

# Professionsdrivet utvecklingsarbete inom öppenvårdspsykiatri har skapat organisatoriskt lärande, effektivitet och arbetsglädje

Karina Tilling, Karin Sonnby

Karina Tilling, ekonomie doktor, utvecklingsstrateg, Centrum för Innovation, Forskning och Utbildning samt Centrum för regional utveckling, Region Västmanland.

E-post: [karina.tilling@bahnhof.se](mailto:karina.tilling@bahnhof.se)

Karin Sonnby, medicine doktor, överläkare, Centrum för Innovation, Forskning och Utbildning samt Psykiatricentrum, Region Västmanland. E-post: [karin.sonnby@regionvastmanland.se](mailto:karin.sonnby@regionvastmanland.se)

För att uppnå en god och nära vård behöver vi gå från tillfälliga projekt till en professionsdriven utveckling, baserad på organisatoriskt lärande och tillit. Utvecklingsarbetets syften var att på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning utveckla en metod för organisatoriskt lärande som utgick från bästa tillgängliga kunskap. Inriktningen var att fokusera på patienters behov och delaktighet, att implementera bästa tillgängliga kunskap samt att använda digitala lösningar. Utgångspunkter var att öka tillgängligheten, effektiviteten och jämlikheten i vården. Utvecklingsarbetet leddes av författarna med vetenskaplig och praktisk sakkunskap inom organisationsutveckling och evidensbaserad praktik respektive psykiatri, i samverkan med enhetschef. Utvärdering och resultat från fokusgruppsintervjuer med medarbetare i respektive arbetsgrupp och enhetschef visade att man med patientens behov i fokus hittat nya, kunskapsbaserade, arbetssätt och innovativa lösningar som lett till professionell utveckling och ökad arbetsglädje.

For improvement of health care, we need to shift from temporary projects to development driven by professions, based on organizational learning and trust. In a psychiatric outpatient clinic, a method of organizational learning based on the best available knowledge was developed. Focus was on patients' needs and participation, implementation of best available knowledge and use of digital solutions. Aims were to increase accessibility, efficiency and equality. The development work was led by the authors, with practical and scientific expertise in organizational development and psychiatry in collaboration with the head of unit. Results showed that knowledge-based working methods and innovative care solutions has been established. Further, employees and head of unit reported professional development and increased job satisfaction.

## Bakgrund och utgångspunkter för utvecklingsarbetet

Det finns stort behov av utveckling inom vården under de kommande åren utifrån demografisk utveckling och ökade vårdbehov. Ny kunskap och teknik öppnar samtidigt möjligheter till smarta lösningar. Tillitsbaserad ledning och styrning, som tar tillvara medarbetares kompetens och erfarenhet och skapar högre kvalitet i välfärdstjänsterna för medborgaren, beskrivs som vägen framåt [1]. Enligt betänkandet till regeringen i ”God och nära vård SOU 2020:19”, behöver ny styrning och nya arbetssätt som utgår från en helhetssyn på den enskilde patientens situation utvecklas och som också möjliggör involvering och medskapande i den egna vården [2]. Några framgångsfaktorer som identifierats för tillitsbaserad utveckling är gränsöverskridande samarbeten, delegerad verksamhetsutveckling, psykologisk trygghet, relationsbyggande och lösningar med medborgaren i centrum [3].

På en allmänpsykiatrisk mottagning i Region Västmanland<sup>1</sup> utvecklade och ledde vi ett professionsdrivet utvecklingsarbete som berör förändringar beskrivna i ”God och nära vård SOU 2020:19”. Projektet hade följande mål:

- Att utgå ifrån patientbehov och möjliggöra medskapande i den egna vården
- Att identifiera och tillämpa tillgänglig kunskap
- Att erbjuda tillgänglig, effektiv och jämlik vård
- Gemensamt ägarskap hos medarbetarna för utveckling av vården
- Möjliggöra vetenskaplig utvärdering som underlag för fortsatt utveckling

