

Tretton önskvärda reportage

OM FÖRBÄTTRINGSARBETEN MED PATIENTEN I CENTRUM



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING



Tretton önskvärda reportage

Tretton önskvärda reportage

OM FÖRBÄTTRINGSARBETEN MED PATIENTEN I CENTRUM

© 2010 Norbottens läns landsting

Text: Kjell Öberg

Formgivning och illustration: Weinz at Work, Ulrika Weinz

Foto: Anders Alm

Tryck: Luleå Grafiska AB, Luleå 2010

ISBN 978-91-633-6311-5

Denna bok är tryckt på miljögodkänt papper

Innehåll

DET ÄR INTE METODEN
UTAN RESULTATET SOM RÄKNAS

8



VINNARE MED
FOKUS PÅ PATIENTERNA

14



GLESBYGD UTAN LÄKARBRIST

20



SKRÄDDARSYDD TEKNIK
HJÄLPER ATT MINNAS

29



I STÄNDIG JAKT PÅ BAKTERIER

35



VÅRD PÅ DISTANS BLIR
NÄRA OCH EFFEKTIV

41



HON HAR SJUKGYMNASTEN
HEMMA I DATORN

48



VÅRDSKADORNA SKA BORT

52



ÖRONKLINIKEN
HÅLLER BLICKEN HÖGT

57



STROKEVÅRD I
NATIONELL FRAMKANT

67



HUDNÄRA FÖRBÄTTRINGSARBETE

74



FLÖDESORIENTERAD DIAGNOSTIK

81



LEAN – HANDLAR
OM ATT JOBBA SMARTARE

86



Det är inte metoden utan resultatet som räknas

UNDER MÅNGA ÅR har landstinget i Norrbotten bedrivit ett omfattande och systematiskt förbättringsarbete för att utveckla vården och för att göra den tillgänglig och säker för invånarna i Norrbotten. Det är en långsiktig strategi för att nå landstingets övergripande mål, vilket innefattar bra resultat för patienterna, nyttja våra

gemensamma resurser på bästa sätt och ge förutsättningar för en bra arbetsmiljö.

Arbetet har bedrivits inom de flesta av våra verksamhetsområden. De goda resultaten inom flera verksamhetsområden och det systematiska angreppssättet har uppmärksammats också på nationell nivå och internationellt.





PÅ BÄTTRINGSVÄGEN

Vid årsskiftet 2007/2008 gav Norrbottens läns landsting ut boken På bättringsvägen. Den har lästs och används, inte bara av våra egna medarbetare utan också långt utanför länets gränser. Syftet med boken var att genom goda exempel utbilda och inspirera till fortsatt arbete och ge stöd till fler att komma igång.

Idag har förbättringsarbetet blivit en allt mer naturlig del av arbetet i vården. Angreppssättet har också spridit sig till landstingets andra verksamheter: kultur och utbildning samt regional utveckling. Genom arbetets fortskridande har också sambanden mellan våra olika verksamhetsområden blivit allt tydligare, vilket resulterat i andra positiva effekter.

SPRIDA KUNSKAP OM FÖRBÄTTRINGSARBETE

Dessa kunskaper vill vi sprida. Vi gör det också på många sätt och i flera kanaler. Vi använder vår webbplats och vårt intranät, vi gör filmer och ordnar utbildningar och seminarier. Vårt systematiska förbättringsarbete är också ett självklart inslag i vår ledarutbildning. Tretton önskvärda reporta-

ge är en viktig del i denna kunskapsspridning. Man ska se reportagen som ett axplock från alla de förbättringsarbeten som bedrivs av våra engagerade medarbetare.

När du nu har bok nummer två i din hand kan vi konstatera att under de senaste två åren har vårt resultatfokuserade sätt att arbeta spridit sig i organisationen. Vi kan redovisa många fler förbättringsarbeten som har nått mycket bra resultat. Det som från början var projekt har övergått till ett naturligt sätt att arbeta med fokus på ständiga förbättringar. Det är just så det ska vara.

STIPENDIUM

Sedan år 2007 delar landstingsfullmäktige i Norrbotten ut ett stipendium för bästa förbättringsarbete i vården. Första året gick stipendiet till ortopedin. Året efter var det reumatologins tur att uppmärksammas. I Tretton önskvärda reportage berättar vi om infektionskliniken vid Sunderby sjukhus, som är 2009 års stipendiat, och dess medarbetares arbete med att effektivt använda resurserna till patienternas bästa, med utgångspunkt i landstingets mål för vården.



Landstinget har som mål att ge god vård till alla medborgare. Vården ska vara tillgänglig, säker, faktabaserad, likvärdig, jämlikhet och effektiv. Perspektivet är hälsa med inriktning att skapa hälsa, både förebyggande och för den som är sjuk. Vi följer kriterierna för hälsofrämjande sjukvård.

E-HÄLSA PÅ FRAMMARSCH I NORRBOTTEN

E-hälsa är ett stort och viktigt område som är på stark frammarsch och kommer att betyda oerhört mycket för att kunna ge en säker och likvärdig vård för alla i Norrbotten. I grunden handlar tekniken om att öka säkerheten i vården samt att skapa hjälpmedel som underlättar för vård och rehabilitering för patienter och ger stöd för deras anhöriga. Därför är det viktigt att verksamhetsutveckling och e-hälsa går hand i hand.

För att ytterligare stärka det arbetet har Centrum för innovation och e-hälsa (EIC) etablerats vid Luleå Tekniska Universitet. Centret har kommit till genom ett samarbete mellan landstinget, universitetet och några av länets kommuner. Etableringen möjliggör en ökad satsning på forskning inom detta viktiga område. I Norrbotten har vi god grund att stå på inom e-hälsa, bland annat genom det arbete

som utvecklats inom föregångar till EIC, nämligen CDH, som också omnämns i denna bok.

TEKNIK SOM UNDERLÄTTAR

I ett samarbete mellan landstinget och CDH, Centrum för Distansöverbyggande Hälso- och sjukvård, vid universitet i Luleå utvecklas teknik som ska underlätta vardagen för patienter med Alzheimer och deras anhöriga. Detta sker i ett EU-projekt där landstinget också samarbetar med universitet i Belfast på Nordirland och i holländska Amsterdam.

I ett annat reportage får vi möta patienten som flera gånger i veckan, tack vare användaranpassad teknik, slipper åka de 16 milen enkel resa till Sunderby sjukhus för att få specialistträning med en sjukgymnast. Detta med hjälp av en teknik som gör det möjligt att både övervaka och ge instruktioner från sjukhuset till patienten som är kvar hemma i sin bostad.

MÅNGA OLIKA ARBETSSÄTT

Sätten att arbeta med förbättringsarbeten är många. De utvecklingsarbeten som skildras i Tretton önskvärda reportage har i hög grad använt den så kallade Genombrottsmetoden.

Just nu handlar mycket av arbetet inom vården om att effektivisera och förbättra arbetsflöden för att på så sätt frigöra resurser som kan användas på ett bättre sätt än tidigare. Viktiga inslag är att ha ordning och reda samt att undvika det som inte skapar värde för kund och patient. Division Diagnostik genomför under våren 2010 ett omfattande arbete inom hela sin division och som handlar om Lean i vården.

Vi ser Genombrottsmetoden och Lean som hjälpmedel för att nå våra mål. Metoderna löser i sig inte några problem – vi måste själva bestämma oss för att lösa dem. Vi måste ta reda på vad som ska göras och sedan välja det arbetssätt som passar bäst för ändamålet. Det är resultatet för kunden och patienten som är det viktigaste.

INSPIRATION OCH ENGAGEMANG

Jag hoppas att denna bok ger inspiration till förbättringsarbeten, ökar engagemanget för de arbeten som redan pågår och bidrar till nya idéer över gränser mellan arbetsplatser och verksamhetsområden.

Elisabeth Holmgren, Landstingsdirektör



Vinnare med fokus på patienterna

FÖR ATT LYCKAS med ett förbättringsarbete måste man ha med sig hela personalen. Det anser sjuksköterskan Monica Forsberg vid Infektionskliniken, avdelning 35, vid Sunderby sjukhus som 2009 fick landstingets stipendium för bästa förbättringsarbete.

– Redan 2007 bestämde vi oss för att någon gång få stipendiet, säger hon.

Det var vid landstingsfullmäktiges sammanträde 18 juni 2009 i Gällivare som avdelning 35 fick ta emot landstingets stipendium för årets bästa förbättringsarbete. Stipendiet består, förutom äran, av 100 000 kronor. I motiveringen framhålls bland annat att avdelningen på kort tid genomfört förändringar av verksamheten ”med utgångs-



punkt i landstingets mål för en patientfokuserad, tillgänglig, säker, evidensbaserad, kvalitativ och effektiv vård”.

Juryn påpekar att förbättringsarbetet bedrivs systematiskt och långsiktigt där man utvecklat former för att förbättra patientsäkerheten:

”Det förbättrings/utvecklingsarbete som sker vid avdelning 35 är ett föredöme inom vården och ett utmärkt exempel på att man med fokus på patientens behov och effektivt resursutnyttjande kan åstadkomma betydande resultat”, skriver juryn.

PRISSET FINANSIERADE KONFERENS

När vi träffas för den här intervjun har det gått fyra månader sedan Monica Forsberg och hennes chef Inger Gustafsson tog emot priset i Gällivare. Sommarens skira grönska har bytts mot en isande höstkyla med röda och gula färger i träden.

Pengarna från stipendiet gick till stor del till att finansiera en konferens för att utveckla nya förbättringsarbeten. Resten av pengarna kommer att användas till utbildning och fortsatt förbättringsarbete.

FRAMTIDENS UTMANINGAR

I framtiden tänker man inte slå sig till ro med det som redan gjorts. Nu väntar nya utmaningar i syfte att förbättra arbetet med att stoppa vårdinfektionerna, VRISS, höja kvaliteten på omvårdnaden samt att införa så kallade standardvårdplaner för att få ett gemensamt språk inom hela vårdkedjan. Och att patienterna, oberoende av vårdinrättning, får likvärdig vård och behandling.

Egentligen började förbättringsarbetet på avdelning 35 redan år 2007, och då i liten skala. Avdelningen kom med i en pilotomgång för att minska vårdskadorna för personer över 65 år med liggsår, undernäring och fallskador.

Enhetschefen Inger Gustafsson hade nyligen bytt arbete från att ha undervisat vid institutionen för hälsovetenskap till att bli chef för avdelning 35. Hon var fylld av lust att förbättra och utveckla verksamheten. Snabbt fick hon med sig den entusiastiske sköterskan Monica Forsberg och ytterligare ett par medarbetare.

– Bland det första vi gjorde var att sätta upp målet om att bli bästa förbättringsprojekt i landstinget. Vi tyckte helt enkelt att det var lika bra att sikta mot stjärnorna redan från början, säger

Monica, som numera delar sin tid mellan kliniken på sjukhuset och att vara projektledare för landstingets övergripande förbättringsarbeten i syfte att minska vårdskadorna.

Det är inga dramatiska siffror hon visar upp när det gäller omfattningen inom de tre områden de arbetar med. Avdelningen tar emot omkring 35 patienter i månaden som är över 65 år.

Bland dessa brukar det finnas en person med trycksår i något stadium och två till tre personer med fallskador. 50 till 60 procent av gruppen beräknas ha risk för någon form av undernäring.

– Den sista gruppen är dock svår att mäta. Man vet ju aldrig när undernäringen egentligen har börjat.

FINNS INGA GENVÄGAR

Grunden för att lyckas eliminera skadorna för den här gruppen av patienter är – enligt Monica – att först göra en ordentlig riskbedömning för att snabbt sätta in åtgärder. Sedan handlar det om att dokumentera, föra statistik och sprida kunskaperna vidare till hela personalgruppen.

– Vi är jätteduktiga på att dokumentera i patientjournalerna via VAS. Men att föra statistik

över utvecklingen tycks vara mycket svårare för oss.

Några genvägar till ett framgångsrikt förbättringsarbete finns inte. Allt handlar om arbete och ännu mera hårt arbete. Men vi ber Monica att försöka lista de fem viktigaste punkterna för att nå framgångar med sitt förbättringsarbete:

Mäta

– Att tro är att inte veta. Därför måste man ta reda på vilka förhållanden som råder och sedan göra uppföljningar och ge återkopplingar till hela personalgruppen om hur det går.

Tålamod

– Var beredd på att det kommer bakslag och på att det kan ta flera år innan önskade resultat uppnås.

Engagemang

– Det handlar om att få med hela personalen i arbetet och att sätta målet högt. Och vem vill inte vara med i ett vinnande lag?

Möjligheterna

– Det uppstår problem och kommer bakslag hela tiden. Men då gäller det att inte ge upp och i stället fokusera på vilka möjligheter som finns.



Stödet

– Vår chef, Inger Gustafsson, har varit fantastisk. Hon litar på personalen, delegerar ansvar och ger oss tid för reflektioner. Dessutom har vi högt till tak i alla diskussioner här på avdelningen.

ROLIGT TILLSAMMANS

Monica Forsberg beskriver arbetsklimatet på avdelning 35 som mycket öppet och kommunikativt. De arbetar i ett högt tempo men tar sig ändå tid att lösa konflikter så snart de uppstår. Hela personalen är delaktig i konflikthanteringen.

Det Monica berättar styrks av vad som kom fram i den personalenkät som gjordes av landstinget under våren 2009. Där gavs avdelningen mycket högt betyg för bland annat det sociala klimatet på arbetsplatsen. Detta trots att arbets-tempot ansågs högt uppdrivet.

– Vi har så roligt tillsammans här på jobbet. Det är nog därför vi lyckas så bra med förbättringsarbetet, avslutar hon och lotsar oss vidare till patienten Anders Harila från Kalix.

Anders ligger inne på sjukhuset med ett svårt infekterat knä. Infektionen uppstod i samband med att han fick leden utbytt tidigare under året.

När infektionen ger med sig ska knäleden bytas ut på nytt.

– Personalen här på avdelningen är fantastisk och förtjänar det pris de fått, säger han medan sköterskan Viktoria Kristoffersson ställer frågor efter ett formulär för att kunna göra en riskanalys när det gäller undernäring, fall och trycksår.

– Han tillhör absolut inte riskgruppen, säger hon medan hennes patient skrattar glatt.

