

Ta bort sängar för att ge plats till patienterna

Bakgrund

Medicinkliniken på Högländssjukhuset i Eksjö har ett upptagningsområde på ca 115 000 invånare. Högländet består av 6 kommuner och 6 primärvårdsområden. Sjukhuset är ett av landets största länsdelssjukhus. Medicinkliniken ansvarar för att bedriva slutent intermedicinsk vård såväl akut som elektiv (behandling som inte behöver göras omedelbart utan vars tidpunkt och plats kan väljas när det passar bäst) och specialiserad öppenvård inom samma medicinska områden. Den akuta vården ska bedrivas med tillgänglighet 24 timmar per dygn alla årets dagar. På medicinkliniken arbetar ca 260 personer och kliniken har idag 91 vårdplatser. Medicinkliniken är uppdelad på vårdenheter som ansvarar för både slutent och öppenvård. Kliniken är subspecialiserad inom allmän internmedicin, kardiologi, endokrinologi, nefrologi, neurologi, lungmedicin, hematologi och gastroenterologi.

Går det att förändra vår och våra patienters vardag?

De senaste tjugo åren har medicinkliniken brottats med överbeläggningar, långa väntetider till mottagningarna och svårighet att hålla budget. Problemen förvärrades under 90-talet. Medarbetarna kände en allt större frustration över att inte räkka till. Inte hinna med patientmötena som man önskade, inte få tid att utveckla verksamheten och arbeta med förbättringar av varken medicinska eller omvårdnadsresultat. Vi kände oss hindrade av redovisningssystem som endast tog hänsyn till om vi håller budget och hur många vårdtillfällen som gjordes och antalet sängplatser. Vi bestämde oss för att försöka förändra vår situation och startade därför ett långsiktigt och systematiskt förändringsarbete där alla är med och bidrar med sina idéer och erfarenheter. Det har lett oss till helt nya arbetssätt och en ny vardag även om mycket kvarstår.

1994 startade vi ett utvecklingsarbete där alla medarbetare engagerades i att beskriva vad vi gjorde för patienterna. Vi fann ett mycket stort engagemang bland medarbetarna, men också mycket som hindrade genomförandet av förbättringar. Arbetet spretade åt många håll och utgick från de idéer som kom upp spontant utan djupare analys. Ledningsstrukturen och traditionen var sådan att vi inte kunde genomföra fler förbättringar än de olika avdelningsföreståndarna hann med att driva efter godkännande av klinikchefen. Läkarnas roll i avdelningarna var oklar.

Vi är övertygade om att vården skapas av dem som är närmast patienten. Det är runt patienten som kvaliteten och kostnaden avgörs. Vi blev efter studier av QUL nyfikna på om inte ett systematiskt kvalitetsarbete var ett angreppssätt som kunde hjälpa oss vidare. (QUL = Kvalitet, Utveckling, Ledarskap är ett ledningsinstrument avsett att främja en offensiv kvalitetsutveckling i svensk hälso- och sjukvård, där målet är att rikta verksamhetens fokus mot dem hälso- och sjukvården är till för – i första hand patienterna – och åstadkomma ständiga förbättringar)

Våra utmaningar

- Hur skapar vi en patientfokuserad vård med metoder för att förstå kundernas behov?
- Går det att skapa ett tillåtande arbetsklimat där alla är med och formar framtiden?
- Hur får vi gemensamma mål och strategier?
- En ny ledningsorganisation behövdes som kunde möta vårt nya angreppssätt
- Ett nytt redovisningssystem som även tar hänsyn till hur nöjda våra patienter är, vilka resultat vi gör i våra processer samt hur vårt lärande och förnyelse fungerar.

- Processförståelse var nödvändigt. Vilka värden ska vi skapa? Vilka samverkar? Vad händer i omvärlden? Duger dagens arbetssätt eller krävs det nya tjänster?
- Hur kommer vi tillrätta med våra överbeläggningar och köer?

Att utgå från kundernas behov

Medicinklinikens vision är ”att gå från nöjda kunder till hängivna fans”. Detta innebär att medicinkliniken, genom systematisk kvalitetsutveckling, ska bli föregångare när det gäller att möta patienternas, primärvårdens och kommunernas behov, krav och önskemål. Medicinkliniken ska vara Höglandets kompetenscentrum för vård och utveckling av internmedicin.

Att gå från nöjda kunder till hängivna fans kräver tre saker:

- att alla runt patienten tänker igenom och agerar för att skapa största möjliga värde för kunden
- att man systematiskt frågar kunderna om deras behov
- att hitta och ge kunderna det där lilla extra

Att i grunden ta reda på vad som är bäst för kunden är avgörande för framgångsrika resultat. Därför ändrade vi synsätt. Vi slutade ställa frågor om hur vi på medicinkliniken skulle bli bättre. I stället frågade vi oss vad som är bäst för ”Esther”. Med detta perspektiv insåg vi att det fanns fler personer i Esthers närhet att samverka med - hennes anhöriga och personal från primärvård och kommuner – om vi ville nå resultat. För det är vad vi gör tillsammans som räknas för Esther. Alla gemensamma erfarenheter måste vi ta tillvara. Kunskapen måste ägas av dem som är närmast Esther och kan påverka hennes vardag.

I samverkan med Apoteksbolaget AB har vi tagit fram patientenkäter enligt QSP-modellen (Quality Satisfaction Performance). Enkäterna frågar inte bara efter hur det fungerar på medicinkliniken, utan även hur det blir för Esther hemma. Att söka de små förändringarna och att hålla löften i alla lägen är en av våra stora utmaningar.

Att skapa visioner och strategier som engagerar och förenar

För att underlätta tolkningen av vår i vision vardagen har vi infört tre ledstjärnor eller enkla regler:

- vi utgår alltid ifrån vad som är bäst för kunden
- vård skapas i samverkan
- vi tar hand om varandra och ser oss som en klinik

För att en komplex organisation som vår ska gå åt samma håll är det avgörande att vi är eniga kring målet. För att ta fram riktningen träffas ledningsgruppen till strategimöten där vi analyserar föregående års resultat och vad som sker i omvärlden. Utifrån detta sätter vi övergripande mål och mätetal. Sedan 1996 har vi arbetat med Balanced Scorecard (BSC) som gett oss möjlighet att koppla ihop vision, strategi och mätningar. Genom BSC har vi fått möjlighet att beskriva vår verksamhet till huvudmannen på ett mer rättvist sätt än tidigare. Denna förändring är en viktig grund när vi söker nya vårdformer så att ersättningsystemet inte tvingar oss att behålla de gamla arbetsformerna. För att engagera alla medarbetare gör vi ett BSC på varje vårdenhets egna mål och handlingsplaner så att de på bästa sätt kan bidra till klinikkens mål.

QUL – en framgångsfaktor

Genom USK och QUL har vi fått en djupare förståelse för vad som krävs när man systematiskt ska arbeta med kvalitet. Vi gjorde en QUL-beskrivning 1998 och fick en återföringsrapport med många förändringsområden. Vi fick då möjlighet att testa Q-site, som är en metodik och ett data stöd för att efter analys av verksamheten definiera mål, prioritera satsningsområ-

den och genomföra förbättringsaktiviteter och därefter följa resultaten. Utifrån vår återföringsrapport tog vi i ledningsgruppen fram treårig handlingsplan för varje kriterium med satsningsområden och förbättringsaktiviteter. QUL har på detta sätt blivit för oss ett aktivt ledningsinstrument som genererar kritiska framgångsfaktorer på ett systematiskt sätt. Qul:s frågor har också hjälpt oss att fokusera på hur vi utvecklar och förbättrar inte bara vår verksamhet utan också de metoder och verktyg vi använder i vårt utvecklingsarbete.

Ar	Ledarskap	Information och analys	Strategisk planering	Medarbetarnas utveckling	Verksamhetens processer	Verksamhetens resultat	Kundtillfredsställelse
1999	<ul style="list-style-type: none"> Tydlig ledningsorganisation med formulerade visioner och mål. Färmedla visioner och mål i Veckobladet. Införa Qultur <p>Antal aktiviteter:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Struktur på avvikelsehantering. Enhetliga rutiner för framtagande av PM. Datoriserad Im-dokumentation inom kliniken. Datoriserad faktainsamling av markörer. 	<ul style="list-style-type: none"> Ta hand om återföringen av QUL. Varje subspecialitet inför mål-värden. Införa processer på ständiga förbättringar. BSC etableras mer fast i varje enhet. <p>Antal aktiviteter:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utveckling av medarbetarsamtal Individuella utvecklingsplaner Genomförande av Dialog99 + göra handlingsplaner Utbildning i Qul av medarbetarna. Kvalitetsutbildning 7MT <p>Antal aktiviteter: 29</p>	<ul style="list-style-type: none"> Klart definierat huvudprocessen Förbättring av viktiga vårdkedjor. Utveckla öppenvårdskedjan. Utökad poliklinisering Förbättra Im-processen <p>Antal aktiviteter: 25</p>	<ul style="list-style-type: none"> Införa mätmetoder för huvudprocesser Återinföra stroke register <p>Antal aktiviteter:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Förbättra enkät metoden Utveckla quick-search Alla processarbeten utgår från kundvärden. Etablera Esther. <p>Antal aktiviteter:</p>
2000	<ul style="list-style-type: none"> All personal känner till ledningens visioner och mål. Aktiv ledningsgrupp som regelbundet följer upp processer utvärderar och förbättrar, hinder utreds och undanröjs Förvaltningens miljöpolicy införlivas i klinikkens beskrivning. Utbildning i team uppbyggnad <p>Antal aktiviteter: 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetssystem enligt socialstyrelsens författning Enhetliga Pm i intranät. DRG-mätning för jämförelse. Enhetlig Im-dokumentation i samarbete med PV och kommun. Förbättring av QUL-skrivning <p>Antal aktiviteter: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fungerande BSC alla enheter. QULTUR används regelbundet för strategisk utvärdering. 	<ul style="list-style-type: none"> Medarbetarsamtal genomfört hos alla. Införande av IVP för alla. Utvärderingsmetoder framtagna. Mjuka anställningskontrakt. Individuella arbetstider. <p>Antal aktiviteter: 16</p>	<ul style="list-style-type: none"> Planering för forsknings-centrum Kontakt med läkemedelsindustrin för hur utvecklar vi våra gemensamma processer Utveckling av flera stödprocesser <p>Antal aktiviteter: 25</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mäta regelbundet och analysera huvudprocesser Klart definiera mål i de nationella registren. <p>Antal aktiviteter: 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Regelbunden mätning av patient-tillfredsställelse varje månad alla enheter. Tydliga utfästelser och följa resultaten. Kraftfullt förstärka Esther <p>Antal aktiviteter: 5</p>
2001	<ul style="list-style-type: none"> Stabila trender Mål sätts för klinikkens samhällsengagemang Prioritera och avsätter tid och andra resurser för teamutveckling Utbildning i team uppbyggnad <p>Antal aktiviteter: 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> Intranätet används mer generellt för informations-spridning. Fungerande remisshantering via IT <p>Antal aktiviteter: 13</p>	<ul style="list-style-type: none"> Omfördelning av resurser - med stängning av slutenvårdsplatser och mer satsning på öppenvård. 	<ul style="list-style-type: none"> Jämförelse med andra organisationer Införa belönings-system Stabila ATI resultat GAP-analys genomförd på alla avdelningar Individuella arbetstider och flex <p>Antal aktiviteter: 13</p>	<ul style="list-style-type: none"> Forsknings-centrum Fungerande team med ansvar för öppen och slutenvård Inga köer eller överbeläggningar <p>Antal aktiviteter: 55</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicinska resultat i högsta klass Omvårdnads resultat jämfört med ledande organisation <p>Antal aktiviteter: 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> God tillgänglighet utan köer i öppen vård Inga överbeläggningar God tillgänglighet per telefon Tydlig information till kunderna <p>Antal aktiviteter: 13</p>

Bild : Q-sites målgrid för 3 år

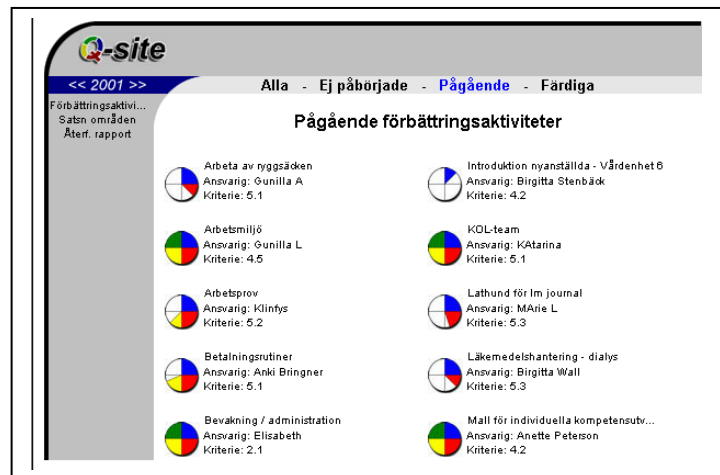
Systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete.

