

# Leading Health Care

---

LHC REPORT NR 1, 2017

---

Anna Krohwinkel,  
Johan Alvehus, Anders Ekholm,  
Jon Rognes, Hans Winberg

# Från flytt till förändring

EN STUDIE AV VERKSAMHETSUTVECKLING  
I REGION SKÅNE



# Att vända utvecklingen

Denna rapport publiceras i en tid när vi dagligen möts av nyhetsinslag i alla medier om KRIS I VÅRDEN. Närmare bestämt vårdplatskris. Krisen framställs som en resursfråga: fler sängar, mer personal, kanske större hus är lösningen. Fenomenet är på inget sätt nytt. Arbetet i Styrgruppen för Integrerad vård (tidigare Vård på rätt vårdnivå) inom Skånes Universitetssjukvård (SUS) har hela tiden haft denna frågan i rummet. Eller snarare utanför. För varje gång vi mötts är det någon av deltagarna som haft vårdplatsjouren och spenderat en stor del av mötestiden i telefon. Kanske var detta ett sammanträffande som inte är slumpmässigt.

Stiftelsen Leading Health Care har under drygt två år haft förmånen att få följeforska på arbetet med en omdaning av vården inom SUS. Utgångspunkten var att vården ska ges på "rätt nivå". Region Skånes ersättningssystem premierade då, via indikatorn täckningsgrad (andel patienter som söker vård på sin listade vårdcentral istället för sjukhus), att specialistbesök i högre grad borde förläggas inom primärvården. Verksamhetsutveckling genom centrala indikatorer visade sig dock vara en svårframkomlig väg för att nå såväl bättre resultat som ökat engagemang bland medarbetarna. Delvis som en följd av att LHCs insats skedde genom aktionsforskning, där analys och resultat av forskningsinsatsen löpande återförs i en dialog, kom styrgruppen till slutsatsen att inriktningen på förändringsarbetet borde ändras. Det interna arbetet såväl som nya satsningar kom att präglas av en mer verksamhetsnära och gränsöverskridande dialog.

Tanken med att forma vården efter dagens moderna medicinska möjligheter och olika patienters behov kom därmed i förgrunden och pilarna för hur åtgärder kan och bör flyttas började gå åt olika håll. Det är på inga sätt ett färdigt resultat som presenteras och utvärderas i denna rapport. Däremot en ordentlig genomlysning av olika handlingsvägar och dess konsekvenser. Lärdomen är att vi måste hitta nya sätt att arbeta med verksamhetsutveckling, i nya konstellationer och med betydligt mer av samarbete mellan olika grenar av vården och omsorgen. Svaret på vårdplatskrisen är inte arbete med vårdplatser i traditionell mening. Det är omvandling och integrering av vården vi kan ge för olika patienter och grupper av patienter. I rapporten hittar du både inspiration och konkreta förslag på vägar framåt. Endast så kan vi vända utvecklingen bort från kris till lösningsfokus. Och det behöver alla: medborgare, patienter, all fantastisk personal och i slutändan hela samhället!

Jag och hela arbetsgruppen på LHC vill rikta ett stort tack till Styrgruppen för Integrerad vård på SUS, och alla medarbetare i de olika försöken som vi fått rika berättelser av. Verksamhetsutvecklarna Anna Benemark och Charlotta Gyland har hela tiden bidragit med material, råd och glada möten. Jan Eriksson, fd förvaltningschef, har bistått och uppmuntrat detta forskningsprojekt. Och till sist: stort tack till Karin Träff Nordström som lett både styrgruppen och forskningsprojektet från SUS sida. Tack för allt du delar med dig av och för din både öppna och generösa inställning till lärande och utveckling!

*Stockholm i februari 2017*

Hans Winberg  
Generalsekreterare  
Stiftelsen Leading Health Care

# Innehåll

<b>1. Bakgrund</b> .....	6
<b>1.1 Uppdraget</b> .....	6
<b>1.2 LHC:s roll som aktionsforskare</b> .....	7
<b>1.3 Rapportens upplägg</b> .....	9
<b>2. Vård på rätt nivå</b>	
– vad är det och hur kommer man fram till det? .....	10
<b>2.1 Utflytt?</b> .....	10
<b>2.2 Integrering?</b> .....	11
<b>2.3 Organisera vården efter behov?</b> .....	11
<b>2.4 Målgruppsanpassad vård – ett exempel på ramverk</b> .....	12
<b>3. Styrgruppens uppdrag och arbete</b>	
– utveckling under studieperioden .....	16
<b>3.1 Det formella uppdraget och dess utveckling</b> .....	17
<b>3.2 En fri roll med oklart mandat?</b> .....	19
<b>3.3 Förändringsarbetets status i juni 2016</b> .....	21
<b>4. Observationer från tre förändringsförsök</b> .....	24
<b>4.1 Intervjumetodik</b> .....	25
<b>4.2 Fall 1: Röllikan – utflytt av specialister till primärvården</b> .....	26
<b>4.3 Fall 2: Kamomillen – samling av kompetenser</b> <b>för en viss patientgrupp</b> .....	35
<b>4.4 Fall 3: Hundkäxet – datadrivet förbättringsarbete</b> <b>för ett behovsanpassat vårdutbud</b> .....	38

<b>5. Jämförelse av försöken</b> .....	48
<b>5.1 "Flytta ut" (Röllikan)</b> .....	49
<b>5.2 "Samlokalisera" (Kamomillen)</b> .....	51
<b>5.3 "Datadrivet förbättringsarbete" (Hundkäxet)</b> .....	52
<b>5.4 Gemensamma observationer från fallen</b> .....	54
<b>5.5 Centrala insikter från de empiriska studierna</b> .....	57
<b>6. Analys ur ett systemperspektiv</b> .....	60
<b>6.1 Vill inte, kan inte, duger inte – för vem?</b> .....	61
<b>6.2 Problem, lösningar, beslut och process ska passa ihop         – en organisationsteoretisk utvikning</b> .....	64
<b>7. Vägar framåt</b> .....	68
<b>7.1 Coaching och översättning – en proaktiv roll</b> .....	68
<b>7.2 Fånga upp vad som görs – en reaktiv roll</b> .....	70
<b>7.3 Tabula rasa och dataminering – en sökande roll</b> .....	71
<b>7.4 Sammanfattning av möjliga roller</b> .....	73



# Bakgrund

## 1.1 Uppdraget

Stiftelsen Leading Health Care fick i december 2014 i uppdrag av Skånes Universitetssjukvård att följa arbetet i en styrgrupp som då gick under namnet Vård på rätt vårdnivå. Syftet var att under tre månader delta i gruppen och föreslå en längre kontinuerlig följeforskningsinsats. I mars 2015 inleddes denna andra fas med målet att följa och delta i utvecklingsarbetet under 2 år.

Arbetet initierades som en följd av Region Skånes ambition att vård skall utföras på "rätt" plats i systemet. En huvudtanke var att vård av patienter skall flyttas från de stora sjukhusen till mottagning på vårdcentraler och i patienternas hem. Skånes nya förvaltningsorganisation där specialistvård och primärvård är delar av samma förvaltning infördes bland annat för att påskynda detta arbete.

Som alltid när man går från ord till handling har den verkliga utmaningen uppstått i mötet med de faktiska förhållandena i de verksamheter som ska flyttas. Under den tid utvecklingsarbetet pågått har det skett förändringar på såväl central som lokal nivå, vilka i sin tur fått konsekvenser för mål, genomförandeplaner och försöksverksamheter. Idén om utflytt av enskilda specialister till primärvården har bland annat kommit att kompletteras med idéer om samlokalisering av kompetenser inom sjukhuset, för att bättre möta behoven hos patienter med komplexa behov.

Kring denna komplexa process har vårt deltagande i styrgruppens arbete kretsats. Tonvikten lades inledningsvis på aktionsdelen i aktionsforskningen, att stödja arbetet med att skapa gemensamma målbilder och pröva idéer om omflyttning av vård mot sinsemellan olika specialiteter och patientgrupper. Vi har kunnat följa ett projekt som på ett iterativt sätt ändrat innehåll och form, och sökt realistiska vägar att flytta vården närmare patienten. En prövande fas vad gäller arbetsform och -grupp har övergått till en prövande fas av utveckling av klinisk vård.

Som ett led i denna utveckling utvecklades forskningsdelen under hösten 2015 – det blev dags att följa de förändringar som påbörjats ute på fältet och inte bara i programarbetet. Vi har koncentrerat oss på tre praktiska försök av olika karaktär och som riktar sig till olika patientgrupper: ett av försöken med utflytt av specialistkompetens till vårdcentral ("Röllikan"), uppstarten av en äldrevårdsavdelning inom ett sjukhus ("Kamomillen"), och ett prövande arbete med att utifrån data identifiera behoven hos den totala patientpopulationen listad vid en vårdcentral, för att ta reda på hur kompetensen och utbudet där kan kompletteras på det för patienterna mest relevanta sättet ("Hundkäxet"). De tre fallen har anonymiserats och fått fiktiva namn, då rapporten inte har för avsikt att peka ut enskilda personer eller verksamheter. Fallstudien pågick från sommaren 2015 till sommaren 2016. Under hösten 2016 har observationerna analyserats och sammanfattats i denna rapport.

## **1.2 LHC:s roll som aktionsforskare**

LHC:s följeforskning har genomförts med en interaktiv, longitudinell ansats, som kallas aktionsforskning. Det innebär att forskaren är en del av förloppet genom att återkoppla löpande till studieobjektet, och därmed själv påverkar processen. Detta skiljer sig från traditionell, observerande forskning där forskaren – efter en eventuell inledande intervention – strävar efter att störa ett förlopp så lite som möjligt och resultaten presenteras först efter att studien avslutats. Många former av datainsamling, särskilt intervjuer, innebär dock en påverkan på studieobjektet.

Vi ser detta som en styrka snarare än en svaghet. I detta aktionsforskningsprojekt har vi lagt lika stor vikt vid att skapa dialog och agera bollplank som att analysera ”utifrån”. Praktiskt har detta inneburit att vi deltagit som reguljära styrgruppsmedlemmar (dock utan formellt mandat) i arbetet med att utforma och i vissa fall påbörja implementering av förändringsförsök.

Utöver att observera och dokumentera själva processerna och deras utfall har vår roll varit att fungera som stöd i utvecklingsarbetet. Detta har genomförts bland annat genom inspel vid styrgruppsmöten, strukturerade workshops med styrgruppen och flera möten med såväl ledning som verksamhetsutvecklare. Vi har också fört öppna diskussioner i samband med enskilda intervjuer och deltagande vid andra interna möten. Några intervjuer har också skett med personer på regionnivå, både tjänstemän och politiker.

Strukturerat lärande på lednings/verksamhetsutvecklingsnivå samt inom och mellan de olika projekten har varit ett delmål i sig under projektet. Det innebär att vi har lagt mindre vikt vid att bedöma huruvida förändringsförsöken ”lyckats”, i meningen genomförts i enlighet med sina ursprungliga planer eller ej. Vi har däremot ägnat mycket tid till att observera och diskutera den dynamik vi sett i utvecklingsarbetet över tid. En central fråga är och har varit vilka förutsättningar och mekanismer som behöver vara på plats för att projektets insikter och vinningar ska kunna permanentas i ordinarie verksamhet på sikt.

Även det centrala styrgruppsarbetet – inklusive dess formella uppdrag – har under den tid vi följt det genomgått förändringar. I vissa fall på grund av yttre impulser, men lika ofta som ett resultat av ett internt omtänk. Interaktionen med följeforskarna i vår roll som lednings- och verksamhetsutvecklingsstöd har bidragit till processen. De observationer och slutsatser som presenteras här bör alltså inte komma som någon ”övertäckning” för beställaren; snarare har många av dem vuxit fram i gemensamma diskussioner. Vissa av resonemangen har redan gett utslag i form av praktiska förändringar i styrgruppens arbetssätt och inriktning.

Omvänt har det iterativa angreppssätt som styrgruppen har kommit att anta också påverkat följeforskningen. Framförallt vad gäller val av studieobjekt, där vi början avsåg att jämföra ett



antal fall av specialistutflyttning till primärvården, men där studien i slutändan kom att behandla en betydligt bredare palett av förändringsförsök (se vidare nedan).

### **1.3 Rapportens upplägg**

Rapporten börjar med att utreda begreppet ”vård på rätt nivå” och dess olika möjliga innebörder. Vi beskriver sedan Styrgruppens uppdrag och arbete, samt den utveckling av tankegångar och arbetssätt vi observerat under studieperioden. Detta följs av våra observationer från tre förändringsförsök ute i verksamheterna. Vi analyserar försöken både enskilt och jämförande, med fokus på de systemhinder/utmaningar som uppstått under studieperioden. Den sammanfattande analysen lyfter upp hur ett systemperspektiv kan öka förståelsen för förändringsprocesser och deras utfall. I det avslutande avsnittet diskuterar vi vägar framåt och olika möjliga roller för styrgruppen i det framtida utvecklingsarbetet inom SUS.

# Vård på rätt nivå – vad är det och hur kommer man fram till det?

## 2.1 Utflytt?

Idén om ”vård på rätt vårdnivå” bygger på ambitionen att hälso- och sjukvård, där det är möjligt, ska flyttas från de stora, centrala produktionsenheterna (sjukhusen) till mindre, lokala enheter, i förlängningen kanske helt ut till hemmet eller till patienten själv. Under lång tid har argumenten för en utbyggd primärvård i Sverige handlat om att patienter ska tas om hand på ”lägsta effektiva omhändertagandenivå”, den s.k. LEON-principen. Primärvård ska avlasta sjukhusen från patienter som inte kräver mera specialiserade resurser.<sup>1</sup> Arbetet i Skåne kan ses som ett exempel på många förändringsarbeten i denna riktning som pågår runt om i landet och även internationellt.

Drivkrafterna bakom en ”utflytt” av vård kan vara flera. Utöver antagandet om en ökad effektivitet så framhålls ofta närheten mellan vården och patienten. Det bygger i sin tur på antagandet att vårdcentraler är mera lättillgängliga både i geografiskt hänseende och när det gäller möjligheten att som patient få/boka en läkartid. Ibland antas också att vårdcentralens småskalighet ger möjlighet till en mer personligt bemötande jämfört med det stora sjukhuset. Sammanfattningsvis är det själva platsen för vården som är huvudfokus i dessa resonemang.

1 Anell, Anders (2011) Hur kan svensk primärvård bli bättre? Rapport för Forum för Health Policy.

## 2.2 Integrering?

En utveckling av LEON-principen som föreslagits på senare år är BEON – man pratar här om ”bästa” nivå snarare än om ”lägsta”. Tanken är att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra vården till lägsta sammantagna kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet.<sup>2</sup> Fokus ligger alltså på den professionella innehållet i vårdandet snarare än på den geografiska platsen.

Resonemanget ifrågasätter om de vedertagna indelningarna av arbetsuppgifter mellan olika professionskategorier som tillämpas idag alltid är ändamålsenliga (*task shifting*). Till detta kopplas insikten att samverkan mellan professioner är ett viktigt utvecklingsområde, och att det kan ha flera produktionsmässiga fördelar att möta patienten i multiprofessionella team (*task combinations*). Inte minst för patienter med omfattande behov som kräver insatser från/ övergångar mellan många aktörer, kan teamlösningar ha stora fördelar. Försök med integrerad organisering finns på många olika ställen inom vården, exempelvis med utgångspunkt i primärvårdens koordinerande uppdrag, men också i form av sekvenser/vårdkedjor inom sjukhus eller mobila team som möter patienten i hemmet. Många lösningar visar att platsen för vårdens utförande inte nödvändigtvis dikterar graden av specialisering (jmf avancerad sjukvård i hemmet, eller e-hälsolösningar som möjliggör för kroniskt sjuka att i högre grad bli aktiv del av sitt eget vårdande ”team”).

## 2.3 Organisera vården efter behov?

Resonemangen kring integrering visar på att huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och samarbeta horisontellt. Även det vertikala samspelet mellan styraktörer och verksamheter behöver utvecklas. Begrepp som samverkan, relationsbyggande och följsam styrning riskerar dock att bli tomma ord i luften utan insikten att utvecklingen behöver ske utifrån kontext beroende på patientgrupp, vårdområde och involverade aktörers förutsättningar och uppfattningar.

