

Leading Health Care

LHC REPORT NR 4, 2017

Jon Rognes,
Anna Krohwinkel

Digital granskning av patologi i nätverk

EN KVALITATIV STUDIE AV MOTTAGLIGHET
FÖR NYA SAMARBETSFORMER



Digital granskning av patologi i nätverk

**EN KVALITATIV STUDIE AV MOTTAGLIGHET
FÖR NYA SAMARBETSFORMER**

Jon Rognes, Anna Krohwinkel

Leading Health Care

Förord

Slutet på början

Nätverkssjukvård är ett begrepp som utnyttjats flitigt under de senaste åren. Det kan ses både som ett sätt att organisera vård, eller ett forskningssynsätt som fokuserar på hur relationer mellan aktörer formas, utnyttjas och skapar värde.

ExDin är ett Vinnovastött projekt för digitalt nätverkssamarbete inom patologi som har pågått under flera år. Leading Health Care hade först ett uppdrag via KTH att följa utvecklingen av den tjänsteplattform som skulle ligga till grund för samarbetet. Rapporten *Nätverkssjukvård i praktiken* publicerades hösten 2014 (LHC-rapport 2014:2). Därefter bjöds vi in att vara deltagande part i projektet, som då skulle implementeras praktiskt. Föreliggande rapport handlar om detta steg.

Det visade sig snart att implementering i verkligheten skiljer sig från den rationella idén att vi först utvecklar en tjänst och sedan sprider den, något som är väl beforskat och som LHC har berört i flera tidigare rapporter. Här prövas teorin i praktiken. Rapporten studerar svårigheterna att implementera och finner att de kan sorteras i kategorierna *Vill inte*, *Kan inte* och *Duger inte*. Alltså att systemet och regelverken hindrar idén, någon av aktörerna inte är motiverad nog eller att tjänsten och de stödjande produkterna helt enkelt inte håller måttet.

Studien ruskar om i svaren på sätt som inte motsvarar projektets förväntningar så som de framstod i förra rapporten. Då handlade det framför allt om att få den tekniska lösningen att fungera – nu får vi ett perspektiv som gör det tydligt att nätverk bygger på relationer. Både tekniska, ekonomiska och sociala i detta fall. Och där visar sig vikten av att ständigt samtala och föra dialog med alla involverade parter, även verksamheterna ”på golvet”.

Under 2015 och 2016 har undertecknad varit en del av ExDins styrgrupp. Jag vill tacka alla i styrgruppen, ingen nämnd och ingen glömd, för gott samarbete och många givande samtal! Forskningsstudien är genomförd av Jon Rognes och författad tillsammans med Anna Krohwinkel, biträdande generalsekreterare respektive forskningschef vid Leading Health Care. Dessa båda är jag skyldig ett stort tack för gediget genomfört arbete.

Vinnovaprojektet ExDin är snart slut. Det senaste årets arbete med att vidga nätverket och bygga en gemensam grund för flera landsting att stå på när det gäller digital patologisk granskning ger goda förutsättningar för att de nya samarbetsformerna ska kunna fortleva och utvecklas. Jag önskar för alla patienter och medborgares skull att ni är framgångsrika i detta arbete! För att återigen travestera Churchill som i förra ExDin-rapporten: Detta är inte slutet, det är inte ens början till slutet – det är slutet på början!

Stockholm i oktober 2017

Hans Winberg,
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

| | |
|--|----|
| Sammanfattning | 8 |
| 1. Bakgrund | 10 |
| 1.1 Genomförande | 11 |
| 1.2 Hinderanalys | 12 |
| 1.3 Metod | 13 |
| 2. Empiriska observationer | 14 |
| 2.1 Förutsättningar för extern granskning idag | 14 |
| 2.2 Upplevda hinder för ökat nätverkssamarbete | 16 |
| 2.3 Återkoppling till tidigare rapport kring ExDIN | 24 |
| 3. Analys | 30 |
| 3.1 Kunskap och samverkan | 30 |
| 3.2 Samverkan med externa parter – nätverk eller marknad? | 34 |
| 3.3 Patologi som en professionell byråkrati | 36 |
| 4. Diskussion | 38 |
| 4.1 Motstånd hos patologer – berättigat eller bakåtsträvande? | 38 |
| 4.2 Konsekvenser för projektet och liknande initiativ | 43 |
| 5. Reflektioner och råd | 46 |
| 6. Appendix: Praktisk hantering av utmaningar inom projektet | 48 |
| 6.1 Återkoppling och hantering av utmaningar: förslag från projektgruppen | 49 |

Sammanfattning

Leading Health Care (LHC) presenterar i denna rapport resultatet av en kvalitativ studie av mottagligheten för samarbete i nätverk för bildgranskning inom patologi.

Mottagligheten för granskning i nätverk är delvis god, men återkommande synpunkter från de intervjuade visar på betydelsen av upparbetade relationer mellan granskande patologer, samt svårigheten att fullt ut standardisera utbytet. Mottagligheten för digital granskning varierar, men samtliga tillfrågade pekar på svagheter som gör att digitaliserat arbete inte fullt ut kan ersätta analog granskning.

Det finns många olika argument för och emot såväl nätverksgranskning som digital granskning, och dessa handlar om sinsemellan olika dimensioner som upplevs som viktiga i varierande grad av olika aktörer. Det gör att det uppstår dilemman som behöver hanteras, men som i sig inte går att lösa på ett entydigt sätt.

Bilden av var utmaningarna och motståndet finns ser annorlunda ut bland praktiskt verksamma patologer än det gjorde inom projektet ExDIN, när en liknande undersökning gjordes för 2 år sedan. I den tidigare studien betonades oklarheter på hög organisatorisk nivå kring hur nätverkssjukvård ska bedrivas.

I denna studie observeras att det hantverksmässiga innehållet i patologi delvis bygger på en kunskapstyp som lämpar sig dåligt för en mer industrialiserad process, utan bäst bedrivs i en organisationsform med större utrymme för professionella bedömningar och variation i arbetssätt. Det påverkar i allra högsta grad lämpliga former för samverkan.

Sammanfattningsvis är digital granskning i nätverk inte en generell lösning som ska införas överallt, men kan vara ett bra komplement inom valda områden. Hur den lokala lösningen skall utformas beror mycket på det lokala behovet av samverkan, på typen av prov som ska granskas, och relaterat till detta, vilken form av kunskap som behöver utbytas. Hur väl nätverksarbete tas emot beror också på storlek (egen kapacitet) och kultur i respektive organisation.



Bakgrund

Projektet ExDIN har som mål att skapa förutsättningar för samarbete i nätverk för bildgranskning inom patologi. Inom bilddiagnostikområdet råder generellt brist på experter, samtidigt som det finns en ökad efterfrågan på bildtolkning inom olika sjukdomsområden. Ökad medicinsk specialisering leder även till att det är svårt att ha all kompetens lokalt, vilket sammantaget skapar förutsättningar för lösningar som bygger på samarbete mellan enheter. ExDIN har identifierat ett behov av allmän analyskapacitet – ett resursbehov, samt ett behov av tillgång till expertkunskap – ett kompetensbehov. Lokalt kan det finnas ett överskott på kapacitet eller kompetens som man skulle kunna dela med andra.

Utifrån de identifierade behoven av och förutsättningarna för samarbete kring bildgranskning, inriktar sig ExDIN på framtagandet av tekniska och organisatoriska lösningar. Projektet omfattar utveckling av såväl samarbetsformer för distansgranskning och analysmomentet i bilddiagnostik, som former för samverkan mellan flera experter samtidigt. Tanken är att skapa ett nätverk av enheter i behov av analys, andra enheter med kapacitet att utföra analysen, samt mekanismer för att koppla ihop dessa, oberoende av lokala system.

Projektet har pågått under flera år, och är nu i en genomförandefas. Det har visat sig vara svårare än planerat att få igång distansgranskning i praktiken. Mot bakgrund av detta har LHC gjort en undersökning bland de tilltänkta brukarna – patologer och verksamhetschefer – kring vad som ligger bakom trögheten i att komma igång. Vi har undersökt både utmaningar med digital granskning, och utmaningar med att arbeta med extern granskning i allmänhet.

Projektet har under studiens gång även inkluderat analog extern granskning, eftersom digitaliseringen har tagit längre tid än förväntat.

Genomförande

LHC har under våren 2016 intervjuat patologer och verksamhetschefer inom patologi.

