

Introduktion til

kliniske mikrosystemer

Kvalitetsudvikling med patienten i centrum



Introduktion til Kliniske mikrosystemer

DSI og Danske Regioner
og Center for Kvalitet 2008

Af: Jakob Hansen,
Charlotte Bredahl Jacobsen,
Ulla Møller Ølgaard,
Anja Petersen

Layout: UHI, Danske Regioner
Fotos: Anne-Li Engström m. fl.
Tryk: Danske Regioner
Oplag: 200

ISBN trykt 978-87-7723-549-8
ISBN elektronisk 978-87-7723-550-4



Introduktion til

kliniske mikrosystemer

Kvalitetsudvikling med patienten i centrum

indhold

	Introduktion	5
	Fokus på patienter	9
	Fokus på medarbejderen	15
	Fokus på ledelse	21
	Fokus på makroledelse	25
	Fokus på information og måling	29
	Kliniske mikrosystemer og andre tiltag	32
	Redskaber	33
	Kliniske mikrosystemer i Danmark	36



Jo færre man er omkring patienten, og jo man bedre kender sine patienter, desto mere ved man også om patientens medicinforbrug, og jo nemmere bliver det for patienten at spørge. På den måde kan medicinbehandlingerne blive sikrere.

Marianne Inde, udviklingsleder, Värmlands Landsting

Vi spurgte os selv, om vi kunne gøre det bedre for patienterne, så vi slipper for at gøre dobbeltarbejde. Det, vi i virkeligheden gjorde, var, at vi begyndte at snakke sammen. Det gav imponerende resultat. Vi halverede antallet af indlæggelser, mens det ligger konstant på tilsvarende afdelinger i resten af Sverige. I 2000 kunne vi lukke et afsnit i stedet for at åbne et nyt.

Jørgen Tholstrup, speciallæge, Höglandssjukhuset i Eksjö

Vi har nu syv gange målt tilfredsheden blandt alle 10.000 medarbejdere. Vi har en svarprocent på omkring 86, og i år har vi for fjerde gang i træk forbedret arbejdstilfredsheden.

Göran Henriks, udviklingsdirektør, Jönköping Landsting



Kliniske mikrosystemer – hvad er det?

'Klinisk mikrosystem' er en betegnelse for den lille gruppe medarbejdere på tværs af faggrænser, som arbejder for og med patienten om pleje og behandling. Ved at lade kvalitetsudvikling foregå gennem disse små grupper har man internationalt skabt forbedret behandlingskvalitet, patienttilfredshed, ressourceudnyttelse og arbejdsmiljø. I denne publikation vil vi introducere den mikrosystemiske tilgang og vække interessen blandt danske ledere og ansatte i det danske sundhedsvæsen for mulighederne i kliniske mikrosystemer.

Formålet i den mikrosystemiske tilgang er udvikling og forbedring af arbejdet i sundhedssektoren. Tilgangen består af et sæt af ideer, som tilsammen skal hjælpe udbydere af sundhedsydelser til at levere højere kvalitet for patienterne og skabe bedre arbejdspladser for de ansatte.

At arbejde og tænke mikrosystemisk tager afsæt i at:

- Det er de enheder, der har kontakt til patienten, som bedst kan udvikle og forbedre arbejdet.
- Udvikling skal være en integreret del af arbejdet. Alle skal tage ansvar for det og del i det.
- Udvikling skal foregå løbende og er gradvise forbedringer forankret i det konkrete arbejde som udføres.
- Udvikling skal tage udgangspunkt i og inddrage patienterne og baseres på de ansattes faglige kvalitetskriterier.

Definition af et klinisk mikrosystem

Et klinisk mikrosystem består af en lille gruppe mennesker, som arbejder sammen regelmæssigt for at tilbyde sundhedsydelser til afgrænsede undergrupper af patienter. Alle ansatte som møder patienten (læger, sygeplejersker, portører, lægesekretærer, rengøringspersonale mv.) er en del af det kliniske mikrosystem – disse ansatte kaldes også 'frontlinjepersonalet'. Det er en systemisk tilgang, og de processer, arbejds-gange og informationsstrømme, der binder mennesker sammen, ses også som en del af mikrosystemet. Et klinisk mikrosystem er en levende enhed, der forandrer sig over tid, og som altid har patienten (en person med et helbredsbehov) som sit centrum.

Et klinisk mikrosystem kan eksempelvis være et sengeafsnit, et ambulatorium, eller en lægepraksis. Det kan også være centreret om en enkelt gruppe patienter på en specialiseret enhed. Kliniske mikrosystemer er typisk indlejret i større organisationer.

Den mikrosystemiske tilgang har, ud over synet på udviklingsarbejde som noget, der skal foregå i det kliniske mikrosystem, også et særligt syn på en række aspekter af det praktiske arbejde i sundhedsvæsenet. I denne publikation vil vi fremhæve det mikrosystemiske syn på *patienter, ansatte, ledelse samt information og måling*. Tilsammen giver det et billede af tankegangen i tilgangen.

For at give liv og krop til de mikrosystemiske principper er publikationen bygget op omkring interviews med fem forskellige klinikere, der har gode erfaringer og forbedringsresultater med mikrosystemisk forbedringsarbejde. Det drejer sig om lægerne Jørgen Tholstrup og Boel Andersson-Gäre, psykolog og MBA Göran Henriks, samt sygeplejerskerne Pernilla Söderberg og Marianne Inde. De fire første arbejder i Jönköping region, som har indført den mikrosystemiske tilgang i hele det regionale sundhedsvæsen. Marianne Inde arbejder i Värmland ud fra tilgangen 'patient nærmere pleje og behandling', men hendes konkrete udviklingsarbejde har mange overlap med den mikrosystemiske tilgang.

Bagerst i publikationen beskriver vi et par af de konkrete redskaber, som interviewpersonerne har nævnt, og vi forholder den mikrosystemiske tilgang til henholdsvis Gennembrudsmetoden, Lean og Den Danske Kvalitetsmodel, der også præger kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i disse år.



Hvor kommer begrebet og ideerne fra

Den mikrosystemiske tilgang udspringer af konkrete empiriske studier, og henter inspiration i en række kendte organisationsteorier. Det er ledere og sundhedsprofessionelle fra Dartmouth-Hitchcock Medical Center i New England, USA, som har startet arbejdet med den mikrosystemiske tilgang. Først og fremmest har de ladet sig inspirere af systemteoretikeren James Brian Quinn og hans studie af de bedste serviceorganisationer i verden. Det er Quinn, som har henledt opmærksomheden på 'mikrosystemet'. Med det som udgangspunkt har folkene fra Dartmouth-Hitchcock gennemført en stor empirisk undersøgelse af de mest velfungerende mikrosystemer på sundhedsområdet:

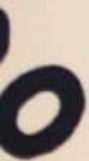
- Hvad kendetegner disse velfungerende udbydere?
- Hvorfor er de gode?
- Hvad gør de rigtigt?

Det var i forbindelse med denne undersøgelse, at begrebet 'klinisk mikrosystem' opstod. I den videre udvikling har man hentet inspiration fra den internationalt kendte statistiker og organisationskonsulent W.E. Deming samt organisationsteoretikerne M.J. Wheatley og P.M. Senge. Disse tre teoretikere og praktikere har været banebrydende inden for hhv. systemisk og statistisk baseret kvalitetsudvikling, kvalitetsudvikling gennemnetværks relationer samt kvalitetsudvikling gennem den lærende organisation. Ud fra disse tre perspektiver er tanker om det kliniske mikrosystem præciseret og afprøvet.

Der er et stort overlap af både personer og ideer mellem den mikrosystemiske tilgang og Institute for Health Improvement (IHI) i Boston, som blandt andet har udviklet gennembrudsmetoden og været inspirator til operation LIFE projektet.

I Skandinavien er man kommet meget langt med at videreudvikle og implementere kliniske mikrosystemer i Jönköping Län i Sverige. Også det engelske sundhedsvæsen har arbejdet med det mikrosystemiske perspektiv.







Navn: Jørgen Tholstrup
Alder: 53
Faglig baggrund: Speciallæge i intern medicin og medicinsk gastroenterologi
Nuværende arbejde: Ansvarlig for gastroenterologi på Höglandssjukhuset i Eksjö

Kultur spiser systemer til frokost

"Man tager fejl, hvis man tror, at organisatoriske reformer kan ændre på det egentlige arbejde. Det egentlige arbejde gøres på gulvet i det direkte møde med patienterne, og giver man sig ikke ind i den diskussion, så når man ikke frem," siger overlæge Jørgen Tholstrup, der har opnået imponerende resultater med kliniske mikrosystemer på sin medicinske afdeling på Höglandssjukhuset i Eksjö.

"Sundhedsvæsenet har været hærget af omorganisering. Man tror fuldt og fast på, at man kan løse sundhedsvæsenets problemer gennem reorganisering. Min trosbekendelse er 'culture eats systems for lunch,'" indleder Jørgen Tholstrup sin beretning om de ændringer, han har været med til at gennemføre på mave-tarm medicinsk ambulatorium på Höglandssjukhuset i Eksjö. Et reformarbejde der skaffede afdelingen prisen 'Den gyldne skalpel' i 2006. "Jeg er overbevidst om, at man skal skabe systemer, der fungerer. Det er ligesom basis," fortsætter Jørgen Tholstrup. "Men uden at gå i kødet på kulturen og værdigrundlaget kommer man ingen vegne."

Når Jørgen Tholstrup skal opsummere opskriften på den succes, afdelingen har haft, tager han udgangspunkt i tre grundsætninger – værdigrundlaget – for alle de reformer de har gennemført:

- Vi skal være konsulenter for patienterne

- Vores arbejde skal skabe positiv værdi for patienterne
- Patienterne skal være trygge

Disse grundlæggende værdier for arbejdet kom frem på et medarbejderseminar, hvor alle ansatte diskuterede de kommende reformer med hinanden. "Det var svarene på spørgsmålene om, hvad det egentlig er, som skaber værdi for patienten, og hvad det er, som skaber værdi for os som ansatte," forklarer han.