---

<sup>2</sup> SOU 2016:2 Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

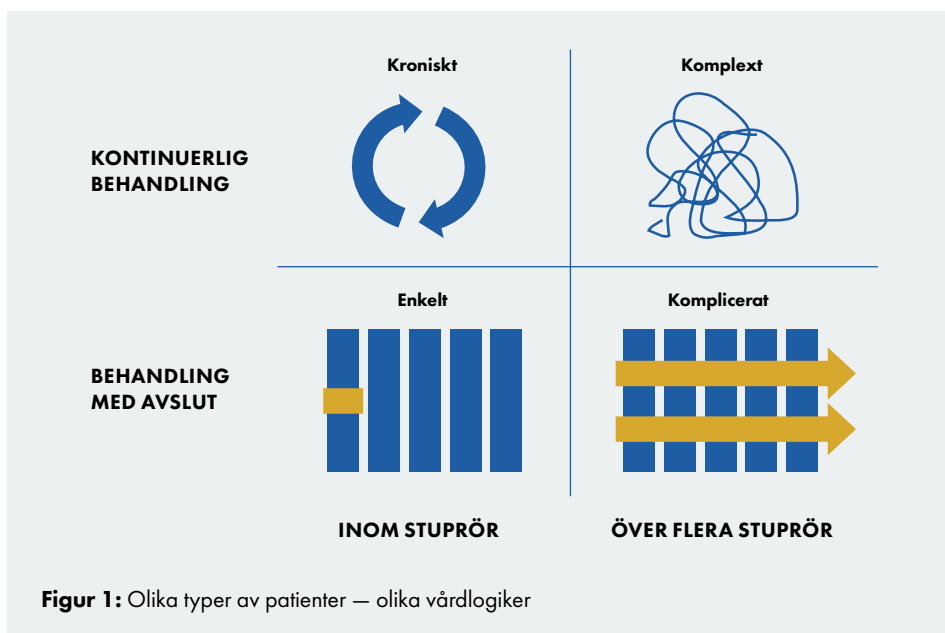
Behoven ser olika ut för olika patientgrupper och inom olika verksamhetsområden – kontinuitet gentemot vården betyder antagligen helt olika saker för en äldre multisjuk, jämfört med en yngre kroniker eller den genomsnittliga småbarnsföräldern. Allas behov kan inte tillgodoses inom primärvården, men alla efterfrågar inte heller integrerade teamlösningar.

De stora variationerna i hur olika patienter efterfrågar och konsumerar vård kräver att vården ökar sin förmåga att planera utifrån olika målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Eftersom dagens vårdorganisering är tätt kopplad till sagda specialisering, innebär fokus på målgrupper också ett ifrågasättande av relevansen av att tala om ”nivåer” av vård, i den traditionellt hierarkiska meningen. Mer relevant blir att försöka hitta den bästa resurskombinationen för varje behovstyp.

En sådan omsvängning i synen på hur vård ska produceras och förändras är inte gjord i en handvändning. Att överbrygga sedan länge etablerade organisatoriska, professionella och ekonomiska gränssnitt är en utmaning som måste tas på allvar. En helt annan utmaning – men lika viktig – är att hitta relevanta dataunderlag som kan stödja ett behovsorienterat utvecklingsarbete. Ett första steg är dock i att över huvud taget börja tänka målgruppsanpassat när det gäller att hitta vad som är ”rätt vård” för varje individ. Nedan beskrivs en möjlig konceptualisering av patientgrupper som kan användas för detta ändamål.

## **2.4 Målgruppsanpassad vård – ett exempel på ramverk**

Ofta tenderar hälso- och sjukvården att ses som en mer eller mindre enhetlig ”sektor”, med samma problem och mål. Det leder till att lösningar, system och riktlinjer utformas för att gälla generellt, trots att underlaget för att ta fram dem vanligen är baserat på endast en del av verksamheten. En vedertagen uppdelning är att utgå från hur produktionen är organiserad idag, i form av ”nivåer” och/eller ”specialiteter”. Med en sådan utgångspunkt är risken stor att vi baserar vårt resonemang på samma tankefel som har skapat de problem vi försöker lösa.



Som ett alternativ till detta har LHC tagit fram ett analysramverk som synliggör och beskriver olika behov utifrån fyra olika patientgrupper.<sup>3</sup> Ramverket skall ses som ett diskussionsunderlag; det är inte till för att sortera in patienter i praktiken, utan för att se behovet av olika lösningar för olika grupper och behov.

Vi har valt att utgå ifrån två grundläggande dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som i hög utsträckning kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över lång tid. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en och samma specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner behöver involveras (se figur).

Den första gruppen utgörs av patienter med en åkomma som kan botas, och som kan hanteras inom en specialitet. Det rör sig om ”enkla” patienter, utan komplikationer, och ofta med en relativt lindrig åkomma. Vården kan lösas inom en enhet, antingen i primärvård eller hos en specialist. Efter behandling och uppföljning är patienten ”klar”, och inga fler vårdkontakter behövs tills nästa behov

<sup>3</sup> LHC Working paper 2016–01: Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk.

uppstår. Här passar dagens vårdorganisation med uppdelning i vårdnivåer och diagnosområden bra. Samverkan är inte en stor fråga, eftersom allt effektivt kan skötas inom en enhet.

Nästa grupp består av patienter med en mer komplex åkomma. Detta är svårare fall, där insatser från flera olika vårdenheter och specialiteter behövs för att möta behoven. Här observeras återkommande fall med långa väntetider under processen och en allmänt svårnavigerad väg genom vården för patienten. För att lösa problemet har man arbetat med vårdflöden och vårdprocesser, huvudsakligen inom organisatoriska enheter som exempelvis ett sjukhus. Arbetet har pågått sedan flera decennier under olika namn, exempelvis Lean, födesorganisering. För att kunna styra mot en hel process istället för enskilda delar har man också pratat om värdepisoder, och börjat ta fram styrmodeller för sådana. Samverkan och övergångar mellan på varandra följande vårdinsatser och ett snabbt flöde blir en huvudfråga, och målet är en avslutad och lyckad behandling.

En tredje och växande grupp är patienter med kroniska sjukdomar. Det främsta som skiljer dem från de två ovan beskrivna grupperna är att behandlingen inte har ett slut, utan är en livslång process. Målet är inte att bota, utan att undvika en försämring i hälsotillstånd och/eller livskvalitet. Dagens insatsinriktade styrning passar illa för den här gruppen. Här blir andra frågor viktigare, som autonomi, förebyggande åtgärder, livsstil och kontinuitet.

Den sista men svåraste patientgruppen som tas upp i ramverket är komplexa patienter med flera akuta och/eller kroniska åkommor samtidigt. Det handlar ofta om gamla och sköra människor, där de olika åkommorna påverkar möjligheten att behandla. Kombinationen av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. Det är också problematiskt att använda standardiserade vårdprogram eller att tala om episoder. Gruppen är relativt liten men mycket resurskrävande.

## De fyra grupperna ställer helt olika krav på styrning.

1. Den första gruppen, enkla patienter, gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.
2. Den andra gruppen, komplicerade patienter, gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad sjukvård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.
3. Den tredje gruppen, patienter med kronisk sjukdom, gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa och övervakning av ett kroniskt tillstånd, helst utanför sjukhuset. Patientens roll i sin egen vård blir central.
4. Den fjärde gruppen, multisjuka, gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att hantera denna svåra grupp som gynnas av kontinuitet, teamarbete och nätverksorienterad sjukvård.

Ramverket synliggör fyra olika typer av generiska patientbehov, som kräver olika insatser och olika grad av samarbete mellan vård- och omsorgsutförare. Detta får stora konsekvenser för hur styrning, analys och uppföljning kan och bör utformas inom olika områden. Tyvärr är dagens redovisnings- och uppföljningssystem utformade för att i hög grad standardisera patienter, att aggregera konsumtionsmönster på övergripande nivå, och att beskriva verksamheter så att jämförbarhet betonas istället för grundläggande skillnader (jfr fallstudie 3, Hundkäxet).

# Styrgruppens uppdrag och arbete – utveckling under studieperioden

Styrgruppen för integrerad vård (tidigare vård på rätt nivå) tillsattes i mars 2014 av förvaltningschefen för Skånes Universitetssjukvård, och är sammansatt av representanter för flera divisioner, samt stabsfunktioner.<sup>4</sup> Enligt beslutsunderlaget skall styrgruppen bestå av:

- Divisionschef division 5 (ordförande)
- Ytterligare en divisionschef
- En verksamhetschef eller sektionschef från varje division
- Ekonomicontroller division 5 samt ytterligare en ekonomicontroller på divisionsnivå
- Representant från enheten för produktionsstyrning
- Allmänmedicinsk koordinator, AKO

Antalet medlemmar i styrgruppen har totalt uppgått till ca 15 personer, och utöver detta representanter för Stiftelsen Leading Health Care. Medlemmarna har varierat något över tiden, men antalet har varit relativt stabilt.

---

<sup>4</sup> SUS är organiserat i fem divisioner i en gemensam förvaltning, där primärvården utgör division 5.



### 3.1 Det formella uppdraget och dess utveckling

Rollen och inriktningen för styrgruppen för vård har varierat under studieperioden beroende på att uppdraget har utvecklats.

I det *första uppdraget* (beslutat 2014-03-24) definierades det övergripande målet med utvecklingsarbetet som ”att primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet vid kontakt med sjukvården, att minska onödig vårdkonsumtion, att öka interaktion och integration och strukturerade arbetssätt i samarbetet runt patienten, samt att utveckla sammanhållna nätverk mellan hemsjukvård, öppenvård och slutenvård”.

Detta relativt abstrakta mål konkretiserades och snävades in genom indikatorn ”täckningsgrad”, definierat som att en större andel av de förtecknade medborgarnas totala volym av öppenvård ska ske på primärvårdsnivå. Detta mått har sedan länge varit centralt i den politiska intentionen för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Region Skåne. Till indikatorn kopplas sedan 2009 ett skarpt incitament med resultatbaserad ersättning till primärvården utifrån den årligen uppnådda täckningsgraden.

En central tanke var att täckningsgraden skulle kunna öka genom att specialistmottagningar inrättas inom primärvården. Initialt utreddes s.k. öppenvårdscentraler där flera specialiteter skulle kunna samlas. Senare skiftade fokus till att placera enskilda specialiteter vid existerande vårdcentraler.

Den gemensamma förhoppningen var att detta skulle bidra till en utveckling mot färre läkarbesök och andra typer av fysiska besök på sjukhuset. Styrgruppens primära uppgift blev därmed att identifiera vård på primärvårdsnivå på sjukhuset och möjligheter att flytta ut specialistvård till primärvårdsnivå. Att säkra tillgänglighet till ”rätt kompetens” (det vill säga en högre andel specialistläkare) på vårdcentralerna sågs som ett huvudmål. Den förvaltningsmässiga organiseringen där primärvården är formellt likställd med den specialiserade vårdens divisioner ansågs kunna underlätta den planerade omflyttningen av kompetenser.

”Utflytt” av vård var alltså ett primärt fokus i styrgruppens tidiga arbete. Behovet att kunna kvantifiera vad som flyttats vart (uttryckt bl. a. som täckningsgrad) innebar att det inledningsvis var viktigt att behålla tydligt avgränsade vårdnivåer.

Detta kompletterades av vissa resonemang om möjligheten att överbrygga medicinska gränssnitt genom exempelvis AKO (allmänläkarkonsult) på sjukhuset, och den s.k. Hälsoenheten som brygga mellan primärvård och specialistvård avseende sjukdomsförebyggande metoder. Integrering var inte något primärt fokus i uppstarten, där det närmast sågs som ett problem att ”gränssnitten ibland inte är helt tydliga” mellan vårdnivåer.

I och med det *andra uppdraget* (behandlat 2016–02–08) omformulerades styrgruppens uppdrag tämligen radikalt till att fokusera på ”integrerad öppenvård, kontinuitet och samarbeten samt att förflytta förhållnings- och arbetssätt hos personalen så att detta underlättas”. Styrgruppen bytte samtidigt namn från Styrgruppen för vård på rätt nivå, till Styrgruppen för integrerad vård. Snarare än att flytta ut vård från sjukhuset till primärvården är målet nu att skapa en hälso- och sjukvård för patienterna som är strukturerad och sammanhängande genom hela vårdprocessen.

Omsvängningen bygger delvis på utvärderingen av ett antal uppstartade verksamheter med specialistmottagning på vårdcentral (se vidare nedan), där man konstaterat att försöken inte gett de avsedda effekterna. Mottagningar där andra specialister än specialister i allmänmedicin tjänsteköps har tenderat att bli ekonomiskt ohållbara, då ersättningen genom täckningsgrad inte varit i paritet med kostnadsökningarna inom primärvården.

Samtidigt har insikten vuxit fram att ”utvecklingen av en mer integrerad vård måste ske mer utifrån kontext beroende på patientgrupp, vårdområde och involverade aktörers förutsättningar”. (Man stödjer sig härvidlag på det tidigare beskrivna LHC-ramverket med fyra olika patientkategorier med sinsemellan olika typer av vårdbehov.) I de genomförda utflyttningsförsöken har det varit svårt att identifiera ett tydligt syfte samt verksamhetsnytta, vilket har föranlett låg grad av interaktion, samarbete och utbyten mellan berörda professioner. Vikten att involvera berörda verksamheter i att bedriva utvecklingsarbete betonas nu på ett tydligare sätt.

Omställningen från vård på rätt nivå till integrering bygger alltså på erfarenheterna från det praktiska förändringsarbetet. Samtidigt har viktiga förändringar skett i omvärlden som haft betydelse för styrgruppens arbete och inriktning. Bland annat sänktes ersättningen

för täckningsgrad drastiskt under 2015, vilket motiverades bland annat med att resurser skulle allokeras till en ökning av hembesök. Externa influenser i form av exempelvis den nationella utredningen om Effektiv vård (SOU 2016:2) och därpå följande debatt har haft indirekt påverkan. Slutligen har LHC:s aktionsforskning fungerat som katalysator för kontinuerlig prövning och omprövning av idéer och arbetsätt.

### **3.2 En fri roll med oklart mandat?**

Att förändringar i inriktning kunnat ske så pass snabbt avspeglar att styrgruppen har en mycket fri roll när det gäller att utforma sitt arbete. Uppdraget har delvis upplevts som oklart, men kan även beskrivas som flexibelt och pragmatiskt inte minst med tanke på de stora möjligheter styrgruppsmedlemmarna själva har haft att påverka och förändra. Om det i sig är ett problem att uppdraget är fritt beror på vilka förväntningar och krav man har på en styrgrupp, vad man tänker sig att den ska "leverera", men också på vilket sätt man tänker sig att den ska påverka praktiken.

Här är några citat från styrgruppsmedlemmar som illustrerar hur de uppfattat sin roll under pågående arbete:

*Gruppen är lite oenig om vad vi egentligen ska göra, och vem som ska göra det och vad är syftet och så. Vi vet inte riktigt. Och det beror på att det ändrar sig, från varje möte så är det lite olika skäl till varför vi gör det vi gör.*

*Jag tycker det är svårt att säga, för arbetet har förändrats så jättemycket från när vi startade, för då var det väldigt mycket det här med de här listorna som hade skrivits om verksamhet som skulle flyttas hit och dit och så... Och sen kan jag samtidigt tänka att det är ju lite överspelat nästan, så som styrgruppens verksamhet har riktat in sig. Eller det som styrgruppen gör nu har en annan inriktning.*

*I den här styrgruppen... det som nu har kommit in i diskuterandet handlar om den övriga nivåstruktureringen, vad ska du ha andra sjukhus att göra runt omkring. Men egentligen tycker jag att det borde sättas ihop i en helhet. Jag skulle vilja att man ritat upp en karta över Skåne. Vilken primärvård ska vi ha? Vilken specialistvård ska finnas på vårdcentraler? Och vilken typ, vilka kategorisjukhus ska vi ha?*

*Styrgrupperna är egentligen ett utskott från ledningsgruppen. Det är egentligen ledningsgruppsarbete som man gör i styrgruppen. Det är då bara det, ett sätt, att i styrgruppen ska ju det här utformas så att man skapar ett bra underlag för ledningsgruppen.*

*Så att jag kan tänka mig att om den här styrgruppen skulle få ett uppdrag att "hur ska vi förbättra samarbetet för att långsiktigt hantera detta och detta? Kom med helt egna idéer och engagera er", så tror jag att vi hade haft större förutsättningar att verkligen någonting skulle hända.*

Citaten illustrerar att den självstyrande rollen för med sig både fördelar och nackdelar. Framförallt reses frågor om hur styrgruppen ska definiera vad man ska göra, vilken "implementeringskraft" man har och bör ha nedåt i verksamheterna, och hur relationen till ledningen/den politiska styrningen ska hanteras.

Denna rapport har som delsyfte att reda ut hur dessa beroenden mellan olika systemnivåer kan förstås, och vad detta betyder för det framtida utvecklingsarbetet inom SUS och styrgruppens möjliga roller däri. Först ska vi dock göra några nedslag i det praktiska förändringsarbetet såsom det sett ut under studieperioden.

### 3.3 Förändringsarbetets status i juni 2016

Under 2014 påbörjades ett inventeringsarbete inom SUS för att identifiera vad som kunde bli föremål för försök med utflyttning av specialiserad vård till primärvård.

Under 2014 startade en specialistmottagning på vårdcentralen Röllikan i Malmö samt liknande mottagningar på ett antal andra vårdcentraler. Året därpå skedde en organisatorisk flytt av barnmottagningen i Eslöv till vårdcentralen Kärråkra. Därtill startades ett utvecklingsarbete som syftade till att utreda förutsättningarna för att ha endokrinolog verksam på vårdcentral.

Delprojekten har kommit olika långt i processen; barnmottagningen samt merparten av hjärtsviktsmottagningarna fortlever, medan gynekologiverksamheten på Röllikan har lagts ner (se vidare fallstudie 1 nedan). Inom endokrinologi utreddes flera olika scenarier, och man valde att gå vidare med förstärkt konsultstöd snarare än en fast läkarresurs på vårdcentralen.

