



Teamarbete & Förbättringskunskap

två kärnkompetenser för god och säker vård

© Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet
Redaktör och språklig bearbetning: Sara Bergqvist Månsson
Grafisk form: S&R Medieproduktion
Illustrationer: Maja Modén
Tryck: Åtta.45, Solna 2013
ISBN 978-91-85060-21-4

Innehåll

Innehåll	3
Förord	4
Kärnkompetenser	7
Samverkan i team	9
Rehabteamet	9
Akutteamet	10
Teamtanken	11
Fokus på patienten	12
Ledarskapet	14
Förslag till utvecklingsstrategier i kliniskt arbete	16
Färdigheter för arbete i team	16
Former för lärande	17
Förväntade läranderesultat	20
Tips till dig som vill utveckla teamarbetet	21
Arbeta med förbättring	23
Ett lyckat fall	23
Mycket har hänt	24
Konsten att åstadkomma förbättring	25
Ett exempel från barnkliniken	27
Färdigheter för att arbeta med förbättringar	28
Att leda för förbättring	31
Former för lärande	32
Förväntade läranderesultat	33
Tips till dig som vill utveckla förbättringsarbetet	34
Författarpresentationer	36
Projektledning	37
Deltagare i workshop	37
Referenser	38

Förord

Detta dokument är resultatet av ett unikt samverkansprojekt mellan Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, ett viktigt genombrott för tvärprofessionell samverkan i utvecklingsarbete. Med utgångspunkt i svensk vård och vårdutbildning har vi beskrivit två av de kärnkompetenser som har sitt ursprung i amerikansk vårdkontext. Målsättningen är att med en grundläggande och konkret beskrivning visa på betydelsen och öka förståelsen för gemensamma kärnkompetenser i såväl vårdarbete som i utbildningssammanhang för alla vårdprofessioner.

Läkare och sjuksköterskor har nära samarbete i det dagliga vårdarbetet. Våra båda professionsföreningar har också ett gott samarbete i flera frågor. Ett exempel är Nationell plattform för förbättringskunskap där också andra professionsföreningar, universitet och landsting idag ingår. Det har skapat goda förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande i genomförandet av detta utvecklingsarbete. I de komplexa system vi befinner oss i har våra två organisationer valt att ta det första initiativet till denna form av dokument. Vår uttryckliga önskan är ett fortsatt och utvidgat tvärprofessionellt samarbete med fler professionsföreningar runt övriga kärnkompetenser.

Dokumentet är en del av våra respektive föreningars kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, arbete med olika utbildningsprocesser och bidrag till samverkan mellan lärosäten och vård och omsorg. Vi har valt just kärnkompetenserna teamsamverkan och förbättringskunskap då de tillsammans speglar det samarbete mellan professioner och vårdtagare som är nödvändigt i vårdens genomförande och utveckling. För att förankra detta utvecklingsarbete i svensk vårdkontext har författarna och projektledningen genomfört en workshop tillsammans med ett tiotal personer i våra professioner som har uttalad kompetens inom teamarbete och/eller förbättringskunskap.

Båda kärnkompetenserna omfattar stora komplexa kunskapsområden som är under ständig utveckling. Vi har medvetet valt att just lyfta fram kärnorna i kunskapsområdena med ett enkelt och lättillgängligt språk för att nå grupper med varierande förkunskaper. För att åskådliggöra vad teamsamverkan och förbättringskunskap kan omfatta, innebära och hur

det kan läras, ges en teoretisk grund, exempel från olika vårdsituationer och förslag på förväntade läranderesultat. Vår målsättning är att attrahera alla som medverkar i vården, såväl professionella som dem som är i behov av vård och i utbildningar, såväl lärare som studenter.

Slutligen hoppas vi att dokumentet kan förmedla en känsla av att det är möjligt att ta tillvara allas kompetens för att tillsammans lära och göra vården både bättre och säkrare för alla som den berör!

Ania Willman

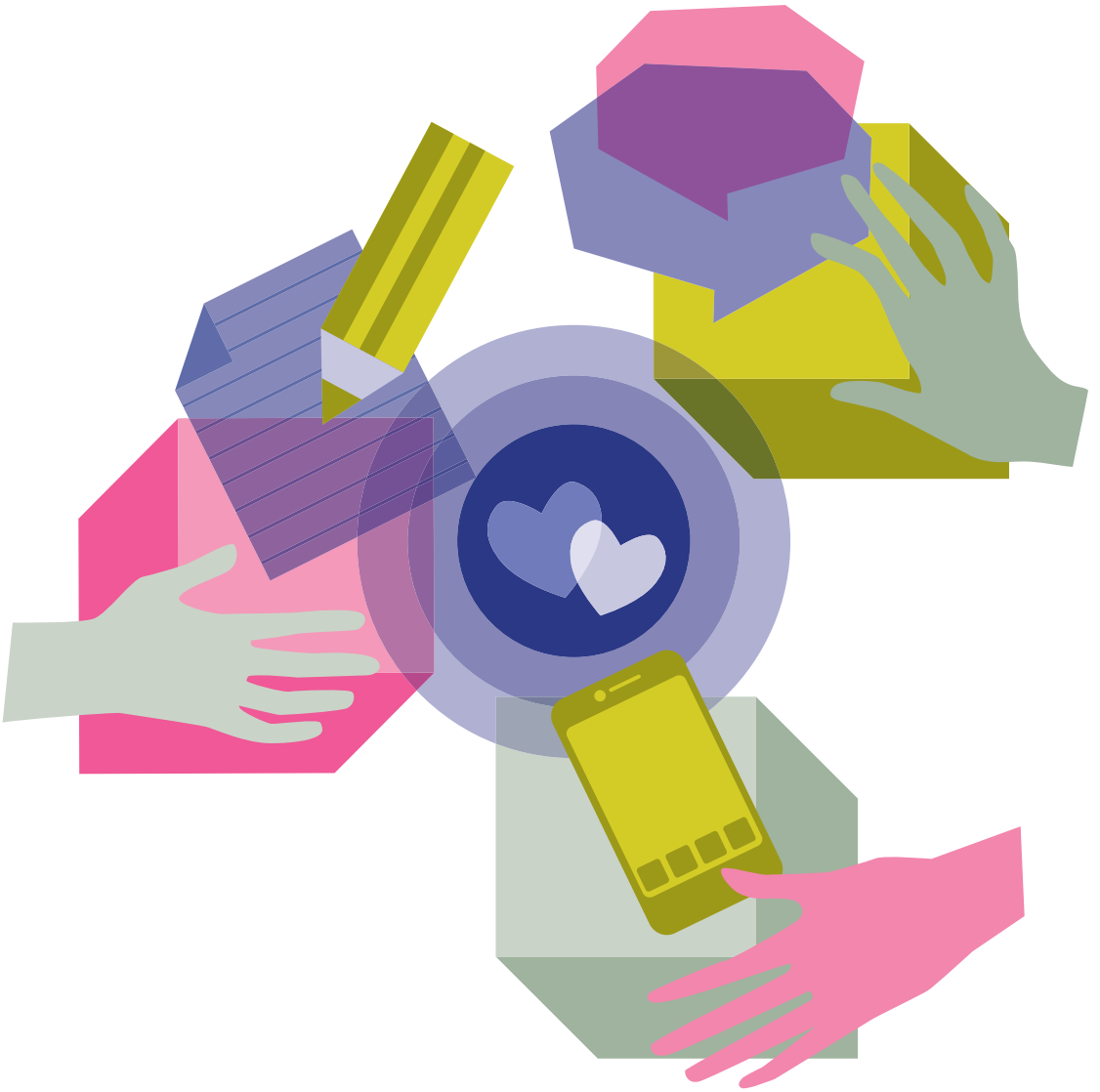
Ordförande

Svensk sjuksköterskeförening

Peter Friberg

Ordförande

Svenska Läkaresällskapet



Vi satsar på Kärnkom- petenser

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar med höga förväntningar på god och säker vård. Det gäller såväl resurser som patientsäkerhet och vårdutveckling och på alla nivåer i samhället pågår försök att förbättra vårdens kvalitet.

Sedan lång tid tillbaka har det funnits ett starkt forskningsfokus inom sjukvården – att ny kunskap ska vara lösningen. Och fantastiska framsteg har gjorts inom både den medicinska vetenskapen och omvårdnadsvetenskapen. Detta tillsammans med införandet av nya högteknologiska vårdinsatser understödda av utvecklad informationsteknologi resulterar i möjligheter att bedriva en allt högre grad av avancerad vård.

Men det räcker inte. För att tillgodose samhällets förväntningar på hög patientsäkerhet och bättre vårdkvalitet krävs också kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner – det vi kallar kärnkompetenser.

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet är professionella organisationer som samverkar för en utbildning som kan möta behoven i den framtida hälso- och sjukvården. Med den här skriften vill vi lyfta fram två viktiga kärnkompetenser som är nödvändiga för att alla professioner ska kunna delta i det viktiga utvecklingsarbetet som sker i klinisk vardag – och att lärosätena utbildar studenterna att ta aktiv del i utvecklingen. Det gäller arbete i team och förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, som är två kärnkompetenser som hänger nära samman och är varandras förutsättningar.

Vi bekräftar därmed en utvecklingstrend som redan finns inom svensk hälso- och sjukvård, men som behöver utvecklas ännu mer för att vården ska bli säkrare och bättre svara mot befolkningens behov. Vi gör det utifrån en diskussion som nu växer både internationellt och i Sverige. Den utgår bland annat från kartlägningsstudier i USA som gjordes i syfte att finna orsaker till återkommande avvikelser i vården.

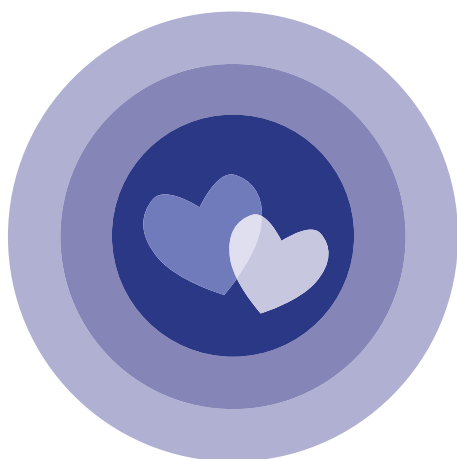
Studierna visar att ett antal kärnkompetenser är nödvändiga för en god och säker vård och att det är kompetens som alla professioner i vården måste ha. De nämner bland annat förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, samverkan i team, personcentrerad vård, säker vård, evidensbaserad vård och informatik.

