

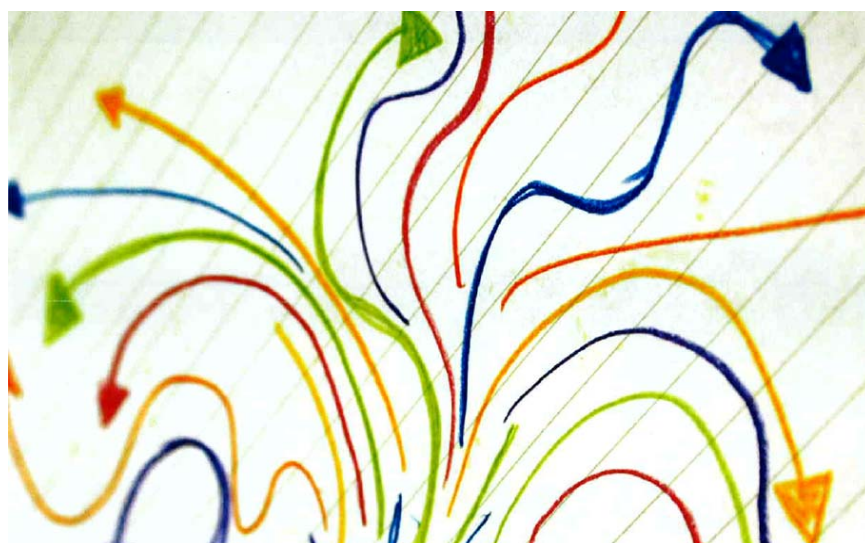
Hvordan tenke annerledes om det alle ser

Fritt etter guiden:



av

Lynne Maher, Paul Plsek, Sarah Garret og Helen Bevan
National Healthcare Services (NHS)



Toril Bakke & Trulte Konsmo
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Seksjon for kvalitetsutvikling - GRUK

*Utfordringen ligger ikke i å se
det ingen ser,
men å tenke det ingen har tenkt
om det alle ser.*

Schopenhauer

Forord

Guiden *Thinking Differently* ble første gang utgitt i 2007 av National Healthcare Services (NHS) - Institute for Innovation and Improvement i England. Forfattere er Lynne Maher, Paul Plsek, Sarah Garret og Helen Bevan. Konseptet og verktøyene er ikke forbeholdt helsetjenesten, men brukes i mange ulike typer organisasjoner, ikke minst i industrien. I England har verktøyene blitt benyttet av forbedringsteam i helsetjenesten i fem år. Verktøyene har vist seg nyttige og meningsfulle i forhold til å tenke annerledes om det alle ser, og bidrar til å løse små og store utfordringer som helsetjenesten står overfor på en mer effektiv måte.

Guiden er oversatt av Toril Bakke, og bearbeidet og tilpasset norske forhold i samarbeid med Trulte Konsmo. Vi takker Dr. Lynne Maher, forfatter og leder for Innovation Practice ved Institute for Innovation and Improvement for den rause tillatelsen til å oversette og bearbeide deres materiale! Vi har valgt å oversette noen verktøy på bekostning av andre. Utvalget er gjort på bakgrunn av eget kjennskap til verktøyene og erfaring med at de åpner for spennende og nye perspektiver i forbedringsarbeidet.

I planleggingsfasen i Metode for kvalitetsforbedring hvor man blant annet skal kartlegge nåværende praksis, planlegge forbedret praksis og finne forbedringstiltak, kan tenkningen og verktøyene som beskrives i denne guiden være meningsfulle å bruke for å få nye ideer.

Materialet er inndelt i to deler: I del 1 presenteres teorien bak verktøyene, samt eksempler for å illustrere stoffet. Del 2 inneholder en kort beskrivelse av de ulike verktøyene.

Thinking differently kan bestilles på www.institute.nhs.uk eller telefon 024 7647 5800

Oktober 2008
Toril Bakke & Trulte Konsmo
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK

Innhold

Del 1. Annerledes tenkning kan gi dramatisk forbedring.....	4
Tankestrømmer i helsetjenestedalen	5
Første- og annen ordens endringer	6
Eksempler på første- og annen ordens endringer	6
Bevisstgjøring, gi slipp og bevegelse	13
Strukturer kaoset	13
Del 2. Verktøy	14
Fase 1. Stopp før du starter.....	14
Verktøy: Omdefiner ved å leke med ord	14
Fase 2: Få frem mange ideer	16
Verktøy: Bryt regelen.....	16
Verktøy: Tilfeldige ord, bilder eller objekt	18
Fase 3. Utvelgelse og testing av ideer	19
Verktøy: Seks tenkende hatter.....	20
Litteraturliste	23
Vedlegg 1	
Liste over tilfeldige ord	24



Del 1. Annerledes tenkning kan gi dramatisk forbedring

Du er sannsynligvis en travelt opptatt, hardarbeidende fagperson som noen ganger opplever at du ikke har tid til å tenke i det hele tatt. Her kommer det en guide som ber deg om å tenke annerledes! Dette betyr ikke at det er noe i veien med måten du tenker på i dag, men det er viktig å utvide repertoaret i forhold til andre måter å tenke på når det gjelder kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Erfaringer fra ulike land som virkelig har lyktes med å forbedre helsetjenesten viser dette (1,2).

Det å tenke annerledes om det alle ser har gjennom historien vist seg å kunne ha dramatisk effekt, og til og med endret menneskenes verdensbilde. Et velkjent eksempel er den italienske astronomen Galileo Galilei som hadde tilgang til de samme observasjoner av stjernehimmelen som alle andre astronomer hadde, men som så dem på en annen måte og oppdaget noe revolusjonerende: Det er planetene – inkludert jorden, som sirkler rundt solen, og ikke omvendt. For dette standpunktet ble han forfulgt av kirken og anklaget for blasfemi. Et nyere eksempel er Apple som har gjort det til sitt varemerke å tenke annerledes. De har transformert seg selv fra å være en ordinær leverandør av datautstyr til en leverandør av nyskapende ideer om hvordan musikk kan distribueres. Mobiltelefonen er et annet resultat av at noen begynte å tenke annerledes ut fra et ønske om at telefonen skulle kunne brukes uavhengig av ledning.

Det å tenke annerledes i helsetjenesten har også ført til dramatiske forbedringer, blant annet innenfor det kirurgiske fagfeltet: Fra store og omfattende inngrep til kikkeshullskirurgi, som både har redusert pasientenes plager etter operasjon og tiden de er innlagt. Poliklinisk behandling, ambulante team og pasienthotell er andre nyskapninger som har kommet til fordi noen tenkte annerledes om det alle så og turde å stille spørsmål ved etablerte sannheter. Eksemplene på forbedringer er utallige, og mange utgjør et kvantesprang – i betydningen avgjørende skritt i utviklingen, i helsetjenestens historie.

Det er viktig å erkjenne betydningen av å tenke annerledes i helsetjenesten på bakgrunn av de store utfordringene vi står overfor i årene fremover: Blant annet vil eldrebølgen medføre behov for stadig flere hender til å utføre omfattende oppgaver i helsetjenesten. Det samme behovet har andre sektorer i samfunnet. Samtidig vil den andelen av befolkningen som skal

ivareta alle oppgavene stadig synke. *Hvis vi fortsetter å tenke slik vi alltid har tenkt, vil vi få tilnærmet de samme resultatene som vi alltid har fått.* Det nytter ikke bare å satse på økte ressurser, omorganiseringer, kultur-/strukturendringer eller omprioriteringer.