Vi började med att samla medarbetarna i grupper för att ta fram olika förbättringsförslag. Men för att verkligen nå resultat krävdes det något mer. Genom att handleda medarbetarna att systematiskt använda våra förbättringsmetoder har vi byggt upp en stor kunskap i hur man verkligen kan åstadkomma förbättringar. En metod som vi tidigt lärde oss är HPR-metoden. (healthcare process reengineering). En metod för genomgripande förändringar i sjukvården. Där fokus ligger på värden man vill ska i hela vårdkedjan, vilka som behöver samarbeta och vad som händer i omvärlden. Efter analys av nuläget och identifierade problem och förbättringsområden görs en mycket konkret handlingsplan med mål, förändring att testa, ansvarig och tidplan. Denna metod har därefter utvecklats och förbättrats och används i flertalet av klinikkens utvecklingsarbeten. För alla förändringar i handlingsplaner används PDSA-hjulet. (Plan, Do, Study, Act - framtaget av Deming) Med frågorna Vad vill vi uppnå? Hur ska vi veta att vi nått dit? Och vilka förändringar leder till förbättringar? Tydliga mål ska beskrivas och hur vi ska mäta dessa. I planeringsfasen ska beskrivas vad som ska testas, hur testen ska göras, vem som ska göra testen och när det ska göras. En test genomförs i do-fasen. Denna test görs i mindre skala på några få patienter eller under en kortare tid. Under tiden ska dokumentation ske av vad som händer. Går testen som planerat? Händer det något oförutsett? Efter testen studeras resultatet och man beslutar om det ska göras några förändringar, om ny test skall genomföras. Därefter planeras i act-fasen hur spridning ska ske för att föra ut föränd-

ringen i hela verksamheten. Genom att hålla oss till dessa metoder och utvecklat sammanfört dem utan att så mycket tala om de olika egennamnen har vi tillsammans funnit att detta är ett effektivt arbetssätt. En viktig framgångsfaktor är att vi prioriterat att ha egna vårdutvecklare som utvecklat stor kunskap i dessa metoder och direkt handleder oss. Detta är viktigt för oss att se att vårt förbättringsarbete är en naturlig del av vårt arbete och inte något extra. För att få in detta synsätt mäter vi i vårt BSC hur många timmar vi avsätter för utvecklingsarbete på varje vårdenhet. Vi följer alla förbättringsaktiviteter i Q-site. Årligen genomförs ca 100 olika förbättringsaktiviteter enligt PDSA på medicinkliniken. För att det ska vara väl använd tid kräver vi att det görs en uppdragsspecifikation där man ska beskriva vad man vill uppnå och hur man kan rubricera en förändring som en verklig förbättring.

Genom den kompetens och systematik som vi successivt byggt upp, har vi skapat en förutsättning för att använda kvalitetsmetoder som vårt sätt att möta och forma framtiden.

För att bli stimulerade och lära av andra deltar vi i stor omfattning i nationella och internationella utvecklingsprojekt.



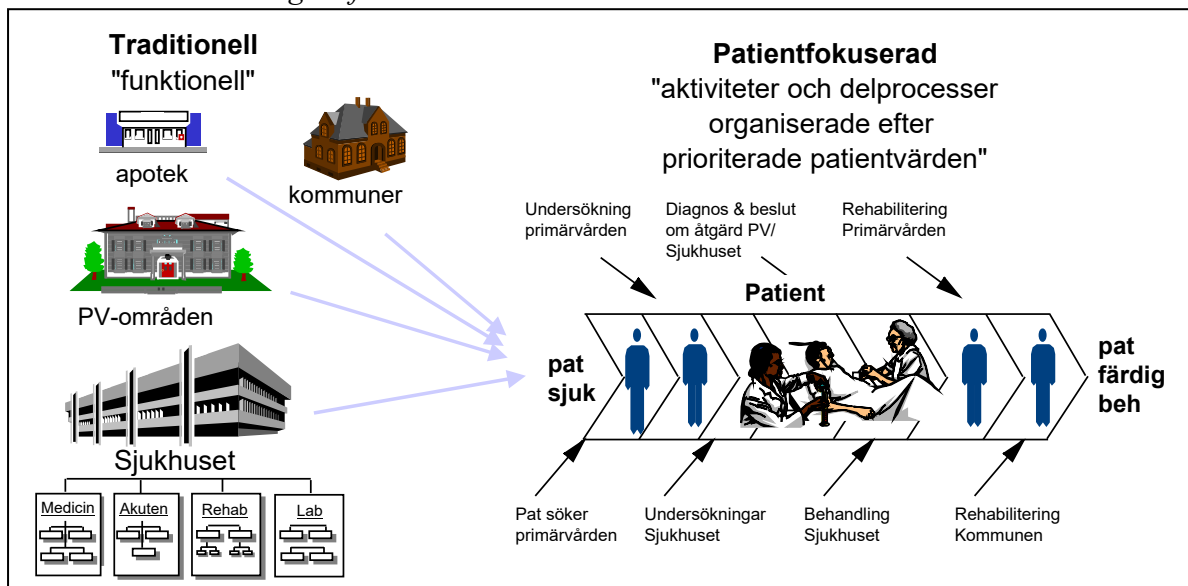
Att ta sig ur vår egen värld till Esthers perspektiv

Vi började alltså vårt förändringsarbete med att förbättra och rätta till olika saker i våra egna processer. Mycket var viktigt att göra. Det stora genombrottet kom när vi började se vår uppgift utifrån Esthers och patientens perspektiv. Efter att ha följt Esther genom medicinkliniken blev det tydligt att detta inte räckte för att se hela systemet. Vi samlade då alla olika yrkesgrupper runt den äldre patienten (vår största kundgrupp), det vill säga personal från Höglandets sex kommuner och primärvårdområden, samt personal från akuten, ambulansen och geriatriken. Tillsammans såg vi ett behov av att i samverkan utveckla våra verksamheter mot högre effektivitet och bättre kvalitet, för att undvika dubbelarbete, höja kompetensen och lära av varandra. Projektet döptes till ”Esther”, som en påminnelse om att patientfokus skulle vara dominerande i hela arbetet. Initialt var ca 60 nyckelpersoner involverade i arbetet.

Vi använde oss av HPR-metoden och utgick från en fiktiv patient som alla kände, Esther som har hjärtsvikt. Vilka värden vill vi skapa för henne? Vilka samarbetar runt henne? Vad händer i omvärlden som kan komma att påverka hur vi behandlar henne? Därefter har vi intervjuat varandra om vad vi gör för Esther. När vi tar hänsyn till hur det blir för nästa led i kedjan finns det mycket som vi kan göra för att underlätta för varandra. Vem som gör vad utgår alltid från vad som är bäst för Esther. Kvalitetsarbetet får helt nya möjligheter när vi utnyttjar varandras olikheter och erfarenheter och vidgar systemet från det ”egna” ansvarsområdet till Esthers perspektiv. Komplexiteten ökar men vinsterna fördubblas.