På grundval av resultatet av dessa studier har Institute of Medicine of the National Academies (IOM, 2003) och Quality and Safety Education for Nurses (QSEN, 2007) starkt rekommenderat att all utbildning organiseras så att dessa kärnkompetenser utgör en röd tråd med fördjupning genom hela vårdutbildningssystemet.

NU KRÄVS SAMARBETE MELLAN VÅRDUTBILDNINGARNA

Vi hoppas att den skrift som du nu håller i handen ska fungera som en gemensam kunskapsbas och inspirera till ett fortsatt utvecklingsarbete när det gäller kärnkompetenserna teamarbete och förbättringskunskap för ökad kvalitet. Det gäller både i klinisk vardag och i samarbetet mellan olika vårdutbildningar på grundnivå och avancerad nivå.

Alla har ett ansvar att utveckla och förbättra verksamheten men det kräver att de studenter som går på olika vårdutbildningar också får nödvändig kunskap om och träning i teamarbete och förbättringsarbete. Många lärosäten arbetar redan i dag med att tydliggöra progression och innehåll i sina program. Detta kräver samordning och direkt samarbete mellan olika lärosäten och utbildningsprogram, i mycket högre grad än tidigare. Dessutom behöver arbetet ske i kontinuerlig avstämning med de aktörer där vårdens studenter förväntas arbeta efter sin examen.



Samverkan i team

Samverkan i team inom hälso- och sjukvården kan se ut på många olika sätt och teamarbete äger rum i flera olika sammanhang. Den gemensamma nämnaren är att olika kompetenser kompletterar varandra för att nå bästa resultat och att samverkan i team är en nyckelfaktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård.

Här beskriver vi två sorters team: rehabteamet och akutteamet. Givetvis finns det en rad andra mellanformer och det enskilda teamet kan också skifta karaktär beroende på situationen.

REHABTEAMET

Lukas, 20 år, åkte offpist med sin snowboard i Alperna. Han missade ett stopp och körde rätt ut för ett stup på cirka 40 meter och ådrog sig en C5-fraktur med en kvarstående komplett ryggmärgsskada nivå C3. Lukas 18-åriga flickvän Lisa har allt sedan olyckan funnits vid hans sida dygnet runt.

Lukas är fullständigt beroende av hjälp dygnet runt: för att äta, sköta sin hygien, använda blåsa-tarm, vända sig i sängen och klia sig på näsan. Under den första veckan på avdelningen för rehabiliteringsmedicin har vårdpersonal med olika professioner haft möjlighet att träffa och undersöka Lukas vid ett flertal tillfällen.

Veckan efter samlas Lukas, flickvännen, Lukas föräldrar, patientstödjare, läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog, dietist och rehabinstruktör för att tillsammans lägga upp en långsiktig rehabiliteringsplan, som kommer att vara teamets styrinstrument för de fortsatta insatserna.

Hela teamet, 13 personer, samlas kring ett ovalt bord i ett av konferensrummen på kliniken. Den huvudansvarige för teammötet är just idag ansvarig läkare. Under 30 minuter skapas tillsammans i teamet den första rehabiliteringsplanen. Den hjälper teamet att formulera inte bara de aktuella problemen utan även resurser, målsättning, planerade åtgärder, preliminär rehabperiod och datum för uppföljning av rehabplanen.

AKUTTEAMET

Teamet står berett att ta emot den trafikskadade kvinnan, född 1955. Hon ska komma med ambulans. I teamet ingår kirurgläkare, narkosläkare, narkossjuksköterska samt undersköterska och de befinner sig just nu i ett mottagningsrum på akutmottagningen. Rummet är vitt och starkt upplyst med stora lampor. Runt omkring dem finns vagnar med material och på väggarna hänger utrustning.

Nu rullas kvinnan in i rummet av ambulanssteamet i tjocka reflexjackor och det sker en överlämning. Patienten heter Maria. Hennes make avled på olycksplatsen. Maria var vaken i ambulansen men sjönk sedan i medvetandegrad.

Medlemmarna i teamet börjar direkt bedöma Marias status. Teamledaren ställer sig vid Marias huvudända och ger en rad kortfattade instruktioner. De fyra teammedlemmarna arbetar intensivt under några minuter med enskilda uppgifter kring Maria. Narkosläkaren noterar sjunkande saturation medan kirurgen noterar buksmärta, dålig färg höger ben, sjuksköterskan noterar blod ur örat. Det som hörs är när man talar till Maria med hög röst och när man sinsemellan meddelar och bekräftar gjorda åtgärder och statusbedömningar. En teammedlem går vid några tillfällen fram till en whiteboardtavla och skriver upp värden. Plötsligt börjar Maria att kräkas. Teammedlemmarna ställer sig blixtnabbt i position runt britsen, teamledaren räknar in och alla fyra vänder Maria till sidoläge i en enda synkroniserad rörelse. En suggs sätts i gång. En ytterligare medarbetare kallas in till teamet. Det har nu gått åtta minuter sedan Maria kom till akuten.

Skillnader mellan teamen

Båda teamen kan betraktas utifrån en rad aspekter: Hur samverkar de olika yrkesgrupperna i teamet? Vad är patientens behov och målsättning? Vilka färdigheter behövs för att arbeta i teamet?

I rehabteamet är arbetssättet anpassningsbart utifrån patientens aktuella behov och målsättning. I akutteamet sker det inte någon egentlig anpassning utan där är det mer förutbestämt hur arbetet ska gå till. Rehabteamets sätt att arbeta ställer höga krav på ömsedig anpassning och en beredskap att överta andra teammedlemmars funktion. I akutteamet vet alla sin utgångsposition men är beredda att assistera varandra.

Akutteamet lämpar sig för situationer där det finns förutbestämda val och åtgärder och teammedlemmarna ska assistera varandra utifrån sin kompetens att fatta bästa tänkbara beslut. Teamarbete motsvarande det i rehabteamet lämpar sig för situationer som bedöms som komplexa, där det finns många olika faktorer som påverkar både åtgärder och utfall.

Med det här resonemanget följer också att teamträning och utbildningar i

kommunikation bör anpassas till de olika grundtyperna. Att exempelvis träna in specifika handgrepp i simuleringar kan lämpa sig väldigt väl i ett förlossnings-team, medan vårdplaneringsteamet kan behöva träna på hur man aktivt lyssnar och tillsammans formulerar förslag på vidare åtgärder, som man därefter kan fatta beslut om.

TEAMTANKEN

Det som förenar olika former av team kan beskrivas som ”teamtanken”. Den innebär bland annat att:

- ❖ teamets medlemmar har olika kompetens och att de samverkar för att så långt det är möjligt erbjuda patienten bästa möjliga vård och stöd,
- ❖ arbetet präglas av ett öppet och tillåtande klimat, med ett ständigt lärande inom gruppen, av och mellan professioner,
- ❖ målformulering sker tillsammans i teamet och så långt möjligt med patienten och dennes närstående,
- ❖ arbete i team uppfattas som engagerande, roligt, utvecklande och ökar trivseln. Entusiasmen blir en utvecklande kraft för hela organisationen.

Självklart finns det också problem förknippade med arbete i team, när det till exempel gäller otydliga mål, brister i kommunikationen, konkurrens om ledarskap med mera.

Ett välfungerande och utvecklande teamarbete kräver en tydlig övergripande organisation med formulerad målsättning och riktlinjer, utifrån vilket teamet sedan har stor frihet att prova nya vägar och anpassa sitt arbete för patientens bästa.

Det innebär bland annat att teamet ser vems kompetens som är viktigast i stunden. I det inledande patientfallet där Lukas drabbats av en ryggmärgsskada kan det vara naturligt att se sjukgymnastens roll i rehabiliteringen. För Lukas är det lika viktigt att dietisten, rehabinstruktören eller sexologen ingår i teamet för att han ska få ett bra liv med hög livskvalitet.

Det är även viktigt att teamet har kompetens att stödja flickvännen som tagit på sig en väldigt nära, stödjande roll i det akuta skedet, en roll som i förlängningen kanske inte är att rekommendera. Vem är mest lämpad att förmedla detta till flickvännen och Lukas? Är det samma person eller två olika? Vid samma tillfälle eller vid olika? Kanske är det oväntat så att rehabinstruktören är den som lämpligast talar med patienten, medan undersköterskan på vårdavdel-

”Interprofessionellt teamarbete innebär att olika yrkesgrupper har en gemensam teamidentitet, samarbetar på ett integrerat sätt där man är ömsesidigt beroende av varandra för att lösa problem och tillhandahålla hälso- och sjukvård.”

Reeves m.fl., 2010

ningen, som fått en bra kontakt med flickvännen, på ett bra sätt kan förmedla personalens erfarenhet i liknande situationer? Syftet är ju inte att vi ska tala om hur olämpligt vi från professionen tycker att det är, utan att ge patient och flickvän stöd genom att dela vår erfarenhet, för att de själva ska kunna fatta beslut.

I akutteamet ser frågorna lite annorlunda ut. Teamet har exakta rutiner och måste snabbt kunna hantera ett antal svåra frågor:

- ❖ Patienten behöver blod, men vaknar upp och vägrar – vem fattar beslut?
- ❖ Patienten vaknar upp och undrar var hennes man är – vem hanterar detta i teamet?
- ❖ Patienten får akut hjärtstillestånd – tar någon annan i teamet över huvudansvaret?
- ❖ Misstanke om inre blödningar – vem fattar beslut om akut operation?
- ❖ Ska det kallas in andra teammedlemmar/professioner vid något tillfälle, till exempel vid en fraktur?

I den akuta situationen kan patient och anhörig av naturliga skäl inte vara aktiva i teamarbetet. Men teamet tar givetvis hänsyn till önskemål och målsättningar i den mån de är kända.