STANNA ALDRIG UPP

Innan vi skiljs åt är det Monica Forsberg som får sista ordet:

– Skriv också att ett förbättringsarbete aldrig tar slut. För hur bra jobb man än gör går det alltid att förbättra lite till. Så stanna aldrig upp, avslutar hon.





Gitt Ström och Peter Olsson



Glesbygd utan läkarbrist

GENOM ETT MÅLMEDVETET förbättringsarbete har Jokkmokks vårdcentral arbetat bort bristen på läkare.

– Vi är nog unika i Sverige. Trots att vi ligger i glesbygden har vi full bemanning av läkare. Alla doktorer har dessutom arbetat här i mer än fem år, säger verksamhetschefen Gitt Ström.

Det här är berättelsen om vad ett gott ledarskap och entusiasm, troligen kryddat med en liten nypa exotism, kan göra för att utveckla en verksamhet till nytta för hela bygden.

Nog krävs det väl nästan att man ska vara bosatt i Jokkmokk för att tycka att orten ligger någorlunda centralt. Men det är ju så att centrum

och periferi alltid är avhängigt betraktarens utgångspunkt.

FULL BEMANNING ÅR EFTER ÅR

En regnig och tungt dimmig novemberdag styr vi bilen från landstingshuset i Luleå mot Jokkmokk för att möta personalen vid vårdcentralen. Vår uppgift är att skildra hur Gitt Ström och hennes personal har lyckats få bort problemen med stafettläkare samtidigt som man håller full bemanning år efter år. Men det visar sig på plats att vi också ska berätta om en arbetsplats med mycket god stämning, gott ledarskap och en organisation som gör att personalen trivs och målen för vården uppfylls.

Efter bara ett par timmar anländer vi till Jokkmokk som just den här dagen har bäddats in i julkortsvacker nysnö. Träden vid infarten till centralorten står vördnadsfullt bugande och hälsar oss välkomna till den lilla glesbygdskommunen med cirka 5 400 invånare.

Den nyfallna snön gör att ljuden som omger oss är dova och stämningsfulla.

Personalen på vårdcentralen har just fått

sitt förmiddagsfika när vi kliver in i personalrummet där Gitt Ström genast redogör för vårt ärende och tillägger att vi kommer att dyka upp på några av avdelningarna under dagen.

– Som primärvårdsenhet är vi nog också lite ovanliga som håller budgeten varje år och dessutom kan leverera ett litet överskott, berättar Gitt Ström, medan vi sköljer bort det mentala resdammet med en kopp starkt och varmt kaffe.

SJÄLVKRITISK

Efter en stund tar hon oss med på en tur genom vårdcentralen och visar oss vårdavdelning och rehabilitering med sjukgymnastik samt arbetsterapi innan vi sätter oss tillsammans med distriktsläkaren Peter Olsson.

– För att kunna lyckas med olika slags förbättringsarbeten måste man redan från början ha ett självkritiskt förhållningssätt. Man måste se vad som verkligen behöver förbättras, utvärdera och sedan ifrågasätta sina egna tidigare fattade beslut.

– Och det finns inga färdiga lösningar som passar alla, säger han.



ANSVAR OCH FLEXIBILITET

En av de första frågor som kommer upp i vårt samtal är hur de lyckats lösa bemanningen av läkare. Jokkmokks omedelbara närhet till fjäll- och friluftsliv lockar naturintresserade läkare från hela Europa.

– Vi har sex läkare här på vårdcentralen. En har sina rötter i Danmark, en annan i Kenya och en tredje i Tyskland. Vi andra tre är svenskar utan att ha några rötter i Jokkmokk, berättar smålänningen Peter Olsson som kom till det lilla samhället för cirka 20 år sedan.

Peter tror att grunden för att de lyckats med både läkarrekryteringen och kontinuiteten är en organisation med enskilt ansvar och flexibilitet för medarbetarna.

Jokkmokks vårdcentral är uppdelad i fem ungefär lika stora vårdlag som är avgränsade geografiskt och har omkring 1 100 patienter vardera. I dessa lag – där både läkare och sköterskor ingår – har man hela ansvaret för patienten – från akut mottagande vid ambulansintaget via mottagningen till vårdavdelningen. Dessutom finns rutiner för hur man tar hand om patienter som kommer till vårdcentralen men som inte

är bosatta inom något av de fem områden som finns.

– Vi har avskaffat dagjourerna som bara framkallar stress och i stället förbättrat organisationen. Så när ett problem uppstår är det helt ditt eget ansvar att lösa det, säger Peter Olsson och fortsätter:

– Hur du sedan gör detta är upp till dig själv att avgöra så länge du löser uppgiften inom vissa – vida – ramar, säger han som en beskrivning av grundtanken i förbättringsarbetet.

RÄTT ATT MISSLYCKAS

Verksamhetschefen Gitt Ström berättar att de på vårdcentralen i Jokkmokk satte igång med ett systemiserat förbättringsarbete år 2004. Man tog då avstamp i en arbetssituation som präglades av långa arbetspass, dagjourer och patienter som slussades till fel ställen vid flera tillfällen. Och läkarnas tidböcker svämmade över av bokningar så snart de blev tillgängliga.

– Vi bestämde oss för att alla yrkesgrupper som ville, skulle få vara med i förbättringsarbetet. Läkare, ambulanspersonal, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter med flera. Dess-





utom skulle alla ha rätt att misslyckas, säger Gitt Ström och berättar att de varit noga med att avsätta tid för personal- och kollegiemöten för att utveckla förbättringsarbetet ytterligare.

NOBBAR REPRESENTANTER

Ett annat grepp som togs syftade till att få ned den onödiga och dyra förskrivningen av läkemedel. Det gjorde man genom att helt vägra att ta emot läkemedelsbolagens representanter på vårdcentralen.

– Kunskaper om läkemedlen får vi på annat sätt. Genom att nobba deras besök får vi i stället tid till läkarmöten där vi kan utbyta erfarenheter och kunskaper.

Just den dag vi är på besök hålls ett av dessa kollegiemöten för läkargruppen där alla doktorer är samlade under två timmar på eftermiddagen. På dagordningen står bland annat en rapport om läkemedelsförskrivningen på ett äldreboende i kommunen där man anser att uppgifterna blivit felaktiga. Dessutom passar Peter Olsson på att visa bilder från en vistelse i Irak där han under en kort tid arbetat som ansvarig på en brännska-deavdelning på ett fältsjukhus.

– Genom att läkarna – tillsammans med sjuksköterskorna – har en nyckelroll i vården så försöker jag träffa hela gruppen vid ett gemensamt möte en gång i veckan, berättar Gitt Ström och guidar oss runt på vårdcentralens olika avdelningar.

HARMONISK MILJÖ

Vi slås av att det råder ett stort lugn i huset. Vi ser inga patienter som irrar mellan olika avdelningar. Förklaringen får vi då Gitt berättar att de arbetat mycket med att just skapa harmoni och lugn för patienterna.

– Vi har sett till att patienterna först hamnar i ett väntrum för att få den nödvändiga informationen vid entrén. Sedan slussas de vidare till nästa väntrum som finns i anslutning till den läkare de ska till.

I väntrummen har de försökt – så långt det är möjligt – att skapa en miljö som är välkomnande och som präglas av lugn och harmoni. Där finns ett litet vattenfall att vila ögonen på medan man lyssnar till lugnande fågelkvitter ur högtalarna. Vi slås också av att det inte ligger några tidningar och broschyrer framme som handlar om sjukdomar eller behandlingsmetoder.

– Det är ett medvetet val vi gjort. All medicinsk information ska ges av läkare och sköterskor. Vi har också valt bort alla tidningar och magasin som är alltför kroppsfixerade. Men placeringen av väntrummen har också gjorts för att optimera flödet i vården, säger hon.

DIABETESREGISTER

I början av 2000-talet anslöt sig Jokkmokks vårdcentral som första vårdcentralen i länet till det nationella diabetesregistret, NDR. Initiativet kom från diabetessköterskorna Beatrice Pirak och Birgitta Lundberg. Sedan har läkaren Peter Olsson också varit drivande i det fortsatta arbetet med detta.

– Arbeten med sådana register får aldrig läggas som en tung börda som tar tid från arbetet med patienterna. Därför är det viktigt att det sker en automatisk överföring från det vårdadministrativa systemet VAS direkt in i registret, säger Gitt Ström.

I förbättringsarbetet har de även lagt stor vikt vid det interna kvalitetsarbetet, med rutiner om hur man ska handskas med de olika situationer som kan uppstå i vården. Det kan till exempel handla

om vad som ska göras med en patient som kommer in med hjärtinfarkt, hur man ska sätta in trombolys eller vad som ska göras vid urinvägsbesvär.

– De här dokumenten är viktiga i en verksamhet som till så stor del är sjuksköterskebaserad. Då är det viktigt att det framgår tydligt vad som kan göras på den egna nivån innan patienten ska skickas vidare till en doktor.

TRIVS MED VARIERANDE UPPGIFTER

Inne på OBS-avdelningen träffar vi den unga sjuksköterskan Jenny Holmgren som är i färd med att ta hand om patienten Majlis Viklund, 79 år, från Haraudden. Majlis är diabetiker, har problem med högt blodtryck och ligger inne några dagar för kontroll.

– Jag är egentligen stationerad som ambulanssköterska. Men då ingår även att arbeta både på mottagningen och på avdelningen, säger Jenny som trivs mycket bra med sitt arbete bland annat på grund av variationen i uppgifterna.

– Tack vare detta träffar jag ofta patienterna i olika situationer och vet ibland på förhand vilka mediciner de använder, säger hon.



Jenny Holmgren och Majlis Viklund

EN POPULÄR CHEF

Vart vi än kommer på vårdcentralen visar det sig att Gitt Ström är en populär chef. Alla pratar om hennes ledaregenskaper och använder gärna ord som lyhörd, resonerande och ödmjuk. Hon är sjuksköterska i botten men har också arbetat som

socialchef i Jokkmokk innan hon år 2001 återvände till sjukvården som verksamhetschef för vårdcentralen.

Till sist ber vi Gitt berätta om den utmärkelse hon fick ett år tidigare. Och med ett stort mått av just ödmjukhet visar hon upp ett diplom.



Norrbottens läkarförening gav henne utmärkelsen Årets Ledare 2008. Motiveringen, som också skrivs under av den personal vi talar med på vårdcentralen, lyder:

”Gitt verkar trivas som chef och ledare. Hon är tillräckligt trygg och klok för att inte behöva demonstrera makt i onödan. Tryggheten och förmågan att lyssna öppnar hennes sinne för att prova nya vägar och på det viset har hon själv tillsammans med sina medarbetare upptäckt att mångfald berikar. Hon har skapat en miljö med nöjda medarbetare i en platt organisation utan blockerande hierarkier.”

– Nog kan jag också peka med hela handen om det blir nödvändigt, avslutar hon nästan generande ödmjukt.

Efter några timmar tillsammans med Gitt Ström på hennes arbetsplats vill jag väl inte riktigt tro att hon någonsin behöver ryta till eller peka med hela handen till sin personal. En bra chef kommunicerar med små medel utan åtbörder, tänker jag medan vi lämnar det snögranna julkortslika Jokkmokk bakom oss och styr bilen genom det svarta norrbottniska glesbygdsområdet på vår väg hem mot Luleå.



Skräddarsydd teknik hjälper att minnas

LULEÅ ÄR EN AV TRE STÄDER i Europa som är med och utvecklar hjälpmedel för personer med Alzheimer. Det handlar om datorteknik som ska få oss att minnas bättre i vardagen.

– Vi är ute efter att skapa ökad livskvalitet i hemmet, säger doktoranden Eva Karlsson vid Luleå tekniska universitet.

I det digitaliserade informationssamhället är det vanligt att prata om e-hälsa. Datortekniken beskrivs som vår tids Messias och förväntas klara nästan allt från att bota sjuka till att gå på vatten. Många har visioner om vad som ska kunna göras och det är bara fantasin som sägs sätta gränserna.



Susanne Andersson

Landstinget är sedan i slutet av 2006 med och driver EU-projektet COGKNOW i samarbete med CDH, Centrum för Distansöverbyggande Hälso- och sjukvård. Arbetet går ut på att utveckla tekniska hjälpmedel för personer som fått diagnosen ”tidig demens”.

VI BLIR ALLT ÄLDRE

Sveriges och Europas befolkning blir allt äldre. Med ökad ålder följer naturliga åldersförändringar som påverkar möjligheterna till ett bra liv – och som därmed påverkar folkhälsan i negativ riktning.

Det beräknas att fem procent av Europas befolkning över 65 år – och 40 procent över 90 år – kommer att drabbas av någon form av demens med allt vad det innebär för den enskilde, för anhöriga och för samhället i form av ökande kostnader för vården.

– Genom att antalet personer med demens blir allt fler kommer samhället i framtiden inte att ha råd att bedriva vård på institutioner för alla behövande. Följden blir att allt fler med demens kommer att vara ensamboende i hemmen och anhöriga får ta ett större ansvar, säger Eva Karlsson.

BÄSTA PROJEKTET INOM EU

Susanne Andersson är fältprovsledare och landstingets koordinator. Hon har varit med om att från starten knyta samman arbetet med de övriga åtta EU-länder som ingår i projektet. Hon berättar att EU-kommissionen har uppmärksammat COGKNOW och rankar det som ett av de bästa projekt som pågår inom unionen. Projektet har en budget under tre år på tre miljoner EURO eller omkring 30 miljoner svenska kronor och landstinget har gått in med 1,2 miljoner kronor.

När vi träffas har projektet just gått in på sitt tredje och sista år. I Luleå, Belfast på Nordirland och i holländska Amsterdam har teknik utvecklats i samarbete mellan forskare på universiteten, personer med demens och deras närstående.

– Vi arbetar med användardriven utveckling, berättar hon och förklarar att metoden bygger på teknikutveckling och omfattande utvärdering som leder till ny utveckling.

– När projektet är slut kommer resultatet att tas tillvara i nationella projekt för ytterligare forskning. Tekniken ska också omvandlas till hjälpmedel som kan säljas på den öppna marknaden. Både Susanne Andersson och Eva Karls-

son upprepar hela tiden som ett mantra att målet med all teknikutveckling inom projektet är ökad livskvalitet i det vardagliga livet. Man arbetar med att ta fram prototyper av teknik som testas och utvärderas och åter testas.