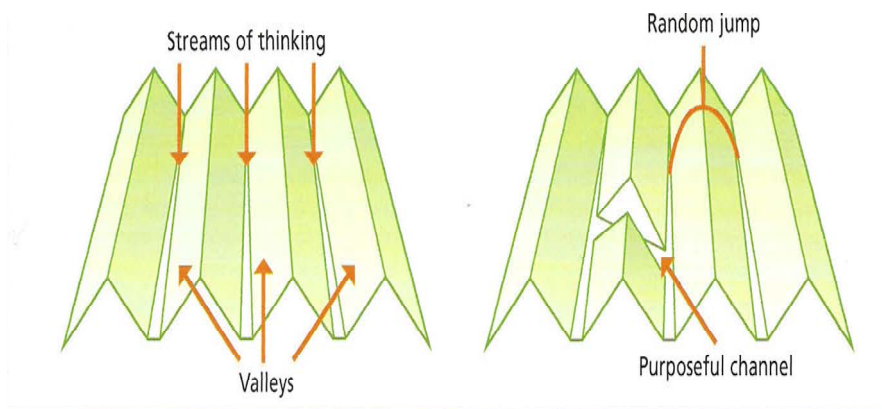
Hvis vi av og til kan gi slipp på våre rotfestede antakelser og uskrevne regler om hvordan helsetjenesten skal drives og organiseres, kan det være at vi finner en bedre måte å gjøre ting på. I vårt tilfelle ble det å akseptere pasientene som likeverdige partnere i forbedringsarbeidet det som åpnet øynene våre for at det finnes nyttig kunnskap og erfaring som vi ellers ikke ville hatt tilgang til.

John Picles

Consultant Head & Neck Surgeon, Luton & Dunstable, NHS Foundation Trust

Tankestrømmer i helsetjenestedalen

Før du kan ta i bruk verktøyene, er det viktig å forstå den grunnleggende teorien som ligger bak, både i forhold til hvordan vi vanligvis tenker og hvordan vi kan begynne å tenke annerledes. Det finnes mange kompliserte vitenskaplige forklaringer på hvordan vi tenker. Edward de Bono¹ - professor i kreativ tenkning, har laget en enkel modell. Han ser for seg hjernen som mentale berg og daler², og tankene våre som regn som faller tilfeldig ned over dette landskapet. På samme måten som berg og daler i naturen organiserer regnet i elver, organiserer hjernen ord, begrep og fraser i tankestrømmer. Etter hvert som vi lærer å snakke og bruke språket, utvikler hjernen metaforiske daler for å holde orden på alle inntrykkene som sansene våre mottar hver dag.



Den norske helsetjenesten kan for eksempel ses på som en metaforisk dal hvor vi organiserer ord og uttrykk som har med denne tjenesten å gjøre. Hver gang vi for eksempel sier eller hører ordet *sykehus* vil hjernen vår organisere dette ordet i *helsetjenestedalen*. Vi forbinder det med helsepersonell i hvite frakker, lange korridorer, mat på traller, medikamenter og sprøyter, ventrom, vaktrom, blodtrykksapparat, personer som ligger i senger og blir trillet

¹ Edward de Bono blir sett på som en ledende autoritet på feltet kreativ tenkning, og hvordan vi kan trene oss opp i å tenke annerledes. Han har skrevet 62 bøker om emnet som er oversatt til 37 språk. Hans teorier har fått gjennomslagskraft på mange områder, alt fra det amerikanske forsvaret til arbeid med traumatiserte barn.

² Kjente ord og uttrykk som mentale modeller, paradigmer, antakelser, bakgrunnsforståelse, forforståelse, mentale bokser og liknende ord og uttrykk tilsvarer begrepet mentale berg og daler.

rundt etc. Alt dette flyter sammen i en tankestrøm utløst av ordet sykehus. Det samme skjer hvis vi sier eller hører ordene pasient, hjemmesykepleier, akuttmottak, journal osv.

Visse skrevne og uskrevne regler som henger sammen med kulturelle mønstre, styrer helsetjenestedalen: Pasienter må møte opp for å få behandling, legene bestemmer hvilken type behandling de skal få, de må belage seg på å vente – både for å få time og for å komme inn til avtalte timer, helsepersonell er travle og må ikke forstyrres unødvendig, pasientene må ta de pillene som blir forskrevet, de må forvente at de ikke forstår alt hva personalet snakker om osv. Personer som utdanner seg til å arbeide i helsetjenesten vil i enda sterkere grad enn andre utvikle dype helsetjenestedaler, fordi både teori og praksis vil underbygge en slik forforståelse. Vi tenker slik vi har lært å tenke, og fordelene er både at det skaper en felles begrepsverden og kjennes komfortabelt ut. Det er ingen feil ved denne måten å tenke på. Men når vi ønsker å forbedre helsetjenestene bør vi være oppmerksomme på at vi er dypt inne i denne dalen og at det gjør det vanskelig å åpne opp for nye perspektiver og muligheter. Kanskje kan vi sette inn en vannkjøler, gode stoler og en TV på venterommet, og dette er helt klart forbedringer, men det gir begrensede resultater hvis vi ikke utfordrer de grunnleggende antakelsene og de uskrevne reglene som styrer helsetjenestedalen. Kanskje man heller skulle ha som mål å fjerne både venting og venterom!

Det å trekke brukerne systematisk inn i forbedringsarbeidet er en måte å utfordre uskrevne regler på og få inspirasjon til å tenke annerledes. Selv om brukerne også er preget av tenkningen i helsetjenestedalen, har de ofte større evne til å se denne dalen utenfra.

Første- og annen ordens endringer

Hvis vi endrer måten vi gjør ting på, men fortsatt oppholder oss i den samme mentale dalen, er det første ordens endringer. Hvis vi både endrer måten vi tenker på og det vi gjør, er det annen ordens endringer. Begge deler kan føre til forbedringer, men annen ordens endringer har vist seg både å være mer effektive og skape større tilfredshet hos brukere og ansatte (1,2,4). Første og annen ordens endringer er begrep som både benyttes innenfor ledelse, veiledning, organisasjonsutvikling og psykoterapi. Opprinnelsen til begrepene knyttes til antropologene Gregory Bateson og Margaret Mead.

Ikke være redd for de nye ideene. Vær redd for de gamle. De holder deg fast der hvor du er og stopper deg fra å vokse og bevege deg fremover. Konsentrer deg om hvor du vil, og ikke om det du frykter.

Anthony Robbins

Eksempler på første- og annen ordens endringer

1. Best kompetanse i det første møtet

I et landsomfattende tilsyn i 2007 undersøkte Helsetilsynet om de somatiske spesialisthelsetjenestene var forsvarlige i 27 akuttmottak (3). Det ble fokusert på pasienter med uavklarte diagnoser. Dette er ofte eldre pasienter med svikt i flere organer og ulike typer symptomer samtidig, som ryggsmarter, magesmarter, forvirring og kvalme. Statens helsetilsyn fant et totalbilde som viste at hverdagen i disse akuttmottakene var preget av

mangelfull ledelse, og at dette førte til uforsvarlig pasientbehandling: Ved stor pågang og mange pasienter samtidig i akuttmottaket, måtte de ofte vente lenge på å bli undersøkt av lege. I de fleste akuttmottakene var det turnusleger eller nye assistentleger som utførte den første legeundersøkelsen. I ventetiden ble pasientene liggende uten å få nok væsketilførsel og smertelindring, noe som kunne medføre at sykdommen forverret seg og at det ble satt i gang feil behandling. Helsetilsynet påpekte at nåværende praksis måtte kartlegges, og at mottakene måtte få systematikk i oversikten over pasientstrøm og ventetider for å evaluere om medisinsk diagnose og undersøkelse blir gjennomført innenfor forsvarlige tidsrammer. Kritiske trinn i pasientflyt og behandlingsgang måtte identifiseres. Disse tiltakene måtte gjennomføres før man iverksetter permanente tiltak, og mens man iverksetter strakstiltak for å bedre situasjonen på kort sikt.