Andra möjliga specialistområden som styrgruppen tidvis diskuterat som aktuella är reumatologi, neurologi, ortopedi och SMS (metabolt sjuka patienter). Från verksamheternas håll framfördes att psykiatri samt öron, näsa hals kunde vara två lämpliga områden samt även eventuellt rehabilitering. Inga beslut om organisatorisk flytt av personal har tagits, men ett försök har startats där njurpatienter får rehab-insatser i primärvården i samarbete mellan sjukgymnaster på njurmedicin och sjukgymnaster på en vårdcentral.

Likaså har förts diskussioner kring hur bland annat hälsoenheten och mobila akutteam för äldre (ÄMMA) skulle kunna passa in i det övergripande utvecklingsarbetet, men idéerna kring detta är ännu på utvecklingsstadiet och/eller lades på is i väntan på det nya hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Kommunförbundet Skåne som bland annat berör förutsättningarna för sjukvård i hemmet<sup>5</sup>.

I samband med den omsvängning i styrgruppens uppdrag från vård på rätt nivå till integrering som skedde under 2015–2016 så ändrade också de praktiska försöken karaktär, från fokus på utflytt till mer fokus på samordning, och att låta patienternas behov driva utvecklingen.

5 Avtalet tecknades den 2016-04-26. <http://kfsk.se/socialtjanst/nytt-halso-och-sjukvardsavtal-2/>

Som ett led i detta öppnades den 7 mars 2016 en akut äldrevårdsavdelning, ÄVA, upp på ett sjukhus i området. Syftet var, förutom att öppna fler vårdplatser, att testa nya arbetsätt och samverkansformer mellan vård- och omsorgspersonal (se fallstudie 2, Kamomillen).

För vårdcentralen i Hundkäxet i Malmö togs ett beslut om utökade lokaler från april 2016, men utan att specificera vad dessa ska utnyttjas till. Ursprungsäskandet gällde en "öppenvårdscentral" med specialister från sjukhuset. Detta ändrades till att i stället analysera den listade befolkningen. Analysen påbörjades tidigt 2016, med ambitionen att testa nya metoder för datadrivet utvecklingsarbete (fallstudie 3).

De två sistnämnda försöken var vid studieperiodens slut (juli 2016) fortfarande i utvecklingsfas, vilket beskrivs närmare nedan.



# Observationer från tre förändringsförsök

I detta avsnitt redovisas tre nedslag i det praktiska utvecklingsarbetet med vård på rätt nivå/integrerad vård: Ett försök med utflytt av specialister inom gynekologi till primärvården, etableringen av en äldreårsavdelning vid ett av regionens sjukhus, samt sökandet efter en lämplig verksamhet för att fylla utökade lokaler vid en vårdcentral. Fallstudierna pågick från sommaren 2015 till sommaren 2016.

Urvalet av fallen gjordes i samråd med styrgruppen. Det är både ett pragmatiskt och ett strategiskt urval, i det att vi valt att studera försöksverksamheter som varit centrala i styrgruppens arbete, samtidigt som dessa fall illustrerar sinsemellan olika ansatser till vad som ska förändras och hur. Fallstudierna ger därmed goda förutsättningar att diskutera för- och nackdelarna med olika typer av ingångar till och metoder för att driva den här typen av utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården.

Ett centralt element i fallstudier utifrån kvalitativa data, är att skilda ståndpunkter mellan olika aktörer ofta kommer till uttryck. Inte sällan beskrivs samma händelseförlopp eller situation på olika sätt av olika aktörer, och inslag av detta finns även i fallbeskrivningarna nedan. En central insikt från forskning av denna typ är det fruktlösa i att försöka komma fram till vem som "egentligen" har rätt – sådana tolkningsföreträden skapas oftast genom maktförhållanden snarare än något annat. Hellre bör man lyfta fram



och försöka förklara orsakerna till att skilda tolkningar uppstår, då detta i sig ger insikter i hur organisationen skapar olika bilder av, och därmed sätt att förhålla sig till och arbeta inom ramarna för, en och samma verksamhet.

I den typ av fallstudier som det här rör sig om är det alltså centralt att observatören kan inta en neutral position i relation till de olika verklighetsbilder som aktörerna har. Av detta skäl valde Leading Health Care att låta personer som inte varit involverade i aktionsforskningen med styrgruppen att genomföra intervjuer och arbeta fram fallbeskrivningarna av de tre försöken. Ambitionen är härvidlag alltså inte att skapa en slutgiltig eller ”korrekt” bild av fallen, utan snarare att i varje fall skapa en bild som inkluderar flera olika aktörsbilder, utifrån vilka fallens respektive karaktäristika och processer kan förstås.

## 4.1 Intervjumetodik

De genomförda intervjuerna har varit av semistrukturerad narrativ karaktär. Intervjuaren har som förberedelse för intervjun tagit fram ett antal teman som utgångspunkt, och inom varje tema några fördjupningsområden. Ett exempel är temat ”Förändringsprocessen” med fördjupningar som till exempel ”Förväntningar”, ”Positiva erfarenheter”, ”Negativa erfarenheter”, ”Påverkan på arbetsprocesser”, ”Påverkan på relationer”. Vilka teman som aktualiserats har varierat beroende på vem som intervjuats och var i undersökningen intervjun skett, då erfarenheter och insikter från tidigare intervjuer tagits med som grund för senare intervjuer, i syfte att fördjupa och nyansera studien.

Genomförandemässigt har intervjuerna baserats på en narrativ ansats, det vill säga respondentens egen berättelse och egna upplevelser har stått i centrum. Intervjuarens roll i en sådan ansats är huvudsakligen att ställa följdfrågor och uppmuntra respondenten till fördjupning. Under intervjuerna har de teman som nämndes ovan framför allt funnits med som minnesstöd för intervjuaren. Om en respondent inte berört ett område har intervjuaren genom att ställa en fråga öppnat upp det, och sedan fortsatt med hjälp av följdfrågor. Ambitionen med denna typ av ansats är alltså att sätta respondentens egen berättelse i centrum och låta hans upplevelser och erfarenheter

styra intervjuens inriktning, hellre än att låta intervjuaren sätta en alltför dominerande agenda.

Intervjuerna har i de flesta fall spelats in och sedan transkriberats översiktligt. Centrala delar av intervjun har transkriberats i detalj för att fånga respondentens ordval.

Fallstudie 3, Hundkäxet, innehåller förutom den intervjubaserade undersökningen av verksamhetsperspektivet (del a) även en aktionsforskningsdel där LHC deltagit aktivt i försöket att initiera datadrivet utvecklingsarbete (del b). Tanken med att placera erfarenheterna från detta försök i empiridelen är att förändringsprocesser på administrativ nivå kan studeras och analyseras på liknande sätt som verksamhetsnära dito.

## 4.2 Fall 1: Röllikan – utflytt av specialister till primärvården

Vårdcentralen Röllikan ligger i Malmö och har ca 60 anställda. Man har 15 000 listade patienter, men har tappat ”en del” listade på grund av att en ny privat vårdcentral öppnat i närområdet.

Det är tydligt att Röllikan lägger stor vikt vid sina styrsystem. De går igenom av chefen ihop med personalen när de kommer, månadsvis: ”Igår hade jag arbetsplatsträff för alla medarbetare och då skickade jag runt detta och pratade om det.”

För ACG<sup>6</sup> har man ett mål på 1,0 men ligger på 0,9, och har legat där relativt stabilt. Detta anses dock vara för lågt. Upptagningsområdet är förhållandevis tungt med mycket psykisk ohälsa – en av de intervjuade trodde att man helt enkelt inte registrerar de diagnoser man sätter. På CNI<sup>7</sup> ligger man däremot högt, man har t.ex. informationsgrupper för att sluta röka och promenadgrupper med invandrarkvinnor ”för att få ut dem ur utanförskap”. Täckningsgraden är ytterligare en viktig parameter, målet är 63 %, för närvarande ligger det på 61,5 %. Chefen förklarar det med att det i stor utsträckning handlar om sjukgymnaster, de har kompetenta sådana men patienterna söker sig ofta till privata alternativ,

6 ACG = Adjusted Clinical Groups. Dessa grupper är en klassificering av olika vårdtyngder som patienter har.

7 CNI = Care Need Index. Detta beskrivs som ett vägt index för ersättning som till 80 % baseras på ACG och till 20 % baseras på ”risken för framtida ohälsa”.

”så det är lite marknadsföring som kan komma in i det”. Detta tänk har bland annat lett till att man öppnat en triagemottagning till sjukgymnastik med 60 korta tider varje vecka, så att folk kan få komma in samma dag. Vidare har vårdcentralen många grupper (t.ex. rökning ovan) där flera patienter träffar en personal samtidigt, eftersom ”det genererar många besök”.

För att registrera alla diagnoser har man en undersköterska på halvtid som kan hjälpa läkarna med det:

*Så att en läkare kan få en lista på ett antal besök de haft under året där det fattas en diagnos. Och så får läkaren den listan i sin hand för att förklara hur många det faktiskt var. Sen kan det vara olika saker att det inte finns en diagnos där, det kan vara rent administrativa skäl, att man gjort ett kontakttillfälle dagen innan, då hamnar det på en fellista, det skulle varit samma dag, eller att man gjort två kontakttillfällen, skrivit diagnos och diagnoserna kom på det felaktiga kontakttillfället och så strök man det, ja då försvann diagnosen och kom inte med i det nya kontakttillfället. Men det kan också vara att läkaren varit så stressad att [hen] glömt sätta diagnos. Det blir ju till att medvetandegöra det.*

Andra mål kan också vara svåra. Till exempel har man mål om att minska förskrivningen av vissa läkemedel, inte minst sådana som har en andrahandsmarknad (syntetiska morfinpreparat, t.ex.). Det kan röra sig om påstridiga patienter och rent av hot:

*Och jag fångade upp nån som var utbildningsläkare som sa att hon hade inte pallat att stå emot utan skrivit ut och så blev av med patienten. Risken är att hans kompisar också är här nästa dag, tio stycken.*

Här försöker man ge läkarna verktyg för att hantera detta, till exempel olika föreläsare.



Generellt är det tydligt att styrsystemen och nyckeltalen påverkar verksamheten mycket. Flera delar av den (t.ex. samtalsgrupper) är både till sin förekomst och utformning designade för att påverka nyckeltal i rätt riktning. Vad som blir tydligt i intervjuer (med framför allt ledningen) på Röllikan är att dessa nyckeltal och indikatorer tas på stort allvar och påverkar sättet att resonera kring verksamheten. ”Att generera många besök” blir till exempel viktigt för att få ekonomin att fungera och för att kunna konkurrera med privata alternativ.

### **Förändringsprocessen**

I ackrediteringsvillkoren för Hälsovalet 2014 infördes en särskild ersättning för denna typ av specialistmottagning på vårdcentral. Detta för att stimulera den utflyttning av specialistbesök till primärvården som dittills inte blivit så omfattande som politiken önskade. Röllikan blev tillfrågade om de ville ha en specialistmottagning; de hade lämpliga lokaler och låg bra till geografiskt, med närhet till kollektivtrafik, så man blev pilotförsök. Ambitionen var att ha en specialistmottagning med en specialist och en ST-läkare i allmänmedicin, som båda skulle ta emot remitterade patienter.

Samtidigt beskrivs projektet som att det kom ”en order uppifrån”, både av personal på Röllikan och av dem på Kliniken (sjukhusets specialistavdelning). En chef menar att:

*Jag tror för min del att de här besluten var inte förankrade ner i linjen, så att när man sen väl fick i uppdrag att genomföra jobbet så var inte medarbetarna med på banan.*

Dessutom upplever alla parter att det hela skulle gå fort, ”jättejättefort”. När det sjösattes var inte ens all utrustning på plats. Det är uppenbart att viljan till att vara med i projektet var väldigt olika från vårdcentralens respektive Klinikens sida.

*...jag uppfattade inte att samarbetsviljan var lika stor från Klinikens sida.*

*Jag minns det första mötet jag var på, och det var inte nån glädjens möte kan jag säga, utan det var nästan iskyla i rummet.*

Röllikans personal upplevde en låg grad av intresse från Klinikens sida, det var inte ens samma personer som kom på mötena och det fanns inte tillgång till telefonnummer och kontaktpersoner.

Ett konkret problem har varit att de tekniska stödsystemen inte varit i fas med varandra. Man har till exempel olika journalsystem. Om man är inne på Kliniken så måste man gå till en speciell dator ”i ett postrum” för att komma åt journalerna. Det leder också till att en undersköterska får lägga en hel del tid på att scanna in journaler för att få över dem mellan systemen. Ett liknande problem var att den ultraljudsapparat som man köpte in till Röllikan inte var av samma typ som de man har på Kliniken, vilket minskade flexibiliteten i bemanningen, då läkarna inte alltid kunde utrustningen.

Ett annat problem har rört bemanningen. Från Röllikans sida har man upplevt det som att det varit hög omsättning på läkare, ”det har bara blivit en schemaroll som ska bemannas.” Detta upplevs som problematiskt. En annan sida av saken får man om man ser det från Klinikens synvinkel. De upplevde det som att Röllikan ville ha ”världens bästa” specialist hela tiden. Samtidigt blev Kliniken underbemannad och måste samtidigt bemanna alla sina underavdelningar med akutvård; en allmän mottagning ligger långt ner på deras prioriteringslista. Här saknas samsyn. En person summerar med att ”det är ogenomtänkt” och menar på att det vore bättre om primärvården själva anställt läkare istället för att tjäns-teköpa av Kliniken. Detta sade dock förvaltningsledningen nej till eftersom man ville att specialisten skulle delta i fortbildning samt jourtjänstgöring på Kliniken .

Ett tredje konkret problem har rört tillflödet av patienter. Tanken var att patienter skulle omfördelas till Röllikan, men det har inte fungerat. I början var det många tomma tider. Det gällde specialistläkaren, men än mer ST-läkaren. Det tog 1,5 år innan man arbetade upp andra vägar än remissvägen för att fylla på med patienter,

vilket är lite paradoxalt när Kliniken samtidigt beskriver att de har haft ett stort tryck eftersom de tappat en resurs till Röllikan (se vidare nedan). En person menar att detta borde man kunnat räkna ut från början, eftersom det var sagt att det skulle sitta en specialist på Röllikan, och då får man förstås remisser till just en specialist, och de kan inte bedömas av en ST-läkare. Inne på Kliniken hade man mer direkt tillgång till en ST-läkare dit man kunde skicka patienter som inte egentligen behövde träffa specialisten. ”Men det är lättare att skicka in någon i korridoren bredvid” än att skicka dem till en annan plats ett par dagar senare.

### **En kommunikationsutmaning?**

Projektet har kantats av en rad problem. Ett av de mer påtagliga är bristen på kommunikation. En talande situation beskrivs är när Röllikan klagade på att Kliniken inte skickat dit en specialist. Emellertid så hade de det, men en person på Kliniken menar att Röllikan uppenbarligen inte förstod att en kvinna som inte var 60 år också kunde vara specialist:

*Och så klagar dom. Och så har vi skickat en av de allra bästa individerna vi har. Och så klagar man ändå. Vad vill man ha liksom?*

Det är uppenbart att de två verksamheterna pratar olika språk, rent ekonomiskt. Klinikens chef menar att hen inte känner till skillnaderna i styrningen av verksamheterna.

*Nä nu stänger vi för vi har inte ekonomi. Ska jag stänga, för jag har ingen ekonomi heller, jag går back jättemycket. Det är ingen ekonomi i [denna specialitet] inte. Jag kan ju inte stänga.*

Samtidigt understryker hen att den ersättning som genereras per besök, 600 kr, är för låg. Hen jämför med Stockholm, där ligger den på 1050 kr vilket hen tycker är mer rimligt. Ekonomiskt sett är det alltså underfinansierat redan från början, enligt hen. Samma syn finns på Röllikan:

*Det andra var att ekonomisnurren lades helt fel utifrån okunskap och att vi inte riktigt visste vilka ersättningar vi skulle få. Så någon felräkning har det också varit i det hela, rent ekonomiskt.*

På detta sätt finns det alltså skillnader i synen på hur ekonomin fungerar, som kan härledas till brist på kommunikation. Det gemensamma är att båda parter uppmärksammar att ekonomin knappt ens från designstadiet gick att få ihop. (Det är värt att uppmärksamma att flera av dessa frågor redan i ett tidigt skede beretts i styrgruppen och att man där sökt förankra dem i organisationen. Detta är emellertid inget som slår igenom i de berättelser om processen som förekommer ute i verksamheten.)

En annan kommunikationsdimension rör tillflödet av patienter. Så länge det var remissvägen som gällde, var det lågt. Samtidigt beskriver Kliniken att de hade många patienter som hade stort behov av att snabbt kunna få en besökstid, och denna tid fanns alltså tillgänglig på Röllikan. Detta påtalades på möten, och diskrepansen förklaras av Röllikans chef med att de hade olika syn på vilka patienter ST-läkaren kunde ta:

*Då säger den här tjejen [namn], som är chefsstöd och spindeln i nätet, att "Jag tar telefonen, ni kan ringa mig och jag bokar in till ST." Och sen hon gjorde en sån åtgärd och det öppnades upp för Kliniken att direkt kunna skicka patienter hit, då har vi plötsligt kunnat fylla på väldigt mycket bättre.*

Detta sker emellertid 1,5 år in i processen. Samtidigt menar Kliniken att de hela tiden haft ett behov av att åstadkomma detta flöde, men menar att Röllikan varit fokuserade på att bygga upp remissvägen. Det blir också ett problem med remisser från privatpraktiserande kliniker, "de vill ju att deras patient ska till någon med högre kompetens, inte samma kompetens".