Tekniken är i dagsläget för dyr att köpa och den är långt ifrån färdigutvecklad. Men Eva Karlsson berättar att utvecklingen går snabbt framåt och det som svajade för något år sedan har blivit betydligt mer stabilt idag.

– Det är fullt möjligt att den teknik vi nu utvecklar kan hamna på den kommersiella marknaden i framtiden, säger hon.

TEKNISKA LÖSNINGAR

För att vi ska förstå vad det hela handlar om visar Susanne och Eva in oss i ett rum där teknikern Stefan Kullberg redan sitter bland datorer, mobiltelefoner, mätapparater, lådor och sladdar. Stefan har det egna företaget Medcon och är inhyrd av landstinget för att i samarbete med Länsteknik arbeta med de tekniska lösningarna i den svenska delen av COGKNOW.

På en pekbar datorskärm visar han oss stora och tydliga applikationer som ska hjälpa använ-

daren att till exempel hitta en borttappad nyckel. Det sker genom att en liten mottagare är fäst på nyckelringen och svarar till datorn i vilket rum man ska söka efter den.

Men där finns också funktioner som underlättar för användaren att ringa upp en anhörig. Användaren behöver bara peka på en bild av personen så sköter tekniken resten. Annan hjälp är att datorn ger ifrån sig påminnelsejud om man till exempel glömt att stänga kylskåpsdörren.

TEKNIK I SAMVERKAN

COGKNOW är en unik integrerad teknik där mobiltelefoner och datorer samverkar inom ramen för samma system. Tekniken ska även kunna användas av anhöriga för att på distans kunna kontrollera att allt är som det ska med den demente.

– Parallellt med det här utvecklar vi funktioner att använda i enbart mobiltelefonen. Det kan till exempel handla om att bara trycka på en bild av sitt eget hus så får man hjälp via GPS och en syntetisk röst att hitta den rätta vägen hem. I andra sammanhang kan man få hjälp att hitta till affären, berättar han och fortsätter:

– Här behöver tekniken förfinas ytterligare. Vi har provat att följa de instruktioner som getts men hamnat mitt ute i gatan i stället för på gångvägen strax intill.

Han berättar att en rad påminnelsefunktioner kan läggas in, som exempelvis när man ska ta sin medicin eller när det är dags att äta eller vila.

KOKA KAFFE-INSTRUKTION

Men allt behöver inte ske via påminnelse signaler eller syntetiska röstmeddelanden. Stefan visar oss också exempel på en kort instruktionsvideo i datorn om hur användaren ska göra för att till exempel koka sitt kaffe. Det kan verka som en enkel sak att utföra för de flesta av oss, men kan för en person med demens bli ett oöverstigligt hinder.

– Vårt mål är att anpassa och skraddarsy tekniken helt efter individens behov. Men det får inte bli för mycket teknik med för många steg. Istället ska vi utveckla tekniska lösningar som i praktiken ska fungera som minnesstöd, säger Eva Karlsson:

– Allt handlar om avvägningen mellan människa och teknik, säger hon.

TESTPATRULL

I Luleå, Piteå och Boden har tio män och kvinnor i åldern 60 till 80 år, med en mild form av demens, deltagit i projekt under de tre år som gått. Testerna har skett i personernas hemmiljö.

– Min forskning går bland annat ut på att ta reda på i vilken grad personer med demens kan lära sig tekniken och att använda den på ett bra sätt, säger Eva Karlsson. Hon berättar att behovet av hjälpmedel ser ungefär lika ut i alla de europeiska länder som ingår i projektet.

– Visst finns det kulturella skillnader i sättet att leva mellan de olika länderna samt hur vana man är med datorer och mobiltelefoner.

Än så länge är arbetet inriktat mot forskning och utprovning av teknik. Men siktet är inställt på att inom cirka fem år ha klart hjälpmedel som kan finnas tillgängliga på den kommersiella marknaden.

– De testpersoner som deltagit har varit nöjda med funktionerna och att hjälpmedlen kan anpassas efter individuella önskemål, avslutar hon.





I ständigt jakt på bakterier

DOKTOR TOMAS ISAKSSON ÄR en hängiven bakteriejägare.

– Det största problemet är klädvanor och hygien hos personalen. För att minska infektionerna inom vården måste hela vårdkedjan följa regler och rutiner om detta, säger han.

Det finns många fall då personer tas in på

sjukhus och efter behandlingen är sjukare än innan de lades in. Detta är verkligheten för många patienter i hela landet. Och Norrbotten utgör inget undantag.

Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting, SKL, har därför slagit fast att arbetet med att förebygga de infektioner som kan uppstå



inom vården är ett av de högst prioriterade områdena inom arbetet med patientsäkerheten.

År 2004 startades därför VRISS (Vårdrelaterade Infektioner Inom Vården ska Stoppas) vars syfte är att halvera dessa infektioner. I den första omgången deltog drygt 20 lokala projekt från hela Sverige.

SER PROBLEMEN PÅ NÄRA HÅLL

Överläkare Tomas Isaksson arbetar som ortoped vid Piteå Älvdals sjukhus. Han ser problemen på nära håll och möter det lidande som patienterna går igenom när de drabbas av svåra infektioner sedan de opererats. Därför har han tagit som en av sina viktigaste uppgifter att försöka minska de infektioner som uppstår i samband med att patienter vårdas vid sjukhuset.

År 2006 var han med och startade ett så kallat VRISS 2-projekt vid den avdelning där han arbetade.

– Om en i övrigt frisk människa kommer in till sjukhuset för att byta en höft- eller knäled och en tid efteråt är mycket sjukare än före operationen är det ett misslyckande från vårdens sida, säger han och förklarar:

– En djup infektion i samband med en sådan operation kostar samhället omkring en halv miljon kronor. Till detta kommer ett lidande för patienten.

Tomas Isaksson berättar att hans stora intresse för att arbeta mot infektioner inom vården föddes år 2005 då det bestämdes att ortopedin vid sjukhuset endast skulle få ägna sig åt planerad kirurgi på dagtid. Piteå Älvdals sjukhus blev också ett av de två sjukhus i länet som skulle specialisera sig just på ortopedi.

Som följd av beslutet räknade man med en oräntlig ökning av antalet patienter och därmed ett större antal infekterade patienter.

– Om vi inte gjorde något för att stoppa infektionerna skulle det kunna leda till en katastrof. Därför kom VRISS-projektet helt rätt i tiden för oss, säger Tomas Isaksson då vi slagit oss ned i en soffgrupp utanför själva vårdavdelningen.

BRIST PÅ RUTINER OCH SLARV

Det är en oerhört engagerad läkare vi träffar och det märks tydligt att han brinner för sin sak. Ryktet om hans engagemang har nått ut bland många som arbetar på annat håll inom Norrbottens läns

landsting som till exempel primärvårdens sjukgymnaster som tar vid med rehabilitering sedan patienterna skrivits ut från operationen.

Tomas Isaksson vill själv tona ned sin egen roll och menar att de framgångar man haft i arbetet vid Piteå Älvdals sjukhus egentligen bygger på självklarheter som alla känner till och regler som alltid funnits.

– De infektioner som uppstår i samband med operationer orsakas till största delen av brister i basala hygienrutiner, klädregler och att det slarvas med att sprita händerna.

– Alla kan reglerna. Problemet är att alla inte följer dem, säger han.

UPPNÅDDA MÅL

Vid ortopedin i Piteå görs varje år cirka 600 plastikoperationer där knä- och höftleder byts ut. Innan man gick in i VRISS-projektet år 2006 drabbades fyra patienter – eller 0,67 procent – om året av så djupa infektioner att operationen fick göras om.

Två år senare är siffran nere på 0,33 procent eller två patienter om året vilket är helt i linje med det mål som sattes upp då projektet startades.



Detta ska jämföras med rikets siffror som samma år ligger på mellan 0,5 och 1 procent.

– Hur gärna vi än vill kommer vi aldrig ned till noll. Det är som i trafiken. Även om man bestämmer att ingen ska krocka och sätter in förebyggande åtgärder och regler så kommer folk att krocka ändå.

– Samma sak är det i vården. Hur noga vi än är med regler och rutiner kommer folk ändå att skadas. Vad vi dock kan göra är att minimera riskerna så långt det är möjligt, säger han och fortsätter:

– I den bästa av världar skulle jag vilja se att alla patienter som kommer in hit för att bli opererade sedan går hem och är nöjda. Men riktigt så enkelt är det inte.

Piteå Älvdals sjukhus ligger alltså mycket bra till i jämförelse med riksgenomsnittet med ytterst få drabbade per år. Bakom detta ligger en noga genomtänkt strategi där alla medarbetare får ta sitt ansvar.

STÄNDIGA KONTROLLER

Isaksson berättar att ett av de vanligaste skälen till att infektionerna uppstår är att operationspersonalen själv för ned bakterier i det öppna såret.

Andra orsaker är att bakterierna följer med via en oren kateter eller från patientens egen hud.

– Vi gör både slutna och öppna kontroller. När vi opererar är det alltid någon i teamet som för protokoll över vilka brister som finns i hygien och klädesregler. Rollen som kontrollant alternerar i gruppen så att alla kollar alla.

– Efter operationen tas avvikelserna upp både på personlig nivå och anslås så att all personal på avdelningen kan ta del av dem.

Tomas Isaksson menar att det är nödvändigt att ständigt påminna om vilka regler och rutiner som gäller. Idag ligger efterlevnaden på mellan 95 och 100 procent.

– Under den senaste sjuksköterskestrejken gjorde vi inga mätningar på tre månader. Direkt efteråt var vi nere på 80 procents efterlevnad. Men när mätningarna och redovisningarna kom igång i normal omfattning var vi genast uppe i 100 procent igen.

VÄRLDENS BÄSTA OPERATIONSSALAR RÄCKER INTE

Problemen med infektion i operationssåren uppstår inte enbart i direkt samband med själva ope-



Tomas Isaksson och Ann-Marie Nilsson

rationen. Under en lång tid efteråt ska ju såren läggas om av annan personal på andra avdelningar och även där kan det förekomma brister i hygienrutinerna.

– Vi kan bygga världens bästa operationssalar. Men detta hjälper inte om inte all personal i kedjan efter själva operationen följer reglerna.

– Vi har fått loss resurser att ta ansvar för våra patienter de första tre månaderna efter operationen. Därefter kan man i regel blåsa faran över, säger han.

Det särskilda VRISSE-projektet vid ortopedin i Piteå är nu över. Men Tomas Isaksson lutar sig inte tillbaka och är nöjd med att ha nått de mål som sattes upp från början.

– Vi fortsätter det här arbetet ändå. Självkärl ska vi ligga kvar på samma höga nivå eller – om möjligt – förbättra oss ytterligare, säger han och tar till sist med oss in på en vårdavdelning där vi får träffa patienten Anne-Marie Nilsson från Töre i Kalix.

Hon ligger i sin säng och har dagen före fått sin höftled utbytt. Trots att det bara har gått omkring 24 timmar sedan den omfattande operationen är hon pigg och glad och berättar att hon

redan lämnat sängen på egna ben en stund.

– Jag har faktiskt redan lyckats gå iväg utan hjälp till toaletten. Den lycka jag kände då går inte att beskriva, säger hon.

Anne-Marie Nilsson, som arbetat som fritidspedagog, har tidigare erfarenhet av hur det är att få sin höftled utbytt. Det är bara två år sedan hennes andra höft byttes ut och även då med Tomas Isaksson som kirurg.

– Den gången kunde jag slänga kryckorna efter två veckor. Men det gäller att vara försiktig.

Som avslutning berättar Tomas Isaksson att det hänt så mycket inom den här typen av operationer under de senaste tio åren.

– Då, för tio år sedan, låg patienten till sängs på sjukhuset i två veckor efter operationen. Nu får de åka hem redan efter fem dagar, avslutar han.



Vård på distans blir nära och effektiv

HON HAR FÅTT SIN AXELLED opererad och ersatt. Efter operationen får Ann-Karin Sundström behandling hemma i bostaden i Moskosel av sjukgymnast Ulla Klippmark som är kvar på sjukhuset i Sunderbyn.

– Jag har blivit mycket bättre på bara en månad, säger hon.

Idén till att börja med ”datoriserad sjukgymnastik” efter så kallade axelartoplastik-operationer föddes redan i slutet av 90-talet vid gamla centrallasarettet i Boden. Det var sjukgymnasten och entusiasten Lisbeth Eriksson som hade varit och lyssnat på en föreläsning med Lars Wikman från CDH, Centrum för Distansöverbyggande Hälso- och sjukvård.



Viktiga slutsatser ur Lisbeth Erikssons lic.avhandling

Effects patients' experiences of interactive video-based physiotherapy at home after shoulder joint replacement

Studier visar att lång tids träning krävs efter ett axelledsbyte. För att få optimalt resultat är det viktigt att sjukgymnasten tidigt kan vägleda och ge stöd till patienten efter operationen och utskrivning från sjukhuset.

Enligt opponenten, docent Eva Denison, är Erikssons avhandling ett pionjärarbete inom forskningen där patienter fått sjukgymnastik i hemmet efter axelledsoperation.

Resultatet indikerar att sjukgymnastik på distans är effektivare på kort sikt när det gäller rörlighet och funktion i den skulderopererade armen. Detta i jämförelse med traditionellt omhändertagande där patienter blivit remitterade till sjukgymnast i öppenvården vid utskrivning från sjukhuset.

Studien pekar också på att deltagarna i telerehabiliteringsgruppen deltog i fler sjukgymnastledda sessioner utan uppehåll efter utskrivning från sjukhuset jämfört med kontrollgruppen.

En förklaring är att tekniken överbrygger avstånd mellan patient och sjukgymnast och möjliggör tillgång till specifik kontinuerlig sjukgymnastik.

En slutsats är att deltagarna fick en positiv upplevelse av kommunikationen och samarbetet med sjukgymnasten på distans samt att de fick kompetens om kroppen och om träningen efter operationen.

Distansgruppen upplever att det är viktigt med delaktighet samt att få vara i hemmet.

Tekniken sågs som ett användarvänligt och viktigt hjälpmedel. Samtidigt betonades att det personliga mötet inte kan bytas ut helt mot tekniken.

Resultaten pekar på att telerehabilitering kan vara av stort värde vid utvecklandet av den sjukgymnastiska professionen.