Slike ”krisesituasjoner” som mange akuttmottak er i etter tilsynet, er en god anledning til å starte et systematisk forbedringsarbeid:

1. Hva kan akuttmottakene som fikk kritikk lære av de akuttmottakene som mestrer pasientstrømmen og driver faglig forsvarlig? Studiebesøk og tett samarbeid med vellykkede akuttmottak er aktuelle tiltak.
2. Kan akuttmottakene lære noe av andre bransjer som også har en ”kundeflyt” som stopper opp regelmessig³? Dagligvarebransjen har for eksempel løst utfordringen med en ringeklokke ved hver kasse. Butikkene har definert en øvre grense for hvor mange kunder det skal være i en kø før de ringer på klokken, slik at flere kasser kan åpnes og ekspedere kunder.
3. Kirkens Bymisjon har et korps av frivillige som følger opp enkeltbrukere og kan yte det lille ekstra tilknyttet sine virksomheter. Godt opplærte frivillige vil ikke kunne diagnostisere og iverksette behandling i akuttmottak, men de kan sørge for drikke, skape trygghet, hjelp til toalettet, informere, snakke med pårørende, formidle beskjeder osv. Noen norske sykehus har startet opp med en pasientvert ordning bestående av frivillige, og flere er i startgropen. Dette gjelder blant annet Akershus universitetssykehus HF som ønsker å igangsette en ordning med pasientverter både på bakgrunn av at de har scoret lavt på flere pasienttilfredshetsundersøkelser, og fordi de ønsket å tenke annerledes når de flytter inn i nytt sykehus. Vertenes oppgave er å følge pasienter rundt på sykehuset, hente kaffe, gi informasjon osv.
4. De mest erfarne legene er de som først møter pasientene. De kan enten tilkalles ved hjelp av en ringeklokke i perioder med uventet stor tilstrømning (jf. punkt 2), eller gå i turnus på de tidspunktene hvor kartlegging av pasientflyten har vist at det ofte topper seg.

Tiltak 1 tilhører kategorien første ordens endringer, og er et tiltak som sterkt anbefales i forbedringsarbeid. Tiltak 2 kan innebære en annen ordnings endring, fordi man faktisk beveger seg utenfor helsetjenestedalen og begynner å tenke på en annen måte. Hvilken kategori tiltak 3 hører inn under kan diskuteres. Det å trekke frivillige – i betydningen ulønnede personer som brenner for å gjøre noe for andre, inn i akuttmottak er brudd på flere uskrevne regler⁴: At kun faglært personell skal ha med pasienter å gjøre, at det å bruke frivillige dekker over behovet for flere fagpersoner, og at det å jobbe uten lønn – selv om man velger det selv, er utnytting. Når det gjelder tiltak 4, er dette sannsynligvis en annen ordens endring, fordi det er brudd på den uskrevne regelen om at pasientene må gjennom mange ledd og mye venting før de treffer den personen som har best kompetanse til å stille diagnose og igangsette behandling; den erfarne legen.

³ Verktøyet: Fresh Eyes.

⁴ Verktøyet: Breaking the Rules.

2. - Velkommen, vi har null ventetid!

I Lørenskog kommune har de vist at det nytter å tenke annerledes: Helsesjefen bestemte at det ikke skulle være ventetid på hjelp i forhold til psykiske lidelser for personer under 23 år:

”Velkommen, vi har null ventetid.” Kommunen har bygd ut psykiske helsetjenester for barn og unge (PHBU) og bemannet med psykologer og sykepleiere med spesialkompetanse.

Resultatet er at de ikke har noen kø, ingen krav til henvisning og at man ikke trenger å bestille time. Fastlegene og Barne- og ungdomspsykiatrien ved Akershus Universitetssykehus HF er meget fornøyde med tilbudet og samarbeidet. Tiltaket kan karakteriseres som en annen ordens endring, fordi det handler både om å tenke annerledes - brudd på regelen om at det må være ventetid i forhold til spesialisthjelp, og gjøre noe annerledes - bygge opp et senter hvor innbyggerne kan banke på hvis de trenger hjelp. I tillegg er dette et forbilledlig eksempel på en leder som tar ansvar og tør å prioritere noe fremfor noe annet (4).

3. Hvorfor kjører trailersjåfører av veien uten å etterlate seg bremsespor?

Og hvordan kan vi forebygge dette? Disse viktige spørsmålene førte til et samarbeid mellom Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL), Yrkestrafikkforbundet (YTF) og Statens vegvesen. Fokus i samarbeidet er kartlegging og bedring av trailersjåførers helse. Arbeidet ledes av regionsekretær og sykepleier Arnt-Helge Dalelv i LHL, og prosjektet finansieres av Stiftelsen Helse og Rehabilitering.

En hypotese som skal undersøkes er om lavt blodsukker som medfører sløvheter og tretthet kan være en årsak til at sjåførene sovner, og dermed kjører av veien uten bremsespor. Mange år med lite tilfredsstillende kosthold, uregelmessig arbeidstid og mye stress er bakgrunnen for hypotesen. Trailersjåfører er ikke av den gruppen i samfunnet som oppsøker helsevesenet i utide, så hvordan skulle man nå denne gruppen med tilbudet? Man må selvfølgelig være der hvor sjåførene er, og har derfor satt opp teststasjoner på rasteplasser og kafeer langs hovedveiene. Til sammen 600 sjåfører skal få tilbud om å svare på et spørreskjema som kartlegger alder, kjønn, spisevaner, alkoholbruk, arbeidsrutiner og antall timer de jobber. I tillegg skal de få tilbud om blodtrykkssjekk, måling av kolesterol, blodsukker, BMI og livvidde, samt enkel kostholdsveiledning. Tilbudet har fått veldig bra mottakelse, og sjåførene anbefaler det til hverandre.

Dette prosjektet innebærer annen ordens endringer:

- De har tenkt forebyggende og systematisk om ulykker som mange ser på måter som ingen har gjort før.
- Prosjektet innebærer brudd på regelen om at befolkningen selv må ta initiativ og oppsøke helsetjenesten for å få tilbud om hjelp til enkle undersøkelser som kan si noe om helsetilstanden deres. Det at resultatet kommer raskt og er koblet opp mot enkel kostveiledning, er sentralt i forhold til motivasjon til endring hos den enkelte sjåfør.
- Samarbeidet med sentrale aktører *utenfor* helsetjenesten skaper gjensidig læring og inspirasjon til å tenke annerledes og sette i gang andre typer tiltak enn det helsetjenesten tradisjonelt gjør.

Tankegangen bak prosjektet kan benyttes i forhold til forebyggende helsearbeid opp mot andre utsatte grupper. Det er viktig å identifisere sentrale møteplasser og være der sammen med den gruppen man vil nå for å få frem budskapet. Lignende opplegg på andre områder kan derfor arrangeres på Home-parties, frivillighetssentraler, eldresentre, kjøpesentre, frisørsalonger, fotballkamper, festivaler og lignende. På disse arenaene når man både de som er velfungerende og utsatte blant for eksempel ungdom og eldre.

Systematisk og kreativt forebyggende arbeid opp mot utsatte grupper er tiltak som på sikt vil kunne redusere helsekøene og dermed fjerne korridorsenger – to store utfordringer i helsetjenesten.

4. Individuell plan med utgangspunkt i brukernes egne mål

I 2001 ble det vedtatt at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal være overordnet alt annet planarbeid, dvs. planer som lages av de ulike helse- og sosialfaglige personellgruppene. Det være seg sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fastleger eller sosionomer. Ny lov om velferdsforvaltningen (NAV) har også en egen bestemmelse om individuell plan.

Fra myndighetenes side understrekes det at det skal tas utgangspunkt i brukernes egne mål og ressurser. Brukerens synspunkter skal høres i forhold til hvem som skal være koordinator. Det vektlegges at dette bør være en person som brukeren har en positiv relasjon til (5). Det å lovfeste en plan for å sikre brukerne helhetlige og koordinerte tjenester, samt det gjennomførte fokuset på brukermedvirkning - i betydningen overføring av myndighet, er et paradigmeskifte som bryter følgende uskrevne regler i helse- og sosialtjenesten:

- Helse- og sosialpersonell vet best hva som er bra for brukeren og det er deres kunnskap om brukerens situasjon som er viktigst. Derfor er det personalet som må lage målene for behandlingen.
- Planer i helse- og sosialtjenesten er personalets arbeidsredskap, og det er dermed tjenestene – hjemmesykepleien, sykehuset, sosialkontoret, fastlegen, som "eier" de ulike planene som utarbeides.
- Relasjon er av underordnet betydning, det er personalets kompetanse om diagnoser, symptom og behandling som teller.