Forskarna har kontaktat drygt 30 patologer och patologer som även är verksamhetschefer. Urvalet har gjorts utifrån målet att nå en så stor spridning som möjligt, både geografiskt, organisatoriskt och vad gäller intervjupersonens roll, ålder och (i förekommande fall) kända inställning till nätverk och digital granskning. Ett stort antal erfarna patologer ingår i gruppen.

Av de initialt kontaktade personerna har vi djupintervjuat 14 individer. Det nödvändiga/lämpliga antalet intervjuer bestämdes utifrån forskarnas bedömning av att svaren uppnått en tydlig mättnad, samma typer av mönster återkom och ytterligare intervjuer endast skulle tillföra begränsad ny kunskap. För intervjuupplägg, se metodavsnittet.

Intervjuerna har analyserats tematiskt tillsammans med material från projektets arbetsgrupp och dokumentation från LHC:s tidigare studie av projektet (se vidare s. 12 och framåt). Analysramverk och metod beskrivs närmare nedan.

Hinderanalys

Mottaglighet handlar om i vilken grad en organisation har förmåga att ta till sig ny teknik eller nya arbetsätt. Inom innovationsforskningen diskuteras en organisations absorptionsförmåga som väsentlig för mottagligheten. I en vidare mening handlar det dels om möjligheterna att förstå och ta till sig en föreslagen förändring, dels om förutsättningarna att förändra organisationen för att kunna använda t.ex. externt utvecklad teknologi. Mottaglighet förutsätter därför både tekniska och organisatoriska förändringar. Organisationsrelaterade förändringar kan till exempel hänga samman med svårigheterna att införa nya arbetsätt i en miljö som domineras av en stark profession, tvärfunktionella förändringar i funktionella miljöer (till exempel en sjukhusmiljö med en organisation baserad på specialisering) och skapandet av ett innovativt organisationsklimat. Avgörande för att öka mottagligheten är därför att förstå vilka hinder som finns och hur de kan överbryggas.

Att identifiera hinder och söka mönster i form av återkommande utmaningar på olika nivåer är en metod för att hitta avgörande faktorer som lett till explicita problem. Framgång beror oftast på en lyckad kombination av åtgärder, men vilka dessa är beror på situationen och de lokala förutsättningarna. Hinder kan å andra sidan vara mer generiska. Det räcker dessutom att det finns ett hinder för att det skall få (negativ) effekt, medan omvänt alla framgångsfaktorer måste vara på plats för att uppnå ett lyckat resultat. Om man vill kunna dra generella slutsatser är det därför mer relevant att undersöka hinder än framgångsfaktorer.

Denna undersökning fokuserar på utmaningar och hinder för mottaglighet när det gäller övergången till ett nätverksbaserat arbetsätt inom bildgranskningsområdet.

Metod

Analysen utgår ifrån ett ramverk som tagits fram inom ett mer omfattande följeforskningsprojekt som LHC gjort för Vinnova. Här har vi identifierat sex generiska kategorier av hinder, enligt följande:

- Ekonomi och ersättningsmodeller
- Regler och riktlinjer
- Organisation och ledarskap
- Tekniska system och IT
- Professionella normer
- Kompetens och kompetensutveckling

Vi har intervjuat patologer och verksamhetschefer med utgångspunkt i dessa tematiska kategorier. Intervjuerna har strukturerats på följande sätt:

- Introduktion till studien/frågeställningen
- Öppen fråga till respondenten om faktorer som påverkar möjligheterna till att arbeta nätverksbaserat
- Djupare diskussion om de eventuella problemområden som respondenten själv lyfter upp
- Frågor och eventuell efterföljande diskussion om de områden som anges i LHC:s ramverk för undersökning av hinder, enligt ovan.

Empiriska observationer

Förutsättningar för extern granskning idag

Digitaliseringen har inte kommit igång på det sätt som man hoppats på. Ett problem är att tekniken inte upplevs som fullt ut mogen för användarna. Den första invändningen är gränssnitt och handhavande vad gäller hantering av bilder, inmatning mm. De tekniska lösningarna man har stött på upplevs som omständliga, tröga och tidskrävande. Detta är antagligen något som kan åtgärdas, men det påpekas att samma problem har lyfts fram bland annat kring journalsystem och att det i många fall inte har kunnat lösas, utan är fortfarande krångligt.

Hantering av textinformation mellan huvudmän sker idag delvis genom papperskommunikation eller med fax. Digital patologi har ännu inte blivit vardag och kräver en omställning. Tekniken upplevs som under utveckling och uppfattas även vara "annorlunda", inte som en ersättning för dagens analoga arbetssätt utan snarare som ett komplement.

Bulkprover

En uppskattning bland flera tillfrågade är att 80–90 % av alla bulkprover skulle kunna göras digitalt. Detta gäller främst små prover, exempelvis biopsier, inte stora operationspreparat. Ett problem är att man inte vet i förväg vilka prover som kommer behöva granskas analogt, eller vilka som behöver komplettering.

Samarbete inom granskning är personberoende. Det beror delvis på att man inte har en enhetlig standard mellan parter eller personer, inte ens för de vanligast förekommande proverna. Svar ges på lite olika sätt och man behöver veta vad en granskare lägger i sina ord. Idag fungerar granskning av bulkprover bra i upparbetade dyader, dvs där två parter har vant sig att samarbeta. Flera respondenter är tveksamma till att skicka prover till okända granskare, det skapar merarbete och upplevs som osäkert.

För cytologi är tekniken inte tillförlitlig idag, men det kommer inom några år, tror jag. Behovet av tre dimensioner för vissa granskningar är ett problem, går inte att lösa idag.

– Patolog.

Bulkprover är utbytbara, vissa landsting byter med varann. Några färgar lite olika, men man lär sig, det bör gå att klara prover från alla.

– Patolog.

Konsultation

Ett annat användningsområde för digital granskning är konsultation i enskilda/ovanliga fall. Digital granskning beskrivs här som ett komplement. Det gör att man snabbt kan ställa en fråga, men behöver ofta följas upp med analoga prover, exempelvis i de fall man behöver tillgång till en tredimensionell granskningsmöjlighet. Konsultation kräver dock att man vet vem man skickar till. Det bygger på förtroende, och i vissa fall personkännedom. Relationer och referenser är viktiga faktorer.

Konsultation avser låga volymer, det handlar om de prover som inte kan hanteras internt eftersom de är svåra eller ovanliga. Viktiga faktorer man pratar om när det gäller konsultation är ofta kvalitet (expertsvar) och tid (snabbt svar), inte kostnadsbesparing eller effektivitet. Detta kan ha stor betydelse för hur enskilda fall hanteras.

Konsultation – först frågar man en kollega på plats, sen skickar man till en person man känner till. Inte till en organisation utan till en vald specialist.

– Patolog.

Arbetsflöden vid digitalisering

Digitalisering innebär att bilderna, som ersätter fysiska prover, kan delas och hanteras lättare. Men de fysiska proverna kan inte avskaffas, vilket innebär att det digitala arbetssättet ses som ett extra processteg, med höga krav på effektivisering om det ska ”löna sig”. Fördelarna som lyfts fram är geografisk rörlighet, lättare efterhantering och tillgång till referensmaterial.

Man måste ju göra alla förberedelser som förr, och sen skall man scanna. Det är mer jobb, inte som röntgen där man slipper de gamla bilderna.

– Patolog.

Upplevda hinder för ökat nätverkssamarbete

Ekonomi och ersättningsmodeller

De ekonomiska styrsystemen upplevs inte som ett huvudproblem för de tillfrågade respondenterna. Ekonomi har sällan hunnit bli en fråga, det skall fungera administrativt, men är inte något som är avgörande

för det praktiska arbetet. Om det är en patolog som gör granskning privat är ersättningsnivån dock intressant. Men relationer är viktigare än betalningsströmmar i dagens läge.

I praktiken ser det billigare ut att granska externt, men internt har man många fler uppgifter som skall göras, och de syns inte. Det blir färre granskningar på grund av det.

– Patolog.

Det är bökigt med debiteringssystem, man måste ta betalt.

– Verksamhetschef.

Regler och riktlinjer

På regelområdet går utvecklingen trögt idag. Informationssäkerhet är ett hinder för ökad digitalisering och e-lösningar inom många områden. Detta lyfts dock sällan spontant av patologer. ”Det bör gå att hantera,” säger flera, men ses inte som en uppgift för dem själva, det är någon annans bord.

Säkerhet är viktigt, men nog hanterbart.

– Patolog.

Måste regleras bättre, sekretess och datahantering. E-mail går inte, och vi får inte skicka PDF. Det är väldigt trögt att ändra regler.

