

# Intermountain Healthcare

STYRNING FÖR KVALITET I ETT HÖGPRESTERANDE SYSTEM



## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>10</b>
Bakgrund .....	10
Syfte med och upplägg av rapporten .....	10
Att lära av högpresterande system .....	11
Centrala utmaningar i vårdssystem .....	11
Utveckling av patienternas processer och kunskapsstyrning .....	12
Hög kvalitet och kunskapsstyrning .....	12
Upplägg av rapporten .....	13
<b>Intermountain Healthcare – en översikt.....</b>	<b>14</b>
Hög kvalitet till låg kostnad.....	14
Nationell ranking – Intermountain Healthcare är bäst på vad? .....	15
Data från Dartmouth Atlas Project .....	16
Kostnadsdata från data från Center for Medicare och Center for Medicaid Services.....	17
Utmärkelser .....	17
<b>Utmärkande drag för styrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling ..</b>	<b>19</b>
Intermountains arbete – en översikt.....	19
Definitioner generellt .....	21
Begreppen inom Intermountain Healthcare .....	21
Patientfokus.....	22
Teambaserat patientfokus.....	23
Kundfokus .....	23
Latter Day Saints och Intermountain Healthcare .....	24
Angreppssätt för att skapa patientfokus.....	25
Metoder och verktyg för att skapa patientfokus .....	27
Ständiga förbättringar.....	32
De kliniska programmen som utgångspunkt för ständiga förbättringar .....	33
Implementeringsmodell för de kliniska programmen .....	35
En kort kommentar om implementeringsstrategin .....	35
Institute for Health Care Delivery Research.....	36
En kort kommentar om utbildningen vid institutet .....	38
System för lärande skapar möjlighet till ständiga förbättringar .....	38
EBM/M.....	40
System .....	41
<b>Lärande från Intermountain Healthcare – en diskussion.....</b>	<b>47</b>
Möjliga förbättringsområden för Sverige .....	47
Faktabaserat beslutsfattande .....	47
Processperspektiv och kunskapsstyrning .....	48
Kunskapsstyrning och implementering .....	48

Patient/närstående- medskapare i vården .....	48
<b>Intervjuade personer inom Intermountain Healthcare .....</b>	<b>50</b>
<b>Litteratur om Intermountain Healthcare.....</b>	<b>52</b>

## Förord

Internationella jämförelser mellan hälso- och sjukvårdssystem har fått ökande betydelse på senare år. Intresset i Sverige riktas dels mot framgångsfaktorer generellt på makro-, meso- och mikro-nivå och dels mot vårdens resultat i termer av kvalitet och ekonomi. Många framgångsfaktorer beror på det organisatoriska, kulturella och politiska sammanhanget. En djupare förståelse för det vårdssystem man möter i en jämförelse är därför viktig.

Intermountain Healthcare är ett högpresterande sjukvårdssystem som Sverige sedan flera år haft ett kunskapsutbyte med. Under 2013 var en större delegation från Sveriges alla landsting och regioner där på ett studiebesök. Erfarenheterna från resan har lett till flera gemensamma nationellt samordnade aktiviteter. För att ytterligare möjliggöra systematiskt lärande gav SKL under 2013 en forskargrupp i uppdrag att genomföra en djupare jämförelse mellan Intermountain Healthcare, Utah och svensk hälso- och sjukvård.

Förgrundsgestalt i forskargruppen har varit Johan Calltorp som plötsligt och mycket oväntat avled under studieresans avslutande möte med företrädare för ledningen på Intermountain Healthcare. Denna rapport är en del i att förvalta det arbete som Johan initierade och inspirerade till. Författare är de övriga i forskargruppen Peter Daneryd, MD PhD, Jesper Stenberg, enhetschef vid Enheten för strategisk utveckling och doktorand, Region Skåne, samt Mattias Elg, professor The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare. De ansvarar själva för rapportens innehåll och slutsatser.

Stockholm i augusti 2014

Hans Karlsson

*Direktör*

*Avdelningen för vård och omsorg*

*Sveriges Kommuner och Landsting*

# Sammanfattning

Denna rapport är en introduktion till ett av de främsta hälso- och sjukvårdssystemen i USA, Intermountain Healthcare, huvudsakligen i Salt Lake City och i delstaten Utah. Intermountain har varit ett vårdssystem i snart 40 år och har under mer än 25 år byggt en organisationskultur med stark värdegrund som plattform och ständiga förbättringar. Resultatet är vård av hög kvalitet och till en lägre kostnad än de flesta andra hälso- och sjukvårdssystem i USA. Genom att man redan på 1960-talet började utveckla och använda IS och IT i vården, så finns en unikt lång tradition av beslutstöd både för vård och för management.

Internationella jämförelser mellan svensk hälso- och sjukvård och den i andra länder har fått ökande betydelse på senare år. Intresset fokuseras dels mot framgångsfaktorer generellt och dels mot vårdens resultat i termer av kvalitet och ekonomi. Eftersom framgång ofta är kontextuell, behövs en djupare förståelse genom systematisk beskrivning och analys av det vårdssystem man möter i en jämförelse, för att säkerställa att positiva exempel ska få genomslag inom den svenska hälso- och sjukvårdens förbättringsområden. Lärdomar från arbetet med rapporten visar tydligt att lära av andra hälso- och sjukvårdssystem är ett kunskapsområde i sig vilket är centralt för att vara del i en pågående internationalisering.

## Utmärkande för Intermountain Healthcare

- Det är ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem inom ett avgränsat geografiskt område, d v s organisationen är både försäkringsorganisation och vårdgivare inom primärvård och sjukhusvård. Det omgivande samhället präglas av en speciell kultur med relativt starkt utvecklat socialt sammanhang och solidaritetstänkande. Även om organisationen är non-profit, så måste arbetet bedrivas lika affärsmässigt som i en vinstdrivande vårdorganisation.
- Vårdkoncernen är verksam i det speciella marknadstänkande och den ekonomistyrning som präglar USA, men har trots detta en väl utvecklad balanserad styrning för de olika perspektiven i vården. Genom grundtanken att "inga ekonomiska beslut fattas utan att professionerna är med i rummet", säkerställer man en förankring vilken i sin tur ökar förståelsen för de beslut som fattas.

- Processperspektivet finns med som en central organisatorisk idé genom de kliniska huvudprocesserna, Clinical Programs, vilka leds och utvecklas av tvärprofessionella team. Motsvarande finns även för vårdens stödprocesser, och samtliga processer är tydligt målstyrda.
- Fyra principer kan anses vara vägledande för arbetet i hela vårdsystemet och ledningen strävar efter att konkretisera dessa tydligt genom arbets-sätt vilka stödjer principerna: patientfokus/kundfokus, ständig förbättring, evidensbaserad medicin och management, (EBM/M) samt system-syn.
- Patientfokus och kundfokus är centrala begrepp för den systematiska kvalitetsutveckling som genomsyrar hela denna vårdorganisation genom processororientering sedan många år. Begreppen är komplementära, och organisationens patientfokus rymmer både patientcentrering och personcentrering. Patientfokus finns på olika sätt med i samtliga mål-dimensioner för de kliniska processerna och för organisationen som helhet. Involvering av patienter och närstående är mycket viktiga delar i plattformen.
- Kundfokus är inte bara patienter utan dels mot alla intressenter internt i organisationen, främst i de s.k. stödprocesserna, men även en rad intres-senter utanför organisationen. En av måldimensionerna för organisa-tionen innebär att man ska vara en tydlig förebild som en framstående samhällsaktör.
- Den tillämpade vårdideologin vilken bygger på processororientering se-dan 1980-talet, vilket ger förklaringsmodellen att patienten hela tiden befinner sig i en matrisstruktur, som dels är den etablerade klinik- och organisationsstrukturen och dels är vårdprocessen. Patienten blir däri-genom huvudrollsinnehavare i båda dessa två dimensioner, vilka följs upp och redovisas. Detta ger en helhetssyn som innefattar både patient och organisation.
- Processororienteringen omfattar nu mer än 95 % av all vård i organisa-tionen genom 104 definierade processer uppdelade i fyra huvudgrupper: kliniska processer vilka utgörs av specifika diagnoser/diagnosgrupper (Clinical Programs), kliniska processer vilka inte är specifika för diag-noser/diagnosgrupper (kliniska stödprocesser), processer relaterade till service-kvalitet (patientens upplevande) och administrativa stödproces-ser.
- Vårdprocesserna samlas huvudsakligen under nio Clinical Programs (huvudprocesser) med liknande organisation och infrastruktur för ledning och utveckling. Den operativa ledningen och styrningen är genom delat ledarskap mellan läkare och sköterska och ett tvärprofessionellt samarbete i team präglar arbetet på samtliga nivåer i hela organisa-tionen.
- Mätning och målstyrning av all vård både i processerna och i klinik-strukturen är centrala framgångsfaktorer, liksom att analysera och åter-koppla alla resultat till organisationen. Samtidig mätning av både vård-resultat och ekonomiska resultat ger en samordning mellan verksam-hets-/kvalitetsstyrning och ekonomistyrning, vilken leder till en naturlig närhet mellan dessa båda styrningsperspektiv.

- Board Goals är de övergripande mål för organisationen vilka ledningen varje år sätter upp och som finns samtliga nivåer i organisationen. Måluppfyllelse är nödvändig för att hela den avtalade lönen ska utbetalas. Det finns dessutom ett antal mer specifika mål för olika delar av vården.
- Ständig förbättring bygger på ett rigoröst systematiskt arbete enligt principerna i Plan Do Study Act, vilket minimerar risken med införande av nya metoder. Clinical Programs är plattformen för förbättringskulturen, och bakgrunden är ett mångårigt utvecklingsarbete med patienten i centrum men med samma ingångar som i andra branscher, dvs. patientsäkerhet, variationer i resultat, volymer av patienter, risker, kostnader osv.
- Det finns en central kvalitetsavdelning (Institute for Healthcare Delivery and Research) som stöd och samtliga chefer ska ha genomgått ett väl utvecklat ledarskapsprogram för förändringsledning. Evidens och systematiskt lärande från dagliga möten mellan vårdens professioner och patienter samt närstående, ska tillsammans integreras och realiseras.
- Organisationen har en lång tradition av använda IT och IS i vården, vilket innebär dels en väl fungerande teknisk infrastruktur och dels en väl etablerad användning av IS för olika former av beslutstöd.
- EBM/M, evidensbaserad medicin och management, är grundläggande. Den starka patientfokuserade värdegrunden leder till att inget lämnas åt slumpen. Oavsett om ny kunskap tillförs genom internationellt ansedd forskning eller som idé av någon medarbetare, ska införandet testas rigoröst och effekter på vårdkvalitet och kostnad redovisas. Dessutom gäller på samtliga nivåer i organisationen att "inga ekonomiska beslut fattas utan att professionerna finns i rummet". Den alltid närvarande tvärprofessionella ansatsen, som här inte bara inbegriper vårdprofessioner utan i styr och ledningsarbetet leder till att oavsett vem som reser frågetecken kring resultat, så blir det ett gemensamt ansvar att aktivt söka kunskap.
- Systemsyn präglar organisationens samtliga övergripande strategier, och centrala värden i dessa ger ett långsiktigt perspektiv inte bara på vårdsystemet utan även dess samspel med omgivningen. Detta ger en sammanhängande helhet för värdegrund, ledning och styrning samt de mål som organisationen arbetar mot.

### **Lärande från Intermountain Healthcare ger principiella möjligheter för Sverige**

- Kvalitetsutveckling som bygger på generella managementprinciper om processorientering med fokus mot värdeskapande för patienten är fullt möjlig att omsätta i vårdpraktik.
- Systematiskt utvecklingsarbete med vårdprocesser som grund ger förutsättningar för standardisering av det som går att standardisera och frigör därmed utrymme för det som är svårare att standardisera.
- Verksamhetsstyrning av IS- och IT-utvecklingen med ett processperspektiv är fullt möjlig och ger då omfattande möjligheter till beslutstöd, men förutsätter långt tidsperspektiv och investeringar.



- Kvalitetsstyrning är det yttersta målet för kunskapsstyrning, men förutsätter en nära samordning med ekonomistyrningen. En faktabaserad helhetssyn leder till en sammanhållen balanserad styrning på alla organisatoriska nivåer.
- Väl utvecklad involvering av patient och närstående med både patientcentrering och personcentrering, kan med fördel ske inom ramen för generella managementprinciper.
- Alla chefer och ledare ska behärska förändringsledning och främja tvärprofessionellt och tvärdisciplinärt samarbete.

### **Exempel på hur lärande från Intermountain borde kunna göra konkret skillnad för Sverige**

- När begreppet process är ett av de vanligaste i styrande dokument på nationell nivå, men det verkliga genomslaget i vårdens vardag är svårt och går långsamt.
- När användning av Big Data från våra omfattande databaser och resultat från kvalitetsregister ska användas för att leda och styra vården i realtid.
- När det gränslösa samarbetet mellan primärvård och sjukhus är ett självklart mål i hela landet, men den marginella utvecklingen sker långsamt.
- I vidareutvecklingen av cancersjukvården genom den påbörjade samordningen och processorienteringen inom RCC (Regionala Cancercentra).
- När nationella programråd etableras (exempelvis diabetesrådet) för att säkerställa och utveckla vårdens kvalitet genom kunskapsstyrning.

# Inledning

## Bakgrund

I internationella jämförelser håller svensk hälso- och sjukvård en hög kvalitet med goda vårdresultat – till rimliga kostnader. Jämförelser genomförda av WHO, OECD och andra internationella organisationer vidimerar detta. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemets svagheter utpekats oftast inom tillgänglighetsområdet och vad gäller patientinflytande. Andra centrala förbättringsområden handlar om brister i samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen. Samverkan försvåras då information inte följer patientens väg genom systemet, oavsett var i det totala hälso- och sjukvårdssystemet patienten befinner sig. Brister i funktionalitet i informationssystemet inom samma sjukvårdshuvudman lyfts också fram som ett område som behöver förbättras.

Under de senaste åren har emellertid diskussionen i växande grad fokuserat på specifika delar av det svenska sjukvårdssystemet och dess behov av innovation och utveckling – det gäller skillnader i praxis mellan landstingen, strukturfrågor, och utvecklingen av ändamålsenliga styrnings- och ledningsformer för att vården framgent skall klara de växande utmaningarna.

En ökad internationalisering av hälso- och sjukvårdsfrågor gör det naturligt att studera andra framgångsrika hälso- och sjukvårdssystem. Att sedan ta hem exempel för implementering till Sverige, kan vara ett stort steg, vilket förutsätter fördjupad kunskap om dessa andra system. Denna rapport vill förmedla sådan kunskap gällande en organisation som i ökande utsträckning omnämns i internationella utblickar.