Hösten 2018 påbörjades planeringen av utvecklingsarbetet. Först kartlades nuläget på mottagningen i relation till målen av utvecklingsstrategien med utgångspunkt från dennes kompetens inom organisationsforskning och lång praktisk erfarenhet av offentlig organisationsutveckling och evidensbaserad praktik. Utvecklingsstrategien ledde sedan projektet och metodutvecklingen tillsammans med läkare med forskarkompetens och enhetschef, tillika psykolog, vilka bidrog med klinisk psykiatrisk kompetens. Tillsammans bildade de en strategisk arbetsgrupp som ledde och koordinerade genomförandet av projektet. Kartläggningen kompletterades med analys av forsknings- och kunskapsöversikter för att få en välgrundad bild av önskad inriktning. Två viktiga utmaningar identifierades:

- Behov av nya gemensamma arbetssätt pga avsaknad av samsyn kring patientbehov hos mottagningens olika professioner. Det saknades även helhetsbild av innehåll och effekt av den vård som gavs, på både individ- och gruppnivå.

1. Den allmänpsykiatriska mottagningen tar emot patienter med de flesta vanliga förekommande psykiatriska tillstånd utom psykos och autism. Personalen består av undersköterska, sekreterare, fysioterapeuter, arbetsterapeut, kuratorer, sjuksköterskor, psykologer och läkare. Sammanlagt arbetar cirka 25 personer på mottagningen.

- Behov av forum för utbyte och dialog kring vad som utgör bästa tillgängliga kunskap utifrån patienters behov. Kunskapsutbyte utgjorde inte en del av det gemensamma arbetet. Traditionella hierarkiska strukturer begränsade också utbytet av erfarenheter över professionsgränser.

Med detta som utgångspunkt planerades genomförandet av utvecklingsarbetet. Innehållet i genomförandet har därefter justerats adaptivt över tid och i dialog på mottagningen, där behov styr inriktning och takt [4]. En ambition har varit att tillämpa tillgänglig evidens från organisationsforskningsområdet för att utveckla en professionsbaserad hållbar verksamhetsutveckling över tid [1,3,5,6]. Att skilja enkel-loops-processer (hur något ska göras) från dubbel-loops-processer (vad som egentligen bör göras) finns beskrivet inom forskningen om lärande organisationer [7]. Projektet drevs som en dubbel-loops-process, vilket innebar att först definiera behov och därefter söktes tillgänglig vetenskaplig och praktisk kunskap. Dialog fördes utifrån dessa aspekter och utifrån det underlaget skapades lösningar.

### **Uppstart av tvärprofessionella arbetsgrupper**

Utvecklingsarbetet på mottagningen startade upp med en gemensam planeringsdag, hösten 2019, där ett behovsbaserat arbetssätt introducerades för medarbetarna. Här ingick en teoretisk bakgrund om behovet av att veta mer om hur den vård vi ger motsvarar patientbehoven och ger avsedd effekt. Exempel baserat på tjänstedesignlogik användes för att illustrera skillnader mellan ett verksamhetsperspektiv och ett användarperspektiv på vård [8]. Här fick medarbetarna själva pröva på att arbeta i tvärprofessionella grupperingar med fokus på patientbehov i tre olika faser i kontakten med mottagningen; ”före, vid första kontakt och nybesöksbedömning”, ”behandlingsfas” samt ”avslut vid mottagningen och att leva med sin diagnos”. Genom att aktivt fokusera patientens perspektiv på mottagningens befintliga processer synliggjordes flertalet utvecklingsmöjligheter som därefter sammanställdes och utgjorde grund för kommande steg i arbetet. En av de gemensamma slutsatser som drogs var att mottagningen behövde utveckla former för att möjliggöra känslan av sammanhang (KASAM) för mottagningens patienter [9].