Man frågar sig på båda håll (Röllikan och Kliniken) varför ingen tryckt på "röda knappen" tidigare och satt stopp för projektet, eller ingripit. "Vem håller i projektet och vem tar ansvar för det under resans gång?" undrar en chef och menar att ansvarsfördelningen redan från början varit oklar.



## En identitetsutmaning?

Det är uppenbart att det är ett fåtal av läkarna på Kliniken som tycker det är en bra idé att jobba på Röllikan. Den läkare som kom dit initialt var positiv, men bytte sedan arbete eftersom vårdcentralen inte fick anställa honom. Man pratar om "förvisning" till Röllikan, om "straffkommendering" och om att vara "mottagningsdefensiv":

*Vi försökte verkligen hitta fördelar för att möta det massiva missnöjet bland läkargruppen här, inför faran att bli skickad till Röllikan, ett öde värre än döden.*

*Vi är kanske lite fyrkantiga därinne men vi är ju lite motståndare till att vi ska liksom flyttas ut på det här viset. Vi tycker att vi ger bättre vård inne. ... Det är närheten till allt. Närheten till kompetenser och allt, det gör att det blir bättre vård.*

Jobbar man på Kliniken så är det för att man vill jobba på sjukhuset, det finns en identifiering med och lojalitet till den verksamheten. Även om de har mottagning även på Kliniken, så är man när man är där en del av Klinikens verksamhet. Man kan utnyttja tid som uppstår mellan patienter till att lösa mindre problem, det är lättare att få hjälp av en överläkare om det behövs, det fungerar bättre med att lära upp yngre.

*Jag förstår inte hur det kan betala sig att vi sitter här ute. Jag producerar mer sjukvård inne på sjukhuset än vad jag gör här. Och så det där lösa, upplärning och fixa, få saker att flyta, fixa det där med operationsdagen jag har i morgon och få löst lite saker med det, och allt sånt runtomkring som gör att. När jag sitter här ute så är jag helt avkopplad från verksamheten.*

Som en specialistläkare uttrycker det, om man vill arbeta med mottagning är det bättre att öppna eget, då kan man själv bestämma över mottagningstider, om man vill vara ledig på fredagar eller annat: "Jag känner inte att jag har nåt inflytande på vården här ... Det handlar inte om ersättning utan det handlar om hur jag skulle styra tiden."

Samtidigt beskriver man att det händer något när en läkare flyttas ut. En läkare som gjort remissbedömningar både inne på Kliniken och på Röllikan beskriver att dessa görs helt olika beroende på var hen sitter: När man sitter på Kliniken och gör bedömningarna blir kraven hårdare, fler remisser går i retur, medan de blir mindre strikta när personen sitter på Röllikan. Man ”byter identitet” (som en chef uttrycker det): En läkare inne på Kliniken som skickar vidare till t.ex. kirurgi tar en journalanteckning som går vidare till nästa läkare, lyssnar på hjärtat etc. Men när läkaren sitter på Röllikan ”förvandlas han”, då gör han inte det där utan då skickar han remiss som genererar ett besök till på Kliniken, där alla prover och undersökningar ska göras. ”Och då har vi genererat ett besök till.”

Det finns alltså en identitetsdimension i detta: Viljan att identifiera sig med Kliniken är stark och det finns en motvilja att identifiera sig med Röllikan. Detta visar sig rent praktiskt i det att de läkare som är på Röllikan i ganska liten utsträckning deltar i fika och likande; detta förstärks i sin tur av att de tar emot 16 patienter per dag i 25-minutersbesök; tiden till annat är liten. När man ska hämta post skickar man en undersköterska istället för att gå själv. Från Röllikans sida har det förhållandevis stora antalet läkare som kommer in förstärkt detta, då de inte upplever någon kontinuitet.

Samtidigt finns det alltså också tecken på identitetsförskjutningar; när man kommer till Röllikan agerar man annorlunda och gör andra bedömningar. Detta hänger möjligen också ihop med närhet: Den som sköter det initiala besöket inne på Kliniken har direkt tillgång till den person som ska ta patienten vidare.

## **För patienten?**

Det samlade intrycket av projektet är att man helt enkelt tagit en specialistläkare och en ST-läkare i allmänmedicin och flyttat dem från Kliniken till Röllikan. De omedelbara fördelarna är oklara, eftersom patienterna ändå går via remissförfarande och lika gärna kan hamna på Kliniken som på Röllikan. Till det kommer förluster i kommunikation och tillgång till kollegor för läkarna; de informella kommunikationsvägarna är viktiga men bryts upp med denna lösning. På ett identitetsmässigt plan finns stora problem.

Ett centralt problem som påpekas av läkare och Klinikens chef är att kompetensutvecklingen blir lidande, framför allt för ST-läkare och möjligheten att ta in läkarstudenter. Man oroar sig för stora pensionsavgångar och ser inte hur man på ett bra sätt ska kunna bemöta detta.

*Frågan är om det finns patientfördelar att lyfta in?*

Fördelen för patienten är inget som framhålls som särskilt signifikant av någon part. Röllikans chef menar att det "klingar bra" att ha en specialistmottagning i huset och att det kan vara en fördel vid personalrekrytering. Men för den enskilda patienten är det i alla fall inte säkert att de hamnar på Röllikan bara för att de har sin initiala kontakt där, några hamnar där men några hamnar på Kliniken. Man har fått förklara en del för patienter som inte förstår varför de ska komma till en vårdcentral istället för till sjukhuset. Det finns signaler om att patienterna varit "överlag positiva" i Röllikans patientenkät, det kanske uppfattas som mindre skrämmande med en VC än med sjukhuset.

Sett till vårdkvaliteten så har den möjligen påverkats negativt. "För de komplicerade patienterna har detta inte varit bra" menar en läkare, och menar att mer komplicerade utredningar tar längre tid och blir krångligare när närheten till andra kollegor saknas. Känslan är att effektiviteten är lägre. En annan person menar att projektet motiverades med en ökad tillgänglighet för patienterna "vilket vi tyckte var konstigt, man får väl inte ökad tillgänglighet för att man flyttar en doktor tre hundra meter, man kan ha lika många besök eller lika få besök ändå", eftersom antalet mottagningstider inte ändrades. Hon summerar:

*Tanken var på nåt sätt god fast lite naiv.*

### 4.3 Fall 2: Kamomillen – samling av kompetenser för en viss patientgrupp

Kamomillen är en nystartad akutavdelning för multisjuka. De har 8 vårdplatser, vilket ska öka till 24 när verksamheten kommit upp i full skala (runt årsskiftet 2016/2017). När verksamheten startades i mars 2016 var det drygt 25 anställda och när de flyttar till nya lokaler i augusti räknar man med 45 anställda. I full drift kommer det att röra sig om ca 55 anställda.

Projektet på Kamomillen är bara ett par månader gammalt, och än så länge bedrivs avdelningens verksamhet i ”lånade” lokaler. Först efter sommaren kommer de att flytta in i de lokaler som verksamheten är tänkt att bedrivas i. Med hänsyn till detta är det alltför tidigt att dra några slutsatser om verksamheten vid Kamomillen; emellertid finns det anledning att uppmärksamma ambitioner med etableringen samt de förväntningar och farhågor som personalen har.

Den övergripande ambitionen med Kamomillen är att skapa en vårdorganisation där patienten sätts i centrum. Konkret sker detta genom att t.ex. inskrivningar och vårdplanering sker i team där flera professioner är inblandade samtidigt. När en epikris produceras skriver läkare, sjuksköterska, farmaceut och undersköterska i samma dokument, för att på så sätt skapa en samlad bild av patienten som kan föras vidare till nästa vårdinstans (till exempel ett äldreboende). Ambitionen är också att samverka närmre med andra delar av vårdkedjan, till exempel kommunal hemsjukvård och primärvård.

*Här är det ju meningen att alla de olika professionerna ska ha lika mycket att säga till om, eller rätare sagt, man tänker sig som stuprör där var och en gör sitt utan att prata med varandra. Nu har vi större press på oss att vi ska faktiskt prata tillsammans om den här patienten sett ur olika professioners synvinkel och att var och en ska tillåtas framför det som den är specialist på. Så att man tillvaratar kompetensen från alla grupper.*

En annan, men till denna kopplad, ambition är att förändra fördelningen av arbetsuppgifter mellan professioner. Man vill gå till att ha en sjuksköterska på tolv patienter (vanligen rör det sig om åtta).

För att detta ska fungera så krävs det att det sker skiften mellan professioners arbetsuppgifter; annars handlar det bara om en intensifiering av arbetet.

## **Projektets genomförande**

Projektet har startat med goda förutsättningar i och med att det var en ny avdelning som öppnades upp. Personalen till avdelningen nyrekryterades och sökte därmed ett jobb som redan inledningsvis var definierat som att det handlar om att tillämpa ett nytt arbetssätt. Detta bidrar naturligtvis till att förklara varför de som intervjuats är så positiva till det nya sättet att arbeta: de har aktivt sökt det.

Projektstarten blev stressig. Personalen hade utlovats ”en mjukstart”, men redan dag ett var avdelningen fullbelagd. De första två-tre veckorna beskrivs som ”kaotiska” och mer än en menar att hen var på gränsen till att klara av det. Nu tycks dock verksamheten fungera, även om man ännu inte kunnat flytta in i sina nya lokaler.

Att de nya lokalerna inte är färdiga än skapar dessutom en del merarbete. Nu sitter man spridda med flera våningars mellanrum mellan avdelning och administration, vilket försvårar den direkta samverkan i uppdykande ärenden: ”Det [är] rätt störande och joxigt.” Ett annat konkret problem är material, som det finns konstant brist på: ”Torkpapper och ... proppar till infarter ... sånt som alltid ska vara där.” En respondent tror att det kan bero på att man har högre beläggning än vad det planerats för och antyder att det kanske är övergående problem så länge man befinner sig i övergången till de nya lokalerna.

*På Region Skåne är man inte rädd om sin personal. Jag tror inte, på tjänstemannanivå, att man fattar vad man syslar med.*

Som citatet ovan illustrerar så har den chock, som öppnandet av avdelningen upplevdes som, för flera av de intervjuade blivit en symbol för hur den övergripande organisationen fungerar och för att de känner att deras röster inte tas tillvara.

Projektets identitet i sjukhuset i övrigt tycks oklar: ”Man ringer hit och vill ha hit patienter” som befinner sig i senare steg i vårdprocessen,

medan idén med Kamomillen är att se till patientens hela process på sjukhuset. ”Det har vi också fått kriga för” menar en respondent. Platsbristen på sjukhuset i övrigt gör också att en del vårdplatser lånas ut, och om ”fel” patient kommit in är det svårt att flytta vederbörande till en annan plats på sjukhuset.

Ytterligare ett gränssnitt som är aktuellt att utveckla är gentemot de vårdenheter i kommunen som tar emot patienten efter utskrivning. Här är samarbeten under uppstart, men det finns frågor kring vårdens organisering i kommunen som upplevs att de behöver redas ut, till exempel i relationen till äldreomsorgen.

### **En identitets- och professionsutmaning**

Generellt upplevs samarbetet mellan olika professioner som positivt. ”Det är ett lyft med apotekare” menar exempelvis en respondent. Detta syns också tydligt i uttalanden om det samlade utskrivningsdokumentet, epikrisen, som sammanställs när en patient ska lämna sjukhuset. Här samlas information från läkare, apotekare, sjuksköterska och undersköterska. Samtliga berörda i intervjuundersökningen har uttryckt sig mycket positivt kring detta. (Ett tema som kan vara värt att titta på här är hur exempelvis undersköterskorna upplever att deras röst kommer till uttryck.) Även då samarbetet leder till att ens position ifrågasätts finns det ett positivt element:

*Där jag kan känna lite ... vad ska jag säga ... mig ifrågasatt.  
Och det är jag ju, jag är ju ifrågasatt, men jag vet ju inte alltid.  
Och jag måste få säga att jag inte vet.*

Respondenten upplever det som att detta förvisso är jobbigt, men att det också gör att vården blir bättre då man tar mer genomarbetade beslut.

*Jag tycker det är jättebra. Dels får man själv inblick i vad [andra professioner] gör, och kan hjälpa till med. Man får förståelse för andras arbete. Saker och ting är sällan så enkla som man tror. Det blir bra för patienten när man tittar på allt samtidigt.*

## **En informations- och kommunikationsutmaning**

Ambitionen med att skaffa en heltäckande bild över patienten leder till ett arbete med att sammanställa information. Det kan ta flera timmar att få fram alla uppgifter om exempelvis medicinering, då datasystem inte är kompatibla och uppdaterade. Här finns en utmaning som personalen på Kamomillen inte själva helt kan rå på, då det delvis ligger utanför deras påverkansområde, men det är en faktor som kommer att spela en fortsatt roll för arbetet.

## **En ledningsutmaning**

Så långt i projektet visar personalen stor tillförsikt. Som nämndes ovan finns det ett element av urval i detta, via rekryteringen. Den inledande veckan, innan avdelningen startades, var alla med på teambuilding, vilket ses som positivt. Flera respondenter trycker på vikten av att känna andra i personalen och ha kunskap om vad de är bra på.

Även i relation till projektets ledning visar personalen tilltro. ”Än så länge har jag bara gott att tänka och säga om det”, som en respondent uttrycker det. Detta trots de inledande problemen; å andra sidan är ju verksamheten inte riktigt i full gång ännu och därför ses de svårigheter som man upplever i någon mån som barnsjukdomar. Detta tema kan alltså inte riktigt utvärderas förrän verksamheten funnit sin riktiga hemvist hösten 2016.

## **4.4 Fall 3: Hundkäxet – datadrivet förbättringsarbete för ett behovsanpassat vårdutbud**

### **Verksamhetsperspektivet**

Hundkäxet är en vårdcentral med stabilt patientunderlag med drygt 10 000 listade patienter. Patientgruppen har stora vårdbehov och har en av de tyngre vårdbelastningarna inom Malmö. Om man jämför med genomsnittet i Malmö så är det fler barn och färre äldre, och andelen utlandsfödda är större. Den psykiska ohälsan är stor i området.

Verksamheten på Hundkäxet har under de senaste åren utvecklats och breddats. Under 2014 ackrediterades vårdcentralen som äldrevårdmottagning och som hjärtsviktsmottagning.

Den är också certifierad som specialistmottagning inom ett område. Sett till ekonomi så genererar verksamheten ett överskott; under både 2014 och 2015 rör det sig, enligt uppgifter från en respondent, om ca 1 Mkr/år.

## **Personal**

På Hundkäxet jobbar (hösten 2015) 31 personer och ytterligare två tjänster är under tillsättning. Verksamhetschefen är direkt chef över dessa. Verksamhetschefen beskriver personalen som generellt duktig och erfaren och som motiverad och engagerad. Det senare gäller inte minst förändringsarbete som enligt verksamhetschefen är något som uppskattas av personalen. Att ge personalen förtroende är centralt, menar chefen. Generellt är det viktigt att personalen känner sig tillfreds med arbetssituationen. Läkarna utsätts kontinuerligt för rekryteringsförsök – ”varje vecka” – från privata vårdcentraler och hyrläkarföretag. De kan två–tredubbla sin lön. Det Hundkäxet kan locka med är en stimulerande arbetsmiljö och kontinuitet.

Arbetsbelastningen är samtidigt förhållandevis hög, detta gäller inte minst distriktssjuksköterskor och sjuksköterskor. Det handlar dels om ett högt tryck från patienter men också om att patientflödet är ojämnt fördelat över dagarna (ffa måndag och tisdag).

## **Styrning**

Den främsta styrningen är ett balanserat styrkort med en lång rad parametrar (20+ inklusive lokala tillägg). Exempel på indikatorer är telefontillgänglighet, att vara i fas med journalskrivning, minska förskrivningen av vissa läkemedel, samt öka kompetensutvecklingen. Det balanserade styrkortet är av trafikljusstyp, det vill säga varje parameter får röd, gul eller grön färg beroende på värdet. Värdena för alla andra vårdcentraler inom SUS är också med på styrkortet (som rent fysiskt skrivs ut som en tätt skriven Excel-tabell på A3-papper). Under 2015 har Hundkäxet valt ut fem parametrar som de arbetar särskilt med, en riktad mot varje yrkesgrupp (läkare, sjuksköterskor, etc) och följer upp på månadsbasis.

Det finns några bedömningspunkter här som upplevs som problematiska. När det gäller patientnöjdhet (Nationella patientenkäten),



till exempel, ligger den på rött (men har en uppåtgående trend).<sup>8</sup> Svansfrekvensen är på 30 % men det är vanligt i invandrartäta områden, menar verksamhetschefen, då det ju är svårt att svara om man inte kan svenska och saknar tillgång till dator. Antibiotikaföreskrivningen är svår att få ner, ”många av våra patienter ger sig inte förrän de får antibiotika, och får de det inte här så går de nån annanstans”.