## Syfte med och upplägg av rapporten

Rapporten ”Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård” (Calltorp och Maathz, 2009) beskriver och analyserar lärdomar från ett antal internationellt erkända och högpresterande sjukvårdssystem. Intermountain Healthcare<sup>1</sup> i Utah har väckt intresse i Sverige som en representant för denna grupp av avancerade och med vanligt använda mått högpresterande vårdssystem. Intermountain täcker ungefär hälften av Utahs 2,4 miljoner invå-

---

<sup>1</sup> Intermountain Healthcare benämns i dagligt tal ofta ”Intermountain”

nare, och har en starkt sammanhållen och integrerad karaktär trots att de konkreta vårdgivarna till cirka hälften är privata utförare. Vårdsystemet har framförallt utvecklat modeller för kunskapsstyrning, kvalitetsstyrning och processutveckling och är allmänt erkända för sitt sätt att beskriva mål, mäta och följa upp resultat samt återkoppla dessa resultat som central styrningsinformation inom vårdsystemet. Man har konkret utvecklat det som numera ofta kallas ”värdebaserad” styrning av vården. Intermountain har rönt allt större uppmärksamhet i USA och under de senaste 10 åren rankats som ett av de 5 bästa integrerade USA-systemen.

Syftet med rapporten är att beskriva generella drag i organisering, principer, arbetssätt och metoder för kvalitetsstyrning inom Intermountain Healthcare. En central aspekt är att detta relaterar till och kan berika den pågående svenska utvecklingen av kunskaps-/kvalitetsstyrning av vården.

## Att lära av högpresterande system

Innan vi närmar oss det arbete som Intermountain Healthcare bedriver vill vi klargöra hur vi ser på möjligheterna och begränsningarna för att lära från andra verksamheter. En viktig inspirationskälla för utveckling och innovation är och har under lång tid i olika branscher varit lärande från högpresterande system. Ett exempel på en verksamhet som fått stort genomslag är Toyota Production System (TPS), något som av amerikanska forskare har döpts till Lean Production. Principer, angreppssätt och metoder som kopplas samman med TPS har fått genomslag världen över inom flera branscher och bidragit till inspiration för utveckling. Såväl erfarenheter som forskning visar att det finns goda möjligheter att lära från s.k. högpresterande system, men också att det finns fallgropar och hinder. Att imitera visar sig inte vara en framgångsrik strategi. En första utgångspunkt är att man måste utgå från den egna branschens och verksamhetens behov och förutsättningar. Det handlar om att översätta idéer till den egna verksamhetens logik i en läroprocess. Det kan göras t.ex. genom att man tar valda delar som kan stärka den egna förmågan eller att man ”smälter om” idéerna så att de skraddarsys. Det bekanta måste möta det nya. Likt utvecklingen av TPS behöver lärande av högpresterande system initialt analysera vilka centrala värderingar och principer som styr organisationens strategier och aktiviteter. Dessa värderingar kan se olika ut för olika branscher och det är viktigt att medvetandegöra dessa. Utifrån en sådan analys utvecklas verktyg och metoder för att åstadkomma organisationens mål. Metoder och verktyg kopplar därför ihop värderingar och principer med hur organisationen drivs. Följaktligen föreligger det alltid en risk i att imitera metoder och verktyg utan att förstå den ideologiska överbyggnaden. Sådan typ av utvecklingsarbete har låg hållbarhet och riskerar hela tiden ”hoppa på” nya trender.

## Centrala utmaningar i vårdsystem

Vilka är då de centrala utmaningar som föreliggande rapport riktar in sig på? Vi utgår från två områden som ringar in de problem som Intermountain Healthcare svarar upp mot – och som därmed gör arbetet relevant i en svensk vårdkontext.

De två områdena handlar om förståelse om patienternas processer och att skapa vård av hög kvalitet

## Utveckling av patienternas processer och kunskapsstyrning

Väl fungerande vårdprocesser mellan såväl specialiteter som mellan huvudmän krävs för att tillfredsställa stora behovsgruppers växande krav på god vård. Hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför totalt sett utvecklas såväl medicinskt som ändamålsenligt i samspel med organisation, ledning, styrning och utvärdering. Pågående initiativ av mångfald av vårdgivare liksom den ökande tyngdpunkten på utvärderings- och ledningsmetoder som utgår från nya paradigmer accentuerar detta. Internationalisering gör fördjupat systematiskt lärande i förhållande till andra sjukvårdssystem angeläget. Nya grepp och metoder i detta lärande behövs för att svensk debatt, men också för att det konkreta vårdarbetet, skall få bästa inspiration och impulser till utveckling. För svensk hälso- och sjukvård finns ett betydande intresse att systematiskt både belysa styrkor och svagheter/utvecklingsområden i svensk hälso- och sjukvård och andra högpresterande hälso- och sjukvårdssystem. Genom systematisk beskrivning och analys kan man bättre jämföra vård, stödfunktioner samt ledning och styrning och därmed öka förutsättningarna för bra implementering av framgångsrika exempel.

## Hög kvalitet och kunskapsstyrning

Högkvalitativ vård handlar om att ge vård enligt evidens och beprövad erfarenhet som kopplas till mått som fångar outcome, dvs. patienternas resultat i dimensioner som livskvalitet, upplevd kvalitet, medicinsk kvalitet och kostnadseffektivitet. Det innebär att det idag ges behandlingar som inte stöds av evidens. Eftersom uppföljningssystemen har stora fördröjningar i när data kan analyseras blir återföringen till vårdutövaren svår att åstadkomma, om syftet är att minska variationen i hur vård bör ges. Därför tillfredsställer vi inte idag patienternas behov av adekvat vård, på ett sätt som är möjligt. Adekvata uppföljningssystem bör också mer fånga slutresultatet, dvs., vilket värde patienten fått under sin tid i systemet.

Att ge vård enligt dessa principer handlar ytterst om anpassning efter lokala förhållanden och hur följsamhet skapas samtidigt som utrymme finns för att skapa ny evidens. För att skapa ny evidens, krävs ett informationssystem som kan ge god analys av utdata som kan visa på effekter av gjorda interventioner, vilka också kan tåla peer review- granskning (dvs. kollegial granskning).

Variation i hur vård ges är inte bara en fråga om varierande patientresultat. Det handlar också om ekonomisk effektivitet. Stor variation i hur vård ges innebär exempelvis olikheter i ledtider, undersökningskostnader, labbkostnader, operationsmaterial osv. Att minska variationen i hur vårdens professioner gör som de gör, leder inte bara till säkrare vård och bättre kvalitet. Det finns en ekonomisk aspekt också. Således ger högkvalitativ vård också ekonomisk effektivitet.

Att bygga ett hälso- och sjukvårdssystem utifrån principer som handlar om att ge vård efter evidens och att minska variation i hur vården utförs vilar på en långsiktig strategi. En långsiktig strategi är helt central också för att möjliggöra stora och nödvändiga investeringar i såväl utbudsstruktur och IT-system. Att göra robusta och samtidiga beräkningar av hemtagning (ROI, Return of Investment) både i vårdkvalitet och vårdkostnad är en framgångsfaktor.

## Upplägg av rapporten

Mot bakgrund av de ovan nämnda problemställningarna, menar vi att Intermountain Healthcare är en förebild genom en kontinuerlig strävan efter hög kvalitet genom processorientering. Nyckeln är att ett sådant arbete måste organiseras fram, att detta får ta tid och att det finns ett aktivt ägarskap i utvecklingsfrågorna. I rapporten framställs organisationens arbete med styrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling. Vi gör detta genom att först ge en översikt om Intermountain och dess status i det amerikanska systemet. Därefter beskrivs centrala principer i Intermountains modell, där speciellt fokus ligger på fyra identifierade områden: kundfokus/patientfokus, ständiga förbättringar, EBM/M och systemsyn. Avslutningsvis diskuteras några lärandemöjligheter från det studerade systemet.

# Intermountain Healthcare – en översikt

## Hög kvalitet till låg kostnad

Intermountain Healthcare är ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem i delstaten Utah, vilket innebär att man är både försäkringsorganisation och samlad vårdgivare inom primärvård och sjukhus. Organisationen vilar på en strategisk målsättning om hur sjukvård ska erbjudas vårdtagare i delstaten Utah. Intermountain var tidigare ett utspritt system (flera delstater), men har med tiden konsoliderats i Utah och är att betrakta som ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem som erbjuder primär, sekundär och tertiärsjukvård. Systemet omfattar 23 sjukhus och 160 kliniker och erbjuder såväl tertiär vård på universitetssjukhusnivå som lokalt/ruralt vårdutbud. Vidare är Intermountain en nonprofit organisation som styrs av en oavlönad styrelse.

Intermountain Healthcare skiljer ut sig som vårdföretag i USA på många sätt. Intermountain's strategiska avsikt tar sikte på att organisationen utvecklat ett ”delstatligt sjukvårdssystem” i Utah. Denna delstat präglas av den speciella kulturen som gör att ett gemensamt socialt sammanhang och solidaritetstänkande är starkare utvecklat än på andra håll.

Det denna vårdorganisation har lyckats med är kombinationen av att leverera vård av god kvalitet till, för amerikanska förhållanden, en låg kostnad. Barack Obama lyfte i tal fram Intermountain Healthcare som ett av de främsta exemplen på god sjukvård:

*”We have to ask why places like the Geisinger Health system in rural Pennsylvania, Intermountain Health in Salt Lake City/.../can offer high quality care at a cost below average, but other places in America can't. We need to identify the best practices across the country, learn from success, and replicate that success elsewhere”. Barack Obama (2011)*

Källa: [www.whitehouse.gov](http://www.whitehouse.gov)

För att kunna leverera detta har investeringar systematiskt gjorts i både IT-infrastruktur och i organisation samt inte minst i avancerad utbildning i management och förbättringsmetoder. Processperspektivet har legat som central organisatorisk idé.

Visserligen arbetar Intermountain Healthcare i den amerikanska sjukvårdskontexten (starkare tonvikt på viss typ av ekonomistyrning och marknadstänkande), men det är väl belagt att systemet har nått längre än de flesta andra vårdssystem i att integrera olika centrala perspektiv i vårdens ledning, styrning och utvärdering. Det gäller de kliniska medicinska och professionella perspektiven, de resursmässiga och administrativa perspektiven samt inte minst definition, mätning och uppföljning av kvalitet som en central faktor. Detta är områden där svensk sjukvård har höga ambitioner – och också behov av såväl konkret inspiration som jämförelser.

Ett sätt att bedöma prestationer för ett system är att analysera dess prestation i jämförelse med andra system inom samma makrosystem. Denna typ av jämförelser genomförs med olika teman med stor regelbundenhet i USA.

### Nationell ranking – Intermountain Healthcare är bäst på vad?

Det finns olika sätt att förhålla sig till beskrivningar om vilka system i USA som är högpresterande eller ej. Nationella rankingar görs på olika sätt med olika fokus. Exempelvis kan vårdkonsumenter orientera sig i erbjudanden från försäkringsbolag eller integrerade system vilka tillhandahålls av bl.a. federal nivå via Medicare.

Det finns också forskningsinstitut och företag som tar fram data och sammanställer data i syfte att illustrera variation på såväl folkhälsostatus, vissa kliniska resultat som ekonomiska parametrar. En i USA uppmärksammas årligen återkommande ranking, är den som publiceras i Modern Healthcare Magazine. Jämförelsen utgår från ett antal parametrar och som sammanställs av IMS Health/SDI Medical och gäller de integrerade systemen. De parametrar som vägs in är:

- Vårdkvalitet (process- eller resultatmått)
- Patientsäkerhet eller reduktion av vårdskador
- Effektivitet eller vårdkostnad
- Resursförbrukning
- Patientnöjdhet eller erfarenheter från vården
- Klinisk tillämpning av IS/IT (elektroniska journaler, e-recept, e-lab etc.)
- Administrativ kapacitet, för exempelvis skadeanspråk
- Tillgänglighet för anslutna/försäkringstagare (endast läkare)
- Patient-centrerad vård (endast läkare)
- Samhällsservice (endast sjukhus)
- Användning av kvalitetsregister och liknande (endast sjukhus)

År 2012 placerade sig Intermountain Healthcare på tredje plats och har legat bland de sex bästa de senaste tolv åren i redovisningen från IMS Health/SMI Medical:

Rank	Final Score	IHN name
1	94.44	St Johns Health System Springfield MO
2	93.79	Geisinger Health System Danville PA
3	93.70	Intermountain Healthcare Salt Lake City UT

Källa: [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)

## Data från Dartmouth Atlas Project

Under drygt 20 år har Dartmouth Atlas Project (DAP) bidragit med såväl sammanställningar som forskning, vilka på olika sätt belyser olikheter i hur vård ges och kostar. Flera av de referenser som forskare och amerikanska politiker lutar sig mot när system som Intermountain Healthcare eller Geisinger diskuteras kommer ur rapporter, artiklar eller benchmarking producerade av DAP.

DAP utgår från en geografisk indelning. En poäng med att titta på just Intermountain Healthcare är att denna organisation sedan tidigare valt att koncentrera sin verksamhet till framförallt Utah. Andra högpresterande integrerade sjukvårdsorganisationer, som Kaiser Permanente, är etablerade i flera delstater.

Intermountain Healthcare är både en finansiär och en producent av hälso- och sjukvård, som dessutom koncentrerat sin verksamhet geografiskt. Det finns därmed en övergripande strukturell likhet med ett landsting/region i Sverige. Dock går det inte att helt likställa resultat från Utah med resultat från Intermountain, då Utahs resultat utgår från hela befolkningen och Intermountains omfattar de personer som antingen är medlemmar eller blivit vårdkonsumenter i Intermountain Healthcare. Det kan finnas en kausalitet mellan Utahs resultat och vårdorganisationens systematiska kvalitetsarbete.