Föreläsningen handlade om att vården i större utsträckning skulle föras ut i hemmen med hjälp av ny teknik och att patienterna därmed inte behövde ligga kvar på sjukhuset så länge.

Hon berättar att de patienter hon kom i kontakt med och som fått ny axelled, den första tiden efter operationen, gick på behandling hos sjukgymnast på hemorten. Men när smärtorna blev för stora ringde de till sjukgymnasten på sjukhuset och försökte förklara var besvären fanns och varifrån smärtan kom.

– Då tänkte jag ofta ”om man bara hade en bild på patienten just nu...” Och det borde ju gå att ordna när man faktiskt kan flyga till månen. Om det skulle fungera för både patient och sjukgymnast så vore det ju en bra lösning...

ELD OCH LÅGOR

Hon kom tillbaka till jobbet efter föreläsningen på CDH och var eld och lågor och kontaktade doktor Jack Lysholm som genast var med på noterna. De fick också med sig enhetschefen Barbro Uukonsaari. Idéerna skrevs ned och skickades till CDH.

– Då trodde jag att det bara skulle ta ett år innan vi var i gång, säger Lisbeth, som nu under

våren 2009 arbetar med en doktorsavhandling om sjukgymnastik på distans för axelopererade. Ett par veckor efter vår intervju ska hon presentera ett delresultat av sitt arbete (se särskild artikel).

– Min forskning har gått ut på att studera nyttan med att använda sig av sjukgymnastik på distans vid den här typen av axeloperationer, säger hon.

Att som i inledningen kalla det för datoriserad sjukgymnastik är slarvigt. Vad det egentligen handlar om är ett system med portabla videokonferenser – via datorer i hemmen. Det här är en metod som Sunderby sjukhus och landstinget i Norrbotten troligen är ensamma om i världen.

– Vi har kunnat genomföra projektet tack vare det mycket stora stöd vi fått från många håll. Bland dem som särskilt bör nämnas är dåvarande verksamhetschef Sven Söderberg och de tekniker som ställt upp med den allra bästa bildkvaliteten, säger Barbro Uukonsaari.

NOGGRANNA STUDIER

Lisbeth Eriksson, som numera har sin arbetsplats som doktorand vid universitetet i Luleå, har under en längre tid studerat 25 patienter som gått

igenom en liknade operation som den Ann-Karin Sundström rehabiliteras för vid vårt besök.

Lisbeth har först undersökt patienterna noga vad gäller rörlighet, smärta och andra funktioner. Efter operationen har halva gruppen följts upp med åtta veckors sjukgymnastik i hemmet via datortekniken. Sedan har samma tester genomförts som före operationen.

– Den andra halvan har remitterats till traditionell sjukgymnastik vid öppenvården. De har också gått igenom samma tester som den första gruppen. Sedan har man studerat och jämfört de båda gruppernas resultat.

– Jag har också gjort djupintervjuer med patienterna för att se vad de tycker om att möta teknik och inte en sjukgymnast som tar fysisk kontakt.

VANLIG DATOR OCH WEBBKAMERA

Den teknik som patienterna och sjukgymnasterna vid Sunderby sjukhus använder är numera vardagsmat i många svenska hem. Vad som krävs för patienten är en vanlig bredbandsuppkoppling och en vanlig dator med webbkamera. Och det är teknik som landstinget håller med som hjälpmedel.

I andra änden – på Sunderby sjukhus – finns sjukgymnasten som till sin hjälp har två stora TV-apparater dit det kopplats en webbkamera som kan styras i höjd- och sidled samt zooma in detaljer.

När vi kommer till Sunderby sjukhus är sjukgymnasten Ulla Klippmark i full färd att behandla Ann-Karin Sundström i Moskosel. Hon ger instruktioner om övningar för att öka axelns funktioner, rörlighet och för att bygga upp styrkan steg för steg.

Ulla står framför webbkameran och instruerar Ann-Karin hur hon ska träna med de enkla redskap som används. Med en käpp och ibland en liten boll testar de rörlighet i axel och arm. Men Ann-Karin får även belasta musklerna enligt det träningschema hon fått.

– När jag tittar på bildskärmen och ser hur patienten tränar har jag också möjlighet att korrigera hur hon ska göra och anpassa övningarna. Jag får också en bild av hur träningen sköts mellan de gånger vi kopplas upp mot varandra – vilket sker två till tre gånger i veckan. Den första tiden efter operationen kan det till och med ske dagligen.

– Jag har en förslitningsskada och har haft besvär i flera år. Mot slutet kunde jag inte ens



sova på nätterna på grund av smärtan, berättar Ann-Karin. Hon opererades 10 februari och fem veckor senare har hon blivit av med smärtorna helt och hållet.

UPPKOPPLAD MOT SJUKHUSET

Under övningen kommer Ulla Klippmark hela tiden med uppmuntrande ord till sin patient. Hon styr kameran och tittar i närbild på hur Ann-Karins muskler reagerar under vissa moment. Exempelvis tittar hon på om det finns antydningar till att musklerna är svullna. Hon studerar också hur momenten genomförs och föreslår justeringar.

När träningspasset är avslutat berättar Ulla att det görs omkring 20 axelartoplastiska operationer om året och att det efter ingreppet krävs ungefär ett års träning för att bygga upp leden till normal funktion.

– Axelleden har så stor rörlighet och är en av de mest utsatta lederna i kroppen. Därför tar det tid och mycket arbete att bygga upp den när funktionen har gått förlorad, säger hon.

Tre gånger i veckan tränar de tillsammans via datorn. För Ann-Karin betyder det mycket

att ha möjligheten att koppla upp sig mot sjukhuset. Hon har nämligen 16 mil enkel resa till Sunderbyn.

– Dessutom finns min närmaste vårdcentral med sjukgymnastik i Arvidsjaur och dit är det fyra och en halv mil, säger hon.

HJÄLP VID NEDSATT FÖRMÅGOR

Det är inte bara avstånden i glesbygden som gör sjukgymnastik via dator teknik särskilt lämplig. Efter operationen kan vissa patienter ha sådan smärta att de har svårt att ta sig till öppenvården på egen hand – även de som bor i städerna.

– Det här är inte främst en lösning på ett glesbygdsproblem. Det handlar i stället om nedsatta förmågor hos människor. Därför är det lika användbart i de större tätorterna.

– Vi hade tidigare en axelopererad patient som bodde alldeles invid sin vårdcentral. Men hon kunde inte ta sig dit utan att få hjälp att öppna dörrarna. Därför installerade vi datortekniken hos henne, berättar Lisbeth Eriksson och fortsätter:

– Det finns dessutom ett stort värde av trygghet för patienterna att få träna i sin hemmamiljö

DEN MÄNSKLIGA HANDEN

Under de tio år som verksamheten med distans träning via dator pågått har ett tjugotal patienter använt systemet. Majoriteten är kvinnor från 55 till 86 år och de kommer från hela länet.

– Patienterna får själva välja om de vill använda sig av tekniken. De har rätt att säga nej. Men erfarenheten visar att de flesta vill prova och vi har bara fått nej vid några enstaka tillfällen, säger Ulla Klippmark.

Självfallet kommer vi in på frågan om datorerna kan ersätta den mänskliga handen inom sjukgymnastiken. Men både Lisbeth och Ulla betonar att datortekniken är ett komplement till den traditionella vården.

– Patientens behov står helt i fokus och är det viktigaste. Sedan anpassar vi de tekniska lösningarna till detta, säger både två med stort eftertryck.

När tekniken med datorer och kameror gjorde entré i sjukgymnasternas vardag var många tveksamma. Det var ju ett helt nytt sätt att jobba. Ulla Klippmark och hennes kollegor såg däremot snabbt fördelen med tekniken.

– Det var lite otäckt i början att vara med på bild. Men nu har det blivit en naturlig del av vårt arbete.

– Nu får jag se hur patienterna tränar på hemmaplan och jag får en bättre bild av hur de gör rörelserna när de tränar.

NYTTA OCH EKONOMI

Det är alltså nyttan för patienten som är det avgörande för att använda sig av tekniken med behandling på distans via dator. Utöver tryggheten att träna i hemmet är det många som slipper långa resor och färre sjukvårdsbesök. Samtidigt sparar landstinget pengar.

När Lisbeth Eriksson genomförde ett begränsat pilotprojekt åren 2003-2004 beräknades landstinget spara omkring 25 000 om året för varje patient. I Norrbottens genomförs varje år 20 axelartoplastik-operationer så besparingen lär hamna på cirka en halv miljon kronor.

– För mig har det varit mycket viktigt att se nyttan med det nya sättet att jobba för att kunna motivera att vi fortsätter. Därför har forskningen varit en mycket viktig del, säger enhetschefen Barbro Uukonsaari.

Lisbeth Eriksson ser många andra användningsområden i vården för den här typen av teknik. Först av allt nämner hon sjukgymnastik för

patienter som opererat knälederna. De har ofta stor smärta och är i behov av mycket träning den första tiden. Andra områden är patienter som drabbats av stroke, KOL, njur- eller hjärtbesvär.

– Det går ju också att koppla exempelvis mätinstrument för blodtryck till utrustningen. Därför kan också distriktssköterskor och läkare använda sig av det här.

– Om vårdcentralernas sjukgymnaster får tillgång till tekniken kan de koppla upp sig mot specialister här på sjukhuset. Men vår verksamhet är bara ett komplement till det fina arbete som görs i primärvården och vi tar inte över något jobb från dem.



Ulla Klippmark

Hon har sjukgymnasten hemma i datorn

ANN-KARIN SUNDSTRÖM från Moskosel är glad över att få sjukgymnastik – via dator – i hemmet. Därmed slipper hon de långa resorna flera gånger i veckan till Sunderby sjukhus.

– Det är så bra att få träna hemma och jag har inte saknat närkontakten med sjukgymnasten, säger hon.

Vi kommer till Moskosel en vacker vårvinterdag i slutet av mars. Den bländande solen gassar över det kritvita snötäcket och dagsmejan gör att det droppar från taken. Det luktar vår i luften.

Ann-Karin möter oss med ett varm leende ute på gårdsplanen. Inne på köksbordet väntar nykokt kaffe och smörgås. Vi noterar direkt att hon



serverar kaffet med vänster hand. Men på den direkta frågan får vi veta att hon är – högerhänt.

– Jag försöker träna så mycket jag kan i vardagen genom att dammsuga, torka bord med mera. Men allt fungerar ännu inte normalt, säger hon.

Några dagar tidigare hade vi kontakt med henne för första gången. Då befann vi oss, tillsammans med sjukgymnast Ulla Klippark, på



Sunderby sjukhus, medan Ann-Karin var hemma framför datorn på övervåningen i det renoverade och mysiga huset i Moskosel.

SLITIT HÅRT

Nu är det en halvtimme kvar innan hon ska koppla upp sig mot sjukgymnastiken på sjukhuset i Sunderbyn för ett nytt träningspass med Ulla Klippark. Ann-Karin berättar att hon gick med kraftiga smärtor i axeln i mer än fem år innan hon samlade ihop sig och sökte läkare för besvären.

Hon är 55 år har levt ett typiskt dubbelarbetande kvinnoliv med jobb på dagis, i affär och i hemtjänsten. Samtidigt har hon tagit hand om egna barn, barnbarn, katter och hundar. Och detta har slitit hårt på kroppen.

Nu är hon sjukskriven från sitt jobb som produktionssamordnare och administratör hos Samhall i Arvidsjaur. Det var en tid efter att hon bytte till det jobbet som hon också fick tid för operation av axeln på sjukhuset i Sunderbyn.

– Det är nog ingen enskild händelse som förstörde axeln för mig. Snarare handlar det om en lång tids förslitning, säger hon och fortsätter:

– Innan operationen hade jag så ont att jag var tvungen att få hjälp att plocka ut saker från kökskåpen och jag kunde knappt klä mig själv.

SVARAT BRA PÅ TRÄNINGEN

Det har nu gått sex veckor sedan hon fick en helt ny axelled med ny kula. Smärtan har försvunnit helt men ännu saknas mycket av rörligheten i armen. Men framförallt är det styrkan i axeln hon längtar efter att få tillbaka.

– Nu har jag kommit så långt att jag till och med kan bära matkassarna från affären. Om de inte är alltför tunga, säger hon med sådan glädje att man kan spåra en viss stolthet över att hon svarat på träningen så bra.

Plötsligt kommer en signal från datorn och Ann-Karin skyndar sig att trycka på en svarsknapp. Den gör att hon kopplas upp mot Sunderby sjukhus där Ulla Klippark är redo att köra igång ett nytt träningspass med henne.

Ulla inleder med att kolla hur Ann-Karin mår och hur träningen har gått sedan senaste sessionen. Därefter uppmanas hon att sakta, sakta mjuka upp axeln med långsamma och snälla rörelser. Under de kommande 45 minu-

terna är Ulla hela tiden vaksam och kontrollerar hur Ann-Karin reagerar på övningarna och hon frågar om detaljer. Plötsligt stannar hon till och tar fram en så kallad Goniometer med vilken hon genom datorn kan mäta Ann-Karins rörlighet i armen.

– Alla övningar där armen går utåt från kroppen är tunga att genomföra, säger Ann-Karin.

Barnbarnet Olivia är förkyld och hemma från skolan just den här dagen och får tillsyn av mormor. Olivia övar på en gammal tramporgel som står en våning nedanför och huset fylls av tonerna till ”Har du sett min lilla katt, lilla katt...”

Samtidigt berättar Ann-Karin att hon nu bara har två gånger kvar med sjukgymnastiken på distans till Sunderby sjukhus. Sedan väntar kontakt med primärvårdens sjukgymnast vid vårdcentralen i Arvidsjaur. Dessutom ett år av träning på hemmaplan innan axeln har återfår sin normala styrka och rörlighet.

– Nu längtar jag efter att börja jobba igen, säger hon och poängterar ännu en gång hur bra det har fungerat med sjukgymnastik på distans.

– Det här är något jag kan rekommendera till alla andra, avslutar hon.



Vårdskadorna ska bort!

NÄR PERSONALEN VID avdelningen för Rehab/stroke vid sjukhuset i Kalix formulerade sina mål för 2007 slogs det fast att alla skador inom vården måste stoppas.

– Det har gett oss ny energi att arbeta vidare, säger verksamhetschefen Eva Karlsson-Persson.