Individuelle planer har dermed potensialet til å skape annen ordens endringer. Erfaring fra praksisfeltet og ikke minst brukernes egne historier om individuell plan, bekrefter dette.

5. Behandling – uten henvisning og leger

Som et svar på de samme utfordringene som ble presentert i det første eksempelet, har National Health Services (NHS) opprettet lavterskel Walk-in Centre (WiC) i England (6). Sentrene er åpne 365 dager i året på dag- og kveldstid og man kan - som navnet sier, gå rett inn. De behandler blant annet infeksjoner og utslett, enkle brudd, kutt og sår, samt gir veiledning om prevensjon og helsefremmende og forebyggende tiltak. Sentrene blir ledet av erfarne sykepleiere og behandler ca. 3 millioner pasienter pr. år. Opprettelsen av WiC er et brudd på den uskrevne regelen om at leger skal være ledere på sentre som driver medisinsk behandling, og regelen om at det må en henvisning til for å få medisinsk behandling. Samtidig som WiC øker befolkningens tilgjengelighet til helsetjenesten på en enkel måte, har de avlastet legesentrene, legevakt og akuttmottak.

Dette eksempelet illustrerer også at det kan være nødvendig å utfordre profesjonstenkningen for å skape annen ordens endringer. For å møte de store utfordringene helsetjenesten står overfor, må alle helseprofesjoner være villige til å vise fleksibilitet i årene som kommer.

6. Brukerstyrte helsetjenester lønner seg

Southcentral Foundation (SCF) er en helseorganisasjon i Alaska som eies av urbefolkningen. De tok gradvis over ansvaret for egne helsetjenester fra 1985 til 1999 (1). På få år har de skapt et helsevesen som i dag er et forbilde for hele verden. I presentasjonen av organisering og

innhold i helsetjenesten, blir paradigmeskiftet i måten å tenke på fremhevet som helt grunnleggende: Fokuset er flyttet fra behandling til forebygging og fra sykdom til velvære, og erkjennelsen av at det er brukerne og deres familie som kjenner sin livssituasjon best styrer oppbyggingen av tjenestene. Befolkningen styrkes til å kunne ta kloke valg i forhold til egen helse. Det er jo allikevel brukerne som avgjør om medisinerne de har fått resept på skal hentes og tas, hva de skal spise, drikke, røyke, om de vil bevege seg og trene osv. Pasientene ønsket at ventetiden skulle bort, og alle får nå time på dagen.

Mange av brukerne av helsetjenesten har sammensatte problemer; 20 % av brukerne står for 80 % av besøkene hos primærlegene. Med utgangspunkt i brukerens behov har man derfor dannet mikroteam rundt de som trenger det. I tillegg til brukeren og familien består mikroteamet av primærlege og en sykepleier som fungerer som koordinator. Atferdsterapeuter, farmasøyter og andre kan trekkes inn etter behov. Mikroteamet skaper et helhetlig tilbud hvor ressursene utnyttes på beste måte.

Målet for endringene har hele tiden vært at brukerne skulle få et bedre tilbud - og ikke at man skulle spare penger. SCF ble derfor overrasket over å oppdage at bedre kvalitet også reduserte forbruket betydelig:

- Over 40 % reduksjon i legevakt og øyeblikkelig hjelp
- 30 % reduksjon i innleggelser og liggedager på sykehus
- 50 % reduksjon i forbruk av spesialisthelsetjenester
- 20 % reduksjon i forbruk av primærhelsetjenester

7. Trygge pasienter gir mindre arbeid.

Ved Høgländssjukhuset i Eksjö i Sverige har spesiallege Jørgen Tholstrup ved gastroavdelingen ledet et kvalitetsforbedringsprosjekt som har fått flere priser (2). Kjernen i prosjektet er å opprette mikroteam rundt hver pasient hvor pasienten har mulighet til å være en aktiv deltager. Dessuten vektlegges betydningen av gjensidig anerkjennelse blant fagpersonene, en leder som lytter på alle og tydelige visjoner. Oppskriften på suksessen i dette prosjektet hviler på tre grunnelement:

- Fagpersonene må se på seg selv som konsulenter for pasientene
- Alt arbeidet – inkludert forbedringsarbeid, skal skape positiv merverdi for pasientene.
- Pasientene skal være trygge.

Det handler ikke bare om å sette pasienten i sentrum, men å trekke vedkommende inn som en aktiv part i teamet og utnytte kompetanse og ressurser. Med mindre pasienten er for syk til å komme seg opp av sengen, deltar han i daglige møter med sitt team hvor prøvesvar og journalnotat blir gjennomgått. Pasientens opplevelse av egen situasjon og meninger i forhold til behandlingsopplegget blir systematisk innhentet.

Alle prosedyrer/retningslinjer ble gjennomgått for å finne ut om de var av positiv betydning for pasientene. Automatisk kontrolltime et visst antall uker etter en utskrivelse var en av de retningslinjene som viste seg å ha rom for atskillig forbedring:

- De foretok en individuell bedømmelse av alle pasientene og fant to grupper. Halvparten fikk tilbud om å møte opp hos lege til kontrolltime, resten fikk tilbud om telefonkonsultasjon med sykepleier etter forutgående blodprøve og utfylling av skjema om livskvalitet.

- Den sistnevnte gruppen har ingen faste kontrolltimer, men kan når som helst ringe til ”sin” sykepleier og få en beroligende samtale, gode råd, eller time hos lege innen tre dager.

I starten reserverte legene to akuttimer hver dag, som sykepleieren fritt kunne disponere over til pasienter som ringte og hadde det dårlig. I dag brukes kun to til tre slike akuttimer pr. uke. Ordningen er billig, den koster kun ¼ sykepleierstilling, men har medført at ventelisten til avdelingen er borte og at antall innleggelser er halvert. Ved å gi lett tilgang til spesialister *når pasientene selv har behov for det*, har de blitt tryggere og mer kompetente til å mestre sin egen situasjon.

Nye tiltak som igangsettes følges tett ved jevnlige målinger for å se om endringer faktisk er forbedringer for pasientene.

Oppsummering

I tabellen under gir vi en oppsummering av de uskrevne reglene som ble brutt i eksemplene over, og en beskrivelse av de nye reglene samt tiltak og resultat:

Uskrevne regler	Nye regler	Tiltak og resultat
<p>Det må være ventetid for spesialisthjelp.</p> <p>Det må være henvisningsplikt til spesialisthelsetjenesten.</p> <p>For å få spesialisthjelp må det bestilles time.</p>	<p>Spesialister skal være tilgjengelige for utsatte grupper i befolkningen uten ventetid.</p> <p>Ingen krav til henvisning.</p> <p>Ingen krav til timebestilling</p>	<p>Kommunalt spesialisttilbud til barn og unge.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen ventetid • Godt kvalitativt tilbud • Forebyggende arbeid i forhold til utvikling av psykiske lidelser • Avlastet BUP og fastlegene, øker pasientgjennomstrømning i systemet.
<p>For å få tilgang til helsetjenester må alle møte opp på et kontor, enten det er i spesialist-, eller kommunehelsetjenesten.</p>	<p>For å få tak i utsatte grupper <i>før de blir syke</i>, må helsetjenesten møte dem der de er.</p> <p>Ingen henvisning, ventetid eller timebestilling.</p>	<p>Samarbeide tett med aktuelle partnere, også utenfor helsetjenesten.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikogrupper får lett tilgang til helsetjenester – forebygging av alvorlige sykdommer. • Trailersjåfører er glade for tilbudet og anbefaler det til andre. • De gir uttrykk for vilje til å endre kosthold og livsvaner.
<p>De ulike personellgruppene i helse- og sosialtjenesten bestemmer hvilke mål og tiltak som skal iverksettes for brukerne.</p> <p>Det er helsepersonell som bestemmer hvem som skal være kontaktperson-/primærkontakt</p>	<p>Brukernes egne mål skal styre tiltakene, avhengig av deres opplevelse av egen livssituasjon.</p> <p>Brukerne skal ha innflytelse på hvem som skal være koordinator i forhold til</p>	<p>Individuell plan.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et mer individuelt tilpasset tjenestetilbud. • En mer sammenhengende og helhetlig helsetjeneste.