– Verksamhetschef.

Standard i svarsutformning, att skriva på samma sätt, vore bra. KVASt jobbar med det. Kan vara känsligt att behöva standardisera sig. Idag är det ett hantverk, viktigt att kunna nyansera sig.

– Patolog.

Organisation och ledarskap

Organisations- och ledarskapsutmaningar har i de flesta fall inte kommit upp till ytan. Patologerna ser andra huvudsakliga hinder för nätverksarbete än hur vårdproduktionen är organiserad i nivåer, enheter och specialiteter. En orsak kan vara att de ännu inte har överblick över hur systemet med nätverksarbete är tänkt att fungera. Flera av de intervjuade har liten eller ingen erfarenhet av digitalt arbete eller att skicka prover i någon större omfattning, och kan därför inte uttala sig om organisatoriska konsekvenser på en övergripande nivå. Verksamhetschefer ser olika bilder beroende på vilket sjukhus de arbetar vid. Nätverksarbete ses generellt som något positivt, men bilden av den egna rollen varierar. Stora sjukhus tar gärna emot svårare konsultationer, men ser mindre behov av att skicka ut prover till externa granskare.

Om vi har personer internt vill man använda dem, det är lättare att hantera arbetet, det flyter bättre. Frågor och kommentarer är lättare att hantera om det är nära och man känner den andra. Det blir mer informellt och intuitivt att samarbeta. Externt blir det mer formellt och tar mer administrativ tid.

– Patolog.

Vi skickar inte externt idag för dagligt bruk men för konsultation. Det blir inte bra för vanlig granskning. Har gjort det tidvis, men inte längre. Man behöver ha kontakt med kliniken och läkarna, det är mer ett hantverk, det blir sämre om man gör det på distans, det blir anonymt, man tappar dialogen.

– Verksamhetschef på storsjukhus.

För småsjukhus – lägg specialisterna hos andra, lägg ner för små enheter, de utarmas och det blir tråkigt att jobba där, svårt att anställa.

– Verksamhetschef på storsjukhus.

På sommaren fungerar det, vi har samarbete med ett annat sjukhus och skickar prover, delar på områden under sommaren. Vi har haft samarbete länge och har pratat om att göra mer så, dela på subspecialiseringar.

– Verksamhetschef.

Man behöver några enkla prover ibland på labbet. Träna handgrepp, mår bättre av att göra enkelt jobb ibland. Då kan man inte skicka ut bulken.

– Patolog.

Det är inte en effektivisering att bli digital. Man kan göra nya saker och kan göra saker bättre eller annorlunda. Inte tidsbesparing i fallet, men kanske i det stora hela, över tid och i stora fall.

– Patolog.

Tekniska system och IT

IT-området omfattar flera delproblem. Ett är handhavande av teknik och IT-system. Gränssnittet för digital granskning upplevs i flera fall som svårarbetat, klumpigt och tidskrävande, även av dem som har använt det ett tag. Ett annat problem är att den digitala tekniken i dagsläget inte klarar av allt som görs analogt, dvs det är inte ett substitut för analogt arbete, utan båda arbetsformerna måste vara tillgängliga. Ett tredje problem är att allt externt samarbete upplevs innebära merarbete, det är mycket förarbete som behöver göras, och digitalisering kommer i tillägg.

Både mjukvara och hårdvara är ett problem idag. Det finns system som kan hantera stora bilder men det är tungt och långsamt. Inom cytologi är bilderna stora, och det tar lång tid. Flera lager går inte, tar timmar. Inom histologi fungerar det OK, men behöver fortfarande förbättras.

– Patolog

Bilder kommer att vara viktiga även i framtiden, och de stora bilderna är svåra att hantera idag. 3D funkar inte digitalt. Bildpatologi kommer inte att försvinna snabbt, men ny teknik och nya analysmetoder kommer ju hela tiden.

– Patolog.

Analoga prover innehåller mer information, men med digitala bilder kan man göra mer och dela lättare. De har båda sin plats.

– Patolog.

Hos oss är IT-sidan trög. Vi får dem inte att hjälpa till med saker, och kommer inte igång. Central IT är en stor propp. Lab-IT är lättare. Vi har inte blivit digitala. Vill gärna prova, men kanske inte för daglig diagnostik. Mer för konferenser och för att skicka konsultationer.

– Verksamhetschef.

Titta digitalt går sällan snabbare, och är mer osäkert. Det mesta går vad gäller bulkprover, men det är långsammare.

– Patolog.

Det är inte bara granskningen, man vill ha in svaren i sitt system, inlagt i journalen. Annars blir det en massa dubbelarbete.

– Patolog.

Tekniken är framme idag, man hittar fall snabbt, det är lättare att konsultera, men själva diagnostiken tar längre tid. Fast cytologi är inte framme, det måste vara analogt.

– Patolog.

Det är jätteskillnad på olika system. Man vill inte lägga 5 minuter på något som ska ta en minut.

– Patolog.

Tekniken är inte anpassad för användaren, den är gjord av IT-folk. För mycket funktioner och trögjobbat gränssnitt. De gnälliga användarna har inte fått vara med och utforma tekniken. Saknar genvägar, såna som skeptikerna vill ha. Ingen aptitlig presentation, segt och fult system. Kritiker ses som bakåtsträvare av teknik-optimister. Dom lyssnar inte.

– Patolog.

Vi är helt digitala inom vissa områden idag. Men man kan alltid jobba analogt också. Några utmaningar är att skanningsförhållanden känns begränsande, inte bra nog inom vissa diagnosområden. Systemet är trögt, tar tid att zooma, pixlar sig. Flera ronder körs digitalt, där det går. Måste gå analogt när det behövs.

– Verksamhetschef.

Professionella normer

Flera respondenter påtalar att bedömning av prover är personberoende. Extern granskning kräver att beställaren har förtroende för granskarens uttalanden, och kan tolka vad som sägs i ett svar. Särskilt vid svåra fall är det viktigt att förstå nyanser i svaret. Kunskapen i sig är heller inte fullt ut möjlig att formalisera och standardisera, utan bedömning är som det låter, en bedömning. Detta varierar beroende på typ av prov och sammanhang, men lyfts som ett hinder för anonyma granskningar. Ett allmänt hinder kan vara att man upplever det som ett nederlag att inte ”klara av” ett prov, och därför inte gärna skickar det vidare. Digitalisering ses med varierande grad av skepsis eller entusiasm, men ingen av de tillfrågade ser det som ett substitut till analoga prover, snarare ett komplement. Andra underliggande konflikter kan också komma till uttryck i en föreslagen förändring som denna, se några av citaten på nästa sida.

Man vet vem experterna är, vet vart man skall skicka prover. Det skulle kunna göras digitalt, kanske, teknologin är nog OK för det, men vanan är viktig, vi är inte vana att göra så.

– Patolog.

Patologer vill jobba subspecialiserat, men med så få per sjukhus blir det svårt, med nätverk går det.

– Patolog.

Kan vara svårt att få acceptans inom kåren för ett ändrat beteende. Viktigt att få med sig experterna. Om man inte är van finns det ett motstånd. Den digitala tekniken idag är inte överlägsen, den kan bli bättre.

– Verksamhetschef.

Attityden till digitalisering är väldigt personlig, några äldre vill inte medan andra tycker det är OK. Radiologi är digitalt, och digital diktering fungerar. Bra för småprover att granska digitalt, men inte för operationsprover.

– Verksamhetschef.

Det finns prestige hos ”fina” sjukhus – universitetssjukhus, man vill inte skicka nedåt. Trots att det finns specialiserat ute i landet och ST-läkare på universitetssjukhus.

– Patolog

Många är jävligt missnöjda på arbetet. Chefer som inte är läkare, en kortutbildad galning till chef som tycker man är bakåtsträvare. Klämkäcka chefer som inte kan nåt, och ser en som en produktionsresurs.

– Patolog.

Tekniken kan nog lösas, men många kollegor vill inte. Tid för upplärning saknas. En nidsbild är att de som granskar externt är en slarvig snabb man som extraknacker. Ger dåliga associationer, de som är kvar på lab blir "vask-patologer" som gör "resten". Det finns konflikter och en polarisering, oro.

– Patolog.

Kompetens och kompetensutveckling

Tillgången till och säkerställandet av kompetens/expertis upplevs av många respondenter som ett problem. Bedömning av prover bygger på kunskap som tar lång tid att lära, och detta påverkas kraftigt om det huvudsakliga gransknings sättet ändras. Det tar tid att bli bra på digital granskning, men metoden innefattar inte allt som kan göras analogt. Detta gör att investeringen i att lära nytt vägs mot nyttan, och alla är inte övertygade om att det är värt det.