Det kallas för vårdprevention – att minska riskerna för att drabbas av fallskador, trycksår och undernäring hos personer som är inlagda för vård.

Nationella undersökningar har visat att 70 000 svenskar råkar ut för fallolyckor varje år och att av dessa avlider tre personer varje dag,

vilket är dubbelt så många jämfört med de som omkommer i trafikolyckor. Samhällets kostnader för dessa fallolyckor beräknas till fem miljarder kronor om året.

Lägg därtill att ungefär var femte patient som vårdas på de svenska sjukhusen drabbas av trycksår och att var tredje patient är undernärd. Med förbättrad kost och så kallade nutritionsrutiner beräknas sjukvården spara ytterligare en miljard kronor.

KALLA FAKTA

Det här är höga siffror som avslöjar ett stort problem som vården har att brottas med.

Nedbrutet till ett förbättringsarbete på en vårdavdelning vid ett enskilt sjukhus i Norrbotten blir det helt andra siffror, men också siffror som direkt berör den enskilda patienten.

– Vi har 5-6 fall av fallskador varje månad men ofta är samma person inblandad flera gånger, säger enhetschefen Eva Karlsson-Persson.

Vi träffar Eva tillsammans med några av hennes kollegor för ett samtal om hur de arbetar med att förhindra vårdskador hos de patienter som är i åldern 65 år och uppåt.

År 2007 startade landstinget en pilotomgång

med sju team i länet som fick till uppgift att minska antalet fallolyckor och trycksår inom vården. Ett av teamen var Rehab/stroke i Kalix. Utöver fallskador och trycksår ska projektet se över hur det går att minska problemet med undernäring.

– Undernäringen är ofta orsaken till andra skador inom vården som exempelvis fallolyckor, säger Eva.

Gemensamt för projekten är att de arbetar efter den så kallade Genombrottsmetoden, som grovt förenklat innebär att personalen gör tre saker:

1. **Undersöker vilka risker som finns.**
2. **Provar åtgärder som ska förhindra att det händer igen.**
3. **Mäter effekterna av sina åtgärder.**

– I grunden handlar det om att synliggöra och dokumentera problemen. Först när man känner sina brister har man ju kommit en bra bit på väg, säger Mona-Lis Sundling som är arbetsterapeut på avdelningen

GENOMBROTTSÅGÅN

Med oss vid träffen på Kalix sjukhus är Monica Forsberg som egentligen har sin tjänst vid infek-



tionskliniken, avdelning 35, på Sunderby sjukhus. Men samtidigt arbetar hon 40 procent av sin tid som projektledare för de förbättringsarbeten i Norrbotten som har fokus på vårdprevention.

– Så länge man bara tror sig veta vad problemen består i så vet man egentligen ingenting. Därför är det så viktigt att få allting på pränt, säger hon.

Bland medarbetarna i Kalix fanns från början en grupp entusiaster, som drev på för att genomföra förbättringsarbetet. Någon av dem berättar att det i inledningsskedet inte var helt lätt att förmå kollegorna att hänga med på ”genombrottståget” som ju bland annat innebär mer och nytt pappersarbete. Det är först när vi träffas – cirka två år efter starten – som arbetet vunnit gehör i hela personalgruppen.

– Varje månad presenterar vi de senaste resultaten på en tavla i personalrummet. Där kan alla följa utvecklingen och hur verksamheten förbättras.

– Detta ger ny energi till många att orka jobba vidare med frågorna, säger Eva Karlsson-Persson.

Som i många av de förbättringsarbeten som pågår i landstinget är det inte några stora och

helt nya metoder som plötsligt införs i arbetet. I stället handlar det oftast om att sätta fokus på ett invant och beprövat sätt att jobba. Genom att först synliggöra problemen görs sedan smärre justeringar som ger stora resultat.

HELA VÅRDKEDJAN TILLGÄNGLIG

Sjuksköterskan Eva Olofsson berättar att riskbedömningar och dokumentation numera alltid görs av vårdpersonalen tillsammans med patienterna och deras anhöriga. Dessutom görs alla uppgifter tillgängliga för hela vårdkedjan, inklusive primärvården och kommunen.

– Vi är en stor avdelning med många anställda. Därför är det viktigt att alla vet vem som ska göra vad i arbetet, säger hon.

Det är inte några dramatiskt stora förbättringar som medarbetarna vid sjukhuset kan visa upp efter en tids arbete med projektet. Även om det stora arbetet ju ofta sker i det lilla formatet. Fortfarande är det ungefär lika många patienter som faller jämfört med tidigare. Men det har skett en anmärkningsvärd och mycket viktig förändring som sparar både lidande hos patienterna och pengar till landstinget:

– Vi har inte längre några skador till följd av fallolyckor, berättar Eva Karlsson-Persson stolt.

FÖRÄNDRAD MATMILJÖ

När det gäller problemen med undernäring har arbetet tillsammans med en dietist förändrat mycket och färre patienter ligger nu inne med dropp och detta också under kortare tid.

– Genom dietistens medverkan har patientens matmiljö förändrats. Patienten kan själv välja om han eller hon vill äta i matsalen eller på sitt rum. Servering och upplägg är annorlunda och det ställs inte längre fram färdiga brickor, säger hon.

Monica Forsberg betonar att fördelarna med förbättringsarbetet är att man nu har fått möjlighet att dokumentera riskbedömningarna i det





IT-baserade vårdadministrativa systemet. Det har möjliggjort att alla med behörighet även har tillgång till riskbedömningarna för varje patient. Vissa enheter i Norrbotten har också börjat att registrera riskbedömningarna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

– Dokumenten är levande och förändras hela tiden i takt med att nya saker händer för patienten, säger hon.

TÅLAMOD OCH ENVISHET

Enhetschefen Eva Karlsson-Persson är mycket glad över att man har fått tid att arbeta med förbättringsfrågorna vilket inneburit att problemen hamnat i fokus.

– Personalen på avdelningen har visat stort tålamod och envishet. Därför har vi lyckats så bra med förbättringsarbetet.



Öronkliniken håller blicken högt

EN VERKSAMHET SOM ÄR TILL för vården i hela Norrbotten. Det har varit den ledstjärna som präglat allt arbete inom öron- näsa- hals-specialiteten de senaste dryga tio åren.

– Alla organisationer genomgår olika utvecklingsstadier. Framgångsrecepten kan ligga i att känna dessa faser och utifrån sina kunskaper

våga ompröva tidigare beslut, säger vårdchefen Eva Barrelöv.

Vi har bestämt träff med länschefen Per Berglund och vårdchef Eva Barrelöv, vid länskliniken för Öron, Näsa, Hals, ÖNH, vid Sunderby sjukhus. Orsaken till vårt möte är att föra ett samtal om att korta vårdköer, vårdgaranti,

stafettläkare och organisationsförändringar med mera.

Det blir ett flera timmar långt samtal med två entusiastiska och förändringsbenägna chefer som varit med länge och som brinner för sina jobb – att utveckla verksamheten och medarbetarna.

Men samtalet kommer inte bara att handla om klinikens eget konkreta förbättringsarbete. Hand i hand med det jobbet går synen på det moderna ledarskapet, chefernas roll i förbättringsprocessen och att utveckla en organisation i allmänhet.

– Är inte personalen med i förändringsprocessen är det omöjligt att lyckas, säger någon av dem. Vem av dem som säger detta spelar egentligen mindre roll. Per och Eva utstrålar nämligen samsyn när det gäller det arbete som ÖNH har gått igenom de senaste dryga tio åren.

– Det är viktigt att fördela ansvaret. Jag är länschef men koncentrerar mig på den medicinska delen medan Eva är administratören, säger Per Berglund som försöker ägna minst halva sin tid till kliniskt arbete som läkare.

SPLITTRAD VERKSAMHET

ÖNH fungerar som länsklirik med verksamheter – som har lite olika inriktning – vid sjukhusen i Sunderbyn, Piteå och Gällivare. I verksamheten ingår också syn- och hörselenheten i länet och det sammanlagda antalet anställda är 120.

Den här artikeln handlar dock enbart om ÖNH-delen. Fram till år 2001 var verksamheten splittrad på en rad olika enheter i länet som – var för sig – drev sin helt egna verksamhet inom området.

Per Berglund beskriver sjukvården och dess utveckling med en målande bild:

– Sjukvårdens organisation och rutiner utvecklas genom evolution där det växer upp en blomma av en sort på ett ställe och en annan sort på nästa ställe. De ser olika ut vart de än växer, kan fungera lika bra var för sig oavsett detta men fungerar inte tillsammans i en bukett.

BEROENDE AV STAFETTLÄKARE

När verksamheterna för öron, näsa och hals slogs ihop till en länsklirik för hela Norrbotten var problemen många. Som på andra håll inom vården var man till stor del beroende av dyra stafettläkare.

Köerna var långa och administrationen splittrad.

– Vi bestämde oss – kanske lite för snabbt i början – för att göra oss av med stafettläkarna. Idag använder vi dem inte längre för den vanliga rutinsjukvården.

– De stafettläkare vi nu nyttjar finns inom områden där vi saknar specialister med kompetens inom vissa specialområden. I stället för att skicka iväg patienter till andra sjukhus tar vi hit den högspecialiserade läkaren. Detta blir då samtidigt ett lärande genom att de kunskaper de bidrar med behålls på våra kliniker, berättar Per.

E-HÄLSA PÅ DISTANS

ÖNH ligger också långt fram när det gäller att arbeta med e-hälsa och teknik på distans. Via en vanlig dator på skrivbordet kan läkare vid kliniken i Sunderbyn till exempel assistera kollegorna i Gällivare under pågående operation.

Kliniken kan också med hjälp av ny teknik ta hörselprov i exempelvis Kalix och omedelbart bedömas vid Sunderby sjukhus.

– Vi gör också en speciell typ av stämbandsinspelningar med en digital teknik som möjliggör till exempel inspelning i Piteå. Den lagras i en



Per Berglund



server i Sunderbyn för att sedan kunna granskas av en röstspecialist som arbetar här på kliniken, säger Per Berglund och fortsätter:

– Inspelning kan också manuellt kopplas till VAS.

För att hålla ihop läkargruppen i länet har man också gemensamma läkarmöten via videokonferens varannan vecka. Lika ofta lyssnar läkargruppen på ÖNH-läkarföreningens riksomfattande webb-föreläsningar.

Han berättar också att man använder sig av digitala inspelningar av diktat där alla sekreterare i länet används som en gemensam resurs för hela länet.

– Genom att göra så här har vi kunnat korta tiderna för utskrift och minskat antalet arbetstimmar med cirka 2 500 timmar under år 2009.

MOT SAMMA MÅL

Är det då möjligt att sammanslagna verksamheter med olika arbetsrutiner och kulturer helt plötsligt börjar jobba för samma mål och att dessutom få alla dessa anställda att dra åt samma håll?

– Jodå, men det tar tid och det kostar en hel del målmedvetet arbete, säger Eva Barrelöv.

Pengar då? Hon poängterar att man inte med automatik förbättrar verksamheten genom att skjuta till mer resurser.

– När vi började bygga upp länskliniken 2001 startade vi flera olika nätverk där alla yrkeskategorier från våra tre verksamhetsorter var representerade. De kunde närma sig varandra med sina kunskaper och erfarenheter och bidrog därmed till nya länsgemensamma rutiner. Detta utgör nu den grund vi tillsammans har fortsatt att bygga på, säger hon och berättar att en hemsida öppnades där de gemensamma rutinerna skulle finnas tillgängliga för alla.

Chefens roll är självklart mycket viktig i ett förbättringsarbete. Både Per och Eva har funnits i sina chefsroller under hela den tid man fungerat som länsklinik. Och det intryck bägge är att en chef bör finnas med under en längre tid för att ta ansvar och se effekterna av sina beslut.

– Det kan vara ett elände med chefer som sitter för länge och inte åstadkommer något. Samtidigt är det inte bra för organisationen med för

snabba byten av chefer, säger Per skrattande och fortsätter:

– Du behöver ju inte ta konsekvenserna av dina beslut om du sitter för kort tid.

CHEFER UTAN ÄMNESKUNSKAP

Per ser med viss misstro på vad man kallar ”luftlandsatta chefer”. Det handlar om personer som är välutbildade i vara chefer och ledare och är beredda att ta hand om rodret i vilken verksamhet som helst men som saknar nödvändiga specifika ämneskunskaper.

– Ämneskunskaperna är ju så viktiga i ett förbättringsarbete då man även ska vara visionär.

Per anser också att det är viktigt med tydliga roller mellan de olika cheferna så att alla vet vem som ska göra vad. Som exempel tar han just relationen mellan honom själv och Eva Barrelöv som tagit hand om en del av hans arbetsuppgifter som verksamhetschef så att han därmed kan arbeta mer av sin tid som läkare.

– Det är en bra prioritering. Nu behöver jag inte kliva ur vården och göra det som Eva klarar mycket bättre än vad jag gör.

– Vad som också är viktigt för vår länsverksamhet är att vi fått en personalspecialist och en ekonom som arbetar med hela länet och att de sitter med i vår ledningsgrupp, säger Per.

ATT HA FRAMTIDSPERSPEKTIV

Han betonar att man i allt förändringsarbete måste hålla blicken högt och försöka se långt in i framtiden. Att utvecklingen av sjukvården också till stor del handlar om omvärldsbevakning. Som exempel tar han de diskussioner som pågår om att bilda en ny storregion i norra Sverige.

– Vi vet ännu inte om den blir av och vilka län som i sådana fall kommer att ingå. Men vi måste redan nu ha beredskap för hur ÖNH-verksamheten ska utformas i den nya regionen, säger han och fortsätter:

– Jag är också rädd för att den planerade läkarutbildningen till Sunderby Sjukhus kan skapa vissa problem för oss. Detta genom att läkarresurser används i undervisningen utan att vi kompenseras för detta.

– Det gäller att vara förberedd och ha största möjliga handlingsutrymme inför framtiden. På





Eva Barrelöv

ett stort fartyg måste man lägga om rodet tidigt för att kunna svänga. Det räcker inte med att vrida på rodet just då hindren dyker upp.

När dagens verksamhetsplaner skrivs är de ju redan i historia. Man måste leda kliniken med ett mycket längre framtidsperspektiv.

– Ska man svänga tidigt krävs också mod och ett visst mått av risktagande, säger Eva Barrelöv.