FOKUS PÅ PATIENTEN

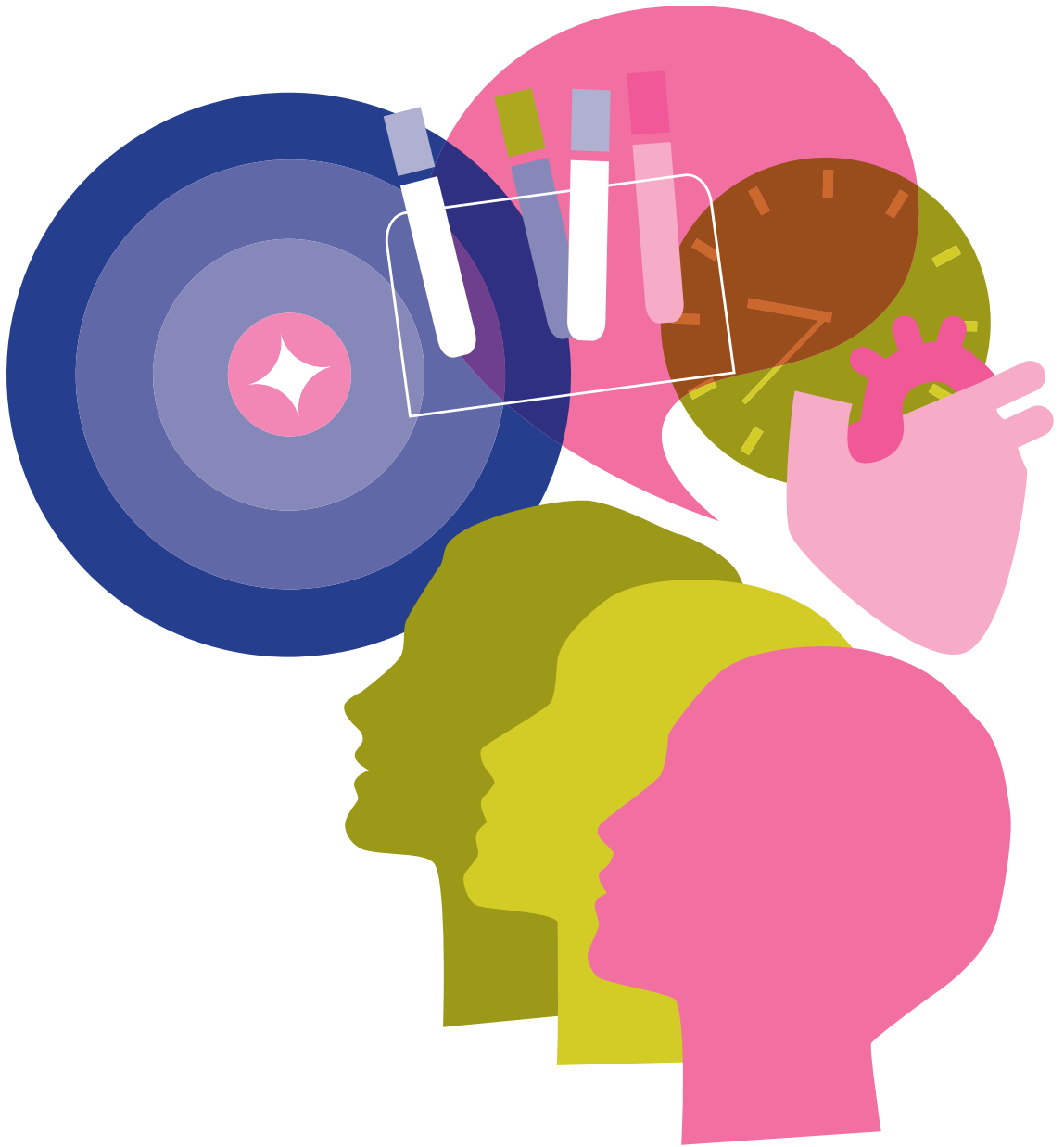
Numera söker många patienter egen kunskap och förväntar sig en mer individuell behandling från vårdens sida och vårdgivaren har också en skyldighet att involvera patienten för att skapa en säkrare vård. Patientmedverkan har sin grund i en övertygelse om att informationsöverföring, engagemang och resultat förbättras om patienten är delaktig.

Kliniska mikrosystem

I det kliniska mikrosystemet möts patienten, närstående och vårdteamet och här skapas tillsammans det verkliga värdet i vården. Personerna i teamet arbetar tillsammans med hjälp av informationsteknologi och administrativt stöd till exempel e-Hälsa. De kliniska mikrosystemen utgör ofta en del av vårdens större meso- och makrosystem, exempelvis sjukhus och landsting.

Patienten och närstående ses ofta som medlemmar i ett team i sjukvården. Med ett annat näraliggande perspektiv ses patienten, närstående och teamet som delar av samma kliniska mikrosystem. Oavsett om patienten uppfattas som teammedlem eller som medlem av mikrosystemet är det de professionellas uppgift att involvera patienten och de närstående i den egna vården.

I exempelvis rehabteamet är patientens delaktighet en helt avgörande framgångsfaktor. Den största utmaningen för de professionella medarbetarna är att se sig som ”verktyg” till förmån för patienten, men under en mycket begränsad period av hans eller hennes liv. Det är viktigt att förstå den maktposition som



professionella medarbetare med automatik har i vården och att de behöver ha en lyssnande och lärande attityd i samarbetet för att resultatet långsiktigt ska bli framgångsrikt för patienten.

Läs mer om

Teamtanken i vården, Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (Under utgivning 2013). *Samverkan i team. I: A-K. Edberg, m. fl. (Red.) Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Patientmedverkan på SKLs hemsida: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsa-ochvard/patientsakerhet/patientmedverkan.

Kliniska mikrosystem I: E. C. Nelson, m.fl. (Red.) (2007). Quality by design. A clinical microsystems approach. San Francisco: Jossey-Bass.

LEDARSKAPET

Arbete i team ställer stora krav på den som leder arbetet. Kraven ser delvis olika ut beroende på ledarskapets nivå, det vill säga om man leder en verksamhet som arbetar i team eller om man leder arbetet i själva teamet. Ledarskapet inom teamet ser också olika ut beroende på om det är ett rehabteam eller ett akutteam.

Överlag är det ledarens ansvar att se till att arbetsklimatet i teamet är så öppet att alla medlemmar i teamet känner sig fria att komma med synpunkter och även ifrågasätta metoder och arbetssätt.

Att leda verksamheter som arbetar i team

Den som är chef för en verksamhet som präglas av teamarbete behöver särskild utbildning och förståelse för att teamets arbete inte ska och kan styras på samma sätt som annan verksamhet.

Det är viktigt att uppdraget för verksamheten i stort är tydligt, liksom uppdraget för det enskilda teamet. Ramarna för teamets resurser bör fastställas, men i vardagsarbetet måste teamet ha höjlighet att formulera mål och prioritera insatser utifrån patientens behov.

Teamet behöver ha utrymme att arbeta utifrån

sin kompetens och stor frihet att pröva nytt med patientens bästa som mål. Det är även viktigt att ledarskapet stöttar innovativa lösningar och använder sitt mandat för att vara pådrivande i utvecklingen av vården.

Teamets medlemmar svarar ofta mot olika organisationer och har sinsemel-

”De människor du möter kommer att minnas hur väl du lyssnade och glömma det mesta av vad du sa.”

lan olika – i värsta fall motstridiga – uppdrag. Chefens uppgift är att överbrygga professionella och organisatoriska gränser och även ta hänsyn till större perspektiv som att fler svårt sjuka vill bo kvar hemma, vilket skulle kunna vara fallet när Lukas ska skrivas ut till eget boende.

Ledarskap i rehabteamet

Ledaren och de övriga teammedlemmarna behöver inse betydelsen av kommunikation och informationsöverföring, att lyssna aktivt och att lära sig av andras kunskap och erfarenheter.

Det är en förutsättning för att nå fram till och hjälpa patienten att hitta de rehabiliteringsmål som känns viktiga, men det är också en förutsättning för att teamets medlemmar ska kunna samarbeta över professionsgränser och fokusera teamets resurser på patientens mål.

Målformulering och beslut fattas gemensamt i teamet, i så kallade konsensusbeslut. Teammedlemmar kan ha olika uppfattningar, men det är viktigt att alla kan acceptera det beslut och den målsättning som gemensamt formuleras och det är teamledarens uppgift att se till att alla jobbar mot samma mål.

Ledaren för teamet bör arbeta prestigelöst, på samma sätt som teamets medlemmar måste kunna lyssna, ge och ta av varandras professionella kunskap.

Många gånger behövs modet att pröva nya angreppssätt, på gränsen mot det okända, för att resultatet ska bli så bra som möjligt. Där har ledaren en viktig uppgift att ge stöd och uppmuntran.

Ledarskap i akutteamet

Ledaren i akutteamet arbetar i huvudsak efter principer hämtade från Crew Resource Management (CRM). Inom CRM bygger teamarbetet på en tydlig struktur, både när det gäller beslutsfattande och arbetsfördelning. CRM innehåller också begrepp som följarskap och kommunikationsverktyg, för att få gruppen att arbeta åt samma håll.

Teamledarens huvuduppgift är att se till att teamet har ett patientsäkert arbetssätt genom att teammedlemmarna arbetar efter fastställda kommunikations- och handlingsmönster och att endast de personer som behövs just då är närvarande. På samma sätt har teamets medlemmar tydliga roller och uppgifter.

Precis som i exemplet i början av detta avsnitt, där Maria skadades svårt i en trafikolycka, kan många svåra situationer uppstå – och då måste teamet veta vem som ska göra vad – och hur man ska hantera en situation där man faktiskt är osäker.

Alla medlemmar i akutteamet ska ha en gemensam förståelse av vårdsituationen, en så kallad situationsmedvetenhet. Teamledaren ansvarar för teamets situationsmedvetenhet genom att leda återkommande briefing- och debriefing-genomgångar innan en arbetsuppgift och i efterhand, för att sammanfatta hur

en situation utvecklades och vad som eventuellt gjordes fel.

I akutteamet fattar teamledaren tydliga beslut som efterföljs av de övriga teammedlemmarna. När beslut fattas förväntas alla teammedlemmar delta genom att föra fram sina ståndpunkter till teamledaren. Det är ledarens ansvar att skapa ett öppet klimat, att efterfråga synpunkter och lyssna på avvikande åsikter. Alla teammedlemmar har ett ansvar att bidra till teamets samarbete, resultat och säkerhetskultur.

Läs mer om

Crew Resource Management, Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

FÖRSLAG TILL UTVECKLINGSSTRATEGIER I KLINISKT ARBETE

I just den här skriften har sjuksköterskor och läkare samarbetat, men självklart handlar teamarbete om samarbete mellan alla professioner inom vården, både under studietiden och i den kliniska vardagen. Det som är viktigt i undervisningssituationen är också viktigt i ett kliniskt utvecklingsarbete och tvärtom.

Men utvecklingsstrategier i kliniskt arbete rör sig ofta på ett mer övergripande plan och kan till exempel handla om hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet, kultur, värdegrund och lärande. De kan vara att:

- ❖ bidra till ökad kunskap om hälso- och sjukvårdens organisation för teamarbete över organisationsgränser, vårdens system och processer,
- ❖ anpassa vårdens stödprocesser, journalhanteringsystem och ersättningsystem till teamarbete,
- ❖ skapa en kultur som främjar att vi lär av varandra,
- ❖ skapa en gemensam värdegrund för både förbättringsarbete och team,
- ❖ skapa arenor för reflektion kring samverkan med andra yrkesgrupper för att öka hälso- och sjukvårdens kvalitet,
- ❖ bidra till ökad kunskap om andra professioners kunskapsområden.