Det tar lång tid att lära sig och bli en bra patolog. Man kanske inte tycker det är värt att satsa på det digitala, det blir inte bättre, men kanske finns det andra möjligheter med det.

– Patolog.

Är det hälsoekonomiskt lönsamt? Det tar tid att lära sig att jobba digitalt, det är en kostnad. Vad vinner man?

– Verksamhetschef.

Det är ett stort steg att gå över, man måste vänja sig, anpassa sig, lära sig hur det ser ut. Det är ny handgrepp, svårjobb, bilden är lite annorlunda, tar tid att vänja sig. Man måste lära sig leva utan optisk förstoring.

– Patolog.

Lära sig jobba digitalt ... först måste man ha datavana, sen tar det några veckor att lära sig handgrepp, och 2–3 månader för att känna sig säker.

– Verksamhetschef.

Det är en vana. Digitalt är klickande och tryckande, det tar längre tid, man vill göra med handen, mer känsla. Mikroskop är mer effektivt, går att dra igenom, snabbt, bättre kvalitet på bilderna. Det är svårt att vara snabb och intuitiv med digitala bilder.

– Patolog.

Pengar hjälper inte, det behövs tid att utbilda.

– Patolog.

Nya patologer jobbar mer digitalt, men lär sig analogt först. Man kan inte börja digitalt, det har inte kommit så långt. Digitalt går inte på alla prov. Man måste lära sig mikroskop.

– Patolog.

Återkoppling till tidigare rapport kring ExDIN

LHC gjorde under 2014 en första analys av mottagligheten för en nätverkslösning för digital granskning av patologi, (LHC-rapport 2, 2014, i fortsättningen kallad 2014:2). Den förra rapporten visade delvis på en annan bild än den som har kommit fram i denna studie. Skillnaderna kan till stor del förklaras av att resultaten i 2014:2 bygger på interna dokument från projektet, samt intervjuer med projektdeltagare från de olika organisationerna. Inga intervjuer gjordes då med andra patologer eller personer utanför projektet. Det är idag tydligt att den bild som fanns inom projektet inte var representativ för den tilltänkta målgruppen av användare. Den förra rapporten fokuserade i huvudsak på hur väl den tekniska plattformen från RxEye hanterade utmaningarna, medan denna rapport undersöker en bredare fråga, hur mottagligheten för digital granskning i nätverk ser ut inom yrkeskåren och bland verksamhetschefer. Notera att frågorna nu rör både digitalisering och extern granskning, och att vi försöker se utmaningarna med båda dessa.

Skillnaden i resultat är viktig att förstå för att kunna analysera situationen idag och förutsättningarna för framgång i ExDIN-projektet framöver. Därför gör vi nedan en jämförelse mellan den hinderanalys som gjordes i 2014:2 och resultaten från föreliggande intervjustudie.

Kommentarer på tidigare slutsatser utifrån föreliggande studie

Ersättningssystem

- Mycket av teknikaliteterna kring ersättning och samverkan hanteras av RxEye.
- Nivåer och principer måste förhandlas, vilket kan vara ett problem, eftersom ersättningar i samverkansrelationer alltid är komplicerade.

Kommentar: Slutsatserna bygger på antagandet att det är en köp-sälj relation som ska åstadkommas, snarare än en nätverksrelation. Det har visat sig att kunskapsformen och möjligheten till standardiserade relationer inom bildgranskningsområdet gör att rena marknadsrelationer kan förväntas fungera dåligt. Samverkan i en upparbetad relation föredras av de flesta parter.

Regler och riktlinjer

- Regler och riktlinjer hanteras långtgående i kontraktsutformningen i RxEye.

Kommentar: Ja, men de juridiska aspekterna ses inte som en avgörande faktor i de utbytesrelationer som hittills blivit aktuella.

Organisation och ledning

- Det råder oklarheter på högsta nivå kring nätverksvård.
- Inom sjukhusen råder en stor förändringströghet och det saknas mandat att genomföra förändringar mot vissa centrala aktörers vilja.
- Lokalt är det svårt att få till förändring på grund av många inblandade och oklara beslutsvägar.
- Processer och arbetsätt är delvis outvecklade och skiljer sig mellan enheter.
- Produktionstrycket är lokalt så hårt att tid till förändringsarbete saknas.

Kommentar: Organisationsfrågor kommer troligen att spela en avgörande roll för hur de faktiska utbytena av granskningar kommer att se ut, när detta väl kommer igång i större skala. Men varken nätverksarbete eller digitalisering kan kommenderas fram. Den föreslagna förändringen innebär kraftiga ingrepp i den enskilde expertens arbetsätt, och det behöver hanteras med försiktighet för att inte skapa motstånd på individnivå. Vi utvecklar detta i senare avsnitt.

Teknik och IT

- Tekniken i sig bör inte vara ett problem.
- Motstånd från andra teknikintressenter, framför allt IT-avdelning, kan utgöra ett hinder.

Kommentar: Tekniken är ett betydligt allvarligare praktiskt hinder än vad som framkommit tidigare. Digital teknik upplevs som omständigt, med sämre kvalitet och lägre flexibilitet, men med några uppenbara fördelar – främst geografiskt oberoende. Frågan är om problemen är övergående eller om det finns fundamentala skillnader mellan analogt och digitalt arbete som gör att de inte är fullt ut utbytbara.

Professionella normer och historik

- Professionen är ett stöd men även ett möjligt hinder när det gäller samverkan i nätverk.
- Specialisering stöds av nätverk, men den personliga rollen behöver förändras, vilket kan vara ett hinder.
- Förtroende lyfts fram som en mycket viktig faktor, relationer är viktiga.

Kommentar: Intervjustudien bekräftar att det fortfarande råder delade meningar om såväl digitalisering som nätverksarbete inom professionen. Digitalisering ses på med varierande grad av entusiasm eller skepsis, men ingen ser det som ett substitut till analoga prover, snarare ett komplement. Nätverksarbete ses generellt som något positivt, men bilden av den egna rollen varierar.

Kompetens och kompetensutveckling

- Kompetensutveckling är inte ett problem – RxEye kräver inget nytt från användarna, och är inte svårt att lära.

Kommentar: Kompetensutveckling är ett problem! Det tar tid att lära sig bli duktig på ett nytt sätt att granska, speciellt som det innebär såväl nya handgrepp som nya verktyg för att göra svåra bedömningar. Inte alla ser det som värt att investera i en teknisk lösning som ännu inte är fullt utvecklad eller heltäckande. Detta gäller såväl digital granskning (nytt professionellt arbetsverktyg) som arbete i RxEye som administrativt system (nytt gränssnitt som innebär mer att lära och hantera kring själva granskningsarbetet).

Sammanfattande jämförelse av hinderområden 2014 och 2016

Utifrån resultatet i undersökningen 2014, som till stor del baserats på uppfattningar inom projektet, gjorde vi en analys av huruvida de identifierade hinder vi sett inom varje tematiskt område var under kontroll, utgjorde ett möjligt problem eller innebar ett tydligt problem. De allvarligaste hindren sågs då ligga inom organisation, och på systemnivå (se figur 1). Vi konstaterade att strukturer för samverkan mellan enheter fattades, och mekanismer för att skapa och upprätthålla fungerande relationer inte var utvecklade.

Detta var bilden sett från projektet ExDINs horisont, och den stämmer endast delvis med den bild som framkommit när vi pratat med patologer ute i verksamheterna. När patologer och verksamhetschefer tillfrågas flyttar sig problembilden (jfr. figur 1 och 2). Teknik, professionella normer och arbetssätt blir viktigare, och kompetens och lärande kommer också fram som ett centralt område med påverkan på mottagligheten för nätverksarbete.

| OMRÅDE | Under kontroll | Möjligt problem | Problem |
|------------------------------------|----------------|-----------------|---------|
| Ekonomi och ersättningsmodeller | | | |
| Regler och riktlinjer | | | |
| Org. och ledning: – Politisk nivå | | | |
| – Sjukhusledning | | | |
| – Lokal organisation | | | |
| Tekniska system och IT | | | |
| Professionella normer och historik | | | |
| Kompetens och kompetensutveckling | | | |

Fig 1. Nätverksgranskning av radiologi/patologi: Upplevda hinder inom projektet 2014.

| OMRÅDE | Under kontroll | Möjligt problem | Problem |
|------------------------------------|----------------|-----------------|---------|
| Ekonomi och ersättningsmodeller | | | |
| Regler och riktlinjer | | | |
| Org. och ledning: – Politisk nivå | | | |
| – Sjukhusledning | | | |
| – Lokal organisation | | | |
| Tekniska system och IT | | | |
| Professionella normer och historik | | | |
| Kompetens och kompetensutveckling | | | |

Fig 2. Nätverksgranskning av radiologi/patologi: Upplevda hinder bland patologer och verksamhetschefer 2016.