En annan aspekt är att hålla uppe kvaliteten på diagnosregistreringarna som ligger till grund för ACG:

*Vi ligger på 0,98 och det är helt ok, men med tanke på hur mycket ohälsa det är så tycker jag att vi borde ligga högre.*

Generellt menar man sig vara duktiga på att registrera sjuksköterske-diagnoser, men det är symtomdiagnoser och de ger inte så mycket ACG. Här ser man det som det önskvärt att öka antalet diagnoser som ställs av läkare eller sjukgymnaster då de har högre kvalitet; ”det ger mycket till ekonomin”. I detta avseende spelar också konkurrensen med andra alternativ in. Det finns en nyöppnad privat mottagning som har satsat på rehabilitering och sjukgymnaster och de tar en hel del patienter. En närliggande vårdcentral har högre ACG detta kan troligen spåras just till att de har fler sjukgymnaster, resonerar en chef.

## **Förändringsarbete**

Under de senaste åren har vårdcentralen genomgått ett förändringsarbete. Det har i stora drag handlat om att flödesorientera verksamheten och det har enligt chefer lett till att verksamheten fått mer struktur. De interna flödena har förbättrats och tillgängligheten har ökat. Hjärteamet genomgick en processutveckling och detta har sedan kunnat användas av andra. Förändringsarbetet beskrivs i termer av att det inte handlar om att förbättra ekonomin utan att det handlar om att förbättra verksamheten. Det har tillkommit resurser i form av psykolog, sjukgymnaster, fler läkare och sjuksköterskor.

---

<sup>8</sup> Denna har under 2016 tagits bort.

Sett till det dagliga arbetet så trycker chefer på vikten av pulsmöten. Varje morgon kl 7.45 samlas personalen för att få aktuell information för dagen samt nyheter. Detta upplevs vara ett effektivt sätt att få den dagliga verksamheten att fungera:

*Man möts, till exempel på morgonen, tvärprofessionellt, kvart i åtta, och så går man igenom dagens arbete. Alla på plats? Vad ska hända idag? Hur var gårdagen? Dessa frågor ställer man alltid. Ja, det funkade inte så bra igår, det var så här och så här. Okej, är det nåt vi kan åtgärda nu? Nej, det kan vi inte, då kan vi sätta upp det på förbättringstavlan, och då kan det bli en sak som någon tar och jobbar vidare med. Inte i stunden, men vi fångar upp det här gruset och parkerar det tills vidare till någon kan jobba med det. Kanske kan man lösa det direkt, och då gör vi det, och det viktiga är att man när man går därifrån har samsyn över hur dagens arbete ska se ut.*

Det som är det svåra, både när det gäller pulsmöten och förändringsarbetet i stort, är läkarnas roll. Det är svårt att få dem att delta i processen fullt ut, menar chefen. Samtidigt är det ett uttryckligt mål att alla vårdcentraler ska arbeta med produktionsstyrning och införa fungerande webbaserad tidbokning.

## **Utökade lokaler**

Den möjlighet till ökade lokaler som nu uppkommit beskrivs som en "öppen agenda". Lokalerna blev tillgängliga i april 2016 och skulle stå klara till den 1 augusti. Man vill då vara klara med allt: rekrytering till den utökade rehabenheten, lokaler, finanserna ska vara i ordning och det hela ska ha marknadsförts. Tanken är, säger chefen, att förändringen ska bära sig på sikt ekonomiskt, även om det under en initial fas kommer att finnas utrymme för att hantera avvikelser.

Rent konkret så handlar det om att den nuvarande BVC, som har problem med den fysiska tillgängligheten (t.ex. barnvagnsparkering och trappor) ska flytta in i de nya lokalerna (ca 700 m<sup>2</sup>) tillsammans med rehabiliteringsenheten. Här har patienterna fått åka in till en annan vårdcentral och de har haft svårt med tillgängligheten; patienterna har då i stället gått till privata alternativ.

De två sjukgymnaster de har nu är en trång resurs, så nu byggs en ny rehabavdelning med ny träningshall, och man anställer en ytterligare sjukgymnast.

Det blir i och med detta ledigt utrymme i befintliga lokaler. En initial tanke var att ha en öppenvårdscentral, med specialister från sjukhuset som skulle komma ut och som skulle kunna användas av flera vårdcentraler. Men detta har skapat problem på andra ställen enligt en intervjuad: ”De har varit väldigt väldigt svåra med specialisterna på sjukhuset, hur mycket resurser de skulle ge ut.” De skulle få betala en heltid men i realiteten få ut 5–8 timmar per vecka plus lite telefontid. Räknat på åtta vårdcentraler blev det en timme per mottagning, och den skillnaden är försumbar, så man valde att inte ens gå med på pilotprojektet.

Det finns samtidigt farhågor i och med den utökade verksamheten. Det finns en risk i att man drar till sig tyngre patienter när man kan erbjuda bättre rehabilitering: ”Vi vill göra det bättre för våra patienter men vill inte ha andras patienter hit, på nåt vis”. Det kan upplevas som en ökad arbetsbelastning och därmed bli något negativt; framför allt gäller detta läkarsidan, och med tanke på konkurrensen från andra arbetsgivare vill man akta sig för detta, då man absolut inte vill tappa läkare. Dessutom uppstår ökad arbetsbelastning för övrig personal samt risk för undanträngning i relation till befintliga patienter.

### **En ledningsutmaning?**

Två utmaningar som återkommer i beskrivningarna av arbetet på Hundkäxet är att det dels rör sig om en ledningsutmaning, dels en professionsutmaning. Dessa två hänger förvisso samman, men förlägger såväl orsak som lösning till problem på olika platser, organisatoriskt sett.

Den nuvarande verksamhetschefen för Hundkäxet tillträdde i början av 2014. Hon beskrivs av medarbetarna som en person som kan sin verksamhet väl, som hanterar förändringar på ett bra sätt och som har en bra relation till sin personal. Hon framställs vidare som lyhörd mot medborgare. Hon håller budget och lever upp till nyckeltalen.

Verksamhetsområdeschefens roll är att vara "bollplank" till vårdcentralchefen och bidra med de resurser som krävs, framför allt i form av stabsfunktioner inom exempelvis verksamhetsutveckling. Man lägger stor emphasis på vikten av att ledningen fungerar i förändringsprocessen och på att även ledningen behöver stöd; en chef menar att man är "ganska ensam" i den positionen och det är viktigt att ha någon man känner att man kan luta sig mot. Verksamhetschefen trivs i sin ledarroll och även hon framhäver vikten av att känna verksamheten. Hon är sjuksköterska och har inte så mycket chefs-erfarenhet, men ser sig som väl förankrad i den lokala organisationen. Hon betonar vikten av att bygga förtroende och ha ett "coachande ledarskap", visa att man "ser saker", och "ge folk möjligheter att växa, att utvecklas". Samtidigt sätter chefen ramar för verksamheten. En särskild utmaning finns när det gäller det professionella inslaget:

*Ja och det gäller ju att ha respekt för det, som medarbetare är ju alla lika värda, alla ska vara lika sedda och är lika viktiga. Men i professionen är det ju olika. Och det gäller ju att bygga upp ett förtroende bland personalen, inom alla grupperna så att säga.*

### **En professionsutmaning?**

Inslaget av professioner framkommer i intervjuerna. Flera gånger betonas att just läkarna kan tendera att bromsa, att de "sitter fast" i gamla strukturer:

*Vi sitter fast i läkarnas profession. Och det är inte bra.  
Det är inte alls bra.*

Man måste jobba smartare än vad man gör, menar denna chef vidare, och hänvisar svårigheter härvidlag till läkarna. När det exempelvis gäller utflyttning av specialister i primärvården menar hon:

*Och jag tycker inte att det är kontroversiellt på något sätt med specialister ute i verksamheten. Jag tror att vi är i någon form av paradigmskifte [...] Vi kan inte tänka organisationens väg utan vi måste se det på nåt annat sätt.*

Det handlar i hennes ögon om att bryta upp gamla strukturer och här är det läkarna som är de största motståndarna: ”Det är väldigt mycket revirkissande.”

### **Det administrativa perspektivet**

Parallellt med nedslagen i verksamheten har LHC:s följeforskning innefattat ett försök med att utveckla datadrivet förändringsarbete inom primärvården på SUS. Försöket är kopplat till de utökade lokalerna i Hundkäxet och utgår från en öppen fråga om vad dessa ska fyllas med.

Tanken har varit att beskriva vilka de vanligaste patienttyperna är, att kartlägga vårdbehovet hos befolkningen och vilka resultat vårdcentralen skapar för dessa populationer av patienter. Baserat på sådana underlag kan diskussioner föras med professionerna om vad som anses vara stora och relevanta problem att börja utvecklingsarbetet runt. En annan uppgift skulle kunna vara att kartlägga kapacitet och efterfrågan. När kommer patienterna i veckan? När bokar de tid och när kommer de akut? Vilka typer av tidsslotter krävs? Och är bemanningen på vårdcentralen anpassad efter patienternas besöksmönster? Det handlar om att göra en lämplig baslinjemätning av behoven och utifrån detta identifiera förbättringsområden som personalen upplever som relevanta.

Ansatsen följer alltså en helt annan logik än de verksamhetsutvecklingsförsök som utgått från att man från centralt håll valt en specialitet att ”flytta ut” till given vårdcentral. Idén om datadrivet förändringsarbete initierades delvis som en reaktion på de svårigheter man stött på i utflyttningsprojektet. Det verkade som om denna process nu lett fram till att organisationen var mogen för mer datadrivna metoder.

En följeforskare från LHC fick rollen att handleda analytiker och verksamhetsföreträdare i organisationen i analysarbetet. En viktig utgångspunkt var att arbetet inte skulle ”tas över”, så att lärandet skulle finnas kvar i organisationen. En annan orsak till att en stödjande roll valdes var att kunskap kring variabler och databaser endast finns hos dem som arbetat länge med dem.

Det är därför svårt att komma utifrån och tro att man kan göra sig en bra bild av data. Däremot är det ytterst viktigt att man som lokal analytiker har metodstöd och tekniskt bollplank för att det ska bli bra.

### **En teknisk utmaning?**

Vi började med att försöka kartlägga vilka data som finns inom SUS och vilken typ av analys som görs idag. Särskilda möten genomfördes med organisationens controllers. Dessa verkade göra ett bra och kompetent arbete om än begränsat vad gäller analysernas omfång och inriktning. Mycket av arbetet gick ut på att göra uttag ur en färdig rapportdatabas, med fördefinierade dimensioner, som även kunde presenteras i ett för ändamålet väl fungerande rapportgränssnitt. Mycket av uttagen var av typen kostnad jämfört med budget per organisatorisk enhet, eller byggnad. Mycket lite kretsade data kring hälsoresultat, processen för att nå dit och vilka resurser som fanns eller inte fanns för att optimera resultaten i hälsa.

Det är en intressant iakttagelse att ingen av rapporterna i själva verket handlade om befolkningens hälsa, trots att det kan anses vara det mest övergripande skälet till hela hälso- och sjukvårdens existens. De aggregat som tas ut kring vårdkonsumtion är generellt på en så hög nivå, att man kan inte säga något om vilka patientgrupper som är storanvändare eller på andra sätt skulle kunna vara de man i ett förbättringsprojekt ska fokusera på. Var finns flaskhalsarna i patientflödena? Vad utmärker patienter som har långsamma flöden? Som är storkonsumenter av vård? Finns det socioekonomiska skillnader i vilken kvalitet, eller vilka resurser man lägger på patienterna? Dessa frågor gick inte att besvara utifrån det ordinarie analysarbetet. Inte heller kan man veta något om bemanningen är rätt utifrån hur patienter anländer på en vårdcentral eller en akutmottagning, eftersom data inte är "tidsstämplad" i analysystemen. Inga data finns kring vilka som arbetar vilka tider på vilka ställen osv. Flaskhalsar går inte att upptäcka, enskilda patienter med extra stora problem eller personal med anmärkningsvärda resultat etc. – alla de saker som kan indikera att det finns något underliggande problem att hantera synliggörs i princip inte alls i dessa de vardagliga systemen i organisationen.

## En kompetensförsörjningsutmaning?

Det visade sig svårt att hitta någon analytiker på SUS-nivå som kunde hantera mer fria grunddata, som skulle kunna göra det möjligt att komma närmare svaren på dessa frågor. Vissa av analytikerna sade sig vilja arbeta mer med sådana frågor, men var helt upptagna med att ta fram olika typer av standardrapporter, främst kring budget. Resurser till ytterligare analytjänster med en bredare inriktning verkade inte finnas.

Efter lite sökande identifierades dock ”GIS-enheten” (Enheten för samhällsanalys, Avdelningen för regional utveckling) som sitter på stabsnivå i regionen. De kom på ett möte och redovisade bl.a. ett intressant arbete om socioekonomiska skillnader i konsumtionen av gynekologisk öppenvård i Malmö för 5–10 år sedan. Bra början på att vidare analysera t.ex. ojämlikhet om man skulle vilja arbeta med det. Ett problem beskrevs som att storkonsumenterna går till privata kliniker och det egentligen inte finns något sätt att påverka deras konsumtion. Man skulle förstås kunna göra analyser på folk som inte kommer till vården i den utsträckning som de kanske borde. En tanke var att ur dess icke-besökare extrahera dem som senare diagnosticerats. Men då måste man ju studera data som handlar om något annat än det man vanligen samlar data kring, nämligen befolkningen som inte är patienter. Det var ovant.

Med på mötet var den person på regionens ekonomistab som kan Hälsovalet och PMO – databasen med all vård – plus den som jobbar med GIS. Den senare gör det på halvtid, eftersom regionen drog in den kompletterande tjänsten. Dock har han huvudsakligen andra uppgifter nu. Generellt var verksamheten och personalen på denna enhet mycket kompetent och verkade ha bra datakällor, men även de var upptagna med att ta fram andra rapporter, eller till exempel införa digitala kartor i ambulansverksamheten från och med 2016. Dock utlovades att om vi fick fram någon person på lokal nivå som skulle arbeta med grunddata, så skulle de kunna stödja denne.

## En regelutmaning?

Vidare framkom att socioekonomiska data inte längre fick samköras med regionens register, enligt direktiv från SCB. Utan istället lades ett socioekonomiskt index på de geografiska områdena.

Detta är ytterst problematiskt om man skulle vilja arbeta med ojämlikhet i hälsa. Det är ju inte geografiska områden som är ojämlika, utan individer som är olika friska eller sjuka. För att ständigt kunna bli bättre på att minska ojämlikheten måste man således ta aktiva beslut om att hantera olika personer annorlunda, och det bl.a. baserat på socioekonomi. Men sådana data finns inte längre på plats för regionen. (Detta är på intet sätt unikt för Region Skåne.) SCB ändrade sig i denna mening för fem-tio år sedan då de bytte chefsjurist, men få har noterat det.

### **En rollutmaning?**

Under följeforskningens gång identifierades att SUS faktiskt har en enhet med metod- och analyskompetens, ERC – Epidemiologi och Registercenter Syd, även kallad *Forskningsstödsenheten*. Den finansieras i huvudsak av regionpengar och kvalitetsregisterpengar, och leds av en chef med erfarenhet från industrin. Där arbetar bl.a. välmeriterade epidemiologer med den typ av data som behövs. Även om data inte beskriver kostnader eller produktionsstruktur, t.ex. vilken personal som var på plats vid vilket tillfälle då en viss patient var där, verkade det ändå finnas goda möjligheter att göra meningsfulla analyser. Två möten med deltagare från denna enhet har genomförts och kompetensen är utmärkt och hög. Däremot verkar enheten inte få arbeta med praktiskt förbättringsarbete i specifika förändringsprojekt åt SUS, utan dess roll är beskriva folkhälsan för Skåne på ett makroplan. Detta har naturligtvis ett övergripande intresse, men i princip har det en ytterst blygsam roll i ett datadrivet förbättringsarbetsperspektiv. Emellertid tycks chefen för enheten vara beredd att avsätta vissa resurser till detta. Exakt hur detta kan utformas återstår att se.<sup>9</sup>

---

9 Kommentar: Vårdcentralen Hundkäret blev efter denna studies avslutande en del av Region Skånes satsning på Flippen (ett SKL-initiativ), som handlar om innovationsprojekt på vårdcentral. En bärande idé är att utgå från patientens/befolkningens behov och utforma verksamheten istället för göra bästa möjliga för att möta patientens behov med den verksamhet man har (ref SKL). På detta sätt dockar projektet bra med tankegångarna bakom datadrivet förbättringsarbete.