Det är viktigt att den som har mandat att utveckla vården också tar sitt ansvar för att detta sker och att alla bidrar till att identifiera förbättringsområden.

FÄRDIGHETER FÖR ARBETE I TEAM

Att arbeta i team kräver mer än professionell kompetens. Det behövs också en positiv människobild och en inställning att övriga i teamet har viktig kunskap och erfarenhet som medverkar till ett bra beslut. Det bör omfatta såväl patienten som andra kollegor inom vården.

Konkret innebär det att teamet måste anpassa sitt arbetssätt utifrån varje

patients aktuella behov, som också kan förändras över tid. Varje teammedlem har som uppgift att överföra sin kompetens och ge patienten och närstående verktyg för fortsatt utveckling, inte minst i ett rehabteam.

Det är också viktigt att anpassa hur information överförs till patienten. Alla patienter är olika och det primära är inte vem som förmedlar informationen, utan att den överförs på ett sådant sätt att den når fram till både patienten och närstående.

Även om det rör sig om medicinska frågor så kan läkaren i kraft av sin auktoritet ha svårare att nå fram än rehabinstruktören, med egen erfarenhet av ryggmärgsskada. I ett prestigelöst teamarbete är det viktigt att teammedlemmen som har den bästa kontakten och störst förtroende i informationsöverföringen är den som naturligt får ett större ansvar.

Självklart är lyhördheten viktig även när teamet fångar upp patientens och närståendes tankar och önskemål.

Den kompetens som är nödvändig i teamet ser olika ut, beroende på vilken uppgift teamet har. Men några färdigheter är mer generella och nödvändiga i varje team.

Generell teamkompetens behövs för samverkan i team oberoende av om teamet består av en eller flera yrkesgrupper. Det rör sig till exempel om synen på en gemensam värdegrund, uppdrag och målsättning. Det handlar också om förståelsen för patientens involvering, kunskap om gruppdynamik och kommunikation och vikten av ständiga förbättringar.

Om teamet dessutom består av flera yrkesgrupper tillkommer behov av interprofessionell teamkompetens, såsom kunskap och respekt för övriga professioners kompetens, att kunna använda respektive teammedlems unika roll i teamarbetet för att nå fram till patienten och kunna erbjuda bästa möjliga vård. Det är viktigt att veta vad man talar om och när man ska tala om det.

FORMER FÖR LÄRANDE

Redan under utbildningen ska studentens lärande utvecklas mot att kunna samverka med andra yrkesgrupper för att skapa en bättre hälso- och sjukvård. Samverkan i team förutsätter därför utbildningar som integrerar interprofessionella moment i utbildningsplaner mellan olika utbildningsprogram.

Inom ramen för utbildningen bör studenter bland annat träna i att kritiskt granska, förstå och tillämpa olika former av teamarbete. Det innebär bland annat att studenter från olika utbildningsprogram bör ges möjlighet att träna samverkan i team vid såväl kliniska träningscenter som vid kliniska undervisningsavdelningar och i verksamhetsförlagd utbildning i samverkan med hälso- och sjukvården. Interprofessionella moment bör introduceras på ett tidigt stadium och återkomma kontinuerligt i senare delar av utbildningarna för att uppnå progression.

Utbildningsmoment kring samverkan i team examineras sannolikt bäst i seminarieform.

Exempel på lärande i klinisk verksamhet

Teammedlemmar har i olika studier beskrivit hur de lär sig av varandra och hur de i sin tur delar med sig av sin egen kunskap. Den sortens mönster kan också kallas för kunskapssynergi. Det innebär bland annat att olika professioner bred-

”Interprofessionell utbildning innebär ”de tillfällen när två eller flera yrkesgrupper lär med, av och om varandra för att förbättra samarbetet och kvaliteten i vården.”

Centre for the Advancement of Inter-professional Education, 2002

dar sitt kunskapsområde, att de lär av varandra och utvecklar en helhetssyn genom att ”två kan se mer än en”. Teamets medlemmar utvecklar på så sätt en kollektiv kunskapsbas och en identitetskänsla som utgår från tillhörigheten till teamet.

Precis som för lärande i allmänhet är det värdefullt att lärande om samverkan i team vävs ihop med praktisk träning i den kliniska vardagen. Här beskriver vi några exempel på olika arenor som bidrar till lärande om team-samverkan för både studenter och yrkesverksamma och ger exempel på lärandemål.

Kliniska träningscenter (KTC). Vid kliniska träningscenter, som också benämns medicinska simuleringscenter, kan studenter såväl som yrkesverksamma inom alla professioner öva samarbete och kommunikation i team innan de möter verkliga patienter. Många vårdenheter förlägger regelbundet obligatorisk teamträning för samtliga medarbetare till KTC. Träningen bygger på avancerad medicinsk simulering och ger verktyg och handlingsberedskap som ökar patientsäkerheten och minskar risken för felbehandlingar.

Exempel på teamträning som kan förekomma är akut omhändertagande på vårdavdelning, kommunikation enligt SBAR, avancerad hjärtlungräddning och praktisk träning av akuta obstetriska situationer.

Kliniska undervisningsavdelningar (KUA). Vid en klinisk undervisnings- eller utbildningsavdelning driver studenter i senare delen av sin utbildning en vanlig vårdavdelning med verkliga patienter. På avdelningen samarbetar studenter från olika program i team för att tillgodose patientens grundläggande behov. Studentteamet har också ett gemensamt och övergripande ansvar för patientens vård och behandling med stöd av erfarna yrkesspecifika handledare.

Tonvikten ligger på att träna den egna yrkesrollen genom att samverka. På KUA ska studenten reflektera, förstå och lära om andra yrkesgruppers uppgifter och lära sig att utnyttja styrkan i det interprofessionella arbetslaget.

Verksamhetsförlagd utbildning. Studenter från olika program inom vård kan träna tillsammans inom ramen för sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) på samma enhet eller vårdområde. De kan erhålla gemensam introduktion med utgångspunkt i vårdförloppet i några typiska case med olika professioners insatser. De kan ansvara för ankomstsamtal, vårdplanering, behandling och uppföljning av enskilda patienter på så kallade ”studentsalar” och gemensamt diskutera aktuella case, etiska dilemman samt presentera fältuppgifter för varandra.

Föredömliga vård- och lärandeenheter. En föredömlig vård- och lärandeenhet är en klinisk vårdverksamhet som tillhandhåller en personcentrerad vård med ständigt förbättrade patientresultat, kontinuerlig professionell utveckling och en förbättrad prestationsförmåga hos vårdssystemet.

Studenterna som får en del av sin utbildning förlagd hit bemöts som framtida medarbetare och ingår i avdelningens interprofessionella team. Den engelska benämningen är ”exemplary care and learning sites”, det vill säga personalen fungerar som levande förebilder för de studenter som utbildas där.

Till skillnad från de kliniska träningscenter och undervisningsavdelningar som beskrivs ovan, handlar det här om vårdavdelningar, vårdcentraler och så vidare, där studenter har en ”ordinarie” verksamhetsförlagd utbildning. Det speciella med verksamheten är en gemensam värdegrund, där man på ett mycket medvetet sätt integrerar ständiga förbättringar av vården med kontinuerlig utveckling av såväl studenter som medarbetare.



Läs mer om

Interprofessionell utbildning i WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneve: WHO.

Lärande i team i Kvarnström, S. (2011). *Collaboration in health and social care. Service user participation and teamwork in interprofessional clinical microsystems*. Högskolan i Jönköping.

Föredömliga vård- och lärandeenheter i Headrick, L., m.fl (2011). Exemplary care and learning sites: Linking the continual improvement of learning and the continual improvement of care. *Academic Medicine*, 86(11), e6-e7.

Teambildning

Lärande kan också ske genom det som kallas teambildning. Här inryms olika former av debriefing/reflektionsgrupper, gruppdynamiska samarbetsövningar och självvärderingar.



Samverkan i team kan också förfinas genom mer specifika utvecklingsdagar och utbildningar. De leds ofta av en utomstående konsult. Målet är att förbättra teamets funktion, gruppdynamik och mellanmänniska relationer.

Gruppdynamik i team påverkas av de krav som ställs av teamets omgivning och kan beskrivas som den ständigt skiftande polariseringen mellan olika ståndpunkter, attityder, funktioner och roller i en grupp. Medlemmar i en mogen grupp har förmågan att inta och skifta mellan olika rolltyper beroende på situationen, till exempel mellan att vara uppgiftsorienterad, lojal, omhändertagande eller oppositionell.

Team i hälso- och sjukvård har sällan några längre startsträckor. Istället förväntas teamet prestera på topp från dag ett vilket gör att teamet behöver utveckla normer för konstruktiva kontroverser där medlemmarna delar med sig av sin kunskap.

Läs mer om

Gruppdynamik i Sjøvold, E. (2008). *Teamet. Utveckling, effektivitet och förändring i grupper*. Malmö: Liber.

Teamfaser i Drinka, T., & Clark, P. (2000). *Health care teamwork, interdisciplinary practice and teaching*. Auburn House. Westport, CT.

FÖRVÄNTADE LÄRANDERESULTAT

Ovan har beskrivits olika arenor som bidrar till lärande om samverkan i team. Vi ger här några exempel på generella lärandemål, som i sin tur kan anpassas till de olika arenorna.

Exempel på grundläggande lärandemål:

- ❖ kunna förstå grunderna i gruppdynamik,
- ❖ kunna ge feedback till andra i team och förbättringsarbete, använda konkreta arbetssätt och strategier för lösa arbetsuppgifter i team-samverkan,
- ❖ utveckla förmågan till kommunikation,
- ❖ fördjupad kunskap om framtida medarbetares kompetensområden,
- ❖ organisera medicinskt arbete, omvårdnad och rehabilitering för att tillgodose patientens behov ur ett helhetsperspektiv,

- ❖ särskilja olika professioners kunskaps- och färdighetsområden och motivera betydelsen av att ha denna kunskap,
- ❖ förstå vikten av att ha kunskap om gemensam värdegrund och övergripande mål för verksamheten,
- ❖ optimera teamets resurser för att nå bästa resultat,
- ❖ mäta och följa upp för att utveckla arbetet.

TIPS TILL DIG SOM VILL UTVECKLA TEAMARBETET

Det är viktigt att skapa en förtroendegivande och därmed trygg atmosfär inom verksamheten och i teamarbetet för att möjliggöra en flexibilitet och acceptans för varandras kompetens. Trygghet är också en förutsättning för modet att pröva nytt, allt i syfte att erbjuda patienten det allra bästa för att nå sina mål.