Som framgår av figurerna ser vi en betydligt mer uttalad utmaning inom områdena tekniska system, professionella normer, kompetens och kompetensutveckling samt lokal organisation. Detta är en annan bild än den som funnits inom projektet när förra studien gjordes. Hindren lyfts fram av de tilltänkta användarna, och måste tas på allvar. Vissa av utmaningar kan vara av en sådan karaktär att de faktiskt gör genomförande av de föreslagna arbetssätten olämpliga inom delar av patologin.

Analys

Vi skall i de följande avsnitten söka förklaringsmodeller till det motstånd vi ser. Vi har sett mönster som kopplar till teorier kring kunskap och kunskapstyp inom professionellt arbete, och hur det påverkar förutsättningarna för arbetsdelning och samverkan. Vi har också sett att de former för samverkan man arbetar med passar olika väl för de utbyten man föreslår. Slutligen är det viktigt att förstå de mekanismer som finns i den typ av professionell organisation som experter inom patologi arbetar inom. Dessa aspekter påverkar i allra högsta grad hur man kan genomföra en genomgripande förändring som denna, och vad som stödjer respektive försvårar förändringen.

Kunskap och samverkan

Patologin kan i dag beskrivas mer som ett hantverk än som en industriell process. En utmaning när det gäller utvecklingen av samarbetsformer är att granskningsarbete innehåller en stor grad av ”tyst” kunskap, som endast delvis kan eller har standardiserats.

Svåra prover är svåra att ta över från andra, man måste skära rätt, man vill göra själv i samråd med läkare, inte skicka dem, det är svårt att ta över någon annans jobb, svårt att beskriva. Preparering och förarbete har betydelse, man måste veta hur det är gjort för att bedöma rätt.

– Patolog.

Vissa gör alla steg själv, men man kan låta BMA skära. Man får lära upp dem så de gör som man vill, läkare har egna idéer om hur de vill ha det, gör annorlunda.

– Patolog.

Standard i svarsutformning ... kan vara känsligt att behöva standardisera sig. Idag är det ett hantverk, viktigt att kunna nyansera sig. Det finns individuella variationer och i svåra fall är det bättre att veta vem som sitter i andra ändan. Vissa låter alltid säkra, andra tar alltid en marginal.

– Patolog.

Kliniker vill höra med "sin" patolog vid besvärliga fall. Om man flyttar en patient gör man ibland en omgranskning av material.

– Patolog.

Mycket av det som i dagligt tal betraktas som kunskap är av typen explicit, det vill säga uttalad och mätbar kunskap. Det finns dock en annan viktig dimension av kunskap, som är svårare att fånga till innehåll eller form. Denna brukar benämnas tyst kunskap (Polanyi 1967). Tyst kunskap är vanlig bland experter inom olika områden med lång erfarenhet, de bygger upp en känsla för vad som är lämpligt att göra i olika situationer, men detta är svårt att formalisera och uttrycka som regler eller standarder.

Inom vården benämns detta ibland som beprövad erfarenhet. En vanlig konsekvens av att man inte kan artikulera kunnandet är att det är svårt att lära andra, eller dela med andra som inte har samma utgångspunkt. Detta har tagits upp av Morris (1998) som delar upp kunskaper i en organisation i tacit (tyst) och codified (beskrivbar), samt om den är kollektiv eller individuell.

| | Tacit | Codified |
|------------|--|---|
| Collective | <p>Encultured</p> <p>Routines and relationships</p> | <p>Encoded</p> <p>Precedent systems, processes, etc.</p> |
| Individual | <p>Embodied</p> <p>Experience, wisdom, skills</p> | <p>Embrained</p> <p>Expertise gained through e.g. training</p> |

Figure 3. Olika former av kunskap i professionella organisationer (Morris et al, 1998a)

Ett utbyte av granskningstjänster inkluderar flera av dessa kategorier av kunskap, och det innebär olika former av utmaningar. Ju mindre standardiserad kunskapen är desto viktigare blir relationer och kännedom om vilka personer som har vilken kunskap. Detta hänger i sin tur ihop med på vilket sätt man väljer att samverka med eventuella externa leverantörer.

I teorin skulle bulkprover kunna vara standardiserade och helt personoberoende, men det visar sig att även bulkprover i praktiken sällan är så enkla och lika att de kan utföras helt utbytbart mellan utförare. Det är inte heller självklart att det är möjligt eller önskvärt att de skall standardiseras fullt ut – det kan finnas värden i att behålla en viss mån av professionell diskrepans i bedömningarna.

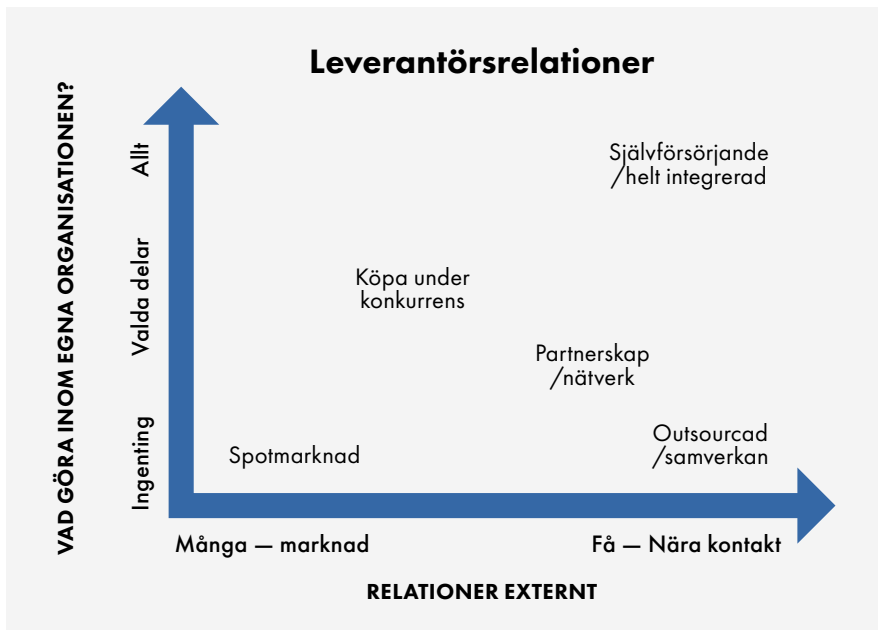


Samverkan med externa parter – nätverk eller marknad?

Samverkan med externa parter är en naturlig del av all verksamhet. Hur det sker, i vilken form och i vilken omfattning, studeras inom områden som berör inköp, externa relationer, samarbetsformer och partnerskap, marknadsföring och ett flertal andra forskningsfält inom företagsekonomin.

Från forskning kring leverantörsrelationer och sourcing har vi hämtat en analysmodell för att kartlägga samarbetsformer med extern leverantör (Slack et al 2012). Den hanterar två dimensioner, omfattningen av samverkan samt typen av relation. Omfattning sträcker sig från ingen eller mycket liten – dvs göra allt själv, till stor eller fullständig – dvs låta någon annan göra allt.

På den andra skalan finns typen av relation, där den ena ytterligheten är en ren marknadsrelation utan någon varaktighet, och den andra ytterligheten är en mycket nära och långsiktig relation med en eller ett fåtal samarbetspartners.



Figur 4. Olika typer av leverantörsrelationer och samarbeten (Slack et al 2012)

Olika positioner på skalorna innebär helt olika samverkansformer och utmaningar. Koordineringsmekanismerna blir därmed olika, och den egna rollen varierar.

För fallet distansgranskning i nätverk är flera positioner möjliga. Ett alternativ är en köp-sälj-relation på en öppen marknad med konkurrens. Ett annat alternativ är ett långsiktigt samarbete med en extern partner. Detta kan drivas så långt att delar av verksamheten helt överlåts på en annan part. En tredje vanlig position idag är att vara helt självförsörjande, utan externa partners. Positionerna kommer att variera mellan parter, men kan också vara olika för olika tjänster, såsom konsultation och bulkgranskning.