DAP ger en övergripande makrobild över flera viktiga indikatorer. Ur en DAP-rapport kan det noteras följande:

*“How much could Medicare save? Given the strong national reputations enjoyed by such organized practices as the Mayo Clinic and Intermountain Healthcare, and the objective evidence that they deliver more efficient, higher quality care, it seems reasonable to use these systems as benchmarks for the rest of the country. Were all providers in the country to achieve the same level of efficiency for inpatient spending on supply-sensitive care, we estimate a 28 percent reduction in hospital spending under a Mayo benchmark and a 43 percent reduction under an Intermountain benchmark.”*

Källa: [www.dartmouthatlas.org](http://www.dartmouthatlas.org)

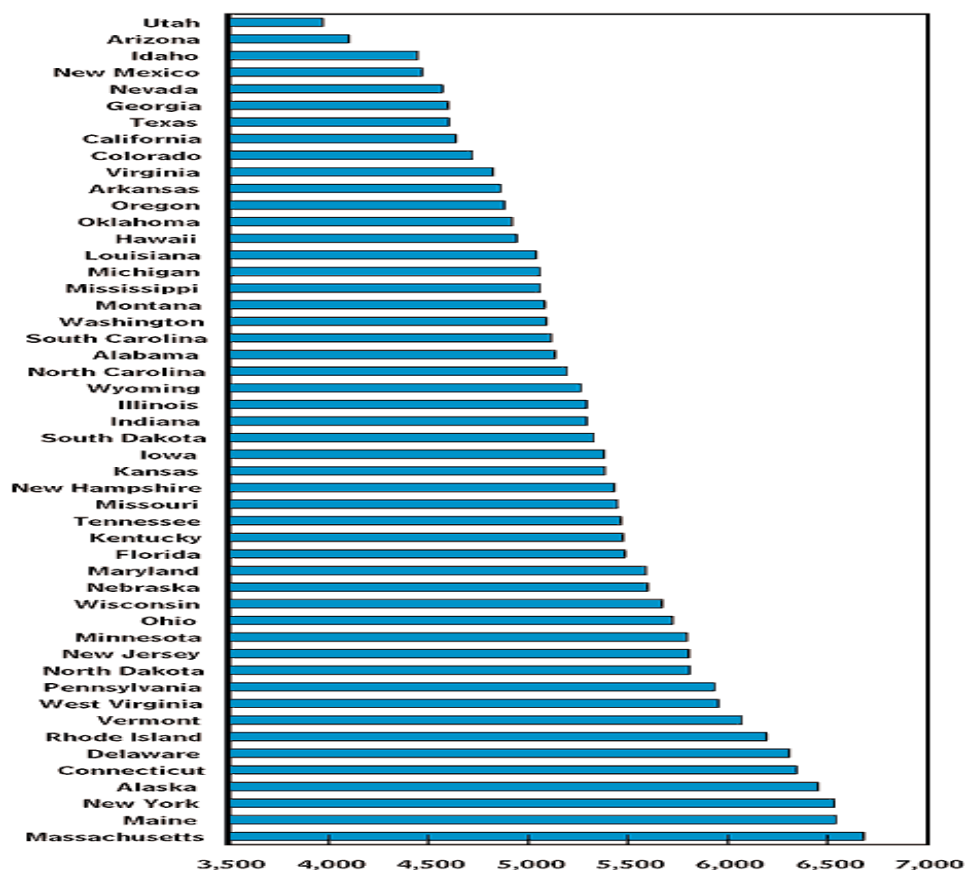


## Kostnadsdata från data från Center for Medicare och Center for Medicaid Services

Kostnader för hälso- och sjukvård som andel av BNP är jämförelsevis hög i USA. Mellan USAs delstater finns det en betydande variation i utgifter per capita. I en sammanställning som gjordes till kongressen kan man konstatera att variationen i utgifterna per capita låg mellan \$4000 i Utah och \$ 6.700 i Massachusetts.

Figur 1

Jämförelse av sjukvårdskostnad per capita mellan delstaterna i USA.



Källa: Congressional Budget Office based on data from the Centers for Medicare and Medicaid Services (2012)

## Utmärkelser

Ytterligare ett sätt att notera framgång för en organisation kan vara via branschspecifika utmärkelser. Intermountain Healthcare har tilldelats flera prestigefulla utmärkelser över åren.

Intermountains produktionsdel, Intermountain Healthcare Services, har uppmärksammats med flera utmärkelser, exempelvis Healthcare Forum's Witt Award 1991 samt NCQHC Quality Care Award 1996.

Det är värt att nämna att doktor Brent James, den drivande kraften inom Intermountain's specifika kvalitets- och processarbete, 2011 tilldelats The Deming Prize från Columbia University tillsammans med Fiat-Chryslerchefen Sergio Marchione. Doktor James uppfattas av många vara den som tydligast och mest systematiskt utvecklade idéerna om processtyrning och kvalitetsutveckling just inom sjukvården.

# Utmärkande drag för styrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling

## Intermountains arbete – en översikt

Den huvudsakliga fråga som ställs i föreliggande avsnitt är hur Intermountain Healthcare organiserar styrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling. I kapitlet lyfter vi fram utmärkande drag i Intermountain's organisation genom att utgå från centrala principer för verksamheten. Principerna kan ses som grundläggande värden och något som man strävar att följa. Identifiering av principerna är naturligtvis ett analys- och tolkningsarbete. Det innebär också att andra aspekter tonas ner eller helt utelämnas. Vi har i urvalet av principer betonat dem som knyter an till de inledande utgångspunkterna om processperspektivet, kunskapsstyrning och EBM. Det är också principer som vi bedömer har relevans att diskuteras i en svensk hälso- och sjukvårdskontext.

De principer som vi lyfter fram är:

- Patientfokus
- Ständig förbättring
- EBM/M
- Systemsyn

Ett vanligt förekommande problem i organisationer är att de principer som identifieras och anammas av ledningen inte sällan stannar på principnivån. En intressant aspekt av Intermountain's strävan är att man konkretiserar principerna på ett tydligt sätt. Det sker genom att skapa kopplingar mellan principerna och mer konkreta aspekter. Varje princip realiserar genom en uppsättning arbetsätt - aktiviteter som stödjer principen. Arbetsätten stöds sedan i sin tur av olika metoder. Dessa tekniker är mer konkreta och definierade steg-för-steg metoder som på ett handfast sätt gör praktiker mer effektiva. Genom att bryta ner principerna till praktiskt tillämpbara aktiviteter och metoder så blir det möjligt att organisera och utveckla det kliniska arbetet. Här får vi med andra ord en naturlig länk mellan strävan på systemnivå och vad som faktiskt behöver göras i den

kliniska praktiken. Ett enkelt exempel illustrerar relationer mellan principer, arbetssätt och metoder:

Ständiga förbättringar (princip)=>Processanalys av vården (praktik)=> Care Process Models (metod) som utgör modell i olika vårdprocesser

I nedanstående tabell visas centrala element i Intermountain's strategi för styrning, kvalitetssäkring och utveckling.

**Tabell 1**

Identifierade element i strategin för Intermountain Healthcare avseende styrning, kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring.

	Patientfokus	Ständig förbättring	EBM/M	Systemsyn
Principer	Fokus på utveckling och etablering av vårdprocesser som ger värde för patienten	Infrastruktur där evidens realiserar, modifieras och integreras i kliniskt arbete	Beslutsfattande baserat på data och forskningsbaserad kunskap	Tydligt ägarskap i styr- och utvecklingsarbetet med utvecklade lärandeloopar i hela systemet. QI och Management integrerade
Praktiker	Clinical Programs Målarbete Integration mellan kvalitetsstyrning och ekonomistyrning Shared Decision-making Målstyrningsarbete	Klinisk forskning för att utveckla verksamheten Prioriteringar av områden genom aktivt ägarskap ATP Processanalyser	Data management Learning days Institute for Healthcare Delivery Research	CP och teamen Board Goal process Verksamhetsstyrd IS/IT utveckling
Metoder	Processkartläggningar Board Goals CPI +1% Kliniska informationssystem	Performance feedback systems (process och resultat) Prioriteringsmodeller Shared Baselines	Shared Baselines Visualisera variation -Statistical Process Control	Dashboard Uppföljning on-line Förbättringsteam Standardprotokoll

I nedanstående avsnitt beskrivs varje princip och tillhörande angreppssätt utförligt men vi vill också inledningsvis nämna några ord om problemen att beskriva styrning och kvalitetsutveckling i ett vårdssystem på ett nyanserat och relevant sätt. Naturligtvis finns det variationer i hur man arbetar med dessa frågor på Intermountain Healthcare. Tillämpningar i praktiken varierar och vi är väl medvetna om att vissa vårdgivare inom Intermountain's organisation kanske inte skulle lyfta fram de organisationsprinciper som vi beskriver. Här ligger naturligtvis en svårighet. Organisationer är generellt sett mer mångfacetterade, och konfliktfyllda än vad som ofta framställs och beskrivningar tenderar att undvika

de ofta förekommande motsättningar som finns mellan olika aktörer och perspektiv. Denna problematik gäller naturligtvis också Intermountain och det måste understrykas. I beskrivningen strävar vi dock efter att lyfta fram generella mönster och strukturer i organisationen. Det gör vi genom att beskriva strukturer och former som framställs av olika ledande aktörer för vårdssystemet. Vi har också strävat efter att exemplifiera och belysa med praktiska tillämpningar de principer som vi lyfter fram. Därmed inte sagt att vi bedömer att hela vårdssystemet agerar utifrån dessa på ett rationellt och likriktat sätt. Andra mekanismer är förstås också viktiga för att förstå hur styrning och utveckling blir till i praktiken. En presentation är därför begränsad och som en ledande forskare beskrev det: ”a way of seeing is a way of not seeing”.

Vi inleder nu vår framställning med att beskriva hur Intermountain Healthcare ser på begreppet kundfokus och dess olika innebörder i det system som tillgodoser vård för många medborgare i och omkring delstaten Utah.

## **Kundfokus**

*Vision för Intermountain Healthcare: “The right care for every patient every time”*

### **Definitioner generellt**

Begreppen kund och kundfokus är centrala i de metoder och verktyg för processutveckling och kvalitetsutveckling vilka tillförts hälso- och sjukvården från industrin och andra delar av tjänstesektorn. För hälso- och sjukvården har de kundrelaterade begreppen relativt omgående ersatts med begreppen patient och patientfokus, eftersom utvecklingsarbetet ofta sätter vårdens huvudprocesser i förgrunden. För stödfunktioner (dvs. stödprocesser) i vården behöver dock begreppet kund användas på samma sätt som i alla branscher när man avser att någon är beställare av en tjänst från någon annan (exempelvis labanalyser, röntgen, transport).

Begreppet patientfokus kan ses som en direkt översättning av begreppet kundfokus, men här till används även i ökande utsträckning begreppet patientens fokus för att återspegla patientens perspektiv på vården. Många anser att de två begreppen är nödvändigt komplementära och användningen följer parallellt med en ökande utveckling av forskningsområdena personcentrerad respektive patientcentrerad vård.

### **Begreppen inom Intermountain Healthcare**

Eftersom Intermountain Healthcare under så många år har arbetat med processorientering, så är begreppet patientfokus självklart i vårdens processer och begreppet kundfokus lika självklart för stödprocesserna. Det innebär att processorienteringen huvudsakligen utgår från diagnoser eller symptom eller grupper av dessa. För ledningsprocesserna förekommer båda begreppen, beroende på sammanhang. Utvecklingen av patientfokus och kundfokus har övergått till att allt tydligare göra patienterna och dess närstående till en del av värdeskapandet i processerna genom s.k. ”shared accountability”. Genom detta grundläggande

förhållningssätt skapas både välinformerade beslut och involvering i besluten. Utvecklingen av processarbetet tillsammans med patienter och närstående är en viktig utveckling inom framförallt primärvården och psykiatrin. Patient och kund har därmed som begrepp vidgats i sin betydelse. Vidare, Intermountain Healthcare lägger också stor vikt vid att vara en legitim samhällsaktör där medarbetare och chefer inom organisationen aktivt förväntas göra insatser för samhället. Dessa aktiviteter mäts med samma noggrannhet såväl i Board Goals som i de rent kliniska målen.

Ett mångårigt kvalitetsarbete med processorienteringen som grund, gör att användningen av olika styrningsbegrepp är självklar och odramatisk samt utan djupare motsatsförhållande. Ett skäl kan vara att den väl utvecklade integrationen mellan verksamhetsstyrning/kvalitetsstyrning och ekonomistyrning bygger på att man hela tiden utgår från vem vården ytterst självklart är till för, men att det finns en påtaglig närhet till ekonomiska beräkningar. Därigenom arbetar man hela tiden med fakta från båda perspektiven som grund för beslut.

## Patientfokus

Strukturen för vårdens samlade huvudprocesser bygger på totalt nio Clinical Programs, vilka i sin tur är uppdelade i ett antal huvudprocesser, Care Process Models (CPM) (se vidare under avsnitt Techniques Customer Focus). I de övergripande målen för Clinical Programs anges att man skall säkerställa patientcentrerade resultat. Av de sex måldimensionerna kan patientinvolvering till största delen återfinnas i Service Excellence, Employee Engagement samt Physician Engagement, men finns självklart inbäddade även i resterande tre (Clinical Excellence, Operational Effectiveness, Community Stewardship). Det yttersta målet är att förbättra vårdens kvalitet genom att utveckla kvalitetsförbättring som proaktivt och beständigt stödjer klinisk best practice och service.

I beskrivningen av organisationskulturen är patientens engagemang av central betydelse, och målsättningen är tydlig med att uppnå excellence både i den medicinska vården och i omhändertagandet. Verktyg och modeller för detta är många, men några exempel är:

- Utbildningsmaterial för patienter är ett uppdrag till alla utvecklingsteam och lika självklart som att ta fram utbildningsmaterial för sjukvårdspersonal
- Begreppet "shared decision-making" är mycket väl etablerat för att patienten skall dela beslutet om vården
- Patientnöjdheten kartläggs inom Intermountain's alla kliniska program. Genom att vårdprocesserna är standardiserade kan man efterfråga patientens synpunkter på samtliga yrkesgrupper var för sig liksom för helheten av omhändertagande
- Patientnöjdhet finns med i underlaget för nationell benchmarking
- Patientnöjdheten kartläggs även av patientens försäkringsbolag
- Intermountain utbildar både chefer och medarbetare för att säkerställa förutsättningarna för patientfokus/kundfokus liksom att teamarbetet kring patienten fungerar optimalt

- Inom preventionsområdet finns programmet LiVe Well vilket fokuserar mot att med hjälp av internet utbilda och informera patienten om åtgärder för god hälsa inom flera områden.

Intermountain Healthcare beskriver sin ambition att uppnå "Extraordinary Care" genom de sex måldimensionerna, vilka ska hjälpa hela organisationen och alla medarbetare att fokusera mot patienten. Måldimensionerna utgör basen i all redovisning på alla nivåer i organisationen och hela koncernens årsredovisning bygger på dessa dimensioner. Härtill kommer att man i en rad sammanhang tydligt uttrycker att det mesta av det man gör, som lärande, investeringar med mera, ytterst är till för patienten (dvs. även sådant som av oss inte direkt förknippas med patientnytta). Den sammantagna bilden blir för en utomstående att organisationen har en tydlig värdegrund.

Helhetssynen på människan och patienten är så självklar bland chefer/ledare och medarbetare inom vårdkoncernen och i det omgivande samhället, att man tar ett starkt patientfokus för givet.

Fördelarna med denna självklarhet är uppenbara eftersom man i organisationen inte får det ifrågasättande av "mission, vision and values" som kan vara vanlig i andra hälso- och sjukvårdssystem. Möjliga nackdelar kan noteras, eftersom det ifrågasättande och den nyfikenhet som präglar ett vetenskapligt förhållningssätt ofta generar hypoteser som grund för forskning, delvis riskerar sättas ur spel. Speciellt viktigt kan detta vara inom de framväxande områdena personcentrerad respektive patientcentrerad vård, vilka i dagsläget till stora delar saknar vetenskaplig utvärdering i ett vidare systemperspektiv.

## Teambaserat patientfokus

Hälso- och sjukvård är en av samhällets mest komplexa kunskapsorganisationer och beroende av att man på rätt sätt använder och sammanfogar tvärprofessionell och tvärdisciplinär kompetens. Den relativt väl utvecklade processorienteringen inom Intermountain Healthcare ligger till grund för en robust grundtanke om team vilka är sammansatta av de kompetenser som behövs för att genomföra och utveckla processen, det vill säga i huvudsak de som har en roll i arbetet för patienten. Men det finns även en grundtanke om att dessa team har en tydlig ledning med ansvar och befogenheter.

En fördel med de teambildningar som präglar arbetet med vårdprocesser inom Intermountain är att olika professioner bär med sig något olika grundsyn på patientfokus, och genom gruppdynamiken i ett team kan dessa olika perspektiv komplettera varandra till en bättre helhet än när en profession eller en disciplin dominerar ett team.

## Kundfokus

Genom att vårdkoncernen Intermountain Healthcare representerar ett integrerat sjukvårdssystem kommer det att finnas en rad olika kundfokus riktade mot de olika intressenter som finns inom och utanför organisationen. Även om man är

en nonprofit-organisation, så måste arbetet bedrivas lika affärsmässigt som i en vinstdrivande vårdorganisation.

Exempel på olika externa kundperspektiv som är tydligt identifierade och definierade är:

*Delstaten Utah:* Genom avtal med delstaten har Intermountain även ett visst geografiskt ansvar för hälso- och sjukvård.

*Salt Lake City:* Vårdsystemet har åtagit sig att bidra till att minska kostnadsutvecklingen till CPI (Consumer Price Index) +1 % eftersom de höga kostnaderna för hälso- och sjukvården är viktiga faktorer för inflation.

*Oförsäkrade patienter:* Intermountain levererar varje år vård till många patienter vilka helt eller delvis saknar betalningsförmåga, och denna vård täcks av "vinsten" i nonprofit-organisationen.

*Andra försäkringsbolag:* Vårdkoncernen har avtal även med andra försäkringsorganisationer än den egna.

*Huntsman University Hospital:* Intermountain täcker stora delar av högspecialiserad vård, men inte alla delar. Inom flera områden har man samarbetsavtal med universitetssjukhuset för att säkerställa ett komplett vårdutbud.

## Latter Day Saints och Intermountain Healthcare

Genom att Intermountain Healthcare bygger på de sjukhus som ursprungligen tillhörde LDS, The Church of Jesus Christ of Latter Day Saints, finns en indirekt och direkt koppling dit. Kyrkans starka ställning i samhället är sannolikt av mycket stor betydelse för att vårdsystemet kan utvecklas på det sätt som sker genom en brett förankrad samsyn. Värdegrunden har ovan nämnts som en central del, men även betydelsen av socialt stöd och acceptans för social kontroll är viktiga. Möjligen har en sådan acceptans betydelse för möjligheten att i en vårdorganisation bygga upp stora databaser och sedan använda data både för patientgrupper och för enskilda patienter. En viktig hörnsten för arbetet med att utveckla vården är den långa traditionen av att registrera och mäta resultat av vården samt att aktivt använda detta i utvecklingen. Ytterligare viktig faktor är en grundsyn på god ekonomisk hushållning, även om hälso- och sjukvård samt omsorg drivs enligt affärsmässiga principer.

Ytterligare kopplingar är mer indirekta. En stor del av nyckelpersonerna inom vårdkoncernen är aktiva i LDS, liksom en stor del av tjänstemän och politiker i ledande ställning i samhället. Ett konkret exempel är att en dominerande del av småföretagarna är aktiva i kyrkan, och dessa företag står för cirka 70 % av arbetstillfällena i Salt Lake City. Åtagandet för Intermountain att bromsa kostnadsutvecklingen för vården till CPI +1% bygger till stor del på en bred samsyn i ett samhälle med relativt stor närhet mellan välfärdsfunktionerna och kyrkan.



## Angreppssätt för att skapa patientfokus

### **Tillämpad vårdideologi**

Den vårdideologi som är plattform för arbetet inom Intermountain Healthcare bygger på en robust värdegrund och att patienten befinner sig i en matrisstruktur, som dels består av den konventionella strukturen av resurs- och funktionsorganisation (huvudsakligen kliniker) och dels av vårdprocesser som definieras genom Care Process Models. Genom synsättet att alla vårdgivare alltid måste förhålla sig till dessa två dimensioner, kommer patientens roll som vårdens huvudrollsinnehavare i två tydliga dimensioner att vara betydligt starkare än i en konventionell vårdstruktur med endast en dimension, dvs. den hierarkiska nivåstrukturerade resurs- och funktionsorganisationen. Den grundläggande vårdideologin gör att vårdens resultat avseende kvalitet och kostnad alltid skall mätas och målstyras i matrisstrukturens båda dimensioner. Kunskapsstyrningen och kvalitetsstyrningen sker dock huvudsakligen i processerna, genom vårdprogram och riktlinjer samt uppföljning. Sammantaget ger detta en tillämpad vårdideologi med helhetssyn både på patient och på organisation.

### **Processorieringens utveckling inom Intermountain Healthcare**

I mitten av 1980-talet började man studera variationer i handläggningen av enskilda och grupper av patienter liksom i utfallet av vårdresultat, och inledningsvis fokuserade man mot totalt sex behandlingar vilka genomfördes i relativt stora volymer. Dessa grupper var självklara eftersom det var stora grupper patienter vilka representerade stora volymer av vård. En mycket detaljerad kartläggning gjordes med journalgenomgångar för sjukdomsgradering, kartläggning av annan samtidig morbiditet, komplikationer, med mera. Man gjorde även mycket noggrann kartläggning av typbehandlingarna liksom hur de olika läkarna valde att handlägga sina patienter. Även om vårdresultaten var så lika att det oftast inte gick att rangordna läkarna, så fanns stora skillnader i hur man valde att behandla och därmed kostnaden för vården, där den dyraste handläggningen kunde kosta mer än 5 gånger mer än den billigaste. Detta ledde fram till identifiering och definiering av processer och sedan ledde processutvecklingen successivt till att variationerna minskade, kvaliteten på vården förbättrades och kostnaderna minskade.

För andra grupper av patienter krävdes ett relativt omfattande inledande utredningsarbete för att identifiera och definiera det som successivt kom att utvecklas till etablerade vårdprocesser. Ytterligare en variant var de patientgrupper som uppmärksammades genom kliniska iakttagelser hos enskilda medarbetare i vården och ledde till systematisk utvärdering och senare formulering av vårdprocesser.

Av central betydelse för utvecklingsarbetet var från start den samordnade användningen av datajournaler och databaser med innehåll av både vårdresultat och ekonomiska resultat. På 1960-talet var Intermountain Healthcare den första vårdgivare i USA som påbörjade utveckling och implementering av digitala beslutstöd och journaler, och denna utveckling har sedan fortsatt både i samarbete med externa leverantörer och som rent interna FoU-projekt.

Nyckelprocesserna vilka utgör mer än 90 % av all vård inom koncernen indelas i fyra huvudgrupper: kliniska processer vilka utgörs av specifika diagnoser/diagnosgrupper (Clinical Programs), kliniska processer vilka inte är specifika för diagnoser/diagnosgrupper (kliniska stödprocesser), processer relaterade till service-kvalitet (patientens upplevelse) och administrativa stödprocesser. Clinical Programs är nio huvudprocesser med liknande organisation och infrastruktur för ledning och utvecklingsteam (hjärta-kärl, onkologi, kvinnor och nyfödda, primärvård, intensivvård, kirurgiska specialiteter, pediatrik, psykisk hälsa, neuro-muskulo-skeletal). Dessa program utgör inte endast grunden för organisationens systematiska förbättringsarbete genom processutveckling, utan är även den tydliga plattformen för den vårdideologi som bygger på mätning och målstyrning samt kunskapsstyrning i minst två dimensioner, det vill säga både för processen och patientens väg genom vården, och för organisationen i termer av klinik, avdelning osv.

Tidsperspektivet med ett långsiktigt hållbart förhållningssätt har varit en central framgångsfaktor, men frågan är om detta var en självklarhet från start eller har visat sig under resans gång i en organisationskultur där förankring av vision och mål underlättas av gemensam värdegrund.

### **En tredje dimension i matrisstrukturen?**

Såväl implementering av ny kunskap utifrån som utveckling av vården genom det interna arbetet, bygger på ett rigoröst systematiskt arbete enligt principerna i PDSA (plan, do, study, act). Genom detta arbetssätt kommer riskhanteringen att minimeras, såväl ur ett patientperspektiv som ur ett organisationsperspektiv. Sättet att implementera är detsamma oavsett om det handlar om nya medicinska rön från de främsta i världen, eller mer småskaliga idéer framtagna av enskilda medarbetare kring patienten i vårdens vardag. Arbetssättet har funnits i många år, och kastar ett nytt ljus på hur hälso- och sjukvården kan förhålla sig till alla de begränsningar som resultaten från de randomiserade kontrollerade studier, vars resultat är begränsat reproducerbara i andra kontexter än där studien genomfördes. Detta systematiska förhållningssätt för implementering inom Intermountain kan sägas utgöra en tredje dimension i en matrisstruktur.

### **Utmärkande drag i organisationen för förbättringskultur inom Intermountain Healthcare**

- Ett integrerat vårdssystem som är den största leverantören av hälso- och sjukvård i ett geografiskt avgränsat område som totalt motsvarar ungefär en svensk region, dvs. ger möjligheter till nivåstrukturering och utveckling av profilmråden genom arbetsfördelning
- Uppdelning i "regioner" med vardera egen styrelse, men den övergripande ledningen och administrationen är centraliserad
- Läkare anställda av Intermountain Healthcare är anställda i Intermountain Medical Group, vilket är strategiskt viktigt för medverkan i och ansvar för utvecklingsarbete
- Övriga läkare som samarbetar har genom avtal krav på sig att medverka i utvecklingsarbetet

- Infrastruktur som stödjer strategiskt fokus mot förbättringsarbete genom en central kvalitetsavdelning liksom utbildningsavdelning
- Väl utvecklade kliniska informationssystem sedan snart 30 år vilka länkar ihop information från flera olika databaser liksom digitala journaler (Enterprise Data Warehouse)
- De kliniska huvudprocesserna har samtliga liknande infrastruktur med en Medical Director som leder en tvärprofessionell grupp (Clinical Program Guidance Council), vilken i sin tur har sig underordnat en lokal grupp som leder arbetet i de tre regionerna. Sammanhållande ledning för samtliga Clinical Programs är en överordnad grupp där även representanter från samtliga program ingår (Clinical Integration Executive Team).

## Metoder och verktyg för att skapa patientfokus

### Mätning och målstyrning

Intermountain Healthcare har identifierats som en vårdgivare vilken levererar vård av relativt hög kvalitet och till en relativt låg kostnad. Genom ett mångårigt systematiskt förbättringsarbete har man visat att förbättring av vårdens kvalitet leder till reducerade kostnader. Dessa framgångar kommer huvudsakligen som resultat av två framgångsfaktorer. Först och främst har Intermountain utvecklat en förmåga att mäta, förstå och sedan återkoppla detaljerad information om resultat och variationer i vården till läkare och de kliniska ledarna. Härtill har man skapat ett system med administrativ struktur vilken använder robust klinisk information för att övervaka vårdens resultat och sedan driva förändringar i positiv riktning. Dessa arbetssätt finns som princip på alla nivåer från den patientnära insatsen och upp till hela koncernen.

Även om denna vårdkoncern har en väl utvecklad användning av IS och IT sedan decennier, kräver delar av datahanteringen relativt stora personalinsatser för att säkerställa inmatning, uthämtning, sammanställning och redovisning i de fall där olika system inte kommunicerar med varandra.

### Vårdens organisering för mätning och målstyrning

Grundläggande är att mätning av vårdinsatserna inom Intermountain Healthcare huvudsakligen genomförs utifrån patienternas dvs. vårdprocessernas behov, men härtill mäts även stödprocesserna liksom avdelningar, kliniker, sjukhus. Sammantaget innebär detta att vårdens resultat avseende kvalitet och kostnader kan mätas och målstyras i båda dimensionerna i matrisstrukturen. Genom att organisationen har ett etablerat arbetssätt med etablerade vårdprocesser inom strategiskt valda områden, finns en rad viktiga skillnader gentemot konventionella vårdorganisationer utan processororientering. Genom att det kontinuerliga förbättringsarbetet är en central del i organisationskulturen, kommer både processerna och resursorganisationerna att vara föremål för kontinuerlig omprövning. Detta kan leda till allt från mindre justeringar i vårdens genomförande och till större omorganisationer inom avdelningar, kliniker, sjukhus, och med den

helhetssyn på patient och organisation som präglar Intermountain förutsätts ansvariga nyckelpersoner värna om gränsöverskridande aspekter.

Två konkreta exempel på vårdens organisering som en följd av processutvecklingen är tillämpning av principerna för lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) samt reduktion av aktiviteter kring patienten vilka inte skapar värde. Ett exempel på organisering enligt LEON-principen är när man polikliniserar även handläggning av relativt svåra tillstånd vilket kan få betydande konsekvenser för strukturen i en verksamhet. Ett exempel på organisering genom reduktion av ej värdeskapande aktiviteter är när de teambaserade arbetsmodellerna utvecklas på basen av resultat från patientenkäter genom att arbetsinsatser flyttas mellan olika professioner för att exempelvis få bättre kontinuitet i arbetet. Båda dessa exempel påverkar båda dimensioner i en matrisstruktur, men det första exemplet är av större betydelse för resurs- och funktionsorganisationen och det andra exemplet är relativt sett av större betydelse för genomförandet av arbetet i själva processen. Gemensamt för förändringsarbetet är dock den samtida dimensionen av retrospektiva data för beslutsunderlag och ett säkerställande av att man gjorde rätt genom prospektiv utvärdering av själva förändringen.

### **Vad mäter man?**

Svaret är egentligen att mycket mäts, men även om de väl utbyggda databaserna ger omfattande möjligheter så är man noga med att mätning ska vara relevant. Databaserna är dock mycket användbara när man arbetar explorativt för att få fram nya relevanta mått. För att ge förklaringsmodeller kring mätning och målstyrning bör man titta dels på infrastrukturen som ligger till grund för processorienteringen och dels på den resultatredovisning som kommer härav, liksom de sammanhängande mål och måttal vilka är av betydelse i ett systemperspektiv i organisationen (Board Goals). Bilden kan sedan kompletteras med de jämförande data som ligger till grund för jämförelser mellan olika vårdorganisationer i USA.

### **Mätning av processer**

Clinical Programs beskrivs som verktyg som skall göra det möjligt för kliniker att leverera vård av bestående hög kvalitet, och avser system både för organisering och genomförande av vården inom hela Intermountain Healthcare. Varje program ansvarar för att ta fram riktlinjer och rutiner för vården och att implementera dessa inom hela organisationen, genom Disease Management System. Varje sådant system innefattar en processmodell, Care Process Model (CPM), vilken innefattar:

- 1) Evidensbaserad riktlinje för behandling (best practice),
- 2) Arbetsflödesbeskrivning för att blanda in riktlinjerna i vården som en "shared baseline" (vilken aktivt kräver att behandlande läkare skall modifiera tillämpningen av riktlinjerna så att den passar de unika behoven hos respektive patient),

- 3) Ett kliniskt informationssystem som identifierar och spårar medicinska resultat tillsammans med ekonomiska resultat,
- 4) Verktyg för beslutstöd vilket vanligtvis implementeras genom det elektroniska journalsystem som Intermountain använder,
- 5) Utbildningsmaterial både för vårdgivare och för patienter.

Processmodellen gör det möjligt att i realtid ge en samtidig bild av vårdresultat i kvantitativa och kvalitativa termer, vårdens kostnad samt följsamhet till riktlinjer i organisationen.

### **Patientens upplevelse**

Att värdera hur patienten upplever sin sjukdom liksom organisationen är av central betydelse i en organisation som Intermountain Healthcare. Med hjälp av enkäter samlar man in en mängd information, huvudsakligen om patientens upplevelse av sin sjukdomssituation och hur man uppfattar bemötande och vårdens servicekvaliteter. Enkäterna är dels sådana som är framtagna inom vårdkoncernen och dels sådana som är vetenskapligt validerade i det internationella vetenskapssamhället. Genom att organisationens arbete med att använda enkäter är så väl etablerat och håller hög kvalitet, kan man mäta och målstyra även på högre nivåer i organisationen där resultat aggregeras. Ytterligare enkäter som används är de som efterfrågas i nationellt jämförande sammanhang.

Det är i ett svenskt och delvis även europeiskt perspektiv lite ovanligt att använda validerade enkäter på detta sätt, speciellt som resultaten tillmäts stor vikt. Ett exempel är att den ineliggande patientens nattro viktas tungt i förhållande till vissa sjukhushygieniska aspekter, varför relativt tjocka heltäckningsmattor är vanligt förekommande i vissa utrymmen.

### **Board Goals**

Varje år bestämmer ledningen för Intermountain Healthcare (varav hälften har bakgrund i vårdprofessionerna) i samarbete med Executive Team för Clinical Programs 2-4 övergripande mål för samtliga program. Dessa mål ska driva budget och planering för programmen och innehålla minst ett av vardera kliniskt mål, ekonomiskt mål samt mått på servicekvalitet. Dessa mål finns på samtliga nivåer i organisationen, men här till kommer ett antal ytterligare mål som är mer specifika och som bestäms av Guidance Council/Program Management Team.

De mål som formuleras kan vara sådana som använts tidigare eller modifierade sådana eller helt nya. En tydlig infrastruktur med statistiker och analytiker gör det möjligt att kontinuerligt samla information som grund för utvärdering av innehållet i målen, inte endast måloppfyllelse. Därmed finns hela tiden god kunskap för successiv skärpning av målnivåer där så bedöms nödvändigt. För en stor del av målen i organisationen tar man fram och sammanställer resultat varje vecka, för andra varje månad.

Den robusta mätningen av i stort sett allt skapar förutsättningar för att data kan användas till allt: operationell vårdproduktion, vårdutveckling, forskning och

affärsstrategier. Vidare kan sammanhängande mål och mätetal finnas på flera nivåer och därigenom leva upp till grundtanken om sammanhängande balanserade styrkort och balanserad styrning i en större vårdorganisation. Sex måldimensioner finns på samtliga ledningsnivåer:

- Clinical Excellence
- Service Excellence
- Operational Effectiveness
- Employee Engagement
- Physician Engagement
- Community Stewardship

Dessa måldimensioner ställs upp i en "dashboard", vilken anger vad som ska uppnås inom de olika dimensionerna, exempelvis 70 %, 100 % respektive 130 %. Det aktuella resultatet redovisas kontinuerligt inom varje målområde, och med färgmarkeringarna grön, gul och röd visar man aktuell grad av måluppfyllelse.

Såväl i resursorganisationerna som i processorganisationerna finns en mångfald av mål inom de olika perspektiven i ett styrkort. Högre chefer på regional nivå och samtliga chefer på övergripande nivå i koncernen har 25 % av lönen kopplad till uppfyllelse av Board Goals. Även ett stort antal av övriga medarbetare har en mindre del av sin lön kopplad till måluppfyllelse. Denna incitamentstruktur är en framgångsfaktor för att hålla ihop båda perspektiven bottom-up och top-down. Generellt sett uppnår vårdkoncernen cirka 80 % av sina mål årligen.

### **Jämförande data**

Ett konkret exempel på betydelsen av att alla uppgifter om vårdens kvalitet respektive kostnad kan redovisas i två dimensioner kan belysas med den årliga rankingen av resultat från vårdorganisationer i USA, vilken genomförs av Modern Healthcare Magazine, och som tar hänsyn till resultat från tolv områden:

- Clinical quality (process or outcome measures)
- Patient safety or medical error reduction
- Efficiency or cost of care
- Utilization (hospital programs only)
- Patient satisfaction or experience of care
- Clinical health information technology adoption (EHR, e-prescribing, e-lab, etc.)
- Administrative capability, such as electronic claims submission
- Member access, such as open panel or evening hours (physician programs only)
- Patient-centered medical home (physicians only)
- Community service (hospital programs only)
- Use of disease or procedure registries (hospital programs only)

Intermountain placerar sig kontinuerligt mycket väl i denna jämförelse (plats 3-6). Utöver att man ligger bra till i enskilda parametrar, så ger process-

orienteringen goda förutsättningar för att organisationen ska kunna förmedla en helhetsbild i flera dimensioner, vilket är påtagligt annorlunda jämfört med en konventionell vårdorganisation. Detta ger förutsättningar för balanserad styrning.

### **Balanserad styrning**

Parallellt med arbetet att påbörja processorientering utvecklades databaserna med inriktning mot utvärdering av vårdens resultat både i kvantitativa och i kvalitativa termer, vilka var självklara och nödvändiga förutsättningar för systematiskt förbättringsarbete med hjälp av kunskap, dvs. mätning. Ett mycket tidigt krav på databaserna var att man i realtid skulle kunna mäta processerna genom samtidig utvärdering av vårdens resultat och dess kostnader.

Denna utveckling med databaser skapade en naturlig förutsättning för samfasning och balansering av verksamhetsstyrning och ekonomistyrning (tillsammans med övriga perspektiv). Den djupare innebörden i detta förhållande är att det i vårdkoncernen sedan många år finns en bred och djup förståelse både hos chefer/ledare och hos medarbetare för samfasningen. Det är självklart att samtliga perspektiv skall vägas in i utvärderingen av vården liksom i planeringen av den framtida vården. Detta innebär att ekonomer och HR-specialister medverkar i merparten av resultatredovisningen på ett påtagligt konkret sätt. Ett återkommande citat är "inga ekonomiska beslut fattas utan att professionerna finns i rummet", vilket tydligt belyser hur etablerad den balanserade styrningen är.

### **CPI +1%**

Intermountain Healthcare har som centralt mål att även framöver vara kostnads-effektiva. Initiativet CPI +1% är ett omfattande strategiarbete med syfte att pressa kostnaderna ytterligare de närmaste åren. Kostnaderna ska över ett antal år inte öka med mer än 1 % av konsumentprisindex. Eftersom det amerikanska systemet i stor omfattning baseras på pay-for-performance, där mer sjukvårdsproduktion ger mer finansiell tilldelning, är denna strategi utmanande. I konkreta termer innebär Intermountain's strategi istället ett arbete mot ökad följsamhet mot evidens, vilket kan betyda att det egentligen behövs mindre antal läkarbesök, mindre antal labprover, färre röntgenundersökningar osv. En sådan strategi betyder att vårdkoncernen kommer att gå miste om ersättningar som de hade haft om de istället fortsatt i tidigare mönster. Men Intermountain har flera gånger sedan starten 1975 tagit strategiska ansatser som gått på tvärs mot rådande system.

Detta mål är egentligen både princip, praktik och teknik, eftersom det finns flera kundfokus. Mervärdet för samhället och försäkringsbolagen är påtagligt eftersom man dämpar den kostnadsutveckling för hälso- och sjukvården i USA som är relativt mer inflationsdrivande än i Sverige. Mervärdet för Intermountain internt är ett konkret mål som är så påtagligt att det blir ett ramverk för flera av de övriga målen och främjar organizational alignment och re-alignment. Slutligen är detta självklart ett viktigt mål för försäkringstagaren/patienten eftersom det kan leda till att premier hålls nere och att pengarna räcker längre.

## Ständiga förbättringar

Intermountain Healthcare driver ett systematiskt förbättringsarbete för att utveckla kvaliteten i vården och minska kostnaderna. Detta arbete har direkt koppling till den övergripande visionen och bedrivs långsiktigt genom organiserade former. Det är genom det ständiga förbättringsarbetet som evidens realiserar, modifieras och integreras i kliniskt arbete. Samtidigt som evidens spelar en betydande roll för vårdens utförande så sker också en annan parallellt pågående process, nämligen ett lärande från vårdens vardagspraktik. Idén är att evidens och systematiskt lärande från dagliga möten mellan professionella och patienter ses som en ömsesidig process där de tillsammans integreras och realiserar.

Intermountain Healthcare var tidigt ut vad gäller flera viktiga utvecklingsområden som IT, EBM, management och kostnadskontroll. Under ledning av doktor Brent James var vårdssystemet också tidigt ute med att införa kvalitetsmetoder som utvecklats i andra branscher. Det systematiska kvalitetsarbete som genomfördes har också dokumenterade framgångar. Det finns en unik koppling mellan förbättringsarbete och utveckling av forskning som Intermountain utvecklat väl. Deming kallar ansatsen "profound knowledge" och doktor Brent James menar att det handlar om "applied science". Tidiga framgångar bekräftade Demings processledningsmetoder som applicerbara också för hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Intermountain Healthcare knyter alltså ihop forskningsbaserad kunskap med kunskap från praktiken genom en process där det centrala är att skapa bättre förutsättningar för att bedriva god vård. Klinisk forskning är i första hand fokuserad på utveckling av verksamheten, inte att utveckla generellt applicerbar kunskap. Men vad är det då som karakteriserar detta arbete? Vilka former och angreppssätt är det som gör detta möjligt? Vi utgår från tre delar som är centrala för ständiga förbättringar: ett system för att definiera kliniska program, en implementeringsmodell för de kliniska programmen och ett system för att organisera lärande. Dessa tre delar avser att integrera hela verksamheten och knyter an prioriteringar och inriktning på övergripande nivå med kliniskt utvecklingsarbete på mikronivå. I tabell 2 utvecklas respektive del.



**Tabell 2**

Utvecklingsarbete på mikronivå inom Intermountain Healthcare.

Intermountains arbete med ständiga förbättringar	
Varför?	Medel för att uppnå visionen om ”high quality low cost healthcare provider”
Vad?	Kontinuerligt arbete där generell och lokal kunskap integreras in i kliniska program
Vem?	I hög grad läkar drivet men involverar samtliga personalgrupper
När?	Kontinuerligt – men prioriteringar görs på övergripande vårdsystemnivå
Hur?	Definiering av kliniska program, implementeringsmodell för de kliniska programmen och ett system för att organisera lärande

## De kliniska programmen som utgångspunkt för ständiga förbättringar

Som tidigare nämnts brukar man ange att en tidig start i kvalitetsutvecklingsarbetet var att kartlägga variationer i vanligt förekommande behandlingar. Under två år studerades flera olika ingrepp t.ex. transuretral prostatektomi, cholecystektomi, höftprotesoperation, coronary by-pass- operation, samhällsförvärd pneumoni samt pacemaker-implantation.

Genom att i detalj kartlägga aktiviteter och resultat, t.ex. laborietester, röntgenundersökningar, medicinering och till och med ”how many grams of prostatic tissue were surgically excised during surgery?” fick teamet vid Intermountain en god bild av stora delar av verksamheten. Att man dessutom kunde knyta aktivitetsbaserade kostnader till vissa av aktiviteterna möjliggjorde att man kunde knyta klinisk kvalitet och kostnader till varandra.

Processledning och förbättring blev nyckelbegrepp och en central del i det ständiga förbättringsarbetet av den kliniska verksamheten. De teorier och koncept som lanserades av Edwards Deming, en av förgrundsgestalterna inom kvalitetsrörelsen, anammades och översattes till det specifika systemet. De kliniska programmen på Intermountain Healthcare utvecklades som en nyckel för att hantera processutvecklingen på ett systematiskt och för verksamheten anpassat sätt. Totalt har man definierat nio program (se tabell 3) och de kan ses som ”familjer av vård” (Families of Care) där relaterade patientgrupper och vård grupperas samman.

**Tabell 3**

Kliniska program och exempel på områden där guidelines/riktlinjer finns.

Kliniskt program	Exempel på områden för guidelines
<b>Behavioral health</b>	ADHD Management Plan Bipolar Disorder
<b>Cardiovascular</b>	Acute Coronary Syndrome Evaluation and Treatment Hypertension Evaluation and Treatment
<b>Intensive Medicine</b>	AMI and Fibrinolytic Guidelines Community Acquired Pneumonia (CAP)
<b>Oncology</b>	Multiple Myeloma Guideline
<b>Pediatric</b>	Acute Pediatric Upper Respiratory Asthma Emergency Management of Febrile Infants Weight Management for Children and Adolescents
<b>Primary Care</b>	Hypertension Evaluation and Treatment Management of Community-Acquired Pneumonia (CAP) Management of Acute Low Back Pain
<b>Surgical Services</b>	Management of Elective Labor Induction
<b>Women and Newborns</b>	Newborn Infant Fall or Drop Assessment Management of Neonatal Hypoglycemia
<b>Neuromusculoskeletal</b>	

Varje kliniskt program omfattar flera definierade CPMs (Care Process Models). Dessa identifieras genom kriterierna hög-volym, hög-kostnad, hög-risk. En del av dessa CPMs är sjukdomsbaserade eller sjukdomsgruppsbaserade och andra aktivitetsbaserade. Till exempel, inom det kardiovaskulära programmet finns CPMs såsom ischemisk hjärtsjukdom och hypertension.

Varje kliniskt program organiseras utifrån en vägledande rådsbildning (Guidance Council) som består av kliniska ledare och administrativ personal från bland annat IS/IT och ekonomi. Ledarskapet är delat mellan en läkare och en sjuksköterska, och urvalet är kritiskt genom att de båda måste vara såväl duktiga i yrket som duktiga förändringsledare. Denna rådsbildning träffas regelbundet för att diskutera vårdresultat, ekonomiska resultat, förbättringsmål, resursbehov samt utvecklingsområden. Resultatredovisningen är minst en gång per månad och för en del resultat varje vecka. Ledningen för respektive råds-

bildning har skyldighet att både föra ut information till organisationens medarbetare och att inhämta synpunkter.

Varje CPM leds i sin tur av ett utvecklingsteam bestående av kliniska experter från respektive specialitet. Utvecklingsteamets roll är att utveckla

- standardiserade och evidensbaserade protokoll för det specifika område som de tillhör.
- mätetal och mätningar för kostnader, service och kliniska resultat,
- verktyg som stöd för det kliniska arbetet samt
- utbildningsmaterial för såväl anställda som patienter.

## Implementeringsmodell för de kliniska programmen

Kopplingen mellan evidensbaserad vård och processer löper som en röd tråd genom de kliniska programmen på Intermountain Healthcare. Genom att koppla forskningsbaserad kunskap och standardisering i form av processer till genomförandet av vården fås ett effektivt feedback-system. Det utbildningsmaterial som utvecklingsteamet tar fram för såväl personal som patienter utgör en del i arbetet med att sprida kunskap om arbetsmetoder och rekommendationer om genomförande av vården.

Erfarenheten på Intermountain pekar mot att det inte räcker med att informera medarbetare om hur vården genomförs utifrån guidelines. Man är noggrann med att poängtera betydelsen av att integrera processer och guidelines i vårdens vardag så att det blir ett stöd för dem som genomför vården. Detta kan ske genom att man ändrar konkreta kliniska flöden omkring patienten. Man lägger också stor tonvikt vid att knyta an den elektroniska patientjournalen så att den stödjer verksamhetens processer. Till exempel bygger man in brev med standardtext, påminnelser, kriterielistor och andra former av beslutsstöd direkt i IT-systemet.

Utöver utbildningsmaterial och integrering av guidelines i det dagliga arbetet används också olika former av incitamentssystem. Dessa system baseras på indikatorer för kvalitet och kostnader och mäts på gruppnivå i verksamheten. Incitamentssystemet uppfattas på Intermountain vara en mycket central del i implementeringen av processer. Man lägger ner resurser för att designa systemet så att det hänger ihop och överensstämmer med utvecklingen av guidelines och processer.

## En kort kommentar om implementeringsstrategin

Implementeringsarbetet byggs upp av flera komponenter: utbildning, design av arbetsflöden i praktiken och incitamentssystem samt uppföljningssystem som harmonierar med det processororienterade utvecklingsarbetet. Detta sätt att arbeta får också stort stöd bland forskare som studerar framgångsrik förändring. I den praktisknära gränsytan mellan patienter, professioner och olika stödsystem skapas vårdens resultat. Men vårdens resultat kan endast utvecklas genom att handlingar i praktiken förändras, precis den insikt Intermountain Healthcare förmedlar. Porras och Robertson (1993) menar att förändringar av individens

handlingsmönster på mikronivå måste till för att organisatoriska förändringar ska komma tillstånd. En hållbart framgångsrik förändring kännetecknas därför av att verksamhetens företrädare (chefer och medarbetare) ändrar sina ”på-jobbet-beteenden” i linje med det övergripande förändringsarbetet. Sådan förändring kan ske på två sätt, antingen genom att sikta på att förändra individers attityder eller genom att förändra förutsättningar och aspekter i individernas omgivning. Det kallas programmatisk förändring respektive uppgiftsinriktad förändring (tabell 4).

**Tabell 4**

Huvuddragen i de två synsätten på beteendeförändring.

Programmatisk förändringsstrategi	Uppgiftsinriktad förändringsstrategi
Beteende styrs av individuell kunskap, attityder och tro.	Individuell kunskap, attityder och tro formas av interaktioner mellan individer.
Fokus för förändringen ska i första hand ligga på att försöka förändra attityder och i andra hand på beteenden.	Fokus ligger i första hand på att försöka förändra beteenden.
Beteende kan isoleras och förändras individuellt.	Organisationens påverkan på individen är större än individens påverkan på organisationen.
Målet för förändring ligger på individnivån.	Målet för förändringen ligger på roller, ansvar och relationer.

Det har visat sig att framgångsrika organisationer har fler element relaterade till den uppgiftsinriktade strategin (Beer et al. 1990). Även om uppgiften och individen då står i fokus, krävs att förändring möjliggörs i sammanhanget eftersom detta styr, riktar in och begränsar handlingsutrymmet.

## Institute for Health Care Delivery Research

Intermountain Healthcare har etablerat ett institut som stödjer vårdssystemet med kunskap om kvalitetsutveckling och kostnadseffektivitet. Arbetet på institutet, som leds av doktor Brent James, bedrivs inom de fyra områdena utbildning, metodstöd (technical support), utveckling och spridning av kunskap, samt forskning.

Institutet fungerar som en viktig brygga mellan vårdorganisationens övergripande ledningssystem och den kliniska praktiken. Genom dess aktiviteter förmedlas bland annat ledarskapsprinciper, kunskap om kvalitetsutveckling, statistiska analyser, forskningsinsatser och samverkan internt samt externt om frågor som rör utveckling av vården.

Utbildningen vid institutet bedrivs genom ett antal olika kurser, allt ifrån introduktionskurs på två dagar till den mer avancerade kursen Advanced Training

Program (ATP) under 20 dagar. Det finns också möjligheter att delta i en mini-ATP som genomförs under totalt 9 dagar utspritt över tid. Målgrupperna för de olika kurserna varierar. ATP är avsedd för chefer och utvecklingsledare, och miniATP för praktiserande kliniker samt introduktionskursen för läkare.

Samtliga chefer ska enligt ledningen för Intermountain Healthcare genomgå ATP för bred och djup kunskap om systematiska förbättringsmetoder och att leda förändring. Detta program löper under cirka ett halvår med inlagda intensivare studieperioder samt däremellan projektarbete på hemmaplan. Kursdeltagarna är till stor del chefer och ledare från Intermountain, men även andra nyckelgrupper deltar. Numera är utbildningen öppen även för deltagare som inte är anställda inom Intermountain.

Denna tydliga kompetensförsörjningsstrategi ger förutsättningar för "clinical integration", det vill säga hela sjukvårdsorganisationen formerar sig runt hög-prioriterade kliniska områden där datadriven analys är grunden för all systematisk utveckling.

Vi ser fyra utmärkande drag som kännetecknar kurserna som ges från institutet. För det första så är teorier och modeller från kvalitetsutvecklingsområdet och närliggande fält centrala återkommande element. Deltagarna får bland annat lära sig processutvecklingsmodeller, kvalitetsförbättringsprinciper samt former och förutsättningar för att organisera förbättringsarbete. Genom att knyta an kurserna till aktuella utvecklingsarbeten inom vårdssystemet blir då de teoretiska modellerna invända i det egna sammanhanget. Flera exempel från genomförda projekt i den egna verksamheten skapar en tyngd och förstärker legitimiteten för de presenterade metoderna.

För det andra - och också som en naturlig följd av den första punkten - så knyts kurserna till den övergripande strategin för kvalitetsutveckling på Intermountain Healthcare. Till exempel, den introducerande kursen beskrivs hjälpa till att bygga ett "*common framework for coordinated clinical practice improvement within the Intermountain system*". Det innebär att kurserna kan ses som en lärandemiljö där deltagarna skapar förståelse för och socialiseras in i organisationens värdegrund och styrning.

För det tredje så bedriver deltagare, som en del i kursen, egna förbättringsprojekt. En central del i ATP kursens syfte är att "*each ATP participant must select, complete, and report on an improvement project. The ATP faculty and analysts provide consultation and support for your project*". På så sätt tränas deltagarna i att faktiskt realisera förbättringsidéer under ordnade former och med stöd från institutets medarbetare. Samtidigt som deltagarna utvecklar förmåga att kunna driva förbättringsarbeten så får också Intermountain ytterligare ett instrument för realisera strategin om ständiga förbättringar i hela systemet. Varje enskilt projekt bidrar med förbättringar i verksamheten.

För det fjärde så organiseras kurserna så att man som enskild student får del av nätverkande. En alumnikonferens bidrar till bland annat till att formera nätverket: "*Annually, an ATP Alumni Conference is held for graduates of the program*".

## En kort kommentar om utbildningen vid institutet

Utbildningsbaserade insatser kritiseras ofta för att de är för abstrakta och frånskilda den egentliga verksamheten. På många håll lyfts därför tanken att kompetensutveckling måste ske i det egna arbetet. På så sätt blir lärandet med andra ord något som ständigt pågår men pekar också mot en potential och en möjlighet till utveckling i arbetet. Det kan jämföras med Sfards (1998) distinktion av de traditionella synsätten på lärande i två metaforer. Hon liknar lärandet vid ”lärande genom tillägnande” (acquisition) respektive ”lärande genom deltagande” (participation).

Kompetensutveckling genom kvalitetsutveckling och förbättringsarbete kan med andra ord designas så att lärande tillägnas eller förvärvas som ett passivt mottagande eller genom ett aktivt deltagande i arbetet och dess design. Här finns således olika sätt att bygga in lärande som integrerad del av arbetet. Genom att institutets kurser bygger på principer att integrera lärande om teoretiska kvalitetsmetoder med Intermountain's övergripande vision och etablerade sätt att arbeta i den kliniska praktiken så sammanflätas också lärande genom tillägnande och deltagande. Detta stärks ytterligare genom att man också får testa metoder och angreppssätt i praktiken.

## System för lärande skapar möjlighet till ständiga förbättringar

Arbetet med den tidiga utvecklingen av guidelines i praktiken gav många lärdomar. Integreringen av EBM, processer och genomförande av vården innebar att det blev tydligt att alla variationer som finns i praktiken, dvs. i genomförande av vården med olika patienter och alla dess komplikationer och osäkerheter, gör att guidelines inte alltid kan följas. Rekommenderade behandlingar som återfanns i standards passade inte på långa vägar samtliga patienter. Guidelines behövde därför anpassas utifrån varje enskild patient. Men en annan viktig aspekt av arbetet var att man *reviderade de evidensbaserade riktlinjerna utifrån erfarenhet från vårdens praktik*. Till exempel, när läkare på LDS sjukhus i Salt Lake City skapade ”guidelines för settings on mechanical ventilators” för att behandla ARDS, (akut respiratoriskt distress-syndrom) så ändrades guidelines 125 gånger på fyra månader. Idag, 20 år senare, sker ungefär en eller två förändringar i månaden. Utvecklingsarbetet slutar med andra ord inte med att en guideline är framtagen utan den utgör enbart en första del. Själva implementeringen består ju i integrationen av processer och riktlinjer i vardagen.

Det kontinuerliga lärandet som strategi för kvalitetsutvecklingen på Intermountain Healthcare framträder som ett nyckelelement. Projekt och förbättringsinitiativ för att utveckla verksamheten infogas i den övergripande strukturen för förbättringsarbetet. Här knyts kärnan i vården – de värdeskapande aktiviteterna i mikrosystemet – samman med omkringliggande strukturer som stödjer och riktar in verksamhetens förbättringsarbete, exempelvis olika avdelningar, inklusive IT-avdelningen. Organisationen koordinerar alltså sitt ständiga förbättringsarbete genom att koppla samman olika systemnivåer och skapar samklang mellan dem. Begreppet meso-system används för att beskriva det omkringliggande systemet som stödjer och styr förbättringsarbetet. Här skiljer

sig Intermountain från flera andra verksamheter på en viktig punkt, nämligen den att man har en genomtänkt modell i hela verksamheten för styrningen av verksamheten. Som bottenplatta ligger visionen om ”högre kvalitet till en lägre kostnad” vilken integrerar, prioriterar och riktar in arbetet. Och begrepp som Clinical Programs, Core Process Models, Shared Baseline och samfasad verksamhetsstyrning och ekonomistyrning hänger ihop i en större helhet som i sin tur skapar förutsättningar för och dynamik i lärandet och förbättringsarbetet.

Men vad är det då som skapar möjligheter att knyta samman vårdens dagliga verksamhet med forskningsbaserad kunskap, lärandet och förbättring? I nedanstående avsnitt utvecklas hur mätningar kan stödja feedback och lärande i det vardagliga arbetet.

### **Feedback och incitamentssystem**

Mätningarna på Intermountain Healthcare introducerades under 1980-talet och formades under 1990-talet<sup>2</sup>. Flera olika initiativ sjosattes för att testa hur mätningar skulle kunna integreras i verksamhetens förbättringsarbete. De första initiativen misslyckades. Man antog, felaktigt skulle det visa sig, att befintliga system som var inriktade på att hantera ledning och styrning av enheter skulle fungera som stöd för utvecklingsinsatser. En analys visade dock att de administrativa systemen inte var anpassade för patientorienterat och kliniskt förbättringsarbete.

I samverkan med andra och deltagande i National Quality Forum formulerades den framväxande insikten att mätningar för kliniskt förbättringsarbete fungerar bäst när de är organiserade kring och integrerade i den kliniska, verksamhetsnära praktiken - ”*designed around, and integrated into frontline care delivery*”. Denna kunskap artikulerades i ett nummer av tidsskriften Medical Care i januari 2003. En slutsats av arbetet som torde vara generell är att data-system som designas top-down för nationell rapportering inte vanligtvis kan generera bottom-up information för användning inom processorientering och förbättring i kliniskt arbete.

Genomgående använder Intermountain sig av begreppet outcome measurement, resultatorienterade mätningar. Utgångspunkten för att identifiera mått är det som beskrivits tidigare, Shared Baselines, dvs. de evidensbaserade guidelines som utvecklats av utvecklingsteam tillsammans med experter. När väl Shared Baselines har identifierats och arbetats igenom blir nästa steg att ta fram mått som speglar processen i tre dimensioner: medicinska resultat, kostnader och patientnöjdhet.

Mätningar genomförs med täta intervall och regelbundet får de statistiker som arbetar på central nivå i verksamheten sammanställningar av data som sedan skickas tillbaka till verksamheten för analyser. Man har, t.ex., inom diabetesvården ett listsystem för att identifiera patienter som är i behov av uppföljning. Sådan information kan komma från de statistiker som arbetar för just diabetes-

---

<sup>2</sup> I kapitlet *Sustaining and Extending Clinical Improvements: A Health System's Use of Clinical Programs to Build Quality Infrastructure* från boken *Practice-based Learning and Improvement* beskriver Brent James och Joel Lazar hur detta går till.

vården. Rollen som statistiker får delvis en annan karaktär genom de kliniska programmen; stödet till det kliniska förbättringsarbetet sätts i fokus.

Vad som utmärker Intermountain system är integrationen av det kliniska utvecklingsarbetet och de stödjande omkringliggande strukturerna. Det förstnämnda brukar kallas mikro-system och det senare meso-system. Nyckeln till att förstå organisationens arbete med ständiga förbättringar är att synliggöra de båda systemen och hur de kommunicerar med varandra.

Genom att tillämpa Shared Baselines skapas överenskommelser i verksamheten om vad som är det bästa sättet att genomföra vården utifrån tillgänglig kunskap. Det innebär inte att dessa arbetsätt är fastställda för evigt utan att de är dynamiska och föränderliga över tid. Det måste då finnas en struktur som möjliggör detta lärande.

Forskning visar att den absolut största delen av de problem som hanteras i vård-situationer inte lyfts från de enskilda vårdgivarnas kontext. Vardagliga problem som hanteras av vårdpersonalen blir till lärande för den enskilde men kunskapen stannar där. Genom att systematiskt arbeta med integrering av EBM och erfarenheter från vårdens vardag så skapar Intermountain standarder som formuleras i protokollen och som sedan implementeras i praktiken. Huvudsaklig uppgift för EBM blir då inte att informera läkare och annan vårdpersonal utan att integreras i vårdens praktik med allt vad det innebär.

## EBM/M

Särskilt utmärkande för Intermountain Healthcare är hur evidensbaserad medicin har operationaliserats i organisationen som helhet genom skapandet av de kliniska programområdena. I förgrunden ligger de variationsstudier av medicinsk praxis kopplade till resultat som doktor Brent James och den medicinska professionen genomfört. Genom en ökad kunskap om variation kan förbättringsåtgärder genomföras med ambitionen att utjämna onaturlig variation och därigenom uppnå både ökad kvalitet och sänka kostnader. En röd tråd i utvecklingsarbetet är därför att tydligt visualisera variation.

En grundläggande frågeställning blir därför att förhålla sig till det medicinska innehållet i riktlinjer och vårdprogram (Protocols). Vilken ambition bör organisationen ha gällande exempelvis radikal prostatektomi kopplat till praxis som rör öppen kirurgi, laparoskopisk kirurgi eller robotassisterad kirurgi? Respektive praxis för med sig olika typer av resultat som behöver värderas ur olika perspektiv.

Intermountain arbetade tidigt på 80- talet med att öka förståelsen för ”ROI”, dvs. Return of Investment, även inom det medicinska fältet. För att veta något om resultatet av nya ambitioner vare sig det gäller tekniska plattformar som exempelvis DaVinci-robotar, läkemedel eller andra procedurer så skapade Intermountain system för att fånga data per patient i syfte att öka förståelsen för vilka resultat nya innovationer ger och därmed beslutsunderlag för investeringar i vid mening. Härigenom kombineras både resultat i termer av kvalitet och till-



hörande kostnader. Genom att "inga ekonomiska beslut fattas utan att professionerna finns i rummet", säkerställs en helhetssyn på beslutsfattandet.

De kliniska programmen blir därmed en tydlig arena för att värdera den globala kunskapsutvecklingen. Eftersom den globala kunskapsutvecklingen går olika fort behöver det skapas en översättning till hur organisationen skapar riktlinjer för den lokala praktiken. Så kallad "shared baseline" innefattar en väl strukturerad process med att konstatera den globala kunskapsmassan och koppla denna mot lokal praktik.

Global kunskapsmassa testas därför av, där så är möjligt, i Intermountain -systemet. På så sätt skapar de kliniska programmen i sig lokal evidens för de riktlinjer och vårdprogram som utvecklas. Detta i sig stärker legitimiteten kring riktlinjerna, vilket gör att de förbättringsteam som är kopplade till de kliniska programmen får tydliga verktyg att arbeta med.

Evidensbaserad medicin är i sig ett välkänt begrepp. Det andra M:et i tabellen står för management. Flera aktörer och forskare vill gärna tillskriva sig så som bärare av evidensbaserad management. Tydliga förespråkare är bl.a. Pfeffer & Sutton (2006). Redan innan Pfeffer och Sutton sammanfattade sina iakttagelser i sin bok, så fanns det inom Intermountain en långt gående ambition att fatta beslut på data. De data som ligger till grund för beslutsfattande måste vara valida. Särskilda datamanagers är därför kopplade till respektive kliniskt programområde i syfte att sörja för bearbetning av data på olika nivåer i organisationen. Standardiserad återrapportering till både kliniska program och organisationens utbudspunkter ges löpande. Det sker en rigorös värdering av nyttan med att mäta nya mätpunkter längs med patients process. Denna värdering gör att organisationen inte utvecklar gigantiska silos med data som "är bra att ha". Därmed finns det redan i indata-förloppet en värderingsprocess som direkt kopplas mot nytta, uttryckt som ROI.

De medicinska programområdena skapar förutsättningarna för en uthållig kunskapsstyrning. Till denna struktur tillförs kunskapsmassan som rör förbättringskunskap i vid mening som organiseras centralt genom *The Institute of Healthcare Delivery Research*. Utifrån denna struktur ger organisationen möjlighet att träna chefer och medarbetare i att använda förbättringskunskap i sin kliniska vardag. Kopplingen mellan att driva kliniska förändringar och uppföljning/utvärdering är relativt kort, vilket ständigt utvecklar lokal förbättringskunskap och innovationer.

## System

Utgångspunkten för system som begrepp handlar om hur olika delar förhåller sig till varandra för att ytterst nå organisationens mål. Samspelet mellan olika delar är centralt för att förstå organisationen som helhet. Strikt fokus på enbart vissa delar eller förhållanden i en organisation löper alltid risk att underskatta just samspelet mellan andra delar i organisationen och därmed missa viktiga förklarings samband.

Ett uttalat systemperspektiv präglar Intermountain's övergripande strategier. Centrala värden i strategierna handlar om att anlägga ett långsiktigt perspektiv inte bara på vårdsystemet utan även dess samspel med omgivningen.

Redan tidigt i utvecklingen av Intermountain Healthcare fattades det en rad beslut om att konsolidera organisationens geografiska utsträckning till att fokusera organisationen mot framförallt delstaten Utah. I detta förändringsarbete omorganiserades vårdutbudet och flera tidigare lokala stabsresurser centraliserades, för att åstadkomma genomförandekraft i organisationen som helhet. En del i konsolideringen var också att göra Intermountain till ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem som omfattar i princip allt vårdutbud och där organisationen både är finansiär (försäkringsbolag) och vårdproducent.

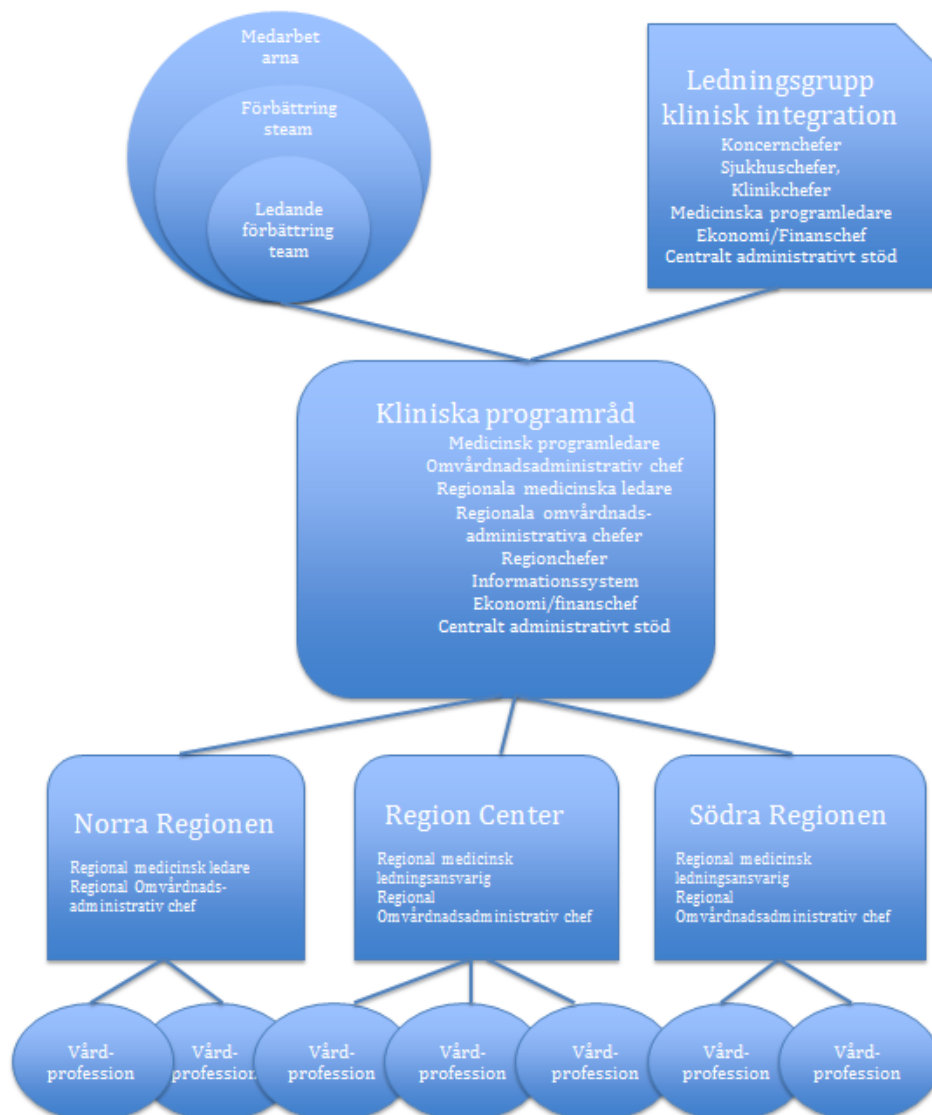
Intermountain's ledning äger därmed möjlighet att påverka alla centrala delar i vårdutbudet, även avgiftsnivåer. Genom att organisationen Healthcare blev ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem skapades förutsättningar för att kunna utveckla och förbättra vården genom ett tydligt patientprocessperspektiv.

Patientprocessperspektivet är operationaliserat som organisation genom de kliniska programmen. De kliniska programmen som systemföreteelse kopplar ihop ett fragmenterat vårdutbud till större helheter utifrån klustrade behovsgrupper som finns i hela systemet.

Programmen understödjer därför tydligt ett systemperspektiv och kan åstadkomma systemresultat då variation i hur vård utförs minskar vilket innebär stort genomslag.

Intermountain Healthcare har som organisation en hierarkisk struktur för hur beslutsfattande sker och hur rapporteringsvägar går. Ansvarsutkrävning är tydlig i linjestrukturen. Det innebär att på sjukhusen finns det en tydligt etablerad organisation där chefer i det hierarkiska trädet har ett tydligt uttalat ansvar gentemot sin överordnade och i relation till underordnade. Ledningspersoner i systemet är "administrators" och oftast av icke-medicinisk bakgrund. Men, så som bilden nedan visar, är det inte linjestrukturen som är i centrum, det är de kliniska programområdena, eftersom dessa bl.a. koordinerar målsättningar, evidensläget, vårdprogram, mått och analys och förbättringsteam (figur 2).

**Figur 2**  
Organisationen för de kliniska programområdena inom Intermountain Healthcare.



Fritt från Källa: Baker, G.R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmachovich, K & Born, K. (2008). Intermountain Healthcare. High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design, 151-178. Longwoods Publishing, Toronto.

För att tydligt åstadkomma förbättringar av den kliniska praktiken har Clinical Programs successivt utvecklats. Programområden skär rakt över Intermountain's vårdutbud och kopplar ihop hela organisationen som vårdssystem. Utvecklingen har varit stegvis i etapper där tester i liten skala fått bereda vägen för fler programområden. Hela utgångspunkten för tillskapandet av programområden handlar om att förstå variation (se ovan). Genom att engagera kliniker studerade doktor Brent James just variationer. Statistisk processanalys kopplat till evidensbaserade vårdprogram utgör kärnan samt utveckling av lokal praktik och systematisk uppföljning. De kliniska programområdenas status är betydelsefull för Intermountain, både som arena för analys, förbättring och implementering samt för hur centrala mål för vårdsystemet sätts och följs upp.

Intermountains målsättningar varje år finns samlade i ett dokument, s.k. dashboard, och samtliga utbudspunkter finns samlade i dokumentet. Dokumentet i sig är dynamiskt från år till år, då vissa målsättningar byts ut eller justeras avseende nivå. Själva processen med att sätta mål utgår till stor del från det underlag som de kliniska programmen arbetar fram. Kliniska program har i uppdrag att varje år nominera mål för Intermountain utifrån sina respektive perspektiv. Inom respektive kliniskt programområde pågår det därför årligen ett stort arbete att hitta målsättningar att nominera vilka har betydande effekt för den kliniska praktiken. De föreslagna målen föregås av ett långsiktigt arbete där tester i liten och större skala samt tillhörande systematiska utvärderingar ger kunskap om hur målet kan påverka kvalitet och kostnader.

Parallellt ger också den centrala ledningen sin syn på målen genom att värdera de kliniska programmets mål ur ett helhetsperspektiv och återsänder ledningens krav på justeringar i målsättning eller på nya mål.

All måluppfyllelse monitoreras löpande på ett standardiserat sätt. Dashboard-dokumentet och den process som föregår ett klart dashboard sammanlänkar organisationen så att dess alla delar just kan sikta på gemensamma målsättningar. För att ytterligare öka samspelet mellan Intermountain's olika interna aktörer att nå utsatta mål, finns det ett finansiellt incitamentsystem kopplat till måluppfyllelsen. Eftersom flera mål kräver flera verksamheters medverkan för att nå målen, skapas en dynamik bland ansvariga chefer att få till stånd nödvändiga mötesplatser i syfte att säkra att planlagda förbättringar inom den egna verksamheten taktas mot utvecklingskeenden i andra verksamheter. Beroende på hur väl målen nås, dvs., Board Goals, tilldelas det pengar.

Ytterligare en systemsamlade komponent rör arbetssätten som rör utvecklingsteamerna som är kopplade till de kliniska programområdena. Medlemmarna i dessa utvecklingsteam är rekryterade från olika delar i Intermountain's vårdutbud. De riktlinjer, mallar och protokoll som utvecklas inom respektive kliniskt programområde standardiseras och genomförs genom medlemmarna i utvecklingsteamerna. Dessa interventioner i hur vård utförs kan sedan följas upp i de kliniska och administrativa patientdatasystemen. Standardrapporter finns att tillgå för varje kliniskt programområde. Därmed finns det möjlighet till ständigt lärande och att åstadkomma resultat för hela systemet inom prioriterade områden.

Hälso- och sjukvården är som organisation starkt präglad av snabb kunskapsutveckling i dess vidaste mening. Som organisation behöver denna dynamik ständigt hitta nya lösningar för att ytterst ge ökat värde för patienterna. Dynamiken ställer krav på en organisation på flera sätt. I mikrosystemet kan det handla om att stödja mötet mellan patient/närstående och vårdens professioner genom snabb tillgänglig kunskap i form av beslutsstöd som både underlättar hanteringen och vägen till diagnostiska beslut samt ger gott underlag för dialog med patienten vilket möjliggör ökad förståelse om exempelvis kommande behandlingar och alternativ. Samtidigt skördas centrala data från mötet som möjliggör snabb återkoppling till team och enskilda professionella samt patienter och närstående.

Intermountain Healthcare som system bidrar till förståelsen om möjligheter som väl riggade IT- system i kombination med evidensbaserad medicin ger för dels ett patientsäkert möte med vården dels möjligheten för vården att ständigt lära hur vårdprogram fungerar och behöver utvecklas. Allt är inte perfekt inom Intermountain. All hantering är inte digitaliserad. Det viktiga är dock att beslut tidigt fattats om att tillse att utveckla både möjlighet till systematisk uppföljning och beslutstöd för att systemet i stort hellre ska göra det som är rätt än det som det omgivande ersättningssystemet, dvs. pay-for-performance, stimulerar till. Får att få till stånd en sådan insikt, krävs en visionär ledning som tidigt vågar investera i infrastruktur trots att alla komponenter inte alltid är helt på plats. Det centrala är hela tiden hur vården kan levereras med hög kvalitet och säkerhet till en så låg kostnad som möjligt för patienten, Intermountain och samhället i stort.

En iakttagelse från studien på Intermountain Healthcare är att deras sätt att se på och driva kvalitetsutveckling har översatts från generella managementprinciper om processorientering och kvalitetsutveckling (TQM) till vårdpraktik. De generella managementprinciperna har smälts om, anpassats och är fortfarande i kontinuerlig utveckling. En inte obetydlig del i detta är att språkliga begrepp döps om så att de får mening och betydelse i det egna organisatoriska sammanhanget. Begrepp som Care Process Models, Shared Platforms, Board Goals och Clinical Programs har växt fram över tid och bäddas successivt in i den dagliga verksamheten.

Det finns en viktig grundtanke med att inte försöka imitera alltför övergripande strukturer och verktyg. Exempelvis är det inte säkert att ett tillskapande av kliniska programområden så som Intermountain Healthcare har identifierat dem skulle passa i en landstingskontext. Anpassning till svenska förhållanden krävs, vilket i sin tur skulle innebära att själva utformningen av hur evidens prövas och standardiseras kan få olika former. Vidare, alltför övergripande strukturer och verktyg är ofta för komplexa för att riktigt förstå hela innebörden av. Därför är det alltid mer fruktsamt att gå ner till individuella patientflöden för att ur dessa hitta innovationer i flöden, aktiviteter, kompetenser och infrastrukturstöd. En bröstcancerpatient är en bröstcancerpatient inom Intermountain och Region Skåne och vägen genom vårdsystemet har vissa likheter, då den globala kunskapsproduktionen standardiserat flera moment i flödet. Samtidigt finns det innovationer att titta på för att ytterligare förbättra praktiken. Genom att analysera utifrån diagnos eller diagnosgrupper möjliggörs också implementering, eftersom det i mikro-systemen både inom Intermountain och i Sverige finns kompetens som direkt ser hur innovationer kan förbättra för patienterna.

Omgivande meso- och makrostrukturer kan se olika ut, men syftar alltid ytterst till att stödja värdeskapandet i mikrosystemet. Det kan inte fastställas att meso- och makrostrukturer bör se ut på det ena eller andra sättet. Även här finns en dynamik, där det centrala egentligen är att skapa strukturer för hur organisationen ständigt lär sig hur utvecklingen bör ske. Det finns därför ett par generella områden som en organisation oavsett struktur behöver förhålla sig till. Sett ur det exempel som Intermountain Healthcare visar kan dessa generella utvecklingsområden handla om:

- Processorientering, dvs. fokusering på värdeskapande för patient, närstående och kund.
- Infrastrukturstöd i termer av IT och därtill kommande IT stöd och analyssupport.
- Fokus på innehållet i sjukvården, dvs. evidensbaserad vård. Skapa legitima strukturer för hur evidens lokalt omformas till praktik i vårdens vardag, där IT systemet kan stödja med beslutsstöd.
- Tydlig struktur för hur mål sätts och följs upp. Målen på övergripande nivå behöver inte vara så många. Det viktiga är att processen fram till hur mål tas fram är rigorös och kan förstås av dem som ytterst ska ansvara för att nå dem.
- Styra på kvalitet. Ju längre ut på vårdgolvet man kommer desto mer kvalitet pratar man. Eftersom man vet att hög kvalitet innebär kostnadseffektivitet, behöver egentligen inte vårdens professionella förhålla sig till ekonomiska nyckeltal utan istället fokusera på vårdens kvalitetsmål. Drivkraften till förbättringar i praktiken drivs mer av kvalitativa mål än komplicerade ekonomiska nyckeltal. För nyckeltalen ansvarar huvudsakligen chefer högre upp i hierarkin, men tillsammans med alla medarbetare.
- Skapa en riktig teknostruktur. Begreppet teknostruktur är gammalt och det är framförallt Henry Mintzberg (1979) som har med begreppet som ett sätt att beskriva byggstenar i en organisation. Teknostrukturen i en organisation ägnar sig åt att förbättra flöden studera variation och vara support att driva förbättringsarbete. I en Intermountain-kontext är teknostrukturen mycket ambitiös då både de kliniska programområdena och The Institute kan definieras som en del av Intermountains teknostruktur.

# Lärande från Intermountain Healthcare – en diskussion

## Möjliga förbättringsområden för Sverige

För svenskt vidkommande ligger det en del utmaningar i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, som tillhör de mest decentraliserade i den industrialiserade västvärlden. Denna decentraliserade struktur innebär både fördelar och utmaningar. Olikheter blir konsekvensen av ett decentraliserat system. Det gäller olikheter i struktur för ledning/styrning och olikheter i medicinska resultat eller kostnader. Landstingen/regionerna kan också observeras ha helt olika strategier för hur informationssystemen är konstruerade. Inget informationssystem kan idag heller sägas vila på ett reellt processperspektiv.

Frånvaro av ett processperspektiv innebär, som ovan beskrivits, reella svårigheter till samverkan. I systemet blir det allt viktigare att huvudmännen tillsammans har ett helhetsperspektiv på de stora vård-, stöd- och ledningsprocesserna. Fördelen med ett decentraliserat system som det svenska är inte minst möjligheten till erfarenhetsutbyte kring effekter av skilda vägval och strategier.

## Faktabaserat beslutsfattande

Landsting och regioner kan inspireras både av den historiska utvecklingen för Intermountain Healthcare och av hur man arbetar idag. Framväxten av en faktabaserad helhetssyn vilken leder till balanserad styrning på alla organisatoriska nivåer borde kunna vara användbar även för Sverige för att lösa en del knutar i hälso- och sjukvården samt omsorgen. Ett påtagligt exempel är hur Intermountain låter verksamhetens utvecklingsbehov styra utvecklingen av IS och IT sedan flera decennier. I Sverige har vi ofta den motsatta situationen där utvecklingen av IS och IT styr och villkorar verksamhetens utveckling. Omsatt i ett nationellt perspektiv kan nya synsätt med inspiration från Intermountain Healthcare bidra till en robust utveckling för att ge svenska medborgare god vård till en rimlig kostnad även i framtiden.

## Processperspektiv och kunskapsstyrning

Genom den nationella cancerstrategin och senare tillskapandet av Regionala Cancercentra (RCC) - organisationerna har det i Sverige etablerats en Clinical Program-liknande struktur. Fokuseringen på cancerpatienterna över lands- tings/regionsgränserna har bidragit till förutsättningar för reella förbättringar av cancervården samt identifierat förbättringsområden. RCC-strukturen utgår från ett tydligt processperspektiv. Det är patientens process som ska förbättras ge- nom hela vårdssystemet vilket också omfattar kommunal sjukvård såväl som aktörer som Försäkringskassan. Det finns flera exempel på hur RCC - organi- sationerna har bidragit till utveckling av innovativa arbetsformer för att stödja processorientering.

Inspirerat av Intermountain Healthcare kan det finnas skäl till att vidareutveckla RCC - organisationernas uppdrag gällande processen för att sätta mål i cancer- vården. I ett vidare perspektiv kan fler stora patientgrupper grupperas och ges samma goda förutsättningar som RCC organisationerna skapar.

## Kunskapsstyrning och implementering

Evidensbaserad medicin eller det vidare begreppet kunskapsstyrning hanteras för svenskt vidkommande välstrukturerat. Centrala nationella och regionala aktörer bidrar starkt med översyner, rekommendationer och nya vårdprogram. Utmaningen, inspirerad från Intermountain, ligger framdeles inte på att stärka ytterligare de nationella eller regional nivåerna utan att i större hänseende lägga kraft på hur kunskap omsätts i realiteten. Eftersom Intermountain så tydligt fokuserar hur vård ges, health delivery research, har det över tid byggts upp en kunskapsbas som just handlar om hur vårdprogram implementeras. Det handlar i grunden om att skapa förutsättningar för en lärandeorganisation, där ny evi- dens kan testas i det lokala systemet. Informationssystemet behöver därmed riggas för att just kunna ge inputsignaler för justering, lärande och implemente- ring. Genom att tidigt också arbeta med beskrivningssystem kopplat till ROI, finns det både aspekter i detta som har med att införa rätt vård, standardisera, utrangera ineffektiv vårdpraktik samt koppla till ekonomiska mått. För svenskt vidkommande finns det ett förbättringsutrymme i att öka förståelsen för omsätt- ning i det lokala och däri skapa stabila strukturer som utgår mer ifrån vårdgolvet än nationella övergripande strukturer.

## Patient/närstående- medskapare i vården

Inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finns det flera goda exempel på hur patienter och närstående involveras. Samtidigt är det öar i ett system som i övrigt till största del inte arbetar systematiskt med patient/närstående- involve- ring. Förbättringspotentialen torde därför vara stor. Det finns flera hinder på vägen. Det handlar om att skapa effektiva arbetssätt för hur patient/närstående involveras. Metodutvecklingen pågår på flera håll i Sverige. Ur ett Inter- mountain - perspektiv finns det flera delar att inspireras av. Det kan handla om



sätt att tidigt på vårdavdelningarna sätta rätt förväntningar tillsammans med patienterna med tydliga vårdmål, utskrivningsdatum och transparent daglig planering. Det kan även handla om att i primärvården och psykiatrin utveckla modeller för ”shared accountability”, där patient/närstående tydligt görs medansvariga i vårdförloppet.

# Intervjuade personer inom Intermountain Healthcare

Alan H. Morris, Director of Research, Pulmonary/Critical Care Division and  
Professor of Medicine and Adjunct Professor of Biomedical Informatics,  
University of Utah

Bod Dyer, Data Manager, Cardiovascular Program

Brenda Reiss- Brennan, Director, Mental Health Integration Clinical Program

Brent James, Chief Quality Officer, Institute for Health Care Delivery Research

Brent Wallace, Chief Medical Officer

Chris Wood, Medical Director, Enterprise Clinical Information System (ECIS)

Colleen Roberts, Operations Manager, Cardiovascular Program

David Dirks, Ass VP Finance,

David Grauer, CEO, Intermountain Medical Center

Donald Lappé, Medical Director, Cardiovascular Program

Erick Henry, Analyst, Women and Newborns and Director for the Analytics  
Institute

Garry MacKenzie, MD, McKay Dee Hospital

Greg Johnson, VP Finance

Greg Poulsen, Senior VP and Chief Strategist

Jason Buckway, MD, McKay Dee Hospital

Jeffrey Ferraro, CTO, Homer Warner Center for Informatics Research

Jerry John, McKay, MD, Dee Hospital

Jim Bradshaw, Director for Strategic Planning.

Joe Mott, VP, Shared Accountable Organization

Jose Benuzillo, Senior Analyst, Cardiovascular Program

Lucy Savitz, Director of Research and Education and Project Director, Institute for Health Care Delivery Research

Mark Breisacher, Medical director, Medical Home Program

Pascal Briot, Senior Analyst, Primary Care Clinical Program and Project Manager Consultant, Institute for Health Care Delivery Research

Robert McConville, Project Consultant, Healthcare Transformation

Sunny Khatkhate, Senior Project Manager, Supply Chain Center

Todd Allen, ED Director, Intermountain Medical Center

Tom Belnap, Outcome Analyst/Statistician, Oncology Clinical Program

Ware Branch, Professor of Obstetrics and Gynecology

Wayne Cannon, Medical Director, Primary Care Clinical Program

# Litteratur om Intermountain Healthcare

Baker, G.R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C, Dionne, L., Stelmacovich, K & Born, K. (2008). *Intermountain Healthcare. High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*, 151-178. Longwoods Publishing, Toronto.

Beer, M., Eisenstat, R. A., & Spector, B. (1990). Why change programs don't produce change. *Harvard Business Review*, nov-dec.

Bohmer, R. M. (2009). *Designing care: aligning the nature and management of health care*. Harvard Business Press.

Calltorp, J. Maathz, G., & Johansson A (2006). Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso-och sjukvården. *Sveriges Kommuner och Landsting och Socialdepartementet, rapport*.

Calltorp, J. & Maatz G (2009). Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård. *Rapport i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen*.

Deming, W. E. (2000). *The new economics: for industry, government, education*. MIT press.

James, B. C., & Lazar, J. S. (2007). Clinical Improvements: a Health Systems Use of Clinical Programs to Build Quality Infrastructure. *Practice-based learning and improvement: a clinical improvement action guide*, 95.

James, B. C., & Savitz, L. A. (2011). How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts. *Health Affairs*, 30(6), 1185-1191.

Lander, E. and Liker J.K (2007). The Toyota Production System and art: making highly customized and creative products the Toyota way. *International Journal of Production Research* 45.16 (2007): 3681-3698.

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organization: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.

Pfeffer, J., & Sutton R. I (2006). *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*. Harvard Business Press, 2006.

Porras, J. I. and P. Robertson, J. (1993). Organizational development: Theory, practise and research. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. M. D. Dunnette and L. M. Hough. Palo Alto, Consulting Psychologists Press. 2.

Sfard, A. (1998). On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. *Educational researcher*, 27(2), 4-13.

# Intermountain Healthcare

## Styrning för kvalitet i ett högpresterande system

Internationella jämförelser mellan hälso- och sjukvårdssystem har fått ökande betydelse på senare år. Intresset i Sverige riktas dels mot framgångsfaktorer generellt på makro-, meso- och mikro-nivå och dels mot vårdens resultat i termer av kvalitet och ekonomi. Många framgångsfaktorer beror på det organisatoriska, kulturella och politiska sammanhanget. En djupare förståelse för det vårdssystem man möter i en jämförelse är därför viktig.

Intermountain Healthcare är ett högpresterande sjukvårdssystem som Sverige sedan flera år haft ett kunskapsutbyte med. Under 2013 var en större delegation från Sveriges alla landsting och regioner där på ett studiebesök. Erfarenheterna från resan har lett till flera gemensamma nationellt samordnade aktiviteter. För att ytterligare möjliggöra systematiskt lärande gav SKL under 2013 en forskargrupp i uppdrag att genomföra en djupare jämförelse mellan Intermountain Healthcare, Utah och svensk hälso- och sjukvård.

Upplysningar om innehållet  
Sofia Kialt, [sofia.kialt@skl.se](mailto:sofia.kialt@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014  
ISBN: 978-91-7585-139-6  
Text: Peter Daneryd, Jesper Stenberg, Mattias Elg  
Produktion: Sveriges Kommuner och Landsting

Ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se). ISBN 978-91-7585-139-6