Patienten med i teamet

"Normalt har vi betragtet behandling som en relation mellem læge og patient og alt andet som støttefunktioner til den relation," forklarer Jørgen Tholstrup. Han mener, at man skal se pleje og behandling som noget, der foregår i et team bestående af sygeplejerske, sygehjælper, sekretær, diætist, læge – og med patienten som aktiv deltager. "Det handler ikke om at sætte patienten i



centrum for de professionelles handlinger, men om at gøre ham til del af teamet, tildele ham et eget ansvar, og udnytte hans kompetencer og ressourcer,” uddyber Jørgen Tholstrup.

Tankegangen er efterhånden kendt, men sygehuskulturen i dag undergraver den. Allerede ved indlæggelsen overtager systemet ansvaret for patienten. ”Fra patienternes perspektiv sker der det, at man tager deres tøj fra dem, man giver dem medicin og mad, og der kommer folk forbi en gang om dagen og fortæller, hvordan de har det. Uanset hvilken sygdom de har, behandler vi alle ens.”

På Jørgen Tholstrups afdeling har de forsøgt at ændre denne ’undertrykkende’ behandling af patienten. Et eksempel er, at formøde til stuegang, selve stuegangen og konferencer er blevet samlet til ét møde. Med mindre patienten er for syg til at komme op af sengen, foregår mødet i et særligt møderum. En videokanon skyder alle journalnotater og prøvesvar op på væggen, så alle har adgang til at se samme data. Alle i teamet er til stede – læger, sygeplejerske, en sygehjælper, måske nogle studerende, og vigtigst af alt så bliver patienten inddraget som en del af teamet. ”Hvis der er mere end 7-8 med, begynder det at blive ubehageligt for patienten,” mener Jørgen Tholstrup. ”Men det er også afgørende, hvordan vi sætter os i rummet,” fortsætter han, og peger rundt i rummet for at vise, hvordan et rundt mødebord med øjenkontakt til alle kan afhjælpe dette.

”Det er en dramatisk forandring i kommunikationen. Det betyder, at man får information, som man aldrig har fået før,” beretter Jørgen Tholstrup. ”Læger siger altid, at de er så bange for, at hvis de først lader patienten tale, så bliver de aldrig af med ham. Men det passer ikke. Hvis du nu opfatter samtale som en forhandling, så skal man være

enige om, hvornår samtalen er slut. Da vi før gik stuegang, bestemte jeg, hvornår den var slut. Jeg gik bare videre. Og det er uhørt frækt!” slår han fast og fortsætter, ”men det øjeblik vi sidder her over for hinanden og taler sammen, er vi nødt til at være enige om, hvornår samtalen er slut. Som regel kommer det helt naturligt. Uden at være bevidste om det forhandler vi os frem til en fælles afslutning.” Det er denne aktive deltagelse fra patientens side, som for Jørgen Tholstrup er det absolut vigtigste resultat ved den nye tilgang.

Merværdi for patienterne

Man har en lang række procedurer og opgaver i sundhedsvæsenet, som ikke skaber merværdi for patienten. På Jørgen Tholstrups afdeling var planlagte kontrolbesøg en af disse. ”I sundhedsvæsenet gør vi en hel del i at hente patienter ind, fordi vi synes, at de skal komme. Det gør de så, uden at hverken de eller vi egentlig helt ved, hvorfor de skal komme,” fortæller Jørgen Tholstrup. ”Man kan spørge sig selv: Hvor stor er sandsynligheden for, at patienten kommer præcis på den dag, han egentlig har brug for at snakke med os, når besøget er planlagt fem eller seks uger i forvejen? Hvad hvis man vendte det om, og lod patienterne bestemme, hvornår de gerne ville komme?” spørger Jørgen Tholstrup. De gjorde besøget, og fik bemærkelsesværdige resultater.

Vi foretog en individuel bedømmelse af patienternes behov, og fandt to grupper af patienter. Den ene gruppe, vurderede vi, skulle ses af lægen. Den anden gruppe var stabile patienter i løbende kontrol. De udgjorde cirka halvdelen af vores patienter. Dem lod vi en sygeplejerske tage sig af,” forklarer Jørgen Tholstrup. Disse sygeplejerskekonsultationer foregår som en struktureret telefonsamtale efter forudgående kontrol af blodprøver. Desuden indgår et kort spørgeskema om

livskvalitet, som patienterne udfylder. Patienterne har ingen faste kontroller, men til gengæld kan de når som helst ringe til en sygeplejerske. Så kan de enten få en beroligende samtale, nogle anbefalinger, eller de kan få en tid inden for 3 dage.

I starten reserverede Jørgen Tholstrup to akutter hver dag, som sygeplejersken frit kunne disponere over til patienter, som ringede og havde det dårligt: I dag bruger de kun to til tre af dem om ugen. Ordningen er billig – det koster blot ¼ sygeplejerskestilling. 250 årlige besøg ud af 1000 klares på denne måde, hvilket har betydet, at ventelisten nu er væk. Ordningen har tilsyneladende også andre fordele. Afdelingen har halveret antallet af indlæggelser, mens resten af Sverige ligger konstant. De opererer vældig lidt, og compliance er høj – når man ser på, hvor mange patienter der henter deres medicin på apoteket.

Trygge patienter giver mindre arbejde

Årsagen til de positive resultater hænger måske sammen med det tredje punkt i afdelingens værdigrundlag: At patienterne skal være trygge. "Utrygge patienter opfører sig som røvere," siger Jørgen Tholstrup, og kigger provokerende ud over brillekanten. "De ringer, og deres pårørende hopper og springer, og de følger ikke reglerne. Og det gør de jo ikke, fordi de er utrygge. De er bange, og så gør de alt muligt," uddyber han. Han vurderer, at ved at lette tilgængeligheden, når patienterne har behov, er det lykkedes, at gøre dem mere trygge. "Som læge må jeg desværre sige, at patienterne ikke behøver mig særlig meget, så længe de har det godt. Jeg kan skabe tryghed ved at være i baggrunden. De ved, at jeg informeres, når de har talt med sygeplejersken. Vi gennemgår journalerne sammen hver uge. Det er nok for patienten," har Jørgen Tholstrup erfaret.

Konsulenter – også for primærsektoren

Det er ikke kun patienterne som skal se hospitalets læger som konsulenter. Det gælder også lægerne i primærsektoren, forklarer Jørgen Tholstrup. "Nye patienter kommer næsten altid først til lægerne i primærsektoren, som så henviser til os. Hvis en læge er i tvivl, om han skal henvise en patient, kan han ringe til vores bagvags telefon. Så kan de diskutere, hvordan man bedst hjælper patienten. Er patienten tydeligvis syg, kan ambulatoriet tage ham samme uge. Hvis det er akut, finder vi ud af noget med det samme frem for bare at sende patienten til skadestuen," forklarer Jørgen Tholstrup. At det virker, er han ikke i tvivl om. "Vi har tal på det – og halvdelen af de her samtaler ender blot med en anbefaling," fortæller han.

På den medicinske afdeling har denne ordning fungeret siden 2002, og lægerne i primærsektoren har været så begejstret for den, at de nu har bedt om at få et lignende system indført for de kirurgiske, ortopædiske og psykiatriske klinikker.

At lede løbende forandringer

De mange forandringer er ikke kommet på en gang, og langt fra alle initiativer har været gode, fortæller Jørgen Tholstrup. Alle ansatte involveres i større nye initiativer, og de følges tæt. Udover de faste mandagsmøder afholdes et ugentligt 'afstemningsmøde', de første to måneder efter et større initiativ er sat i gang. Her evaluerer de, hvordan det går, og om de får det ud af det, som de vil have. "Det er en nødbremse," forklarer Jørgen Tholstrup, "virker det, vi gør, ikke, må vi være parate til at bakke tilbage. Halvdelen af tiltagene vi har sat i gang – der har vi bakket tilbage. Og sådan må det gerne være. Det væsentligste er, at man følger med i, hvad man gør – hele tiden," fortæller han.



Den mikrosystemiske værktøjskasse tilbyder en række måleinstrumenter, som giver mulighed for, at nye initiativer kan hvile på kendskab til afdelingens 5 P'er (se side 34). Jørgen Tholstrup mener, at de fem P'er er vigtige, fordi de visualiserer, hvad man gør – og at man ved, hvad man gør. Men han understreger også, at hvis vi kræver dybdeanalyser og ekstrem planlægning, så dør forandringerne, før de kommer i gang. "Derimod tror jeg i fanatisk grad på, at man skal måle på, hvad man gør, og man skal være parat til at ændre på sin strategi," pointerer han.

Den faglige stolthed

Han understreger, at målinger og afdækning af de fem P'er bare er et redskab. De skaber ikke værdien i sig selv. Det gør personalet på gulvet. Derfor er det over for dem, at den primære indsats

skal lægges. Grundtanken i mikrosystemet er den vigtige. "Man skal lade folk tage ansvar for deres eget arbejde, og være stolte ved det de gør. Det viser resultater, når de får friheden til at udvikle. Det er det, som er nøglen til mikrosystemet," mener Jørgen Tholstrup. Det kræver et særligt arbejdsmiljø. En gensidig anerkendelse og plads til at sekretæren kan bidrage med sine ideer på linje med overlægen. Og det kræver, at lederen lytter til folks visioner, og at han får dem til at tænke.

Kliniske mikrosystemer om patienterne

De fleste aktører i sundhedsvæsenet vil være enige i, at de først og fremmest er til for patienternes skyld. Formålet med arbejdet er på den ene eller anden måde at hjælpe mennesker med at få forbedret deres sundhedstilstand. Alligevel kan dette patientfokus nemt forsvinde i komplicerede arbejdsgange og procedurer, dårligt arbejdsmiljø, uklar eller rigid arbejdsdeling. Den mikrosystemiske tilgang indeholder en lang række klare anvisninger og værktøjer til, hvordan man igen kan få fokus rettet mod patienterne.