Tänk också på detta:

- ❖ För en kultur för ständiga förbättringar och team behövs personlig utveckling och mod att erkänna misstag.
- ❖ Att ha roligt underlättar lärande i teamarbete.
- ❖ Det måste få ta tid att utveckla ett välfungerande teamarbete.
- ❖ Videofilmade rollspel som sedan tillsammans kan analyseras kan vara en hjälp på vägen.
- ❖ Aktiviteter och övningar som tränar medarbetarna att först lyssna istället för att direkt komma med förslag och lösningar, är en viktig del i teammedlemmarnas utveckling.
- ❖ Skapa en kultur och förväntan i verksamheten, samt utveckla förutsättningarna för att all personal aktivt ska medverka i det kontinuerliga förbättringsarbetet.

Epilog

Och hur gick det för Lukas?

I den långsiktiga uppföljningen av Lukas kan vi följa ett aktivt liv med successivt ökad självständighet och självförtroende. Med rätt stöd och information av olika teammedlemmar, i olika stadier av rehabiliteringen och under lång tid har Lukas skaffat sig en utbildning, stimulerande deltidsarbete och bildat familj med tre barn. Efter många år dyker det plötsligt upp nya möjligheter tack vare ett nytt hjälpmedel som gör det möjligt för Lukas att göra det som dittills varit omöjligt. Lukas berättar hur han sa till sin grabb efter att för första gången ha kunnat rulla med rullstolen längs sandstranden: ”Det här gjorde pappa lycklig” och grabben svarar ”Det gjorde mig också lycklig, pappa!”



Arbeta med Förbättring

Ny kunskap och nya förutsättningar i samhället förändrar ständigt de behov som vården ska möta. Hur ser vi till att nya forskningsrön omsätts i kliniskt arbete och inte bara blir ett samtalsämne till kaffet? Hur bemöter vi personer med demens för att undvika förvirring och oro? Hur tar vi hand om våldtagna kvinnor på ett bättre sätt?

Det handlar om förbättringskunskap i stort och smått med målet att patienter ska få ta del av den bästa vården vi kan erbjuda i en situation. Men förändring kan bli ett tungt arbete, om man inte lär sig vilka mekanismer som påverkar varför förbättringsarbete lyckas eller misslyckas, oavsett om det gäller hinder i organisationen eller inom individen.

Konkret handlar det om att veta mer om hur hälso- och sjukvårdens system fungerar, hur förändringsprocesser går till, vad förändringspsykologi säger om människors deltagande i förändringsarbete och även förmågan att kunna driva ett lärandestyrt förändringsarbete.

Det finns många namn och modeller eller koncept för hur detta ska gå till, exempelvis QUL, Sex Sigma, Flödesarbete och Lean. Här kommer vi att beskriva mer grundläggande mekanismer för den som vill åstadkomma förbättringar.

ETT LYCKAT FALL

Anna är 87 år och ensamboende i egen lägenhet med hemtjänst. En morgon när Anna är på väg in i badrummet snubblar hon på hallmattan och faller. Det knakar till i höften och gör fruktansvärt ont. Anna har brutit höftleden. Trots smärtan klarar Anna att larma hemtjänsten som snabbt är på plats och ringer efter ambulans. Ambulansen ingår i det så kallade fast track-konceptet och är bemannad med en specialistutbildad sjuksköterska. Direkt när ambulanssta-

“Alla som arbetar och kommer att arbeta i hälso- och sjukvården har två jobb: att göra det ordinarie arbetet och jobbet att utveckla detta arbete och system man arbetar i.”

Paul B Batalden

met kommer till Annas lägenhet hälsar personalen på Anna, utför identitetskontroll och berättar vad som kommer att hända.

Lena, som är ambulanssjuksköterska, ger smärtstillande intravenöst innan Anna överflyttas till ambulansbåren. Hon fyller senare på med ytterligare morfin för fortsatt smärtlindring. I ambulansen tar Lena preoperativa blodprover samt EKG. För tryckavlastning och stabilisering läggs benet i fixationskudde (Lasse-kudde®). Blöta kläder som innebär risk för trycksår och kläder som hindrar röntgenundersökning ersätts av patientskjorta.

En specialutformad väska innehållande utrustning för ovanstående åtgärder har utformats och finns i ambulansen. Lena skriver röntgenremiss och under ambulanstransporten kontaktar hon röntgenavdelningen. När de kommer fram till akutmottagningen registreras Anna. Lena lämnar kort rapport till Johan som är ansvarig sjuksköterska på mottagningen och blodprover avlämnas för direkttransport till laboratoriet. Proverna analyseras under tiden Anna röntgenundersöks så att man utnyttjar tiden med två parallella processer.

Det är Lena och hennes kollega i ambulansen som kör Anna direkt till röntgen, lyfter över henne till röntgenbordet där röntgen bäcken-höftled utförs omgående. Röntgen verifierar att Anna har fått en fraktur på lårbenet.

Efter att röntgen är klar körs Anna tillbaka till akutmottagningen där Ahmed som är jourhavande ortoped operationsanmäler Anna och skriver journal. Ahmed har då tillgång till både röntgenresultatet samt färdiganalyserade prover. Anna har varit fullt informerad om vad som händer och dessutom helt smärtlindrad under hela processen.

Handläggningstiden på akutmottagningen är två timmar kortare och väntetiden till operation är tre timmar kortare än gängse praxis. Inga avvikelser i form av trycksår eller konfusion uppstår under vårdtiden. Anna är lugn och trygg trots situationen och upplever att hon är under professionell vård och där personalen visar stor respekt för hennes delaktighet.

MYCKET HAR HÄNT

Det finns många förbättringar som skulle kunna göras när det gäller vårdens utförande och kvalitet, patientens välbefinnande och personalens arbetstillfredsställelse. Särskilt stor risk löper de patienter som befinner sig i vårdens övergångar internt och externt och är allmänt sköra som i exemplet ovan och som kommer till akuten med ambulans, kvinnor i högre andel än män.

Många av dessa patienter skrivs in på sjukhusets vårdavdelningar efter att först ha väntat många timmar på akuten, oavsett diagnos. Det är väl känt att hög ålder i sig är en specifik riskfaktor och med flaskhalsar som innebär långa väntetider i vården ökar risken för avvikelser i form av trycksår, konfusion, intorkning och fall. Ett snabbt omhändertagande av äldre patienter tidigt i vårdkedjan kan vara av avgörande betydelse för att förebygga dessa onödiga kompli-

kationer, som kan vara livshotande eller leda till avsevärt sänkt livskvalitet och ökade vårdkostnader.

Den prehospitala ambulansverksamheten är ett bra exempel på hur verksamheter kan förbättras, precis som i fallet som beskrivs här ovan. Man har genomgått en enorm utveckling från att vara en ren transportverksamhet in till sjukhuset till att idag utgöra en av de viktigaste delarna i vårdkedjan.

Sedan mitten på 2000-talet har många ambulanser bemannats med sjuksköterskor med en avsevärd kompetenshöjning som följd. Genom att ytterligare öka kompetensen och låta en specialistutbildad ambulanssjuksköterska bedöma patientens status med hjälp av ett så kallat triageringsverktyg erhålls medicinskt underlag för att ta beslut om eventuell styrning direkt till strokeenhet, röntgen eller geriatrisk enhet. Detta minskar risken för oönskade händelser och ökar chansen att säker och kostnadseffektiv vård kan etableras.

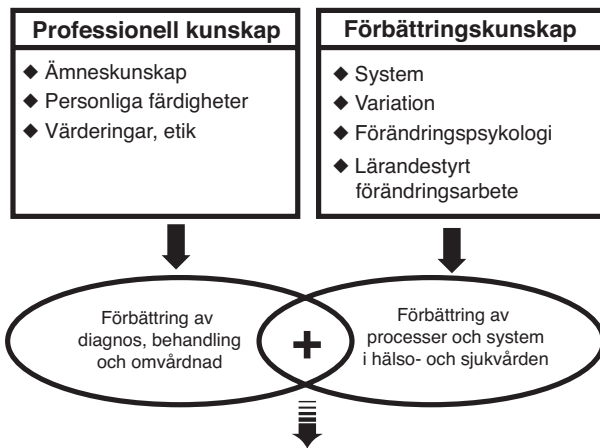
Förutsättningarna för ett framgångsrikt förbättringsarbete är:

Användning av forskningsbaserad kunskap, både när det gäller bevisat effektiva behandlingsmetoder och forskning om just förbättringsarbete,

Kontinuerlig utvärdering av de nyinförda insatser som förändringsarbetet medfört samt mätning av dess effekter.

KONSTEN ATT ÅSTADKOMMA FÖRBÄTTRING

En faktor som ofta diskuteras är hur själva implementeringen av nya rön och förbättringar ska gå till. Hur omsätts ny kunskap till praktiken och hur förs nya riktlinjer in i verksamheten? Det är inget enkelt arbete och för att lyckas behövs både professionell kunskap och förbättringskunskap.



Ökat värde för dem som vården finns till för

Källa: Batalden & Stoltz, 1993

Professionell kunskap

Professionell kunskap är den kunskap som vårdaren lär sig i utbildningen och sedan praktiserar och vidareutvecklar i sitt dagliga arbete. Den kan sägas bestå av ämneskunskap inom aktuellt kunskapsområde, personliga färdigheter att utföra vård samt de värderingar och etiska ställningstagande som ligger till grund för vårdens utförande.

Här sker en ständig utveckling och forskning inom såväl diagnostik och behandling som omvårdnad och rehabilitering. Vårdens kvalitet bedöms både utifrån behov och förväntningar och i vilken grad resultat av vården uppnådde målet för vården.

Vården bör vila på evidensbaserad kunskap som tillämpas i den kliniska vardagen på ett sådant sätt att det kommer vårdtagaren tillgodo. Det kräver en kontinuerlig uppföljning av insatta åtgärder för att följa effekter, variationer och eventuella avvikelser för att kunna korrigera och förbättra dessa i god tid.

Förbättringskunskap

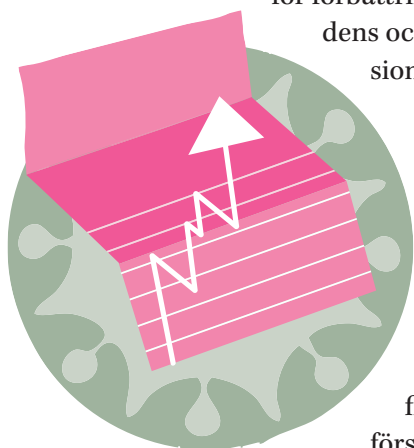
Den professionella kunskapen räcker inte för att åstadkomma förändringar och förbättringar i verksamheten. Det gäller inte bara sjukvården, utan alla stora organisationer där både ledning och medarbetare ska delta i ett förändringsarbete. Man måste också ha kunskap om hur man genomför förändringar som blir bestående och som leder till de mål man satte upp, ett område som det nu börjar komma alltmer forskning om. Forskningen visar bland annat att ett förbättringsarbete kan bli framgångsrikt om såväl patienter och personal som organisation är ense om nyttan med förbättringen och att de metoder som används är ändamålsenliga.

Åtta kunskapsdomäner

Förbättringskunskap kan beskrivas som åtta kunskapsdomäner eller strategier för förbättring. De har sin utgångspunkt i professorerna Paul Bataldens och Mark Splaines Dartmouths och andra forskares diskussioner i USA.

Batalden och Splaine lyfte tidigt upp de åtta områdena som särskilt betydelsefulla för vårdutveckling. Exempelvis pekade de på vikten av att vårdens medarbetare både har kunskap om sin egen verksamhet och de som samverkar där, och förstår hur den egna enheten förhåller sig till och är beroende av omkringliggande vårdområden, deras specialiteter och andra professioner.

Likaså lyfte de fram hur viktigt det är att behärska flera olika typer av mätinstrument och att kunna tolka och förstå variationer i vården.



Ett annat kunskapsområde för att utveckla vården är kunskapen om dem vi är till för. Det kan både handla om grupper (diagnosgrupper) och individer såsom den enskilda patienten och dennes närstående, medarbetare eller studenter.

Ett systematiskt arbetssätt och färdigheter att kunna utforma ett förändringsprojekt och leda andra människor i att förbättra sin verksamhet, är en annan väsentlig domän för att lyckas. Det omfattar både förmågan att vara strategisk och lyhörd för andra människors perspektiv och färdigheter, och framförallt att kunna samarbeta. Det förutsätter även en förståelse och lyhördhet för vilket socialt och ekonomiskt sammanhang förändringsprojektet befinner sig i.

Utgångspunkten för allt förändringsarbete bör vara behovet av ny kunskap i det dagliga arbetet enligt Batalden och Splaine, det vill säga att sluta gapet mellan det vi vet och hur vi gör. Ett sådant förhållningssätt vilar på respekt och kunskap om den professionella kunskapen och förmågan att koppla denna till förbättringskunskap.

ETT EXEMPEL FRÅN BARNKLINIKEN

Medarbetarna på avdelningen samlas för en morgonavstämning. Nya medarbetare presenteras och roller klargörs för dagens arbete. Arbetsledaren lyfter sedan frågan om hur det senaste dygnet har varit och om arbetslaget identifierat några risker eller sett något som skulle kunna förbättras. En undersköterska berättar att det under natten har kommit in ett svårt magsjukt barn som fått vänta mycket länge på att få en pvk. Därmed fördröjdes viktig behandling med vätska, vilket snabbt kan leda till komplikationer hos ett litet barn. Flera i gruppen berättar om liknande händelser under de senaste veckorna.

I avvikelserapporteringssystemet finns två rapporter från den senaste månaden som gäller liknande fall. Flera andra fall som berör glapp i information och uppföljning då patienter skrivs in från akuten till vård på avdelning finns rapporterade. Arbetslaget diskuterar tillsammans möjliga orsaker och kommer överens om att lyfta frågan till förbättringsgruppen eftersom frågan berör arbetssätten både på akuten och på avdelningen.

Förbättringsgruppen ses någon dag senare. Den består av läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor samt en avdelningssekreterare. Gruppen leds av en kvalitetsutvecklare. De börjar med att gå igenom fallet och kartlägger sedan vilka steg patienten gick igenom när hon kom in till akuten och sedan skrevs in på avdelningen. De diskuterar vad som bidrog till att avvikelserna skedde, som hög arbetsbelastning, ofullständig rapport från akuten till avdelningen och att det ibland blir en dålig återkoppling till jourläkaren på akuten om det som planerats för patienten inte blir gjort i tid.

Förbättringsgruppen identifierar viktiga steg i handläggningen samt när

och hur viktig information om patienten förs över. Under en vecka observerar gruppen handläggningen av patienter som skrivs in från akuten för att samla mer information. De ser att den bild de haft stämmer i stort men får även flera nya tips från sina kollegor på saker som hakar upp sig när en patient skrivs in på avdelningen.

De skapar en checklista för överföring av patient från akuten till avdelning. Den ska följa med patienten och en standardiserad rapportstruktur skapas för att viktig information om patienten ska föras över på samma sätt varje gång. Dessa arbetssätt förankras hos chefer och arbetsledare. Veckan därpå testas de nya arbetssätten i liten skala.

Förbättringsgruppen får en hel del tips på hur rapportmallen och checklistan kan användas på bästa sätt. Någon föreslår att föräldrarna kan göras delaktiga i att dubbelkolla de olika stegen som ska göras och att en avstämning med dem ska ske då barnet ska flyttas upp till avdelningen. Veckan efter visas de nya arbetssätten upp på en arbetsplatsträff samt på flera möten för olika professioner. De införs sedan på akuten som nya arbetssätt. Varje månad följs handläggningen av ett antal patienter för att se om det är bra följsamhet till de nya arbetssätten, hur de påverkat ledtiderna på akuten, avvikelser och så vidare. Genom att fråga i den regelbundna patientenkäten får man även en bild av hur föräldrarna uppfattar förändringen. Förbättringar kan ses över tid i de diagram som presenteras på förbättringstavlan.

FÄRDIGHETER FÖR ATT ARBETA MED FÖRBÄTTRINGAR

Att arbeta inom vården innebär både ett ansvar för att den vård man bedriver är av hög kvalitet och säker för patienten men också ett ansvar för att utveckla och förbättra det man gör. När teamet runt och med patienten och anhöriga kontinuerligt initierar, medverkar i och leder kvalitetsutvecklingen av vården innebär det att man samtidigt tar ett stort ansvar för vårdens innehåll.

”Alla förändringar innebär inte förbättringar, men alla förbättringar innebär förändringar”

Paul B Batalden

Ett kritiskt förhållningssätt där vårdpersonal och patienter vågar ifrågasätta traditionella metoder och arbetssätt och också föreslå utveckling och förbättring av den organisation och de system man verkar eller vårdas i är grundläggande förutsättningar för att utveckling ska ske.

Medarbetare i vården som vill arbeta med förändring behöver kunskaper om såväl teoretiska modeller för hur vården som organisation är uppbyggd och även ett antal färdigheter för att kunna arbeta med förändringar.

Aristoteles gör en skillnad mellan tre kunskapsformer, som han kallar för episteme, techne och fronesis. De fungerar bra även när man vill beskriva förbättringskunskap.

Teoretisk kunskap för att förstå

Episteme är den kunskap som ryms i en teoretisk beskrivning av världen. Det är denna form av kunskapsideal som den moderna vetenskapen vilar på. Vård och omsorg vilar på evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap. Båda kunskapsgrunderna är färskvara och utvecklas ständigt. Inom modern och högkvalitativ vård och omsorg omprövas rutiner och strategier ständigt baserat på bästa tänkbara kunskap och erfarenhet.

Kvalitetsutveckling av vården omfattar alltså både att medarbetarna håller sig à jour med forskningsresultat och nya specifika utprovade metoder och tillvägagångssätt att bedriva vård, samt att de har kompetens och färdighet att införa dessa och utrangera gamla. Vården bedrivs i system, med strukturer och ibland hierarkier, som man måste ha förståelse för och kunskap om för att kunna förändra.

Inom vårdens system råder olika former av variation beroende på olikheter mellan patienter, personal och arbetssätt och även beroende på rena fel och missar i den dagliga vården. Oavsett den bakomliggande orsaken till variation är det angeläget att vi är medvetna om att den finns och vilka bakomliggande faktorer till variationen som vi kan påverka.



Praktiska verktyg för förbättring

Techne är den färdighet som krävs när vi utövar ett hantverk eller yrke, när vi skapar något med materiella eller symboliska verktyg. Det är ett instrumentellt kunskapsbegrepp som bildar en grund för hela den moderna teknologin och hur våra organisationer leds och utvecklas. Inom förbättringskunskapen finns en rad metoder och strukturerade arbetssätt för att driva förbättringsarbete.

Den så kallade PDSA-cykeln (Plan, Do, Study, Act) är till exempel en systematisk problemlösningsmetod bestående av fyra faser för att planera, göra, studera och lära i förbättringsarbete. Metoden kallas ibland också för Förbättringshjulet och har bland annat använts av Deming (1986). Den togs fram av Walter E Shewhart redan 1939. När ett förbättringsområde har identifierats och preciserats och det finns lämpliga mått för mätningar kan förändringar göras i liten skala och analyseras innan ytterligare förändringar görs. Lärdomar från pilotgenomförandet samlas in och modifieringar i tillvägagångssättet görs innan nya förändringar vidtas.

Detta sker i ett fortlöpande arbete för att ständigt analysera, utveckla och förbättra verksamheten. Förändringsarbetet blir härigenom lärandestyrt genom att förändringarna prövas i små steg där nästa steg föregås av reflektion kring lärda erfarenheter. Arbetet kräver vilja, energi och uthållighet både i själva genomförandet men också på sikt för att vidmakthålla förbättringen.

Klokhhet

Fronesis är en kunskap av ett helt annat slag. Ordet brukar översättas med "handlingsklokhhet", praktisk visdom eller i engelsk litteratur "praxis" och rör förmågan att enskilt eller tillsammans med andra fatta goda och kloka beslut i konkreta situationer. Utgångspunkten är att det skall vara faktabaserade beslut tagna med stor respekt och lyhördhet för patientens situation vilket förutsätter reflexion och diskussion, att man väger alternativ och skäl mot varandra.

Denna typ av lärande är grundläggande för såväl teamutveckling som förbättringsarbete, utveckling och implementering av arbetssätt och system i vården. Erfarna medlemmar i gruppen kan föra över kunskap om hur de arbetar i en vårdssituation och varför de valt just ett visst sätt att lösa situationen. Ibland kan ett sådant lärande bli utgångspunkten för att skapa en helt ny vårdkedja för patienten.

Att driva förändringsarbete kan vara oerhört stimulerande men även hotfullt för en del, eftersom den eftersträvade förändringen också innebär förändrade rutiner, arbetssätt och ibland kolleger, vilket för en del kan upplevas som mycket negativt.

För att hantera detta krävs både kunskap och färdigheter i förändringspsykologi och lärandestyrt förändringsarbete. De kvalitetsverktyg som förbättringskunskapen har syftar till att fördjupa förståelsen för det system vi arbetar i genom att erbjuda sätt att kartlägga hur vi arbetar, orsaker till oönskade utfall och följa upp om det sätt vi arbetar på idag leder till god vård för patienten. Varje förändring behöver följas upp för att säkerställa att den verkligen lett till förbättringar.

