

# CHALMERS



## Perspektiv på förnyelsearbete i sjukvården

-Identifiering av nyckelfaktorer utifrån västsvenska framgångsexempel

## Understanding successful Healthcare Improvement

-Identification of key factors from best practice in West Sweden

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

JOHAN ANDERSSON

SANNA BERGSTEDT

CAJSA OLSSON

MICHEL PAULLI

JULIA ROBINSON

ELIN SONANDER

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

*Avdelningen för Service Management and Logistics*

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2016

Kandidatarbete TEKX04-16-01



# Förord

Denna kandidatuppsats skrevs under våren 2016 på institutionen för Teknikens ekonomi och organisation vid avdelningen Service Management and Logistics. Studien genomfördes i samarbete med forskningscentret Center for Healthcare Improvement (CHI) vid Chalmers tekniska högskola, under handledning av Ida Gremyr, biträdande professor vid Teknikens ekonomi och organisation och Patrik Alexandersson, Centrumföreståndare på CHI.

Vårt arbete har gett oss en inblick i världens komplexa verksamhet och gett oss en värdefull förståelse för de utmaningar som sjukvården står inför. Situationen beskrivs väl av William E. Demings något sarkastiska uttalande;

*“It is not necessary to change.  
Survival is not mandatory”*

Det råder inget tvivel om att förnyelse är viktig för sjukvårdens, och i förlängningen, samhällets välmående. Därför är vi otroligt tacksamma att ha fått tagit del av åtta organisationers framgångsrika förnyelsearbeten, vars outröttliga ansträngningar har utvecklat sjukvården till det bättre. Vi vill tacka er för att ni tog emot oss och så ivrigt delade med er av era erfarenheter!

Vi vill även rikta ett stort tack till våra handledare, Patrik och Ida, som också de arbetat outröttligt. Ni har kämpat, korrigerat och gett värdefulla råd i allt från faktafel och bryggor mellan stycken till dubbla mellanslag och hantering av panikutbrott. Er kompetens och noggrannhet, men framförallt er ambition har inspirerat oss till att arbeta ännu hårdare med vår studie. Tillsammans har vi förhoppningsvis, på ett eller annat vis, bidragit till en förståelse som underlättar för framtida förnyelsearbete i sjukvården!

Chalmers tekniska högskola  
Göteborg, Sverige  
19 maj 2016

Johan Andersson, Sanna Bergstedt, Elin Sonander, Cajsa Olsson, Michel Paulli och Julia Robinson

# Abstract

For many years, Swedish healthcare has been in the front line when it comes to quality of medical outcomes and a long term perspective on the care of patients, in comparison to other countries. However, during the next few years the Swedish healthcare is expected to face a number of growing challenges such as an ageing population, patients' growing expectations on healthcare, as well as more complex needs of care. Healthcare reforms and improvements will be necessary to be able to continue having a socially and economically sustainable healthcare. The Swedish innovation agency Vinnova has funded a network consisting of eight healthcare organisations and three research groups. The purpose of the network is to develop the knowledge and professionalism within healthcare improvements and innovation.

The purpose of this study is to contribute to increasing the knowledge within healthcare improvement and to facilitate future improvement work. This is done by mapping out methods, approaches, key factors, obstacles and influencing factors by studying the organisations participating in the network. The aspiration is to contribute to a larger understanding and awareness of which factors are most important for successful healthcare improvement work.

A qualitative case study was conducted to plot out the participating organisations' improvement work. The main data collection method was semi-structured interviews, but focus groups were also used. The empirical material was analysed with the help of a theoretical framework of current theory within the healthcare organisation and business culture, measurement of improvement work, improvement work in general, and improvement work within healthcare especially.

The study resulted in the identification of six success factors for improvement work in healthcare; have a continuous perspective with cyclic models, improve communication through involvement, create a vision out of the patients' needs, internal measurement can be replaced with well-established knowledge and understanding, forums like networks are powerful tools for spreading successful improvements, driving spirits often have a crucial role in the success of improvement work.

# Sammanfattning

Svensk sjukvård har i många år legat i framkant mot många andra länder i världen när det kommer till medicinsk kvalitet och långsiktigt perspektiv på vården av patienter. Under de kommande åren väntas dock den svenska sjukvården ställas inför en rad utmaningar såsom en åldrande befolkning, patienter med högre förväntningar på vården och mer komplexa vårdbehov. Reformen och förnyelse i sjukvården kommer därmed bli nödvändigt för att kunna fortsätta bedriva en socialt och ekonomiskt hållbar sjukvård. På uppdrag av Sveriges innovationsmyndighet Vinnova har ett nätverk bestående av åtta sjukvårdsorganisationer och tre forskningsgrupper bildats med syfte att utveckla kunskap och professionalism inom innovation och förnyelse hos ledare och utvecklingsansvariga inom hälso- och sjukvården.

Syftet med denna studie är att bidra till ökad kunskap om förnyelsearbete i sjukvården, samt underlätta för framtida förnyelsearbete i sjukvården. Detta adresseras genom en kartläggning av metoder, angreppssätt, framgångsfaktorer, hinder och påverkande faktorer utifrån de i lärandenätverket deltagande organisationernas förnyelsearbete. Förhoppningen är att genom detta bidra till en större förståelse och medvetenhet kring vilka faktorer som är av störst vikt för ett lyckat förnyelsearbete i sjukvården.

För att kartlägga de deltagande organisationernas förnyelsearbete genomfördes en kvalitativ fallstudie där datainsamlingen främst skedde genom semistrukturerade intervjuer, men också genom fokusgrupper. Analys av det empiriska materialet utgick från ett teoretiskt ramverk kring sjukvårdens organisation och verksamhetskultur, mätning inom förnyelsearbeten, förnyelsearbete i allmänhet samt om förnyelsearbete inom sjukvården i synnerhet.

Studien resulterade i fastställandet av sex framgångsfaktorer för förnyelsearbete i sjukvården; ha ett kontinuerligt synsätt med cykliska modeller, förbättra kommunikationen genom involvering, utforma en vision utifrån patientens behov, internt kan mätning ersättas med väl utbredd förståelse och kunskap, forum såsom nätverk är ett kraftfullt verktyg för spridning av lyckade förnyelsearbeten, eldsjälarna har ofta en avgörande roll för förnyelsearbetets framgång.

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>1</b>
<i>1.1 Bakgrund</i>	1
1.1.1 Utmaningar i svensk sjukvård	1
1.1.2 Problematiken kring förnyelse	2
1.1.3 Vikten av en kartläggning	2
1.1.4 Vikten av samverkan	2
<i>1.2 Syfte</i>	3
<i>1.3 Frågeställningar</i>	3
<i>1.4 Rapportens disposition</i>	3
<i>1.5 Avgränsningar</i>	4
<b>2 Teoretiskt ramverk</b>	<b>5</b>
<i>2.1 Organisation och verksamhetskultur</i>	6
2.1.1 Sjukvårdens fyra världar	7
2.1.2 Relationer och samordning mellan världarna	8
2.1.3 Patientinvolvering	10
2.1.4 Motstånd	11
<i>2.2 Förnyelsearbete i sjukvården</i>	12
2.2.1 Förändringsledning	12
2.2.2 Kontinuerliga förbättringar i sjukvården	14
2.2.3 Modeller för förnyelsearbete	16
2.2.4 Spridning av förnyelsearbete	17
2.2.5 Hållbarhet och långsiktigt perspektiv	18
<i>2.3 Mätning</i>	20
2.3.1 Att mäta kvalitet och prestation	20
2.3.2 Att mäta i förnyelsearbete	21
<b>3 Metod</b>	<b>23</b>
<i>3.1 Studiens upplägg</i>	23
<i>3.2 Val av teoretiskt ramverk</i>	24
<i>3.3 Metod för datainsamling</i>	24
3.3.1 Utformning och genomförande av intervjuer	25
3.3.2 Utformning och genomförande av fokusgrupper	26
<i>3.4 Sammanställning och bearbetning av empiri, resultat och analys</i>	27
3.4.1 Behandling av intervjudata	27
3.4.2 Behandling av fokusgruppsmaterial	28
<i>3.5 Studiens forskningskvalitet</i>	29
3.5.1 Trovärdighet	29
3.5.2 Överförbarhet	29
3.5.3 Pålitlighet och bekräftande	29
<b>4 Resultat</b>	<b>30</b>
<i>4.1 Förberedelser</i>	30
4.1.1 Initiering av förnyelsearbete	30
4.1.2 Inspiration	30

4.1.3	Planering av förnyelsearbete	31
4.1.4	Delaktighet i initieringsfasen av förnyelsearbete	31
4.2	<i>Påverkande faktorer inom organisation och verksamhet</i>	32
4.2.1	Hinder	32
4.2.2	Förankring och stöd inom organisationen	34
4.3	<i>Metoder och angreppssätt</i>	36
4.3.1	Patientinvolvering	36
4.3.2	Kommunikation	38
4.3.3	Förbättringsmodeller	39
4.4	<i>Mål och mätning</i>	39
4.4.1	Mål	39
4.4.2	Mätning	40
4.5	<i>Spridning av förnyelsearbete</i>	41
4.5.1	Utmaningar med spridning	42
4.5.2	Faktorer som har underlättat spridningen	43
4.5.3	Perspektiv på nätverket	44
4.7	<i>Hållbarhet och långsiktigt perspektiv</i>	44
4.7.1	Allmänna synpunkter på hållbarhetsaspekter	44
4.7.2	Social hållbarhet	45
4.7.3	Ekonomiska begränsningar	46
4.8	<i>Resultat från fokusgrupper</i>	47
4.8.1	Hinder för förnyelsearbete	47
4.8.2	Spridning av förnyelsearbete	48
4.8.3	Mätning av förnyelsearbete	49
4.9	<i>Resultattabell</i>	49
<b>5</b>	<b>Analys</b>	<b>52</b>
5.1	<i>Förberedelser</i>	52
5.2	<i>Påverkande faktorer inom organisation och verksamhet</i>	53
5.3	<i>Metoder och angreppssätt</i>	54
5.3.1	Patientinvolvering	54
5.3.2	Kommunikation	55
5.3.3	Förbättringsmodeller	56
5.4	<i>Mål och mätning</i>	57
5.5	<i>Spridning av förnyelsearbete</i>	59
5.6	<i>Hållbarhet och långsiktigt perspektiv</i>	60
<b>6</b>	<b>Diskussion</b>	<b>62</b>
6.1	<i>Hur bedrivs förnyelsearbete i de studerade sjukvårdsorganisationerna?</i>	62
6.2	<i>Hur behandlas mätning av förnyelsearbetets resultat inom de studerade sjukvårdsorganisationerna?</i>	63
6.3	<i>Hur överkommer sjukvårdsorganisationerna de utmaningar som finns i att bedriva förnyelsearbete?</i>	65
6.4	<i>Hur förhåller sig sjukvårdsorganisationerna till de sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekterna?</i>	66
6.5	<i>Hur sprids lyckat förnyelsearbete?</i>	67

<i>6.6 Begränsningar</i>	67
<b>7 Slutsatser</b>	<b>69</b>
<b>Källförteckning</b>	<b>71</b>
<b>Appendix</b>	<b>77</b>



# 1 Inledning

Den svenska sjukvården står idag inför ett flertal utmaningar. Dessa grundar sig i ett antal olika faktorer såsom en åldrande befolkning och komplexa vårdbehov. Denna problematik leder vidare till ett behov av samverkan och förnyelse, och därav behovet av forskning och kartläggning. I inledningen ges först en bakgrund till dessa utmaningar och problematik. Vidare presenteras syftet med rapporten, de frågeställningar som rapporten avser att svara på, rapportens disposition samt avgränsningar.

## 1.1 Bakgrund

I kommande avsnitt ges en bakgrund till de utmaningar och problem som svensk sjukvård står inför idag såväl som inom en snar framtid. Avsnittet ämnar även förklara och förtydliga vikten av samverkan och en kartläggning av viktiga metoder och angreppssätt för att åstadkomma förnyelse.

### 1.1.1 Utmaningar i svensk sjukvård

I många år har svensk sjukvård legat i framkant gentemot andra länder i världen gällande kvaliteten på de medicinska resultaten (Anell, Glenngard & Merkur, 2012) och det långsiktiga perspektivet på vården av patienter (Cederqvist & Hjortendal Hellman, 2005). Det långsiktiga perspektivet på vård av patienter innebär att sjukvård inte betraktas som en isolerad händelse. Sjukdomsfall ska istället förebyggas med preventiv vård och följas upp med rehabilitering och eftervård (Lifvergren et al., 2012). Under de kommande åren väntas dock sjukvården ställas inför en rad nya utmaningar med allt från en åldrande befolkning, högre förväntningar från patienter till allt mer komplexa behandlingsmetoder (Cederqvist & Hjortendal Hellman, 2005). Denna situation beskrivs även i en rapport från OECD (2013), som tydliggör det faktum att reformer och förnyelse inom svensk sjukvård kommer bli nödvändigt för att kunna hantera kommande utmaningar utan allt för stora kostnadsökningar.

I en rapport från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (vidare benämnt SKL) (2013) beskrivs hur sjukvården påverkas av att Sverige idag har en av världens äldsta befolkningar. Idag kan människor som går i ålderspension leva allt längre med ett eller flera hälsoproblem samtidigt, och i takt med ökad sjuklighet sker också ofta en avtagande fysisk- och/eller psykisk förmåga (SKL, 2013). Detta leder till ett ökat och mer komplext vårdbehov. Svårigheterna som uppstår i samband med vård av denna allt större åldrande patientgrupp ligger främst i att koordinera de resurser som krävs för att hantera de olika vårdbehoven (Anell, Glenngard & Merkur, 2012).

Cederqvist och Hjortendal Hellman (2005) tydliggör det faktum att de ekonomiska resurserna som finns för sjukvården är begränsade, och inte förväntas öka i den takt som vårdbehovet kräver (Anell, Glenngard & Merkur, 2012). Ytterligare skattehöjningar anses ofta inte vara möjliga och ökade finansiella medel till vården skulle i sådana fall behöva tas från andra offentliga sektorer såsom skola och äldreomsorg. Det menar bland annat Berwick (2016) har lett till ett allt större fokus på mätning av sjukvårdens kvalitet och prestation, för att varje krona som sjukvården ges ska spenderas så effektivt som möjligt. Situationen kan även kräva en avvägning mellan ekonomiska och sociala incitament såsom patientnöjdhet eller vårdkvalitet eftersom den mest effektiva och ekonomiska vården inte självklart är den vården med högst kvalitet och prestation. I detta skede understryker Cederqvist och Hjortendal Hellman (2005) att en förnyelse av sjukvården är nödvändig för att kunna åstadkomma både en socialt och ekonomiskt hållbar vård.

### 1.1.2 Problematiken kring förnyelse

Sjukvården har sedan många år tillbaka varit en verksamhet där det har gjorts flera olika försök till förnyelsearbete (Siverbo, Eriksson & Wijk, 2013). Med förnyelsearbete menas här arbete med syfte att åstadkomma en effektivisering eller förbättring av sjukvården. Detta kan tas i uttryck i exempelvis åtgärder för kostnadseffektiviseringar och ökad tillgänglighet, koordinering mellan vårdorganisationer eller förbättrade vårdupplevelser. De senaste åren har detta i stor utsträckning utgått från olika typer av management- och kvalitetsmetoder där dessa metoder, och filosofin bakom, ofta har lånats från den privata sektorn. (Siverbo, Eriksson & Wijk, 2013)

Vid förnyelsearbete kan stora organisatoriska utmaningar uppstå inom en så komplex verksamhet som sjukvården vilket bland annat Lifvergren (2013) och Siverbo, Eriksson och Wijk (2013) belyser. För att förstå sjukvårdsorganisationens uppbyggnad, vilka aktörer som existerar och hur de interagerar krävs modeller såsom Glouberman & Mintzbergs (1996a) fyra världar som beskriver olika arbetsroller i organisationen. De olika världarna i organisationen har befogenheter och beslutsrätter som skiljer sig mycket åt, och skilda mål tenderar ofta att ligga till grund för konflikter. Detta riskerar att resultera i tröga och svårföränderliga organisationer där förnyelsearbete omöjligtvis kan bedrivas konsekvent i hela verksamheten (Glouberman & Mintzberg, 1996a). Enligt Deming (1994) är därför förståelsen för interaktionen mellan sjukvårdens olika organisationsgrupper en nyckelfaktor för att förnyelse ska kunna åstadkommas.

### 1.1.3 Vikten av en kartläggning

Det finns en stor medvetenhet om behovet av förnyelsearbete inom sjukvården (Regeringsbeslut, 2014; Anell, Glengard & Merkur, 2012). Det finns en uppsjö av metoder och verktyg för att bedriva förnyelsearbete från andra typer av verksamhetsområden som har anpassats för sjukvården. Dock menar ett Regeringsbeslut (2014) samt Hellman, Kastberg och Siverbo (2015) att det saknas kännedom kring hur dessa skall användas i praktiken. Det råder även en ovisshet kring vilka mått som har använts och som bör användas för att ta reda på hur framgångsrikt resultatet av förnyelsearbetet har varit (Glouberman & Mintzberg, 1996a).

En kartläggning av relevanta metoder och angreppssätt skulle kunna bidra till en ökad medvetenhet kring hur framgångsrika förnyelsearbeten kan bedrivas (Regeringsbeslut, 2014). Framgångsrika förnyelsearbeten definieras som att förnyelsen realiserats i organisationen med en eller flera positiva effekter. Det finns flera olika sätt att mäta ett projekts framgång på, vilka kan ge olika resultat. Genom att kartlägga vilka mått som används i framgångsrika förnyelsearbeten kan större medvetenhet kring dessa skapas (Glouberman & Mintzberg, 1996a). En kartläggning skulle också kunna ge svar på hur den ökande efterfrågan av sjukvård kan balanseras mot den begränsade resurstillgången (Anell, Glengard & Merkur, 2012).

### 1.1.4 Vikten av samverkan

För att utveckla förståelsen för sjukvårdens organisation (Deming, 1994; Glouberman & Mintzberg, 1996a) och framgångsrikt sprida förnyelse (Minto, 2012) kan ett samarbete i form av ett nätverk vara ett kraftfullt verktyg. Med avsikt att öka förståelsen för framgångsfaktorerna i förnyelsearbete har ett lärandenätverk bestående av tre forskargrupper och åtta stycken sjukvårdsorganisationer (vidare även benämnda organisationerna) bildats. Av forskargrupperna kommer två från Chalmers tekniska högskola (vidare benämnt Chalmers) och en från Högskolan i Skövde. De två forskargrupperna från Chalmers är Centre for Business Innovation (CBI) och Centre for Healthcare Improvement (vidare benämnt CHI). Från

Högskolan i Skövde medverkar forskargruppen Medborgarskap och Organisatorisk Resiliens. Finansieringen och inspirationen till detta lärandenätverk kommer från ett regeringsbeslut där innovationsmyndigheten Vinnova tilldelats uppdraget att *“ta fram och genomföra insatser för ett innovationsledarlyft för ökad förmåga att bedriva innovationsarbete och att efterfråga innovationer i offentlig verksamhet”* (Regeringsbeslut, 2014). Nätverket syftar till att utveckla kunskap och professionalism inom innovation och förnyelse hos ledare och utvecklingsansvariga inom hälso- och sjukvården. I ansökan för forskningsstöd för nätverket framgår det att den gemensamma nämnaren för organisationerna är att deras förnyelsearbete innefattat patientgrupper vars vårdbehov är komplext och därför ofta innefattar flera olika vårdgivare. De olika organisationerna bedöms därför kunna lära mycket av varandra då de har olika strategier och inriktningar på sitt förnyelsearbete. Nätverket ska fungera som en punkt för att samla lärande och möjliggöra framtagande av konkreta och framgångsrika arbetssätt för förnyelsearbete inom sjukvården.

## 1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att bidra till ökad kunskap om förnyelsearbete i sjukvården, samt underlätta för framtida förnyelsearbete i sjukvården. Detta adresseras genom en kartläggning av metoder, angreppssätt, framgångsfaktorer, hinder och påverkande faktorer utifrån de i lärandenätverket deltagande organisationernas förnyelsearbete.

## 1.3 Frågeställningar

Utifrån rapportens syfte har följande frågeställningar formulerats:

- Hur bedrivs förnyelsearbete i de studerade sjukvårdsorganisationerna?
- Hur behandlas mätning av förnyelsearbets resultat inom de studerade sjukvårdsorganisationerna?
- Hur överkommer sjukvårdsorganisationerna de utmaningar som finns i att bedriva förnyelsearbete?
- Hur förhåller sig sjukvårdsorganisationerna till de sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekterna?
- Hur sprids lyckat förnyelsearbete?

## 1.4 Rapportens disposition

Rapporten innehåller sju kapitel med underliggande avsnitt. Det första kapitlet, *inledning*, består av en bakgrund där läsaren ges insikt i den nuvarande situationen för dagens sjukvård samt vikten av att samverka för förnyelse. Vidare presenteras också rapportens syfte, avgränsningar och frågeställningar i det första kapitlet. Det andra kapitlet, *teoretiskt ramverk*, presenterar den litteratur och teori som har använts för att identifiera och lösa de problem som behandlas i rapportens frågeställning och syfte. I kapitlet behandlas teoretiska ramverk för organisation, förbättringskunskap, förändringsledning och mätning. Det tredje kapitlet, *metod*, behandlar studiens upplägg, val av teoretiskt ramverk, datainsamling, analysmetoder och forskningskvalitet. Det fjärde kapitlet, *resultat*, presenterar den data som samlats in under intervjuer med nätverkets organisationer samt genom fokusgrupper. Resultaten analyseras i det femte kapitlet, *analys*, med det teoretiska ramverket som grund. Det sjätte kapitlet, *diskussion*, diskuterar

resultat och analys utifrån de frågeställningar som rapporten ämnat att svara på. Det sjunde och sista kapitlet presenterar sedan rapportens *slutsatser*.

## 1.5 Avgränsningar

I rapporten har vissa avgränsningar gjorts. Rapporten tar endast hänsyn till den information om sjukvårdsorganisationerna som tas upp under intervjuerna. I lärandenätverket ingår endast sjukvårdsorganisationer från Västra Götalandsregionen och Halland som redan har visat prov på lyckat förnyelsearbete. Organisationerna har dessutom samarbetat i utvecklingsprojekt med Chalmers och Högskolan i Skövde tidigare och har därför redan erfarenhet av förnyelsearbete. De har även aktivt sökt sig till CHI för att öka sin kunskap och bredda sin kompetens ytterligare inom detta område. De medverkande organisationerna kan därför inte ses om ett tvärsnitt av sjukvårdens förnyelseförmåga i Sverige eller i ovan nämnda regioner. Vidare kommer den ekologiska hållbarhetsaspekten ej att behandlas då denna aspekt inte ligger i fokus för lärandenätverket.

## 2 Teoretiskt ramverk

För att möjliggöra kartläggningen av förnyelsearbetet i de studerade organisationerna krävs förståelse kring organisationer i allmänhet samt för vad som krävs för att förändra organisationer. Nedan följer en introduktion av de olika delarna i det teoretiska ramverket som grundas i Demings (1994) perspektiv på förbättringskunskap. Detta för att öka läsarens förståelse för valet av teoretiskt ramverk.

Deming (1994) identifierar i sin modell för förbättringskunskap fyra perspektiv att ta hänsyn till för att förstå och förändra en organisation. Dessa är förståelse för systemet, kunskap om variation, psykologi och kunskapsteori. Perspektiven går inte att förstå var för sig då de enligt Deming (1994) är sammankopplade. Det krävs alltså en förståelse för samtliga aspekter och hur de förhåller sig till varandra, exempelvis hur psykologi påverkar systemet och hur systemet orsakar variationer (Deming, 1994).

Ett system definieras som ett nätverk av oberoende komponenter som arbetar tillsammans för att uppnå ett gemensamt mål (Deming, 1994). Vidare menar Deming (1994) att desto större självständighet som råder mellan de olika komponenterna, desto viktigare är samarbete och kommunikation dem emellan för att undvika att den ena kan handla på den andras bekostnad. Inom sjukvårdens organisationer har Glouberman och Mintzberg (1996a) identifierat fyra världar som tillsammans kan anses bilda ett system. Glouberman och Mintzbergs (1996a) teori studeras i det teoretiska ramverket tillsammans med bland annat Garelick och Fagins (2005) tankar kring hur problem mellan världarna kan överbryggas. Detta bidrar till ökad förståelse för sjukvårdssystemet i sin helhet samt för hur förnyelsearbete kan bedrivas.

Vidare menar Deming (1994) att det också krävs förståelse för psykologin inom en organisation för att kunna förändra den. Människor är olika, exempelvis i termer av vad de motiveras av, hur de lär sig samt hur de reagerar på förändringar (Deming, 1994). Därför studeras det bland annat vad Rubenowitz (2004) och Beer och Eisenstat (2000) har för lösningar på att överkomma psykologiskt förändringsmotstånd. Kotters (1995) åttastegsmodell för att leda förändring studeras för att finna ytterligare information om hur strukturella (Glouberman & Mintzberg, 1996a) och psykologiska (Rubenowitz, 2004; Beer & Eisenstat, 2000) hinder kan överkommas. Vidare behandlas även etablerade verktyg inom förnyelsearbete, såsom exempelvis PDSA-cykeln (Deming, 1994), men även sjukvårdsspecifika metoder som exempelvis Genombrottsmetodiken (SKL, 2016).

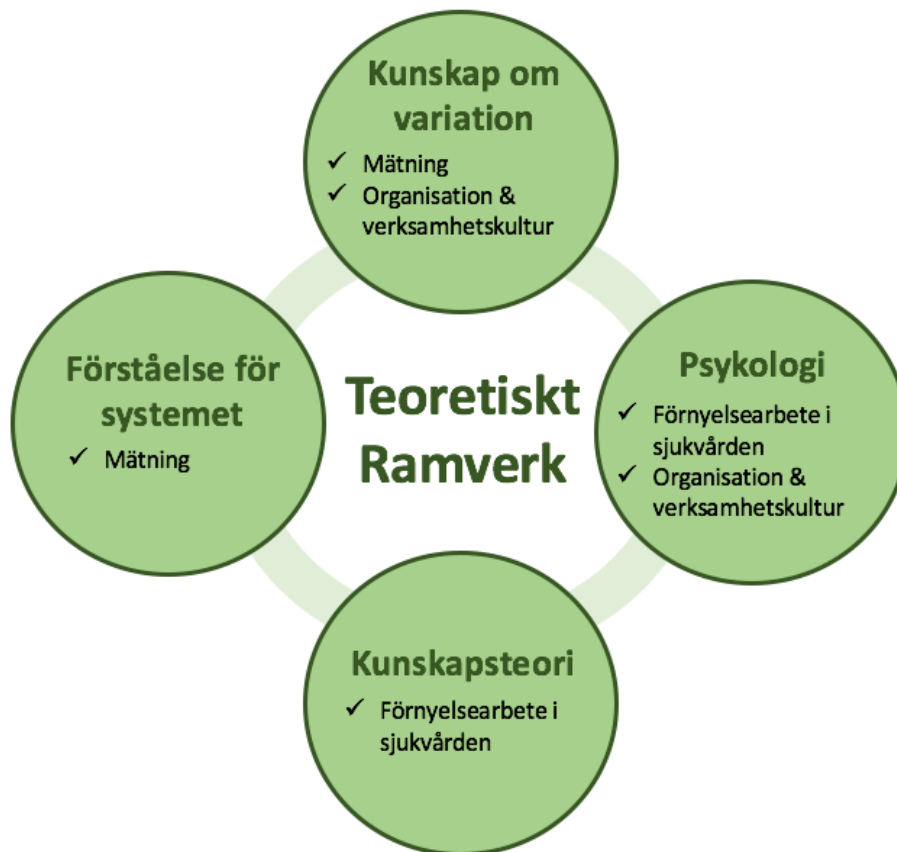
Ytterligare förståelse för systemet kräver enligt Deming (1994) kunskap om olika typer av variationer som uppkommer däri. Att kunna mäta och förstå variationer bidrar också till förståelsen för hur förändringar påverkar ett system (Batalden & Stoltz, 1993; Deming, 1994). Därför behandlar det teoretiska ramverket även mätning, generellt kring förnyelsearbete samt specifikt inom sjukvården.

Kunskapsteori, att gå från teori till kunskap men också att teoretisera kunskap, är enligt Deming (1994) viktigt för att möjliggöra förändring, lärande och rationella förutsägelser i en organisation. Genom till exempel kommunikation och visualisering kan kunskaper inom en organisation spridas (Batalden & Stoltz, 1993; Deming, 1994). Dessa ämnen behandlas för att de ligger nära teorier kring organisationspsykologi respektive mätning. Även PDSA-cyklens stegvisa och utvärderande metod bidrar till att skapa kunskap genom lärande (Berwick, 1996).

Förnyelsearbete inom sjukvård anses vara ett krav för en hållbar utveckling ur ekonomisk (Cederqvist & Hjortendal Hellman, 2005) och social synvinkel (Faezipour & Ferreira, 2011), vilket också studeras. Till exempel försvårar olika individuella intressen en hållbar utveckling och ökar risken för suboptimering av

resursförbrukning sett ur ett samhällsperspektiv (Granstrand, 2010). Resonemang om kontinuerligt ökande krav på sjukvården (Faezipour & Ferreira, 2011) tas också upp, vilket tyder på att ständigt förnyelsearbete inom sjukvården är nödvändigt för hållbar social och ekonomisk utveckling.

All teori som behandlas i det teoretiska ramverket ämnar ligga till grund för ökad kunskap om förnyelsearbete i sjukvården, för att sedan möjliggöra kartläggningen av de verkliga fall som studeras. Avsnitten mynnar ut i *organisation och verksamhetskultur*, *förnyelsearbete i sjukvården* och *mätning*, vilket illustreras i figur 1. I figur 1 sätts de olika avsnitten som behandlas i det teoretiska ramverket i relation till Demings (1994) fyra perspektiv kring förbättringskunskap.

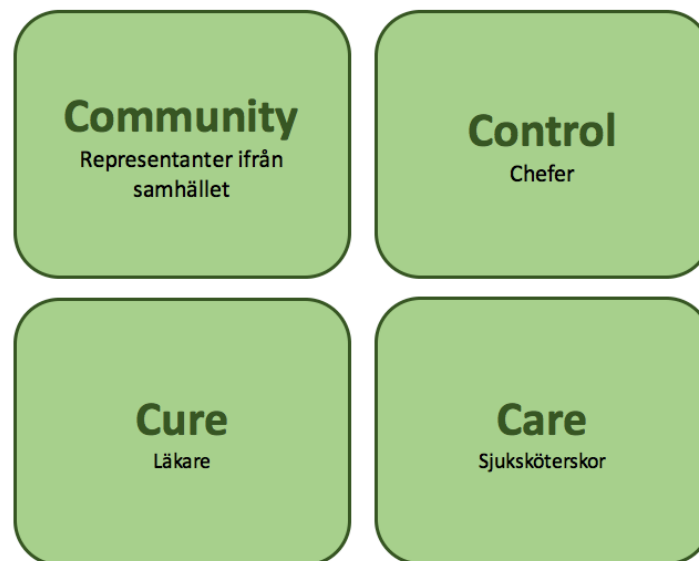


Figur 1. Figuren visar hur de tre avsnitten i det teoretiska ramverket står i relation till Demings (1994) fyra perspektiv rörande förbättringskunskap. Mörkgrön text markerar Demings (1994) perspektiv, svart text markerar avsnitten i det teoretiska ramverket.

## 2.1 Organisation och verksamhetskultur

Sjukvården är i dagsläget en av Sveriges mest komplexa verksamheter. Både Lifvergren (2013) och Siverbo, Eriksson och Wijk (2013) poängterar de stora strukturella svårigheterna som ofta medföljer vid förnyelsearbete i denna komplexa organisationsstruktur. Exempel som ges är olika yrkesgrupper som är obenägna att förändra sig vilket därmed resulterar i en organisation där det ofta är svårt att implementera nya sätt att arbeta. Glouberman och Mintzberg (1996a; 1996b) har med stort genomslag beskrivit de strukturella svårigheter som råder inom sjukvården. Författarna menar att sjukvårdens intressenter kan delas in i fyra stycken världar istället för att ses som en helhet. Världarna kallas *cure*, *care*, *control* samt *community* och beskrivs mer ingående i figur 2. Modellen av dessa världar benämns 4C-modellen. Dessa representeras yrkesmässigt av läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal, chefer samt representanter

från samhället. Avsnittet hanterar skillnader och samordningen mellan dessa olika världar, därefter redogörs för patientinvolvering. Avsnittet avslutas med en fördjupning i de motstånd som kan uppstå i samband med förnyelsearbete inom sjukvårdsorganisationer.



Figur 2. Glouberman och Mintzbergs (1996a) modell över sjukvårdens fyra världar. Mörkgrön text markerar världarnas namn, svart text markerar de professioner som ingår i världarna.

### 2.1.1 Sjukvårdens fyra världar

Som Glouberman och Mintzberg (1996a) beskriver är alla fyra världar viktiga för sjukvården men de är även väldigt olika varandra i många avseenden. I artikeln framgår det att inkompatibla strukturer, oförsonlig syn på vad som är värdeskapande för patienten samt svårmedgörliga attityder hos de olika professionerna gör koordineringen och samverkan mellan dessa världar svåra. Exempelvis tar Wijngaarden, de Bront och Huijsman (2006) upp, inom ett projekt för vård av strokepatienter, att svaren kunde variera helt kring vilka problem som vårdpersonal och ledning såg gällande att leverera sammanhängande vård till patienterna. Bara i vårdpersonalens definition av “komplexa problem” hos patienterna, kunde det inom rehabiliteringsverksamheten innebära att denne behövde en kombination av många olika terapier som krävde koordinering av många olika typer av vårdpersonal. Bland sjuksköterskorna definierades däremot “komplexa problem” som att patienten hade många olika hälsoproblem, så som att vara blind och ha diabetes samtidigt, vilket då istället krävde att en läkare var tvungen att ta hänsyn till eller undersöka alla dessa problem. Glouberman och Mintzberg (1996a) tar upp ytterligare ett exempel kring när olika människor inom ett sjukhus bedömde hur många framgångsrika levertransplantationer en läkare utfört. Läkaren själv hävdade att han hade utfört åtta av tio framgångsrika operationer, medan en sjuksköterska ansåg att endast tre av tio var lyckade eftersom det endast var tre stycken patienter som blev fullt återställda efteråt. Skilda synsätt av den här typen hävdar Glouberman och Mintzberg (1996a) leder till en isolering av världarna, som också har funnits i organisationernas struktur sedan långt tillbaka i tiden. Nedan beskrivs dessa fyra olika världar mer detaljerat samt hur relationerna mellan dem ser ut och hur världarna präglas av deras respektive arbetssätt.

I världen *cure* ingår främst läkare, vars roll oftast är att göra punktinsatser i syfte att sköta själva botandet av patienten. Läkarna ingriper i form av exempelvis olika kirurgiska insatser eller vid diagnostisering, men det mer kontinuerliga arbetet med vården överlämnas till annan vårdpersonal. Läkare ser ofta sjukhus

som något de arbetar på vilket innebär att många läkare ser patienten som den egentliga uppdragsgivaren snarare än exempelvis sjukhusledningen. Detta behöver inte innebära att läkare inte är involverade i verksamheten, men det innebär oftare att yrket i sig ses som ett kall snarare än som en formell anställningsform. (Glouberman & Mintzberg, 1996a)

Inom *care* verkar vårdpersonal i form av sjuksköterskor och undersköterskor. I kontrast mot läkares punktinsatser är arbetet i detta fall betydligt mer kontinuerligt och inom detta ligger också det mer vårdande ansvaret för patienterna (Glouberman & Mintzberg, 1996a). På denna del av sjukvården ligger ofta stort ansvar för koordineringen av de olika arbetsflödena som rör patienter, till exempel besök och möten med fysioterapeuter, psykologer eller andra typer av specialister. Uppdelningen av en mer vårdande roll för sjuksköterskor och mer botande roll för läkare varierar självklart med vilken typ av sjukhus och vilken typ av verksamhet som bedrivs, men ligger ändå till grund för en uppdelning av hur ansvaret och befogenheterna fördelas mellan dessa två världar. Sjuksköterskorna är generellt också närmare patienterna än exempelvis läkare och spenderar mer tid ute på avdelningarna (Thompson, Navarra & Antonson, 2005).

Världen av *control* har skiftat aningen från att förr mest vara en administrativ funktion med syfte att stötta läkare i deras arbete till att nu ta över i form av olika typer av chefspositioner, vilka inte är direkt kopplade till själva vårdarbetet utan snarare till koordinering och styrning (Glouberman & Mintzberg, 1996a). Dock varierar ofta den formella och den faktiska kontrollen. Även om kontroll finns över budget, vårdplatser och andra resurser kan det, om inte cheferna själva har bakgrund som exempelvis läkare, vara svårt att få insyn och styra de medicinska processerna. Von Knorring, De Rijk och Alexandersson (2010) beskriver exempelvis hur cheferna har en uppfattning om läkarnas expertis och deras högre status inom sjukvården vilket gör att den formella ledarstyrningen av dessa blir komplicerad och lätt möter motstånd.

*Community* består av sjukvårdens representanter från samhället. Dessa kan bland annat vara politiker, representanter från myndigheter och intresseorganisationer, patienter eller olika typer av ägare och styrelsemedlemmar (Glouberman & Mintzberg, 1996a). Dessa representanter tenderar dock, enligt Glouberman och Mintzberg (1996a), ofta att överskatta de mandat de faktiskt har till att påverka sjukvården. Tiden representanterna har till att sätta sig in i frågor är ofta knapp och informationen fås ofta från utvalda källor vilket skapar svårigheter för dessa att verkligen sätta sig in i verksamheten. Som ett resultat gör exempelvis politiker periodiska ingripanden under sina mandatperioder med exempelvis olika administrativa förändringar. Dock blir generellt de faktiska förändringarna i det kliniska arbetet små eller i princip icke existerande (Glouberman & Mintzberg, 1996b).

## 2.1.2 Relationer och samordning mellan världarna

I Glouberman och Mintzbergs (1996b) sammanfattning av arbetet kring att koppla samman sjukvårdens fyra världar hävdar de att aktivt arbete kring samverkan måste bedrivas i var och en av dessa. Författarna påpekar vikten av att ledningarna på de olika avdelningarna inom ett sjukhus måste bli mer naturliga i sina roller och mer involverade på olika nivåer. Det nämns även att yrkesutövare i form av exempelvis läkare och sjuksköterskor bör försöka utveckla en större förståelse och uppskattning för de processer som chefer arbetar med, till exempel genom olika utbildningar rörande helhetssyn kring sjukhusverksamheter och vårdprocesser. Cheferna bör i sin tur tillsammans med exempelvis politiker och andra samhällsrepresentanter införskaffa och uppvisa en större förståelse för de kliniska och medicinska delarna av sjukvården (Garellick & Fagin, 2005). Nash et al. (2003) skriver att detta kan göras genom att chefer exempelvis följer med på ronder, besöker den dagliga verksamheten och studerar olika typer av så kallad *best practice* inom vården, det vill säga studerar föredömliga organisationer och arbeten. Genom detta kan



ledningsdirektiv få bättre förankring inom dels den egna verksamheten, dels från andra framstående projekt inom vården (Nash et al., 2003).

Glouberman och Mintzberg (1996a) beskriver också hur personalen inom de fyra olika världarna ofta allierar sig med varandra i olika frågor. *Cure* och *care* tenderar att tillsammans stötta varandra gällande patienters behov, men ibland uppstår det problem mellan dem då Glouberman och Mintzberg (1996a) menar att hierarkin mellan sjuksköterskor och läkare leder till att läkares åsikter värderas högre i många fall. *Care* kan däremot ofta medla mellan *cure* och *control*, som kan hamna i konflikt. Läkarna tenderar att motsätta sig olika ledningsförslag då de anser att ledningen inte innehar tillräckligt hög grad av medicinsk kompetens (Glouberman & Mintzberg, 1996a).

Tucker och Edmondson (2003) beskriver problematiken mellan chefer, som ofta pressas med krav på kostnadsbesparingar, och sjuksköterskor, som i sin tur pressas tidsmässigt och får allt mer begränsade resurser som resultat av besparingarna. Författarna hävdar även att den självständighet och krav på problemlösningsförmåga som råder för sjuksköterskor gör att de flesta mindre problem löses direkt på plats och aldrig tas upp som förbättringsmöjlighet hos chefer. Som resultat av detta beskrivs det i artikeln hur chefer får svårt att få kunskap om vilka typer av problem som finns bland de som arbetar i den dagliga verksamheten, såvida dessa inte är väldigt stora och att kommunikationssvårigheter kring dessa problem uppstår som ett resultat av detta (Tucker & Edmondson, 2003). Sjuksköterskor, som har en central roll inom sjukvården, är annars den grupp som med stor sannolikhet kan upptäcka problem med arbetsflöden eller problem kring patienters säkerhet menar Thompson, Navarra och Antonson (2005). Författarna nämner även sjuksköterskornas potential att identifiera olika lösningar kring sådana problem samt kring implementeringen av dem. Glouberman och Mintzberg (1996a) poängterar också vikten av att ledningen bör arbeta med att stärka sjuksköterskor i sin yrkesroll. Detta kan exempelvis innebära att se till att sjuksköterskor får delta i olika nätverk med kollegor och forskare eller ge dem utrymme i olika lednings- och styrelsesammanhang (Thompson, Navarra & Antonson, 2005).

Carney (2011) skriver att ökad tillit mellan vårdpersonal och chefer eller ledning gällande respektive grupps förmåga samt respekt för expertis och professionalism inom olika områden är viktigt. Garelick och Fagin (2005) föreslår att ett första steg för att överbrygga problem mellan exempelvis läkare och chefer är att erkänna och uppmärksamma det faktum att denna typ av problem existerar. I pressade situationer är det lätt för båda lägena att anta ett ”vi och dem”-tänk i förnyelsearbete. Garelick och Fagin (2005) nämner även att erkännande av de båda gruppernas ömsesidiga beroende av varandra, såväl som i en förändring i organisationskulturen måste göras. Carney (2011) skriver att ökad respekt och förståelse mellan de olika grupperna i sjukvården kan fås genom interprofessionell utbildning och lärande. Detta kan bedrivas genom exempelvis interna diskussioner och samarbete kring nya arbetssätt gällande hur vård bedrivs. Organisationskulturen kan också ändras genom olika typer av gemensamt ledarskap eller mål som fokuserar på andra ämnen än individuell vård, resursanvändning eller produktivitet (Crosson, 2003). Van Wijngaarden, de Bront och Huijsman (2006) beskriver hur mål som användes i ett projekt för sammanhängande vård formulerades utifrån både sjukvårdspersonal och chefer. Att dessa mål låg till grund för arbetet och anpassades så att alla inblandade förstod vad de innebar var ett sätt att sudda ut gränserna mellan de olika inblandade grupperna. För att vårdpersonal ska kunna vara med och forma gemensamma mål och strategier skriver Carney (2011) att det är viktigt att som ledning stötta och uppmuntra sådant engagemang. Enligt författaren kan utbildningsprogram inom exempelvis strategi, budgetering och ledarskap främja en sådan involvering av vårdpersonal, både i form av läkare och sjuksköterskor, då detta kan förbereda dem för att anta ett mer strategisk perspektiv kring den dagliga verksamheten.

För läkare och sjuksköterskor som önskar ta sig an ledarroller i sjukvården nämner även Crosson (2003) olika typer av ledarskapsutbildningar som ett hjälpmedel för att förstå sjukvårdens komplexa värld. Generellt förbereds vårdpersonal inte tillräckligt för politisk och strategisk involvering i sin kliniska utbildning och skulle därför genom utbildningar kring detta kunna stärka sin förmåga och möjlighet att delta i förnyelsearbete (Carney, 2011). Garelick och Fagin (2005) föreslår att det i en sådan utbildning bör ingå olika moment kring ledarskapstekniker och hur byråkrati kan navigeras och hanteras på ett effektivt vis. Garelick och Fagin (2005) berättar också om behovet av att utbilda chefer kring vissa delar av de medicinska processerna för att även på denna nivå få en bättre förståelse för det kliniska arbetet. Kunskaper om de psykologiska processerna, exempelvis kring hur personal motiveras och tas med i förnyelse, på både individ-, grupp- och organisatorisk nivå benämns också som en nyckelfaktor för ledarskap inom sjukvården (Garelick & Fagin, 2005).

### 2.1.3 Patientinvolvering

Att göra sjukvården mer patientcentrerad och använda patientperspektiv vid förnyelsearbete är ett arbetssätt som fått mycket uppmärksamhet på senare tid (Lord & Gale, 2013; Armstrong et al., 2013). The World Health Organisation (WHO) är en organisation som belyser vikten av att arbeta kring patientinvolvering genom sin globala strategi för *integrated people-centered health service* (IPCHS) (WHO, 2015). I en delårsrapport från 2015 beskriver WHO hur denna strategi ställer krav på ett skifte från värdekedjeorienterade modeller till en sjukvård som sätter människor och samhället i centrum och koordinerar vårdinsatserna för dessa. I rapporten beskrivs också hur WHO anser att IPCHS kan leda till exempelvis ökad patientnöjdhet, ökad effektivitet och service såväl som en förbättrad arbetstillfredsställelse för personal och reducerade kostnader inom sjukvården. Gustavsson (2016) skriver också att patientinvolvering fyller en viktig funktion för att identifiera förbättringsområden som vårdpersonal själva inte känt till, samt hur perspektivet utifrån patientprocessen hjälper till att fylla de luckor som finns mellan olika organisatoriska funktioner i vården.

För att ta in patienters upplevelser har exempelvis Kings College i England och National Health Service (NHS) under en tioårsperiod utvecklat och studerat en metod kallad *Experience Based Co-Design* (vidare även benämnt EBCD) (Donetto, Tsiankas, & Robert, 2014). EBCD grundar sig enligt Donetto, Tsiankas, och Robert (2014) i att involvera patienter i sjukvårdsprocessen för att erbjuda så bra vård som möjligt med syfte att identifiera och förbättra de processer inom vården som fungerar mindre bra utifrån ett patientperspektiv. Genom att samla erfarenhet från både patienter och vårdpersonal menar författarna att dessa tillsammans kan designa en vårdprocess som blir optimal utifrån både patienternas och vårdpersonalens perspektiv. Lord och Gale (2013) adresserar också vikten av att fokusera patientinvolvering på patientens subjektiva upplevelse och se denna som en aktiv och självständig del av vårdprocessen. Detta eftersom de organisationer som författarna studerat lade för mycket fokus på patienten som ett objekt i en organisatorisk process. Patienternas och vårdpersonalens perspektiv fås inom EBCD dels genom gruppdiskussioner och intervjuer med deltagarna samt observationer av processerna och interaktionen mellan patient och vårdpersonal. De deltagande träffas för att utvärdera samt lyfta de problem som har uppkommit och arbetar sedan för att tillsammans åtgärda dessa och gå vidare i processen (Donetto, Tsiankas, & Robert, 2014).

Armstrong et al. (2013) beskriver att det kan vara svårt att driva patientinvolvering på ett standardiserat vis då olika vårdprocesser skiljer sig kraftigt åt i form av exempelvis mål och tidshorisont. Författarna föreslår ett antal lärdomar kring hur patienterna kan involveras i förnyelsearbete. Exempelvis skriver de att anledningen till varför patienterna blir involverade måste klargöras samt att rätt modell för att nå det önskade resultatet kring involveringen måste identifieras. Vidare benämns det som viktigt i artikeln att

patienter får tydliga roller och ansvar samt att det säkerställs att involveringen är meningsfull och sker på rätt ställen. I artikeln framhävs det att det inte finns en modell som passar alla, utan att ledning måste arbeta aktivt för att hitta rätt modell för respektive process eller projekt. Även Gustavsson (2016) beskriver det som kritiskt att ha en kontinuerlig dialog om vilken roll patienten ska ta i förnyelsearbetet och hur detta förändrar vårdpersonalens roller.

## 2.1.4 Motstånd

Motstånd inför förnyelsearbeten grundar sig ofta i att individer inom organisationen anpassat sig efter rådande normer, värderingar och attityder och finner trygghet i dessa. Osäkerhet inför vad förändringen kommer att innebära kan därmed leda till ett motstånd, som kan vara både medvetet eller omedvetet hos medarbetaren (Rubenowitz, 2004). Enligt Beer och Eisenstat (2000) kan även motstånd uppkomma på grund av bristfällig integration och koordination mellan de fyra olika världarna och deras funktioner.

Rubenowitz (2004) menar också att en organisation där de anställda inte kan solidarisera sig med ledningens syn på förändringar inte kan fungera i längden. För att överkomma detta samt osäkerheten kring vad förändring kommer innebära bör därför berörda medarbetare tidigt engageras i processen. Att låta medarbetarna känna ansvar och kunna visa dem att de har något att vinna på förändringen är viktigt för att skapa en positiv inställning (Rubenowitz, 2004).

Ett annat perspektiv på motstånd inför förändringar och förnyelsearbete presenterades av Beer och Eisenstat (2000). De menar att motstånd ofta uppkommer på grund av sju anledningar som de benämner som *The Silent Killers of Strategy, Implementation and Learning*, som illustreras i figur 3.



Figur 3. Sju anledningar till motstånd inför förnyelsearbete, benämnda *The Silent Killers of Strategy, Implementation and Learning* (Beer & Eisenstat, 2000).

För att ett förnyelsearbete ska fungera krävs därför enligt denna modell ett starkt och verksamhetsnära ledarskap, tydliga prioriteringar, kommunikation och samarbete, tydlig strategi och koordinering och integration mellan olika funktioner (Beer & Eisenstat, 2000). Sjukvårdens olika funktioner kan i viss mån härledas till Glouberman och Mintzbergs (1996a) olika världar och deras olika funktioner.

Ett starkt ledarskap betonas även av bland andra Batalden och Stoltz (1993) och Deming (1994), vilka ser det som en viktig tillgång för att förebygga och förhindra motstånd till förändringar. Enligt Glouberman och Mintzberg (1996a) kan det dock vara svårt att avgöra var i en sjukvårdsorganisation ledarskapet, och därmed auktoriteten och ansvaret, faktiskt ligger. Ledarskapets roll är att skapa och främja en arbetsmiljö som möjliggör realiseringen av det organisatoriskt övergripande målet (Batalden & Stoltz, 1993). Det är därför viktigt att ledarskapet tydligt svarar på hur organisationen och dess arbete ser ut i nuläget, hur det ska se ut i framtiden och hur organisationen ska nå dit (Batalden & Stoltz, 1993).

Motstånd inför förändringar kan även uppkomma då verktyg och metoder används på fel sätt (Batalden & Stoltz, 1993). Ibland kan själva nyttjandet av metoder och verktyg likställas med att genomföra själva förnyelsearbetet, men oftast leder inte nyttjandet av dessa till några förbättringar i sig. Vidare menar Batalden och Stoltz (1993) att användning av onödigt avancerade verktyg och metoder samt användning av för många metoder och verktyg på samma gång kan leda till att medarbetarna tröttnar. Det kan istället bli så att energin läggs på användningen och definitionen av metoder och verktyg, snarare än på målet med själva arbetet. Därför, fortsätter Batalden och Stoltz (1993), är det även viktigt att se till att ha ett välutvecklat ramverk som noga kommuniceras från ledningen samt att vårda nyfikenheten och utforskarandan hos medarbetarna för att förhindra motstånd mot förändringar.

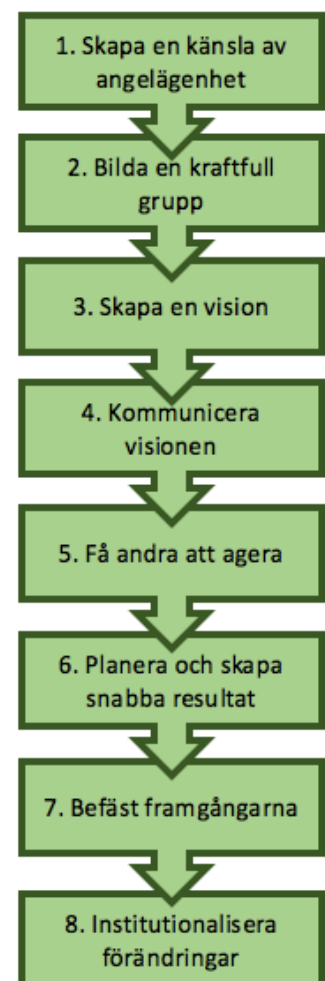
## 2.2 Förnyelsearbete i sjukvården

Här redogörs för några modeller rörande såväl förnyelsearbete i allmänhet som förnyelsearbete inom sjukvården i synnerhet. Avsnittet börjar med att fördjupa sig i två olika kategorier av förändringsteorier; förändringsledning och kontinuerliga förbättringar. Vidare behandlas det hur förnyelsearbete ser ut i sjukvården idag, med inspiration och modeller hämtade från bland annat industrin. Därefter behandlas metoder och åsikter kring spridning av lyckade förnyelsearbeten. Slutligen behandlas förnyelsearbete i sjukvården utifrån ett långsiktigt perspektiv.

### 2.2.1 Förändringsledning

Kotter (1995) har i sin åttastegsmodell identifierat väsentliga steg för att genomföra lyckade förnyelsearbeten. Dessa redovisas i figur 4.

Initialt betonar modellen att skapa en känsla inom organisationen av att förändringen är nödvändig och brådskande för att skapa förståelse för förändringen. Det är viktigt att forma en grupp av individer med inflytande inom organisationen som stöttar projektet. Därefter bör en tydlig vision av vad förändringen kommer att innebära och leda till skapas, för att sedan kommuniceras ut inom organisationen. Detta för att understryka de positiva effekterna som förändringen kommer att leda till. Att kunna kommunicera



Figur 4 Åttastegsmodell som beskriver hur en förändring bör realiseras enligt Kotter (1995).

mål och vision är av stor vikt för att få en organisation att sträva mot samma mål. (Kotter, 1995)

För att ta bort hinder som blockerar visionen, så som motstånd hos ledare och berörda medarbetare, är det viktigt att få andra att agera då några få personer inte kan göra allt. För att förändra ett system och dess strukturer krävs det att flera personer agerar i enlighet med visionen och stödjer denna. Då stora projekt ofta innebär kortsiktiga förluster är det av stor vikt att planera för och skapa kortsiktiga vinster för att hålla motivationen uppe. Längre in i projektet är det kritiskt att inte ta ut vinsten i förskott utan konsolidera de förbättringar som skett och skapa förutsättningar för fortsatt arbete med att förändra de system, processer och strukturer som ännu inte stödjer den nya visionen. Slutligen är det av stor vikt att institutionalisera förändringen och skapa förutsättningar för att den ska fortsätta leva inom organisationen. Detta genom att understryka och åskådliggöra de förbättringar som skett på grund av förändringen, samt genom att säkerställa att ledningen fortsättningsvis kommer att stödja visionen. (Kotter, 1995)

Även andra teorier styrker att det är viktigt att finna acceptans och stöd hos anställda och personer i ledande positioner genom processens samtliga steg. Rubenowitz (2004) menar att det är viktigt att samtliga berörda befattningshavare aktivt stödjer förändringen och att medarbetarna måste kunna solidariser sig med den. Som Kotter (1995) betonade i sin modell är det viktigt med en tydlig vision, eller ett tydligt mål, för att lätt kunna kommunicera ut denna till sina anställda för att skapa acceptans och stöd för förändringen.

Batalden och Stoltz (1993) och Langley et al. (2009) understryker även den vikten av att ha ett tydligt mål med förändringen. Batalden och Stoltz (1993) menar att det annars finns en risk för att förståelsen för förändringen inom organisationen blir låg, vilket kan leda till att slutförändret av förnyelsearbetets olika steg blir ett självändamål snarare än att framgångsrikt implementera förändringen för att uppnå det övergripande målet. Langley et al. (2009) anser att syftet med ett tydligt mål är att det ska kunna guida organisationen i sitt arbete. Samtidigt menar Langley et al. (2009) att målet ska vara så specifikt att det ska kunna exaltera de som deltar i förnyelsearbetet då ett tydligt och specifikt mål blir lättare att sträva mot. Ett ramverk för att sätta upp en målsättning för en organisation är den så kallade SMART-modellen (O'Neill et al., 2006). Detta ramverk poängterar att en målsättning ska vara specifik, mätbar, accepterad, realistisk och tidssatt. Detta innebär att målet ska vara väl definierat och specificerat så att det går att mäta för att kunna avgöra om målet uppfyllts. I likhet med Rubenowitz (2004) och Kotter (1995) menar även SMART-modellen att det är viktigt att samtliga berörda accepterar och stödjer målet eller förändringen (O'Neill et al., 2006). Ett realistiskt mål innebär att det ska vara möjligt att uppfylla, men ändå utmanande. Med ett tidssatt mål menas här att det ska finnas ett tydligt start- och slutdatum.

För att få organisationen att sträva mot samma mål är det viktigt med goda möjligheter för kommunikation (Kotter, 1995). McDonald, Mecklenburg och Martin (2015) menar, att vid stora förnyelsearbeten är det de anställda som är kraften som för arbetet framåt och att det därför är viktigt att alla medarbetare är med på centrala delar i förnyelsearbetets utformning. För att detta skall uppnås krävs det att intressenter får tillgång till all information (McDonald, Mecklenburg & Martin, 2015). Brist på så kallad vertikal kommunikation, det vill säga kommunikation mellan olika nivåer i organisationen, som till exempel mellan chefer och medarbetare, kan förhindra att viktig information angående behovet av förändring når fram till samtliga intressenter. Detta gör att medarbetare får svårt att förstå vilka av deras handlingar som bidrar till organisationens strategi och på vilket sätt dessa handlingar bidrar (Beer & Eisenstat, 2000).

Ett stort hinder för vertikal kommunikation är så kallad top-down management (Beer & Eisenstat, 2000), vilket kan förhindra att information nerifrån organisationen tar sig upp till ledningen. Värdet av feedback från personal och patienter är viktigt för att kunna förbättra sjukvården (Bergman et al., 2016). Bergman et

al. (2016) menar att utebliven kommunikation uppåt i organisationen gör att fel och brister i vårdprocessen inte upptäcks i tid vilket kan leda till stora negativa effekter. Utebliven kommunikation, i båda led, är en vanlig orsak till missnöje hos anställda. För att överkomma kommunikationsproblem är det upp till mellanchefer att säkerställa fungerande kommunikationskanaler både uppåt och nedåt i organisationen (Proctor & Doukakis 2003). Det är av stor vikt att kunna kommunicera och en viss grad av konflikt kan vara nödvändig i ett förnyelsearbete för att föra det framåt (Batalden & Stoltz, 1993). Metoder för beslutsfattande och konflikthantering grundas ofta i stöd för kommunikation, så som *brainstorming* och strukturerade diskussioner (Batalden & Stoltz, 1993).

Ett annat sätt att kommunicera förändringen är genom att säkerställa existensen av ett feedbacksystem som kontinuerligt ger information angående förändringens framgång för att säkerställa att arbetet rör sig mot det uppställda målet (Langley et al., 2009). I enlighet med vad Kotters (1995) modell poängterar kring vikten av att skapa och fira kortsiktiga segrar menar Batalden och Stoltz (1994) att det är viktigt att systematiskt uppmärksamma de förbättringar som feedbacksystemet visar upp på såväl individ-, grupp- som avdelningsnivå inom företaget.

### 2.2.2 Kontinuerliga förbättringar i sjukvården

Som tidigare nämnt är kontinuerliga förbättringar en viktig del av förnyelsearbete. För att kunna uppnå kontinuerliga förbättringar krävs det, utöver den professionella kunskapen som läkare och sjuksköterskor innehar, en förståelse för förbättringskunskap (Batalden & Stoltz, 1993). Kontinuerliga förbättringar förlitar sig ofta på att personerna som arbetar i systemet ska förbättra det och kan ofta illustreras som en cyklisk process (Slack, Chambers & Johnson, 2007). I följande avsnitt presenteras olika tillvägagångssätt från litteraturen som behandlar kontinuerliga förbättringar samt även metoder som underlättar kontinuerliga förbättringar, som till exempel visualisering.

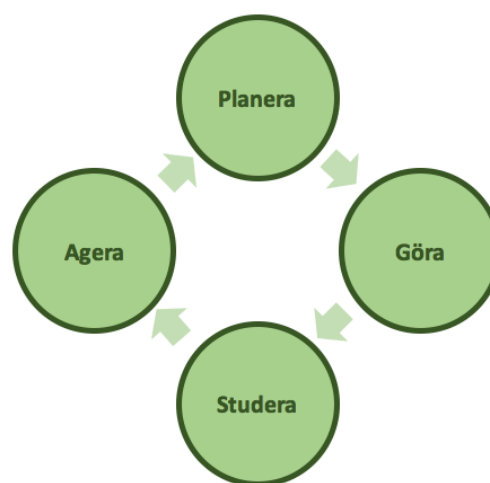
Ett hjälpmedel för att förstå system och dess processer och hur variationen i dessa uppkommer, samt för att koppla denna information till teori för att skapa kunskap, är visualisering. Batalden och Stoltz (1993) menar att visualisering är ett grafiskt verktyg för att öka förståelsen för ett system och dess förhållanden, flöden och ingående steg. Visualisering kan även hjälpa vårdpersonalen att förstå varför vissa handlingar leder fram till vissa resultat och var det finns potential till förbättring. Det finns ett antal olika grafiska verktyg och metoder inom detta område som alla har samma syften. Dessa syften är antingen att kartlägga nuvarande processer för att upptäcka förbättringsmöjligheter eller att kartlägga framtida förbättringsförslag för att ge en vision av hur processen kommer att se ut när målet är uppnått (Batalden & Stoltz, 1993; Langley et al., 2009). Exempel på några vanligt förekommande verktyg som kan vara väldigt användbara vid förnyelsearbete är så kallade flödesdiagram (Batalden & Stoltz, 1993; Langley et al., 2009) och orsak och verkan-diagram, även kallat fiskbensdiagram, (Langley et al., 2009). Dessa illustreras i figur 5 nedan.



Figur 5. Beskrivning av två olika typer av diagram som används för visualisering.

När personalen arbetar tillsammans med grafiska verktyg för att förstå eventuella samband mellan olika faktorer kan detta ge personalen ett bredare perspektiv på varför förändringen är viktig och hur stor effekten kommer att bli. Detta hjälper även ledningen inom organisationen att få en bild av det verkliga systemet och se förbättringspotentialen. (Batalden & Stoltz, 1993)

Förbättringsmodeller som syftar till kontinuerlig förbättring bygger ofta på en idé om att förbättringar är en oändlig och iterativ process (Slack, Chambers & Johnson, 2007). Detta har lett till att linjära modeller inte räcker till, istället har cykliska modeller utvecklats. Två vanligt förekommande cykliska modeller är PDSA-cykeln och DMAIC-cykeln (Slack, Chambers & Johnson, 2007; Gershon & Rajashekharaiiah, 2013). PDSA-cykeln kan anses ha legat till grund för utvecklandet av flertalet förbättringscyklar som skapats, vilket innebär att det finns flera likheter mellan dem (Gershon & Rajashekharaiiah, 2013). PDSA-cykeln består av fyra steg som utförs i en viss ordning. Stegen är planera (*plan*), göra (*do*), studera (*study*) och agera (*act*) (Deming, 1994). PDSA-cykeln beskrivs grafiskt i figur 6 nedan.



Figur 6. Den cykliska PDSA-cykeln som syftar till kontinuerlig förbättring. Stegen ska utföras i given ordning och sedan upprepas.

I planeringssteget bör olika förslag och alternativ evalueras för att kunna avgöra vad som bör testas och vad detta möjligen kan leda till. I nästa steg bör det fastställda förslaget realiserats i verksamheten, företrädesvis genom en mindre pilotstudie som i sig själv kan utgöras av en cyklisk process. Därefter bör resultaten från försöken studeras. Stämmer de överens med det förväntade? Varför? Varför inte? Är det bättre att börja om från början? I cykelns sista steg gäller det att agera. Antingen realiseras eller förkastas förändringen eller så fortsätter försöken i en cyklisk process (Deming, 1994). Berwick (1996) beskriver PDSA-cykeln som en induktiv lärandeprocess där kunskap kan växa genom att små förändringar genomförs, för att sedan reflektera över vad förändringarna hade för konsekvenser.

Berwick (1996) har med utgångspunkt i en cyklisk modell såsom PDSA-cykeln vidareutvecklat en modell för att skapa förändringar som leder till förbättringar. Denna modell benämns ibland Nolans modell (Berwick, 1996). Enligt modellen ska tre frågor besvaras i samband med en cyklisk förbättringsmodell, mellan stegen *agera* och *planera*: Vad försöker vi uppnå? Hur kommer vi veta att en förändring är en förbättring? Vilken förändring kan vi göra som kommer resultera i en förbättring? Enligt Berwick (1996) syftar den första frågan till att all förändring ska vara medveten och att ett tydligt mål därmed är avgörande för att nå förbättring. Den andra frågan syftar till att förändring i form av en förbättring är beroende av mätning. Inte mätning för någon form av avgörande, utan mätning för lärande. Den sista frågan syftar till att införa lovande förändringar. Sammanfattningsvis bryter Berwick (1996) ned Nolans modell till fyra avgörande steg; sätt tydliga mål, definiera mätetal, hitta lovande förändringar och testa dem i verkligheten. Även den cykliska modellen DMAIC betonar vikten av mätning i en cyklisk förbättringsprocess (Slack, Chambers & Johnson, 2007).

### 2.2.3 Modeller för förnyelsearbete

Inom förnyelsearbete i sjukvården har en rad management- och kvalitetsmetoder anammats från den privata sektorn, till exempel från industrin. Tankar hämtade från producerande företag inom den privata sektorn har fått genomslag inom sjukvården i form av nya verktyg rörande förnyelsearbete (Jacobsson, 2015; Siverbo, Eriksson & Wijk, 2013). I och med införandet av New Public Management (NPM) spreds många nya idéer inom sjukvårdsorganisationer som har fått stor genomslagskraft för hur synsättet är på vården idag (Siverbo, Eriksson & Wijk, 2013). Termen NPM myntades för att ge ett enhälligt namn åt den generella ändringen i styrning av den offentliga sektorn och framförallt av vårdsektorn (Hood, 1995).

Utvecklingen har fortsatt från NPM-rörelsen och under de följande 30 åren har många idéer hämtats från exempelvis Lean (Weinstock, 2008), Six Sigma (Bandyopadhyay & Coppens, 2005) och Total Quality Management (TQM) (Ovretveit, 2000) och applicerats på sjukvården. Dessa skolor, som Lean, Six Sigma och TQM, har använts inom sjukvården för att öka vårdkvaliteten och förhindra att fel och brister inträffar genom att eliminera överflödiga processer och steg (Bergman et al., 2016). De utgår ofta från ett produktionstänk där sjukhuset har setts som en fabrik eller ett löpande band, där tanken utgår från var i processen värde skapas för kunden, i det här fallet patienten (Walley, 2003).

I Sverige är standarden på sjukvården vad gäller kvalitet och förnyelsemöjligheter hög enligt internationella mått (OECD, 2013). OECD förklarar detta som en följd av en styrmodell av sjukvården med en utbredd feedbackkultur på nationell nivå. Ett exempel som lyfts fram i svensk sjukvård är de Nationella Kvalitetsregistren. Dessa innehåller på individnivå uppgifter om problem, åtgärder och resultat inom hälsa, sjukvård och omsorg (Nationella Kvalitetsregister, 2016). Data härstammar från och förs in av professionella yrkesgrupper och syftar till att möjliggöra lärande och ständigt förnyelsearbete genom att information delas och på så sätt sprids (Nationella Kvalitetsregister, 2016).



En annan metod som syftar till att utföra kontinuerligt och lärandestyrkt förnyelsearbete var Genombrottsmetodiken, som 1997 introducerades i Sverige av SKL (SKL, 2016). Denna metod utgår från tanken att de som utför arbetet är de som kan förändra det. Team från olika enheter med ett gemensamt, patientfokuserat mål samarbetar under en begränsad period och testar sedan förändringar i liten skala, varpå effekterna följs upp och mäts över tid (SKL, 2016). Visar sig resultaten ha negativ effekt införs de inte, men oavsett utfall så har personal och övriga inblandade utvecklat sin kunskap (Helin, 2009). Detta kan jämföras med de tankar som Hackman och Shuttle (1977) presenterade om vikten av deltagande och involvering av samtliga i förnyelsearbetet samt vikten av att förändra i liten skala för att kunna lyckas med förnyelsearbetet. Även Batalden och Stoltz (1993) understryker att de som arbetar närmast processerna är de som bäst vet hur dessa kan förbättras.

## 2.2.4 Spridning av förnyelsearbete

Som nämnt i rapportens inledande kapitel krävs det reformer och förnyelse i den svenska sjukvården för att kunna möta växande utmaningar så som en åldrande befolkning och patienter med komplexa vårdbehov (OECD, 2013). Enligt Ovretveit (2011) är spridning av lyckade förnyelsearbeten ett snabbt sätt att möta de växande krav som ställs på dagens sjukvård. Dock saknas det enligt författaren forskning på effektiva sätt att sprida förbättringar. Massoud et al. (2006) skriver att *pockets of excellence* existerar i sjukvårdssystem, men kunskapen om dessa bättre idéer och metoder förblir ofta isolerade och okända för andra. Ett forum som finns för spridning av förnyelsearbete i svensk sjukvård är Ringla. Hemsidan startades 2014 och är tänkt att bidra till en bättre hälsa i Sverige genom att den *“utvecklar möjligheter för dig[sjukvårdsorganisationen] och andra att ta del av ny kunskap och inspirera till förbättring, men även själv vara med och sprida dina goda exempel”* (Ringla, 2016). På hemsidan samlas goda exempel på förnyelsearbeten, beskrivna med text och/eller video som sedan är öppna för alla att ta del av (Ringla, 2016).

År 1999 samlade Institute of Healthcare Improvement (vidare benämnt IHI) ett team för att utveckla ett så kallat *Framework for spread*, ett system som underlättar spridning av förnyelseidéer inom och mellan organisationer (Massoud et al., 2006). De har sammanställt fyra huvudpunkter att ha i åtanke då spridning planeras och exekveras. Den första punkten handlar om förberedelse inför spridning, där vikten av ledarskap och kommunikation betonas för en lyckad planering och realisering (Massoud et al., 2006; Nolan, Nielsen & Schall, 2005). Den andra punkten adresserar betydelsen av att ha ett mål med vad som ska spridas. Målet bör innefatta vilka enheter, anläggningar och liknande som är föremål för spridningen, vilka mål som förväntas uppnås, vilka specifika förbättringar som ska genomföras och tidsramen för projektet. Den tredje punkten behandlar kommunikationsmetoder och kanaler såsom sociala medier, databaser eller nätverk, för att nå och engagera de som är föremål för spridningen. Planen för spridning bör innehålla ett mätsystem för att mäta projektets framgång och vilka handlingar som kommer krävas för att förankra förändringarna i organisationskulturen. Slutligen handlar den fjärde och sista punkten om vikten av att upprätta metoder för att få feedback på spridningsprocessens framgång. (Massoud et al., 2006)

Det finns ett antal misstag som ofta begås vid försök till spridning av förnyelsearbeten. Fakulteten från IHI har sammanställt dessa vanliga misstag i en bild de kallar de *De sju spridningssynderna*, se figur 7. (IHI, 2016)



Figur 7. De sju spridningssynderna som identifierats av IHI (2016). Dessa är vanliga att begå då försök till spridning av förnyelsearbete görs och motarbetar spridning.

Ovretveit (2011) föreslår att forskning med fördel skulle kunna ägna mer uppmärksamhet åt att definiera vilka aspekter av en förändring som skulle kunna anpassas, och vilka som måste kopieras rakt av. Författaren skriver vidare att planeringsmetoder med logiska ramverk inom sjukvården kan underlätta spridning genom att förtydliga vilka förändringar som ska leda till vilka resultat och även för att identifiera framgångsindikatorer. Verksamheter som vill genomföra en förändring kan därmed använda sig av dokumenterade logiska ramverk av tidigare lyckade pilotprojekt för att bättre förstå vad som behöver förändras och för att kunna göra egna tolkningar. Detta för att bättre förstå hur förändringen fungerar för att kunna göra anpassningar efter den egna verksamheten, istället för att kopiera ett koncept rakt av som egentligen hade behövt anpassas för att bli lyckat (Ovretveit, 2011).

### 2.2.5 Hållbarhet och långsiktigt perspektiv

Social hållbarhet innebär bland annat att alla individer i en population får sina rättigheter respekterade, exempelvis rätten till vård (Länsstyrelsen, 2016). I Sverige grundar sig inte välfärdssystemet inom vård och omsorg på rättighetslagar för medborgaren, utan i stället på vårdgivares skyldighet att tillhandahålla tjänster för medborgare (Socialstyrelsen, 2016). Till exempel är landstingen enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skyldiga att erbjuda en vårdgaranti åt personer som omfattas av landstingets ansvar. Vårdgarantin innebär att personen som uppsöker vård inom viss tid ska få: kontakt med primärvården, besöka läkare inom primärvården, besöka den specialiserade vården och planerad vård (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763).

Cederqvist och Hjortendal Hellman (2005) menar att effektiviseringar i termer av produktivitet och kvalitet är nödvändiga eftersom vårdens ekonomiska resurser är begränsade. Detta styrks även av Mulder (2006), som menar att det i allmänhet är ohållbart att försöka tillgodose behov enbart genom att tillföra

nya resurser till ett system. Förklaringen till detta, fortsätter Mulder (2006), ligger i att resurser tar slut samtidigt som krav på effektivare förbrukning upphör att existera.

En konsekvens av exempelvis den pågående befolkningsökningen är att kraven på sjukvården kontinuerligt ökar (Faezipour & Ferreira, 2011). För att effektiviseringen inte ska stagnera fordras därmed ett ständigt förnyelsearbete. Ett sätt att göra detta på är att använda sig av *Upstream thinking* (Lifvergren et al., 2012), vilket innebär att hänsyn också tas till roten till problem, i detta fall sjukdomar, genom att preventiva åtgärder vidtas.

Tillgången på resurser tas upp i nationalekonomins första antagande, vilket säger att resurserna är begränsade (Eklund, 2013). De studerade organisationerna tillhör den offentligt finansierade vården och har således flera roller i samhället. Eklund (2013) beskriver den offentligt finansierade vården som vårdgivare men även som en finanspolitisk omfördelare av ekonomiska medel. Detta i kombination med sjukvårdens fyra världar, beskrivna av Glouberman och Mintzberg (1996a), innebär ett stort antal intressenter inom offentligt finansierad vård. Antalet intressenter ökar också kontinuerligt, då till exempel antalet patienter och sjukhus hela tiden ökar (Faezipour & Ferreira, 2011). Följden av detta blir många åsikter kring hur sjukvården ska prioritera mellan sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekter.

Prioriteringar mellan hållbarhetsaspekter innebär avvägningar eftersom de implicerar val kring hur resurser ska förbrukas. Inom sjukvården ligger fokus historiskt sett på vad som definieras som social hållbarhet (Lifvergren et al., 2012), något som inneburit en negativ avvägning för den ekonomiska hållbarhetsaspekten eftersom ekonomiska resurser då förbrukats.

Problematiken med prioritering av resurser inom sjukvården beskrivs bland annat av Berwick, Nolan och Whittington (2008) då de diskuterar The Triple Aim-synsättet, vilket innebär att vårdssystem främst strävar efter tre mål: bättre omsorg, bättre hälsa hos populationen samt att göra allt detta till en lägre kostnad. Målen är emellertid inte oberoende av varandra. Exempelvis förknippas ofta investeringar i dyra sjukvårdsteknologier och mediciner med bättre omsorg och hälsa för patienter men ökade kostnader för de som investerar (Berwick, Nolan & Whittington, 2008).

*Tragedy of the commons* är ett begrepp som beskriver konflikten mellan individuella och gemensamma intressen (Berwick, Nolan & Whittington, 2008; Granstrand, 2010). Granstrand (2010) beskriver konflikten som sådan att det oftast finns stora vinningar för individer att agera snabbt utifrån egna intressen men att dessa handlingar i längden inte nödvändigtvis gynnar samhällen i stort. Att, baserat på rationella beslut angående den stora massans behov, gå emot vissa individuella intressen kan leda till att suboptimeringar undviks och lägre sjukvårdskostnader per capita uppnås (Berwick, Nolan & Whittington, 2008). Författarna utgår främst från den amerikanska sjukvården, vilken skiljer sig från offentligt finansierad svensk sjukvård, men resonemanget om *tragedy of the commons* går även att applicera på svenska vårdorganisationer.

För att kunna uppnå målen från The Triple Aim-synsättet måste ett antal hinder överbryggas. Hindren består dels i en komplex organisationsstruktur (Glouberman & Mintzberg, 1996a), dels i det kontinuerligt ökande antalet intressenter (Faezipour & Ferreira, 2011) samt avvägningar mellan de olika målen. För att lyckas med detta menar Berwick, Nolan och Whittington (2008) att det i huvudsak finns tre åtgärder. För det första, att bedriva förnyelsearbete bland annat genom att hämta inspiration från industrin och introducera process- och produktinnovationer. För det andra, att mäta kvaliteten på vården till exempel genom patientinvolvering. För det tredje, att mäta kostnader och hälsostatus hos populationer för att på så

sätt skapa sig en uppfattning om var ekonomiska resurser förbrukas och var de *bör* förbrukas. Exempelvis nämns datasystem som bra verktyg för detta.

## 2.3 Mätning

Att mäta kvalitet och prestation i sjukvården är en åtminstone 250 år gammal syssla som, även om namnen och utseendet på måtten förändrats, alltid haft som mål att mäta värdet som vården ger sina kunder, det vill säga patienterna (Loeb, 2004). Lika gammal som mätningstraditionen är också enligt Loeb (2004) debatten kring vad, och kanske framförallt hur, mätning ska gå till. I detta avsnitt behandlas mätning utifrån att mäta kvalitet och prestation samt att mäta i förnyelsearbete.

Dagens sjukvård färgas av en stark tilltro till mätning. Detta menar Berwick (2016) kan härledas från att sjukvården tagit mycket inspiration från andra industrier där marknadskrafternas inverkan varit mer påtaglig. Från att under 1900-talet ha sett en stor tillväxt av olika system och tillvägagångssätt för att mäta, har trenden under 2000-talet varit en stabilisering där fokus för mätning är effektivitet, kvalitet och utveckling med patienten i fokus (Berwick, 2016). En viktig förutsättning för utvecklingen menar Berwick (2016), har varit ett större utbud av data tack vare en digitalisering av sjukvårdsadministrationen. Många processer som tidigare varit manuella kan nu digitaliseras såsom exempelvis journalhantering. Digitaliseringen av processer kan också skapa en större tillgång på data vilket kan ligga till grund för ett mer rationellt beslutsfattande (Magnusson & Nilsson, 2014).

### 2.3.1 Att mäta kvalitet och prestation

Det fanns en tid då det endast var läkare och sjuksköterskor som intresserade sig för kvalitetsmätning inom sjukvården. Idag inkluderas patienternas, beslutsfattares och politikernas perspektiv på vad kvalitet i vården är (Martin et al., 2007). Detta menar Eklund och Palmgren (2014) innebär en utmaning på flera olika sätt eftersom intressena hos dessa olika perspektiv tenderar att krocka. Tidigare har vården kunnat be om mer resurser utan att bli ifrågasatta vilket sedan resulterat i en höjning av skatten (Eklund & Palmgren, 2014). Idag ser det politiska klimatet annorlunda ut och vården har fått krav på sig från politiker, och i förlängningen patienter, att kunna visa på hur effektivt pengar använts för att kunna få mer (Palmgren & Eklund, 2014).

Värdeadderande aktiviteter måste otvivelaktigen ställas mot de kostnader som genereras och därifrån härleds ett centralt begrepp, nämligen effektivitet. En effektiv hälso- och sjukvård använder befintliga resurser för att i högsta möjliga utsträckning bidra till att nå målen om en god hälsa för befolkningen. Det är emellertid inte möjligt att fånga en så komplex verksamhet som hälso- och sjukvården i ett eller ett fåtal effektivitetsmått, utan den måste beskrivas med flera mått och utifrån olika perspektiv. Produktiviteten, hur mycket vården presterar i förhållande till tillsatta resurser, är en del av effektiviteten och är med senaste årens fokus på ökade kostnader och minskade resurser det mest centrala prestationsbegreppet i sjukvården. Helst ska prestationsmått inkludera olika typer av kvalitetsaspekter i mätningen. Detta har visat sig vara en stor svårighet eftersom kostnader och prestationer varit svåra att koppla till varandra i en så komplex verksamhet som sjukvården. (Ackerby et al., 2006)

Olika mått kan delas in i grupper beroende på om det är en process eller ett resultat som ska mätas. Processmått används för att beskriva hur väl arbetsprocessen fungerar och kan sägas vara verksamhetens egna uppföljning av vad och hur de bedriver sitt arbete. Processmått kan vara tid för en aktivitet eller mellan olika aktiviteter, vilka undersökningar som görs vid ett visst tillstånd, vilka läkemedel som används, om rutinerna följer de överenskomna och så vidare. Resultatmått används för att, precis som

namnet anger, beskriva vårdens effekter och resultat, det vill säga själva slutprodukten. Resultatmått kan vara bedömningar av patientens funktion eller förmåga, patientens nöjdhet med vården eller det medicinska resultatet av en särskild insats som till exempel blodtryck. För att göra prognoser med lång tidshorisont kan även så kallade indikatorer tas fram. En indikator bygger på att en viss aktivitet eller insats är ett erkänt tecken på att en process förändras åt ett visst håll. Exempelvis skulle antalet rökare kunna vara en indikator för utvecklingen av andelen lungcancerpatienter. (Edström, Svensson & Olsson, 2005)

För att till fullo förstå utmaningarna kring mätning måste även själva processen att mäta lyftas. Det är nödvändigtvis ingen neutral process, utan kan innebära en fysisk och psykisk påverkan hos de som mäts, den som mäter eller de som vill använda data från mätningen. Det råder ofta brist på konsensus om syftet med mätningen, vad som ska mätas, hur det bäst bör göras och hur data sedermera ska tolkas. Osäkerheten kring dessa frågor har generellt hanterats olika av olika grupper. Läkare och sjuksköterskor tenderar att vara skeptiska till mätning eftersom mätningen inte upplevs tillföra något direkt värde till deras arbete, samtidigt som beslutstagare så som ledningsgrupper och politiker snarare kan anses ha en övertro till mätning. (Loeb, 2004)

### 2.3.2 Att mäta i förnyelsearbete

Mätning som process kan inte stå för någon förändring ensam men samtidigt kan förnyelse inte ske utan mätning menar Berwick (1996). Däremot är mätningens roll mycket omdiskuterad och har traditionellt används som ett underlag för straff eller belöning, vilket Berwick et al. (2003) menar underminerar förnyelsearbete. Mätning tenderar att leda till ett standardiserat sätt att se på verksamheten och i ett sådant sammanhang kan all förändring se negativ ut. Detta genom att mätningen inte innefattar hela bilden av en process och att all avvikelse från det standardiserade och normala därmed kan se negativ ut. Istället menar Berwick (1996) att det primära syftet med mätning för organisationen ska vara för att lära sig. Denna teori utvecklades sedan av Berwick (1996) till flera mindre områden som Edström, Svensson och Olsson (2005) också kommenterat och vidareutvecklat. Först och främst är mätning viktigt för att veta om en förändring uppnåtts vilket Berwick (1996) menar är viktigt för att veta om arbetet ska fortlöpa, en förändring av arbetet bör ske eller om projektet bör läggas ner. Mätning kan också skapa underlag för kartläggning av verksamheten, vilket är av stor betydelse för att se hur pengar fördelas och kunna se potentiella konsekvenser och orsaker av den förnyelse som eftersträvas. Till sist kan mätningen bidra till att tydliggöra mål, det vill säga vad det är som organisationen faktiskt ska förändra för att uppnå sitt övergripande mål.

Mätning är också en del i många modeller och metoder för att förbättra verksamheter, så som tidigare nämnda PDSA-cykeln (Deming, 1994), DMAIC-cykeln (Slack, Chambers & Johnson, 2007; Gershon & Rajashekharaiyah 2013) och The Triple Aim-synsättet (Berwick, Nolan & Whittington, 2008). Även om mätning är ett ingående moment i flera teoretiska modeller för förnyelsearbete är det ett moment som många organisationer har svårt med, vilket belyses av Solberg, Mosser och McDonald (1997), Palmgren och Eklund (2014) och Batalden och Stoltz (1993). Detta menar Batalden och Stoltz (1993) beror på att forskningen som finns om mätning i förnyelsearbeten främst kretsar kring anledningen att mäta och det saknas forskning om hur det ska omsättas i praktiken. På grund av detta tar internationella organisationer som bland annat IHI fram guider med konkreta förslag på mätvärden och hur statistiken bör tolkas och viktas beroende på olika faktorer specifika för en viss verksamhet (IHI, 2016).

För att mätning ska bli ett kraftfullt verktyg krävs det att kopplingen mellan måttet och det som ska mätas är mycket tydligt och korrekt. För en komplex verksamhet som sjukvården, där dessutom många faktorer

som är svåra att mäta existerar, till exempel sociala egenskaper, kan det innebära en utmaning. Martin et al. (2007) tar ledares engagemang som exempel. För att genomföra ett lyckat förnyelsearbete är det som tidigare nämnt viktigt med motiverade och duktiga ledare. Det finns då en problematik i att mäta en sådan sak på ett korrekt sätt så att resultatet matchar verkligheten. Till exempel kan ett utskickat PM till personal innehålla samma information som ett personligt samtal och antalet PM och antalet samtal är lika enkla att mäta, men hur informativt och motiverande personal uppfattade det kan vara väldigt olika. (Martin et al., 2007)

Ett förnyelsearbete har ofta ett mål som på något sätt kan kopplas till att utveckla kvaliteten i den tjänst som vården erbjuder (Edström, Svensson & Olsson, 2005). Carey och Lloyd (2001) beskriver hur en utveckling av kvalitet så att den kan mätas möjliggörs, och de argumenterar för att det är viktigt att tydligt definiera och planera processerna som kvaliteten ska mätas på. Det är också viktigt att det byggs in i själva processen hur den ska mätas, till exempel om patienten ska få fylla i en enkät (Carey & Lloyd, 2001). Detta menar Carey och Lloyd (2001) är speciellt relevant för att själva mätmomentet även ska vara en del i bedömningen av kvaliteten av processen. Definitionen ska dessutom beskriva vad kvalitet innebär i just den processen med en tydlig skala (Carey & Lloyd, 2001). Vidare är det viktigt att ta hänsyn till statistiska avvikelser inverkan på resultatet och att inte göra för stor process av själva mätningen eftersom det kan skifta fokus från det som faktiskt skapar värde (Carey & Lloyd, 2001).

Det finns också en utmaning i mätning av kvalitetsutveckling i balansen mellan kvalitativa och kvantitativa mått. Om ett mått är kvalitativt eller kvantitativt är beroende av målet med själva förnyelsearbetet (Edström, Svensson & Olsson, 2005). Enligt Edström, Svensson och Olsson (2005) används i Sverige överlag kvalitativa mått i förnyelsearbete, vilken kan bero på att de flesta förnyelsearbetens mål är kopplade till patientnöjdhet, något som enligt dem oftast är enklare att mäta kvalitativt.

För att förstå vilka förändringar som ett förnyelsearbete har inneburit framhäver Edström, Svensson och Olsson (2005) att en kartläggning av verksamheten är viktig. Syftet med en kartläggning är att få en tydligare bild av hur verksamhetens resurser fördelar sig och vilka processer som finns samt hur de påverkar varandra (Edström, Svensson & Olsson, 2005). En kartläggning är viktig inte minst för att kunna se vilka konsekvenser som en förändring har på andra processer och bör enligt Magnusson och Nilsson (2014) göras innan såväl som kontinuerligt under arbetets gång. En utmaning är att en kartläggning av organisationen och processer inte alltid görs (Magnusson & Nilsson, 2014). Detta kan bero på, som tidigare nämnt, att det är svårt att tydligt urskilja vad som är värdeadderande i mätningen (Berwick et al., 2003). Eftersom en kartläggning ofta är betydligt mer omfattande än bara processerna som genomgår en förändring är det extra svårt att motivera (Edström, Svensson & Olsson, 2005).

För att motivera till att mäta menar Edström, Svensson och Olsson (2005) att ett tydligt mål kan vara en viktig motivationsdrivande faktor. Som Kotter (1995) tar fram i sin åttastegsmodell är det viktigt för ett framgångsrikt förnyelsearbete att kommunicera förändringen, argumenten bakom förändringen samt resultaten av den. Varför det är viktigt kan kopplas till att det måste finnas ett behov för att individer och organisationer ska motiveras till handling (Maslow & Murphy, 1954). Medvetenheten om resultaten av en förändring är inte alltid så tydlig, så för att kommunicera förändring krävs att den visualiseras (Batalden & Stoltz 1993; Langley et al., 2009). Genom mätning kan ett bättre stöd åstadkommas för att just visualisera förändring (Schneiderman & Pleisant, 2013). Det finns också en vinning i att mäta och visualisera resultat kontinuerligt under hela arbetets gång, på så vis är organisationen hela tiden medveten om resultaten och sporras till att nå målet menar Stiefel och Nolan (2012) samt Martin et al. (2007).

## 3 Metod

I följande kapitel redogörs för studiens upplägg, val av teoretiskt ramverk, datainsamlingsmetod, hur analysen genomförts samt forskningskvaliteten av studien. Studien har genomförts som en fallstudie med en induktiv ansats där insamlingen av det empiriska materialet har tillåtits styra litteratursökningen till det teoretiska ramverket. Datainsamlingen har skett genom intervjuer och ett antal fokusgrupper, som sedan analyserats med hjälp av det teoretiska ramverket. Sist i kapitlet redogörs för rapportens forskningskvalitet i termer av trovärdighet, överförbarhet samt pålitlighet och bekräftande.

### 3.1 Studiens upplägg

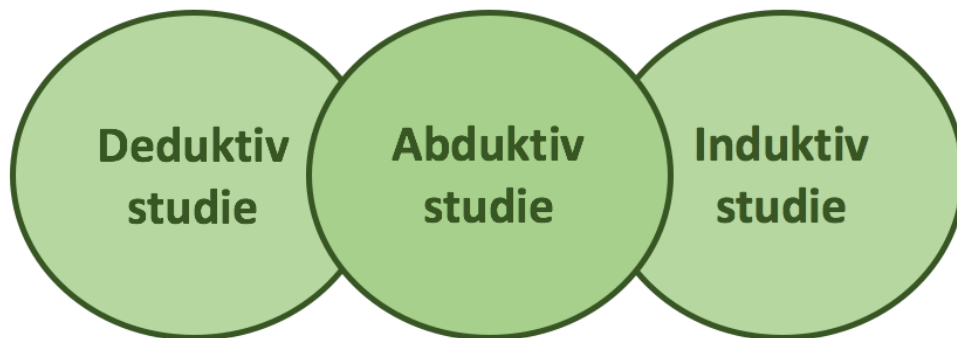
Enligt Bryman och Bell (2011) bör det i ett forskningsprojekt först väljas vilken typ av forskningsstrategi som ska följas, därefter ska en forskningsdesign väljas. När det kommer till forskningsstrategi finns det två upplägg att välja mellan; kvantitativ eller kvalitativ forskning (Bryman & Bell, 2011). På grund av studiens undersökande karaktär och att avsikten med studien var att finna grundläggande gemensamma nämnare, krävdes en djupgående förståelse för de förnyelsearbeten som utförts i de studerade organisationerna. Detta ledde till att den mest lämpade forskningsstrategin var av kvalitativ natur. Kvalitativa undersökningar är lämpliga vid fallstudier där det finns få exempel att studera och frågeställningen som ska besvaras är komplex (Blomkvist & Hallin, 2015)

Enligt Blomkvist och Hallin (2015) bör det sedan väljas vilken typ av forskningsdesign som ska följas, därefter ska datainsamlingsmetoder väljas. Författarna menar att i en studie där syftet är att undersöka, förklara eller beskriva, och när frågor som börjar med hur eller varför ska besvaras, är en fallstudie den lämpligaste forskningsdesignen. Enligt Denscombe (2016) är det viktigt att fallet har en tydlig identitet som tillåter det att studeras isolerat från dess kontext. Syftet med denna studie är som tidigare nämnt att bidra till ökad kunskap om förnyelsearbete i sjukvården, samt underlätta för framtida förnyelsearbete i sjukvården. Studiens explorativa frågeställningar samt avgränsande natur passar väl in under fallstudiedesignens beskrivning ovan. Fallstudier genererar rikt empiriskt material som bättre uppvisar komplexiteten i det fenomen som studeras än vad exempelvis en kvantitativ undersökning eller ett experiment skulle kunna göra (Blomkvist & Hallin, 2015). Detta leder enligt författarna till att nya dimensioner och teorier kan upptäckas, eller åtminstone vidareutvecklas, vilka är empiriskt giltiga (Blomkvist & Hallin, 2015).

Studien genomfördes induktivt, vilket innebar att det inte formulerades någon ingående hypotes baserad på befintliga kunskaper och teorier (Blomkvist & Hallin, 2015; Bryman & Bell, 2011). Istället formulerades frågeställningar utifrån ett identifierat syfte där insamlingen och analys av empirisk data tilläts influera insamlingen av teori. Detta för att kunna skapa en djupare kunskap kring det identifierade problemet. Den induktiva karaktären innebar således att problemformuleringar, och därmed arbetet, kunde skifta riktning beroende på det material som samlades in och de analyser som kontinuerligt utfördes (Blomkvist och Hallin, 2015).

Ett alternativ till den induktiva karaktären på studien hade kunnat vara att genomföra en deduktiv studie. Då hade studien inletts med formuleringen av en hypotes baserad på teorier och sedan hade en studie designats för att se ifall hypotesen kunde bekräftas eller förkastas (Blomkvist & Hallin, 2015). En hypotes hade dock varit svår att formulera inledningsvis i detta fall då tidigare forskning är begränsad.

Ett annat alternativ hade varit att konstruera en abduktiv studie, vilket kan ses som ett mellanting mellan en deduktiv och en induktiv studie. Det hade inneburit att idéer och teorier från litteraturen kontinuerligt växlats med studerad insamlad data och att de därmed hade tillåtits influera varandra (Blomkvist & Hallin, 2015). Då denna fallstudie är av en såpass explorativ natur passar det ej att influeras alltför mycket av den begränsade litteraturen som finns, utan istället låta kontinuerligt insamlad empirisk data styra arbetets gång. Dock har sammanställningen av det teoretiska ramverket och insamlingen av det empiriska materialet stundtals överlappat, vilket innebär att de kan ha haft en viss påverkan på varandra. Se figur 8 för bild över det abduktiva förhållningssättet i relation till det induktiva och deduktiva förhållningssätten.



Figur 8. Bild över relationen mellan en deduktiv, abduktiv och induktiv studie. En abduktiv studie innehåller delar både från en deduktiv och en induktiv studie.

### 3.2 Val av teoretiskt ramverk

För att möjliggöra en kartläggning av förnyelsearbetet inom lärandenätverket fanns det ett behov av ett teoretiskt ramverk att förhålla sig till (Bryman & Bell, 2011). Detta för att klargöra vilken forskning som redan fanns inom området, samt för att få förståelse om förnyelsearbete i sig. Det teoretiska ramverket riktades delvis mot förnyelsearbeten inom sjukvård i synnerhet och delvis mot förnyelsearbete i allmänhet.

Företrädesvis användes vetenskapliga artiklar inom ämnet, men även aktuell facklitteratur användes som informationskälla. För att finna relevanta källor gjordes så kallad kedjesökningar, vilket innebär att referenser i intressanta artiklar studerades varpå referenserna i nästkommande artikel studerades och så vidare. Google Scholar och Chalmers Biblioteks hemsida användes för att få åtkomst till databaser, som exempelvis Web of Science. Där genomfördes sökningar på nyckelord så som *Improvement knowledge*, *Improvement healthcare*, *Healthcare measurement methods* och *Healthcare organisational challenges*. Artiklarna sorterades därefter från mest till minst citerade artikel, där de mest citerade artiklarna studerades först, och sedan gjordes även kedjesökningar på referenserna i vissa av artiklarna.

### 3.3 Metod för datainsamling

Insamlingen av primärdata skedde främst genom kvalitativa, semistrukturerade intervjuer med ett antal utvalda nätverksrepresentanter. Utöver intervjuer så genomfördes även fokusgrupper med representanter från nätverket, vissa nätverksrepresentanter deltog i både intervjuer och fokusgrupper.



### 3.3.1 Utformning och genomförande av intervjuer

Inför intervjuerna fastställdes först vilken typ av intervjumodell som skulle användas. Enligt Bryman och Bell (2011) finns det en mängd olika typer av intervjumodeller men för kvalitativa studier är det främst två huvudtyper som är intressanta. Antingen hålls ostrukturerade intervjuer, då endast intervjuämnen fastställs i förhand, och frågornas formulering och ordning kan skifta från gång till gång. Det andra alternativet är att hålla semistrukturerade intervjuer. De innebär flexibilitet i form av att frågor och ämnens ordningsföljd inte är fastställd, samt att det lämnas utrymme till att låta intervjuaren ställa följdfrågor på speciellt intressanta svar (Bryman & Bell, 2011). Då rapportförfattarna delade på att hålla i intervjuerna, ansågs ostrukturerade intervjuer vara för informella och oordnade för att få fram likvärdig och jämförbar intervjudata. Därför valdes semistrukturerade intervjuer, då de ansågs vara tillräckligt strukturerade för att få fram representativ intervjudata, samtidigt som frågornas följd kunde varieras efter samtalsriktning. En annan vanlig intervjumodell är strukturerad intervju (Bryman & Bell, 2011). Då ställs samtliga frågor på samma sätt i exakt samma ordning enligt ett fastställt intervjuschema. Detta intervjusätt passar enligt författarna bäst vid kvantitativa intervjuer då meningsformulering och ordning är viktigt för att kunna sammanställa resultatet.

Intervjuarbetet inleddes med en expertintervju med en person som var väl insatt i lärandenätverkets mål och syfte, detta för att skapa kunskap om lärandenätverkets syfte och de ingående organisationerna. Centrumföreståndaren för CHI på Chalmers valdes ut för intervjun då hen varit en del av nätverket från början, efter att det godkännts av Vinnova. En intervjumall förbereddes med ett antal frågor kring nätverkets uppkomst, konstruktion, syfte, sammansättning och mål. Intervjumallen innehöll en lista med de ämnen som skulle behandlas och frågor som skulle besvaras (Denscombe, 2016). Exempelvis var ett ämne "Etablera djupare förståelse för nätverkets syfte och mål". Under denna rubrik ställdes frågor som "Vad vill du att nätverket ska åstadkomma?", "Vad upplever du är de största utmaningarna för att nå dit?" och "Hur valdes de ingående organisationerna ut?". Se appendix 1 för den fullständiga expertintervjumallen. Tre av rapportförfattarna medverkade på intervjun. En rapportförfattare ledde intervjun medan en annan följde upp med eventuella följdfrågor, och en tredje antecknade. Denna intervjun lade en kunskapsgrund som underlättade förstudien inför de resterande intervjuerna. Detta genom att hela studien, lärandenätverket och de ingående organisationerna sattes i en kontext.

De resterande intervjuerna skedde i två omgångar, inför den andra omgången reviderades intervjumallen, se appendix 2 för den första intervjumallen och appendix 3 för den reviderade intervjumallen. Intervjumallarna utvecklades med utgångspunkt i studiens frågeställningar, expertintervjun och det teoretiska ramverket med samma upplägg som expertintervjumallen. Ett ämne var exempelvis "Hur bedrivs förnyelsearbete i de studerande organisationerna?", vilket också är en av studiens frågeställningar. Under denna ämnesrubrik ställdes frågor som exempelvis "Hur planerade ni ert förnyelsearbete?" och "Vad tror du var nyckeln till er framgång?". Syftet med intervjuerna var att utreda och kartlägga vilka initiativ, aktiviteter, personer och verktyg som var kopplade till förnyelsearbeten inom respektive organisation. För att identifiera framgångsfaktorer lades fokus på de förnyelsearbeten som av respektive organisation ansågs vara lyckade.

Intervjuerna genomfördes med en representant från varje organisation i lärandenätverket förutom i ett fall då två organisationsrepresentanter intervjuades tillsammans, detta ledde till åtta intervjuer utöver den inledande expertintervjun. Se tabell 1 för detaljer om intervjuerna. Då studien har som syfte att studera *best practice* i ett västsvenskt nätverk, var ett ganska smalt, passande urval redan givet då valet av organisationer och representanter redan hade skett till nätverket, innan studiens start. Därefter, i samråd med centrumföreståndaren för CHI, valdes de intervjuade personerna ut från nätverket. De valdes med

syfte att de var väl införstådda i och hade en nyckelroll i respektive organisations förnyelsearbete, samt att de hade avsatt tid för administrativt arbete för att ha tid till en intervju. Fördelen med detta urvalssätt var att ett första urval redan hade skett bestående av personer väl insatta i förnyelsearbete i västsvensk sjukvård, vilket underlättade arbetet. En svaghet skulle kunna vara att endast en person per organisation intervjuades. Fler perspektiv från samma organisation hade kunnat ge en mer nyanserad bild. Ett annat urvalssätt hade kunnat vara att välja ut personer med varierande professioner för att få svar ur varierande synvinklar. Då urvalet var begränsat gick det dock inte att ta hänsyn till detta.

*Tabell 1. En sammanställning av de intervjuer som genomförts med representanter från de åtta, i lärandenätverket, deltagande organisationerna.*

Organisation	Roll	Tid för intervjun	Intervjuns längd
Organisation A	Verksamhetsutvecklare	2016-04-12	1h 4 min
Organisation B	Verksamhetsutvecklare	2016-03-24	59 min
Organisation C	Verksamhetsutvecklare	2016-04-12	1h 29 min
Organisation D	Avdelningschef	2016-03-03	1h 34 min
Organisation E	Utvecklingsledare	2016-03-07	1h 37 min
Organisation F	Verksamhetsutvecklare	2016-03-07	1h 52 min
Organisation G	Utvecklingsledare	2016-04-11	1h 3 min
Organisation H	Sjuksköterskor (två stycken)	2016-04-11	1h 31 min

En alternativ undersökningsmetod hade kunnat vara att genomföra en enkätundersökning där frågeformulär skickats ut till personer i de medverkande organisationerna (Denscombe, 2016). Det hade tillåtit att samla in data från ett större antal personer som är, eller har varit involverade i organisationernas förnyelsearbeten. Det som talar emot enkätundersökningar är att de passar bäst då informationen som efterfrågas är okomplicerad och det finns behov av standardiserad data utan krav på personlig interaktion, samt att risken finns att svarsfrekvensen blir låg (Denscombe, 2016).

### 3.3.2 Utformning och genomförande av fokusgrupper

Tre fokusgrupper genomfördes parallellt, vilket är intervjuer som hålls med flera personer (Blomkvist & Hallin, 2015). Fokusgrupperna genomfördes för att studera huruvida gruppens uppfattningar och attityder om ett visst ämne överensstämde (Denscombe, 2016). Hälften av intervjuerna planerades in innan fokusgrupperna och den andra hälften efter fokusgrupperna. Detta för att den data som inkom genom de första intervjuerna skulle kunna användas som grund för vad fokus skulle läggas på under gruppdiskussionerna. Inför fokusgrupperna fastställdes tre olika diskussionsämnen med utgångspunkt i vad som varit mest intresseväckande eller framstått som problematiskt under de första intervjuerna. De behandlade hinder, spridning och mätning i förnyelsearbeten i sjukvården, se appendix 4 för de fullständiga fokusgruppsmallarna. En snabb presentation av respektive ämne förbereddes dessutom, samt ett antal följdfrågor att ta stöd i, ifall diskussionen skulle stanna av. Se tabell 2 för sammanställning av fokusgrupperna och dess ämnen.

Tabell 2. Sammanställning av fokusgrupperna.

Diskussionsämne	Antal medverkande
Hinder	5
Spridning	4
Mätning	6

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är målet för fokusgruppen inte att nå enighet om de frågor som diskuteras eller finna lösningar på dem, utan att få fram olika åsikter i ämnet. Vidare menar författarna att fokusgruppintervjuer passar väl för explorativa studier inom nya områden då den livliga interaktionen kan alstra mer spontana och emotionella uppfattningar än den klassiska, individuella intervjun. Fokusgruppintervjuer valdes därför som datainsamlingsmetod för att komplettera de individuella intervjuerna med mer nyanserad data inom tre intressanta ämnen som även berördes under intervjuerna.

Tre parallella gruppdiskussioner med fyra till sex deltagare vardera genomfördes med var sitt ämne. Medverkande i fokusgruppen var 15 av de 22 personer som medverkar i lärandenätverket. Fem av de nio organisationsrepresentanterna som även intervjuats medverkade vid fokusgruppen. Varje grupp tilldelades en moderator som ledde diskussionen och en sekreterare, båda rapportförfattare. Moderatorns roll är att introducera diskussionsämnena och se till att det blir ett meningsutbyte (Kvale & Brinkmann, 2014). Diskussionen pågick i 25 minuter då grupperna även fick dokumentera vad de kommit fram till på ett större pappersark. Därefter fick respektive grupp under tre minuter redovisa för resten av grupperna vad de diskuterat och kommit fram till.

En fokusgrupp skiljer sig enligt Denscombe (2016) från en intervju på tre olika punkter. Den har ett fokus, som baseras på en erfarenhet eller kännedom som deltagarna har gemensam. Det läggs vikt vid gruppdynamiken som ett sätt att få fram information. Grupperna sattes därmed ihop för att främja gruppdynamiken på bästa sätt genom att blanda de medverkande så mycket som möjligt med avseende på organisation, yrkesbakgrund samt skilja på chefer och anställda. Diskussion kan därefter hjälpa moderatorerna att förstå de bakomliggande resonemangen, vilket kan ge en djupare förståelse för de bakomliggande faktorerna. Fokusgruppen kan leda till att medlemmarna visar på en samstämmighet eller så kan skillnader i åsikter eller uppfattningar bli tydliga.

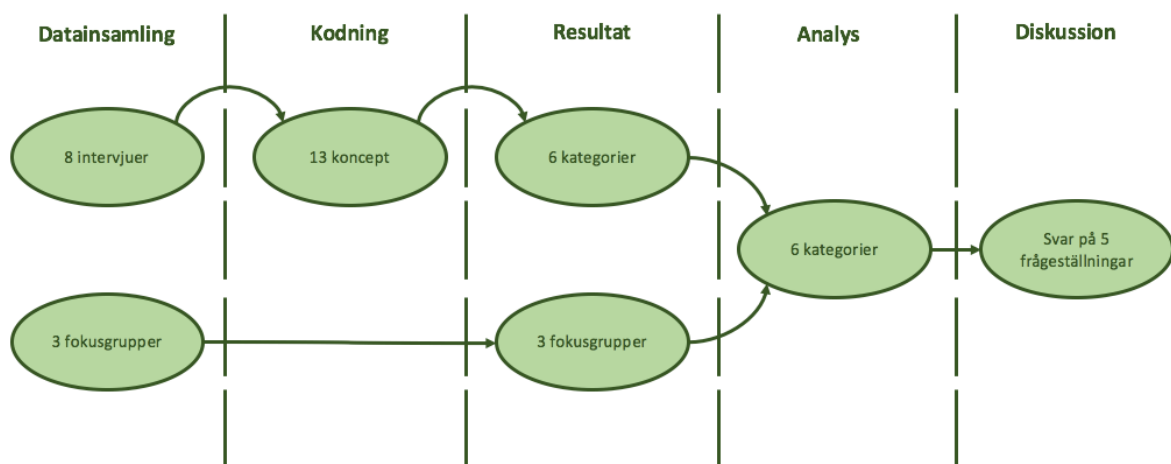
### 3.4 Sammanställning och bearbetning av empiri, resultat och analys

Den empiri som samlades in under intervjuerna transkriberades och har sedan behandlats med hjälp av kodningar för att urskilja olika ämnesområden. Dessa olika ämnesområden låg sedan till grund för resultatets upplägg. Från fokusgrupperna har anteckningar legat till grund för resultatet, som sedan validerats av organisationerna.

#### 3.4.1 Behandling av intervjudata

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ord för ord från tal till skrift. Detta gjordes för att kunna genomföra en mer exakt och noggrann analys utav vad som sades, för att kunna använda citat samt för att alla rapportförfattare sedan skulle kunna ha tillgång till all insamlad data (Heritage, 1984). Transkriberingen inleddes tidigt i arbetets gång för att underlätta sammanställandet av resultat och analysen (Bryman & Bell, 2011).

Till skillnad från kvantitativ analys finns det inte många väletablerade metoder för analys av kvalitativ data. Så kallad *grundad teori* är en av de få och i särklass vanligaste analysmetoder för analys av kvalitativ data (Bryman & Bell, 2011). Grundad teori definieras som *“teori som härstammar från data, systematiskt insamlad och analyserad genom forskningsprocessen”* (Bryman & Bell, 2011, ss 576). Nyckelmetoden i grundad teori för att organisera data inför analys är så kallad kodning, vilket innebär att data bryts ned i beståndsdelar vilka samlas ihop och namnges efter gemensamma teman (Kvale & Brinkmann, 2014; Bryman & Bell, 2011). Efter noggrann genomgång av de transkriberade intervjuerna delades insamlad data in i 13 koncept som fångade in de huvudkoncept som trätt fram i transkriberingarna. Relationen mellan dessa koncept utforskades sedan för att leda fram till sammanställandet av ett antal övergripande kategorier. Sex kategorier fastställdes, och skrevs sedan ihop till sammanfattade resultatstycken (Bryman & Bell, 2011). Se figur 9 för en sammanställning över databearbetningsprocessen.



Figur 9. Sammanställning av databearbetningsprocessen. Data från intervjuer kodades utefter 13 koncept, vilka sedan fastställdes till sex resultat kategorier. Tillsammans med resultat från tre fokusgrupper bildades en grund för analys av dessa sex kategorier, varpå diskussioner rörande studiens fem frågeställningar fördes.

### 3.4.2 Behandling av fokusgruppsmaterial

Enligt Bryman och Bell (2011) är det inte alltid önskvärt att spela in och transkribera fokusgruppsintervjuer eftersom dessa är svåra att transkribera då de intervjuade allt för ofta talar i mun på varandra. I samråd med rapportförfattarnas handledare bestämdes datainsamlingen till att fokusgrupperna skulle få anteckna vad de ansåg var deras huvudsakliga samtalsämnen, samtidigt som en sekreterare från rapportförfattarna skulle anteckna så mycket som möjligt.

Efter fokusgruppen kunde lärdomar från fokusgrupperna samt från de dittills genomförda intervjuerna användas till en mindre revidering av intervjumallen. Detta medförde främst att frågorna blev mer relevanta och lättförstådda. Ett antal nya frågor tillkom dessutom, samtidigt som några föll bort. Det framkom exempelvis att vissa av frågorna under ämnet hållbarhet hade varit svåra för de intervjuade personerna att tolka. Under de resterande intervjuerna inleddes ämnet hållbarhet därför med definitioner av hur rapportförfattarna tolkar social och ekonomisk hållbarhet. Dessutom framkom det att vissa av de intervjuade hade varit kritiskt inställda till några av ordvalen i intervjumallen. Genom att byta ut ett ord som exempelvis *implementera*, vilket av många uppfattades som ett negativt klingande ord, till *realisera*, togs frågan emot bättre och gav därmed mer givande svar.

Vidare skrevs ett avsnitt för respektive fokusgruppsämne ihop utifrån fokusgruppens egenproducerade poster samt från sekreterarens anteckningar. I analysen ställdes sedan detta resultat mot resultatet från de individuella intervjuerna samt mot det teoretiska ramverket. Fokusgruppsresultatet gick väl i linje med intervjuret resultatet, men tog i vissa fall upp nya aspekter som ej dök upp under intervjuerna och betonade ibland vissa aspekter särskilt mycket. Detta gav analysen en mer nyanserad bild, samt ökade trovärdigheten för intervjuret resultatet.

## 3.5 Studiens forskningskvalitet

Några av de viktigaste kriterierna för utvärdering av forskning inom organisation och ledarskap är validitet, reliabilitet, och objektivitet (Bryman & Bell, 2011). Författarna skriver att vissa forskare har försökt överföra dessa kriterier till att gälla för kvalitativ forskning, medan andra hävdar att kriterierna ej är lämpliga för detta eftersom de tar utgångspunkt i kvantitativ forskning. Lincoln och Guba (1986) föreslår att alternativa villkor och sätt för att utvärdera kvalitativ forskning behövs. De föreslår tillförlitlighet som ett passande kriterium för att utvärdera hur bra en kvalitativ studie är. De tidigare nämnda kvantitativa utvärderingskriterierna har alla var sin motsvarighet i Lincoln och Gubas (1986) tillförlitlighetskriterier. Trovärdighet motsvarar intern validitet, överförbarhet motsvarar extern validitet, pålitlighet motsvarar reliabilitet och bekräftande motsvarar objektivitet. I kommande avsnitt beskrivs hur dessa fyra kvalitativa utvärderingskriterier har behandlats i arbetet.

### 3.5.1 Trovärdighet

Fastställande av en studies trovärdighet kan göras genom metodtriangulering (Lincoln & Guba, 1986). Det innebär dubbelkontroll av data genom exempelvis användning av olika källor, metoder eller olika personer som utför undersökningen. Fokusgrupperna blev ett stärkande komplement till de övriga intervjuerna då kartläggningen av förnyelsearbetena byggde på att sammanställa och skapa en helhetsbild av vad som sker i organisationerna. Att då få fram likheter och olikheter i frågor rörande förnyelsearbete under en diskussion med representanter från de olika organisationerna ledde både till bekräftelse av intervjumaterial och nya insikter angående de ämnen som diskuterades. Fokusgrupperna, intervjuerna, dataanalys och rapportskrivning har fördelats jämnt mellan de sex rapportförfattarna. Detta har gjort att arbetet inte har vinklats efter endast en persons specifika uppfattning, utan att rapportförfattarna kunnat revidera varandras arbete och tolkningar under studiens gång.

### 3.5.2 Överförbarhet

Överförbarhet har eftersökts genom att utförligt och grundligt beskriva datainsamlingsmetoder, tillvägagångssätt och tankegångar så att en utomstående part ska kunna avgöra om resultaten går att applicera i en annan kontext (Lincoln & Guba, 1986).

### 3.5.3 Pålitlighet och bekräftande

För att få ett mer pålitligt resultat har samtliga av rapportförfattarna satt sig in i, analyserat och diskuterat materialet från alla intervjuer och fokusgrupper, samt korrekturläst rapporten. Detta för att undvika att analysen och diskussionen vinklats efter en enskild författares personliga värderingar eller uppfattning. Fokusgruppsresultatet visades under en nätverksträff för de som varit inblandade, där de fick möjlighet att kommentera och bekräfta det sammanställda resultatet. De medverkande bekräftade att punkterna i det sammanställda resultatet var det som sagts, samt kommenterade vilka delar av resultatet som de ville betona.

## 4 Resultat

I följande kapitel presenteras resultaten från fokusgruppen och de intervjuer som genomförts med personer från de studerade organisationerna. Kapitlet inleds med de förberedelser som organisationerna har ägnat sig åt inför sina förnyelsearbeten. I detta ingår initiering, inspiration, planering och delaktighet. Därefter behandlas de påverkande faktorer som finns inom organisation och verksamhetskultur, där nämns de hinder organisationerna har upplevt i att bedriva förnyelsearbete, samt vikten av förankring för att överkomma dessa hinder. Vidare presenteras sedan metoder och angreppssätt som har används under arbetets gång i de olika organisationerna, framförallt nämns här angreppssätten patientinvolvering och kommunikation. Därefter kommer mål och mätning och de intervjuades perspektiv på nätverket samt hur förnyelsearbete kan spridas och perspektiv på långsiktighet och hållbarhet. Kapitlet avslutas med ett sammanfattande resultat från de fokusgrupper som hållits med personer från nätverket samt en sammanfattande tabell över resultaten.

### 4.1 Förberedelser

De förberedelser som organisationerna genomförde inför sina förnyelsearbeten har varit av varierande slag, men storleken på själva förändringen återspeglade i samtliga fall den tid och de förberedelser som gjordes. Generellt krävde ett stort projekt desto mer förarbete medan ett mindre projekt krävde mindre förarbete. Förberedelserna har delats in i fyra områden; initiering i form av behov, inspiration, planering och slutligen delaktighet från medarbetare.

#### 4.1.1 Initiering av förnyelsearbete

Det som i samtliga fall initierade förnyelsearbetet var en känsla av behov av förändring hos någon eller några inom organisationen, men det var inte alltid som behovet var lika tydligt för alla inblandade. Många ansåg att när beslutet om förändringen kom uppifrån, från ledningen eller från politiker, var det svårt att inse och förstå behovet och därför kom arbetet i dessa fall inte igång lika snabbt. En verksamhetsutvecklare från Organisation B uttryckte följande kring detta: *“Och då kan man ju ta [...] problembeskrivningen först och sen prata om lösningarna. I stället för att försöka sälja in någonting och säga att “nej men så här ska vi göra” och sen ska man förklara varför. Så jag tror att det var förankrat i ett reellt behov och det tror jag också hjälpte väldigt väldigt mycket”*. Flera menade dock att det räckte att en eller några i verksamheten uppmärksammade, kommunicerade och visade stort engagemang för ett förändringsbehov för att andra i verksamheten skulle inse behovet. Det var ovanligt att behovet från början var tydligt för alla i verksamheten, det vill säga för chefer, vårdpersonal och patienter. Några ansåg att när behovet kom från patienterna istället för någon i vårdpersonalen eller ledningen var det lättare att ta till sig behovet och agera på det. Samtliga var eniga om att det krävdes att flera kände behov av förnyelse för att förnyelsearbetet skulle komma igång.

#### 4.1.2 Inspiration

Innan förnyelsearbetet började var det många av de intervjuade som på olika sätt inhämtade inspiration. De flesta läste olika artiklar om förnyelsearbete eller om andra organisationer som hade genomfört en liknande förändring. Några var på olika typer av kurser eller föreläsningar om förnyelsearbete eller på andra sätt fått reda på liknande projekt runt om i Sverige och utomlands. Det var många som fått stöd från organisationer med tidigare erfarenhet av ett liknande förnyelsearbete, bland annat genom nära kontakt och studiebesök. Endast en av de intervjuade hade varit på studiebesök i en organisation men det var flera

som nämnde detta som ett bra sätt att få information och inspiration för att kunna genomföra förändringen själv.

Nästan alla organisationer genomförde någon typ av träff eller möte med berörda intressenter i förnyelsearbetet. Vanligast var att träffa politiker, patienter eller medarbetare i verksamheten för att diskutera den kommande förändringen och få in olika synpunkter på genomförandet. De flesta såg detta som mycket lärorikt och det var oftast här som förnyelsearbetet fick en tydlig plan eller struktur.

Flera nämnde att fokusgrupper och nätverksträffar gav en djupare kunskap, inspiration och stöd för arbetets fortskridande. Det var många som redan tidigare hade varit med i olika typer av nätverk, ibland indelat på yrkesgrupper eller medicinskt område, men det förekom även blandade nätverk som var mer indelade geografiskt. Några nämnde även att Chalmers och CHI hade varit mycket hjälpsamma och inspirationsgivande i det förberedande arbetet, samtliga av de som hade haft kontakt med Chalmers såg denna universitetskontakt som en stor tillgång. En utvecklingsledare från Organisation E belyste detta på följande sätt: *“Innan kampanjen, då vi precis var i början av planeringsfasen, kom vi i kontakt med [läkare och forskare på Chalmers] som dels hade liksom medicinska perspektivet men också hade väldigt mycket metoder [...] som var väldigt användbara för oss då. Så för oss [...] så var [forskaren] ett ovärderligt stöd i att hantera motgångar och även liksom hur ska vi kunna göra och mäta upp det här på ett rimligt sätt [...]. Så den Chalmerska kopplingen var viktig från början men också som jag sa då, få mandat på olika sätt”.*

#### 4.1.3 Planering av förnyelsearbete

De flesta av de intervjuade ansåg att de hade lagt mycket tid på att planera genomförandet av förnyelsearbetet. Detta speglade ofta projektets storlek, som tidigare nämnt. Omvärldsanalyser nämndes av majoriteten som en konkret del i planeringsarbetet, även aktivitetsplaner och riskanalyser ingick i planeringsfasen enligt några. Omvärldsanalysen handlade ofta om att förstå i vilket lokalt sammanhang förändringen skulle äga rum samt att se vad som fanns att tillgå för resurser på det lokala planet. Som exempel nämndes kompetenser på det egna sjukhuset eller på andra sjukhus i Sverige, universitetet eller ideellt arbete i organisationer i närheten som skulle kunna komma att påverka eller påverkas av förnyelsearbetet. Även att översätta liknande projekt till den lokala kontexten nämndes. Några organisationer nämnde att de hade genomfört mindre pilotprojekt innan de genomförde det större förnyelsearbetet. Detta för att kunna göra justeringar i utförandet och ändra på de delar som inte fungerade.

#### 4.1.4 Delaktighet i initieringsfasen av förnyelsearbete

Samtliga organisationer var överens om att förnyelsearbetet kom igång lättare då majoriteten av vårdpersonalen som var inblandade kände starkt för förnyelsearbetet och hade en positiv inställning. Några lyfte fram att förändringskulturen i organisationen antingen hade bidragit till förnyelsen eller att den hade stärkts av förnyelsen och därför bidragit till fler förändringsidéer från vårdpersonalen eller andra inblandade. Många höll initialt fokusgrupper eller konferenser där vårdpersonalen fick vara med och utforma arbetet eller lösningar på de problem som organisationen hade. Några nämnde att de tog hjälp utifrån, från bland annat Chalmers och andra organisationer med större erfarenhet, och att de skapade förnyelseansvariga grupper på den egna arbetsplatsen för att underlätta att förändringen skulle komma igång. Att organisationen som ville genomföra förnyelsearbete arbetade tillsammans samt utformade egna lösningar på sina problem, sågs av majoriteten som en stor bidragande faktor till att förnyelsearbetet verkligen blev av. Andra katalysatorer som nämndes av några var ekonomiskt stöd utifrån, eldsjälarna som

drev arbetet framåt och att människor vågade satsa och köra på utan att egentligen ha fullt förtroende eller befogenhet att göra detta.

Avslutningsvis kan kontakten med en extern part, såsom till exempel en utbildning eller ett nätverk, vara startpunkten för ett förändringsprojekt enligt några av de intervjuade. Att få stöd från den verksamhet där förnyelsearbetet ska äga rum och att få denna verksamhet att tillsammans arbeta fram förändringsförslaget ansågs vara av stor vikt för att projektet eller förändringen verkligen skulle realiseras.

## 4.2 Påverkande faktorer inom organisation och verksamhet

De intervjuade organisationerna har alla stött på olika typer av hinder från olika intressenter inom sjukvården i sitt förnyelsearbete. Motstånd har kommit från både ledningshåll, politiker samt personal i de olika organisationerna. I vissa fall har detta motstånd behövt arbetas aktivt med, medan det i andra fall har gått att genomdriva förnyelsearbete trots visst motstånd. Alla organisationer har haft olika strategier och arbetssätt för att hantera dessa motstånd och har haft varierande resultat. I intervjuerna identifierades hinder och motstånd som kan förekomma inom organisationen när ett förnyelsearbete sker samt olika former av stöd för att underlätta förankringen av förnyelsearbete.

### 4.2.1 Hinder

På samtliga intervjuer framkom att förnyelsearbetet stött på olika typer av hinder. Först behandlas problematiken kring att sjukvården är politiskt styrd, vilket i vissa fall leder till en förändringströghet genom varierande direktiv. Därefter behandlas sjukvårdens professioner och yrkesgrupper och rivalitet som kan uppkomma inom, såväl som emellan dessa yrkesgrupper. Vidare behandlas problematiken kring när inblandade personer inte har samma bild av ett problem och därefter svårigheter som uppstår då ledning och chefer ofta byts ut. Avslutningsvis hanteras motstånd som kan uppkomma som effekt av ökad arbetsbelastning för en individ.

Till att börja med framkom det inom flertalet intervjuer att det är politiska direktiv som styr och avgör vilka typer av större förnyelseprojekt som ska genomföras. I vissa fall nämns politiska direktiv som för snävt definierade i form av att direktivet innehåller en lösning men att den kanske inte innebär att rotorsaken till själva problemet åtgärdas. En verksamhetsutvecklare inom Organisation B talar om det faktum att människorna som arbetar inom vården är vana vid att det, i en politiskt styrd organisation, kommer många tillfälliga satsningar och projekt kring deras arbete. De väljer då att prioritera patienter framför allt och verksamhetsutvecklaren säger att *“Det går inte att springa på alla de bollarna [...] men vi gör det som är bra för patienterna så får vi väl se om det här blåser förbi eller inte”*. Samma verksamhetsutvecklare menar på att detta, tillsammans med att många som arbetar inom sjukvården är vana vid att det händer mycket och ofta är stökigt, leder till att en viss förändringströghet infinner sig *“så oavsett om det är ett bra initiativ eller ett dåligt initiativ så finns en viss tröghet för att man har samlat på sig folk som håller när det blåser eller som håller när de är stökigt och som därför också håller fastän det kommer bra initiativ, de är inte sådär oerhört lättpåverkade alltid”*. Att det kommer många olika politiska direktiv är något flertalet av de andra intervjuade personerna tar upp i sina intervjuer. Inom en av dessa organisationer nämndes inom samma område att det från tjänstemannahåll, exempelvis verksamhetsutvecklare, fanns en stor oro kring att ifrågasätta politiska direktiv, men att detta ifrågasättande från politiskt håll generellt togs emot på bättre sätt än vad tjänstemännen förväntade sig. För en annan organisation innebar däremot politiska direktiv att utbildningar för personalen inte kunde prioriteras ett visst år då fokus för budgeten skiftade från det område som förnyelsearbetet behandlade till



ett annat område. De intervjuade personerna i den sistnämnde organisationen menade då att detta är något som de får förhålla sig till och acceptera, samtidigt som de fick arbeta för att finna nya lösningar istället.

Utöver politiska direktiv så nämndes även i flertalet intervjuer att professionerna inom sjukvården är starka, vilket kan utgöra en form av hinder. Det gör att förnyelsearbeten inom dessa organisationer behövde genomgå olika typer av anpassningar utifrån vilken yrkesgrupp som berördes. Som exempel nämns att *“läkarna är en hierarkisk [grupp], de är skolade i att vara nästan autonoma, vilket [gör att det] är svårt att styra ett helt läkarkollegie”* (Avdelningschef, Organisation D) och *“det har många år tillbaka varit professioner som kanske styrt utvecklingen en hel del. Nu tänker jag att vi har en väldigt stark läkargrupp inom hälso och sjukvården”* (Utvecklingsledare, Organisation G). Det krävs därför mycket styrka för att exempelvis stå upp mot en annan läkare kring hur en process bör bedrivas. Inom en organisation nämndes hur juniora läkare hade svårt att hantera uppgiften att agera processägare inom cancervård. Detta på grund av att de upplevde att det var svårt att föra en dialog med en äldre läkare. Kåren av sjuksköterskor benämndes i samma organisation som *“när det gäller sköterskorna, när vi jobbar bara med dem så var det problem i början att de är så kollegiala”* (Avdelningschef, Organisation D). Därför krävdes stor konsensus innan förnyelsearbete kunde bedrivas. Därför behövde ledarna för förnyelsearbetet arbeta aktivt med att förbättra kommunikationen mellan både olika typer av läkare samt stärka sjuksköterskor i deras självständiga arbete. Exempelvis har ett förnyelsearbete inneburit en omorganisation från separata expeditioner för läkare och sjuksköterskor till gemensamma teamstationer vilket har gjort att de båda yrkesgrupperna kommunicerar mer.

Förutom skillnader mellan de olika yrkesgrupperna så nämndes även att ifrågasättande från kollegor har förekommit inom vissa organisationer. Avundsjuka kring medial uppmärksamhet eller att personer fått gå utbildningar på arbetstid har nämnts som en anledning. Även en attityd från kollegor kring att *“men kom inte här med den här nya förändringen”* (Sjuksköterska, Organisation H) nämns som en typ av ifrågasättande. Som ytterligare exempel berättar de intervjuade sjuksköterskorna i Organisation H att ett ifrågasättande rörande en handling eller en idé kan uppkomma som konsekvens av vem som kommit på idén. *“Det är lite farligt att sticka ut ja. För det är den här jantelagen som kommer in. Det kan handla bara om så här små rutiner som man egentligen inte behöver ha chefsbeslut på, utan som vi gör för att vi... det ska underlätta i vårt dagliga arbete så kan det vara svårt att få igenom det för att det var jag som kom med idén och inte du”*.

Vidare framkom att olika synsätt på vad förnyelsearbete innebär och kan bidra till kan utgöra en form av hinder. Inom ett projekt relaterat till jämlik vård rådde det exempelvis olika synpunkter mellan politiker och personal i verksamheten kring vad jämlik vård innebär. Frågan stod emellan om det innebär att tillhandahålla samma vårderbjudande för alla patienter, eller att göra ett erbjudande mer tillgängligt för vissa patientgrupper utifrån behov. Inom detta förnyelsearbete nämndes en brist på förankring av förnyelsearbetet hos politiker som en svaghet, men det menades också att en sådan förankring skulle ha tagit tid och fördröjt förnyelsearbetet.

Vidare nämndes att inom en annan av de intervjuade organisationernas förnyelsearbete gjorde det faktum att ledningen, bland annat verksamhetschefer och chefsläkare, ofta byttes ut att direktiven för arbetet ändrades frekvent. Fokus kunde skifta från att genomföra de intervjuade personernas förnyelsearbete till att helt andra projekt prioriterades i budgeten. Detta ledde till en försening av förnyelsearbetet och att vissa av medarbetarna inom arbetet tröttnade och sökte sig till andra tjänster då det blev allt för trögt att driva förnyelsearbetet framåt. Detta är en problematik som uppstått då arbetet initierats i den kliniska verksamheten och stöd har sökts uppifrån för att genomföra arbetet.

Avslutningsvis nämner den intervjuade verksamhetsutvecklaren från Organisation A att i de fall där förnyelsen inneburit mer arbetsuppgifter och belastning för personer har det uppstått motstånd. Som svar på hur de hanterar detta säger verksamhetsutvecklaren att *“Och det är ju klart, om någonting blir jobbigare för någon så kan det ju kanske bli motsättningar. Om någon ska göra något mer eller sådär. Men vi har försökt att utgå från inspiration och att det ska underlätta för patienterna men även för oss som jobbar i verksamheten”*. Även verksamhetsutvecklaren för Organisation F säger att *“så är det ju även för sköterskor och undersköterskor när de känner att de inte hinner med att ge den vård man vill ge. Och det är ju den största utmaningen överhuvudtaget, tror jag nu, när det är personalbrist och sånt. Så det jobbar vi jättemycket med att försöka, för patientens skull, ha en bra arbetsmiljö. Och sen är det ju så att känner personalen att den kan ge patienten en god vård, så mår personalen bättre. Så det är liksom en god cirkel där”*.

#### 4.2.2 Förankring och stöd inom organisationen

För att överkomma de olika hinder som benämns ovan har vikten av förankring och stöd spelat en stor roll i de olika organisationerna. Avsnittet behandlar vilka personer som är involverade och drivande i arbetet, samt vilket stöd organisationerna haft i form av utbildning. Därefter går avsnittet djupare in på förankringens roll i ett förnyelsearbete och några olika metoder och tillvägagångssätt som de olika organisationerna har använt sig av för att uppnå förankring. Slutligen behandlas olika kompetenser som stöd i en verksamhet.

I sina förnyelsearbeten har de drivande personerna haft varierande bakgrund. Många är verksamhetsutvecklare och fokuserar därför uteslutande på att arbeta med utveckling och har ingen klinisk roll inom sjukvården. I vissa av organisationerna är det personal som har ett operativt ansvar, exempelvis sjuksköterskor, som har arbetat med förnyelsen. I det sistnämnda har därför förnyelsearbete genomförts mer som en förändring av arbetssätt och metoder än att vara ett enskilt projekt med start och slut. I dessa fall har verksamhetspersonal fått stöd av en nära chef samt kvalitetsavdelning eller verksamhetsutvecklare som finns på sjukhuset. I de förnyelsearbeten som drivits av verksamhetsutvecklare har personerna som varit involverade i arbetet varierat. Vikten av att ledningen aktivt främjar förnyelse i organisationer med hjälp av utbildning, poängteras av en organisation med motiveringen att *“För det är ju väldigt många som har gått de här 30 poängen vet ni som Chalmers har [Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling]. Det är ju väldigt många som har gått den som kontaktsjuksköterskeutbildningen. Där har vi utbildat, så då är det 60 sjuksköterskor just nu och sen finns det ju ST-läkarutbildningen. Så det finns ju väldigt många som har åtminstone en grund i förbättringskunskap på olika sätt [...]. Men som på olika sätt liksom inte kan blomma ut när man väl kommer hem [...] till sin avdelning.”* (Utvecklingsledare, Organisation E).

Att idén och målet bakom förnyelsearbetet är förankrat i verksamheten samt dess behov har i många fall benämnts som en faktor som ökar det positiva mottagandet av förnyelseförslag. Inom Organisation E nämndes hur stöd från både mottagningar, organisationer och politiker för ett pilotprojekt relaterat till ett större förnyelsearbete gjorde att de drivande personerna vågade fortsätta att genomföra arbetet. Verksamhetsutvecklaren förklarar detta genom att beskriva deras angreppssätt som *“Jag tror att både jag och [medarbetare] är ganska anspråkslösa, höll jag på att säga. För vi inser att man inte kan göra någonting själv och framförallt att sjukvården är komplex. Men jag skulle nog säga att Mintzbergmodellen [...] har sina poänger. Det [sjukvården] är en komplex organisation och det måste man inse, erkänna och förhålla sig till på något sätt. Många gör inte det. Men vi insåg att vi måste göra det på något sätt [...] då så är det oerhört många aktörer som ingår. Så vår tanke var från början att ensam är inte stark. Vi kan inte förändra det här, vi kan inte förändra det uppifrån eftersom vi satt regionalövergripandet utan det måste komma mycket underifrån liksom men också få stöd och mandat*

*uppifrån. Att försöka jobba på båda fronterna samtidigt är väl en framgångsfaktor*". Inom en annan organisation berättas hur attityden till förnyelse som en del av det dagliga arbetet har skiftat från att vara ganska negativ till, som verksamhetsutvecklaren på Organisation A säger, att *"Det har kommit någon typ av mognad och det finns en förändringsvilja och de är jättestolta över att jobba där idag. Det är ju förnämligt att jobba med verksamhetsutveckling där kan man säga"*.

Som en del i att kunna förankra i verksamheten nämns vikten av att vara konsekvent, i form av att inte ständigt använda sig av nya ord och uttryck *"Där tror jag att vi har ett problem, vi sätter hela tiden nya ord på saker och ting som är samma sak som vi alltid har gjort, vi projicerar"* (Avdelningschef, Organisation D). Vidare menar samma verksamhetsutvecklare att förnyelsearbeten inte måste vara så stora och komplexa med stora termer, då detta kan ha en avskräckande effekt på medarbetare. Verksamhetsutvecklaren belyser vikten av att istället på ett enkelt vis fråga läkare och sjuksköterskor om vilka förändringar i verksamheten som skulle kunna underlätta deras arbete.

Vidare har ett sätt att aktivt arbeta med förankring inom organisationerna varit genom arbetsplatsträffar och kommunikation. *"Så har vi haft strategin av att på varje mottagning samla nyckelpersoner i en arbetsgrupp, alltså chefen, sekreteraren, patientsäkerhetsombudet och kanske någon mer. Så att de blir bärare av hela idén varför man ska gör det här, vad nyttan kan bli"* säger verksamhetsutvecklaren från Organisation B gällande vikten att få med sig verksamhetens nyckelpersoner i förnyelsearbete. Vidare berättar en utvecklingsledare i Organisation G om ledningens och chefernas roll gällande förankring av ett förnyelsearbete i en organisation: *"Utmaningar finns det absolut och cheferna är ju nyckelpersoner så är det ju i alla förbättringsprojekt. [...] inte att de [cheferna] sitter med svaren utan de måste göra förutsättningar för din personal och medverka till utvecklingen"*. Detta poängterar att chefer måste involvera verksamheten i utformandet av arbetssätten samtidigt som det är viktigt att ledningen är positiv till att bedriva förnyelsearbete.

För att lyckas med förankring är det också viktigt att hänsyn tas till verksamhetens olika behov, som tidigare nämnt i avsnittet om förberedelser. Detta kan ske genom en ökad förekomst av kommunikation uppåt, vilket sker genom att tjänstemän eller medarbetare i verksamheten rapporterar uppåt till politiker, istället för att kommunikationen endast kommer från politiker och går neråt till organisationen. Organisationerna har arbetat med detta på olika vis. En framväxande form är ett mer kontinuerligt arbete där olika potentiella insatsområden rapporteras från tjänstemän i verksamheterna upp till politikerna. I andra organisationer satsas det emellertid mer på att rapportera om mer specifika projekt. Att vara ute och informera olika ledningsgrupper och politiker om förnyelsearbete nämns som viktiga uppgifter för organisationer som vill fortsätta förnyelse. Uppmärksamhet från media benämns i flera av organisationerna som ett hjälpmedel för att fånga politikernas intresse och stöd. Även olika typer av utmärkelser benämns som något som hjälper förnyelsearbeten att få stöd från ledning och politik.

Slutligen har även vissa typer av specifika kompetenser nämnts som viktiga för förnyelsearbetet under intervjuerna. Som exempel nämns av utvecklingsledaren på Organisation E att *"Många inom sjukvården skulle nog behöva ha en fot någon annanstans eller kanske ha en koppling åtminstone till någon annan verksamhet, det behöver ju inte vara universitet sådär utan det kan ju vara typ ett innovationslabb eller liksom någonting"* gällande inspiration och kompetens kring förnyelsearbete. Av en annan organisation poängteras det faktum att det på ledningsnivå kan vara önskvärt att ha personer med klinisk förankring som har kunskap om hur det praktiskt fungerar i kliniska sammanhang inom vården. Detta beskrevs både som en viktig faktor för förståelse av det kliniska men också för att vinna mandat i form av *"man säger ju så inom sjukvården i alla fall att du behöver ha med en läkare. Det är väl lite så för att det ska bli legalt att jobba med"* (Avdelningschef, Organisation D). I förnyelsearbete benämns också ändringar som rör det

rent kliniska arbete som väldigt kompetensberoende av flertalet organisationer. I ett exempel där sättet att vårda patienter ändrades krävdes exempelvis en klinisk specialistkompetens bland sjuksköterskorna som skulle tillämpa detta nya arbetssätt.

## 4.3 Metoder och angreppssätt

Organisationerna har använt sig av olika metoder och angreppssätt i sina förnyelsearbeten och några har varit återkommande i många av intervjuerna. Nästan alla organisationer har medvetet arbetat med patientinvolvering, men i olika grader och med något varierande syften. Detta kommer att presenteras först i avsnittet. De flesta organisationerna har även arbetat med cykliska förbättringsmodeller, så som PDSA-cykeln och Nolans modell. Slutligen återkom under många intervjuer olika metoder där syftet är att sjukvårdens olika yrkeskategorier och ibland även patienter ska kommunicera.

### 4.3.1 Patientinvolvering

Patientinvolvering är något som varit återkommande i de flesta av intervjuerna. I några av de intervjuade organisationerna har så kallad *Experience Based Co-Design* (EBCD) använts. Detta avsnitt börjar med en redogörelse kring patientinvolvering som metod och olika syften med att använda sig av patientinvolvering. Därefter behandlas de svårigheter med patientinvolvering som nämnts under intervjuerna och efter det följer en redogörelse för olika motstånd mot patientinvolvering. Slutligen redovisas några av de resultat organisationerna har sett till följd av patientinvolvering.

Att patienters behov och viljor har fått styra inriktning på förnyelsen nämns som en styrka för att genomföra förnyelsearbetet av flertalet av de intervjuade personerna. Som exempel nämner avdelningschefen inom Organisation D att de utifrån 4C-modellen lade till ett femte C i form av *Customers*, vilket i detta fall syftade till patienter. För att samla dessa fem världar fick exempelvis en kontaktsjuksköterska, kuratorer, politiker, tjänstemän och personal från Organisation C träffa patienter och lyssna till deras berättelser för att sedan låta dessa berättelser ligga till grund för förnyelsearbetet. Ytterligare exempel som nämndes i ett fåtal av de studerade organisationerna var att involvera patienter och närstående i att designa förnyelsearbetet, i form av att de fick ge sina egna förslag till lösningar, vilket gav en större legitimitet och trovärdighet när förnyelsearbetet introducerades för exempelvis läkare och sjuksköterskor. Utvecklingsledaren för Organisation G nämner alternativet att skifta från att låta professioner styra utvecklingen till att *“jag tror att, det låter naivt men man måste gå tillbaka till vad blir det bästa för patienterna, inte organisera oss efter vad vi har utan vi måste gå tillbaka och se vad har den här individen för behov, just den här patientgruppen och sen organisera oss utifrån det”*.

Orsakerna till att organisationer valt att involvera patienter har varierat. I vissa fall har det initierats som en effekt av den nya patientlagen, i något fall på grund av att det efter undersökningar framgick att organisationens förmåga att hantera de mjuka värdena i vården sviktade. Med mjuka värden menas sådant som inte är av medicinsk karaktär, utan berör till exempel bemötande från vårdpersonal och uppföljning av välmående efter en behandling snarare än en uppföljning av fysisk hälsa. I en intervju framkom vikten av att ha med patienten för att visa på *“Varför gör vi det här? För vems skull?”* (Utvecklingsledare, Organisation G) för att i det fallet ena organisationen kring patienten. Generellt framkom det under intervjuerna att patienterna har använts för att få tillgång till deras kunskaper och erfarenheter från sjukvårdssystemet de befunnit sig i. Exempelvis nämndes det i en intervju där patientinvolvering hade haft stort utrymme att patienterna tillfrågades om deras upplevelser för att skapa en helhetsbild av en process; *“Vi behöver fånga upp era [patienternas] upplevelser, det är ni som har helheten i systemet från A till*

Ö.' För är du sjuksköterska eller läkare så är du ofta på röntgen eller på strålning, alltså vi får sekvenser av eran resa, och hur gör vi då detta på bästa sätt?" (Verksamhetsutvecklare, Organisation C).

Under några intervjuer framkom det svårigheter kring patientinvolvering. Bland annat så hade de i en organisation uppmärksammat vikten av att ställa rätt frågor till patienterna för att få användbara svar. I det fallet så hade de vid ett första tillfälle tillfrågat patienterna om eventuella klagomål, utan att få någon respons i form av konkreta klagomål eller förbättringsförslag. Vid ett nytt tillfälle hade de vänt på frågan och efterfrågade just förbättringsförslagen, vilket genererade betydligt fler svar. "Men när vi frågade efter idéer till förbättring sen så har vi fått massor av idéer till förbättring" berättar verksamhetsutvecklaren från Organisation A.

En annan svårighet som nämnts är urvalet av patienter att involvera. Där framkom en problematik både i vilken typ av patient som ska involveras, exempelvis nya patienter eller patienter med stor erfarenhet av vården, samt vikten av att ha heterogena grupper för att få en representativ patientgrupp. Men även vikten av att ha ett syfte med att involvera patienter nämndes, att inte göra det för sakens skull. Detta resonemang grundades i intervjuerna i en pågående trend kring patientinvolvering. Dessa intervjupersoner menade då på att patientinvolvering inte alltid passar och att en organisation bör ha ett tydligt syfte med patientinvolveringen.

Förutom svårigheter kring patientinvolvering i sig så nämndes det att det ibland funnits ett motstånd internt från medarbetare inom sjukvården. Detta motstånd nämndes uppkomma bland annat på grund av rädsla för att höra patienternas faktiska åsikter om processerna utifall att de skulle vara negativa. Trots detta upplevde organisationen att responsen från just patienterna överlag var positiv, men det menades att rädslan uppkom som ett resultat av att verksamheterna ibland är väldigt pressade från andra håll än från patienterna och vill producera. I ett annat fall bestod motståndet snarare av ett ifrågasättande kring vad patienterna verkligen skulle kunna bidra med, "Det finns en viss tveksamhet på hemmaplan 'ja men fråga om det, vad vet de om det?' och så vidare. [...]Det är mycket medicinsk terminologi som är omöjlig att förstå om man inte har medicinsk utbildning. Det är en organisation [sjukvården] som är väldigt knepig och inte alls glasklar att förstå sig på. Så många tycker nog av det skälet att det är svårt att involvera patient/närstående." (Utvecklingsledare, Organisation E). Det interna motståndet kom inte från någon specifik yrkesgrupp, utan mer som något generellt enligt en av de intervjuade personerna. "Jag kan inte säga att det är en enskild yrkeskategori utan jag kan tycka att det rent generellt [kring patientinvolvering] finns en viss skepsis" (Verksamhetsutvecklare Organisation C).

Patientinvolveringen som har skett i de olika organisationerna har enligt intervjuerna gett resultat i form av att förbättringsförslag genomförts och att de åsikter och erfarenheter som framkommit tillvaratagits. Organisationerna har även använt patienternas erfarenheter och berättelser för att tydliggöra deras olika behov för olika intressenter inom sjukvården, som till exempel sjuksköterskor, läkare och politiker. I flertalet intervjuer uttrycktes vikten av patientinvolvering som en stor framgångsfaktor på grund av deras annorlunda perspektiv på systemet. "För många av de sakerna som, om man säger röster från användarna av systemet, är ju saker som organisationen aldrig skulle ha tänkt på" (Verksamhetsutvecklare, Organisation C).

I ett annat förnyelsearbete kring patientinvolvering sågs en förändring av läkares tankesätt och i kulturen, i form av ökad interaktion med patienter och ett annat förhållningssätt till dessa, kring mjukare värden utöver det medicinska. Detta efter att patientinvolvering implementerats; "att tidigare så kanske man stod upp på rondan och tittade ner på patienten. Nu drar man ut stolen och sätter sig ner bredvid och frågar: hur är det idag?" (Verksamhetsutvecklare, Organisation C).

### 4.3.2 Kommunikation

Ett återkommande tema genom intervjuerna var de olika metoderna och tillvägagångssätten för kommunikation. Framförallt kommunikation internt mellan sjukvårdens olika yrkesgrupper eller avdelningar, men också kommunikation med patienter.

Framförallt tycks kommunikationen ha skett genom olika former av möten. I flertalet intervjuer uttrycktes tydliga åsikter kring vikten av att personal från olika delar av organisationer behöver träffas för att kommunicera och att de ska vara inblandade i frågor rörande hur de ska arbeta inom verksamheten. I några organisationer samlades alla eller några inom verksamheten på en klinikdag, eller utvecklingsdag som det även kallades, där olika ämnen diskuterades. *“Och då sitter de ju, både sekreterare och överläkare och undersköterska och sköterska i samma grupper och får liksom träffas. Och halva grejen med eftermiddagen är att mötas utanför vården för att bygga den här kulturen och samarbete. Och då säger de ändå det att de vill ha mer av sånt och diskutera sådana här grejer”*. (Verksamhetsutvecklare, Organisation F). I något fall har organisationer fokuserat på att samla verksamhetschefer för att tillsammans kommunicera kring en process. *“Då hör ju alla dem, och så säger man till exempel ‘Det tar så lång tid för oss att få provsvar’, eller att ‘Flaskhalsen är att vi får inga röntgentider’. Då kan ju den verksamhetschefen säga: ‘Jaha, förbokade tider måste vi fixa här’. Då har vi löst det problemet, så har vi ingen flaskhals här längre. Men det löser de inte själva, men jag tror nog att via det här så är det nog många som har börjat blanda med de här dialogerna”* berättar Avdelningschefen på Organisation D.

I andra fall har en organisation samlat såväl personal som patienter i ett stort möte inför en implementation, för att höra allas åsikter eller för att alla ska få höra samma information vid samma tillfälle. Gemensamt är att de flesta av organisationerna nämnde att de hade olika möten, forum eller plattformar där de syftade till att få personer inom sjukvården att kommunicera kring olika frågor. Vikten av kommunikation framkom även genom att en organisation hade en kommunikationsplan för att säkerställa att information spreds inom verksamheten; *“Sen har vi också en kommunikationsplan för kommunikation är väldigt viktigt. Vi hade en hel dag om detta för 2 år sedan, det spelar ingen roll om du fattar vad du ska göra [...] om ingen annan fattar det. Så då har vi försökt lära oss att identifiera varför vi ska informera och varför vi ska informera, till vem och när. Hur ska vi förvissa oss om att informationen gått fram?”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation F).

När det gäller kommunikation inom en verksamhet lyftes vikten av att kommunikationen ska komma från en person med inflytande, som inger trovärdighet. *“Säger liksom Kristina, sekreterare som har varit där sen 28 år tillbaka ‘nej, nu ska vi inte göra detta längre utan det är detta som gäller’ så vet folk att det hon säger och gör [...], hon är insatt och då kan vi lita på henne också. Så det är ganska stor skillnad”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation B). Vikten av att information ska komma från människor inom organisationen med inflytande och förtroende lyftes även av flera intervjuobjekt *“Men väldigt mycket handlar om att sprida information muntligen och också från personer som redan har förtroenden”* (Utvecklingsledare, Organisation E). Utöver vikten av att kommunikationen kommer från en person med förtroende så nämndes också vikten av att inte arbeta i stuprör, det vill säga isolerade från varandra, utan att problem ska kommuniceras och lösas gemensamt.

Förutom att samla människor inom verksamheterna i olika former av möten, så framkom det i flera intervjuer att de som dragit i förnyelsearbeten själva gått ut inom organisationen för att såväl informera och kommunicera kring förnyelsearbetet, som för att nätverka och lära känna sin verksamhet. I vissa organisationer gick nyckelpersoner ut externt till andra mottagningar, verksamheter eller politiker för att informera om det aktuella förnyelsearbetet. *“Då åkte vi runt till alla våra mottagningar för att informera*

om, liksom, vad det är vi hade tänkt och vad de kunde räkna med att vi skulle kunna vara behjälpliga med och så vidare. För att på något sätt, ja, göra oss kända i vår egen verksamhet” (Sjuksköterska, Organisation H).

### 4.3.3 Förbättringsmodeller

Rörande konkreta modeller och metoder så nämndes i många fall framförallt cykliska modeller såsom PDSA-cykeln och i några fall Nolans förbättringsmodell, men även fiskbensdiagram togs upp på ett fåtal intervjuer. Flera av organisationerna uppgav också att de inte hade använt sig av några specifika modeller. Vikten av att våga att inte ha en beprövad modell i ryggen nämndes också som viktigt i ett fall, där hade den intervjuade personen gått utbildningen Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling från CHI på 30 högskolepoäng rörande kvalitetsutveckling inom sjukvård, och menade då på att den kunskapen bidragit med förmågan att kunna prova sig fram till ett lämpligt tillvägagångssätt. Ett exempel är att det i några intervjuer nämndes att ett sätt för att kommunicera och visualisera var att använda post-it lappar för att åskådliggöra saker såsom processer, flöden eller prioriteringar.

Då organisationerna har använt sig av cykliska förbättringsmodeller har nästan uteslutande PDSA-cykeln nämnts. Den har då använts för att kontinuerligt kunna testa och utvärdera olika steg i förnyelsearbetet. *“Att utvärdera varje steg och att testa i liten skala och sen skala upp det”* förklarar verksamhetsutvecklaren från Organisation B. Vidare menade en annan av de intervjuade personerna att PDSA-cykeln var lämplig att använda i processen då ett koncept som senare ska implementeras utvecklats *“Ja men vi tycker det är bra’, eller ‘nej, förfina’- så använder man PDSA hjulet igen då. Så bygger man på det hela tiden tills man ser att ‘nej nu tycker vi att det här fungerar väldigt bra’, då sprider vi ut det på hela [avdelningen]”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation C).

Avslutningsvis nämndes av ett fåtal intervjupersoner att de använde sig av fiskbensdiagram. Vid användandet av fiskbensdiagram så har syftet varit att finna rotorsaker till ett problem. *“Sen kan man ju använda sig av fiskbensdiagram i de här teamen för att verkligen komma underfund med vad problemet är då”* (Utvecklingsledare, Organisation E).

## 4.4 Mål och mätning

I samtliga intervjuer som genomförts under förnyelsearbetets gång har en önskan, eller ett behov, uttryckts om att kunna mäta framgången på antingen sitt förnyelsearbete eller sina resultat. Samtliga organisationer har också med olika tillvägagångssätt försökt att mäta olika aspekter av själva arbetet eller arbetets resultat. Dessa mätningar har genomförts med varierande resultat då vissa organisationer upplevde stora svårigheter kring hur arbetet ska mätas i förhållande till uppsatta mål. Syftet med dessa mätningar har varierat mellan organisationerna beroende på vilket mål organisationen har haft med förnyelsearbetet. En gemensam nämnare för de organisationer som inte hade ett tydligt och mätbart mål från början var att svårigheter rörande hur och vad som ska mätas har dykt upp under arbetets gång. Tydligt är att mätbarhet och mål är något som hos organisationerna har gått hand i hand.

### 4.4.1 Mål

Målsättningen i de olika förnyelsearbeten som de intervjuade organisationerna har genomfört har varierat i form av karaktär och nivå. Vissa mål har varit av kvantitativ karaktär på en verksamhetsnära nivå, andra mål har varit mer abstrakta och av en mer kvalitativ karaktär, exempelvis i form av en önskan att öka befolkningens psykiska välmående på lång sikt.

I vissa fall har inte något tydligt mål existerat, i andra fall har ett mätbart mål funnits och ibland har ett mål som inte upplevts mätbart existerat. Det uttrycktes svårigheter kring att sätta tydliga och mätbara mål. Till exempel uttryckte avdelningschefen på Organisation D denna svårighet på följande sätt: *”Jag vet att man ska sätta mål och man ska mäta, man ska ha delmål. I det här fallet så hade vi problem med det. Och det tror jag att många lärandeorganisationer har”*. Utvecklingsledaren på Organisation E berättade: *”Ja... det mätbara målet var inte jättetydligt, det tror jag inte. Men målsättningen var väldigt tydlig”*. Som tidigare nämnt har vissa av de uppsatta målen varit i termer av mjuka värden, patientupplevelser och liknande. Andra mål har varit av kvantitativ natur, i form av att exempelvis 50% av patienterna ska skrivas ut innan klockan tolv.

Svårigheten kring att sätta tydliga mål när ett förnyelsearbete ska påbörjas angavs i någon intervju vara att målet inte gick att veta förrän arbetat påbörjats. I en annan intervju sågs svårigheten ligga i att målet kontinuerligt förändras i en verksamhet. *”Sen har vi inte ett stort mål som vi ska nå, utan det är kontinuerligt, det sker saker hela tiden och det går aldrig att säga att vi är färdiga utan det ändras ju hela tiden”* berättar verksamhetsutvecklaren på Organisation F.

#### 4.4.2 Mätning

Syftet med att mäta är för de flesta organisationer att kunna uppvisa resultat och framgång inom organisationen eller för att kunna uppvisa att ett förbestämt mål har uppfyllts. Detta för att veta om ett pågående förnyelsearbete rör sig i rätt riktning eller för att i efterhand kunna avgöra om ett förnyelsearbete har varit lyckat, alltså genomförts med framgång. Internt har denna information använts till, eller önskats användas till, att påvisa framgång i syfte att inspirera medarbetare och organisationen genom att visa att det som genomförs ger positiva effekter. Under många intervjuer framkommer vikten av att ha ett mål med mätningen, att veta vad insamlad data ska användas till. Vissa av organisationerna har mätt i syfte att kunna uppvisa positiva resultat externt, bland annat för politiker. Detta har i vissa fall skett på grund av påtryckningar från politiker som vill se resultat av förnyelsearbetet.

Sätten att mäta på har skiljt sig åt beroende på vad det är organisationen har ämnat mäta. De flesta organisationer har ägnat sig åt någon form av kvantitativ mätning. Dessa organisationer har exempelvis mätt hur många fler patienter som genomgått behandling X innan, under eller efter förnyelsearbetets genomförande för att kunna avläsa om förnyelsearbetet har påverkat antalet utförda behandlingar X. Kvantitativa mätningar har använts till att se skillnader i antal besök, återbesök och så vidare. Denna typ av kvantitativ mätning har generellt upplevts vara relativt enkel att genomföra, svårigheten har av flera upplevts vara att hitta rätt parameter att mäta. Detta då flertalet av organisationerna har utfört förnyelsearbete som enligt dem själva potentiellt skulle kunna ge väldigt stora effekter, så som exempelvis att minska antalet diagnoser av en viss typ av cancer, eller förbättra den psykiska hälsan hos patienter efter att deras sjukdom är botad. Dessa effekter menade de själva är svåra, eller omöjliga att mäta, detta på grund av svårigheterna kring att härleda att exempelvis utskriften av psykofarmaka minskat på grund av ett specifikt förnyelsearbete. Istället eftersöktes indikatorer på det organisationen vill mäta, det vill säga parametrar som var mätbara och relaterade till det som egentligen ansågs var intressant att mäta. *”Alltså det som är svårt att mäta är svårt att mäta, det som är lätt att mäta är lätt att mäta. Alltså vi kan mäta om det blir bättre tillgänglighet till mottagningen, vi kan mäta om de unga vuxna kommer till fertilitetskliniken med remiss eller inte. Men säger det att besöket är bra då? Det är någonstans här vi slåss alltså. Hur ska vi finna bättre mätetal mot det som vi egentligen vill mäta?”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation C). Fler exempel på detta är att det uttrycktes under intervjuerna att saker så som att mäta framgången i stort av ett förnyelsearbete kan vara svårt, medan det är möjligt att mäta om en viss avdelning har fått bättre resultat. Dock poängterades under en intervju att det fanns stora



svårigheter i att härleda vad som påverkat exempelvis resultatet på en enskild avdelning eftersom alla enheter på ett sjukhus är beroende av varandra.

Till dessa typer av kvantitativa mätningar har organisationen använt exempelvis utdata från IT-system för att kunna avläsa bland annat antal besök. Flertalet av organisationerna har också använt sig av olika enkäter, ofta i syfte att fånga upplevelser hos patienter, men i något fall även för att fånga upp upplevelser hos personalen. I de flesta intervjuer uttrycktes inga större svårigheter kring att mäta med hjälp av enkäter. I en organisation hade det dock under ett tillfälle kommit konkret feedback från patienter rörande att de inte var så benägna att svara på just enkäter, då de var lättare att förbise enkäter än om man personligen blev tillfrågad. Förutom sina egna enkäter så nämnde flertalet organisationer att de tittade på och använde sig av resultat från den *nationella patientenkäten*. Kvalitetsregistren användes också av ett antal organisationer för att se till patientnöjdheten och hur den förändrades över tid, för att knyta an och se om ett visst förnyelsearbete eventuellt har gett utslag och påverkat patientnöjdheten.

För att mäta nöjdhet hos patienter används förutom enkäter och andra kvantitativa mätmetoder ofta mer kvalitativa metoder såsom intervjuer och enklare dialoger. Med enklare dialoger menas här att under informella förhållanden fråga en person i systemet om dennes upplevelser av själva systemet. I en intervju uttryckte en verksamhetschef att det ibland gick att bara ”lyssna in” och höra hur patienterna uttryckte upplevelsen kring exempelvis bemötande från personalen. Informationen från dessa mer kvalitativa metoder har använts på varierande vis. I många fall har informationen endast använts internt för verksamhetens egen skull, för att veta om deras arbete uppskattas av patienter. I andra fall har informationen använts på mer strukturerade sätt som underlag för exempelvis utvärderingar eller som förbättringsförslag. Generellt inom de intervjuade organisationerna så upplevdes svårigheter med att mäta de mjuka värdena i vården på ett strukturerat och kvantitativt vis.

Som tidigare nämnt mätte flera av organisationerna upplevelse hos personalen. I något fall användes enkäter både före och efter en implementation för att se till skillnader i exempelvis upplevd stressnivå. I något annat fall nämndes att sådana mätningar var närmast överflödiga, i det fallet syftades det till att om personalen var missnöjd, så skulle det märkas. *“Så att, hade vi haft bekymmer med att få personer att ställa upp så tror jag att då hade det nog varit en liten varningssignal. Men så att vi har inte frågat så. Vi har bara frågat om vi ska fortsätta med det här eller inte och då har vi fått ett ja, både från verksamhetsledningen och från medarbetare”* (Verksamhetsutvecklare Organisation A). Generellt under intervjuerna nämndes det att en metod för att mäta på personalen är att helt enkelt kommunicera med dem, fråga och lyssna in för att höra åsikter och upplevelser.

## 4.5 Spridning av förnyelsearbete

De intervjuade personerna från respektive organisation var alla eniga om att spridningen av det egna förnyelsearbetet och spridning av goda exempel i allmänhet är något positivt och önskvärt. Både för att själva få tillgång till inspiration, men också för att ha möjlighet att sprida inspiration och kunna hjälpa andra. Gemensamt var att det ofta upplevdes vara svårt och utmanande att sprida kunskap om förnyelsearbeten. Samtliga trodde att de problem som hade funnits i deras egen organisation även existerade i många andra organisationer inom sjukvården. I följande avsnitt redogörs först för några av de utmaningar som organisationerna upplevt rörande spridning, därefter redogörs det för sådana faktorer som har ansetts underlätta spridningen. Sist i avsnittet presenteras synpunkter på det nätverk som de studerande organisationerna deltar i.

### 4.5.1 Utmaningar med spridning

Avsnittet är uppdelat i tre övergripande utmaningar. En utmaning med spridning är enligt de intervjuade organisationerna framförallt att det saknas forum där verksamheter och olika intressenter kan träffas och utbyta erfarenheter. En annan utmaning är brist på tid och resurser för att sprida förnyelsearbeten. Dessutom nämndes det att olika sjukvårdsorganisationers olika behov samt ett allmänt motstånd mot nya idéer försvårar spridning av lyckade förnyelsearbeten.

Många av de studerade organisationerna var eniga om att det saknas forum för att träffas och dela med sig av sina erfarenheter och förnyelsearbeten. *”Vi behöver hitta en arena i hälso- och sjukvård för att föra ut våra budskap”* berättar avdelningschefen på Organisation D. Även sjuksköterskorna på Organisation H anmärkte på vikten av ett gemensamt forum *”Vår önskan är att vi ska få ihop något nätverk nationellt, så att vi kan utbyta erfarenheter”*. Ofta krävdes mycket planering och tid för att få ihop träffar med andra för att kunna dela med sig av sina kunskaper. Det saknas även forum och plattformar i form av databaser eller sökmotorer där det enkelt går att söka upp lyckade förnyelsearbeten. Flera nämnde att de först i efterhand har fått information om att det finns organisationer i Sverige som hade genomfört liknande förnyelsearbeten. Denna avsaknad av forum både för att träffas fysiskt och för att kunna hitta nya arbeten var något många var överens om hade varit till stor hjälp, speciellt för att kunna lyfta de arbeten som har varit framgångsrika.

En annan utmaning som kom på tal var att de intervjuade hade träffat många som hade ett motstånd mot att anamma nya idéer. De personer som utgjort ett motstånd kände, enligt de intervjuade personerna, ofta att de inte hade tid eller utrymme för att sätta sig in i eller göra något extra utanför de vanliga arbetsuppgifterna. För att spara in på tid, men även på andra resurser, menade därför en av de intervjuade personerna att det kan vara bra att dela med sig frikostigt av det material som tagits fram för ett förnyelsearbete. Detta för att inte andra organisationer ska behöva börja om från början för att ta fram samma material. Utvecklingsledaren på Organisation E berättade, bland andra, om detta: *”Alltså vi använder gemensamt material, det känns ju så dumt att många barnmorskemottagningar jobbar så mycket de kan göra. Det är väldigt ansträngt att klara av att göra någonting extra. Många landsting är inte så stora till exempel så de har inte möjlighet att ta fram tryckinformation... De loggor och information som vi har tagit fram, och vi har varit väldigt liksom ’Ta den och klipp bort Västra Götalandsregionens logga och gör den till din egen’ – skit samma liksom!”*. Verksamhetsutvecklaren på Organisation C berättar om samma materialspridning: *”Man får ju ta och planka vårt rakt av om man vill, men jag tror att bara man reflekterar kring vad det är man ska åstadkomma, och försöker att justera så använd det vi har om ni vill. Och det är ju andra som har gjort det, exempelvis Region Halland då”*.

För att öka viljan hos olika verksamheter att anamma material som sprids menade en verksamhetsutvecklare i Organisation B att det måste tas hänsyn till olika verksamheters behov vid förnyelsearbete. Verksamheternas olika behov kan ibland härledas till mognad och vana av förnyelsearbete. Utmaningen ligger alltså i att de verksamheter som inte har vana av förnyelsearbeten kan agera väldigt försiktigt till en början, samtidigt som en lyckad implementation i en sådan verksamhet kan agera bättre exempel för andra verksamheter, *”kan dem, kan vi”* (Utvecklingsledare, Organisation E). En annan aspekt på verksamheters olika behov som uppkom under flertalet intervjuer var en åsikt hos de intervjuade rörande att andra sjukvårdsverksamheter ofta ville skylla sin ovilja att anamma andras arbeten eller modeller i sin egen verksamhet på att deras verksamhet var “för olik”, och att därför skulle samma tillvägagångssätt inte fungera. Vissa av de intervjuade personerna menade att så var fallet, att alla verksamheter är olika, medan andra menade att detta var något som grundade sig i någon annan form av motstånd som var svår att förstå.

## 4.5.2 Faktorer som har underlättat spridningen

De faktorer som nämndes ha underlättat spridningen av förnyelsearbeten mellan olika organisationer nämndes under intervjuerna vara olika former av sociala sammankomster, tillgänglighet, media och anpassningar efter olika verksamheters behov.

Av de saker som har underlättat spridningen har olika typer av sociala sammankomster nämnts som något av det viktigaste. Oftast handlar det om att organisationerna har blivit kontaktade av några inom en annan organisation, så som ett nätverk, sjukhus eller liknande. Denna externa intressent har då velat göra ett besök eller velat bjuda in dem för en presentation av deras förnyelsearbete. Många av de intervjuade upplevde att det var mycket enklare att nå ut med sitt arbete när de fick prata om det istället för att skicka ut en rapport eller svara på frågor i skrift. En sjuksköterska på Organisation H, berättar: *”Vi har också [...] blivit kontaktade. Särskilt sen vi vann vårdförbundspriset, och det var just personcentrerad vård och mellanvård, så har vi blivit kontaktade av andra delar i landet. Så Växjö har ju varit här, för de hade ju fått i uppdrag, ett uppdrag att nu ska ni starta det här, åk runt på studiebesök så var de här. Och även från andra ställen då, som är på gång att starta [...] som vill veta hur vi har gjort. Och då kan vi ju verkligen berätta hur, vad som var bra, vad man kan kanske tänka på och göra annorlunda”*.

En annan bidragande faktor till att förnyelsearbeten har spridits är att många av organisationerna har varit tillgängliga för omvärlden och varit måna om att besvara frågor från andra organisationer och verksamheter. Många har haft en stor vilja att dela med sig av det arbete de har gjort och poängterade också vikten av att vara stolta över det som gjorts för att kunna inspirera andra. Att även ta upp de utmaningar och beröra det nya arbetssättet som förändringar har medfört lyftes som en viktig punkt för att ge förtroende för sitt förnyelsearbete. Det handlar om att hjälpa varandra, samarbeta och dela med sig av de lärdomar som har erhållits av arbetet. Även att de som har deltagit i förändringsarbetet kände ett driv och en vilja att sprida sitt arbete nämndes som en central faktor.

Ett tillvägagångssätt som många av organisationerna nämnde var att nå ut via media. De organisationer som hade fått stor uppmärksamhet i tidningar, tv eller andra sociala medier hade märkt av ett mycket större intresse för det arbete de hade genomfört efter medverkande i media. En sjuksköterska på Organisation H berättade *”Så valde vi att gå ut i media. Dels så berättade vi hur vi ville sprida det här arbetssättet men också befästa oss själva... Ta kontakt med tidningen. Ja de är skitintresserade, de vill berätta om bra saker. Så det handlar ju om att göra saker”*. En annan utvecklingsledare, inom Organisation E, berättar om deras mediala erfarenhet: *”Pressen är oerhört intresserade av fysiska ting och muntlig information ger förtroende. Så den funkar väldigt bra som lockbeten och tidningarna har varit ute i samband med det”*.

En annan aspekt som många intervjuade har märkt var bidragande till det ökande förtroendet för arbetets framgång var olika typer av utmärkelser eller priser som organisationen har blivit tilldelad. Några organisationer har även spridit sitt arbete genom att göra filmer som de har delat via sociala medier. I dessa fall har syftet varit att informera andra om sitt arbete, i något fall nämndes att detta var ett sätt att sprida mycket information med lite resurser, det vill säga att alla intresserade kan ta del av informationen utan att lägga tid och pengar på exempelvis ett studiebesök.

Avslutningsvis var en allmän åsikt när det gäller spridning av förnyelsearbeten, att det var viktigt att det justerades och anpassades efter den egna organisationen. Många hävdade att de flesta aspekter gick att återanvända men att det inte går att kopiera rakt av. Det menades att det är viktigt att som organisation reflektera och utvärdera vad som fungerar och inte fungerar utifrån vilken situation som denna befinner

sig i. I enlighet med detta menade en annan intervjuad person, som arbetar på en stödorganisation, att tillvägagångssättet behövde skilja sig från verksamhet till verksamhet och liknade sina egna tillvägagångssätt vid en tom tavelram, där själva tavlan målades tillsammans med respektive verksamhet. *“För då har du ju inte, du har ramen på en tavla, men du har ju inte innehållet för det målar man tillsammans. Och de kräver lite mer än att komma in med en färdigt tavla som jag sa att ‘Här köp denna, den är skitbra’ ‘Amen hur ser tavlan ut?’ ‘Nej det vet vi inte, vi ska måla den tillsammans’ det blir ju lite flummigare, men också mycket mycket roligare.”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation C).

### 4.5.3 Perspektiv på nätverket

De studerade organisationerna fick dessutom besvara ett antal frågor rörande lärandenätverket som de deltar i. Organisationerna hade deltagit i mellan en och tre nätverksträffar när intervjuerna hölls och därför var fortfarande nätverket ett relativt nystartat projekt.

De intervjuade organisationerna var alla positivt inställda till själva nätverket och såg fram emot de framtida träffarna. De flesta trodde att de främst kunde bidra med erfarenheter och tillvägagångssätt från sina respektive förnyelsearbeten men att de inte visste i vilken utsträckning ännu. De flesta av organisationernas mål med nätverket var att få inspiration, ny energi och nya idéer till förnyelsearbeten. Även att få nya perspektiv och få utbyta kunskap var en övergripande förväntning. Många uttryckte att det var väldigt bra att nätverket bestod av deltagare från blandade organisationer, yrkeskategorier och projekt. Många såg detta som en fördel då många nätverk som deltagarna medverkat i tidigare bestått av exempelvis samma yrkesgrupp eller inom samma sjukhus. De flesta som intervjuades uttryckte att ett viktigt ändamål var att knyta kontakt med de andra deltagarna för att i framtiden kunna hjälpa varandra och samarbeta på olika sätt.

De få kritiska åsikterna angående nätverket handlade om att det var svårt att förstå vissa av delmomenten eller att det var svårt att applicera lärdomarna från träffarna på sin egen verksamhet. En av de intervjuade efterfrågade ett tydligare syfte med själva nätverket samt en mer akademisk synvinkel för att kunna bidra med nya perspektiv. Samtliga deltagare var dock generellt positivt inställda och såg fram emot att lära sig nya saker.

## 4.7 Hållbarhet och långsiktigt perspektiv

I följande avsnitt presenteras de studerade organisationernas synpunkter angående de sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekterna som leder till en långsiktigt hållbar sjukvårdssituation. Först kommer allmänna synpunkter angående de båda aspekterna samt balansgången mellan dem att presenteras, följt av perspektiv på de sociala och ekonomiska aspekterna var och en för sig, främst i form av gemensamma nämnare men även åsikter som skiljer sig från mängden.

### 4.7.1 Allmänna synpunkter på hållbarhetsaspekter

När det kommer till de sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekterna och hur de studerade organisationernas förnyelsearbeten förhåller sig till det långsiktiga perspektivet på förnyelsearbete fanns det gemensamma nämnare mellan organisationerna. Bland annat nämndes negativa aspekter av begränsande ekonomiska resurser samt att många av organisationerna tagit hänsyn till olika hållbarhetsaspekter. Dessutom ansågs en lösning vara att sjukvården måste samarbeta med andra aktörer i samhället för att uppnå en hållbar utveckling.

Framförallt var det många som ansåg att de ekonomiska begränsningarna utgjorde ett stort hinder för att kunna genomföra förnyelsearbeten som på lång sikt leder till en mer hållbar sjukvård. Detta beror framförallt på att det i många fall krävs att en verksamhet kan visa på ekonomiska besparingar eller resultat för att få ekonomiska resurser att genomföra förnyelsearbetet med. Svårigheten i detta låg oftast i att det inte fanns eller gick att få fram några mätvärden på de positiva effekter som förnyelsearbetet hade medfört. Detta berodde på, menade många av de intervjuade, att det från början inte har räknats på hur mycket till exempel en viss behandling kostar eller hur en organisation fördelar sina resurser. Därför går det inte heller i efterhand att visa på besparingar eller andra positiva effekter, som till exempel färre insjuknade, som har uppstått på grund av förnyelsearbetet.

En annan gemensam nämnare är att flera organisationer har tagit hållbarhetsaspekterna i beaktning och diskuterat dem under arbetets gång, men på vilka sätt de togs i beaktning skiljde sig delvis åt. Ett fåtal av organisationerna kände att deras arbete var på en för hög detaljnivå för att det skulle gå att dra några slutsatser om hållbarheten på lång sikt. Med hög detaljnivå menade dessa organisationer att deras arbete var för litet i den stora sjukvårdskontexten för att ensamma kunna fokusera på det långsiktiga perspektivet. Vidare var ett annat synsätt av många organisationer att de ekonomiska och sociala hållbarhetsaspekterna var starkt kopplade till varandra. Däremot var det få som vittnade om att det fanns en balansgång, eller avvägning, mellan dessa två. De flesta kände alltså inte att den ena aspekten behövde bli lidande på bekostnad av den andra.

En annan tanke många av de intervjuade personerna var överens om var att preventiv vård är ett viktigt och övergripande mål för sjukvården, alltså att förebygga att människor blir sjuka eller sjukare. *"Det är jätteviktigt att försöka få människor att inte bli sjuka överhuvudtaget. Det måste ju ändå vara det primära målet i sjukvården"* berättar utvecklingsledaren för Organisation E. Ur ett hållbarhetsperspektiv skulle preventiv sjukvård leda till stora besparingar och en ökad hälsa för befolkningen men på kort sikt kan detta leda till högre kostnader och stora insatser i form av arbetskraft och andra resurser, enligt flertalet organisationer.

Organisationerna menade att ett sätt att uppnå hållbar sjukvård är genom att samarbeta och vara öppnare med att ta hjälp från andra aktörer i samhället, så som socialtjänsten, skolor och ideella föreningar. Det största problemet med att uppnå hållbarhet är att förnyelsearbeten måste prioriteras och att det inte går att satsa överallt. Verksamhetsutvecklaren för Organisation C berättar: *"Men samtidigt så reflekterar vi ju alltid kring 'vad är det vi ska göra, vad ger det för vinster, vem ger det vinster för, ser vi ekonomiska vinster nu eller i framtiden om fem eller tio år, vem gynnar det i systemet- är det försäkringskassan eller är det klinikerna eller både och?' Så det är inte så att vi bara pungar ut [pengar] utan vi får ju ändå värdera och vikta och fråga om det är det här vi ska göra i relation till alla andra frågor"*.

#### 4.7.2 Social hållbarhet

Gällande de sociala hållbarhetsaspekterna så har de behandlats utifrån olika perspektiv och synsätt som har framkommit under intervjuerna. Definitionen av vad social hållbarhet är har inte varit enhetlig mellan de intervjuade personerna, så i detta avsnitt hanteras först lite allmänna tankar kring begreppet. Därefter har en uppdelning av social hållbarhet ur två olika perspektiv identifierats, patientperspektivet och personalperspektivet.

Många av de intervjuade svarade att de inte tog speciellt mycket hänsyn till den sociala hållbarhetsaspekten, men många hävdade att aspekten ändå alltid fanns med indirekt. Vidare menade många organisationer att det var svårt att förstå innebörden av den sociala hållbarhetsaspekten. Några

talade då om social hållbarhet i form av sluta röka-kampanjer och förespråkandet av mer motion medan andra talade om social hållbarhet utifrån ett nöjd kund-perspektiv, det vill säga ett bättre bemötande från vårdens sida. Det sistnämnda ledde till diskussioner angående att minska antal läkare som varje patient träffar under sin sjukvårdsprocess, samt att i större utsträckning tänka på patientens hela resa genom sjukhuset istället för isolerade händelser på olika avdelningar.

Något som under flertalet intervjuer kom på tal var att social hållbarhet handlade om att sjukvården behöver patienternas förtroende för att kunna utvecklas på optimalt sätt. Detta handlar främst om att patienter som känner förtroende för den vård de har fått oftast inte behöver komma tillbaka eller inte upplever lika mycket komplikationer som patienter som känner sig osäkra inför den vård de har fått. En annan aspekt på den sociala hållbarheten som många av de intervjuade menade på var att det existerade ojämlikheter mellan patienter och den vård de hade tillgång till. Denna brist på jämlikhet handlade främst om skillnader mellan geografiska grupper eller andra samhällsgrupper som rent av missgynnades av förnyelsearbetet. *”Och är det rimligt att man ger patienter behandlingar som kostar 2 miljoner per år? Och sen finns det andra patienter som inte släpps in och får vård alls [...]. Det är inte så många etiska diskussioner här inte upplever jag, utan då är det kanske snarare så att det finns en godtycklighet i vem jag som patient träffar. Och att det påverkar hur mycket vård vi får. Så att vården är ojämlig på det sättet att har man tur så träffar man en person som just då kan engagera sig och som har kompetens, kunnande och tid för att hjälpa mig att få rätt vård. Men träffar man en annan person som är stressad och som inte har tid och som inte tycker att som inte uppfattat mitt problem med någonting som man behöver behandla så kanske jag inte får den vården, även fast jag är samma patient oavsett vem jag träffar.”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation B).

Avslutningsvis menade många av de intervjuade att vården hade kunnat bli mer socialt hållbar med mer personal. Det finns en stark koppling mellan att ha tillräckligt många anställda och att kunna fatta långsiktiga beslut. En av de intervjuade vittnade om att personalbrist leder till kortsiktiga, kostsamma beslut som i längden inte ökar kvaliteten på vården. Resonemanget kring detta grundades i att personalbrist och hög arbetsbelastning lätt leder till att fokus blir att täcka upp för de brister som uppkommer, istället för att kunna lägga fokus på långsiktig utveckling. Personalbrist är även något som kan upplevas negativt ur patientens perspektiv genom en minskad trygghetskänsla till följd av pressad personal.

### 4.7.3 Ekonomiska begränsningar

De flesta av de tillfrågade ansåg att den faktor som påverkar hållbarheten i förnyelsearbeten mest är de ekonomiska resurserna, detta nämndes bland annat av verksamhetsutvecklaren från Organisation B *”Hela hälso-sjukvården är ju egentligen en social företeelse. Men det är ekonomin som styr. [...] Och ekonomin är ju faktiskt ingenting som man frångår någonstans”*. Vidare var det en gemensam åsikt att de ekonomiska resurserna ofta varit begränsande, samtidigt som att syftet med de förnyelsearbeten som genomförts sällan har varit ekonomiska besparingar. Vidare menade många att förnyelsearbeten i längden ofta innebar besparingar trots att det inte varit syftet.

Att de ekonomiska resurserna inte räcker till inom sjukvårdsorganisationer är något som är allmänt känt för samtliga intervjuade men oftast berodde bristen på resurser på de interna omfördelningar som behövde göras mellan olika projekt. En annan faktor som bidrog var dyra mediciner och stora utgifter på icke nödvändiga delar så som kvalitetsbristkostnader som har uppkommit akut i processen på grund av att fel som behövde rättas till. En verksamhetsutvecklare på Organisation F belyser problematiken med att inte ha tillräckliga ekonomiska resurser i kombination med att ha krav på sig att erbjuda vård till alla patienter;

*”Vår klinik har riktigt dålig ekonomi, typ skitkass! En orsak är läkemedel som är dyra och som det är sagt att vi måste använda för att de ger mest resultat. Men vi får inte pengar av politikerna i den utvecklingen som vi skulle behöva och vi får inte heller säga nej enligt hälso- och sjukvårdslagen [...], så egentligen är ekvationen omöjlig”.*

Vidare framkom att huvudmålet med de förnyelsearbeten som bedrivits inte har varit att göra olika typer av ekonomiska besparingar. *“För ekonomin styr ju då, och det är inget incitament när man ska göra ett förnyelsearbete. Nej men inte att ”nu ska vi spara pengar så nu ska vi göra förbättringar”. Om du går ut och säger det, vad händer då? Ingenting kan jag säga”* beskriver en avdelningschef i Organisation D kring hur mottagandet kan bli av förnyelseförslag som syftar till att ge besparingar. I intervjuerna framkom även att ekonomiska begränsningar varierade mellan om förnyelsearbetet bedrevs i projektform eller om det skulle innebära mer permanenta förändringar i arbetet. *“Det går att ragga pengar för ett projekt och så men sen när det ska vara en del av en vanlig organisation, och den vanliga organisationen ska ta kostnaden inom sin budget så kan man stöta på problem”* säger en verksamhetsutvecklare på Organisation E. En sjuksköterska i Organisation H berättar om hur de idéer som dyker upp i dagliga verksamheten begränsas av de styrdokument som ledningen satt för att *“då är det svårt att komma med någonting annat för då finns inte det med i budgeten [...]”. Då är det budget för det här som står i styrdokumentet och då är det det man får förhålla sig till”.*

De flesta av de tillfrågade organisationerna menade ändå att förnyelsearbeten i längden oftast bidrog till ekonomiska besparingar. Några framhävde att externa källor som kunde bidra med ekonomiska medel till förnyelsearbeten var väldigt bra, exempelvis nämnde en av de intervjuade att det finns en innovationsenhet i Stockholm, som inte namngavs, som kan bidra ekonomiskt till förnyelsearbeten inom vården som de tror på. Ett annat exempel på en extern part som nämndes ett antal gånger var SKL. Många menade också på att möjligheterna till förnyelsearbeten egentligen var oändliga, så länge dessa inte tar några resurser i anspråk. Till exempel nämner verksamhetsutvecklaren för Organisation C att *”Utifrån mitt arbete så har det varit att så fort det är en kostnad... Då är det svårare. Men är det gratis och man kan tänka nytt och annorlunda och det kostar inte, då är det väldigt lätt att genomföra”.*

## 4.8 Resultat från fokusgrupper

Utöver intervjuer hölls även tre fokusgrupper under ett tillfälle. Dessa fokusgrupper utformades efter studiens frågeställningar och hanterade var sitt ämne; hinder för förnyelsearbete, spridning av förnyelsearbete och mätning av förnyelsearbete.

### 4.8.1 Hinder för förnyelsearbete

Under denna fokusgrupp nämndes ett antal hinder för förnyelsearbete inom sjukvården, därefter nämndes även möjliga lösningar till dessa hinder.

Det som framförallt nämndes som hinder under fokusgruppen var att det finns en rädsla för förändring. Denna rädsla menades då vara i form av *What's in it for me?*, det vill säga att de inblandade personerna gärna vill ha någon egen vinning av förnyelsearbetet. Detta kunde ta sig uttryck i form av exempelvis bättre arbetsmiljö, eller åtminstone att personen i fråga inte förlorade på förnyelsearbetet i form av ökad arbetsbelastning. Vidare talades det om obalansen i makt mellan läkare och patienter. Här menades att obalansen kan leda till att patienten inte vågar säga ifrån eller får sin röst hörd. I resonemanget poängterades även att patienten sällan blir tillfrågad och att förnyelsearbeten sällan görs för patientens skull.

I fokusgruppen uttrycktes även att den politiska styrningen leder till många nya förändringsförslag ovanifrån, vilket gör att *“man kan inte springa på alla bollar”* (Verksamhetsutvecklare, Organisation B). Samtidigt betonades vikten av att en förändring ska vara politiskt förankrad, men att förändringen helst ska komma från verksamheten själv för att de ska finnas en vilja att genomföra den. *“Det måste komma från mig själv för att jag ska vilja genomföra den”* är ett citat rörande hur deltagarna i fokusgruppen uppfattade att inställningen kunde vara i vissa verksamheter. Dessa två åsikter; att förändringen behöver vara både politiskt förankrad och komma från verksamheten själv, menade deltagarna måste mötas genom exempelvis en workshop mellan sjukvårdspersonal och politiker.

De menade även att det inte finns något verksamhetsminne, vilket gör att verksamheterna inte lär sig av forna misstag. Det nämndes att infrastruktur så som IT-system ofta inte stöttar de processer som finns i sjukvården i form av att de inte stöttar olika typer av styrning, bedömningar och behandlingar. Detta upplevdes enligt diskussioner i fokusgruppen vara ett hinder.

För att komma till rätta med dessa hinder poängterade fokusgruppen att det hjälpte att veta vad som var forskningsförankrat. Glouberman och Mintzbergs 4C-modell har bland annat varit till hjälp för att förstå och identifiera områden där arbete behöver göras. I fokusgruppen uttrycktes också att det finns en trygghet i att de svårigheter som organisationen möter identifierats i litteraturen. Även historiskt kunskap om arbeten som fungerat och inte fungerat menades vara till hjälp. Vidare menades det på att det var viktigt att ha organisationskulturen i åtanke och använda sig av patienternas åsikter, vilka enligt de medverkande personerna gav genomslagskraft och energi till förnyelsearbete. Här belystes även att i de fall där patienterna har involverats bör dessa även tas med i utformningen av förnyelsearbetet.

#### 4.8.2 Spridning av förnyelsearbete

Gällande spridning så ledde diskussionen under fokusgruppen in på att information om förnyelsearbete måste lyftas upp från att endast en enskild verksamhet står för informationen, till en högre organisatorisk nivå, för att kunna nå ut till fler. I detta resonemang nämndes även att ett hjälpmedel för att lyckas med detta, och göra det koncept som sprids applicerbart på flera verksamheter, är att även höja abstraktionsnivån på konceptet. Med detta menades att konceptet inte ska vara färdigt att applicera på en verksamhet, utan snarare utformas mer generellt för att en verksamhet ska kunna göra egna anpassningar. Detta genom att bryta ner större lösningar till mindre delar och sätta upp principer för dessa. Ett förslag på hur detta ska kunna genomföras var genom att en regional förvaltare skulle kunna ha en övergripande blick och se var nya förnyelsearbeten hade kunnat genomföras.

Resonemanget rörande att bryta ner större lösningar grundades i problematiken, som även nämndes i fokusgruppen om hinder, kring att viljan att genomföra ett förnyelsearbete ofta är större när idén kommer från verksamheten själv. Detta för att förnyelsearbetet då är utformat efter verksamhetens behov. I denna fokusgrupp menades det däremot att det största motståndet ibland ändå kunde komma från organisationen själv, då *“det är svårt att vara profet i sin egna verksamhet”* (Medverkande, Fokusgruppen om Spridning).

Det nämndes också att det i dagens läge är svårt att hitta information om andra förnyelsearbeten som genomförs eller har genomförts. Det poängterades att nätverk är något som efterfrågas och sågs som en eventuell lösning på informationsbristen. Spridningsfrågan poängterades också vara en kostnadsfråga och enligt diskussionen blev spridning ofta lidande på grund av resursbrist, då huvudfokus ändå var att



genomföra sitt arbete och inte att sprida det. Vidare talades det om att mycket arbete helt enkelt sprids via hörsägen.

### 4.8.3 Mätning av förnyelsearbete

Under fokusgruppen som hölls kring mätning diskuterades ett antal svårigheter som de medverkande hade upplevt eller uppfattat genom sin yrkesroll. Svårigheterna benämndes vara runt analys av data, genom att urvalsgrupperna som mätningar gjorts på ofta inte har varit tillräckligt heterogena med avseende på etnicitet, kön etcetera. Det nämndes också att analys av data är byråkratiskt och tidskrävande samt att inmatning av data i systemen kan vara väldigt tidskrävande på grund av undermåliga IT-system. Samtidigt poängterades att såväl frekvensen på mätningar som svarsfrekvensen på exempelvis enkäter var väldigt varierande till följd av skiftande stöd från beslutsfattare och varierande intern förståelse kring mätning och behovet av mätning.

Diskussionen kom även i på vad de medverkade önskade att mäta. Där efterfrågades generellt smidigare datahantering i form av IT-system, inbäddat i detta även ett bevakningssystem *“som signalerar när en trend hittats, så att man inte alltid aktivt behöver gå in och analysera data”*. De medverkande ansåg att insamling av data inte ska ligga på verksamheten, utan snarare beredas av någon annan för att underlätta analys och användning av data. De efterfrågade även ett nationellt, standardiserat mätsätt att kunna utgå ifrån, samt möjlighet att kunna mäta och jämföra internationellt. Utöver detta efterfrågades snabbare hantering av de myndigheter som analyserar data.

De metoder för mätning som de medverkande i fokusgruppen nämnde att de använde sig av, var cafédiskussioner, stickprov, Nationellt kvalitetsregister och enkäter. Med cafédiskussioner menades här att under avslappnade former, exempelvis i kaffepauser, konversera med personalen, vilket enligt de medverkande kunde ge väldigt mycket information. Den typ av stickprov som lyftes var av typen att *“haffa någon i korridoren”* som en av de medverkande uttryckte det, och syftade då på att kontinuerligt men slumpmässigt stämma av hur medarbetare tycker eller upplever en viss situation. Det nämndes även att Nationellt kvalitetsregister är användbart för att få data rörande exempelvis patientnöjdhet, för att kunna jämföra om en förändring leder till en förbättring. För kvalitativa mätmetoder nämndes att de vanligaste var fokusgrupper och intervjuer.

## 4.9 Resultattabell

En sammanställning av de huvudsakliga punkterna i resultatet presenteras i tabell 3 nedan. Tabellen syftar till att åskådliggöra de, enligt organisationerna själva, största hindren och framgångsfaktorerna under förnyelsearbetet. Den skall även visa hur de olika organisationerna förhållit sig till mål och mätning, samt vilka metoder och verktyg de använt sig av. Sammanställningen sker organisationsvis för att ge en övergripande kartläggning.

Tabell 3. Sammanställning av de huvudsakliga resultatpunkterna i respektive organisation.

	Hinder	Metoder & Verktyg	Mål	Mätning	Framgångsfaktor
Org. A	Att <b>sprida</b> arbetet inom organisationen. Möttes av <b>ifrågasättande</b> och kritik till en början rörande "ska vi nu ha det här också?".	Jobbade framförallt med <b>patientinvolvering</b> genom att ställa frågor och få förbättringsförslag. Även strukturerad och ostrukturerad arbetsrotation. <b>Stora möten</b> med många inblandade.	<b>Inget tydligt mål initialt</b> , det växte fram under arbetets gång.	Mätte mestadels <b>mjuka värden</b> så som upplevelser och nöjdhet. Egen <b>patientenkät</b> , nationella patientenkäten och <b>kvalitetsregister</b> användes för att se förbättring.	Verksamheten hade mångårig erfarenhet av förnyelsearbete och därför har <b>en tydlig struktur</b> på hur det skall bedrivas. Även <b>patientinvolvering</b> nämndes.
Org. B	<b>Tidskrävande</b> på grund av svårigheten i att ändra vanor och att verksamheter har olika karaktär. Det var även <b>svårt att kommunicera</b> ut till alla berörda.	I denna organisation använde man sig av <b>patientinvolvering</b> – där patienterna sågs som resurser. Även <b>PDSA-cykeln</b> och <b>Nolans modell</b> användes för att testa varje steg i liten skala	<b>Inget tydligt uppföljningsmål.</b> Målet var i termer av att i större utsträckning fullfölja jobbet på ett bättre sätt.	<b>Ingen mätning på varken projekt eller utfall.</b> Det pratades snarare om <b>kontinuerlig uppföljning</b> av siffror för att se på förändringen.	<b>Förankring</b> av problemformulering hos medarbetare. <b>Förankring</b> av strategin i ledningsgruppen. Prioriterat arbete i förankrad handlingsplan.
Org. C	Svårt att genomföra förnyelsearbete när det inneburit en kostnad då det har varit <b>svårt att få resurser</b> .	Arbetade mycket med <b>patientinvolvering</b> – hela projektet kretsade kring detta. Jobbade med <b>PDSA-cykeln</b> och fiskbensdiagram. <b>Stora möten</b> med många inblandade	<b>Övergripande vision</b> om positiva följd effekter. Mål i termer av "vi ska involvera patienter", "vi ska komma fram till ett koncept". <b>Inget tydligt uppföljningsmål.</b>	<b>Menade på att det inte gick att mäta mjuka värden</b> så som förbättrade upplevelser i vårdssystemet. <b>Mätte därför inte.</b>	<b>Patientinvolvering</b> från start, där patienterna varit med och designat konceptet. <b>Har som stödorganisation byggt förtroende med inblandade verksamheter.</b>
Org. D	<b>Sjukvårdens hierarkiska struktur.</b> Att förändringar utformas efter professionens krav, men cheferna tar beslut kring resurser.	Talade om att <b>våga testa sig fram utan beprövade modeller.</b> Arbetade mycket med olika <b>dialoger</b> och lite med <b>patientinvolvering.</b>	Målet var i någon mening att förbättra en process. Däremot fanns <b>inget uppföljningsmål, mål eller delmål.</b>	Hävdade att det <b>inte gick att mäta om det var ett bra projekt</b> som lett till förbättring. <b>Mätte därför inte.</b>	<b>Universitetskontakt</b> och stöd från Chalmers. Samtidigt som de <b>vågade göra något nytt.</b>
Org. E	Resursproblematiken i <b>att få tillräckligt med resurser</b> när ett projekt ska bedrivas inom organisationens egna budget.	<b>Patientinvolvering</b> i syfte att ta reda på patienternas behov. Jobbade med både <b>PDSA-cykeln</b> och fiskbensdiagram. Även <b>stormöten</b> med många inblandade.	<b>Övergripande vision om positiva följd effekter.</b> Satte ett <b>tydligt, kvantifierbart uppföljningsmål.</b>	<b>Kunde tydligt mäta på en kvantifierbar förändring</b> som uppföljning på det tidigare uppsatta målet.	<b>Universitetskontakt</b> och stöd från Chalmers och CHI. Att ha en fot i både Chalmers och sjukvården. Lång planeringsfas och en <b>förståelse för sjukvårdens organisatoriska komplexitet.</b>
Org. F	Att förändra <b>den hierarkiska strukturen</b> inom vården mötte motstånd.	Tonvikten inom denna organisation är på <b>kommunikation</b> och <b>stormöten</b> med många inblandade. Även <b>PDSA-cykeln</b> användes.	<b>Tydligt kvantitativt och mätbart mål</b> från början, som sedan fick läggas ned, då det inte visade sig vara möjligt.	<b>Enkäter till personal och patienter</b> före och efter. Tittade på nationella <b>patientenkäten.</b> Hade svårigheter att hitta bra parametrar att mäta på, testade exempelvis att mäta vårdtid.	<b>Organisationen var mogen</b> för förändring. God <b>kommunikation</b> mellan olika grupper och gjort mindre förändringar innan som tagits emot väl. Förankring av förnyelsen i verksamheten.
Org. G	Problematik kring <b>förankring av behovet.</b> Svårt att få chefer att aktivt skapa förutsättningar för förnyelse.	Framförallt olika typer av <b>samverkansytor</b> , i form av träffar, <b>möten</b> osv. Till viss grad <b>patientinvolvering</b> , även jobbat med <b>PDSA-cykeln.</b>	Projektplan innan, delmål under tiden. <b>Tydliga och mätbara</b> arbetsmål och effektmål	<b>Mätte som uppföljning på målen.</b> Uppföljningar med hjälp av <b>kvalitetsregister</b>	<b>Kontakt mellan anställda och ledare</b> , att de träffas och utvecklar idéer tillsammans.
Org. H	Organisatorisk omorganisation ledde till ändrade, <b>kortsiktiga satsningar.</b> Även svårigheter kring att <b>ta del av andra förnyelsearbeten.</b>	I denna organisation använde man <b>patientinvolvering</b> som stöd i utformandet av förändringen. Utöver det låg fokus på <b>kommunikation</b> i organisationen.	<b>Hade en tydlig övergripande vision</b> som delvis innebar mjuka värden men delvis var möjlig att kvantifiera. <b>Hade även deadlines.</b>	<b>Kvalitativa utvärderingar</b> av upplevelser och nöjdhet hos patienter och närstående.	<b>Stor inre drivkraft. Utgångspunkt i ett behov.</b> Stöd från närmaste chefen har också haft stor betydelse. Lyckad <b>patientinvolvering</b> nämndes också.

Resultatet kan vid första anblick verka spretigt, då vissa punkter har fått väldigt varierande svar. Värt att poängtera är att organisationerna belyst flertalet framgångsfaktorer och hinder. I denna tabell redovisas

endast det som organisationen uppgett var de huvudsakliga utmaningarna eller framgångsfaktorerna. Vidare anges att organisationen arbetat med stormöten. Med det menas att de samlat flertalet individer från olika yrkesgrupper och med olika roller inom sjukvården och ibland även patienter för samtal, diskussioner, fokusgrupper eller liknande. En gemensam benämning användes här för att belysa likheten i tillvägagångssättet.

## 5 Analys

I följande kapitel har resultaten från intervjuerna analyserats utifrån passande teori i det teoretiska ramverket. Analysens syfte är att ligga till grund för en diskussion och slutsats som kan besvara studiens frågeställningar, och presenteras utifrån indelningen i resultatkapitlet; förberedelser, påverkande faktorer inom organisation och verksamhet, metoder och verktyg, mål och mätning, spridning samt hållbarhet och långsiktigt perspektiv.

### 5.1 Förberedelser

Resultaten visar att ett krav för initiering av förnyelsearbete är att det finns en känsla av behov som kommer inifrån organisationen, vilket är i enlighet med första steget i Kotters åttastegsmodell, *Skapa en känsla av angelägenhet* (Kotter, 1995). Problem i samband med detta verkar uppkomma, då behovet inte varit tydligt från början för alla inblandade. Dessa problem har bemötts genom att involvera medarbetare i processen, ha en tydlig kommunikation av behovet och söka inspiration om förnyelsearbeten hos andra organisationer samt i litteratur.

Ett typexempel när medarbetare hade svårt att se behovet av förnyelsearbete var då förnyelseförslag kom uppifrån sjukhusledning eller politiker, och under såväl intervjuer som fokusgrupper sades att behovet av förnyelsearbetet bör komma från verksamheten själv. Detta är något som både Batalden och Stoltz (1993) och Genombrottsmetodiken (SKL, 2016) stödjer genom att poängtera att de som arbetar i processen, eller verksamheten, är de som har förmågan att förändra den. För att lösa problematiken när medarbetare inte kan solidarisera sig med beslut uppifrån i organisationen menar Rubenowitz (2004) att det är viktigt att tidigt engagera dem i processen. Många av organisationerna uppger att detta gjordes i form av bland annat fokusgrupper och konferenser med medarbetarna.

När problemsituationer uppstod i initieringsfasen av förnyelsearbetet på grund av förslag uppifrån löstes dessa i vissa fall genom att någon eller några i verksamheten förstod vad behovet var och var förmögna att förmedla detta behov till andra. Detta går emellertid delvis emot vad Kotter (1995) skriver angående vikten av att ha just en grupp av personer med inflytande inom organisationen inledningsvis måste stötta projektet. Ökad spridning av förståelse kring behoven uppkom således då representanter från olika av Glouberman och Mintzbergs (1996a) definierade världar hade förståelsen om behovet och kunde förmedla denna till medarbetare inom respektive profession. Denna spridning mellan de olika världarna inom sjukvårdsorganisationer kan ses som vertikal kommunikation, vilket är viktigt för att förankra behovet av förnyelse i hela organisationen (Beer & Eisenstat, 2000; McDonald, Mecklenburg & Martin, 2015). Patientinitierat behov nämns av organisationerna som en katalysator då förståelse för behovet av förnyelsearbete ska spridas inom verksamheten. Detta stämmer väl överens med vad Glouberman och Mintzberg (1996a) skriver om att sjuksköterskor och läkare tenderar att stötta varandra gällande patienters behov.

Ökad förståelse mellan världarna kan också, som Garelick och Fagin (2005) skriver, underlättas genom utbildning av chefer kring organisationens medicinska processer. I en del av organisationerna drivs förnyelsearbeten av sjuksköterskor, vilka i och med erfarenhet från denna yrkesroll redan har förståelse för de medicinska processerna i organisationen. Enligt Garelick och Fagins (2005) logik kan förnyelsearbetets genomdrivande utav vårdpersonalen själv således underlätta då förståelse av behov ska spridas inom organisationerna. Att sjuksköterskor, eller andra med medicinsk kunskap, driver förnyelsearbeten underlättar förståelse för behov understryks även av Batalden och Stoltz (1993), som menar att personer som arbetar nära processer bäst vet hur de ska förnyas. Resultaten visar även exempel där organisationerna själva utformat lösningar på problem vilket har lett till framgångsrika resultat för förnyelsearbetet. Förklaringen till framgången kan, i enlighet med vad McDonald, Mecklenburg och Martin (2015) skriver, ligga i att det vid stora förnyelsearbeten är viktigt att medarbetare är med och utformar förnyelsearbetet.

Vidare menar Kotter (1995) i sin åttastegsmodell att det är viktigt med tydliga mål och visioner för att förnyelsearbete ska kunna bedrivas framgångsrikt. Detta går väl ihop med resultatet som visar att flertalet av organisationerna har haft övergripande visioner rörande vad deras förnyelsearbeten kan leda till i förlängningen. Inspirationen som organisationerna hämtat in inför förnyelsearbetena har kunnat fungera som ett mål eller en vision att sträva efter, samtidigt som olika upplägg har kunnat studeras och analyseras. Vidare beskriver Deming (1994) planeringsstadiet i PDSA-cykeln som ett steg där avvägningar mellan olika alternativ ska göras för att avgöra vilken lösning som ska testas i organisationen. Många organisationer identifierade lyckade projekt, till exempel genom litteraturstudier och studiebesök, och kunde på så sätt studera tidigare tillvägagångssätt och resultat från olika förnyelsearbeten eller modeller. De kunde därmed väga och jämföra olika möjligheter.

Att studera andra lyckade projekt och genomgå utbildningar som förberedelser inför förnyelsearbeten underlättar även för förståelse kring hur metoder och verktyg kan och bör användas. Speciellt nämns Chalmers och CHI som nyttiga källor rörande användningen. Batalden och Stoltz (1993) menar att felaktig användning av metoder och verktyg kan leda till motstånd, något som de organisationer som utfört omfattande omvärldsanalyser kunnat undvika.

## 5.2 Påverkande faktorer inom organisation och verksamhet

Att många av de intervjuade delar in motstånd utifrån vilka intressenter motståndet kommer från, så som läkare, sjuksköterskor och politiker, stöttar Glouberman och Mintzbergs (1996a) beskrivning av de olika världarna som finns inom sjukvården. Det framkommer i intervjuerna att det finns olika synsätt på värde, exempelvis mellan politiker och verksamhetsutvecklare kring vad jämlik vård innebar. I intervjuerna nämns också att strukturer i form av exempelvis en stark hierarki bland yrkesgrupper gör navigeringen kring förnyelsearbete mer komplicerad. Det faktum att läkares stöd benämns som viktigt för att få legitimitet tyder på att de starka strukturer som funnits historiskt fortfarande är något som präglar mycket av sjukvårdens arbetssätt och måste tas i beaktning. Genom att organisationerna i många fall har uppmärksammat dessa strukturer har de också arbetat med dessa i sitt förnyelsearbete med lyckade resultat. Ökad kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor genom exempelvis gemensamma expeditioner visade sig i resultatet vara ett sätt att överbygga de barriärer som Glouberman och Mintzberg (1996a) anser behöver elimineras mellan de olika världarna. I vissa fall blev detta även en typ av erkännande av läkarnas och sjuksköterskornas beroende av varandra som till viss del låg till grund för förnyelsen, vilket även framhävs av Garelick och Fagin (2005) som ett viktigt steg för förändring av kulturen i en sjukvårdsorganisation.

Crosson (2003) föreslår att förändring i organisationskultur kan göras genom gemensamt ledarskap eller mål relaterat till annat än klassiska mått som resursanvändning eller produktivitet. Då många av organisationerna nämner att fokuset på patienter har fungerat som en enande punkt för personalen inom sjukvården kan patientinvolveringen ha fungerat som det mål som Crosson (2003) nämner. Patientinvolvering har gjorts av organisationerna på varierande sätt, bland annat genom att ha dagar där patienter tillfrågas om organisatoriska förbättringsförslag.

Just fokus på patienter kan ses som ett mål som intresserar samtliga av de fyra världar som beskrivs. I intervjuerna framkommer hur personal inom vården generellt är van vid olika direktiv från ledningen, men att personalens fokus är att sätta patienterna i första hand. Detta styrks även av Glouberman och Mintzbergs (1996a) påstående om att läkare ser patienten som den främsta uppdragsgivaren. Detta kan tydligt förklara det faktum att förnyelsearbete med utgångspunkt i patientens önskan och behov tas emot väl av denna yrkesgrupp. Sjuksköterskor som, enligt Thompson, Navarra och Antonson (2005), tydligt kan se vissa behov hos patienterna i sitt dagliga arbete kan också lätt förstå och stötta förnyelsearbete som utgår från patienternas problem. Utifrån Glouberman och Mintzbergs (1996a) beskrivning av *community* som sjukvårdens representanter från samhället kan dessa delvis ses som patienternas röster och därför bör sjukvården också kunna ta till sig ett fokus på patienters behov. Hur patienters behov ses av *control* är svårare att utläsa, men med stöd från de tre andra världarna ses dock stor potential att använda den femte världen, *customers*, som enande punkt för alla av de existerande fyra världarna.

Glouberman och Mintzbergs (1996a) beskrivning av världen *community* har både likheter och skillnader mot det som dyker upp under intervjuerna. I deras artikel sägs att politiker kan överskatta de mandat de har kring påverkan. Detta ställs i kontrast mot att det framkommer att riktlinjer kring arbete som kommer från denna värld kunde göra att insatser prioriterades bort från förnyelsearbetet i en organisation då budgeten sattes. Dock stödes inte det kliniska arbetet för denna organisation vilket går i linje med det som påstås av Glouberman och Mintzberg (1996a) kring *communitys* brist på faktiskt påverkan gällande det kliniska arbetet. Politiken verkar kunna styra en del kring vilka resurser som tilldelas och hur styrdokument utformas, vilket organisationerna generellt sett är vana att förhålla sig till och göra anpassningar efter. Däremot kan olika direktiv och insatser från det politiska hållet till viss del ignoreras och verksamheten tillåter sig att, som verksamhetsutvecklaren från organisation B uttrycker sig, "se om det här blåser förbi". Detta styrker till viss del Glouberman och Mintzbergs (1996a) påstående om att ingripanden kan ses som periodiska och mer rör administration än det kliniska arbetet. Även det faktum att politiker, som ovan nämnda författare skriver, får information från utvalda källor och att tiden att sätta sig in i olika frågor är knapp, speglas i intervjuerna. Att många av de intervjuade använt media för att sprida sitt arbete och att detta lett till att politiker uppmärksammat förnyelsearbetet tyder på en viss problematik kring hur information kan förmedlas till politikerna. Då det ibland krävs olika priser och utmärkelser för att fånga medias, och därefter politikernas, uppmärksamhet skapas en svårighet kring ett mer kontinuerligt informationsflöde mellan organisationer och politiker.

## 5.3 Metoder och angreppssätt

Utifrån resultaten rörande metoder och angreppssätt går det att urskilja att flertalet av organisationerna aktivt jobbat med patientinvolvering, ofta med syftet att ena organisationen. Ytterligare metoder för att ena organisationen har varit sådana som utvecklats kommunikationen inom organisationen. Kommunikation har använts som ett medvetet angreppssätt för att överkomma strukturella svårigheter som uppkommer vid förnyelse i en komplex verksamhet. Framförallt har organisationerna jobbat med att samla människor från olika delar av sjukvården för att kommunicera med varandra. De förnyelsearbeten som bedrivits har ofta varit av en cyklisk och kontinuerlig karaktär, likt PDSA-cykeln (Deming, 1994), som även den öppnar upp för kommunikation.

### 5.3.1 Patientinvolvering

Som tidigare nämnt är patientinvolvering ett arbetssätt, alternativt ett förhållningssätt kring arbetsinriktning, som de flesta av organisationerna använt sig av. Utöver det som nämnts i tidigare avsnitt angående att patientinvolvering kan fungera som en enande punkt mellan sjukvårdens olika intressenter har patientinvolvering även fyllt andra syften inom organisationerna. I vissa fall har patientinvolvering initierats av politiska direktiv vilket kan härledas till de strategier som WHO utarbetat (WHO, 2015), detta stämmer även överens med den bild Lord och Gale (2013) ger när de belyser patientinvolvering som ett framväxande arbetssätt. I resultatet framgår det att en av organisationerna har använt patientinvolvering som en femte byggsten till Glouberman och Mintzbergs (1996a) fyra världar och för att ena dessa kring det gemensamma målet, patienterna. Det menades även att patientinvolvering ökar legitimiteten på förnyelseförslag. Patienter har setts som en tillgång för att se förnyelsemöjligheter och kartlägga processer. Slutligen nämndes det även i resultatet att det är av stor vikt att ha ett tydligt syfte med patientinvolvering, och att inte göra det "för sakens skull".

Rörande att använda patientinvolvering som en enande kraft inom sjukvården, vilket poängterades under flera intervjuer i stil med "Varför gör vi detta? För vems skull?" (Utvecklingsledare, Organisation G), så menar WHO att deras strategi för *integrated people-centered health service* (IPCHS) kan leda till en förbättrad arbetstillfredsställelse för personal (WHO, 2015). I resultatet nämns även att organisationer visat upp patienternas röster för att belysa deras behov för de fyra världarna, i ett försök att ena dessa. Detta är något som Genombrottsmetodiken benämner genom vikten av att ha patientfokuserade mål, med fokus på patientens behov (SKL, 2016). Patientinvolvering specifikt är dock inte något som nämns som en enande kraft i Glouberman och Mintzbergs (1996a) artikel rörande de fyra världarna och hur de ska

samverka. Däremot nämns det i artikeln, och som tidigare även nämnt i detta kapitel, att det existerar svårigheter i att de olika världarna har olika perspektiv och att deras definition på vad som exempelvis är en lyckad operation inte stämmer överens. Rörande hur patientens upplevelser har tolkats inom patientinvolvering menar Lord och Gale (2013) på att patientinvolvering ska fokusera på patientens subjektiva perspektiv, vilket i detta fall skulle innebära att definitionen av hur lyckad en operation varit i så fall skulle utgå från patienten själv. Detta är något som en utvecklingsledare i organisation G styrkte genom att säga ”*man måste gå tillbaka till vad blir bäst för patienten, inte organisera oss efter vad vi har*”.

Ett annat syfte med att använda sig av patientinvolvering har varit för att identifiera förbättringsområden som organisationen inte är medvetna om, vilket är något som Gustavsson (2016) identifierar som en viktig funktion i patientinvolvering. Vidare menar Gustavsson (2016) att patientens perspektiv av att vara inne i en sjukvårdsprocess är användbart för att kartlägga processer genom att fylla de luckor som finns mellan olika organisatoriska funktioner i vården. Detta synsätt liknar det syfte med patientinvolvering som finns i *Experience Based Co-Design* (EBCD), vilket enligt Donetto, Tsiankas och Robert (2014) också grundar sig på att tillsammans med patienter identifiera och förbättra processer. Detta sätt att identifiera processer och använda sig av patienter har några av organisationerna använt sig av.

Tillvägagångssätten för att involvera patienter skiljer sig något från organisation till organisation. Vissa har arbetat mycket med intervjuer och stora gruppmöten, där även andra intressenter deltagit för att diskutera och dela uppfattningar och erfarenheter. I andra fall har organisationerna istället använt sig av enkäter för att samla in åsikter, upplevelser och förbättringsförslag. I ett fåtal fall ägnade organisationerna sig åt att under enklare samtalsformer möta patienter. Dessa olika tillvägagångssätt att hantera patientinvolvering på stämmer väl överens med vad Armstrong (2013) beskriver rörande att patientinvolvering är svårt att bedriva på ett standardiserat vis. En svårighet som nämndes, i enighet med Armstrong (2013), var att veta hur patientinvolveringen skulle bedrivas, även i de fall där det fanns tydliga incitament till att använda sig av det.

Trots att endast en organisation uppgav att de aktivt arbetade med EBCD uppgav många av organisationerna att de inspirerats av denna typ av tillvägagångssätt. Vidare menar Donetto, Tsiankas och Robert (2014) att gruppdiskussioner är ett bra sätt att få patienters såväl som vårdpersonals perspektiv. Författarna menar även att patientens perspektiv kan fås genom observationer av processer och interaktionen mellan patient och vårdpersonal. Både Donetto, Tsiankas och Robert (2014), Gustavsson (2016) och organisationerna menar på att formella, uppstyrda möten och intervjuer är bra verktyg, men att även verktyg så som observation av interaktion och enklare samtal fyller en viktig funktion.

### 5.3.2 Kommunikation

Enligt McDonald, Mecklenburg och Martin (2015) är det viktigt att alla medarbetare är med på centrala delar i större förnyelsearbeten för att det är dem som är kraften som ska driva arbetet framåt. Detta stämmer väl överens med vad de studerade organisationerna uppmärksammar som viktiga metoder för att identifiera problem, komma fram till hållbara lösningar och för att engagera många olika parter i förnyelsearbetet. Gemensamt för de flesta organisationerna var att de hade något typ av forum, möten eller plattform för att få olika intressenter att kommunicera kring diverse frågor och tillsammans hitta lösningar på problem och konflikter under förnyelsearbetets gång. Genom att involvera olika intressenter och låta dem kommunicera under förnyelsearbetets gång möjliggjordes den vertikala kommunikation som Beer och Eisenstat (2000) menar är viktig för att sprida förståelse och motivation. Att använda sig av forum och möten stärks ytterligare av Batalden och Stoltz (1993), som säger att metoder för beslutsfattande och konflikthantering grundar sig på kommunikation via till exempel *brainstorming* och strukturerade diskussioner.

Vidare anger McDonald, Mecklenburg och Martin (2015) att det är nödvändigt att intressenter får tillgång till relevant information för att kunna bidra till förnyelsearbetet. Detta stämmer väl överens med organisationernas åsikt om vikten av informationsspridning. Några organisationer bjöd in till dialoger, möten eller utvecklingsdagar med alla som är eller kommer bli inblandade i förnyelsearbetet. En

organisation hade en kommunikationsplan, en annan hade stormöten för att sprida information. Detta går även väl i linje med den fjärde punkten från Kotters (1995) åttastegsmodell, vilken säger att är det viktigt att kunna kommunicera mål och vision för att få organisationen att sträva mot samma håll.

Enligt Kotters (1995) andra och fjärde steg *Bilda en kraftfull grupp* samt *Kommunicera visionen* är det av stor vikt att samla en inflytelserik grupp inom organisationen som ska leda förnyelsearbetet samt kommunicera ut visionen till de anställda. Likställs ett förnyelsearbets vision med mål går det att dra en parallell till det Batalden och Stoltz (1993) säger om vikten av att ha ett tydligt mål med förändringen. Finns det exempelvis en stark ledningsgrupp med inflytelserika informella ledare kan målet med förnyelsearbetet lättare spridas inom organisationen. Därmed undviks att förståelsen inom organisationen blir låg, vilket annars kan leda till att förnyelsearbetets steg blir ett självändamål snarare än att uppnå det övergripande målet. I vissa organisationer har de som själva initierat förnyelsearbetet gått ut och informerat om arbetet i organisationen för att visa sitt stöd och göra sig kända inom organisationen. Vikten av att ha denna typen av eldsjälar som driver projektet framåt uppmärksammades av ett flertal av de intervjuade organisationerna som en viktig framgångsfaktor.

### 5.3.3 Förbättringsmodeller

Under intervjuerna framkom det att erkända förbättringsmodeller används i en viss mån, främst i form av cykliska förbättringsmodeller så som PDSA-cykeln. Att PDSA-cykeln är den mest spridda cykliska modellen bland organisationerna är föga förvånande då Gershon och Rajashekharaiyah (2013) hävdar att den kan anses ligga till grund för flera andra förbättringsmodeller som skapats. Även Nolans förbättringsmodell (Berwick, 1996) har nämnts av ett fåtal organisationer och bidrar även till kontinuerligt förnyelsearbete. Fiskbensdiagram har dessutom använts av ett fåtal organisationer som ett sätt att "*komma underfund med vad problemet är*" (Utvecklingsledare Organisation E), vilket i litteraturen tas upp som ett bra verktyg för att visualisera och finna rotorsaker till problem (Langley et al., 2009).

Användningen av PDSA-cykeln där organisationerna stegvis utfört och följt upp olika förändringar genom att genomföra pilotprojekt (Deming, 1994) går även att jämföras med det tillvägagångssätt som förespråkas av Genombrottsmetodik. Genombrottsmetodik förespråkar också kontinuerliga förbättringar och att testa förändringar i liten skala, innan de antingen förkastas eller införs, för att på så vis lära personal och inblandade något även om förnyelsen i sig inte lyckas (SKL, 2016; Helin, 2009). Utöver att vissa organisationer nämnt en begränsad användning av de ovanstående modellerna, har inte några andra modeller kommit upp under intervjuerna, så som exempelvis Lean, Six Sigma och Total Quality Management. Detta tycks vara tvärt emot vad Jacobsson (2015) och Siverbo, Eriksson och Wijk (2008) menar rörande att kvalitet- och managementmetoder från industrin har haft stort genomslag inom sjukvården. Flera av organisationerna hävdade att de inte använde sig av någon förbättringsmodell alls, vilket kan ställas emot det relativt breda forskningsutbud av modeller som tas upp i det teoretiska ramverket. Under flertalet intervjuer uppkom det att några ansåg att många sjukvårdsorganisationer skyllde sin ovilja till förändring på att deras organisation var för annorlunda och att det därför inte gick att implementera färdiga förnyelsearbeten eller modeller hos dem.

Några av de intervjuade organisationerna uppmärksammade vikten av att våga prova sig fram till ett lämpligt tillvägagångssätt utan att ha en beprövad modell i ryggen. Detta strider emot mycket av det som tagits upp i det teoretiska ramverket, då teori ofta handlar om att följa steg-för-steg modeller eller strikta riktlinjer för att uppnå lyckad implementation av ett förnyelseprojekt. En av organisationerna ansåg att framtagandet av nya modeller underlättades då personen i fråga hade genomgått en utbildning på CHI i kvalitetsutveckling inom sjukvården. Att kvalitetsutvecklare finner stöd i att ha en teoretisk bakgrund är dock inget som berörs direkt i det teoretiska ramverket, dock menar Batalden och Stoltz (1993) att den kliniska kunskapen som läkare och sjuksköterskor har är nödvändig för att kunna uppnå kontinuerliga förbättringar. Vidare hävdar Carney (2011) att vårdpersonal skulle kunna stärka sin förmåga och möjlighet till att delta i förnyelsearbete genom bättre utbildning kring strategi och ledarskap inom ramen för sin kliniska utbildning. Detta går att koppla till organisationerna då de flesta av de intervjuade personerna har bakgrund som exempelvis sjuksköterskor, och därmed innehar både klinisk kunskap som kunnat



kompletteras med ytterligare utbildningar kring exempelvis kvalitetsutveckling i rollen som verksamhetsutvecklare.

## 5.4 Mål och mätning

Utifrån resultaten om organisationernas försök till att sätta upp mål och att mäta, går det att urskilja en problematik kring hur tydliga mätbara mål ska sättas upp, vad som ska mätas och hur det ska mätas. Organisationerna har upplevt dessa utmaningar då det har funnits tydliga incitament till att sätta upp mål och mäta, men kunskap om hur de ska göra det har saknats.

Att det finns en tydlig koppling mellan mål och mätning framgår både i det teoretiska ramverket och i resultatet. Mätning har bland annat använts av organisationerna som ett sätt att veta om och när målet med förnyelsearbetet blivit uppfyllt, vilket också nämns av Edström, Svensson och Olsson (2005) som att vara ett syfte med mätning. Batalden och Stoltz (1993) samt O'Neil et al. (2006) beskriver också att det är viktigt att ett mål ska vara tydligt och mätbart, alltså att målet ska vara utgångspunkten för vad som ska mätas. Alla organisationer har sett ett behov av att mäta och tyckt att det är viktigt att ha en plan med vad som mäts och de modeller som haft en bred spridning, såsom PDSA-cykeln (Deming, 1994) och Nolans modell (Berwick, 1996), betonar tydligt vikten av mål och mätning. Trots detta har målen som organisationerna satt upp varierat kraftigt i mätbarhet, och för de fall där mätbarhet varit önskvärt har det inneburit ett problem. Bristen på mätbarhet av målen skulle kunna förklara det faktum att det finns en osäkerhet hos organisationerna kring vad som ska mätas och hur det ska mätas. I form av bland annat SMART-modellen (O'Neil et al., 2006) och Nolans modell (Berwick, 1996) finns också en rad teorier för hur mätning kan bedrivas och målsättning utformas. Det har däremot inte heller framkommit i intervjuerna att några specifika modeller, som ovan nämnda, har använts för att styra arbetet kring mätning. Detta lyfts också fram av Batalden och Stoltz (1993) som betonar avsaknaden av forskning kring praktisk omsättning av mätning i sjukvården.

Utifrån SMART-modellen poängteras det att målsättningen ska vara specifik, mätbar, accepterad, realistisk och tidssatt (O'Neil et al., 2006). Bland dessa fem kriterier är det ingen av organisationerna som har presenterat en målsättning som möter alla fem. Accepterad och realistisk är kriterier som utifrån resultatet ter sig som enklare att styra efter, medan tidssatt, mätbar och specifik verkar vara svårare att möta i målsättningen. Att målsättningen ofta är av övergripande slag för organisationerna och åt ett mer kvalitativt håll kan förklara svårigheterna kring mätbarheten och det specifika. Tidssättningen verkar inte heller ha varit prioriterad i målsättningen då många organisationer drivit sitt förnyelsearbete på ett kontinuerligt vis och därför inte haft ett tydligt start- och slutdatum på sitt arbete.

Många av organisationerna anger också att de upplevt problem att sätta mål i början av ett förnyelsearbete och att målet ständigt förändras. De har varit tvungna att påbörja arbetet för att veta hur målet ska sättas upp. Det förstärker problematiken kring mätning eftersom organisationerna också medger att de gånger ett mätbart mål inte varit satt initialt, har det uppkommit problem under processens gång kring att välja vad som ska mätas. Kotter (1995) bekräftar att målsättningen är ett av de första stegen i en förändring och Berwick (1996) kommenterar i PDSA-cykeln att mätning och målsättning är viktiga faktorer tidigt i planeringen.

Det sjätte steget i Kotters (1995) åttastegsmodell, *Planera och skapa snabba resultat*, samt Batalden och Stoltz (1993) och Maslow (1954) poängterar vikten av att ha delmål som är tydliga och mätbara för att veta när de uppnås. Även om det i vissa intervjuer diskuterats delmål går det inte att urskilja ur resultaten om delmål används frekvent, och som utvecklingsledaren i Organisation E beskriver, ”*Jag vet att man ska sätta mål och man ska mäta, man ska ha delmål. I det här fallet så hade vi problem med det. Och det tror jag att många lärandeorganisationer har*”. Däremot har det påvisats att cykliska modeller använts iterativt under processen, där viss vikt läggs vid att kontinuerligt stämma av mål och mäta resultat.

Ett annat syfte med mätning, som nämns i litteraturen, är för att kartlägga en verksamhet (Edström, Svensson & Olsson, 2005). Det går däremot inte att urskilja i resultaten om kartläggning varit ett syfte för

organisationerna. Kartläggningen är viktig för att få en uppfattning om vad som ska mätas genom att processer är tydligt definierade, fortsätter Edström, Svensson och Olsson (2005). Osäkerheten kring hur ett tydligt och mätbart mål ska sättas upp samt vad som ska mätas, skulle kunna vara en konsekvens av att verksamhetens organisation och processer inte blivit tillräckligt kartlagda och att heller inte processer blivit tydligt definierade.

I kontrast till vad som sagts om problematiken kring att sätta tydliga och mätbara mål har många organisationer tyckt sig ha en tydlig målsättning. Av sammanhanget i resultatet kan målsättningen ofta tolkas som en vision, alltså ett mer långsiktigt mål på en högre nivå, om vad organisationen vill åstadkomma. Visionen, det långsiktiga och övergripande målet med ett förnyelsearbete, har flera goda syften. Detta poängteras av bland annat Kotters (1995) åttastegsmodell i steg tre och fyra, *Skapa samt kommunicera visionen*, där en tydlig vision beskrivs som en framgångsfaktor för att lyckas. Svårigheterna med att välja mätmetoder kan enligt organisationerna själva härledas från att huvudmålet i sig är av för stor skala, vilket beskrivs i resultatet. Detta kan förklaras av Ackerby et al. (2006) som poängterar att sjukvården är en så pass komplex verksamhet att effekter är svåra att härleda, en åsikt som också kom upp under en av intervjuerna. Organisationerna har istället försökt mäta på en mer lokal nivå, på något som kan härledas till det huvudsakliga målet eller olika typer av indikatorer. Detta kan påverka tydligheten i målet eftersom det minskar den direkta mätbarheten vilket även Edström, Svensson och Olsson (2005) understryker. Det finns också en risk som Martin et al. (2007) belyser i att det inte finns en tillräckligt stark koppling mellan det som egentligen ska mätas och det som mäts.

Organisationerna har till största del mätt kvalitativt men också kvantitativt, och precis som Edström, Svensson och Olsson (2005) tar upp kan det ofta kopplas till målets natur. Kvantitativ data har till stor del tagits från IT-system vilket också Berwick (2016) nämner, men kvantitativ data har också kommit från enkäter. Det lyftes dock som ett problem under fokusgruppen om mål och mätning att enkätundersökningar ofta har dålig svarsfrekvens, men också bristande urval. När det väl har varit känt vad som ska mätas har organisationerna angett att processen att mäta kvantitativt har varit enklare att genomföra och bearbeta än att mäta kvalitativt. Det framgår dock att kvantitativ mätning av patienters och personalens nöjdhet inneburit mycket administrativt arbete som upplevts som tidskrävande och ansträngande. Organisationerna har likt Martin et al. (2007) uppmärksammat problematiken kring att mäta de mer mjuka värdena i sjukvården såsom patientnöjdhet på ett kvantitativt vis. Martin et al. (2007) belyser också risken av att mjuka värden kan ha dimensioner som inte är kvantifierbara. Valet faller därför oftast på att använda sig av kvalitativa mätmetoder vilket även Edström, Svensson och Olsson (2005) tar upp.

I resultatet nämns att kommunikation och visualisering av framgång samt resultat är ett viktigt syfte med mätning, detta genom att kommunicerbarheten av en förändring upplevs öka när resultatet går att bevisa genom mätning. Batalden och Stoltz (1993) och Kotter (1995) menar att en avsaknad av, eller otydlig, mätning skulle kunna försämra kommunicerbarheten. Kommunikationen av mätning har i organisationerna spelat en stor roll både internt, för att förmedla att arbetet går i rätt riktning, men också externt för att förmedla framgång. Kotter (1995) och Batalden och Stoltz (1993) poängterar att det är en viktig faktor att information kommuniceras genom hela organisationen och därigenom ökar förståelsen för förnyelsen.

Att vissa organisationer anger att det funnits ett visst motstånd mot att mätas med enkäter kan förklaras av, som Loeb (2004) belyser, att mätningen inte är en neutral process utan kan påverka utövarna och personerna som är målobjekt för enkätstudierna på ett negativt vis. Enligt resultatet har organisationerna inte uttryckt någon skepsis mot mätning, vilket delvis talar emot vad Loeb (2004) skriver om att vissa av sjukvårdens världar tenderar att vara skeptiska till mätning. Det skulle kunna förklaras av att merparten av de intervjuade organisationerna företrädde av verksamhetsutvecklare, vilka Loeb (2004) beskriver är positivt inställda till mätning.

## 5.5 Spridning av förnyelsearbete

Samtliga organisationer uppgav under intervjuerna att de tror att de problem som initierade deras förnyelsearbeten även existerar inom andra sjukvårdsorganisationer. Organisationerna var även ense om att spridning av lyckade förnyelsearbeten är något positivt och önskvärt, men också svårt och utmanande att genomföra. Detta håller Massoud et al. (2006) med om och beskriver situationen som att *Pockets of excellence* existerar runtom i sjukvården och borde spridas. Att det anses vara svårt och utmanande är förståeligt då Ovretveit (2011) hävdar att det saknas forskning kring effektiv spridning av förnyelsearbeten.

Många av de intervjuade organisationerna yttrade en avsaknad av forum för att dela med sig av sina erfarenheter av förnyelsearbeten. Databaser, sökmotorer eller nätverksplattformar där det går att leta upp lyckade förnyelsearbeten uppmärksammades i både intervjuerna och fokusgruppen om spridning som verktyg som skulle kunna vara till stor hjälp. Det finns forum tillgängliga med ett uttalat syfte att sprida kunskap om hur vård och omsorg kan förbättras, såsom Ringla (Ringla, 2016) och Nationella Kvalitetsregister (Nationella Kvalitetsregister, 2016). Kvalitetsregistret finns att tillgå för att underlätta lärande och ständigt förnyelsearbete genom att erbjuda information från professionella yrkesgrupper (Nationella Kvalitetsregister, 2016). Kvalitetsregistren nämns aldrig som ett forum för spridning under intervjuerna, men nämndes dock i några intervjuer och under fokusgruppen som ett hjälpmedel för mätning. Ringlas syfte är att skapa möjligheter för att ta del av, och sprida kunskap om innovationer i sjukvården, stödja samverkan och inspirera till förnyelse (Ringla, 2016) vilket går väl i linje med det som efterfrågades i intervjuerna. Trots detta nämndes inte Ringla under någon av intervjuerna och endast en av de medverkande i fokusgruppen om spridning kände till forumet.

Flera av organisationerna ansåg att de träffat många som var mot förändring på grund av tidsbrist eller rädsla för ökad arbetsbelastning. Under fokusgruppen rörande mätning nämndes även där resursbrist som ett hinder för spridning, och i fokusgruppen om hinder nämndes rädsla för ökad arbetsbelastning som ett hinder för spridning. En lösning på detta problem var, enligt de intervjuade, att dela med sig och därmed återvinna redan framtaget material för förnyelsearbete. Verksamhetsutvecklaren på Organisation C sa att andra gärna får kopiera det de har gjort, men poängterade vikten av att reflektera och justera arbetet efter den egna organisationen, vilket många av de andra organisationerna höll med om. Vikten av att kunna anpassa förnyelsearbeten efter varje enskild organisation uppmärksammades även i litteraturen av Ovretveit (2011) som uppmanade till vidare forskning inom just vilka delar av ett förnyelsearbete som går att anpassa, och vilka som behöver replikeras. Författaren menar att anpassning av förnyelsearbetet är en förutsättning för lyckad spridning, och föreslår logiska ramverk som ett sätt att sprida lyckade pilotprojekt inom sjukvården. Att kopiera en förändring rakt av är även en av IHIs *Sju spridningssynder* (IHI, 2016). IHI uppmanar till viss anpassning av förnyelsearbetet vid spridning, så länge anpassningen är kontrollerad och nyckelfaktorerna bevaras. Även fokusgruppen om spridning berörde applicerbarhet av förnyelsearbetskoncept. Fokusgruppen kom fram till att abstraktionsnivån på koncepten behöver höjas för att göra dem mer generaliserbara för att underlätta spridning, vilket skulle kunna skötas av exempelvis en regional förvaltare.

Många organisationer talade om att uppmärksamhet i media och mottagande av utmärkelser var bra sätt för att nå ut med arbeten och få uppmärksamhet på. Vissa har använt sig av sociala medier som ett sätt att informera och sprida deras arbete. Detta kan jämföras med Massouds et al. (2006) tredje punkt för spridning, vilken betonar vikten av att ha bra kanaler och kommunikationsmetoder för att nå och engagera de som är föremål för spridningen. Även sociala sammankomster har uppmärksammats av organisationerna som ett viktigt kommunikationsverktyg för spridning. Det betonas tydligt av organisationerna att inspiration och lärdom är enklare att tillgodoräkna sig genom samverkan i ett fysiskt möte med andra människor. En typ av social sammankomst som kan klassas som en kommunikationskanal är nätverk. För att framgångsrikt sprida förnyelse kan samarbete i form av ett nätverk vara ett kraftfullt verktyg (Minto, 2012). Det studerade nätverkets övergripande syfte är att utveckla kunskap och professionalism inom innovation och förnyelse hos ledare och utvecklingsansvariga inom hälso- och sjukvården. Detta gick väl i linje med vad som sagts under intervjuerna, där de generella

förväntningarna på nätverket var att få nya perspektiv, idéer, inspiration och kunskapsutbyte inom förnyelsearbete i sjukvården. Flera av de intervjuade hade medverkat i nätverk tidigare och höll med om Minto (2012) utlåtande om att nätverk är ett effektivt verktyg för spridning av förnyelsearbeten.

## 5.6 Hållbarhet och långsiktigt perspektiv

Resultaten tyder på att det som initierat förnyelsearbeten varit ett identifierat behov av att förbättra vården och öka tillgänglighet till denna. Exempelvis talar många av organisationerna om att skapa en mer jämlik vård. Förnyelsearbete som nått önskat resultat har således haft en direkt positiv påverkan på den sociala hållbarhetsaspekten, till exempel baserat på vad Länsstyrelsen (2016) skriver om rätten till vård som del i social hållbarhet och vad Socialstyrelsen (2016) skriver om vårdgivares skyldigheter. Det uttrycks aldrig att förnyelsearbeten initieras för att stärka vare sig den sociala eller ekonomiska hållbarheten, men implicit så handlar all förnyelse inom sjukvården om att skapa en hållbar situation.

Resultaten tyder också på en tolkning av social hållbarhet där preventiv vård spelar en stor roll. Många organisationer menar att arbete med preventiv vård, till exempel genom att förespråka mer motion, är en förutsättning för socialt hållbar utveckling. Detta förebyggande tankesätt kan liknas vid *Upstream thinking*, som Lifvergren et al. (2012) talar om. Preventiv vård är ett sätt att arbeta för att handskas med de ökade kraven på sjukvården som Faezipour och Ferreira (2011) beskriver och bidrar därför också till en socialt hållbar utveckling. Organisationerna nämner dock inget om hur de ska handskas med de ökade kraven utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

Ekonomiska begränsningar tas emellertid upp som ett stort hinder för att få igenom förnyelsearbeten. Organisationerna märker tydligt av begränsade ekonomiska resurser som nationalekonomins första antagande belyser (Eklund, 2013) och dessa tar sig uttryck i respektive organisations budget. Organisationerna ser dock endast de ekonomiska begränsningarna som ett hinder för att bedriva förnyelsearbeten, snarare än som ett incitament för att bedriva dem. Detta i kontrast till det krav på förnyelsearbete för att uppnå en mer effektiv resursförbrukning som Cederqvist och Hjortendal Hellman (2005) menar att de ekonomiska begränsningarna utgör. Till exempel lyfts förnyelsearbeten som ökar produktiviteten fram som nödvändiga för att hantera de begränsade resurserna (Cederqvist & Hjortendal Hellman, 2005).

För att kunna skapa en mer socialt hållbar vård, dels kring ökad vårdkapacitet i samhället men också för personalens arbetsmiljö, framkom det under intervjuerna åsikter om en vilja att öka personalstyrkan och därmed tillföra nya resurser till sjukvården. Mulder (2006) menar att enbart tillförsel av nya resurser till system leder till att krav på effektivare resursförbrukning försvinner. Inställningen till att lösa resurstillgången med att använda mer resurser kan förklara åsikten att ekonomiska begränsningar enbart ses som ett hinder, istället för kravet som Cederqvist och Hjortendal Hellman (2005) beskriver. Många av de intervjuade var dock av åsikten att deras förnyelsearbeten i längden ledde till en mer kostnadseffektiv sjukvård, även om detta inte var huvudsyftet. Detta kan dock varken bevisas eller förkastas eftersom kostnadskalkyler före och efter förnyelsearbetets start inte genomförts.

Resonemang angående avvägningar mellan den ekonomiska och sociala hållbarhetsaspekten framgår ur resultaten. Exempelvis beskrivs balansgången mellan tillgängliga resurser och vårdgivares skyldigheter av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i resultaten som en ”*omöjlig ekvation*” (verksamhetsutvecklare, Organisation F). Trots detta är det endast ett fåtal som uttryckligen talar om att de sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekterna påverkar varandra i termer av avvägningar. Alla uppger dock att begränsade resurser är ett stort hinder för att bedriva förnyelsearbete. Exempelvis framkom det i många intervjuer att finansiering av förnyelsearbeten främst möjliggjordes genom intern omfördelning av redan tillgängliga ekonomiska resurser, något som inte alltid är möjligt. Följden av detta blir att många av de idéer till förnyelsearbeten som finns stoppas eftersom avdelningens eller sjukhusets budget inte tillåter större utgifter.

De många intressenterna inom sjukvården (Glouberman & Mintzberg, 1996a) bäddar också för problem grundade i resonemang kring *Tragedy of the commons*, som beskrivs av Berwick, Nolan och Whittington (2008) samt Granstrand (2010). Ett exempel på en problemsituation som lyfts fram är personal som inte väljer att delta i förnyelsearbeten på grund av risk för ökad individuell arbetsbelastning. Ett annat exempel är att vissa anställda i organisationerna får gå på utbildningar på arbetstid, vilket skapar avundsjuka och motstånd mot förnyelseförslagen som följer bland medarbetare. Som Granstrand (2010) skriver är detta något som ur ett individuellt perspektiv är förståeligt, samtidigt som det kan innebära suboptimeringar av sjukvården i sin helhet eftersom det kan förhindra förnyelsearbete.

The Triple Aim-synsättet som Berwick, Nolan och Whittington (2008) beskriver tar hänsyn till social och ekonomisk hållbarhet samt hur dessa påverkar varandra. Hur väl resultatet tyder på att organisationerna utför de tre olika åtgärderna som Berwick, Nolan och Whittington (2008) presenterar skiljer sig mellan de olika åtgärderna.

1. Alla studerade organisationer bedriver förnyelsearbete, av resultaten att döma främst med hjälp av processinnovationer. Alla har lyckats och arbetar dessutom med kontinuerligt förnyelsearbete, vilket är viktigt för att i framtiden kunna bemöta de ökade krav som Faezipour och Ferrerira (2011) beskriver.
2. Mätning av kvalitén på vården utförs också. Vanligt är att använda kvantitativa mått för att mäta förändring innan, under och efter förnyelsearbetet. Kvalitativa mätningar har också genomförts, vilket ger en djupare förståelse för hur förnyelsearbetena upplevs av patienterna.
3. Att mäta kostnader, resursfördelning och folkhälsa görs inte av organisationerna i samband med förnyelsearbeten. Detta förklaras med att organisationerna har svårt att samla in data rörande detta. Mätning av resursanvändning innan förnyelsearbeten skulle innebära ökad förståelse för om och hur förnyelsearbetet innebär en förbättring, vilket kan underlätta utmaningen att initiera förnyelseprojektet (Edström, Svensson & Olsson, 2005).

## 6 Diskussion

I följande kapitel diskuteras och förklaras analysen tillsammans med studiens resultat och teoretiska ramverk i relation till studiens frågeställningar. Dessutom diskuteras vilka begränsningar som kan ha påverkat utfallet av studien. Syftet med att uppdelningen är gjord utifrån frågeställningarna är för att, på ett strukturerat sätt, placera in studiens innehåll under respektive frågeställning för att kunna visa på hur väl frågeställningarna och studiens syfte besvarats. Studiens syfte är som tidigare nämnt att bidra till ökad kunskap om förnyelsearbete i sjukvården, samt underlätta för framtida förnyelsearbete i sjukvården.

### 6.1 Hur bedrivs förnyelsearbete i de studerade sjukvårdsorganisationerna?

För att förstå vad som legat bakom de studerade organisationernas framgång, har det studerats hur organisationerna bedrivit sitt förnyelsearbete. De flesta organisationerna bedriver sina respektive förnyelsearbeten kontinuerligt och genomför arbetet stegvis. Det visar på att de bedömer organisationens mognad inför en förändring, istället för att stressa igenom ett förnyelsearbete.

Det framgår ur resultaten att de flesta av organisationerna arbetat iterativt och kontinuerligt med förändringar under förnyelsearbetets gång. En ofta använd cyklisk förbättringsmodell är PDSA-cykeln, vilken tillåter ett induktivt lärande (Berwick, 1996). Trots att Genombrottsmetodiken inte nämnts under någon av intervjuerna så liknar tillvägagångssättet med användandet av cykliska modeller och ett ständigt lärande det som Genombrottsmetodiken förespråkar (Helin, 2009). Detta kan tyda på att Genombrottsmetodiken som introducerades i Sverige 1997 (SKL, 2016) har haft ett genomslag på de förnyelsearbeten som utförs, trots att detta inte uttalats. Vidare kan användningen av dessa arbetsätt, som enligt Berwick (1996) och Helin (2009) leder till ett lärande, bidra till att organisationerna fortsätter med kontinuerliga förbättringar och lyckas med fortsatta förnyelsearbeten. Detta visade sig under intervjuerna genom att de förnyelsearbeten som kom på tal sällan benämndes som färdiga eller genomförda. De intervjuade personerna tycktes fortsätta förbättra och utveckla sina förnyelsearbeten genom att fortsätta utvärdera och inhämta inspiration. Vidare menar såväl Langley et al. (2009) som OECD (2013) att feedback och åsikter från alla involverade intressenter i förnyelsearbetet är väsentligt för att det skall kunna bli en kontinuerlig process med ständigt lärande. Detta är något organisationerna har uppnått genom att involvera olika intressenter i den cykliska processen.

Som det poängterades i analysen är det intresseväckande att inte fler metoder och modeller har använts under de förnyelsearbeten som organisationerna bedrivit, vilka Jacobsson (2015) och Siverbo, Eriksson och Wijk (2008) i kontrast menar har haft genomslag i svensk sjukvård. Detta, i samband med att det under intervjuerna förespråkades att våga prova sig fram och utforma sitt egna tillvägagångssätt utan beprövade metoder och modeller, visar på att det inom organisationerna inte finns någon tro på att färdiga modeller ska lösa deras problem. Organisationerna har dock uppvisat en medvetenhet kring olika angreppssätt utan att namnge dem. Det tyder på att ingen av organisationerna har tagit något av dessa angreppssätt rakt av, men att de kan ha tillåtit sig att influeras och inspireras av metoder och modeller för att kunna anpassa dem efter sin egen verksamhet. Detta tyder troligen på att modellerna, trots att de inte nämnts, har haft ett visst genomslag inom organisationerna.

Rörande vikten av att verksamheten själv ska utforma förnyelsearbetet och de metoder och modeller som ska användas menar såväl Batalden och Stoltz (1993) som Genombrottsmetodiken (SKL, 2016) att de som kan ändra på en verksamhet eller process är de som arbetar i den. Detta stämmer till viss grad överens med

resultatet, men det måste inte betyda att de i verksamheten är de som måste skapa förnyelsearbetet. De flesta av de intervjuade har inte arbetat kliniskt i verksamheten de förnyat, utan haft roller som verksamhetsutvecklare och utvecklingsledare. Deras roller tycks snarare ha varit att förmedla och förankra ett tydligt behov i de berörda verksamheterna, enligt det första steget i Kotters (1995) åttastegsmodell. Detta för att få personer som arbetar i verksamheterna och processerna att agera i förnyelsearbetets syfte, i enlighet med det andra steget i åttastegsmodellen (Kotter, 1995). På så vis får personerna som arbetar i processen och verksamheten möjlighet till att förändra denna, i enlighet med vad Batalden och Stoltz (1993) och Genombrottsmetodiken (SKL, 2016) poängterar.

De eldsjälur som genomfört förnyelsearbetena i organisationerna har ofta agerat som spindeln i nätet för att få de olika avdelningarna och världarna att samarbeta. Förnyelsearbetena har i samtliga fall involverat representanter från flera av de, av Glouberman och Mintzberg (1996a) beskrivna världarna. Eldsjälarna har ofta varit en del av den värld som Glouberman och Mintzberg (1996a) benämner *control*. Den värld som har verkat svårast att få bra kontakt med har varit samhället, eller *community*, och då främst politikerna och de politiska direktiven. Det uppkom även att sjukvårdsorganisationer bör våga samarbeta med andra intressenter från samhället. En öppen och analytisk syn på omvärlden där eldsjälur aktivt sökt information och inspiration som de anpassat efter sina egna behov har bidragit till att förnyelsearbetet har uppnått sitt syfte och fått en kontext.

## 6.2 Hur behandlas mätning av förnyelsearbetets resultat inom de studerade sjukvårdsorganisationerna?

Loeb (2004) antyder att mätningens roll i förnyelsearbete är omdiskuterad men tydligt kan kopplas till målsättningen och dess utformning. Mätning har använts av organisationerna på många olika sätt, och det framkommer ett tydligt behov att kunna mäta för att bekräfta framgång gällande förnyelsearbete. Som Palmgren och Eklund (2014) skriver finns det krav på att kunna visa hur pengar används och vad förnyelsearbete ger för resultat, vilket kan vara en orsak till behovet och viljan att mäta hos organisationerna. Även det faktum att mätning kan fungera som feedback på om arbetet lyckas eller ej benämns som en anledning i intervjuerna. Många av organisationerna har upplevt stora svårigheter i att veta hur mätning och mätbara mål ska utformas, men har genom en stark förståelse och kommunikation kunnat förmedla sin framgång trots detta. Deming (1994) beskriver att det krävs stor kunskap om organisationer för att veta vad som ska mätas och för att förstå orsak och verkan av en förnyelse. Något som framgår i resultatet är att det bland eldsjälur och informella ledare (tillsammans benämnda nyckelpersoner) inom de studerade organisationerna finns erfarenhet och kunskap om organisationen och förnyelsearbete i allmänhet. Denna förståelse hjälper organisationerna att förstå ett upplevt behov av förnyelse och var i processerna och verksamheten rotorsaker till problem finns. Dessutom verkar denna starka förståelse ha varit det som kompenserar för utebliven mätning, då syftet med mätning enligt Berwick (1996) är att införskaffa kunskap om organisationen.

Det tycks alltså vara så att de organisationer som inte lyckats mäta, ändå har funnit tillvägagångssätt för att täcka upp för mätningens funktioner. Det är möjligt att organisationerna plockat delar av modeller för mätning som gått att applicera på deras behov, trots att det aldrig nämndes att några modeller för mätning användes. Om organisationerna är omedvetna om dessa modeller, eller om de helt enkelt inte ansetts vara lämpliga att anpassa efter verksamhetens behov, går inte att utläsa. I Berwicks (1996) nedbrytning av Nolans modell nämns tydlig målsättning och definition av mätetal som de två första avgörande stegen för att skapa förändringar som leder till förbättring. Vissa av organisationerna har arbetat med att identifiera mätetal för att kunna mäta på övergripande målsättningar. Att andra organisationer misslyckats med detta

kan grundas i att det har varit svårt att hitta ett tydligt mätbart mål då målsättningen varit av mer övergripande karaktär och att det därför varit svårt att förstå orsak och verkan, vilket Deming (1994) beskriver som en viktig del för att kunna mäta. Detta i sin tur skulle kunna bero på en bristande kunskap kring olika modeller för målsättning, så som SMART-modellen (O'Neil et al., 2006). Vidare innebär det första steget i Nolans modell att en tydlig målsättning ska skapas (Berwick, 1996). Bristen på en sådan kan förklara svårigheterna som organisationerna har gällande att hitta mätetal. Att många utgått från problem i verksamheten, vilket i Nolans modell representeras av det tredje steget; hitta lovande förändringar (Berwick, 1996), kan också förklara det faktum att det är svårt att efterhandskonstruera tydliga och mätbara mål för organisationerna när förändringarna redan är framtagna.

Enligt Berwick (1996) är ett annat syfte med mätning att ge bevis på att ett förnyelsearbete rör sig i rätt riktning, för att lägga grund och riktning för fortsatt arbete. Detta stöttas av Stiefel och Nolan (2012) som menar att kontinuerlig mätning och visualisering av resultat kan sporra organisationer till att nå mål. Flera organisationer har lyckats skaffat sig bevis för förnyelsearbetets rörelse i rätt riktning utan mätning, trots att de inte lyckats mäta processen, och i vissa fall inte heller resultatet. Detta har istället skett genom nyckelpersonernas förståelse för vad som sker i systemet, men även genom att de aktivt säkerställt ett feedbacksystem från såväl medarbetare som patienter, vilket går i linje med hur Langley (2009) beskriver kommunikation kring måluppföljning.

Batalden och Stoltz (1993) och Kotter (1995) nämner också kommunicerbarhet som en fördel som medföljer ett mätbart mål. Avsaknaden av mätbara mål hos organisationerna har kunnat överkommas eftersom nyckelpersoner inom organisationen redan har en stor förståelse för vad som ska uppnås. Dessa personer har i många fall också varit förtroendeingivande informella ledare, eller haft kunskapen att använda sig av sådana, och har därmed i styrka av sin yrkesroll (Kotter, 1995) kunnat förmedla målsättningen i den egna organisationen. Vidare har dessa nyckelpersoner även kunnat försvara och motivera målsättningen och i förlängningen förnyelsearbetet i sin helhet mot intressenter som chefer och politiker. Detta kan göra att incitamenten för att följa stegen i exempelvis Berwicks (1996) nedbrytning av Nolans modell inte blir tillräckligt stora då kommunicerbarhet uppenbarligen går att få trots brist på mätbart mål.

Trots att de flesta organisationerna överkommit utmaningarna kopplade till vad som ska mätas och hur målsättningen på bästa sätt översätts till mätbara mål, kvarstår en vilja att kunna mäta för att med hjälp av mätetal kunna bevisa sin framgång både inom organisationen och ut till andra intressenter. Under de intervjuer som genomförts och den fokusgrupp som hölls rörande mätning har det framkommit att just mätning och fastställandet av mätbara mål är ett ämne som många var väldigt intresserade av på grund av att det upplevts vara väldigt svårt, men givande, att mäta och ha tydliga mål. I enlighet med vad Batalden och Stoltz (1993) uttalar rörande att det saknas forskning kring hur mätning kan omsättas i praktiken, visar resultaten att mål och mätning är områden där det tydligt saknas kunskap. Det saknas exempelvis kunskap kring att sätta upp mätbara mål, såväl som hur mätning ska gå till i praktiken. Detta tyder på att organisationerna lyckats undgå den fälla som Berwick (1996) nämner kring att ett standardiserat synsätt kring mätning hämmar förnyelsearbete, och att de istället, som Berwick (1996) också förespråkar, lyckats lära sig mer som organisation i sitt måtarbete.



## 6.3 Hur överkommer sjukvårdsorganisationerna de utmaningar som finns i att bedriva förnyelsearbete?

Att utmaningar finns kring förnyelsearbete inom sjukvården framkommer såväl i de intervjuer som genomförts som i litteraturen enligt exempelvis Deming (1994), Glouberman och Mintzberg (1996a) och Batalden och Stoltz (1993). De utmaningar som identifierats kring förnyelsearbete är främst relaterade till engagemang i genomdrivande av förnyelsearbete, att definiera tydliga och mätbara mål samt att få med sig sjuksköterskor, läkare, ledning och politiker (samhället) i förnyelsearbetet. En lyckad kommunikation kring förnyelsearbetet, starka och engagerade eldsjälur, samt insamling av åsikter och involvering av medarbetare upplevs vara de huvudsakliga framgångsfaktorerna som organisationerna haft gällande att överbrygga dessa hinder.

I intervjuerna framkommer det att det kan vara en lång och ansträngande process att genomföra förnyelsearbete. Att driva igenom förnyelsearbete kan därför ses som en stor utmaning för de anställda och ledningen i sjukvårdsorganisationer. I de intervjuade organisationerna har en viktig faktor för att överbrygga utmaningarna varit de eldsjälur som varit inblandade i många av förnyelsearbetena. De lyckas med sin stora motivation och sitt personliga driv ofta föra en ganska långsam och trög process framåt. Framgångsfaktorn med eldsjälur inom projekt kan dock även innebära ett problem för andra organisationer. Till exempel belyser Kotter (1995) och Rubenowitz (2004) vikten av att få flertalet personer att agera eftersom en eller några få inte kan göra allt. Även IHI (2016) beskriver beroendet av eldsjälur som ett problem för att bedriva och sprida förnyelsearbete specifikt inom sjukvården. Om varje nytt förnyelsearbete behöver en eldsjäl för att kunna drivas ställer det stora krav på sjukvården, där resurser redan är knappa.

Att få med sig sjukvårdens alla världar (Glouberman & Mintzberg, 1996a) är den andra stora utmaningen som identifierats i förnyelsearbete. Brist på förståelse samt motstånd har inte överbyggt genom att någon pekat med hela handen och styrt, utan kommunikation har varit det verktyg som använts för att övertyga. I teorin föreslås en rad olika metoder i form av exempelvis PDSA-cykeln (Deming, 1994; Slack, Chambers & Johnson, 2007) och olika typer av mätning för att visualisera processer (Batalden & Stoltz, 1993) och kommunicera ut resultat av förnyelsearbete. Även om de intervjuade organisationerna använt sig av vissa av dessa verkar den stora framgångsfaktorn vara att noggrant informera kring förnyelsearbetet i de olika världarna. Att behovet av arbetet dessutom är tydligt förankrat hos den personal vars arbete förnyelsen påverkar och att dessa har möjlighet att komma med feedback och åsikter är ytterligare framgångsfaktorer som tidigare nämnts. Detta har en tydlig teoretisk koppling till de första stegen i Kotters åttastegsmodell (Kotter, 1995), vilka behandlar vikten av att involvera rätt personer tidigt och förankra förnyelsen i verksamheten. Att all kommunikation går åt två håll och inte bara syftar till att informera, utan även ta in information är något som också ter sig ytterst viktigt för att upptäcka och bemöta det motstånd som kan uppstå.

För att överbrygga motståndet är det också, precis som McDonald, Mecklenburg och Martin (2015) poängterar, viktigt att medarbetare förstår de centrala delarna kring varför och hur förnyelsearbete bedrivs. De flesta organisationerna involverar på ett eller annat sätt patienter i sina förnyelsearbeten, vilket uppges ha skapat förståelsen som McDonald, Mecklenburg och Martin (2015) beskriver. Detta har fungerat väl för att ena Glouberman och Mintzbergs (1996a) världar och förankra känslan av behov. Gällande hur de olika relationerna ser ut mellan världarna, är det svårt att avgöra hur generellt de olika resultaten från intervjuerna kan tolkas. Glouberman och Mintzberg (1996a) menar att det finns hierarkier samt skillnader i arbetssätt som potentiellt skapar hinder. Detta verkar även förekomma bland de intervjuade

organisationerna. Däremot är det svårt att skilja vilka hinder som existerar generellt mellan världarna och vilka som är ett resultat av personalen hos en intervjuad organisations enskilda negativa upplevelser. Hur det aktiva förnyelsearbete i de studerade organisationerna påverkar arbetet på längre sikt, både gällande organisationskultur samt fortsatt förnyelseförmåga, är något som inte har behandlats i någon större utsträckning i det teoretiska ramverket. Fortsatt forskning om organisationernas förnyelsearbete hade kunnat underlätta förståelsen för hur detta påverkat relationerna mellan de olika världarna samt hur förnyelsearbete kan överbygga hinder mellan dessa.

## 6.4 Hur förhåller sig sjukvårdsorganisationerna till de sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekterna?

Resultaten och analysen visar på att de ekonomiska och sociala hållbarhetsaspekterna samt balansgången mellan dessa behandlas av organisationerna, även om det i vissa fall inte sagts uttryckligen. Perspektivet på hållbarhet är organisationsnära och behandlar organisationernas verksamhet och budget, snarare än deras roll som offentligt finansierad vård på regional nivå. Förklaringen till det mer lokala och organisationsnära perspektivet kan ligga i det homogena urvalet av representanter för organisationerna. Många har liknande befattningar och kan därför ha liknande tolkning av på vilken nivå hållbarhet påverkar dem.

Representanternas roll i organisationerna kan också ha påverkat resultaten rörande balansgången mellan de ekonomiska och sociala hållbarhetsaspekterna. Under förnyelsearbetet behöver de flesta förhålla sig till exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och respektive organisations budget på samma sätt och resonerar därför på liknande sätt kring social och ekonomisk hållbarhet. Frågor på en mer verksamhetsnära nivå har gett resultat som tyder på ett starkt beroende mellan vad som definieras som ekonomisk och social hållbarhet. Många uttrycker till exempel svårigheten att tillfredsställa olika behov och uppfylla krav, och samtidigt hålla sig inom budget. Exempelvis uttrycker verksamhetsutvecklaren på organisation F följande problematik: *“En orsak är läkemedel som är dyra och som det är sagt att vi måste använda för att de ger mest resultat. Men vi får inte pengar av politikerna i den utvecklingen vi skulle behöva och vi får inte heller säga nej enligt hälso- och sjukvårdslagen [...], så egentligen är ekvationen omöjlig.”*

Trots snäva budgetar och stora utmaningar gällande dessa framkommer det inte under intervjuer att minskade kostnader är ett huvudmål då förnyelsearbeten bedrivs. Tankar likt Cederqvist och Hjortendal Hellmans (2005) om att begränsade ekonomiska resurser kräver förnyelsearbeten har således inte anammats av de studerade organisationerna. Med bakgrund i att organisationerna är framgångsrika på att bedriva förnyelsearbeten behöver detta dock inte vara ett problem. Icke-ekonomiska incitament och kravbilder fungerar bra. Exempelvis beskrivs patientinitierade behov som en motiverande faktor för att bedriva förnyelsearbeten.

Vidare formar också resultaten åsikter om vikten av preventiv vård, vilket tyder på ett långsiktigt *“Upstream thinking”* som styrks i litteraturen av Livfergren et al. (2012) och bäddar för en hållbar social utveckling. Det huvudsakliga området rörande långsiktig hållbar utveckling som kräver fler studier är således varför den ekonomiska hållbarhetsaspekten nedprioriteras och vad som kan göras för att tydliggöra sambandet till den sociala hållbarhetsaspekten. Att inom organisationerna väl förstå sambandet, exempelvis som Berwick, Nolan och Whittington (2008) beskriver The Triple Aim-synsättet, skulle möjliggöra förståelse för ytterligare behov och därför möjligtvis öka incitament för att bedriva förnyelsearbeten, samt effekten av dem.

## 6.5 Hur sprids lyckat förnyelsearbete?

Spridning av lyckade förnyelsearbeten är ett ämne som väckt många tankar och idéer hos de studerade organisationerna. Ur resultaten och analysen har det framkommit att spridning anses vara något positivt och önskvärt, men att det inte görs i organiserad form i den utsträckning som efterfrågas vilket gör det svårt att sprida budskap om lyckade förnyelsearbeten. Många vill gärna dela med sig av sina erfarenheter till andra, men känner att de i dagsläget saknar forum, incitament eller resurser för att göra detta.

Att organisationerna under intervjuer och fokusgrupper utlyser ett behov av någon typ av nationell databas eller plattform där det är lätt att hitta inspiration eller dela med sig av sina kunskaper är intressant med tanke på att forum såsom Ringla (Ringla, 2016) redan existerar, men till synes utom kännedom för organisationerna. Bristen på kännedom skulle kunna förklaras av att Ringla bara funnits sedan 2014 och inte hunnit nå en spridning bland landets sjukvårdsorganisationer än. En annan förklaring kan vara att en hemsida eller databas saknar det personliga mötet och möjligheten till direkt diskussion som också efterfrågats av organisationerna i samband med spridning. Detta då databaser ger mer av en envägskommunikation.

Ett annat sätt att sprida förnyelsearbete är genom nätverk, vilket också starkt efterfrågats av organisationerna; *"Vi behöver hitta en arena i hälso- och sjukvård för att föra ut våra budskap"* och *"Vår önskan är att vi ska få ihop något nätverk nationellt, så att vi kan utbyta erfarenheter"*. Nätverk har fördelen av att kombinera ett forum för att inspirera och inspireras, lära och lära ut med ett personligt möte. Att träffas för att utbyta erfarenheter är också ett mer dynamiskt arbetssätt där frågor kan ställas fritt. Upplägget kan styras efter deltagarna samt under processens gång. Det kan i sin tur hjälpa anpassningsbarheten som enligt Ovretveit (2011) och intervjuerna är viktigt för att förnyelsearbetet ska kunna appliceras på andra verksamheter. Om deltagarna i nätverket blandas med olika professioner och organisationer, kan också en samverkan likt ett nätverk bidra med lärdomar och förståelse för varandra. Som Garelick och Fagin (2005) beskriver, är det ett bra sätt att få fler professioner inom organisationen att engagera sig och delta i förnyelsearbetet.

Ett förslag från fokusgruppen om spridning var att tillsätta någon typ av regional förvaltare som har ett övergripande ansvar för att förnyelsearbete sprids, vilket kan vara ett realistiskt lösningsförslag som bör följas upp. En regional, eller till och med nationell, förvaltare skulle kunna ha ansvar för att studera lyckade förnyelsearbeten och undersöka deras anpassnings- och applicerbarhet på andra verksamheter. Detta skulle kunna nyansera sjukvårdens förhållningssätt till förnyelsearbete. En sådan förvaltare skulle även kunna ta ett aktivt ansvar för att skapa och utvärdera nätverk likt det som organisationerna deltar i idag. Det ligger väl i linje med det Massoud et al., (2006) och Nolan, Nielsen och Schall (2005) uttrycker rörande vikten av ledare och kommunikation för att planera och realisera spridningen. Detta i samband med att många av organisationerna upplevde att ett hinder för spridning är att det tar mycket tid och resurser i anspråk, tyder på att det krävs en extern part som initierar och leder ett nätverk. Att kunna sprida framgångsrika tillvägagångssätt för förnyelse skulle gynna hela landet långsiktigt då alla får tillgång till material om framgångsrikt förnyelsearbete, samtidigt som spill i form av dubbelarbete kan undvikas då tidskrävande förarbete kan återanvändas.

## 6.6 Begränsningar

De intervjuade personerna har i de flesta fall agerat i rollen som verksamhetsutvecklare eller någon typ av övergripande ledare och har därmed oftast inte haft något kliniskt ansvar inom organisationen. Detta kan ha påverkat resultatet eftersom inställningen till förnyelsearbeten ofta skiljer sig ur ledningens och

personalens synvinkel. Ett mer heterogent urval hade således varit fördelaktigt för att få en mer nyanserad bild av förnyelsearbetenas utförande och framgång. Under fokusgrupperna var dock fler professioner representerade och därför kunde detta resultat användas för att ge stöd åt intervjudata.

Resultatet kan också ha påverkats av att det i vissa fall ställdes ganska öppna frågor under intervjuerna, vilka bjöd in till berättande. Dessa frågor har ibland tolkats på olika sätt av olika personer, men generellt har sammanställandet av resultatet fokuserats på att finna mönster. I de fall frågor har tolkats väldigt annorlunda har dessa svar inte vägts in i resultatet, för att undvika felvinklade resultat. Dock kan detta potentiellt innebära att de svar som uteblivit på grund av feltolkningar indirekt har påverkat resultatet genom att ett visst mönster på så vis har missats.

Även det faktum att många av de intervjuade personerna har haft universitetskontakt kan ha påverkat svaren på intervjufrågorna. Det faktum att litteraturtips och liknande kommer från personer som befinner sig i en akademisk miljö kan leda till att de modeller och idéer som hänvisas till verkar vara mer vanligt förekommande än de egentligen är. Samtidigt innebar studiens urval att endast organisationer som uppvisat framgångsrika förnyelsearbeten intervjuades, vilket gör det svårt att avgöra om sådana samband är knutna till organisationernas framgång och kanske är en framgångsfaktor i sig, eller om det beror på organisationernas kontakt med universitet.

Studiens tidsram har utgjort en begränsning för frågeställningen gällande spridning. Eftersom ett nätverk visat sig vara ett lämpligt forum för spridning, hade det varit önskvärt att djupare utreda och utvärdera det aktuella lärandenätverkets arbetssätt och utformning. Insamlandet av empiri har skett under en begränsad period av lärandenätverkets existens, men ett längre tidsspänn hade tillåtit större datainsamling och djupare analys för att studera långsiktiga effekter och möjligheter med ett nätverk.

I framtiden bör studier om förnyelsearbete i sjukvården bedrivas på en bredare front för att inkludera flera perspektiv. Inom de studerade organisationerna bör därför urvalet utökas genom att inkludera personer från olika delar av, och på olika nivåer inom organisationen. Vidare bör också organisationer som lyckats olika bra med sina förnyelsearbeten inkluderas för att få en djupare förståelse för de utmaningar och framgångsfaktorer som existerar i ett förnyelsearbete. Att dessutom inkludera organisationer utanför Västsverige skulle kunna ge en mer verklighetstrogen bild av förnyelseförmågan i svensk sjukvård.

## 7 Slutsatser

Med utgångspunkt i intervjuerna som genomförts och sedan analyserats och diskuterats med hjälp av teorin, har sex framgångsfaktorer identifierats för organisationer som bedriver förnyelsearbete i sjukvården. Dessa sex framgångsfaktorer är; ha ett kontinuerligt synsätt med cykliska modeller, förbättra kommunikationen genom involvering, utforma en vision utifrån patientens behov, internt kan mätning ersättas med väl utbredd förståelse och kunskap, forum såsom nätverk är ett kraftfullt verktyg för spridning av lyckade förnyelsearbeten samt att eldsjälar ofta har en avgörande roll för förnyelsearbetets framgång.

Cykliska modeller används för att kunna arbeta kontinuerligt med förnyelsearbete, vilket driver ett ständigt lärande inom organisationen. Det är även tydligt att organisationerna har varit öppna för inspiration från andra, till exempel i form av metoder och angreppssätt, men haft förmågan att anpassa detta till den egna verksamheten. Det ständiga lärandet och öppenheten inför ny kunskap leder i förlängningen till att organisationens förnyelseförmåga ökar.

För att få tillgång till mer kunskap och inspiration har olika professioner och yrkesgrupper framgångsrikt involverats i de förnyelsearbeten som bedrivits. Detta har möjliggjorts av en utvecklad kommunikation såväl inom som utanför organisationen. Utöver olika professioner har även patienten involverats för att skapa bästa möjliga lösning ur flera intressenters perspektiv. Involveringen av de olika intressegrupperna har i sin tur möjliggjort ytterligare kommunikation och förankring inom organisationen.

Initieringen av de arbeten som bedrivits har styrs av ett upplevt behov och en identifierad möjlighet till förbättring av sjukvården. Ekonomiska besparingar är inte ett incitament som tilltalar berörda parter inom organisationerna tillräckligt för att uppnå den förankring som krävs för att genomföra ett lyckat förnyelsearbete. Istället krävs en vision som tilltalar de som berörs av förändringen och skapar en vilja att förändra. Att i skapandet av visionen involvera patienten och dess behov är kritiskt för att ena organisationen kring ett gemensamt mål.

Att tydligt kunna se resultat, som uppföljning på förnyelsearbetet och dess mål, är viktigt för organisationen för att motiveras till att lära och utvecklas. Ett verktyg för detta är genom mätning, men mätningen som process tjänar i sig inget eget syfte utan kan internt ofta överbryggas av väl utbredd förståelse och kunskap om den förändringen som sker. Fördelen med att mäta är att det är svårare att ifrågasätta ett tydligt mätt resultat än vad det är att ifrågasätta förståelsen för en förnyelseprocess. Förståelse och kunskap hos individer är inte lika enkelt att kommunicera som en tydlig mätbar förändring. Ibland kan tydligt mätbara förändringar vara önskvärda för kommunikation utåt och uppåt, exempelvis i kommunikation med politiker och ledning.

För att framgångsrikt kommunicera tankar och idéer, såväl som att beskriva hur förnyelsearbeten har utförts krävs ett forum där sjukvårdsorganisationer möts för att både sprida och ta del av förnyelsearbeten. Forumet behöver vara lättillgängligt, blanda inspiration med konkreta lärdomar och erbjuda en arena för diskussion i personliga möten. Den information som sprids bör också vara så pass generell i sin utformning, att den kan anpassas till flera olika typer av sjukvårdsorganisationer. Det råder inga tvivel om att spridningsinitiativ såsom internetforum, som exempelvis Ringla, kan göra stor skillnad i att göra idéer och inspiration kring förnyelsearbete lättillgängliga. För att till fullo få ut alla fördelar av spridning verkar det krävas någon form lärandenätverk, som kombinerar fördelarna hos internetforum med personliga möten som stärker lärandet.

I de studerande organisationerna har många av de ovan nämnda framgångsfaktorerna identifierats och genomförts med hjälp av eldsjälarna i organisationerna som tagit en nyckelroll i att driva förnyelsearbetet framåt, spridit kunskap och förståelse till sin verksamhet, samt försvarat och spridit förnyelsearbetets framgång. Att ge utrymme för eldsjälarna att ta initiativ och driva förnyelsearbete är något som ur ett långsiktigt perspektiv gynnar sjukvården genom att den bättre kan ta tillvara på de kunskaper och erfarenheter som bildas under en förnyelseprocess.

# Källförteckning

Ackerby S. et al. (2006) Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Stockholm: *Sveriges Kommuner och Landsting*

Anell, A., Glengard, A. och Merkur, S. (2012) Sweden: *Health system review*. Health systems in transition, Vol. 14, Nr. 5, ss. 1-159. ISSN 1817-6119

Armstrong, A. et al. (2013). Optimizing patient involvement in quality improvement. *John Wiley & Sons Ltd. Health Expectations*

Bandyopadhyay, J. och Coppens, K. (2005) Six Sigma Approach to Healthcare Quality and Productivity Management. *International Journal of Quality & Productivity Management*. Vol. 5, nr 1

Batalden, P. och Stoltz, P. (1993). A framework for the Continual Improvement of Health Care. *The Joint Commission - Journal of Quality Improvement*. Vol. 19, nr 10

Beer, M., Eisenstat, R. (2000) The Silent Killers of Strategy Implementation and Learning. *MIT Sloan Management Review*, vol. 41. nr 4

Bergman, B. et al. (2016) An Emerging Science of Improvement in Health Care. *Quality Engineering*, vol. 27, nr 1, ss. 17-34. DOI:10.1080/08982112.2015.968042

Berwick, D.M. (2016) Era 3 for Medicine and Health Care. *The Journal of the American Medical Association*, vol. 315, nr 13, ss. 1-3. DOI: 10.1001/jama.2016.1509

Berwick, D.M. (1996) A primer on leading the improvement of systems. *Boston Management Journal*, Volume 312, nr 7031, ss. 619–622

Berwick, D.M. et al. (2003) Connections Between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care*, vol. 41, nr 1, ss. 30-38

Berwick, D.M., Nolan, T.W. och Whittington, J. (2008) The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, vol. 27, nr 3, ss. 759-769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Blomkvist, P. och Hallin, A. (2015) *Method for engineering students; Degree project using the 4-phase Model*. Lund: Studentlitteratur

Bryman, A. och Bell, E. (2011) *Business Research Methods*. Tredje upplagan. Oxford University Press.

Carey, R. och Lloyd, R. (2001) Measuring Quality Improvement in Healthcare: *A Guide to Statistical Process Control Applications*. Milwaukee: ASQ

Carney, M. (2011) Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 24, nr 7, ss. 523-539

- Cederquist, J. och Hjortendal Hellman, E. (2005) Iakttagelser om Landsting. Stockholm, *Finansdepartementet*. (Ds 2005:7)
- Crosson, F. J. (2003). Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *BMJ: British Medical Journal*, vol. 326, nr 7390, ss. 654
- Deming, W.E. (1994) *The new economics for industri, Government, Education*. Second Edition. Cambridge, Massachusettes: The MIT-press
- Denscombe, M. (2016) *Forskningshandboken; För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Donetto, S., Tsiankas, V. och Robert, G. (2014) Using Experience-based Co-design to improve the quality of healthcare: mapping where we are now and establishing future direction. London: King's College London
- Edström, A., Svensson C. och Olsson, J. (2005) Att mäta för att veta: Praktiska råd och tips om mätning och uppföljning i samband med utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Stockholm: *Sveriges Kommuner och Landsting*
- Eklund, K. (2013) *Vår Ekonomi*. 13e upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- Faezipour, M. och Ferrera, S. (2011) Applying system thinking to assess sustainability in healthcare systems of systems. *Inderscience*.  
<http://www.inderscienceonline.com/doi/full/10.1504/IJSSE.2011.043861> (2016-04-15)
- Garellick, A. och Fagin, L. (2005) The doctor-manager relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol 11, ss 241-252
- Gershon, M. och Rajashekharaiyah, J. (2013) 'How many steps to quality? From Deming cycle to DMAIC'. *Int. J. Productivity and Quality Management*, vol. 11, nr 4, ss. 475–489
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (1996) Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, vol. 29, nr 1, ss. 56-69
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (1996b) Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part II: Integration. *Health Care Management Review*, vol. 26, nr 1, ss. 69-84
- Granstrand, O. (2010) *Industrial Innovation Economics and Intellectual Property*. 5e upplagan. Göteborg: Svenska Kulturkompaniet
- Gustavsson, S. (2016) *Patient involvement in quality improvement*. Division of Quality Sciences. (Doktorsavhandlingar vid Chalmers tekniska högskola)
- Hackman J.R. och Shuttle J.L. (1977) Improving life at work: Behavioral science approaches to organizational change. <http://scholar.harvard.edu/rhackman/publications/improving-life-work-behavioral-science-approaches-organizational-change>. Santa Monica, CA; Goodyear



- Helin, Y. (2009) *Förändrings- och förbättringsarbeten utifrån genombrottsmetoden*. Härnösand: Kommunförbundet Västernorrland
- Hellman, S., Kastberg, G. och Siverbo, S. (2015) *Explaining process orientation failure and success in health care – three case studies*. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 29, ss. 638 - 653
- Heritage, J. (1984) *Garfinkel and Ethnometodology*. Cambridge: Polity Press
- Hood, C. (1995) *The "New Public Management" in the 1980s: Variations On A Theme*. Amsterdam: Elsevier Science Ltd
- IHI. Institute of Healthcare Improvement. *IHI "Seven Spreadly Sins"* [Elektronisk bild]  
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IHISevenSpreadlySins.aspx> [Åtkomst 2016-05-07]
- Jacobsson, T. (2015) Lean healthcare – principles for creating swift even patient flow. *ARCH*, North America <http://conferences.chalmers.se/index.php/ARCH/arch12/paper/view/447/92> (2016-03-22)
- Kotter, J.P. (1995) *Leading Change. Why transformation efforts fail*. *Harvard Business Review*, January 1995, ss. 92-107
- Kvale, S. och Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Langley, G.J. et al. (2009) *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, Second Edition*. Jossey-Bass
- Lincoln, Y. S. och Guba, E. G. (1986) *But Is It Rigorous? Trustworthiness and Authenticity in Naturalistic Evaluation*. In D. Williams (ed.), *Naturalistic Evaluation*. *New Directions for Evaluation*., nr 30. San Francisco: Jossey-Bass
- Lifvergren, S. (2013) *Quality Improvement in Healthcare: Experiences from two longitudinal case studies using an action research approach*. Division of Quality Sciences (Doktorsavhandlingar vid Chalmers tekniska högskola)
- Lifvergren, S. et al. (2012) The Path To Sustainability In Healthcare: Exploring The Role Of Learning Microsystems. *Organizing for Sustainable Health Care*, red. Albers Mohrman, S. och Shani, A, ss. 169-198. Bingley: Emerald Group Publishing Limited
- Lord, L. och Gale, N. (2013) Subjective experience or objective process: Understanding the gap between values and practice for involving patient in designing patient-centred care. *Journal of Health Organizations and Management*, vol. 28, nr 6, ss. 714-730
- Loeb, JM. (2004) The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, nr 1, ss. 5-9
- Länsstyrelsen Västra Götalands Län. *Socialt hållbar utveckling*.  
<http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/broschyreer-foldrar/sochallbarutv.pdf> (2016-02-05)

- Maslow, A. och Murphy, G. (1954) *Motivation and Personality*. New York: Harper & Bros
- Magnusson, J. och Nilsson, N. (2014) *Enterprise System Platforms: Transforming the Agenda*. Lund: Studentlitteratur
- Martin, L.A. et al. (2007) *Whole System Measures*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement (Tillgänglig på [www.IHI.org](http://www.IHI.org))
- Massoud, M.R. et al. (2006) *A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006
- McDonald, P., Mecklenburg, R. och Martin, L. (2015) The Employer-Led Health Care Revolution. *Harvard Business Review*, Juli 2015. <https://hbr.org/2015/07/the-employer-led-health-care-revolution> (2016-03-24)
- Minto, R. (2012). Building an effective primary health care network. *New Zealand Nurses' Organization. Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, vol. 18, nr 34, ss. 34
- Mulder, K. (2006) *Sustainable Development for Engineers*. Sheffield: Greenleaf Publishing Ltd
- Nationella Kvalitetsregister. *Om Nationella Kvalitetsregister*  
<http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister.33.html> (2016-03-21)
- Nash, D. et al. (2003) Improving the doctor-manager relationship. *British Medical Journal*, vol 326, nr 7390, ss. 652-653
- Nolan, K., Nielsen, GA. och Schall, MW. (2005) *Developing strategies to spread improvements (Chapter 6). From Front Office to Front Line: Essential Issues for Health Care Leaders*. Chicago, Illinois: Joint Commission Resources; 2005
- OECD (2013) *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising standards*, OECD Publishing
- O'Neill, J. et al. (2006) *Using Goals to Improve Student Learning*. Solution Tree press
- Ovretveit, J. (2011) *Widespread focused improvement: lessons from international health for spreading specific improvements to health services in high-income countries*. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; vol. 23, nr 3: ss. 239–246
- Ovretveit, J (2000) *Total quality management in European Healthcare*. *International Journal of Health care Quality Assurance*, vol. 13, nr 2, ss. 74-80
- Palmgren, M. och Eklund, F. (2014) *Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting

- Payne, T. et al. (2013) Healthcare information technology and economics. *Oxford Journals*. 2013-03-01. <http://jamia.oxfordjournals.org/content/20/2/212> (2016-05-02)
- Proctor, J. och Doukakis, I. (2003) "Change management: the role of internal communication and employee development ", *Corporate Communications: An International Journal*, vol. 8, nr 4, ss.268 - 277
- Regeringsbeslut (2014) Uppdrag om innovationsledarlyft för beslutsfattare för ökad förmåga att bedriva innovationsarbete i offentlig verksamhet, N2014/2618/FIN, (2016-02-04)
- Ringla.nu. URL: <http://ringla.nu> (2016-05-13)
- Rubenowitz, S. (2004) *Organisationspsykologi och ledarskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur AB
- Schneiderman, B. och Plaisant, C. (2013) Improving Healthcare with Interactive Visualization. IEEE Computer Society. 2013-05. <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=6415893&tag=1> (2016-03-28)
- Scoville R. och Little K. (2014) *Comparing Lean and Quality Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement
- Siverbo, K., Eriksson, H. och Wijk, H. (2013) An improvement engine for empowered change in healthcare. *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 62, nr 2, ss. 156-167.
- Slack, N., Chambers, S. och Johnson, R (2007) *Operations Management*. Femte upplagan. New York: Pearson
- Stiefel, M. och Nolan, K. (2012) *A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. (Tillgänglig på [www.IHI.org](http://www.IHI.org))
- Socialstyrelsen. *Dina rättigheter i vård och omsorg*. <http://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/dinarattigheterivardochoomsorg> (2016-04-09)
- Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2014) *Öppna jämförelser 2013 – Vård och omsorg om äldre*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL. ISBN 978-91-7555-127-2. (Artikelnummer 2014-01-03)
- Solberg, L., Mosser, G. och McDonald, S. (1997) The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, vol. 23, nr 3, ss. 135-147
- Sverige Kommuner och Landsting, SKL. *Genombrottsmetodik*. <http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/battrevardmindretvang/genombrottsmetodik.1875.html> (2016-03-21)
- Thompson, P.A., Navarra, M.B. och Antonson, N. (2005) Patient Safety: The four domains of nursing leadership. *Nursing Economics*, vol. 23, nr 3

Tucker, A. och Edmondson, A. (2003) Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, vol. 45, nr 2, ss. 55-72

Van Wijngaarden, J.D.H., de Bont, A.A., Huijsman, R. (2006) Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care. *Health Policy*, vol. 79, nr 2-3, ss. 203-213

Von Knorring, M., de Rijk, A. och Alexanderson, K. (2010) *Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare*. BMC health Service Research

Walley, P. (2003) Designing the accident and emergency system: lessons from manufacturing. *Emergency Medicine Journal* 2003, nr 20, ss.126–130

Weinstock, D (2008) *Lean Healthcare*. The Journal of Medical Practice Management. *MPM*, vol. 23, nr 6, ss. 339-41

World Health Organisation WHO (2015) WHO global strategy on integrated people-centred health services 2015-2026, Executive Summary: Placing people and communities at the centre of healthservices. (Draft for consultation)

1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm, Socialdepartementet

# Appendix

## Appendix 1 - Expertintervjumallen

Etablera djupare förståelse för nätverkets arbete, vad som har gjorts hittills och vad som skall göras i framtiden

- Varför skapades nätverket?
- Är nätverket det första av sitt slag eller finns det någon föregångare som ni tagit inspiration från?
- Hur går ni tillväga i ert arbete och varför valdes just detta arbetssätt?
- Vad har ni i nätverket gjort än så länge?
- Förnyelse/innovationsarbete, Förnyelse/innovationsförmåga används friskt i projektintroduktionen. Hur definierar ni de begreppen och vad skiljer dem åt?

Etablera djupare förståelse för nätverkets syfte och mål

- Ambitionen med nätverket är ju att lärande designa, testa och utvärdera förnyelseprocesser och organisatoriska innovationer, har ni upplevt någon framgång hittills?
- Med dina egna ord, vad vill du att nätverket ska åstadkomma?
- Varför är det viktigt att det åstadkoms?
- Vad upplever du är de största utmaningarna för att nå dit?
- Har CHI/du något individuellt mål med samarbetet i nätverket?
- Hur valdes de ingående organisationerna ut?
- Hur påverkade det projektets målsättning?

Förstå forskarteamets roll i nätverket i allmänhet den intervjuade och CHI:s medverkan i synnerhet

- Vad upplever du att din roll är i nätverket?
- Vilken roll har CHI, CBI och Skövde högskola i projektet i allmänhet?
- Hur kom ni fram till kombinationen av forskare/praktiker?

Få tips och trix som underlättar för kommande intervjuer med nätverket

- Vad kan vara nyttigt för oss att veta om personerna och organisationerna de representerar inför deras intervju?
- Övrigt som du tycker är viktigt för oss att veta inför intervjuerna?
- Litteraturens intervjueteori åsido, har du några personliga tips för vad som gör en bra forskningsintervju?

## Appendix 2 – Intervjumallen

Få förståelse för representantens yrke, ansvarsområde & erfarenhet

- Vilken är din roll i organisationen?
- Vad har du för bakgrund?

Hur bedrivs förnyelsearbete i de studerade sjukvårdsorganisationerna?

- När du tänker på förnyelsearbete och innovation i din organisation, vad tänker du på då?
- Hur skulle du beskriva/exemplifiera det?

*Skulle du kunna tänka på ett specifikt förnyelsearbete som du är stolt över/nöjd med.*

- Vad var det som initierade behovet av förnyelsearbete?
- Hur förberedde ni er inför förnyelsearbetet?
- Hur planerade ni ert förnyelsearbete?
- Använde ni er av någon speciell metod eller angreppssätt för att genomföra projektet?
- Vad tror du var “nyckeln till er framgång”?
- Var det något som du hade velat göra annorlunda?
- Vad har blivit resultaten av ert arbete?
- Vad gör ni för att bibehålla lösningen på lång sikt?

Vilka utmaningar finns det i dagens sjukvårdsorganisationer när det gäller att implementera förnyelsearbete?

*Med det menar vi att ta förnyelsearbetet från planeringsfasen till att implementera det i verksamheten.*

- Vilka var de största utmaningarna med att implementera förnyelsearbetet?
- Hur tacklade ni dem?
- Tror du att dessa implementeringsutmaningar existerar inom fler sjukvårdsorganisationer?

Generaliserbarhet

- Vilka delar av problemet som initierade behovet av förnyelsearbete tror du kan existera inom fler sjukvårdsorganisationer?
- Vilka delar av ert tillvägagångssätt tror du skulle kunna tillämpas på andra sjukvårdsorganisationer?

Vilka är de vanligaste verktygen och metoderna för att mäta förnyelsearbete hos er?

- Hur tydligt var målet med förnyelsearbetet i initieringsfasen?
- Hur mätte ni förändringsarbetets framgång?
- Hur kom ni fram till den måttenheten och metoden?
- Vad skulle ni ha gjort annorlunda rörande mål och mätning?

Hur hanterar sjukvårdsorganisationerna balansgången mellan sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekter i sitt förnyelsearbete?

- Reflekterar ni kring dessa då förnyelsearbete planeras?
- Hur har ni hanterat ekonomiska begränsningar i ert arbete?
- Hur hanterar ni sociala hållbarhetsaspekter? Exempelvis kvalitetskrav, krav från patienter, vårdgaranti osv.
- Hur hanterar ni balansgången mellan sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekter? Ex mellan att ge förstklassig vård vs ekonomiska begränsningar.
- Hur hanterar ni olika intressenters (läkare, sjuksköterskor, ledning, samhället, patienter etc.) viljor och behov?

Etablera djupare förståelse för förväntningarna på nätverket.

- Vad har du för förväntningar på nätverket?
- Hur blev det så att just du representerar din organisation i nätverket?
- Vad tror du att du kommer kunna bidra med till nätverket?
- Vad tycker du om det som ni har gjort hittills?

### Appendix 3 - Den reviderade intervjumallen

Få förståelse för representantens yrke, ansvarsområde & erfarenhet

- Vilken är din roll i organisationen?
- Vad har du för bakgrund?

Hur bedrivs förnyelsearbete i de studerade sjukvårdsorganisationerna?

- När du tänker på förnyelsearbete och innovation i din organisation, vad tänker du på då?
- Hur skulle du beskriva/exemplifiera det?

*Skulle du kunna tänka på ett specifikt förnyelsearbete som du är stolt över/nöjd med.*

- Vad var det som initierade behovet av förnyelsearbete?
- Vilka personer var inblandade i planeringen inför förnyelsearbetet?
- Hur förberedde ni er inför förnyelsearbetet?
- Hur planerade ni ert förnyelsearbete?
- Använde ni er av någon speciell metod eller angreppssätt för att realisera projektet?
- Vad tror du var "nyckeln till er framgång"?
- Var det något som du hade velat göra annorlunda?
- Vad är resultatet av ert arbete?
- Vad gör ni för att bibehålla lösningen på lång sikt?

Vilka utmaningar finns det i dagens sjukvårdsorganisationer när det gäller att realisera förnyelsearbete?

*Med det menar vi att ta förnyelsearbetet från planeringsfasen till att realisera det i verksamheten.*

- Vilka var de största utmaningarna med att realisera förnyelsearbetet?
- Hur tacklade ni dem?
- Tror du att dessa realiseringsutmaningar existerar inom fler sjukvårdsorganisationer?
- Hur hanterar ni olika intressenters (läkare, sjuksköterskor, ledning, samhället, patienter etc.) viljor och behov?

Generaliserbarhet

- Vilka delar av problemet som initierade behovet av förnyelsearbete tror du kan existera inom fler sjukvårdsorganisationer?
- Vilka delar av ert tillvägagångssätt tror du skulle kunna tillämpas på andra sjukvårdsorganisationer?
- Hur ska man på bästa sätt utnyttja erfarenheter från lyckade förnyelsearbeten?

Vilka är de vanligaste verktygen och metoderna för att mäta förnyelsearbete hos er?

- Hur tydligt var målet med förnyelsearbetet i initieringsfasen?
- Hur mätte ni förändringsarbetets framgång?
- Hur kom ni fram till den måttenheten och metoden?
- Vad skulle ni ha gjort annorlunda rörande mål och mätning?

Hur hanterar sjukvårdsorganisationerna balansgången mellan sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekter i sitt förnyelsearbete?

- Hur har ni hanterat ekonomiska begränsningar i ert arbete?
- Hur hanterar ni sociala hållbarhetsaspekter? Exempelvis kvalitetskrav, krav från patienter, vårdgaranti osv.
- Hur hanterar ni balansgången mellan sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekter?



Etablera djupare förståelse för förväntningarna på nätverket

- Vad har du för förväntningar på nätverket?
- Vad tror du att du kommer kunna bidra med till nätverket?
- Vad tycker du om det som ni har gjort hittills?

## **Appendix 4 – Fokusgruppsmallarna**

### **Vilka hinder finns det för förnyelsearbete i sjukvården?**

På vilket sätt hindrar patienter, politiker, läkare, sjuksköterskor, ledning, övriga?

Hur kan man överkomma olika typer av hinder?

Vilka erfarenheter och egenskaper krävs?

De utmaningar ni ställdes inför, tror ni att de existerar hos fler sjukvårdsorganisationer?

### **Hur kan lärdomar från ett framgångsrikt förnyelsearbete spridas?**

Hur breddas ett förnyelsearbete, från lokal nivå till något större?

Hur kan ett förnyelsearbete få spridning till andra sjukvårdsorganisationer?

Hur kan erfarenheter dokumenteras och/eller visualiseras?

Hur får man ett projekt att bli långsiktigt hållbart?

Vad är era tips till de som vill lyckas med förnyelsearbete i sjukvård?

### **Hur kan förnyelsearbete mätas?**

Vad finns det för för- och nackdelar med att mäta förnyelsearbete?

Hur går det att säga att ett förnyelsearbete är framgångsrikt?

Vad är det svåraste med att mäta framgång i förnyelsearbeten?

Hur kan man sätta upp mål som kan mätas?