Fokus vid vc Hundkäret ligger nu på att utveckla vården för unga kvinnor med smärtproblematik och/eller psykisk ohälsa samt de personer som har frekventa sjukhusvistelser och som i stor del tas omhand av sina anhöriga. Patientgrupperna har identifierats utifrån en befolkningsstudie av ERC (Epidemiologi och Registercenter Syd), kompletterat av intervjuer med lokal vårdpersonal. Det har konstaterats att varken vårdcentral eller kommunens hemsjukvård är involverad i någon större utsträckning för dessa individer. Här finns stor potential att utveckla en bättre samordnad vård för patienterna samt bättre samverkan med sjukhus och kommun kring gruppen. Projektet är under uppstart och kommer att pågå under 2017. En övergripande referensgrupp för Flippen-projekt i Region Skåne kommer att stötta arbetet.





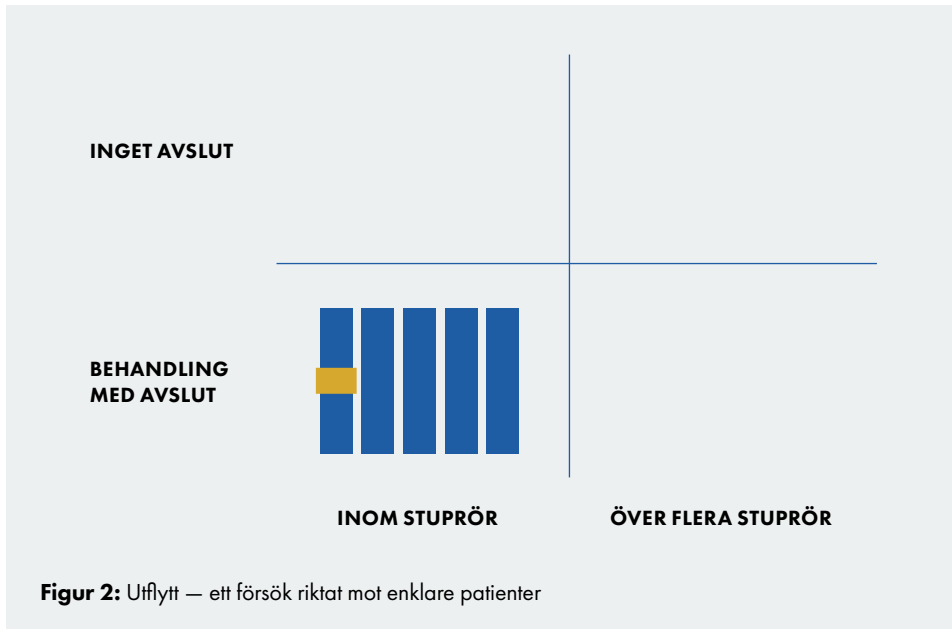
# Jämförelse av försöken

De studerade fallen inriktning och omfattning varierar stort, vilket gör en jämförande analys utmanande men intressant. Nedan presenteras en sammanfattning av försökens inriktning samt relevanta hinder/utmaningar sorterat på olika tematiska kategorier. Syftet här är inte att i detalj analysera processen för varje försök separat, utan att återge variationen mellan fallen utifrån gemensamma rubriker.

De tematiska kategorier som används bygger på ett av LHC tidigare framtaget ramverk som sammanfattar olika kontextuella systemfaktorer som kan påverka mottagligheten för förändring.

Jämförelsen av fallen sammanfattas i även i tabellform i Appendix.

## 5.1 "Flytta ut" (Röllikan)



### Basfakta

#### Patientgrupp i fokus

- (Enklare) patienter inom specialitet

#### Organisering av försöket

- Avser samverkan mellan sjukhus och primärvård, men reella förändringar huvudsakligen inom vårdcentral

#### Formell logik

- Framför allt bättre tillgänglighet för en viss grupp patienter (diagnosbaserat)

## **Observerade utmaningar**

### **Ekonomi och budgetar**

- Ekonomin gick inte ihop ”knappt ens från designstadiet”
- Olika syn på ekonomi

### **Ledning och organisering**

- Försöket dåligt förankrat i berörda verksamheter, kom ”uppifrån” och för snabbt
- Bemanningsproblem – ”tappad resurs” på sjukhuset, personalrotation på vc
- Otillräckligt tillflöde av patienter, remissvägen fungerade inte

### **Tekniska system och IT**

- Olika journalsystem på sjukhuset och vårdcentralen skapade merarbete
- Olika teknisk utrustning på sjukhus och vårdcentral

### **Professionella arbetsätt och samverkan**

- Identitet och hierarki – motstånd bland utflyttade specialistläkare att flytta geografiskt, till ”lägre” nivå, och känslan av att bli ”isolerad” från sjukhusets större sammanhang
- Samarbets- och kommunikationssvårigheter på ledningsnivå

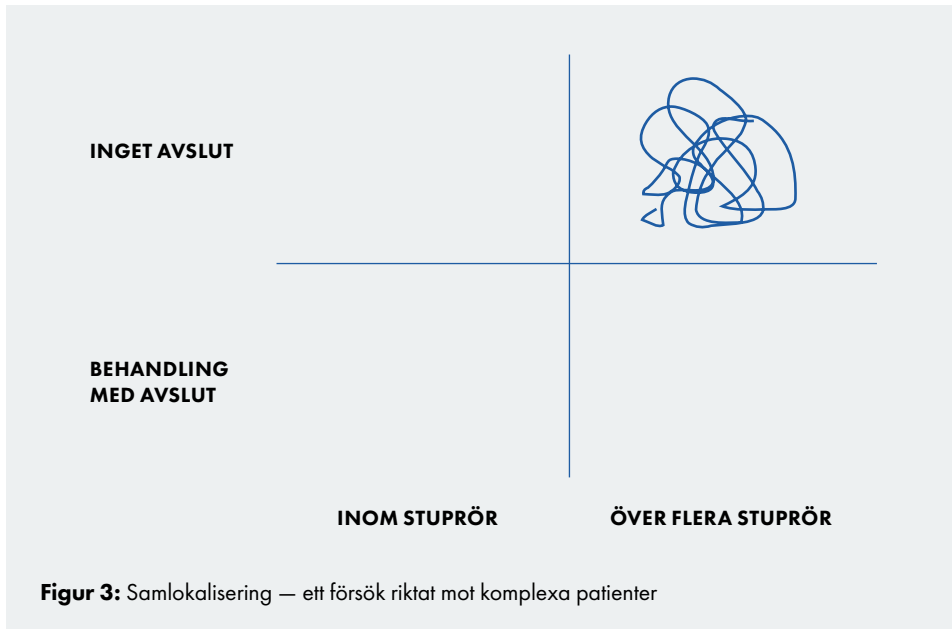
### **Kompetens och kompetensutveckling**

- Mindre möjligheter till samråd mellan kollegor inom samma specialitet på vårdcentralen
- Mindre möjligheter till kompetensutveckling (ST) på vårdcentralen
- Olika syn på vilken grad av kompetens som behövs på vårdcentralen

### **Konsekvenser för patient**

- Blev det snabbare? Troligtvis inte
- Blev det närmare? Tveksamt

## 5.2 "Samlokalisera" (Kamomillen)



### Basfakta

#### Patientgrupp i fokus

- Komplexa patienter, multisjuka

#### Organisering av försöket

- Integrering av olika professioner på en gemensam ny avdelning

#### Formell logik

- Bättre samordning utifrån individens samlade behov

### Observerade utmaningar

#### Ledning och organisering

- Tillfälliga lokaler med inkörningsproblem

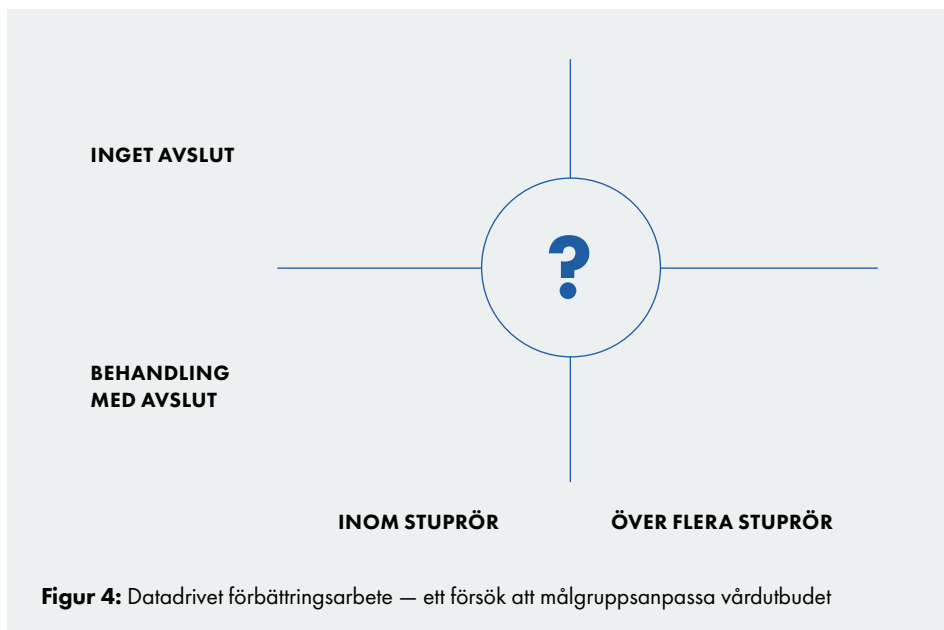
## Tekniska system och IT

- Arbetskrävande att sammanställa information då datasystem inte är kompatibla/uppdaterade

## Professionella arbetsätt och samverkan

- Nya samarbetsformer mellan professioner möjlighet och utmaning
- Integrering/avgränsning mot andra avdelningar på sjukhuset

## 5.3 "Datadrivet förbättringsarbete" (Hundkäxet)



## Basfakta

### Patientgrupp i fokus

- Befintliga patienter, en del av syftet att kartlägga dessa

### **Organisering av försöket**

- På ett meningsfullt sätt fylla lediga lokaler vid en viss vårdcentral, ursprungligen tänkt till "öppenvårdscentral"

### **Formell logik**

- Bättre vårdutbud utifrån patientpopulationens (otillfredsställda) behov

## **Observerade utmaningar ur verksamhetsperspektivet**

### **Ekonomi och budgetar**

- Tydligt drivet av nyckeltal som genererar ekonomiska fördelar till enheten

### **Ledning och organisering**

- "Öppen agenda", möjlighet men samtidigt osäkerhet/stress

### **Professionella arbetsätt och samverkan**

- Oro för ökad arbetsbelastning
- Allmän förändringströtthet?

### **Konsekvenser för patient**

- Risk för undanträngning av befintliga patienter?

## **Observerade utmaningar ur det administrativa perspektivet**

### **Ekonomi och budgetar**

- Inga resurser till att anställa ny analytikerkompetens

### **Regler och riktlinjer**

- Konfliktande direktiv från SCB kring samkörning av data

## **Ledning och organisering**

- Inget tydligt mål med projektet
- Otydlig rollfördelning/mandat om vem som bör/kan delta i projektet

## **Tekniska system och IT**

- Nuvarande system och gränssnitt stödjer inte att ta ut data på ett disaggregerat sätt

## **Professionella arbetssätt och samverkan**

- Övana att ta fram data på nytt sätt
- Existerande rutiner tar upp all tid

## **Kompetens och kompetensutveckling**

- Oförmåga att ta fram data på nytt sätt
- Oförståelse för nyttan med det hela?

## **5.4 Gemensamma observationer från fallen**

På ett övergripande plan finns det flera aspekter i de tre fallen som sammanfaller. En första sådan är kommunikationsutmaningen. I termer av kommunikation mellan ledning och personal är den samlade bedömningen att den fungerat väl. Vissa missuppfattningar sker alltid, och "kommunikation" är också något som är lätt att framföra som förklaring till att något inte fungerat. Emellertid finns det bakomliggande aspekter som bör uppmärksammas. En första sådan är att det i flera fall funnits problem med tekniska system som inte "talar med varandra" vilket orsakar frustration och merarbete. Ett tydligt exempel här är journalhanteringen, där sjukhusvård och primärvård har olika system.

En andra kommunikationsutmaning är att förutsättningarna för kommunikation inte alltid finns på plats. Det finns en brist på grundläggande förståelse för att verksamheter styrs utifrån olika premisser; framför allt sjukhusvården tycks ha brist på insikt i de villkor som primärvården arbetar under.



Utan denna grundläggande förståelse kommer kommunikation som rör exempelvis frågor om ekonomi att i grunden ha olika innebörder för personalen, dvs. de kommer inte att prata samma språk. En rimlig slutsats här är att denna typ av samverkan måste föregås av ett förankringsarbete där verksamheterna lär känna varandras villkor.

En tredje faktor att notera när det gäller kommunikation är den roll som nyckeltal spelar. I framför allt fall 1 och 3 (Röllikan och Hundkäxet) spelar nyckeltal en oerhört central roll i termer av hur de används för att beskriva verksamheten. Att förändra förutsättningarna för rehabilitering på Hundkäxet blir till exempel en fråga om att "generera besök" snarare än att reflektera kring hur befolkningen på bästa sätt kan få lämplig service. Det finns med andra ord anledning att reflektera över vilken vokabulär som får avgörande inflytande över verksamhetens inriktning och den relation till specifika professionella grupperingar (läkare, sjuksköterskor, administratörer, etc.) som denna vokabulär har.

En annan aspekt som framträder är en professionsutmaning, där det är tydligt hur olika professioners intressen skapar friktion i relation till varandra. Läkarna kan i den förändringsorienterade chefens ögon framstå som förändringströga; utifrån läkarnas perspektiv handlar det emellertid om att försäkra sig om att patienter får högkvalitativ vård och att utbildningen av nya läkare fungerar väl. Det senare tycks inte vara en aspekt som ses som viktig i förändringsarbetet (det är inget som lyfts fram som ett centralt mål av några chefer), medan det oroar läkarna mycket (inte minst i fall 1, Röllikan).

Professioner befinner sig ständigt i rörelse och de arbetsuppgifter som faller under deras område förändras. Det problematiska i förändringsarbete är emellertid att den professionella tillhörigheten inte är grundad i enskilda organisationer, utan skär genom dessa. Det uppstår därför svårigheter i förändringsarbete, då lokala förhållanden inte självklart är de som är viktigast för de professionella arbetarna, som identifierar sig med förhållanden som står utanför linjeorganisationens kontroll. Detta spänningsförhållande är en distinkt karaktäristik för professionsorganisationer.<sup>10</sup>

---

10 Alvehus, Johan (2012) *4 myter om professionella organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

En besläktad utmaning är identitet eller inarbetade roller. Oavsett om man arbetar som läkare, sjuksköterska eller undersköterska så har arbetet, genom träning och erfarenhet, fått distinkta innebörder. Att förändra en persons arbetsuppgifter blir därför mer än att förändra vad som står i en arbetsbeskrivning; det handlar om att förändra vem den personen upplever sig vara och vad en sådan person gör, det vill säga identitet. Identiteter är inte stabila, utan (vilket fall 1, Röllikan visar) kan förändras beroende på vilken roll en person för tillfället har. Å andra sidan kan de samtidigt vara svårförändrade i andra avseenden. Indikationer på detta ser vi i fall 2, Kamomillen. Där har emellertid processen redan från början genomsyrats av en idé om identitetsförändring, vilket gör att de som sökt sig till verksamheten rimligen är mer benägna att förändra sin identitet. Detta är alltid mer problematiskt när nya arbetssätt (och tillhörande identitetsförskjutningar) kommer uppifrån. Denna typ av problem tar sig ofta uttryck i termer av ”brist på förankring”, ”brister i kommunikation” eller ”brister i ledarskap”, men bör ses i bredare termer. Nya arbetsformer införs (alltför) ofta på systemanalytisk basis, där frågor om identitet och tillhörighet lätt reduceras till frågor om kommunikation eller motstånd.<sup>11</sup>

Till sist: studien av fall 3, Hundkåxet, utifrån det administrativa perspektivet tydliggör att dessa aspekter inte bara gäller vårdprofessionerna, utan i högsta grad även andra professionella inom systemet, såsom dataanalytiker. När arbetssätt ska förändras på den administrativa nivån stöter man på problem som i mångt och mycket liknar dem på verksamhetsgolvet: system som inte är kompatibla eller tillåter uttag av befintlig data i nya former; friktioner mellan vad dataanalytiker ser som sin uppgift att analysera och den typ av analyser som man efterfrågar i ett specifikt förändringsprojekt; samt frågor kring vilken roll analytiker rent generellt bör ha i att stödja förändringsarbete av den här typen.

---

11 Se t.ex. Alvesson, Mats och Stefan Sveningsson (2014) *Förändringsarbete i organisationer – Om att utveckla företagskulturer*. Stockholm: Liber.

## 5.5 Centrala insikter från de empiriska studierna

- Ambitionen att flytta ut vård närmare patienten synliggör komplexa samband mellan olika vård- och omsorgsområden, samt olika möjliga logiker för hur detta kan uppnås.
- Vård på rätt vårdnivå innebär i många fall en mer komplex förändringsprocess än att ”bara” utföra besök på en annan fysisk plats. Att flytta vården innebär att nya rutiner och kontakter måste arbetas fram för att kunna omhänderta patienterna på bästa sätt. Ett för snävt fokus på täckningsgrad som indikator riskerar att dölja denna komplexitet, den är snarare ett mått på hur vårdprocessen förändras.
- Vård på rätt nivå/integrerad vård (oavsett vad det kallas och hur det mäts) kan beskrivas som en kulturförändring som kräver en samsyn kring fördelarna med att arbeta mindre sjukhuscentrerat och närmare patienten. Detta kräver diskussioner och samverkan mellan aktörer inom olika vårdområden och på flera nivåer. En utmaning har varit att arbetet inledningsvis bedrevs i splittrade stuprörslika arbetsgrupper med bristande insyn i varandras mål och processer.
- De roller som aktualiseras handlar inte bara om lokala företeelser, utan har en bredare förankring både i sociala grupperingar (professioner) och i termer av att de har hög grad av stabilitet över tiden. Att bortse från detta är problematiskt och, vilket litteraturen visar och varnar för,<sup>12</sup> sker ofta vid teknokratiskt definierade och från ovan initierade förändringsprojekt.
- Utvecklingsarbetet har med tiden antagit en bredare målbild och förändringsprocessen har blivit mer iterativ och dynamisk för att anpassa sig observerade utmaningar och komplexitet.

---

<sup>12</sup> Det klassiska exempel på detta som brukar anföras är de så kallade Hawthornestudierna, men för ett mer aktuellt exempel se Alvesson, Mats och Stefan Sveningsson (2014) *Förändringsarbete i organisationer – Om att utveckla företagskulturer*. Stockholm: Liber.

- Fler områden än initialt planerat har kommit att inbegripas i utvecklingsarbetet – bland annat har etableringen av en vårdavdelning för multisjuka samt ett försök med datadrivet utvecklingsarbete vid vc tillkommit och kopplats till de ursprungliga utflyttningsförsöken.
- De försök som initierats fungerar enligt sinsemellan olika logiker – det rör sig om olika typer av patienter och olika typer av vårdflöden. Det gör att utmaningarna med att få till en fungerande verksamhet skiljer sig åt.
- En kvarvarande, gemensam utmaning är att en gemensam målbild på central policynivå inte automatiskt sipprar ner och omvandlas till tydliga positiva nyttor för berörda verksamheter lokalt. Det behövs översättning och anpassning av centrala koncept så att de blir relevanta på verksamhetsnivå. Parallellt med detta krävs en acceptans för att komplexa organisationer inte kan fungera som organiska helheter utan alltid kommer att ha stora inslag av lösa kopplingar.<sup>13</sup>
- Samtidigt som en bred samsyn kring förändringsarbetets övergripande syfte är nödvändig, så behöver de praktiska lösningarna vara anpassade till förutsättningarna inom olika delområden. Frågan ”what’s in it for me?” måste kunna besvaras för samtliga nyckelaktörer för att en förändring ska komma till stånd.
- Slutligen – det är lika utmanande att förändra professionellt arbete på administrativ nivå som i vårdverksamheterna. Det inte bara en teknisk utmaning utan i lika hög grad en fråga om etablerade arbetssätt och roller. Datadrivet utvecklingsarbete är dessa avseenden inte enklare än verksamhetsnära dito – vilket inte betyder att någotdera är ”fel” eller utesluter det andra.

Sammanfattningsvis vill vi understryka spänningen mellan centrala nivåns förändringsambitioner i relation till behovet av lokal anpassning, förankring och upplevd nytta ur ett professionsperspektiv. Analysen behöver gå utöver de enskilda fallen – systemsyn behövs för att ge perspektiv på hinder/utmaningar och vad man kan göra åt dem.

<sup>13</sup> Se t.ex. Brunsson, Nils (1989) *The organization of hypocrisy*. Chichester: Wiley.



# Analys ur ett systemperspektiv

När vi planerar, studerar och talar om försök och projekt är det ofta i singularis, som om projektet vore något isolerat som kan genomföras på sina egna premisser. Traditionell projektledningslära poängterar också i första hand interna, välavgränsade processer, som vikten av att sätta upp tydliga genomförandeplaner utifrån ett på förhand definierat mål.

Som alternativ till detta har olika systemansatser utvecklats, som i högre grad betonar att projekt påverkas av faktorer som ligger utanför den enskilda projektuppgiften, men som har att göra med det kringliggande systemets inverkan på detta arbete.<sup>14</sup> Ett utvecklingsförsök kan ses som ett försök att styra berörda verksamheter i en viss riktning. Hur väl detta försök lyckas är beroende av projektets mål och design, men också av kringliggande strukturer och konkurrerande styr signaler i form av lagar och regler, ekonomiska incitament, diverse föreskrifter och policys, professionella normer med mera. Utifrån detta perspektiv är genomförandet av ett projekt inte bara en fråga om hur väl just detta förändringsförsök mottas ”på golvet”, utan också hur försöket passar in i och påverkas av förutsättningarna i omgivande organisation, inklusive förutsättningarna hos dem som

---

<sup>14</sup> Se t ex Sahlin-Anderson, Kerstin och Anders Söderholm (2002) *Beyond project management: New perspectives on the temporary-permanent dilemma*. Malmö: Liber.

styr och/eller finansierar verksamheten. På central nivå finns det i regel flera samtidiga projekt eller parallellt pågående verksamheter som konkurrerar om pengar, tid och uppmärksamhet.

LHC har i denna studie fått unik insyn i hur styrgruppens prioriteringar utvecklats under det att försöken med vård på rätt nivå/integrerad vård genomförts. Från ett arbete i hög grad dikterad av indikatorn täckningsgrad, har man gått mot att inrikta sig mot integration och kontinuitet. Omsvängningen bygger delvis på erfarenheterna från genomförda försök där svårigheterna med den initialt valda ansatsen med ”utflytt” visade sig stöta på mer motstånd och andra problem än förväntat. Men det finns också en omvänd logik: Huvudmannens prioriteringar påverkar i högsta grad hur projekt utvärderas. När prioriteringarna ändras så ändras även synen på pågående projekt och under vilka premisser de kan leva vidare.<sup>15</sup> Det betyder å ena sidan att projekts utfall i termer av att vara mer eller mindre lyckade kommer att variera över tiden, men å andra sidan också att det sker inom ramarna för en lärande organisation som är benägen att dra nytta av kontinuerlig erfarenhetsupbyggnad.

## 6.1 Vill inte, kan inte, duger inte – för vem?

Ett komplement till föregående kategorisering av hinder/utmaningar som beskriver *vad* som är problemet när förändringsarbete går trögt, är att titta på orsakerna bakom (*varför* blir det problem?). LHC har utvecklat en kategorisering som kan användas som utgångspunkt för att illustrera förändringsmotstånd i hälso- och sjukvårdssystemet.

Utgångspunkten är att 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 man identifiera tre huvudkategorier av motstånd. Dessa kan lite förenklat beskrivas som *Vill inte*, *Kan inte* och *Duger inte*.

Lite krångligare blir det genast om vi tänker oss att *Vill inte*, *Kan inte*, *Duger inte* kan uppträda både på central eller lokal nivå – ofta parallellt. Det finns ofta (minst) två olika sidor av varje mynt, det vill säga problembeskrivningen ser olika ut beroende på vilken systemnivå man utgår ifrån.

<sup>15</sup> Jfr Krohwinkel Anna (2009) *Oändliga projekt: Om projektförvaltningens tidsproblematik*. Forskning i Fickformat, EFI.

## 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, övertygelser 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 traditionellt 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.

Exempel på parallella problemformuleringar på olika nivåer som vi stött på under följeforskningen:

- En uppfattning är att vårdprofessionella allmänt sett är förändringströga och samverkansovilliga
- Samtidigt har Styrgruppen ändrat sina prioriteringar – man vill nu nåt annat än utflytt

## 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 på 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 kunna lösas permanent när projektet visat positiva resultat.

Exempel på parallella problemformuleringar på olika nivåer som vi stött på under följeforskningen:

- På verksamhetsnivå: konflikterande styrning hindrar förändringsarbetet (exempelvis regelmässiga samkörningshinder för journaler och statistik, de enskilda verksamheterna betalar sig inte enligt nuvarande ersättningssystem)
- På förvaltningsnivå: Styrgruppen kan inte initiera arbete med exempelvis mobila team innan villkoren och ansvarsfördelningen i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet är fastställda

### **Duger inte**

Motstånd av typen *Duger inte* grundar sig i att produkten eller tjänsten inte är tillräckligt bra, eller 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 organiseras.

Hinder av den här typen hanteras genom att lösningen förbättras/utvecklas och på så vis uppfyller de behov som mottagaren har (idealt, alltså patienten), alternativt avvecklas/överges om ingen nytta kan skönjas.

Exempel på parallella problemformuleringar på olika nivåer som vi stött på under följeforskningen:

- ”Att inte finns ett tydligt utslag, med identifierade avgörande vinster med öppenvårdcentraler – varken sett utifrån patientnytta, ekonomi, verksamhetsstyrning eller effektivitet” (arbetsmaterial från styrgruppen 2015–11–20).

- Att de metoder för uppföljning som Styrgruppen valt inte synliggör eller värderar eventuellt positiva effekter? (I flera av utflyttsförsöken förbättrades istället kommunikationen mellan vårdcentralen och jouren på sjukhuset. Det var dock inte i fokus utan är snarast bieffekter av förändringen. Som sådana har de en tendens att försvinna och delvis tryckas bort från uppföljningen, vilket är olyckligt eftersom dessa nya arbetssätt kanske är något som skulle kunna spridas relativt enkelt.)

Poängen med att visa på dessa parallella problemformuleringar är att det är ofta lätt att skylla på motstånd på aktörer på en annan nivå än den egna. Detta gäller åt båda håll: lokal irritation uppstår över styrsignaler och (om)prioriteringar som upplevs komma uppifrån, samtidigt som centrala aktörer upplever sig ha liten kraft att förändra ”attityderna” i verksamheterna. För att få till varaktig och hållbar utveckling krävs att vad som är önskvärt, möjligt och tillräckligt bestäms interaktion mellan den lokala och centrala nivån. Detta vertikala samspel missas tyvärr ofta i diskussioner om hur förändringsarbete ska drivas.

## 6.2 Problem, lösningar, beslut och process ska passa ihop – en organisationsteoretisk utveckling

Som ett alternativ till den rationella, hierarkiska styrnings- och implementeringsmodellen har organisationsforskare beskrivit hur fyra ”strömmar” oberoende av varandra löper genom organisationer: problem, lösningar, valmöjligheter och deltagare.<sup>16</sup> Dessa kan förstås som olika drivkrafter som kan uppstå separat från varandra, men som behöver samverka för att förändring ska komma till stånd.

- **Problem** behöver uppmärksamhet och kan komma från konstaterade leverans- eller kvalitetsbrister, eller osäkerhet kring hur omvärlden eller framtiden kommer se ut. Traditionellt har man tänkt sig att problem triggar en process att hitta lösningar. Om problemen är tillräckligt allvarliga kan det vara fallet, men oftast söker man efter lösningar som ligger ”färdiga” oavsett problem.

<sup>16</sup> Cohen, Michael D.; March, James G.; Olsen, Johan P. (1972). "A Garbage Can Model of Organizational Choice". *Administrative Science Quarterly* 17 (1): 1–25

- **Lösningar** lever sitt eget liv. De har oftast ingen koppling till problemen. Ledning och medarbetare kan ha sina lösningar redo, oavsett problemens karaktär. Det kan vara populära modeller och koncept som man tycker att man "borde" arbeta med, men kanske inte riktigt vet var och hur. Det är inte ovanligt att projekt och aktiviteter som redan pågår kan kopplas till ett senare formulerat mål.
- **Valmöjligheter** är en sorts beslutspunkt. Ofta vill man ha beslutspunkter av skäl som inte är direkt kopplade till problem eller lösningar, exempelvis för att visa handlingskraft i ett projekt eller fördela ansvar. Ibland kan ett tillskott av resurser i form av pengar, arbetskraft, teknik eller lokaler skapa möjligheter att agera som behöver fyllas med innehåll.
- **Deltagare**, som kommer och går, kan med sig favoritproblem, -lösningar eller idéer om hur projektet ska drivas.

Enligt teorin är dessa strömmar ofta tämligen orelaterade, och det är därför inte realistiskt att tänka sig att en organisation kan förbättras eller förändras i en "rationell" riktning särskilt snabbt. Organisationer tenderar att kontinuerligt komma på och/eller ta in nya lösningar som "lagras" om de inte finner sitt problem. Efter en tid kan lagrade lösningar plockas upp igen, även om kopplingen till de aktuella problemen inte är entydig. Vilka beslut som tas påverkas i hög grad av de intressen som deltagarna i exempelvis en styrgrupp företräder. Om sammansättningen av en sådan grupp varierar mycket över tid så varierar vanligen också inriktningen på arbetet.

Det finns gott om anekdotisk och verklig evidens för att organisationer fungerar på detta sätt. Det är alltså viktigt att klargöra att det inte är de inblandades kompetens, ambition eller moral som är problemet då det rationella idealet om hur förändringsförsök ska planeras, genomföras och utvärderas frångås. Studier av hur ledare fattar beslut om och försöker genomföra förändringar visar tvärtom på att de oftast utövar ett situationsbaserat ledarskap. De använder sig av en lämplighetslogik, det vill säga de handlar utifrån en bedömning av vad de i sin roll förväntas och har möjlighet att göra i den situation som de befinner sig i.

Detta är särskilt tydligt i implementeringsprocesser, där många av åtgärderna för att underlätta implementering brukar initieras som en reaktion på oförutsedda problem, trögheter och förändrade förutsättningar, som dyker upp vid sidan av de formella implementeringsplanerna. Antingen ser man detta som ett problem, eller så är det bara så det är – problem, lösningar, beslut och process måste passa ihop – eller fås att passa ihop – om man vill få något gjort.

Ett konkret exempel från SUS: När täckningsgradsersättningen försvann försämrades förutsättningarna för utflyttningsprojekten att bli ”bra”, eftersom den ekonomiska hållbarheten – en viktig förutsättning på huvudmannanivå – grusades för pågående och planerade projekt med samma ansats. Samtidigt uppmärksammades möjligheter till finansiering av nya typer av försök: Det fanns pengar kvar i innevarande års budget från en tidigare ”äldresatsning”, vilket påskyndade etableringen av en äldrevårdsavdelning på sjukhuset. Ungefär samtidigt beslutades om investering i utökade lokaler för en viss vårdcentral. De nya möjligheterna passade bra med de principiella diskussioner som förts i styrgruppen kring om ”utflytt” verkligen var ett hållbart koncept att jobba utifrån, och om inte, vad man skulle kunna satsa på istället.

Pragmatism – att utnyttja de möjligheter som ges för att styra om inriktningen på exempelvis ett utvecklingsarbete – ses ofta som något ”opportunistiskt” som goda ledare borde undvika. Forskningen ger dock stöd för att en lämplighetslogik i många fall ger bättre resultat än vad en strikt rationell, linjär logik hade kunnat åstadkomma. Detta är inte är detsamma som att säga att det är fritt valt arbete som ska råda eller att man ska abdikera från att styra från centralt håll. Dock måste styrning, implementering och uppföljning formuleras annorlunda – kanske mer som stöd än som noggranna direktiv om ”hur det ser ut” eller ”vad som ska göras”. Det fina är att genom mindre detaljkontroll och planeringsiver i styrningen, kan intentionerna att förändra ha större sannolikhet att lyckas tack vare ett utökat ansvar och engagemang hos de lokalt verksamma.

En viktig poäng är alltså att iteration bör ske på rätt nivå, dvs verksamhetsnära eller i relationer mellan nivåer. Om det uppfattas som att man vänder kappan efter vinden på central nivå, pga politiskt tryck eller externa influenser, kan det snarast

verka förvirrande och leder till projekttrötthet i verksamheterna – man vill de facto ännu mindre.

Likaså, om prioriteringarna ändras så att vissa projekt/försök blir mindre önskvärda, så kan det ändå finnas anledning till uthållighet i förändringsarbetet och uppföljningen av detta. Det finns en risk att man lite för snabbt avfärdar pågående försök för att legitimera en snabb riktningssändring på central nivå. Eller att man inte lägger tillräckligt med tid på att ta hem positiva lärdomar från de avslutade projekten – som vi sett i försöken kan sådana finnas även om de formella målen inte uppnåddes.

Sammanfattningsvis uppfattar vi att styrgruppen under studieperioden utvecklat sin förmåga till reflekterande och följsam styrning. Det har funnits en stark intern förändringsvilja, öppenhet och nyfikenhet för att arbeta mer iterativt och med hela systemet i åtanke. Samtidigt kvarstår risken att styrgruppen utåt kan uppfattas som ”instabil”, särskilt om man inte lyckas kommunicera tydligt utåt (mot både verksamheterna och den politiska nivån) om hur inriktning och arbetssätt utvecklats. Detta är en kvarstående utmaning.

# Vägar framåt

I föregående avsnitt har vi presenterat våra observationer från några praktiska verksamhetsutvecklingsförsök inom Region Skåne, samt analyserat och diskuterat dessa med hjälp av organisationsteoretisk forskning om beslutsfattande och implementering utifrån ett systemperspektiv. I detta avslutande avsnitt diskuterar vi några möjligheter som styrgruppen skulle kunna tillämpa för att ta tillvara på insikterna.<sup>17</sup>

## 7.1 Coachning och översättning – en proaktiv roll

En möjlig utgångspunkt är att styrgruppen inte ska förmedla några färdigutvecklade förändringsförslag, utan inrikta sig på att förmedla grundläggande reformprinciper, koncept eller ”teman” som varje lokal praktik har stor frihet att arbeta vidare med.