I fallbeskrivningen från akuten beskrivs just sådana forum, ett avstämningsmöte och ett möte för en förbättringsgrupp. Genom att samla ett team som jobbat kring patienten och låta dem reflektera och lära tillsammans kan teamet förbättra sin förståelse för vad som hänt och lära tillsammans. Genom att förbättringsgruppen observerar och diskuterar med sina arbetskamrater om hur de arbetar får de information om hur den tänkta förändringen upplevs.

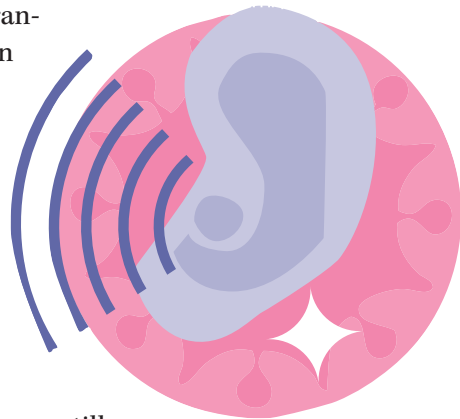
"We can now see the full quality of praxis. It is not simply action based on reflection. It is action which embodies certain qualities. These include a commitment to human well being and the search for truth, and respect for others. It is the action of people who are free, who are able to act for themselves. Moreover, praxis is always risky. It requires that a person 'makes a wise and prudent practical judgement about how to act in this situation."

Carr & Kemmis, 1986

ATT LEDA FÖR FÖRBÄTTRING

En avgörande faktor för ett lyckat förbättringsarbete är en kultur som underlättar genomförandet av förbättringsarbetet genom positiva, uppmuntrande och stödjande ledare.

Brist på stöd vid förbättringsarbete hindrar genomförandet och kan vara relaterat till bristande samarbete mellan olika professioner i vården, i den egna verksamheten eller administrativa hinder i form av stereotypa strukturer. Det kan också hänga ihop med en organisering av vården som inte tillåter förändringar eller otillräckligt mandat att förändra rutiner och arbetssätt i vardagen. Ledare för vården kan stötta förändringar genom att verka för att hinder som dessa undanröjs.



Fokus på patientens väg genom vården

Övergripande för att kvalitetsutveckling av vården ska komma till stånd är ett gemensamt synsätt att förändringen sker för och tillsammans med patienten. Personcentrerad vård innebär ett starkt fokus på patienten istället för på sjukdomen, vårdpersonalen eller på hälso- och sjukvårdsorganisationen.

För att hälso- och sjukvården ska klara sitt uppdrag måste planering och utförande av vård byggas upp så att den tar hänsyn till de behov och önskemål som enskilda patienter och närstående har.

Detta förutsätter att patienten själv, i möjligaste mån, är delaktig. Vidare krävs att patienten är motiverad att följa överenskommen ordination, vård och behandling och att patienten vidtar nödvändiga förändringar av sitt beteende. Om patienter aktivt bjuds in till att skapa och ta ansvar för sin egen vård kan detta på sikt leda till en mer ändamålsenlig, kostnadseffektiv och jämlik vård.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård utgår från patientens berättelse, delaktighet i form av en överenskommelse mellan patient och vårdare, teamsamarbete och dokumentation av patientens berättelse samt den överenskomna planen för vården.

Ekman m fl, *Person-Centred Care – Ready for Prime Time*.

Utbilda medarbetare och chefer så att de kan delta i och stötta förbättringsarbete

Förbättringsarbete utgår från medarbetare som har förmågan att kritiskt granska, utvärdera och utveckla verksamheten. Arbetet utgår också från en verksamhetsledning som är lyhörd för behovet av förbättringar och som stimulerar

och inbjuder till diskussion kring förbättringar samt stödjer och ger resurser för genomförande och implementering.

Skapa forum för daglig reflektion och lärande

I fallbeskrivningarna ovan utgår förbättringarna som görs från att medarbetarnas erfarenhet om arbetsorganisationen och dess styrkor och brister tas till vara. För att detta ska kunna ske behöver arbetsdagen även rymma tid för korta avstämningar där arbetslaget eller teamet har möjlighet att reflektera över vad som hänt, vad som gått bra och vad som kan förbättras. Idag finns den här typen av möten på många arbetsplatser i vården och i andra verksamheter. Viktigt är också att det finns en inbyggd struktur för att ta vara på de erfarenheter som görs från sådana möten. Avstämningsmöten som det som lyfts i fallet är bra lärtillfällen för nya medarbetare och studenter.

Avsätt tid och resurser för ständiga förbättringar

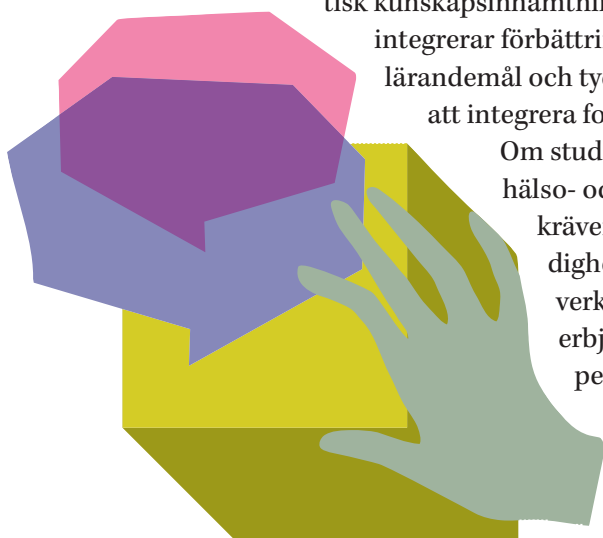
Ett villkor för ett framgångsrikt förbättringsarbete inom vård och omsorg eller under utbildningen är att det avsätts resurser i form av tid för reflektion på avstämnings- och förbättringsmöten på arbetsplatsen. Det är också nödvändigt att det finns personer i organisationen som har tid avsatt för att stödja förbättringsarbetet med metodkunskap. Framgångsrikt förbättringsarbete utgår ifrån förståelse och engagemang i organisationen. Att ge inspiration och skapa bättre kunskap om hur konkreta resultat kan åstadkommas genom att ta faktabaserade beslut är också viktigt.

FORMER FÖR LÄRANDE

Lärande inom förbättringskunskap sker både genom praktiserande och teoretisk kunskapsinhämtning. Detta förutsätter en utbildning som integrerar förbättringskunskap i utbildningsplaner och lärandemål och tydliggör innebörden och betydelsen av att integrera forskningsresultat i vården.

Om studenterna ska få förståelse och intresse för hälso- och sjukvårdens organisation och system kräver det att studenterna tränar sina färdigheter i kritisk granskning av den kliniska verksamheten. Det är också viktigt att de erbjuds möjlighet att tillämpa sina kunskaper om förbättringsarbete och att utveckla strategier för en evidensbaserad hälso- och sjukvård.

Interprofessionellt lärande kan tränas på utbildningsavdelningar



genom interprofessionellt samarbete. Även på kliniska träningscentra samarbetar man, men mer utifrån olika färdighetsbehov hos blivande vårdare i olika kategorier. Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) rymmer stora möjligheter till interprofessionell samverkan bland annat genom olika case-diskussioner.

I många länder har nivåanpassande lärandemål och pedagogiker skapats för att studenter och medarbetare i vidareutbildning ska kunna lära sig mer om förbättringskunskap och skaffa sig erfarenhet av hur man driver förändringar. För alla finns möjligheten att göra ett personligt förbättringsprojekt. I ett sådant tillämpar man metoder för förändringar på en del av sitt eget liv som man vill förbättra. Det kan handla om att gå ned i vikt, skapa bättre tid för inläsning, få mindre disk i diskhon och så vidare. Det ger personlig erfarenhet av förbättringsarbetets olika moment och också en förståelse för vad det kan innebära att ändra ett beteende.

För personer eller grupper som har sitt lärande förlagt i vården kan man skapa förbättringsprojekt om upplevda risker för patienter eller om hur den klinik man jobbar på tillämpar senaste evidens kring vissa patientgrupper och hur detta speglas i till exempel uppföljningar av patientutfall i kvalitetsregister. Studenterna eller medarbetarna får då kartlägga hur man arbetar, vilka utfall det får och föreslå förändringar.

För studenter och medarbetare som arbetar eller är placerade en längre period på en arbetsplats finns möjligheten att delta i verkliga förbättringsarbeten som en del av förbättringsteamet.

FÖRVÄNTADE LÄRANDERESULTAT

Det bedrivs idag utbildning inom förbättringskunskap på många olika nivåer och med olika målsättning. Utbildningarna kan både vara generella, för alla i vården, eller specifika, nischade mot en speciell yrkesgrupp eller befattning. Oavsett vilken sorts kunskap det gäller är förbättringskunskap ett viktigt område som bör diskuteras inom ramen för utbildningen. Exempelvis är det angeläget att diskutera vilka samhällliga och professionella värderingar som kan tänkas påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården, ledarskapets betydelse för verksamhetsutveckling och olika process- och systemmodeller som kan förekomma.

Genus- och kulturperspektiv på förändringsarbete, interprofessionellt samarbete och samverkan samt evidensbegreppet och dess betydelse för utveckling av vården är andra viktiga områden som en utbildning i förbättringskunskap bör överväga att ta med. Slutligen behöver studenterna och andra kursdeltagare både kunskap och träning i olika mättekniker, uppföljningssystem och kvalitets-säkringsmodeller liksom förmåga att analysera och implementera genomfört förbättringsarbete.

