

Från allmänsjukhus till antroposofiskt-integrativt sjukhus: Organisationsutveckling inom Gemeinschaftskrankenhaus Havelhoehe i Berlin

Harald Matthes

Chef för avdelningen för gastroenterologi vid Gemeinschaftskrankenhaus Havelhoehe, Berlin, där han också är medicinskt ansvarig. Specialist in internmedicin, gastroenterologi/onkologi och psykoterapi. E-post: harald.matthes@havelhoehe.de

Artikeln beskriver den omfattande förändringsprocessen då Gemeinschaftskrankenhaus Havelhoehe, GKH, i Berlin, Tyskland, övergick från ett konventionellt sjukhus till ett patient-/anställdorienterat sjukhus som erbjuder integrativ antroposofisk vård. Central i förändringsarbetet var en radikal omorganisation av sjukhusstrukturen från en hierarkisk topstyrd modell till en platt organisation. Arbetet har också resulterat i implementeringen av en innovativ ledarskapsmodell på mikro- och mesonivå. Effektiva strategier i förändringsarbetet var en omfattande utbildning i antroposofisk medicin för den medicinska personalen samt en internutbildning i sjukhusledning och ledarskap som genomfördes parallellt i de nyinrättade interprofessionella och tvärvetenskapliga ansvarsteamerna. Att förändringen var framgångsrik visar sig i hög ranking i patientundersökningar, i ökad ekonomisk effektivitet, i att sjukhuset hade den högsta regionala tillväxten i patientantal, i effektiva kostnadsvikter, budget samt i en markant nedgång i längden på patienternas sjukhusvistelser.

This paper describes the extensive change management process of Gemeinschaftskrankenhaus Havelhoehe in Berlin, Germany, from a community hospital practicing mainstream medicine to a patient- and employee-centered hospital offering integrative Anthroposophic Medicine. A radical reorganisation of the hospital structure from a hierarchical to a flat organization was the central change process, resulting in the implementation of an innovative leadership-model on a micro and meso management level. In parallel, a comprehensive training of the medical staff in Anthroposophic Medicine as well as in-house trainings in hospital management and leadership for the members of the newly established interprofessional and interdisciplinary 'responsibility teams' were effective strategies in the change process. The success of this change could be shown in a high ranking in patient satisfaction surveys, in an increased economic efficiency, involving having the highest regional growth regarding number of patients, effective cost weight, budget and a significant reduction of length of patient stay.

Inledning

Antroposofisk medicin (AM) är en integrerad strategi som kombinerar konventionella och alternativa behandlingsmetoder och erbjuder ”best practice”-medicin. I Tyskland och Schweiz är antroposofiska sjukhus helt integrerade i den offentliga hälso- och sjukvården och ombesörjer regional sjukvård.¹

Fram till 1995 drevs Gemeinschafts-krankenhaus Havelhoehe (GKH) i konventionell regi under namnet ”Hospital Spandau”. Den 1 januari 1995 övergick sjukhuset och all dess personal i en antroposofisk förening i syfte att implementera en inriktning mot antroposofisk medicin. Berlin-senaten angav som upptagningsområde för det antroposofiska Hospital Havelhoehe inte bara den smala Spandauregionen (ett distrikt i norra Berlin) utan också hela Berlinregionen. Syftet var att etablera ett pluralistiskt hälsovårdssystem med olika medicinska system inom den sjukhusanknutna slutenvården i hela Berlin. Mångfald inom sjukvården kunde inte uppnås enbart genom variationer i filosofi hos olika sjukhusledning, eftersom de – trots skilda andliga inriktningar, t.ex. bekännelse-trogen eller kollektivistisk – tillhandahöll samma konventionella medicinska vård. År 1995 beslutade därför de politiska partierna i Berlins representanthus enhälligt att införa AM som ett integrativt medicinskt system inom sjukhussektorn. Beslutet var inte minst en följd av allmänhetens ökande efterfrågan på KAM. Enligt breda opinionsundersökningar i Tyskland efterfrågar