---

<sup>17</sup> Förutom LHC:s egen forskning har vi inspirerats av andra aktionsforskningsinriktade projekt kring utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Bl a Zuiderent-Jerak (2007), som har studerat olika sätt som har använts och används för att utveckla integrerade vårdkedjor (”integrated care pathways”). Det i praktiken vanligaste förhållningssättet har varit (och är fortfarande) att först utveckla detaljerade manualer för hur olika vårdkedjor ska vara utformade, för att därefter försöka införa dessa färdiga modeller i praktiken. I det arbetet har stora implementeringsproblem uppstått. Ett annat förhållningssätt, som också har tillämpats i praktiken, är lokalt situerad utformning av vårdkedjor. En sådan utformning bygger på att man driver en lokal process där man ägnar sig åt en kritisk värdering av nyttan och relevansen för den aktuella vårdverksamheten av att använda sig av olika varianter av organisatoriska systemlösningar, samtidigt som man förhåller sig lika kritiskt utvärderande till rådande arbetssätt och organisering. I det fallet blir utformningen av vårdkedjan eller vårdnätverket resultatet av en mångfald av lokalt anpassade processer.

Man kan placera en fråga på verksamheternas dagordning, till exempel kontinuitet. Då kan det vara klokt att ge mer eller mindre obegränsat utrymme för lokal kreativitet kring hur frågan ska hanteras. Här blir en viktig uppgift att möjliggöra, kanske till och med underlätta för värdeskapande omtolkningar och anpassningar, utan att förlora styrinitiativets syfte.

En annan möjlighet är att se sin roll som att röra om i grytan, till exempel på grund av att man vill påverka hårt cementerade roller och gränsdragningar. Också här kan det slutliga resultatet vara av mindre betydelse – det primära är att rådande strukturer luckras upp. I exemplet vård på rätt nivå – speciellt sedan det utvecklats från utflytt till integrering/kontinuitet, och från ett fokus på produktionsnivåer till målgruppsanpassning – är det gränser av genomgripande systemkaraktär som måste rivas. Sådant arbete tar tid. Vi kan konstatera att SUS genom styrgruppen flyttat sig långt i denna fråga jämfört med starten våren 2014.

I syfte att assistera i det lokala arbetet behöver man lägga kompetens och resurser på att ge stöd åt lokala aktörer i att driva sin egen verksamhetsutveckling. Snarare än direktiv som beskriver en centralt beslutad förändring satsar man i detta scenario på att ta fram diskussions- och utvecklingsstöd så att lokala verksamheter kan arbeta från ett systemperspektiv och ta fram egna reformlösningar som är anpassade för, samtidigt som de förändrar, respektive praktik.

En möjlighet är att införa regelbundet återkommande besök där lokala verksamheter ges möjlighet att presentera problem, hinder och svårigheter som uppkommer inom ett visst förändringsområde och diskutera dessa med en ”distanserad coach”. Denna coach ska fungera som ett bollplank i det lokala arbetet med att bedriva förändringsarbete. Rollen är alltså att underlätta (”facilitera”) processen, inte att komma med lösningar och berätta hur saker och ting är eller bör vara. Vidare är poängen att ge stöd i att hantera de konkreta hinder och utmaningar som uppkommer i själva genomförandet lokalt, som diskutera hur dessa kan hanteras på bästa sätt.

För att detta ska vara möjligt kan inte stödet vara av engångskaraktär. Det måste ges återkommande under förändringsarbetets gång. Viss forskning har visat på vikten av att coacherna uppfattas som neutrala, det vill säga att de inte ses som representanter för

någon slags ledning. Det finns därför anledning att fundera över om det är möjligt att finna oberoende aktörer, som har en mer distanserad roll som har likheter med forskares (Fernler 2012). Annan forskning (t ex en kommande LHC-studie över verksamhetsutveckling i landstinget Sörmland) visar tvärtom på vikten att representanter för just ledningen visar närvaro i de lokala verksamheter som ska förändras. Detta för att tydligt visa engagemang inför medarbetarna, men också skaffa sig kunskaper om praktiken som kan föras tillbaks uppåt. Hur kommunikation och relationsbyggande mellan organisatoriska nivåer ska se ut är något som behöver diskuteras vidare lokalt.

## **7.2 Fånga upp vad som görs – en reaktiv roll**

En annan utgångspunkt är att styrgruppen framförallt ska ägna sig åt att samla in och sprida exempel på hur olika lokala verksamheter arbetat med utveckling utifrån liknande grundproblem. Idén är här inte att man varken ska utse eller sprida exempel på ”best practice”, eller ens från centralt håll formulera särskilt specifika beskrivningar av hur reformprocesser drivits och exakt vad resultatet blivit i de olika fallen. Skälet är att utifrån ett systemperspektiv finns det ingen ”best practice”, det finns bara mer eller mindre välfungerande lokala praktiker.

Att försöka imitera en ”best practice” som utformats utifrån specifika förutsättningar i en specifik situation är därför sällan en bra strategi. Bättre är då att lokalt verksamma i samtal eller via studiebesök hämtar inspiration och idéer från andra verksamheter vars ansatser och tillvägagångssätt man sedan kan ta med sig och anpassa till hemmasituationen. Praktiskt kan detta t ex underlättas genom en databas som ger relativt knapphändig information om att en viss typ av reformarbete drivits inom ett visst landsting, ett visst sjukhus eller en viss specialistklinik, men utöver detta förmedlar namn på enheten och eventuella kontaktpersoner samt telefonnummer och e-postadresser till dessa.

Möjligheterna att stödja lokala verksamheter både proaktivt och reaktivt i att utforma sitt eget förändringsarbete skulle också kunna kombineras. Till exempel i form av öppna möten som



återkommande samlar verksamheter för tillfället är engagerade i liknande förändringsprocesser, men kanske har kommit olika långt med dessa. Syftet skulle vara att bolla problem, sprida idéer till lösningar eller bara regelbundet få dryfta det lokala processarbetet. Mötena skulle kunna ha formen av mindre fokusgrupper eller nätverk vars deltagare regelbundet möts under ledning av en extern processledare. Man kan också tänka sig erfarenhetsutbyten på större och mer öppna arenor, där varje tillfälle tar upp ett tema eller koncept som introduceras kort av någon forskare eller utredare, för att därefter diskuteras både i smågrupper och i plenum av dem som har valt att närvara vid det tillfället.

Det som behöver utvecklas är förmågan hos lokalt verksamma ledare att uppfatta och agera utifrån förutsättningarna i den situation och omvärld som deras organisation befinner sig i. Att driva implementeringsprocesser handlar då mer om att mobilisera lokala intressegrupper och att vara lyhörd för behovet av lokala modifieringar och anpassningar. I detta ingår att tillgängliggöra data som är relevant för förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Här har hela vården en stor och viktig utmaning.

### **7.3 Tabula rasa och datamining – en sökande roll**

Föregående möjliga roll för styrgruppen handlar om att plocka upp problem och förändringsförslag från verksamheterna. Ett annat alternativ till att hitta uppslag till förändring är datadrivet utvecklingsarbete. (Detta kan ses som ett komplement till de ovan beskrivna strategierna, eller ett möjligt försteg).

Det grundläggande problemet är att all vård och omsorg produceras i mötet mellan patient/brukare och professionerna. Om inte detta möte förändras, så händer inget med kvalitet eller effektivitet, annat än av slump (jfr Effektiv Vård, SOU 2016:2).

Som framgått av fallstudien i denna rapport är vi dock dåliga på att ur våra nuvarande system plocka fram mikrodata. Data på makro- och mesonivå, som till exempel jämförelse mellan landsting eller i vissa fall kliniker utifrån vissa specifika indikatorer eller inom vissa specifika sjukdomstillstånd, har vi relativt bra koll på. Men det är inte här kompetenslyftet behövs.

En rapportgenerator för de mest frekventa uppföljningarna borde kunna ge svar på frågor som kommer av förändringar i de vanligast förekommande indikatorerna.

Men sedan behövs mikrodata, i realtid för att kunna svara på alla andra frågor, men även för att undersöka vilka frågor man borde ställa. Här är det i mycket högre grad en fråga om professionell specialistkompetens. Då vi konsumerar analyser i form av slutsatser, rapporter eller diagram, så verkar det så enkelt – bara att trycka på en knapp så kommer diagrammet ut. Men som i alla hantverk är även analytikerns vardag fylld med trial and error att missuppfatta, att stämna av och att utvecklas. Det handlar om att förstå system, tolka variation, arbeta med processer, ta fram och analysera data så att den säger något viktigt om organisationens funktion.

Det krävs mycket tid och rätt personlighet för att lära känna sina data, men då man är väl inkörd kan man stödja verksamheten på ett bra sätt. En bra strategi, är att ha en central analysenhet som ansvarar för uttag ur produktionssystemen, datavävt, variabelbeskrivningar, metodstöd, teknisk support av servrar, programvarulicenser etc. Samt ha lokala analytiker som stödjer lokala förbättringsprojekt och experiment med att ta fram underlag. Nota bene att "data" inte uteslutande behöver/bör vara kvantitativa – kvalitativa beskrivningar och utvärderingar kan spela en lika stor roll. Det är därför mycket bättre för verksamheten att ha egna analytiker än att tex IT ska göra allt, för det blir helt olika perspektiv. Och förståelsen för analysen präglas av den situation där den görs.

Det krävs även kontinuerlig kontakt med dem som förstår och vet vad data egentligen representerar i den verkliga världen – hur långt kan man dra slutsatserna och i vilken grad är data en god beskrivning av de pågående verksamheterna. För att åstadkomma ett kontinuerligt lärande behöver analytikern vara en del av teamet så att olika analyser möter de praktiska problem och beslut om utveckling som professionerna bedömer som lämpliga. "Om inte data diskuteras vid fikabordet så kommer de inte att ha någon påverkan på verksamhetens resultat".

Styrning och uppföljning är till syvende och sidst inte till för att ledningen ska se hur det har gått. Det är ett verktyg för att man på verksamhetsnivå ska kunna göra ett bättre jobb.

Det kräver system som är till stöd i det dagliga arbetet och som ger snabb och lokal återkoppling.

Från förvaltningsperspektivet kan det kännas ovant att utgå från verksamhetens behov och inte från förspecifierade indikatorer när data tas fram. Det är ett fundamentalt skifte i synen på utveckling och hur utveckling drivs.

För att den ”sökande rollen” ska fungera i praktiken krävs en satsning på kompetenstillskott och -utveckling inom de administrativa funktionerna såsom controllers, verksamhetsutvecklare, dataanalytiker. Ofta hävdas att det inte finns medel till sådana tjänster, men det är troligt att endast en promilles förbättring av användningen av alla vårdmiljarder med råge skulle finansiera en riktig analysenhet. En lärdom från framgångsrika internationella exempel i detta avseende är att de har lyckats knyta verktygen till det lokala sammanhanget. Först då kan verklig och varaktig förändring komma till stånd.

## 7.4 Sammanfattning av möjliga roller

	PROAKTIV	REAKTIV
PRAKTISK	Initiera projekt, kommunicera målbild, facilitera initiativ, agera stöd i att hantera utmaningar	Fånga upp vad som görs, samla och sprida goda exempel, skapa arenor för nätverkande
ANALYTISK	Analytiskt drivet utvecklingsarbete, identifiera behov, hitta potential för förbättring	Uppföljning, utvärdera planerade och oförutsedda resultat, verka för lärande på central såväl som lokal nivå

Figur 5: Verksamhetsutvecklingens fyrfältare

# Referenser

- Alvehus, Johan (2012) *4 myter om professionella organisationer*.  
Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, Mats och Stefan Sveningsson (2014) *Förändringsarbete i organisationer – Om att utveckla företagskulturer*. Stockholm: Liber.
- Anell, Anders (2011) Hur kan svensk primärvård bli bättre?  
Rapport för Forum för Health Policy.
- Brunsson, Nils (1989) *The organization of hypocrisy*. Chichester: Wiley.
- Cohen, Michael D.; March, James G.; Olsen, Johan P. (1972).  
"A Garbage Can Model of Organizational Choice". *Administrative Science Quarterly* 17 (1): 1–25
- Fernler, Karin (2012). Perspektiv på implementering: Vad är "god" implementering och hur kan det stödjas? LHC Report Nr 8:2012.
- Krohwinkel Anna (2009) *Oändliga projekt: Om projektförvaltningens tidsproblematik*. Forskning i Fickformat, EFI.
- LHC Working paper 2016:1. Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk.
- Sahlin-Anderson, Kerstin och Anders Söderholm (2002) *Beyond project management: New perspectives on the temporary-permanent dilemma*. Malmö: Liber.
- SOU 2016:2 Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- Zuiderent-Jerak, Teun (2007). Preventing Implementation: Exploring interventions with standardization in health care. *Science as Culture*, vol 16(3): 311–329.

Namn på intervjupersoner har utelämnats ur anonymitetshänseende.



	<b>"Flytta ut" (Röllikan)</b>	<b>"Samlokalisera" (Kamomillen)</b>
<b>Basfakta</b>		
<b>Patientgrupp i fokus</b>	(Enklare) patienter inom specialitet	Komplexa patienter, multisjuka
<b>Övergripande organisering</b>	Samverkan mellan sjukhus och primärvård; reella förändringar dock huvudsakligen inom vc	Integrering av olika professioner på en gemensam ny avdelning
<b>Formell logik</b>	Framför allt bättre tillgänglighet för en viss grupp patienter (diagnosbaserat)	Bättre samordning utifrån individens samlade behov
<b>Hinder och utmaningar</b>		
<b>Ekonomi, budget</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekonomin gick inte ihop "knappt ens från designstadiet"</li> <li>• Olika syn på ekonomi</li> </ul>	
<b>Regler och riktlinjer</b>		
<b>Ledning och organisering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Försöket dåligt förankrat i berörda verksamheter, kom "uppifrån" och för snabbt</li> <li>• Bemanningsproblem – "tappad resurs" på sjukhuset, personalrotation på vc</li> <li>• Otillräckligt tillflöde av patienter, remissvägen fungerade inte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillfälliga lokaler med inkörningsproblem</li> </ul>
<b>Tekniska system, IT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olika journalsystem på sjukhuset och vc skapade merarbete</li> <li>• Olika teknisk utrustning på sjukhus och vc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbetskrävande att sammanställa information då datasystem inte är kompatibla/uppdaterade</li> </ul>
<b>Professionella arbetssätt och samverkan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identitet och hierarki – motstånd bland utflyttade specialistläkare att flytta geografiskt, till "lägre" nivå, och känslan av att bli "isolerad" från sjukhusets större sammanhang</li> <li>• Samarbets- och kommunikations-svårigheter på ledningsnivå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nya samarbetsformer mellan professioner möjlighet och utmaning</li> <li>• Integrering/avgränsning mot andra avdelningar på sjukhuset</li> </ul>
<b>Kompetens och kompetensutveckling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindre möjligheter till samråd mellan kollegor inom samma specialitet på vc</li> <li>• Mindre möjligheter till kompetensutveckling (ST) på vc</li> <li>• Olika syn på vilken grad av kompetens som behövs på vc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upplevt ökat utbyte mellan professioner</li> </ul>
<b>Konsekvenser för patienter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blev det snabbare? Troligtvis inte</li> <li>• Blev det närmare? Tveksamt</li> </ul>	

**Figur 6:** Jämförelse mellan tre försök.

**”Datadrivet förbättringsarbete”  
(Hundkäset)**

	Befintliga patienter, en del av syftet att kartlägga dessa	
	På ett meningsfullt sätt fylla tomma lokaler vid en viss vårdcentral, ursprungligen tänkt till ”öppenvårdscentral”	
	Bättre vårdutbud utifrån patientpopulationens (otillfredsställda) behov	
	<b>Ur verksamhetsperspektivet</b>	<b>Ur det administrativa perspektivet</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydligt drivet av nyckeltal som genererar ekonomiska fördelar till enheten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inga resurser till att anställa ny analytikerkompetens</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfliktande direktiv från SCB kring samkörning av data</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Öppen agenda”, möjlighet men samtidigt osäkerhet/stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inget tydligt mål med projektet</li> <li>• Otydlig rollfördelning/mandat om vem som bör/kan delta i projektet</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuvarande system och gränssnitt stödjer inte att ta ut data på ett disaggregerat sätt</li> <li>• Olika delar av organisationen har olika målbilder av vilken information som behövs</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oro för ökad arbetsbelastning</li> <li>• Allmän förändringströtthet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovana att ta fram data på nytt sätt, för att ta reda på verksamhetens behov snarare än utifrån förutbestämda parametrar</li> <li>• Existerande rutiner tar upp all tid</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oförmåga att ta fram data på nytt sätt?</li> <li>• Oförståelse för nyttan med det hela?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rädsla för undanträngning av befintliga patienter?</li> </ul>	

**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 på  
[www.leadinghealthcare.se](http://www.leadinghealthcare.se)



**LEADINGHEALTHCARE.SE**