Exempel på grundläggande lärandemål

Den ökade praktiska kompetensen (se techne ovan) syftar till att studenterna ska kunna:

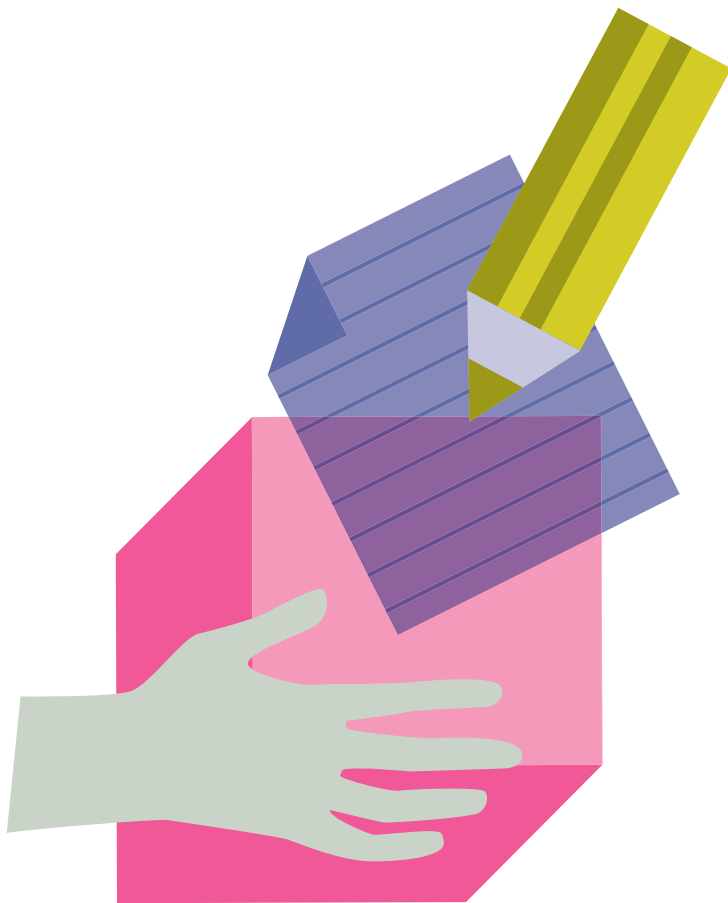
- ❖ analysera systematiskt förbättringsarbete, kvalitetsutveckling, kvalitetssäkring och teamarbete,
- ❖ visa en fördjupad förmåga att föreslå evidensbaserade strategier för utveckling av vård och omsorg,
- ❖ kritiskt granska den kliniska verksamheten och den professionella utvecklingen och tillämpa kunskap om förbättringsarbete,
- ❖ planera, genomföra och analysera och redovisa evidensbaserade förbättringar av vården och omsorgen.

Kunskapsfördjupning inom förbättringskunskap vill också bidra till att studenternas värderings- och reflektiva förmåga stärks (se fronesis ovan) så att de kan:

- ❖ reflektera över systematiskt förbättringsarbete och kvalitetssäkring inom ramen för professionell yrkesutövning,
- ❖ reflektera över professionella värderingar och förhållningssätt till kvalitetsutveckling och teamarbete inom vården.

TIPS TILL DIG SOM VILL UTVECKLA FÖRBÄTTRINGSARBETET

- ❖ Skapa samarbeten mellan lärosäten och utvecklingsavdelningar i vården för att kunna skapa verksamhetsförlagda lärtillfällen för studenter.
- ❖ Involvera studenter i utvecklingsarbetet i vården.
- ❖ Börja där du är. Genom att låta lärare och studenter prova att göra personliga förbättringsprojekt kan en djupare förståelse fås för vad förändringsarbete innebär och vilka metoder och verktyg som kan stödja det.
- ❖ Låt studenterna följa en patients väg genom vården och intervjua dem om hur de ser på vad som kan förbättras.
- ❖ Involvera chefer som lärare på grundutbildningarna, på så sätt kan studenter tidigt träffa personer som valt att ägna karriären åt att leda och förändra vården som ett komplement till de förebilder som är forskare eller kliniskt verksamma.



Författarpresentationer

Micael Edblom är specialist i rehabiliteringsmedicin och dagligen kliniskt verksam i rollkompletterande teamarbete, både tillsammans med patienter och i rollen som verksamhetschef. Han är tidigare ordförande i Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin och drivande vad gäller införandet av CARF-ackreditering inom svensk rehabilitering. Han är engagerad som coach inom ”Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa, vård och omsorg”, vid Högskolan i Jönköping.

Susanne Kvarnström är filosofie doktor, leg. sjuksköterska och sociolog med mångårig erfarenhet inom organisationsutveckling, ledarskap och kompetensstyrning. Susannes kliniska bakgrund är inom neurokirurgi. Hennes forskning handlar om samarbete i vård och omsorg med fokus på teamarbete och brukardelaktighet. Susanne är knuten till Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare och arbetar vid Landstinget i Östergötland.

Kiku Pukk Härenstam, ST läkare i pediatrik vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, doktor i medicinsk vetenskap vid Medical Management Centrum, KI. Hon är instruktör vid Centrum för Avancerad Medicinsk Simulering Barn, utbildar i CRM. Har arbetat på Danderyds sjukhus samt på Astrid Lindgrens barnsjukhus med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Hon leder forskargruppen Plattform för patientsäkerhet.

Helle Wijk, leg. sjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap, docent och universitetslektor vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Har tidigare arbetat som verksamhetsutvecklare inom Geriatrik Sahlgrenska med stor vana att leda förbättringsprojekt i vården. Undervisar i förbättringskunskap på grund- och avancerad nivå. Ordförande för Kvalitetsrådet och ledamot i styrelsen för Svensk sjuksköterskeförening.

Projektledning

Birgitta Wedahl, leg. sjuksköterska, magister i vårdpedagogik, kanslichef
Svensk sjuksköterskeförening.

Stefan Lindgren, professor, överläkare, ordförande i Svenska Läkaresällskapets
Utbildningsdelegation, Svenska Läkaresällskapet.

Karin Thörne, barn och ungdomspsykiater, psykoterapeut, överläkare och dok-
torand i medicinsk pedagogik. SFMU, Svenska Läkaresällskapet.

Torie Palm Ernsäter, leg. sjuksköterska, magister i omvårdnad, sakkunnig inom
kvalitet och vårdutveckling, Svensk sjuksköterskeförening.

Deltagare i workshop

Paul de Roos, tillsammans med projektledningen ansvarig för upplägg och ge-
nomförande av workshop

Åsa Andersson

Ebba Berglund

Michel Bergström

Hanna Lundstedt

Carl Molander

Gunnar Ramstedt

Else-Maj Rosenlöf

Elisabeth Strandberg

Martin Wohlin

Karin Åkesson

samt redaktör, författare och projektledning

Referenser

Referenser för kapitlet Samverkan i team

Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (i manus). Samverkan i team. I: A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.) *Om-vårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialist-områden*. Lund: Studentlitteratur.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2002). <http://www.caipe.org.uk> (hämtad 2012-07-31)

Drinka, T., & Clark, P. (2000). *Health care teamwork, interdisciplinary practice and teaching*. Auburn House. Westport, CT.

Frenk F., Chen L., Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H. (2012) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*; 376: 1923–58.

Gilson L. (2003) Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine* 56, 1453–1468.

Headrick, L., Shalaby, M., Baum, K., Fitzsimmons, A., Hoffman, K., Höglund, P., Ogrinc, G. & Thörne, K. (2011). Exemplary care and learning sites: Linking the continual improvement of learning and the continual improvement of care. *Academic Medicine*, 86 (11), e 6–e 7.

Kvarnström, S. (2011). *Collaboration in health and social care. Service user participation and teamwork in interprofessional clinical mikrosystems*. Högskolan i Jönköping.

Kvarnström, S. (2007). *Interprofessionella team i vården. En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Linköpings universitet.

Kvarnström, S. & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 244–252.

Lundgren, C. & Molander, C. (2008). *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*. Stockholm: Liber.

Nelson, E., C., Batalden, P. B. & Godfrey, M. M. (Red.) (2007). *Quality by design. A clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey-Bass.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

Sjøvold, E. (2008). *Teamet. Utveckling, effektivitet och förändring i grupper*. Malmö: Liber.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Patientmedverkan*. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/patientmedverkan. (hämtad 2012-07-06)

WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO.

Referenser för kapitlet Förbättringsarbete

Batalden P., B. Stoltz P., K. (1993) A framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in daily work. Joint Commission. *Journal of Quality Improvement*. Oct. 19 (10):424-47; discussion 448-52.

Batalden P., Foster T. (Red.). (2012) *Sustainably Improving Health Care: Creatively linking care outcomes, system performance and professional development*. London: Radcliffe.

Bergman B., Klefsjö B. (2007) *Kvalitet från behov till användning*. 3., uppl. Lund: Studentlitteratur.

Carr W., Kemmis S. (1986) *Becoming critical: Education, Knowledge and Action Research*. Falmer Press: Lewes.

Edström A., Svensson C., Olsson J. (2005) *Att mäta för att veta*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. ISBN 91-7164-018-5.

Ekman I., Swedberg K., Taft C., Lindseth A., Norberg A., Brink E., Carlsson J., Dahlin-Ivanoff S., Johansson I., Kjellgren K.I., E., Lidén Öhlén J., Olsson L-E., Rosén H., Rydmark M., Sunnerhagen K., S. (2011) Person-centered care - Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10 (4) s. 248-251 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Kyrkjebo J. M., Hage I. (2005) What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse Education Today*. Apr; 25(3):167-175.

Kyrkjebo J. M., Hanestad B., R. (2003) Personal improvement project in nursing education: learning methods and tools for continuous quality improvement in nursing practice. *Journal of Advances Nursing*. Jan; 41(1):88-98.

Nordström G, Wilde Larsson B, (Red.) (2012) *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

Ogrinc G., Headrick L., A., Mutha S., Coleman M., T., O'Donnell J., Miles P. (2003) A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Academic medicine*. 78, (7), 1-9.

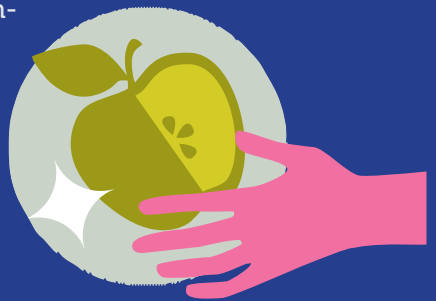
Striem J., Ovretveit J., Brommels M. (2003) Is health care a special challenge to quality management? Insights from the Danderyd Hospital care. *Quality Management in HealthCare*. Oct-Dec; 12(4):250-8.

Willman A., Stoltz P., Bahtsevani C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 3., (rev.) uppl. Lund: Studentlitteratur.

Samarbete i team och förbättringskunskap för ökad kvalitet är två viktiga kärnkompetenser för god och säker vård.

Här kan du läsa mer om vad dessa kärnkompetenser innebär i såväl vårdarbetet som i utbildningssammanhang, från teori till praktiskt tillämpning och förväntade läranderesultat.

Detta dokument är resultatet av ett unikt samverkansprojekt mellan Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, ett viktigt genombrott för tvärprofessionell samverkan i utvecklingsarbete.



Men det är inte bara läkare och sjuksköterskor som har ett nära samarbete i det dagliga vårdarbetet. Alla professioner som möter patienter inom vården måste samarbeta för att utveckla vården. Vi hoppas därför att den här skriften ska väcka ett intresse hos alla som medverkar i vården, såväl professionella som dem som är i behov av vård och i utbildningar, såväl lärare som studenter.