Förändringsarbetet i Esther gällde från början generellt alla äldre multisjuka patienter. Detta har sedan utvecklats och samma HPR-metod har använts för att titta på specifika sjukdomsgrupper tex hjärtsvikt och demens. Ett effektivt egenvårdprogram har tagits fram för patienter med hjärtsvikt där patienterna själva observerar sin vikt, om benen svullnar eller får svårare att andas och tar då extra vattendrivare. Patienterna har blivit observant på sina egna symtom och därmed fått kontroll på sin egen sjukdom. Antalet vård dagar och vårtillfällen på sjukhuset har minskat och patienterna är friskare.

Att gå från traditionellt/funktionellt arbetsätt till ett processorienterat/patientfokuserat arbetsätt kräver delaktighet från alla medarbetare.



Projektet Esther har övergått i ett nätverk som regelbundet träffas. Visionen är att Esther ska uppleva trygghet och oberoende och kunna leva ett självständigt liv genom att ett hållbart och handlingskraftigt nätverk har skapats. För Esther betyder det:

- att hon vet vart hon ska vända sig
- att hon ska få vård i eller nära hemmet
- att hon ska uppleva landsting och kommuner som en vårdgivare
- att hon ska ges möjlighet till samma vård över hela Höglandet
- att hon ska ha en individuell vårdplan

Kvalitetshöjning och kvalitetsförbättring ska ske kontinuerligt i hela vårdkedjan.

Från avdelningar och mottagningar till vårdenheter

Överbeläggningar och långa köer är något som förföljt medicinkliniken i långa tider. Under hela 90-talet har antalet vårdtillfällen ökat. 1998 nåddes kulmen. Medarbetarna var hårt pressade. Tillgången på personal minskade drastiskt. Inför sommaren 2000 var läget akut, vi behövde stänga 39 vårdplatser under sommaren. Vanligtvis brukade vi stänga 14 vårdplatser för att klara personalens semestrar och brukade då ha stora problem. Detta gjorde att vi fick möjlighet att ”testa” under kortare tid att Esther verkligen fungerade.

Målet med testet var:

- inga överbeläggningar på medicinkliniken trots minskning från 116 till 79 vårdplatser
- patienter som inte hade behov av en säng skulle kunna få tid direkt eller dagen därefter till specialist på mottagningen.
- nöjd personal både i kommun/primärvård och på medicinkliniken
- nöjda patienter

Vi beslöt att kalla samman alla i Esthers nätverk och diskutera frågan. I nära samarbete med primärvården tog vi fram ett särskilt åtgärdsprogram. Det innebar att distriktsläkaren ringde till en specialist för varje patient han ville lägga in, så att vi kan anvisa en säng direkt eller i morgon, eller tid till specialist på mottagningen inom tre dagar. Detta för att kunna jämna ut dag-till-dag-variationen och ha kontroll på ”läget”. Nära samarbete med kommunala vården, förbättrade och slipade rutiner vid utskrivning mm, gjorde att allt gick över förväntan. Vi hade 85 procents beläggning hela sommaren. Utvärdering gjordes med enkäter och fokusgrupper.

Primärvården och kommunerna tyckte att det fungerat perfekt för att allt normalt strul var borta.

Att tänka om - tänka nytt

De erfarenheter vi fått genom vårt utvecklingsarbete under flera år samt denna sommars test i liten skala av ett nytt arbetssätt gjorde att vi började fundera på om vi tänkt fel tidigare. Det patienterna behöver är att möta medarbetarnas kompetens tidigare och att dessa sedan avgör ifall det behövs en säng, mottagningsbesök eller om vi kan undervisa patienten eller i primärvård och kommuner istället. Idag lägger vi in någon patient varje dag på grund av att vi har en otillgänglig öppenvård. Vi beslöt att införa ett nytt koncept och stänga 25 vårdplatser, lägga ner den traditionella mottagningen för att istället skapa vårdenheter med kompetensteam som ansvarar för både öppen och sluten vård och undervisning ut till kommuner och primärvård.

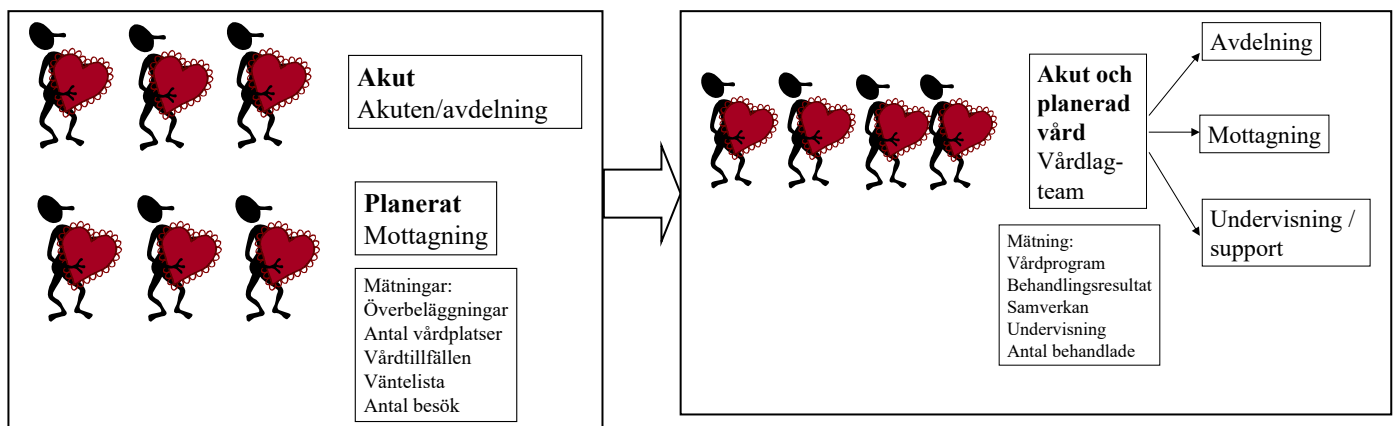


Bild: Istället för att ha två olika verksamheter – en öppen och en sluten vård – bestämde vi oss för tänka om och bara ha en kö. Patienterna möter en kompetens i form av ett vårdlag eller team som beslutar om patienten behöver en säng, mottagningsbesök eller om patienten eller kommun/primärvård behöver support eller undervisning.

Målet med förändringen var:

- ❖ Ökad tillgänglighet: inga köer i öppenvården, inga överbeläggningar, telefontillgänglighet
- ❖ Kompetenscentrum – kompetensutveckling tillsammans
- ❖ Höjd medicinsk och omvårdnads kvalitet
- ❖ Mer avancerade tjänster
- ❖ Från natt till dag med bibehållet akutsjukhus
- ❖ Medarbetare som får möjlighet att göra sitt jobb bra – arbetsglädje, bra arbetsmiljö
- ❖ Flexibelt arbetsschema
- ❖ Mer avancerad vård och större tillgänglighet för samma kostnad

Köer och väntetider kunde nu angripas systematiskt för att öka tillgängligheten. Under flera år hade vi haft stora problem med långa väntetider. För att komma till en neurolog kunde det ta över ett år och till en lungspecialist ett halvår. Delmål var att nå vårdöverenskommelsen med tillgänglighet för prioriterade patienter inom 4 veckor och för oprioriterade patienter inom 3 månader. Från hösten 2002 sattes ett nytt mål – att nå avancerad tillgänglighet. Avancerad tillgänglighet betyder att alla patienter ska få tid inom 14 dagar till specialist team, men även tillgänglighet på telefon och om akutbehov finns tillgänglighet inom tre dagar. Kapacitet och efterfrågan är mycket olika från olika specialiteter. Detta gör att teamen har fått angripa problemet utifrån olika förutsättningar. Arbetet startade med att alla vårdenheter fick arbeta med tre strategier:

1. Matcha kapacitet med efterfrågan
2. Påverka efterfrågan
3. Ändra systemet.

Dessa tre strategier har 27 förändringskoncept för att påverka väntetider och köer. Teamen har i detta arbete mycket systematiskt gått igenom och identifierat sin efterfrågan och kapacitet.

Efterfrågan:

Vilka är patienterna till respektive team? Vad har de för diagnoser? Hur många remisser kommer det? Hur många återbesök behövs? Hur många ringer under en vecka? Hur ser variationen ut över veckan och året?

Team har identifierat var patienterna önskar:

- Patienterna vill få hjälp när de behöver det - inte rutinmässiga återbesök som inte skapar något värde.
- Få ta eget ansvar. Vi har i sjukvården en tendens att ta över ansvaret från patienterna Vilket gör patienterna beroende av oss.
- Veta hur man ska bete sig. Patienterna vill veta hur de ska hantera sin sjukdom.
- Få högkvalitativ sjukvård där det inte har någon betydelse vem som är i tjänst eller tid på dygnet eller vilken veckodag man kommer in.
- Känna trygghet. Vi har av erfarenhet märkt att patienter som vet vart de ska vända sig och får ringa och komma direkt när de mår dåligt har ingen tendens till överkonsumtion utan tvärtom hör av sig mindre.

Kapaciteten/resursen:

Hur många besökstider finns under en vecka för nybesök och återbesök? Hur många olika besökstyper finns? Hur fungerar telefontiderna? Vilka jobbar i teamet? Vad har man för kompetens eller special kunskap? Hur kan kompetensen utnyttjas på bästa sätt? Vilken typ av verksamhet kan teamet erbjuda?

Genom den förändrade organisationen där avdelning och mottagning slogs samman till vårdenheter blev möjligheten för utökad verksamhet mot öppenvården betydande. Flera medarbetare arbetar idag med öppenvård under en eller flera dagar i veckan och med slutna vården övrig tid. Förutom utökad kapacitet har detta också inneburit en ökad förståelse och samverkan mellan den öppna vården och slutenvården. Vilket har gett fantastiska möjligheter till utvecklat arbetssätt och samverkan.

För att matcha kapaciteten med efterfrågan har teamen gjort flera olika förändringar.

Exempel på hur man *ökat kapaciteten*:

- Utnyttja hela teamets kompetens
- Utökning av befintliga och skapa nya sjuksköterskemottagningar.
- Läkare som kör dubbla arbetsprov med hjälp av sjuksköterskor.
- Andra typer av medier används tex telefonkontakt har i vissa fall ersatt besök
- E-mail har börjat testas som kommunikationssätt med vissa patienter och för vissa frågeställningar
- Utökning av telefonrådgivning har skett och ett rådgivningssystem är på gång för att säkra kvalitet.
- Flexibilitet i mottagningsdagar har gjort det möjligt att anpassa verksamheten efter patienterna efterfrågan

Exempel på hur man *minskat efterfrågan*

- Utbildning och support till primärvård för att få ”rätt” patienter. Remissmallar används för att styra upp detta.

- Patienterna får ett större ansvar genom att i vissa fall själva bestämma när de har behov av återbesök och då ska tillgängligheten vara så bra att de kan få tid inom två veckor och vid akutbehov samma dag.

En annan viktig del för att nå avancerad tillgänglighet är att *arbeta bort ”ryggsäcken”*. Alla teamen utarbetade en plan för hur detta skulle kunna gå till. Exempelvis:

- Regelbundna helveckorsmottagningar
- ”Stormvecka” - en vecka med samlade resurser för att arbeta av väntelistan.
- Städning i väntelistor – plocka bort patienter som inte är aktuella längre. Vissa team har skickat brev till patienterna för att höra om behovet fortfarande kvarstår.

När kliniken tog bort 20% av sin kapacitet inom slutenvården blev ett fortsatt aktivt arbete viktigt för att inte åter drabbas av överbeläggningar. Samverkan i Esthernätverket gör att vi ständigt kan fundera på hur samverkan med kommunerna och primärvården fungerar. Ett avvikelsehanteringssystem gör att vi kan identifiera systemfel och hitta förbättringsmöjligheter. Även återinläggningar inom en månad har observerats och utredning pågår för att undvika de som inte är nödvändig. Nya projekt och förbättringsidéer initieras i nätverket och genomförs med hjälp av PDSA-hjulets struktur med test i liten skala. Från början var fokus i Nätverket den äldre patienten nu har vi möjlighet att även titta på olika diagnoser och göra speciella program för dem. Exempel på detta är hjärtsvikt och demens.

Medarbetarna - den viktigaste resursen

Medicinkliniken har som mål att vara kompetenscentrum för internmedicin på Högländet, därför är medarbetarnas klinikkens viktigaste resurs. Att skapa ett klimat där medarbetarna har möjlighet till vidareutveckling och kompetenshöjning, som stärker såväl individen som organisationen som helhet. Det ger tjänsterna högsta klass. Det är också viktigt att varje medarbetare känner att hon har förtroende att utveckla sina arbetsuppgifter och ser sin roll i helheten. Detta är därför nära förknippat både med hur vi bedriver utvecklingsarbete och hur vi utformar ledningsorganisationen. För att ta tillvara engagemanget och kompetensen hos medarbetarna satsar vi mycket på att sätta av tid för utvecklingsarbete. Vi har utvecklat arbetstillfredsställelse enkäter initialt på kliniken men som sedan har övergått i landstingets regi. Enkäterna är utformade så att de visar resultaten på varje vårdenheter och att man där direkt utformar sin egen handlingsplan för förbättringar. Vi använder medarbetarsamtal och har startat ett arbete med GAP-analys där vi försöker finna gapet mellan klinikkens framtida behov av kompetensutveckling och nuläget, så att vi kan lägga upp individuella utvecklingsplaner. Medarbetarnas involveras i att ta fram strategier, mål och handlingsplaner via årliga utvecklingsdagar. Där används HPR-metoden och BSC. Alla förändringsarbeten följer PDSA-hjulet. I samband med att kliniken omorganiserade till vårdenheter genomfördes teamveckor där alla medarbetare fick delta i förändringsarbetet. Mål och handlingsplaner togs fram utifrån patienternas behov. Kompetensgapet identifierades utifrån var vi var och den framtid som vårdenheter som vi planerade. Skapandet av vårdenheter med integrerade öppen- och slutenvård har helt klart gett nya möjligheter till spännande arbete.