Köpa under konkurrens

I det första fallet, en marknadslösning där granskningar köps och säljs under konkurrens, blir kontraktsmotorn i ExDIN intressant. Detta kräver dock en standardiserad och jämförbar tjänst med relativt höga volymer, eftersom transaktionskostnader uppstår vid varje nytt kontrakt.

Partnerskap/Nätverk

Här byggs det upp en relation mellan parterna där anpassade rutiner och personliga variationer blir möjliga. Det leder till en inlåsning mellan samarbetspartners, men till en mycket smidigare informell hantering av uppkomna frågor.

Outsourcing

Här läggs hela ansvaret på tredje part. En konsekvens är att bedömning av svar försvåras, eftersom specialistkompetensen inte längre finns internt.

En viktig faktor när produkten eller tjänsten inte är fullt ut standardiserad och utbytbar är att det innebär en avsevärd investering att bygga upp ett samarbete med en extern part. Det driver mot att upparbetade relationer har en fördel framför ett marknadstänkande.

Vi ser flera argument för detta i intervjuerna. Man vill arbeta med kända motparter, veta hur de jobbar, och de skall veta vilka krav man har och hur man vill ha arbetet gjort. Många bulkprover skulle i framtiden antagligen kunna hanteras i en köp-sälj-relation. Men vi är ännu inte där, och för delar av patologin kommer man inte att kunna komma dit, eftersom bedömningen kräver en anpassning mellan parterna som är svår att standardisera.

Patologi som en professionell byråkrati

Organisationer kan karakteriseras enligt ett antal arketyper, med olika inneboende särdrag, enligt Henry Mintzberg (1979). En av dessa är den professionella byråkratin.

En professionell byråkrati kännetecknas av stabilt och komplext arbete, decentraliserat beslutsfattande, och att varje professionell expert arbetar oberoende i den enskilda situationen, med eget ansvar för sitt arbete/sin patient. Koordinering sker genom gemensamma normer. Arbetet är för komplext för att kunna standardiseras. Det är beroende av personliga bedömningar, konsultationer och riktlinjer snarare än standarder.

Denna beskrivning stämmer bra på det sätt patologer arbetar och är organiserade. Vi kan därför använda kategorin för att se vilka konsekvenser det får för organisation och förändringsarbete inom patologi.

Förvaltningen/ledningsnivån i en typisk professionell byråkrati anger inriktning och ger förutsättningar, men påverkar inte arbetssätt eller utförande. Detta ger över tiden en stabil miljö där experterna på ett till synes enkelt och demokratiskt sätt styr utformningen av sitt arbetssätt. Det har flera fördelar, men även en del utmaningar. Några problem i en professionell byråkrati är enligt teorin att:

- Koordination mellan professionella experter sker inte av sig själv
- Innovation och förändring blir svårt – man får en inflexibel och autonom struktur där det tar lång tid att få till förändring.

En inte helt ovanlig situation är att outsiders (politiker, landstingsledning, myndigheter) ser problem och försöker påverka detta med extern kontroll, till exempel genom standarder, genom uppföljning av specifika indikatorer, eller genom direkt detaljstyrning/föreskrifter. Det leder så gott som alltid till motstånd, eftersom det upplevs som ett intrång på det professionella området där de externa parterna anses sakna kompetens.

En observation kring professionella byråkratier är att genomgripande förändring i grundläggande arbetssätt är svår att åstadkomma genom stora externa projekt. Förändringar sker oftast gradvis och med koppling till den professionella miljön snarare än från ledningsnivån.

I det studerade fallet, projektet ExDIN, har vi just den utmaningen. Projektet kommer från ett administrativt perspektiv in och försöker påverka arbetssätt och utförande i en professionell byråkrati – detta skall enligt teorierna leda till problem och motstånd från professionen, vilket vi ser exempel på i intervjuerna.

Diskussion

Hur kan man då förhålla sig till dessa utmaningar och hinder?

Den studerade lösningen innebär delvis ny teknik i form av digital patologi, och delvis ett nytt arbetssätt i form av extern granskning i nätverk. Projektet har i nuvarande skede öppnat upp för att även granska analoga prover i en nätverkslösning. Det gör läget svårare att analysera, och vi har valt att delvis dela upp det i två frågeställningar i diskussionen som följer.

Motstånd hos patologer – berättigat eller bakåtsträvande?

Flera av de tillfrågade påpekar att de tycker sig ha goda argument för sin sak, men att de ser risken att betraktas som bakåtsträvande om de uttrycker sin ovilja öppet.

Tveksamheterna hos patologer och verksamhetschefer rör såväl granskning i nätverk som digital granskning. Mottagligheten för granskning i nätverk är delvis god, men återkommande argument visar på betydelsen av upparbetade relationer och svårigheten att fullt ut standardisera utbytet.

Mottagligheten för digital granskning varierar, men samtliga tillfrågade pekar på svagheter med de digitaliseringslösningar som finns idag.

Vilken form tar detta motstånd, och hur kan det hanteras, bemötas eller tas in i det vidare arbetet?

Typer av motstånd

Det finns olika typer av motstånd inför en förändring, och dessa behöver bemötas på olika sätt. Baserat på teorier kring förändring, implementering och motivation kan vi identifiera tre huvudkategorier av motstånd. Dessa kan lite förenklat beskrivas som *Vill inte*, *Kan inte* och *Duger inte*.

Vill inte

Motstånd av typen *Vill inte* bygger på att en individ eller en organisation inte är motiverad att medverka i en föreslagen förändring. Det kan bero på att förändringsarbetet har låg prioritet, att det inte stämmer med andra pågående aktiviteter, att det krockar med egna värderingar, övertygelse eller agendor, eller att det upplevs som fel eller onödigt.

Det är inte alltid som motstånd av den här typen uttrycks öppet, utan ofta kläs det i mer rationella argument av typen *Kan inte* eller *Duger inte* (se nedan).

Motstånd av typen *Vill inte* hanteras genom att försöka övertyga. Det sker genom att bygga intresse, förtroende, få upp frågan på agendan eller genom andra typer av argument och påverkansaktiviteter som leder till att förändringen uppfattas som mer relevant för den motvilliga individen/organisationen.

Kan inte

Motstånd av typen *Kan inte* bygger på att det finns strukturella hinder som gör det svårt eller omöjligt att genomföra en förändring. Detta kan vara regler, riktlinjer, lagar och andra styrdokument. Det kan även vara tekniska hinder, till exempel IT-system; organisatoriska hinder i form av att det ligger inom någon annans ansvarsområde; eller ekonomiska hinder – vi får inte betalt, det kan innebära en förlust.

Hinder av den här typen hanteras långsiktigt genom att hindret avlägsnas eller omförhandlas, vilket kräver lobbying/aktivt påverkansarbete för dem som har mandat att förändra de relevanta delarna av systemet. Om detta inte är möjligt får hindret hanteras på något sätt som gör det möjligt att ändå genomföra förändringen. Inom projekt är det inte ovanligt att man skapar tillfälliga lösningar för att hantera sådana hinder, i hopp om att det skall lösas permanent när projektet visat positiva resultat.

Duger inte

Motstånd av typen *Duger inte* grundar sig i att produkten eller tjänsten inte är tillräckligt bra, att den inte löser det problem den är tänkt lösa, eller att man inte nått rätt målgrupp. Det kan vara såväl tekniska specifikationer som handhavande, kompatibilitet med befintliga lösningar eller grundprinciper för hur förändringen skall lösa ett problem.

Hinder av den här typen hanteras genom att lösningen förbättras/utvecklas och på så vis uppfyller de krav som mottagaren har.

Vad vi kan se i intervjuerna med patologer är att det huvudsakliga motståndet mot granskning i nätverk ligger inom kategorierna *Duger inte* och *Vill inte*. *Kan inte*-hinder har inte i lika hög grad lyfts fram, men det kan delvis bero på att man ännu befinner sig i projektfas och inte kommit så långt i införandeprocessen att kringliggande systemfaktorer har blivit ett problem.

Vill inte

Det finns en öppen motvilja mot att granska digitalt bland en grupp patologer. Det grundar sig ofta i hinderkategorierna kunskap och lärande samt tekniska system. Det upplevs inte som rimligt att lära sig nytt när tekniken inte är mogen, och det nya arbetssättet ses som sämre både vad gäller kvalitet och hantering. Det finns inte heller någon tid att lära sig det nya (och i vissas ögon sämre) sättet att arbeta.

Flera patologer ser inga direkta vinster med digitalisering idag, det går inte snabbare, är inte bättre, och innebär extra moment.