for brukerne.	individuell plan.	
<p>Leger skal være ledere på sentre som driver medisinsk behandling.</p> <p>Bare leger kan diagnostisere og drive medisinsk behandling.</p> <p>Henvisning, ventetid og timeavtale er helt nødvendig i helsetjenesten for å få medisinsk behandling.</p>	<p>Medisinske sentre kan drives av sykepleiere som har fått opplæring.</p> <p>Sykepleiere som har fått opplæring kan diagnostisere og drive medisinsk behandling.</p> <p>Befolkningen skal selv kunne ta kontakt når de har behov for helsetjeneste.</p>	<p>Opprettelse av lavterskel medisinske sentre som et tilbud for befolkningen. De er åpne 365 dager i året på kvelds- og dagtid. Driver også helsefremmende og forebyggende arbeid.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avlaster akuttmottak og allmennpraktikere – bedrer pasientflyten i systemet. • Lett tilgjengelig, fanger opp grupper som ikke vanligvis oppsøker helsetjenesten. • Forebygger sykdom og fremmer helse
<p>Fokuset i helsetjenesten må være på diagnostisering, symptom og behandling.</p> <p>Ekspertene – helsepersonell, må styre oppbyggingen og innhold i helsetjenesten.</p> <p>Ventetid er helt nødvendig i helsetjenesten for å få medisinsk behandling.</p>	<p>Fokuset i helsetjenesten må være på forebygging og det å fremme helse.</p> <p>Brukerne og deres familier, samt sentrale element i kulturen må prege oppbygging og innhold i helsetjenestene.</p> <p>Det skal ikke være ventetid – time på dagen!</p>	<p>Systemtransformasjon: Urbefolkningen eier og styrer oppbyggingen av helsetjenesten. Mikroteam omkring pasienter som trenger det.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Over 40 % reduksjon i legevakt og øyeblikkelig hjelp • 30 % reduksjon i innleggelser og liggedager på sykehus • 50 % reduksjon i forbruk av spesialisthelsetjenester • 20 % reduksjon i forbruk av primærhelsetjenester
<p>Behandling er en relasjon mellom lege og pasient, alt annet er støttefunksjon til denne relasjonen.</p> <p>Prosedyrer og retningslinjer er et nyttig arbeidsredskap for personalet.</p>	<p>Behandling må bygge på et tett samarbeid mellom fagpersoner i et team og pasienten selv.</p> <p>Prosedyrer og retningslinjer skal skape positiv merverdi for pasientene.</p>	<p>Mikroteamtenkning. Kartlegging av pasientenes behov og opprettelse av ordninger som skaper trygghet for den enkelte.</p> <p>Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventelister borte. • Antall innleggelser er halvert.

Eksemplene viser at det går an å tenke annerledes, og at denne tenkningen innebærer brudd med uskrevne regler. Vi må lage nye regler som fremmer kvaliteten på tjenestene, slik at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (7).

Bevisstgjøring, gi slipp og bevegelse

For å komme seg ut av helsetjenestedalen og tenke annerledes, må man gjennom tre mentale aktiviteter: Bevisstgjøring, gi slipp og bevegelse.

Bevisstgjøring: Det er for det første nødvendig å være oppmerksom på at man faktisk befinner seg i en dal, og bevisstgjøre seg i forhold til hvilke antakelser og uskrevne regler som styrer denne dalen og kan skape hindringer i systemet. Eksempel på en uskreven regel som kan være en hindring: *”Pasienter som kommer til et akuttmottak må henvende seg i en skranke”*.

Gi slipp: For å klare å gi slipp på antakelsen/den uskrevne regelen, er det nyttig å utfordre eller blokkere den. Et eksempel på dette er følgende øvelse: *”Forstill deg at myndighetene har gjort det ulovlig å ha resepsjonister og skranke i akuttmottak – hvordan skal vi nå tenke og hvilke tiltak skal vi igangsette?”*

Bevegelse: For å skape mental bevegelse mot de gode ideene er det viktig å leke med alternativer, gjerne sammen med andre. Mental bevegelse skjer når assosiasjoner får lov å flyte fritt i alle retninger uten restriksjoner for øyeblikket. Eksempel: *”La oss prøve å finne minst syv nye ideer til hvordan vi skal øke pasientflyten i akuttmottaket uten en resepsjonist og en skranke”*.

Den måten vi vanligvis tenker på innebærer bevegelse, mens vi sjelden tar oss tid til å bevisstgjøre de underliggende antakelsene/uskrevne reglene og aktivt gi slipp på disse. Verktøyene som blir presentert i denne guiden involverer kombinasjoner av de tre nevnte aktivitetene, og fremmer derved annen ordens endringer.

Strukturer kaoset

Ofte blir tankene våre kaotiske når vi prøver å tenke bevisst på en sak, kanskje spesielt hvis vi prøver å tenke annerledes. Vi kommer opp med nye ideer og kan se noen fordeler, men også at det er noen ulemper og risiko forbundet med å iverksettes ideene. Videre kan vi kanskje undre oss over om det er noe forskning/erfaring som støtter ideen? Kanskje synes vi det er litt skummelt å tenke nytt. Kaoset oppstår enten vi tenker alene eller i gruppe. Noen mennesker er sin egen verste kritiker, andre har alltid en positiv grunnholdning, mens andre igjen er skeptiske til det meste. Noen er analytiske (”faktum er...”), mens andre er mer intuitive (”jeg føler det sånn...”). I prosessen med å tenke annerledes kan det være til hjelp å fokusere på ett av disse aspektene av gangen:

1. Idémyldring – få frem så mange ideer som mulig uten å være kritisk.
2. Vurder forslagene for å finne positive sider og muligheter.
3. Trekk frem de negative aspektene ved ideene, risiko osv.
4. Samle sammen fakta/forskning for å få styrket eller svekket ideene.
5. Få ut følelsene og intuisjonen omkring ideene.

Denne måten å strukturere idémyldringen på har vist seg å være svært effektiv og kan for eksempel gjennomføres ved å bruke verktøyet ”Seks tenkehatter” av Edward de Bono. Dette verktøyet blir beskrevet i fase 3 – velge ut og teste ideer som utgjør en forskjell.



Del 2. Verktøy

Forfatterne av *Thinking Differently* understreker betydningen av å følge en prosess med tre faser når det gjelder bruk av verktøy som beskrives i guiden:

Fase 1: Stoppe før man starter.

Fase 2: Få frem mange ideer.

Fase 3: Velge ut og teste ideer som utgjør en forskjell.

Disse fasene er parallelle med bevisstgjøring, gi slipp og bevegelse.

Fase 1. Stopp før du starter

Hjernen er vidunderlig effektiv. Gi den et emne å tenke på og den begynner å produsere en strøm av tanker, jmf det vi tidligere har skrevet om helsetjenestedalen og bevisstgjøring. Når man ønsker å forbedre tjenestene, bør man derfor ta seg tid til å stoppe før man starter, for å bevisstgjøre de underliggende reglene som styrer dagens tjenester.

Verktøy: Omdefiner ved å leke med ord

Dette verktøyet handler i første omgang om bevisstgjøring.

De ordene og begrepene vi bruker signaliserer hvilken mental dal vi befinner oss i for øyeblikket. For å fremme annerledes tenkning, bør vi stoppe opp et øyeblikk og tenke over hva vi legger i sentrale ord som beskriver det vi vil forbedre. Resultatet av å tenke annerledes vil bli at vi gjør ting annerledes. Det å stoppe før man starter handler nettopp om å lage en pause for å beskrive virkeligheten på en annen måte enn det man vanligvis gjør, før man gjennomfører en idémyldring, eller setter i gang nye tiltak.