LÄRA AV HISTORIEN

Per Berglund menar att det inte enbart är framtidsperspektivet som måste hållas levande i förändringsprocessen. Det gäller också att lära av historien. Därför återvänder han ofta till tiden innan de blev en gemensam länsklinik för hela Norrbotten.

– Vi har kvar ett skelett från den tiden som mycket fortfarande kan hängas upp på. Med det menar jag att en hel del av de ursprungliga visionerna var bra och jag återvänder ofta till dem för att se vad som ska göras idag.

Framför allt har det varit väntetider och kökortning som stått i fokus sedan man slogs ihop till en gemensam länsenhet år 2001. Enheten har under åren arbetat med en lång rad av så kallade

”genombrott” som handlat om allt från utprovning av hörapparater, behandling av nästärpa till elakartade tumörer. Man har också tittat över tekniska rutiner och verktyg av betydelse för resultaten.

En rad olika modeller för förbättringsarbetet har provats. Eva Barrelöv anser att valet av metod måste anpassas efter verksamhetens art, aktuell problemställning man arbetar med just för stunden och vilka behov man har.

– Metoderna får inte ta mer energi att lära ut än själva syftet med förbättringsuppdraget, säger Eva och får medhåll av Per som tycker att de tekniker som ska användas ofta blir till dagsländor som snabbt ersätts av något nytt.

FRIGÖRA RESURSER

Som avslutning på just den delen av samtalet beskriver Eva Barrelöv förbättringsprocesserna på ett mycket enkelt, genialt och överskådligt:

– I grunden handlar allt om att organisera verksamheten så att rätt sak görs för rätt person i rätt tid på rätt ställe av rätt personer. Därmed frigörs resurser som kan utnyttjas på bästa sätt.

Efter ett par timmars samtal med Per Berglund och Eva Barrelöv är intrycket att det tycks

råda lugn och harmoni inom ÖNH-verksamheten i länet. Mycket har gjorts under de snart nio åren som länsklinik. Men mycket återstår att göra. Man måste nämligen ständigt utvärdera och göra återkopplingar så att allt förbättringsbehov kan fångas upp av alla inblandade.

När vi tar upp frågan om det närmaste målet – att uppfylla vårdgarantins maximala tre månaders väntetid till behandling – uppstår visst tisslande och viskande mellan de bägge tills Per säger:

– Redan nu har vi i stort sett balans mellan resurser och efterfrågan och under hösten 2009 lovar jag att vi uppfyller vårdgarantins krav.

Det visar sig sedan vid årsskiftet att man har 5,63 procent som väntat mer än 90 dagar för besök och 1,38 procent som väntat mer än 90 dagar för behandling inklusive hörapparatutprovning.

Det blir Eva som får sista ordet. Hon vill så gärna att vi slår fast att medarbetarna har varit mycket positiva till förbättringsarbetet och att framgångarna aldrig hade varit möjliga utan denna inställning.

– Det här handlar inte bara om Per och Eva. Det finns en kultur av förändring och utveckling inom hela vår verksamhet, avslutar hon.



Strokevård i nationell framkant

– OM DU SKA DRABBAS AV EN STROKE,
se till att du har en alert hustru hemma!

Rådet kommer från 73-årige Roland Karlsson i Boden som är mycket nöjd med all den vård han fått sedan den ödesdigra dagen 10 januari då sjukdomen slog till med full kraft.

Storhelgerna hade just passerat och lugnet åter

lagt sig över det infrusna och sovande villaområdet då Roland Karlsson helt plötsligt och oväntat insjuknade.

Det blev ilfärd med ambulans till sjukhuset i Sunderbyn där han undersöktes och sedan skickades hem igen. Några timmar senare förvärrades tillståndet och det blev dags för en ny trans-

port med ambulansen till samma sjukhus. Men den här gången fick han stanna betydligt längre.

MASSOR AV FRÅGESTÄLLNINGAR

Hustrun Gunnel, som i många år arbetat inom vården, anade direkt vad det handlade om. Ändå kom beskedet som en chock med massor av frågeställningar om vad som skulle hända med maken och hur allvarligt sjukdomen skulle drabba hennes livskamrat.

Vi träffar Roland och Gunnel i huset på Torpgärdan i Boden en solig eftermiddag i slutet av april. Trots att snön fortfarande ligger djup på gräsmattan utanför köksfönstret har Gunnel plockat en blåsippa ur trädgårdsrabattens värmande söderläge. Nu välkomnar den spensliga vårblomman oss, stående på köksbordet i ett litet glas med vatten.

Det har gått tre månader och tolv dagar sedan stroke drabbade familjen och – visar det sig snart – de närmaste grannarna i området. Men mer om det senare i det här reportaget.

Med oss den här dagen, då vi ska samtala om landstingets strokevård, är Maria Nordin, arbetsterapeut vid vårdcentralernas hemrehabteam i Boden samt landstingets projektledare Birgitta

Fagervall-Yttling, som har en tårta och en bukett med blommor med sig till familjen Karlsson.

– Vår vård ligger redan i framkant i en nationell jämförelse. Men vi ska bli ännu bättre, säger Birgitta Fagervall-Yttling redan i bilen på väg dit.

Hon är utbildad arbetsterapeut och brinner för länets strokevård. Bland annat tack vare de statliga stimulansmedlen kan hon nu arbeta heltid med att utveckla och förbättra vården för de människor som drabbats av sjukdomen.

MYCKET NÄRA MÅLET

Varje år får ungefär 1 000 norrbottningar diagnosen stroke. Av dessa beräknas cirka 40 procent komma ut ur den akuta fasen av sjukdomen med störningar i röst, tal, förmåga att svälja samt språk- och kommunikationsförmåga.

Enligt det Statliga kvalitetsregistret Riksstroke finns inte landets bästa strokevård i just Norrbotten. För att hamna i topp av strokevårdens elitserie krävs att 90 procent av patienterna och deras anhöriga är nöjda med vården. Och i Norrbotten är det mycket nära till det målet.

– När vi började med våra förbättringsarbeten år 2007 låg vi på 82 procent men nu är vi

mycket nära 90 procent, säger Birgitta Fagervall-Yttling.

Det realistiska målet är alltså att minst 90 procent av de strokedrabbade ska vara nöjda med den vård de får och att den andel av patienterna som är beroende av ADL (Aktivitet i Dagliga Livet) tre månader efter insjuknandet ska minskas.

– Rökning är en vanlig orsak till att patienter insjuknar igen. Därför är ett av de särskilda målen att få fler strokedrabbade att sluta röka, säger hon.

Men det har också satts upp andra mål, som till exempel att strokevården ska vara likvärdig i hela länet samt att både män och kvinnor ska ges rätt till samma goda vård.

Vad är då framgångsfaktorerna till att strokevården har blivit så mycket bättre i Norrbotten på bara ett par år? Svaret är att många olika åtgärder har genomförts parallellt.

För det första fick alla fem sjukhusen i länet år 2005 tillgång till egna strokeenheter. Men det handlar också om samordning mellan vårdinstanser samt utbildning av personal, patienter och anhöriga.



Gunnel och Roland Karlsson

VIKTIGT MED HELHET I VÅRDEN

Strokedrabbade Roland Karlsson är i inledningen av det här kapitlet inne på just det med vårdkedjan då han berömmar sin fru Gunnel och pratar om att ha en ”alert hustru hemma”. Hon är ju en av de viktiga länkarna i den kedjan.

För det handlar just om helheten i vården, från en utbyggd slutenvård vid alla länets fem sjukhus, via rehabilitering i team inom öppenvården hos sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopeder, dietister, kurator till kommunernas hemtjänst – och inte minst – stödet från de anhöriga.

– Några veckor innan patienten får komma hem från sjukhuset gör vi ett gemensamt hembesök med teamet från sjukhuset och hemrehabteamet från vårdcentralen. Vi gör det för att patienten och anhöriga ska känna sig trygga med det stöd som ska ges när man kommer hem från sjukhuset, säger arbetsterapeuten Maria Nordin.

Hon berättar bland annat om att strokeenheten skriver en vård- och rehabplan med tydliga mål som patienten får med sig hem och där primärvården och kommunen har möjlighet att fortsätta att fylla på med mål om den fortsatta vården och rehabiliteringen i hemmet. Det är nämligen

viktigt att alla inblandade vet vilka målen är för varje enskild patient.

– Vi ska säkerställa hela vårdkedjan med högsta möjliga kvalitet, säger Birgitta Fagervall-Ytting för att ytterligare understryka budskapet.

TRE VIKTIGA MÅL

I stokeprojektet genomförs mätningar på alla personer som drabbas av stroke i Norrbotten. Det som skrivs in i det gemensamma dokumentet är om patienten har fått den vård som ska ges vid sjukhuset, om en rehab-plan har upprättats, datum för utskrivning, primärvårdens uppföljning, detaljer kring öppenvårdsrehab samt kommunens uppföljning och slutligen hur patienten når de tre mål som har satts upp för tillfrisknandet.

Mätningen är viktig för att se vilken effekt de rutiner man använder har för de personer som drabbas av stroke. Det är också viktigt för att kunna tydliggöra var bristerna finns och speciellt vad som behöver förbättras.

Utöver den rent medicinska utvecklingen och samordning mellan landstinget och kommunerna med integration av alla inblandade yr-

kesgrupper handlar framgångarna mycket om att mäta, mäta och åter mäta.

Birgitta och Maria från landstinget och Kerstin Lidström, enhetschef inom hemtjänsten i Bodens kommun, är överens om att resultaten från mätningarna klargör behoven och får alla personalgrupper att vara med i förändrings- och förbättringsarbetet.

– Mätningar är helt avgörande för att lyckas. Det sätter press på alla när vi ser vad som behöver förbättras, säger Maria Nordin.

KUNNA FISKA OCH KLIPPA GRÄS

För den mycket naturintresserade Roland Karlsson har sjukdomen ställt till mycket besvär. När vi träffas ligger sommaren inte långt bort med allt vad det innebär av utomhusaktiviteter. Vad han främst ser fram emot är möjligheten att åter komma ut och fiska samt att kunna klippa gräset runt huset.

Men ännu är det långt dit. Hustrun Gunnel påpekar att maken fortfarande har svårt att klä sig på egen hand. Men då hon berättar detta uppstår ett kärleksfullt gnabbande mellan makarna.

– Det kan jag visst det. Men jag är bara för lat, säger han och skrattar glatt.

Just skrattet är något som kännetecknar Roland Karlsson och det goda humöret har säkert hjälpt honom en bra bit på vägen med rehabiliteringen.

Utgångspunkten var ju inte den allra bästa. Efter två månader i sängen på Sunderby sjukhus kom han hem med stora svårigheter att kunna gå och en högerarm som var praktiskt taget obrukbar. Dessutom har han en månads minneslucka från sjukhusvistelsen.

– Skriv nu att jag är mycket nöjd med den vård jag fått, både på sjukhuset och på vårdcentralen, säger han och fortsätter:

– Nog har jag blivit lite bättre under den här tiden med det går så sakta framåt...

FRAMSTEG SAKTA MEN SÄKERT

Roland och Gunnel har erbjudits hemtjänst av kommunen men har avböjt. I stället använder de sysslorna i hemmet som en del av Rolands rehabilitering. Han brukar bland annat med förkärlek laga mat tillsammans med sin hustru. Han försöker också gå så mycket som möjligt även om han också som han själv uttrycker det använder rullstol i nödfall.



Maria Nordin och Roland Karlsson

– Jag klarar att gå 500 steg. Sedan tar jag helt slut, säger han.

Att Roland har gjort framsteg är nog hustrun Gunnel den som är lämpligast att avgöra. Hon har ju sin make omkring sig den mesta tiden av dygnet. Och hon tycker att han gör små, små framsteg hela tiden.

– Från början var jag mycket tveksam till om det överhuvudtaget skulle gå. Men nu vågar jag till och med lämna honom ensam vissa stunder och målet är att han ska kunna klippa gräsmattan redan nu i sommar, säger hon och andas lite, lite kritik mot hur stödverksamheten fungerar idag:

– Det är trist att öppenvårdsrehabilitering inte finns i Boden utan bara i Luleå. Det skulle behövas ett sådant komplement till hemrehab även här i Boden.

VIKTIGT MED ANHÖRIGA

Arbetssterapeuten Maria Nordin tycker att Roland Karlsson är ett bra exempel på när vården av en strokedrabbad har lyckats. Receptet för framgången förklarar hon med att ”alla är med på tåget” – från slutenvården till de nära anhöriga.

Innan vi skiljs åt tittar Roland på oss och vill säga en sak till som bara måste vara med i intervjun.

– Skriv också att jag har världens bästa grannar. De har hjälpt till att skotta snö och att byta däck på bilen. Utan att jag ens har behövt be dem.



Hudnära förbättringsarbete

FÖR ATT LYCKAS med ett förbättringsarbete måste man våga vara kritisk mot sitt eget invanda sätt att jobba. Det menar Inger Gustafsson som är enhetschef för hudkliniken vid Sunderby sjukhus:

– Mycket av det vi gör sker bara av gammal vana, säger hon.

Vi tar ett avstamp i år 2007. På hudkliniken vid Sunderby sjukhus är arbetssituationen på väg att bli nästan outhärdlig. Patienter ringer ständigt men få kommer fram. De som ändå lyckas är arga, frustrerade och aggressiva över att inte få tid för behandling. Dessutom börjar den stressade personalen gå på knäna till följd av den höga arbetsbelastningen.

LÅNGA PATIENTKÖER

Huvudproblemet är att väntetiderna för de cirka 1 400 patienterna för att komma till en hudläkare är längre än ett år och antalet remisser har ökat med 40 procent de senaste tre åren. En orsak till detta är den stora ökningen av antalet tumörer i kombination med allt fler solskador.

Men klinken brottas även med andra problem. Det finns för få tider på mottagningen och de långa väntetiderna leder till många om- och avbokningar. Patienter uteblir helt sonika från sina besök utan att anmäla detta i förväg och läkartiderna står därför outnyttjade. Att det är svårt att komma fram till kliniken på telefon späder på irritationen ytterligare.

– Ett annat bekymmer vi hade var att en stor del av personalen var ny och relativt oerfaren, säger överläkare Marie Edfast. Hon berättar att en stor del av tiden gick åt till att prioritera patienterna på väntelistan i stället för att ge behandling.