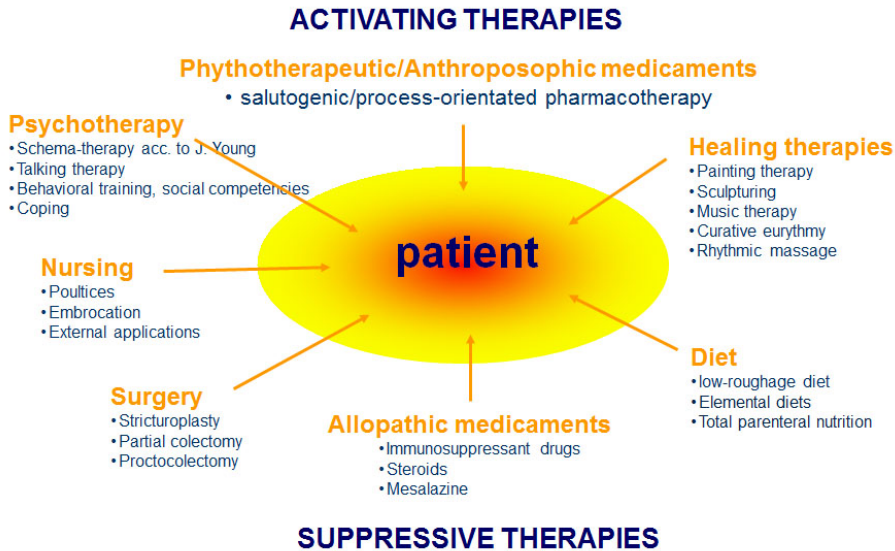
60-70% av befolkningen tillgång till integrativ medicin.¹ En central metod inom AM är det differentierade flerskiktssystem som integrerar såväl livsprocesser som psykiska och andliga aspekter av människan i diagnostik och terapi.

Vid sidan av det patogena begreppet inom konventionell medicin spelar Aaron Antonovskys salutogenesbegrepp en viktig roll inom AM. Här definieras sjukdom som ett underskott av självreglering hos organismen. Följaktligen kommer läkning uppnås genom stimulering och utveckling som syfter till att öka kapaciteten för självreglering. I motsats till patogena koncept som domineras av den terapeutiska principen om substitution och suppression, är de viktigaste terapeutiska principerna i ett salutogent synsätt stimulering och excitation (en stimulus-respons-modell inom naturmedicin), individuell utveckling och självreglering. Ett centralt mål är att aktivera enskilda resurser för att öka de självläkande krafterna som kan tränas och utvecklas genom särskilda insatser.

Utifrån exemplet GKH, beskriver denna artikel transformeringen från ett konventionellt allmänsjukhus till ett integrativt sjukhus som omfattar AM.

Metoder

AM är ett holistiskt integrativt medicinskt system som bygger på en humanistisk syn på människan i diagnos och terapi och tar in alla tre dimensioner av människan (kropp, själ, ande). Inom antroposofisk omvårdnad ut-



Figur 1: Terapikoncept för behandling av kronisk inflammatorisk tarmsjukdom inom AM. Patienten i centrum av det interprofessionella behandlingsteamet.

förs till exempel inte bara somatisk vård utan även stimulering av helande krafter med hjälp av omslag och kompresser, rytmiska liniment, manuella terapier (massage, fot- och organliniment) och bad (oljedispersionsbad, hypertermibad o.s.v.). Läkarens diagnostiska kompetens omfattar såväl en somatisk nivå som de psykosociala och andliga dimensionerna. Förutom användningen av farmakoterapi (allopatisk och användning av antroposofiska medel och växtbaserade medel) är icke-farmakologiska behandlingar en viktig del av antroposofisk medicin. Beroende på de olika indikationerna för behandling, används rörelseterapi (eurytmibehandling), konstterapi (målning, musik, skulptur och kreativt tal), biografiskt arbete

och psykoterapi.

Syftet med den helomfattande AM-behandlingen är att aktivera och samordna människans olika dimensioner för att stärka läkningsprocessen. På terapeutisk nivå kräver detta ett nära samarbete mellan sjuksköterskor, behandlare och läkare. De olika professionerna måste sammanföra sina olika uppfattningar av patienten för att gemensamt kombinera dem till en gemensam övergripande, individuell bild av patienten. Denna centrala process sätter patienten i centrum och arbetas fram i så kallade "behandlingskonferenser", där sjuksköterskor, behandlare och läkare träffas och i samförstånd utvecklar ett multimodalt terapikoncept för varje patient. Förutom yrkeskompetens krävs en

hög nivå när det gäller hur arbetslaget organiseras och social kompetens hos det tvärvetenskapliga terapeutiskt inriktade arbetslaget (Figur 1, s 24).