Hvis vi for eksempel tenker oss at vi skal jobbe med å forbedre et kommunalt *legekontor*, vil hjernen skape assosiasjoner som venterom, skranke osv. På denne måten vil det nye legekantoret ligne det gamle til forveksling. Ikke så veldig kreativt! Hva hvis vi lekte med ordet legekantore - hva ønsker vi at det skal være/hva ønsker vi å oppnå med forbedringene, så kommer vi kanskje frem til at det vi egentlig ønsker er å utvikle *en ny måte å nå frem med et helsebudskap* på til de pasientene som har kroniske sykdommer, store lidelser og stort forbruk av legetjenester. Gjennom fokuseringen på det å nå frem med et helsebudskap, vil hjernen sannsynligvis produsere ideer som undervisning og informasjon i grupper, gjerne på kveldstid slik at familien kan være med, letteste bøker/informasjonsmaterieell, kanskje involvering av frivillige som har lært å mestre sin sykdom, produksjon av enkle opplysningsfilmer – igjen gjerne utarbeidet sammen med erfarne pasienter osv.

Det som har skjedd i dette eksemplet blir kalt for ”reframing” eller omdefinering, dvs. å beskrive et tema eller en utfordring på en annen måte enn det vi vanligvis gjør. Ved hjelp av dagligtale kan vi erstatte faguttrykk, og faglige beskrivelser av det problemet eller den utfordringen som vi ønsker å gjøre noe med. Målet er å fremme utradisjonell og uvanlig tenkning.

Dette verktøyet er meget nyttig når det gjelder å tenke annerledes omkring en problemstilling eller en utfordring som allerede er identifisert. Det fungerer bra som en bevisstgjøring i forhold til *hva er det vi egentlig ønsker å gjøre noe med*. Gjennom å omskrive det vi ønsker å gjøre noe med og bruke ord hentet utenfor helsetjenestedalen, vil vi kunne komme opp med andre typer ideer. Noen ord/begrep er så oppbrukt og slitne at de mer eller mindre har mistet sin opprinnelige kraft; for eksempel brukermedvirkning, samhandling, korridorpasienter, tilgjengelighet, kvalitetsutvikling og kompetanse.

Slik brukes verktøyet

Gruppearbeid:

- Begynn med å skrive ned det opprinnelige utsagnet i forhold til området dere ønsker å gjøre noe med. Eksempel: *Vi ønsker å styrke brukermedvirkningen i vår avdeling.*
- Still spørsmålet: Hva mener vi egentlig når vi sier at vi ønsker å styrke brukermedvirkning? Hvordan kan vi med så dagligdagse ord eller begrep som mulig beskrive det vi mener?
- Vurder utsagnet om brukermedvirkning ut fra et annet perspektiv i forhold til alder/kjønn/annen organisasjon/bransje/industri. Hvordan vil for eksempel reklameindustrien tenke: De vil fokusere på hvem som er målgruppen, hva som er av stor betydning for målgruppen, og hvordan budskapet kan selges. Kanskje ville utsagnet ha blitt slik: *Vi ønsker å drive en avdeling hvor vi til enhver tid vet helt konkret hva brukerne våre trenger hjelp til. Vi ønsker også å lage et vanntett system for informasjon som sikrer at viktige opplysninger når frem til rett person til rett tid.* Disse utsagnene hjelper oss ut av helsetjenestedalen og gir inspirasjon til å tenke annerledes når vi skal velge forbedringstiltak.
- Bruk en flippover til å skrive ned det alternative utsagnet som kommer frem i diskusjonen.
- Gruppeleder har ansvar for å hele tiden å etterspørre dagligdagse ord og begrep i diskusjonen.
- Selv om målet i denne fasen ikke er å komme på gode ideer til tiltak, kan det hende det dukker opp noen ideer likevel. Skriv disse ned på et flippoverark og ta vare på dem.

Det er vanskelig å si hvor lang tid omformuleringsprosessen tar, men sett av en times tid. Ideelt sett skal gruppearbeidet ende opp med et utsagn om hvilket område dere er enige om å forbedre. Prosessen i gruppen vil kunne fungere bevisstgjørende og skape en fellesskapsfølelse i personalgruppen.

Fase 2: Få frem mange ideer

Denne fasen handler både om bevisstgjøring, gi slipp og bevegelse.

Ideer er som kaniner. Har du først fått et par og lærer å håndtere dem, vil du snart ha flere dusin.

John Steinbeck

Erfaring har vist at for å finne virkelig gode ideer i forbedringsarbeidet, er det viktig å generere store mengder først, for deretter å sortere ut de som av ulike grunner ikke lar seg gjennomføre. I fase 2 presenteres verktøy for å generere store mengder av ideer. *Brainstorming* ble brukt for første gang i 1939 og stammer fra reklamebransjen. I denne guiden har vi oversatt brainstorming med idémyldring.

Enkle regler for idémyldring er:

- Ikke kritiser forslag som kommer opp
- Gå for kvantitet, sortering kommer senere
- Oppmuntre til ville ideer
- Bygg på hverandres ideer
- En snakker av gangen, de andre lytter nøye

Den viktigste grunnen til å ha relativt strenge regler i en idémyldring, er for å beskytte nye spennende, kanskje kontroversielle ideer fra å bli overhørt eller slaktet før de er testet ut. Videre fører reglene til en støttende måte å tenke på som skaper trygghet og gir alle mulighet til å utfolde seg og delta i myldringen.

En ny idé er sårbar. Den kan drepes av en gjesp eller et uvennlig ord. Den kan bli stukket i hjel ved en fleip eller bekymret i hjel av sjefens rynkede panne.

Charles Browder.

Verktøy: Bryt regelen

Dette verktøyet handler om å identifisere uskrevne regler som styrer og opprettholder praksis uten at det blir direkte uttalt i den daglige samhandlingen. Uskrevne regler driver mye av den adferden vi ser i komplekse system som helsetjenesten er. I forhold til det å tenke annerledes er det viktig med en felles bevisstgjøring av de uskrevne reglene.

Eksempel: Det finnes en uskreven regel om at mennesker med kroniske sykdommer må møte opp i helsetjenesten for å få tatt viktige kontroller og diagnostiske tester. Denne regelen får store konsekvenser når det gjelder administrasjon, ledelse og organisering av pasientflyten.

Kvalitetsforbedring som monner – annen ordens endringer, krever at denne regelen brytes! Det å legge til rette for at pasientene selv kan måle blodtrykk og ta andre enkle men viktige tester i sitt eget hjem, er et brudd på regelen. Resultatet av testene kan sendes eller mailes til fastlegen som raskt kan gi svar tilbake. Kanskje vil det være nødvendig med oppfølging på sykehuset. En slik ordning vil ikke passe for alle, men mange vil oppleve god kontroll og mestring i forhold til sin egen livssituasjon og sykdom, jf. eksempel 7. En annen mulighet er mobile teststasjoner med elektronisk tilknytning til sykehus eller fastlege, som reiser rundt til pasientenes hjem eller stopper på sentrale knutepunkter hvor pasientene kan møte opp. Noe liknende blir gjennomført i eksempel 3 Hvorfor kjører trailersjåfører av veien uten å etterlate seg bremsespor?

Slik brukes verktøyet

- Identifiser den eller de uskrevne reglene som gjelder i forhold til det området dere ønsker å forbedre. Dette kan gjøres på mange ulike måter:
 - De kan listes opp gjennom en idémyldring
 - Gjennom å lage et flytskjema over prosessen hvor det letes etter de uskrevne reglene som styrer hvert enkelt ledd i prosessen
 - Gjennom observasjon ute i praksis – hvordan gjør de det her?
 - Ved å be pasienter/brukere eller pårørende om å spørre hvorfor dere gjør det slik?

- Utfordring av regelen gjennom å stille spørsmål: Hvilke muligheter har vi for å bryte denne regelen? Hvilke deler av denne regelen mener vi det er viktig å beholde? NB: Før dere definerer noe som en uskrevet regel som kan brytes, sjekk at det ikke er en bestemmelse i lov eller forskrift som regulerer det området dere har valgt å ta tak i!

- Formuler nye regler og utforsk disse sammen, diskuter fordeler og ulemper.

- Idémyldring – hvilke ideer til tiltak inspirerer den nye regelen til? Skriv opp.

Eksempel:

Uskreven regel	Ny regel	Forslag til tiltak
<i>Det er helsepersonell som rapporterer til hverandre om hvordan pasientene har det og lager mål for behandlingsopplegget.</i>	<i>Det er viktig at pasientenes egne opplevelser og synspunkter i forhold til situasjonen og mål for behandlingen kommer tydelig frem.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Rapporter som er skrevet gis til pasientene slik at de kan kommentere og gi tilbakemelding om det som er skrevet stemmer med deres opplevelse av egen situasjon.</i> - <i>Ved innkomst legges det stor vekt på å få frem hva pasienten selv mener han trenger hjelp til.</i> - <i>Mål for behandlingen diskuteres med pasienten, som oppmuntres til å komme med egne synspunkter.</i> - <i>Hvis det er ønskelig fra pasientens side, kan de delta i rapporten for å få gitt sine tilbakemeldinger direkte til hele personalgruppen</i>

Verktøy: Tilfeldige ord, bilder eller objekt

Dette verktøyet kan hjelpe oss til å få nye ideer ved å aktivere tanker som ikke vanligvis blir assosiert med helsetjenestedalen.

Verktøyet kan brukes for å få inspirasjon til nye ideer i forhold til alle mulige områder eller utfordringer til enhver tid i forbedringsprosessen. Det egner seg både i gruppe og for enkeltpersoner når behovet for å generere mange nye ideer er til stede.

Slik brukes verktøyet

Vi tar her utgangspunkt i at det er et tilfeldig ord/begrep som skal gi inspirasjon.

- Problemstillingen/utfordringen som man ønsker å få ideer i forhold til må være klar for alle. Eksempel: Hvordan kan vi sikre brukermedvirkning i organisasjonen?
- En person lukker øynene og peker på et tilfeldig valgt ord – for eksempel *skrivebord*, fra en liste (se vedlegg 1).
- Deltagerne i gruppen assosierer fritt i forhold til ordet *skrivebord*: Sjef, skrive, høytidelig, rot, dokumenter, makt, kontor, PC osv. Skriv ned ordene som kommer frem.
- Når ingen har flere assosiasjoner går man gjennom listen med det som er skrevet ned og tenker høyt sammen: Hvilke assosiasjoner gir ideer til nye tiltak som kan være med og sikre reell brukermedvirkning? Eksempel: Gruppen blir enig om at *sjef, makt og dokumenter* er et godt utgangspunkt – brukermedvirkning handler blant annet om overføring av makt fra personalet til pasientene/brukerne. Ide: Kan vi for eksempel fjerne alle skrivebord i avdelingen og lage små områder med et høyt bord og stoler hvor personalet og brukerne kan møtes på et likeverdig nivå? Eller gjøre om et kontor til å være brukernes – de sitter bak skrivebordet og personalet sitter foran? Noter ned ALLE ideer som kommer frem i denne fasen. Sorteringen gjøres senere. Ideer som skaper latter i gruppen er tegn på at dere tenker annerledes!

Istedenfor en liste med ord, kan illustrerte blader fra andre typer organisasjoner enn helsetjenesten brukes på samme måte – bla opp på en tilfeldig valgt side for å finne et bilde å bli inspirert av. Eller man kan samle sammen tilfeldige ting, be andre om å gjøre det uten å si hva de skal brukes til osv. Når du har valgt et bilde eller en ting, gå frem på samme måten som i eksemplet med bruk av et tilfeldig ord.

I *Thinking Differently* vil du finne flere verktøy for denne fasen.

Fase 3. Utvelgelse og testing av ideer

Hvis du har fulgt prosessen og vært gjennom fase 1 og 2, vil du nå ha tilgang til mange nye ideer. Nøkkelen til de to forrige fasene var divergent tenkning, dvs. det å sprengre grenser, komme ut av helsetjenestedalen, tenke annerledes, utfordre ”slik har det alltid vært her” og bryte uskrevne regler.

I den siste fasen er det tid for å balansere dette ved hjelp av konvergent tenkning; velge ut de mest lovende ideene, tenke mer konkret over hvordan enkelte ideer kan videreutvikles, kaste over bord dem som var alt for ville og få noe til å skje.

Erfaring fra bruk av verktøyene tilsier at for å kunne implementere en virkelig god ide, må man ha mange ideer å velge mellom. Noen ganger vil ideer som ser gode ut på papiret vise seg å være umulige å iverksette i praksis. Det frarådes derfor å iverksette ideer direkte etter en idémyldring uten å videreutvikle og teste ideen først. Etter en idémyldring velges 5-10 av de beste ideene ut i fellesskap. Et lite team kan settes sammen for å finne styrke og svakheter ved hver enkelt ide, og videreutvikle de ideene som står seg best etter en grundig vurdering.

Fortsatt er ideene kun velbegrunnede fantasier, det neste skrittet er å teste dem ut. Det anbefales å prøve ut den nye ideen i liten skala først hvis det er mulig. Utprøvingen kan ta fra noen få dager til flere måneder, avhengig av kompleksitet og hvor stor del av systemet som involveres.

Som regel vil man være avhengig av tett samarbeid med andre enheter, avdelinger, organisasjoner, nivå i helsetjenesten for å skape omfattende endringer i et helt system; systemtransformasjon.

Når en del av et system endrer seg, vil det kunne påvirke andre deler av systemet. Det har vist seg at hvis en enkelt avdeling for eksempel øker pasientflyten hos seg, kan det skape nye køer i resten av systemet. Risikoanalyse og ressursvurderinger er viktig å gjennomføre før nye ideer iverksettes.

I denne fasen anbefaler forfatterne av *Thinking Differently* å bruke alle de fire verktøyene⁵ de beskriver i boka si. Vi har valgt ut ett av verktøyene – seks tenkende hatter, og inkludert de mest sentrale poengene fra de andre verktøyene inn i dette.

Den største utfordringen når det gjelder det å tenke er forvirring. Vi prøver å gjøre for mye på en gang. Følelser, informasjon, logikk, håp og kreativitet blandes sammen inni oss. Det er som å sjonglere med for mange baller på en gang.

Edward de Bono

⁵ Harvesting by Criteria and Dot Voting, Six Thinking Hats, Enhancement Checklist and Testing new Ideas on a Small Scale.

Verktøy: Seks tenkende hatter







Hattene representerer ulike tenkemåter å vurdere de nye ideene ut fra, og er hjelpemidler til å dirigere tankene i ulike retninger. Verktøyet kan brukes til å utforske en ide eller et tema fra mange perspektiv – enten i gruppe eller for seg selv.

Hvordan brukes verktøyet

Ta frem en og en ide og test den opp mot hver enkelt hatt:

- En person tar på seg den blå hatten og leder gjennomgangen. Vedkommende har ansvar for at deltakerne i gruppen forholder seg til en hatt av gangen. Hele gruppa skal ha den samme mentale hatten på samtidig.
- Arbeid dere gjennom en og en hatt. Det anbefales å bruke ca. fire minutter på hver hatt for å holdes diskusjonen fokusert og flytende. Det anbefales å begynne med den gule hatten, fordi den skaper en positiv stemning i gruppen. Begynn aldri med den sorte hatten! Gå raskt tilbake til den grønne hatten hvis diskusjonen stopper opp, eller blir ensidig negativ. Avslutt diskusjonen om hver enkelt ide med den blå hatten, for å bestemme om ideen skal tas med videre eller ikke.

De Bonos hatter:

	Hvit	<i>Vil ha....</i> data, fakta og informasjon	<i>Tenk på...</i> hvitt papir
	Rød	følelser og intuisjon	ild og varme
	Sort	det negative, risiko, ulemper, advarsler, forsiktighetsregler	en dommer i svart kappe
	Gul	det positive, optimisme, fordeler, det gode	solskinn
	Grønn	kreativitet og nye ideer	skog, planter, vekst, spire
	Blå	det store bildet, ledelse og organisering av tenkeprosessen	himmelen, eller politi som dirigerer trafikken

Alle verktøy må tilpasses den sammenhengen de skal brukes i. I eksempelet under har vi vinklet spørsmålene mot de elementene som forskning har vist er viktig når det gjelder vedvarende forbedring.