En ledningsorganisation med syfte att få medarbetarna att växa

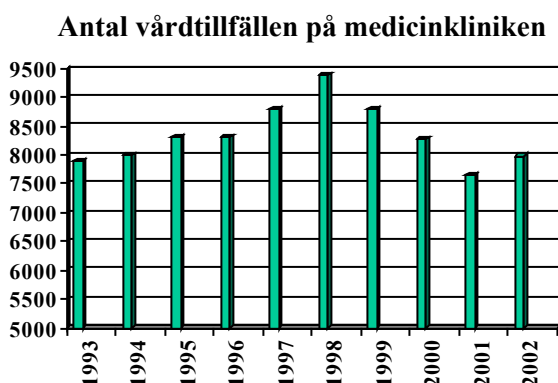
Vi upptäckte tidigt att vår ledningsstruktur var ett hinder för utvecklingen. Rollerna och befogenheterna för avdelningsföreståndare och överläkare var oklara. Den tydliga utvecklingen med subspecialisering är viktigt för att kunna följa diagnos och behandlingsförändringar. Vi försöker därför ständigt att utveckla våra ledningsmetoder så att beslut i största möjliga utsträckning fattas av dem som arbetar närmast patienterna, eftersom se bäst vet kundernas behov. Den decentraliserade organisationen bygger på att ledningen anger riktningen för verksamheten, definierar och följer upp målen i dialog med medarbetarna. För att underlätta detta

är vi noga med att arbeta med metoder där vi gemensamt kan ta fram hur det förhåller sig idag och var behovet till förändring finns. Vi har skapat en ledningsorganisation där en vårdenhetschef och en överläkare gemensamt på delegation från verksamhetschefen leder och förbättrar sin vårdenhet. Varje vårdenhet har sin egen ekonomi, ansvar för patienttillfredsställelse, hur processerna fungerar och personalansvar. Resultaten följs med BSC. Genom att vi gemensamt i ledningsgruppen, som består av alla vårdenhetsledningarna, tar fram mål och strategier och följer resultaten regelbundet, kan vi ändå fungera som en klinik, ta tillvara varandras erfarenheter och sprida dem. Målen och strategierna revideras årligen på ledningsgruppens strategidagar och följs därefter fortlöpande på ledningsgruppens möten var tredje vecka. Det decentraliserade ansvaret har lett till att vi mycket snabbare och på många fronter kan ändra oss samtidigt. Nya medicinska och omvårdnadsmissiga rön kan utvärderas och införas direkt, ifall de ligger i enlighet med klinikens mål och strategier.

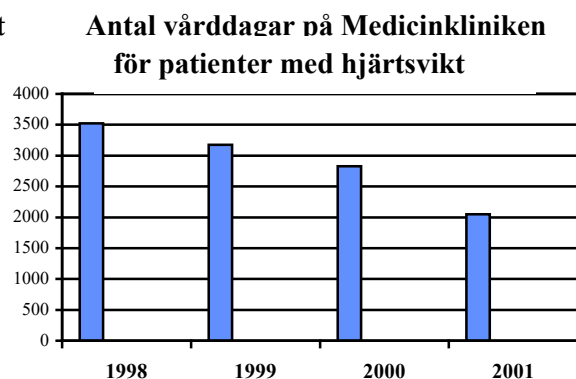
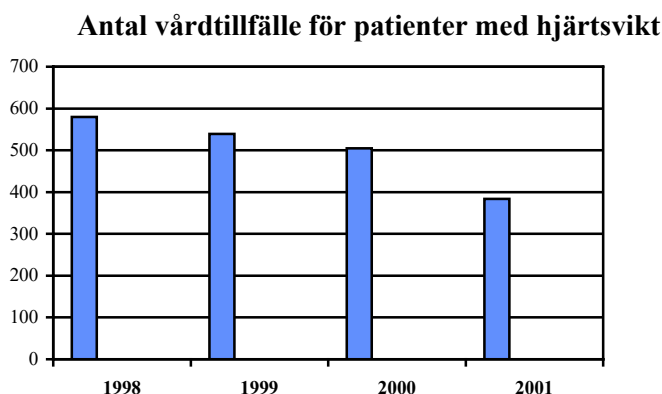
Resultat

Vårdtillfällen

Vi har sedan kulmen 1998 minskat antal vårdtillfällen på kliniken med 20 procent.



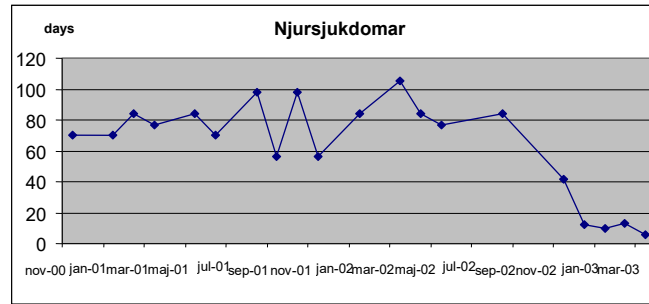
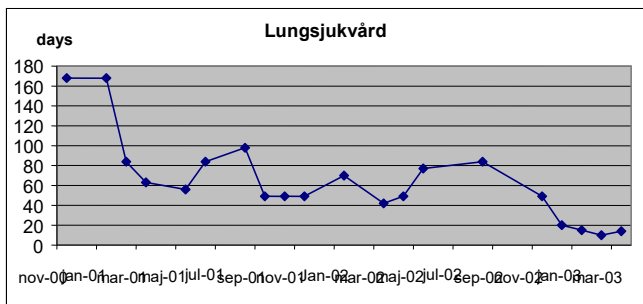
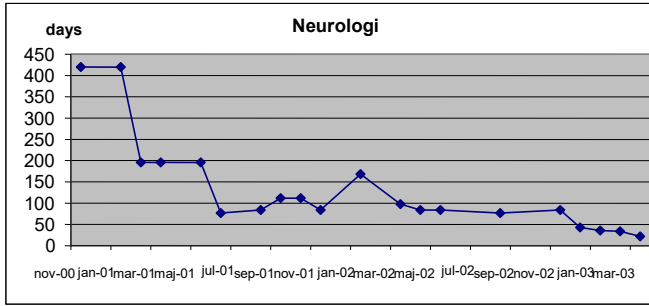
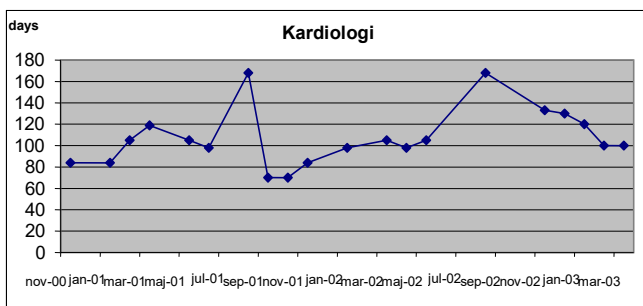
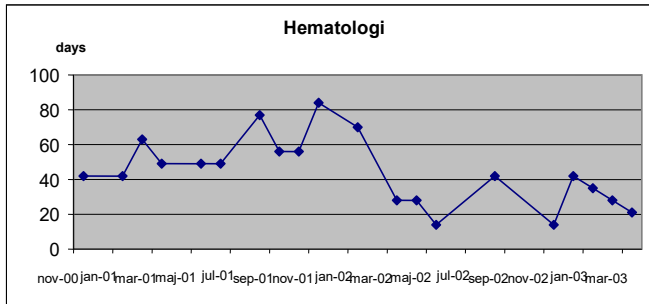
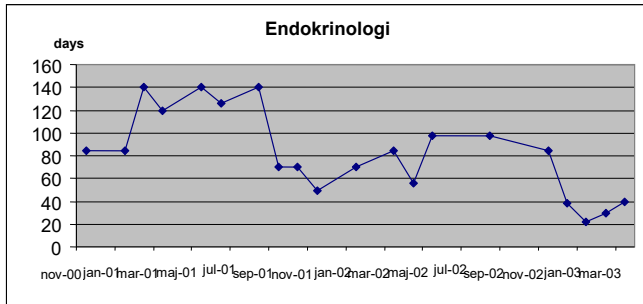
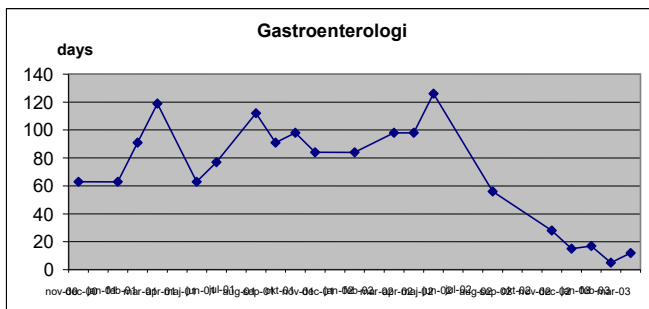
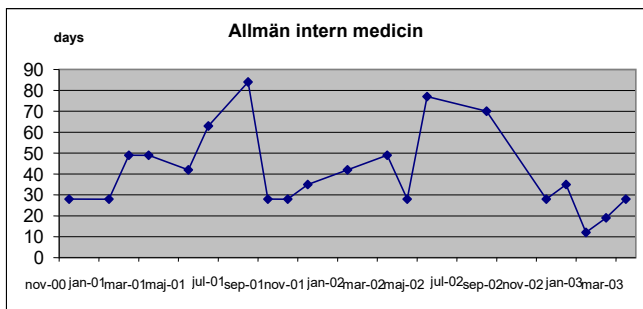
Esther projektet har övergått till ett nätverk som träffas regelbundet för uppföljning och initiering av nya förbättringsarbeten och projekt. Hjärtsvikts projektet med fokus på patienternas egenvård har gjort att både antal vård dagar och vårdtillfällen för dessa patienter märkbart minskat.



Tillgänglighet - väntetider

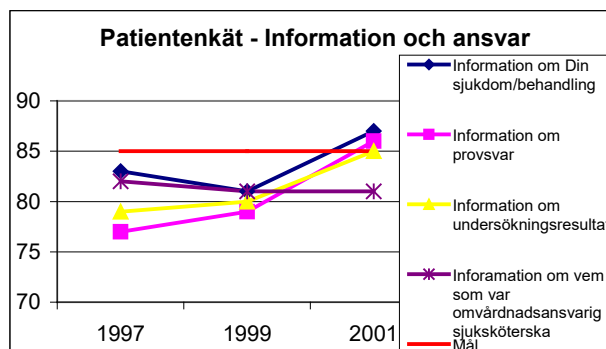
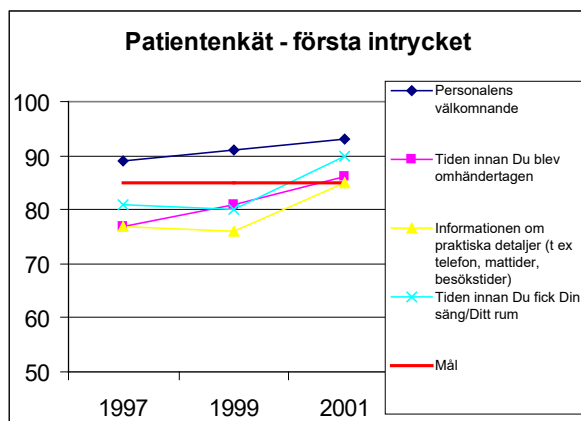
Väntetiderna visar att vi i nästan alla våra specialiteter uppnår vårdöverenskommelsen. Vårt nästa mål är att nå avancerad tillgänglighet med tid till teamen inom 14 dagar. Detta mål räknar vi med att ha den 31 maj 2003 inom alla våra specialiteter.

”Ta bort sängar för att ge plats till patienterna”
 Medicinkliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö



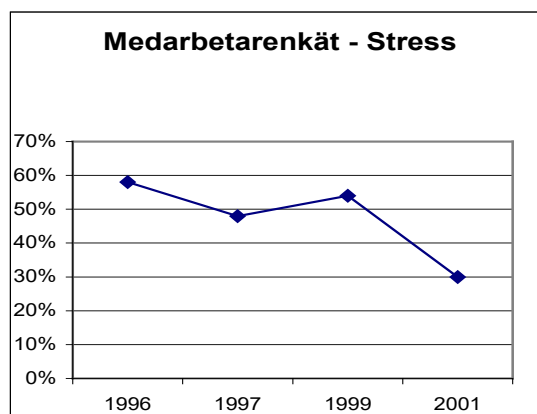
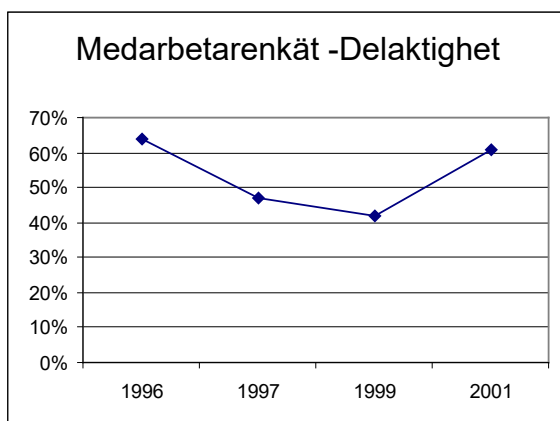
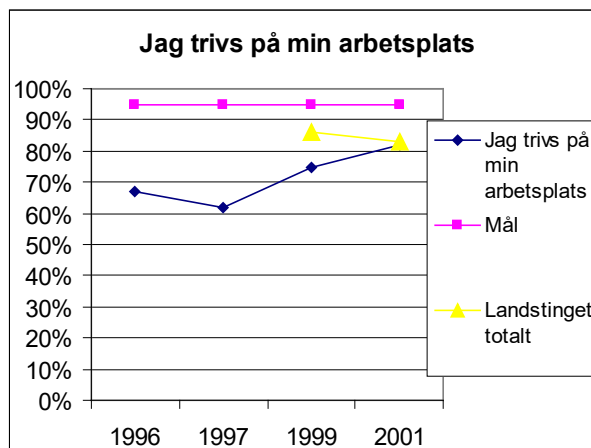
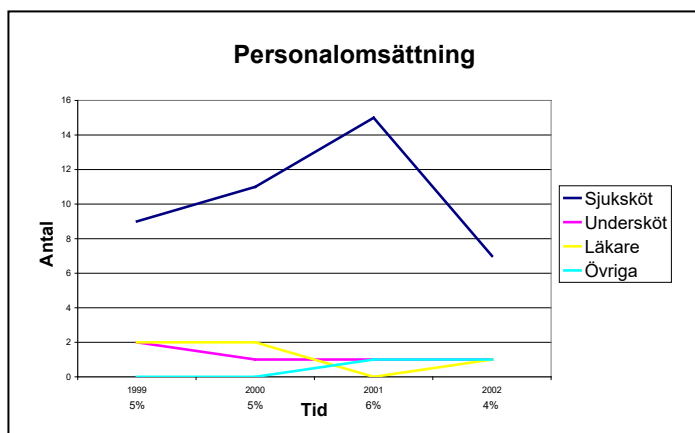
Patienter

Patientenkäter används regelbundet som utvärdering av hur nöjda våra patienter är både i öppen och sluten vård. Denna görs vart annat år i större skala och små enkäter mer regelbundet. Enkäterna visar en större tillfredsställelse hos våra patienter.



Medarbetarna

Bemanningen på kliniken är 100% och personalomsättningen låg. I de medarbetarenkäter som är genomförda visas att stressnivå som gått från 60% till 30% och delaktigheten och trivsel har ökat.



Medicinkliniken har för sitt långsiktiga systematiska och innovativa arbete tilldelats 2002 års Kvalitetsutmärkelse för Svensk Hälso- och sjukvård. Med motivationen organisationen har en tydlig processbeskrivning som bidrar till en kraftfull samverkan och integration över huvudmannagränserna. Ett långsiktigt och systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete bedrivs som leder till innovativa arbetsätt. En väletablerad kultur för kundorienterad verksamhetsutveckling har vuxit fram genom ett målmedvetet, uthålligt och tillåtande ledarskap i samverkan med engagerade och delaktiga medarbetare.

Pågående arbete

Medicinkliniken med dess personal ser en utmaning och med tillförsikt på i framtiden. När tillgängligheten har ökat till kliniken har tid frigjorts för att kunna fokusera även på andra områden.

Satsningsområden just nu är :

- Tillgänglighet. Även om målen är nådda är det viktigt att fortsätta mäta och arbeta med tillgängligheten för att den kan hållas stabil och i balans. Ytterligare jämna ut variationer och se till kontinuiteten.
- Kliniska förbättringar både vad gäller medicinska och omvårdnad har kommit i fokus. Vi kan nu satsa på allvar att förbättra och utveckla dem till bästa möjliga.

- Säkerhetskultur. Nu finns kraft för säkerhetsarbete där vi har en särskild inriktning med en apotekare som arbetar hos oss på halvtid. Avvikelse rapportering har pågått under flera år, men att arbeta förebyggande med riskanalyser är nytt. FMEA(failure mode effect analyse) är ett verktyg som i många år använts i industrin men som vi nu börjar titta på om vi kan använda inom sjukvården. Målet är att hitta system som stödjer personalen att göra rätt.
- Utveckla IT-stöd är ett angeläget område där det finns stora vinster i journalhantering och säkerhet.
- Rationellare läkemedelshantering i samverkan med apotekare. Läkemedel är en av klinikkens stora utgifter och där det finns brister i säkerhet. Att arbeta tillsammans med apotekare har gett kliniken stora möjligheter att titta på dess frågor.
- Datastöd vid telefonrådgivning är under utveckling. Då antalet personer som arbetar med mottagningsverksamhet och telefonrådgivning markant ökat är det viktigt att patienterna får samma information och råd. Därför att datastöd vid telefonrådgivning mycket viktig.
- Mäta. Att lära oss mäta över tid i control-charts är viktigt för att få förståelse för variationer i verksamhetens resultat.

Konklusion

När medarbetarna runt patienten från sjukhus, primärvård och kommuner får tillfälle att metodiskt utveckla arbetet processororienterat är det möjligt att uppnå ett avsevärt förbättrat patientvärde. Ett arbete över gränserna är nödvändigt för att skapa morgondagens sjukvård. När vi vidgade systemet fick vi en möjlighet att hitta och genomföra helt nya lösningar. Vi har märkt att det går att påverka om man vågar utmana gamla system, tänka nytt, sätta patienten i centrum, att använda systematiskt kvalitetsarbete som sin strategi och se medarbetarna som den viktigaste resursen. Genom att i en ny ledningsstruktur införa ett systematiskt kvalitetsarbete med framtagande av vision, mål och strategier beredde vi mark för att skapa helt nya arbetsätt som förbättrar för våra patienter. Vi hitta de innovativa lösningar som gjorde det möjligt att inte på grund av besparingar stänga vårdplatser utan för att skapa tillgänglighet och ge plats till patienterna på medicinkliniken både i öppenvård och slutenvård.

Framtiden är nu – du och jag formar den

Vi känner oss mycket stolta över att ha blivit utsedda till föredöme för Svensk Hälso- och sjukvård 2002. Vi tror att en ny vård växer fram som utgår från patienternas behov och skapas av alla medarbete i samverkan. En perspektivförändring som kan synas självklar som har lett till att våra patientvärden förändras påtagligt med ökad tillgänglighet, mer tid till att arbeta med medicinska- och omvårdnadsmissiga resultat, förbättrad ekonomi och en roligare arbetsplats. Vi är nyfikna på framtiden och är övertygade om att vi är med och formar den. Vi hoppas att vi får göra det tillsammans med dig. Framtiden är nu.