- **Kend dine patienter:**
Hvis du vil tage udgangspunkt i patienternes behov må du lære disse behov at kende indgående. Ofte opdeles patientarbejdet i små enkeltopgaver, som fordeles på mange forskellige ansatte. Det betyder, at ingen ansatte opnår et klart overblik over den enkelte patients samlede situation. Derfor skal arbejdet organiseres, så få ansatte lærer den enkelte patient at kende. Ofte skygger det at klare de enkelte patienters pleje og behandling for indsamling af viden om den generelle patientgruppe, som kommer igennem mikrosystemet. Derfor skal patienterne inddeles i undergrupper og deres behov analyseres. På den måde kan man forandre arbejdsgange med fokus i dine patienters behov.
- **Arbejdsgange skal understøtte patientfokus:**
Hvem gør hvad, i hvilken rækkefølge og hvorfor. Ved at analysere de eksisterende arbejdsgange og koble det med viden om patientens behov kan man danne et udgangspunkt for forandring, der bringer patienten mere i centrum. Det vil meget ofte være arbejdsgange, der er i fokus, når forbedringsarbejdet går i gang.
- **Inddrag dine patienter:**
Patienter har ressourcer, viden og værdier, og er ikke blot passive modtagere af behandling. Behandlingen bliver bedre, hvis patienterne i så høj grad som muligt inddrages i udredning og behandling. Det er dermed alle mikrosystemers opgave at støtte patienten i øget egenomsorg og øget involvering i behandlingen, hvor det kan lade sig gøre. Ikke kun patienten – men også pårørende – kan ofte bidrage positivt, og det er mikrosystemets opgave at sørge for, at der skabes mulighed for dette.





Navn: Marianne Inde

Alder: 58

Faglig baggrund: Anæstesi- og børnesygeplejerske; sygeplejeunderviser

Nuværende arbejde: Udviklingsleder i Värmlands Landsting; Medlem af Sygeplejerskernes Kvalitetsråd i Sverige

”Hvorfor og for hvem er jeg her?”

Arbejdet skal udføres i små teams tæt på patienten, afbrydelser og ’kontorarbejde’ skal mindskes, patienten skal i centrum og ledere og medarbejdere skal gentænke ’hvorfor og for hvem er jeg her’. Det er en del af opskriften på succes, hvis man spørger tidligere afdelingsleder, sygeplejerske Marianne Inde.

Marianne Inde tager imod på sit kontor i Karlstad, der huser landstinget for Värmland - en af de 20 regioner i Sverige som driver det svenske sundhedsvæsen. Marianne Inde har efterhånden prøvet lidt af hvert i sin karriere. Hun er både uddannet som anæstesisygeplejerske, børnesygeplejerske og underviser i sygepleje. Efter at have ledet en afdeling på Karlstad Sygehus i en årække arbejder hun i dag i udviklingsafdelingen i Värmlands Landsting.

De tre spørgsmål

Det er nu over ti år siden, Marianne Inde overtog ledelsen af en nyfusioneret kirurgisk sengeafdeling på Karlstad Sygehus. ”Det var min opgave at få denne afdeling til at fungere. Der var utrolig mange konflikter og stridigheder. Det var tungt i starten. Der manglede struktur, og de ansatte sprang rundt hid og did,” indleder Marianne Inde. En beskrivelse, som hun mener, passer godt på mange afdelinger rundt om i Sverige.

Det egentlig vendepunkt for Marianne Indes reformarbejde på afdelingen var en artikel i det daværende Landstingsforbunds magasin. Overskriften lød: ”Sygeplejersken skal være inde hos patienten 70 procent af arbejdstiden.” Artiklen

handlede om et hospital i Detroit i USA, hvor man havde indført en arbejdsform, som kaldes ’patientcentreret pleje og behandling’. ”Den overskrift syntes jeg var vældig interessant. Det var jo præcis det jeg ville,” forklarer Marianne Inde. Hun tog til Detroit for at studere, hvad de havde gjort. Her så hun, at det faktisk passede – at det var lykkedes det amerikanske hospital at organisere arbejdet på en måde, så sygeplejersker og plejepersonale kunne bruge 70 procent af tiden sammen med patienterne.

”Da jeg kom hjem fra Detroit besluttede vi, at vi ville indføre det samme system hos os. Jeg troede det var så enkelt. At vi blot skulle flytte sygeplejerskerne ud fra kontoret og indføre små teams og så videre. Men så begyndte det tunge arbejde med at forandre tankegangen om ’hvorfor er jeg her.’”

For Marianne Inde er det netop tankegangen, der er kernen i at forbedre sundhedsvæsenet. Alle ansatte skal kunne svare klart på tre spørgsmål: Hvorfor er jeg her? Hvem er jeg her for? Hvorfor er mine patienter her? Alle de konkrete forandringer, hun har gennemført, udspringer af disse spørgsmål.

Patienten i centrum

Når det kommer til de to første spørgsmål, er der for Marianne Inde ingen tvivl. Det er patienten, hun er til for, og formålet med hendes arbejde er at skabe værdi for patienterne. "Lige meget hvor i organisationen vi arbejder – på hvilket niveau – så skal det, der driver vores arbejde, være fokuseret på patienten. Når jeg arbejder her i Landstinget, så går alt det, jeg laver, ud på at skabe *forudsætninger* for, at læger, sygeplejersker og sygeplejere kan få gode møder med patienterne. Det er dét, der er min opgave, det er derfor, jeg er her." Marianne slår ordene fast med pegefingern i bordet.

Det her med 'gode møder' vender Marianne Inde tilbage til igen og igen. Der skal fokus på de mikroprocesser, hvor det gode patientarbejde skabes – og så skal man forandre og forbedre disse mikroprocesser. Det er i 'mødet' med patienten, at plejen og behandlingen skabes.

Nær ved patienten

Helt konkrete anbefalinger til struktur og systemer har Marianne Inde også, men det er vigtigt for hende, at vi forstår, hvor de kommer fra. De er alle svar på de grundlæggende spørgsmål om, hvorfor og hvem vi arbejder for.

Marianne Inde kritiserer hårdt den traditionelle måde at organisere hospitalsarbejdet på. 'Rundearbejde' kalder hun det: "Arbejdet deles op i små enkeltopgaver: uddeling af mad, bade patienter, give medicin og ikke mindst stuegangen. Man går så rundt hos patienterne, og udfører disse opgaver. Man udfører bare opgaven, og tænker 'hvor er jeg dygtig, for nu har jeg gjort min opgave', men man ser jo ikke den enkelte patient. Det er en objektgørelse af patienten. Vi skal ikke have en fabrik – vi skal arbejde, så vi lærer patienten at kende, så vi ser patientens behov, og kan bedømme disse behov. Vi skal blive personer, så man kan opbygge en fortrolighed med patienten."

Derfor skal sygeplejerskekontoret nedlægges og erstattes af en receptionist, der tager sig af al den kommunikation ind og ud af afsnittet, som hun kan. Det øvrige plejepersonale skal inddeles i teams på to-tre medarbejdere, som får ansvaret for seks-otte patienter. Der skal etableres mobile

arbejdsstationer med bærbare computere, og så skal alle teams udstyres med mobiltelefoner, så de kan få viderestillet de opkald, som drejer sig om netop deres patienter.

"Arbejdet er i bevægelse. Man skal have en arbejdsplads, hvor man kan sidde ved sin arbejdsstation, men den er kun til kortvarige og midlertidige opgaver: Dokumentering, telefonering og til at reflektere. Og måske tale med dit team," forklarer Marianne Inde. "Resten af arbejdet skal foregå hos og med patienten. Dokumenteringen kan jo også foregå med patienten ved at rulle arbejdsstationen ind på stuen. Sådan kan en del af arbejdet gøres i samarbejde med patienten," forklarer hun.

Et godt arbejdsklima

Marianne Inde kredser flere gange om emnet 'et godt arbejdsklima'. Hun forklarer, at hun, inden reformarbejdet startede, havde den ide, at det var indholdet i arbejdet, som skabte arbejdsglæden. "Jeg holder stadig fast i, at indholdet i arbejdet er meget vigtigt, men det handler i høj grad også om de relationer, du skaber mellem dig selv og dine kolleger og dine chefer." Det er et fælles ansvar mellem ansatte og ledelse at skabe et godt arbejdsklima. Men lederen har en fundamental rolle. Det er lederens opgave at skabe mulighederne og forudsætningerne for, at der er gode relationer. "Lederen skal være trænende coach. Man skal på banen som leder. Jeg har aldrig set mig som administrator, når jeg er chef. Jeg har været ude på gulvet – for at se og høre og lytte," fortæller Marianne Inde.

Et vigtigt element for at kunne fordele arbejdet efter interesse og kompetencer er at mindske de stive strukturer. Med Marianne Indes ord hedder det kampen mod 'hierarkier og revirer'. Revir bruger vi i Danmark kun om jagtområder, som skal plejes. På svensk derimod bruges det i overført betydning om forskellige faggruppers kamp for at beskytte særlige territorier. Det er Marianne Indes erfaring, at større lighed mellem de ansatte er en af de største gevinster ved at arbejde i teams nær patienten. "Det er klart, at vi har forskellige kompetencer, men vi er lige meget værd i teamet. Revirer forsvinder, og vi beskytter ikke vores områder på samme måde. Vi deler kundskaber og erfaringer i

teamet,” siger Marianne Inde om erfaringerne fra reformarbejdet.

Medarbejderne skal lave ledelse

Ifølge Marianne Inde er et vigtigt element i god ledelse at uddelegere ansvarsområder til de ansatte på en struktureret måde. Medarbejdere skal gives ansvar efter kompetencer og interesser. Marianne Inde giver et eksempel med ernæring: ”Så laver jeg en kontrakt med den ansatte, hvor der står, at nu er hun ernæringsansvarlig på denne afdeling. I kontrakten står der, at hun skal lave en aktivitetsplan, at hun skal have ressourcer og uddannelse og så videre. Så er det min opgave som leder at give støtte, vejledning og opbakning, men det er den ansattes ansvar at lede det område og få de andre på afdelingen med og undervise dem i det, de skal gøre.” I Värmland understøttes dette lokale kvalitetsarbejde af netværkssamarbejder på regionsniveau. Den person, som nu er gjort ernæringsansvarlig, indgår således i regionens netværkssamarbejde om ernæring, hvor de lærer af hinanden, og ser hvad de har gjort på andre afdelinger.

Marianne Inde understreger, at det aldrig må blive sådan, at uddeling af ansvarsområder medfører,

Arbejdsstation



at den person så 'ejer' det område, og at andre ikke behøver at beskæftige sig med det. Derimod bliver den ansatte, som har fået et ansvarsområde, 'leder' for det område. ”Så bliver det jo deres opgave at få andre med på det, at få kommunikeret ud til de andre hvad det går ud på, og hvad de skal gøre. Det er jo det, lederskab handler om. At gå foran og vise vejen og få folk med,” slår hun fast.

Landstinget i Värmland har nu sat Marianne Inde til at lede arbejdet med at udbrede disse arbejdsprincipper til hele det regionale sundhedsvæsen. En overvældende opgave, synes hun. Men ingen skal være i tvivl om, at hun tror på den.

Patientnærmere pleje og behandling

Patientnærmere pleje og behandling (patient focused care) er ikke en arbejdsmodel, som direkte udspringer af kliniske mikrosystemer. Det er en model, der er udarbejdet i USA i starten af 90'erne af blandt andre J.P. Lathrop. Modellen blev i 1994 introduceret på Henry Ford Hospital i Detroit, og det var herfra Marianne Inde hentede sin inspiration. I hendes arbejde med at indføre arbejdsmodellen og tilpasse den til svenske forhold, finder vi et godt praktisk eksempel på, hvordan man kan sætte patienten i centrum, arbejde med kerneværdier og forbedre arbejdsgange til gavn for medarbejderne. Endelig finder vi i dette arbejde et godt eksempel på, hvordan de fysiske rammer kan ændres, når de står i vejen for gode arbejdsgange og god indsigt i patienternes behov. Fokus, mål, og slutprodukt har altså meget tilfælles med kliniske mikrosystemer.

Læs mere om Patientnærmere pleje og behandling i:

M. Inde: Framtidens vårdmodel: Patientnærmere Vård, hur gör man?, Landstinget Värmland, 2006

J.P. Lathrop: Restructuring Health Care: The Patient-Focused Paradigm. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 1993

Kliniske mikrosystemer om medarbejderne

Sundhedsvæsenet er en medarbejderintensiv sektor. Selvom der er komplicerede og højteknologiske løsninger, skabes størstedelen af værdien i sundhedsvæsenet i et samarbejde mellem kompetente fagpersoner og patienter. Den største og vigtigste ressource i et sundhedsvæsen er altså de ansatte, og pleje og behandling kan kun forbedres gennem de ansattes indsats.

- **Målorienteret arbejde:**
Al arbejde skal være målorienteret. De ansatte skal involveres i at definere, hvad de overordnede mål for deres mikrosystem er, hvad det er for en værdi, de vil skabe og for hvem. De skal kende og kunne forbinde deres arbejde med mikrosystemets overordnede formål.
- **Positivt arbejdsklima:**
Arbejdsklimaet skal være positivt, og det skal baseres på respekt, indbyrdes afhængighed, service, læring, udvikling og arbejdsglæde. Der skal opbygges en korpsånd blandt de ansatte i mikrosystemet med regelmæssige møder og arrangementer.
- **Fleksibel arbejdsdeling:**
Arbejdsopgaver skal fordeles ud fra den enkelte ansattes kompetencer – og mindre ud fra formelle regler. Alle faggrupper, som arbejder i frontlinjen og møder patienten, skal inddrages. Læger, sygeplejersker, sekretærer, portører skal alle føle, at de er en del af mikrosystemet. Ufleksible skillelinjer baseret på faggrupper, afdelingsskel mv. skal oplødes.
- **Videreuddannelse og kompetenceudvikling:**
Ansatte skal have mulighed for at videreudvikle deres kompetencer. Især skal der arbejdes med at integrere læring med arbejdet. Det kan ske på forskellige måder så som 'on-the-job'-træning, færdighedslaboratorier og krydstræning, hvor ansatte sættes ind i andre ansattes arbejdsopgaver (sidstnævnte kan også understøtte den fleksible arbejdsdeling). En vigtig del af kompetenceudvikling er at måle og vurdere de ansattes arbejde og give dem feedback. De ansatte skal vide, hvad de gør godt, og hvor de kan forbedre sig.







Lederskab på den mikrosystemiske læringsrejse



Navn: Pernilla Söderberg
Alder: 38
Faglig baggrund: Sygeplejerske med erfaring fra kirurgi og primærsektor
Nuværende arbejde: Afdelingschef på Vaggeryds Sundhedscenter; Projektleder i udviklingsafdelingen (Qulturum) i Jönköping Landsting

'Som medarbejder har man to job, når man arbejder mikrosystemisk: at gøre sit arbejde og at forbedre sit arbejde'. Det er en af grundsætningerne i den mikrosystemiske tankegang. Men medarbejderne begynder ikke at tænke sådan fra den ene dag til den anden. Vejen er lang og stiller særlige krav til lederen, mener afdelingschef i Vaggeryd Sundhedscenter Pernilla Söderberg.

Pernilla Söderberg har siden 2001 været afdelingschef i Vaggeryd Sundhedscenter i Jönköping Län. Sundhedscentret har samlet den primære sundhedstjeneste under et tag, som det er traditionen i Sverige. Specialsygeplejersker, læger, sundhedsplejersker, psykologer og flere andre professioner arbejder i centret, som har særlige klinikker bl. a. astma, KOL, diabetes, gravide og forældre med nyfødte børn. Pernilla Söderberg var en af de første, der benyttede kliniske mikrosystemer i udviklingsarbejdet i Sverige. Hun har nogle klare holdninger til, hvad det kræver at lede et klinisk mikrosystem.

Der skal to ting til for at få udviklingsarbejde til at fungere, forklarer Pernilla Söderberg. For det første kræver det empowerment af personalet. De skal deltage i udviklingsarbejdet og forstå, at det er deres ansvar. For det andet kræver det, at personalet ser de større sammenhænge, som deres arbejde indgår i. Det er lederens opgave at skabe rammerne for, at begge forudsætninger opfyldes.

Lederskab på læringsrejsen

Det kræver en langvarig indsats at vende personalets syn på sig selv og egen rolle. Fire år har det taget på Vaggeryd Sundhedscenter. "Det har været en læringsrejse for personalet at ændre forestilling om, hvad de som personalegruppe kan bidrage med. Forestillinger om at 'jeg gør det, og du gør det', er svære at lægge fra sig. Men det er nød-

vendigt at komme ud over det snævre fokus på, hvad hver enkelt faggruppes opgave er," fortæller Pernilla Söderberg, og fortsætter "personalet skal lære at tænke i, hvordan de kan være med til at optimere hele flowet til gavn for patienterne, og se flowet som en fælles opgave."

At arbejdet ud fra den mikrosystemiske tankegang kræver et vedholdende arbejde med grundværdierne eller visionen og med 'de fem P'er' (se side 34). "Da vi startede med at arbejde mikrosystemisk, skulle vi besvare spørgsmål som: Hvorfor går vi på arbejde hver dag? Hvem er vi til for? Og hvad er vores grundlæggende værdier? Alle medarbejdere på sundhedscentret har været med til at besvare disse spørgsmål, og de taler stadig løbende om det", siger Pernilla Söderberg.

Det er så en ledelsesopgave, at fastholde personalet i den store fællesopgave de har," fortæller Pernilla Söderberg og uddyber, "når hverdagen bliver stresset, så er det let at trække sig tilbage og gå ind i sig selv. Så ser man bare sin egen lille delopgave. Blikket for de større sammenhænge skal hele tiden fastholdes, og det gøres ved til stighed at stille spørgsmålene: Hvorfor er det vi er her? Hvem er vi her for?"

Læringsrejsens resultater giver til gengæld gengæld genklang på mange niveauer i dag. I dag efterspørger



medarbejderne ikke kurser med henvisning til, at det er 'deres tur'. Derimod vurderer de ansatte i fællesskab, hvilke kompetencer der er brug for for at klare det daglige arbejde og for at følge med i ændringer i patienternes behov. Som chef stoler Pernilla Söderberg på deres vurdering og kan som regel blot godkende deres ønsker.

Udvikling er en del af arbejdet

Et af hovedbudskaberne i det kliniske mikrosystem er, at kvalitetsudvikling skal ses som en vedvarende reflektiv proces. "Det klassiske er, at man implementerer uden at have tilstrækkelig viden om, hvordan forholdene på den enkelte arbejdsplads er. Så bliver det bare et ekstra arbejde for den enkelte ansatte," mener Pernilla Söderberg. I begyndelsen mødte hun skeptiske medarbejdere, som ikke syntes, de havde tid til udviklingsarbejde. Det var hendes ansvar som leder at overbevise dem om, at de skulle finde tid. At udvikling var en investering i fremtiden, som ville gøre det lettere for både patienter og ansatte. De følte nogle gange, at de svigtede deres kolleger, hvis de gik fra, for at løse en udviklingsrelateret opgave. Så måtte hun bakke op ved at finde midler til vikardækning.

Pernilla Söderberg har lært, at medarbejderne vil meget, men mangler kanalerne og metoderne. Det er hendes rolle at coache dem i forhold til det og vise dem, hvilke sammenhænge de befinder sig i. Hun skal få dem til at se den løbende udvikling af deres arbejde som en integreret del af deres op-

gave. "At være leder er en pædagogisk rolle," forklarer Pernilla Söderberg og smiler lidt, "Jeg havde ikke oprindeligt den tanke, da jeg begyndte som chef, men jeg har set, at det er det, der kræves".

Udviklingsarbejdet er sat i system på sundhedscentret. To gange om året afholder sundhedscentret et heldagsseminar for alle. Her laves handlingsplaner og der følges op. Desuden mødes Pernilla Söderberg en gang om måneden med medarbejderne på tværs af faggrupper, og en gang om måneden med hver enkelt faggruppe. På møderne taler hun med de ansatte om, hvordan det går med de tiltag, man har sat i værk.

Kontinuerlige målinger

Resultatmål for alle nye tiltag er et vigtigt redskab, som Pernilla Söderberg bruger aktivt. Det er udgangspunktet for at tale om, hvordan det går med udviklingstiltagene på de forskellige møder med både ansatte og andre chefer. Hun mener, at der er en stærk sammenhæng mellem skabelse af motivation blandt medarbejderne og løbende monitorering af indsatsen.

Løbende effektmålinger hjælper med at fastholde en god udvikling. Når man indfører et nyt tiltag, så ligger man jo som regel ret godt i begyndelsen, men falder let tilbage. "Det er et stort arbejde at bryde et mønster. Sådan er det, og det skal man vide," fastslår Pernilla Söderberg. "Vi må se på, hvad tilbagegangen skyldes, og hvad vi kan ændre

Kliniske mikrosystemer om daglig ledelse

Den formelle leder af mikrosystemet er først og fremmest facilitator og coach for personalet. Hun skaber og fastholder den mikrosystemiske tankegang i personalegruppen, og hun understøtter personalet i at udføre deres arbejde og forbedringen af deres arbejde. Det kræver aktiv involvering i det daglige arbejde at lede et mikrosystem. Ledelse er en proces, der foregår på mange niveauer, og som udføres af mange mennesker. En god leder af et klinisk mikrosystem får involveret ansatte i ledelsesprocesserne. Det handler om at uddelegere og involvere de ansatte, så det ikke kun er den formelle leder, der har ledelsesopgaver. Det er lederens opgave at skabe et miljø, hvor ansatte kan vokse og påtage sig ansvar og drive forskellige områder frem. Ledelse handler i dette perspektiv om at:

- **Opbygge viden:**

Ledelse indebærer at opbygge viden om arbejdsprocesser og fysiske forhold, som de tager sig ud i praksis med henblik på, hvordan de kan forbedres. Det handler om, at alle ansatte får til vane at lægge mærke til interaktionsmønstre, relationer og arbejdsprocesser, der med fordel kan ændres. Det handler om at skabe tid og rum til, at medarbejderne kan tale meningsfuldt om deres arbejde, til at stille medarbejderne spørgsmål og til at lære af deres svar. Der skal opbygges viden om de mønstre, vaner og traditioner, der under-

støtter læring og kreativitet, og som hjælper alle til at fokusere på patienten. Dét er nemlig fundamentet, som mikrosystemet skal stå på.

- **Handling:**

Ledelse betyder at lægge mærke til, hvad der skal gøres og have modet til at sætte det i gang. Andre skal inviteres til at deltage i den nærmere udarbejdelse af arbejdsprocessen, og lederen skal omvendt gerne tage del i de konkrete handlinger. I praksis kan det handle om at ændre de fysiske rammer for arbejdet, når de eksisterende hindrer et optimalt arbejdsflow. Det kan handle om at indføre nye informationsteknologier, eller det kan dreje sig om udvikling af medarbejderstaben, måden der arbejdes på, og måden medarbejdere ansættes og introduceres på.

- **Reflekter og revider:**

Ledelse kræver både involvering i processer i mikrosystemets dagligdag og evne til at træde tilbage og se processerne udefra og oppefra. Det er den formelle leders opgave at sikre, at også medarbejderne får tid og rum til at reflektere og til at se de større sammenhænge, som deres arbejde indgår i. Både forudsete og uforudsete effekter af de igangsatte forandringer må evalueres, og tiltagene løbende revideres.

på: Er det den rigtige person, der løser den rigtige opgave, eller er procesflowet måske forkert?"

I begyndelsen målte de på mange ting. Det var nødvendigt for at få overblik over, hvad de satte i gang. Men nu har de fundet frem til få, men vigtige områder. Målingerne er ofte simple, for eksempel af hvor mange patienter, som opsøger livsstilsmodtagelsen i en to ugers periode. Patienttilfredsheden måles fast to gange årligt både generelt for hele centret og mere specifikt for hver enhed. Medarbejdertilfredsheden måles hvert halve år.

"Det har været lærerigt at måle på så mange ting, og medarbejderne har været optaget af målingerne," fortæller Pernilla Söderberg. Hun mener, at målingerne hjælper personalet til at se, at de gør en forskel. "Når man vælger at arbejde med mennesker, har man en vision om at hjælpe. Men når man havner i et stort system som sundhedsvæsenet, er det nemt at glemme det. Hver enkelt skal føle, at de bidrager og fortsat have en livsfilosofi om, at det er det her, de vil."





Navn: Göran Henriks

Alder: 53

Faglig baggrund:

Psykolog; MBA

Nuværende arbejde:

Udviklingsdirektør
og chef for læring og
fornyelse i Jönköping
Landsting; Senior Fellow
ved Institute of Health
Improvement

Hvad med makroniveauet?

"Vi får ikke flere penge, så investeringer skal betales gennem besparende forandringer andre steder. Desværre tænker mange inden for sundhedsvesenet, at hvis bare de får flere ressourcer, så kan alt fortsætte som før". Ordene er Göran Henriks, direktør for Qulturum – center for kvalitetsudvikling i Jönköping Län. Man kunne nemt tro, at Göran Henriks har økonomi som fokus for sit arbejde. Det bliver dog hurtigt tydeligt, at hans mål tværtimod er at tøjle det økonomiske aspekt og sætte kvalitet og strategi i centrum.

Vi er taget til Qulturum – center for kvalitetsudvikling i Jönköping Län for at tale med udviklingsdirektør Göran Henriks. Göran Henriks har været med i udviklingen af den mikrosystemiske tilgang i Sverige siden slutningen af halvfemserne. At arbejde med kliniske mikrosystemer kræver opbakning hele vejen op i systemet, mener han. De daglige ledere af kliniske mikrosystemer skal have fokus på, hvordan kulturen kan udvikles, så der er kvalitet i alle led i patientens behandlingsforløb. De skal arbejde med at undgå spild og se på, hvordan kundskabshierakier og bureaukrati kan nedbrydes. Og dét skal lederen på makroniveauet understøtte og have for øje – i alt hvad han/hun laver.

Decentralisér det økonomiske ansvar

"Decentralisering af budgettet er en af grundforudsætningerne – for at mikrosystemerne kan fungere

som tilsigtet. Ingen i vores system får betaling per arbejdspræstation," understreger Göran Henriks. "Den slags økonomistyring ødelægger incitamentet til at forbedre egen indsats." I stedet får hver afdeling et fast beløb om året. Det er så op til dem at prioritere. Dermed kan den merværdi, som skabes, blive i afdelingen, og det er lederne og medarbejderne i det lokale mikrosystem, der beslutter, hvad den skal bruges til. Den økonomiske decentralisering rykker ansvaret ned i mikrosystemet, og det er nødvendigt, når man ønsker at understøtte en forbedringsskabende kultur.

Drift vs. udvikling

"Sygehusvesenet er per definition en lærende organisation, men vi agerer ikke som dette. Vi arbejder, som om det er en produktionsenhed af maskinel natur," mener Göran Henriks. Han griber til papir og blyant og begynder at tegne to adskilte

rum med drift i det ene og strategi og udvikling i det andet. "Det gælder om ikke at tænke drift og udvikling som adskilte arbejdsområder. Dette må samles i det samme rum, så medarbejderne kan arbejde målrettet med at udmønte strategien i praksis." Det kræver, at der både er bottom-up og top-down processer på samme tid. Hvis lederne ikke inddrager medarbejderne på gulvet i udviklings- og strategiarbejdet, bliver det bare tomme ord og planer. Især toplederne er alt for langt væk fra praksis til at kunne udvikle arbejdet. "Men hvis ikke vi (som topledere) sidder med i strategiarbejdet, så bliver vores rolle kun udbetaling af penge. Det bliver der jo ingen samordning af udviklingsarbejdet ud af," forklarer Göran Henriks. Derfor må

man skabe fora, hvor drift, udvikling og strategi kan tænkes sammen.

Hvis man som leder på makroplanet kun kan påvirke driften gennem økonomiske incitament og ressourcestyring, så kommer disse aspekter let til at fylde det hele. I Jönköping har de taget initiativ til at det undgås, fortæller Göran Henriks. På alle møder, som landstingsdirektøren har med andre ledere, må maksimalt halvdelen af tiden bruges på at tale om økonomi og ressourcer. Den anden halvdel skal bruges på at tale udvikling. "Hvert år går vi gennem vores mødereferater og kontrollerer, at vi har fulgt dette," fortæller Göran Henriks.

Qulturum, Jönköping Län



Kliniske mikrosystemer om makroledelse

Systemisk forandring foregår fra bund til top og fra side til side. Opgaven for ledere over afdelingsniveau består dels i at understøtte de forandringstiltag, som udvikles i de kliniske mikrosystemer, dels i at skabe og formidle blikket for de overordnede sammenhænge. Ledere på makroniveau skal orientere sig i forhold til sammenhænge mellem de mange små mikrosystemer, som sundhedsvæsenet består af, og på samme tid forholde sig til de udefrakommende strømninger og krav. I den forbindelse lægges der i den mikrosystemiske tilgang vægt på følgende aspekter.

- **Hold forbindelse til mikrosystemerne:**
Synlig ledelse er et nøgleord for den overordnede leder. Gennem besøg nede i de enkelte mikrosystemer kan lederen få uddybet kendskab til egne mikrosystemer ved at vise nysgerrighed. Samtidig kan lederen vise ved sin fysiske tilstedeværelse, at ledelsen støtter op om mikrosystemets vækst og udvikling. En bred forståelse af organisationen, som ledes, er helt central, og der kan med fordel anvendes mange forskellige forståelsesrammer til at lære sin organisation at kende.
- **Sundhedsvæsenet består af lærende organisationer:**
Det er lederens opgave at designe rammer og vilkår således, at de gennemgribende understøtter de professionelle læring, mens de praktiserer. Der skal fastsættes mål, som på et overordnet plan kan udfordre og stimulere de lærendes kreativitet. Det er den overordnede ledelses opgave at skabe et miljø, hvor alle ansatte er bevidste om, at de arbejder i en lærende organisation – og at forandring er en naturlig følge – ikke en trussel.
- **Arbejdet skal være meningsfuldt:**
Arbejdet på alle niveauer i organisationen skal forbindes med organisationens kerneværdier og kerneopgave: At skabe merværdi for patienten. Det er i de udførende led, at kvalitet i pleje og behandling skabes. Alle andre dele af sundhedsvæsenet er støttefunktioner til dette led. Det gælder i høj grad også den overordnede ledelse. For at ledelsens fokus på kerneværdier og kerneopgave kan fastholdes på alle led i organisationen, kan det være en ide at arbejde målrettet med at få patientperspektivet tættere på. Nogle steder arbejdes med at skabe en god (fiktiv) patienthistorie og lade den cirkulere i organisationen som hjælp til at fastholde blikket for patienten.





Navn: Boel Andersson-Gäre
Alder: 57
Faglig baggrund: Speciallæge og docent i pædiatri
Nuværende arbejde: Forskningsleder på 'Futurum – Akademiet for sundhed, pleje og behandling' i Jönköping Landsting

Løbende målinger giver synlige resultater

"Vi skal være besatte af kontekst," er den kontante besked fra børnelæge Boel Andersson-Gäre til sine kolleger i sundhedsvæsnet. Hun mener, at kvalitetsforbedringer kræver viden om de lokale forhold, og at resultaterne skal gøres synlige gennem løbende målinger.

Boel Andersson-Gäre er børnelæge, og blev i 1996 virksomhedschef for en børneafdeling på Ryhovs Sygehus. Her introducerede hun arbejdet med kliniske mikrosystemer, og blev stadig mere involveret i videreudviklingen og udbredelsen af tankesættet. I dag er hun forsknings- og udviklingsansvarlig i Jönköping Läns forskningsafdeling 'Futurum'. Det kliniske lederskab har hun måttet overlade til en kollega, da arbejdet med at videreudvikle konceptet tager al hendes tid.

Mikrosystemer forener former for viden

For at skabe kvalitetsforbedring skal man forene forskellige former for viden, forklarer Boel Andersson-Gäre. Evidensbaseret viden ligger til grund for kliniske standarder. Men for at den evidensbaserede viden kan blive brugbar, må vi forene den med andre slags viden, mener hun. Det drejer sig om konkret viden om den kliniske praksis – om de sammenhænge hvor vi gennemfører pleje og behandling. Det kan være viden om en hospitalsafdelings fysiske, sociale og kulturelle forhold – vanerne, arbejdsgangene og traditionerne. Det kan være en dybere viden om behovene hos den gruppe af patienter og deres pårørende, som man arbejder for. Og så drejer det sig om viden om, hvordan vi får tingene til at ske. For at forene det generelle og det konkrete – den evidensbaserede

viden og viden om vores lokale praksis og forhold – må vi blive bedre til at forstå, hvordan vi skaber og fastholder konkret forandring, pointerer Boel Andersson-Gäre.

Det er her, tankegangen om kliniske mikrosystemer kommer på banen. Kliniske mikrosystemer retter blikket mod viden om konteksten og viden om, hvordan vi skaber konkret forandring. "Traditionelt er vi læger meget fokuserede på evidensbaseret medicin. Men vi skal være besatte af kontekst," slår Boel Andersson-Gäre fast og smiler.

Synlige resultater

Synlige resultater er et kodeord for Boel Andersson-Gäre. "Det er vigtigt, at der skabes forandringer, som fører til faktiske forbedringer, og udsigten til synlige resultater er også en forudsætning for at få lægerne til at indgå i arbejdet," siger hun, og fortsætter "men det er langt fra alle forandringer, der giver resultat, og derfor er det nødvendigt hele tiden, at måle på det vi gør, og at læne os op ad viden."

Boel Andersson-Gäre understreger, at det ikke handler om enkeltstående før- og eftermålinger. "Effekt er noget, som må følges løbende. Derved kan man også reagere med det samme, når ef-

fekten begynder at aftage,” forklarer hun. ”Det handler ikke altid om at lave store kontrollerede randomiserede forsøg, men om løbende at måle på det, man sætter i værk, f.eks. ved at gå ind hver uge og tjekke i for eksempel 10 journaler, om man nu også ordinerer medicin på den måde, man har besluttet på afdelingen.” Hun understreger, at man netop ved at følge udviklingen kan få ny viden om, hvad der virker hvornår. Problemet ved store randomiserede og kontrollerede forsøg er, at man får ét svar på, hvad der virker. Men når det handler om implementeringen ude i den kliniske virkelighed, er det en langt mere detaljeret viden om effekt, man har brug for.

De løbende målinger har flere formål. For det første hjælper de personalet i forbedringsarbejdet, og giver mulighed for at justere undervejs. ”Ser man, at man har et problem, at man ikke opnår målsætningen, så må man arbejde med, hvordan man kan forbedre arbejdet på en anden måde,” mener Boel Andersson-Gäre. ”Vi har stadig personale der siger ’Det går ikke. Vi har jo prøvet, og det virker ikke.’ Men så må man gå videre med den næstmest sandsynlige årsag til det problem, man ville løse. Det kræver en ændring af kulturen. Meget afhænger af lederen, at man vil, at man tror, og at man står ved det – og også at man er parat til at

ændre strategi eller stoppe et tiltag, når det ikke går,” fortæller Boel Andersson-Gäre.

Det andet og lige så vigtige formål med de løbende målinger er, at de giver synlige resultater af forbedringsarbejdet. De synlige resultater er også et vigtigt element i at fastholde medarbejdernes lyst til at arbejde med forandringer.

Værdikompasset

Boel Andersson-Gäre runder vores snak af med at tale begejstret for ’værdikompasset’ som et nyttigt redskab. Det kan dels bruges i arbejdet med den enkelte patient, hvor det kan indgå som en del af journalen, men også som et redskab til at udvælge de vigtigste måleparametre for en patientgruppe. Der er fire perspektiver på effekt i værdikompasset: Klinisk effekt, patientens funktionsdygtighed, patientoplevelt kvalitet og økonomisk effekt. Hun påpeger som noget særligt ved værdikompasset, at man kommer rundt i alle verdenshjørner i effektmålingen. Kompasset viser, at alle fire dele er vigtige. ”Ofte tager et perspektiv – for eksempel økonomi – al fokus. Lægger man alt krudtet her, så misser man noget på de andre mål – og så når man heller ikke de overordnede mål. Man skal måle på alle fire områder på en gang,” fastslår hun.



Kliniske mikrosystemer om information og måling

Forandringstiltag skal bygges på viden. Det handler om at vide, hvor der er behov for handling, og om at vide hvad der sker, når man handler. Det stiller to krav: krav om målinger og krav om systemer der sikrer, at viden er til stede, der hvor der handles.

- **Målinger:**

Når man i et klinisk mikrosystem beslutter at måle på noget, skal det være for systemets egen skyld, og ikke fordi man er blevet pålagt det oppe fra. Målinger skal hænge sammen med kvalitets- og udviklingsarbejdet i det kliniske mikrosystem. De ansatte på eksempelvis en hospitalsafdeling skal selv være med til at bestemme, hvordan der skal måles, og hvad der skal måles. De kan bruge balanced score cards, værdikompas (se side 33) eller lignende redskaber. Det centrale er, at de måler på en måde, der hjælper dem til at få et helhedsbillede af tiltagets effekter. Man skal måle ofte i lille skala og måle over tid. Og så skal man lære at agere ud fra den viden, målingerne giver løbende.

- **Et 'informationsrigt miljø':**

Det gælder om at organisere arbejdet ud fra viden om patienters ønsker og behov, viden om de kliniske mål, og viden om medarbejdernes trivsel og behov. Derfor lægger det mikrosystemiske perspektiv op til, at man skal opbygge systemer, der kan opsamle den rette viden og gøre den anvendelig for de mennesker, som er i mikrosystemet.

- **Udveksling af information:**

Udveksling af information er bindeledet mellem patienter og ansatte; mellem ansatte indbyrdes i mikrosystemet; mellem mikrosystemet og andre mikrosystemer og mellem mikrosystemet og makrosystemet. Det gælder derfor om at undersøge, om den rigtige information er til stede på det rigtige tidspunkt – der hvor beslutninger skal træffes.

Feed forward:

Patienter har som regel en masse viden om egen tilstand og viden om de ressourcer, som de kan mobilisere. Denne viden er ofte ikke gjort tilgængelig, når beslutninger skal træffes. 'Feed forward'-mekanismer er aktiviteter, der synliggør viden og 'føder' den ind i beslutningsprocessen. Det kan eksempelvis være et helt simpelt skema om funktionsniveau, som patienten skal udfylde før en konsultation. Lægen får dermed nogle systematiske informationer om patienten, og kan starte et par skridt længere fremme. Patienten har allerede inden konsultationen gjort sig nogle overvejelser, og vil dermed være bedre forberedt til samtalen med lægen.

Feed back:

Patienter kan også være gode informationskilder efter behandlingen er overstået. De har erfaringer med, hvordan det kliniske mikrosystem har virket, og hvordan behandlingen har påvirket dem. Det gælder om at opbygge systemer, som ikke kun opsamler denne viden, men også sørger for at de ansatte får 'feed back'-information løbende og uden lange forsinkelser. Dermed kan den viden, tidligere patienter har opbygget, aktiveres og bruges som inspiration til forbedringsarbejde

- **IT:**

IT-systemer kan med fordel benyttes til at opsamle viden og gøre den tilgængelig, der hvor der er brug for den. Flere af de nævnte eksempler kan understøttes af gode IT-systemer. Men det er vigtigt, at komplicerede IT-løsninger ikke bliver en barriere for at indføre nye tiltag. Lavteknologiske papirløsninger kan også aktivere ny viden og information på det rigtige tidspunkt.

Kliniske mikrosystemer og andre tiltag

Gennembrudsmetoden vs. kliniske mikrosystemer

Gennembrudsmetoden er ligesom kliniske mikrosystemer udviklet i miljøet omkring Institute for Health Improvement i Boston. Det er et struktureret og praksisorienteret arbejdsredskab, som kan bruges til at implementere kendte forbedringer i sundhedsvæsenets arbejde. Den praktiske implementeringsmetode, der benyttes, er den samme som anbefales i kliniske mikrosystemer: PDSA ← → SDSA (se side 35). I gennembrudsmetoden er der fokus på udveksling af viden og erfaringer mellem forskellige organisationer, der arbejder med de samme problemstillinger. Derfor kan et gennembrudsprojekt ikke gennemføres i lille målestok med få deltagere. Det kræver, at der etableres et større netværkssamarbejde med mange deltagende team. Kliniske mikrosystemer er en bredere filosofi med ideer om patientsyn, medarbejderroller og ledelsesformer. I kliniske mikrosystemer lægges der op til at arbejde med kvalitetsforbedringer på alle niveauer. Det er altså både muligt og ønskværdigt at arbejde med forbedring i det små. Men det udelukker ikke større projekter eller netværkssamarbejde ud fra gennembrudsmetoden – tværtimod kan begge tilgange til forbedringsarbejde berige hinanden. Læs mere om gennembrudsmetoden på www.patient-relationer.dk.

Lean vs. kliniske mikrosystemer

Der er mange ligheder mellem Lean og kliniske mikrosystemer. Blandt andet deler de to tilgange et fokus på at definere formål, på kundens behov og på ansvar til de ansatte på gulvet. En af de større forskelle er udgangspunktet. Lean har sin oprindelse i industriproduktion – Toyotas bilfabrikker for at være helt præcis. Kliniske mikrosystemer har sit praktiske udgangspunkt i studier af Best Practice inden for sundhedsvæsenet. En anden forskel er, at Lean ofte er meget fokuseret på effektivisering og eliminering af spild. I kliniske mikrosystemer er fokus i højere grad på forbedring af kvalitet og højere værdiskabelse.

Den Danske Kvalitetsmodel vs. kliniske mikrosystemer

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen, der baseres på et fælles sæt af standarder og indikatorer. Formålet er for det første at udvikle et evalueringgrundlag i form af standarder med tilhørende indikatorer. For det andet at fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene. For det tredje at gennemføre en ekstern vurdering og akkreditering af de involverede institutioner, og endelig – for det fjerde – at understøtte gennemsigtighed og gennemskuelse af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Som det fremgår, er der altså et fokus på implementering af centralt udviklede standarder, på kvalitetsmåling som kan bruges til ekstern information, og på akkreditering der kan sikre overholdelse af de fælles standarder. Det er alle elementer, som i det enkelte kliniske mikrosystem kan opleves som krav ude fra og oppe fra, men som alle har til hensigt at udbrede den bedste praksis og øge den fælles viden om kvalitet. Samtidig er det et formål i DDKM at fremme udvikling og forbedring af kvaliteten i pleje og behandling. Det kræver aktiv involvering af de kliniske mikrosystemer for at kunne lykkes.

DDKM er udviklet med stærk inspiration fra procestankegangen i PDSA-cyklus. Det er denne procestankegang, som er kernen i den mikrosystemiske tilgang. De standarder, som er udviklet i DDKM, beskriver kravene til udvalgte processer i sundhedsvæsenet. Kravene er udviklet som en eller flere indikatorer for fire trin, hvor hvert trin relaterer sig til et element i PDSA-cyklus: Plan – Do – Study – Act.

Redskaber

Den mikrosystemiske værktøjskasse er stor. Den indeholder instrumenter, metoder og ideer, som kan hjælpe aktører i sundhedsvæsenet med at forbedre deres arbejde og skabe højere kvalitet. Mange af disse instrumenter er velkendte og taget fra andre tilgange, mens nogle er udviklet af folkene bag den mikrosystemiske tilgang. Her vil vi blot beskrive tre af disse redskaber, som vores interviewpersoner har fremhævet

i artiklerne. Det drejer sig om værdikompasset, de 5 P'er og PDSA $\leftarrow \rightarrow$ SDSA. Der er henvisninger til hjemmesider med hele den mikrosystemiske værktøjskassen, og litteratur om både kliniske mikrosystemer og patientnærmere pleje og behandling på side 37

Det kliniske værdikompass

Værdikompasset sætter fokus på fire forskellige måder at måle effekt på:

1. Klinisk status/effekt:

Her er fokus på biomedicinske resultater af pleje og behandling typisk målt med mortalitets- eller morbiditetsindikatorer. Der er her tale om den kliniske og biomedicinske vurdering af effekten. Det er ofte denne form for resultater sundhedsvæsenet er mest fokuseret på og skolet i.

2. Funktionel og risiko status:

Her er der fokus på patientens og pårørendes oplevelse af sundhed, livskvalitet og funktionelle muligheder i hverdagen. Der er her tale om, hvordan behandlingen har påvirket patientens og pårørendes fysiske og mentale status, den selvoplevede helbredsstatus og sundhedsrisiko.

3. Patienttilfredshed:

Her er der fokus på resultater i forhold til, om behandlingen har ledt til den sundhedseffekt, patienten forventede, og om patienten har oplevet leveringen af sundhedsydelser som tilfredsstillende.

4. Omkostninger og Økonomi

For at få en vurdering af værdiskabelsen skal de samlede resultater holdes op imod omkostningerne, der har været forbundet med at opnå resultaterne. Omkostninger kan både være direkte omkostninger, som sundhedsvæsenet har haft til behandling og pleje, og indirekte omkostninger som individ og samfund har haft som konsekvens af helbredsproblemet.

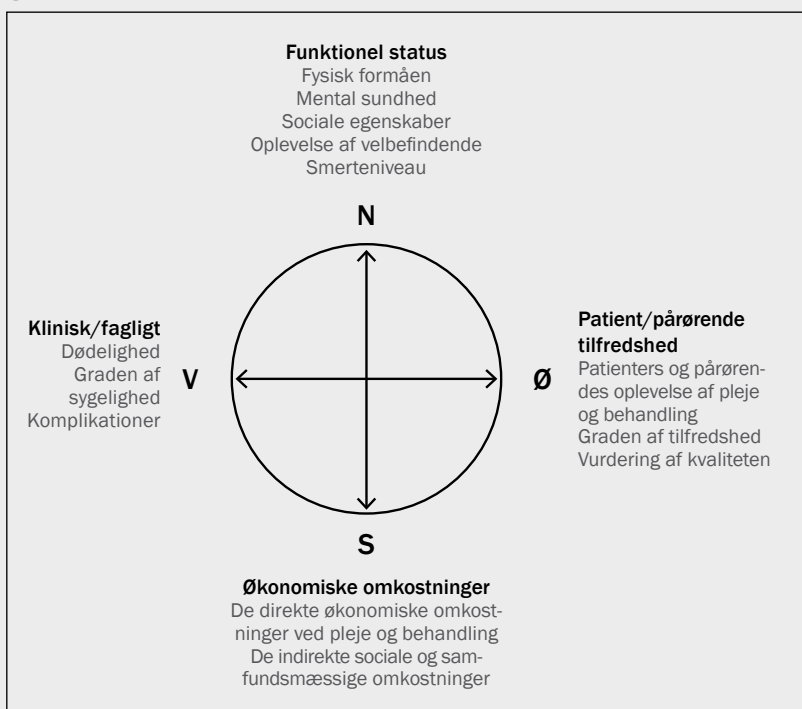
Værdikompasset visualiserer de fire aspekter af værdiskabelse. Alle fire områder er vigtige. De er samlet i samme kompas for at hjælpe brugeren til at orientere sig ud fra et helhedsperspektiv på kvalitet, værdiskabelse og effekt.

Værdikompasset er en ramme eller model for, hvordan man kan tænke effektmåling i sundhedsvæsenet. Det kan anvendes på både det individuelle plan som en del af den enkelte patients journal, for en patientgruppe,

hvor eksempelvis en afdelings eller et ambulatoriums resultat vurderes, eller på makroniveau, hvor værdiskabelsen i hele det regionale sundhedsvæsen resumeres.

Kompasset præciserer ikke, hvordan effekten skal måles inden for hvert af de fire områder. De konkrete effektmål må besluttes ud fra hvilket niveau, der skal måles på, og hvad der giver mening for den patientgruppe, det drejer sig om. Kompasset er et værktøj, der henleder opmærksomheden på, at der bør måles effekt ud fra alle fire 'verdenshjørner' – at det ikke er nok at se på eksempelvis den kliniske effekt eller blot den patientoplevede kvalitet. Det er desuden et værktøj, der kan resumere alle effektmålene og give et samlet oversigtsbillede af kvaliteten.

Når kompasset bruges til den enkelte patient, kan det bidrage til at gøre mål for pleje og behandling mere skarpe, og forbedre effekten af pleje og behandling. Det åbner for at se på forskellige værdier af pleje og behandling på samme tid. Mikrosystemer, som bruger værdikompasset på denne måde, har typisk udviklet et skema, som inkluderes i patientens journal, hvor effektmål for hvert af de fire områder føres ind.



Lær dit system at kende med 5 P

Udgangspunktet for forbedring er viden om, hvor skoen trykker. De 5 P'er sætter fokus på fem konkrete aspekter af det kliniske mikrosystem, og kan dermed danne et godt grundlag for det videre forbedringsarbejde. 5 P-målinger foretages typisk af en udvalgt styregruppe bestående af repræsentanter fra alle faggrupper i det kliniske mikrosystem. Det er vigtigt, at det er de ansatte og de daglige ledere, som er med til at tage temperaturen på det kliniske mikrosystem. På den måde kan ønskerne til forbedring opstå indefra mikrosystemet i stedet for at komme fra en ekspertkonsulent eller en topledelse fjernt fra hverdagen i det kliniske mikrosystem. Omvendt kan det være fornuftigt at hente inspiration og input udefra, så man ikke bliver fanget i vante rutiner og forestillinger.

De 5 P'er er hentet fra den engelske litteratur om kliniske mikrosystemer, og står for: Purpose, Patients, Professionals, Processes, Patterns. De repræsenterer hver især forskellige perspektiver eller aspekter i analysen af et klinisk mikrosystem. I praksis vil der være et betydeligt overlap mellem de 5 P'er. De supplerer og bygger ovenpå hinanden. Til hvert P er der udviklet hjælperedskaber, som kan benyttes i analysen.

Purpose (formål):

Her besvares, hvad der er den grundlæggende opgave for afdelingen i det kliniske møde med patienten. Hvad er missionen i det pågældende kliniske mikrosystem. De kliniske mikrosystemer, der præsterer bedst, har en klar mission, som alle kender, forstår og arbejder efter. Der kan være forskellige veje til at finde frem til mikrosystemets grundlæggende formål. Det kan ske på medarbejderseminarer, i workshops med videre. Det vigtige er, at dialogen er inklusiv, åben og frem for alt kontinuerlig. Det er ikke en engangsforeteelse at snakke værdier og mål og hvordan de opnås.

Patients (patienter):

Frontliniepersonalet har viden om egne patienter. Denne viden er ofte meget kontekstuel og individuel. Det er vigtigt at udvikle generel viden om sub-populationer i det pågældende mikrosystem. Dette kan kvalificere beslutninger i forhold til det pågældende systems planlægning og organisering af pleje og behandling. Metoderne til at lære patienterne bedre at kende er igen mangfoldige.

Professionals (personale):

Ethvert medlem af det kliniske mikrosystem må opfattes som en professionel med faglige kompetencer. Den respekt, som indlejres i denne opfattelse af hinanden, stimulerer moralen og engagementet. Det gælder derfor om at kortlægge alle personalemedlemmer i forhold til:

- hvad de helt præcis laver
- hvilke tidspunkter de arbejder på
- hvad de ønsker at lære
- hvordan de prioriterer deres arbejde.

Processes (processer):

I det kliniske mikrosystem deltager de professionelle i mange forskellige processer, systemer og trin i pleje og behandling. Deres handlinger er relateret til hinanden og komplementerer hinanden. Ofte levnes der ikke tid til at afdække og drøfte specifikke processer i hverdagen, som gentages igen og igen. Identifikation af nøgleprocesser ved hjælp af flowkort er vejen til mere effektive processer. Enkelte medlemmer kan lave et flowkort, som fremlægges og drøftes. Det kan i nogle sammenhænge være en fordel at inddrage patienter i beskrivelsen af nøgleprocesser.

Patterns (mønstre):

Der er mønstre i alle kliniske mikrosystemer. Lokalt bestemte og ofte udtalte mønstre i måden at mødes på, i hvem der taler med hvem og hvorfor, mønstre i patienternes ønsker. Mønstre referer også til de resultater, det kliniske mikrosystem opnår – både kliniske og processuelle resultater. Det gælder om at få fokus på disse indlejrede mønstre. Finde ud af hvilke mønstre der er vigtige, og hvordan man indsamler information om dem, og gør dem synlige, og får dem diskuteret.

PDSA ← → SDSA

I de kliniske mikrosystemer handler det om, at frontlinjepersonalet får opbygget et fællesskab, hvor alle, som en naturlig del af hverdagen, kan tænke, beslutte og handle med afsæt i deres særlige kompetencer. Med læring som middel og forbedring som mål må forbedringsarbejdet ske i nær relation til hverdagens faglige udfordringer.

Den konkrete implementeringsstrategi i den mikrosystemiske tilgang er ikke ny. Den stammer helt tilbage fra 50'erne, og er blandt andet udviklet af organisationsteoretikeren Demming. Siden starten af 90'erne har forskellige udgaver været lanceret i det danske sundhedsvæsen. Tanken er, at forbedringer sker bedst gennem en læringssproces, som på engelsk hedder: plan-do-study-act ← → standardize-do-study-act (PDSA ← → SDSA). Denne forbedringsmodel er et redskab, en systematik og en metode i forhold til kontinuerligt at teste, standardisere og implementere forbedringer. Modellen består af tre dele.

Del 1: Gør klar til PDSA

1. Sæt klare mål for, hvad der skal opnås med afprøvnin gen af forbedringsideen.
2. Hvordan kan vi vide, at forbedringsideen vil lede til reel forbedring. Hvilke målinger skal der til, og hvad skal de vise, for at der er tale om forbedring?
3. Hvilke forandringer kan vi lave, som vil resultere i forbedringer. Her formuleres en hypotese om, hvordan forandringen kan lede til forbedring. Denne hypotese reflekterer også forestilling om årsager og effekt.

Del 2: PDSA cirklen

Plan:

Indeholder hensigten med forbedringen og en plan over:

- Hvilken forbedring der er tale om
- Hvem der skal implementere forbedringen
- Hvor de skal implementeres og hvornår.

Planerne kan være udført som retningslinjer, undervisningsplaner m.m. alt afhængig af, hvad forandringstiltaget går ud på.

Do:

Her føres planen ud i livet (implementeringen). Udvalgte medlemmer af styregruppen/ projektgruppen overvåger implementeringen, og indsamler løbende data og information om forløbet. Herunder:

- Efterspørger, indsamler og dokumenterer interessenters feedback (patienter, personale, ledelse)
- Indsamler data på de måleparametre, som er udvalgt
- Lytter opmærksomt på alle deltageres feedback
- Dokumenterer uventede begivenheder.

Study:

Her analyseres data, der reflekteres over resultater og alle relevante parter indkaldes og diskuterer de erfaringer, som er opnået i do-fasen. Det er vigtigt at prioritere tid til fælles refleksion. De deltagende parter skal sammenligne

de forventede resultater med de faktiske. De skal identificere uventede positive og negative resultater.

Act:

Denne fase handler om at beslutte og præcisere, i hvilket omfang den testede forbedringside skal ændres eller forlades i lyset af de indsamlede resultater fra study-fasen. Her afklares også, hvad der er lært, og hvad næste skridt skal være. Hvis ideen i sin oprindelige eller tilpassede form findes velegnet til at standardisere som god praksis, lægges den over i SDSA cyklus.

Del 3: SDSA-cirklen – standardisering og endelig implementering:

Standardize:

Her tages stilling til, hvordan forbedringsideen konverteres til en standard for en god proces, som implementeres i det daglige arbejde. Det afklares, hvilke vilkår og rammer der kan støtte standardiseringen.

Do:

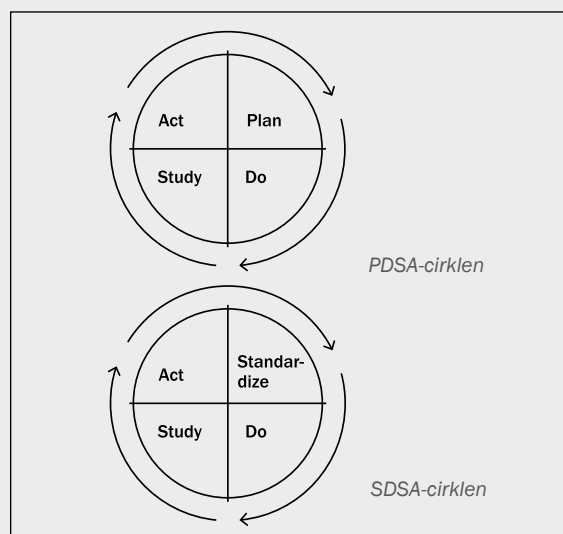
Her implementeres den nye standard. Der skal være opmærksomhed omkring, hvad der sker i standardiseringsprocessen. Hvilke udfordringer eller overraskelser opstår undervejs.

Study:

Her analyseres de erfaringer, der er opnået med implementering af den nye standard. De kontinuerlige målinger analyseres, og det overvejes, om det er nødvendigt at ændre noget.

Act:

Her vil 'act' sige at handle på behovet for ændring af den nye standard. Hvis der er behov for større ændringer, kan det være, at man skal starte forfra i PDSA-cyklus.



Kliniske mikrosystemer i Danmark

Mange af tankerne i kliniske mikrosystemer bliver allerede i dag flittigt anvendt i det danske sundhedsvæsen, men det konkrete arbejde med den mikrosystemiske tilgang er stadig meget nyt.

I Region Syddanmark har Center for Kvalitet igangsat en række projekter med udgangspunkt i den mikrosystemiske tilgang. De bliver løbet i gang i løbet af foråret 2008.

Glostrup Hospital og Odense Universitetshospital er sammen med Dansk Sundhedsinstitut ved at sætte gang i to projekter, der er inspireret af den mikrosystemiske tilgang.

Den 3. april 2008 afholdes en endagskonference om kliniske mikrosystemer med fokus på ledelsesaspektet. Det er Danske Regioner og Region Syddanmark, som i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut og Center for Kvalitet i Region Syddanmark, der arrangerer konferencen.

Hvis du vil vide mere om de konkrete projekter, som er sat i gang, kan du kontakte Dansk Sundhedsinstitut eller Center for Kvalitet i Region Syddanmark.



Hvis du vil vide mere

Litteratur og ressourcer om kliniske mikrosystemer

Quality by Design af Nelson, E. et al. (red.),
San Fransisco: Jossey Bass, 2007

Quality Management in Health Care, volume 16,
issue 1, January–March 2007 (Temanummer)

www.clinicalmicrosystem.org

*Microsystems in Health Care: part 5. How
Leaders Are Leading*, af Batalden, P. et al.
*Joint commission Journal on Quality and
Safety*, vol. 29, no.6, 2003

*What Is Quality Improvement and How Can It
Transform Health Care?* Af Batalden, P. og Dav-
idoff, F. *Qual. Safe Health Care*, vol. 16, no. 2-3,
2007

Litteratur om Patientnärmre vård

*Framtidens vårdmodel: Patientnärmre Vård,
hur gör man?* af Inde, M. Landstinget Värmland,
2006

*Restructuring Health Care: The Patient-Focused
Paradigm* af Lathrop, J.P: San Fransisco: Jossey-
Bass Publishers, 1993