Seks tenkende hatter



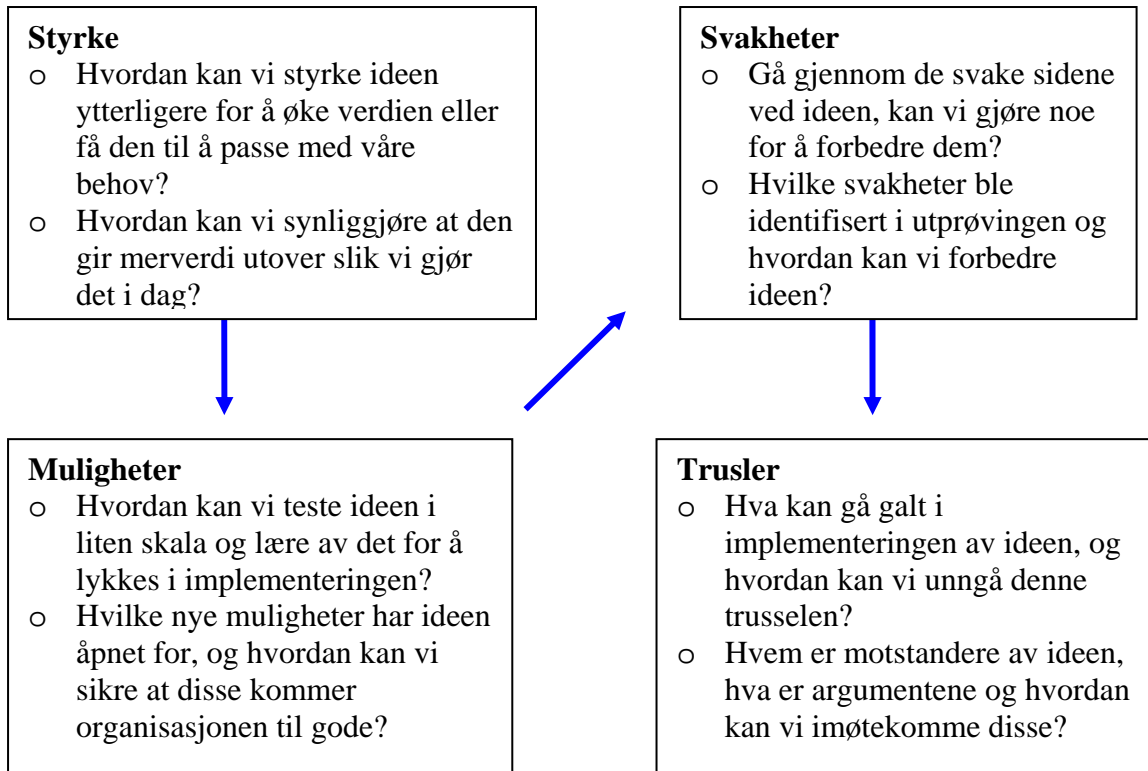
- Gul hatt – Hvordan stemmer ideene/forslagene med visjonene våre?
- Grønn hatt – Kan ideene/forslagene være med å transformere tjenester våre?
- Rød hatt – Vil forslagene skape entusiasme hos brukere og ansatte?
- Svart hatt – Hvilke motforestillinger finnes mot forslaget?
- Blå hatt – Er metoden målbar? I så fall på hvilken måte?
- Hvit hatt – Er forslaget kunnskapsbasert (dvs. bygger på forskning, erfaring og tilpasset brukernes situasjon)?

- De ideene man blir enige om å gå videre med, må drøftes med alle de som berøres av ideene. Ideene kan testes ut i ulike sammenhenger ut fra noen bestemte kriterier, for eksempel hvor attraktive de er for forskjellige grupper – ledere, brukere, politikere, helsepersonell, eller i hvilken grad de er mulig å gjennomføre. Innenfor de ulike gruppene kan ideene rangeres enten ved hjelp av nummer eller prikker⁶: Alle nummererer sine første, andre- og tredjevalg blant de ideene som i høyest grad oppfyller det kriteriet som er satt.
- Ideene som får høyest rangering kan kjøres gjennom en SWOT analyse⁷, før de eventuelt forkastes eller prøves ut i liten skala. Spørsmålene i SWOT-analysen i figuren på neste side er utformet av Edward de Bono.



⁶ Harvesting by Criteria and Dot Voting.

⁷ Enhancement Checklist.



Lag en liste over de svarene dere kommer frem under hver av de fire områdene. Resultatet av denne analysen vil både sikre at dårlige ideer ikke tas med lenger, sikre gjennomførbarheten til gode ideer, og gjøre dem mer attraktive for nøkkelpersoner som er sentrale når det gjelder å få ideen implementert.

Ideer som fortsatt henger med etter den grundige sorteringen som nå er gjort skal først testes ut i liten skala. Vi anbefaler å følge trinnene i Metode for kvalitetsforbedring: Forberede, planlegge, utføre, kontrollere, standardisere og følge opp.

http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy

Litteraturliste

1. Southcentral Foundation: <http://www.scf.cc/>
2. DSI og Danske Regioner og Center for Kvalitet (2008). *Introduktion til Kliniske mikrosystemer. Kvalitetsudvikling med patienten i centrum.*
3. Statens helsetilsyn (2007). *MENS VI VENTER ... Forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene.* Oppsummering av landsomfattende tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste.
4. Aftenposten (2008). Velkommen vi har null ventetid. Torsdag 7. august 2008.
5. Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Individuell plan. Veileder til forskrift om individuell plan.*
6. National Healthcare Services (NHS):
<http://www.nhs.uk/servicedirectorios/Pages/ServiceSearch.aspx>
7. Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015).

Vedlegg 1: Liste over tilfeldige ord

Akupunktur	Mafia	Teleskop	Sosiologi	Spise
Arkitektur	Parker	Rom	Stålverk	Sove
Bibliotek	Fast-food	Såpe-opera	Nyheter	Pusse tenner
Datamaskiner	Filmer	Gå på ski	Tabloid	Kamouflasje
Dyreriket	Underholdning	Seile	Skyskrapere	Vitaminer
Medisin	Evolusjon	Seminar	Banan	Troll
	Bake brød	Frukt	TV	Feire
Astrologi	Bønder	Spille fotball	Mikroskop	Skrive brev
Astronomi	Fiske	Flyselskap	Tennis	Relasjon
Basketball	Kokke	Matematik	Transport	Trygghet
Biografi	Finans	Solen	Tog	Le
Biologi	Fly	Musikk	Bygge hus	Fjell
Fugler	Geografi	Mytologi	Teatre	Barnehage
Bøker	Myndigheter	Fysikk	Service-bedrifter	Brannstasjon
Fagforeninger	Vatikanet	Vin	Zoo	Fugler
Bowling	Golf	Stjerner	Bakterier	Vaske
Snekker	Kjøpmann	Ernæring	Olivenolje	Platespiller
Kjemi	Søppel	Hav	Roser	Stearinlys
Tegnefilmer	Olympiade	Restauranter	Huske	Vinter
Barn	Historie	Farmakologi	Barn	Instrument
Pengeinnsamling	Hotell	Fotografere	Skrivebord	Marsjere
Kampanjer	Igloo	Fotografi	Kunst	Flagg
Komikere	India	Filosofi	Operaen	Ride
Oppfinnelse	Manufaktur	Interiørmagasin	Båttiv	Telt tur
Danse	Militæret	Butikker	Syng	Dyrke
Varehus	Ballett	Økonomer	Platespiller	USA
				Kikkert
Planeter	Månen	Skulptur	Brettspill	Rusle
Dessert	Insekt	Malere	Vase	Visittkort
Tannlege	Japan	Politikk	Luke	Stemple
Gravedrift	Jungel	Rørleggere	Plukke blomster	Frimerker
Journalister	Jus	Religion	Champagne	Salutt