

# CHALMERS



Implementering av värdebaserad vård på Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset  
– analys, utvärdering och rekommendationer

Implementation of Value-based Health Care at  
Sahlgrenska University Hospital  
– Analysis, Evaluation and Recommendations

Kandidatarbete i Industriell Ekonomi

VINCENT BRIGEL  
ANNA MAGNUSSON  
JOSEFIN MALMGREN  
MALIN NILSSON  
ADAM VIDEBERT

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation  
*Avdelningen för Industriell kvalitetsutveckling*  
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA  
Göteborg, Sverige 2016  
Kandidatarbete TEKX04-16-02

# Förord

Författarna av rapporten är studenter vid civilingenjörsprogrammet Industriell Ekonomi på Chalmers Tekniska Högskola i Göteborg. Rapporten är resultatet av den studie som genomförts som kandidatarbete. Kandidatarbetet är ett projekt under den sista terminen av den inledande treåriga delen av utbildningen och ska ge studenter möjlighet att praktiskt tillämpa sina kunskaper på ett verkligt fall.

Att genomföra studien och skriva rapporten har varit en otroligt spännande och lärorik resa där vi fått möjlighet att själva styra och planera arbetet på ett sätt som i tidigare kurser inte varit möjligt. Från att inledningsvis haft en vag uppfattning om vad projektet skulle handla om utkristalliserade det sig efterhand till ett projekt som vi alla tyckte var väldigt intressant och viktigt att undersöka närmare. Något som inspirerat oss mycket under arbetets gång är känslan av att det vi åstadkommer faktiskt betyder något och kommer att användas i praktiken.

Vi vill även passa på att framföra ett stort tack till våra handledare, såväl på Chalmers som på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som har gett oss stöd och hjälpt oss att rikta arbetet åt rätt håll. Utan er hjälp hade vi aldrig nått det resultat som vi nu kan presentera. Vi vill därför tacka Ida Gremyr och Andreas Hellström för inledande hjälp angående kandidatarbetets inriktning, Henrik Eriksson för löpande stöd som gjort att vi hållit oss på rätt spår samt Carina Iversen som gjorde projektet möjligt och som även hjälpt oss under vägen. Givetvis vill vi även rikta ett stort tack till alla de personer på SU som vi fått möjlighet att intervjua för att samla in data till vår analys. Det har varit väldigt spännande att höra era åsikter och erfarenheter, utan er skulle vi inte kunnat genomföra vårt projekt.

Göteborg, maj 2016

Vincent Brigel  
Anna Magnusson  
Josefin Malmgren  
Malin Nilsson  
Adam Videbert

# Sammanfattning

Den svenska hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. En ökande medellivslängd och krav på bättre vård, tillsammans med minskat antal barn som föds, gör att den tidigare befolkningspyramiden numera liknar ett torn. Till följd av denna utveckling kommer skatteintäkterna att behöva fördelas på en större mängd patienter. Det finns en risk att det leder till ett större gap mellan tillgång och efterfrågan i hälso- och sjukvården, vilket i sin tur påverkar den sociala hållbarheten. Värdebaserad vård, ett koncept som togs fram av Porter och Teisberg (2006), kan vara ett sätt att hantera framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvården.

Värdebaserad vård har i nuläget implementerats i liten skala på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, men planeras att införas över hela sjukhuset inom en snar framtid. Eftersom konceptet är relativt nytt i Sverige saknas forskning på hur införandet bör ske på bästa sätt. Rapportens syfte är därför att undersöka och följa upp implementering av värdebaserad vård i den svenska hälso- och sjukvården. Undersökningen avser att identifiera faktorer som påverkar implementeringen och därigenom skapa förutsättningar för att lyckas ännu bättre med framtida införanden. Utifrån detta kan hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas på ett mer hållbart sätt för att tillgodose framtidens vårdbehov.

Det teoretiska ramverk som studien grundas i berör *implementeringsteori, implementering i hälso- och sjukvården* samt *värdebaserad vård*. Centralt i den värdebaserade vården är att skapa största möjliga värde för patienten i förhållande till vårdens kostnader. Porter och Teisberg (2006) har presenterat sex principer för att lyckas med detta. Kotter (1995) har i åtta steg beskrivit hur ett lyckat införande bör gå till där de olika stegen grovt kan delas in i förberedande arbete, genomförande och förankring. Det finns dock flera unika utmaningar i hälso- och sjukvården som är svåra att hitta i andra organisationer. Nilsen (2010) menar därför att sjukvården ofta ses som en komplex organisation med många aktörer att ta hänsyn till.

Datainsamlingens första del består av intervjuer med det projektkontor som startat upp de hittills inledda projekten. Andra delen består av intervjuer med projektledare, verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer från fyra olika uppstartade projekt samt vårdpersonal i respektive verksamheter. Intervjudata analyserades och utifrån denna analys, tillsammans med litteraturstudien, identifierades elva faktorer som påverkar förutsättningen för implementeringen. Det togs även fram fjorton rekommendationer på hur den nuvarande implementeringsprocessen kan utvecklas.

De elva faktorerna som identifierats kan delas in i de mer övergripande grupperna *anpassning av modeller, metod med goda förutsättningar, drivande ledarskap, vikten av att mäta och stödjande IT-system*. Rekommendationerna som tagits fram riktas till, och delas in utifrån, målgrupperna *ledning, Värdekontoret och arbetsgrupper*. På ledningsnivå är rekommendationerna strategiska, medan de övriga kan ses som operationella. Rekommendationerna tros kunna ge goda förutsättningar för framtida lyckade implementeringar av värdebaserad vård. Trots att flera hinder identifierats tros Sahlgrenska Universitetssjukhuset därför kunna ha goda möjligheter för storskalig implementering.

# Abstract

The Swedish health care is facing big challenges. Increased life expectancy and the demand for better care, in addition to a decreasing number of births, has transformed the population pyramid into a tower. As a consequence, tax revenues will have to be distributed on a growing amount of patients. This risks leading to a bigger gap between supply and demand for health care services, which in turn will affect the social sustainability. Value-based health care, a concept that was first presented by Porter and Teisberg (2006), might be a way to deal with these future challenges.

Value-based health care has been implemented in a small scale at Sahlgrenska University Hospital, but is planned to be implemented at the entire hospital in the near future. Since the concept of value-based health care is relatively new to Swedish standards, there is a lack of research on how to best implement the concept in Sweden. Thus, the purpose of this study is to examine and analyze implementation of value-based health care in Swedish health care. The study aims to identify factors that affect the implementation, and by doing so, contribute to more successful implementations in the future. Successful implementations might lead to a more sustainable use of the resources in health care.

The theoretical framework of the study consists of literature regarding implementation theory, implementation in health care, and value-based health care. The core purpose of the value-based health care is to deliver high value for patients at low costs. Porter and Teisberg (2006) have presented six components in a strategic agenda for moving to this value-based health care. Kotter (1995) has presented eight steps in a change model as a tool for successful change projects. The model can be categorized into creating the climate for change, engaging and enabling the organization, and implementing and sustaining the change. There are several unique challenges in health care systems compared to other organizations (Nilsen, 2010). Thus, hospitals are often seen as complex organizations with many actors to take into account.

The empirical data supporting the study was collected through interviews, where the first part consisted of interviews held with the organization operating the implementation. The second part of the interviews were held with project managers, operating developers, operating managers and nursing staff from the studied patient processes. Data from the interviews was analyzed, and together with the theoretical framework eleven factors were identified that affect the implementation. Out of these factors, fourteen recommendations on how to improve the present implementation process were produced.

The eleven factors that were identified can be divided into five categories: *adaptations of the theoretical models, method giving the right prerequisites, result driven leadership, the importance of measuring, and supportive IT systems*. The recommendations are divided into three groups based on which of the involved actors that should be given the responsibility to manage each recommendation. The recommendations given to the management of Sahlgrenska University Hospital are considered to be strategic questions that have to be taken into consideration while others should be managed on a more operational level. The recommendations are considered to give good prerequisites for future successful implementations of value-based health care. Despite the many obstacles that have been identified, Sahlgrenska University Hospital is regarded to have good opportunities for carrying out the implementation of value-based health care throughout the entire hospital.

Key words: value-based health care, change management, implementation in health care

# Ordlista

**arbetsgrupp** - samlingsbegrepp för projektgruppen, styrgruppen och referensgruppen som arbetar med införandet av värdebaserad vård

**Bröstcancer** - en av de patientprocesser som följts upp. Bröstcancer är en av de vanligast förekommande cancerformerna (1177 Vårdguiden, 2016)

**Integrated Practice Units** - Patientomhändertagande organiserat efter sjukdomstillstånd (Höglund et al., 2012)

**kostnadsmått** - mått som mäter kostnader och resursanvändning

**Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom, KOL** - en av de patientprocesser som följts upp. KOL är en kronisk lungsjukdom där patienten behandlas kontinuerligt, men extra mycket vid försämringsskov (KOL, 2016)

**Normalförlossning** - en av de patientprocesser som följts upp. Det innebär en förlossning enligt klassificeringen Robson 1 (1177 Vårdguiden, 2015)

**Osteoporos** - en av de patientprocesser som följts upp. Det är det medicinska namn för benskörhet (Socialstyrelsen, 2015)

**patientgrupp** - grupp av patienter med en diagnos eller tillstånd

**patientprocess** - den vårdprocess som personer i en patientgrupp går igenom

**PREM** - Patient Reported Experience Measures, mäter patienters upplevelse av och tillfredsställelse med vården (Sydöstra Sjukvårdregionen et al., 2016)

**processmått** - mått som baseras på resultat för aktiviteter som påverkar patientens hälsa

**projektgrupp** - innehåller bland annat projektledare, metodstöd och verksamhetsutvecklare vilka alla arbetar aktivt med projektet

**PROM** - Patient Reported Outcome Measures, mäter hur patienter upplever sin sjukdom eller hälsa efter behandling (Sydöstra Sjukvårdregionen et al., 2016)

**referensgrupp** - en del av arbetsgruppen bestående av bland annat vårdpersonal och patientrepresentanter

**styrgrupp** - en del av arbetsgruppen som består av de styrande på verksamheterna

**styrkort** - en uppsättning mått med syfte att användas som ett verktyg för att leda verksamheterna

**styrmått** - ett samlingsnamn för måtten i styrkorten, som innefattar utfallsmått, kostnadsmått och processmått

**utfallsmått** - mått som mäter det slutgiltiga utfallet av vården och kan delas in i nivåerna uppnådd hälsostatus, återhämtning och långsiktig hälsa (Porter och Teisberg, 2006)

**verksamhet** – enhet som tillhör ett verksamhetsområde inom SU och är organiserad utifrån olika funktioner

**våg** - varje omgång av startade implementeringar av värdebaserad vård

**vårdepisodersättningssystem** - Innebär att dagens ersättning för enskilda komponenter i en behandling överges och i stället betalas ett paketpris för all vård som ett visst sjukdomstillstånd kräver (Höglund et al., 2012)

**värdebaserad vård** - ett begrepp som myntades av Porter och Teisberg (2006), där det centrala är att ge patienten största möjliga värde i förhållande till de kostnader som uppkommer

# Innehåll

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| 1. Inledning.....                                            | 1  |
| 1.1 Bakgrund .....                                           | 1  |
| 1.2 Syfte .....                                              | 2  |
| 1.3 Frågeställningar .....                                   | 2  |
| 1.4 Avgränsningar .....                                      | 3  |
| 1.5 Rapportens disposition .....                             | 3  |
| 2. Metod .....                                               | 4  |
| 2.1 Uppdragets uppkomst.....                                 | 4  |
| 2.2 Val av metodansats.....                                  | 4  |
| 2.3 Litteraturstudie .....                                   | 4  |
| 2.4 Projekturval .....                                       | 5  |
| 2.5 Intervjuer .....                                         | 5  |
| 2.5.1 Öppna intervjuer.....                                  | 5  |
| 2.5.2 Halvstrukturerade intervjuer.....                      | 5  |
| 2.5.3 Kortare halvstrukturerade intervjuer .....             | 7  |
| 2.6 Analys.....                                              | 7  |
| 2.7 Metoddiskussion.....                                     | 8  |
| 3. Teoretiskt ramverk .....                                  | 10 |
| 3.1 Implementering .....                                     | 10 |
| 3.1.1 Förändringsteori .....                                 | 10 |
| 3.1.2 Betydelsefulla faktorer för lyckad implementering..... | 12 |
| 3.1.3 Uppföljning .....                                      | 13 |
| 3.2 Implementering i hälso- och sjukvård .....               | 13 |
| 3.2.1 Förändringsmotstånd hos vårdpersonal.....              | 13 |
| 3.2.2 Sjukvårdssystemets komplexitet .....                   | 15 |
| 3.2.3 Förändringskunskap vid ett nytt arbetssätt .....       | 16 |
| 3.2.4 Risker vid implementering .....                        | 16 |
| 3.3 Värdebaserad vård.....                                   | 17 |
| 3.3.1 Principerna för värdebaserad vård.....                 | 17 |
| 3.3.2 Värdebaserad vård i Sverige.....                       | 19 |
| 3.3.3 Kritik mot värdebaserad vård .....                     | 21 |
| 4. Studiens kontext .....                                    | 22 |
| 4.1 Den svenska hälso- och sjukvården.....                   | 22 |
| 4.2 Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....                  | 22 |
| 4.3 Värdekontoret .....                                      | 23 |

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 4.4 Studerade patientgrupper.....                     | 24 |
| 5. Värdekontorets metod .....                         | 26 |
| 5.1 Förberedelsefas.....                              | 26 |
| 5.2 Projektfas.....                                   | 29 |
| 5.3 Vidareutvecklingsfas .....                        | 30 |
| 6. Intervjudata.....                                  | 31 |
| 6.1 KOL.....                                          | 31 |
| 6.2 Normalförlossning.....                            | 34 |
| 6.3 Bröstcancer.....                                  | 37 |
| 6.4 Osteoporos.....                                   | 40 |
| 6.5 Rollspecifika erfarenheter .....                  | 42 |
| 7. Faktorer som påverkar implementering.....          | 44 |
| 7.1 Anpassning av modeller .....                      | 44 |
| 7.1.1 Anpassning av värdebaserad vård .....           | 44 |
| 7.1.2 Anpassning av implementeringsteori .....        | 45 |
| 7.2 Metod med goda förutsättningar .....              | 46 |
| 7.2.1 Förberedelse inför implementering .....         | 46 |
| 7.2.2 Samarbete och lärande över gränserna .....      | 47 |
| 7.2.3 Uppföljning efter implementering.....           | 48 |
| 7.3 Drivande ledarskap.....                           | 48 |
| 7.3.1 Engagemang och prioritering .....               | 48 |
| 7.3.2 Visualisering och efterfrågan av resultat.....  | 50 |
| 7.4 Vikten av att mäta.....                           | 51 |
| 7.4.1 Fungerande styrkort.....                        | 51 |
| 7.4.2 Värdeskapande patientinvolvering .....          | 52 |
| 7.5 Stödjande IT-system.....                          | 53 |
| 7.5.1 Indatahantering.....                            | 53 |
| 7.5.2 Utdatahantering .....                           | 54 |
| 7.6 Analys av faktorer .....                          | 55 |
| 8. Rekommendation.....                                | 57 |
| 8.1 Rekommendationer riktade till ledningen .....     | 57 |
| 8.2 Rekommendationer riktade till Värdekontoret.....  | 59 |
| 8.3 Rekommendationer riktade till arbetsgrupper ..... | 60 |
| 8.4 Sammanställning av rekommendationer .....         | 61 |
| 9. Slutsats och diskussion.....                       | 64 |
| 9.1 Svar på frågeställningarna .....                  | 64 |
| 9.2 Ett hållbart införande av värdebaserad vård.....  | 65 |

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| 9.3 Fri diskussion om det fortsatta införandet ..... | 67 |
| Källförteckning.....                                 | 69 |
| Bilaga 1: Intervjumall - Värdekontoret .....         | 74 |
| Bilaga 2: Intervjumall - projektgrupp.....           | 75 |
| Bilaga 3: Intervjumall - vårdpersonal.....           | 77 |

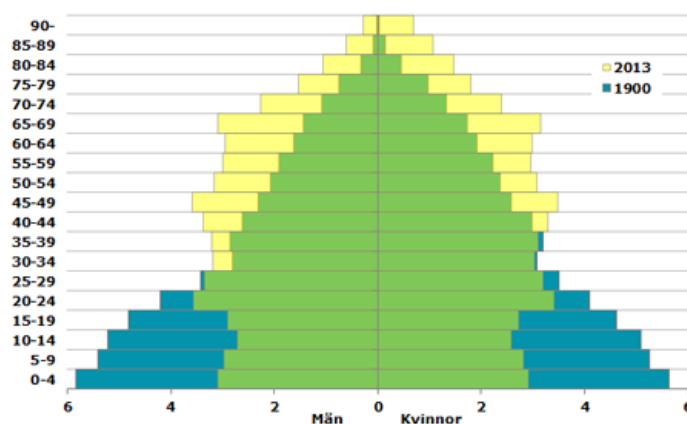


# 1. Inledning

Följande kapitel syftar till att ge en introduktion till rapportens relevans samt en grundläggande beskrivning av vilka utmaningar den svenska hälso- och sjukvården står inför. Värdebaserad vård är ett koncept som anses kunna lösa flertalet av dessa utmaningar. Enligt Porter och Teisberg (2006), som grundat konceptet, handlar det om att skapa största möjliga värde för patienten. Kapitlet beskriver även rapportens syfte, frågeställningar, avgränsningar samt rapportens disposition.

## 1.1 Bakgrund

En rapport gjord av Statistiska Centralbyrån visar att befolkningens åldersfördelning för cirka hundra år sedan kunde liknas vid en trappstegspyramid, med en bred bas och spetsig topp (SCB, 2014). År 2013 kunde motsvarande fördelning mer liknas vid ett torn, vilket ses i Figur 1. Orsaken till detta är att medellivslängden i Sverige ökat medan antalet barn som föds har minskat. Försörjningskvoten, som är ett mått på antalet barn och äldre i förhållande till antal personer i yrkesaktiv ålder, förväntas öka ytterligare. Som en följd av den beskrivna utvecklingen kommer skatteintäkterna som andelen yrkesverksamma genererar att behöva fördelas på en större befolkning. Svensk vård utmärker sig vid internationella jämförelser genom att den främst finansieras av offentliga medel (Europeiska kommissionen, 2011). Det ökade behovet av vård riskerar därför att leda till ett allt större gap mellan tillgång och efterfrågan i hälso- och sjukvården.



Figur 1. Befolkningspyramid år 1900 och 2013. Notera hur grafen ändrat form från en pyramid till ett torn vilket beror på en åldrande befolkning (SCB, 2014).

År 2015 rankades den svenska vården på tionde plats i Europa (Health Consumer Powerhouse, 2015). För att kunna bibehålla en god kvalitet på vården krävs effektiviseringar och ett långsiktigt tänkande, annars finns risk att den sociala hållbarheten hämmas. Social hållbarhet i hälso- och sjukvård innebär bland annat jämlik vård, där det inte finns skillnader i tillgänglig vård mellan olika grupper av människor eller geografiska områden (Västra Götalandsregionen, 2012). Även den ekonomiska hållbarheten kan hotas av den ökade efterfrågan av vård. Ekonomisk hållbarhet kan uppnås genom en långsiktig plan för att hantera ökande kostnader med mindre finansiering i form av begränsade offentliga medel (Riksrevisionen, 2013). Ökade kostnader kan inom vården exempelvis bero på ny teknik och ökat utnyttjande av vård. Utan effektiviseringar och förändrade arbetssätt finns det risk att kostnaden för den svenska hälso- och sjukvården kommer att öka i takt med det ökade vårdbehovet.

Värdebaserad vård har som syfte att öka värdet för patienten genom att erbjuda bättre vård till lägre kostnader (Porter & Teisberg, 2006). Grundarna av konceptet menar att värdebaserad vård är lösningen på framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvård. Det finns exempel på framgångsrik implementering av värdebaserad vård i USA, bland annat en studie på en sektion för endokrinkirurgi, där införandet av värdebaserad vård både ökat kvaliteten och minskat kostnaderna (Abdulla et al., 2012).

Höglund et al. (2012) menar att den svenska vården lämpar sig bra för värdebaserad vård då den ligger i framkant vad gäller mätning av hälsoutfall. I Sverige har implementering av värdebaserad vård skett på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, vidare kallat SU, sedan 2013 (SU, 2014a). Eftersom införandet är i ett tidigt skede i den svenska vården är forskningen kring implementering av värdebaserad vård knapphändig. En studie som gjorts i Sverige kring begreppet värdebaserad vård tyder på att förståelsen är mycket liten, även hos forskare inom området (Fredriksson, Savage & Ebbevi, 2015). En liknande studie, som gjordes på ett stort universitetssjukhus, behandlade en uppföljning av de första uppstartade projekten som implementerat värdebaserad vård (Andersson et al., 2015). I studien undersöktes förståelsen för begreppet värdebaserad vård inom projektgrupperna, med slutsatsen att begreppet tolkas olika och kan avvika från ursprungsteorierna. Studierna har enbart behandlat en enskild faktor, nämligen förståelse för begreppet. Det saknas därmed forskning kring ytterligare faktorer som kan påverka hur värdebaserad vård fungerar i den svenska hälso- och sjukvården. Andersson et al. (2015) drar slutsatsen att det behövs fler studier kring processen för implementering av värdebaserad vård. Om tydliga faktorer som påverkar implementeringen kan kartläggas skulle liknande projekt kunna anpassas för att undvika eventuella fallgropar.

Hansson et al. (2014) har som konsulter varit med vid flera implementeringsprojekt av värdebaserad vård runt om i världen, däribland vid de första projekten på SU i Sverige. Utifrån dessa erfarenheter beskrivs en transformationsagenda för implementering av värdebaserad vård. Då författarna fokuserar på pilotprojekten under projektens gång och kort därefter, saknas ett bredare perspektiv för uppföljning av startade projekt. Att följa upp ett projekt efter en längre tid kan ge tydligare och säkrare resultat om vad som faktiskt har påverkat implementeringsmöjligheten (Magnusson & Nilsson, 2014). Då det saknas uppföljning av värdebaserad vård i Sverige, i ett senare skede, kan denna rapport bidra till att öka kunskapen där forskningen idag är bristfällig.

## 1.2 Syfte

Rapportens syfte är att undersöka och följa upp implementering av värdebaserad vård i den svenska hälso- och sjukvården. Undersökningen avser att identifiera faktorer som påverkar implementeringen av värdebaserad vård. Härigenom kan förutsättningar skapas för att lyckas ännu bättre med framtida införanden av värdebaserad vård. Utifrån detta kan hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas på ett mer hållbart sätt för att tillgodose framtidens vårdbehov.

## 1.3 Frågeställningar

- Vilka faktorer påverkar förutsättningarna att implementera värdebaserad vård?
- Hur kan denna kunskap användas för att förbereda framtida implementering av värdebaserad vård?

## 1.4 Avgränsningar

I rapporten har avgränsningar gjorts för att få en lämplig och relevant omfattning. Rapporten behandlar inte huruvida värdebaserad vård är lösningen på sjukvårdens problem. Den fokuserar istället på att finna de faktorer som påverkar hur väl implementeringen av värdebaserad vård lyckats utifrån de givna förutsättningarna.

Rapporten har avgränsats till att inte diskutera huruvida implementering av värdebaserad vård är något som bör göras på SU eller inte. Det läggs inte heller någon värdering i hur patientgrupperna väljs ut för att implementera den värdebaserade vården, projekten utvärderas med utgångspunkt i att beslutet redan är taget.

## 1.5 Rapportens disposition

Rapporten består av nio kapitel som alla behandlar olika delar som anses relevanta för att uppfylla rapportens syfte. Den valda uppdelningen är tänkt att underlätta läsning av rapporten samt möjliggöra navigation till särskilt intressanta eller viktiga områden för respektive läsare. I kapitel 1. *Inledning* presenteras bakgrunden till varför rapporten behövs, dess syfte och avgränsningar. Kapitel 2. *Metod* går igenom den specifika fallstudiens upplägg och vilka metoder som har använts för att samla in och analysera den data som ligger till grund för rapportens resultat och slutsatser. Därefter går i kapitel 3. *Teoretiskt ramverk* igenom den tidigare forskning som stödjer rapportens huvudområden. Denna litteraturstudie återger sådan fakta som anses vara relevant för läsaren för att kunna tillgodogöra sig rapportens följande innehåll. Det teoretiska ramverket berör områdena implementering, implementering i hälso- och sjukvård samt värdebaserad vård.

I kapitel 4. *Studiens kontext* beskrivs situationen i den svenska hälso- och sjukvården, det sjukhus där den för fallstudien aktuella implementeringen ägt rum, det projektkontor inom sjukhuset som arbetat med implementeringen samt de fyra specifika patientgrupper som studerats. För att sedan återge hur implementeringen gått till beskriver kapitel 5. *Värdekontorets metod* den metod som tagits fram för att genomgå implementeringen av värdebaserad vård. I kapitel 6. *Intervjudata* presenteras det resultat som framkommit under intervjuer med personer som varit berörda av implementeringen av värdebaserad vård hos de fyra patientprocesserna. Utifrån denna data, kombinerat med det teoretiska ramverket, presenteras sedan i kapitel 7. *Faktorer som påverkar implementering* de faktorer som anses påverka implementeringen av värdebaserad vård.

I kapitel 8. *Rekommendationer* presenteras rekommendationer för SU:s fortsatta arbete med implementering av värdebaserad vård. Avslutningsvis behandlar kapitel 9. *Slutsats och diskussion* rapportens slutsatser som återkopplar till rapportens syfte och frågeställningar, en diskussion kring hållbarhet vid implementeringen samt en fri diskussion om det fortsatta införandet på SU.

## 2. Metod

I följande kapitel presenteras den metod som använts under arbetsgången. Särskilt belyses litteraturstudien, urvalet av studerade patientgrupper och datainsamlingsprocessen, där empirin samlats in via intervjuer. Kapitlet ger även en beskrivning av tillvägagångssättet för analys och avslutas med en metoddiskussion.

### 2.1 Uppdragets uppkomst

Rapporten skrivs på uppdrag av Värdekontoret, ett projektkontor som är en del av SU och som har till uppgift att införa värdebaserad vård. Från intervjuer med Värdekontoret har det framkommit att SU arbetat med att införa värdebaserad vård sedan 2013. Beslutet om att implementera konceptet kom från SU:s sjukhusdirektör och är nu en del av sjukhusets strategiska agenda. Värdebaserad vård införs stegvis hos olika patientgrupper. Hittills har enbart ett fåtal projekt startats upp, men tanken är att värdebaserad vård ska spridas till 200-300 patientgrupper och därmed täcka de flesta patientgrupperna inom en snar framtid. I nuläget har Värdekontoret som uppgift att starta upp nya projekt, utveckla metoden som projektgrupperna följer vid införandet samt att fungera som metodstöd. Bland de projekt som startats har värdebaserad vård fått olika stor genomslagskraft. Värdekontoret har inte möjlighet att följa upp projekten som startats och utvärdera dem, vilket anses som en viktig del för att kunna utveckla metoden och ge goda förutsättningar för en storskalig implementering. Därför gavs uppdraget att följa upp några av dessa projekt och ta fram viktiga faktorer för implementeringen av värdebaserad vård.

### 2.2 Val av metodansats

Metodansatsen som används i denna rapport är abduktiv. Blomkvist och Hallin (2014) beskriver abduktion som en del av den induktiva vetenskapsfilosofin, vilken är lämplig då det enskilda ska studeras för slutsatser om det generella. Abduktion innebär en växling mellan litteraturstudie, för teorier och idéer från litteraturen, och insamling av empiriskt material för analys. Det empiriska materialet påverkar således vad som studeras i litteraturen vilken samtidigt påverkar förståelsen för det empiriska materialet.

Då SU ännu är i starten av införandet av värdebaserad vård är det för tidigt att dra några statistiskt säkerställda slutsatser som är representativa för alla patientgrupper. Dock är det ändå givande att i detta tidiga skede av införandet dra vissa generella slutsatser för att använda som stöd till framtida implementering. Enligt bland annat Wallén (1996) ligger styrkan i abduktion just i att kunna formulera hypoteser även utan en större mängd observationer och därför anses den abduktiva ansatsen lämplig given rapportens syfte.

### 2.3 Litteraturstudie

Litteraturstudier har gjorts löpande under arbetets gång. Relevant litteratur hittades genom strukturerade sökningar på ämnesrelevanta databaser via Chalmers bibliotekskatalog och Google Scholar. Ord som sökningarna främst innefattade var "värdebaserad vård", "implementering", "implementering i sjukvården", "value-based healthcare" och "change management". Utöver detta har handledare från både Chalmers och SU, med god kunskap inom de ämnen rapporten berör, gett rekommendationer på litteratur. Även kedjesökningar har gjorts,

där källhänvisningar som angetts i läst litteratur söks upp och studerats. Enligt Harboe (2013) är denna metod särskilt effektiv om den används för litteratur som exakt motsvarar rapportens forskningsområde. Endast litteratur från trovärdiga och kvalitetssäkrade källor har använts vilket garanterar reliabilitet enligt Blomkvist och Hallin (2014). För att säkerställa detta har all litteratur utvärderats källkritiskt enligt deras fyra kriterier: äkthet, närhet och beroende, tendens samt representativitet. Då litteraturgenomgångens ämnesområde stämmer överens med rapportens syfte och problematisering är litteraturstudien även valid enligt Blomkvist och Hallin (2014).

## **2.4 Projekturval**

Fokus för rapportens datainsamling är fyra av de tretton patientgrupper som implementerat värdebaserad vård på SU: Normalförlossning, Bröstcancer, KOL och Osteoporos. Urvalet är så kallat subjektivt urval, det vill säga att urvalet är gjort utifrån en kvalificerad bedömning (Harboe, 2013). Denna bedömning gjordes av Värdekontoret, med insikt i verksamheten, och baseras framför allt på resultaten i de kvalitetsmått som vardera projektgrupp tagit fram. Utifrån detta har även hänsyn tagits till i vilken våg projektfasen utfördes. Våg används som benämning för varje omgång av startade projekt. Urskiljning av vågor görs för att se eventuell påverkan på resultaten, då metoden utvärderas och justeras något efter varje genomförd våg. Normalförlossning och Osteoporos genomgick projektfasen i våg två, på våren 2014. KOL och Bröstcancer gjorde det i våg tre, på hösten 2014.

## **2.5 Intervjuer**

Intervjuer gjordes i tre olika former med olika syften. Först utfördes öppna intervjuer med syfte att få mer kunskap inom rapportens ämne för att ha som stöd vid utformning av intervjumallar till övriga intervjuformer. Halvstrukturerade enskilda intervjuer användes sedan för huvuddelen av datainsamlingen. Kortare halvstrukturerade gruppintervjuer gjordes i slutskedet för att undersöka reliabilitet och i jämförelsesyfte. Nedan presenteras en mer ingående beskrivning av respektive intervjuform.

### **2.5.1 Öppna intervjuer**

I ett inledande skede av den kvalitativa studien hölls så kallade öppna intervjuer (Lantz, 2007; Dalen, 2015) med fyra personer från Värdekontoret: en läkare, en kvalitetsstrateg och två logistikere. Målsättningen med en öppen intervju är att de intervjuade personerna, även kallade informanter, ska prata så fritt som möjligt om sina kunskapsområden (Dalen, 2015). Fördelen Lantz (2007) nämner med detta är att det ger en bra förståelse och en bred och allmän bild av det som studeras, vilket var givande i ett tidigt skede av arbetet med rapporten. Inför de öppna intervjuerna gjordes en intervjumall där frågeområden identifierades, vilken återfinns i Bilaga 1. De öppna intervjuerna var en del av förarbetet inför de mer strukturerade intervjuerna.

### **2.5.2 Halvstrukturerade intervjuer**

Enligt Lantz (2007) är en öppnare intervju givande då syftet är att fördjupa förståelsen av ett fenomen eller utveckla modeller, vilket denna rapport ämnar göra. Samtidigt underlättar en mer strukturerad intervjumodell databearbetningen. Med hänsyn taget till olika intervjuformers för- och nackdelar gjordes därför valet att göra halvstrukturerade intervjuer för den huvudsakliga datainsamlingen.

Förutom de öppna intervjuerna bestod förarbetet inför de mer strukturerade intervjuerna även av litteraturstudie inom främst intervjumetodik, värdebaserad vård och implementeringsteori. I enlighet med Lantzs (2007) intervjumetoder preciserades också rapportens problemformulering, frågeställningar och syfte för att tydliggöra vilken data intervjuerna skulle fånga upp. Processen med att ta fram en intervjumall är iterativ och frågorna utvärderades och omformulerades efter hand som rapportens problemformulering, syfte och frågeställning justerades. Vid en halvstrukturerad intervju finns i förväg bestämda frågeområden som följs upp med bestämda följdfrågor.

Allt förarbete låg till grund för en datainsamling som enligt Lantz (2007) uppfyller kraven på användbarhet. Användbarhet innebär tillförlitliga resultat, som innebär reliabilitet, giltiga resultat, som innebär validitet, och en möjlighet för andra att kritiskt granska slutsatserna. För att säkerställa användbarheten ytterligare skickades intervjumallen till handledare på både Chalmers och SU för granskning och synpunkter.

När intervjumallen var utarbetad och klar gjordes inga fler justeringar och de mer strukturerade intervjuerna genomfördes med utvalda informanter, vilka kan ses i Tabell 1. Den fullständiga intervjumallen återfinns i Bilaga 2. Från Normalförlossning intervjuades en verksamhetschef och två verksamhetsutvecklare varav en även är processledare. Från Bröstcancer intervjuades två verksamhetschefer, två verksamhetsutvecklare och två processledare. Anledningen till att två från varje yrkesroll intervjuades var att bröstcancerprocessen består av både kirurgi och onkologi, och därmed består en projektgrupp av representanter från båda verksamheterna. Från Osteoporos intervjuades en processledare och en verksamhetsutvecklare, och även från KOL intervjuades en processledare och en verksamhetsutvecklare. Övriga delar av projektgrupperna från Osteoporos och KOL hade inte möjlighet att medverka på en intervju. Informanterna valdes ut i enlighet med Värdekontorets rekommendation med anledning av att de är nyckelpersoner i projekt- och processfasen vid införandet av värdebaserad vård.

*Tabell 1. Tabell över de personer som intervjuats från respektive yrkesroll och verksamhet.  
\* En av verksamhetsutvecklarna på Normalförlossning är även processledare.*

| Yrkesroll             | Intervjuer |            |                   |             |        |
|-----------------------|------------|------------|-------------------|-------------|--------|
|                       | KOL        | Osteoporos | Normalförlossning | Bröstcancer | Totalt |
| Verksamhetschef       | 0          | 0          | 1                 | 2           | 3      |
| Verksamhetsutvecklare | 1          | 1          | 2*                | 2           | 6      |
| Processledare         | 1          | 1          | 0*                | 2           | 4      |
| Totalt                | 2          | 2          | 3                 | 6           | 13     |

Alla intervjuer spelades in efter samtycke från informanterna enligt etiska riktlinjer (Dalen, 2015; Eijlertsson, 2014). Platsen för intervjuerna bestämdes av informanterna och tidsåtgången var mellan 30-60 minuter. Varje intervju genomfördes av två intervjuare, varav den ena, huvudintervjuaren, ställde frågorna. Den andra intervjuarens främsta fokus var att säkerställa att efterfrågad information samlades in genom att vid behov ställa eventuella följdfrågor och vara stöd åt huvudintervjuaren. Alla intervjuare undertecknade enligt SU:s riktlinjer en sekretessförbindelse innan intervjuerna genomfördes.

För att kunna fokusera på att lyssna, och att inte distrahera eller störa informanten, gjordes inga anteckningar under intervjuerna. Som Harboe (2013) nämner ställer kvalitativa innehållsanalyser stora krav på intervjuare då de ska samla in, lyssna och tolka resultatet

samtidigt. Bedömningen gjordes därför att anteckningar under tiden kunde ta fokus från att lyssna och ta in intryck. Då intervjuerna spelades in fanns dessutom möjlighet att ta del av informationen igen. Istället fick vardera intervjuare skriva ner data samt omedelbara intryck och tolkningar direkt efter intervjun. När detta gjorts på egen hand sammanställde de två intervjuerna tillsammans insamlad data i ett gemensamt dokument utifrån de individuella anteckningarna. Varför det först gjordes enskilt var för att fånga det egna intrycket utan påverkan från medintervjuaren. Detta tillvägagångssätt valdes då det kan ge viktig information om det egna förhållandet till ämnet. Harboe (2013) menar att det är svårt att hålla sig helt neutral och känslomässigt opåverkad, men genom att göra sig medveten om det egna förhållandet kan kvaliteten på data ökas. Det blev tydligare vad som kunde vara egen tolkning när de två intervjuerna gemensamt sammanställde data och olika tolkningar uppdagades. Att bearbeta data direkt efter intervjun kan vara till stor hjälp även vid den slutliga analysen enligt Harboe (2013). Det ger näring åt tankar och analyser, och när de får sjunka in och bearbetas undermedvetet kan det bidra till en djupare analys. För att ytterligare kvalitetssäkra data lyssnade en tredje person på den inspelade intervjun och kompletterade dokumentet med eventuell data som de två intervjuerna inte fångat upp i den gemensamma sammanställningen. Dessa dokument blev sedan underlag för analysen.

### **2.5.3 Kortare halvstrukturerade intervjuer**

I ett slutligt skede av datainsamlingen hölls kortare halvstrukturerade intervjuer med vårdpersonal med mycket patientkontakt hos Normalförlossning, Bröstcancer och KOL. Genom förfrågan under de längre intervjuerna med verksamhetschef, verksamhetsutvecklare och processledare rekommenderades lämpliga informanter för dessa kortare intervjuer. Det var främst sjuksköterskor och undersköterskor, men även en dietist och en arbetsterapeut, som intervjuades på detta sätt. Syftet med denna form av datainsamling var att få en bild av värdebaserad vård utifrån ett annat perspektiv. Detta gjordes för att se om bilden av värdebaserad vård bland medarbetarna stämde överens med projektgruppens, eller om, och i så fall hur, den skiljde sig. Ändamålet var alltså både att jämföra och att undersöka reliabiliteten, vilket Lantz (2007) förespråkar. Anledningen till att intervjuerna valdes att vara kortare var för att öka chansen att medarbetarna skulle ha tid och möjlighet att ställa upp, men även för att data som efterfrågades inte var av samma omfattning som i de längre intervjuerna.

Intervjumallen för de kortare halvstrukturerade intervjuerna innehöll en grundläggande fråga med några följdfrågor. En fullständig intervjumall återfinns i Bilaga 3. Intervjuerna hölls på SU och gjordes i grupp med två till fem informanter. Anledningen till att gruppintervju valdes var att det är ett bra verktyg då information samlas in från grupper i relation till projektgruppen (Dalen, 2015). Det möjliggjorde även diskussion mellan de olika informanterna. Intervjuerna var två till tre stycken per intervjuad grupp. Ingen av de kortare intervjuerna spelades in, istället skrevs stödord löpande ner under intervjun och en gemensam sammanställning av svaren gjordes direkt efter.

## **2.6 Analys**

Analysmetoden som användes för att analysera data från intervjuerna benämns av Harboe (2013) som rekontextualisering. Metoden innebär att svaren från samtliga intervjuer tas ut och sätts i nya sammanhang eller kategorier. Rekontextualisering används för att klargöra fenomen och finna genomgående drag i intervjudata.

Utifrån dokumenten som sammanställts av två intervjuare och sedan granskats av en tredje person, skrevs de synpunkter som framkommit ner på post-it-lappar. Dessa granskades av ytterligare minst en person för att säkerställa att alla viktiga punkter tagits med. Post-it-lapparna gjorde det lätt att flytta, strukturera och kategorisera svaren på en whiteboard, vilket bidrog till visualisering av struktureringen. Svaren kategoriserades initialt utifrån en första grov indelning i fem grupper, även kallade kodade fenomen enligt Harboe (2013). Utifrån dessa grupper delades svaren sedan in i ytterligare underkategorier. Därefter gjordes samma procedur igen, men denna gång med syfte att definiera de specifika faktorerna utifrån underkategorierna. Syftet med detta var att förfinas kategoriseringen ytterligare. Den första sorteringen i grupper bidrog till att tydliggöra mönster, vilket gjorde att den slutliga kategoriseringen blev mer precis.

## 2.7 Metoddiskussion

De fyra patientgrupper som undersökts valdes ut av Värdekontoret. Detta skulle kunna innebära att rapporten och resultatet styrts åt ett håll som hade varit annorlunda om urvalet istället gjorts slumpvis. Anledningen till att Värdekontoret valde ut patientprocesser grundar sig i att de anses ha klarast bild över vilka patientprocesser som skulle kunna bidra med tid och relevanta erfarenheter för att studien skulle uppfylla sitt syfte. Även informanterna i de enskilda halvstrukturerade intervjuerna valdes ut av Värdekontoret, vilket också kan ha påverkat utfallet. Värdekontoret bedömdes ha mest insyn i verksamheten och därmed bäst förmåga att välja ut relevanta informanter. Dessa informanter valde sedan ut vårdpersonal för de gruppintervjuer som gjordes. Det kan därmed ha funnits en vinning i att välja vårdpersonal med en positiv syn på införandet.

Det finns skilda uppfattningar om kvalitativa studier, där en del menar att kvaliteten inte är lika god som vid kvantitativa studier eftersom mätningen är problematisk. Dock menar bland annat Harboe (2013) att det är felaktigt att hävda att det ena tillvägagångssättet skulle vara sämre än den andra. Även Wallén (1996) instämmer och skriver att kvalitativa studier behövs av fyra huvudskäl, varav två av dem stämmer in på denna rapports syfte. Ett huvudskäl är att det vid tolkning från del till helhet, sammanhang och funktion ibland bara finns tillgång till enstaka fall att studera. Det andra huvudskälet är att om det som studeras är subjektivt, som upplevelser och känslor, kan det inte mätas direkt. Metoden matchar alltså den frågeställning som finns i rapporten, vilket är det som avgör kvaliteten (Harboe, 2013).

Som tidigare nämnts är det nästan omöjligt att vara helt objektiv vid tolkning av resultat. Åtgärder har gjorts för att stärka objektiviteten, men en viss subjektivitet kan finnas med i analysen. Alla informanternas åsikter har getts lika stor vikt. Det har alltså vid datainsamlingen inte lagts någon värdering i vilken position eller yrkesroll informanten haft. Därför har det inte analyserats vilken insyn informanten haft i ämnet åsikten gäller. Samtliga faktorer och rekommendationer som tagits fram ur intervjuempirin är dock förankrade i teori, därför antas detta inte påverka kvaliteten på analysen.

Sammanfattningsvis har flera olika åtgärder gjorts löpande under arbetets gång för att stärka rapportens kvalitet, det vill säga validiteten och reliabiliteten. Med validitet menas relevans eller giltighet och för att detta ska finnas måste rapportens alla faser och delmoment vara relevanta för frågeställningen (Harboe, 2013). Validitet skapas med en relevant litteraturstudie för rapportens syfte och frågeställning. Den valda metodansatsen bidrar till att öka validiteten eftersom litteraturstudien påverkats av empirin, och tvärtom. För att ytterligare stärka rapportens validitet har litteraturstudien granskats i ett slutligt skede för att säkerställa att den enbart berör ämnen som bidrar till analysen. Alla intervjumallar arbetades grundligt igenom för



att bibehålla hög validitet. Intervjumallen som användes för huvudinsamlingen av empirin skickades till handledare på Chalmers och SU för granskning. Att intervjuerna gav intern valid data bekräftades av att det gick att dra användbara slutsatser som matchade rapportens frågeställningar.

Reliabilitet innebär att data är tillförlitlig. För att stärka reliabiliteten på intervjudata sammanställdes den först av de två intervjuerna, sedan lyssnades intervjun igenom av en tredje person som kunde komplettera sammanställningen om någon viktig data missats. En ytterligare anledning till att tre personer gemensamt sammanställde intervjudata var för att bli medveten om, och kunna justera för, eventuell subjektivitet. Detta stärker reliabiliteten ytterligare (Blomkvist och Hallin, 2014). Det utfördes även kortare halvstrukturerade gruppintervjuer med vårdpersonal för att se om intervjudata i de längre halvstrukturerade intervjuerna kunde bekräftas av andra i verksamheten. När intervjudata var nedskriven i rapporten skickades den för granskning av minst en informant från varje patientprocess, för att ytterligare säkerställa att intervjudata speglade verkligheten.

## 3. Teoretiskt ramverk

I följande kapitel presenteras en studie av den teori och litteratur som anses relevant för rapporten. Det teoretiska ramverket delas in i implementeringsteori, implementering inriktad på hälso- och sjukvård samt värdebaserad vård.

### 3.1 Implementering

Nya idéer, lösningar och arbetssätt tas ständigt fram för att utveckla verksamheter. För att dessa nya tankar ska gå från en idé i teorin till att bli något som fungerar i praktiken krävs ett omfattande arbete. Implementering är ett förändringsarbete och kan definieras som en uppsättning av aktiviteter som syftar till att införa något nytt (National Implementation Research Network, 2016). För att uppnå en förändring inom en verksamhet måste alltså en implementeringsfas genomgå. Favaro (2015) beskriver implementeringsfasen som aktiviteter med syfte att överbrygga gapet mellan var verksamheten står idag och läget som önskas uppnås genom ett visst förändringsprogram. Enligt Kotter (1995) krävs ansträngningar i förberedande syfte, under själva införandet och även i efterhand för att den nya idén ska befästas. Kotter hävdar att en väl fungerande implementering är en förutsättning för att nya arbetssätt ska börja användas i verksamheters dagliga arbete.

#### 3.1.1 Förändringsteori

Beer och Eisenstat (2000) presenterar sex hinder som de upptäckt orsakar problem för merparten av de förändringsprojekt de studerat. Dessa hinder handlar till stor del om hur ledarskapet sköts och hur personal på alla nivåer inom verksamheten involveras i arbetet. Det första hindret är den typ av ledarskap som utgår från ett top-down-perspektiv där personalen inte är delaktiga i beslut eller involverade i förbättringsarbetet. Något som identifieras som ett andra hinder är att det saknas en tydlig strategi inom hela verksamheten, vilket leder till konflikterande insatser och prioriteringar. Fortsättningsvis tydliggörs i studierna det tredje hindret: att en ineffektiv ledning, som inte tar vara på hela verksamhetens kompetens, styr projektet. Såväl det fjärde som femte hindret behandlar bristande kommunikation och samarbete, gällande både det vertikala och det horisontella perspektivet i organisationen. Det sjätte och sista hindret anses vara ledarskapet på lägre nivåer inom verksamheten och mer specifikt mellancheferes otillräckliga kompetens och utveckling. Orsaken till detta visar sig vara att stödet från ledningen ovan inte håller måttet.

Ett sätt att se på införandet av nya strategier presenteras av Mintzberg och Waters (1985). De menar att det finns många olika typer av strategier som kan placeras in på en skala vars ändpunkter benämns framväxande respektive avsiktliga strategier. Strategierna vid dessa två ändpunkter kan sägas ta sig in i verksamheten via ett bottom-up- respektive top-down-perspektiv. En framväxande strategi är något som omedvetet växer fram inom organisationen. Här sker införandet av strategin innan organisationen har tagit ett beslut om detta. I en avsiktlig strategi har däremot innehållet specificerats tydligt av organisationen, är noga planerad och alla inom organisationen har samma syn på strategin.

Kotter (1995) har utvecklat ett ramverk som ger förutsättningar för att fler införanden av nya arbetssätt ska lyckas. Den syn som Kotter anammar skulle Mintzberg och Waters (1985) benämna som införandet av en avsiktlig strategi, i och med att det är något som noga övervägts inom organisationen. Ramverket kan, trots att det utvecklades innan de sex hindren

identifierades, hjälpa verksamheter att bygga bort hindrena. Enligt Kotter (1995) finns det åtta steg som verksamheter bör följa i sekventiell ordning för att lyckas med implementeringen och få förändringen att bestå. Forskaren hävdar även att den största delen av alla förändringsprojekt misslyckas, och anledningen till misslyckandena är ofta ett initialt motstånd hos personalen. De åtta stegen som presenteras kan delas in i tre områden: förberedande arbete, genomförande och förankring.

1. Skapa en känsla av allvar och angelägenhet
2. Skapa en samordnad styrgrupp
3. Formulera en vision och strategi
4. Förmedla visionen
5. Ge de anställda befogenhet att agera
6. Skapa kortsiktiga vinster
7. Bredda arbetet
8. Förankra förändringen i företagskulturen

### **Förberedande arbete**

Enligt Kotter (1995) är det första steget att *skapa en känsla av allvar och angelägenhet*. Med detta menas att hela organisationen måste inse behovet av förändringen om en förändring ska ske. Det krävs även att medarbetarna lägger ner mer arbete och är övertygade om att förändringsprojektet kan lyckas. Ramverkets andra steg handlar om att verksamheten ska *skapa en samordnad styrgrupp* som leder förändringsarbetet. En sådan styrgrupp ska bestå av ett team av ledare från olika nivåer för att ge stor trovärdighet och genomslagskraft. Det är även viktigt att teamet har auktoritet och mandat för att kunna genomdriva förändringen.

Nästa steg i processen innefattar att *formulera en vision och strategi* för förändringsarbetet. Genom att formulera en effektiv vision som genomsyrar hela verksamheten uppnås den väsentliga förutsättningen att alla inblandade förstår syftet, och därmed drar åt samma håll. De blir då även villiga att lägga ner extra kraft under en period för att uppnå en framtida förbättring. Kotter (1995) poängterar även svårigheten i att skapa en effektiv vision som fyller det ovan nämnda syftet. Viktiga komponenter i visionen är att den ger en positiv bild av framtiden som talar till intressenternas långsiktiga intressen. Visionen bör också vara tillräckligt tydlig för att styra beslutsfattande men samtidigt såpass flexibel att den ger utrymme åt egna initiativ från de inblandade.

*Förmedlingen av visionen* är Kotters (1995) fjärde steg vilket kräver att visionen är lätt att förmedla till alla som påverkas av förändringsarbetet. Informationen bör därför spridas genom så många olika kanaler som möjligt och vara beskriven på ett enkelt och tydligt sätt. Ledare måste i vissa fall differentiera den information som sprids beroende på vilken del av verksamheten som adresseras. Det är exempelvis fördelaktigt att använda sig av liknelser och berättelser av liknande fall för att skapa förståelse hos alla medarbetare. Vad som givetvis är av yttersta vikt är att ledare av förändringsarbetet inte avviker från den uppsatta visionen och att de lyssnar på sina anställda.

### **Genomförande**

Femte steget handlar om att ett lyckat förändringsarbete kräver att ledningen *ger de anställda befogenhet att agera* för att hinder som uppkommer längs vägen inte ska försena processen. Sådana hinder kan grunda sig i gamla strukturer som lever vidare, kompetensbrist, brist på system som stödjer arbetet eller ett bristande ledarskap. När förändringsarbetet är igång menar Kotter (1995) att det är viktigt att *skapa kortsiktiga vinster* för att hålla motivationen uppe, det

sjätte steget. Sådana framgångar kan skapas genom pilotprojekt där resurser läggs på att projektet lyckas. Ledaren måste sedan förmedla dessa framgångar genom hela organisationen. I det sjunde steget menar Kotter (1995) att de kortsiktiga vinsterna därefter ska göra att *arbetet breddas* för att förändringsarbetet ska kunna fortsätta genom hela verksamheten.

### Förankring

Det åttonde och sista steget i Kotters (1995) ramverk belyser vikten av att *förankra förändringen i företagskulturen*. Genom att befästa förändringen skapas nya normer i verksamheten som sätter nya spelregler för hur verksamheten arbetar. I detta arbete ingår även att etablera gemensamma värderingar hos alla medarbetare för att spegla visionen och det förändrade arbetssättet. Detta steg är kontinuerligt och pågår många år efter att den egentliga förändringen ägt rum.

### 3.1.2 Betydelsefulla faktorer för lyckad implementering

Slutsatsen som kan dras av vad som beskrivits ovan är att det finns vissa aspekter som är grundläggande för att implementeringen ska lyckas. Kotters (1995) åtta steg påvisar vikten av ett engagerat ledarskap samt personalens motivation och delaktighet i förändringsarbetet.

### Ledarskap

För att kunna genomföra projekt med en förändring av verksamheten som mål behövs ledare som kan leda arbetet (Kavanagh & Ashkanasy, 2006). Ledarskapet måste fungera på alla nivåer inom organisationens hierarki för att Kotters (1995) modell ska kunna tillämpas i verksamheten. Speciellt viktigt är detta då visionen ska spridas och ta fäste i hela organisationen.

Reardon et al. (1998) har kommit fram till att ledares särdrag kan täckas in i fyra ledarskapstyper. Ledarskapstyperna har olika sätt att arbeta vilket gör att de har sina specifika styrkeområden. Det är alltså viktigt att i ett tidigt skede säkerställa att de olika typerna av ledare finns i organisationen och att de får ansvara för aktiviteter som passar deras sätt att leda. De olika ledarskapstyperna och deras särdrag presenteras i Tabell 2 nedan.

Tabell 2. Sammanställningen är översatt från Reardon et al. (1998) och visar att respektive ledarskapstyp har olika fokus och olika sätt att arbeta på.

| Ledarskapstyp        | Fokus             | Övertygar genom att | Genomför ändringar | Lär sig genom att |
|----------------------|-------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| <b>Kommenderande</b> | Resultat          | Styra               | Snabbt             | Göra              |
| <b>Logisk</b>        | Innovation        | Förklara            | Försiktigt         | Studera           |
| <b>Inspirerande</b>  | Möjligheter       | Skapa tillit        | Radikalt           | Ifrågasätta       |
| <b>Hjälpande</b>     | Underlätta arbete | Vara involverad     | Långsamt           | Lyssna            |

### Motivation och delaktighet

De anställda som är inblandade i förändringsarbetet, men även de som inte är med i projektet utan bara påverkas indirekt, spelar en viktig roll i arbetet. Om dessa personer är motiverade och känner att förändringen kommer att gynna dem ökar sannolikheten att projektet lyckas (Kotter, 1995). Rubenowitz (2004) belyser vikten av att se till att personalen känner att de är delaktiga i förändringen och att de har en betydelsefull roll för att framgång ska nås. Personalen ska också

känna en trygghet i att projektet kommer att lyckas och att det leder till något positivt. Är dessa aspekter uppfyllda finns alltså goda förutsättningar för att hela personalstyrkan ska vara motiverade inför verksamhetens förändring.

### 3.1.3 Uppföljning

Enligt Nelson (2005) måste projekten utvärderas i efterhand om någon bestående nytta ska kunna skapas. Sådana utvärderingar genomförs sällan i praktiken vilket kan härledas till ett flertal olika faktorer. Bland dessa nämner författaren avsaknad av tid, pengar och engagemang som vanliga anledningar till att verksamheten undviker denna sista del av projektet. En annan anledning kan vara att verksamheten är rädd för att utvärdera projektet då det finns risk att det kommer fram att projektet varit misslyckat. Det kan leda till personliga nackdelar vilket gör att ansvariga personer väljer att inte driva på en sådan process. Magnusson och Nilsson (2014) tillägger även att det ofta kan vara svårt att kvantifiera projektets nyttor och kostnader, vilket gör att verksamheten inte ser att utvärderingen kommer att leda till något.

Nelson (2005) menar att organisationer, genom att utvärdera projekten, kan identifiera misstag vilket kan leda till att samma misstag undviks i framtiden. Särskilt lyckade tillvägagångssätt kan även upptäckas och tillvaratas för att användas i framtida projekt. Utöver detta kan utvärderingsprocessen göra att kontinuerliga förbättringar uppnås inom såväl verksamhetens processer som dess kultur. Uppföljningen leder även till att verksamheten tillåts reflektera över vad som gjorts och kan dra lärdomar av detta innan nästa förbättring införs.

## 3.2 Implementering i hälso- och sjukvård

Nilsen (2010) beskriver hälso- och sjukvården som en komplex organisation med stor variation med avseende på struktur och politisk styrning. Ett stort antal individer och professioner med olika kultur och expertis arbetar tillsammans vilket kan skapa vissa motsättningar. Då implementering i vanliga fall anses svårt krävs det härmed ytterligare kunskap, teorier och utvärderingsmetoder inom hälso- och sjukvården. Grol och Jones (2000, s.32) har beskrivit implementeringen på följande vis: *"Implementing change, with a view to improving patient care is difficult and there are more failures than successes"*. Med det menar författarna att förändringsarbete inom vården innebär särskilt stora svårigheter.

### 3.2.1 Förändringsmotstånd hos vårdpersonal

Implementeringsprocesser påverkas enligt Nilsen (2010) ofta av många aktörer i systemet och relationerna mellan dem. Finns det en tröghet i användandet av en innovation eller förändring kan det ofta härledas till benämningen innovationsresistens, vilket är en typ av motstånd. Resistensen är något som ofta bidrar till att förändringsprocesser bromsas eller avstannar helt. Även om ett motstånd kan vara nödvändigt i individens rationella beslutsfattande, ur en personlig synvinkel, kan det vara ett irrationellt beslut ur ett organisations- eller samhällsperspektiv. Vid ett aktivt motstånd har en egen bedömning gjorts att personen vinner mest om innovationen inte tas i bruk. Ofta betonas då de negativa aspekterna trots att personen vet att det även finns stora fördelar. Motståndet kan även vara passivt och visar då på att personen inte anser det värt att lära sig mer om innovationen eller ta ställning till om det kan gynna personen.

Cronemyr (2007) har sammanställt framgångsfaktorer som påverkar implementering. Lyckas inte verksamheten tillämpa dessa faktorer kan de istället bidra till ett förändringsmotstånd. Det kan exempelvis handla om ledningens stöd och engagemang, utbildningsinsatser, tydlig strategi för implementering samt att etablera en infrastruktur för förbättring. Nilsen (2010) bekräftar detta genom att presentera orsaker till innovationsresistens inom hälso- och sjukvården. Här läggs det stor vikt på orsaker såsom svagt upplevt behov, låg motivation, konkurrens om resurser, bristfällig kommunikation eller låg integration mellan organisation och innovation. Det är lätt att få en känsla av manipulation och misstroende, men det finns också hög risk att felbeslut tas. För att motverka dessa känslor handlar det, i ett första steg, om att ta reda på vilka orsaker som ligger till grund för motståndet och sedan utveckla en strategi för att minska det.

Med grund i tidigare forskning har Nilsen (2010) sammanställt flertalet strategier och anpassat dessa för tillämpning inom hälso- och sjukvården. De nedan nämnda implementeringsstrategierna förutsätter att sjukvårdsorganisationen bedömt att innovationen har positiv effekt och möjlighet att accepteras i användarmiljön, samt att det finns resurser för att ta den i bruk.

### **Spridning av information**

Syftet är att få bort motståndet som orsakats av att informationen inte nått fram till användaren eller att användare inte förstått informationen på rätt sätt. Detta kan lösas med föredrag eller demonstrationer av innovationen. Med tillräcklig information kan de inblandade få förståelse för varför projektet genomförs och även förstå sin roll i arbetet.

### **Utbildning och lärande**

Utbildning och lärande handlar om att organisationen skaffar kunskap både om sin verksamhet och om innovationen. Kunskap behövs för att utvärdera huruvida organisationen ska anpassas till innovationen för att nå ett optimalt resultat. En utbildningssatsning kan vara lämplig och bör ske med samtliga berörda yrkesgrupper inom verksamheten. I lärandeprocessen är det även av yttersta vikt att få återkoppling från andra användare via nätverk, utbyte mellan personal och sjukhus eller gemensamma falldiskussioner.

### **Socialt inflytande**

Med högre socialt inflytande motverkas känslan av manipulation och misstroende. Känslan kan uppkomma när beslut om implementeringen fattas utan att berörda yrkesgrupper involveras. Här gäller det att engagera representanter från olika delar av sjukhusets verksamhet i beslutsprocessen. Dessa representanter kommer sedan att bli förebilder och inflytelserika i den inre kontext där implementeringen sker.

### **Incitament och reglering**

Ibland är det svårt att se fördelarna med en innovation i den dagliga verksamheten, så som på operationsbordet eller i väntrummet. En innovation kräver stora investeringar i tid, engagemang och kapital vilket kan kännas omotiverat om vinsterna inte syns direkt på individnivå. Därför behövs incitament och reglering som tar fram tidiga fördelar med en innovation. Till exempel kan incitamenten handla om ökade befogenheter, höjd status eller finansiellt stöd.

### **Förstärkning**

Förstärkning avser huruvida kompetens kan tillföras och hur bra återkoppling som görs. Det är viktigt att skapa tydliga resultat av förändringen och att samtliga aktörer inom innovationssystemet finns som support under implementeringen. Tvärfunktionella team är att rekommendera samt att det finns tydliga länkar mellan utvecklare, patienter och vårdpersonal.

Något som också visat sig motivationshöjande är olika strategier för återkoppling av exempelvis behandlingsresultat, patientenkäter, kvalitetskontroll och jämförelser mellan sjukhus och enheter.

### **Anpassning**

Anpassningen mellan innovation och organisation är ytterst viktig, inte minst för att få de ovanstående strategierna framgångsrika. Det är viktigt att beakta huruvida organisationen som helhet kan påverkas om en anpassning för innovationens skull hade gjorts i delar av organisationen. Ibland kan till och med organisationen vinna på att försöka anpassa innovationen till den nuvarande strukturen, eller i värsta fall avbryta implementeringen.

### **3.2.2 Sjukvårdssystemets komplexitet**

Sjukvårdssystemets komplexitet kan enligt Glouberman och Mintzberg (2001) beskrivas utifrån fyra samverkande världar. Den första världen avser läkarnas perspektiv, där fokus ligger på den enskilda patienten och på att hantera det specifika tillståndet genom en punktinsats. Den andra världen har också ett patientinriktat fokus där arbetet ofta sker närmast både verksamheten och patienten, vilket i många fall innebär att det utgår från vårdpersonalens perspektiv. Den tredje världen avser ledarskap hos chefer och stabsfunktioner, vilket även är den av världarna som på senare tid stärkt sin position mest gentemot de andra. Den fjärde världen speglar det politiska och samhällseliga perspektiv som till stor del styr svensk sjukvård. Det kan bland annat handla om att begränsa kostnader eller göra rättvisa fördelningar. Ett märkbart gap mellan världarna leder dock till en svårstyrd verksamhet där världarna strävar åt olika håll och bidrar till en situation som inte är hållbar. Gapet har också skapat frustration hos läkare som tar på sig chefskap eftersom de då får en fot i vardera värld. Om appliceringen görs på ett universitetssjukhus blir sjukvårdssystemet ännu mer komplext eftersom även forskningsperspektivet bör adderas.

Colldén (2015) menar att en samsyn mellan de olika världarna är viktig. Medarbetarna i systemet bör därför gemensamt fundera över vad som är viktigt för att minska komplexiteten. Precis som Glouberman och Mintzberg (2001) såg även Bauman, Fardy och Harris (2003) att det fanns ett oönskat gap mellan världarna i verksamheten. De menar dock att det är patientcentrerad vård som kan effektivisera arbetsförloppet. Patientinvolveringen har bland annat visat på minskat sjukförlopp, förbättrad livskvalitet för patienterna samt regelbundet arbete med uppföljning. De fyra samverkande världarna som Glouberman och Mintzberg (2001) presenterade kan därför ifrågasättas då patienterna bör ses som ytterligare ett perspektiv att ta hänsyn till.

Även Norbäck och Targama (2009) visar på att sjukhus är komplexa multiprofessionella organisationer där vård utförs av specialister inom olika områden, vilket gör dem svåra att leda och styra. Nilsson (2007) menar att det är komplext att identifiera ett problem från en verksamhet och sedan tillämpa en lösning på det problemfritt. Vidare identifierar författaren tre faktorer som kan påverka utfallet av denna komplexitet. Den första faktorn handlar om att det inte går att frysa den verklighet varifrån resurser, såsom läkare eller vårdpersonal, plockats. Verksamheten kommer att behöva löpa vidare vilket kan innebära svårigheter vid implementering. Den andra faktorn innebär att de komponenter som plockats ut för att analyseras ofta ingår i ett större sammanhang och därför står i beroendeförhållande till andra komponenter. Den sista faktorn är att de aspekter som har störst inverkan på ett problem ofta inte identifieras vilket gör att förändringen inte får önskad genomslagskraft.

### 3.2.3 Förändringskunskap vid ett nytt arbetssätt

Ett livslångt lärande betonas mer och mer i dagens kunskaps- och informationssamhälle enligt Nilsen (2010). Inte minst inom sjukvården måste personal vara beredd på att förändra arbetssätt och arbetsuppgifter på grund av ny forskning och kompetens. Mycket kretsar kring teori men det är i praktiken som insatsen på individnivå avgörs, vilket innebär att forskningsbaserad kunskap måste integreras i praktikbaserad kunskap. Inom hälso- och sjukvården har reflektioner kring hur den dagliga verksamheten fungerar fått genomslag i ett försök att lyckas med integrering vid förändringsarbete. Viktiga moment, som denna reflektion, ingår idag i vårdutbildningar men det är långt kvar tills detta sker strukturerat och regelbundet ute i verksamheten. Quinn (2000) hävdar att reflektion kan göra att personalen känner sig otillräcklig på grund av tidsbrist och därför måste arbetstid avsättas specifikt för detta. Det är först då som det kan förväntas att reflektionen kommer att integreras i den dagliga verksamheten. Nilsen (2010) menar också att reflektionen i sig inte bidrar till betydande förbättringar, för att få en större förändringskunskap krävs även engagemang hos medarbetare.

Svensk Sjuksköterskeförening (2013) menar att det fortfarande finns ett gap mellan tillgänglig kunskap och den kunskap som faktiskt används ute i verksamheten. Föreningen vill visa på att det behövs mer utbildning och kunskap om vad implementering är, vad den tänkta skillnaden ska bli och vilka kritiska moment som finns. Utan förståelse för forskningsresultat kan inte hela verksamheten genomsyras och implementeringen når då inte ända fram.

Den förändring eller innovation som sker inom hälso- och sjukvården kan enligt Nilsen (2010) styras på två sätt: top-down eller bottom-up. En innovation från forskningssidan, där beslutet om införande tas av en ledning, kan liknas vid ett top-down-perspektiv. Innovationer kan även komma från vårdpersonal för att sedan dokumenteras och utvärderas vetenskapligt, vilket istället visar på ett bottom-up-perspektiv som involverar fler medarbetare. Därefter kan innovationerna implementeras utifrån ett top-down-perspektiv i andra sammanhang än där de utvecklades. Innovationer har tidigare setts som ett resultat av lyckade satsningar på forskning och utveckling, men med detta tankesätt kan en större medvetenhet om att alla medarbetare påverkar framgång lyftas fram.

Hellström och Ramberg (2013) menar att de olika styrningsperspektiven är mer separata och kan bidra med skillnader i hur väl förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården fungerar. Ett lokalt drivet förbättringsarbete, där initiativet kommer från den egna enheten, kan ses som Nilsens (2010) benämning bottom-up. Förändringsarbetet kan då liknas vid en framväxande strategi som Mintzberg och Waters (1985) presenterade (se avsnitt 3.1). När förbättringen som ska genomföras istället är ett centralt initiativ kan det liknas vid ett top-down-perspektiv. Vid det sistnämnda perspektivet lyckas vanligtvis inte förbättringsarbetet få med sig samtliga medarbetare. Hellström och Ramberg (2013) poängterar även att top-down och bottom-up påverkar vad som fokuseras på i förändringen. Top-down har sin utgångspunkt i strukturer medan bottom-up fångar upp processerna och gör en förändring av dessa.

### 3.2.4 Risker vid implementering

Nilsen (2010) menar att det alltid finns en risk med förändringsprojekt inom sjukvården. Ofta kan den upplevda risken reduceras i takt med att kunskapen om innovationen ökar, men ibland täcker den anskaffade kunskapen inte de områden som identifierades som viktiga när projektet startades. Risken, enligt Nilsen (2010), finns att ett nytt arbetssätt orsakar konflikter som kostar mer än vad värdet och fördelarna med det ger. Då kan den bästa strategin vara att avbryta



implementeringen för att undvika att ytterligare problem uppstår. Det kan också visa sig att förändringsarbetet ger långsiktiga negativa effekter, att innovationssystemet uppskattat värdet fel eller att innovationen blir utkonkurrerad. Den stegvis avbrutna implementeringen kan också ses som att organisationen mer och mer går tillbaka till ett ursprungsläge.

### 3.3 Värdebaserad vård

Begreppet värdebaserad vård presenterades ursprungligen av Porter och Teisberg år 2006 med fokus på det amerikanska sjukvårdssystemet (Porter & Teisberg, 2006). Centralt i konceptet är att ge patienten största möjliga värde i förhållande till de resurser som spenderats och idéerna kretsar kring värdeekvationen som ses i Figur 3.

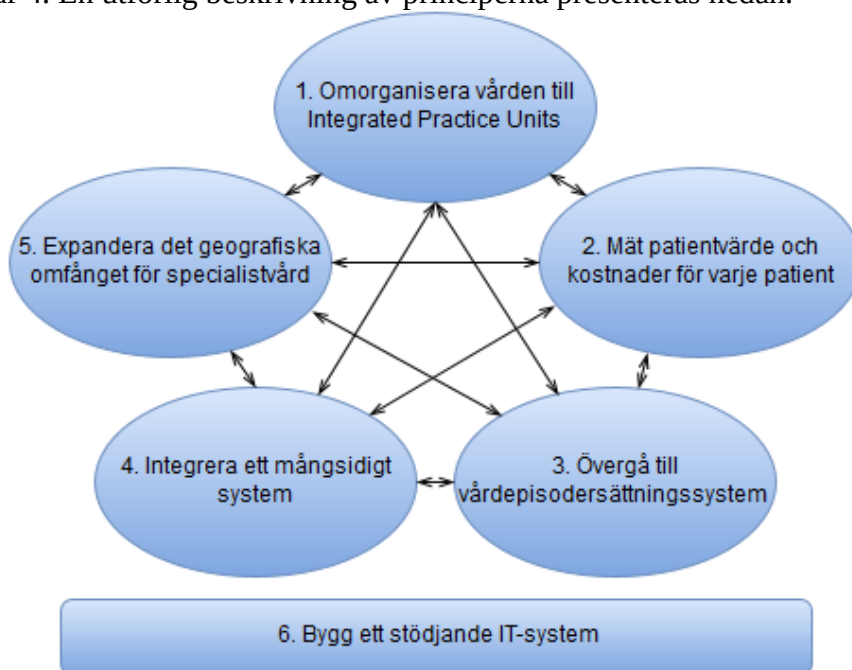
$$\text{Värde} = \frac{\text{Hälsoutfall}}{\text{Spenderad krona}}$$

*Figur 3. Genom värdeekvationen definieras värde inom hälso- och sjukvården som det resultat som uppnås för patienten dividerat med resurserna som förbrukats (översatt från Porter och Teisberg, 2006).*

Den värdebaserade vården handlar om att flytta fokus från produktionsmått till patientens upplevda värde av vården (Porter, 2010). Porter och Teisberg (2006) fokuserar på att konkurrensen i sjukvården måste förändras så att aktörerna konkurrerar genom att försöka skapa största möjliga värde för patienten. På så sätt blir det motiverat att resultatmått ständigt uppdateras och synliggörs av aktörerna och att vården övergår till en miljö där nytt värde ständigt skapas utan att fler resurser nödvändigtvis förbrukas.

#### 3.3.1 Principerna för värdebaserad vård

Porter och Teisberg (2006) identifierar sex strategiska principer för värdebaserad vård, vilka kan ses i Figur 4. En utförlig beskrivning av principerna presenteras nedan.



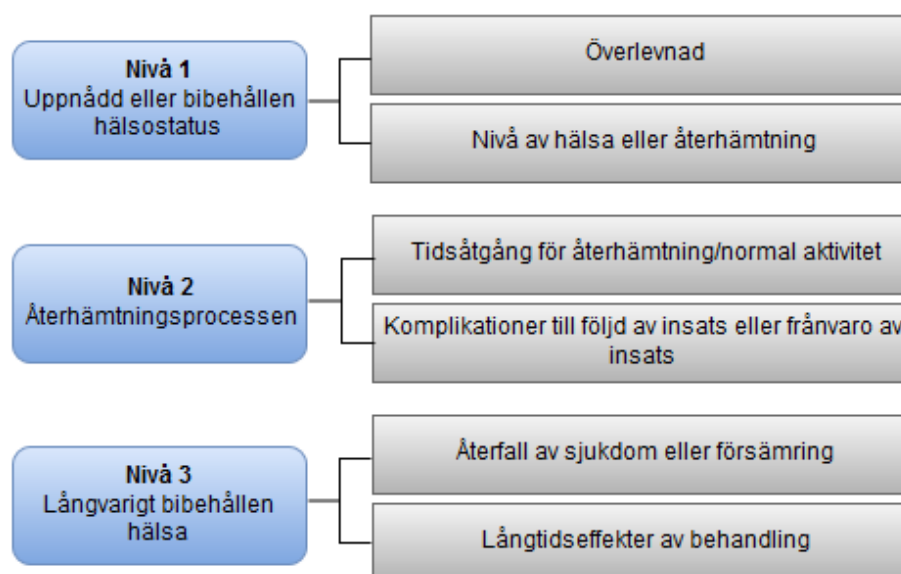
*Figur 4. Illustration av de sex principer som förespråkas i värdebaserad vård (översatt från Porter & Lee, 2013).*

## Omorganisera vården till Integrated Practice Units

Den första principen som Porter och Teisberg (2006) förespråkar bygger på att sjukvården bör ändra hela sin organisationsstruktur mot processorientering. I dagsläget är vården vanligtvis indelad i områden utifrån funktioner eller vårdnivåer och varje område förväntas kunna ge bra vård till alla patientsegment. Styrningen är ofta centraliserad, vilket kan leda till bristande samordning och kortsiktiga insatser (Persson & Westrup, 2014). För varje medicinskt tillstånd behöver patienten genomgå en specifik vårdprocess, och Porter och Teisberg (2006) menar därför att organisationen bör delas in utifrån dessa patientprocesser i olika Integrated Practice Units. Inom varje Integrated Practice Unit finns tvärfunktionella team med kompetens inom alla de processteg som patienten kan behöva genomgå i sin vårdcykel (Porter & Lee, 2013). Varje Integrated Practice Unit skulle kunna specialiseras på sin patientprocess och därmed erbjuda vård av högre kvalitet, som i sin tur medför större patientvärde. Dessutom skulle arbetsstyrkan inom varje Integrated Practice Unit ha ansvar för hela vårdprocessen istället för att bara ansvara för exempelvis en lyckad operation. Det skulle leda till ett större ansvarstagande och konsekvenstänk som i sin tur får en bättre vård som följd.

## Mät patientvärde och kostnader för varje patient

I den andra principen är det av stor vikt att både patientvärde och kostnader mäts genom hela vårdcykeln, vilket inkluderar både förebyggande vård samt rehabilitering. De mått som Porter (2010) förespråkar är processmått, kostnadsmått och utfallsmått. Processmått kan ses som mått på vad som görs under processen, men bör bara finnas med om de har en direkt korrelation till utfallsmåtten. Kostnadsmåtten mäter den faktiska kostnaden för vården och bör vara så precisa som möjligt för varje moment. För att lyckas identifiera dessa kostnadsposter krävs en kartläggning av samtliga aktiviteter i varje vårdprocess. Kartläggningen gör det lättare att vidare identifiera icke-värdeadderande aktiviteter och därigenom förkorta cykeltider. Utfallsmåtten mäter det som patienterna egentligen bryr sig om och delas in i tre olika nivåer som illustreras i Figur 5 (Porter & Lee, 2013). Varje nivå fokuserar på olika grad av hälsa där den första främst handlar om att patienten ska överleva, den andra om patientens återhämtning medan den tredje handlar om hur väl funktionalitet och tillvaro fungerar i längden. Porter och Teisberg (2006) hävdar att måtten måste definieras utifrån vad patienterna anser skapar värde för att vården ska kunna bli bättre och fokusera på rätt sak, vilket även Nordenström (2014a) bekräftar. Därmed är det viktigt att patienterna involveras när måtten tas fram. För varje patientprocess bör måtten dock vara standardiserade, för att underlätta jämförelse och lärande.



Figur 5. Beskrivning av vilket fokus som finns i respektive nivå (översättning från Porter, 2010).

### **Övergå till vårdepisodersättningssystem**

Den tredje principen efterfrågar att sjukvårdens ersättningsstruktur ska förändras. I nuläget får vårdaktörerna betalt baserat på produktionsmått såsom per operation, oavsett hur många av patienterna som faktiskt blev friska efter operationen. Genom att övergå till så kallat vårdepisodersättningssystem, där ersättning ges ut baserad på hela vårdepisoden, anser Porter och Teisberg (2006) att ett högre patientvärde skulle motiveras. Genom övergång till vårdepisodersättningssystem uppmuntras vård i alla faser. Förebyggande åtgärder för patienter i riskzonen och kortare rehabiliteringstider räknas då in i vårdepisoden. Detta motiveras ekonomiskt eftersom högre vårdkostnader i andra faser då kan undvikas. Ersättningens storlek skulle variera utifrån varje medicinskt tillstånd och justeras med avseende på bland annat risk. Om en patients tillstånd anses mycket kritiskt ska riskjusteringen göra att vårdpersonalen får ekonomisk ersättning även om vårdinsatsen inte lyckades rädda patienten. Detta skulle leda till att vårdpersonal uppmuntras till att göra vad som är bäst för patienten istället för det som kliniken tjänar bäst på ekonomiskt.

### **Integrera ett mångsidigt vårdssystem**

Att integrera ett mångsidigt vårdssystem, som är fjärde principen, handlar om att låta vårdaktörer specialiseras inom vissa områden istället för att kunna hantera samtliga diagnoser (Porter & Teisberg, 2006). Om olika sjukhus riktar in sig på några få patientprocesser, kommer vårdvolymen i dessa specialiserade processer att öka kraftigt. Vårdpersonalen stärker då ytterligare sin kompetens inom vårdprocessen och större volymer gör det möjligt att bättre kartlägga och analysera processen för att skapa ännu större värde.

### **Expandera det geografiska omfånget för specialistvård**

För att möjliggöra specialisering krävs att patienter tillåts skickas till andra sjukhus med kompetens inom rätt medicinskt tillstånd (Porter & Teisberg, 2006). Därmed föreslås, genom den femte principen, att det geografiska omfånget av specialistvård ska utvidgas. Om dessa geografiska områden förstoras kan kompetens inom alla medicinska tillstånd finnas inom området, fast på olika, speciellt inriktade, sjukhus. Det är viktigt att resultaten synliggörs för alla, för att även patienterna ska kunna välja vilken vård de ska söka sig till och att aktörerna på riktigt ska kunna konkurrera med varandra genom resultatmått.

### **Bygg ett stödjande IT-system**

De fem tidigare principerna är starkt relaterade till varandra, men den sjätte principen är en grundläggande byggsten för att något över huvud taget ska fungera (Porter, 2014). IT-systemet bör ses som ett stödjande verktyg för att omstrukturera sjukvården och mäta resultat, snarare än som en lösning i sig. Alla typer av data för varje patient ska kunna återfinnas inom IT-systemet och data bör innefatta hela vårdcykeln. Porter och Lee (2013) menar att IT-systemet ska vara centrerat kring patienter, vara kompatibelt för olika typer av data och använda samma definitioner på data. Data bör även göras tillgänglig för alla som är involverade i vården, såväl läkare som patienter. IT-systemet bör användas för att underlätta kommunikationer och datautbyte mellan alla parter, men också ha en enkel arkitektur för att smidigt få ut information om varje patient eller medicinskt tillstånd. Ett stödjande IT-system är det område där Sverige ligger sämst till (Nordenström, 2014b).

## **3.3.2 Värdebaserad vård i Sverige**

De idéer som Porter och Teisberg (2006) presenterar utgår ifrån amerikanska förhållanden, vilket gör att teorierna inte kan direktöversättas till det svenska systemet. Höglund et al. (2012) beskriver bland annat att fokus på konkurrens behöver tonas ned för att passa in i den svenska

hälso- och sjukvården. Detta beror på att den svenska vården främst finansieras av offentlig sektor och att de svenska patienterna inte i samma utsträckning genomför jämförelser av vården vid val av klinik. Trots detta anses Sverige ha goda förutsättningar att implementera delar av den värdebaserade vården, vilket till stor del grundas i de befintliga svenska kvalitetsregistren, något även Larsson och Lawyer (2011) bekräftar.

De första svenska kvalitetsregistren uppkom i slutet på 1970-talet och omfattade knä- och höftproteser (Nationella Kvalitetsregister, 2015). Syftet var att följa upp resultaten från behandlingarna eftersom många problem uppkom i samband med operationerna. Genom att registrera alla operationer inom området i nationella register kunde svenska ortopediker få tillgång till stort statistiskt material som kunde analyseras inför nya behandlingar. 1993 bildades Nationella Kvalitetsregister och idag finns det omkring 96 olika kvalitetsregister. De drivs decentraliserat vilket betyder att register byggs upp och sköts av varje klinik. Det är också dessa kliniker som utnyttjar registren för att ta fram statistik och lämpliga vårdmetoder.

Även om utfallsmåtten för att mäta patientvärde utvecklas och förändras, kan de tidigare kvalitetsregistren vara viktiga vid jämförelse och när de nya utfallsmåtten tas fram. Dagens mest använda utfallsmått kallas kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, vilket sammanfattar livslängd och livskvalitet i ett mått (Höglund et al., 2012). Porter och Teisberg (2006) förespråkar istället specifika mått för varje medicinskt tillstånd och därmed är en utveckling av måttet nödvändig. En organisation kallad ICHOM har grundats för att skapa standardiserade utfallsmått för några av de vanligaste patientgrupperna, och på så sätt underlätta införandet av värdebaserad vård (ICHOM, 2016).

Att använda sig av vårdepisodersättningssystem, som Porter och Teisberg (2006) förespråkar, är något som redan testats i Sverige (Agerberg, 2014). Redan 2009 gjorde Stockholms Läns Landsting detta hos knä- och höftprotesoperationer. Vårdgivaren får då ett fast pris betalt för operationen och eftervården, samt blir ekonomiskt ansvarig för komplikationer inom två års tid. Detta har resulterat i att antalet komplikationer blivit färre och att fler antal operationer hunnits med, vilket gjort att vårdköerna minskat samt att patienterna blivit nöjdare. Ett sådant ersättningssystem ses även som positivt av Höglund et al. (2012), men de menar att det är mycket viktigt att det inte ger några möjligheter att ekonomiskt gynnas genom sämre vård. Därför är det av stor vikt att patientvärdet genom hela vårdprocessen tas i beaktning.

Hur arbetet med värdebaserad vård på bästa sätt ska göras i Sverige finns det flera olika teorier om. Nordenström (2014a) lägger stor vikt vid arbetet med att söka upp evidensbaserad forskning kring patientprocessen för att därmed kunna arbeta enligt best practice. Genom att först identifiera vad som skiljer sig i den egna vårdprocessen jämfört med best practice, kan förbättringsfaktorer genast identifieras och på så sätt kan hälsoutfallet förbättras. Hansson et al. (2014), som varit delaktiga vid flera svenska implementeringar av värdebaserad vård, trycker på vikten av att avgöra om organisationen är redo innan införandet inleds. Författarna anser vidare att det är viktigt att förbättra produktivitet, skapa tidiga vinster och få konceptet att genomsyra hela verksamheten. Att uppföljning och vidarearbete är av stor vikt nämner både Nordenström (2014a) och Hansson et al. (2014). De största svårigheterna med implementeringen i Sverige anses enligt Hansson et al. (2014) vara arbetet med IT-systemen och att ta fram kostnader, men det anses möjligt att arbeta runt problemen fram till att en långsiktig lösning hittas.

### 3.3.3 Kritik mot värdebaserad vård

Under de senaste åren har många olika koncept för att förbättra vården testats, såsom Six Sigma, New Public Management och Lean (Walshe, 2009). Enligt Walshe kan dessa ses som pseudoinnovationer, då de egentligen är liknande koncept fast med olika förklädning. Genom att kontinuerligt byta till ett nytt koncept efter ett antal år förstörs genomslagskraften fastän det är samma grundtanke som implementeras igen. Fredriksson, Savage och Ebbevi (2015) hävdar att värdebaserad vård tenderar att liknas vid en pseudoinnovation, men menar att en orsak kan vara att innehållet i konceptet inte förstås. Genom att ta fram de mest citerade artiklarna om värdebaserad vård och sedan undersöka skrifterna där de citerats, framgick att en mycket liten andel faktiskt hade förstått artikelns innehåll. Enligt studien missade mer än en fjärdedel artikelns poäng. Författarna menar att verksamhetsansvariga inom vården behöver förstå managementkoncepten, och inte bara implementera verktygen.

Andersson et al. (2015) har gjort en studie kring förståelsen av värdebaserad vård hos projektgrupperna bland några pilotprojekt som startats upp på ett svenskt universitetssjukhus. Ur studien framkom stora skillnader av förståelsen för konceptet, som till stor del kunde hänföras till personernas professionella bakgrund. Enligt författarna tar inte Porter och Teisberg (2006) hänsyn till läkares förståelse för vad som faktiskt implementeras (Andersson et al., 2015). Läkarnas kärnverksamhet är att vårda patienter och utan riktig förståelse för konceptet menar författarna att engagemanget hos läkarna i förändringsarbetet kan minska. Författarna menar vidare att många aspekter i den värdebaserade vården är såpass nya att de inte är tillräckligt utforskade.

Den värdebaserade vården kan även kritiseras för att den är anpassad till amerikanska förhållanden och har stort fokus på konkurrens (Höglund et al., 2012). Det anses orimligt att patienter är såpass uppdaterade och pålästa att de själva söker sig till den bästa vården. Dessutom har patienter inte i lika stor utsträckning möjlighet att välja vårdgivare i den svenska sjukvården. Detta gör att konkurrensmässiga incitament för bättre vård, som Porter och Teisberg (2006) beskriver, troligen inte kan få genomslag i Sverige (Höglund et al., 2012).

## 4. Studiens kontext

I följande kapitel ges en situationsbeskrivning av den svenska hälso- och sjukvården, SU samt de verksamheter som rapportens fallstudie behandlar. Kapitlet baseras på såväl primär- som sekundärdata där primärdata insamlats genom intervjuer. Till att börja med beskrivs hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ser ut och hur det kan ge möjlighet till att uppnå hållbarhet. Därefter beskrivs SU och Värdekontoret som driver införandet av värdebaserad vård. Kapitlet avslutas med en beskrivning av de specifika patientgrupperna som studerats.

### 4.1 Den svenska hälso- och sjukvården

I en rapport utfärdad av SKL jämförs Sveriges hälso- och sjukvårdssystem med femton andra europeiska länder (SKL, 2015). Det framkommer att Sverige är ledande vad gäller medicinska resultat genom både det kvalitets- och effektivitetsindex som jämförts. Dessa goda resultat tros kunna härledas till den stora andel universitetssjukhus som kombinerar vård och forskning (Örebro län, 2015). Däremot fås en sämre placering vid patientdelaktighet, information och väntetider. Tidningen Sjukhusläkaren (2015) beskriver problem med brist på vårdplatser och sjuksköterskor. Läkarna tvingas prioritera mellan patienter, ställa in operationer och ägna dagarna åt kortsiktiga lösningar.

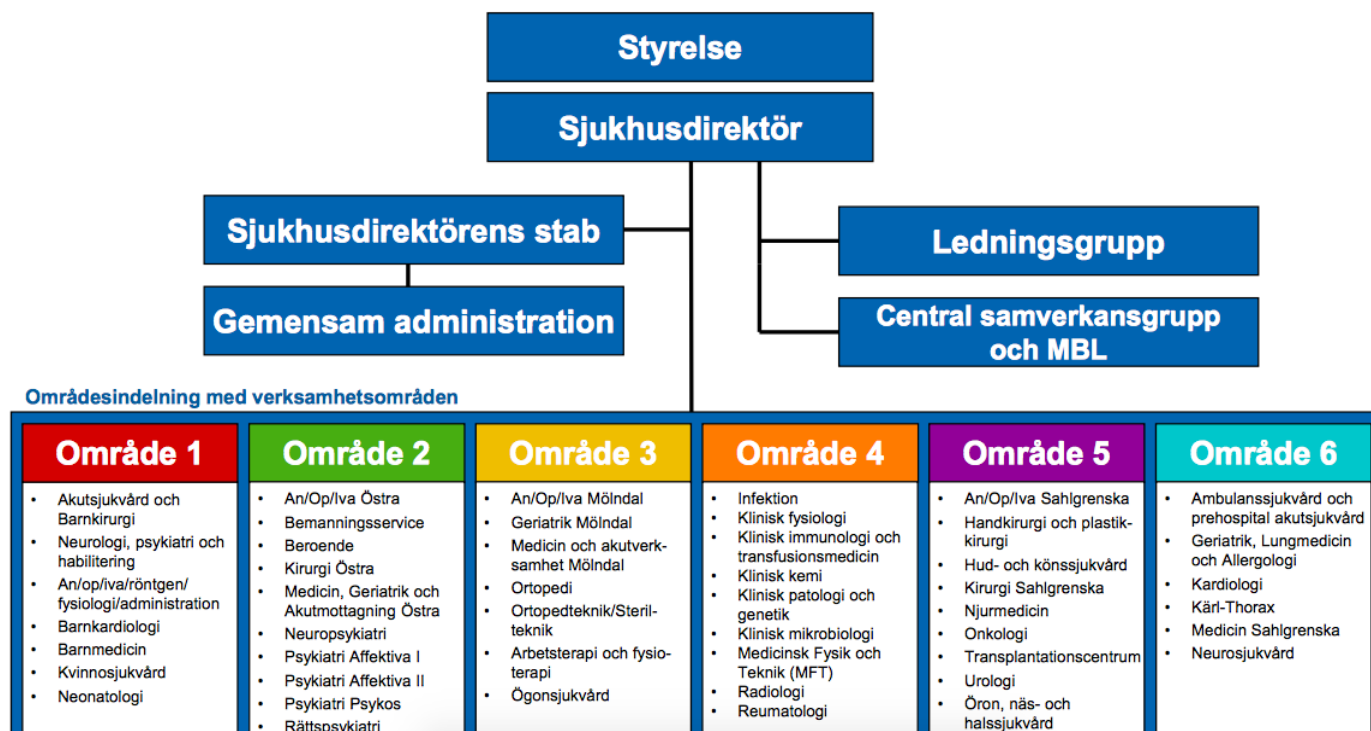
Alla de sex största universitetssjukhusen i Sverige, däribland SU, arbetar i en svår miljö med ökande personalomsättning och ekonomiskt tryck (Örebro län, 2015). Det leder till att personalen ofta är överbelastad och har därför svårt att ta till sig nya förändringar i verksamheten. Arbetsmiljöverket (2015) menar att det finns sociala och organisatoriska påfrestningar som följd av hög arbetsbelastning och ständiga förändringar. Forskare har kunnat se förändringar i vårdstrukturen, såsom ökad marknadsorientering, efterfrågestyrd vård samt avknoppning och privatisering av vårdgivare (Burström, 2011). Frågan Burström ställer sig är om detta gynnar alla i samhället. Sociala skillnader kan ses i vårdkonsumtionen vilket ger negativa utslag på den sociala hållbarheten. Resursfördelning och prioritering efter behov blir allt viktigare. Förändringarna kan också medföra oklarheter över vem i verksamheten som ska ta det övergripande ansvaret. Identifieras ingen tydlig ledare riskerar även förändringen enligt Kavanagh och Ashkanasy (2006) samt Kotter (1995) att avstanna.

På senare tid förs även en debatt kring hur sjukvårdssystemet ska klara av växande vårdköer, brist på sjuksköterskor och en växande andel äldre som ställer krav på vården. Ekblad (2015) tar bland annat upp att sjukvården måste göra ökade satsningar inom IT. Det kommer även finnas en efterfrågan av allt nyare och mer avancerad behandlingsteknik, vilket gör att den ekonomiska hållbarheten hamnar i större fokus. Författaren ifrågasätter hur samhället och politikerna ska kunna möta dessa ökade krav utan att den ovan nämna arbetsbelastningen, som Arbetsmiljöverket (2015) beskrev, blir för påfrestande.

### 4.2 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

SU är ett av Sveriges största sjukhus som bildades 1997 när akutsjukhusen Sahlgrenska, Östra och Mölndal slogs ihop till ett (Västra Götalandsregionen, 2010). Tanken med sammanslagningen var att på bästa sätt kunna ta tillvara de gemensamma resurserna för att kunna erbjuda en bra sjukvård i Göteborgsområdet. Visionen är att ge sjukvård, forskning,

utveckling och utbildning av högsta kvalitet, men också att ge patienter mer inflytande i vården. Organisationen är uppdelad i sex olika områden, som i sin tur innehåller flera verksamheter enligt Figur 6.



Figur 6. Sahlgrenska Universitetssjukhusets organisationsschema (Västra Götalandsregionen, 2010).

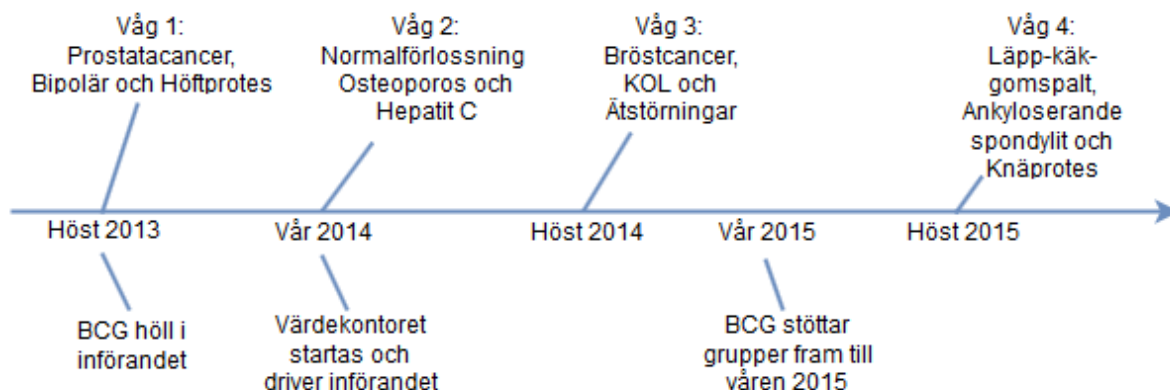
Från intervjuer med Värdekontoret framkom det att sjukhusdirektören och styrelsen utför beslutsfattandet. Inom varje område finns områdeschefer som är direkt underställda direktören. Ledningsgruppen består av de sex områdescheferna, sjukhusdirektören samt stabspersoner som har kunskap inom ekonomi och IT. Ledningsgruppen tar bland annat beslut om vilka patientgrupper som ska implementera värdebaserad vård. Områdeschefen ansvarar för samtliga verksamheter inom sitt område. Dagens funktionella layout gör att patienter kan behöva besöka flera verksamheter inom olika områden för att behandla sitt medicinska tillstånd och ibland är kommunikationen mellan de olika verksamheterna bristfällig.

Det framkom även att det idag på SU finns drygt 800 olika IT-system som inte samarbetar med varandra. Dessa har uppstått då nya program utvecklats för att hantera olika problem. När personerna med kompetens inom programmet lämnar verksamheten blir programmet svårhanterligt, underhålls inte och personalen slutar använda det. Det byggs då på ytterligare ett program för att lösa de senaste svårigheterna vilket resulterar i flertalet system där data registreras på olika sätt. Detta ger en komplex datahantering, som kan underlättas genom ett så kallat städjobb. Det innebär att data kartläggs och struktureras upp, men är en mycket resurskrävande process.

## 4.3 Värdekontoret

Genom intervjuer med Värdekontoret framkom att arbetet med värdebaserad vård på SU inleddes 2013 på initiativ av sjukhusdirektören. Boston Consulting Group, vidare kallat BCG, anlätades för att göra en utvärdering av sjukhuset med syfte att utreda möjligheten att införa

värdebaserad vård. BCG tog fram den första konceptuella modellen för implementering och startade även den första vågen. Värdekontoret grundades våren 2014 för att ta över BCG:s funktion, se Figur 7.



Figur 7. Tidslinje för implementeringen av värdebaserad vård på SU.

Idag arbetar nio personer på Värdekontoret. Gruppen består av en IT-strateg, en kvalitetsexpert, fem logistikere, en ekonom och en läkare. Två av logistikerna var med i uppstarten av den första vågen som BCG höll i. Värdekontorets främsta syfte är att ge förutsättningar för att projektgruppen ska förstå och kunna arbeta utifrån konceptet efter projektfasen. Värdekontoret har sedan starten ständigt utvärderat sitt arbetssätt och syfte. Från att tidigare ha haft en mer aktiv och närvarande roll i projektfasen är de idag främst ett stöd för projektgrupperna som genomgår denna fas, där behovet av stöd varierar. En annan arbetsuppgift är metodutveckling. Modellen som BCG tog fram har justerats efter hand av Värdekontoret efter synpunkter från de projektgrupper som genomgått projektfasen. Värdekontoret arbetar också aktivt med utbildning av de blivande projektgrupperna.

Då införandet av värdebaserad vård skalas upp till att omfatta större delen av patientgrupperna på SU kommer Värdekontoret inte att kunna vara involverade som metodstöd i alla projekt. Istället kommer verksamhetsutvecklare inom varje verksamhet att fungera som metodstöd. Verksamhetsutvecklarna kommer att utbildas genom att få följa ett tidigare projekt i dess implementering, innan införandet på verksamhetsutvecklarens egen patientprocess inleds.

## 4.4 Studerade patientgrupper

Nedan introduceras de fyra patientgrupper som ingår i fallstudien. För att ge en övergripande bild presenteras det medicinska tillståndet som patienterna inom gruppen har samt annan relevant fakta.

### KOL

Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom, förkortat KOL, är en vanlig sjukdom i Sverige (KOL, 2016). Rökning och övervikt är de huvudsakliga bidragande orsakerna till att en patient drabbas av sjukdomen. Det beräknas i Sverige vara mellan fem och sju procent av befolkningen som lider av sjukdomen idag, även om många av dem är ovetande om det. De huvudsakliga symptomen som KOL för med sig är att luftrören blir trånga, vilket gör det svårt att förse lungorna med ny syrerik luft. Sådana problem kan i sin tur leda till oro och ångest hos patienten.



Sjukdomen kan även medföra undernäring, benskörhet, muskelsvaghet och nedsatt prestationsförmåga. KOL är en diagnos som kräver mycket resurser från vården. Sjukdomens påverkan i världen tydliggörs av faktumet att KOL förväntas bli en av de vanligaste dödsorsakerna i världen (SU:s Intranät, 2015). KOL-patienter vårdas på verksamheten lungmedicin, geriatrik och allergologi. Med patienterna arbetar läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och dietister.

### **Bröstcancer**

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen för kvinnor och varje år diagnostiseras i Sverige nästan 8 000 kvinnor. Risken att drabbas ökar med stigande ålder. Även män kan få bröstcancer även om sådana fall är mycket sällsynta. Många av de drabbade kan botas om cancer upptäcks tidigt (1177 Vårdguiden, 2015). På SU kan de drabbade behandlas med tre olika metoder: kirurgi, strålbehandling eller behandling med läkemedel såsom cytostatika (SU, 2015). Patientprocessen är därför uppdelad på två olika verksamheter, kirurgi och onkologi.

### **Osteoporos**

I patientprocessen Osteoporos hanteras främst diagnostisering av sjukdomen som i vardagligt tal benämns benskörhet. De personer som diagnostiseras med osteoporos erbjuds sedan behandling i primärvården. Efter behandling sker återbesök för att kontrollera behandlingens resultat (SU, 2014b). Osteoporos drabbar ofta äldre personer och det innebär att det bryts ned mer benmassa än vad som bildas vilket försämrar benens hållfasthet. Sjukdomen innebär därmed att risken för benbrott ökar. Inga direkta symptom märks utan det är ofta först vid ett benbrott som misstankar om osteoporos uppstår (1177 Vårdguiden, 2016).

### **Normalförlossning**

Normalförlossning verkar i sin helhet under verksamheten kvinnosjukvård. Till patientgruppen hör de kvinnor som kan klassas inom klassificeringen Robson 1. Klassificeringen innebär förstföderskor som väntas ha en normal graviditet och förlossning (Socialstyrelsen, 2015). På SU finns avdelningar för dessa patienter på Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus. Avdelningarna som berörs är förlossningsavdelning samt BB-avdelning där föderskorna samt barnen vistas sin första tid efter förlossningen. Förstföderskor inom Normalförlossning på SU är cirka 3 600 patienter per år vilket gör att genomflödet av personer, såväl bebisar som föräldrar, är stort.

## 5. Värdekontorets metod

Information, material och figurer i kapitlet kommer från intervjuer med Värdekontoret och är det som presenterades för arbetsgrupperna vid uppstart av våg fem. Beskrivningen av metodens steg varierar i detaljrikedom då den tillgängliga informationen varit begränsad i vissa steg. Efter varje genomförd våg görs en utvärdering där metoden ses över för att eventuellt ändras. Detta innebär att de studerade patientprocesserna kan ha haft olika metoder beroende på hur tidigt eller sent de blev utvalda att implementera värdebaserad vård. Ett exempel på detta är att projekten i de första vågorna införde värdebaserad vård helt utan den första fasen, förberedelsefasen, som idag lagts till då projektgruppen känt ett behov av mer tid för förberedelse. Eftersom fallstudien kretsar kring projekt som startades upp för några år sedan, har implementeringsmetoden utvecklats. Materialet som presenteras som Värdekontorets metod i kapitlet är därför inte helt representativt för den metod som fallstudien diskuterar.



Figur 8. Flödesschema över metoden för implementering av värdebaserad vård.

De verksamheter som fått ansvar att införa värdebaserad vård för en patientgrupp genomgår tre faser som innefattar en förberedelsefas, en projektfas och en vidareutvecklingsfas som alla visas i Figur 8. Syftet med de två första faserna är att säkerställa att en verksamhet har goda förutsättningar för att starta upp och implementera värdebaserad vård. När de två första faserna är genomförda fortlöper arbetet med syfte att utveckla och förbättra verksamheten i vidareutvecklingsfasen för att uppnå bättre hälsoutfall.

### 5.1 Förberedelsefas

Denna fas påbörjas när sjukhusledningen, bestående av sjukhusdirektören, staben och ledningsgruppen, tagit beslut om att ett projekt ska starta implementeringen av värdebaserad vård. Fasen innefattar en checklista på nio moment som varje projektgrupp måste genomgå för att sedan kunna fortsätta sitt arbete. De nio moment som förberedelsefasen består av är:

#### Definiera patientgruppen

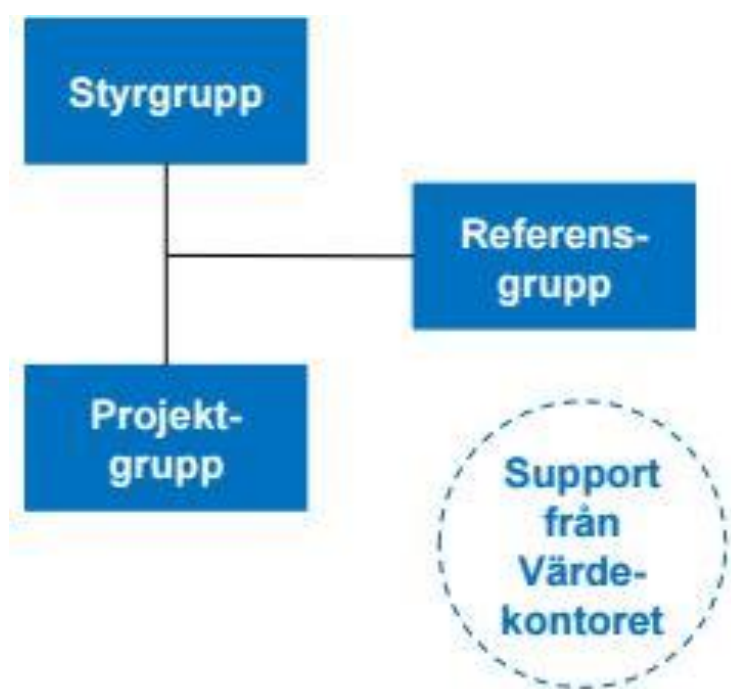
I detta moment ska det definieras vad som kännetecknar en patientgrupp, beskrivas mer i detalj hur den ser ut och vad det finns för utmaningar.

#### Utse patientrepresentanter

Då patientrepresentanter ska utses efterfrågas en bred representation med avseende på genus, ålder, etnicitet och social bakgrund. Syftet är att dessa tidigt bör involveras i arbetet för att kunna bidra med åsikter om vad som skapar värde för patienterna.

### **Etablera projektgrupp, styrgrupp och referensgrupp**

Styrgruppen sitter på beslutsmandat och godkänner projektgruppens arbete. Referensgruppen innehåller representanter från alla involverade verksamheter i patientens vårdprocess. Projektgruppen driver projektet värdebaserad vård och består av en projektledare som sedan blir en processledare i vidareutvecklingsfasen. Denna person är oftast en läkare och har det yttersta ansvaret att driva projektet framåt. Vidare består projektgruppen bland annat av ett projektstöd, administrativt stöd och någon med registerkompetens som tar fram data ur kvalitetsregister. Hur organisationen ser ut framgår av Figur 9. Verksamhetschefens roll är att stötta och följa upp hur projektgruppens arbete går. Styrgruppen, referensgruppen och projektgruppen utgör tillsammans en arbetsgrupp.



*Figur 9. Arbetsgruppen består av en styrgrupp, en projektgrupp och en referensgrupp. Värdekontoret ger arbetsgruppen stöd.*

### **Fastställa tidsplan**

I detta moment görs en tydlig kartläggning över när de olika stegen i projektfasen ska genomföras fördelat över tolv veckor.

### **Genomgå utbildning med Värdekontoret**

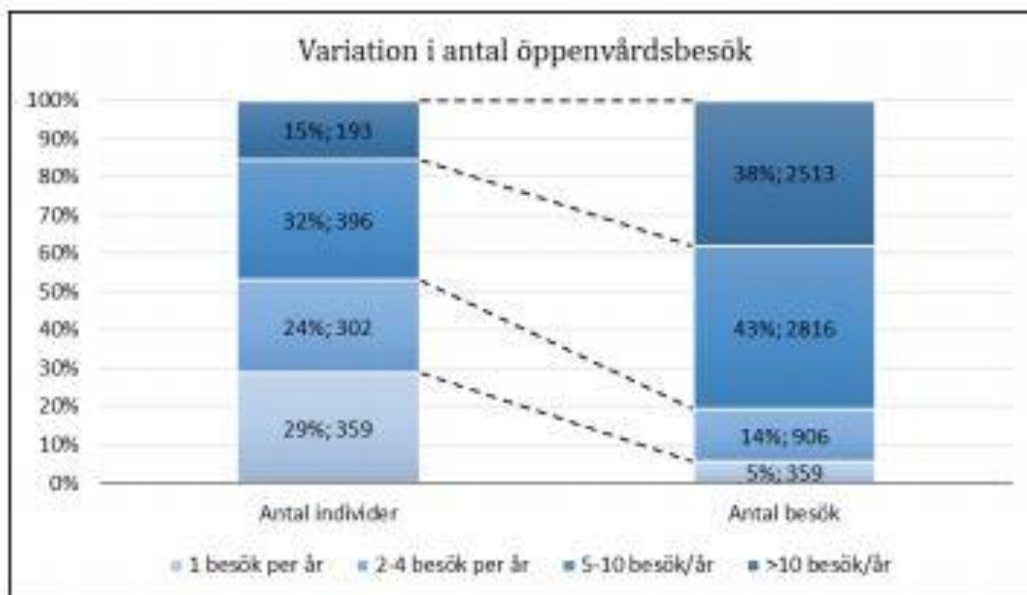
Ett utbildningstillfälle i värdebaserad vård och metoden som Värdekontoret tagit fram ingår i detta moment.

### **Påbörja processkarta**

Vid detta moment ska en övergripande beskrivning av patientgruppens vårdprocess påbörjas som ska besvara frågeställningar såsom vilka aktiviteter som är vanligast och vilka verksamheter som involveras i patientens vårdkedja.

### Påbörja kartläggning av patientgruppen

I detta moment ska produktionsdata tas fram som exempelvis kan visa totalt antal besök, antal patienter inom öppenvården, vilket innebär patienter som inte är inlagda, eller variation i antal vårdtillfällen. Detta ska sedan tydligt visualiseras i ett diagram enligt Figur 10. Även en kartläggning över kostnadsfördelningen inom öppenvård och slutenvård, vilket innebär patienter som är inlagda, ska göras.



Figur 10. Ett exempel på illustration över kartläggningen av patientgrupperna.

### Påbörja kartläggning av dagens resultat

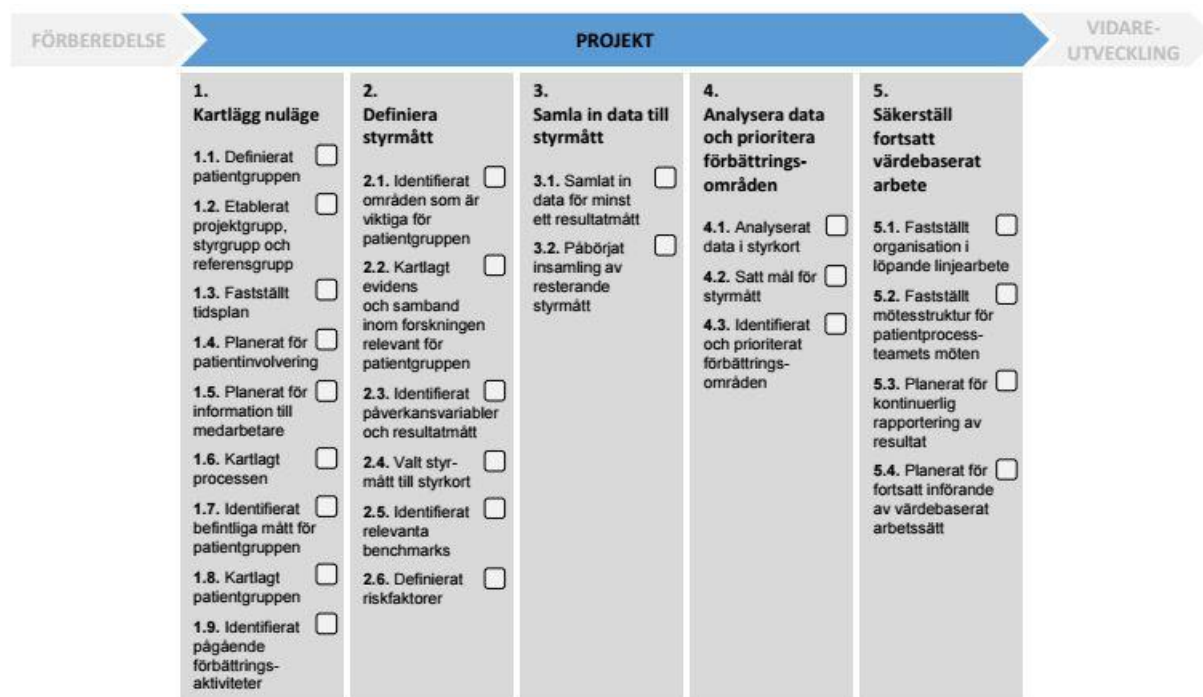
När produktionsdata tagits fram i föregående moment ska resultatet kartläggas. Detta görs genom att se över vilka måttetal som används, varifrån måtten hämtas samt se om mätningar kan jämföras med andra sjukhus genom exempelvis kvalitetsregister.

### Övriga förberedelser

Detta moment innefattar mer administrativa aktiviteter för att underlätta införandet av värdebaserad vård. Vilka moment som görs skiljer sig mellan de olika patientprocesserna, beroende på behov.

## 5.2 Projektfas

Projektfasen innefattar fem steg, enligt Figur 11. Dess syfte är att fortsätta med det grundarbete som utförts i förberedelsefasen men även att utforma ett styrkort, samla in data till detta och sedan analysera styrkortet för att komma fram till förbättringsåtgärder. Styrkortet innehåller en uppsättning mått och ska användas som ett verktyg för att styra verksamheten. Slutligen skapas det i steg fem en fortsatt plan för hur arbetet ska fortlöpa.



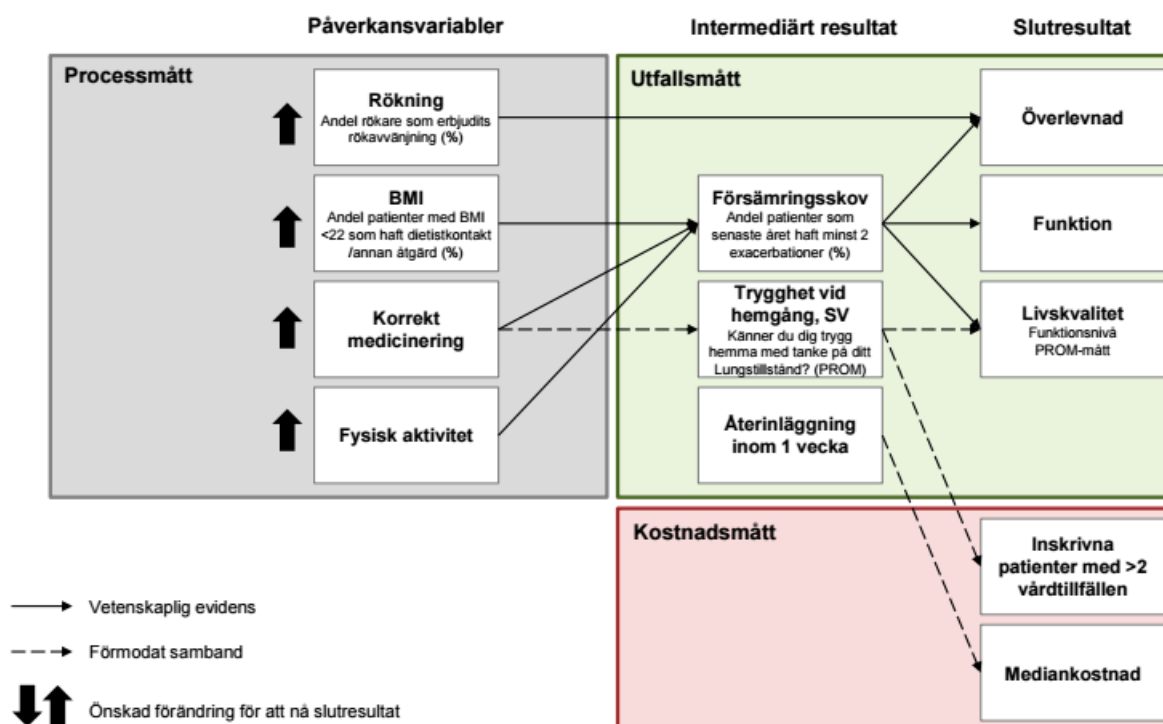
Figur 11. Listor över de moment som ska utföras inom varje steg i projektfasen. Stegen är i figuren listade horisontellt och momenten vertikalt.

### Kartlägga nuläge

I detta moment fortsätter mycket av det grundarbete som redan genomförts i förberedelsefasen. De projektgrupper som genomgått samtliga moment i förberedelsefasen kan därför snabbt gå vidare till nästa steg.

### Definiera styrmått

I detta moment skapas ett styrkort av mått som ska användas för att mäta förbättringar inom verksamheten. Måtten delas upp i utfallsmått, processmått och kostnadsmått. Utfallsmått mäter kliniska resultat och är uppdelade i olika nivåer för olika grader av uppnådd hälsa. De baseras huvudsakligen på de processmått, vilka mäter kvantitativa värden, som funnits tidigare eller lagts till. Vidare kan sedan kostnadsmått sättas upp som ska mäta de kostnader som vården i patientprocessen genererar. Sambandskartan i Figur 12 på nästa sida fanns inte med som ett steg i metoden för någon av de verksamheter som rapporten berör. Den är ett exempel på en uppdatering som tillkommit för nyare vågor efter en utvärdering av metoden.



Figur 12. Ett exempel på hur ett styrkorts mått kan tas fram genom en sambandskarta. Sambandskartan i figuren har gjorts av KOL efter att Värdekontoret lagt till detta i sin metod.

### Samla in data till styrmått

I detta moment ska data samlas in genom användning av nationella kvalitetsregister och PROM- och PREM-mätningar. PROM står för Patient Reported Outcome Measures och innebär mätetal som patienterna rapporterar själva. Det har att göra med fysiska hälsorelaterade mått och kan exempelvis tas fram genom enkäter om hur patienten mår efter behandling. PREM står för Patient Reported Experience Measures och visar patienternas upplevelse av den vård de fått och deras patienttillfredsställelse. Det finns även andra sätt att få in data på, exempelvis genom interna databaser.

### Analysera data och prioritera förbättringsområden

När data väl är insamlad finns det underlag för en analys, som i sin tur bör göras för att komma underfund med vilka förbättringar som kan utföras inom respektive område. Dessa förändringar ska rankas efter hur positiv effekt de har på värdet för patienterna.

### Säkerställa fortsatt värdebaserat arbete

För att undvika att tappa det arbete som gjorts och falla tillbaka till gamla rutiner ska en tydlig fortsättningsplan arbetas fram.

## 5.3 Vidareutvecklingsfas

De två första stegen i metoden, förberedelse- och projektfasen, ska ge en god grund för implementeringen av värdebaserad vård. Tanken i tredje fasen är att värdebaserad vård ska vara en del av den dagliga verksamheten där det fortlöper med kontinuerliga möten och exempelvis revideringar av styrkortet. I denna fas övergår projekten till att bli så kallade processer och Värdekontoret släpper sin roll som metodstöd. Däremot kan Värdekontoret alltid nås för att svara på frågor, bolla idéer och de anordnar även lärandeseminarium där de tidigare projektgrupperna som startats vid samma våg träffas och diskuterar erfarenheter och resultat.

## 6. Intervjudata

I följande kapitel presenteras resultat från de intervjuer som genomförts med verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare, projektledare samt vårdpersonal inom varje verksamhet. Kapitlet är strukturerat utifrån respektive patientgrupp. Avslutningsvis presenteras erfarenheter och åsikter som framkommit och som kan kopplas till specifika yrkesroller inom förändringsarbetet.

### 6.1 KOL

KOL har arbetat med värdebaserad vård sedan augusti 2014 och ingick därmed i den tredje vågen. Under våren 2014 fick verksamheten veta att de hade blivit utvalda för att implementera värdebaserad vård och projektet drog sedan igång under tidig höst. KOL genomgick därför ingen förberedelsefas, vilken numera ingår i Värdekontorets metod. Däremot fick de i uppdrag att ta fram befintlig datastatistik innan uppstarten.

#### Arbetsgruppens erfarenheter

För att involvera patienterna har KOL genomfört två intervjuomgångar med patientrepresentanter samt en enkätundersökning. Dessutom ska kontinuerliga utvärderingar genomföras hos utskrivna patienter via telefonintervjuer för att behålla patienternas delaktighet, men på grund av personalbrist har detta arbetsmoment inte kunnat prioriteras i tillräcklig utsträckning. Patientrepresentanterna valdes ut slumpvis bland patienterna i slutenvården. I början av projektfasen tillfrågades tre patienter att delta i en intervju för att utvärdera sin vård och delge vad de ansåg viktigt. Därefter togs en handlingsplan och mått till styrkortet fram, som sedan reviderades under en andra intervjuomgång med patientrepresentanter några månader senare. Frågorna i enkäten behandlar synpunkter på vården. Genom enkäterna samlas data in för att kunna följa hur patienternas välmående utvecklas.

Syftet med att intervjua patientrepresentanterna var att få fram förbättringsförslag som verksamheten kunde arbeta med. Förbättringsförslagen kunde delas in i områdena livskvalitet, prognos för överlevnad och delaktighet. Arbetet med införandet av värdebaserad vård ledde därmed till att verksamheten fick reda på vad som var viktigt för patienternas upplevelse. Det tydliggjordes också att det finns en krock mellan patientens och sjukvårdens önsknings. Båda parter vill givetvis att patienten ska bli så frisk som möjligt, men KOL är en kronisk sjukdom och patienten har därför alltid vissa besvär, vilket leder till otrygghet. I och med detta vill patienterna i vissa fall uppnå trygghet genom att vara kvar på sjukhuset under en längre tid, medan sjukvården vill skriva ut patienten för att frigöra resurser. Det finns en ambition att arbeta vidare med patientrepresentanter även efter projektfasen, men detta har fördröjts på grund av en omorganisation i öppenvården. Det har dock nyligen inletts ett projekt där patienter kan fylla i PROM och PREM elektroniskt, antingen hemma eller på mottagningen.

Under införandet av värdebaserad vård framkom det att patienterna efterfrågade en KOL-sjuksköterska som de snabbt kunde höra av sig till för att få råd vid exempelvis ett försämringsskov, vilket avser en tidsperiod då patient mår sämre. Det var detta förbättringsförslag som prioriterades högst av patienterna som intervjuades. Förbättringsförslaget som gavs näst högsta prioritet var att få bättre information i slutenvården: information vad gäller inskrivning, provsvar och utskrivning. För att tillgodose behovet anställdes ytterligare en KOL-sjuksköterska för att patienterna lättare ska kunna ta kontakt vid

frågor. I samband med bildandet av ett KOL-centrum får nu patienterna även en egen KOL-läkare vid mottagningsbesök. KOL-centrum kan ses som en samordning av olika delar av verksamheten som behandlar patienter med KOL.

För att snabbt sprida kunskapen om vad värdebaserad vård är och hur projektet skulle genomföras nyttjades planeringsdagar för berörda enheter, vilket av arbetsgruppen ansågs lyckat. Dessutom spreds informationen via personalmöten och intranätet. Det framkom att referensgruppen var stor vilket gjorde att de fick med många olika kompetenser. Då värdebaserad vård infördes träffades olika projektgrupper via lärandeseminarier för att diskutera den värdebaserade vården. Verksamheten hade dock önskat ett tätare samarbete mellan verksamhetsutvecklare på olika avdelningar för att kunna utbyta erfarenheter och lärdomar. Det uttrycktes även en önskan om att alla verksamhetsutvecklare inom SU skulle få en gemensam grundlig utbildning i värdebaserad vård. Under projektfasen upplevde arbetsgruppen att arbetet med att utforma styrkortet styrdes mer strikt än vad de önskat. De kände därmed att de inte lyckades ta tillvara på den kreativitet och kompetens som fanns inom arbetsgruppen.

Efter att projektet övergått till en process träffas arbetsgruppen två till tre gånger per halvår för att vidareutveckla arbetet. Under dessa möten hålls en genomgång av handlingsplanen, en uppdatering av styrkortet presenteras och diskuteras samt en uppföljning av hur arbetet fortlöper görs. De utfallsmått som används är relativt få och handlar mestadels om patienternas trygghet, andel försämringsrisk och andel återinläggningar. Dessutom mäts bland annat mediankostnader i öppen- och slutenvård som kostnadsmått. Styrkortet har däremot många processmått, såsom andel patienter som getts rökavvänjning, dietistkontakt eller arbetsterapeutkontakt. Det påpekas en svårighet med att införa värdebaserad vård för kroniska diagnoser såsom KOL. Anledningen är att det tar mycket längre tid att se resultaten i utfallsmåtten än vid tillfälliga diagnoser. Verksamheten arbetar därför aktivt med att förbättra processmått, och tar stöd i evidensbaserad forskning som säger att även utfallsmåtten då förbättras på sikt. Data till styrkortet kommer främst från Luftvägsregistret. Medarbetare för patientprocessen KOL har registrerat mest data till kvalitetsregistret, vilket innebär att de ges stor möjlighet att påverka registrets utformning. I nuläget krävs mycket resurser och handpåläggning för att leta upp måtten i registret och ta fram data. Genom dialoger och seminarium har KOL kunnat påverka datahanteringen och har nu en förhoppning om att detta ska förenklas avsevärt inom en snar framtid.

Arbetsgruppen för KOL har även lagt upp en plan för att säkerställa att de medarbetare som inte är med på uppföljningsmötena ska kunna ta del av arbetet och därmed förstå vad som händer. I planen ingår tre olika tillvägagångssätt som verksamheten vill arbeta med. Ett sätt är att arbeta med visualisering där en översikt av styrkort och resultat ska synas ute på berörda avdelningar. Det andra sättet benämns tillgänglighet och innebär en gemensam mapp för arbetet som alla inom verksamheten har tillgång till. I mappen ska medarbetarna få ta del av styrkort, analysmaterial, protokoll, information om möten samt aktuella implementeringsinitiativ. Det tredje sättet handlar om att arbetet med värdebaserad vård ska säkerställas som en agendapunkt på verksamhetens möten, däribland på arbetsplatsträffar. Implementeringen av värdebaserad vård har bidragit till att resultaten följs upp bättre och mer kontinuerligt. Det har även gett ett mer strukturerat förbättringsarbete och lett till tätare samarbete mellan de olika professioner som arbetar med KOL-patienter. Att mäta och följa upp vården har inte varit ett prioriterat arbete, men med värdebaserad vård har dessa områden förbättrats. Verksamheten hoppas också att värdebaserad vård kommer att påverka det dagliga arbetet positivt i framtiden.



Införandet av värdebaserad vård har prioriterats högt inom verksamheten, vilket gjort att verksamhetsutvecklaren getts goda förutsättningar i form av tid för införandet. Projektledaren upplevde däremot en högre arbetsbelastning och vissa problem att kombinera det dagliga arbetet med införandet. Efter att projektet övergått till process har verksamhetsutvecklaren drivit arbetet med styrkortet och handlingsplanen framåt. Varje kvartal hålls möte med ledningsgruppen där arbetet med värdebaserad vård presenteras och rapporteras.

Projektgruppen anser att arbetssättet med värdebaserad vård inte skiljer sig särskilt mycket från arbetet med övrigt förbättringsarbete, förutom att patienten är mer i fokus. Eftersom enbart delar av hela konceptet värdebaserad vård införs, försvinner vissa delar som tros ge större genomslagskraft. Verksamheten påpekar att vårdepisodersättningssystem, som förespråkas i originalkonceptet, skulle kunna förbättra det förebyggande arbetet och därför leda till exempelvis färre försämringsskov. Med dagens kostnadsstruktur finns inte ett långsiktigt tänk där exempelvis åtgärder i primärvården kan spara resurser om patienten då undviker ett senare besök i slutenvården.

En svårighet med patientprocessen KOL är att patienten besöker många olika professioner och verksamheter i sin behandling. Verksamheten ansvarar alltså inte för hela vårdkedjan för patienterna. En viss förvirring kring projektledarens beslutsmandat gör att det är svårt att tvinga in arbetssättet för de andra verksamheter som behandlar patienten. Strax efter att värdebaserad vård infördes för KOL skapades ett KOL-centrum i öppenvården med syftet att centrera vården kring patienten. Därigenom har dessa problem blivit mindre och värdeskapandet för patienterna, såsom kontinuitet i läkarbesök, har ökat. Det uttrycks också att SU har drivit och visat stort engagemang för införandet av värdebaserad vård. Det har varit många uppföljningar både inför sjukhusdirektören och för Värdekontoret samt i områdets ledningsgrupp.

En annan stor utmaning som upplevdes under införandet var att få IT-systemen att stödja arbetet. Problemet var att det krävdes mycket manuellt arbete för att registrera data och få ut data från systemen. Dessutom kommunicerar systemen inte med varandra och mycket data måste därför registreras i mer än ett system. Förutom att det blir dubbelarbete, finns även risken att samma data registreras på olika sätt i olika system, vilket gör det svårt att göra jämförelser. Projektgruppen efterfrågar ett större stöd av exempelvis Värdekontoret i denna process. Vad gäller kunskapen om värdebaserad vård hade verksamheten svårigheter att sprida kunskapen inom hela verksamheten. Det ansågs inte tillräckligt att bara de som ingick i projektgruppen hade denna kunskap. Personerna i projektgruppen hade inte heller tillräcklig kunskap för att själva kunna utbilda resten av medarbetarna. Även i detta fall tror projektgruppen att Värdekontoret skulle kunna ta en aktivare roll. En aktivitet som tros åtminstone delvis ha löst problemen med IT och utbildning är en bättre förberedelsefas, vilken inte fanns med i metoden då värdebaserad vård infördes hos KOL.

### **Vårdpersonalens erfarenheter**

Vårdpersonalen upplevde värdebaserad vård som något svårt att få förståelse för. Hur konceptet kommunicerades ut i verksamheten råder det delade meningar om: några fick ett mail, andra fick höra det från sin närmsta chef medan vissa var på ett informationsmöte några månader innan införandet skulle starta. All vårdpersonal som intervjuats har suttit med i referensgruppen och deltagit på mötena i mån av tid. Flertalet tar upp att de lärt sig mycket av varandra, men också om sig själva, då de har olika bakgrunder med olika arbetsuppgifter och roller. Eftersom flera även kommer från olika verksamheter har mötena bidragit till ett bättre samarbete över

gränserna och mer förståelse för de olika verksamheterna och deras arbete kring KOL. Det som upplevs som den största fördelen med värdebaserad vård är att förbättringsarbetet struktureras upp.

En svårighet med projektgruppens arbete var att sprida informationen om värdebaserad vård till kollegorna som inte var involverade i projektet. Därför tror de inte att deras kollegor vet mer än att någon typ av förbättringsprojekt pågår. Flera menar att det skulle vara lättare att få förankring och fäste i det dagliga arbetet om fler sjuksköterskor och undersköterskor hade funnits med i projektgruppen. Ett framtida problem som vårdpersonalen befarar är att resurserna inte ska räcka till när värdebaserad vård implementeras inom större delar av SU. Idag kan exempelvis dietister hjälpa till inom flera verksamheter, men om varje patientprocess vill ha en egen dietist kanske det inte räcker med dagens antal.

### **Summering**

Det innebär stora utmaningar att införa värdebaserad vård för kroniska diagnoser såsom KOL. Framför allt består svårigheten i att resultaten av måtten dröjer. En annan utmaning är att de inte äger sina patienters hela vårdkedja, vilket ytterligare försvårar framtagandet av mått och resultat. Införandet av KOL-centrum i öppenvården har dock underlättat, precis som stöd och engagemang av Värdekontoret och SU. IT-systemen är ytterligare en försvårande faktor som nämns under intervjuerna. De positiva effekter som setts sedan implementeringen av värdebaserad vård är en bättre uppföljning av resultat. Det anses också att det förbättrat samarbetet mellan samtliga yrkesroller som arbetar med KOL-patienter.

## **6.2 Normalförlossning**

Normalförlossning ingick i Värdekontorets andra våg och införde därmed värdebaserad vård våren 2014. Patientgruppen Normalförlossning består av de patienter som klassificeras till Robson 1, vilket innebär förstföderskor som väntas ha en normal graviditet och förlossning. Eftersom SU har denna typ av patientgrupp på två olika sjukhus bestod projektgruppen av två verksamhetsutvecklare, en från vardera sjukhus. En läkare var projektledare, men i vidareutvecklingsfasen har en verksamhetsutvecklare tagit över rollen som processledare. Båda verksamhetsutvecklarna har läst kvalitetsutvecklingskurser inom verksamhetsutveckling. Att kombinera rollen som verksamhetsutvecklare och processledare samtidigt togs inte upp som ett problem då det ses som ett förbättringsprojekt likt andra.

### **Arbetsgruppens erfarenheter**

Normalförlossning hade en stor referensgrupp som bestod av cirka 35 personer, innehållande bland annat läkare, barnmorskor och undersköterskor. Den stora referensgruppen hjälpte till att sprida budskapet om värdebaserad vård ut i verksamheten vilket bidrog till en större förståelse hos medarbetarna. Eftersom patienterna endast tillhör patientgruppen en kortare tid är det svårare att involvera patienterna jämfört med vid patientgrupper med kroniska sjukdomar. Då patienternas livssituationer förändras efter sjukhusbesöket, ger det mindre tid och intresse för att delta i arbetet efteråt. Normalförlossning har inte heller en patientförening av nämnd anledning, vilket gör det svårt att få en kontinuitet i arbetet med återkommande familjer som kan bidra med nya tankar om styrkortets mått. Patientinvolveringen skedde därmed främst under projektfasen. Den grupp av patientrepresentanter som deltog i framtagning av viktiga mått fanns redan med i tidigare kvalitetsutvecklingsprojekt inom verksamheten. Genom bland annat workshops erhöles de mått som ansågs viktigast för patienterna.

Förbättringsarbete har drivits kontinuerligt på förlossningsavdelningarna, men då värdebaserad vård infördes sågs det som ett sätt att strukturera upp och mäta förbättringsarbetet som sker. Tidigare hade det arbetats med viss patientinvolvering, men i införandet fångades patientrepresentanternas åsikter upp och blev konkreta styrmått i styrkorten. PROM- och PREM-mått tas fram genom en enkät som ges till alla som skrivs ut efter sjukhusvistelsen. Eftersom Normalförlossning är en väl definierad patientgrupp med standardiserade diagnoskoder var det relativt enkelt att veta vad som skulle mätas. Innan införandet startades gjordes ett omfattande städjobb bland tillgänglig data och en verksamhetsassistent anställdes för detta. Att få ut data blev dock ändå ett betydande problem, eftersom IT-systemen är komplexa och svåra att hantera. Även kvalitetsregister, som anses standardiserade och välordnade, är svåra att få fram utdata från. Verksamheten trycker på att det behövs personal som är administrativa experter på att få ut data för att kunna hantera detta. Det tar alldeles för lång tid att försöka få ut data då kompetens inom området saknas. Största problemet är att data registreras olika i olika system och att IT-systemen inte är sammankopplade. Normalförlossning löste slutligen problemet med hjälp av en sekreterare och genom att bli piloter för programmet Qlikview, vilket förenklade processen med att få ut resultatmått avsevärt.

Styrkorten reviderades ofta under projektfasen och strax därefter, för att enbart ha med mått som faktiskt kan mätas. De mått där data inte fanns togs tillfälligt bort och det utvecklades nya mätmetoder för att kunna hitta data till alla mått. I dagsläget revideras styrkortet sällan, eftersom det anses vara tillräckligt bra. Projektgruppen visualiserar sina resultat genom att skriva upp de resultat som mäts månadsvis på en tavla i verksamhetens korridor. Den är synlig för både patienter och vårdpersonal, för att de ska kunna se statistik över hur arbetet gått. Enligt vårdpersonal ses denna statistik som en stor motivationskälla och det anses viktigt att mäta och kunna se statistiken för att veta att de gör ett bra jobb. Resultaten efterfrågas även som en stående punkt på ledningsgruppsmöten.

Ett av problemen som lyfts fram med styrkorten är att vissa mått är svåra att få ut resultat för. Exempelvis mäts återinläggningar inte direkt, trots att data finns någonstans i IT-systemen på SU. Ett annat stort problem är de ekonomiska måtten. Det framkom att dagens ekonomistyrning inte stödjer den värdestyrning som önskas då det utifrån dagens ekonomisystem är mycket svårt att få fram kostnad per patient. En förlossning enligt Robson 1 kostar mindre än om kejsarsnitt behöver göras. Detta syns dock inte i de kostnadsmått som togs fram, vilket skapar en frustration hos verksamheten. I nuläget kan det därför inte fokuseras på ekonomiska förbättringar utan enbart på kvalitetsförbättringar. Dessutom premieras ofta nystartade förbättringsprojekt, vilket gör att dessa nya projekt prioriteras framför exempelvis vidareutveckling av den värdebaserade vården. En annan viktig aspekt som framkom under intervjuerna är att det tar tid innan resultat visar sig, därför krävs uthållighet.

Under projektfasen ansåg sig arbetsgruppen få bra stöd av Värdekontoret och metoden ansågs vara strukturerad. Däremot var metoden något omfattande, men eftersom stegen var tydligt definierade kunde de följas trots den stora omfattningen. Projektgruppen prioriterade införandearbetet högt och var noga med att avsätta tid för möten. Efter projektfasen stannade vidareutvecklingen av i några månader, eftersom verksamheten inte riktigt visste hur de skulle arbeta vidare efter projektfasen. Vad som sedan kom att utvecklas var en modell med en ny organisatorisk struktur för vidare förbättring. För att få hjälp med strukturen för denna omorganisation hyrdes konsulter från BCG in. Utifrån projektfasen identifierades sex viktiga förbättringsområden med avseende på vad som gav mest värde för patienterna. Varje område har en förbättringsgrupp som drivs av en ledare, ofta en läkare eller barnmorska, och består av

vårdpersonal. En gång i månaden träffas ledaren för varje grupp tillsammans med verksamhetsutvecklare och första linjens chefer från varje BB- eller förlossningsavdelning. Eftersom första linjens chefer är de som driver utvecklingsarbetet på varje avdelning och håller exempelvis i medarbetarsamtal, anses det viktigt att de är med i processen för att förstå sin roll. Detta för att förebygga motstånd mot förändringen som kan uppstå om de känner att de tvingas ansvara för införandet trots att beslutet kommer ovanifrån. Denna organisatoriska modell har blivit en modell för värdebaserad vård på SU även i fortsättningen.

Efter projektfasen har Värdekontoret använts för diskussioner i de fall problem uppstår. Projektgruppen tar egna initiativ och exempelvis kontaktas Värdekontoret för att få det senaste metodmaterialet. Det anses finnas ett stort värde i att kunna bolla idéer med Värdekontoret. Flera lärandeforum har hållits, vilket setts som positivt för att träffas och utbyta erfarenheter. Dessa forum hölls under första året efter projektfasen och initierades av Värdekontoret. Att just Värdekontoret samordnar detta anses inte nödvändigt, utan något som cheferna på de olika verksamheterna bör initiera för att kunna lära av varandra. Hittills har några positiva resultat kunnat uppnås till följd av den värdebaserade vården, men verksamheten poängterar att det tar tid innan resultat visar sig. På eget initiativ har verksamhetens ledning påbörjat införande av värdebaserad vård i en ny patientgrupp, gravida med diabetes. Denna patientprocess är inte alls lika standardiserad som Normalförlossning, vilket gör att mer resurser krävs för att få fram data.

Arbetsgruppen anser sig ha ett mycket stort engagemang kring värdebaserad vård och anser att det är en framgångsfaktor. Att några eldsjälar drivit projektet och vidareutvecklingen anses mycket viktigt. Kommunikationen till vårdpersonalen om värdebaserad vård inleddes redan innan beslutet om införandet tagits, genom bland annat veckobrev och information på intranätet. I nuläget diskuteras värdebaserad vård på arbetsplatsträffar och förbättringsgrupperna arbetar kontinuerligt vidare med utveckling. För att lyckas sprida budskapet föreslår arbetsgruppen att de informella ledarna lyfts fram och att ambassadörer för värdebaserad vård utbildas för att sprida budskapet ytterligare.

En av de faktorer som verksamheten lyfter fram som den viktigaste för ett bra införande av värdebaserad vård är ett stort engagemang som genomsyrar hela verksamheten. Att visualisera framgångar och kontinuerligt kommunicera hur arbetet går nämns som viktiga aktiviteter för att få detta engagemang. Dessutom framkom det att ett ledarskap som driver utvecklingen framåt krävs. Det är viktigt att det finns kompetens för att driva förbättringsprojekt i projektgruppen, medan den medicinska kompetensen anses av några vara av mindre vikt. Verksamhetschefen har en stor del av ansvaret för att leda projektet och vidareutvecklingen.

Verksamheten är positiv till att arbetet med värdebaserad vård kommer att fortsätta även på lång sikt. De hoppas och tror att arbetet kommer att bli välintegrerat och fortlöpa genom ett tänk som genomsyrar hela organisationen. Troligen kommer patienter att efterfråga ännu mer information om sitt vårdförlopp i framtiden. Hot mot den värdebaserade vården anses kunna vara att SU:s strategiska agenda ändrar sig och att införandet av värdebaserad vård läggs på is till förmån för någon annan förändringsplan. Det är viktigt att se det långa perspektivet och att vara uthålliga. Dessutom tror flertalet att SU kan behöva omorganiseras utifrån patientprocesserna för att värdebaserad vård ska fungera på bästa sätt. Dagens stuprörsorganisation ger kommunikationssvårigheter mellan olika verksamheter som ingår i varje patientprocess.

### **Vårdpersonalens erfarenheter**

Enligt vårdpersonalen har all personal på avdelningen, med eventuella undantag från ny vårdpersonal, hört talas om begreppet. Begreppet ses som positivt och kopplas hos vårdpersonalen främst ihop med värdeskapande för patienter och att fråga patienterna vad de anser viktigast. Det lyfts även fram som ett bra sätt att strukturera förändringarna och det ses som positivt att verksamhetsledningen prioriterar införandet. Enligt vårdpersonalen har införandet egentligen inte inneburit något nytt arbetssätt, ändå lyfts resultattavlorna och synliggjord statistik fram som positiva effekter. Hög personalomsättning och knappa resurser ses som stora problem eftersom ingen kontinuitet uppnås. Vårdpersonalen anser det svårt att ta nya införanden, såsom värdebaserad vård, på allvar när personalen redan är överbelastad. Det framkommer också önskemål om att öka värde på längre sikt, istället för att enbart minska kostnader på kort sikt. Genom att ge förstföderskan en trygg förlossning, minskar förlossningsrädslan och därmed behovet av planerade kejsarsnitt i framtiden, vilka är mycket kostsamma. Något som vårdpersonalen lyfter fram som ett ytterligare problem är att patientprocessen är spridd på olika platser geografiskt, vilket försvårar samarbeten och möten i förbättringsgrupperna.

### **Summering**

Implementeringen underlättades då standardiserade mått för patientprocessen redan utvecklats, men IT-systemen var ändå ett problem vid införandet av värdebaserad vård. För att lösa IT-problemet fick verksamheten tillgång till extra resurser genom att vara ett av pilotprojekten för Qlikview samt genom att få konsult hjälp för omorganisering kring det fortsatta förbättringsarbetet. Det framkom även under intervjuerna att en expert inom administration och datahantering hade behövts. Ekonomistyrningen var även den ett stort problem, eftersom korrekta kostnader inte kan tas fram i nuläget. Arbetsgruppen på Normalförlossning betonar vikten av ledarskap och kunskap inom förändringsledning för att driva igenom förändringsprojektet. Dessutom anses det viktigt att budskapet genomsyrar hela verksamheten. Engagemanget upplevdes stort i hela verksamheten och det anses att Värdekontoret gett tillräckligt stöd. Det var också svårt att hitta patientrepresentanter på grund av patienternas nya situation efter förlossningen. Verksamheten har sedan projektfasen kontinuerligt arbetat med förbättringar genom utveckling av förbättringsområden samt nya uppstartade projekt.

## **6.3 Bröstcancer**

Bröstcancer införde värdebaserad vård i den tredje vågen, alltså hösten 2014. Då patientprocessen består av både onkologi och kirurgi bildades en projektgrupp med representanter från båda verksamheterna. Ett initiativ togs i samband med införandet av värdebaserad vård för att sammanföra de aktiviteter som ingår i patientprocessen genom ett Bröstcentrum, där all vård för bröstcancer ska finnas. Patientprocessen är dock ännu bara sammanförd på papperet, fysiskt ligger verksamheterna fortfarande på olika platser. Verksamhetsutvecklarna från båda verksamheterna har läst kvalitetsutvecklingskurser på Chalmers.

### **Arbetsgruppens erfarenheter**

Verksamheterna ansåg att de redan innan arbetat med värde för patienten, men att värdebaserad vård är ett nytt sätt att arbeta och mäta förbättringsarbete på. Med hjälp av ett annat förändringsarbete som startade strax innan införandet av värdebaserad vård, som fokuserade på patientkontakt, hade de lätt att hitta patientrepresentanter. Involveringen av patienterna upplevdes som den del som varit lättast och mest givande vid införandet. Tanken med värde

kring patienten handlar enligt verksamheten om att förändra sitt arbetssätt men det är också ett sätt att tänka och mäta förbättringar på. Att presentera kvalitet är något som tros efterfrågas av patienterna i framtiden och kan därför bli avgörande för deras nöjdhet.

En stor utmaning som upplevdes vid uppstarten av värdebaserad vård var att finna relevanta mätbara mått. De var därför tvungna att göra ett styrkort som snarare baserades på mätbarhet än vad som faktiskt ansågs mest intressant och givande att mäta. De upplevde även en svårighet med att hitta bra ekonomiska mått till styrkortet. Det kan dröja flera år innan vissa resultat fås fram och vissa mått, såsom antal friskförklarade eller antal som får återfall, blir därför omätbara. Problematiken uppstår när utfallsmått som till exempel överlevnad ersätts med mått som behandlar patientens välmående under behandling. Ett sådant mått är viktigt men kan styras åt rätt håll utan att visa om patienternas chans till överlevnad om tio till femton år förbättras. Verksamheten kan bli vilseledd eftersom kortsiktigt välmående förbättras om exempelvis cellgiftsbehandlingar tas bort, trots att ett sådant beslut skulle leda till en lägre chans till överlevnad för patienten.

Ett problem som framkommit är att medarbetare generellt är trötta på förändringsarbete och när resultaten inte kan visualiseras kortsiktigt tappas energin. Några ur arbetsgruppen tror att anledningen kan vara att medarbetarna är vana vid att förändringsarbeten inte leder till resultat som synliggörs för dem. Att måtten i styrkortet är svåra att mäta och visualisera har lett till att styrkortet idag i princip inte används. Arbetsgruppen menar även att det lades tid på fel saker vid implementeringen, exempelvis togs det fram data som sedan inte användes. Kirurgi hade hellre lagt denna tid på att ta fram ett mått som till exempel infektionsfrekvens, då det inte finns register för detta idag. Ett förslag som togs upp av en informant var att ta fram få och enkla styrmått som sedan kunde visualiseras, för att få verksamheten att inse vikten av arbetet. Syftet är då att ta fram ett mindre antal enkla och mätbara mått för att sedan bygga på efter hand, istället för att försöka mäta alla relevanta mått direkt. Härigenom kan verksamheten undvika att hamna i fällan att bygga upp ett stort, ambitiöst luftslott och kan istället börja enkelt, presentera resultat och arbeta vidare därifrån. Det tas även upp att det är viktigt att måtten enkelt kan visualiseras genom till exempel Qlikview. Även denna visualiserbarhet bör, förutom att de ska vara enkla och mätbara, vara ett kriterium för måtten.

Insamlingen av data är krånglig då IT-systemen inte kommunicerar med varandra och hanteringen av systemen sker på olika sätt, vilket i sin tur leder till stor variation i indata och utdata. Styrkortet blir tomt då ingen data kommer in. Som en lösning på problemet tas det upp att en specialiserad administratör behövs för att kunna sköta arbetet med datahanteringen. Den grad av digitalisering som skett i arbetet med datainsamlingen är att det skannas in handskrivna papper som sedan inte kan användas i utdatahanteringen. I dagsläget använder sig verksamheten kirurgi av Qlikview medan onkologi än så länge bara diskuterar möjligheten att bygga en lösning för de problem som tidigare nämnts.

Det råder delade meningar om hur väl Värdekontorets metod gick att följa. Vissa ur arbetsgruppen anser att den var detaljerad och enkel att följa, men att problemet uppstod sista dagen då verksamheten skulle börja arbeta på egen hand med värdebaserad vård. Andra menar istället att metoden var komplicerad men att det förmodligen gått bättre om de hade använt dagens metod som utvecklats. Projektgruppen tar upp att de sista stegen i metoden är viktigast men att det samtidigt är dessa steg det ägnas minst tid åt. Istället för att lägga tid på att räkna ut kostnader för en bröstcancerpatient, vilka är svåra att specificera då ingen vet vad aktiviteterna inom sjukvården kostar, bör denna tid läggas på den faktiska implementeringen. De siffror som används för att beräkna aktivitetens kostnader anses vara tagna ur luften och är satta för många

år sedan. Svårigheterna med styrkortet gjorde att de hade behövt mer tid till detta och att de önskade mer stöd i projektfasen. En längre förberedelsefas innan projektfasen var också något de nämner att de saknade. Det tas även upp att de önskat hjälp från Värdekontoret med att reda ut vissa definitioner och steg i metoden istället för att själva behöva lägga tid på det. Tiden som frigörs kan då läggas på att till exempel fokusera mer på styrkortet från början. Det tas även upp att det vore bättre om lärandeseminarier handlade mer om utbyte av kunskap inom frågeställningar som dyker upp snarare än att presentera sitt arbete och resultaten kring det. Som det ser ut nu kostar det mer i tid än vad det ger verktyg tillbaka och därmed prioriteras inte dessa träffar.

Det framkom att Bröstcancer är en väldigt komplex patientgrupp som löper över flera verksamheter. Här uppstår det problem då inte alla aktörer som behandlar patienterna är medvetna om arbetet med värdebaserad vård. Därmed kan arbetet enligt en informant bli direkt kontraproduktivt om inte alla känner till och arbetar efter de framtagna styrmåten. Bröstcancer hade också ytterligare en dimension av komplexitet då de parallellt samkörde tre stora förbättringsprojekt: skapandet av Bröstcentrum, införandet av standardiserade vårdförlopp och värdebaserad vård. Här menas det att ledningen måste ta mer hänsyn till hur mycket som redan görs inom en verksamhet innan ett beslut tas att värdebaserad vård ska införas där. I detta fall blev det svårt att hinna med alla projekt och när tiden investeras fel försvinner snabbt energin.

### **Vårdpersonalens erfarenheter**

Vårdpersonalen tror att det är svårt att införa ett arbetssätt genom att göra en radikal förändring vid ett tillfälle. För att lättare och snabbare få förståelse inom hela verksamheten bör förändringen ske gradvis. Några tar, precis som projektgruppen, upp att det är viktigt att starta enkelt i arbetet med styrkortet. Enligt vårdpersonalen kan samtliga då känna sig mer delaktiga och engagerade att påverka förändringen. Flertalet berättar även att de resultatet i verksamheten får fram kommuniceras ut till samtliga medarbetare via olika kanaler. Många ser dock inte värdebaserad vård som något nytt och revolutionerande, de anser att de alltid har arbetat med att skapa värde för patienterna. Några är allmänt negativt inställda till värdebaserad vård, då de menar att ledningens egentliga orsak till införandet är bra publicitet. De menar att arbetet inte kan få genomslag, eftersom inte tillräckligt med resurser ges.

Flertalet ur vårdpersonalen menar att värdebaserad vård var något som kom från patienterna själva eftersom de efterfrågar förbättringar inom vissa områden. Sjuksköterskorna upplever att patienterna är engagerade och vill hjälpa till att förbättra förloppet, exempelvis vet patienterna vad de har för rättigheter vilket avspeglas i vad de kräver av sjukvården. Det märks att arbetet med fler kontaktsjuksköterskor och kuratorer har påverkat patienterna positivt då tillgängligheten och förtroendet ökat. Skillnader i belastning märks bland kollegor vars verksamheter inte infört värdebaserad vård, och därmed inte fått utökade resurser.

En utmaning inom vården som personalen ser är att hela vårdkulturen måste förändras. Idag är inställningen alldeles för resultatnriktad, och resultaten är inriktade på fel saker. Vårdpersonalens önskemål är att producera hälsa för patienterna och därmed bör resultaten mäta sådana mått. De anser även att pengarna som ska betala för vården ligger i fel händer eftersom patienten själv inte kan välja var och hur vården ska ske. En lösning på detta sägs vara ett mer processorienterat arbetssätt. En annan svårighet är att det är olika projekt igång samtidigt vilket gör det svårt att få en uppfattning om vad som är vad. Informationen finns på intranätet, men då de ändå ofta tvingas arbeta övertid prioriteras inte läsning av detta. Några lyfter frågan om vårdpersonalen verkligen behöver veta vilket projekt som hänger ihop med vilket namn

eller om det viktiga är att arbetssättet kommuniceras ut. Om den tillsatta projektgruppen fångar upp vårdpersonalens förslag på förbättring ser flertalet inget negativt i att inte veta vad som hör till vad.

### **Summering**

Projektgruppen och vårdpersonalen är överlag positiva till värdebaserad vård och menar att tanken med värde för patient är något som kommer efterfrågas av patienter i framtiden. Det anses vara hög tid att börja mäta och arbeta på detta sätt. Det upplevs som en stor utmaning att arbeta med icke-stödjande IT i arbetet. Detta i kombination med komplicerade styrkort med mått som i vissa fall inte är mätbara bidrar till att engagemanget snabbt försvinner. Detta har gjort att vidareutvecklingen nu prioriterats bort. Projektgruppen anser att Värdekontorets metod bör fokusera mer på att börja enkelt och bygga på därifrån. Det önskas också mer aktivt stöd för att undvika att fastna i problem som Värdekontoret hade kunnat hjälpa till med.

## **6.4 Osteoporos**

Osteoporos införde värdebaserad vård under våren 2014, i den andra vågen. Initialt hade de hjälp av konsulter från BCG, men när konsulterna lämnade SU tog logistikern, som varit involverade i BCG:s arbete, över stödfunktionen. Verksamheten äger inte hela vårdkedjan för sina patienter och därmed praktiseras inte värdebaserad vård i alla delar där patienterna behandlas. I patientprocessen för osteoporos diagnostiseras patienterna men behandlingen görs i primärvården, som inte arbetar med konceptet. Detta leder till vissa svårigheter med kommunikation, genomförande och uppföljning.

### **Arbetsgruppens erfarenheter**

Metoden uppfattades som strukturerad och fungerade bra vid införandet, men flertalet aktiviteter upprepades vilket gjorde att det upplevdes som att de gjorde samma saker flera gånger. Fördelen som nämns med detta är dock att ett gemensamt språk skapades i ett tidigt skede. Det nämns också att verksamheten är nöjd med stödet och hjälpen de fick i det tidiga stadiet av införandet. Arbetsgruppen fick även hjälp efter projektfasen då de hade svårigheter att få metoden att fungera tillsammans med verksamheten. Projektfasen upplevdes som intensiv, men det nämns också att det var positivt att de pressades till att få gjort mer än de först trodde de skulle klara av. Tidspressen tvingade arbetet framåt och höll alla fokuserade. Vikten av att ha någon kunnig utomstående som projektkoordinator diskuteras också som en möjlig avlastning för projektledaren och bra för att hålla förändringsarbetet igång efter projektfasen.

Då det med jämna mellanrum införs nya förbättringsarbeten fanns det initialt ett visst motstånd mot värdebaserad vård bland vårdpersonalen. För att arbeta bort detta motstånd gjorde verksamheten exempelvis ett aktivt val att inte längre benämna det förändrade arbetssättet som projekt. Detta var för att undvika att ge personalen uppfattningen om att arbetssättet var tillfälligt. Projektgruppen upplever även att vårdpersonalens engagemang är stort. Det svåra har varit att kommunicera ut information om den värdebaserade vården, vilket är något som de anser sig vara mindre bra på. Under intervjun framkom även att en ledare måste ha vårdpersonalens respekt och medicinsk kunskap för att förstå patientgruppen och processerna.

Genom arbetet med patientinvolvering har de haft kontakt med en patientrepresentant från Osteoporosföreningen. Patientrepresentanten engagerades redan i ett tidigt skede av projektet och de träffas fortfarande varje halvår för att berätta hur arbetet med värdebaserad vård fortlöper, samt för att efterfråga nya patientrelaterade mått. Ett problem som framkom var att denna representant enbart lyfte fram ett mått, vilket gjorde det svårt att få fram fler utfallsmått



till styrkortet. Verksamheten har även träffat andra verksamheter som infört värdebaserad vård för att utbyta idéer och erfarenheter genom lärandeseminarier. Det upplevdes dock som att fokus mestadels låg på att berätta om sin egen verksamhets resultat, vilket gjorde att arbetsgruppen inte fick ut så mycket från dessa träffar. Patientgrupper har olika förutsättningar för att få fram resultat och därmed kändes resultaten inte lika viktiga att jämföra som de metodspecifika frågorna. Det efterfrågas därför mer fokus på utbyte av erfarenheter om patientinvolvering och lösningar på problem som uppstod i metoden. Träffarna planerades och annonserades inte om i god tid vilket försvårade möjlighet till deltagande. Önskemål finns om mer strukturerade och planerade utbytestillfällen då det upplevs som lärorikt och nyttigt.

Idag hålls fortfarande regelbundna informationsmöten för att ständigt påminna om arbetssättet kring värdebaserad vård. Styrkortet revideras cirka en gång per år och huvudfokus ligger i nuläget på processmått. Detta beror på att verksamheten anser det svårt att få fram vilka utfallsmått som ska finnas samt hur de ska mätas. Den största skillnaden mellan dagens styrkort och det initiala är att det modifierats utifrån vilken data som går att få ut. Verksamheten är positiv till den värdebaserade vården och har börjat få ut utfallsmått som går att mäta och följa upp. Både i början av införandet och under vidareutvecklingsfasen upplevdes det som svårt att ta fram lämpliga mått. Det är en avvägning mellan relevans och vad som är mätbart samtidigt som det är starkt kopplat till att data måste finnas tillgänglig. Här lyfts vikten av att få tidigt stöd i att ta fram och utforma styrkortet då detta är en stor utmaning i implementeringen. De upplever att Värdekontoret även idag finns tillhands om de behöver hjälp med något. Nyligen togs initiativet till att få hjälp av Värdekontoret med att plocka fram PROM- och PREM-mått, något de har haft svårt att göra på egen hand.

De största utmaningarna som nämns i samband med införandet av värdebaserad vård är IT-systemens begränsningar. Det finns olika typer av data som matas in i olika typer av system som inte kommunicerar med varandra. När verksamheten sedan vill ha ut data har mycket manuell handpåläggning behövts för att få fram de resultat som efterfrågats. Viss data kan dessutom bara registreras som fritext. Dilemmat med detta är att det inte går att söka i fritextrutor, vilket leder till att informationen måste letas upp manuellt och utdata blir då inte så detaljrik som det hade önskats. För att försöka komma runt problemen har kodanvändningen setts över och försökts standardiseras så att alla gör likadant. Verksamheten har även tagit hjälp av Qlikview för att underlätta hanteringen av utdata, vilket upplevdes som en stor hjälp. De hade dock önskat att få mer hjälp med IT i ett tidigt stadiet av implementeringen. Under intervjuer framkom det även en frustration kring att inte kunna göra det som planerats på grund av begränsade system eller resurser.

En annan utmaning i Osteoporos arbete är att de inte äger hela vårdkedjan för sina patienter. Efter ställd diagnos skickas patienterna till primärvården för behandling. Detta innebär att de som tar hand om patienternas behandling varken har kunskap om eller arbetar efter principerna i värdebaserad vård. Behandlingen har stor inverkan på patientens möjlighet att bli bättre, vilket gör att det blir svårt att fånga upp det viktiga och kritiska i detta skede. När detta moment faller utanför deras påverkan försvårar det även möjligheten att använda patientrelevanta mått i styrkortet, eftersom resultaten inte efterföljs i den mån som önskas. Slutgiltiga resultat kan dessutom först presenteras om ett till tre år framåt i tiden, vilket gör att en del intressanta mått ännu inte kunnat följas upp.

Osteoporos har även varit beroende av läkares remisskrivning för att patienter ska kunna ledas vidare till dem. Efter en justering av rutinerna sedan implementeringen av värdebaserad vård har de dock lyckats komma runt problemet. De får dagligen information om vilka nya patienter

som blivit registrerade i frakturregistret, ett register med bra täckningsgrad, och därmed finns i riskzonen för osteoporos. Istället för att invänta remiss av läkare, utnyttjar de dessa listor och skickar numera själva kallelserna till alla misstänkta fall för utredning. För att underlätta det administrativa arbetet med denna rutin har de anställt en frakturkoordinator som hanterar listorna, kallelserna och uppföljningen. De har även initierat ett djupare samarbete med röntgenavdelningen för att fånga upp andra misstänkta fall av osteoporos som inte hamnar i frakturregistret. De upplever denna förbättring som väldigt positiv då de märker att fler patienter än tidigare får en riktig diagnos. En annan positiv effekt av värdebaserad vård, som framkom i intervjuerna, är att det kan smitta av sig på annat förbättringsarbete.

### **Summering**

En stor fördel verksamheten upptäckt sedan de införde värdebaserad vård är att de nu har bättre insyn i vad patienterna upplever som värde. Arbetssättet har även gett bättre struktur vilket resulterat i att de nu fått större förståelse för vad deras arbete leder till. En annan fördel med värdebaserad vård är att de fått verktyg för att mäta och följa upp på ett mer strukturerat sätt än tidigare. De har därför även bättre möjlighet att se hur deras arbete påverkar utfallet. Efter justering av rutinerna har de även lyckats upptäcka fler misstänka fall av osteoporos och kan därmed även diagnostisera fler. En stor utmaning de upplever är IT-systemen, som försvårar både indata- och utdatahanteringen. Att de inte äger hela vårdkedjan för sina patienter är en annan stor utmaning de måste hantera.

## **6.5 Rollspecifika erfarenheter**

Verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare, processledare och vårdpersonal har i många fall samma åsikter och erfarenheter som sina kollegor i respektive verksamhet. Verksamhetscheferna ser införandet utifrån den mest aggregerade nivån där de större och mer strategiska frågorna tas upp. Mellan verksamhetscheferna råder det delade meningar angående vem som har det största ansvaret för projektet. Några menar att det ligger på verksamhetschefen själv att se till att projektet löper på och att verksamheten når dit den ska. Andra menar istället att ansvaret ligger på projektledaren eftersom det är denna person som fått yttersta ansvaret att driva projektet.

Verksamhetsutvecklarna har som främsta arbetsuppgift att driva förbättringsprojekt inom sin verksamhet och införandet av värdebaserad vård innebär inget utanför deras vanliga arbetsbeskrivning. De har därför i många fall tidigare erfarenhet från liknande projekt och är i regel mer positiva till införandet än de övriga yrkesrollerna. De flesta verksamhetsutvecklare har även läst någon form av högre akademisk utbildning inom verksamhetsutveckling eller förändringsledning. Verksamhetsutvecklarnas fokus ligger på måtten i styrkortet och att få fram data till dessa. Därmed är de också drivna av att få fram resultat på hur verksamheten utvecklar sig.

Processledarna, som tidigare varit projektledare, arbetar nära vårdpersonalen och patienterna och antyder i flera intervjuer att de inte riktigt förstått vad värdebaserad vård innebär för skillnad mot hur de har arbetat tidigare. De säger sig alltid ha haft patienten i fokus och att det är deras drivkraft för att överhuvudtaget arbeta inom vården. Processledarna anser sig inte ha möjlighet att lägga tillräckligt mycket tid på förändringsarbetet även om de gärna skulle vilja. Därför är det enligt dem viktigt att ha möjlighet att få mer tid avsatt, vilket bidrar till ett mer genuint arbete med införandet. Processledarna har till skillnad från de ovan beskrivna rollerna sällan

utbildning i hur projekt ska ledas eller hur förändringsarbete går till. Många anser sig inte heller ha tid, kompetens eller ansvar att sköta alla de administrativa aktiviteter som krävs av en processledare.

Vårdpersonalen som intervjuats har den homogena åsikten att värdebaserad vård inte innebär någon större ändring av arbetssättet. De anser att de alltid har arbetat med att skapa värde för patienten. En genomgående åsikt är att de ser ett stort problem i hur resurserna ska räcka till. De är även skeptiska till hur införandet kommer gå då beslutet är taget på högsta ledningsnivå. Många anser att det i dagsläget finns mindre resurser än någonsin och att de därför tror att det är svårt att införa nya arbetssätt. Detta beror på att vårdpersonalen redan har för mycket att göra och därför inte har tid eller ork att engagera sig i förbättringsprojekt. En majoritet av vårdpersonalen har även svårt att hålla isär olika förbättringsprojekt som pågår. Huruvida detta är ett problem eller inte råder det dock delade meningar om.

## 7. Faktorer som påverkar implementering

I följande kapitel presenteras de framtagna faktorer som anses ha påverkat implementeringen av värdebaserad vård. Ett övergripande problem som kan ses inom samtliga verksamheter på SU, men som också kan kopplas till implementeringen av värdebaserad vård, är komplexiteten. Flertalet författare menar att hälso- och sjukvården är ett omfattande och komplicerat system, där aktörer påverkar varandra i större utsträckning än inom industrin (Nilsson, 2007; Glouberman & Mintzberg, 2001). Även Norbäck och Targama (2009) tar upp problemet med att leda och styra en komplex verksamhet, vilket kan innebära begränsningar och fokus på fel saker. Flera av de nedan nämnda faktorerna tros ha direkt koppling till den rådande komplexiteten, vilket gör att faktorerna kan ses som en nedbrytning av problemet.

### 7.1 Anpassning av modeller

Den metod som Värdekontoret arbetat fram kan i stora drag kopplas till två stora koncept: värdebaserad vård (Porter & Teisberg, 2006) och Kotters åttastegsmodell för implementering (Kotter, 1995). Ur de båda koncepten har vissa delar valts ut för att anpassa metoden till att passa på SU. Hur modellerna har anpassats anses ha betydelse för hur förutsättningarna för implementering av värdebaserad vård har sett ut.

#### 7.1.1 Anpassning av värdebaserad vård

På grund av den ovan nämnda komplexiteten som finns i sjukvårdssystemet, medför en implementering av värdebaserad vård en del komplikationer. Den metod som Värdekontoret tagit fram är en anpassning och vidareutveckling av metoden som utvecklades av BCG inför den första vågen. Även denna metod är förenklad från det koncept som Porter och Teisberg (2006) lyfte fram som värdebaserad vård. Precis som Höglund et al. (2012) skriver lämpar sig inte alla sex principer som Porter och Teisberg (2006) presenterar för en tillämpning i den svenska vården. Detta syns tydligt i den metodanpassning som gjorts av BCG och vidare av Värdekontoret.

Det kanske största problemet, som framkommit ur samtliga intervjuer, är att IT-systemet inte stödjer verksamheten. Då stödjande IT-system är en av de sex ursprungliga principerna är det en fundamental del för hela införandet av värdebaserad vård (Porter & Lee, 2013; Porter, 2010). Betydelsen av detta blir tydlig då IT-systemet tycks ha påverkat samtliga av de undersökta implementeringarna negativt. Att i anpassningen av metoden förmå verksamheterna att i ett tidigt skede skapa förutsättningar för att kunna arbeta med stödjande IT-system är därför av stor vikt. Utmaningen med detta ligger i att IT-systemen är en fråga som troligen är viktigt att den tas itu med inom hela SU och varken kan eller bör lösas av varje enskild verksamhet. I dagens metod finns ett städjobb med för att underlätta datahanteringen.

Vården på SU är fortfarande funktionellt orienterad eftersom de Integrated Practice Units som Porter (2010) förespråkar inte har införts. Hos vissa patientprocesser, såsom Normalförlossning, där alla patientflöden sedan tidigare tillhört samma verksamhet, påtalades inga större problem med indelningen utifrån verksamhetsområden. I den mer komplexa patientprocessen för bröstcancer påtalades tydligt att arbetet med att införa den värdebaserade vården försvåras av att patienterna skickas runt mellan olika verksamheter, som dessutom inte kommunicerar tillräckligt bra med varandra. Flera gånger påtalades att en patientorienterad layout, där alla resurser för det medicinska tillståndet finns på en geografisk plats, skulle

underlätta vårdprocessen och öka värdet för patienterna. Ett liknande problem uppstår hos Osteoporos som endast sköter diagnostisering av patienterna. Själva behandlingen tas främst omhand av primärvården som är en aktör utanför SU, vilket försvårar kommunikation och samarbete ytterligare. Även KOL påtalade ett problem i att inte hela vårdkedjan ägs av verksamheten, men ansåg att det KOL-centrum som utformats gett stora möjligheter. Troligen är ambitionen med detta centrum att efterlikna de Integrated Practice Units som Porter och Teisberg (2006) förespråkar. Även ett Bröstcentrum infördes samtidigt som den värdebaserade vården, troligen med samma ambition. Den parallella omorganisationen upplevdes dock mer som rörig och eftersom Bröstcentrum inte heller har någon fysisk plats har denna omstrukturering ännu inte fått något genomslag.

Att mäta resultat är en av Porters principer som fått stort genomslag i den värdebaserade vården på SU (Porter, 2010). Styrkortet är en central del i mätningen av resultat och även om vissa svårigheter uppstår med att ta fram data och resultat vittnar nästan alla informanter om att arbetet med att mäta resultat har hjälpt till att strukturera upp och hitta förbättringsområden. Patientinvolvering används till stor del för att få fram de värdeskapande utfallsmåtten, precis som Porter och Teisberg (2006) förespråkar. Hur patientinvolveringen sker skiljer sig kraftigt mellan de olika patientprocesser som utvärderats, men samtliga informanter anser att patientinvolveringen varit mycket värdefull. Det framkommer även ur intervjuer med vårdpersonalen att värde för patienter och mätning av statistik är det som främst kopplas till värdebaserad vård.

Att arbeta med värdeepisodersättningssystem, som Porter och Teisberg (2006) förespråkar görs inte alls på SU, men det efterfrågas specifikt hos KOL eftersom det anses kunna förbättra vården. En förbättrad vårdkvalitet kopplat till denna typ av ersättningssystem bekräftas av flera studier (Agerberg, 2014). Från flera intervjuer framkommer att dagens sätt att beräkna kostnadsmått inte stödjer den värdebaserade vården. SU verkar inte heller följa Porter och Teisbergs (2006) princip om att specialisera sig på några få medicinska tillstånd för att sedan dela upp patienterna därefter på ett större geografiskt område. SU följer då den rekommendation som Höglund et al. (2012) lade fram, eftersom denna del av värdebaserad vård inte anses kunna anpassas till den svenska hälso- och sjukvården.

Vissa av de arbetsgrupper som lyckats ta fram data och resultat arbetar aktivt med att jämföra dessa och försöka förbättra genom att hitta best practice, precis som Nordenström (2014a) förespråkar. Det långsiktiga och förebyggande perspektivet som Porter och Teisberg (2006) poängterar verkar dock falla bort i vissa fall. Det framkommer att SU ständigt är pressat resursmässigt och att besparingar ständigt efterfrågas, vilket ger upphov till ett kortsiktigt tänk. Eftersom det i många fall tar tid innan resultaten visar sig, kan det kortsiktiga synsättet motarbeta den värdebaserade vården. Att arbeta förebyggande på ett sätt som är evidensbaserat kan kosta mycket resurser i ett tidigt skede, vilket gör att det inte genomförs trots att det hade kunnat spara resurser på lång sikt (Porter, 2010). Förbättringsåtgärder riskerar då att slopas trots att de skulle ge en långsiktig positiv effekt såväl ekonomiskt som för värdet för patienten.

### **7.1.2 Anpassning av implementeringsteori**

Den metod som Värdekontoret tagit fram syftar till att möjliggöra implementeringen av värdebaserad vård för samtliga verksamheter. Som Favaro (2015) nämner ska stegen i en implementeringsfas överbrygga gapet mellan dagens situation och målet verksamheten har med förändringen. Förutom att ge tydliga riktlinjer ska metoden även göra att implementeringsteori

tillämpas. Metoden ska därför göra att verksamheterna förebygger de sex hinder som Beer och Eisenstat (2000) presenterade. Idag liknar metoden Kotters (1995) åttastegsmodell, men den bör följas fullt ut för att ge goda förutsättningar.

Den förberedelsefas som idag lagts till i metoden ger förutsättningar för att skapa ett behov av förändring eftersom verksamheterna ska kartlägga nuläget. Härigenom får de en uppfattning om hur verksamheten ser ut och vad som kan förbättras. I förberedelsefasen ska verksamheten även etablera projektgrupp, styrgrupp och referensgrupp, vilket direkt motsvarar ett av de tidiga stegen i Kotters (1995) åttastegsmodell. Något som däremot saknas i början av Värdekontorets metod är det tredje steget, att skapa en vision. Det är först i slutet av projektfasen arbetsgruppen ombeds att sätta upp mål för införandet av värdebaserad vård, men det vore även lämpligt att införa en vision som påvisar syftet med förändringen. Kotter (1995) menar i sitt fjärde steg att den uppsatta visionen sedan måste förmedlas inom verksamheten, vilket inga direkta steg i metoden stödjer. Att ge de anställda befogenhet att agera, vilket Kotter (1995) förespråkar i sitt femte steg, följs inte helt i metoden eftersom projektgrupperna blir begränsade då de inte har mandat att ta beslut över verksamhetsgränserna. Att samla data till ett första mått i styrkortet kan ses som ett steg att ge förutsättningar för att skapa kortsiktiga vinster, vilket Kotter (1995) i sitt sjätte steg anser är viktigt för att hålla motivationen uppe. Att lyfta fram dessa tidiga vinster är något som metoden skulle kunna uppmana till, vilket även Hansson et al. (2014) håller med om. För att sedan kunna befästa arbetssättet i verksamheten ska vidareutvecklingsfasen ge arbetsgruppen verktyg för att lyckas med detta. I dagsläget innehåller inte vidareutvecklingsfasen några konkreta steg som verksamheterna kan följa eller hämta inspiration från. De sjunde och åttonde stegen i Kotters (1995) återfinns alltså inte i dagens metod.

## **7.2 Metod med goda förutsättningar**

Vid implementering av nya arbetssätt är målet att implementeringen ska förankras i verksamheten på lång sikt. Som Kotter (1995) menar är det ibland lättare sagt än gjort och för att implementeringen ska lyckas krävs goda förutsättningar. Den metod som Värdekontoret har utvecklat ger i många fall goda förutsättningar för implementeringen, vilket även framkommit från flera intervjuer. Metoden anses framför allt ge en genomtänkt struktur i förbättringsarbetet vilken ger verksamheterna en bra grund att stå på. Däremot finns det flertalet faktorer som bör arbetas vidare med för att ytterligare förbättra förutsättningarna för en lyckad implementering.

### **7.2.1 Förberedelse inför implementering**

Ibland har besluten om införandet av värdebaserad vård kommit plötsligt och med kort varsel innan projektet förväntas dra igång. Därmed har många verksamheter inte haft tid att kartlägga hur de ska arbeta med datahanteringen. Dessutom har den korta förberedelse tiden gjort att verksamheterna inte hinner förstå vad värdebaserad vård egentligen är. Många informanter efterfrågade en möjlighet till längre period av förberedelse, för att hinna få förutsättningar för att kunna följa den metod som Värdekontoret tagit fram. I nuläget har metoden utvecklats till att även innehålla en förberedelsefas på sex månader, vilket tros påverka framtida implementeringar positivt trots att implementeringen då tar längre tid.

En annan påverkande faktor som påpekas från flera verksamheter är att flera olika förändringsprojekt sker samtidigt inom vården. Genom intervjuer med verksamheterna har det bland annat framkommit att olika förändringsprojekt kan konkurrera med varandra, vilket ofta

gjort att projekt som inte ger tidiga positiva resultat bortprioriteras på grund av exempelvis tidsbrist. Särskilt vid intervjuerna med vårdpersonal på de olika avdelningarna framkom en viss begreppsförvirring, då begreppet ofta blandades ihop med värdegrundsarbetet som infördes ungefär samtidigt. Flera parallella projekt gör att det blir svårt att särskilja vad som faktiskt är värdebaserad vård och vad som är något annat, vilket även Andersson et al. (2015) kommit fram till i sin forskning. Stora omorganisationer såsom uppstarten av KOL-centrum och Bröstcentrum gjordes samtidigt som införandet av värdebaserad vård. Sådana centrum liknar de Integrated Practice Units som Porter och Teisberg (2006) beskriver, och borde således vara något gynnsamt för införandet av värdebaserad vård. Projektgruppen för Bröstcancer ser det parallella arbetet med värdebaserad vård och Bröstcentrum som något som rört till och försvårat hela införandet. Ändå är verksamheten positivt inställd till både den värdebaserade vården och att samordna alla resurser kring patienten, som i ett Bröstcentrum. KOL säger sig däremot se stora möjligheter för att utveckla den värdebaserade vården med hjälp av sitt KOL-centrum.

Kotter (1995) anser även att det är viktigt att ett behov av förändring finns innan införandet för att implementeringen ska bli lyckad. Utifrån många intervjuer ses värdebaserad vård som ett beslut taget av sjukhusdirektören som därför måste tvingas in i verksamheten. Grundidén med värdebaserad vård, att skapa värde för patienten, är dock nästan alla positiva till. De som inte anser att värdebaserad vård är rätt väg att gå grundar detta i likheterna med flera andra tidigare genomförda förbättringsprojekt. Genom att låta viljan att införa värdebaserad vård komma från verksamheterna själva skulle implementeringarna, enligt Kotter (1995), ses som mer positiva. Enligt de begrepp som används av flertalet forskare, såsom Nilsen (2010), skulle det då snarare bli ett bottom-up-perspektiv på implementeringen än det nuvarande top-down-perspektivet. Detta behov skulle kunna byggas upp av exempelvis utbildningar och seminarier. Kotter (1995) anser också att de informella ledarna, som ska sprida budskapet, bör finnas innan implementeringen genomförs. Genom att ha en projektledare som arbetar i vården, ofta en erfaren läkare, arbetas det i dagens metod med detta.

### **7.2.2 Samarbete och lärande över gränserna**

Att sprida information och kunskap är en utmaning. Samtliga inom verksamheten bör nås av informationen om förändringen ska kunna förankras så som Kotter (1995) nämner. Det framkom från flertalet informanter att det till en början var svårt att greppa vad värdebaserad vård var. Lärandeprocessen är enligt Nilsen (2010) en process där kunskap om både verksamheten och innovationen samlas, där innovationen i detta fall är värdebaserad vård. Flera arbetsgrupper upplevde det svårt att lära ut konceptet till resten av medarbetarna om de själva inte förstod det helt. Att förstå värdebaserad vård fullt ut är enligt Fredriksson, Savage och Ebbevi (2015) svårt, men de anser också att grundläggande kunskaper kan vara tillräckliga. För att det fortare ska få fäste är det enligt Nilsen (2010) av yttersta vikt i lärandeprocessen att få återkoppling från andra användare via nätverk, utbyte mellan personal och sjukhus eller gemensamma falldiskussioner. Detta var något som flertalet projektgrupper saknade.

Av intervjuerna framkom det att stöd under ett tidigt skede av implementeringen av värdebaserad vård är önskvärt. Stödet anses viktigt för alla projektgrupper oavsett vilka förutsättningar de haft. Detta upplevs dock vara extra viktigt i de arbetsuppgifter som utförs under projektfasen. Framför allt var ekonomiska mått svåra att ta fram och det skulle därför kunna erbjudas riktlinjer eller standardiserade mått som hjälp. Under intervjuerna framkom att många ur arbetsgrupperna hade en positiv syn på att ta lärdom av andra verksamheter som redan implementerat värdebaserad vård, eller är inne i implementeringsprocessen. Det hade därmed önskats fler strukturerade träffar med dessa andra verksamheter för utbyte av idéer och

lösningförslag. Det framkom att lärandeseminarier har varit för resultatnriktade och därför inte så utvecklande vilket lett till att många har bortprioriterat dessa. Då styrkorten och måtten kan variera mycket mellan patientprocesserna önskades fokus vid dessa möten ligga på metoden och hur utmaningarna lösts längs vägen.

### **7.2.3 Uppföljning efter implementering**

I dagens läge avslutas projektfasen efter tolv veckor och projektet övergår i vidareutvecklingsfasen till en process. En tendens som näst intill alla arbetsgrupper vittnat om är att projektfasen är såpass intensiv, att när vidareutvecklingsfasen startar har luften gått ur och en osäkerhet på hur arbetet ska fortgå infinner sig. Normalförlossning lyckades däremot efter detta steg arbeta fram en egen modell med förbättringsområden för det fortgående arbetet. Andra arbetsgrupper har fortfarande inte lyckats hitta rätt modell för att fortsätta arbetet, vilket gjort att det har stannat av. Nordenström (2014a) menar att uppföljning är en viktig del i implementeringsarbetet, vilket även Kotter (1995) bekräftar genom att poängtera vikten av att förankra arbetssättet för att det ska fortlöpa. Ändå saknas det i dagens implementeringsmetod från Värdekontoret någon strukturerad uppföljning. I vidareutvecklingsfasen saknades steg som ska hjälpa till att få värdebaserad vård att få fäste i verksamheterna.

Att ha någon som följer upp arbetet med värdebaserad vård är något som efterfrågas av de arbetsgrupper som inte anser sig ha vidareutvecklat arbetssättet efter projektfasen. Vissa menar att det skulle kunna vara Värdekontoret som gör denna kontroll, medan andra anser att det är verksamhetschefens uppgift att ställa krav på sin verksamhet. Om arbetsgruppen inte känner att resultaten av deras arbete efterfrågas finns det en risk att incitamenten för vidareutveckling försvinner. Enligt Nilsen (2010) kan detta leda till att implementeringen avbryts och att verksamheten faller tillbaka till det ursprungliga arbetssättet.

## **7.3 Drivande ledarskap**

Det är viktigt för införandets utfall att verksamheten lyckas engagera alla som påverkas av det nya sättet att arbeta. De som påverkas är både arbetsgruppen som är direkt inblandad i projektet och de som arbetar i verksamheten vars vardag på arbetsplatsen förändras. Om arbetsgruppen inte är engagerad finns inga förutsättningar för att förändringen ska spridas och befästs inom verksamheten på det sätt som Kotter (1995) nämner. Det är därför mycket viktigt att medlemmarna i projektgruppen har en stark vilja och en tro på att förändringen är möjlig. Precis som Kavanagh och Ashkanasy (2006) nämner behövs ledare som kan leda arbetet för att genomföra projekt med förändring. Projektledaren, som ofta har en nära kontakt med vårdpersonalen, spelar här en mycket viktig roll för att få med sig resten av arbetsstyrkan. Det är också viktigt att denna person är positiv till förändringsarbetet och känner engagemang inför detta (Kotter, 1995). Först då kan projektgruppen förmå resten av personalen att känna motivation och incitament för förändring.

### **7.3.1 Engagemang och prioritering**

För att skapa engagemang är det viktigt att projektgruppen känner en egen drivkraft att vilja genomgå förändringen. Det ska alltså inte vara något som de blivit tillsagda att göra och därför känner en press att följa order eftersom det skulle innebära ett av de hinder som Beer och Eisenstat (2000) presenterar. Istället bör det vara ett eget initiativ från verksamheten själv att starta projektet. Detta går i linje med vad Kotter (1995) tar upp som ett första steg i



förändringsarbetet, att ett upplevt behov av förändringen ska skapas. Även Nilsen (2010) menar att förändringsmotståndet kan minskas om det råder socialt inflytande, vilket uppnås genom att engagera representanter från berörda verksamheter i beslutsprocessen. Genom att först få verksamheten att själva förstå fördelarna med värdebaserad vård kan det sedan vara deras eget initiativ att starta implementeringen. Mintzberg och Waters (1985) skulle beskriva detta som en framväxande strategi, som leder till att hela verksamheten genomsyras av konceptet innan förändringen påbörjas. Projekten bör även under arbetet med införandet vara fria att fortsätta ta egna initiativ i syfte att vidareutveckla arbetssättet på ett sätt som går i linje med värdebaserad vård. Härigenom kan engagemanget och innovationskraften hållas vid liv.

Det råder delade meningar inom verksamheterna om ett påtvingat politiskt beslut verkligen kan bidra till att en förändring sker fullt ut. Vissa menar att beslutet bör kommuniceras ut som en lag som då måste följas, vilket skulle innebära att färre ifrågasätter det. Andra menar att en förändring måste starta i den egna verksamheten för att få fäste och genomsyra samtliga områden. Hellström och Ramberg (2013) anser att de båda styrningsperspektiven top-down och bottom-up är separata och fokuserar på olika delar i förändringsarbetet, vilket kan innebära betydande skillnader i hur väl det fungerar. Att införa värdebaserad vård på SU är ett beslut som tagits av sjukhusledningen, men viljan att förändra arbetssättet kan även låtas växa upp underifrån genom att arbeta med de två styrningsperspektiven på ett effektivt sätt. Då kan det första hindret som Beer och Eisenstat (2000) presenterade, att ledarskapet är för toppstyrt, byggas bort i ett tidigt skede vid en förändring. I flera intervjuer har det framkommit att beslutet att införa värdebaserad vård varit toppstyrt och dirigerat till verksamheten utan att verksamheterna kunnat påverka. Precis som Hellström och Ramberg (2013) skriver är det då svårt att få med sig hela verksamheten på förändringen. Även Kotter (1995) anser att det är av stor vikt att behovet av implementeringen upplevs av dem det berör.

En förutsättning för att införandet ska leda till några faktiska förändringar och förbättringar är att arbetet måste prioriteras. Tid måste avsättas hos alla de personer som har en drivande roll, såsom projektledarna, från vilka det krävs en arbetsinsats utöver det vanliga arbetet. Utan speciellt avsatt tid för projektet finns det risk att förändringen inte får de önskade effekterna, vilket även fås bekräftat av Quinn (2000). Som verksamhetsutvecklare blir det mer naturligt att arbeta parallellt med ett speciellt förändringsprojekt. För en läkare eller sjuksköterska kan det däremot vara svårare då huvudfokus är arbete med patienter i den dagliga verksamheten. Eventuellt behöver mer resurser tillföras för att frigöra tid åt nyckelpersoner i projektet. Här handlar det om planering och struktur hos verksamhetschefen, eftersom det är en avvägning där prioriteringar måste göras. I Kotters (1995) andra steg, att skapa en samordnad styrgrupp, är det viktigt att se till att personerna i styrgruppen har tid för arbete. Frågan kan ställas om det verkligen är lämpligt att ha en överläkare som drivande projektledare om inte tid avsatts eller om annat måste prioriteras före. Det råder även delade meningar om huruvida projektledaren behöver medicinsk kunskap eller om kunskap inom förändringsledning är av större vikt. De ledarskapstyper Reardon et al. (1998) presenterade skulle kunna ses som olika egenskaper hos projektledaren. Med utgångspunkt från intervjuerna kan såväl de kommenderande som de hjälpsamma ledarskapstyperna ses som lämpliga vid implementering av värdebaserad vård. Frågan är om det är möjligt att uppnå båda ledarskapstyperna om det endast finns en som driver projektet.

Flertalet forskare, som exempelvis Cronemyr (2007) och Nilsen (2010), är överens om att engagemang är en avgörande faktor för att få igenom och driva en förändring. Samtliga arbetsgrupper upplevde ett positivt engagemang från verksamheterna, men svårigheten var att bibehålla detta engagemang genom hela projektet och även i efterhand. Flertalet upplevde även

att vidareutvecklingen efter projektfasen avstannade, bland annat för att det var svårt att veta hur arbetet skulle fortlöpa. Dessutom hade det varit intensiva veckor under projektfasen, vilket gjorde att ett lugnare tempo efterfrågats av några verksamheter. Att stegvis avbryta en implementering kan enligt Nilsen (2010) ses som att arbetet går tillbaka till ett ursprungsläge. Därför är det viktigt att det finns en engagerad ledare som har resurser och motivation att driva förändringsarbetet vidare.

Erfarenheter från arbetsgrupperna säger även att så kallade eldsjälarna behövs. Eldsjälarna är medarbetare som driver på arbetet med förändringen och ser till att verksamheten fortsätter arbetet framåt. Att arbeta med sådana eldsjälarna kan härledas till såväl Kotters (1995) andra som sista steg för en lyckad förändring. Genom att etablera en samordnad arbetsgrupp som innehåller dessa eldsjälarna innan förändringen, ges verksamheten större chans att lyckas. När förändringen sedan genomförs är det lättare att befästa förändringen i verksamheten om dessa eldsjälarna kan fortsätta vidareutveckla arbetet och sprida budskapet till samtliga medarbetare. Budskapet bör nå ut både som en påminnelse till de som arbetade under förändringen, men även till de nya som tillkommit efter förändringen för att introducera dem till arbetssättet. Vikten av det sistnämnda är stor då personalomsättningen inom verksamheter är hög. Eldsjälarna kan fungera som ambassadörer för värdebaserad vård och bör finnas inom varje del av verksamheten för att nå ut till alla. Om ett visst ansvar för förändringen delas ut skapas ett större engagemang eftersom de känner att de själva har en betydelsefull roll i införandet. Detta är i enlighet med Rubenowitz (2004) teorier kring autonomi och delaktighet.

### **7.3.2 Visualisering och efterfrågan av resultat**

De styrkort som Porter och Lee (2013) tagit fram kan ses som ett verktyg för att mäta och visualisera resultat. Det är viktigt för engagemanget att resultat efterfrågas från högre nivåer inom verksamheten. Resultaten som skapas inom verksamheten bör inte bara kommuniceras uppåt, utan även ut till samtliga medarbetare. Om det är politikerna, sjukhusledningen eller verksamheten själv som efterfrågar resultat är inte alltid viktigast. Det viktigaste kan istället handla om att det överhuvudtaget är någon som efterfrågar resultat. Är det dessutom den egna verksamheten som efterfrågar resultaten visar det på ytterligare engagemang och motivation från medarbetarna.

Flera verksamheter nämner att kommunikation och spridning av information är en av de svåraste utmaningarna. Paralleller kan dras till svårigheten med att sprida informationen både vertikalt och horisontellt som Beer och Eisenstat (2000) definierar. Samtliga som intervjuats är överens om att det nya arbetssättet måste nå ut till all vårdpersonal för att nå bästa möjliga effekt av implementeringen. Utmaningen kan härledas till de många förändringsarbeten som ständigt pågår vilket gör det svårt för vårdpersonalen att hålla isär dem och veta vad de ska prioritera. I flera intervjuer med vårdpersonal bekräftas att de inte har samma förståelse för värdebaserad vård som projektgrupperna. Även Svensk Sjuksköterskeförening (2013) menar detta då de vill visa att det fortfarande finns ett gap mellan tillgänglig kunskap och den kunskap som faktiskt används dagligen i verksamheten. Att med hjälp av mailutskick eller uppdateringar på intranätet nå samtliga medarbetare är något som flertalet ur projektgrupperna anser svårt. En sådan typ av kommunikation når sällan fram på grund av den tidsbrist som finns hos vårdpersonalen. Nilsen (2010) menar att det kan behövas föredrag och demonstrationer vid införandet av en ny innovation eller arbetssätt. Målet bör enligt författaren vara att alla de inblandade får förståelse för varför projektet genomförs och förstår sin roll i arbetet. Även ett förändringsmotstånd kan byggas upp då användaren inte förstått informationen på rätt sätt. Förstår medarbetarna

grundkonceptet kommer det att bli lättare att vinna deras förtroende och därmed få med dem i det nya arbetssättet. Detta kan också medföra att medarbetarna så småningom kommer att efterfråga resultat och därmed hålla engagemang och motivation uppe.

Ett effektivt sätt att nå ut med resultaten i hela verksamheten är att arbeta med visualisering. Genom att alla medarbetare ges möjlighet att följa hur resultaten utvecklas skapas en känsla av sammanhang och att arbetet har betydelse. Visualiseringen kan ske genom att resultaten för måtten i styrkortet kontinuerligt uppdateras på en plats som är lättillgänglig och synlig för alla medarbetare. Detta sker i några av verksamheterna och sägs ha gett positiva effekter. Då kan varje enskild vinst kommuniceras ut i verksamheten vilket gynnar förändringsviljan, något även Kotter (1995) presenterade som ett viktigt steg för att lyckas med en förändring. Ett sätt att förenkla visualiseringen av resultaten är att ta stöd av IT-system som stödjer detta. Programvaror som exempelvis Qlikview kan enkelt skapa effektiva visualiseringar som tydligt visar hur resultaten utvecklas. Om samtliga medarbetare ser vilka faktorer som prioriteras av patienterna läggs extra fokus på dessa eftersom det är lättare att förbättra det som kan ses. Utifrån intervjuer med vårdpersonal kan det ses ett samband mellan hur väl verksamheten visualiserar resultat och hur stor kunskapen om värdebaserad vård är inom verksamheten.

## 7.4 Vikten av att mäta

Enligt Porter och Teisberg (2006) är en viktig del i värdebaserad vård att mäta resultat, och att då mäta rätt resultat. Genom att mäta ges en förståelse för hur väl arbetet och utvecklingen går. Detta tydliggörs av det citat som Peter Drucker uttryckt: *“If you can’t measure it, you can’t manage it”* (The Drucker Institute, 2016). Drucker menar att en förutsättning för att kunna förändra något är att veta hur situationen ser ut idag, vilket innebär att mätningar krävs. Ur intervjuer framkommer att mätningarna i den svenska hälso- och sjukvården inte används på rätt sätt. Den svenska vården är bland de bästa på att rapportera in i kvalitetsregister (Nationella kvalitetsregister, 2015), men det är sällan som data faktiskt tas ut och mäts. Larsson och Lawyer (2011) menar att vårdkvaliteten skulle kunna förbättras avsevärt om mätningarna användes bättre. Flera verksamheter vittnar om att detta är en av de största förtjänsterna med införandet av värdebaserad vård, vilket även fås bekräftat av Nordenström (2014a) och Höglund et al. (2012).

### 7.4.1 Fungerande styrkort

Mätbara resultat är oerhört viktiga då de kan vara ett kvitto på att social hållbarhet skapas genom bättre vårdutfall. Ett gemensamt problem för samtliga intervjuade verksamheter var att bygga styrkortet. Många angav att de styrkort som gjordes initialt var ambitiösa, men saknade mätvärden på flera olika poster. De blev därför snarare önskestyrkort än faktiska hjälpmedel och inga av verksamheterna kunde använda den första versionen av sitt styrkort. Frustration uttrycktes över att de mått som kändes mest väsentliga och relevanta ofta inte gick att få något resultat på och därmed inte kunde användas i styrkortet. Dessutom hade mycket tid lagts ned på att ta fram måtten, fastän de behövde tas bort. Samma problematik gällde med datainsamlingen, viss data togs fram utan att den sedan kunde användas till några mått.

Ett önskemål som framkom var att börja smått med ett eller två mått för att få personalen att känna sig delaktiga och ansvariga. Rubenowitz (2004) hävdar vikten av att personal ska känna sig delaktiga och att det har en stor betydelse för att framgång ska nås. Därefter bör arbetsgruppen se till att få ut resultat på dessa innan de arbetar vidare med ytterligare mått. Det önskades även mer stöd i arbetet med att få fram patientrepresentanter för att sedan kunna ta

fram lämpliga PROM- och PREM-mått. En viktig del i införandet av värdebaserad vård är att vara uthållig med styrkortet och mätningen av resultat. I och med att det tar lång tid innan vissa resultat visar sig måste arbetet drivas ett tag innan resultat kan utläsas. Särskilt stort ansågs detta problem vara hos verksamheter med kroniska sjukdomar, där utfallsmått såsom överlevnad tog för lång tid att ta fram. En av verksamheterna löste dock problemet genom att förlita sig på evidensbaserad forskning, i enighet med vad Nordenström (2014a) förespråkar, som bevisade att förbättrade processmått ledde till förbättrade utfallsmått.

Ett annat stort genomgående problem ansågs vara mätningen av kostnader eftersom många kostnadsberäkningar togs fram för många år sedan, vilket gör att de idag upplevs skilja sig från verkligheten. Extra stöd eller generella riktlinjer önskas därför för de ekonomiska måtten. Dagens kostnadsposter består dessutom av stora fasta kostnader. Det gör att kostnaderna inte förändras särskilt mycket, fastän effektiviseringar i vården lett till lägre kostnader, vilket försvårar jämförelser och synligt förbättringsarbete.

Måtten relaterade till ekonomi anses extra svåra att ta fram, vilket även Hansson et al. (2014) menar utifrån sina studier på SU. Porter och Teisberg (2006) lyfter dock kostnadsmått som en av de mest centrala delarna i den värdebaserade vården genom värdeekvationen. Där definieras värde som hälsoutfall per spenderad krona, vilket omöjliggör beräkning av värde om inte kostnaderna kan beräknas. Att mäta kostnader är också grundläggande för att kunna veta att arbetet mot effektivitet och ekonomisk hållbarhet är på rätt väg. Det är troligtvis också de ekonomiska måtten och effektiviseringarna som kommer att motivera fortsatt arbete med värdebaserad vård på ledningsnivå. Som följd kan uteblivna förbättringar i kostnadsmått leda till att implementeringen avbryts, vilket flera verksamheter tar upp som ett hot. Uthållighet är en viktig del och att stegvis återgå till ett ursprungsläge bör undvikas, vilket även Nilsen (2010) menar.

Porter och Teisberg (2006) förespråkar övergång till vårdepisodersättningssystem i grundkonceptet värdebaserad vård. Även Höglund et al. (2012) anser att detta lämpar sig för införandet av värdebaserad vård i den svenska vården. Detta är dock något som inte återfinns i Värdekontorets metod, vilket troligen kan hänföras till att kostnadsposterna inte är verklighetsförankrade. Dessutom skulle troligtvis ett beslut behöva tas på ledningsnivå för en sådan övergång. I Värdekontorets metod saknas dock stöd för arbetet med ekonomin och hur denna ska mätas, men hjälp med detta efterfrågas av flera verksamheter. Ekonomistyrningen i dagens organisation stödjer därmed inte den styrning som värdebaserad vård förespråkar. Ett helt ändrat kostnadssystem skulle troligen vara något som löses på lång sikt.

#### **7.4.2 Värdeskapande patientinvolvering**

Porter och Teisberg (2006) anser att de mått som bör vara på styrkortet ska vara värdeskapande för patienterna. Därför bör patienterna involveras för att få fram dessa mått, vilket är ett steg i Värdekontorets metod. Samtliga verksamheter bekräftar i intervjuerna vikten av att involvera patienterna. Den största vinsten de upplevt sedan implementeringen av värdebaserad vård är just att få veta vad patienterna faktiskt anser vara värdefullt i sin kontakt med vården, för att slippa gissa. Vissa mått som prioriteras av patienterna upplevs som överraskningar, men många anser sig vårdpersonalen redan veta. Genom att arbeta med värdeskapande för patienter skapas även social hållbarhet, eftersom en bättre vård bidrar till ett bättre samhälle.

Eftersom patientinvolveringen är en såpass stor del av värdebaserad vård är det viktigt att den hanteras på ett effektivt sätt. Under intervjuerna framkom det att några verksamheter hade svårt att veta hur de skulle gå till väga för att hitta patientrepresentanter. I Värdekontorets metod gavs förslag på att fånga patienter från exempelvis patientföreningar, men hur kontakten skulle initieras framstod ibland som svårt. Vissa patientprocesser saknade dessutom patientförening. Det anses inte rimligt att involvera såpass stor andel av patienterna att deras värderingar skulle vara statistiskt säkerställda och gälla för samtliga patienter. Därmed kan det anses av vikt att de patienter som involveras har åsikter representativa för många i patientgruppen. Detta kan exempelvis fås genom att välja ut företrädare från en patientförening. Att slumpmässigt ta fram patientrepresentanter, som en av projektgrupperna gjorde, kan göra att enbart personliga åsikter fångas upp. Riktlinjer för antal patienter som ska involveras bör i sådant fall finnas. Det framkom även att en blandad patientinvolveringsgrupp, innehållande anhöriga och patienter i olika åldrar, bidrar till flera intressanta synvinklar.

Hur patientinvolveringen sker ser olika ut, men i de flesta verksamheter sitter patienterna med på möten med projekt-, styr- och referensgruppen. I arbetet med patienterna framkom att workshops har fungerat bra som ett sätt att engagera patienterna. En utveckling som antyds är att patienterna förmodligen kommer att kräva att få ta del av mer resultat i framtiden. Detta beror på att vi lever i ett informationssamhälle, där vi är vana att kunna jämföra olika produkter och tjänster. Därför är det viktigt att ständigt arbeta med kvalitetsförbättringar och uppdaterade utfallsmått för att säkerställa att vården är konkurrenskraftig vid jämförelser. Ett sätt att säkerställa att de utfallsmått som tas fram genom patientinvolvering är aktuella är att kontinuerligt uppdatera mått då nya värderingar uppkommer.

## **7.5 Stödjande IT-system**

Ett stort problem med IT-systemen är datahanteringen. Samtliga verksamheter tar upp att det behövs mer stöd och utbildning inom IT. Hos de verksamheter som har anställt duktiga sekreterare som sköter datahanteringen har problemet minskat betydligt. Flera verksamheter tror att administrativ personal med utbildning inom dataregistrering skulle vara till stor hjälp för att öka kvaliteten på indata.

### **7.5.1 Indatahantering**

En grundläggande förutsättning för implementering av värdebaserad vård är att det finns IT-system som stödjer verksamheterna (Porter, 2014). IT är kritiskt då dess syfte är att stödja verksamheterna genom att kunna samla olika typer av data med samma definitioner och mäta resultat IT-systemen på SU lider idag av stora brister och tas upp som ett stort problem hos samtliga verksamheter. Detta skapar i sin tur stora bieffekter på arbetet kopplat till bland annat värdebaserad vård. Flera problem ligger i att systemen inte är integrerade med varandra, alltså sker ingen kommunikation mellan systemen, och data ligger utspridd över flera system. Samma data måste därför ofta matas in manuellt i mer än ett system. Detta är resurs- och tidskrävande vilket till och med kan leda till att inmatning blir liggande på hög. Porter (2014) menar att det är viktigt med en enkel arkitektur som smidigt kan extrahera data och kommunikation mellan de olika systemen, något som inte verkar existera i verksamheterna. Nordenström (2014b) hävdar att IT-systemen är ett av de största hindren vid förbättringsarbeten i vården. Även Hansson et al. (2014) uppmärksammar IT som ett av de största problemen för införandet av värdebaserad vård i Sverige, men anser att problemen kan arbetas runt på kort sikt. Implementering kan därmed ske med hjälp av IT-stöd och hjälpmedel, i väntan på ett helt nytt, stödjande IT-system.

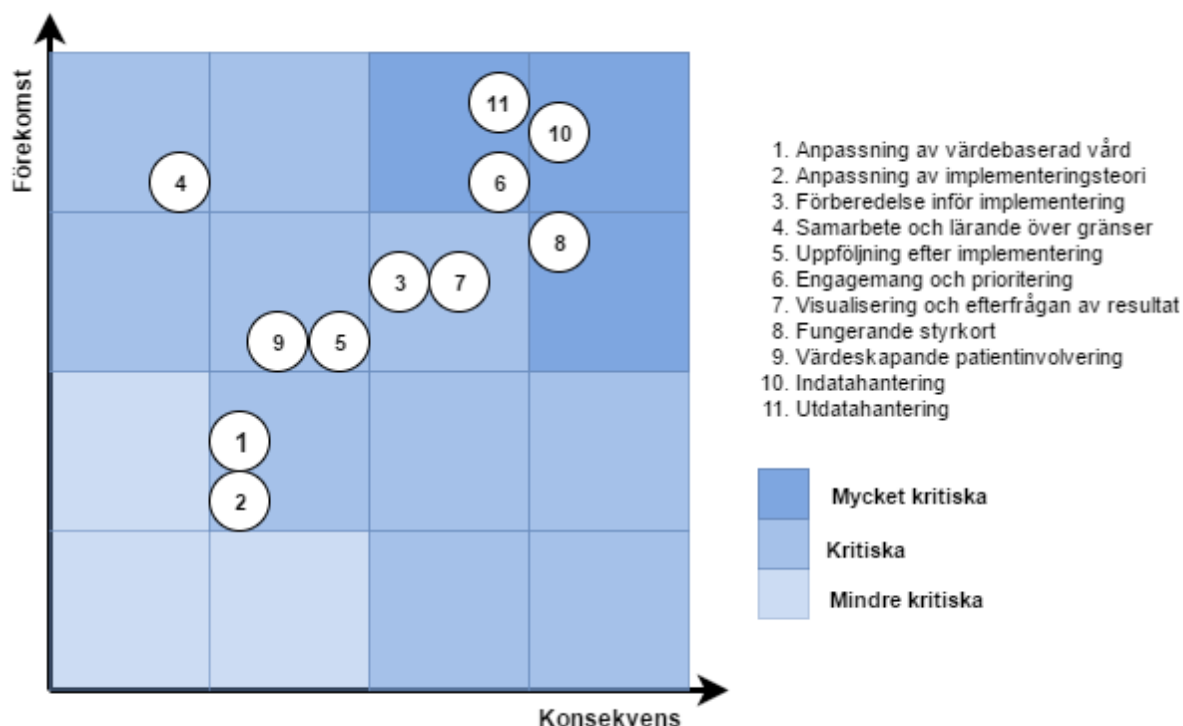
### 7.5.2 Utdatahantering

Som följd av de ovan beskrivna problemen har verksamheterna svårt att få ut data till det styrkort som skapats. Mycket kan härledas till att det tar lång tid att få ut data och den är dessutom opålitlig då data registreras på olika sätt i systemen. Det går inte heller att få ut all data som krävs för styrkorten då det är svårt att få tag på rätt information när det exempelvis saknas sökfunktioner för fritexter. Det kan även handla om inskannade handskrivna dokument som gör det omöjligt att söka efter informationen. Det finns också system som bara har möjlighet att plocka ut rapporter på årsbasis vilket försvårar det dagliga arbetet med att följa upp resultat ytterligare. Cronemyr (2007) menar att en etablerad infrastruktur för förbättring är essentiell för implementering och påverkar utfallet om den är bristfällig. Det är tydligt hos verksamheterna att IT-systemen snarare motverkar än stödjer de förändringar som kommer med värdebaserad vård vilket påverkar motivationen för inblandade medarbetare negativt. Enligt Porter (2014) är det viktigt att IT-systemen är kompatibla med varandra och att samma definitioner används i de olika systemen, vilket inte är fallet på SU idag.

En lösning på problemet med utdata, som vissa av verksamheterna använder idag, är Qlikview. Qlikview är framtaget av externa konsulter och är en plattform som kan konsolidera data från de många olika IT-systemen. Verksamheterna måste själva ta initiativet till anskaffning av detta hjälpmedel. Samtliga verksamheter är positiva till Qlikview, och de som inte har det är intresserade av de som fått hjälpmedlet till sin verksamhet, då det hanterar flertalet av de problem som finns. Det är dock ingen långsiktig lösning då de tar betalt per användare vilket blir dyrt i längden om det inte görs till en strategisk fråga. Dessutom löser det inte problemet med indatahanteringen utan underlättar endast extrahering av data.

## 7.6 Analys av faktorer

I Figur 13 presenteras en analys av hur de framtagna faktorerna väntas påverka införandet av värdebaserad vård vid en storskalig implementering. På den vertikala axeln presenteras hur vanligt problemet med faktorn väntas bli vid storskalig implementering på SU. En hög förekomst innebär att faktorn väntas påverka implementeringen hos nästan alla uppstartade projekt. På den horisontella axeln presenteras hur stor konsekvens faktorn väntas få för implementeringen. En vidare förklaring till analysen presenteras nedan.



Figur 13. De framtagna faktorerna har placerats i diagrammet utifrån förekomst och konsekvens. På den vertikala axeln beskrivs hur förekommande problemen tros vara vid en storskalig implementering på SU. Den horisontella axeln representerar hur stora konsekvenserna av faktorn väntas bli.

### 1. Anpassning av värdebaserad vård

Hur grundkonceptet värdebaserad vård har valts att anpassas till den svenska hälso- och sjukvården väntas inte vara något som uppkommer som problem i alla projekt. I några väntas projektgrupperna dock efterfråga exempelvis en omstrukturerad mot processororientering såsom de Integrated Practice Units som Porter och Teisberg (2006) förespråkar i originalkonceptet. Även stödjande IT-system och ändrat kostnadssystem är något som väntas efterfrågas av flera projektgrupper.

### 2. Anpassning av implementeringsteori

Värdekontorets metod har flera likheter med Kotters (1995) åttastegsmodell för implementering. Att vissa delar har valts bort, eller inte tydligt kan identifieras i metoden, anses påverka utfallet av implementeringen hos några av de uppstartade projekten. Därigenom anses främst ett saknat förankringsarbete få störst konsekvenser.

### **3. Förberedelse inför implementering**

Att en förberedelse inför projektet görs anses kunna påverka hur implementeringen går hos flera uppstartade projekt. Tid behövs för att exempelvis sätta samman arbetsgruppen, kartlägga nuläget och strukturera arbetet i IT-systemen.

### **4. Samarbete och lärande över gränser**

Samarbete och lärande över gränserna anses inte vara en avgörande faktor för att lyckas med implementeringen, men samtliga arbetsgrupper anses kunna ha nytta av detta.

### **5. Uppföljning av implementering**

Bristfällig uppföljning av implementeringen anses bli ett problem i de verksamheter som stannar av efter projektfasen och tenderar att återfalla i tidigare rutiner. Flera patientprocesser väntas riskera att hamna i denna situation om vidareutvecklingsfasen inte utvecklas vilket kan få konsekvenser.

### **6. Engagemang och prioritering**

Att arbetssättet genomsyrar hela verksamheten är något som alla patientprocesser tros behöva arbeta med, genom kontinuerligt arbete med att skapa engagemang och att prioritera arbetet. Om detta inte görs väntas implementeringen påverkas kraftigt negativt.

### **7. Visualisering och efterfrågan av resultat**

Att arbeta med visualisering och efterfrågan av resultat väntas många patientprocesser behöva extra stöd i. Det är viktigt att de arbetar aktivt med visualisering för att undvika negativa konsekvenser såsom bristande engagemang.

### **8. Fungerande styrkort**

Fungerande styrkort anses vara ett viktigt verktyg för att underlätta införandet. Att styrkortet inte skulle kunna användas för att hjälpa verksamheterna, utan istället försvårar och minskar motivation, hade inneburit stora negativa konsekvenser för implementeringen. Styrkortens funktion väntas påverka implementeringen för nästan alla uppstartade projekt.

### **9. Värdeskapande patientinvolvering**

Att mått tas fram utifrån vad som skapar värde för patienterna anses viktigt för att lyckas implementera värdebaserad vård fullt ut. En relativt stor del av patientprocesserna väntas få problem med att involvera patienterna på ett bra sätt. Problemet ger vissa konsekvenser för implementeringen men projektgruppen kan i många fall i ett initialt skede sätta upp relevanta processmått utan involvering av patienter.

### **10. Indatahantering**

Indata är essentiell för att kunna mäta vårdens utfall och därmed för att kunna införa värdebaserad vård. Att inte kunna hantera indata väntas påverka implementeringen negativt och vara ett problem hos nästan alla patientprocesser.

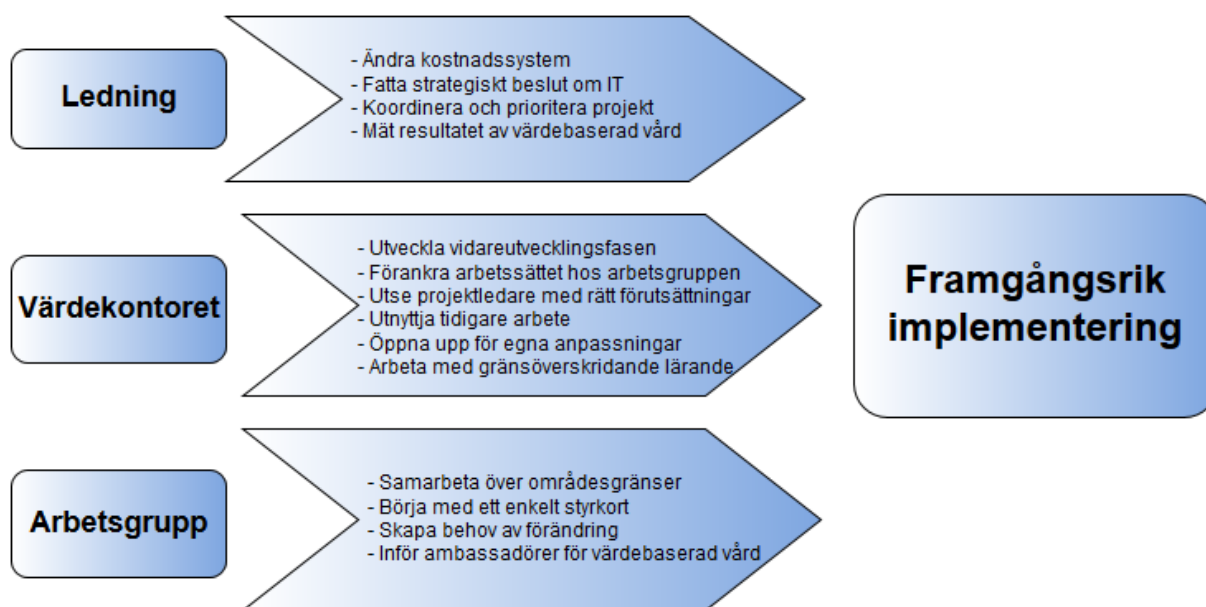
### **11. Utdatahantering**

Att få ut relevanta resultat är svårt på grund av svårigheter med indata och IT-system som inte stödjer arbetet med att presentera resultat. Utdatahanteringen väntas därför vara den faktor som flest patientprocesser har problem med, vilket väntas leda till stora negativa konsekvenser.



## 8. Rekommendation

I följande kapitel presenteras fjorton rekommendationer för hur SU bör arbeta vidare för att förbättra införandet av värdebaserad vård. Rekommendationen grundar sig i de faktorer som identifierats i kapitel 7. De är organiserade utifrån vem som bör ha störst ansvar för att påverka att rekommendationen följs: ledningen, Värdekontoret eller arbetsgrupperna. I Figur 14 sammanställs denna uppdelning. De mer strategiska rekommendationerna, riktade till ledningen, anses svårare att genomföra och kräver ett samordnat, långsiktigt arbete. De mer operationella rekommendationerna, riktade till Värdekontoret och arbetsgrupperna, kan fattas beslut om inom en snar framtid.



Figur 14. Rekommendationerna presenteras utifrån vilken aktör som bör ha störst ansvar för respektive rekommendation för att arbetet ska leda till en framgångsrik implementering.

Vidare följer i kapitlet en djupare förklaring av respektive rekommendation. Kapitlet avslutas med en sammanställning där rekommendationerna kopplas till vilka av de identifierade faktorerna samt vilken hållbarhetsaspekt som påverkas.

### 8.1 Rekommendationer riktade till ledningen

Rekommendationerna nedan avser sådana som ledningen anses ha bäst möjlighet att följa. Hur flertalet av rekommendationerna ska kunna följas bör tas beslut om på en strategisk nivå.

#### Ändra kostnadssystem

SU bör på sikt gå över till vårdepisodersättningssystem, vilket Porter och Teisberg (2006) förespråkar som en av principerna för värdebaserad vård. Detta är något som försåras av det nuvarande kostnadssystemet på SU, eftersom kostnadsposterna är föråldrade och inte korrekta. Att uppdatera kostnadsposterna är en nödvändighet för att SU sedan ska kunna skapa en plan för övergång till vårdepisodersättningssystem. Genom att kartlägga kostnader för alla aktiviteter kan korrekta kostnadsåtgång tas fram för hela patientprocessen. Att ändra hela kostnadsstrukturen är trots allt ett stort arbete som bör göras på lång sikt, vilket även Hansson

et al. (2014) menar. Verksamheterna bör dock på kort sikt försöka kringgå problemen genom att beräkna interna kostnadsåtgång, för att kunna presentera dessa på sina styrkort och lyckas bättre med implementeringen.

### **Fatta strategiskt beslut om IT**

IT är en kritisk faktor som behöver mer fokus om implementeringen ska bli mindre komplicerad. På lång sikt bör IT-systemen på SU bytas ut för att bli mer användarvänligt och stödjande för verksamheterna. På kort sikt anses det dock, precis som Hansson et al. (2014) hävdar, finnas goda möjligheter att med viss hjälp komma runt problemen med IT. Ledningen bör ta ett strategiskt beslut angående vilka IT-system som ska användas för att nå skalfördelar snarare än att varje verksamhet själva ska köpa in lösningar från till exempel Qlikview. Mindre resurser läggs då på IT och kan istället användas i vården, vilket är bättre ur ett socialt hållbarhetsperspektiv. Det bör också undersökas vilken leverantör som är mest lämpad för att applicera tjänsten och hur indatahanteringen ska lösas, förslagsvis genom liknande system som Qlikview som standardiserar processen för indatahantering. Det kan också vara en god tanke att ta in kompetens utifrån som aktivt arbetar med IT så att vårdpersonal kan fokusera på sin kärnverksamhet. Då det är av vikt att fokusera på sin kärnverksamhet är det inte rimligt att vårdpersonal ska behöva lägga stora tidsmässiga resurser på IT-hantering.

### **Koordinera och prioritera projekt**

Förändringsprojekt bör koordineras för att undvika att flera olika projekt pågår samtidigt och därmed riskerar att påverka varandra negativt. Att arbeta med flera projekt parallellt leder till krav på prioriteringar, risk för misslyckanden och förvirring bland medarbetare. Att besluta om vilka projekt som ska genomföras, och därmed prioriteras, görs enklast genom tydlig kommunikation med ansvariga för patientgrupperna och att därefter bedöma om tid och resurser finns. Alternativet, om möjligheten att prioritera bort projekt inte finns, är att projekten integreras fullständigt i varandra för att istället skapa kombinationsfördelar. Fördelarna kan exemplifieras med att se införandet av värdebaserad vård och Bröstcentrum som ett gemensamt projekt, vilket troligen lett till att de inte krockat med utan istället stöttat varandra. Genom att presentera det som en helhetslösning skulle troligen känslan av att projekten motarbetar varandra försvinna.

### **Mät resultat av införandet av värdebaserad vård**

Centralt i den värdebaserade vården är att mäta de patientrelaterade måtten till styrkortet, för att kunna strukturera upp arbetet, jämföra sig med andra och som verktyg för att kunna arbeta med förbättringar inom vården. Samma tankesätt bör lyftas ett steg högre, genom att mäta utfallet av införandet av värdebaserad vård på SU. Eftersom SU är ett av de första sjukhusen i Sverige som arbetar med värdebaserad vård, bör SU kartlägga resultaten för att dela med sig av erfarenheter som andra sjukhus kan ta del av. Därmed kan vården förbättras nationellt vilket leder till större social hållbarhet. Detta ligger i linje med vad Nelson (2005) pekar på om att utvärdera efter hand, som hjälper till att identifiera misstag och för att skapa bestående nytta. Genom att i ett centralt system samla ihop och följa upp resultat från patientprocessernas styrkort, skulle en överblick över resultatet enkelt kunna fås. För att säkerställa att resultaten av införandet är positiva även för arbetsplatsen SU, bör medarbetares åsikter fångas upp i detta system genom exempelvis webbenkäter. Genom att utveckla systemet i tidigt stadium, innan införandet skalas upp, minskas komplexiteten och det kan sedan byggas på. På sikt möjliggör det ett medvetet och hållbart förändringsarbete och ger positiva effekter till det sociala hållbarhetsperspektivet.

## 8.2 Rekommendationer riktade till Värdekontoret

Följande rekommendationer bör Värdekontoret överväga för att underlätta implementeringen av värdebaserad vård. Rekommendationerna riktas till Värdekontoret då de anses ha rätt mandat och kompetens att få rekommendationerna att efterföljas.

### **Utveckla vidareutvecklingsfasen**

Vidareutvecklingsfasen bör utvecklas för att säkerställa att arbetet med värdebaserad vård fortlöper även efter projektfasen. Vidareutvecklingsfasen bör exempelvis utökas med ett antal steg som verksamheterna kan följa på ett sätt som de kan anpassa till sin egen verksamhet. För att ge incitament till fortsatt arbete bör resultat efterfrågas av ledningen, vilket exempelvis kan göras genom en stående punkt på verksamhetsledningens mötesagenda. Det är också viktigt att stöd finns från någon med kunskap inom värdebaserad vård för att undvika att verksamheten fastnar och projektet avstannar. Detta stöd kan komma från Värdekontoret eller från exempelvis en pool av verksamhetsutvecklare som redan infört värdebaserad vård. Att implementeringen avstannar kan också förebyggas med regelbundna och strukturerade lärandeseminarier, med syfte att utbyta idéer och diskutera problem, där det är viktigt att deltagarna ges tid och möjlighet att medverka.

### **Förankra arbetssättet hos arbetsgruppen**

För att öka förståelsen och möjliggöra vidare spridning av värdebaserad vård bör en metodkunnig förklara för arbetsgruppen varför de olika metodstegen görs, istället för att enbart förklara hur de ska göras. En metodkunnig skulle exempelvis kunna vara en verksamhetsutvecklare vars verksamhet redan infört värdebaserad vård. Det är viktigt att poängtera varför arbetsgruppen ska följa de framarbetade stegen i metoden och hur detta kan underlätta implementeringen. För att tidigare skapa förståelse bör exempelvis Kotters implementeringsteorier eller Porters resonemang kring varför värdebaserad vård kan fungera i den svenska hälso- och sjukvården tas upp (Kotter, 1995; Porter, 2014).

### **Utse projektledare med rätt förutsättningar**

Det bör finnas tydliga krav på hur projektledare utses. Den utvalda projektledaren måste ha möjlighet att få mer tid avsatt för att driva arbetet både innan, under och efter projektfasen. Att projektledaren har någon typ av förändringskunskap är önskvärt men inte nödvändigt, det viktigaste är att drivet och viljan att lära finns. Det bör också tydliggöras att denna roll ansvarar för att fånga upp arbetet efter projektfasen och se till att det inte stannar upp. Projektledaren måste även tro på konceptet för att driva med stort engagemang och kunna förmedla det vidare till medarbetarna på ett positivt sätt. Det är därmed viktigt att projektledaren utbildas i teorierna kring värdebaserad vård innan projektets start.

### **Utnyttja tidigare arbete**

För att undvika onödigt dubbelarbete, och för att använda som stöd, bör verksamheter som ska införa värdebaserad vård återanvända tidigare skapat metodmaterial. Ett förslag kan vara att ha ett intranät på SU där material såsom styrkort, enkäter, mått och nytt metodmaterial finns tillgängligt. Att kunna utgå från färdiga mallar vid utformning av enkäter eller styrkort, skulle göra att varje verksamhet inte behöver starta från noll varje gång, vilket kan vara tidsbesparande. För många verksamheter är exempelvis hälsoenkäterna eller måtten i styrkorten likartade vilket gör att de kan hämta inspiration från varandra. På intranätet bör även verksamheterna kunna dela med sig av erfarenheter, såsom hur patientinvolveringen lyckats

eller hur engagemang hos medarbetare skapats. Denna typ av ökad transparens och samarbete skulle förenkla implementeringen för nya verksamheter samt inspirera arbetsgrupper i vidareutvecklingsfasen.

### **Öppna upp för egna anpassningar**

Att uppmuntra till egna anpassningar, såsom den förändringsorganisation Normalförlösning skapade, bör finnas med som en del i metoden. Innovation och idéspredning som för arbetet framåt kan ge goda möjligheter för en vidareutveckling som är välanpassad till verksamheten. Att metoden under projektfasen är tydligt strukturerad är viktigt för att arbetsgruppen ska kunna införa värdebaserad vård på ett effektivt sätt, även om viss flexibilitet för egna anpassningar bör kunna göras om de anses nödvändiga eftersom alla patientprocesser är olika. Metodstödet bör däremot i förberedelse- samt vidareutvecklingsfasen vara mer flexibelt och i vissa fall tillåta anpassning av metoden.

### **Arbeta med gränsöverskridande lärande**

Dagens lärandeseminarier anses inte vara givande då de är för resultatnriktade. Därför bör de utvecklas till att istället handla om utbyte av erfarenheter angående hur införandet och vidareutvecklingen av arbetet bör gå till. Ett konkret tillvägagångssätt kan vara att verksamhetsutvecklare från exempelvis tre patientgrupper kopplas ihop i ett tätare samarbete. Verksamhetsutvecklarna bör komma från patientgrupper i olika stadier: en som redan har infört värdebaserad vård, en som i dagsläget inför arbetssättet och en som ännu inte påbörjat införandet. Härigenom skapas ett självförsörjande system där till exempel den verksamhetsutvecklare som inför värdebaserad vård i ena vågen går över till att vara den som redan har genomgått införandet i nästa våg. Efter denna samarbetsfas kan verksamhetsutvecklarna bli en del av en pool där samarbetet med andra verksamhetsutvecklare som också genomfört implementeringen kan fortsätta. Verksamhetsutvecklarna får då ett tydligt kontaktnät för att utbyta erfarenheter och skapa motivation.

## **8.3 Rekommendationer riktade till arbetsgrupper**

Följande rekommendationer anses viktiga för att få värdebaserad vård att genomsyra hela verksamheten. Därför bör varje enskild arbetsgrupp åläggas störst ansvar för att rekommendationerna efterföljs.

### **Samarbeta över områdesgränser**

Arbetsgruppen bör fortsatt vara sammansatt av medarbetare med olika erfarenheter och kompetenser som samtliga är involverade i arbetet med patientgruppen. Detta är viktigt för att få med samtliga perspektiv på införandet och möjliggöra en bredare spridning av arbetssättet i verksamheten. Det är också viktigt med kompetenser inom både medicin och förändringsledning i arbetsgrupperna. Därför bör samarbete över verksamhets- och områdesgränser utvecklas för att ge möjlighet till bättre kommunikation och kompetensutbyte. För att lyckas med detta behöver projektledaren få mandat att ta beslut om införandet över dessa gränser. På så sätt kan införandearbetet göras homogent över hela patientprocessen.

### **Börja med ett enkelt styrkort**

Det första styrkortet bör innehålla få och mätbara mått för att klara av att ta fram tidiga resultat. Genom att ta fram färre mått och säkerställa att resultat kan fås fram för dessa minskar risken för tidiga misslyckanden. Mätbara mått ger dessutom förutsättningar att presentera resultat visuellt, vilket leder till att vårdpersonal blir motiverade och drivna att förbättra resultatet. Patienterna bör involveras tidigt för att få fram vilka mått som är värdeskapande, men måtten

bör läggas till i styrkortet först då de är mätbara. Utfallsmått bör prioriteras, men om processmått genom evidensbaserad forskning kan visa på förbättring av utfallsmått kan processmått istället användas. Styrkortet bör innehålla mått som vårdpersonal kan relatera till för att de ska känna sig mer ansvariga för förbättringen och bli engagerade i att driva den framåt. När det nya arbetssättet är förankrat kan styrkortet utvecklas för att få med ytterligare mått som skapar värde för patienterna.

### **Skapa behov av förändring**

I förberedelsefasen bör en workshop hållas för all vårdpersonal som arbetar med den utvalda patientgruppen. Fokus bör inte vara på konceptet värdebaserad vård, utan på att få medarbetarna att själva analysera vad de anser vara viktigt för patienterna. Det har visat sig att vårdpersonalen i många fall har en känsla för vad som är viktigt för patienterna redan innan patientinvolveringen startats. Härigenom skapas en medvetenhet vilken troligen leder till att medarbetarna själva känner ett behov av en förändring, som är ett viktigt steg enligt Kotter (1995). När värdebaserad vård sedan presenteras och införs har medarbetarna större förståelse för varför arbetssättet ska ändras. Eftersom införandet troligen svarar mot de värdeskapande mått som de själva diskuterat fram under en workshop kan de få känslan av att förändringen kommit från dem själva. Detta leder till högre engagemang hos vårdpersonalen som då tar till sig informationen om värdebaserad vård, vilket underlättar spridningen av konceptet i verksamheten.

### **Inför ambassadörer för värdebaserad vård**

För att värdebaserad vård ska få stor genomslagskraft är det viktigt att införandet sprids ut i hela verksamheten, vilket även Hansson et al. (2014) menar. För att underlätta spridningen av konceptet och för att få hela verksamheten engagerad bör ambassadörer utses. Ambassadörerna behöver nödvändigtvis inte vara delaktiga i arbetsgruppen. Personerna som utses till ambassadörer ska vara informella ledare vilket innebär att de har både auktoritet och medarbetarnas förtroende. Ambassadörerna bör få en grundlig utbildning i vad värdebaserad vård är och vad det innebär för verksamheten. Att bli utvald som ambassadör kommer troligtvis att innebära att kunskapen och engagemanget hos dessa personer ökar, vilket gör att kunskapen lättare sprids vidare till övriga i verksamheten. Denna kanal för spridning av information och kunskap ut i verksamheten är mest effektiv då den kommer från en person som befinner sig i samma situation som sina kollegor. Vid införandet av ambassadörer minskar dessutom behovet av organiserade utbildningsträffar eftersom informationsutbytet sker under mer informella former.

## **8.4 Sammanställning av rekommendationer**

De ovan nämnda rekommendationerna sammanställs i Tabell 3 på nästa sida för att ge en översikt över vad rekommendationen innebär och vad som väntas ske om rekommendationerna följs. Varje rekommendation kopplas till en av de identifierade faktorerna som påverkar implementeringen av värdebaserad vård. Rekommendationerna väntas även påverka olika hållbarhetsaspekter då antingen den sociala eller ekonomiska hållbarheten antas förbättras.

Tabell 3. En sammanställning och förklaring av rekommendationerna, där även påverkan på nämnda faktorer från kapitel 7 och hållbarhetsaspekt presenteras.

| Rekommendation                                     | Förklaring                                                                                                                                                     | Påverkan på faktor                                                                                                                                                                          | Förbättring av hållbarhetsaspekt |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Ändra kostnadssystem</b>                        | För att på ett korrekt sätt kunna definiera kostnader för vården måste kostnaderna uppdateras. Slutmålet är att kunna övergå till vårdeepisodersättningssystem | – Anpassning av värdebaserad vård<br>– Visualisering och efterfrågan av resultat                                                                                                            | Ekonomisk                        |
| <b>Fatta strategiskt beslut om IT</b>              | Genom att samordna IT-systemen på hela SU kan datahantering underlättas                                                                                        | – Anpassning av värdebaserad vård<br>– Fungerande styrkort<br>– Indatahantering<br>– Utdatahantering<br>– Visualisering och efterfrågan av resultat                                         | Ekonomisk                        |
| <b>Koordinera och prioritera projekt</b>           | För att olika förbättringsprojekt ska stötta istället för att störa varandra måste de koordineras                                                              | – Engagemang och prioritering<br>– Anpassning av värdebaserad vård<br>– Anpassning av implementeringsteori                                                                                  | Social, ekonomisk                |
| <b>Mät resultatet av värdebaserad vård</b>         | För att SU ska kunna veta vilka resultat införandet lett till måste en plan läggas upp för uppföljning                                                         | – Anpassning av värdebaserad vård<br>– Fungerande styrkort<br>– Indatahantering<br>– Utdatahantering                                                                                        | Ekonomisk, social                |
| <b>Utveckla vidareutvecklingsfasen</b>             | Flera projekt har svårt att fortsätta driva arbetet efter projektfasen vilket kan bero på att det inte finns några tydliga steg att följa                      | – Engagemang och prioritering<br>– Uppföljning efter implementering<br>– Anpassning av implementeringsteori<br>– Samarbete och lärande över gränserna                                       | Social, ekonomisk                |
| <b>Förankra arbetssättet hos arbetsgruppen</b>     | En metodkunnig bör förklara för arbetsgruppen varför metoden ser ut som den gör och koppla stegen till teoretiska modeller                                     | – Förberedelse inför implementering<br>– Samarbete och lärande över gränserna                                                                                                               | Social                           |
| <b>Utse projektledare med rätt förutsättningar</b> | En projektledare måste ha förutsättningar i form av kunskap och tid för att kunna driva projektet                                                              | – Uppföljning efter implementering<br>– Engagemang och prioritering<br>– Förberedelse inför implementering                                                                                  | Social                           |
| <b>Utnyttja tidigare arbete</b>                    | Mycket av det arbete som gjorts i införandet av värdebaserad vård kan och bör återanvändas inom flera patientprocesser                                         | – Förberedelse inför implementering<br>– Samarbete och lärande över gränserna<br>– Uppföljning efter implementering<br>– Visualisering och efterfrågan av resultat<br>– Fungerande styrkort | Ekonomisk                        |

|                                                 |                                                                                                       |                                                                                                              |                   |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Öppna upp för egna anpassningar</b>          | Verksamheterna bör uppmuntras till att ta egna initiativ i hur införandet ska gå till                 | – Anpassning av värdebaserad vård<br>– Fungerande styrkort                                                   | Social            |
| <b>Arbeta med gränsöverskridande lärande</b>    | Samarbete mellan verksamheter för lärande och utbyte av erfarenheter                                  | – Samarbete och lärande över gränserna<br>– Engagemang och prioritering                                      | Social, ekonomisk |
| <b>Samarbete över områdesgränser</b>            | Blanda in personer med flera olika kompetenser och erfarenheter i arbetsgruppen                       | – Värdeskapande patientinvolvering<br>– Samarbete och lärande över gränserna                                 | Social            |
| <b>Börja med ett enkelt styrkort</b>            | För att komma igång med arbetet bör styrkortet utvecklas efter hand                                   | – Fungerande styrkort<br>– Indatahantering<br>– Utdatahantering<br>– Värdeskapande patientinvolvering        | Social, ekonomisk |
| <b>Skapa behov av förändring</b>                | Det är viktigt att se till att verksamheten själv känner ett behov av att förändringen ska genomföras | – Anpassning av implementeringsteori<br>– Förberedelse inför implementering<br>– Engagemang och prioritering | Social            |
| <b>Inför ambassadörer för värdebaserad vård</b> | För att nå ut med information i hela verksamheten bör ambassadörer införas                            | – Anpassning av implementeringsteori<br>– Engagemang och prioritering                                        | Social            |

Som synes väntas flera rekommendationer förbättra den sociala hållbarheten, eftersom det är förslag på åtgärder som direkt kan förbättra vården. Genom bättre vård ökar hälsan i samhället, vilket i sin tur bidrar till social hållbarhet. De rekommendationer som väntas förbättra de ekonomiska hållbarhetsaspekterna väntas antingen effektivisera vården eller förbättra möjligheten att mäta kostnader för vården. Genom att kunna mäta kostnaderna skapas en medvetenhet, vilket väntas förbättra möjligheten att arbeta med kostnaderna för att ekonomin på sikt ska vara hållbar, trots ökat vårdbehov. Sammanfattningsvis kan sägas att de olika aktörerna genom att följa de framtagna rekommendationerna kan underlätta implementeringen av värdebaserad vård. Att följa rekommendationerna innebär varierande svårighet beroende på respektive rekommendations komplexitet.

## 9. Slutsats och diskussion

Rapportens syfte var att undersöka och följa upp implementering av värdebaserad vård i den svenska hälso- och sjukvården. Undersökningen avsåg att med en akademisk förankring identifiera faktorer som påverkar implementeringen av värdebaserad vård. Utifrån denna kunskap skulle sedan förutsättningar kunna skapas för att lyckas ännu bättre med framtida implementeringar av värdebaserad vård på SU. Härigenom kan hälso- och sjukvårdens resurser utnyttjas på ett mer hållbart sätt för att tillgodose framtidens vårdbehov. Genom intervjuer ute i verksamheter har data samlats in för att söka svar på vilka faktorer som påverkar implementeringen. Denna data har sedan kopplats till en litteraturstudie. Vidare visar studien att verksamheterna dras med olika typer av problem som kan vara lokala inom verksamheterna men också inom flera verksamheter på SU.

I följande kapitel presenteras svar på de frågeställningar som inledande togs fram. Därefter förs en diskussion kring hållbart införande av värdebaserad vård. Avslutningsvis diskuteras tankar om det fortsatta införandet av värdebaserad vård.

### 9.1 Svar på frågeställningarna

I avsnittet nedan summeras svar på de frågeställningar som rapporten avsåg att besvara. Den första frågeställningen besvaras i kapitel sju där en analys av framtagna faktorer stärks med teori och den andra frågeställningen besvaras av rekommendationerna framtagna i kapitel åtta.

#### **Vilka faktorer påverkar förutsättningarna att implementera värdebaserad vård?**

Elva faktorer har identifierats som påverkar förutsättningarna för implementering av värdebaserad vård. De två första är *anpassning av värdebaserad vård* och *anpassning av implementeringsteori*. Hur teoretiska modeller anpassas och vilka delar som väljs ut för att implementera anses påverka förutsättningarna för hur väl implementeringen går.

Att verksamheterna ges en metod med goda förutsättningar för implementering är viktigt. Med en gedigen *förberedelse för implementering* underlättas arbetet under själva projektfasen. Förberedelsen har lagts till i den nuvarande metoden, vilket antas ha positiv påverkan på framtida implementeringar. *Samarbete och lärande över verksamhetsgränserna* är inte något som det arbetas aktivt med i nuläget, men anses påverka utfallet av implementeringen. Samarbetet är också av vikt då Värdekontoret omöjligt, med dagens förutsättningar, kan följa upp och stötta alla verksamheter när implementeringen av värdebaserad vård skalas upp. Även *uppföljning av implementeringen* är något som det inte arbetas aktivt med i dagens metod, men som anses ha stor påverkan på hur väl införandet lyckas.

Ett drivande ledarskap anses som en viktig förutsättning för att implementeringen ska få genomslagskraft och för att arbetet ska fortlöpa innan, under och efter projektfasen. För att implementeringen ska få stort genomslag är det viktigt att *projektet prioriteras och att engagemang skapas* inom hela verksamheten. En viktig del i att skapa detta engagemang är genom *visualisering och efterfrågan av resultat*. Genom att arbeta med visualisering skapas intresse både på ledningsnivå och bland vårdpersonal, vilket gör att resultat efterfrågas och incitament för vidare arbete skapas.



I värdebaserad vård betonas vikten av att mäta, och då främst det som skapar värde för patienten. En förutsättning för en lyckad implementering inom detta område är att ha *fungerande styrkort* innehållande mätbara mått. Att *patientinvolvering fungerar* på ett sätt där relevanta mått fångas upp anses som en viktig förutsättning för att värdebaserad vård ska kunna implementeras fullt ut.

Ett av de tydligaste problemen som samtliga verksamheter tagit upp är IT-systemen, som idag inte stödjer arbetet. Då SU har många olika system som inte kommunicerar med varandra försvårar detta både indata- och utdatahantering. Detta leder till problem med att följa upp mått i styrkortet, vilket är kritiskt för att lyckas med värdebaserad vård. Problemen med IT-systemen kan delas in i *hantering av indata* och *hantering av utdata*. Det finns ett stort behov av att finna en lösning och utbilda personal, alternativt att anställa ny kunnig administrativ personal för in- och utdatahanteringen.

### **Hur kan denna kunskap användas för att förbereda framtida implementering av värdebaserad vård?**

Utifrån de faktorer som identifierats har fjorton rekommendationer tagits fram. Rekommendationerna har delats upp i tre grupper utifrån om ledningen, Värdekontoret eller arbetsgrupperna har störst möjlighet att få rekommendationerna att följas.

De rekommendationer som ledningen bör vara ansvariga över är att *ändra kostnadssystem, fatta strategiskt beslut om IT, koordinera och prioritera projekt samt mät resultat av införandet av värdebaserad vård*. Rekommendationerna riktar sig till en mer strategisk nivå, och anses vara de som på lång sikt kommer vara viktigast för att ge goda förutsättningar för framtida implementering.

Rekommendationerna *utveckla vidareutvecklingsfasen, förankra arbetssättet hos arbetsgruppen, utse projektledare med rätt förutsättningar, utnyttja tidigare arbete, öppna upp för egna anpassningar och arbeta med gränsöverskridande lärande* bör Värdekontoret ha ansvar över. Några av rekommendationerna anses innebära en viss utmaning att följa medan andra kan och bör följas inom en kort tidshorisont.

Arbetsgruppen bör ha ansvar över att hantera rekommendationerna *samarbeta över områdesgränserna, börja med ett enkelt styrkort, skapa behov av förändring och inför ambassadörer för värdebaserad vård*. Rekommendationerna föreslår åtgärder som anses kunna appliceras av arbetsgrupperna följas på kort sikt. Rekommendationerna kan genom små justeringar leda till att de kan skapa bättre förutsättningar för en framtida implementering som genomsyrar hela verksamheten.

Rekommendationerna tros, om samtliga efterföljs, kunna ge goda förutsättningar för framtida lyckade implementeringar av värdebaserad vård. Troligen kommer vissa rekommendationer innebära utmaningar, framför allt de på strategisk nivå, men även genom att enbart följa några av rekommendationerna väntas positiva effekter uppstå.

## **9.2 Ett hållbart införande av värdebaserad vård**

Vid införandet av värdebaserad vård ges de utvalda patientprocesserna extra prioritet av ledningen. Det leder till att de som inför värdebaserad vård ofta får mer resurser än övriga patientprocesser inom samma verksamhet. Exempelvis har extra sjuksköterskor anställts för dessa patientprocesser, eftersom det framkommit att det skapar värde för patienten. Att till följd

av införandet av värdebaserad vård få mer resurser ses självklart som positivt ur dessa patientprocessers perspektiv. Enligt vårdpersonalen minskar detta stress och arbetsbelastning, vilket i sin tur ökar den sociala hållbarheten. En orättvisa uppstår dock eftersom deras kollegor, som ännu inte infört konceptet, fortfarande har samma arbetsbelastning. På kort sikt, då endast ett fåtal patientprocesser infört värdebaserad vård, kan den sociala hållbarheten påverkas negativt eftersom det kan spela roll vilken diagnos patienten har.

En annan aspekt, då prioriteringar sker, är att resurserna är knappa. Eftersom införandet av värdebaserad vård fortfarande är i relativt liten skala, har ledningen fortfarande haft möjlighet att ge extra resurser till de patientprocesser som infört konceptet. Då antalet patientprocesser skalas upp är det osäkert om det är ekonomiskt hållbart att alla dessa införandeprojekt ska ges ökade resurser, även om det skapar värde för patienten. Troligtvis skulle denna typ av prioriteringar kräva omallokering av resurserna, vilket skulle göra att andra delar av SU blir än mer resursmässigt lidande.

Grundtanken med värdebaserad vård, enligt Porter och Teisberg (2006), är den värdeekvation som ger att värdet på vården ökar då patientens hälsoutfall förbättras samtidigt som kostnaderna minskar. Därav borde den värdebaserade vården leda till att mindre resurser behövs, vilket i sin tur skulle kunna bidra till ökad ekonomisk hållbarhet. Eftersom kostnaderna inte går att mäta i dagens system, är det dock svårt att aktivt arbeta för detta värdeskapande. Frågan är om det är möjligt att visa på eventuella besparingar kopplat till värdebaserad vård. Det fokuseras mest på utfallsmått i dagens system, vilket i sin tur är positivt och bidrar till social hållbarhet då välmående i samhället förbättras. En fråga som kan ställas är dock om värde verkligen skapas, eftersom nämnaren i ekvationen, kostnaden, är oviss.

Även om kostnaden är oviss i dagens situation kan det ändå finnas belägg för att värdebaserad vård påverkar den ekonomiska hållbarheten. Sjukhusläkaren (2015) beskriver problem med brist på vårdplatser och sjuksköterskor, och i internationella jämförelser tas bland annat väntetider upp som ett område där Sverige ligger sämre till (Health Consumer Powerhouse, 2015). Problemen leder till att vårdpersonalen känner sig överbelastad. Det har framkommit att en del utfallsmått handlar om att få ner antalet återbesök. Även om det i dagsläget inte finns någon evidensbaserad koppling så bör detta ändå med sunt förnuft antas påverka den ekonomiska hållbarheten på ett positivt sätt. Detta då färre återbesök minskar behovet av sjuksköterskor och vårdplatser, vilket förkortar väntetiderna. Detta är även positivt för både patienter och vårdpersonal ur ett socialt hållbarhetsperspektiv då patienterna inte behöver besöka sjukhuset och vårdpersonalens arbetsbelastning minskar. Detta kan stärkas då Rubenowitz (2004) tar upp att en optimal arbetsbelastning påverkar den psykosociala arbetsmiljön positivt.

## 9.3 Fri diskussion om det fortsatta införandet

Under studien gjordes egna observationer och reflektioner som ansågs viktiga att lyfta för det fortsatta införandet av värdebaserad vård. I Figur 15 presenteras reflektionerna sammanfattningsvis i en SWOT-analys. Därefter följer en friare diskussion kring analysen.

| Styrkor                                                                                                                                                                                                  | Svagheter                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Kunskap och erfarenheter från tidigare införda projekt</li><li>• Kontinuerligt arbete med metodutveckling</li><li>• Hög strategisk prioritet</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tröga förändringar på grund av politiska beslut, vårdkultur och nuvarande organisation</li><li>• Föråldrade IT- och kostnadssystem</li><li>• Kompetens inom förbättringsarbete saknas</li></ul> |
| Möjligheter                                                                                                                                                                                              | Hot                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbetet struktureras upp och kartläggs över tid</li><li>• Metoden kan anpassas optimalt till SU</li><li>• Konceptet värdebaserad vård sprids med tiden</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ny sjukhusdirektör som prioriterar annat än värdebaserad vård</li><li>• Det fokuseras enbart på ekonomiska mått</li><li>• Uthållighet saknas</li></ul>                                          |

Figur 15. SWOT-analys av SU:s fortsatta arbete med att införa värdebaserad vård.

På SU finns mycket kunskap och erfarenheter bland de som arbetat med värdebaserad vård. Denna kompetens är en stor tillgång, likaså Värdekontorets arbete med att utveckla metoden. Det möjliggör att konceptet värdebaserad vård kan anpassas för att optimalt passa den vårdkultur som finns och att konceptet kan spridas över hela SU. En stor fördel med värdebaserad vård är att verksamheterna kartlägger sina patientprocesser och strukturerar upp sitt arbete med att mäta och blir därmed medvetna om vad som påverkar deras resultat. Troligtvis leder medvetenheten i sin tur till bättre vårdutfall och ett mer välmående samhälle.

Införandet av nya koncept i vården försvåras av politiska beslut och den rådande vårdkulturen. För att kunna införa värdebaserad vård fullt ut ifrågasätts dock om SU kan bibehålla sin nuvarande organisation. Hade det tagits fram en långsiktig plan för en organisation som ska stödja värdebaserad vård skulle det innebära att Integrated Practice Units tillämpas, vilket Porter och Teisberg (2006) förespråkar. Karolinska Institutet, som också inför värdebaserad vård, inledde implementeringen med att göra en omorganisation enligt denna princip (Karolinska Institutet, 2016). Karolinska Institutet och SU angriper alltså införandet från olika håll, där Karolinska Institutet startar med en radikal förändring. Frågan är om SU har planer på att göra omorganiseringen vid sitt införande. En intressant teori är att SU har som mål att behovet av en omorganisation ska upptäckas inom verksamheterna, för att förändringen ska initieras underifrån. Därmed kan ett minskat förändringsmotstånd finnas hos verksamheterna vilket kan innebära att implementeringen går enklare. Om några år bör det därför göras en uppföljning av Karolinska Institutets implementering av värdebaserad vård för att jämföra med SU:s, för att se om det ena sättet är mer framgångsrikt än det andra.

Porter (2010) står fast vid tesen att värdebaserad vård kan ge bättre vård till lägre kostnader, men ingen av de studerade projekten kan hittills säga att deras kostnader ännu minskat. Att enbart fokusera på ekonomiska mått är ett hot mot införandet av värdebaserad vård, eftersom effekten av införandet då inte skulle märkas trots att patienterna får en bättre vård. Ett större arbete med att definiera vårdens kostnader borde göras för att kunna få korrekta resultat av värdeekvationen. När fler patientprocesser infört konceptet värdebaserad vård bör ytterligare en utvärdering göras för att undersöka om de totala kostnaderna för vården påverkas efter en längre tids arbete. Det är först då det kan dras slutsatser angående huruvida den ekonomiska hållbarheten påverkas positivt. Frågan är om värdebaserad vård kan uppnå denna effekt om inte IT-systemen ses över för en mer långsiktig lösning på kostnadsproblemet. En diskussion bör även lyftas kring om det går att köpa in ett gemensamt system för datahantering, som samtliga verksamheter på SU kan använda. Alternativet skulle vara att data tas fram genom enskilda lösningar från externa företag på varje verksamhet. Som det är nu, att personal med efterfrågad medicinsk kompetens lägger resurser på att hantera svåra IT-system, är inte rimligt. Då försvinner själva kärnan ur konceptet, det vill säga att skapa värde för patienterna.

Vidare kan en diskussion föras om vilka kompetenser som är viktiga vid förbättringsarbeten och nya införanden inom hälso- och sjukvården. Många menar att det är av yttersta vikt att en överläkare med lång erfarenhet i vården, och stor kunskap om verksamheten, är den som driver projektet framåt. Argumentet är att ett redan uppbyggt förtroende finns hos både vårdpersonal och patienter. Andra menar att projektet kan ledas av en projektledare utan medicinsk kunskap, där istället bra ledarskap och kompetens inom förändringsledning bygger upp förtroende i verksamheten. Att en läkare och en person med förändringskunskap ofta har helt olika bakgrunder är känt, men att någon av dem skulle vara bättre på att driva igenom en förändring i hälso- och sjukvården är ännu inte fastställt. Det kan diskuteras hur lämpligt det är att dagens projektledare är överläkare, dels på grund av att deras kompetens och tid är värdefull inom deras specialismråde, men även eftersom medicinsk kompetens inte behöver vara synonymt med bra ledarskap.

En intressant aspekt är att sjukhusdirektören, som drivit igenom införandet av värdebaserad vård och prioriterat det högt, nyligen meddelat att hon lämnar sitt arbete på SU (Göteborgs-Posten, 2016). Ett av de största hoten, som flertalet verksamheter tog upp, var just att sjukhusdirektören skulle bytas ut. Vem som ersätter sjukhusdirektören är ännu inte klart och frågan är om nya prioriteringar och nya koncept kommer att introduceras på SU inom kort. Om den nya direktören introducerar ett nytt koncept, och avbryter implementeringen av värdebaserad vård, finns risk att allt tidigare arbete med värdebaserad vård går förlorat. Detta eftersom uthållighet är något av det viktigaste för implementeringen, och värdebaserad vård skulle då förmodligen erkännas som en pseudoinnovation då effekten på lång sikt inte syns (Walshe, 2009). Dessutom skulle troligen förtroendet hos flera av SU:s medarbetare förstöras, eftersom deras tes om att alla införandekoncept är "modeflugor" skulle bekräftas. I bästa fall följer den nya sjukhusdirektören samma spår och fortsätter implementeringen av värdebaserad vård över hela SU. Frågan kan också ställas om Värdekontoret skapades för att kunna säkerställa att arbetet fortlöper med värdebaserad vård om sjukhusdirektören skulle lämna över till en efterträdare. Det kan i alla fall konstateras att sjukhusdirektören infört ett nytt arbetssätt i många verksamheter som tagits emot väldigt positivt.

Trots detta anses förutsättningarna goda för en storskalig implementering, om faktorerna arbetas vidare med aktivt. Värdebaserad vård anses vara ett stort utvecklingssteg med främsta vinst i att strukturera upp förbättringsarbete, vilket underlättar vidare värdeskapande för patienten i framtiden.

# Källförteckning

1177 Vårdguiden (2015) *Bröstcancer*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Cancerformer/Brostcancer/?ar=True> (Hämtad: 20 mars 2016).

1177 Vårdguiden (2016) *Benskorhet*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Benskorhet/> (Hämtad: 20 mars 2016).

Abdulla, A.G., Ituarte, P.H.G., Wiggins, R., Teisberg, E.O., Harari, A. och Yeh, M.W. (2012) 'Endocrine surgery as a model for value-based health care delivery', *Surgical Neorology International*, 3(163). doi: 10.4103/2152-7806.105102.

Agerberg, M. (2014) *Läkartidningen* - 'Mät vårdens värde för varje patient'. Tillgänglig: <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/11/Mat-vardens-varde-for-varje-patient/> (Hämtad: 28 februari 2016).

Andersson, A.E., Bååthe, P., Wikström, E. och Nilsson, K. (2015) 'Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital', *Journal of Hospital Administration*, 4(4), s. 64. doi: 10.5430/jha.v4n4p64.

Arbetsmiljöverket (2015) *Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården*. Tillgänglig: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/> (Hämtad: 28 april 2016).

Bauman, A., Fardy, J. och Harris, P. (2003) 'Getting it right: why bother with patient-centred care?', *The Medical Journal of Australia*, 179(5), s. 253–256.

Beer, M. och Eisenstat, R. (2000) 'The silent killers of strategy implementation and learning', *MIT Sloan Management Review*.

Blomkvist, P. och Hallin, A. (2014) *Metod för teknologer*. 1:1 upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

Burström, B. (2011) *Förändringar inom hälso-och sjukvården*. Tillgänglig: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/viewFile/806/623> (Hämtad: 28 april 2016).

Colldén, C. (2015) *Chefskap i en värdebaserad vårdvärld*. Tillgänglig: <https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/forskning-utbildning/ST/Ledarskaps-ST/Avslutning%202015-03-20/Chefskap%20i%20en%20va%CC%88rdebaserad%20va%CC%8Ardva%CC%88rld.pdf> (Hämtad: 19 april 2016).

Cronemyr, P. (2007) *Six Sigma management - action research with some contributions to theories and methods*. Tillgänglig: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:664043/FULLTEXT01.pdf> (Hämtad: 19 april 2016).

Dalen, M. (2015) *Intervju som metod*. Andra upplagan. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

- The Drucker Institute (2016) *The Drucker institute*. Tillgänglig: <http://www.druckerinstitute.com/2013/07/measurement-myopia/> (Hämtad: 5 maj 2016).
- Ejlertsson, G. (2014) *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekblad, N. (2015) "Mer it i vården hejdar skenande kostnader". Tillgänglig: <http://www.nyteknik.se/opinion/mer-it-i-varden-hejdar-skenande-kostnader-6392532> (Hämtad: 28 april 2016).
- Europeiska kommissionen (2011) *Minska klyftan – hur kan vi hantera växande vårdbehov och begränsade resurser?* Tillgänglig: [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8233&langId=sv](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8233&langId=sv) (Hämtad: 1 mars 2016).
- Favaro, K. (2015) *Defining strategy, implementation, and execution*. Tillgänglig: <https://hbr.org/2015/03/defining-strategy-implementation-and-execution> (Hämtad: 9 april 2016).
- Fredriksson, J.J., Savage, C. och Ebbevi, D. (2015) 'Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare', *BMJ Quality & Safety*, 24(7), s. 451–457.
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001) 'Managing the care of health and the cure of disease; part I: Differentiation', *Health care management review*, 26(1), s. 56–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>.
- Grol, R. och Jones, R. (2000) 'Twenty years of implementation research', *Family Practice*, 17(suppl 1), s. 32–35. doi: 10.1093/fampra/17.suppl\_1.S32.
- Göteborgs-Posten (2016) *SU: S högsta chef lämnar*. Tillgänglig: <http://www.gp.se/nyheter/su-s-h%C3%B6gsta-chef-l%C3%A4mnar-1.742679> (Hämtad: 13 maj 2016).
- Hansson, E., Spencer, B., Kent, J., Clawson, J., Meerkatt, H. och Larsson, S. (2014) *The value-based hospital: A transformation agenda*. Tillgänglig: [https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health\\_care\\_payers\\_providers\\_transformation\\_large\\_scale\\_change\\_transformation\\_agenda/](https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health_care_payers_providers_transformation_large_scale_change_transformation_agenda/) (Hämtad: 16 april 2016).
- Harboe, T. (2013) *Grundläggande metod: Den samhällsvetenskapliga uppsatsen*. Första upplagan. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Health Consumer Powerhouse (2015) *Euro health consumer index 2015 outcomes in EHCI 2015*. Tillgänglig: [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2015/EHCI\\_2015\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf) (Hämtad: 17 april 2016).
- Hellström, M. och Ramberg, U. (2013) *Hållbart förbättringsarbete inom hälso-och sjukvård*. Tillgänglig: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=7758346&fileId=7758347> (Hämtad: 19 april 2016).
- Höglund, P.J., Essén, A., Choi, S., Ernestam, S., Kaarme, J. och Neovius, M. (2012) 'Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård', *Läkartidningen*, 47.

ICHOM (2016) *ICHOM – international consortium for health outcomes measurement*. Tillgänglig: <http://www.ichom.org/why-we-do-it/> (Hämtad: 17 april 2016).

Karolinska Institutet (2016) *Ny tematisk organisation växer fram - Karolinska Universitetssjukhuset*. Tillgänglig: <http://karolinska.se/framtida-karolinska/ny-organisation/> (Hämtad: 13 maj 2016).

Kavanagh, M.H. och Ashkanasy, N.M. (2006) 'The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger', *British Journal of Management*, 17, s. 81–103. doi: 10.1111/j.1467-8551.2006.00480.x.

KOL (2016) *Vad är KOL? - KOL.se*. Tillgänglig: <http://www.kol.se/vad-aer-kol/> (Hämtad: 3 mars 2016).

Kotter, J. (1995) 'Leading change: Why transformation efforts fail', *Harvard Business Review*.

Lantz, A. (2007) *Intervjumetodik*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, S. och Lawyer, P. (2011) *Improving health care value*. Tillgänglig: [https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health\\_care\\_payers\\_providers\\_biopharma\\_improving\\_health\\_care\\_value\\_disease\\_registries/?chapter=3](https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health_care_payers_providers_biopharma_improving_health_care_value_disease_registries/?chapter=3) (Hämtad: 16 maj 2016).

Magnusson, J. och Nilsson, A. (2014) *Enterprise System Platforms- Transforming the Agenda*. Första upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

Mintzberg, H. och Waters, J.A. (1985) 'Of strategies, deliberate and emergent', *Strategic Management Journal*, 6(3), s. 257–272.

National Implementation Research Network (2016) *Implementation defined*. Tillgänglig: <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-defined> (Hämtad: 9 april 2016).

Nationella Kvalitetsregister (2015) *Kvalitetsregistrens historia*. Tillgänglig: <http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister/kvalitetsregistrenshistoria.293.html> (Hämtad: 21 februari 2016).

Nelson, R.R. (2005) 'Project retrospectives: Evaluating project success, failure, and everything in between', *MIS Quartely Executive*, 4(3).

Nilsen, P. (2010) *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Första upplagan. Studentlitteratur.

Nilsson, F. (2007) *Den komplexa sjukvården*. Tillgänglig: <http://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/kvalitetsutveckling/rapporter-och-skrifter/rapportserie-om-patientfokuserad-var/den-komplexa-varden.pdf> (Hämtad: 12 maj 2016).

Norbäck, L.E. och Targama, A. (2009) *Det komplexa sjukhuset: Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Tillgänglig: <http://www.bokus.com/bok/9789144057750/det-komplexa-sjukhuset-att-leda-djupgaende-forandringar-i-en-multiprofessionell-verksamhet/> (Hämtad: 28 april 2016).

- Nordenström, J. (2014a) *Värdebaserad Vård*. Första upplagan. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Nordenström, J. (2014b) 'Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall', *Läkartidningen*, 39(111).
- Persson, J. och Westrup, U. (2014) *Gränsöverskridande chefskap*. Första upplagan. Studentlitteratur.
- Porter, M.E. (2010) 'What is value in health care?', *New England Journal of Medicine*, 363(26), s. 2477–2481. doi: 10.1056/nejmp1011024.
- Porter, M.E. (2014) *Value based health care delivery: Implications for Sweden*. Tillgänglig: [http://www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus\\_konferens\\_141125\\_Michael\\_E\\_Porter.pdf](http://www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus_konferens_141125_Michael_E_Porter.pdf) (Hämtad: 22 Mars 2016).
- Porter, M.E. och Lee, T.H. (2013) 'The strategy that will fix health care', *Harvard Business Review*, October 2013, s. 50–79.
- Porter, M.E. och Teisberg, E.O. (2006) *Redefining health care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Quinn, F.M. (2000) *The principles and practice of nurse education*. Tillgänglig: [https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=r0bqU8lgSXgC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Quinn,+F.M.+\(2000\)+Reflection+and+reflective+practice.&ots=5mD9Pc5q-4&sig=YYUHbA2sWCv\\_sL\\_vwvOAhMvehaQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=r0bqU8lgSXgC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Quinn,+F.M.+(2000)+Reflection+and+reflective+practice.&ots=5mD9Pc5q-4&sig=YYUHbA2sWCv_sL_vwvOAhMvehaQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Hämtad: 19 april 2016).
- Reardon, K.K., Reardon, K.J. och Rowe, A.J. (1998) *Leadership styles for the Five stages of radical change*. Tillgänglig: <http://www.au.af.mil/au/awc/awcgate/dau/reardon.pdf> (Hämtad: 25 februari 2016).
- Riksrevisionen (2013) *RiR 2013 4 Anpassad Patientperspektivet i vården*. Tillgänglig: [http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/17843/RiR\\_2013\\_4\\_Anpassad\\_Patientperspektivet%20i%20v%C3%A5rden.pdf](http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/17843/RiR_2013_4_Anpassad_Patientperspektivet%20i%20v%C3%A5rden.pdf) (Hämtad: 19 april 2016).
- Rubenowitz, S. (2004) *Organisationspsykologi och ledarskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- SCB- enheten för befolkningsstatistik (2014) *Befolkningspyramiden har blivit ett torn*. Tillgänglig: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/> (Hämtad: 4 februari 2016).
- Sjukhusläkaren (2015) *Konstant hög belastning på Sahlgrenska*. Tillgänglig: <http://www.sjukhuslakaren.se/konstant-hog-belastning-pa-sahlgrenska/> (Hämtad: 15 maj 2016).
- SKL (2015) *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-075-7.pdf?issuusi=ignore> (Hämtad: 28 april 2016).



Socialstyrelsen (2015) *Öppna jämförelser - Jämlik vård 2015*. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19989/2015-12-10.pdf> (Hämtad: 24 april 2016).

SU (2014a) *Verksamhetsplan och budget 2015 SU fastställd 141127*. Tillgänglig: <https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/styrelsen/Styrelserummet/Verksamhetsplan%20och%20budget%202015%20SU%20-%20fastst%C3%A4lld%20141127.pdf> (Hämtad: 16 april 2016).

SU (2014b) *Osteoporosmottagning - Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Tillgänglig: <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-3/geriatrik/enheter/osteoporosmottagning/> (Hämtad: 20 mars 2016).

SU (2015) *Bröstcancer - Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Tillgänglig: <https://www.sahlgrenska.se/w/b/brostcancer/> (Hämtad: 20 mars 2016).

SUs Intranät (2015) *Arbete över gränserna för KOL-patienternas bästa*. Tillgänglig: <http://intra.sahlgrenska.se/sv/SU/Aktuellt/Pulsen/Pulsen/Arbete-over-granserna-for-KOL-patienternas-basta/> (Hämtad: 4 mars 2016).

Svensk sjuksköterskeförening (2013) *Varför är implementering viktig?* Tillgänglig: [http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om\\_implementering\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om_implementering_webb.pdf) (Hämtad: 19 april 2016).

Sydöstra Sjukvårdregionen, Hälsouniversitetet Linköping, Jönköping Academy och Svenska Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus (2016) *Vad är PROM?* Tillgänglig: <http://www.promcenter.se/sv/vadarprom/> (Hämtad: 17 maj 2016).

Västra Götalandsregionen (2010) *Sahlgrenska Universitetssjukhuset - Organisation*. Tillgänglig: <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Organisation/> (Hämtad: 13 maj 2016).

Västra Götalandsregionen (2012) *Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland*. Tillgänglig: [http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/j%C3%A4mlik%20h%C3%A4lsa/Konferens%206%20november/Handlingsplan\\_J%C3%A4mlikh%C3%A4lsa\\_121217.pdf](http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/j%C3%A4mlik%20h%C3%A4lsa/Konferens%206%20november/Handlingsplan_J%C3%A4mlikh%C3%A4lsa_121217.pdf) (Hämtad: 16 maj 2016).

Wallén, G. (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. 2:15 upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

Walshe, K. (2009) 'Pseudoinnovation: The development and spread of healthcare quality improvement methodologies', *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), s. 153–159. doi: 10.1093/intqhc/mzp012.

Örebro län (2015) *Jämförande analys av Sveriges universitetssjukhus*. Tillgänglig: [http://www.regionorebrolan.se/Files-sv/USO/Nyheter/J%C3%A4mf%C3%B6rande\\_analys\\_universitetssjukhus.pdf](http://www.regionorebrolan.se/Files-sv/USO/Nyheter/J%C3%A4mf%C3%B6rande_analys_universitetssjukhus.pdf) (Hämtad: 29 april 2016).

# Bilaga 1: Intervjumall - Värdekontoret

Frågorna ställdes till anställda på Värdekontoret för att skaffa större förståelse kring värdebaserad vård, deras roll och allmänt om metoden och dess implementering. Den data som här samlades in låg till grund för många av de frågor som sedan utformades inför intervjuerna.

- Berätta om Värdekontoret.
- Berätta om dina arbetsuppgifter.
- Berätta din syn på den värdebaserade vården.
- Berätta om din roll vid implementeringen av den värdebaserade vården.
- Berätta hur ni valt ut de projekt vi ska studera.
- Förklara hur en projektgrupps process genomförs från start till slut.
- Berätta om utmaningarna med implementeringen av värdebaserad vård
- Berätta varför du tror att projekten har lyckats olika bra implementeringen.
- Berätta om hur resten av sjukhusets verksamhet påverkas när delar av sjukhuset förändras.

## Bilaga 2: Intervjumall - projektgrupp

Mallen syftar till att besvara den första av de två frågeställningarna som finns. Den är indelad i kategorier som följer de olika faserna i implementering. Varje fråga är utformad på ett sätt som ej är ledande och bygger på tidigare insamlad data från Värdekontoret. Vidare är frågorna formulerade på ett sätt som ska ge svar där slutsatser kan dras (kvalitativa svar).

*VBV: Värdebaserad Vård*

*VK: Värdekontoret*

### Allmänt

- Berätta kort om dina arbetsuppgifter kopplat till VBV.
- Berätta kort om din syn på den värdebaserade vården.
  - Vems initiativ var det att ni skulle införa VBV?
- Hur är verksamhetens inställning till att förändra arbetssättet?
  - Hur har personalens engagemang varit under arbetet?
- Hur har metoden från VK gått att följa just för er verksamhet?
- Vilka faktorer tror du påverkar hur väl metoden från VK går att följa?
- Vad har varit den största utmaningen med implementeringen?

### Förberedande

- Vad har du för tidigare erfarenhet av förändringsarbete?
- Hur går det att kombinera vanliga sysslor parallellt med införandet av VBV?
- Hur fungerar IT-systemet i verksamheten/sjukhuset?
- Hur har verksamheten arbetat med att se över rutinerna kring datahanteringen?
- Har städjobbet gett någon nytta efteråt?
- Hur kommuniceras information om VBV-implementeringen ut till verksamheten (både medarbetare och patienter)?

### 12-veckorsfasen

- Hur fungerar patientinvolveringen?
  - När startar den?
  - Hur sker den under projektets gång?
- Vilka patientrepresentanter?
- Hur jobbar ni med mätning av resultaten?
  - Finns det någon begränsning i detta arbete?
- Mäter ni utfallsmått eller processmått?
- Berätta om tidigare kvalitetsregister

### Vidareutveckling

- Hur har arbetet med VBV fortlöpt efter uppstarten?
- När känner ni er nöjda med VBV inom er verksamhet?
- Hur ofta revideras styrkorten?
- Känner ni av att resultaten efterfrågas?
- Sker kommunikation med andra verksamheter som infört VBV?
- Kan ni se någon fördel med att göra det.
- Hur används VK i vidareutvecklingsfasen?

**Övrigt**

- Hur tror du att VBV kommer påverka verksamheten på lång sikt?
- Saknades något stöd från VK under projektets gång(före/under/efter)?
- Saknas något i VKs metod?
- Vad är den största märkbara skillnaden efter implementeringen?
- Är det något mer som du vill tillägga?

## Bilaga 3: Intervjumall - vårdpersonal

De sista intervjuerna som gjordes var korta och skulle stärka de faktorer som redan identifierats. Det fanns även rum för att fånga upp eventuella nya spännande tankar då dessa samtal lämnade mycket plats för fria svar.

1. Vad har du för roll här på SU?
2. Hur länge har du arbetat här?
3. Har du hört talas om värdebaserad vård?

Om ja:

- Hur har du fått reda på det?
- Vad är din uppfattning om det?
- Hur har ditt arbete påverkats av värdebaserad vård?
- Vad gick bra?
- Vad gick mindre bra?
- Något du vill tillägga?

Om nej:

- Har du någon tidigare erfarenhet från när man förändrat arbetssätt?
- Vad gick bra?
- Vad gick mindre bra?