Organisationsstrukturen vid konventionella sjukhus i Tyskland kännetecknas framförallt av en hierarkisk, yrkesrelaterad pyramidstruktur (chef för administrationen/VD och klinisk chef och omvårdnadschef, oftast inte med samma befogenheter som VD). Denna struktur försvårar emellertid teambuilding över professionsgränserna och främjar istället parallellt arbete av olika yrkesgrupper. Denna hierarkiska sjukhusstruktur återspeglas också i en klassisk differentiering av avdelningar och enheter. En patient måste till exempel gå vägen via flera olika avdelningar från inskrivning till utskrivning, t.ex. akutmottagning, radiologi, endoskopi och kirurgi, en process som tenderar att undergräva patientcentrerad behandling.

Syftet med den omfattande ledningsförändringsprocessen vid Gemeinschaftskrankenhaus Havelhoehe var därför att skapa en patientorienterad sjukhusorganisation och bygga delvis självständiga interprofessionella och tvärvetenskapliga behandlingsgrupper. Samtidigt krävdes att sjukhusets samtliga 650 anställda skulle vara kvalificerade i AM.

Resultat

Det första steget i förändringsprocessen var att ersätta den klassiska VD-positionen med ett interprofessionellt ledningsteam. Förutom den administrativa chefen (affärsman och läkare) ingick där omvårdnadschefen,

en legitimerad terapeut, den medicinske chefen och ekonomichefen – alla med befogenheter motsvarande sjukhusledningens direktörer. Alla viktiga beslut måste fattas i samförstånd.

När sjukhusets inriktning förändrades 1995 hade GKH 318 bäddar på de internmedicinska avdelningarna (allmän internmedicin, pneumologi, beroendemedicin och intensivvård), kirurgi, neurologi, anesthesi och radiologi. Sedan dess har antalet medicinska discipliner (och antalet bäddar) kontinuerligt ökat:

- 1995 – Den internmedicinska kliniken utökades med kardiologi, gastroenterologi och onkologi.
- 1996 – Kvinnoklinik och 1998 obstetrisk klinik.
- 1995 – Palliativ vårdavdelning.
- 2002 – MIC-center.
- 2002 – Institution för psykosomatik och psykoterapi med 35 bäddar.
- 2006 – Visceral kirurgi som huvudspecialitet inom kirurgi.
- 2010 – Behandlingen inom beroendemedicin utökades och differentierades till att även omfatta olagliga droger samt alkohol- och läkemedelsberoende.
- 2012 – Institutionen för multimodal smärtterapi.
- 2013 – Geriatrik.
- 2014 – Certifierat onkologiskt centrum (OnkoZert®) med bröstcancercentrum, kolorektalcancercentrum och lungcancercentrum.
- 2016 – Klinik för multimodal smärtterapi, utökning till 20 bäddar.
- 2016 – Stödande onkologi (tidig palliativ vårdtjänst), 12 bäddar palliativ vård utökas med ytterligare 20 bäddar.

- 2016 – Psykosomatisk dagvård för 15 patienter.

Workshops och praktisk undervisning av personalen var viktiga åtgärder för att framgångsrikt genomföra inriktningen mot integrativ medicin. Under de första åren var emellertid de anställdas motivation och vilja låg att delta i en intensiv vidareutbildning i antroposofisk medicin. Inställningen förändrades då den nya ledningsmodellen antogs och avdelningarna självständigt kunde besluta om de ville praktisera AM och konventionell medicin parallellt. Inom några discipliner (t.ex. gastroenterologi, kardiologi) erbjöds två konkurrerande vårdavdelningar, för AM respektive konventionell medicin. När det där efter visade sig att allt fler patienter uttryckligen började efterfråga AM-avdelningar, ledde det till platsbrist på de konventionella avdelningarna. Den höga efterfrågan utlöste också ett intresse för AM hos de anställda eftersom de ville arbeta med det patienterna efterfrågade. Plötsligt fick sjukhuset ägare in förfrågningar om en mer intensiv utbildning i AM. Det var alltså inte något som kom uppifrån (från sjukhusledningen eller ägaren) utan krafter underifrån (patienternas efterfrågan) som skapade intresse och efterfrågan på utbildning inom AM inom alla yrkesgrupper.

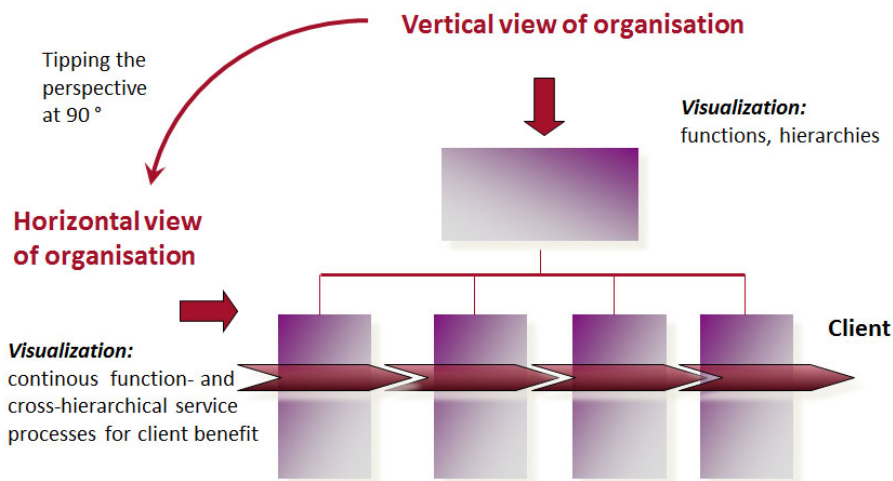
Parallellt med arbetet med att implementera AM vid sjukhuset, syftade ledningens förändringsarbete till att förändra organisationsstrukturen, så att patienten sattes i centrum av behandlingsprocessen. Under 1970-talet var Toyota den första aktören inom bilindustrin att förstå att en vertikal

ledningsstruktur (där besluten tas uppifrån och ned) står i konflikt med den horisontella produktionslinjen, som präglar monteringsprocessen av en bil och skapar omfattande samarbetsproblem. Man identifierade de tre ”ledningssynderna“ på M (Muda = slöseri, Mura = ojämnhet och Muri = överbelastning). I analogi med bilindustrins horisontella tillverkningsprocess kan genomflödet av patienter på ett sjukhus på ett övergripande plan ses som en tjänsteprocess i linjär följd: pre-stationär behandling – grundläggande diagnostik – inskrivning – diagnostik – terapikoncept – behandling – utskrivning – efterbehandling/rehabilitering o.s.v. På ett sjukhus förekommer samarbetsproblem och konkurrerande intressen på olika nivåer, t.ex. inom verksamhetsområden som kirurgi, radiologi, endoskopi och hjärtkatetrering. Även om alla tänker sig att arbetet ska gå friktionsfritt, måste de hantera sina egna arbetsprocesser inom talrika andra processer som omvårdnad, behandlingstillämpningar, ronder, sjukgymnastik, konstterapi o.s.v. Med så många utmaningar att hantera under behandlingsprocessen tycks det nästan omöjligt att även samordna patientens intressen, t.ex. tidpunkten för måltider, korta fasteperioder o.s.v.

Den organisatoriska utvecklingen mot patientcentrerad vård genomfördes med det yttre stödet av Trigon®, konsult inom ledning och organisationsutveckling.

I ett första steg analyserade vi processer med anknytning till de vanligaste sjukdomarna som behandlas vid sjukhuset. Fokus låg på patientflödet

Two perspectives on organisations



Figur 2: Hur de anställdas perspektiv förändras för att optimera den horisontella processen för sjukhusets patienter.

från inskrivning till utskrivning på olika avdelningar samt de avdelningar som var aktuella för patienternas sjukhusvård. Därefter ordnade vi tvärvetenskapliga och professionsöverskridande konferenser för alla inblandade. Syftet var att beskriva det optimala flödet ur patienternas synvinkel. Utifrån detta erhöll vi i steg två en konkret processbeskrivning för hur en optimal patientcentrerad behandling genomförs och utvärderade dess genomförbarhet.

Resultatet blev nya kliniska vägar som inte bara beskrev de medicinska kraven utan även samordningen av diagnostik och behandlingar mellan olika avdelningar och enheter. En ”biefekt” av detta tvärvetenskapliga och professionsöverskridande arbete var

att inrätta så kallade kompetenscentra, t.ex. ”Interdisciplinär Sårbehandling” (plastikkirurgi, internmedicin, diabetologi, kirurgi och dermatologi), ”Kontinenscenter” (gastroenterologi, urogynekologi, visceral kirurgi) eller ”Interdisciplinär Smärtbehandling” (anestesi, psykosomatik, internmedicin, beroendemedicin).

Sjukhusövergripande organisatoriska workshops hölls åtminstone fyra dagar per år. Däremellan hölls flera möten vid enskilda kompetenscentra. Vid det övergripande mötet deltog 10% av alla anställda, vilket hade en oerhört positiv effekt på den sociala kontakten.

Förutom en patientcentrerad verksamhetsutveckling, fokuserade vi på de anställdas motivation och kapa-

citetsuppbyggnad. Ett viktigt kännetecken på kvalitet i terapeutiska relationer är enskilda medarbetares kapacitet att självständigt forma relationen och ta ansvar för sin prestation. Dessutom kräver integrativ medicin ytterligare kompetens och ökat engagemang hos varje anställd, eftersom de måste känna till och använda såväl konventionella som kompletterande metoder.

De viktigaste faktorerna för att stärka de anställdas motivation är (enligt Herzberg^{2,3}) möjligheten att ta ansvar, handlingsutrymme, erkännande, inneboende självutvärdering och självförverkligande (Maslow⁴). För att nå en omvänd hierarkisk struktur (nedifrån och upp) med optimala förhållanden för de anställdas motivation var man tvungen att vrida organisationen ytterligare 90 grader (den första 90-gradiga förändringen var från en vertikal hierarkisk struktur till horisontella patientcenterade processer) (Figur 2, s 27).

En självstyrande struktur med funktionella och integrerande delar av ledarskap⁵ i kombination med Trigon 3-ledarmodell med en uppdelning av medicinskt, socialt och ekonomiskt ansvar bildades där dessa funktioner överfördes till så kallade ”ansvarsteam”. Ansvarsteamerna hanterar två eller tre samverkande avdelningar (t.ex. gastroenterologi och visceral kirurgi) och består av läkare, sjuksköterskor och behandlare som arbetar på dessa avdelningar (mikrostyrning). En meso-ledningsnivå infördes också, där två ytterligare ansvarsteam (Meso A och Meso B) ansvarar för de strategiska planeringsprocesserna för flera

divisioner. Deras arbete sker på mikronivå (ansvarsteam) och de kliniska chefernas arbete på makronivå (Figur 3, s 29).

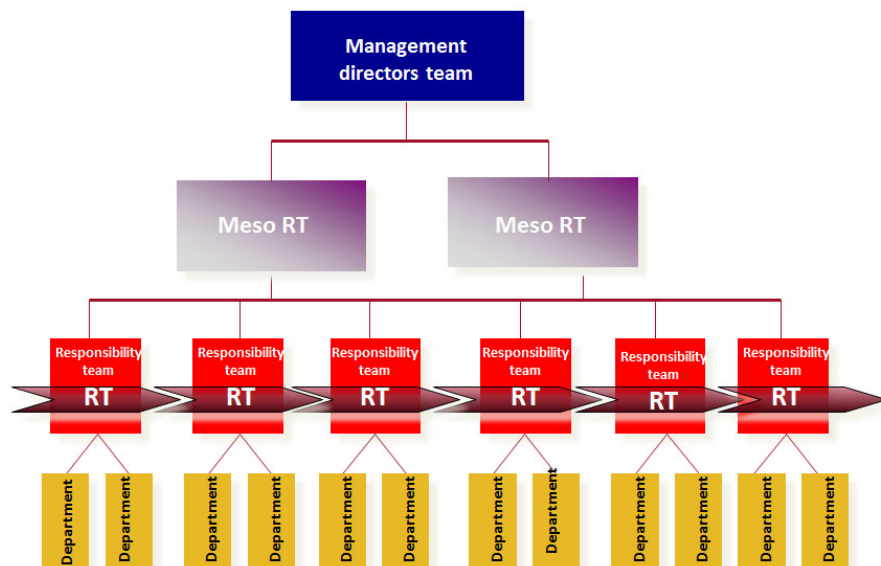
De anställda i ansvarsteamerna deltog i en internutbildning i sjukhusledning och ledarskap ordnad av Trigon®. Sedan 2007 har det genomförts fyra seminarier där cirka 100 anställda genomgått cirka 250 utbildningstimmar vardera.

Framgången för organisationsutvecklingen blev först uppenbar 2006 då GKH rankades högst i landet i en rikstäckande undersökning om patienters erfarenheter av sjukhusvistelse och behandling. Undersökningen genomfördes av ett av Tysklands största sjukförsäkringsbolag (TK, Techniker Krankenkasse) och omfattade 2100 sjukhus och >200 000 patienter. Fem frågekategorier ingick; allmän tillfredsställelse, utfall, omvårdnad, information och kommunikation samt organisation och boende. I senare undersökningar har GKH hållit sig kvar i toppskiktet, bland de översta tio.

År 2011 belönades Havelhoehe med en KTQ-Award för sitt innovativa ledarskap i personalfrågor, också det en följd av det omfattande arbetet med att förändra ledarskapsprocesserna.

Från grundandet 1995 till 2015 har GKH blivit enormt mycket effektivare: samtidigt som antalet patienter har ökat från 5 500 till 12 900 patienter per år har den genomsnittliga längden på sjukhusvistelsen halverats från 15,9 till 7,9 dagar. Sedan DRG-systemet infördes under 2005 har den effektiva kostnadsvikten fram till 2015 ökat från 7 800 till 15 200.

GKH: Bottom up / principle of delegation



Vertical organisational structure rotated at 180°

Figur 3: Organisationsstrukturen vriden 180 grader. En uppochnedvänd organisation med tvärvetenskapliga och interprofessionella arbetslag ("Responsibility Teams, RT"). Enligt principen om delegering: bemannade ansvarsteam RTs (= responsibility teams), Meso-RTs (= division) och chefsteam (sjukhusledning). Alla funktioner väljs av de anställda på 3 till 5 år.

Under perioden 1995-2015 var GKH det starkast växande sjukhuset i Berlin och Brandenburg.

Diskussion

Allt fler patienter efterfrågar integrativ medicin. Antroposofisk medicin representerar den sortens holistiska integrativa medicinska system och är det enda integrativa medicinska system i Tyskland som är helt integrerat i det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet.

GKH:s framgångsrika förändringsarbete visar sig inte bara i hög

patientnöjdhet utan också i en ökad ekonomisk effektivitet. Sjukhuset har den högsta regionala tillväxten när det gäller antalet patienter, effektiva kostnadsvikter (vikter som man ger olika insatser beroende på hur stor betydelse man vill tilldela dem), budget och en betydande minskning av längden på patienternas sjukhusvistelse.

GKH kan tjäna som förebild för hur ett sjukhus kan genomföra en omfattande och framgångsrik ledningsförändringsprocess. I synnerhet genom att genomföra innovativa ledarskapsmodeller (ansvarslag) har

tema

GKH utvecklats från en traditionell organisation som erbjuder konventionell medicinsk vård till ett patient- och medarbetarorienterat sjukhus, som erbjuder integrativ medicin med spetskompetens och med utmärkt resultat med avseende på patienttillfredsställelse.

Detta är en översättning av en artikel på engelska skriven för Socialmedicinsk tidskrift. Den engelska originalartikeln finns publicerad på Socialmedicinsk tidskrifts webbplats.

Referenser

1. Piel E. Naturheilmittel im Spiegel der Demoskopie. Einstellungen und Verbraucherverhalten im Trend. PraxisMagazin Die medizinische Fachzeitschrift für Naturheilkunde. 2007;24(6):24-28.
2. Herzberg F, Hamlin RM. The motivation-hygiene concept and psychotherapy. Ment Hyg. 1963;47:384-397.
3. Herzberg F, Hamlin RM. A motivation-hygiene concept of mental health. Ment Hyg. 1961;45:394-401.
4. Maslow A: A Theory of Human Motivation. In Psychological Review, 1943, Vol. 50 #4, Seite 370–396. Psychological Review. 1943;50(4):370-393.
5. Glasl F, Kalcher T, Piber H. Professionelle Prozessberatung: Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. 3 ed. Stuttgart: Verlag: Freies Geistesleben; 2014.