Flera ser dock indirekta vinster eller möjligheter, men det upplevs inte som tillräckligt för att uppväga en försämrad egen arbetssituation.

På organisationsnivå finns det en tveksamhet inom vissa enheter att arbeta i nätverk, då man ser nackdelar med att inte ha processen inom räckhåll och kontroll, i den egna organisationen. Detta gäller främst vårdenheter som anser sig vara stora nog för att vara självförsörjande. Samverkan på avstånd ses bland dessa som ”näst bäst”, kvalitet och kontroll blir (borde bli...) bättre om det sker inom upp-arbetade relationer och inom väggarna, anser man.

Bemöta genom

Hur kan då detta bemötas? Argumenten emot ett förändrat arbetsätt är i sig goda, men ställs mot andra, aggregerade vinster med att granska digitalt i nätverk. När rationella argument baserade på viktiga värden såsom kvalitet och lokal intern effektivitet per automatik betraktas som bakåtsträvande leder det till en låsning som bör undvikas. Som vi sett i diskussionen ovan är patologi en typ av verksamhet där mycket av kunskap och avgörande beslut traditionellt har legat hos den enskilde experten. Det gör att centralt beslutade förändringar blir svårare att genomföra, och en verksamhetsnära förankringsprocess är av vikt. Sådant tar oftast lång tid.

Kan inte

För patologer är denna kategori av systemhinder inte det centrala. För dem som vill, och anser att lösningar och arbetssätt är tillräckligt bra för att pröva, kommer systemfaktorer antagligen att ställa till problem i framtiden. Speciellt när det förändrade arbetssättet ska permanenteras i ordinarie verksamhet, utanför projektet. Tekniken är dock ett hinder redan idag, och när det lösts lokalt kommer utmaningar uppstå med lösningarna för nätverkssamarbetet. Det är dock inte något som lyfts av patologer i dagens läge, med små eller inga reella volymer.

Systemfaktorer har dock varit ett fokusområde inom ExDIN och diskuterats ingående inom projektgruppen. För verksamma patologer kan det uppfattas som att problemet hanteras av någon annan, och de förutsätter att det skall vara hanterat och fungera så gott det går när det behövs.

Bemöta genom

Systemutmaningar är i sig ett mycket viktigt område, men hamnar i andra hand när vi fokuserar på just patologers utmaningar och påverkansmöjligheter.

Duger inte

En del av de arbetsuppgifter som är aktuella för nätverksgranskning upplevs som svåra att standardisera – för att kunna tolka svaren och bedöma rätt krävs det relationer och närhet mellan parterna. Det gör att en anonym form av samverkan upplevs som sämre, och därmed inte önskvärd.

Ett annat problem är att allt externt samarbete upplevs innebära merarbete, det är mycket hantering och administration som behöver göras, och om ett prov skall skickas digitalt kommer ibland en extra skanning i tillägg.

Bemöta genom

Denna typ av argument kan hanteras genom att ge möjligheten av en långsiktig och nära relation även över ett geografiskt avstånd. Det innebär att en ren marknadsbaserad lösning behöver omformas mot en lösning som bygger mer på partnerskap och relationer.

Problem kring hantering och administration kan lösas, men det hänger också ihop med hur man valt att samverka. Volymen blir viktig; låga volymer kan tåla mer extraarbete, men höga volymer kräver smidigare processer.

Digital patologi

Tekniken är inte tillräckligt bra enligt många åsikt. Den beskrivs som omogen och svårarbetad. Gränssnittet för digital granskning upplevs i flera fall som klumpigt och tidskrävande, även av dem som har använt det ett tag.

Digital granskning innebär en kvalitetsförsämring inom vissa områden. Den digitala tekniken klarar i dagsläget inte av allt som görs analogt, dvs det är inte ett substitut för analogt arbete, och båda arbetsformerna måste vara tillgängliga. Digitalisering innebär idag ett extra arbetsmoment, i tillägg till det som redan görs.

Bemöta genom

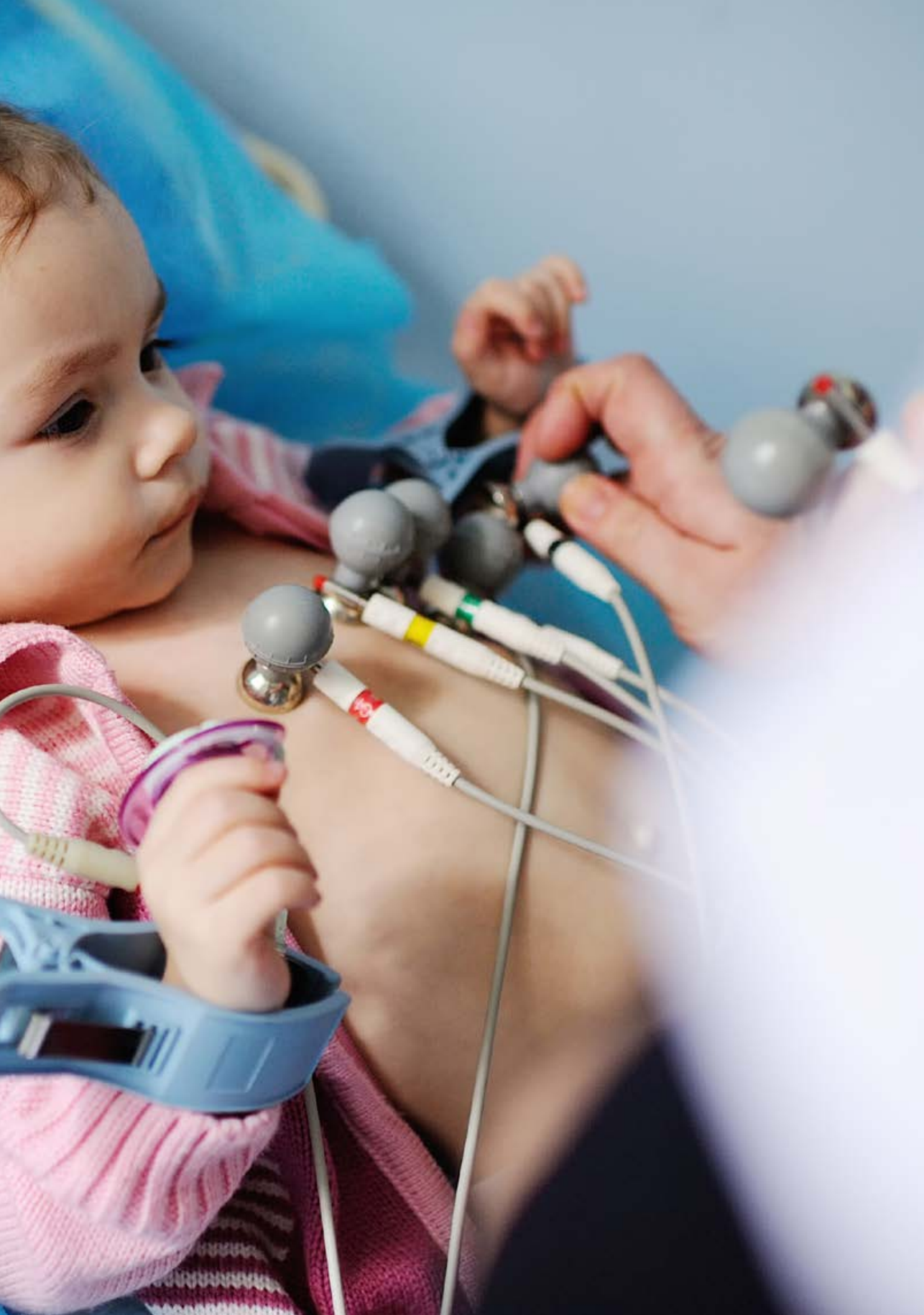
Vad gäller hantering, handgrepp och användarvänlighet finns det uppenbarligen en hel del att göra. Ett allmänt råd är att lyssna mer på patologerna och ta deras argument på allvar i den vidare utvecklingen, en del av dem upplever sig som inte hörda. Att ha fler funktioner i systemet ses inte alltid som viktigt. Hanterbarhet och snabbhet anses viktigare.

Konsekvenser för projektet och liknande initiativ

Studien visar med tydlighet att innehållet i den tjänst eller produkt som ska utvecklas spelar roll: granskning inom patologi bygger idag till stor del på tyst kunskap, vilket innebär att arbetet upplevs som svårt att hantera på avstånd och svårt eller omöjligt att standardisera. Utbyte av arbetsuppgifter och bedömningar bygger på personliga relationer.