### **Process och genomförande på mottagningen**

Analysen och dialogen kring den samlade kartläggningen av nuläget, behoven och målen ledde till fyra olika men sammanhängande fokus i utvecklingsarbetet. För respektive fokus bildades en arbetsgrupp bestående av mottagningens olika

professioner, dvs läkarsekreterare, kurator, läkare, psykolog, sjuksköterska, fysio- och arbetsterapeut. Varje medarbetare deltog i minst en av dessa arbetsgrupper:

- ”Processer för patientnytta” (fokus på vad som skapar patientnytta och effekt under patientens ”resa” på mottagningen”)
- ”Systematiska vårdprocesser” (fokus på vad och hur i bedömnings- och behandlingsprocess)
- ”Internetbehandling” (fokus på interaktiv digital behandling)
- ”Levnadsvanor” (fokus på stöd kring levnadsvanor för målgruppen)

För att möjliggöra samsyn kring patientbehov och en gemensam helhetsbild av innehåll och effekt av den vård som gavs började respektive arbetsgrupp med att kartlägga nuläget. Frågor som ”Hur gör vi idag?”, ”Vilket behov finns?” och ”Vilken evidens finns?” användes. Kunskap hämtades från tvärprofessionell dialog, enkäter och avstämningar med kollegor internt och externt liksom från vetenskapliga källor och myndigheters kunskapsunderlag. Patientperspektivet inhämtades från Nationella patientenkäten samt via svar i flera anonyma patientenkäter som arbetsgrupperna utformat. Utifrån inhämtad kunskap och dialog växte en gemensam kunskapsbas fram i och mellan arbetsgrupperna. I kunskapsbasen identifierades kärnkomponenter, dvs. omistliga delar för att nå effekt, för respektive arbetsgrupps område, vilka kommunicerades och förankrades bland kollegorna [10]. Kärnkomponenterna låg sedan till grund för innovation av de nya processer och arbetssätt som togs fram av respektive grupp.

## Ny ”infrastruktur” för utveckling

En central del i utvecklingen var dialog om ”vad vi gör när vi gör det vi gör”. Det utforskande förhållningssättet bidrog, utöver kartläggningen av nuläge och önskat läge utifrån behov och tillgänglig evidens, till en ny och mer gemensam uppfattning om mottagningens verksamhet. Det pågick således ett aktivt arbete med att synliggöra praktik, synsätt, behov, processer och effekter i respektive arbetsgrupp växelvis med dialog i hela personalgruppen vid planeringsdagar och arbetsplatsträffar (APT). Exempel på insikter: vissa steg i ”patientresan” på mottagningen var otydliga för patienten och att medarbetare gjorde samma moment på olika vis.

För att skapa förutsättningar för en lärande organisation grundlades en ny ”infrastruktur” för utvecklingsarbete på mottagningen. Forum för kunskapsutbyte och dialog saknades och därför öronmärktes arbetstid för veckovisa möten i arbetsgrupperna. En del av mötestiden i respektive grupp har bestått av träff med utvecklingsstrateg och enhetschef, vilket varit en viktig beståndsdel i det adaptiva arbetssättet. Syftet var utbyte kring utvecklingsarbetet, vid behov

handledning i arbetssättet samt koordinering av processer mellan arbetsgrupperna. Genom att mottagningens ordinarie APT:er förlängdes skapades utrymme för avstämningar och uppdateringar mellan arbetsgrupperna, liksom dialog i helgrupp. Över tid bidrog detta till att en delad bild av utvecklingsbehov vuxit fram, samtidigt som medarbetarnas ägarskap av utvecklingsprocessen etablerades. Planeringsdagar genomfördes en gång per halvår och möjliggjorde gemensam fördjupning liksom inblick i det som skett parallellt, utanför den egna arbetsgruppen. De innebar även chans att fokusera på specifika frågeställningar som en arbetsgrupp hade och få input från de andra. Allt eftersom behövdes mer samarbete mellan arbetsgrupperna, vilket också bidrog till att stärka känslan av att det var ett gemensamt arbete med samma inriktning där alla bidrog med sina delar. Allt arbete dokumenterades löpande och sparades i mottagningens gemensamma katalog, vilket möjliggjorde transparens och kontinuitet. Dokumentationen utgjorde även underlag för återkoppling, koordinering och planering av avkommande steg.

Vid APT:er har personliga reflektioner regelbundet samlats in skriftligt och helt anonymt. De har utgjort återkoppling på arbetssätt, innehåll, upplevda hinder och möjligheter. Reflektionerna har sammanställts tematiskt av utvecklingsstrategen och återgivits på följande APT, som underlag för gemensam dialog. På så vis skapades även en gemensam ögonblicksbild av processen i arbetet och frågor som krävde förtydliganden, motivering, omprövning kunde fångas upp.

## **Resultat av utvecklingsarbetet på mottagningen**

Hösten 2020 genomfördes fokusgruppsintervjuer av författarna om erfarenheter och resultat med respektive arbetsgrupp samt uppföljning med enhetschef. En liknande bild gavs av grupperna, där utvecklingen av ett nytt arbetssätt beskrevs ha växt fram i olika faser. Arbetssättet upplevdes till en början som otydligt och ovant, inklusive förväntningen på den enskilde individen i arbetsgruppen. Vid tidigare förändringsarbeten hade en redan färdig ”produkt” för implementering lanserats, där man som medarbetare enbart förväntades stå för tillämpning i praktiken. Nu skulle själva produkterna utvecklas på egen hand, utifrån tillgänglig kunskap och patientbehov med syfte att skapa patientnytta, jämlikhet och effektivitet. Den höga graden av egen delaktighet beskrevs som ovan och genomgripande, vilket tog tid att anamma. Att förändringsarbetet drivits ”bottom-up”, utgjorde en skarp kontrast till tidigare erfarenheter. Även det egna engagemanget, både som person och profession, lyftes som en ny erfarenhet som vunnit acceptans och uppskattades vartefter. Den gemensamma dialogen och processen i den egna arbetsgruppen upplevdes bidra till insikter, samsyn och gemenskap i arbetet. Här nämndes även en ökad känsla av sammanhang (KASAM) och minskad personlig stress, exempelvis genom att kun-

na dela svåra professionella beslut. Det förstärkta tvärprofessionella kollegiala utbytet upplevdes bygga en gemensam ”bepövad erfarenhet” som tillämpades i patientmöten.[11] Ökad arbetsglädje, personlig och professionell utveckling beskrevs av både arbetsgrupper och enhetschef som resultat på individ- och gruppnivå. [11, 12] Enhetschefen betonade det egna lärandet om arbetssättet i praktiken, en ökad transparens, mer utbyte med medarbetare och en ny roll som facilitator som utveckling i ledarskapet. [12]

Patienter var delaktiga i att ge respons på befintliga arbetssätt samt besvarade olika enkäter utifrån arbetsgruppers frågeställningar, t.ex. utvärderade testfrågor om levnadsvanor. Exempel på nya lösningar som togs fram var:

- Modell för kunskapsbaserad tvärprofessionell, jämlik och effektiv bedömningsprocess. Här har en ny modell för tvärprofessionell bedömning tagits fram som beskriver gemensamma obligatoriska delmoment, vilka dock till innehållet kan anpassas efter patientens individuella behov. Processen är baserad på tillgänglig evidens och är framtagen av en tvärprofessionell arbetsgrupp. Under arbetets gång har övrig personal kommit med återkoppling i samband med APT:er och planeringsdagar, vilket gör att den nu vid testning är väl förankrad i hela personalgruppen.
- Patientinformation om innehåll i den egna resan på mottagningen. Ett nytt informationsbrev har tagits fram utifrån ett patientperspektiv. Brevet innehåller information om hur ett första besök brukar gå till och hur man kan förbereda sig. Brevet introducerar också patienten i den fortsatta vårdprocessen för att möjliggöra delaktighet och bidra till att skapa en känsla av sammanhang.
- Modell av patientens egen ”resa” från början till avslut på mottagningen. Vid första besöket introduceras en översiktlig bild av de olika stegen i vårdprocessen, så att patienten vet hur innehållet i bedömningsprocess och eventuell behandling ser ut. Detta har tidigare inte varit känt för patienten i förväg. Denna ”hållplatskarta” ökar patientens KASAM liksom möjlighet att vara delaktig och att föra dialog om innehållet i den egna vården.
- Internetbehandling för ADHD-patienter. En interaktiv Internetbaserad kurs för patienter med ADHD har tagits fram, med fokus på ökade kunskaper om tillståndet och strategier för att underlätta vardagen. I kursen ingår filmklipp, illustrerande exempel, tips från patienter och övningar som patienten får individuell återkoppling på. Denna behandlingsform ökar på sikt jämlikheten i tillgången på vårdinsatser,

då den kan erbjudas för alla mottagningar i regionen, inte kräver fysiskt deltagande samt kan genomföras när det passar patienten bäst.

- Patientenkät om levnadsvanor för psykisk hälsa samt hälsofrämjande patientstöd. En patientenkät utifrån evidens om levnadsvanor hos psykiatripatienter har tagits fram och blivit en del av den nya modellen för nybesöksbedömning. Livsstilsrelaterade sjukdomar är överrepresenterade bland psykiatripatienter som har betydligt lägre medellivslängd än befolkningen i övrigt. Informationen från enkäten bidrar till en bättre helhetsbild av patientens hälsotillstånd. Den möjliggör dialog om livsstilsrelaterade insatser som en del av behandlingen.
- Stöd till livsstilsförändring. För att stödja livsstilsförändringar hos mottagningens patienter har ett samarbete inletts med regionens hälsofrämjande enhet. En första insats som tagits fram och testas är promenadgrupper, då fysisk aktivitet och social samvaro visat sig vara behov som är svåra för patienter att själva tillgodose. Promenadgrupperna leds av mottagningens psykiatriska professioner.

## Erfarenheter och slutsatser

Det beskrivna utvecklingsarbetet har baserats på forskning och beprövad erfarenhet för lärande organisationer och hållbar organisationsutveckling. Det medförde att grundläggande hinder för utveckling i mottagningens arbete adresserades och har krävt mer tid och engagemang från medarbetarna än sedvanliga metoder, inklusive krav på medarbetare att hantera ovisshet om vad man ska göra och hur man ska ta sig till målen. Å andra sidan har resurserna gett god avkastning i form av välgrundade, förankrade och effektiva lösningar utifrån patienters behov. En struktur för fortsatt kunskapsbaserad utveckling etablerades, där nya utmaningar kan antas, inklusive omställningen till de paradigmen som beskrivs i ”God och nära vård” [2].

Varmt tack till alla på Mottagning 3, Psykiatricentrum i Region Västmanland. Utvecklingsarbetet har finansierats av Regions Västmanlands särskilda forskningssatsning på psykiatri 2018-2020.

## Referenser

1. SOU 2018:47, Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.  
<https://www.regeringen.se/49d37c/contentassets/1705dea13e1845d999ce29016897a1cc/med-tillit-vaxer-handlingsutrymmet--tillitsbaserad-styrning-och-ledning-av-valfardssektorn-sou-201847.pdf>

2. SOU 2020:19, God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, s 100, 108, 116, 126, 244. [https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-hal-so--och-sjukvardssystem-sou\\_2020\\_19\\_webb.pdf](https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-hal-so--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf)
3. Myndigheten för vårdanalys, 2018; Implementering i vården och omsorgen, En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv PM. <https://www.vardanalys.se/rapporter/implementering-i-varden/>
4. Leadership Without Easy Answers, Chapter: Distinguishing adaptive from technical work' s 73ff, Ronald A.Heifetz, Cambridge Massachusetts, 1994.
5. SOU 2018:38, Styra och leda med tillit – forskning och praktik, Forskningsantologi från Tillitsdelegationen, Bringselius L. (red.), 2018. <https://www.regeringen.se/49d62c/contentassets/0aa3c27a6c4f78830cd1f56844b087/styra-och-leda-med-tillit.-forskning-och-praktik-sou-201838.pdf>
6. Myndigheten för vårdanalys, 2018; Bäddat för utveckling, Rapport. <https://www.vardanalys.se/rapporter/baddat-for-utveckling/>
7. Argyris C., Double loop learning in organizations. Harvard business review, 1977:09.
8. Sveriges kommuner och regioner (SKR), Innovationsguiden, [www.innovationsguiden.se](http://www.innovationsguiden.se)
9. Antonovsky A, Unraveling the Mystery of Health, Jossey-Bass, San Fransisco, 1987.
10. Hasson, H. och von Thiele Schwarz, U., Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar, Natur & Kultur Akademisk, 2017.
11. Fokusgruppsintervjuer i arbetsgrupper på mottagningen, 2020-10-14 (2 st), 2020-10-21.
12. Intervju med enhetschef 2020-11-03.