktiskt så på 70-talet när jag valde yrke!) står vi som ska leda in i 2000-talet inför stora utmaningar. Dessa utmaningar delas av många multiprofessionella organisationer som utgör viktiga samhällsfunktioner med olika grad av politiskt inflytande, som t ex universitet och högskolan, skolan, kyrkan, expertorganisationer och ämbetsverk. De frågor som helt kommer att avgöra attraktiviteten handlar bl a om:

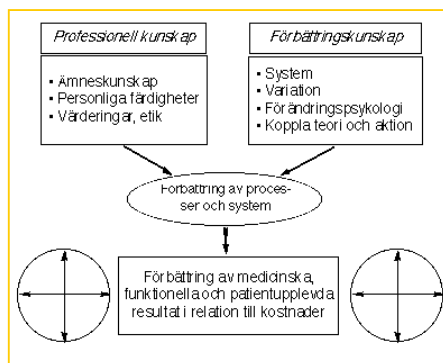
- Ledarskap
- Arbetsorganisation
- Kvalitet och resultat
- "Human Resource Management"
- IT's användning för att stödja verksamhetens utveckling

Vårdens problem:

Att veta vad men inte hur

Det finns många gap mellan det vi vet och hur vi gör. Exempel på dessa gap är att trots att SBU's rapporter om bästa praxis innehåller lättillgänglig kunskap så har de mycket svårt att nå ut och leda till förändring i den kliniska praktiken i tillräckligt snabb takt.

Ett annat är att vi i samhället i övrigt



Det behövs både professionell kunskap och förbättringskunskap för att kunna leda verksamhet i hälso- och sjukvården.

behöver vänta i köer på allt färre ställen, det finns kunskap om hur man löser detta. Vi behöver finna former för ständigt lärande på arbetsplatserna som gör att ny kunskap kan föras in på ett systematiskt sätt, samtidigt som man klarar trycket på arbetsplatserna.

Ett mekaniskt ledarskap

Ett annat problem är att ledarskapet har avpersonifierats i dagens hälso- och sjukvård. Ledarskapet, både bland läkare och administratörer har kopplats mer till administration och tekniker och därmed mekaniserats. Närheten till vårdverksamhetens förutsättningar har många tappat.

Vi borde istället visa mycket mer personligt engagemang och inspirera varandra. Oftare ställa frågan: "Vad kan jag göra för att underlätta för dig?".

Källor till otydlighet

Idag finns många källor till otydligheter i våra organisationer.

- **En oklar rollfördelning** gör att vi är osäkra på vem som ska göra vad.
- **Vi vet inte hur** vi ska åstadkomma det vi vill eftersom det saknas orsakssamband och kedjor mellan de delar som ingår i systemet.
- **Vi är osäkra på hur vi ska mäta** om vi är framgångsrika. Och vad vi ska mäta? Vi vet inte ens vad som är problemet. Fler av problemen är kanske sammanflätade med otydliga gränser.
- **Vi vet inte heller riktigt vad som händer** då informationen är ofullständig.
- **Vi vet inte vad vi vill;** målen är mångtydliga.
- **Vi har inte de resurser vi behöver.** Vi saknar tid och pengar och får inte den uppmärksamhet som krävs.

Ledarens utmaning

För att kunna arbeta oss bort från det mekaniska och otydliga ledarskapet behöver vi:

- skapa personlig tid för lärande och reflektion
- skapa klarhet med målet för vårt arbete
- skapa en bättre kunskap om sjukdomsbördan hos de som behöver oss
- skapa utrymme och tid för medarbetarnas lärande
- bidra till en positiv atmosfär

Tydliggöra

Det gäller också att tydliggöra för att kunna se

- gapet mellan hur det är och hur det skulle kunna vara
- möjligheterna till lärande och kunskapen som kan vara till hjälp
- exemplen på de förändringar som är möjliga att göra
- den lilla skara i organisationen som har lärt sig leda i förändring

Samtidigt måste vi som ledare älska den förvirring och fascination som ligger i att finna en väg framåt.

Vad som krävs

Varje system är perfekt designat för att skapa det resultat det ger. Om vi alltid gör det vi alltid har gjort får vi alltid det som vi alltid har fått. Vi måste således förändra själva systemet om vi vill förbättra resultatet av det vi gör. För att kunna göra det måste vi först få grepp om den stora röran för att därmed skaffa oss en förmåga att ständigt bli bättre på att möta "kundens" behov.

Men det finns i dag **professionell kunskap** som vi behöver bygga upp i hälso- och sjukvården, dvs ämneskunskap, personliga färdigheter och värderingar/etik. Med denna kunskap kan vi t ex förbättra diagnoser och behandlingar.

Det finns också en annan kunskap i hälso- och sjukvården, **förbättringskunskap**, dvs kunskande om system, variation, psykologi, gruppdynamik och lärandestyrkt förändringsarbete. Vad som nu krävs är att dessa två kunskapsområden förs ihop för att vi ska få förbättringar av processer och system i hälso- och sjukvården. Då kan vi åstadkomma förändringar som leder till den framtid vi så gärna vill ha.

Genom att fler utvecklar denna helhetsyn på vårt system så växer våra möjligheter att bli en framtidsbransch.

Antagit utmaningen

Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården har antagit utmaningen att finna en framkomlig väg när det gäller att få grepp om röran, skapa en institutionell förnyelse och ge hopp och möjligheter inför framtiden.

Du är välkommen med på den vägen!

Innehåll

Denna tidning är ett försök att spegla Ledarnätverkets arbete under 18 månader. Vi gör det i form av referat och iakttagelser vilka vi hoppas ska inspirera även dig till fördjupning av hälso- och sjukvårdens ledarskap och institutionella förnyelse. Materialet är upplagt så här:

Hur har vi tänkt och vad har fått oss att tänka vidare?

Kraftsamlingen 2 - 8

Vilka är byggstenarna och hur ska de utvecklas?

Ledarskapet 9 - 17

Patientorienteringen ... 18 - 23

Helhetssynen 24 - 29

Ett nytt kunskapsbegrepp 30 - 32

Vilka verktyg känns extra angelägna just nu?

IT 33 - 34

Förbättringskunskap .. 34 - 45

Systemsyn *genomsyrar allt*

Ledarnätverket 46

Litteratur 47

Så har vi arbetat/

utgångspunkter 48

"Konsten är att gå ur sin professionella yrkesroll och istället bli professionell ledare för en helhet"

Magna Andreen-Sachs

Produktion:

Ansvarig utgivare: Margareta Palmberg
Texter: Rolf Bardon och Göran Henriks
Layout: Rolf Bardon
Foto: Johan Werner, Jonny Eriksson, Rolf Bardon
Teckning, sid 1: Emmeli Häggström
Tryckning: AB Smälänningen, Ljungby 1998.



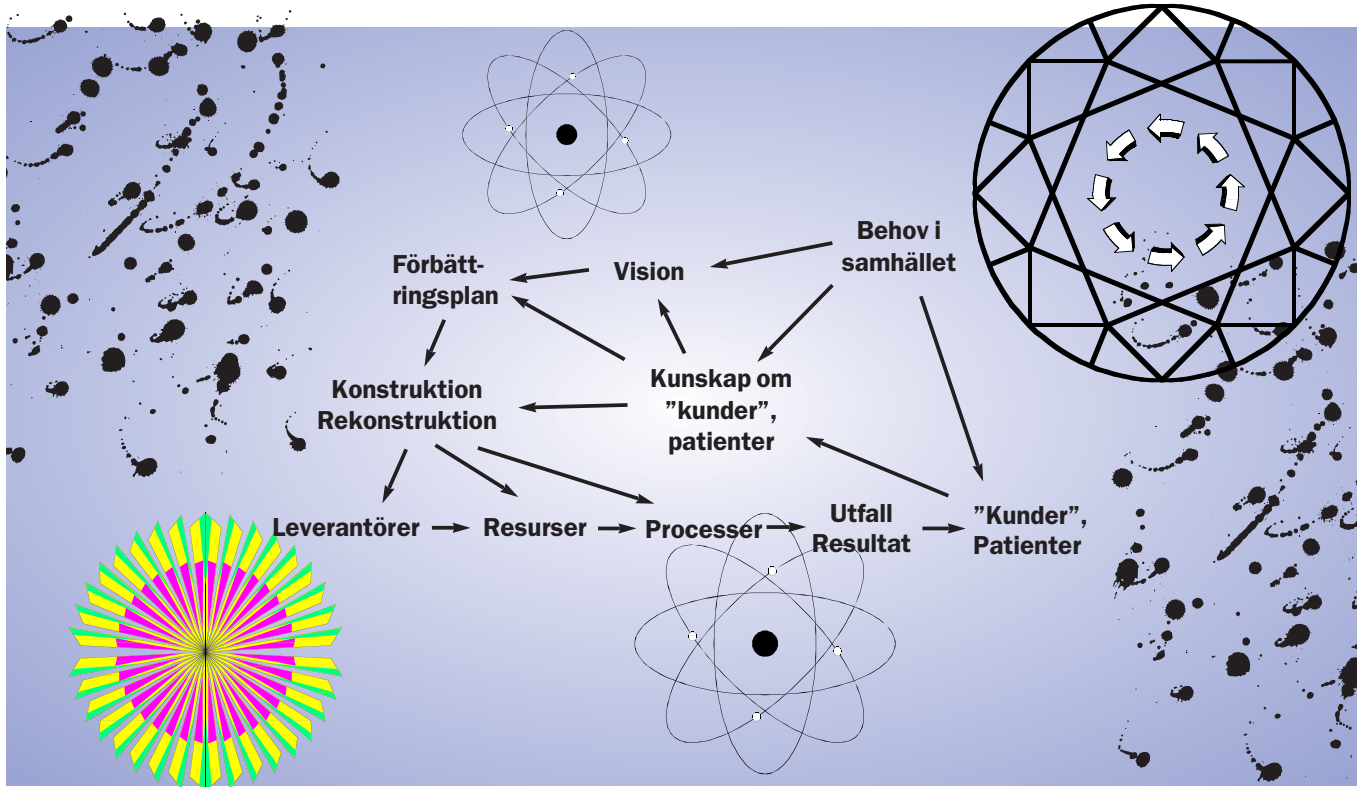
Margareta Palmberg

Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården, november 1998

Vi behöver nya bilder för att kunna tänka nytt



Från maskinåldern till systemåldern



■ – Vi håller på att få ett nytt sätt att se på organisationer – som system.

■ Detta är en ny metafor/bild som hjälper oss att tänka nytt. Den skiljer sig från det gamla tänkandet, då vi använde maskinen eller fabriken/sågverket som bild för att beskriva vår verksamhet. Det handlar om en utveckling från "maskinåldern" till "systemåldern".

– Har man detta klart för sig är det mycket annat som också hänger ihop.

Då kan vi som ledare använda systemtänkandet som ett verktyg i förbättringsarbetet, säger Margareta Palmberg, ledare för Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården.

■ Margareta har studerat systemtänkande och bl a arbetat en tid som gästprofessor hos professor Paul Batalden vid Dartmouth Medical School i Hanover, New England, USA.



– Med systemtänkande är det lättare att få grepp om den röra vi lever i, säger Margareta Palmberg.

Utgångspunkten är att vi lever i en värld med hög förändringstakt och stort tryck på organisationer som hälso- och sjukvården vad gäller ökade krav på att möta behov, kostnadseffektivitet och att vara en attraktiv arbetsplats.

Förändringstrycket är en naturlig följd av den förändring av hela samhället som vi står mitt upp i.

Bland de tänkare som försökt förklara varför vi kommit dit vi har finns bl a Russel L Ackoff, professor i systemvetenskap. Margareta Palmberg har studerat hans idéer närmare:

– Ackoff hävdar att vi gått från det han kallar "maskinåldern" till "systemåldern" (av andra kallat K-samhället, informationsamhället, etc). Ackoff har pekat på och fört till bevis att maskinåldern vilade på tre funda-

mentala idéer:

1. Reduktionism - dvs förmågan att plocka isär till minsta beståndsdel (atomen, cellen) för att förstå. Så har man gjort inom fysiken och biologin och mycket av kunskapsuppbyggnaden på alla områden har skett efter reduktionismens idé (dvs plocka isär för att förstå).

2. Analys - om vi vill förklara något gör vi det genom att plocka isär det problem vi vill lösa i delar, sedan löser vi problemen i delarna och summerar lösningarna till helheten. Helheten är lika med summan av delarna. Analysen förklarar helheten via betendet hos delarna. I detta ligger att den som är analytisk betraktas som en god tänkare.

3. Mekanism - den mekaniska tanken bygger på att det finns ett orsak-

verkan sammanhang, dvs om vi har X blir Y en följd av X.

Det leder till att om vi hittat Y som förklaring till X behöver vi inte bry oss om något annat. Omgivningen betraktas därför som ointressant.

Den ekonomiska teorin bygger på samma antagande: "allt annat lika". Detta gav upphov till en syn på världen som "slutna system".

– Att plocka isär i laboratoriemiljö för att se orsakssammanhang - det har varit förklaringsmodellen till hur samhället ser ut. Med den synen blev konsekvensen för det fysiska arbetet att man lät människorna och maskiner utgöra slutna system där arbetet kunde mekaniseras och människan fick göra arbete som var designat för att passa maskiner. Man blev "ställd-an" (anställd) vid maskinen och "friställd" när man inte längre behövdes. Under denna första industriella revolution avhumaniserades arbetsprocessen totalt.

1. Taylor

Det var under denna period F W Taylor (1856 - 1915) fick gehör för sina idéer. Han fokuserade på inre förhållanden i organisationer där kvalitet var specificerat uppifrån och experter styrde och kontrollerade. Taylor lär ha sagt: "En arbetare ska vara så dum och flegmatisk att han liknar en oxe. Då passar han in i järnbrukets processarbete". Taylors led-

ningsfilosofi gick ut på att människor inte kunde och ville själva utan måste kontrolleras för att utföra sina uppgifter. Hans idéer kom framförallt till användning i Fords fabriker. Inte heller kunden hade någon betydelse för produktionen. "Kunden får välja vilken färg han vill på bilen - bara den är svart" sa Henry Ford.

– Taylors idéer fick mycket stark genomslagskraft under industrialismens glansdagar och vi känner igen dem väl, eftersom det är det paradigmet vi i mångt och mycket växt upp inom, säger Margareta Palmberg.

Efter kriget

Vid tiden för andra världskriget skedde dock en stark ny kunskaps- och vetenskapsteoretisk utveckling. När man sammanfört telefonen och telegrafan med elektriciteten som kraftkälla och uppfann den första digitala datorn, Eniac, (i mitten av 40-talet) kunde man börja mekanisera tankearbetet.

I och med det började man förstå att den gamla modellen att plocka isär inte fungerade. Nu handlade det om att överföra symboler från ett ställe till ett annat, med maskiner som kan generera symboler och maskiner som logiskt kan hantera data som genererats, dvs plocka in idéer och tankar i

forts

"Framtiden tillhör de företag som trots våra utbildningskulturella bojar lyckas utveckla förmågan att per investerad dag skapa branta inlärningskurvor."

Ingemar Arbnor

"Så länge det är i rörelse renar det sig självt och håller sig därigenom friskt och förnyar sig ständigt..."

Hanne Dreutler

rats, dvs plocka in idéer och tankar i system. Därmed hade man börjat kunna mekanisera de olika komponenterna för mentalt arbete. Detta tänkande banade väg för t ex kvantfysiken och upptäckten av DNA, dvs allt det som har med komplexa system att göra.

Odelbar helhet

Systemtänkarna hade en ny syn på både vetenskap och kunskapsteori.

– Nu trodde man inte längre att man kan förstå helheten genom att plocka isär och sedan sätta ihop delarna. Ackhoff hävdade att ett system är en odelbar helhet där varje del påverkar helhetens resultat.

Till skillnad från maskinåldern, då man menade att delbarheten var det viktigaste, är det i systemåldern just den odelbara helheten som är viktigast.

Att vi gått från maskinåldern till systemåldern har fått flera konsekvenser för vårt tänkande. När synen på världen förändras förändras också problempanoramat. Ackhoff nämner fyra problem som systemåldern för med sig och som vi fortfarande försöker lösa med maskinålderns lösningsmodeller (analys, orsak-verkan - Om vi stänger ett sjukhus här händer detta där...)

1. Vi måste se problem som interaktiva (kluster): Världen idag kommer inte till oss som ett problem i taget. Vi lever i en röra (ett system av problem) och det gör att vi måste finna andra modeller för att analysera verkligheten. Men det handlar inte om att lösa ett problem i taget utan vi måste planera för att hantera röran som ett system av problem.

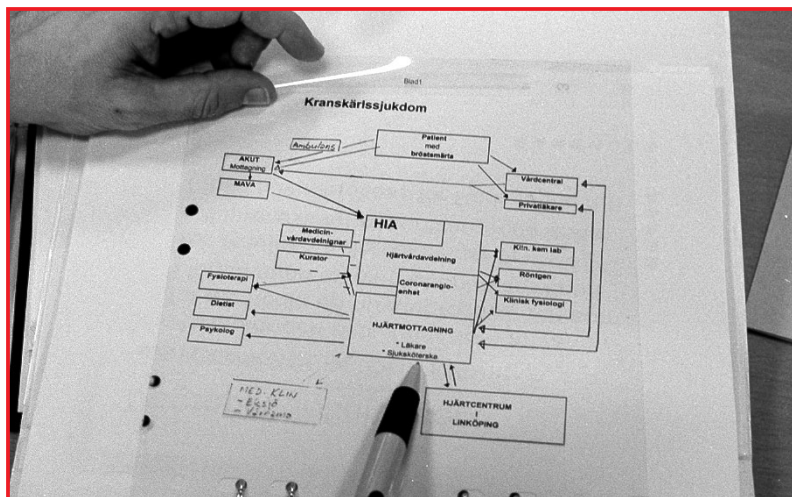
– Det är vi inte vana vid. Vi måste utveckla ny kunskap och kompetens att hantera en uppsättning av interaktiva problem, säger Margareta. Vi kommer bara att lyckas om vi ger upp maskinålderns tänkande när det gäller att utveckla vårt sätt att arbeta.

2. Vi måste kunna hantera att lära och att lära om hela tiden

Om det är så komplicerat (som nämnts ovan) finns det sällan en enda lösning och den varar hur som helst inte så länge. Det betyder att vi istället för att försöka hitta "den bästa lösningen" bör vi ägna oss åt att skapa processer istället som kan försäkra en utveckling av lösningar över tid.

Detta kräver i sin tur två fundamentala områden av tankearbete: *lärande och anpassning*. Att lära av erfarenhet för att bli effektivare och att behålla och förbättra effektiviteten under förändrade förhållanden.

– Vi måste bygga system som lär sig och anpassar sig hela tiden och det måste ske genom att ständigt experimentera. Hur vi gör detta blir det fundamentala utmaningen i sys-



Förändringstrycket på hälso- och sjukvården i Sverige och i hela västvärlden är mycket stort, vilket är en naturlig följd av den förändring av hela samhället som vi står mitt up i.

temåldern.

3. Organisationen och syftet

Maskinåldern såg organisationer som maskiner utan eget syfte där folk anställdes. I systemåldern är en organisation ett system som har ett eget syfte och som består av delar som också har egna syften. Detta synsätt har tvingats fram genom den "demokratiska revolutionen", genom att delarna i systemet, människorna hävdar sin rätt att delta i beslut som påverkar delarnas funktion. Antirastirörelser, kvinnofrigörelse, studentrevolution är alla tecken på detta. Ett nytt värderingssystem växer fram och leder till det tredje problemet:

Hur kan en organisation effektivt tjäna delarnas (medarbetarnas) syften, och genom att göra det tjäna sitt eget syfte mer effektivt?

4. Organisationer och deras omvärld

Det fjärde problemet är en följd av det tredje. Organisationer är delar i ett större system; samhället. De påverkar omgivningen som i sin tur påverkar dem - de hänger ihop. Denna insikt har kommit genom fr a två rörelser: miljörörelsen och konsumentrörelsen. Den fjärde frågan är alltså:

Hur kan en organisation effektivt tjäna ett större system som det är en del av, och därigenom samtidigt tjäna sitt eget syfte?

Demings ledningsfilosofi

Parallellt med Taylors arbete vid Fordfabrikerna skedde ett utvecklingsarbete av annan karaktär vid Western Electric's Hawthorne-anläggning. Den sk. "human-relations"-skolan utvecklades. Där arbetade en ingenjör och statistiker som sägs vara den moderna kvalitetsrörelsens fader; Walter Andrew

Shewhart. Dit kom också Joseph Juran och W Edwards Deming som unga ingenjörer i slutet av 1920-talet.

Shewhart hade, under sin tid på Bell's utvecklat en uppsättning metoder som innebar att man kunde kontrollera produktionsprocesserna istället för människorna. Metoderna var processdiagram, SPC (statistic process control) och PDCA-hjulet (Plan-Act-Check-Do-se sid 41), en metod för att kunna planera, utföra och utvärdera småskaliga test. Han utvecklade också en variationsteori som byggde på analytisk statistik som skiljer sig från traditionell matematisk statistik.

W Edwards Deming (1900-1993) tog utgångspunkt i denna kunskap och vidareutvecklade den till en ledningsfilosofi. Efter andra världskriget blev han kallad till Japan där hans idéer togs emot och utgjorde en del av grunden för "det Japanska undret".

Demings ledningsfilosofi tar utgångspunkt utanför organisationen - hos "kunden", den som man finns till för. Han byggde också sitt arbete på en stark övertygelse om att människor vill göra sitt bästa, och att förmågan till lärande och integritet hos medarbetarna är avgörande för en organisations framgångar.

Systemteori

Deming uppfattade, på samma sätt som Ackhoff, den snabba utvecklingen och förändringen i kunskapssyn under efterkrigstiden. Han utvecklade modeller för att kunna förstå de helheter - system, Ackhoff talar om. Han formulerade en kombination av sina "teorier" som han kallade "system of pro-

found knowledge" (förbättringskunskap).

Barnläkaren Paul Batalden mötte Dr Deming i början av 1980-talet, då företagsledare i USA äntligen hade börjat intressera sig för den då 80 år gamla Demings idéer. Batalden vidareutvecklade systemmodellen och "system of profound knowledge" för att kunna användas i hälso- och sjukvård. Det är dessa teorier Ledarnätverkets arbete har tagit sin utgångspunkt i.

Systemsynen - del av förbättringskunskapen

– Systemtänkandet är således en del i den förbättringskunskap som krävs för att kunna förbättra dagens hälso- och sjukvård. Det är också en hjälp att ersätta maskinåldersmetaforen med något bättre.

Systemsynen ligger också till grund för idéerna om att bygga både professionell kunskap och förändringskunskap och att testa i liten skala.

– Kvalitetssystem enligt QUL/USK bygger på systemtänkande medan t ex ISO 9000 och Organisationsgranskning, OG, är ett mer mekaniskt synsätt, man ser en sak i taget.

– Detta är otillräckligt i vår komplexa värld, säger Margareta.

– För ledare med systemsyn är QUL det hittills bästa analysinstrumentet. Det småskaliga testandet med t ex *Värdekompassen* och *Genombrott* som bygger på PDCA hjulet baseras också på synen att man måste ha system som *kan lära*. De ger möjlighet att stegvis förstå.

– För mig är valet av verktyg för utvecklingsarbetet inte slumpmässigt. Verktygsvalet hänger ihop med systemsynen.

– Systemsynen betyder för mig att allt hänger ihop och QUL är ett användbart verktyg för att förstå den interaktiva helheten och att följa över tid vad som händer i organisationen ur patienternas/kundernas perspektiv.

Detta behövs för att förbättra

Det som behövs för att kunna förbättra dagens hälso- och sjukvård enligt de erfarenheter och kunskande som Ledarnätverket utvecklat

■ Ett ramverk för det ständiga förbättringsarbetet och QUL som det diagnostiska verktyget

■ Att vi bygger upp och använder professionell kunskap tillsammans med förbättringskunskap för att testa förändringar i dagligt arbete.

För att förändra en hälso- och sjukvårdsorganisation så att den är kapabel till ständiga förbättringar krävs:

- att ny kunskap utvecklas
- att ett ledarskap skapas som ger känsla av ett gemensamt uppdrag och som stödjer organisatoriskt lärande och experimenterande
- att man har förmågan att använda verktyg och metoder som påskyndar lärande i och förbättringar av arbetet
- applikation av systematiska strategier för att bygga och använda kunskaperna i de dagliga arbetsprocesserna.

Erfarenheterna visar:

FÖRÄNDRINGAR FUNGERAR BÄST PÅ LOKAL NIVÅ

– Nästan alla förbättringar är lokala. Vi kan ha stora mål och syften men själva förbättringsprocessen är lokal. Dessutom måste patientfokuseringen alltid finnas med!

Det betonar Don Berwick, grundare av Institute for Health Improvement, IHI, i Boston. IHI har bl a tagit fram förbättringsinstrumentet Genombrott och anordnar årligen en världskongress kring kvalitetsfrågor.

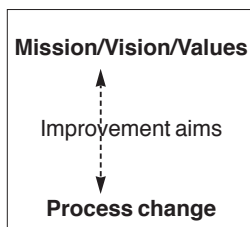
– Att göra processer bättre och enklare involverar alltid patienterna, säger Don Berwick.
– Det finns mycket vetenskaplig litteratur som visar att kostnaderna går ner om patienterna får avgöra vad man ska göra, om de står för valen.

Måste ha mål

Don Berwick betonar också vikten av att ha mål.

– Det går inte att förbättra utan att ha ett syfte eller ett mål. Det är en utmaning för ledare att bland en mängd resultat välja ut det man vill förbättra. Vi kan inte göra allt, utan ledaren måste säga vad vi vill förbättra just nu.

Sedan måste målen bestämmas på rätt nivå:



– Ju högre upp i organisationen förbättringsmålen bestäms desto mindre kommer att hända! Ju längre ned, desto mer rörelse blir det. Men målen får heller inte sättas för långt ner. Det gäller att hitta rätt nivå; det är svårt.

Förbättringsmålen läggs någonstans mellan den övre nivån där beslut tas om organisationens visioner och den lägre ute i verksamheten där själva arbetet görs

– Det är ledarnas sak att hitta rätt nivå, säger Paul Plsek, som också arbetar för IHI. Det gäller att skapa vibrationer därnere, "Jag kan se vad detta kan ge mig!"

Mål och system

Att arbeta med kontinuerliga förbättringar handlar om att sätta mål och ändra efter hand. Paul Plsek

citerade Paul Batalden:

– Det är systemets balans vi arbetar med. *Kvalitet* är gapet mellan det arbete vi utför/de resurser vi har och behovet hos våra patienter. *Förbättringar* är att minska eller sluta gapet

Ta bort onödigt

Förbättringar har att göra med att ta bort det som är onödigt, som görs dubbelt - *Reduce waste*! Ta bort allt som görs två gånger, allt som innebär onödiga förflyttningar, onödiga kontroller. "Den tredje fabriken" är ett uttryck för detta. Den är egentligen onödig om produktionen vid de två andra fabrikena fungerar optimalt.

På Toyota anser man att allt som stoppar upp rörelsen är *waste*. *Kontinuerligt flöde* är ett system där avlägsnandet av skräp (wasteremoval) har fått mycket stor betydelse i organisationen.

Förbättringskategorier

Här är de tre kategorier vi kan arbeta med för att förbättra:

1. **Minska defekterna**, t ex att man ger fel medicin, ger fel svar, att man inte ger smärtlindring
2. **Minska kostnader** samtidigt som vi behåller förbättringstakten



En del av det man vinner på att minska på sådant som är onödigt måste återinvesteras i sjukvården, så att det märks att man har något att vinna på detta.

3. Skapa och ta hand om/klara nya behov

– Fråga alltid efter ett mål och hur det påverkar kostnaderna, resultaten och patienttillfredsställelsen.

Man kan testa om ett mål är bra - då påverkar det alla tre kategorier.

Andra effekter

Vi kan använda detta sätt att förstå

vad som händer eftersom det visar att investeringar/förändringar får andra effekter i systemet

Om man bara gör förbättringar för sin egen organisation då lägger någon annan beslag på pengarna. Därför måste man ha hela systemet på bordet för att visa detta.

– Någon måste vara villig att ge upp något, sa Don Berwick. Om alla ger upp något så sakteliga så

kanske alla kan vinna något också.

Vilka hinder finns?

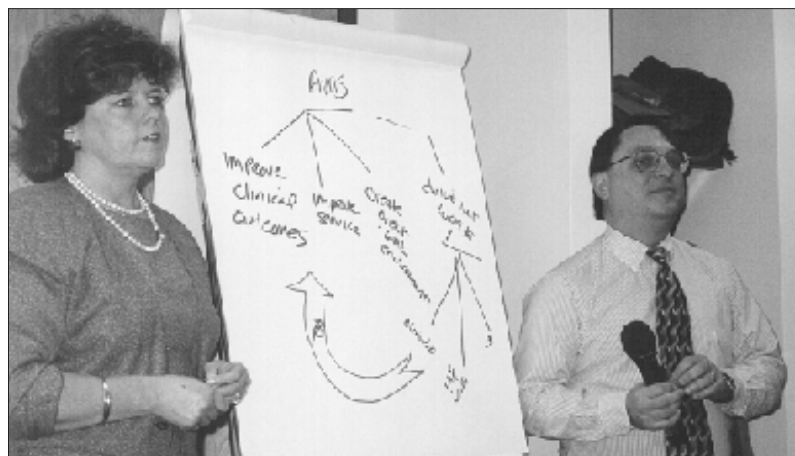
Det som hindrar oss att förbättra är:

1. att vi inte är medvetna om att vi har onödigt svinn (reduce waste - fungerar på båda nivåerna i organisationen).
2. att förbättringar inte används som en strategisk kraft för att förändra.

På General Motors bestämde man sig för att att förbättra sina arbetsprocesser och försöka minska onödigt svinn. Detta lyckades och man kunde minska återinvesteringarna med 4 procent varje år i flera år. Samtidigt lyckades man öka vinsten med 15 procent. Genom förbättrade processer kunde man ta mindre betalt per enhet och ändå producera mer och tjäna mer.

– Ekonomi och förbättringar är fysiskt länkade till varandra. GM försöker förstå finansiella konsekvenser av förbättringar - detta görs inte inom hälso- och sjukvården! säger Donald Berwick. Det måste finnas ett bättre samband för detta.

I USA är det så inom hälso- och



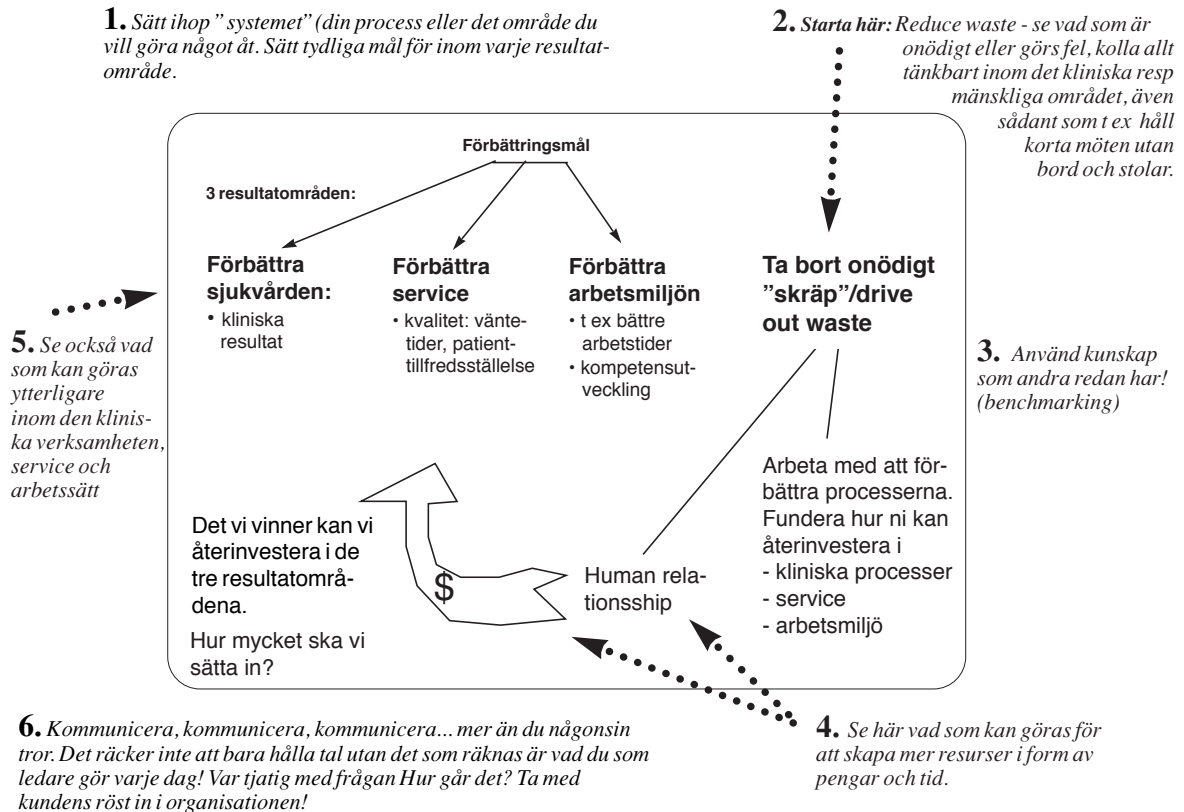
– Sätt upp tydliga mål, på rätt nivå, inom alla fyra områden: det kliniska, service, arbetssätt och för att ta bort onödigt, säger Maureen Bisognano och Paul Plsek, IHI.

• Nu vågar jag upprepa målen för verksamheten igen, och igen och igen...Anne Ekdahl

forts nästa sida

En karta för förbättringsarbete

Använd den så här - se kursiv stil:



Forts

sjukvården, att cheferna tar fram förslag till förbättringar och sedan skickar dessa vidare till kvalitetsavdelningen att genomföra dem.

– På GM menar chefen att det är redan här i början som hans arbete börjar och det är sedan hans sak att ständigt fråga hur det går. Ända ner till där prestationerna utförs, och att göra det vid varenda möte! Då först kan man vänta sig få effekt.

Även om de flesta är dödströtta på honom för detta fortsätter han att fråga: Hur går det?

– Man måste inse att *improving the business is leading the business!* betonar Paul Plsek.

Många organisationer kan fungera utan chef, men de förändras aldrig utan en chef!

Hur ska vi få tid?

Hur ska man då få tid att arbeta med förändringar när det är så, mycket annat hela tiden?

– Ja, förbättringar är ett arbete som måste pågå ständigt, varje dag, om man vill leda en organisation med ständiga förbättringar! säger Donald Berwick. Alternativet är att låta allt bara vara.

General Motors chef ägnar 60 procent av sin arbetstid åt förbättringar

I Sverige kan ett hinder vara t ex budgetprocessen och svårigheterna att beskriva för politikerna vad de får för pengarna.

– Budgetarbete är en process inriktad på att minimera, säger Don Berwick. *Running the business is working with doing things better for the people you serve!*

Den enda fråga vi ska ställa oss är: Hur bra vi kan bli för dem vi är till för?

Men det finns givetvis ett problem

här: Hur kan man förbättra trots de ekonomiska begränsningar vi ändå har? Jo, genom att vidga systemets gränser, skapa fler relationer, göra mer tillsammans.

Det handlar också om skicklighet att förhandla, psykologi. Och folk är inte dumma, de deltar inte i förändringar om de inte ser att det ger förbättringar.

Praktisk hjälp

Det finns också praktiska lösning-

ar. IHI:s vice VD Maureen Bisognano ger några exempel:

- Se till att någon måste ägna tid åt detta i början när ingenting händer
- Se över om ni måste skriva alla rapporter ni gör idag
- Lär ut hur man håller effektiva möten
- Bestäm helt enkelt att alla möten bara får ta halva tiden i fortsättningen.
- Jag fick själv ändra mig när jag arbetade som VD. Jag fick bli att lära

mig komma i tid till mötena, berättar Maureen.

Tänk på detta

Paul Plsek sammanfattar hur förbättringar kan bli verkliga:

• Utöka ditt tänkande om "gränserna" för systemet

• Samarbeta hellre än tävla, dela in i små enheter/fragmentera för att börja förändra, men vem ska börja? Någon måste börja!

• Sätt upp tydliga mål, på rätt nivå, inom alla fyra resultatområden (se kartan ovan): kliniska, service, arbetssätt och för reduce waste.

• Se förbättringar och förändring som ett centralt och viktigt arbete för chefer och ledare (högsta cheferna ska se till att takten hålls)

• Utrusta organisationen för att göra lokala förbättringar, med tydliga mål

– Det är inte stora idéer utifrån som får det att hända. Det sker först när de som finns i processen säger att de ska göra det. Så öka deras kunskap, hjälp dem förstå detta!

• Arbeta för att ständiga förbättringar blir en del av organisationens kultur.



– Förbättringsmålen måste bestämmas på rätt nivå, någonstans emellan visioner och processen, säger Donald Berwick. Eller uttryckt på engelska: "Big aim - local change".

”Systemet” har förstört relationen mellan läkare och administrativa chefer och mellan läkare och patient:

Nu måste vi få tillbaka ett **äkta** personligt engagemang

• Vi behöver få tillbaka ett riktigt äkta personligt engagemang i sjukvården, både inom det administrativa ledarskapet och hos läkarna - det poängterar professor Ole Berg, Center för Helse-administration vid Oslo universitet.

– Det krävs ett psykologiskt samspel mellan de som agerar i hälso- och sjukvården men tyvärr har detta sparat ur. Rollerna för ledarskapet inom administrationen och bland läkarna har blivit allt mer skilda från varandra och förhållningssättet har blivit alltmer operosonligt.

– Det krävs en revitalisering av det äkta personliga engagemanget på båda planen, betonar Ole Berg. Rollerna måste överlappa varandra. Vi måste hjälpas åt. Vi måste inse att vi sitter i samma båt om vi ska klara av att bedriva god sjukvård i fortsättningen.

Utvecklingen har gått parallellt inom management och sjukvården, mot ett alltmer operosonligt arbetssätt där vi främjat oss alltmer från varandra. Detta kommer inte att hålla.

Budget blev viktigast

Ole Berg vill spegla utvecklingen med flera exempel. Här är några:

• Istället för ersättning efter prestation har vi fått styrning med budgetar.

Dessa har dock aldrig tagits riktigt på allvar av läkarna. Budgeten sågs som ett förslag. Dessutom har målstyrningen bidragit till att det blivit

viktigare att klara budgetens mål.

– Till slut har klinikcheferna tänkt mer på sin egen vinning än vad man faktiskt utträttar för att lösa patientens behov.

De administrativa cheferna och läkarna har sålunda inte talat samma språk.

Samtidigt har vi haft en utveckling där läkarna också fjärrat sig allt mer från patienterna.

– Det handlar om ett intrikat psykologiskt agerande som inte är så tydligt.

Rutiner tråkar ut

• Mycket av patientundersökningar har blivit rutin

– De vanligaste frågorna om hur patienten mår etc kunde lika gärna ställas av en maskin.

Det är ett faktum att många läkare i 50-årsåldern tycker att arbetet har blivit enahanda och tråkar ut. Kommunikationen med patienterna blir alltmer operosonlig och avståndet mellan läkare och patient ökar.

Läkaren överför sina egna bördor på patienten, enligt Ole Berg:

– Om du som läkare inte visar din egen svaghet ökar avståndet mellan dig och patienten. Patienten *tingas* inte bara bära sin egen osäkerhet, sårbarhet och osäkerhet utan även

läkarens känslor.

– Du som läkare ökar avståndet mellan er och ber patienten titta upp på dig.

Detta kommer inte att hålla i framtiden. Då kommer mer självsäkra patienter att kräva mycket mer av dialogvård, vilket givetvis är bättre för alla parter.

Systemets fel

Att det blivit så här är givetvis inte den enskilde läkarens fel, utan det är systemet som har gjort oss sådana. Detsamma gäller administrativa chefers förhållande till läkarna.

En del chefer har till och med ett ”rädslakomplex” i sitt förhållande till läkare.

– Den administrativa chefen måste, precis som läkaren inför patienten, kunna visa sina svagheter inför chefsöverläkarna. Men också visa på ett ärligt intresse.

Sjukhusledningen ska fråga, diskutera och föra en konstruktiv och



– Under många år har klinikchefer och de högsta administrativa cheferna talat förbi varandra. Vi måste ändra på det, säger professor Ole Berg.

reflekterande dialog: *Hur gick det? Hur ska vi göra?*

Han eller hon ska också fråga om den egna relationen.

– Det gäller att inspirera varandra, värdera vad den andre gör, visa att det är viktigt det som den andre gör. Sjukhusdirektören måste också fråga sig i vilken utsträckning han/hon är orsak till att något misslyckas?

Pedagogik

Relationer handlar mycket om pedagogik. För läkaren gäller det att möta patienten på samma nivå,

att ha en pedagogisk roll som lärare där patienten gör det mesta själv. Läkaren måste ge patienten tid för att på så sätt kunna mobilisera ”doktor i dem själva”.

För chefer och ledare gäller det att visa att man älskar sitt jobb, annars får man aldrig med sig de andra. Det gäller att visa medarbetarna att det de gör spelar roll, att ta fram värdet.

Ole Berg citerade vad en mästare sagt till sina arbetare vid ett stort kyrkobygge: *”Vi hugger inte bara sten - vi bygger katedraler och din del är lika viktig som andras!”*

Ett möjligt synsätt

Flera olika perspektiv på ledarskap

Ledarskap har traditionellt setts ur fyra perspektiv:

- strukturellt
- human resource
- politiskt
- symboliskt.

Inom varje perspektiv finns det olika ledarstilar.

I tabellen t h nämns ytterligheterna inom varje perspektiv.

Ramar för ledarskap - en översikt

Ram	System - det nya ledarskapet			
	Strukturellt	Human resource	Politiskt	Symboliskt
Ledarskapsmetafor	arkitekt eller tyrann	katalysator (dominant) eller vekling	advokat eller con artist	profet eller däre
Ledarskapsmetod	analys, design eller management i detalj, fiat	understöd, empowerment eller abdikation	koalition-byggnad eller manipulation, lurendrejeri	inspiration, inriktning mot erfarenheter eller rökridåer, speglar och uppenbarelser
Exempel	maskin	familj	djungel	teater

Ledarnätverket har arbetat med ett helhetsperspektiv där alla dessa delar ingår i ledarskapet - ett systemledarskap.

Mer om olika perspektiv på

ledarskap finns i boken *”Nya perspektiv på organisation och ledarskap”*, där författarna Bolman/Deal menar att alla dessa behöver kombineras i framtiden

för att vi ska få en fördjupad förståelse av en organisations verklighet.

Vår utmaning

Framtidens ledarskap - att leda lärande

I en lärande organisation fungerar tankeflödet både uppifrån-ned och nerifrån-upp. Öppenheten gör att den väg tankar och idéer hos alla medarbetare går förflyttas mer och mer åt höger i v-gubben. Organisationen blir alltmer lärande.

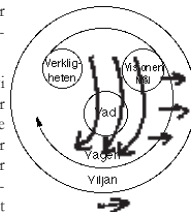
För att detta ska fungera krävs att vi bygger arenor för utbyte av tankar och verklighet. Sådana finns inte idag i tillräcklig omfattning. Vi har utbildningslokaler, men inte lokaler för dialog. Vi har kanaler för information, men inte för ledningen att lyssna.

Vi har fastnat i tanken. Vi tänker linjärt att ledningen ska gå ut med sina idéer, men kunskapsspiralen (lärcirkeln) innebär att vi har ett ständigt möte och ständig omformning.

En vision är en insikt som växer fram av att vi reflekterar över vad vi gör och så småningom gör vi det mer och mer.

Om bara ledningen för fram sina idéer blir mellancheferna lätt bromsklossar. Både de bara intresserade av sina egna bilder. Vi människor har en tendens att hamna sent i lärcirkeln. Vi vill snabbt hitta lösningarna. Vi argumenterar hellre än reflekterar. Vi drar oss för att skaffa ett ordentligt underbyggt observations- och faktaunderlag.

Mer om lärande organisationer längre fram.



Reflekterande lärande - enda sättet att lära sig något

Från trygga hörnan ut i kaos och tillbaka hem igen...

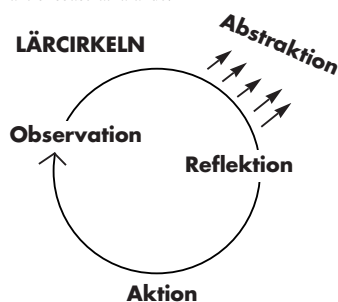
- Ledarskap påverkas av tankar och idéer.
- Du själv påverkas egentligen bara av den kunskap du redan har, kunskap som kommer inifrån, som du tagit till dig och reflekterat över. Du påverkas inte alls i samma utsträckning av referatkunskap, dvs det du läser i böcker eller hör som föredrag.

Det säger professor Hans Sarv, som bl a skrivit flera böcker om lärande och lärande organisationer.

Hans Sarv är adjungerad professor i logistik vid Linköpings universitet och har 30 års erfarenhet av förändringsarbete. Han började med att säga:

– För att kunna förändra sig själv måste man kunna se sig själv, se hur man agerar och reflektera över det.

För att lära sig detta finns praktiska exempel att följa och teoretiska modeller, t ex den här systembilden för reflektions- eller aktionsbaserat lärande:



Vid pilarna finns en kraft som gör att vi "byter spår", förändrar vår uppfattning

– Vad det handlar om är att vi ser oss själva. Att vi observerar vårt eget agerande och reflekterar över det, säger Hans Sarv.

– Poängen är att vi lär av det vi möter, inte av det de säger, dvs vi lär inte av referatkunskap utan av den kunskap vi har. Vår egen kunskap växer inifrån, såsom cirkeln visar!

Ändå är det så att vi har en motvilja mot detta. Vi vill luta oss mot en auktoritet. Vi vill inte söka kunskap inom oss själva.

Och samhället exploderar av referatkunskap i form av böcker, föredrag, kurser, osv. – Men du påverkas bara av den kunskap du har!

Att se sin egen kunskap

Sin egen kunskap kan vi se med hjälp av cirkeln, inte i dess linjära form utan som cirkelns spiralformade möjlighet.

Du måste fråga dig: Hur påverkas jag? Snurrar jag bara i samma bana eller kan jag ta in det som är nytt och svårt, t ex systemtänkande i mitt eget ledarskap?

Att observera sig själv kan t ex vara att efter ett möte reflektera över det egna agerandet: Körde jag i samma spår som jag brukar...?

Detta brukar kallas **enkellopslärande**, man gör en sväng in i ett annat perspektiv och

sedan tillbaka.

Abstraktion

Delegering är t ex en sak som är väldigt abstrakt när man studerar. Man förstår inte vad det innebär egentligen. Senare som chef kanske man tänker: "Delegerar jag bra?" Det är nu reflektandet kommer in: Vad är syftet med delegering? Jo, delaktighet. Är jag bra på att skapa detta? osv

Denna reflektion kan föra vidare in på en annan bana: Kan jag skapa annat lärande? Kan jag lära av andra? Kan jag verkligen lära mig något av andra?

– Här handlar det alltså om hur abstraktionerna blir lärbegrepp.

Man vill ha rätt

Hans Sarv jämför med hur svårt det är att **lära** när man är i polemik eftersom man vill ha rätt. Men senare efteråt när man reflekterar över detta kanske något som motståndaren sa ändå har sjunkit in.

Här handlar det om **dubbellopslärande**, dvs att ta in flera alternativ, även det som helt emot mina åsikter eller som skapar kaos ett tag/raserar huset.

Hans Sarv illustrerar detta med två figurer: Fig 1 - se ovan!

V-gubben

I sin bok "Kompetens att utveckla!" skriver Hans Sarv att förändringsprocesser ofta inleds med att vi reagerar på avvikelser, på att något inte är som det borde vara. Vi observerar något i vår verklighet som vi inte känner igen, något som inte borde vara där. Vi tvingas ut ur vår trygga hörna - där vi ser saker som vi brukar se dem - ut i kaoshörnan.

– När vi inte förstår befinner vi oss i kaoshörnan. Förvirringen är en viktig del av lärandet!

Det är en del av processen, som en sak mellan olika tillstånd.

Vi måste nu hantera avvikelserna på något sätt. Ett sätt är att initiera förändringsarbete, dvs vi låter vår observation följas av reflektion och aktion; vi går varvet runt i v-gubben.

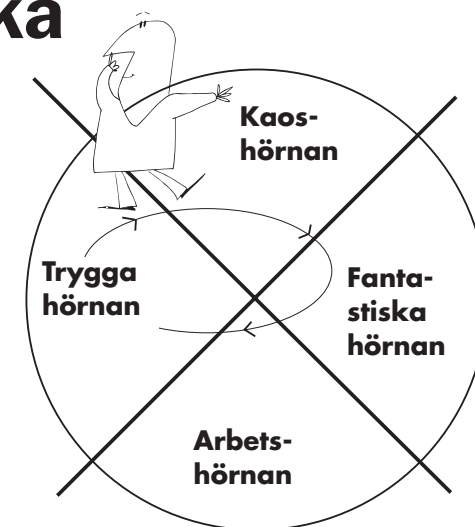


Fig 1: De fyra sektorerna vi rör oss inom

På det personliga planet följer vi vägen för att förverkliga vår vision. Och viljan handlar t ex om jag vill förändra mitt ledarskap? förändra sjukvården?

Så uppstår viljan att genomföra

– Genom att se verkligheten och visionen ser jag förändringsbehovet. Detta omsätts i åtgärder (VAD-lösningar) och planering (Vägen). Hur Därför genomföra vilja, genomförande och uppföljning, förklarade Hans Sarv.

Så här kan det se ut: Vi är i vårt trygga hörn. Sen åker vi till fantastiska hörnan, dvs till den ohotande delen av visionen - den som inte gäller mig, som inte skapar kaos i organisationen - och sedan åker vi hem igen till vår trygga hörna.

Bryt ned myter om dig själv

– Det handlar om att bryta ned myter om sig själv, våga ifrågasätta sig själv utifrån en ny tanke (=en hypotes inom forskningen) som jag inte vet så mycket om (t ex mitt sätt att delegera).

– Vi bär på ett lärhandikapp, man fastnar i en myt om sig själv. Och arbetar man i ett framgångsrikt företag så mäter man sitt ledarskap ihop med företagets framgång.

Hans Sarv visade med några exempel hur vi ev resonerar när vi befinner oss i de olika hörnen:

– Om vi är kvar i trygga hörnan resonerar vi: *Det där gör vi redan...*

Det som han eller hon sa lärde mig ingenting... Vi ifrågasätter inte vårt eget ledarskap, men väl andras.

Om vi är i kaoshörnan: *Jag kunde inte sova inatt... Dessa nya tankar grep mig så starkt att jag känner i kroppen att något händer nu...*

Om jag går till fantastiska hörnan och vänder tillbaka

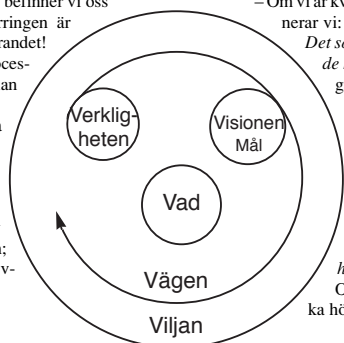


Fig 2: V-gubben - en karta över var vi befinner oss i vårt tänkande



- Lärande är ett möte, säger Hans Sarv.

ka inser jag: Denna nya tanke om ledarskap kan jag predika för andra... Kan jag få låna OH-bilderna...

Om jag går till arbetshörnan: Då tar vi till oss en ny idé och börjar agera redan innan vi förstår den: *Klart vi ska satsa på kvalitet... Parvård så klart!*... (Eller gör vi som företagaren i Småland som aldrig åkte på mässor, men som när konkurrenterna började tala om leasing direkt satte ut en röd lapp på alla sina försändelser: *Liesing så klart!* utan att veta vad det var för något)

Hur flexibel är du?

Reflektivt lärande handlar således om att agera **aktionsbaserat**, inte referatbaserat. Då måste man fråga sig vad ens egen flexibilitet innebär. Är jag rigid? Oflexibel? Och sedan använda det som en spegel för sig själv.

Kompetens kommer av ordet *competere* - att söka. Grunden i lärandet är sökandet.

– Så därför bör vi som ledare fråga oss: Vilka är mina lärbegrepp? Vilken är den spegel, abstraktionen i lärandet, som jag speglar mig mot? (när det gäller t ex delegering, systemtänkande).

Så nästa gång någon berättar något för dig fundera över hur du påverkas av kunskap som berättaren har. Reflektera över det!



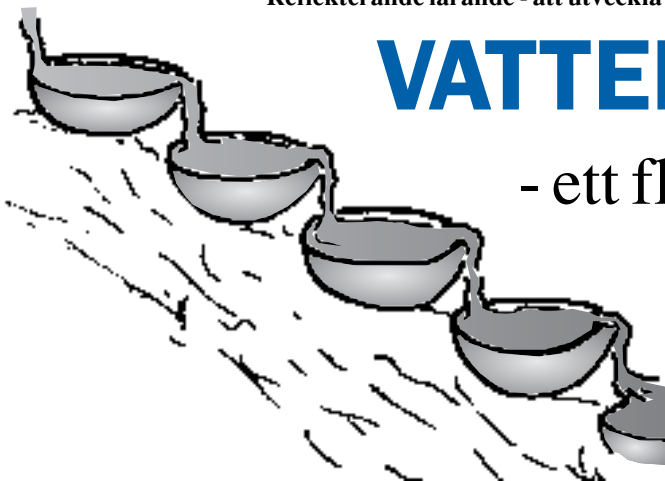
Vi lär av det vi möter, inte av det de säger, dvs vi lär inte av referatkunskap utan av den kunskap vi har. Vår egen kunskap växer inifrån oss själva.