Dagens arbetssätt och de professionella normerna för vad som är ”kvalitet” får konsekvenser för hur man kan få till en effektiv samverkan. Rena marknadslösningar är svåra att förena med samverkan som kräver upparbetade relationer. Troligen kommer olika samarbetsformer att behöva utvecklas beroende på vad som skall utbytas – bulkprover eller särfall. Detta skapar i sin tur utmaningar med hur man ska skilja på olika typer av fall.

Studien visar också att typen av organisation och de berörda medarbetarnas roll och makt spelar stor roll i ett förändringsarbete. En högspecialiserad professionell och stark grupp som specialistläkare måste hanteras annorlunda än en mindre autonom och professionaliserad yrkeskategori. Att dra direkta paralleller till industri eller förvaltning, och låna implementeringsstrategier från dessa kan här lätt bli fel. Centrala lösningar som inte är förankrade inom den professionella gruppen kommer då, som tidigare forskning visat, att leda till motstånd. Om man vill behålla fördelarna med att ha en relativt självstyrande grupp specialister, med stort ansvar och stora befogenheter, bör man även hantera förändring på ett sätt som är kompatibelt med den typen av organisation och medarbetare.



Reflektioner och råd

Mottagligheten för projektets idéer har delvis varit god, men inom stora delar av världen finns det en okunnighet och ett motstånd som inte fullt ut har kunnat hanteras inom projektet. Retrospektivt skulle det kunna ha hanterats annorlunda, och baserat på de diskussioner och slutsatser som dragits under projektets gång har vi sammanställt några råd och rekommendationer till liknande framtida projekt.

- Isolera inte ditt projekt.
- Var öppen för omgivningens synpunkter och ta in eventuellt motstånd i ett tidigt skede. På så vis kan såväl en anpassning av projektet som en förankring i kringliggande system ske.
- Börja i rätt ände, hos brukarna.
- Involvera och konsultera personer som berörs i sitt dagliga arbete under alla faser. Ett idébygge kan lätt gå fel, och små missar i ett tidigt skede blir stora hinder senare i processen.
- Bygg inte idébyggen utan att undersöka mottagligheten först.
- Mottagligheten i linjen och i kringliggande system och strukturer är central för att initiativet skall kunna överleva när projektorganisationen avvecklas. Det måste finnas ett intresse och en mottagare i linjen.

- Var medveten om olika nivåer och olika målvärden.
- Värden består av många enheter och personer, och alla har inte samma bild av vad projektet skall uppnå. Dessutom finns flera andra mål och värden, alla goda men ibland i konflikt med projektets målbild. Detta behöver hanteras och navigeras.
- Blanda inte in alla andra mål i projektet.
- Det finns en fara i att projektmedlemmar tar med sig sina egna favoritidéer in i projektet, och inkluderar dem i arbetet. Det gör genomförandet svårare. Behåll fokus och avgränsning.
- Börja enkelt – lägg till när det behövs.

I slutändan kan en förändring i arbetsätt kräva avancerade IT-lösningar och gemensamma rutiner och standarder. Det finns en fara i att börja med dessa, det är mer funktionellt att starta med enkla manuella lösningar, och låta brukarna själva utveckla krav och specifikation när arbetet kommit igång.

Med det sagt, låt inte en svårhanterlig omgivning stoppa projektet, men var medveten om att om den inte hanteras kommer resultaten inte överleva projektets slutdatum. Mycket går att hantera, eller undvika, bara man väljer att se det i tid.

Appendix

Praktisk hantering av utmaningar inom projektet

Efter en genomgång av en preliminär version av rapporten kring mottaglighet för digital granskning av patologi i nätverk bland patologer och verksamhetschefer har vi genomfört en workshop kring hur utmaningarna kan hanteras. Arbetsgrupper inom projektet har diskuterat och kommit med förslag på hur man kan hantera utmaningar och komma vidare med arbetet.

För gruppen patologer och verksamhetschefer ligger en stor del av utmaningen inom området *Vill inte*, dvs man ser inte fördelar för sig själv eller för det man anser vara viktigt med att arbeta digitalt i nätverk. Enligt ramverket är en viktig åtgärd då att övertyga, informera och nå fram till dessa nyckelpersoner för att kunna påverka viljan och därmed åstadkomma en möjlig förändring.

Återkoppling och hantering av utmaningar: förslag från projektgruppen

Under en workshop med projektets styrgrupp diskuterades hur man kan nå ut till patologer och verksamhetschefer för att hitta personliga och lokala fördelar med att arbeta digitalt och i nätverk.

Utmaningen är att svara på frågan: hur kan vi få patologer intresserade av att lära sig mer om, och i förlängningen gå vidare med, digital granskning i nätverk?

Diskussionerna utmynnade i ett antal förslag på aktiviteter. Dessa har sorterats i tre teman, och under respektive tema presenteras kortfattat punkter och diskussionsområden som togs upp under workshopen. De teman som kommit upp är *Lokal förankring*, *Lokal förändring* samt *Information och spridning*.

Lokal förankring

- Viktigt att nå ut med information lokalt. Förslag: någon från ExDIN kan komma ut och prata för patologer (har inte gjorts i någon större omfattning hittills).
- En stor grupp patologer *Vet inte* snarare än *Vill inte* (refererar till ramverket för mottaglighet och motstånd). Förslag: erbjud demo av systemet.
- Ett bra sätt att nå ut är genom att gå på individer och arbeta med deras relationer till andra. Förslag: Skapa en grupp/ett internt nätverk/fora/distansmöten. Flera format diskuterades.
- Det är extra viktigt att nå ut till kärngruppen och tala om det som berör dem i dagliga arbetet. Förslag: kommunicera till och för patologer specifikt, via en patolog.

- En ide för att nå ut är att lägga fokus på professorerna (tongivande och ibland framåt) och ST-läkarna (unga och nyfikna). Gruppen kom fram till att de skeptiska är i mitten, och det är bättre att ta dem senare och fokusera på de intresserade först.
- En synpunkt var att man måste tillåta personlig vinning (jobba extra) även i framtidens system. ”*What’s in it for me?*” kan vara viktig dold faktor – gör inte projektet till ett hinder för dem som önskar detta.

Lokal förändring

- För att få till förändring bör man stimulera verksamhetsutveckling – se till att det tillåts ta tid och resurser lokalt.
- Vi bör hitta och lyfta fram goda exempel på hur man nått fram (exempelvis Blekinge). Förslag: man kan också göra en lista på goda effekter, bieffekter, ta fram argument för fördelar med projektet (en observation är att det redan finns i gamla dokument, men behöver lyftas fram på rätt sätt)
- Det är viktigt att jobba med förändringsledning – hitta nyckelpersoner, hitta mottagare. Information i sig når inte hela vägen. Förslag: projektet kan försöka identifiera kontaktpersoner/eldsjälar bland patologer, hitta dem som vill förändra och som kan göra lokala demon – låt budskapet gå vidare från dem.

Information och spridning

- Sprid information om projektet och resultat till en större grupp, till exempel via Värmötet, Uppsaladagarna. Visa systemet, hur det fungerar, demonstrera, skapa intresse. Förslag: använd befintliga kanaler för information som exempelvis APT på varje sjukhus – prata om projektet – se till att det görs lokalt.

- Få patologer att prata patologiproblem i samband med att projektet diskuteras, inte IT-problem. Några deltagare lyfte dock fram behovet av någon form av IT-baserat samarbete, eller en community (kanske ett senare steg enligt andra).
- Vikten av att arbeta med andra i nätverk lyftes, viktigt att involvera KVAST mer. Nu sker även ett naturligt samarbete med Digipat.

Referenser

- Krohwinkel, A. (2013) Framgångsrika projekt?; Designledd innovation för aktivt åldrande – Förutsättningar och strategier för genomförande av designledd innovation i Stockholms stad. Leading Health Care/Stockholms Stad.
- Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organisations. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Morris, T., & Empson, L. (1998). Organisation and expertise: an exploration of knowledge bases and the management of accounting and consulting firms. *Accounting, Organizations and Society*, 23(5/6): 609–624.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. Routledge, London.
- Rognes, J., M. Axelsson, A. Krohwinkel (2014), Nätverkssjukvård i praktiken, Fallet ExDIN, LHC Report nr 2, 2014
- Slack N., Brandon-Jones A., Johnston R., Betts A. (2012). *Operations and Process Management*. Pearson, Harlow.
- Vinnova (2015), Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg; En studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller, Vinnova Rapport VR 2015:08

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE