

# Bättre flyt

- ett förbättringsprogram för att öka tillgängligheten och för korta väntetiderna

Carina Svensson och Eva Westerling

Kort sammanfattning på svenska och kontaktinformation

Carina Svensson är legitimerad sjukgymnast och har arbetat de senaste tio åren med vårdkvalitetsfrågor på Landstingsförbundet, numera Sveriges Kommuner och Landsting. Carina var projektledare för det första Genombrottsprojektet i Sverige 1997-98 som också hade tillgänglighetstema och har efter det medverkat som metodexpert i ett flertal utvecklings- och förbättringsprojekt samt skrivit tre rapporter om Landstingsförbundets tre första Genombrottsprojekt.

Eva Westerling, samhällsvetare och projektledare vid Sveriges Kommuner och Landsting. Har varit projektledare för flera förbättringsprojekt, bland annat Bättre flyt i vården - ett projekt för att förbättra tillgängligheten i vården.

Kontakt: carina.svensson@skl.se, eva.westerling@skl.se

## Om programmet

Landstingsförbundet startade hösten 2001 förbättringsprogrammet Bättre flyt i vården. Programmet byggde på Genombrottsmetodik och syftade till att ge verksamheter - representerade av tvärprofessionella team - metoder för att förbättra tillgängligheten. Syftet med denna artikel är att beskriva denna satsning och resultatet av den.

Redan 1997 genomfördes det första Genombrottsprojektet i Sverige med fokus på tillgänglighet; Att korta

köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. En sammanfattande rapport från projektet kan laddas ner från [www.skl.se/genombrott](http://www.skl.se/genombrott). Året därpå följde ytterligare ett projekt på samma tema. Därefter dröjde det till 2002 innan nästa tillgänglighetsprojekt startade, då kallat Bättre flyt i vården. 27 team från nio olika landsting deltog. En andra omgång Bättre flyt i vården startade i oktober 2002. I denna omgång deltog 43 team från nio landsting.

Programmet pågick i ca ett år per omgång och var uppbyggt kring lärandeseminarier med mellanliggande arbetsperioder. Tre av lärandeseminarier var gemensamma för alla team. Två genomfördes regionalt för ett mindre antal team varje gång. Programmet avslutades med ett gemensamt lärandeseminarium för respektive program. En summering och ett slutseminarium genomfördes i mars 2004.

### Genombrottsmetodiken

Genombrott är ett angreppssätt för snabbare spridning av kunskap och praxis och har sin förebild i "Breakthrough series" utarbetat av The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston (1).

Genombrottsarbetet innebär att förbättringsbehov - i termer av gap mellan kunskap och praxis - identifieras, tydliga patientfokuserade och mätbara mål fastställs, förändringskoncept baserade på experters kunskap och erfarenheter tas fram, förändringsidéer testas i *liten* skala, resultaten iakttas och analyseras och beslut fattas om och hur förbättringsarbetet går vidare. Om förändringen inte leder till förbättring eller visar sig ge negativa effekter i någon annan del av systemet - dvs ger en suboptimering - har man lärt sig det och går självklart inte vidare med just den förändringen. Om förändringen däremot leder till förbättring behöver den kanske testas i större skala och under lite andra omständigheter, för att fler personer successivt ska få erfarenhet av det nya arbetssättet. Större och större delar av vårdcentralen, avdelningen, klini-

ken, sjukhuset etc. involveras och vid en viss tidpunkt sker ett *genombrott* dvs den nya praxisen har slagit igenom och har resulterat i påtagliga och mätbara förbättringar i processer och resultat (större nytta för patienterna). Metoden bygger således på *aktivitet och lärande* hos den personal som har att hantera det direkta hälso- och sjukvårdsarbetet, därför kallas det lärandestyrt.

Erfarenheter finns nu för att Genombrottsmetodiken fungerar för att utveckla och förbättra verksamheten inom så skilda områden som; Diabetesvård, Intensivvård, Vård i livets slutskede, Cancervård, Demensvård, Vårdhygien etc.(2)

### Att förbättra tillgängligheten

När det gäller tillgänglighet användes 33 förbättringskoncept, som från början hämtades hem från IHI, som i sin tur baserade dem på boken *The Improvement guide* av Nolan och medarbetare (3). Dessa förbättringskoncept rör ofta förbättringar i processerna oavsett om målet är att öka tillgängligheten, göra vården mer evidensbaserad och kostnadseffektiv eller på annat sätt förbättra kvaliteten. I tillgänglighetssammanhang sorteras ofta koncepten under tre strategier; a) Matcha kapacitet och efterfrågan, b) ändra systemet samt c) påverka efterfrågan, vilka på ett pedagogiskt sätt underlättar förståelsen av att hälso- och sjukvården är ett system, där många delar måste fungera både var för sig och tillsammans för att helheten ska bli bra för dem verksamheten är till - patienterna.

## Att matcha kapacitet och efterfrågan

De som arbetar på en mottagning med långa väntetider upplever ofta att efterfrågan från patienterna är nästintill omätlig och resurserna alltför knappa. Det visar sig ofta att man varken har kunskap om den faktiska efterfrågan till mottagningens tjänster eller kunskap om kapaciteten, uttryckt i bokningsbara tider. Det visar sig att i de flesta verksamheter har man egentligen redan en balans, men att hela verksamheten drivs med en förskjutning framåt i tiden. Det visar sig nämligen att väntetiden alltid är konstant över tid oavsett om den är 3 veckor, 3 månader eller 18 månader

I Bättre flyt i vården används som metafor ett akvarium. Detta akvarium har ett inflöde ovanifrån och ett utflöde i botten. När flödet in och ut är lika stort är vattennivån konstant. Är inflödet större än utflödet blir det snart översvämning och är utflödet större än inflödet töms akvariet så småningom på vatten. Att förstå denna balans och hitta de olika flödena in i verksamheten är lite av nyckeln i förbättringsarbetet.

De konkreta förändringar teamen arbetat med har handlat om att utifrån en kartläggning av mottagningens inflöde, i termer av nya patienter, hitta flaskhalsarna och att omfördela resurserna/kapaciteten på olika sätt. Exempelvis kan det röra sig om att utöka nybesök och minska på återbesöken. Ett annat sätt har varit att omfördela resurser till vissa dagar/tider då man vet att efterfrågan är som störst t ex förstärkt telefonbemanning på måndag förmiddagar, förstärkt

bemanning på akutmottagningar fredagskvällar och vid större helger. Det kan också handla om att skaffa sig bättre framförhållning och kunna ge fler tider av en viss typ när man erfarenhetsmässigt vet att efterfrågan på den tjänsten är stor t ex influensavaccinering eller andra säsongbetonade insatser.

När det gäller balansen nybesök - återbesök har många team arbetat med att se över eller införa riktlinjer för återbesök, pröva nya former för återbesök t ex att erbjuda återbesök hos sjuksköterska eller sjukgymnast istället för hos läkare, om det är läkartiderna som är flaskhalsen. Andra förändringar som prövats och införts har varit att individualisera återbesöken, vilket ibland kan innebära glesare återbesök, ibland tätare. Det finns också exempel på att man helt enkelt slutat att rutinmässigt kalla vissa patientgrupper till återbesök och istället noga informerat patienten om det normala och förväntade efterförloppet och att initiativet till ett eventuellt återbesök får tas av patienten själv.

Erfarenhet finns att när mottagningen är i balans och man kan ta emot de patienter som efterfrågar de tjänster mottagningen erbjuder avtar behovet av att ha många graderingar för prioritering.

## Att ändra systemet

Eftersom många mottagningar blir fullbokade så snart nästkommande arbetsschema för läkarna är fastställt ägnas mycket tid och energi åt att bedöma, prioritera och diskutera patienternas behov av vård och att hålla ordning på väntelistor och besvara

frågor från väntande patienter. Olika kriterier för olika prioriteringsgrader utvecklas och därmed startar ett spel mellan patienter och profession som tar tid och kraft. Snart lär sig patienter, remitterter, remissbedömare vad som krävs för att snabbare komma till, vilket i sin tur leder till att prioriteringskriterierna börjar glida.

En förändring som prövats är att inte ha denna ryckiga planering med schemaläggning och arbetstider utan istället ha en löpande planering, vilket självklart ställer krav på framförhållning när det gäller ledigheter av olika slag och skäl.

Exempel på konkreta förändringar som prövats och införts som rutin på många ställen är; att erbjuda besök hos annan än läkare t ex sjuksköterskemottagningar för vissa avgränsade problem eller patientgrupper, gruppbesök för patienter med långvariga vårdbehov eller för patienter som ska informeras inför ett visst ingrepp, att ha telefontider hela dagen, att ge vissa patienter och/eller remitterter direktnummer/e-post till någon bestämd vårdgivare, att erbjuda patienterna möjlighet till e-post t ex för att boka tider, förnya recept eller ställa frågor som kan besvaras utan att patienten behöver komma på ett besök.

### Att påverka efterfrågan

Att påverka efterfrågan uppfattar många team som en omöjlighet i början av sin "förbättringsresa", men när de sedan börjar studera inflödet till verksamheten upptäcks ofta att det faktiskt finns sådana möjligheter. Vissa verksamheter är väldigt specialiserade och då handlar påverkan om

att till såväl patienter som remitterter vara tydlig med vad man kan göra och vad man inte kan göra. En remittent kan få svar på sina frågor utan att patienten alltid behöver komma till mottagningen. Fler direktkontakter mellan olika vårdgivare kan således innebära att patienten remitteras vidare eller att remissen hamnar hos rätt vårdgivare på en gång.

Att påverka återbesöken återkommer även under denna strategi, eftersom det finns så mycket att göra på det temat.

För verksamheter som är första linjen finns sällan möjligheten att remittera till andra. Där handlar det istället om att pröva andra lösningar såsom att verkligen använda kompetensen och de begränsade resurserna på rätt sätt. Det kan handla om introduktion av organiserade gruppbesök, införa konsultdagar, utveckla rådgivning angående egenvård, hitta andra aktörer som kan möta behov som inte primärt hälso- och sjukvården kan tillgodose. Det faktum att befolkningen som "tillhör" en vårdcentral, verkligen kan lita på att de kan få tid när de behöver det, gör ofta att patienterna inte bokar besök långt i förväg för säkerhets skull. Inte heller behöver patienten "passa på" att ta upp alla bekymmer vid ett och samma besök om det är lätt att få en ny när de behöver det.

De konkreta förändringar teamen arbetat med är att rensa och "städa" i väntelistor t ex kontakta patienter som väntar och ta reda på om behoven kvarstår, att fastställa indikatorer för när patienter skall behandlas, att informera om olika vägar för t ex receptförnyelse, olika möjligheter för

patienter att lättare lämna återbud, uppmuntra till egenvård, hänvisa patienten till andra vårdgivare än läkare.

## Resultat

Programmet Bättre flyt i vården har haft två mål. Verksamheter som var med i programmet skulle radikalt - med minst 50 procent- förbättra sin tillgänglighet och teamen skulle få kunskap och erfarenhet av Genombrottsmetoden så att de kunde använda den i andra sammanhang.

### Målet att förbättra tillgängligheten

Vi kan konstatera att i både Bättre flyt i vården I och Bättre flyt i vården II lyckades 60% av teamen uppnå en förbättring av sin tillgänglighet med mer än 30 procent. För 26 av 68 (38%) team blev resultatet att de uppnådde eller överträffade målnivån. (4)

Är då dessa resultat bestående? För att få svar på den frågan genomfördes en enkät till alla teamens kontaktpersoner (N=71) under hösten 2005. Av de tillfrågade svarade 69 % på enkäten. Av dessa svarade 51 % att de hade nått sina "tillgänglighetsmål" under projekttiden. Samtidigt svarade 48 % av dem som *inte hade nått målet* under perioden svarat att de var "på god väg" och 16 % att de uppnått målet efter projekts slut. Slutsatsen blir att 83 % av de som besvarade enkäten, hade uppnått eller beräknades uppnå "tillgänglighetsmålet" på något längre sikt.

Enkätresultatet visade också att av de team som hade nått sitt tillgänglighetsmål under projekttiden låg 54 % kvar på samma nivå, medan 31 % av teamen som hade nått målet under

projekttiden fortsatte att förbättra sina resultat! 15 % hade däremot dessvärre fått se ett försämrat resultat.

Hur beskriver då teamen nyckeln till sina *framgångar*? Ur svaren på de öppna frågorna framkommer att det är viktigt att kontinuerligt fortsätta att följa upp resultaten dvs tillgängligheten.: *"teamet fortsätter med sina mätningar för att kunna se till att förbättringen håller i sig"*. Det visar sig också vara viktigt att *"försöka hitta nya förbättringsstrategier (områden) hela tiden"* för att hålla förbättringstänkande vid liv. Ett tredje insikt som kommer från respondenterna är att *förbättringsarbetet måste få ta tid även efter projekttiden*.

Resultaten får anses goda med tanke på att det gått två år sedan projektet avslutades och mer än två år för de team som var med i första omgången. Kan de goda resultaten enbart förklaras av projektarbetet? Sannolikt inte. Visserligen har, som framgår i nästa avsnitt, kunskapen om metodiken visat sig hållbar över tid, men när det gäller den förbättrade tillgängligheten går det inte att bortse ifrån att det politiska beslutet om en Vård- och behandlingsgaranti haft betydelse. Det har medverkat till att det varit stort intresse för frågan och att ledningarna har frågat efter resultat samt att det har avsatts resurser för förbättringsarbete och kökortningsinsatser. Att förbättra tillgängligheten har med andra ord legat i linje med landstingens övergripande mål, vilket i sig är en viktig faktor för framgång i en förändringsprocess. (5)

## Målet att lära sig Genombrottsmetodiken

Vid det sista lärandeseminarier för varje program tillfrågades deltagarna om de ansåg att de lärt sig tillräckligt om Genombrottsmetoden för att kunna använda den i andra sammanhang. Varje deltagare fick på en visuell analog skala (VAS-skala) ange i vilken utsträckning de instämde i påståendet: ”Jag har lärt mig tillräckligt om Genombrottsmetoden för att kunna använda den i andra sammanhang”. I Bättre flyt i vården I svarade 59% att de instämde i hög grad eller i mycket hög grad i påståendet. I Bättre flyt i vården II var motsvarande andel 67%. (4)

Nedan följer ett antal citat som deltagare i Bättre flyt i vården I respektive II skrivit i de utvärderingar som gjorts efter det sista lärandeseminarier.

- *Jag har lärt känna min egen verksamhet genom kartläggning och tester.*
- *Vuxit i min yrkesroll, verkligen kunnat vara med och påverka på ett jättebra sätt genom metodiken som jag tycker är en utmärkt metod för förbättringsarbete.*
- *Inspirerande - Kul! Gemenskap - arbetsglädje!*
- *Bättre flyt känns bra p g a att man gör små förändringar och rätt snart kan se resultat.*
- *Detta projekt har betytt mycket för mig då jag känner att jag lärt mig mycket nytt och nya sätt att arbeta på. Har även väckt många nya idéer och tankesätt.*
- *Projektet har betytt väldigt mycket för att lösa en jobbig arbetssituation med lång väntelista.*
- *Stressen har minskat och nu jobbar vi mot nya mål.*
- *Samarbetet mellan olika personalkatego-*

*rier har ökat och vi jobbar även vidare med detta.*

- *Jättekul!!!*

- *Känner att jag är med om ett riktigt bra förbättringsarbete till avdelningen, som gynnar både patienter och personal. En klar kvalitetsssäkring till just vår avdelning. Roligt att få chansen att vara med och verkligen kunna påverka.*

## Tillgänglighet och arbetsmiljö

I programmet Bättre flyt i vården ville vi veta om en dålig tillgänglighet för patienterna negativt påverkar arbetsmiljön för vårdens medarbetare. Detta studerades på två sätt. Dels erbjöds teamen att använda en arbetsmiljöenkät som de själva delade ut till kollegor på sin arbetsplats vid tre tillfällen under perioden som programmet pågick. Dels gjordes en studie av ett urval team där man specifikt tittade på om ett förändringsarbete hade påverkat arbetsmiljön. (6)

I den studie som gjordes 2003 intervjuades 4 team om just tillgänglighet och arbetsmiljö. Följande citat får belysa vad deltagarna svarade:

”det är ju så att om man har långa köer och har problem med tillgängligheten, så känner sig alla som arbetar frustrerade (...) Nu går ju mycket tid åt till att förklara för patienterna varför just de inte kan få en tid.”

” (...) Det finns en frustration för man vet att saker skulle kunna göras på ett annat sätt som skulle vara bättre för patienten, men man har inte förmått ändra. Om man kan förändra slipper man mycket av frustrationen.”

”Man blir liksom kallare och kallare ju längre tiden går, när situationen blir sämre och sämre. Man blir avtrubbad

gentemot patienten för att skydda sig själv.”

Rapporten avslutas med orden, ”Ett framgångsrikt förändringsarbete kan resultera i en ökad tillgänglighet”. Detta kan leda till en ökad arbetsglädje, vilket i slutändan ger en bättre arbetsmiljö för medarbetarna.

Även i den tidigare nämnda uppföljningen (5) ställdes frågan: Har projektet förändrat medarbetarnas arbetsmiljö? 68% svarade att den blivit bättre och av dessa pekade många på minskad stress.

## Två exempel på hur tillgängligheten förbättrats

För att bättre illustrera vad ett Genombrottsprojekt kan åstadkomma redovisas nedan kortfattat resultaten från två team som varit med i ”Bättre flyt i vården”. Dessa två team har även lyfts fram som goda exempel och fått en utmärkelse av Sveriges Kommuner och Landsting för god tillgänglighet i samband med arbetet med Vårdgaranti 05.

### Exempel 1: Reumatologkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Kliniken gick in i projektet med 18 månaders väntetid för nybesök. Det enda de tyckte att de kunde göra var att jobba mer och kräva mer resurser. Med ett systematiskt förbättringsarbete har tillgängligheten ökat dramatiskt och ingen patient väntar mer än 3 månader på ett nybesök. Med sin medverkan i projektet Bättre flyt i vården ville Reumatologen uppnå: Kortare väntetider för nybesök och kunna erbjuda återbesök på avtalad tid utan att arbetsmiljön försämras

### Mål:

- 75% av samtliga patienter aktuella för nybesök skall erbjudas tid inom 3 mån
  - 75% av alla planerade återbesök skall ske i tid
- (Båda ändrades till 100% under projektet)

### Balanserande mått:

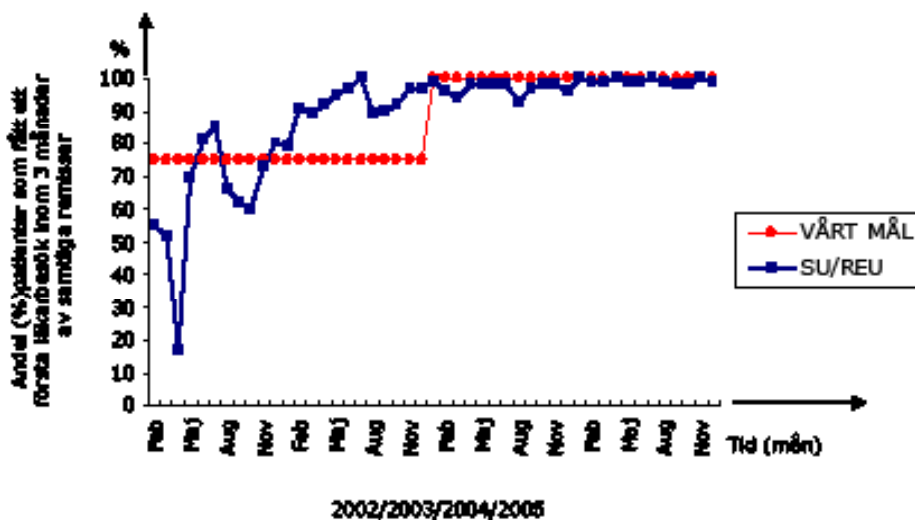
- Administrativ tid för Läkarintygsskrivande skall inte öka
- Läkartelefontider skall inte öka

### Vad har uppnåtts:

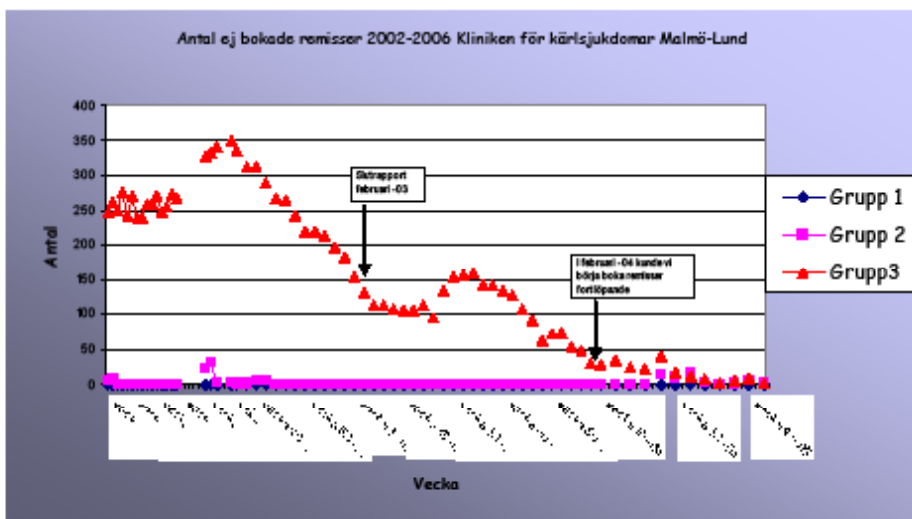
- Patienter får återbesök enligt avtalad tid
- Vårdarbetet belastas inte av att administrera köer
- Personaltrivseln har ökat markant
- Personalens tilltro till den egna förmågan att förändra har ökat
- Stoltheten i organisationen har ökat
- Personalens sjukfrånvaro har minskat
- En ekonomi i balans

### Exempel 2: Kliniken för kärlsjukdomar Malmö-Lund, UMAS

På kliniken för kärlsjukdomar kunde patienter få vänta upp till 12 månader på ett nybesök. Kliniken gick in i projektet Bättre flyt i vården för att kunna uppfylla den medicinska prioriteringen för nybesök (även för prioriteringsgrupp 3), utan försämring av arbetsmiljön.



Figur 1: Andel patienter som får tid till första läkarbesök inom tre månader. Reumatologen Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Figur 2: Antal ej bokade remisser 2002-2006



tema

### *Mål*

- att erbjuda alla remitterade patienter tid till nybesök inom 3 månader
- att boka alla remisser fortlöpande

### *Förändringar som prövats:*

- 1) Enhetlig, daglig remissbedömning (checklista för bedömning)
- 2) Fler återbesök till sjuksköterskemottagningen
- 3) Fler nybesökstider till mottagningen
- 4) Utskick av informationsbrev till remitterande instanser
- 5) Utskick av ”Tumregler för operationsindikation”
- 6) Införande av sökare till konsultläkare för externa förfrågningar
- 7) Inrättande av en ”frågelåda”, tillgänglig via hemsida eller e-post

### *Kommentar*

Som framgår av diagrammet har alla prioriteringsgrupper god tillgänglighet hösten -05

## **Erfarenheter, lärdomar och reflektioner från författarna**

Det är nu 10 år sedan Genombrottsmetodiken första gången prövades i Sverige. Sedan dess har alla landsting/regioner, och under de senaste åren även ett 10-tal kommuner, drivit egna Genombrottsprojekt. Uppskattningsvis har Landstingsförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting medverkat till att drygt 1000 team varit involverade i att tillämpa meto-

der för ett systematiskt lärandestyrkt förbättringsarbete med patienterna i fokus. Uppföljningar visar att teamen i Bättre Flyt i Vården förbättrade tillgängligheten både under projekttiden och därefter. Troligen har det haft stor betydelse att tillgänglighet varit en prioriterad fråga i hälso- och sjukvårdspolitiken under dessa år.

Spridningen av just Genombrottsmetoden som angreppssätt i utvecklings- och förbättringsarbete kan inte enbart förklaras av den politiska fokuseringen på tillgänglighetsfrågan, eftersom den framgångsrikt använts även i projekt med andra förbättringsfokus. Det som ofta framhålls som positivt med metodiken av de medverkande organisationerna och de deltagande teamen, är att den är lätt att förstå om än inte alltid lika lätt att tillämpa. Dessutom bygger förbättringsarbetet på delaktighet av alla i den direkta patientvården och att teamarbetet därmed blir något mer än vackra ord. Att utveckla mål, mått och fortlöpande följa resultatet över tid tycker många är stimulerande när man ser att det faktiskt går att förändra och förbättra.

Begreppet Genombrott finns nu i såväl landstingsplaner som i dokument från regering och myndigheter (7, 8) vilket möjligen kan förklaras av att varken Landstingsförbundet/ Sveriges Kommuner och Landsting eller IHI har krävt någon form av licens eller copyright för att använda den. Tvärtom har strategin i stället varit att lära team och handledare att använda metodiken så att de själva sedan kan använda och sprida den i andra sammanhang. Detta förefaller ha fallit väl ut och varianter på metoden har ut-

vecklats även om de grundläggande komponenterna bevarats.

Den absolut största vinsten med projektet Bättre flyt i vården är att patienterna fått en bättre tillgänglighet till vården. Väntetiderna har på många ställen drastiskt minskat eller helt försvunnit och vårdprocesserna har gjorts smidigare. Projekten har visat att mycket går att göra för att förbättra vården ur ett patientperspektiv och att detta går att göra utan stora resurstillskott eller organisationsförändringar.

En annan vinst med projekten är det samarbete som uppstått dels mellan de olika personalkategorierna, dels mellan olika delar av organisationen. Kravet på att arbeta i tvärprofessionella team har givit en ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter vilket i sig givit en ökad systemförståelse och en insikt om att man är en liten del av ett större system, där det har betydelse hur delarna fungerar tillsammans för att helheten ska bli så bra som möjligt.

När verksamheter väl börjat arbeta tvärprofessionellt, patientfokuserat och lärandestyrt i förbättringsarbetet finns det ingen väg tillbaka.

## Referenser

- 1) Kilo CM. A framework for collaborative improvement: Lessons from the institute for healthcare improvement's breakthrough series. *Quality Management in Health Care*. 1998;6(4):1-13.
- 2) [www.skil.se/genombrott](http://www.skil.se/genombrott)
- 3) *The Improvement guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. G. Langely, K. Nolan, T.Nolan, C.Norman och L.Prevost, 1996
- 4) Bättre flyt i vården - erfarenheter av ett utvecklingsarbete för att öka tillgängligheten i vården. Landstingsförbundet 2003 ISBN 91-7188-803-9
- 5) Uppföljning av två Genombrottsprojekt. Bättre flyt i vården I och Bättre flyt i vården II. ISBN 10:91 71 64 -156 4
- 6) Tillgänglighet en arbetsmiljöfråga? Landstingsförbundet 2003 rapport 5042
- 7) Iakttagelser om landsting Ds 2005:7 Finansdepartementet
- 8) God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen (artikel nr 2006-101-2)

## Lästips

Breakthrough series guide. Reducing Delays and Waitingtimes Throughout the Healthcare System. Institute for Healthcare Improvement (IHI) 1996.

The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Innovation Series 2003

Genombrott - att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. Svensson och Hedman. Landstingsförbundet. Finns på [www.skil.se/genombrott](http://www.skil.se/genombrott) under avslutade projekt.

Genombrott II- att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. Svensson och Hedman. Landstingsförbundet. Finns på [www.skil.se/genombrott](http://www.skil.se/genombrott) under avslutade projekt.

[www.ihl.org](http://www.ihl.org)

## Summary in English

### “Better flow” - A Review of Breakthrough Series Collaborative

In 2001 The Swedish Federation for County Councils started the Better flow collaborative. The collaborative focused on improved access to care and improving the knowledge of methods for quality improvement in Swedish health care. The collaborative was run in two waves where a total of 43 teams from 9 county councils participated. The program was built on learning seminars and working periods in between. A summit was held the 10th March 2004.

The source of Breakthrough Series is the Institute for Healthcare Improvement (IHI) Boston, USA from which the Federation learned the method already in 1997. In Swedish the method was called Genombrott.

The most important achievement of the program “Better flow” is improved access for the patients. The program has demonstrated that a lot of small changes can be done to achieve improved services to the patients. It’s not primarily issues of more resources or big organizational changes.

Another result is the improved collaboration between different categories of personnel (within teams) and between different parts of the healthcare organizations. The request that the teams should be multiprofessional has raised the understanding and awareness of the healthcare as a system, in which the interactions between the parts has huge impact of the total outcome.

When an organization has begun to work multiprofessionally, patientfocused and are learning improvement work by doing small tests of changes there is no way back.

Keywords: Better Access, improvement methods, quality improvement, Better flow, Breakthrough Collaborative.