Du påverkas bara av den kunskap du har!

Reflekterande lärande - att utveckla sig själv som ledare:

VATTENTRAPPAN

- ett flöde för bättre lärande



Att överföra kunskaper och information mellan individer i organisationer sker i regel på ett traditionellt sätt, på möten och sammanträden eller på kurser i en klassrumssituation.

För att flödet från en person till en annan ska fungera måste det finnas ett system av principer där båda förstår reglerna.

Dessutom måste budbäraren upplevas som trovärdig. Det har också betydelse ur vilket perspektiv saker och ting berättas, om det är återberättat eller självupplevt, när det händer, osv.

Om vi vill förändra något inom sjukvården, kan vi på traditionellt sätt presentera våra idéer genom att rita fyrkanter och linjer. Mottagaren tolkar bilden på sitt sätt beroende på vilken syn han eller hon har på saken, tidigare erfarenheter, etc. Mottagaren kanske t o m ifrågasätter de nya idéerna.

Att hålla en föreläsning är således kanske inte det bästa sättet att presentera en ny idé om hur vi vill förändra hälso- och sjukvården. Hur kan vi då göra för att vår nya systembild av strokevården ska bli meningsfull och begriplig för mottagaren?

Ett annat sätt

Det finns ett alternativt, mer reflekterande, sätt att föra över en tanke eller ett budskap. Det är vattentrappan (uppkallad efter ett antroposofiskt sätt att rena vatten, där avlagringar hinner sjunka till botten innan vattnet fortsätter till nästa skål).

Vattentrappan är ett sätt att rena tanken, att föra en dialog. Modellen har prövats av Ledarnätverket under ledning av Hans Sarv. Så här gick det till:

Fas 1: Berätta-lyssna

Först fick Elisabeth Holmgren, förvaltningschef för sjukvården i

Sköellefteå, berätta vad hon tycker är viktigt i ledarskap och göra en del reflektioner.

Om ledarskap

Elisabeth berättade om innebörden av det klassiska ledarskapet, att leda, styra, lyssna, fänga upp, engagera, etc.

I mycket är ledarskap en förtroendefråga; så länge jag förmår skapa och få tillbaka - så länge är det möjligt att också klara svåra situationer. Men gränsen är smal, det kan snabbt vända, sa Elisabeth Holmgren.

Inom sjukvården handlar ledarskap om att leda organisatoriska och strukturella förändringar, skapa en organisation som ger vård ur patientens synvinkel (kan vi förändra vården så mycket?), att minska kostnader och åtminstone behålla kvaliteten oförändrad. Samtidigt ska man hantera medarbetarna medan detta pågår och orka fullfölja det vi drar igång (Långsiktighet är viktigt i ledarskap).

Det är skillnad att leda en organisation med strukturförändringar och utvecklingsprocesser mot att bara komma in som konsult. Den senare behöver inte ta

ansvar för det man gjort eller inte gjort.

Ledaren måste leva som man lär; göra det man säger att man gör, för som ledare är man iakttagen hela tiden.

– Ledarskap handlar också om delaktighet; att ge utrymme och möjligheter för medarbetarna att ta för sig, att utveckla bra medarbetarskap, fortsatte Elisabeth.

– Vi lever och verkar i små och stora organisationer där det handlar om att synliggöra. Är det bra eller dåligt?

Om läkarnas roll

– De är ledare oavsett om de är chefer eller ej. De påverkar många oavsett vad de gör. Därför har vi också försökt engagera dem.

Ledarskap handlar också om flexibilitet. Vi kan inte organisera om i takt med behovet av förändringar. Därför får vi - oavsett hur - arbeta i någon form av matris.

– Vi vet att vi får aldrig lugn och ro. Vi får leva med någon form av konsensusbeslut - "det minst dåliga" - och när vi har valt en väg är det ändå jag som förvaltningschef som tar besluten.

Elisabeth Holmgren sammanfattade med några retoriska frågor:

- Vad är att leda egentligen?
- Hur ska jag som ledare vara för att arbeta långsiktigt?
- Hur tydliggör jag det jag verkligen vill åstadkomma i en förändring?
- Vad är reell delaktighet?
- Hur lär vi oss att öka flexibiliteten inom organisationen?
- Hur hjälps vi åt för att komma vidare?

Frågorna fick inte besvaras. De var bara till för lyssnarna att associera kring.

Fas 2: Frågor

Därefter fick lyssnarna ställa



– Vad är att leda egentligen?
Elisabeth Holmgren reflekterar kring ledarskap.



Att lyssna aktivt, fråga av nyfikenhet, reflektera...

enkla raka frågor. De betonades att dessa skulle bygga på en genuin nyfikenhet, utan baktanke, inte uttalade för att framhäva att man minsann också hade liknande erfarenheter.

Istället skulle man själv fundera över varför man ställde frågan.

När känner du lust och glädje i ditt jobb? undrade någon.

– Nästan alltid. Jag får arbeta med lojala medarbetare som går in för sin uppgift. Jag får vara med i en vetenskaplig organisation som ändå är så mänskligt nära och jag får känna att jag kan påverka. Det är roligt. Jag hoppas att mina medarbetare märker att jag är engagerad och att jag finns där för dem även när det bränns.

Fas 3: Tystnad

I den tredje fasen handlade det om att vara tyst och tänka på vad Elisabeth har sagt, vad frågorna har lyft fram och vad som är viktigt i de frågor för mig.

Fas 4: Gruppdiskussion

Nu följde en diskussion om spörsmålen i mindre grupper. I en av smågrupperna diskuterades bl a hur vi som ledare ska nå ut, att det jag gör ska ha genomslag och mening för medarbetarna, att man ska ha roligt, att man ska leva som man

lär; att man inte alltid behöver ha svaren - det räcker att själv ha en bild inom sig.

Fas 5: "Akvarium"

I denna del valdes en från varje grupp ut att föra samma diskussion i en inre cirkel, där övriga deltagare bara fick lyssna, men inte delta.

Några kommentarer i den inre cirkeln: Ledarskap handlar om lust och förtroende. Entreprenörskapet är viktigast och ska vara långsiktigt. Man måste våga som ledare.

Fas 6: Egen reflektion

Slutligen återgick alla till sina platser och nu följde en stunds egen reflektion över det egna ledarskapet:

• om verkligheten i det egna ledarskapet - hur jag själv verkligen fungerar

• om vilka funderingar nyss genomförda diskussion gett för det egna ledarskapet

• om vilka frön / idéer till en förändring av det egna ledarskapet som övningen givit.

Vid ett senare tillfälle utvärderades metod och deltagarna fann att detta sätt att arbeta hade inneburit att det blev mer dialog än diskussion. Innerst inne är vi trots allt ganska lika även om vi först har olika bilder.

Reflekterande lärande - en positiv kraft

• Du tar in mer av debatten när du lyssnar.

• Vi är väldigt konforma. Det finns en fara med det. Var finns t ex ungdomarna/de nya idéerna i sjukvården? Hur påverkar vi andra.

• Relationer är något vi inte alls talar om.

• Var är det intuitiva ledarskapet - det som handlar om känslor?

• Vi är egentligen inte alls så konforma - hur tydliggör vi det?

• Vi saknar modelllärande om vår egen process. Systemtänkande

påverkar människan. Vi kan se hur det förändrar oss.

• Vi har en uppgift att utveckla ledare och vi måste komma på hur vi ska lösa uppgiften, dvs byta perspektiv! Så gör vi inte i sjukvården idag.

• Frågan om prestige är också viktig: Jag måste diskutera min egen person och öppna mig för kritik.

• Vi måste lära mer om olika uppfattningar.

• Lärandet är ett möte.



Professor Paul Batalden, experthjälper i sökande efter ny kunskap om ledarskap för svensk hälso- och sjukvård.

Att leda förbättring:

Lär av andras erfarenheter! Ställ de rätta frågorna!

- Lyssna noga till vad andra har att berätta om att leda förändringar
- Ta vara på lärdomar från deras erfarenheter
- Öva att förutse och förbered dig för de hinder, svårigheter och oväntade händelser som uppstod

Detta är tre råd som professor Paul Batalden, Dartmouth Medical School, USA, ger alla som arbetar med förbättringsarbete.

– Genom att se vilka hinder som kan uppstå kan vi skapa utrymme för att möta dem, säger han.

Chefer som leder förändringar har ofta så mycket på gång att de inte hinner lära av de erfarenheter genomförda projekt ger. Ofta hinner man inte ens fira sina framgångar eftersom man redan är upptagen av nästa åtagande.

I regel krävs därför en speciell "inbjudan" att göra en ordentlig utvärdering för att man ska tänka på aktiviteter i en förändring som en process med en bakomliggande teori.

– Det är alltid lättare att se förändring i back-

spegeln än när man är mitt uppe i den, säger Batalden. Men eftersom det är så mycket på gång är det få tillfällen som ges. Och gör man en utvärdering blir man antingen uppgjagad eller struntar i resultatet.

Det gäller för ledare att se till att skaffa sig utrymme att lära av livets erfarenheter och att arbeta med förändringar.

Ledare får ofta igenom de förändringar de jobbar för, men det finns så mycket som behöver göras. Låt därför andra ledare ta över en del.

Bataldens nio punkter när man ska fundera kring sina egna nödvändiga förändringsprojekt:

- Vad ska förbättras?
- Hur ser nuvarande verklighet ut?
- Kan något i systemet förändras?
- Vem är processledare?
- Ta fram exempel
- Hur såg tidiga försök ut?
- Data som kan vara till hjälp?
- Troliga sido-effekter?
- Andra saker som har med ledarskap att göra?

Visst går det att integrera berättelser om förändringsarbete inom sjukvården med det dagliga arbetet. Forskaren Nemoto har ställt samman en lista av påståenden som kan vara en hjälp.

Här är hans metod:

■ Chefer förväntas ställa frågor om pågående förbättringsarbete

– Det är viktigt att ledare gör detta för motivationens skull bland de som arbetar med förändringen. Att förändra är också en risk för ledare. Genom att fråga lär du dig själv mer, sa Batalden.

■ Respektera den som håller på med förändringsarbetet

■ Var känslig för utvecklingsnivån hos utvecklaren och/eller dennes försök.

– Ställ enkla frågor i början, men när man avancerat i sina ansträngningar, ställ avancerade frågor.

■ Använd ett strukturerat formulär (se t höger)

■ Identifiera områden som är "bra" och områden där "jag kan be dem göra lite till" - mest det förstnämnda.

■ Visa uppmärksamhet för alla som arbetar med projektet i dina kommentarer/synpunkter

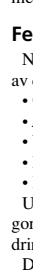
Fem punkter

Nemoto har fem punkter som alltid ska beaktas av dig som chef:

- Orsak till gjort urval
- Analyser
- Vad har man gjort? Vilka åtgärder?
- Resultat
- Har man standardiserat?

Utöver dessa har Paul Batalden ytterligare frågor som man bör ställa sig för att lära från förändringar.

De åtta frågorna kan användas av den som vill få ut mer av andras erfarenheter av förändringsarbete för att tillsammans med egna erfarenheter förbättra sin egen kunskap inför framtiden.



Åtta frågor för att utvärdera förbättringar

1. Vilket var ditt mål/din avsikt och hur identifierade du det?
2. Vilka var dina kunder, förmånstagare och hur skapade du dig en uppfattning om deras behov?
3. Vad var din åsikt om hur systemet och processen fungerade som du försökte förändra och hur gjorde du?
4. Vilken information, mätetal, data hade du om variationer i produktionen och hur fick du fram dem?
5. Vad behövde göras för att testa, permanenta förändringen och hur gjorde ni?
6. Vilka samarbetade ni med och vad gjorde saker och ting enklare?
7. När ni avslutade arbetet vad tycks vara nästa sak som ni behöver göra och hur gör ni för att gå vidare?
8. Vilka hinder, svårigheter och oväntade händelser mötte ni? Hur ska ni förutse och klara av dem på annat sätt nästa gång?

Om att förändra komplexa organisationer:

Det finns flera forskare som formulerat vad som krävs. Här är Dörners råd:

- Formulera mål
- Formulera modeller och samla information
- Förutse och extrapolera
- Planera agerande, fatta beslut och agera
- Åttrge effekter av handlandet och revidera strategin

Olika infallsvinklar för att bidra till nytänkande

Sedan våren -98 har sex arbetsgrupper inom Ledamätverket arbetat med att fördjupa sig i några områden som rör ledarskap och den nya kunskap vi tagit del av.

1. Hälso- och sjukvård som system ur ett regionalt perspektiv.

2. Verktyg för verksamhetsutveckling och IT-stöd

3. Strategiskt tänkande och handlande. Hur kan man som ledare utnyttja kunskap om och integrera aktuella kvalitetsinstrument och systemtänkande i strategisk planering och utveckling? Hänger det ihop?

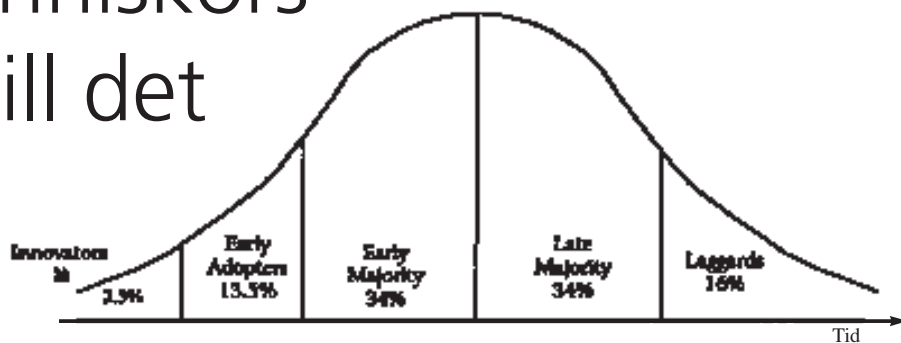
4. Systemtänkande i hälso- och sjukvården - teori och praktisk erfarenhet

5. Lärande och utveckling.

Hur utvecklar vi som ledare bättre förmåga att arbeta tillsammans? Hur sprider vi kunskap om teorier och modeller som hjälper oss att arbeta med lärande och förändring?

6. Verksamhetsutveckling.

Använd människors inställning till det som är nytt



Människor i en organisation är olika och har olika roller när det gäller förändringar. Genom att bli medveten om hur människor är förstås vi också den roll detta har, vilket vi kan använda vid förändringar.

Everett M Rogers har sammanställt sin forskning i boken "Diffusions of innovations" och funnit följande grupper:

Innovators (innovatörerna), 2,5 % av befolkningen, är alltid föregångare. De är intresserade av nya idéer. De skaffar sig influenser från världsomspännande nätverk. De är beredda att ta risker, o m tillfälliga bakslag och leva i viss osäkerhet. De

ses inte alltid med blida ögon av andra i organisationen.

– Detta är svårast förståliga människor. De struntar i allt. Men om du lyssnar på dem så har de ofta något revolutionerande att säga. Även om de har ekonomiska begränsningar är de ändå alltid för att omsätta idéer. Som ledare behöver du innovatörer att tala med, åtminstone ha dem som vänner och diskussionspartners.

Deras huvudsakliga roll: Att hämta in nyheter från utsidan av systemet.

Bör alltid respekteras

Early adopters, (tidiga användare) 13,5 %, är ofta respekterade medarbetare. De är mer lokala och är ofta väl ansedda som opinionsle-

dare i de flesta system. Detta är en person att kolla med innan man börjar använda en ny idé. Fungerar som lokal missionär och är förebild för många andra i ett socialt system.

Deras roll är att minska osäkerheten om nya idéer genom att anamma dem och ge egen rekommendation av det som sprids bland övrig personal.

– Som ledare gäller det att ha även denna grupp i huvudet.

Får igång snacket...

Early majority, (tidig majoritet) 34 %, anstämmer nyheter någorlunda tidigt. De umgås ofta med nyckelpersoner, är sällan själva opinionsledare men bidrar till att det pratas

inom personalen. De lär av Early adopters.

Nyckelroll: Är inte först med det nya, men heller inte sist med det gamla.

Skeptiska

Late Majority, (sen majoritet) 34 %, är skeptiska. De tar till sig det nya efter att större delen av personalen gjort det. Att de gör det kan bero på ekonomiska skäl eller tryck från omgivningen. De följer med strömmen.

Nyckelroll: Tar till sig nyheter när all osäkerhet inför det nya är borta. Nu är det helt säkert.

Alltid misstänksamma

Laggards, (eftersläntare) 16 %, eller traditionalister är misstänk-

samma till allt nytt. Är mest lokala av alla, flera är socialt isolerade och umgås nästan bara med andra med samma traditionella värderingar. Nyckelroll: De gör bara det som har en mening för dem sett ur deras synvinkel. De tar till sig det nya endast om det är helt säkert att de inte misslyckas.

■ Allmänt sett lägger vi oftast för mycket krut på att få med dem som inte vill. Som ledare borde man arbeta mer med de som vill, och därmed påverka den senare majoriteten tidigare.



Detta behövs för en lyckad förändring

Här är en modell för lyckade förändringar:

- Det ska finnas ett tryck eller en spänning (*tension*) som talar för förändring

Detta inträffar när många tänker: Det är bättre på annat håll, Det är osäkert om vi ska fortsätta med det vi gör, Den nuvarande riktningen har ingen framtid...; Nu är tiden mogen för strategier.

- Det ska finnas ett alternativ man kan handla efter

Detta är när det upplevs som meningsfullt för mig som medarbetare att prova

- Teknisk skicklighet, kunskap, människors skicklighet

Detta är när det finns förändringskunskap och stöd för processen

- Socialt stöd

Detta är när det finns en "känsla" för förändring. Stöd är viktigt - ensam är inte stark i förändringsarbetet.

Efter David G Gustafson m fl

Vem behöver vad?

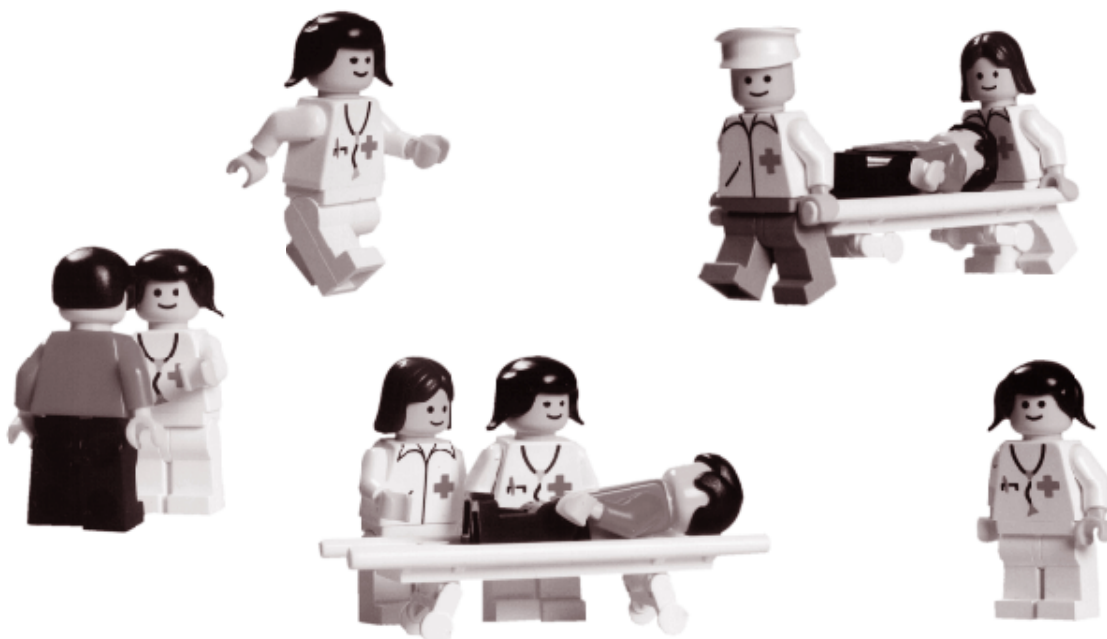
Här nedan finns en matris som kan användas för att placera in människor i en organisation enligt de nämnda fem huvudgrupperingarna. Här kan man

också fylla i vad som kan behövas för framgångsrikt förändringsarbete, dvs hur man gör idén attraktiv för de olika grupperna.

Vem/vilka av våra medarbetare behöver vad?				
	Vad kan skapa meningfull känsla för förändring?	Hur ser ett "actionable alternative" ut?	Vad karakteriserar kunskapen och nödvändig skicklighet, som behövs för att eni gruppen ska agera?	Hur kan meningfullt socialt stöd se ut?
Innovator				
Early adopter				
Early majority				
Late Majority				
Laggard				

Detta är en modell för att se till att alla har en chans att påverka och delta.

• Jag har sett vidden av att bestämma sig för ett nytt ledarskap som river hierarkier och medger människors möjligheter att påverka och delta. Kristina Lagervall-Larsson



Använd det sätt som människor reagerar på...

Åtta steg för att förändra

• Vi leder ofta förändringar, men alltför ofta har vi inte en specifik modell eller teori för det vi gör som kan hjälpa oss.

• "Respekt för människor" är hjärtpunkten för att förändra

• Mycket har skrivits om förändringar, men det som har gjorts betyder mer!

Detta var tre utgångspunkter som professor Paul Batalden utgick från när han gjorde en genomgång av teorin kring att planera och leda förändringar för förbättringar.

Den modell Batalden presenterade var John Kotters ur boken *Leading change*.

– Det handlar om att använda det sätt som människor reagerar på nya idéer.

Kotters modell innehåller åtta steg som alla organisationer/företag måste gå igenom för att kunna göra en verklig förändring, som i bästa fall ska bli bestående. Dessa åtta steg ska följas:

1. Skapa ett medvetande om behovet

Nuvarande situation är oacceptabel för framtiden. Säg sanningen om "röran".

– Du har 2 - 3 minuter på dig att fånga folk för att få dem med dig i det du vill ändra.

2. Skapa en vägledande koalition

Samla de med position, makt, experter, tillförlitlighet och ledarskap. Undvik "egocentrerade" och "ormar" - de tänker bara på egen vinning resp att förstöra grunderna för tillit och förtroende. Hitta folk som har tillräckligt ego ändå. Skapa ett klimat av förtroende.

3. Utveckla en vision och en strategi

Skapa en bild av framtiden som är inbjudande för folk och som innehåller vissa idéer om varför man bör sträva efter att uppnå detta. Visionen ska innehålla en riktning, motivera folk att

agera i rätt riktning och den hjälper till att koordinera många agerande.

– Det är svårt att få den att låta inbjudande, så Batalden.

4. Förmedla förändringsvisionen

Gör detta enkelt, i alla sammanhang och upprepa ofta - tusen gånger krävs! - använd exempel och alla möjligheter att ständigt upprepa visionen för att alla ska förstå vad du vill! Detta är viktigt för högste chefen!

Se också till att gruppen av vägledande personer själva uppvisar det beteende som förväntas av medarbetarna.

5. Ge befogenheter att handla på bred bas

Många tror att det finns hinder eller känner sig bromsade av gamla regelverk. Ta bort/förändra alla system eller strukturer i organisationen, gamla praxis, informationsgap, vanor som hindrar folk att agera enligt den nya visionen. Uppmuntra till risktagande och icke-traditionella idéer, aktiviteter och handlande. Hjälpe de som säger att de inte har tid genom att ge dem tid.

– Vid ett tillfälle hade vi tagit fram en rad punkter som skulle få folk att agera snabbare. Det visade sig senare att våra egna formuler var bra först men senare blev en läsning för nytänkande, varnade Batalden.

– Som ledare kan man gå runt och fråga: "Vad kan jag göra för att få bort det ni upplever som hinder?"

6. Skapa kortsiktiga vinster

Planera märkbara prestationsförbättringar och "vinster". Det ger en känsla av att det går att förändra. Ge märkbar erkänsla och belöningar till dem som gjort vinsterna möjliga (en extra veckolön om vi lyckas...)

7. Befäst vad som uppnåtts och producera fler förändringar

Utnyttja ökad trovärdighet för att förändra alla system, strukturer och policies som inte passar in i förändringsvisionen. Sträva efter synergieffekter. Förstärk processen med nya projekt, teman och förändringsfaktorer. Ha fokus på

huvudrelationerna mellan människor - alla behöver inte se hela komplexiteten, det blir så frustrerande.

8. Förankra de nya inställningarna i företagskulturen

Agera i den kultur som finns, inte i den kultur som ska bli. Agera enligt nytänkande hellre än att försöka tro på sånt som ska leda till nytt handlande.

– Kulturen blir levande genom berättelser om sånt som har hänt mer än genom nya riktlinjer. Ledare måste tala om den nya organisationen. Tell stories, betonade Batalden. Eller genom att låta patienter berätta smälter professionen när de hör sina patienters ord.

Fira det positiva, men uppmärksamma även det negativa - Pharmacia Upjohn ordnade gravöl som en del i sorgearbetet vid nedläggningen av det gamla företaget och detta blev "bästa" festen, sa många anställda.

Paul Batalden lät Nätverket gå igenom stegen i en tänkt förändring - en tänkvärd övning - och avslutade seminariet med att citera Kotter:

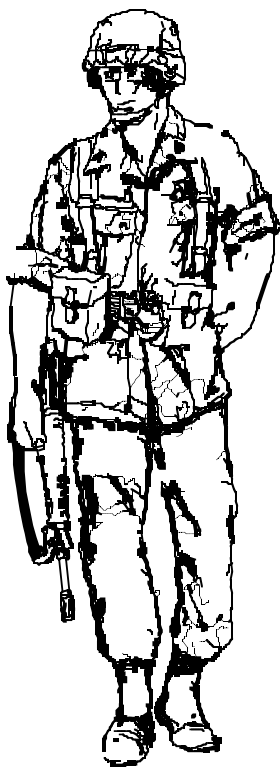
– Att behandla folk med respekt är vad ledarskap handlar om. Ingenting kunde vara svårare. Men när det finns organisatoriska eller sociala skäl att förändra finns det inte något mer praktiskt.



När dina medarbetare klagar på att de inte har tid. Ge dom en hel hink full med tid. Det handlar inte om det.

Militären, kyrkan och cirkusen

- förebilder för vårt tänkande



Om vi ska förstå sjukvården som organisation måste vi tillbaka till rötterna.

Tillbaka och se hur det fungerade i det småskaliga, då prästen var ledarfigur och ritualhandlingarna var viktiga.

Det menar Magnus Söderström, docent vid Institutet för företagsutveckling i Uppsala.

– Det finns ett historiskt perspektiv på allt, så även inom organisationsfilosofi: Vi har tre källor till vårt organisationstänkande: militären, kyrkan och cirkusen. Detta ser lika ut i alla kulturer.

Militären

Den militära organisationen är byggd för att vinna på slagfältet. Den har få ledare och många på fältet, samt ett fåtal specialister. Kraften ligger i att **alla agerar lika**. Krigsmaskinen sätter igång när någon där uppe trycker på knappen och då ska alla agera lika, agera som en maskin. Soldaterna är utbytbara, in med en ny om någon stupar.

Här är det viktigt att klara ut rangordningen, om någon stupar måste man byta ut rätt person efter viss bestämd princip. Det är viktigt att veta vem som är chef, ställföreträdande chef, osv.

Officeren är en självklar ledarges-

talt. Teamet får ett uppdrag och vissa resurser samt en tidsram. Sätt igång klara uppgiften!

Den militära modellen står fadder för

- industrin
- statliga verken
- affärslivet
- viss sjukvård

Kyrkan

Kyrkan avviker är på flera punkter från militären. Den stammar ur det decentraliserade medeltida samhället där kyrkan låg mitt i byn och kyrkan stod för skola, sjukvård, socialtjänst. Ur kyrkan kom universiteten.

Den kyrkliga modellen står fadder för

- skolan
- sjukvården
- kommunen (en fortsättning på den sociala stämman efter högmässan)

Ledarskapet är lika med prästen, som var självskriven, men med skillnad: i kyrkan har



prästen två uppgifter, att förkunna och att leda ritualhandlingar (dop, begravningar, osv). Prästen tar fysiskt på församlingsmedlemmarna och vid ritualhandlingarna kopplar han ihop församlingsmedlemmarna med Jesus.

Kommunerna var länge små och många (fram till 1955 över 3 500), och de kopierade prästerskapets ledarskap; förkunne och ritualhandlingar. De kommunala ledarna höll mycket tal till befolkningen. De kände sina invånare och åkte till och med hem till de som var fattiga eller söp för mycket.

Till ledarskapet räknades även de gamla överlärdarna och överlärdarna, som var de mest kunniga i samhället och uttalade sig om allt av kommunal vikt.

I **sjukvården** känner vi igen ritualhandlingarna i rondens och i att ställa diagnos - det görs på ett bestämt sätt.

Storskalighet förändrar

Under 60- och 70-talet fortsatte kommunerna att växa i storlek och blev allt färre i antal - 854 på 60-talet och drygt 200 idag. Samtidigt började saker och ting förändras: regionsjukhusen byggdes, vi fick fler universitet och grundskolorna blev stora.

– I takt med att vi fick storskaligheten kollapsade det prästerliga ledarskapet och vi fick stora effektivitetsproblem i samhället, dvs att hålla reda på resurser och på folk.

Då vände man sig till industrin och hämtade in ekonomer!

– Ekonomerna brydde sig inte om att man kom till en annan organisation. De såg ett slagfält och slag som ska klaras. Framgång är viktigt! De såg bara produktionen.

Det är nu man börjar införa *divi-*

sioner och börjar prata om omloppstider, verkkningsgrad, osv.

Det är också nu vi lär oss *omvärldsbevakning* och spaning - det som militären är bäst på.

Industrin tänker om

Samtidigt började industrin gå ifrån det militära tänkandet! Efter LO:s kongress 1966 om löntagarfonder började maktfördelningen ändras. De anställda skulle få makt över ledarna/ägarna. Vi fick arbetsrättslagstiftningen.

Så kom 1968 med Ukas och Pukas, som innebar att genomströmningen på universiteten skulle öka och utbildningen standardiseras. Mot det fick vi studentrevolt och kamp. Revolten möttes av den typiska svenska modellen: studenterna togs in i alla beslutande kommittéer i organisationerna och på universiteten.

Något år senare hade vi gruvstrejken i LKAB, som skakade om hela industrisamhället. Detta blev en stor massmedial grej och en allvarlig signal. Ledarskapet var i gungning: Ingen industriledare trädde fram och förklarade varför och hur man ledde sina företag.

I samma veva kom en bok "Konsten att dressera människor", som tog udden av det militära tänkandet.

Ett nytt ledarskap

Det dröjde tio år innan det kom en ny idé om ledarskap, en ny ledare trädde fram som stod för något nytt, Janne Carlsson på SAS. Han kom med en ny definition av vad en företagsledning ska göra. Ledningen måste lämna styrelserummen. Man kan **vara genom att synas**. Det gällde att prata med folk, missionera. Janne Carlsson stod för en helt ny ledarstil, management by wal-

king around.

I augusti 1982 samlade han alla anställda på SAS i Köpenhamn och höll ett lysande tal, som alla fortfarande minns. **Alla anställda behövs och kunden är viktigast!** Kundens möte med SAS-anställda är det viktiga - sanningens minut. Nu var prästerna tillbaka.

Janne Carlsson genomförde också



mycket riktigt flera symbolhandlingar: man sjöng en psalm, presenterade en vision och nya färger på planen, Janne Carlsson kysste vingspetsen. Han hälsade dessutom på alla i hangaren genom att ta alla i hand.

Förkunnelsen var åter det viktigaste i ledarskapet, liksom ritualhandlingarna. Och alla började jobba...

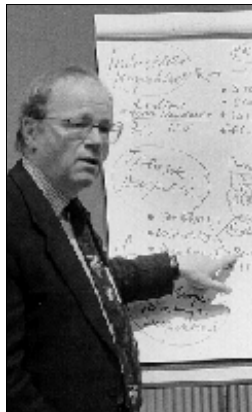
Cirkusen

– När man inte gick i kyrkan eller krigade förr, skulle man förlusta sig. Gå på cirkus till exempel.

Cirkusen är det tredje sättet att organisera en verksamhet. Dess idé är att **skapa en konstnärlig helhetsupplevelse** genom att samordna ett antal professionella med olika specialiteter. Den flyttar sig dessutom hela tiden.

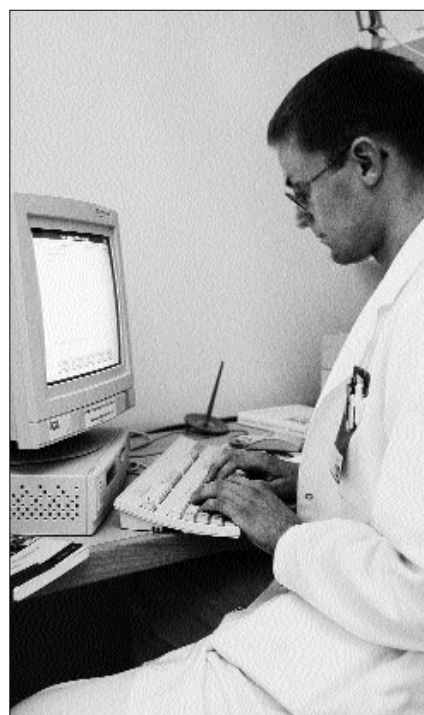
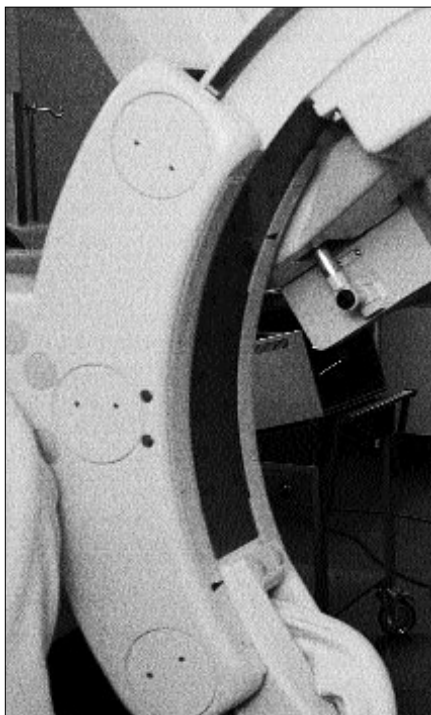
Regissören är således den tredje klassiska ledargestalten. Han eller hon skapar något abstrakt, en konstnärlig helhet av flera delar.

Alla dessa tre ledargestalter - officeren, prästen och regissören - finns i kunskapssamhället.



– Historien förklarar varför vi har de organisationsformer vi har, säger Magnus Söderström

• Förändringarna i svensk sjukvård under nittio-talet hade enligt min mening ej varit möjliga utan detta. Gösta Malmer



Industri-, tjänste- och kunskapsföretaget

- Vad skiljer dem åt?

Det går aldrig att se ett helt hus på en och samma gång. Vad vi ser beror också på vilka glasögon vi tar på oss. Vi ser det vi vill se.

Detta är Magnus Söderströms utgångspunkt när han reder ut vad som skiljer industri-, tjänste resp kunskapsföretag.

Det går att se vad organisationer är och vad de gör ur tre perspektiv:

1. Det industriella perspektivet

Här arbetas med råvaror i en i förväg styrd process, med delprocesser, allt i en viss ordning. De ekonomiska principerna är

- stordrift
- standardisering
- rationellt kapitalutnyttjande (prod dygnet runt, lägga på lager)
- Detsamma har på senare tid förändrats till en mer flödesinriktad syn (resurserna ska flöda genom produktionen, inga flaskhalsar, "just-in-time" - leverans i rätt ögonblick).

Kvaliteten är då lika med tekniska standards, ISO 9000, etc. Det blir viktigt att dokumentera allting.

På 70-talet spred sig detta tänkande in i statliga företag och sjukvården. Skolorna blev mycket stora och skulle ha minst 1000 elever för att löna sig.

Industrin genomgick under samma tid och under 80-talet stora förändringar: industrisektorn minskade kraftigt medan tjänstesektorn

växte kraftigt, konsultbranschen, kursgårdsindustrin och medieindustrin slog igenom och blomstrade. Nu fick vi det andra perspektivet:

2. Tjänsteperspektivet

Nu kom kunden in i bilden. Finländaren Kristian Grönros skrev en bok om *restaurangen som upplevelse* och skapade ett index för upplevelsen (Grönros-indexet). Han hade hjälp av en statistiker Lindqvist, som dessutom skapade ett eget serviceprofil-index.

Den senare poängterade att vi ska anpassa tjänstebegreppet till något mellan storproduktion och det faktum att kunden är en individ. Kunden kan inte alltid ha rätt, men är alltid KUND!

Tjänsteföretag producerar möten mellan kund och leverantör och då uppkommer en process och i processen uppkommer tjänsten, menade Lindqvist.

Kunden gör alltid en bedömning av tjänsten. Bedömningen är subjektiv och irrationell. Den görs oberoende av vad vi producerar/levererar. För företag som befinner sig i konkurrens gäller det att få kunden att komma tillbaka.

Som kvalitet räknas i detta fall *kundupplevelse vid mötet med kunden*. Kvaliteten mäts med enkäter.

De ekonomiska principerna är

- smådrift

- variation - eftersom kunderna är olika, har olika förväntningar och efterfrågan varierar (inom sjukvården gäller det att kunna ta hand om alla på akuten den dag det är dåligt väder)

- frontpersonalen är strategiskt viktig, dvs de stora grupper som kunden möter först, oftast lägst i hierarkin. Det är dem man måste satsa på (jämför SAS)

- Blir första kontakten rätt, löser man många problem direkt.

3. Kunskapsperspektivet

Detta perspektiv bygger på en undersökning av Anders Riesling och Carl-Erik Svejby, som i mitten av 80-talet fick i uppdrag att granska Dagens Nyheter som organisation. DN kom alltid ut varje dag full med nyheter, men reporterna fanns sällan på plats och reseräkningarna var höga. Varför var det så? Vad kunde man göra?

Riesling/Svejby fick aldrig fullfölja uppdraget, men skrev en bok ändå. I den kom de fram till att det måste vara som det är på DN:s redaktion..

Det är som en cirkus: Ett antal solonummer, alla vill synas så mycket som möjligt och det finns en ledning som har hand om helhe-

ten. De anställda ska inte finnas på plats, de skapar något hela tiden och ska jaga nyheter och personer. Där ligger professionalismen! Då handlar det om förmågan att leda dessa. Detta är ledarskap i kunskapsföretaget.

Internationellt talar man om *managing knowhow*, dvs hur man hanterar kunskap.

Problemlösning är just kunskapsföretagets profil, enligt Magnus Söderström. Avancerade lösningar på problem som inte är lösta, och det kommer hela tiden nya problem. Man skapar en cirkusföreställning hela tiden.

En föreställning

Ett antal medverkande artister ger ett avvägt konstnärligt program där regissörens/cirkusdirektörens uppgift är att stå för helheten. Tanken är att artisterna lämnar scenen vid optimalt tillfälle. Stödfunktionen består av speciell musik, vilket är viktigt. Trापetskonstnären klarar sig inte utan musiken och säkerhetsutrustningen. Musiken måste alltid ligga exakt rätt.

Några exempel på sådana kunskapsföretag: statsdepartementen och konsultföretag

Nyckelbegreppen är:

- problemlösning (obs läkare, präster, civilingenjörer är inte problemlösare på detta sätt)
- professionell kompetens

- multiprofessionell kompetens
- projektet är den naturliga organisationsformen - den militära organisationen skulle inte fungera här

Kvalitet inom kunskapsföretag måste utgå från situationer av bra eller mindre bra problemlösning. För att mäta detta får man väga in flera dimensioner:

- Professionell bedömning
- Kund
- Teknisk aspekt

• Institutionell aspekt (= en politisk bedömning av hur verksamheten ska finansieras, hur tillgänglig den ska vara, var sjukhus ska finnas, hur många, osv)

Vetenskap och känsla

Professionell bedömning är vetenskap och beprövad erfarenhet, men även en känsla och förmåga att skilja rätt och fel, en känsla som finns hos den erfarna som inte alltid kan förklaras!

ISO räcker inte. Kundens önskemål räcker inte - vi måste ha med alla tre delarna.

Om doktorn säger till patienten: "Du kan få penicillin om du vill!" innebär bara att man flyttar över sin kompetens och ansvaret till kunden, men löser inte problemet.

Det finns också en risk att vi ger patienten för mycket vård - först måste vi fokusera vad vi ska komma fram till, vad är lösningen?

Kvalitetsarbete i kunskapsföretaget är svårt och komplicerat. Fokusera problemet. Detta varierar och kräver professionell kunskap som anpassas till varje situation!



ISO 9000

Patientens önskemål

Problemlösning

Industrieföretaget producerar varor

Tjänsteföretaget producerar möten

Kunskapsföretaget producerar problemlösningar

Sett ur dessa tre perspektiv: I vilken kategori finns sjukvården?

Därför ska vi ha ledningsgrupper!

Ledningsgrupper - varför bildas de? Hur arbetar de? I vilken riktning utvecklas de? Vad vill man ha ut av ledningsgruppen?

Detta är frågor som Margareta Ernborg, Institutet för företagsutveckling, IPF, sökt svaren på i en undersökning där hon jämfört affärsdrivande myndigheter med förvaltningsmyndigheter.

Hon har funnit att ledningsgrupper många gånger skapas utan att företag egentligen har formulerat vad de ska arbeta med.

Genom sitt arbete har hon kommit fram till fyra antaganden om vilka mål, ideologier och ambitioner som finns bakom bildandet av ledningsgrupper:

Det är ledningsgruppen som forum för...

1. ...utveckling av det strategiska ledarskapet som en kollektiv process (där det handlar allt mer om planer, mönster och positionering samt att ange normer och värderingar som utgör tolkningsbas för problemformuleringar och åtgärder.)



– En ledningsgrupp får inte vara för stor för att fungera bra, säger Margareta Ernborg.

2. ...förankring på ledningsnivå (finns i så fall delaktighetssträvanden?)
3. ...gemensam organisationsutveckling (finns i så fall utvecklingssträvanden?)
4. ...samling av den delegerade makten och för maktutövning för att uppnå kontroll (finns där i så fall decentraliserings-, målstyrnings- och kontrollsträvanden?)

Bollplank, beslutsgrupp eller ledarskapsgrupp...

- var befinner sig din ledningsgrupp?

Ledningsgrupper utvecklas i tre dimensioner vad gäller deras sätt att arbeta och fungera, enligt forskaren B Mattssons modell. Utvecklingen sker parallellt:

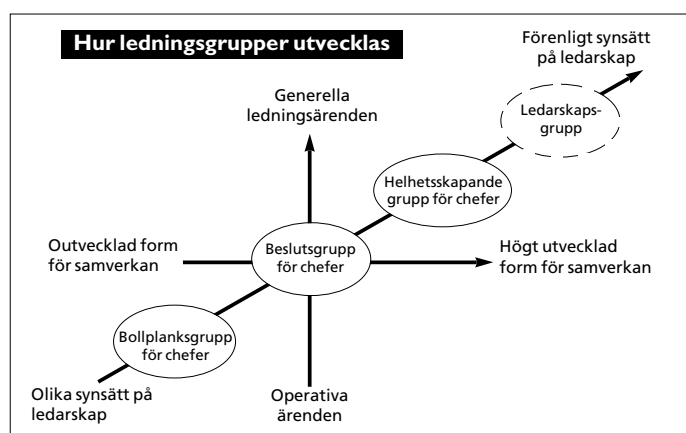
■ I början fungerar gruppen mest som bollplank för chefen och man behandlar mest operativa frågor samt har ett informationsutbyte.

■ I nästa stadium har gruppen blivit en beslutsgrupp för chefen, där chefen tar lite mer vara på medarbetarnas erfarenheter. Beslutande funktionen är viktig.

■ I tredje stadiet har gruppen blivit en helhetsskapande grupp. Nu värnar alla om att resp chef ska utvecklas i sin roll. Gruppen utgör ett stöd för den enskilde i denna utveckling. Helhetssyn eftersträ-



Ju större en ledningsgrupp är desto mer ägnar man sig åt operativa frågor. I så fall bör man även ha utskott som träffas oftare och bereder ärendena.



vas. Beslutsfattande är inte längre centralt.

■ Till sist utvecklas gruppen till en riktig ledarskapsgrupp där man lutar på varan-

dra, arbetar på hög nivå, ägnar sig åt gemensamma strategiska frågor. Man har en gemensam målbild, men besluten kan var och en fatta hos sig.

På väg mot den väl fungerande gruppen...

Får jag komma ombord? Vem styr båten? Vem sitter jag närmast? Att vara med i en grupp kan t ex jämföras med att ge sig iväg i en båt.

Som grupp passerar deltagarna då tre faser. För varje fas fokuserar den enskilde deltagaren på olika saker, som har att göra med hur långt gruppen kommit i sin utveckling.

Detta sätt att se på grupper är hämtat från FIRO (Fundamental Interpersonal Relationship Orientation), utvecklat för amerikanska försvaret sedan man upptäckt att besättningen på krigsfartygen fungerade mycket olika och man ville veta varför. En del besättningar fungerade mycket bra, andra var mycket konfliktfyllda.

Modellen beskrivs med en cirkel indelad i tre faser.

Fas 1 Tillhöra

Den första fasen är Tillhöra-fasen. Här ligger fokus på om jag som deltagare får "komma ombord". Man tvekar innan man går ombord. Huvudfrågan är: Passar jag in? Är detta rätt grupp? Vilka krav har jag på mig? Vad kan jag bidra med?

Jag känner ett beroende eftersom jag vill känna att jag blir accepterad.

Kommunikationen är ganska ytlig. Gruppen slätar över och det är få konflikter i denna fas.

Tydlighet är det ledarskap som fungerar bäst när det gäller frågan om makt; att ha klara och tydliga målformuleringar. Annars finns en risk att var och en gör egna ställningstaganden. Det är viktigt att klara ut vilka spelregler man har, bl a för att gruppen ska kunna gå vidare.

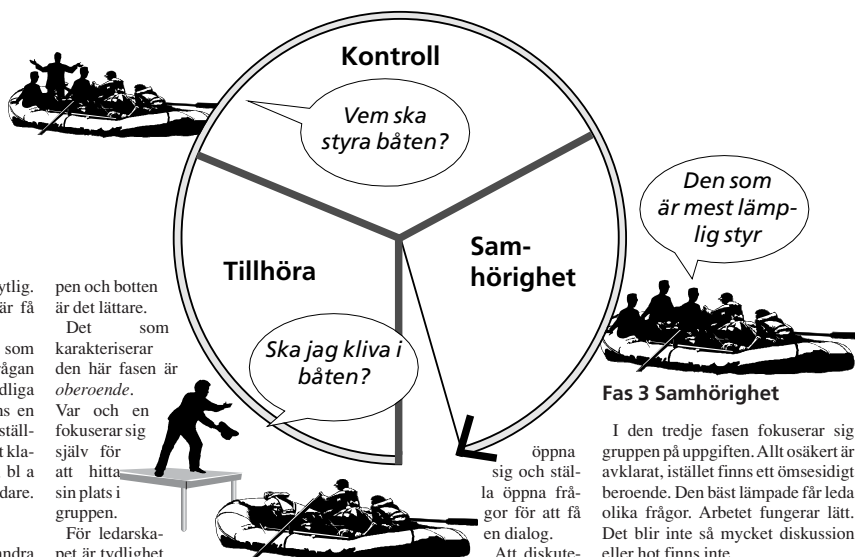
Fas 2 Kontroll

Tid av rollsökning är den andra fasen. Vem ska styra båten? Nu utmanas chefskapet, det kan finnas andra bättre lämpade i gruppen. Gruppen gör en rangordning (på det subtila planet). Detta kan vara svårt. Det kan variera beroende på ämne som behandlas. Att veta var man befinner sig i rangordningen är svårt om man befinner sig i mitten, i top-

pen och botten är det lättare. Det som karakteriserar den här fasen är oberoende. Var och en fokuserar sig själv för att hitta sin plats i gruppen.

För ledarskapet är tydlighet inte lika fruktbar, men det beror på var gruppen befinner sig. Situationsbaserat ledarskap förekommer. Öppna konflikter kan ibland förekomma. Chefen är bollplank, diskussionspartner och konflikthandlare.

När den formella ledaren ifrågasätts kan han/hon försvara sig eller



Fas 3 Samhörighet

I den tredje fasen fokuserar sig gruppen på uppgiften. Allt osäkert är avklarat, istället finns ett ömsidigt beroende. Den bäst lämpade får leda olika frågor. Arbetet fungerar lätt. Det blir inte så mycket diskussion eller hot finns inte.

Ledarskap handlar om auktoritet. Man är ledare för gruppen (Ledaren har fått det förtroendet, det beror inte på positionering).

Om nya deltagare kommer till gruppen åker den tillbaka igen i cirkeln.

öppna sig och ställa öppna frågor för att få en dialog. Att diskutera var man står är viktigt. Att bli överens om värderingar är också viktigt. Frågor den enskilde ställer sig är t ex: Vem är ledaren? Hur stort inflytande har jag? Tillräckligt? För mycket? Hur stort ansvar ska jag ta? Uppskattar/respekterar man min kompetens?

Läkares chefskap i mötet mellan professionen, politik och administration:

SKILDA
VÄRLDAR

Som en djup klyfta mellan skilda världar! Man talar samma språk men förstår ändå inte varandra!

Så beskrivs mötet mellan verksamhetschefer inom hälso och sjukvården och företrädare för politiker och administratörer i en forskningsrapport om chefskapet bland verksamhetscheferna.

Rapporten har tagits fram på uppdrag av Landstingsförbundet och bygger på en enkätundersökning bland 700 verksamhetschefer i Sverige. Forskarna har också följt ett flertal chefer i arbetet på kliniker under 1,5 år och intervjuat politiker och tjänstemän inom administrationen. Syftet har varit att ge en beskrivning av villkoren för verksamhetschefernas chefskap.

– De flesta verksamhetscheferna är aktiva och drivande chefer, men de har svårt att förstå sjukvårdens två andra aktörer, administratörerna och politikerna. De utgör tre olika kulturer med olika logiker för sitt tänkande och handlande, säger en av forskarna, Katarina Östergren, fil dr i företagsekonomi vid Handels-högskolan i Umeå, som har tagit fram rapporten tillsammans med Kerstin Sahlin-Andersson, professor i företagsekonomi vid Stockholms universitet.

– Läkarna har i regel svårt att se logiken i omorganisationer och förändringar och hur dessa ska förbättra vården. Hälften av verksamhetscheferna anser att politikerna inte har ett riktigt beslutsunderlag.

Olika strategier

Undersökningen visar att olika verksamhetschefer väljer olika strategier för sitt agerande beroende på personlighetstyp och vilka resurser man har till sitt förfogande (om man arbetar vid statusklinik, gått chefsutbildning, ingår i nätverk, etc).

Här finns

- **arkitekten**, som omsorgsfullt bygger upp sin klinik,
- **projektledaren**, som driver stort antal projekt, stora nätverk,

• **lagkaptenen**, som driver sin enhet som ett litet företag men forskar inte,

• **försvararen**, en ensamvarg som kämpar hårt för att få igenom det han vill,

• **presidenten** med stort nätverk och stor klinik och

• **idealist**, som jobbar mycket kliniskt, som är mån om rutinerna.

Samarbete eller konflikt

Genom att följa verksamhetscheferna i deras arbete har forskarna funnit att de har olika strategier för hur de hanterar politiker och administratörer.

En del har god kontakt med sjukhusledning och politiker och arbetar utifrån en förhandlingsstrategi för att översätta och på kliniken införa det ledningen önskar. De ser mötet som fruktbart.

Andra är neutrala till politikernas och administratörers idéer. Strategin är att skydda den egna kliniken och i stort strunta i alla omorganisationer och andra påfund. De förstår inte hur verksamheten ska fungera om personalen får veta allt detta. Det gäller att "vänta ut" nuvarande reformer.

En tredje grupp ser ett hot och väljer konflikt som strategi. För dem gäller maktkamp istället för samarbete med administratörer och politiker.

Ingen kategori är bättre eller sämre som chef för sin personal. Även den tredje gruppen kan personalen uppleva som en bra chef, men han har ingen möjlighet att agera eftersom han har ett begränsat kontaktnät, säger Katarina Östergren. – "Förhandlaren" har däremot större möjligheter att påverka spelreglerna och därmed sitt eget hand-

lingsutrymme. Medan den första kategorin, som tror på åtskillnad, enbart kan köra sitt eget race.

Onödigt att lära sig?

Men också *tiden* har betydelse. Att ständigt införa nya reformer innebär att verksamhetschefen *inte* hinner lära sig dem, att man anser att det blir *onödigt* att lära sig dem (de byts snart ut) och att man som chef *inte vågar satsa* på dem (det tar för mycket energi).

– Vad som dessutom är viktigt för chefskapet är att veta vilka resurser, målsättningar och regelverk man har. T ex "konfliktstrategen" vet inte ens vilket regelverk har och kan omforma.

Nya sätt att mötas

Rapporten innehåller inte några

färdiga lösningar och speglar endast den komplexitet som finns. Men några reflektioner har Katarina Östergren och Kerstin Sahlin-Andersson dock:

1. Det är skilda världar! Därför behöver läkarna, administratörerna och politikerna nya sätt att mötas för att överbygga detta:

– Det är viktigt att skapa arenor där alla kan träffas och att ett gemensamt språk, skapas så att man inte kan skylla på varandra

Vilken logik som dominerat har förändrats under årens lopp beroende på tidsandan. Före 1965 dominerade professionens tänkande, därefter den statliga styrningen och det statliga ansvarstagande fram till 1982. Då fick vi marknadstänkandet, konkurrens och management. Risken är att man glömmer det som



– Vi har försökt få så många bilder med som möjligt när vi speglat verksamhetschefernas verklighet och vi har försökt se var de upplever konflikterande normer, berättade Katarina Östergren.

är bra i de andra logikerna när en dominerar.

2. Man förändrar inspirerad av jämförelser med andra (och missar viktiga delar)! Verksamhetschefen försöker göra kliniken till *den moderna organisationen* där professionen ska sköta allt själv. Administratörerna å andra sida vill dela upp verksamheten. I andra fall har man annammat marknadslösningar, dvs tagit modellen men inte allt - man har missat det som gäller samarbete, kommunikation och förtroende.

3. En organisation för omprövning men man missar att skapa en dialog. Det saknas reflektion och omprövning. Läkarna skyller på att det inte går att prata med politikerna, då kan de tro att man pratar i egen sak och man kan inte lita på administratörerna, de förmedlar kanske inte allt. De olika grupperingarna har dessutom olika uppfattning om hur diagnoser ska användas för planering.

4. Behövs starka chefer i sjukvården? Vi har strävat efter starka chefer tidigare, men det finns alla anledning att sprida ansvar för olika saker till andra professioner i sjukvården. Låt olika grupper ta ansvar för olika uppgifter.

– Sjukvården är bra på ta till sig nya idéer, problemet är bara att de gamla finns kvar. Gamla sätt att arbeta försvinner inte bara för att man tar in nya. Om klimatet ska förbättras måste kontakten mellan olika grupper öka, inte bara på chefsnivå. Det behövs också andra mått att mäta verksamheten med än i kronor och antal patienter.

Så kan vi möta problemen

• I avsnittet om Förändringar och lärande på annan plats i denna tidning ger Hans Sarv exempel på den "jordmån" som krävs för att möta presenterade forskares problem-bild. V-gubben som talar om dialog och reflektion och vattentrappan som övar oss i förståelsen för varandra.

Ledarnätverket tror på en patientfokuserad processororienterad hälso- och sjukvård. Vi har därför sökt kunskap som fördjupar vår förståelse för detta förhållningssätt. Följande sidor och mer längre bak är exempel på de viktigaste utgångspunkterna för att åstadkomma patientfokusering

Patientorientering

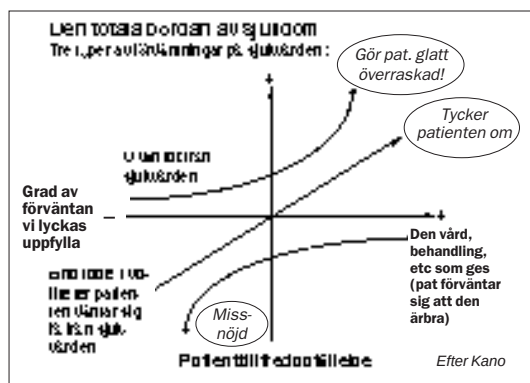
Patientens syn och det hon upplever är viktigast när vi designar sjukvård - "Sanningen ligger i betraktarens ögon".

Tre typer av FÖRVÄNTNINGAR påverkar upplevelsen

Vad förväntar sig patienten av sjukvården? Vad önskar hon få? Vad förväntar hon sig inte?

Hur påverkar detta patienttillfredsställelsen och patientens delaktighet?

Allt som inbegrips i detta påverkar hur det går med patienten, hur hon tillfrisknar eller lär sig hantera sin sjukdom om det är en kronisk sjukdom som t ex astma.



När vi uppfyller de olika förväntningar påverkar detta patienttillfredsställelsen olika mycket. Det behövs mindre av oväntade överraskningar för att snabbt öka tillfredsställelsen.

Uppfyller vi det patienten önskar stiger tillfredsställelsen som en rak linje i takt med att vi tillgodoser önskemålen.

På samma sätt: Lyckas vi inte uppfylla det som patienten tar för givet blir hon missnöjd.

David H Gustafson vid IHI har undersökt detta och lyfter fram tre typer av förväntningar som patienter har på sjukvården. Dessa påverkar patienttillfredsställelsen. Gustafson refererar till Kanos diagram de tre förväntningarna:

1. Förväntat, dvs det som patienten förväntar sig få från sjukvården. Detta påverkar inte tillfredsställelsen så jättemycket. "Jag tackar inte för att jag får rätt medicin"

2. Önskade kvaliteter patienten väntar sig få från sjukvården - "saker som jag gillar att få, ju fler

desto nöjdare blir jag"

3. Öväntat, om patienten får något hon inte väntat sig blir hon överraskad och tillfredsställelsen stiger kraftigt uppåt - "får jag dem inte, blir jag inte ledsen, men om jag får det, är det jättebra"

Hur tänker en astmatiker?

Gustafson och hans kolleger har i undersökningar påvisat annat som har med förväntningar att göra, som de inte väntade att patienterna skulle ha.

När det gäller patienter med astma vill patienten veta varför just hon fått astma, vad miljön betyder för sjukdomen, hur man förändrar miljön, om man måste sluta jobba, om möjligheter att få icke traditionell behandling, hur man ska få en god nattsömn, hur man hanterar en attack inför andra, hur man kan påverka kommunen med mera.

– Detta är saker som påverkar patienten som hon dock inte förväntar sig att hälso- och sjukvårdens ska ta upp eller göra något åt.

Det var också att patienter ställer sig frågor som: Vad betyder min sjukdom för rökning, missade semesterdagar, mina relationer till vänner, skolor och lärare?

Påverkar kostnader

Allt detta påverkar sjukvårdens kostnader. Gustafson frågar sig därför om och vad man kunde göra som

inte skulle kosta så mycket. Det kunde t ex vara att ge skriftlig information till anhöriga, informera skolorna och ordna patientskola där man tar upp denna typ av frågor.

– Kontentan är att vi behöver ta ett steg tillbaka och sätta oss in i hur patienten tänker. Det kan vara en stor hjälp för oss.

Strategier

Det finns flera strategier att ta till för att öka känsligheten för detta inom en organisation:

- Organisera systemet så att du har kontakt med andra myndigheter (skola, kommunen, annan hälsovård)
- Inrätta specialistsjuksköterskor inom primärvården
- Intervjua patienter och familjer på ett strukturerat sätt - för att finna deras bilder och tankar
- Var med och ta fram utbildningsprogram som byggs kring behoven
- Gå ut och se och lyssna på kunderna/patienterna

När det gäller att designa vår verksamhet ska patienternas synpunkter väga lika mycket som alla andras tillsammans (dvs det som har att göra med kvalitet, management, fakta, mål, processen i sig och det vi får fram genom benchmarking).

Goda exempel - Detroit:

Så ändrade vi fokus...

■ Patient/kundorienteringen genomsyrar så gott som allt inom Henry Ford Health System, HFHS. Här pågår ett ständigt förbättringsarbete.

■ Ledarnätverket har tittat närmare på HFHS för att se hur man gjort för att försöka bli bättre på att lyssna på patienter och kunder.

■ På följande sidor följer ett antal exempel som illustrerar nödvändiga verktyg och förhållningssätt för att åstadkomma verklig patientfokusering.

Här är fyra huvudområden som HFHS har delat in sitt arbete i:

1. Ansvar - att tydliggöra det man utför, resultat - mäts med hjälp av rapportkort och styrkort eller med hjälp av HEDIS, ett planerings- och utvärderingsinstrument för sjukvård.

2. Värdeskapande aktiviteter för medarbetarna - genom olika grupper och speciella centra för management, sjukdomar, m m och med andra speciella program.

3. Partnerskap och samspel med kunder och leverantörer - t ex för företagshälsövård och kvinnosjukvård. HFHS ordnar också möten med kundgrupper och leverantörer för att ta till sig synpunkter och man följer på olika sätt vad som händer på marknaden. HFHS ger själva ut nyhetsbrev till opinionsledare och erbjuder utbildningsprogram och studiebesök.

4. Affärsverksamhet och samhällsfrågor - omvärldsbekvakning för att ha kontroll över behoven i samhället, ny teknik, att sjukhuset satsar rätt.

Allt detta görs för att förbättra relationerna till externa aktörer och för att förbättra systemets förmåga att förändra serviceutbud och produkter efter marknadens önskemål, behov och krav.

Vad har detta för värde för Henry Ford Health System?

– Vi visar att vi lyssnar på våra patienter och kunder på ett nytt sätt. Det bygger och förändrar våra relationer. Det förbättrar vårt systems förmåga att förändra det vi gör och vårt serviceutbud. Det förbättrar vårt rykte och vår affärsmässiga position på marknaden.

■ Ovanstående är exempel på en möjlig struktur för patientorientering. Här intill presenteras verktyg och förhållningssätt som ökar kunskaperna i frågor som förstärker patientorienteringen.

Därför bör vi mäta kundtillfredsställelse

Det finns flera skäl till varför man bör mäta kund-/patienttillfredsställelse. På HFHS anser man att de här är de viktigaste:

- Det förbättrar vår kunskap om patienten och vad som verkligen har betydelse för patienttillfredsställelsen
- Vi blir bättre i förhållande till våra konkurrenter
- Det förbättrar vår relation till våra patienter

Det finns olika metoder att mäta patienttillfredsställelse, t ex: att använda enkäter och fokusgrupper och genom att ha kontroll över klagomål.

Resultatet i form av statistik

samlas och presenteras efter olika kategorier, t ex efter diagnos i antal fall, vårdtider, komplikationer, dödlighet, kostnader.

Jämförande statistik om sjukvård vid olika sjukhus finns också tillgänglig genom försäkringsbolagen, där var och en kan se hur det står till med lyckade operationer, tillgänglighet, patienttillfredsställelse, etc.

Sedan är det bara fritt fram för var och en att välja var man vill föräkra sig beroende på vilken sjukvårdsorganisation bolaget anlitar. Den enskilde kan också välja vilken vårdnivå föräkringen ska täcka.

Mer om Henry Ford HS längre fram!



– Vi glömmar lätt familjernas betydelse för hur det går med patienten, sa David H Gustafson, IHI, apropå väntade och oväntade förväntningar på sjukvården.

Konsten att alltid sätta patienten främst

■ Om man bedöms efter hur bra man opererar blindtarmar då fokuserar organisationen på just detta.

– Därför måste bedömningen breddas till ekonomi och kvalitet med kundfokus. Då händer det något, säger Thomas Royer, barnläkare och vice President för Medical Affairs på HFHS.

– Men hur gör vi för att sätta patienten i högsätet när försök att förändra läkare är som att försöka tämja katter...

– Det handlar om att alla chefer alltid måste använda kundfokus när de uttalar förväntningar på verksamheten. Det gäller även data som samlas in för uppföljningar och för att visa på förbättringar. Dessa måste i sin tur kopplas till bedömningssystemet för att vidmakthålla förbättringarna. Bedömningarna måste följas upp i sin tur och anpassas till de värderingar man vill ska råda i organisationen.

– För Henry Ford HS var det en överlevnadsfråga att satsa på kundorientering, säger Thomas Royer. Kostnaderna hade stigit i höjden i början av 90-talet och patienterna hade synpunkter på kvaliteten, inte minst om servicen runt själva det kliniska arbetet.

Henry Ford HS bestämde sig då för att inte bara vara vårdgivare för enskilda fall. Man skulle ta ett helhetsansvar för patienten, från vaggan till graven. Det handlade om en vision och mission: Man skulle integrera värden, växa som organisation och bli kostnadseffektiv. I detta låg också den konsekventa patientorienteringen.

Så här gick man till väga:

- Kundorientering prioriterades strategiskt och kommunicerades ständigt så att de anställda inte kunde undgå att omfattas av detta

- Alla anställda ska veta detta som ett rinnande vatten, säger Royer. They shall feel it, eat it, walk it...!

- Cheferna frågade alltid efter vad teamen gjort för patienttillfredsställelsen

- Benchmarking användes för att finna goda exempel



Henry Ford Hospital i centrala Detroit - en del i systemet

– Vi letade efter "bäst i klassen", åkte dit och kopierade det vi tyckte var bra.

- Utformningen av miljöerna på vårdcentralerna ändrades och blev mer patientvänliga.

- Patientfokus gick i första hand, kostnaderna i andra.

Mer tid för patienterna

- IT-stöd infördes för att ge mer tid åt patienterna

- Sjukvården standardiserades - samma goda vård ges på alla våra enheter

- Om sjukvården inte är bra blir vi stämde. Om vi missköter servicen måste vi skapa egna uppföljningssätt för att komma till rätta med detta. Vi har t o m gjort utfästelser av ekonomisk karaktär till våra patienter: De får fri sjukvård under viss tid. Samtidigt använder vi kunskapen om dålig service i vårt förbättringsarbete.

- Kundenkäter används hela tiden för att fokusera på vad folk säger och på vad vårdenheten gör

- En lärdom är att tillgänglighet är viktigare än kontinuitet.

Thomas Royer betonade också att det är viktigt att cheferna talar om var vi är och vart vi är på väg!

Fokus har gått från teknisk kvalitet mot servicekvalitet.

För att komma dit krävs att läkare instruerar andra läkare. Läkarna ska bli ledare. De måste tala om vad status quo får för konsekvenser jämfört med förändringar.

kvenser jämfört med förändringar.

– Motstånd kommer alltid att finnas mot patientfokuseringen trots bevis och fakta som visar att detta är bra. De som inte accepterar detta sätt att arbeta får man då helt enkelt ta bort ur organisationen.



Thomas Royer med Henry Ford I på vägen bakom sig. Ford var en av initiativtagarna till första sjukhuset.

Kartor för effektiv hälso- och sjukvård

- Flödesbeskrivningar av vårdkedjor
- Multidisciplinära åtgärdsplaner

Detta har använts i förbättringsarbetet som kartor och tidtabeller för effektiv och perfekt utförd sjukvård.

Förbättringsarbete har bedrivits på ett sätt som påminner om QUL och med bl a Värdekompassen som hjälpmedel.

Elizabeth Wall, chef för teamarbete, berättar: – När läkarna och sjuksköterskorna börjar prata med varandra då börjar de förstå vad som betyder något för patienterna och då börjar de använda den kunskapen i sitt arbete.

- Tänk på helheten, använd fakta, ta reda på hur andra gör, låna goda idéer, gör egna anpassade enkäter, använd Värdekompassen, är några av Elisabeth Walls råd.

– Men se upp. På alla stigar finns det polar. Det gäller att inte bli blöt om fötterna!

Patientorientering genomsyrar allt - även primärvården och IT

Henry Ford Health System satsar mycket på att förbättra och utveckla primärvården. Detta har gjorts genom ett konsekvent kund-/patientperspektiv och med en tydlig vision som utgångspunkt.

– I vår satsning på primärvården har vi gått igenom allt tänkbart: befolkningens sammansättning, tillgänglighet, schemaläggning, guidelines för läkarna, rådgivning av sjuksköterskor, samarbeten och klagomål, säger James Blazar när han berättar om "The Primary care Initiative", som är samlingsnamnet.

Vilka delar som ingår i satsningen framgår av figuren t.h.

Utgångspunkten var en vision och nu har man fyllt alla boxar med innehåll.

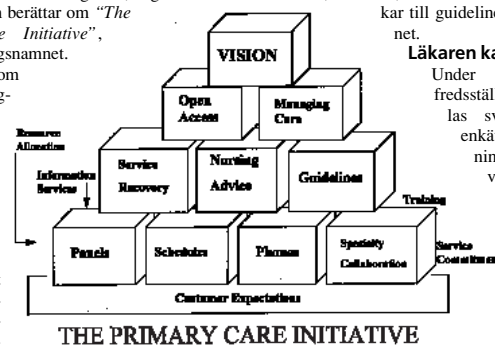
– Samtidigt har vi utvecklat ett datasystem, Population

Management System, som blivit ett effektivt verktyg för läkarna.

Här kan läkaren få tag på allt som rör de egna enskilda patienterna, hur hon tålde antibiotika, om hon fick ligga kvar en dag extra, röntgen-svar, läkemedelsförskrivning, osv. I datorn finns också uppgifter om totalt antal besök, medelbesök, remissinstanser, när läkarna inte är tillgängliga, andra besök än läkarbesök, specialistvård, akutvård, etc. Här finns även länkar till guidelines på Internet.

Läkaren kan se

Under Patienttillfredsställelse samlas svaren från enkätundersökningar och varje läkare kan till och med se vad just hans patienter tycker om honom!



Inga glasskivor och vänliga färger där patienterna tas emot. Inga patientjournaler framme i receptionen utan kontakten bakåt i huset sköts via e-post. De anställda har fått träning i patientkommunikation.

Alla fick söka sina jobb på nytt

Specialisten ersattes av en generalist

• Specialistläkaren ersattes av en generalist på vårdavdelningarna.
• Små multidisciplinära grupper skapades med ansvar för hela vårdkedjan.

Detta är en direkt följd av patientfokuseringen och det sätt som Henry Ford HS använt för att åstadkomma bättre kontinuitet i hela vårdkedjan.

Numera har man tre sådana generalister på varje enhet:

- en **klinisk** generalist
- en **administrativ** generalist
- en **support** generalist

En vårdavdelning har 4 - 5 arbetslag (pods) på 30 - 32 vårdplatser. Varje läkare har hand om 4 - 8 patienter. På nätterna slås teamen samman till större enheter.

Förändringsarbetet genomfördes för något år sedan, först som en pilotstudie, sedan för hela sjukhuset.

Strukturfrågor, som utgick från patientens behov, utgjorde grunden för förändringsarbetet. Begrepp som "Nursing unit" ändrades till "Patient care unit" och alla i teamet fick nya befattningsbeskrivningar.

Rent praktiskt innebar det att alla fick lov att söka sina jobb på nytt och arbetslagen förändrades. Alla fick rejält med utbildning (även i samarbetskunskap!) och teamträning.

– Vi lät alla söka sina jobb på nytt för att man verkligen skulle förstå att man nu skulle arbeta på ett nytt sätt,



Rachel Hoffman

säger Stephen Velic, sjukhusdirektör vid Henry Ford Hospital.

Förändringen har inneburit att den tid som personalen är nära patienterna har ökat väsentligt. Detta mäts kontinuerligt via ett automatiskt indikeringsystem (- se nedan).

– Personalen är inne hos patienterna och "stojet och stummet" på avdelningsstationerna har upphört helt. Avdelningsstationerna är också förhållandevis små.

Antalet anställda som patienten träffar har också minskats rejält.

– För att möta problemet med personalbrist här i Detroit har vi erbjudit alla kompetenshöjning, i snitt 160 timmar. De enskilda arbetsinsatserna är inte längre kopplade till belöningssystemet.

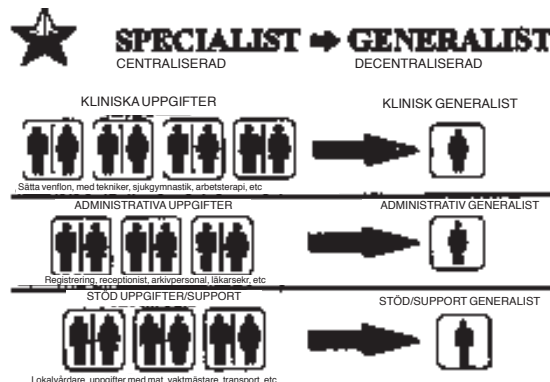
Vi lägger ner mycket arbete på att utvärdera resultat. Utan TQM hade vi inte lyckats.

Personalens bedömning är att det nya arbetssättet är en succé.

Avdelningsstation

– Ingen säger längre "Det är inte mitt jobb", utan numera - med de nya generalisterna och teamarbetet - hjälps alla åt.

– Vi har inte ändrat vad de olika yrkesgrupperna gör utan bara **hur**



jobbet görs.

I de multidisciplinära teamen ingår sjuksköterska, undersköterska (nu kallad *patient care partner*), patient support partner (städning, mindre reparationer, matservering, etc) administrativ support partner (pappersarbete, ekonomi, etc) och avdelnings specialister såsom farmaceut, medicintekniker, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och dietist

– Vi har gått igenom en stor kulturell förändring och det tar år innan den är genomförd, säger Hoffman.

– Det är viktigt med aktivt stöd från cheferna och det krävdes extra insatser att få med läkarna - en del ville bara operera - men nu är de positiva.

Att organisera för patientfokusering

Förändringen till patientfokuserad vård har letts av en styrgrupp med flera arbetsgrupper under sig. Varenda process har analyserats och designats om för att passa det nya tänkesättet. Implementeringen fortsätter fram till år 2000.

Här är några av de viktigaste punkterna i det nya, enligt projektledare Joe Wahl:

- Kundfokusering i allt
 - Gränslöshet
 - Kontinuitet
 - Enklare, snabbare processer
 - Var och en ska ta ansvar, ställa upp och "äga" sin del av arbetet
 - Kvalitet i det patienten får ut
 - Lättillgänglig redovisning
 - Funktion inom bestämd design
 - Förändringsbenägenhet
 - Vårdenhet kallas patientvårdenhet
 - Service och behandlingar ska komma till patienten istället för tvärtom
 - Kliniska vårdkedjor
- Det som blir viktigt framöver är att ta fram bra måttal för processer och resultat.

Kirurgisk vårdavdelning:

Sjuksköterskorna ska vara INNE HOS PATIENTERNA 70 % AV ARBETSTIDEN



Apparaten på väggen:

Med den registreras automatiskt var sjuksköterskorna befinner sig. På panelen kan man direkt se var hon är om man behöver kontakta henne.

Detta syns även som en markering på väggen ovanför



Avdelningsstationerna är små eftersom vårdpersonalen förväntas vara inne hos patienterna den mesta tiden.

Ytterligare exempel på patientfokusering är kirurgavdelningen där mycket går ut på att stödja patientens behov av mental balans.

Kirurgavdelningen har 32 - 35 platser och är delad i två enheter med vardera två vårdlag. Klädseln på vårdavdelningen är okonventionell. Elektroniken är genomtänkt.

Varje gång en sjuksköterska passerar in i ett rum tänds, genom en elektronisk signal, en lampa utanför rummet och man kan se var hon befinner sig. När hon lämnar rummet slocknar lampan.

På väggen i korridoren finns en apparat där detta registreras automatiskt. På så sätt kan man sedan se hur mycket tid sjuksköterskorna finns inne hos patienterna.

Sjuksköterskorna har krav på sig att vara inne hos patienterna minst 70 procent av sin

arbetstid.

På panelen kan man också direkt se var hon befinner sig om man behöver kontakta henne.

Det finns också en farmaceut på avdelningen dagtid. Hon bereder medicinen men det är sjuksköterskorna som delar ut den till patienterna.

Fortfarande används konventionella pappersjournaler. Den datoriserade informationen håller på att införas.

Rummen är påfallande små, de flesta för två patienter, några enstaka var singelrum. För att få ut den inre sängen måste den främre ställas på tvärs.

Båda de sjuksköterskor vi träffade verkade nöjda med systemet.

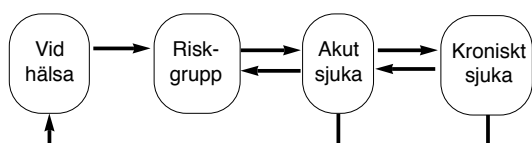
– Att arbeta så konsekvent patientinriktat är mycket bra, säger en sjuksköterska på kirurgavdelningen. Förändringen till detta nya är det bästa som har hänt under mitt yrkesverksamma liv.

Konsten att optimera vården för en patientgrupp

Att optimera vården för olika patientgrupper är en viktig del i arbetet inom Henry Ford Health System. Då gäller det att "fånga upp" olika grupper av människor med sjukdomar eller riskgrupper. För detta använder man sig av flera metoder.

– Det är viktigt att bryta ner befolkningen i hanterbara målgrupper, t ex olika diagnosgrupper och att inrikta sig på de grupper där insatserna kan ge största effekten på hälsa och ekonomi, säger David Nerenz, läkare och ansvarig för Center for Health System Studies, HFHS:s forskningscentrum.

Nerenz utgår från följande bild:



David Nerenz, forskningschef.

Viktiga frågor att ställa sig är:

- Hur ser befolkningsgruppen ut?
- Vilka ska studeras? Alla - eller vissa grupper?

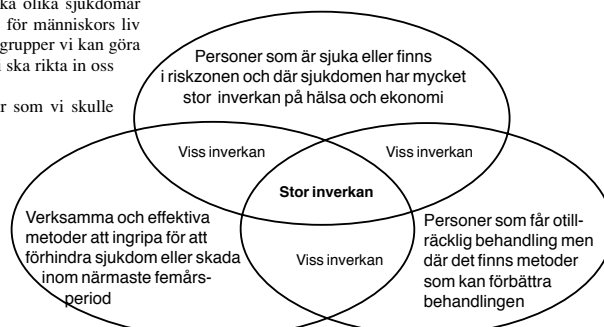
• Vad vill vi åstadkomma?

• Vad finns för serviceutbud idag? Vad fungerar bra/inte bra?

– Det gäller att se vilka olika sjukdomar som har mest betydelse för människors liv och vi måste veta vilka grupper vi kan göra något för. Det är dom vi ska rikta in oss på.

– Det finns sjukdomar som vi skulle kunna göra något åt, men gör ingenting.

Principen är att fokusera de mest intressanta individerna och för att göra det utgår man från den här indelningen:



Det gäller att identifiera personer/grupper där alla tre infallsvinklarna stämmer överens. Då har man den största inverkan på hälsa och ekonomi.



Utvecklingsarbete med inriktning på processer

Inom Henry Ford Health System i Detroit pågår ständigt förändringsarbete. Då använder man sig i regel av Genombrottstänkande, dvs ständigt testa och utvärdera för att successivt utveckla och förbättra verksamheten.

För större mer genomgripande förändringar kopplas ett av de egna fyra forskningscentrum som man har in.

– Fokus ligger då oftast på processer, säger forskningschef David Nerenz.

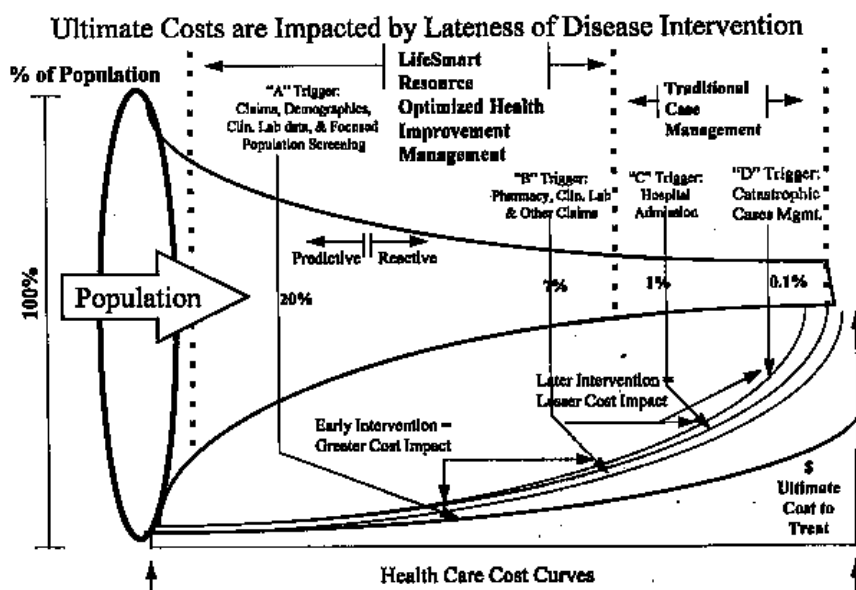
När det gäller planering efter befolkningssiffror använder Nerenz och hans kolleger ett instrument kallat HEDIS (Health plan Employer Data and Information Set) liksom olika databaser, register och mätinstrument, bl a The Dartmouth Atlas of Health Care, som kan användas för att jämföra hälso- och sjukvård i olika områden i USA.

EN TRATT för att fånga in folk i riskzonen

Tratten i figuren till höger används av forskarna på Henry Ford Health System för att "fånga in" människor i riskzonen, dvs individer som under kommande år troligen blir patienter med högt vårdbehov/höga kostnader.

– Vi fokuserar ofta på folk när de redan är sjuka. Vad vi gör är att försöka flytta fokus åt vänster i figuren, säger David Nerenz. Vi försöker identifiera individer som troligen kan bli patienter, som är i riskzonen hellre än senare. Om vi lyckas, är detta bättre på alla sätt än insatser som görs senare.

För t ex diabetiker vet vi vilka som är i riskzonen och vi kan förutse följdkomplikationer. Det senare gäller även patienter med t ex blödande mag-tarmproblem.



Utgångspunkter och verktyg att användas på hemmaplan

ATT MÄTA

patientorienterad SJUKVÅRD

• Komplexa system i sjukvården är svåra att arbeta i och en utmaning att leda.

• Att rita flödesscheman kan hjälpa.

• Mätetal om människor, sjukvård, arbete och samhället är information till hjälp för hela processen.

Det centrala är vad som händer en patient. Ett sätt är att rita upp flödet i arbetet för den individuella patienten och att göra det även inom de större processerna.

(Därtill kommer även behoven i samhället, regionen och nationen.)

Det enskilda vårdtillfället har en början, en mitt och ett slut och det gäller att få med alla moment!

Att hitta mått och flöden

Det gäller att hitta mått som går att kvantifiera både före och efter vården, vilket är viktigt för att kunna hitta områden att förbättra.

Sedan gäller det att följa flödet för patienten i alla dess steg: från första telefonsamtalet via mottagning, diagnos, behandling, provtagning, osv.

En viktig del i detta är att skapa en lärande miljö.

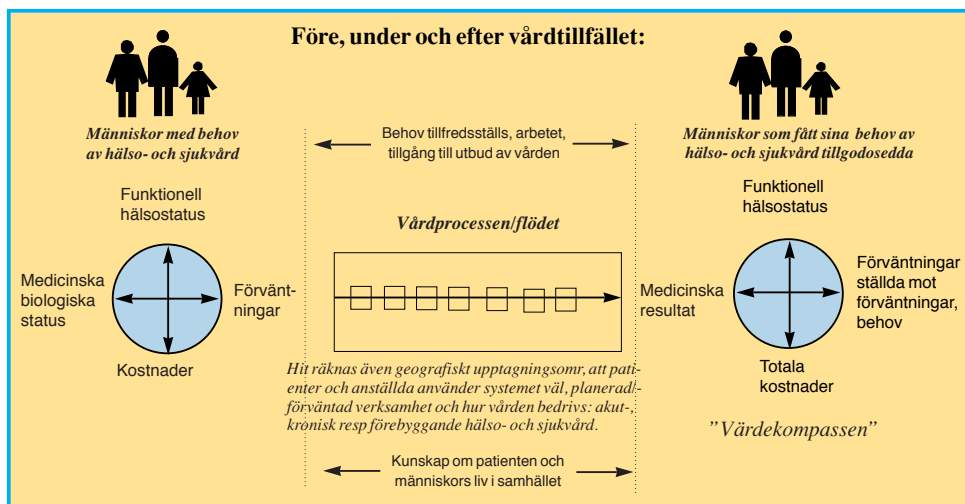
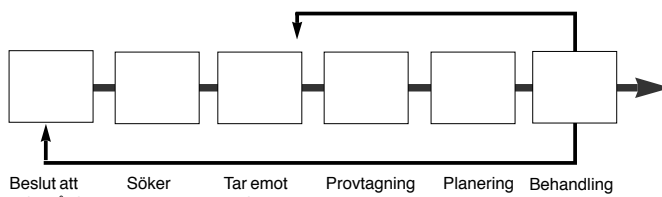
– Som ledare är det avgörande att göra förbättringsarbete viktigt och att tydliggöra allt som underlättar för detta. Ledaren ska fråga hur det går för att i handling visa att detta är viktigt. Han/hon ska även underlätta kontakter

och se till att man letar efter sånt som är fel/onödigt/dubbelarbete, t ex onödiga rapporter, meningslösa möten.

Dessutom behöver du som ledare se till att förbättringen uppmärksammas, och att medarbetarna förstår vad som förväntas av dem. Ni måste prioritera patientvården, arbeta över gränser, få till fungerande strukturer, ta fram lätt mätta data, osv.

Det är också ledarens sak att för den berörda enheten starta en diskussion om vad som behöver mätas, skapa tid att göra detta, finna förbättringarna, skaffa kunskaper, osv.

En hjälp i arbetet är det s k Clinical Worksheet.



Att använda arbetsblad i förbättringsarbetet

Kliniska arbetsblanketter används för att snabba på kliniska förbättringar genom att koppla uppmätta resultat och kunskap om processen med utformningen av pilottester.

Om vi väljer en grupp, t ex patienter med lärbensbrott, så görs mätningar enligt värdekompassens fyra riktningar (se ovan)

– Att arbeta med dessa

arbetsblad gör det lättare att planera förändringen, men blir det svårare eftersom folk inte automatiskt förstår, säger Michael Bergström och Jesper Olsson, som arbetat mycket med Värdekompassen.

– Då gäller det att visualisera detta. Ta till en modell och att arbeta med gruppen early adopters.

– Det är viktigt att ha ett läge av spänning (tension) i början. Alla måste förstå varför det är viktigt, att "vi måste ändra detta..."

– Det finns också en frestelse att göra mätningen för avancerad, säger Jesper.

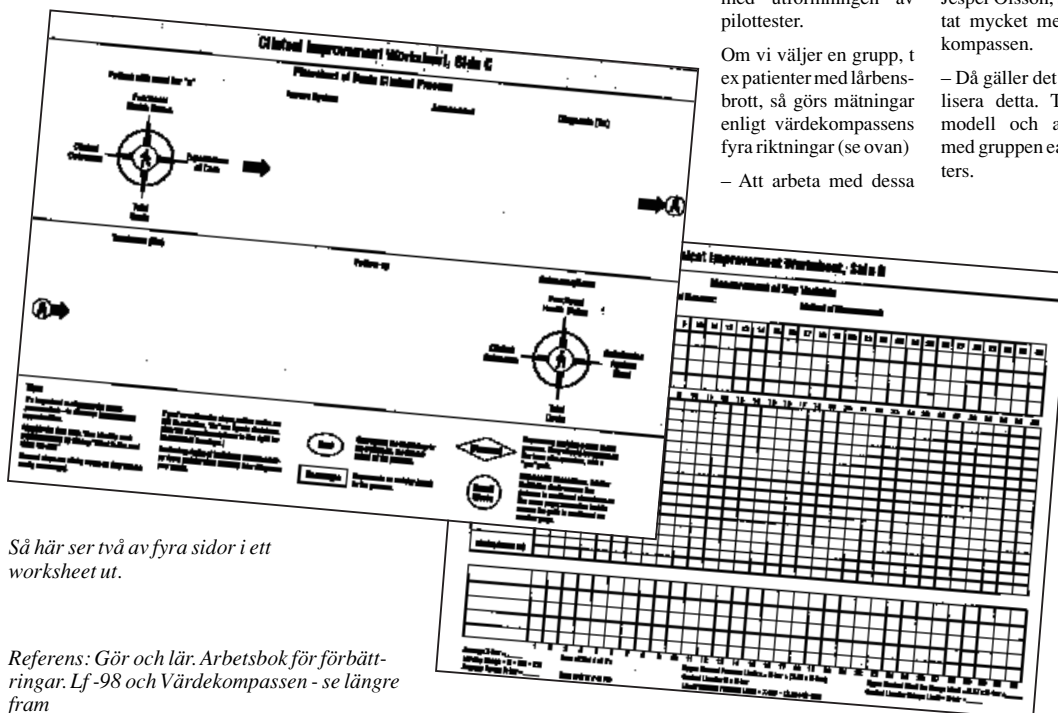
– Det kan ta månader innan man fått rätt läge för att börja förändra, enligt Paul.

Några tips:

Börja på övergripande nivå, arbeta dig ner och sedan in i processen.

1. Fokusera patientvården
2. Se vilka mätmetoder som finns
3. Ta reda på vad vi ska mäta.
4. Börja mäta

Mät i alla fyra "väderstrecken" - att bara mäta kostnader är fel. Om något ändras i en del påverkas alla fyra delarna.



Så här ser två av fyra sidor i ett worksheet ut.

Referens: Gör och lär. Arbetsbok för förbättringar. Lf -98 och Värdekompassen - se längre fram