– Därför blev jobbet ineffektivt och arbetsmiljön mycket stressig...

Hudkliniken vid Sunderby sjukhus är läns-klinik för hela Norrbotten och den verksamhet som bedrivs är man alltså ensam om bland länets

fem sjukhus. Vid klinken jobbar fem läkare, tre sjuksköterskor, tre undersköterskor, två sekreterare och en enhetschef som samtidigt är chef för infektionskliniken, avdelning 35.

– Vi är faktiskt den enhet på medicinkliniken som har flest mottagningsbesök på dagtid här på sjukhuset, påpekar Inger Gustafsson.

KLARGÖRA PROBLEMEN

Den svåra arbetssituationen år 2007 gör att personalen bestämmer sig för att någonting måste göras, då det inte går att fortsätta som hittills.

Det första som sker är att man klargör vad som är problemet. Under två veckor mäts skillnaden mellan efterfrågan och den kapacitet som finns att ta emot och behandla patienter. Dessa mätningar följs sedan upp vid flera tillfällen.

Marie Edfast ler och beskriver det med orden ”det handlar inte bara om att tycka en massa saker”:

– Därför började vi i stället att mäta och återmäta. Vi mätte allt som gick att mäta för att få fram objektiva fakta.

Vad de kommer fram till är bland annat att nästan 1 400 personer finns på väntelistan och att



drygt 800 av dessa har väntat mycket längre än vad vårdgarantin tillåter med sina 90 dagar.

– Vi skrev brev till de patienter som stod på väntelistan med egen begäran om vård där vi frågade om de fortfarande önskade tid hos oss. Efter det brevet halverades kön. Personerna hade antingen blivit friska, sökt annan vårdgivare eller ville inte komma av annan anledning, berättar undersköterskan Monica Lindberg.

HITTA LÖSNINGAR

I stället för att korta köerna med hjälp av tillfälliga stafettläkare bestämmer de sig för att lösa frågan på egen hand. Därför inleds långa förhandlingar med ledningen om att få loss extra pengar till att öppna kliniken under fyra lördagar per läkare. Efter segslitna förhandlingar får de igenom sina önskemål och det ger ytterligare resultat:

– Vid dessa lördagar lyckades vi ta emot och behandla strax under 300 patienter, berättar Marie Edfast.

Tillgängligheten över telefon förbättras genom att ett nytt telefonsystem (Call Me) inrättas. Dit ringer patienten och mottagningsköterska ringer tillbaka på bestämd tid. Det går också att få fram



statistik som visar att många inte kommer fram på telefon. Därför utökades telefontiden från nio till 17 timmar per vecka.

Samtidigt med detta införs möjligheter att avboka tider samt förnya recept via klinikens hemsida. Dessutom omvandlades vissa administrativa tider till mottagningstider.

– Vi införde också en så kallad kortvarsellista för patienter som kunde komma in samma dag om vi fick ett återbud, säger Monica Lindberg. Hon påpekar att kliniken tidigare – vid flera tillfällen – satt in speciella insatser för att korta köerna. Men att de då aldrig förändrade sitt arbetssätt.

– Därför kom köerna snabbt tillbaka igen.

PATIENTER PÅ RÄTT NIVÅ

Ett annat stort och viktigt förbättringsarbete som ska bedrivas de kommande två åren är att försöka få patienterna till rätt nivå inom vården. Bland annat innebär det att vårdcentralerna ska ta sin del av ansvaret och inte skicka alla hudpatienter rutinmässigt till länskliniken i Sunderbyn.

– Det här problemet handlar till viss del om vidareutbildning av primärvårdens personal i ljusbehandling och hur man behandlar bensår.

Idag är det stora skillnader i kunskaper mellan de olika vårdcentralerna.

– Vi arbetade också mer preventivt med att ge patienterna mer kunskap och därmed eget ansvar, så att de inte behöver söka vård för sådant de kan klara själva. Patienter med kroniska sjukdomar ska i större utsträckning kunna sköta sin behandling själva. Därmed kan trycket minskas både mot vårdcentralerna och mot oss, säger Inger Gustafsson.

Det kraftigt ökande antalet remisser är också ett stort problem för verksamheten. Personalgruppen är lika stor som tidigare, medan patienterna och remisserna är väsentligt många fler. Därför avdelas en läkare som särskilt har i uppgift att arbeta med remisser och rådgivning till primärvårdens läkare.

ALL PERSONAL DELAKTIG

När vi träffas för den här intervjun har det gått drygt två år sedan arbetet med att öka tillgängligheten vid kliniken påbörjades. När vi anländer har personalen just avslutat ett arbetsplatsmöte i det som är kombinerat sammanträdesrum, referensbibliotek och personalutrymme.

Avsikten är att vi ska intervjua enhetschefen Inger Gustafsson, överläkaren Marie Edfast och undersköterskan Monica Lindberg. Men intresset för vårt besök är större än så och ytterligare några anställda stannar kvar i rummet för att ”tjvlyssna” lite på intervjun.

Inger Gustafsson betonar att de fått med sig hela personalen – med alla yrkesgrupper – i förbättringsarbetet och att detta har varit helt nödvändigt för att nå upp till de mål som har satts för verksamheten.

– Jag tror att alla, redan från början, insåg att det inte gick att fortsätta jobba på det gamla in-vanda sättet. Därför var man beredd att tänka om.

Resultaten har inte låtit vänta på sig. I februari 2009 får huvuddelen av patienterna tid för läkarbesök inom vårdgarantin och de slipper därmed den tidigare ovissa väntan på besked om när de ska få komma in till behandling.

Men förbättringsarbetet är inte slut med detta. Inger Gustafsson använder liknelsen att ”de lyckats minska storleken på ryggsäcken men att det nu gäller att hindra att den växer igen”.

– Förändringsarbetet är en process som ständigt måste pågå. Därför måste vi hela tiden söka



Inger Gustafsson

nya utmaningar och våga vara kritiska mot det sätt vi arbetar på.

Hon tar som exempel en arbetsmetod som hämtats från industrin och Toyota som kallas Lean och som bygger på att identifiera och eliminera störningsmoment i arbetsprocessen. Inger beskriver det som att ”minska den icke värdeskapande tiden”

– Det handlar alltså om att utnyttja den kompetens som finns på bästa tänkbara sätt men också om att lokalerna används så effektivt som möjligt.

– Leanmetoden är en ny filosofi inom vårdarbetet och den leder både till högre kvalitet för patienterna och bättre arbetsmiljö för personalen.

SIA OM FRAMTIDEN

När jag som avslutning på vårt samtal ber Inger Gustafsson att ta fram spåkulan och sia lite om vilka förbättringsarbeten som ligger framför dem, nämner hon både mjukvara och hårdvara i form av moral – och dator teknik.

– Nästa steg blir att arbeta med värdegrunder och etik här på arbetsplatsen och i vården.

I själva vårdarbetet ser hon flera områden

där kliniken kan utvecklas. Ett annat handlar om e-hälsa där dator tekniken kan användas till utbildning av personal vid vårdcentralerna samt att kunna ge konsultation och råd till dem från specialiserade läkare vid länskliniken.

– Vi planerar också en nätbaserad smörjskola för patienter med psoriasis samt att starta ett nytt projekt för ”att förebygga bensår”. I det sista fallet har vi redan påbörjat en utbildning av personalen inom primärvården, avslutar hon.



Ylva Sundkvist och Ove Kastebo



Flödesorienterad diagnostik

ALL PERSONAL INOM division Diagnostik ska utbildas för att kunna använda Leanfilosofin i sitt arbete.

– Realistiskt sett får vi inte mer resurser i framtiden. Därför måste vi i stället använda det vi har på bästa tänkbara sätt, säger divisionschefen Ylva Sundkvist.

Hösten 2009 har ledningen för division Diagnostik lagt sig i startgroparna för att påbörja ett omfattande förbättringsarbete med utgångspunkt från den filosofi som grundar sig på Lean. Enligt planerna ska alla 400 medarbetare vid samtliga arbetsplatser utbildas under våren 2010. Planeringen och förberedelserna har pågått under en





längre tid. Den som håller i jobbet är länschefen Ove Kastebo. Han har sin bakgrund inom läkemedelsindustrin, där man länge arbetat med så kallade flödesorienterade modeller i sina förbättringsarbeten. Han har nu fått uppdraget att organisera arbetet inom divisionen.

LEANFILOSOFI I VÅRDEN

Divisionsledningen har under en tid förberett sig genom att fördjupa sig i Leanfilosofin via bland annat det arbete som pågår vid Capio S:t Görans Sjukhus i Stockholm och inom region Skåne som använt sig av Lean i vården under längre tid.

Men Lean används av tradition främst inom den privata industrin där man arbetar med flera långa processer i samma tillverkningskedja. Våren 2009 medverkade Scaniachefen Leif Östling vid landstingets förbättringsdagar i Luleå.

Vid det tillfället passade divisionsledningen för Diagnostik på att träffa Östling för att lära sig mer om Lean. Man har också fått möjlighet att studera arbetsprocesserna på nära håll vid Ferruform i Luleå.

– Vårt mål är att bli effektivare och arbeta smartare, säger Ove Kastebo.

ARBETA SMARTARE

De två sista veckorna i januari 2010 sker massmobilisering för Lean inom divisionen. All personal ska då få en dags utbildning i hur de ska arbeta vidare med förändringsarbetet och i filosofin kring Lean.

– Just nu har vi en jätteutmaning framför oss. Vi ska få alla medarbetare att gå i samma takt, säger Ylva Sundkvist.

MINSKADE KÖER

Vid sjukhuset i Piteå har division Diagnostik redan genomfört förändringar av verksamheten i enlighet med ett Lean-tänkande. Det handlar om röntgenavdelningen där vi träffar verksamhetschefen Birgitta Larsson Hamrén och röntgensjuksköterskan Tina Fjellström.

– Vi har länge haft problem med alltför långa köer. Bland annat har kötiden till magnetkameran varit så lång som tolv månader, berättar Birgitta medan hon visar oss runt i lokalerna. Dessa känns moderna och fräscha trots att Piteå Älvdals sjukhus egentligen har många år på nacken.

På avdelningen arbetar medarbetarna med att minska köerna genom att ändra schemaläggning-



Birgitta Larsson Hamrén

en till att omfatta viss kvällstjänstgöring. Protokollen för de olika undersökningarna görs om för att bli både enhetliga och lättare att arbeta med. Syftet är att undersökningarna så långt som möjligt ska ta kortare tid.

– Kötiden till datortomografen har varit sex månader. Men för en tid sedan byggde vi om röntgenavdelningen för att kunna effektivisera verksamheten och slippa slöseriet med tid, säger Birgitta och visar placeringen av den nya datortomografen, som har fått ett centralt läge med närhet till radiologernas arbetsstationer.

Hon berättar att förr, när sköterskorna behövde läkare för att tolka resultaten, var det långa gångavstånd. Men nu finns radiologerna på plats alldeles i närheten.

OSTÖRT ARBETE FÖR DOKTORER

Vid den nya placeringen av datortomografen har man även tagit hänsyn till flödet av patienter. Nu har man inom samma område av sjukhuset samlat både förberedelserum, omklädnad och toalett intill datortomografen.

– Tidigare fick patienterna byta om inne i undersökningsrummet. Men idag har flödet och

patientgenomströmningen förbättrats betydligt. Väntetiden är idag två till tre månader, säger sektionsledaren Gunhild Berglund.

På avdelningen anser man sig vara underbemannad när det gäller läkare. Därför görs till exempel försök att förbättra arbetssituationen genom att doktorerna arbetar ostört när de granskar datortomografi- och magnetundersökningar.

För att ytterligare minska störningarna på läkarna går bland annat en läkare varje morgon igenom hela dagens DT-program (datortomografi program) för att rätta ut eventuella frågetecken i bedömningar, provtagningar etcetera.

– Frågan om hur vi ska förbättra oss är en stående punkt på alla våra arbetsplatsträffar. Ofta är det små saker som krävs för att det ska bli ett bra resultat, berättar Tina Fjellström och funderar kring ett par saker som kanske kan vara något av ett grundrecept över hur deras förbättringsarbete ska bli framgångsrikt. En sak är att tänka fritt.

– Det handlar nog också om att göra rätt sak vid rätt tidpunkt på dygnet, säger hon och får medhåll av sin chef Birgitta Larsson Hamrén:

– Arbetsflödet och arbetsmiljön är två saker som går hand i hand.



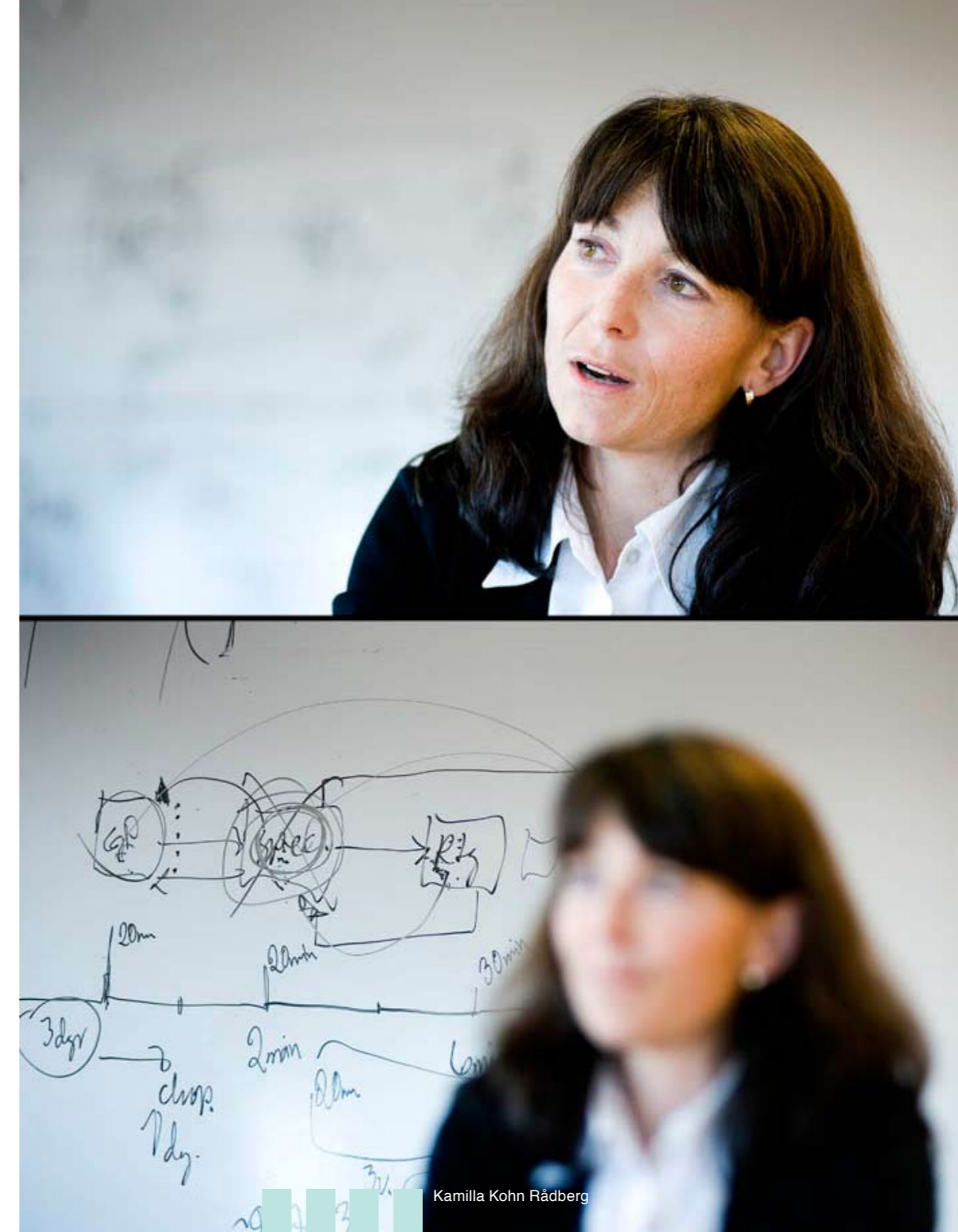
Lean – handlar om att jobba smartare

DEN INTERNATIONELLA bilindustrins sätt att effektivisera gör nu intåg i den offentliga sjukvården.

– Lean är ett systematiserat sätt att med sunt förnuft få bort slöseriet i verksamheten, säger Kamilla Kohn Rådberg vid konsultföretaget Ohde och Co i Göteborg.

För de administratörer som arbetar i landstinget är Kamilla Kohn Rådberg en välkänd person. Hon medverkade vid de Förbättringsdagar som hölls i Boden hösten 2009 och berättade om arbetet enligt Lean.

En anledning till att hon bjöds in att föreläsa är att landstinget genom division Diagnostik då



låg i startgroparna för att börja arbetet med Lean inom sina verksamheter. (se föregående kapitel)

När vi förbereder oss inför träffen med Kamilla Kohn Rådberg börjar vi med att googla på ordet ”lean” med inriktning mot företagsutveckling.

Det är ingen liten eller obetydlig mängd information som finns tillgänglig över Internet. Mängden träffar vi får upp ligger på närmare 50 miljoner.

Det är därför säkrare att – som kloka kameler sägs göra – gå direkt till källorna. Och när vi träffar Kamilla berättar hon att det som började som ett arbetssätt hos Toyota nu också har gjort entré inom både industrin och den offentliga sektorn.

BORT MED RESURSSLÖSERI

Lean är ursprungligen en japansk filosofi som härstammar från Toyota och som bygger på att ta bort allt onödigt slöseri (muda) i verksamheten. Själva ordet Lean är engelska och betyder ”smärt” i den bemärkelsen att man ska skall sträva efter att inte använda mer resurser än nödvändigt för att behålla eller skaffa sig handlingsutrymme när man behöver utvidga eller göra nya saker.

– För att göra detta kan man använda sig av många olika metoder. Men det här handlar om en filosofi och inte en metod, säger hon då vi träffas i konsultföretaget Ohdes lokaler ett kvarter från Avenyn med utsikt över Hedens många fotbollsplaner i centrala Göteborg.

SKAPAR TILLVÄXT

Kamilla Kohn Rådberg är både jurist och civil-ekonom, samt disputerad på Chalmers i hur man skapar tillväxt i mogna organisationer. Som många andra göteborgare har hon ett förflutet hos Volvo Personvagnar där hon arbetat både i Sverige samt med internationella uppdrag. Numera forskar hon även vid Chalmers i Göteborg i hur Lean kan tillämpas för att skapa en långsiktigt hållbar sjukvård.

– Lean går ut på att minska slöseriet med resurser genom att söka grundorsakerna till problemen och sedan göra något åt dem. Lean är i grunden en ledningsfilosofi som bygger på långsiktighet, kunskap och kompetens.

– Men det är bara medarbetarna – som finns mitt i verksamheten – som har de nödvändiga kunskaper som ligger till grund för förändrings-

arbetet. Vad ledningen måste göra är att ge de verktyg som krävs för att genomföra förbättringarna, säger hon.

MODERNA TIDER

På vissa håll har det höjts ett och annat varnande finger när vården ger sig i kast med Lean. Man hänvisar till den, av många så illa ansedda, taylorismen som härskade under industrialismens tidiga år med stordrift, löpande band, tidsstudiemän i vita rockar och arbetare som kan bytas ut när som helst. Sinnebilden har varit Charlie Chaplins klassiska film Moderna tider.

Men nu är det just moderna tider som gäller. Samhället har förändrats i grunden. Teorierna har förändrats, utvecklats och anpassats till nya verksamheter som bedrivs under helt andra förutsättningar.

Begreppet Lean Healthcare har uppstått. Med detta har man fjärrmat sig långt från den ursprungliga taylorismen och Chaplins film. I stället betonas alla medarbetares aktiva medverkan som i mindre grupper effektiviserar produktionen.

Vid universitetssjukhuset i Lund, som redan har erfarenhet av att arbeta med Lean Healthca-

re, anser man att verksamheten med beslut och befogenheter ska delegeras till den nivå de egentligen hör hemma och där de verkliga kunskaperna finns.

ÖDSLÅ TID PÅ ATT LETA

Kamilla Kohn Rådberg menar att i vården – och på alla andra ställen – handlar det om att ta bort slöseriet. Hon hämtar ett exempel från en ganska vanlig vårdmottagning någonstans i Sverige.

– Studier har visat att på många håll använder sjuksköterskor mer än en tredjedel av sin arbetstid till att leta. Det handlar om att leta efter rätt sjukvårdsmaterial, papper, läkare, kollegor, patienter med mera.

– Om verksamheten fungerade på ett sådant sätt att dessa sjuksköterskor slapp det meningslösa sökandet kunde deras tid i stället användas till att korta köerna, något som gynnar såväl patienterna som den egna arbetsituationen.

Hon tar ett exempel från en studie hon genomförde vid ett sjukhus i Göteborg. Det visade sig att 60 procent av de patienter som fått tid för röntgen ringde och bokade om sin tid till en som passade bättre. Mycket tid gick åt för vårdpersonalen till



att först boka tid, sedan svara i telefon och därpå ge ny tid till patienten.

Därför infördes i stället dropintider för vissa kategorier patienter där det inte krävdes speciella förberedelser och där undersökningarna kunde göras med standardutrustning.

– Anstormningen uteblev nästan helt. Alla har ju inte samma behov för sina tider. Några valde att gå på morgonen, andra på lunchen och vissa på eftermiddagen.

– Flödet blev fortfarande jämnt. Dessutom blev det en utmärkt lösning för såväl läkare som för sköterskor.

FRIGÖRA TID

Enligt Kamilla kan slöseriet i en organisation delas upp i två kategorier. Det finns vanligtvis ett helt onödigt slöseri och ett som är av mer strukturellt slag och som kan vara mycket svårare att göra något åt. Det strukturella är ofta inbyggt i systemet och fylls snabbt på igen om man inte gjort något åt de verkliga orsakerna till det.

Lean syftar alltså bland annat till att frigöra tid som kan användas på ett bättre och nyttigare



sätt genom att först identifiera problemen och sedan titta på kvaliteten.

– Det handlar helt enkelt om att jobba smartare. Och alla medarbetare vill ju göra ett bra jobb, säger hon och får det att låta hur enkelt som helst.

EXPERIMENTERA

Flera gånger under vårt samtal påpekar Kamilla Kohn Rådberg att Lean inte är någon metod att arbeta efter. I stället går det att tillämpa en lång rad av de metoder som traditionellt sett används för att förbättra arbetet.

– Med Lean handlar det mera om att experimentera, att träffas i grupper för att kläcka idéer och prova sig fram på ett systematiskt sätt med tydliga prioriteringar. Och som så ofta handlar det om att mäta och dokumentera och inte minst fatta beslut baserade på fakta och inte antaganden.

– Det gäller att fokusera på det man inte redan känner till och bara mäta sådant man inte redan vet. Mätandet av det man redan vet skapar bara onödig byråkrati.

– Dessutom handlar det om att mäta sådant som rör verksamheten och inte individens prestationer, poängterar hon med stort eftertryck.



Tanken på att utveckla verksamheten är ledstjärnan för allt Leanarbete inom vården. Det innebär – grovt förenklat – att tillfredsställa kundernas behov och förväntningar. Och kunderna är de patienter som är i behov av vård, skattebetalarna som står för pengarna och politikerna som styr verksamheten.

DÅLIG BUMERANGEFFEKT

Verkligheten för sjukvården är att kostnaderna ökar mer än intäkterna. I Norrbotten visar detta sig genom att invånarna blir färre och äldre samtidigt som skatteinkomsterna minskar medan kostnaderna för att bedriva en vård av hög kvalitet för alla medborgare blir allt högre.

– Oftast är det fel att börja med att skära i kostnaderna i och med att detta går ut över kvaliteten och man snart drabbas av en bumerangeffekt.

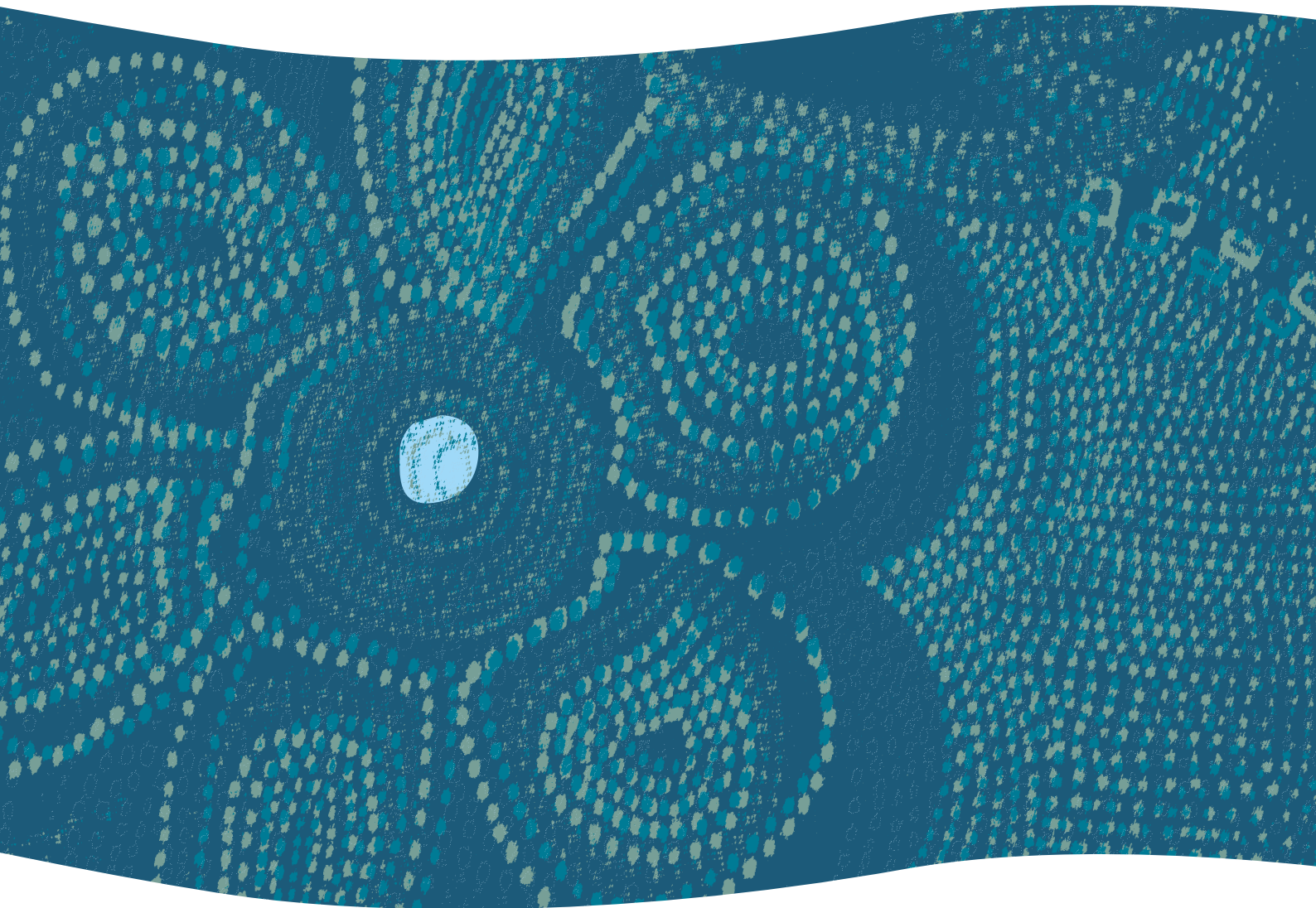
– I stället är det bättre att se hur man kan få ut mer av de resurser man redan har genom att effektivisera.

Den självklara frågan är om Leanfilosofin går att använda i alla typer av verksamheter i landstinget. Och svaret är väl ungefär: Nja...

Alla teorier kring Lean betonar ord och begrepp som ”flödesorientering”, ”att korta ledtiderna i en process” och ”arbetet i komplexa organisationer”.

– Inom administrationen ser det annorlunda ut. Där sker arbetet ofta efter lagstadgade krav och riktlinjer och staberna har samordnade roller. Men de kan alltid ställa sig frågan: varför finns man till?

Till sist berättar Kamilla Kohn Rådberg att hon bland annat kommer att dyka upp i Norrbotten under våren 2010 för att – på uppdrag av division Diagnostik – utbilda personalen i det kommande Leanarbetet.



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING