

**Leading Health Care**

LHC REPORT NR 1, 2023

Anna Krohwinkel &  
Jon Rognes

# Kunskapsstyrning i praktiken

INFÖRANDE, MOTTAGLIGHET OCH LOKAL  
OMSÄTTNING AV DEN NYA KUNSKAPSSTYRNINGEN



# Förord

Stiftelsen Leading Health Care har under de senaste två åren haft ett uppdrag från Sveriges kommuner och regioner (SKR) att göra en organisationsvetenskaplig analys av Nationellt system för kunskapsstyrning. Den första delrapporten, Kunskap (s)om styrmedel, behandlar systemets uppbyggnad och kom för cirka ett år sedan (LHC Report 2022:3). Den här rapporten inriktar sig på hur kunskapsstyrningens resultat i form av kunskapsstöd tillämpas eller omsätts i praktiken.

Sjukvårdens kanske mest envisa och uthålliga fråga är hur vi implementerar goda idéer, arbetssätt och tekniker. LHC har skrivit om implementering såsom ämnet behandlats inom organisationsvetenskapen flera gånger. I praktiken är implementering beroende av huruvida det som ska implementeras fungerar med verksamhetens modus operandi och placering i systemet. Vissa saker går inte att implementera för att de bryter mot en annan regel, inte berättigar till ersättning, strider mot rådande professionella normer eller något annat. Tillämpbarheten beror helt enkelt av mottagligheten i det system i vilket verksamheterna ingår.

En bokstavstrogen tillämpning av ett specifikt vårdförlopp i olika verksamheter kan därför vara knepig. Nationellt system för kunskapsstyrning har uppmärksammat detta, liksom SKR och Socialdepartementet gjort i den senaste överenskommelsen. Betoningen har förskjutits till att även inkludera de lokala sammanhangen, liksom vikten av att arbeta med förändring och verksamhetsutveckling parallellt med produktion av kunskapsstöd. Det ser vi väldigt positivt på.

I föreliggande rapport tittar vi närmare på vilka förutsättningar som behöver vara på plats för att effekterna av kunskapsstyrningen ska bli så bra som möjligt. Vår ambition är att rapporten ska ge ytterligare idéer för alla som ska genomföra kunskapsstyrning. Se den som ett stöd för hur man kan arbeta med förändring i vardagen.

Vi vill också passa på att tacka SKR, Emma Spak (till och med december 2022) och Fredrik Lennartsson som gav oss uppdraget och varit viktiga samtalspartners. Vi vill också tacka alla som arbetar inom olika delar av Nationellt system för kunskapsstyrning och framför allt Mats Bojestig för öppna och konstruktiva dialoger.

Åkersberga och Stureby i maj 2023

Anna Krohwinkel  
Forskningschef

Hans Winberg  
Generalsekreterare

Stiftelsen Leading Health Care

# Innehåll

<b>Bakgrund – uppdraget till LHC .....</b>	<b>4</b>
Projektets syfte och fokus.....	4
Metod, material och upplägg.....	5
Avgränsningar och utblick.....	5
<b>Den nya kunskapsstyrningen – från riktlinjeproduktion till lokal praktik.....</b>	<b>7</b>
<b>Kunskapsstyrningens förebild – Intermountain Healthcare.....</b>	<b>9</b>
Intermountain i korthet.....	9
Grunden för Intermountain – kvalitetsarbete enligt TQM.....	10
Intermountains arbetssätt – centrala komponenter .....	11
Intermountain som svensk förebild .....	13
<b>Nationellt system för kunskapsstyrning – uppbyggnad och arbetsprocesser i jämförelse med Intermountain.....</b>	<b>15</b>
Guidelines .....	16
Informationssystem.....	17
Förbättringsarbete – kultur och arbetssätt.....	18
Ekonomi och incitament.....	19
<b>Tillämpning i Sverige idag – exemplet vårdförlopp hjärtsvikt.....</b>	<b>22</b>
Material och metod .....	23
Vad ska införas?.....	23
Ramverk för att studera införande.....	24
Införande av hjärtsviktsförloppet .....	26
Observationer från intervjuerna .....	27
Tidigare studier av nationella riktlinjer på hjärtsviktsområdet .....	32
<b>Sammanfattning och slutsatser.....</b>	<b>36</b>
<b>Bilaga 1: Tillämpade teorier.....</b>	<b>39</b>
Perspektiv på kunskapsstyrning.....	39
Implementeringsteori .....	41
Beslutsfattande i komplexa organisationer.....	44
Beslutsunderlag och styrning i och av förändringsprocesser.....	47
<b>Bilaga 2: Intervjufrågor .....</b>	<b>50</b>

# Bakgrund – uppdraget till LHC

Stiftelsen Leading Health Care fick 2021 i uppdrag av hälso- och sjukvårdsavdelningen vid SKR att i samverkan med Nationellt system för kunskapsstyrning undersöka den nya kunskapsstyrningens roll i utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet.<sup>1</sup> Projektet har resulterat i två delrapporter, varav det här är den andra. Rapporterna är fristående men kan med fördel läsas tillsammans.

## Projektets syfte och fokus

Projektets målsättning har varit att studera kunskapsstyrningens tilltänkta och faktiska funktionssätt i samband med att en ny organisering grundad i regionalt samarbete byggts upp, och att utifrån en organisationsvetenskaplig grund bidra med analys och reflektion kring kunskapsstyrningens innehåll, logik och potentiella effekter. Det övergripande syftet har varit att komma med framåtsyftande utvecklingsförslag.

I vår första delrapport, *”Kunskap (s)om styrmedel: Organisationsteoretisk genomlysning av nationellt system för kunskapsstyrning”* (LHC Report 2022:3), ligger fokus på förutsättningarna under vilka kunskap produceras inom Nationellt system för kunskapsstyrning. Vi beskriver hur den centrala organisationen byggts upp, hur fokusområden definierats, hur arbetsprocesserna ser ut, och vilka outputs (formella såväl som informella) som systemet genererar. Utifrån de val som gjorts resonerar vi kring kunskapsstyrningens möjligheter och begränsningar i termer av ändamålsenlighet, räckvidd och relevans för att på olika sätt bidra till utveckling av vården.

I den här delrapporten fördjupar vi analysen kring de förutsättningar under vilka kunskap tillämpas, eller omsätts i praktik. Vi tittar på hur man organiserar sig lokalt för att underlätta för vårdprofessionella att använda kunskapsstöd, och hur kunskapsstyrningen kommer in i kontinuerligt förbättringsarbete. Implementering, mottagande och tillämpning är områden där aktörer inom Nationellt system för kunskapsstyrning själva efterfrågar bättre underlag. Det är också områden som är centrala att undersöka för att fastställa vilka styrande effekter kunskapsstyrningen i praktiken har, och hur ansvaret för att utveckla systemet bör fördelas på olika nivåer framöver.

---

<sup>1</sup> Vi refererar till vårt studieobjekt omväxlande som Nationellt system för kunskapsstyrning, den nya kunskapsstyrningen, eller kort och gott, kunskapsstyrningen. För en diskussion kring hur Nationellt system för kunskapsstyrning förhåller sig till världens kunskapsstyrningssystem som helhet, se delrapport 1. Frågan kring olika aktörers ansvarsområden och mandat återkommer i slutsatsavsnittet.

## Metod, material och upplägg

Studien har genomförts utifrån ett organisationsvetenskapligt perspektiv av forskare med samhällsvetenskaplig bakgrund. Empiriskt bygger den här rapporten på kvalitativt material som samlats in i flera steg. Här ingår tidigare forskning kring implementering och systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården, dokumentation från intervjuer kring införandet av ett vårdförlopp, samt stödmaterial från Nationellt system för kunskapsstyrning kring implementering och verksamhetsutveckling.

Rapporten inleds med en kort bakgrund om Nationellt system för kunskapsstyrning och arbetet hittills. Vi har därefter valt att belysa lokal tillämpning av den nya kunskapsstyrningen utifrån två empiriska perspektiv:

- Dels tittar vi på hur idéer om implementering och lokal omsättning formulerades vid etableringen av Nationellt System för Kunskapsstyrning, och ställer idéerna mot den organisation och de arbetsprocesser som *de facto* byggts upp på verksamhetsnära nivå fram till och med idag. Här ingår en jämförelse med hur kunskapsstyrning och kvalitetsarbete fungerar inom Intermountain Healthcare i Utah – en central förebild för Nationellt System för Kunskapsstyrning.
- Vi tittar också på hur produkter från den nya kunskapsstyrningen mottas och införs inom hälso- och sjukvården idag, utifrån exemplet *”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad”*. Fallstudien bygger i huvudsak på intervjuer kring aktuellt införande inom regionerna och de processer som satts igång lokalt. En jämförelse med tidigare forskning kring implementering av nationella riktlinjer inom samma vårdområde har ingått, för att ge perspektiv på vilka ”gamla” vs. ”nya” utmaningar som Nationellt System för Kunskapsstyrning ger upphov till.

Ovanstående ger tillsammans med material i tidigare rapport kring kunskapsstyrningens målsättningar, uppbyggnad och inriktning underlag för en nivåstrukturerad analys av kunskapsstyrningens funktionssätt idag. Våra slutsatser berör viktiga vägval för att utveckla kunskapsstyrningen framöver och säkerställa ändamålsenliga effekter. Detta innefattar åtgärder inom Nationellt system för kunskapsstyrning, men även åtgärder som ligger inom andra aktörers mandat och ansvarsområden.

## Avgränsningar och utblick

Den här rapporten gör inte anspråk på att ge en fullständig bild av hur den nya kunskapsstyrningen implementeras. Det vore en omöjlig uppgift för en så pass

begränsad studie som vår, givet det höga antal produkter som kunskapsstyrningen redan genererat, och på grund av den stora variationen mellan de vårdområden som inbegrips. I samband med detta är det viktigt att betona att vårt mål inte har varit att bedöma om någon viss riktlinje eller vårdförlopp tillämpas ”på rätt sätt”, ej heller att jämföra implementeringstakten mellan regioner eller verksamheter. Detta har också varit en utgångspremiss för de intervjuer som genomförts.

Snarare än en normativ bedömning har vår ambition med de två rapporterna varit att sammantaget täcka in olika nivå- och aktörsperspektiv för att få ett helhetsintryck kring hur Nationellt System för Kunskapsstyrning fungerar idag. Vi tolkar våra observationer mot bakgrund av teorier från organisationsvetenskapen som bedömts tillämpliga (se bilagor i rapport 1 och 2) och tidigare exempel på hur framgångsrikt förbättringsarbete kan bedrivas. Styrkan i detta angreppssätt framför allt att det skapar perspektivseende, visar på alternativ och stimulerar till diskussion kring vad kunskapsstyrning är, kan och bör vara. Det inbegriper också att diskutera ändamålsenliga avgränsningar för Nationellt system för kunskapsstyrning och tydliggöra vilka utvecklingsfrågor som behöver hanteras av andra aktörer.

Under projektets gång har vi haft kontinuerliga avstämningar med vår beställare, hälso- och sjukvårdsavdelningen vid SKR. Arbetsversioner av rapporten har diskuterats vid ett forskarinternat om kunskapsstyrning samt vid ett internt LHC-seminarium på samma tema. Fallstudien om vårdförlopp hjärtsvikt har faktagranskats av processledare vid Nationella stödfunktionen för Nationellt system för kunskapsstyrning, SKR. För rapportens innehåll och slutsatser svarar dock stiftelsen Leading Health Care och författarna ensamma.

# Den nya kunskapsstyrningen – från riktlinjeproduktion till lokal praktik<sup>2</sup>

Etableringen av Nationellt System för Kunskapsstyrning 2018 är en del i sedan länge pågående kunskapsstyrningsambitioner inom hälso- och sjukvården, där sättet som arbetet fördelats mellan olika aktörer har förändrats många gånger. En trend är att formaliseringen av styrningen succesivt ökat, liksom betoningen på jämlikhet och jämförbarhet över landet. Regionernas beslut att bygga upp en särskild kunskapsstyrningsorganisation kan ses som ett led i detta. Den regiongemensamma organiseringen kan även ses som ett försök att pröva nya former för en centraliserad kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården som komplement till de nationella myndigheternas arbete.

Den nya organisationen innebär att ett stort antal diagnosområdesbaserade och tvärgående arbetsgrupper bildats och resurssatts på nationell, sjukvårdsregional och regional nivå. Grupperna bygger i hög utsträckning på expertkonstellationer som fanns redan tidigare, men innefattar också utvecklade ambitioner om patientmedverkan och samverkan med kommuner. Den gemensamma visionen för kunskapsstyrningen medför ambitioner och förväntningar på flera olika nivåer och ledder i hälso- och sjukvårdssystemet, från den nationella arenan till det enskilda vårdmötet. Flera olika slags arbetsprocesser inbegrips – från centraliserad produktion av rekommendationer till professionellt nätverkande och lokalt kvalitetsarbete.

En huvudaktivitet inom Nationellt system för kunskapsstyrning är framtagande och spridning av medicinska kunskapsstöd. I likhet med annat riktlinjearbete på nationell nivå motiveras detta bland annat av behovet att minska skillnader i utfall och öka jämlikheten i den hälso- och sjukvård som erbjuds över landet. Till skillnad från exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer som riktar sig till beslutsfattare som stöd i resursfördelningsfrågor, så strävar Nationellt system för kunskapsstyrning efter att framtagna kunskapsstöd ska användas av vårdprofessionella som möter patienter i klinisk verksamhet.

Att tidigare riktlinjearbete från myndigheter inte fått tillräckligt genomslag är ett ofta framfört argument för den nya regiongemensamma organiseringen. Även de parallella spåren där professionsföreningar såväl som enskilda regioner tidigare arbetat alltför fristående beskrivs motivera mer centralt utformade standards och jämförelser av

---

<sup>2</sup> Detta avsnitt bygger på vår tidigare delrapport "Kunskap (s)om styrmedel: Organisationsteoretisk genomlysning av Nationellt system för kunskapsstyrning" (LHC Report 2022:3) samt bakgrundsarbete till SKR (2022) "Rekommendation till regioner om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023–2027".

vårdresultat. Regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem uppfattas kunna bli både mer användarvänligt och bättre förankrat i klinisk praktik som följd av konstruktionen där medicinska experter är utsedda av sina regioner, snarare än att de arbetar i egen regi eller representerar enskilda specialistföreningar.

Genomlysningar visar att Nationellt system för kunskapsstyrning under etableringsfasen framför allt utvecklat sin roll på den nationella och regiongemensamma nivån. Man har blivit en part till myndigheter och en naturlig ingång för externa intressenter som söker specialistkunskap inom ett visst sjukdomsområde. De strukturer och kommunikationskanaler för nätverkande mellan experter som byggts upp beskrivs som en av de viktigaste konsekvenserna hittills av den nya organisationen. Samtidigt framhålls att förhållandet mellan kunskapsunderlag från olika aktörer, såsom vårdförlopp och statliga kunskapsstöd, behöver stärkas framöver (ÖK 2023).

Det har fram tills nu setts som för tidigt att systematiskt kunna påvisa konkreta resultat av den nya kunskapsstyrningen i vårdens vardag. Att kunna visa vilken utveckling och vilket mervärde som genereras för patienter beskrivs som avgörande för att legitimitet och engagemang för systemet ska bli långsiktigt i verksamheterna. Ett problem som lyfts är att arbetet i för hög grad koncentrerats på uppbyggnad av en ny organisation och framtagande av nya kunskapsstöd, istället för omsättning av befintliga kunskapsstöd i vårdpraktiken. Kunskapsstyrningens kopplingar till andra strategiska utvecklingsinitiativ inom hälso- och sjukvården, såsom nära vård eller digitalisering, behöver också förtydligas. SKR:s rekommendation om fortsatt utveckling av Nationellt system för kunskapsstyrning 2023–27 betonar särskilt att utvecklingen framåt behöver ha fokus på det lokala införandet i form av implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap, där prioriteringar och avvägningar i införandet behöver ske utifrån lokal analys.



# Kunskapsstyrningens förebild: Intermountain Healthcare

Nationellt system för kunskapsstyrning har inspirerats av ett framgångsrikt kvalitetsarbete vid Intermountain Healthcare i Utah, USA. Modellen har beskrivits ingående i förarbeten till etableringen (se vidare nedan), och omtalas även helt nyligen på kunskapsstyrningens hemsida som ett inspirationsexempel för regionernas arbete med lokal verksamhetsutveckling.<sup>3</sup> Vi skall här beskriva de bärande principerna i Intermountain's system för kunskap, data och analys. Det baseras på Intermountain's egna material, en litteraturgenomgång samt egna besök på plats och intervjuer med nyckelpersoner kopplade till tidigare studier/uppdrag. Vi tittar därefter på hur principerna tillämpats praktiskt i uppbyggnad och arbetssätt inom Nationellt system för kunskapsstyrning centralt och lokalt.

## Intermountain i korthet

Intermountain Healthcare är en hälso- och sjukvårdsorganisation baserad primärt i delstaterna Utah och Idaho. Dess nätverk av sjukhus och kliniker tillhandahåller mer än hälften av all vård som ges i regionen. Intermountain har allt från mindre primärvårdsmottagningar på landsbygden till stora universitetssjukhus. Majoriteten av vården utförs av privatpraktiserande lokalt baserade läkare och ersätts av statliga och privata beställare enligt den amerikanska modellen för sjukvårdsförsäkringssystem. Intermountain erbjuder också egna försäkringslösningar till sina patienter.

Intermountain lyfts ofta fram som ett sjukvårdssystem som över lång tid haft relativt låga kostnader och hög kvalitet. Två faktorer återkommer som förklaring till detta: För det första har man utvecklat ett system för att mäta, analysera och återkoppla detaljerad klinisk statistik och resultatdata, även ekonomiskt utfall, till kliniknivå. För det andra finns en dedikerad utvecklingsavdelning som använder data för att följa upp och utvärdera kvalitet och för driva förbättringsarbete på ett systematiskt sätt.

---

<sup>3</sup> Jmf.

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/nyheter/nyheter/filmertillstodforforbattringsarbete.67397.html>

## Grunden för Intermountain – kvalitetsarbete enligt TQM

Intermountain har arbetat med att tillämpa kvalitetsledning enligt TQM sedan 1984. TQM är en verksamhetsansats som bygger på kundfokus; målet med det egna arbetet är att på bästa sätt uppfylla användarnas krav och önskemål. Inom näringslivet betecknas användarna som kunder, och vi låter det vara så i denna text, även om begreppet är svårt att definiera inom vårdsektorn. Kunder kan vara såväl interna (medarbetare) som externa (patienter inom vården). Kundtänkande kräver att fokus ändras från den egna uppgiften till vad nästa användarled behöver för att slutresultatet ska bli bra. Alla medarbetare ska vara involverade i kvalitetsarbetet, vilket innebär att kontinuerligt arbeta med att förbättra processer, produkter, service och förhållningssätt. Processarbetet sker genom att fokusera på att minimera variation och avvikelser.

Några viktiga principer:

- Kundfokus internt – skapa sammanhang och samverkan
- Involvera alla medarbetare – kvalitet är allas ansvar
- Mätning lokalt av kvalitet och avvikelser – statistisk processkontroll
- Små stegvisa förbättringar
- Långsiktighet samt arbete nedifrån och upp

TQM innebär en delegering av ansvar till lägsta möjliga nivå och ett ansvar som även är horisontellt, det vill säga att kunder ska ha möjlighet att direkt påtala brister och föreslå förbättring utan att detta behöver ske via den formella linjens kanaler.

TQM var mycket tongivande inom kvalitetsarbete under 1980–90-talen men har senare överskuggats av nya begrepp och modeller, som exempelvis Lean production. Några centrala namn inom rörelsen är W. Edwards Deming och Joseph Juran som bygger på lärdomar från studier av japansk produktion.<sup>5</sup> En övergripande lärdom, som även gäller Lean, är att kvalitetsarbete ses som en övergripande filosofi för verksamheten snarare än en samling verktyg som kan tillämpas var för sig. För att fungera bör det genomsyra alla delar, vilket gör det till en kultur- och värderingsfråga likväl som en fråga om arbetssätt och processer.

---

<sup>4</sup> <https://deming.org/demings-ideas-applied-at-intermountain-healthcare-since-1988/>

<sup>5</sup> Se t ex Deming, W. E. (1986) *Out of the crisis: quality, productivity and competitive position*. Cambridge, Cambridge University Press.

## Intermountains arbetssätt – centrala komponenter

Intermountain Healthcare och dess fokus på uppföljning och förbättring har till stor del utformats av Dr Brent James. James och hans kollega Lucy Savitz har beskrivit de centrala arbetssätten i en artikel,<sup>6</sup> och deras beskrivning har även utgjort underlag för flera böcker och utbildningar om förbättringsarbete inom sjukvårdsorganisationer. Fyra viktiga komponenter i hur man jobbar med detta vid Intermountain består i att:

- identifiera **nyckelprocesser** i vården och skapa **guidelines** för dessa;
- skapa **informationssystem** utformade för **parallell klinisk och ekonomisk** uppföljning;
- stödja **verksamheterna** så att de har möjlighet att agera på detta och **genomföra förändring/förbättring**;
- **anpassa** (ekonomiska) **incitament** så att verksamheterna inte drabbas negativt av de förändringar man väljer att göra.

### Guidelines och vårdprocesser

Guidelines kan översättas till vårdförlopp i svenska kunskapsstyrningstermer. En utgångspunkt är att det finns ett evidensbaserat bästa sätt att bedriva vård i de flesta fall, och det skall man arbeta efter. Intermountain har sedan länge tagit fram faktabaserade kliniska riktlinjer för att hantera givna diagnos- och behandlingssituationer. *Hur* man arbetar med riktlinjerna har dock utvecklats över tid. Klinikernas erfarenhet från de egna verksamheterna visade att standardiserade vårdprogram och -förlopp ofta inte är helt tillämpliga i en enskild patientsituation. Vårdpersonal var tvungna att anpassa behandlingsval till varje patients särskilda behov. Om någon anpassning visade sig vara återkommande, ändrade vårdteamet ibland i riktlinjen som svar på avvikelserna, för att återspegla verksamhetens verklighet och förutsättningar mer exakt. Parallellt utvecklade läkare och andra vårdprofessionella sina arbetssätt för att följa de aktuella riktlinjerna så noga som de kunde.

Även om den initiala riktlinjen representerade en evidensbaserad standard för bästa vård, ledde den lokala anpassningen till många förändringar i dokumenten. I början av tillämpningen av en riktlinje var förändringstakten hög. I ett beskrivet fall föreslog teamet mer än 125 ändringar under de första fyra månaderna av användning.

---

<sup>6</sup> James, Brent C; & Savitz, Lucy A (2011) How Intermountain Trimmed Health Care Costs Through Robust Quality Improvement Efforts. *Health Affairs*; Jun 2011; 30.

Riktlinjen i fråga innehöll 840 specifika rekommendationer om "bästa vård" inom ett visst sjukdomsområde.<sup>7</sup>

## Informationssystem – data och analys

Intermountain lägger mycket resurser på att mäta och analysera all vård både i processerna och i klinikstrukturen för att kunna följa och utveckla dessa vidare hela tiden. Patientspecifika data ligger till grund för analysen, och man lägger mycket arbete på att förstå samband och effekter. För detta finns omfattande personalresurser och kompetens för datahantering och analys, och lokala resurser avsätts kopplat till varje förbättringsinitiativ. Att återkoppla resultat på alla nivåer inom organisationen är centralt. Samtidig mätning av både vårdresultat och ekonomiska resultat ger en samordning mellan verksamhets-/kvalitetsstyrning och ekonomistyrning.

James och Savitz betonar att om man väljer att basera sin kliniska utvärdering enbart på aggregerade administrativa data kommer man att misslyckas, då dessa är för trubbiga. Detaljnivån saknas, och data är sällan åtkomlig med rätt timing för vårdverksamheten. De menar också att datahantering och -analys så långt det är möjligt ska ske inom den egna organisationen. Datarapportering till externa parter, exempelvis reglerande myndigheter, huvudmän eller betalande parter (försäkringsbolag etc.) konkurrerar ofta om begränsade interna resurser och kan därför bromsa ansträngningarna att lokalt förbättra kvaliteten och minska kostnaderna.

## Systematiskt förbättringsarbete

Intermountains organisation är lokalt decentraliserad, och bygger på stora frihetsgrader för klinikerna att utforma sina egna arbetssätt. Förbättringsarbetet förutsätter att tid och resurser avsätts lokalt i alla personalkategorier. Lokala team bestående av läkare, sjuksköterskor, andra vårdprofessionella och administratörer, använder det kliniska ledningsinformationssystemet för att granska data om medicinska utfall, processer (tidsvariabler), kostnader och patientnöjdhet inom sitt verksamhetsområde. Ansvariga teamrepresentanter från hela Intermountain-organisationen träffas varje månad som en grupp för att identifiera och ta itu med förbättringsmöjligheter. De testar möjliga lösningar och sprider framgångsrika resultat inom organisationen.

En viktig del är gemensamma professionella värderingar med fokus på patienternas behov och en kultur där hög kvalitet, och vikten att arbeta kontinuerligt mot detta, lyfts fram. En annan viktig del är ett systematiskt arbete för att minimera risken med införande av nya metoder. Det finns en central kvalitetsavdelning (Institute for

---

<sup>7</sup> Ibid.

Healthcare Delivery and Research) som stöd och samtliga chefer ska ha genomgått ett särskilt ledarskapsprogram för förändringsledning.

## Ekonomiska incitament

Kvalitetsförbättring ses i sig som en preventiv strategi. Man uppnår kostnadsbesparingar genom att förbättra vården "uppströms" och därigenom undvika dyra och/eller onödiga åtgärder "nedströms". De flesta kliniska besparingarna härrör från minskade sjukhusvistelser, minskade akutmottagningsbesök och minskad resursåtgång inom vårdprocesser.

James och Savitz diskuterar en möjlig backlash-effekt av detta, beroende på hur vårdverksamheten budgeteras och ersätts. När Intermountain förbättrade de medicinska utfallen och kostnaderna sjönk så minskade ersättningarna också – ofta mer än minskningen i driftskostnader. När verksamheten förbättrades försvann alltså resurserna för att driva på ytterligare förändringar. Slutsatsen är att om en vårdenhets lyckas dra ner på vårdkostnaderna genom att förbättra sin kvalitet, så måste en del av dessa besparingar återföras till kliniken i fråga. Här behöver nya styrningsrutiner utvecklas med fokus på helhetsperspektiv.

## Intermountain som svensk förebild

2013 gav dåvarande SKL en forskargrupp i uppdrag att göra en jämförelse mellan Intermountain Healthcare och svensk hälso- och sjukvård.<sup>8</sup> Forskarnas framställning stämmer väl överens med James och Savitz beskrivning, och relaterar denna till aspekter av det svenska vårdsystemet. Flera likheter lyfts fram mellan Intermountain och en svensk region som huvudman för hälso- och sjukvården. Man konstaterar bland annat att inriktningen mot kundfokus väl överens med den kvalitetsrörelse inom TQM som pågått i Sverige sedan 80-talet.

I rapporten identifieras principer från Intermountain som skulle kunna tjäna som inspiration för ett utvecklat kvalitetsarbete inom svensk hälso- och sjukvård. De slutsatser som har tydligast koppling till kunskapsstyrning kan sammanfattas enligt följande:

- Kvalitetsutveckling som bygger på generella principer om processorientering med fokus mot värdeskapande för patienten är fullt möjlig att omsätta i svensk vårdpraktik.

---

<sup>8</sup> Daneryd, P., J. Stenberg och J. Elg (2014) *Intermountain Healthcare: Styrning för kvalitet i ett högpresterande system*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- Systematiskt utvecklingsarbete med vårdprocesser som grund ger förutsättningar för standardisering av det som går att standardisera, och frigör därmed utrymme för det som är svårare att standardisera.
- Verksamhetsstyrning av IS- och IT-utvecklingen med ett processperspektiv är fullt möjlig och ger då omfattande möjligheter till beslutstöd, men förutsätter långt tidsperspektiv och investeringar.
- Alla chefer och verksamhetsledare ska behärska förändringsledning och främja tvärprofessionellt och tvärdisciplinärt samarbete.
- Kvalitetsstyrning är det yttersta målet för kunskapsstyrning, men förutsätter en nära samordning med ekonomistyrningen. En faktabaserad helhetssyn leder till en sammanhållen balanserad styrning på alla organisatoriska nivåer.

# Nationellt system för kunskapsstyrning – uppbyggnad och arbetsprocesser i jämförelse med Intermountain

Nationellt system för kunskapsstyrning bygger på en nivåstrukturerad modell där aktörer på nationell, regional och lokal förväntas ta olika roller, ansvar och uppdrag i relation till utvecklingen av en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård generellt. Landsting och regioner i samverkan ansvarar enligt modellen huvudsakligen för gemensamt framtagande av användbara kunskapsunderlag och uppföljningar, samt att skapa arenor för erfarenhetsutbyte. Ansvaret att besluta om, stödja och följa upp utveckling och förbättring av vårdverksamheterna utifrån bland annat gemensamma riktlinjer ligger på sjukvårdshuvudmännen. Verksamheterna ska säkerställa att bästa möjliga kunskap finns tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. De ska också arbeta med lärande, i och med att arbetssätt systematiskt utvärderas och utvecklas lokalt.<sup>9</sup> Denna ansats rymmer konceptuellt väl med hur kvalitetsarbete bedrivs inom Intermountain Healthcare.

I fråga om hur arbetet med den nya kunskapsstyrningen ska gå till rent praktiskt lämnas formellt stora frihetsgrader till regionerna. På hemsidan [www.kunskapsstyrningvard.se](http://www.kunskapsstyrningvard.se) finns en sammanställning av olika verktyg och metoder för verksamhetsutveckling som kan tjäna som inspiration.<sup>10</sup> Det finns också länkar till framgångsrikt kvalitetsarbete internationellt, bland annat inom Intermountain. Parallellt med att de lokala frihetsgraderna i val av arbetssätt betonas, så har en bärande grundtanke dock varit att den nya kunskapsstyrningen blir mer effektiv om huvudmännen anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen. Uppföljning visar att de allra flesta regioner har byggt upp eller är på gång med att bygga upp lokala kunskapsstyrningsenheter som speglar de nationella grupperingarna. I vilken grad regionerna integrerar denna organisation med funktioner för annan typ av verksamhetsutveckling varierar. Vår tidigare rapport tydde dock på att kunskapsstyrningen ofta uppfattas och bedrivs som ett parallellt projekt till andra stora utvecklingsåtgärder såsom nära vård eller digitalisering. Det försvårar den typ av

---

<sup>9</sup> Se bakgrundsbilaga i SKR (2017). Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning: Förbundsstyrelsens beslut. Meddelande från styrelsen 9/2017.

<sup>10</sup>

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/verksamhetsutveckling/verksamhetsutvecklingssystemetforkunskapsstyrning.44274.html>

helhetssyn och integrering av olika delar i kvalitetsarbetet som betonas inom Intermountain.

En annan skillnad är att Intermountain Healthcare explicit integrerar sitt kvalitetsarbete med klinisk forskning och utveckling. Publicering av nya kliniska forskningsresultat ingår som en del i processen att utarbeta och utveckla kunskapsstöd. Det svenska systemet för kunskapsstyrning bygger i högre grad på att befintlig kunskap, som idag är underanvänd i verksamheterna eller används på ett ojämnt sätt, sammanställs och förs ut på ett systematiskt sätt.

## Guidelines

Medicinska riktlinjer från de nationella programområdena, framför allt i form av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, är ett huvudspår i arbetet med Nationellt System för Kunskapsstyrning. Den finansiering som Socialdepartementet i samverkan med SKR tillhandahåller för framtagande och implementering av vårdförlopp (se t ex ök 2023) förstärker detta fokus. Vårdförloppen riktar sig direkt till kliniker i praktisk verksamhet, samtidigt som det framgår att det förutsätts någon form av organiserat mottagande. De statliga medlen används i regionerna bland annat till att anställa processledare för införandet av vårdförlopp lokalt, samt till kommunikations- och utbildningsinsatser kring detta. Medlen går även till en central stödfunktion vid SKR inriktad specifikt på utveckling, spridning och uppföljning av vårdförlopp.

Ett centralt stöddokument som tagits fram är ”Checklista för regional analys avseende vårdförlopp – Ett praktiskt stöd vid regionernas analys och fastställande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp”. Checklistan är frivillig att använda men rekommenderas av både Nationellt System och SKR som ett viktigt steg i mottagandet av vårdförlopp. Checklistan innehåller en rad öppna frågor kring hur nyttan med kunskapsstödet kan beskrivas/kommuniceras, vem och vilka som påverkas, vilka förändringar som behöver genomföras, och vem som ska ta ansvar för att de genomförs. Utifrån detta har de flesta regioner tagit fram egna lokala mallar för mer konkret gap-analys, det vill säga identifierade skillnader mellan nuvarande mellan nuvarande hälso- och sjukvård (medicinskt, organisatoriskt, i termer av kompetensbehov, teknisk apparatur, mm) och den som rekommenderas i aktuellt kunskapsstöd.

Gemensamt för de stöddokument vi tittat på är att de lyfter fram en rad förutsättningar och möjliga konsekvenser på regional nivå för att vårdförlopp ska gå att införa. Utgångspunkten är alltså en ”rak” implementering, där förändringar eller anpassningar av vårdförloppet lokalt inte finns med som ett alternativ i införandet. I de fall anpassning nämns är det en oönskad konsekvens på grund av bristande förutsättningar. Alternativt så nämns behovet att framgent kunna anpassa sig till



uppdateringar av riktlinjen som beslutats centralt. Detta utgör en betydande skillnad mot arbetssättet inom Intermountain, där lokal anpassning och kontinuerlig justering av centralt utformade riktlinjer ses som en central del i kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå.

En annan aspekt som behöver utvecklas inom kunskapsstyrningen är patientdelaktighet och -involvering (jmf ”kundfokus”). Patientrepresentation eftersträvas vid produktion av kunskapsstöd (se tidigare rapport), men det behöver också förstås hur det ska konkretiseras i klinisk praktik. Patientkontrakt och personcentrering beskrivs som en integrerad del i vårdförloppen, men även här ligger fokus på att säkerställa att individen erbjuds vård enligt riktlinjerna. Vår fallstudie om hjärtsviktsförloppet (se kommande avsnitt) antyder att ”passande” patienter selekteras för att ingå i vårdförloppen, snarare än att vårdförloppens steg anpassas så att de passar varje patient. Det behöver också förtydligas hur patientmedverkan ska realiseras som en del i det lokala förbättringsarbetet generellt.

## Informationssystem

I bakgrundsarbetena till den nya kunskapsstyrningen betonas att data behövs på alla nivåer i systemet.<sup>11</sup> Verksamhetsnivån behöver ha tillgång till uppföljningsdata som kan analyseras ofta för att ständigt kunna förbättra sig. För att kunna förändra behöver verksamheten/teamet ha satt upp mål och följa sina resultat för att se mönster, vilket kan ge information som leder till att man behöver ändra sina arbetssätt. Samtidigt uttrycks ambitioner om förbättrad uppföljning och jämförelser på central nivå, huvudsakligen genom att Nationella kvalitetsregister ska bli en integrerad del av kunskapsstyrningen.

En viktig insikt från organisationsforskningen är att det krävs olika slags styrningsunderlag för att fatta beslut och främja utveckling på central respektive lokal nivå. Att de data som är relevanta att agera på centralt respektive lokalt skiljer sig i aggregeringsnivå, detaljeringsgrad och tidskritiskhet är relativt välkänt. Ett exempel ges i Riksrevisionens granskning av svenska kvalitetsregister,<sup>12</sup> som beskriver hur det ursprungliga syftet med registren – lokal kvalitetsutveckling utifrån enskilda klinikers behov – i många fall kommit i skymundan samtidigt som det sekundära syftet – styrning och uppföljning – har stärkts.

Vi ser samma typ av utveckling inom kunskapsstyrningen, där behovet av standardisering och central uppföljbarhet successivt har kommit att betonas mer. Det

---

<sup>11</sup> Se bakgrundsbilaga i SKR (2017). Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning: Förbundsstyrelsens beslut. Meddelande från styrelsen 9/2017.

<sup>12</sup> Riksrevisionen (2013). Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning? RiR 2013:20. Stockholm: Riksrevisionen.

handlar här framför allt om att följa upp implementeringen av vårdförloppen fortskrider. I den senaste överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR betonas att en ökad samordning mellan såväl kvalitetsregister som Socialstyrelsens hälsodataregister och data från SKR:s olika vårddatainsamlingar behöver utvecklas, så att indikatorer som tagits fram centralt kan användas i uppföljningen av vårdförlopp. Detta kan vara relevant för att stärka den nationella jämförbarheten, men ersätter inte behovet av andra typer av data som kan fungera som beslutsstöd på lokal verksamhetsnivå.

Regionalt kopplas frågan kring uppföljning av vårdförlopp ofta till införandet av nya vårdinformationssystem. De frågor som aktualiseras i samband med detta är framförallt informationstekniska frågor kring till exempel specificering av indikatorer, kodning och dokumentation.<sup>13</sup> Vi uppfattar att diskussionerna kretsar kring hur mätbarhet av specificerade indikatorer ska uppnås, snarare än vilka indikatorer som är relevanta att mäta för att stödja lokal verksamhetsutveckling. Angreppssättet skiljer sig mot Intermountain där det betonas att återkopplingen behöver ske i korta feedbackloopar, fokusera på sådant som är lokalt relevant och kunna justeras i och med att förutsättningarna i omvärlden förändras. Detta kräver dock att analysresurser kopplade till lokalt förbättringsarbete avsätts i en omfattning som är mångfaldigt högre än vad som är brukligt i svenska regioner.

Inom Intermountain betonas även att uppföljning av medicinska resultat och ekonomiska konsekvenser behöver göras parallellt, och med ett helhetsperspektiv utöver införandet av enskilda riktlinjer. Här finns stora utvecklingsmöjligheter inom svensk hälso- och sjukvård som inte bara aktualiseras i initiativet med den nya kunskapsstyrningen, utan även t ex i utmaningarna med uppföljning av omställningen mot nära vård.<sup>14</sup>

## Förbättringsarbete – kultur och arbetssätt

Vi vet från tidigare forskning att införande av en och samma riktlinje påverkas starkt av lokala förutsättningar och tidigare arbetssätt. Erfarenheter av tidigare riktlinjearbete inom samma sjukdomsområde, men också mer generell erfarenhet av förbättringsarbete spelar in.

En regional modell som ofta lyfts fram som ett gott exempel på lokalt kunskapsstyrningsarbete är den i Region Jönköping, där man länge arbetat lokalt med ett uttalat fokus på verksamhetsutveckling, kvalitet som strategi och ständiga

---

<sup>13</sup> SKR (2022). Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: Verksamhetsrapport 2021.

<sup>14</sup> Jmf LHC 2021:1. Lärdomar från utvärdering av Nära Vård: En utvärderardialog kring praktiska problem och lösningar.

förbättringar.<sup>15</sup> Utvecklingsarbetet drivs lokalt på ett sätt där man integrerar centralt utformade riktlinjer som en (av många) delar. Som förutsättningar betonas ett metodiskt förbättringsarbete som genomsyrar organisationen och en kultur som stimulerar till ständigt lärande, kreativitet och nya idéer från olika håll. Att personalen inom hälso- och sjukvården utbildas i modern klinisk förändringsledning och systematiskt utvecklingsarbete ses också som en hörnsten, och regionen erbjuder bland annat kurser som genomförs i nära samarbete med Intermountain Healthcare. Förutom teknisk metodkunskap så betonas förankring och förtroende hos vårdprofessionella för arbetssättet som en nyckelfaktor.

Tidigare forskning inom kvalitetsarbete betonar att medarbetarnas känsla av ”ägarskap” och samskapande i utvecklingen spelar en stor roll för resultaten. Här är det intressant att dra paralleller till en nyligen genomförd enkätstudie från Svenska Läkaresällskapet,<sup>16</sup> som visar att legitimiteten för kunskapsstöd från Nationellt System för Kunskapsstyrning är betydligt högre bland specialistföreningar som också producerar egna kunskapsstöd och som samverkar med regionernas kunskapsstyrningsorganisation kring dessa.

Här har vi även pekat på risken med att en separat uppbyggd organisation för den nya kunskapsstyrningen riskerar att rikta fokus mot implementering av kunskapsunderlag från en särskild avsändare. Det kan försvåra samverkan men även hämma den långsiktiga uppbyggnaden av kvalitetsarbete som en övergripande filosofi för verksamheten, något som inom Intermountain betonas som centralt för att förbättringsarbetet ska bli framgångsrikt.

## Ekonomi och incitament

En bärande tanke inom Nationellt System för Kunskapsstyrning är att införande av vårdförlopp utifrån senaste evidens ska öka effektiviteten i användningen av befintliga resurser inom hälso- och sjukvården. Framförallt tidsfaktorn i olika vårdprocesser betonas: genom att fler patienter får rätt diagnos och behandling snabbare så minskar slacken i systemet. På patientnivå minskar risken för försämringar av tillstånd och onödigt lidande. I förlängningen antas arbete med vårdförlopp leda till minskning av undvikbar vård. På ett idémässigt plan är utgångspunkterna samma som inom Intermountain.

I fråga om faktiska ekonomiska incitament för införande av vårdförlopp så är ersättningsmodellerna snävare. Inom de allra flesta vårdområden ersätts vårdgivarna

---

<sup>15</sup> En referens är en artikel i vårdförbundets tidning Vårdfokus så tidigt som år 2006, där man lyfter fram att ”förbättringsarbete i Jönköping har räddat hundra människors liv. Genom en rad förbättringsarbeten har sjukhusen i Jönköpings län lyckats minska antalet dödsfall på sjukhus med cirka hundra under de senaste elva månaderna.”

<sup>16</sup> Svenska Läkaresällskapet (2022). SLS föreningar om kunskapsstyrningssystemet – en enkätundersökning.

prestationsbaserat, dvs utifrån utförd vård. Det är ett känt faktum som försvårar införande av preventiva och innovativa arbetssätt generellt,<sup>17</sup> då de initiala insatserna ofta blir kostnadsdrivande på kort sikt (fler insatser/undersökningar för fler patienter). Den ”lösning” som överenskommits mellan staten och regionerna bygger på att vårdförloppens utveckling och införande delfinansieras med tidsbegränsat tillskjutna budgetmedel. Särskilt mindre regioner anger att den statliga finansieringen är av avgörande betydelse för kraftsamling i införandet.<sup>18</sup> Modellen skapar alltså incitament för att arbeta med enskilda vårdförlopp lokalt; dock främjar den inte per automatik helhetssyn eller långsiktighet i arbetet.

En kritik mot den nya kunskapsstyrningen har varit att uppföljning – både den som görs av NPO:erna själva, och SKR:s återrapportering – fångar aktiviteter i samband med vårdförloppens införande, snarare än mot faktiska resultat för vårdkvaliteten. Att utveckla resultatmätning och resultatjämförelser centralt är nu ett utpekat fokusområde i överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR kring införande av vårdförlopp.<sup>19</sup> I vissa regioner diskuteras även att koppla ersättning till vårdgivare till utfall på vårdförloppsbaseade indikatorer. Inskärpning av indikatorstyrning med eller utan ekonomiska incitament är en vanlig strategi för att driva på implementering, men den samlade erfarenheten visar att det riskerar att leda till ”conformance” – att verksamheterna anpassar sig för att uppfylla de valda måtten – snarare än ”performance” i form av verklig kvalitetsutveckling. En annan anledning till att indikatorstyrning kopplad till riktlinjer kan bli kontraproduktiv är att den förstärker intrycket av vårdförlopp som sinsemellan konkurrerande, vilket kan försvåra samverkan mellan vårdområden.

Om vi jämför med Intermountain Healthcare så betonar de att klinisk statistik och resultatdata behöver följas upp parallellt med ekonomiskt utfall. De betonar dock även en systemsyn i uppföljningen som går utöver varje enskilt vårdförlopp. Det förutsätter att man kan mäta utfall mellan vårdområden och även följa upp vård som inte behövt utföras.<sup>20</sup> Detta är underutvecklat i de svenska data- och uppföljningssystemen, och en anledning till att det är komplicerat att utveckla ersättningsmodeller som tar hänsyn till prevention och innovation. Utmaningen på sikt ligger i att utveckla en helhetssyn på arbetssätt och kvalitet inte bara inom ramarna för den nya kunskapsstyrningen, utan för hälso- och sjukvården generellt. En sådan uppföljning skulle kunna fånga och beskriva utveckling som sker inte bara utifrån medicinska riktlinjer utan även utifrån strategiska initiativ som t e x omställningen till nära vård och digitalisering. Detta

---

<sup>17</sup> Jfr LHC Report 2017:2, Ekonomi för förändring: Ersättningsmodeller för innovation - en vägledning.

<sup>18</sup> SKR (2022). Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: Verksamhetsrapport 2021.

<sup>19</sup> Socialdepartementet och SKR (2023). Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

<sup>20</sup> Sk kontrafaktisk utvärdering, jmf LHC/SKR (2020). Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter.

kräver dedikerade resurser och kompetens som går utöver nuvarande fokus och inriktning för kunskapsstyrningen.

# Tillämpning i Sverige idag – exemplet vårdförlopp hjärtsvikt

Arbetet med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen har pågått sedan hösten 2019. Under 2020 – 2022 har 24 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp samt en generisk modell för rehabilitering färdigställts. I början av 2023 pågår arbete med framtagande av ytterligare 14 vårdförlopp i olika stadier.<sup>21</sup> De godkända vårdförloppen befinner sig i olika faser i regionerna – från uppstart till påbörjat införande. Nationellt system för kunskapsstyrning tar även fram andra typer av kunskapsstöd än vårdförlopp och har bland annat publicerat vägledningar och analysverktyg inom olika vårdområden.<sup>22</sup> Vårdförloppen ses dock generellt som en ”huvudprodukt”.

I det här avsnittet rapporteras våra observationer från en intervjustudie som gjorts kring lokalt mottagande och tillämpning av ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad”.<sup>23</sup>

Vårdförloppet godkändes tidigt 2021 och är ett av två godkända vårdförlopp som tagits fram inom nationellt programområde Hjärt- och kärlsjukdomar.<sup>24</sup> Enligt SKR:s årliga verksamhetsberättelse hade 18 av de 21 regionerna fram till och med 2022 fattat beslut om införande av hjärtsviktsförloppet och även inrättat någon form av processtöd för detta. Att arbetet kommit igång på många håll gjorde vårdförloppet hjärtsvikt till ett lämpligt case att studera.

En annan anledning till att hjärtsviktsförloppet varit intressant att studera är att kunskapsstödet från Nationellt system för kunskapsstyrning kompletterar en lång tradition av medicinska riktlinjer på hjärtsviktsområdet. Socialstyrelsen har sedan 2004 publicerat Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.<sup>25</sup> De flesta regioner har egna vårdprogram som berör akut och/eller kronisk hjärtsvikt, och många olika kunskapsstöd kring olika delmoment av vården är i omlopp.<sup>26</sup> Hjärtsviktsprocessen har

---

21

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/omvarakunskapsstod/personcentreradeochsamma nhallnavardforlopp/paborjadevardforlopp.56060.html>

<sup>22</sup> Kunskapsstöden tillgängliggörs via webbplatsen [www.nationelltklinisktkunskapsstod.se](http://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se). Där fanns i april 2023 sammanlagt 30 (vård)riktlinjer, 11 vårdprogram, 29 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och 340 kunskapsstöd med primärvårdsinnehåll.

<sup>23</sup> [https://d2flujgs17escs.cloudfront.net/external/210224\\_V%C3%A5rdf%C3%B6rlopp\\_hj%C3%A4rtsvikt\\_publ.pdf](https://d2flujgs17escs.cloudfront.net/external/210224_V%C3%A5rdf%C3%B6rlopp_hj%C3%A4rtsvikt_publ.pdf)

<sup>24</sup> Det andra vårdförloppet rör kritisk benischemi.

<sup>25</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/hjartsjukvard/>

<sup>26</sup> Exempelvis har en genomgång i Västra Götalandsregionen visat att det där finns över 500 hjärtriktlinjer. Intervju med Mats Bojestig, ordförande i styrgruppen för SKS, i Sjukhusläkaren 2023 nr 2.

också varit föremål för flertalet riktade förbättringsprojekt, bland annat Program 4D som pågick i Region Stockholm under 2013–2017.<sup>27</sup> Flertalet studier och utvärderingar har genomförts med de tidigare riktlinjerna som grund. En reflekterande jämförelse med observationer från den tidigare forskningen finns sist i caset.

## Material och metod

Under 2022 genomfördes en intervjustudie med regionalt anställda som arbetar med införandet av vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt. De lokala intervjupersonerna identifierades via kontakt med de regionala programområdena för hjärt- och kärlsjukdomar i respektive sjukvårdsregion. I några fall var det svårt att hitta lämpliga personer, med hänvisning till att den regionala bemanningen av kunskapsstyrningsorganisationen inte kommit tillräckligt långt. Efter bortfall gjordes kvalitativa intervjuer om ca 1 timme vardera med 11 personer från 7 olika regioner. Ett intervjuformulär med våra öppna frågor återfinns i bilaga. De intervjuade har varierande utbildningsbakgrunder men arbetar i de flesta fall som processledare eller verksamhetsutvecklare. Intervjuerna understöds av arbetsmaterial och -verktyg som respondenterna delat med oss, i form av centralt och lokalt framtaget stödmaterial för införande av vårdförloppet hjärtsvikt. Skriftligt material refereras. Muntliga redogörelser presenteras aidentifierat enligt överenskommelse med intervjupersonerna.

Vid intervjuerna var det viktigt att betona att vår fallstudie inte är en jämförelse av hur långt införandet av det valda vårdförloppet har kommit i olika regioner, ej heller en utvärdering av vem som inför det ”på rätt sätt”. Vi intresserar oss för typproblem vid mottagande och tillämpning av riktlinjer från den nya kunskapsstyrningen i lokal praktik. Samtidigt kan en fallstudie av ett enskilt vårdförlopp bara ge en illustration av hur införande går till i en viss kontext. Med tanke på den stora bredd av vårdområden och sjukdomstyper som de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen berör, så är det en praktisk omöjlighet att hitta ett av dem där införandet kan förväntas vara representativt för övriga. Mot bakgrund av kunskap om generella utmaningar med styrning, implementering och förändringsprocesser (se även bilaga 1) så kan man dock sortera observationerna från ett enskilt fall i generella kategorier som har bredare relevans. Nedan presenteras det analysramverk vi har använt oss av.

## Vad ska införas?

I varje studie av styrning och omsättning av riktlinjer är det viktigt att ställa sig frågan vad det är som egentligen ska införas. Är det en färdig standard, eller är det en idé om ett arbetssätt? Det verkar rimligt att utgå från att produktion och tillämpning av

---

<sup>27</sup> <https://www.regionstockholm.se/globalassets/1.-halsa-och-varld/forskning-och-innovation/rapport-4d-2018.pdf>

kunskapsunderlag ska resultera i något, men att detta något kan vara av olika slag. Man kan i sammanhanget skilja på *process*, *intermediära resultat* och *effekter*. Med effekter avses uppfyllandet av det yttersta målet för vårdförloppen, vilket vi uppfattar som en likvärdig hjärtsviktsvård av hög kvalitet, samt på individnivå förbättrad överlevnad och livskvalitet hos personer med hjärtsvikt. Vår fallstudie kan dock inte lämna något svar på frågan i vilken grad dessa effekter uppnåtts. Trots att vi valt ”tidig” riktlinje har implementeringen inte kommit så långt att medicinska utfall kan mätas, aggregeras och jämföras.<sup>28</sup> Vi har heller inte tittat på tillämpningen i patientärenden.

Istället ägnar vi oss åt process och intermediära resultat. Processen innebär någon form av organiserat mottagande av riktlinjerna som kan se olika ut i varje region med avseende på var beslut om införande fattas, hur ansvar för införandet fördelas och vilka resurser som avsätts till det. Med intermediära resultat avser vi konkreta åtgärder och konsekvenser i verksamheterna med anledning av riktlinjerna. Det kan avse arbetssätten inom den kliniska praktiken men även kringliggande aspekter såsom en utvecklad dialog mellan enheter/professioner med utgångspunkt i riktlinjerna eller en förändrad resurstilldelning till verksamheter enligt behov som synliggjorts i tillämpningen av riktlinjerna.

## Ramverk för att studera införande

Minst lika viktigt som *vad* som ska införas är *hur* det ska införas. Då riktlinjerna inte förskriver hur mottagandet ska organiseras är en ”traditionell” implementeringsansats, där bokstavstrogen följsamhet eftersträvas, inte relevant för en studie av process och intermediära resultat. Men en ren bottom-up-ansats, där verksamhetens funktionalitet undersöks utan hänsyn till övergripande styrambitioner, är inte heller fruktbar i det här fallet. Detta då vi antar att den övergripande styrningen representerar värden som är relevanta för utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Vår utgångspunkt är att mottagande och tillämpning av riktlinjer behöver ske så att styrintentionerna beaktas, men också så det passar med omgivande verksamhet och har förutsättningar att bli långsiktigt. Vilka lokala anpassningar som krävs av riktlinjen för att dessa tre premisser ska kunna uppfyllas, är i sig en forskningsfråga.

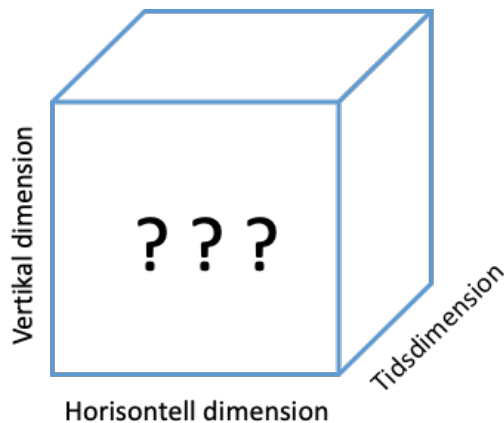
För att fånga detta har vi utvecklat ett enkelt analytiskt ramverk som beskriver införande i termer av koordinering i tre dimensioner: vertikalt, horisontellt och över tiden.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Under våren 2023 kommer en första rapport med samlade uppföljningsresultat av de 13 första vårdförloppen. SKR (2023) Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: Verksamhetsrapport 2022.

<sup>29</sup> Modellen har tillämpats på studiet av riktlinjer men även på införande av innovationsprojekt liksom små som stora strategiska utvecklingsinitiativ. Se [www.leadinghealthcare.se/publikationer](http://www.leadinghealthcare.se/publikationer).





Figur 1. Införande som koordinering i tre dimensioner

## Den vertikala dimensionen: Spridning, mottagande och tillämpning

Den vertikala dimensionen berör frågor om hur centralt producerade riktlinjer sprids, mottas och tillämpas i lokal verksamhet. Det kan innefatta att kartlägga hur Kunskapsstyrningens inriktning, mål och visioner förstås av aktörer på olika verksamhetsnivåer (jmf rapport 1), och vilka olika slags beslut och handlingar som riktlinjerna motiverar på sin väg mot tillämpning, och vilka drivkrafter och hinder som är aktiva i olika led. I fallstudien av hjärtsviktsförloppet har vi framförallt lagt fokus på uppfattningar och igångsatta processer på klinisknära organisatorisk nivå.

## Den horisontella dimensionen: Organisering och koordinering i verksamheterna

Den horisontella dimensionen berör frågor kring hur arbetet med kunskapsstyrningen organiseras och integreras med den dagliga vårdverksamheten och med annat där pågående kvalitetsarbete. Det innefattar att förstå hur riktlinjer förhåller sig till andra etablerade styrmekanismer, behov och krav i verksamheterna. Det innefattar också vilka kopplingar som i praktiken görs mellan kunskapsstyrningen och andra utvecklingsinitiativ lokalt.

## Tidsdimensionen: Sikt, kontinuitet och uthållighet

Tidsdimensionen berör frågor kring tidsperspektiv kunskapsstyrningsarbetet lokalt. Syftar de processer som satts igång till ett tidsatt införande av en viss riktlinje, eller är det ett långsiktigt förbättringsarbete som eftersträvas? Det innefattar också att utreda förutsättningar finns för igångsatta processer att leva vidare och utvecklas efter att en separat finansiering för vårdförlopp eventuellt har upphört.

Tillsammans visar de tre dimensionerna på relevansen av att belysa införandet den nya kunskapsstyrningen ur flera olika infallsvinklar som i kombination har en stor relevans för att förstå hur tillämpningen av kunskapsstöd fortskrider. Sammanfattningsvis tillåter ansatsen oss att problematisera centrala frågor i organisatoriskt utvecklingsarbete såsom avvägningen mellan centralt formulerade beslut och lokala initiativ, för- och nackdelarna med att driva tydligt avgränsade satsningar, och förutsättningarna för att nya arbetssätt ska bli varaktiga i ordinarie verksamheter.

## Införande av hjärtsviktsförloppet

Vårdförloppet nydebuterad hjärtsvikt omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns en välgrundad misstanke om hjärtsvikt tills att, beroende på typ av hjärtsvikt, ställningstagande om andra linjens behandling är gjort. De undersökningar och åtgärder som förskrivs initieras ofta i primärvården men kan även involvera specialistvården. Det förutsätts medverkan från flera olika vårdprofessioner, bland annat läkare, sjuksköterska och fysioterapeut inom hjärtrehabilitering. Vårdförloppet inkluderar initial läkemedelsbehandling med standardpreparat men inte mer avancerade insatser som exempelvis insättning av pacemaker. Ett vårdförlopp för den fortsatta vården är påbörjat under 2022.

Enligt SKR:s årliga rapportering hade 18 regioner fattat beslut om att införa hjärtsviktsförloppet inom utgången av år 2022. 16 regioner hade genomfört eller påbörjat gap-analyser för att stödja genomförandet. I 13 regioner bedöms vårdförloppet som delvis infört.<sup>30</sup> Utmaningar som identifierats i gap-analyserna har framför allt att göra med tidsättningen av hur snabbt olika insatser ska ges, men även att vårdförloppet ställer krav på vissa undersökningar som standard för alla ingående patienter. En väsentlig del i att identifiera nydebuterad hjärtsvikt handlar exempelvis om tillgången till ultraljudsundersökning (sk ekokardiografi). Här pekar flera regioner på att väntetiderna behöver kortas.

Vårt att notera är att den primära grunden för att det tas fram ett vårdförlopp för ett hälsotillstånd är att vården är ojämlig över landet, inte är det tillkommit ny kunskap. Det betyder ofta att om en region utför sin vård enligt aktuell och tillförlitlig kunskap så ligger man nära den vård som beskrivs i ett vårdförlopp.<sup>31</sup> Enligt våra intervjuer upplevs det dock på många håll som att vårdförloppet höjer ribban för hjärtsviktsvården för varje patient, men också i fråga om ambitioner att hitta fler/nya

---

<sup>30</sup> SKR (2023) Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp: Verksamhetsrapport 2022. Bilaga 2. Sammanställning införandestatus för godkända personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp baserat på regionernas återrapportering. "Delvis infört" står i SKR:s rapportering för att regionen har fattat beslut om införande, att processresurser är utsedda och att en gapanalys är genomförd. I praktiken görs dessa steg i olika ordning i regionerna och vissa regioner har påbörjat införandeåtgärder utan att alla tre mer förutsättningsskapande steg genomförts.

<sup>31</sup> Ibid.

patienter. Det finns en osäkerhetsfaktor kring hur många patienter som kan komma att bli aktuella för inkludering i vårdförloppet, vilket komplicerar resurssättningsfrågan särskilt med avseende på etablering och bemanning av de hjärtsviktsmottagningar som rekommenderas i vårdförloppet. I synnerhet tillgången på specialistutbildade sjuksköterskor och fysioterapeuter ses som en utmaning. Kopplat till brist på personal med vidareutbildning lyfts även en i nuläget suboptimal läkemedelsbehandling för patientgruppen.

## Observationer från intervjuerna

Inledningsvis bör nämnas att vi inom ramen för våra olika delstudier påträffat en relativt samstämmig bild kring syftena med det arbete som initierats inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning. Flertalet informanter på alla nivåer lyfter behoven att lägga ökat fokus på kvalitet och medicinska resultat, att stäva mot ökad jämlikhet/minskad variation i vården mellan regioner, att stärka patientperspektivet samt att öka effektiviteten i användningen av befintliga resurser. Den gemensamma målbilden och visionen är väl kommunicerad och förankrad, och ambitionerna beskrivs som relevanta och eftersträvansvärda. När det gäller de former i vilket förändringsarbetet organiseras och bedrivs, liksom förutsättningarna i verksamheterna att genomföra önskade förändringar, finns en större bredd i meningar och föreställningar. De utsagor vi valt att lyfta fram nedan är valda för att illustrera detta. Beskrivningarna varierar med den lokala kontexten, men vi redovisar i huvudsak uppfattningar som återkommit bland fler än en respondent. Syftet med redovisningen är inte en normativ utvärdering, utan att öka förståelsen för hur den nya kunskapsstyrningen förstås av dess mottagare. Utsagorna redovisas avidentifierat enligt överenskommelse med respondenterna.

## Den vertikala dimensionen: Spridning, mottagande och tillämpning

### Vårdförlopp kommer uppifrån

- Många i vårdverksamheterna uppfattar det som att riktlinjerna från kunskapsstyrningen kommer ”uppifrån” eller ”från centralt håll”. Det förekommer fortfarande sammanblandningar av SKR:s respektive regionernas roll i att ta fram och besluta om kunskapsstöd.
- Vårdprofessionella (främst specialister) som haft egen inblandning i framtagandeprocessen anger i högre grad att riktlinjerna bygger på hur man redan jobbar lokalt.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Svenska Läkaresällskapet (2022). SLS föreningar om kunskapsstyrningssystemet – en enkätundersökning.

- På verksamhetsnivå varierar det om processarbete ses som något nytt eller inte, och hur resurskrävande det upplevs. Flödestänk framstår generellt som ett nyare angreppssätt i primärvården än i specialistvården, även om detta varierar per vårdområde. Erfarenheten inom den specialiserade hjärtsjukvården har byggts upp genom ett stort antal tidigare regionala kvalitetsutvecklingsprojekt.

### Respekterad kunskapsbas, men svåränvänd?

- Lokala anpassningar av vårdförloppet, så som att man skulle ta fram en egen regional version den skrivna riktlinjen, ser de flesta intervjuade inte som aktuellt. Det skulle motverka den nya kunskapsstyrningens syfte, vilket uppfattas som att ersätta tidigare mångfald av kunskapsstöd med en gemensam standard/benchmark över landet.
- Samtidigt som man betonar nyttan med centralt framtagna riktlinjer så är den lokala relevansen svårbedömd. Det finns frågor kring vilken vikt som bör ges till kunskapsstöd från Nationellt system för kunskapsstyrning, jämfört med andra styrdokument. En återkommande uppfattning vi stött på är att *”centrala dokument är övervärderat för att driva kvalitetsutveckling hos oss”*.
- I någon region diskuterar man att ta fram förenklade versioner av vårdförloppen för användning i primärvården. Publicering i form av digitala verktyg (t ex via viss.nu) planeras. Tillägg av egna stöddokument, exempelvis för läkemedelshantering eller remissförfaranden, är ett annat sätt att försöka öka användbarheten.
- Några respondenter uttrycker en oro över att lokala anpassningar av vårdförlopp kan komma att justera kvalitetsribban nedåt. Vårdförloppen beskrivs då som en *”hygiennivå som ska säkerställa att patienten får det hen ska ha”*. Denna uppfattning är även vanlig på patientrepresentantsnivå, där det betonas att anpassningar på individnivå snarare bör göras som tillägg än förenklingar.

### Urval snarare än anpassningar

- Ett sätt att stegvis inkorporera riktlinjerna i verksamheten är att jobba med urval (snarare än kvalitativa anpassningar). Flera regioner anger att de har valt ut några vårdförlopp som man börjar med, alternativt att man definierat vårdområden som är i fokus för kvalitets/flödesarbete generellt.
- Vissa kliniker gör ett urval av patientkategorier inom vårdförloppet (utifrån underdiagnos) att inledningsvis slussa in i processen.
- Frågor om individuella urval av patienter som lämpar sig bättre och sämre att ingå i vårdförloppet diskuteras bland vårdprofessionella. En återkommande synpunkt är att patienter som inte förmår genomföra de undersökningar som krävs för diagnosättning enligt vårdförloppet rimligen borde kunna uteslutas.

### **Vertikala dimensionen uppåt?**

- Frågor kring hur lokal nivå ska återkoppla till kunskapsstyrningen centralt. Är NPO:er intresserade av resultat? Lyssnar de på remissvar? Etc. Många upplever det som enkelriktat med bristande intresse och/eller tid.
- Någon reflekterar kring att själva kunskapsstyrningssystemet inte verkar jobba enligt principerna för systematisk kvalitetsutveckling, dvs att återkoppling från införandet borde kunna användas mer strukturerat för att utveckla kunskapsproduktionen.

## **Den horisontella dimensionen: Organisering och koordinering med annan verksamhet**

### **Vårdförlopp ett av många underlag för utvecklingsarbete**

- I vissa regioner sammanfaller implementeringen av vårdförloppet hjärtsvikt med organisationsförändringar i vården (exempelvis etablering av hjärtsviktsmottagning). I de fall vi stött på handlar det om verkställighet av tidigare lokala beslut, snarare än beslut med direkt anledning av vårdförloppet.
- Kopplingar mellan mål och metod i vårdförloppet och tidigare kvalitetsarbete inom hjärtsviktsområdet görs av flera respondenter (ex vis 4D-projektet, processarbete inom värdebaserad vård, arbete med regionala vårdprocesser).
- I någon region ses den nya kunskapsstyrningen som en språngbräda för att börja arbeta mer systematiskt med kvalitetsarbete i regionens verksamheter som helhet.

### **Organisering leder till införande?**

- Det finns en stor tilltro till att LPO:er och tillhörande arbetsgrupper som formerats ”ska funka” för att driva tillämpningen av kunskapsstyrningen. I många regioner ligger fokus fortfarande mer på etablering av organisationen än på konkreta implementeringsprocesser. Att sätta ihop grupper och jobba med gap-analyser ses som att införande initierats.
- Det varierar om de lokala kunskapsstyrningseenheter som byggs upp planeras syssla uteslutande med underlag från Nationellt System för Kunskapsstyrning, eller om de även ska hantera andra kunskapsunderlag/annat kvalitetsarbete inom sina sjukdomsområden.

### **Koordinering/konkurrens med annat?**

- Synen varierar på hur väl kunskapsstyrningen generellt lyckas integrera olika utvecklingstendenser inom vården. De flesta på verksamhetsnära nivå uppfattar vårdförlopp som ett renodlat medicinskt kliniskt kunskapsstöd som ”inkorporerar vissa idéer” som sammanfaller med exempelvis rörelsen mot nära

vård (personcentrering, patientkontrakt). I de regioner vi talat med finns ingen organisatorisk samordning av utvecklingsarbetet inom kunskapsstyrningen respektive det strategiska arbetet med nära vård.<sup>33</sup>

- Många respondenter nämner behov av teknisk koordinering, framförallt med nya journalsystem som är på väg att införas. Det gäller bland annat harmonisering av diagnoskoder där det idag finns olika parallella standards (se vidare under uppföljning nedan).

### Speciella utmaningar inom primärvården

- Farhågor finns att vårdförloppen kommer gå i parallella spår på patientnivå. Patienter som är aktuella för flera vårdförlopp riskerar att inte få insatserna koordinerade, trots att det kan handla om överlappande undersökningar.
- Det lyfts risk för undanträngningseffekter på sjukdomsområdesnivå. Diagnoser där det finns framtagna vårdförlopp får prioritet exempelvis i tillgången till utredningsresurser och behandlas snabbare.
- Problem med uppmärksamhetsträngsel nämns, att det finns för många styrdokument redan idag. Inkorporering av vårdförloppen i digitala beslutsstöd löser inte automatiskt detta, kan bli för många ”varningsflaggor” i att ta hänsyn till i ett enskilt patientärende.
- Ett grundläggande problem som primärvården upplever är att patienter kommer in som ett blankt blad, ibland med flera och/eller diffusa symptom. Vårdförloppen är gjorda utifrån idén att man från början vet vilken diagnos det handlar om. De tar inte hänsyn till helheten/osäkerheterna som primärvården ofta brottas med.
- Några respondenter i primärvården upplever att vårdförloppen är utformade efter specialistvårdens behov. *”Ett väl genomfört vårdförlopp ger specialistvården perfekta förutsättningar att ta över behandlingen av just den sjukdomen... men vi ser ju till hela patienten.”*
- En idé är att skapa en pre-diagnosticeringsgrupp som skulle kunna hålla koll på det snabbt föränderliga kunskapsläget avseende tidig upptäckt och screening.

### Koordinering/samordning inom kunskapsstyrningen internt

- Generellt upplevs bristande koordinering mellan vårdförlopp inom Nationellt system för kunskapsstyrning. Det gäller både en otydlig systematik i val av vårdområden för produktion och spridning av vårdförlopp (*”det senaste året har man matat ut fyra olika vårdförlopp för behandling av sår”*<sup>34</sup>) och dålig

<sup>33</sup> Jmf fallstudie av Nära vård inom kunskapsstyrningen i LHC Report 2022:3. Kunskap (s)om styrmedel:

Organisationsteoretisk genomlysning av nationellt system för kunskapsstyrning.

<sup>34</sup> Ett arbete har påbörjats för att tydliggöra hur de olika förloppen hänger ihop. Se

[https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/dokument/kunskapsstod/vardforlopp/svarlakta\\_sar\\_personcentrerat-och-sammanhallet-vardforlopp.pdf](https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/dokument/kunskapsstod/vardforlopp/svarlakta_sar_personcentrerat-och-sammanhallet-vardforlopp.pdf)

koordinering mellan vårdförlopp i fråga om vilka resurser som krävs för insatserna (samma personal, apparatur).

- Olika vårdförlopp har olika ambitionsnivå och detaljeringsgrad, vilket upplevs som förvirrande.

## Tidsdimensionen: Sikt, kontinuitet och uthållighet

### Uthållighet/kontinuerligt förbättringsarbete

- Det har inledningsvis funnits en viss oro för den nya kunskapsstyrningen som en övergående ”satsning” med begränsad uthållighet i bland annat resurstilldelning. Sedan den nya överenskommelsen 2022 mellan regionerna om fortsatt utveckling av systemet fram till 2027 kom till, har känslan av stabilitet ökat bland de intervjuade.
- Det varierar om man ser LPO/arbetsgrupper som temporära eller permanenta enheter. En del respondenter har successivt utvecklat sin syn mot mer kontinuitet.
- Många regioner har satt ett tidsspänn för när införande av ett visst vårdförlopp ska vara ”klart”. En del tänker att LAG ska ägna sig först åt införande och senare mer åt uppföljning.
- Det upplevs som oklart hur uppdateringar av vårdförlopp ska hanteras, liksom hur koordineringen mellan vårdförlopp som berör samma sjukdomsområde ska koordineras i införandet. En del regioner intar en avvaktande ställning. *”Vi vet att det kommer ett uppföljande vårdförlopp snart, så vi väntar ut lite hur man ska göra praktiskt...”*

### Tidsdimensionen ”bakåt”: Mätning och uppföljning

- På verksamhetsnära nivå ses indikatorerna som specificerats i vårdförloppet som en önskelista. Många siffror går inte att få fram i dagens system utan mycket administrativt handarbete. Några mått, t ex avseende läkemedelsanvändning, kräver en samkörning av register som idag inte är juridiskt möjlig.
- Flera respondenter anger att redan baseline-data i för gap-analysen som ska föregå införandet av vårdförloppet, har varit svår att ta fram. *”Vi har inte full koll på hur många patienter det gäller och vad de erbjuds de idag”.*
- Nya diagnoskategoriseringar/koder krävs för att kunna följa angivna uppföljningsvariabler. Regionerna anger kvalitetsregistret Rikssvikt som tänkbar källa till några indikatorer, men i hög grad saknas väl täckande nationella datakällor för indikatorerna i vårdförloppet.

- Många trodde att uppföljning av vårdförloppen skulle betonas mer från nationell nivå än vad det blivit hittills. En del tycker att det är lättande, andra anser att det blivit för lite betoning på återrapportering uppåt. *”Är kunskapsstyrningen inte intresserade av hur det går lokalt?”*

#### **Olika slags data efterfrågas lokalt**

- De regionala hälso- och sjukvårdsförvaltningarna efterfrågar data om hur stor andel patienter som passerar genom vårdförloppet totalt, och helst på enhetsnivå. Verksamhetschefer befarar att det är för stor variation mellan förutsättningarna hos olika vårdcentraler/kliniker för att man ska kunna jämföra rättvist.
- Klinikledningarna är mer intresserade av indikatorer på detaljnivå kring vårdens utförande inom olika sjukdomsområden. Siffror på medicinska resultat av vårdförlopp har dock i princip ingen än.
- Enskilda läkare vill kunna följa vårdförloppet i individuella patientärenden. Vissa vi talat med tycker man ser antydning till förbättring hos sina egna patienter som ingår. Men vårdförloppen är idag inte integrerade i journalsystem.

## **Tidigare studier av nationella riktlinjer på hjärtviktsområdet**

Som en kompletterande del till intervjustudien och vår analys enligt ramverket för införande ovan, så har vi tittat på tidigare forskning kring implementering av riktlinjer på hjärtviktsområdet för att jämföra våra observationer. Idén är att tematiskt identifiera vad som är lika och vad som är nytt i beskrivningen av införandeprocess och därmed förknippade utmaningar.

Vi har funnit det särskilt intressant att göra en jämförelse med en omfattande undersökning som Garpenby et al gjorde 2004–2007 av hur fyra landsting och regioner påverkades av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (NRH).<sup>35</sup> För närmare 20 år sedan var denna typ av riktlinjer nya. Liksom vi analyserar forskarna analyserar implementeringsprocessen ur ett organisationsvetenskapligt perspektiv, med fokus på hur införandeprocessen och vilka organisatoriska förändringar som kan observeras. Medicinska utfall eller tillämpning i patientärenden utvärderas inte heller i denna studie.

<sup>35</sup> Garpenby, P. et al (2005) Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner – rapport 1. PrioriteringsCentrum 2005:4; Grapenby, P. Och Johansson, P (2007). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Implementeringen i fyra landsting och regioner – andra delen av utvärderingen. PrioriteringsCentrum 2007:5.



Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (NRH) publicerades för första gången 2004, utifrån liknande målsättningar som uttrycks i den nya kunskapsstyrningen idag: att föra sjukvården närmare målet en likvärdig och effektiv vård för befolkningen. Syftet med Socialstyrelsens riktlinjer var, liksom i kunskapsstyrningen, att påverka den kliniska praktiken mot vissa arbetssätt. Man hade även en uttrycklig ambition nå den politiska beslutsnivån hos sjukvårdshuvudmännen för att underlätta systematiska prioriteringar. I fråga om vårdförloppen från den nya kunskapsstyrningen är detta mindre explicit.<sup>36</sup> I praktiken tycks dock införandet ha skett likartat: Garpenby och medförfattare beskriver att NRH främst hanterats på verksamhetsnära nivå, av den medicinska professionen, lokalt eller i olika sammanslutningar (expertgrupper, arbetsgrupper). Detta gör en jämförelse mellan de två studierna relevant.

Nedan presenteras kortfattat några av slutsatserna från Garpenbys studie från 2007 som är relevanta att lyfta fram även idag. Vi tar också upp några av våra observationer från införandet av den nya kunskapsstyrningen där vi inte funnit någon direkt motsvarighet i den tidigare studien av nationella riktlinjer.

## Återkommande teman

- ”Strukturella förändringar har inverkat på implementeringen av NRH.” Garpenby et al konstaterar att implementeringen av de nationella hjärtsviktsriktlinjerna tidsmässigt har kommit att sammanfalla med organisationsförändringar som påverkat förutsättningarna inom de studerade sjukhusen. Detta ser vi även i införandet av hjärtsviktsförloppet från kunskapsstyrningen. I det senare fallet handlar det framför allt om etablering av multidisciplinära hjärtsviktsmottagningar samt parallella projekt kring digitalisering av hjärtsviktsvården.
- ”Förekomsten av samarbete inom den medicinska professionen har varit mer avgörande än särskilda projekt för att införa NRH”. Garpenby m fl konstaterar att de regioner som varit framgångsrika i att tillämpa innehållet i NRH har haft ett aktivt och kontinuerligt engagemang kring riktlinjerna av den medicinska professionen inom deras egna specialistnätverk. Inom kunskapsstyrningen uppfattar vi att de regioner som haft klinisk representation i framtagandet av vårdförloppet nationellt (inom NGO) stöter på färre hinder i införandet lokalt. En enkät från Svenska Läkaresällskapet har även visat att kunskapsstyrningssystemet som helhet äger större legitimitet inom

---

<sup>36</sup> Det önskvärda förhållandet mellan statliga kunskapsstöd och vårdförlopp från Nationellt system för kunskapsstyrning har sedermera förtydligats från huvudmännens perspektiv. I den senaste överenskommelsen mellan regeringen och SKR anges att ”på områden där det finns statliga kunskapsstöd från till exempel Socialstyrelsen ska dessa vara styrande och de personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska följa samt utgöra ett klinisknära stöd som komplement till dessa”. Socialdepartementet och SKR (2023). Sammanhållen, jämlik och säker vård 2023: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

specialistföreningar som samverkar aktivt kring framtagandet av kunskapsstöd.<sup>37</sup>

- ”De styrsystem för resursfördelning som tillämpas inom de studerade landstingen/regionerna har svårt att hantera ändrade förutsättningar som kan uppstå genom innehållet i NRH.” Garpenby m fl konstaterar att nya ställningstaganden om resurstillskott eller omfördelningar av resurser mellan verksamheter är svåra att hantera med nuvarande styrsystem, och att riktlinjer utifrån en medicinsk kunskapsbas inte ger stöd i den typen av beslut. Det leder till att prioriteringar i regel sker på verksamhetsnära nivå, långt ner i organisationen. Vi har visat på hur anpassningar i form av urval av patientgrupper att fokusera på sker i införandet av enskilda vårdförlopp från kunskapsstyrningen. Behovet av horisontella prioriteringar (mellan sjukdomsområden/vårdförlopp) diskuteras, men vi har inte sett några sådana beslut med direkt koppling till riktlinjerna i praktiken.
- ”Den professionella verksamheten och den politiskt-administrativa delen av landsting/region är inte i fas med avseende på vad NRH innebär för organisationen”. Garpenby et al iakttar hur NRH främst har hanterats av den medicinska professionen, lokalt eller i olika sammanslutningar (expertgrupper, arbetsgrupper), och menar att det finns ett kunskaps- och förtroendegap till den politisk-administrativa ledningen kring vad de nya riktlinjerna kommer att innebära för vårdverksamheterna. Här finns paralleller till observationer från LHC:s första delrapport om Nationellt system för kunskapsstyrning, där vi konstaterade att det finns en otydlighet i kunskapsstyrningens roll i förhållande till politiska beslutsprocesser. Farhågor finns kring ambitionshöjande och kostnadsdrivande drivkrafter inom varje sjukdomsområde, men även i relation till andra strategiska beslut om resursförflyttningar som tagits mot bakgrund av exempelvis omställningen till nära vård. Vi drog slutsatsen att utvecklade dialoger krävs kring den politiska insynen och involveringen inom kunskapsstyrningen. Avgränsningar och randvillkor för kunskapsstyrningens sammantagna mandat, samt räckvidden för de kliniska kunskapsstöden, behöver också förtydligas.

## Nyttillkomna teman

- Den nya kunskapsstyrningen uppfattas som ett större projekt som mer systematiskt griper över fler vårdområden – jämfört med kunskapsstöd från separata professionsorganisationer, men även jämfört med tidigare nationella riktlinjer inom separata sjukdomsområden. Ambitionen med en övergripande ansats uppskattas av många respondenter, men ger även upphov till nya frågor. En återkommande fråga är hur produktion av kunskapsstöd inom

---

<sup>37</sup> Svenska Läkaresällskapet (2022). SLS föreningar om kunskapsstyrningssystemet – en enkätundersökning.

kunskapsstyrningen ska prioriteras och timas sinsemellan, och vilken hänsyn som därvid tas/bör tas till förhållandena i mottagande verksamheter.

- Inom den nya kunskapsstyrningen finns en stor betoning på uppbyggnad av en särskild mottagarorganisation lokalt, vilket är nytt jämfört med hur tidigare riktlinjer tagits emot. Det förtydligar vem som ska ansvara för införandet av de kliniska kunskapsstöden från Nationellt system för kunskapsstyrning och uppmuntrar till att mer systematiskt inbegripa fler professionsgrupper samt patientrepresentation i arbetet. Formeringen av ett stort antal nya grupper reser samtidigt frågor kring dimensioneringen av kunskapsstyrningsorganisationen som helhet och om denna är effektiv/ändamålsenlig i administrativt hänseende.
- I införandet av vårdförlopp idag uppkommer många frågor kring datahantering för inrapportering och uppföljning av utförda insatser, och hur detta ska integreras tekniskt med existerande kvalitetsregister och journalföring i nya vårdinformationssystem. I vilken mån beslutsstöd i vårdinformationssystem kan koordineras med olik slags kunskapsstöd är också en högaktuell fråga. Dessa teman är mycket mer framträdande i dagens införandeprocesser jämfört med för 20 år sedan.

# Sammanfattning och slutsatser

Nedan återges våra viktigaste slutsatser och medskick från studien som helhet.

- Nationellt system för kunskapsstyrning har sin styrka i att exploatera och sprida medicinsk kunskap som idag är underutnyttjad eller ojämnt använd mellan kliniska verksamheter inom specifika sjukdomsområden. Betoningen på befintlig kunskap som ännu inte tillämpas optimalt innebär att vårdförlopp tas fram och sprids enligt en modell som liknar implementering uppifrån och ned. Det är inte fel, men behöver kompletteras med ett perspektiv som betonar kunskapsutveckling i praktiken. Styrning och verksamhetsutveckling är två sidor av samma mynt som båda behöver finnas med om det ska finnas någon förmåga att ta emot och omsätta centralt utformade riktlinjer lokalt.<sup>38</sup>
- Den lokala kunskapsstyrningsorganisationen som är under uppbyggnad har förstärkt synligheten för Nationellt system för kunskapsstyrning i vårdverksamheterna. Det finns dock en risk att fokus på etablering av organisation och struktur tas som garant för ett välfungerande införande av vårdförlopp. Detta är inte givet utan beror på hur varje verksamhet lyckas utforma sitt stöd till och uppföljning av hur kunskap de facto omsätts i vårdpraktiken. Här fattas fortfarande konsekvens-, resultat- och mervärdesbeskrivningar som är lokalt relevanta och kan stödja det professionella engagemanget.
- På lokal nivå finns behov av att koordinera kunskapsstöd från Nationellt system med annat pågående kvalitetsarbete. Särskilda enheter och arbetsgrupper med ett snävt fokus på införande av vårdförlopp riskerar att motverka detta, speciellt då de är knutna till en särskild finansiering. Dock ses stor variation i vad regionerna i praktiken lägger i sin kunskapsstyrningsorganisation och hur man arbetar praktiskt. Frågan om hur kvalitetsarbete ska bedrivas ligger i huvudsak på de enskilda huvudmännen, men kunskapsstyrningen nationellt kan utveckla sitt stöd kring modeller som i högre grad betonar helhetssyn, långsiktighet och systematiskt lärande på lokal nivå. Det inbegriper även vårdpersonalens förmåga att ta till sig, omsätta och avväga vetenskapligt stöd tillsammans med professionella erfarenheter och patientens uppfattning.
- Diskussioner och ställningstaganden kring ändamålsenliga anpassningar av vårdförlopp vid tillämpning i praktiken behöver utvecklas på alla nivåer (centralt, regionalt, på klinisknivå och i fråga om enskilda patientärenden). Eftersom det saknas principbeslut sker anpassningar och urval idag ad hoc och

---

<sup>38</sup> Jfr Vackerberg, N., Andersson, A. (2022). Commentary: Bridging the silos: A comparative analysis of Implementation Science and Improvement Science. *Frontiers in Health Services*, 2.

utan systematisk återkoppling. Om anpassningar tillåts eller till och med uppmuntras, så behöver det samtidigt finnas metoder för att säkra lokala lärandecykler såväl som återkopplingen mellan lokal nivå och kunskapsstyrningen centralt.

- På verksamhetsnivån behöver feedbacklooparna vid användning av kunskapsstöd vara korta. Återkopplingen behöver fokusera på sådant som är lokalt relevant och kunna justeras i och med att förutsättningarna i omvärlden förändras. Ansträngningarna för att stärka detta behöver öka, snarare än att enbart säkra standardisering och central jämförbarhet medelst etablerade kvalitetsregister.
- IT-system som ett potentiellt stöd, men också som ett uttalat, nytillkommet hinder i tillämpningen av kunskapsstöd idag, är en fråga att ta på allvar. I införandet av vårdförlopp uppkommer många frågor kring datahantering för inrapportering och uppföljning av utförda insatser, och hur detta ska integreras tekniskt med journalföring i nya vårdinformationssystem. I vilken mån dokumentbaserade kunskapsstöd kan omvandlas till digitala beslutsstöd är också en högaktuell fråga. IT- utvecklingen ligger i hög grad utanför mandatet för Nationellt system men bör lyftas mer systematiskt, med den lokala användbarheten av kunskapsstöd i fokus.
- I vår första rapport lyfte vi behovet av avgränsningar för att Nationellt system för kunskapsstyrning inte ska bli en övermäktig satsning, administrativt såväl som ur mottaglighetsperspektiv. Detta understryks även i studien av det lokala perspektivet, där framför allt primärvårdsnivån reser önskemål om bättre koordinering mellan framtagna kunskapsstöd, både tids- och innehållsmässigt. I SKR:s senaste återrapportering står att antalet vårdförlopp som kommer bli klara för införande ska bli lägre från hösten 2023. Det är en nödvändig utveckling som antyder att diskussionerna kring ändamålsenligheten i användningen av styrverktyget vårdförlopp inom olika vårdområden också har kommit igång.
- På verksamhetsnivån är produkter från den nya kunskapsstyrningen en av många styrsignaler att ta hänsyn till i den lokala verksamhetsutvecklingen. Om de kunskapsstöd som tas fram på ett tydligare sätt förhåller sig till annan pågående utveckling och strategiska inriktningsbeslut blir det lättare att få gehör och genomslag. Annars riskerar kunskapsstyrningen att uppfattas som ett parallellt projekt till andra stora utvecklingsåtgärder såsom nära vård eller digitalisering.

## Frågor att utreda vidare

- Resursåtgången – innebär den nya kunskapsstyrningen en effektivisering?  
Administrativt, i vårdens utförande, resultatmässigt?
- Utformning av patientmedverkan på olika nivåer i kunskapsstyrningssystemet  
– i kunskapsproduktionen, i det lokala förbättringsarbetet, tillämpat i individärenden, i uppföljningen. Ger vårdförloppen förutsättningar för en utvecklad patientroll?
- Prioriteringar – efterfrågas av alla, men vad är det, var sker de, var bör de ske?  
Vilka slags kunskapsunderlag behövs för att olika aktörer ska kunna prioritera?

# Bilaga 1: Tillämpade teorier

Nedan ges en fördjupning kring några teoretiska perspektiv som varit av relevans för resonemangen i rapporten.

## Perspektiv på kunskapsstyrning

Sverige började begreppet kunskapsstyrning användas på 1990-talet inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det användes initialt för att beteckna statens styrning av hälso- och sjukvården i riktning mot en fortlöpande utveckling och kvalitetsförbättring på basis av bästa tillgängliga kunskap (Garpenby 2016). Syftet med kunskapsstyrning har beskrivits om ”att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut” (Ds 2014:9, s. 53–54). Kunskapsstyrningen ska stödja hälso- och sjukvårdens övergripande mål som utgår från kriterierna för god vård, det vill säga att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv (jfr t ex Socialstyrelsen 2009).

Medan övergripande syfte och mål för kunskapsstyrningen har varit relativt stabila över tid, noterar vi en större variation i uppfattningarna om hur och med vilka verktyg kunskapsstyrning de facto ska praktiseras. Bara inom svenskt utredningsväsende en mångfald av olika definitioner av och synsätt på kunskapsstyrning. De lägger olika vikt vid top-down respektive bottom-up-processer, och har olika avgränsningar för vilken typ av verksamheter och beslut som omfattas.

En möjlig inriktning beskrivs i Riksrevisionens översiktsrapport om statlig och regional styrning på vårdområdet (Riksrevisionen 2017). Här anges att kunskapsstyrning i huvudsak bygger på ”olika former av kunskapsstöd och föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för, och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet dessa ansvarar för” (s. 17). Kunskapsstöd kan finnas i många olika former – till exempel handböcker, riktlinjer, vägledningar, beslutsstöd, rekommendationer och forskningsresultat (SKR 2022). Ett exempel är så kallade standardiserade vårdförlopp, som internationellt sett kommit att bli en allt vanligare metod för att öka kunskapsgenomslaget i hälso- och sjukvården. Tanken är att vårdförloppen på ett enkelt och tydligt sätt ska förmedla de bästa och mest aktuella metoderna enligt forskning och beprövad erfarenhet om hur insatser längs patientens hela vårdkedja ska hanteras och resursätts för att förloppet ska bli så högkvalitativt och tidseffektivt som möjligt (Vårdanalys 2021). Även om de riktlinjer, råd och rekommendationer som framgår i kunskapsstöden är frivilliga att följa, så betonas vikten av bred

implementering och följsamhet till dem för att uppnå önskade effekter i kunskapsstyrningen (jfr SOU 2017:48).

En bredare tolkning av vad kunskapsstyrning syftar till ges i underlagsdokumenten till det regionala samarbetet kring Nationellt system för kunskapsstyrning, där ambitionerna beskrivs i termer av att skapa ett ”lärande och stödjande system” för hälso- och sjukvården. Det innebär att ”bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje enskilt patientmöte, att patientmötet följs upp och analyseras på såväl individ-nivå som på gruppnivå och att ny kunskap snabbt kan omsättas i verksamheten. [Det innebär också att] identifiering och prioritering av nya förbättringsområden tillsammans med patienten är en del av vardagen” (SKR 2017, s. 5). I denna skrivning betonas alltså kunskapens tillgänglighet och användbarhet för vårdpersonalen, samt behovet av patientinvolvering och individanpassning. Styrningen handlar om att skapa förutsättningar inom varje organisation och för varje individ att ta till sig och tillämpa ny kunskap, vilket exempelvis kan åstadkommas genom insatser inom utbildningsområdet, utveckling av kvalitetsledningssystem och brett tillgängliggörande av forskningsresultat. Till skillnad från regelstyrning betonas inom denna inriktning vikten av att utveckla kritiskt tänkande, vilket innebär ett lokalt ställningstagande till befintlig information. Därmed medges (och förväntas) även vissa lokala och situationsbaserade variationer i hur kunskapen omsätts i praktik (Garpenby & Carlsson 1999/2014).

En tredje definition av kunskapsstyrning ges i slutbetänkandet av Statens vård- och omsorgsutredning, där kunskapsstyrning beskrivs som ”en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljningen” (SOU 2012:33, s. 137). Utredningen menar att systematiserad kunskap bör och kan ligga till grund för strukturerade beslutsprocesser från professionell till politisk nivå. Utredningen om Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36) ansluter sig till ett liknande synsätt i sin definition av kunskapsstyrning som ”alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap” (s. 53). I tillägg till central riktlinjeproduktion och lokal evidensbaserad praktik så har denna inriktning ett starkt fokus på resultatuppföljning, datasammanställning och öppna jämförelser. Utvecklingen av kunskapsstyrning kopplas till tillgängliggörandet av databaser i form av exempelvis kvalitetsregister.<sup>39</sup> Utifrån indikatorer ska brister och ojämlikheter kunna identifieras och områden pekas ut där det är viktigt att ny standardiserad kunskap genereras. Uppföljningen ska även kunna ge information om i vilken utsträckning befintliga kunskapsunderlag implementerats och vilka effekter det fått. Essensen i kunskapsstyrning förstås som att

---

<sup>39</sup> Falkenström, E. och Svalfors, S. (2022). The knowledge-management complex: From quality registries to national knowledge-driven management in Swedish health care governance. *Politics & Policy*, June 2022.



## Implementeringsteori

Implementeringsforskning syftar till att förstå processen från det att en centralt placerad aktör har fattat beslut om att en verksamhets strukturer, processer och styrande normer ska reformeras till att beslutet genomförts i lokal handling.<sup>40</sup>

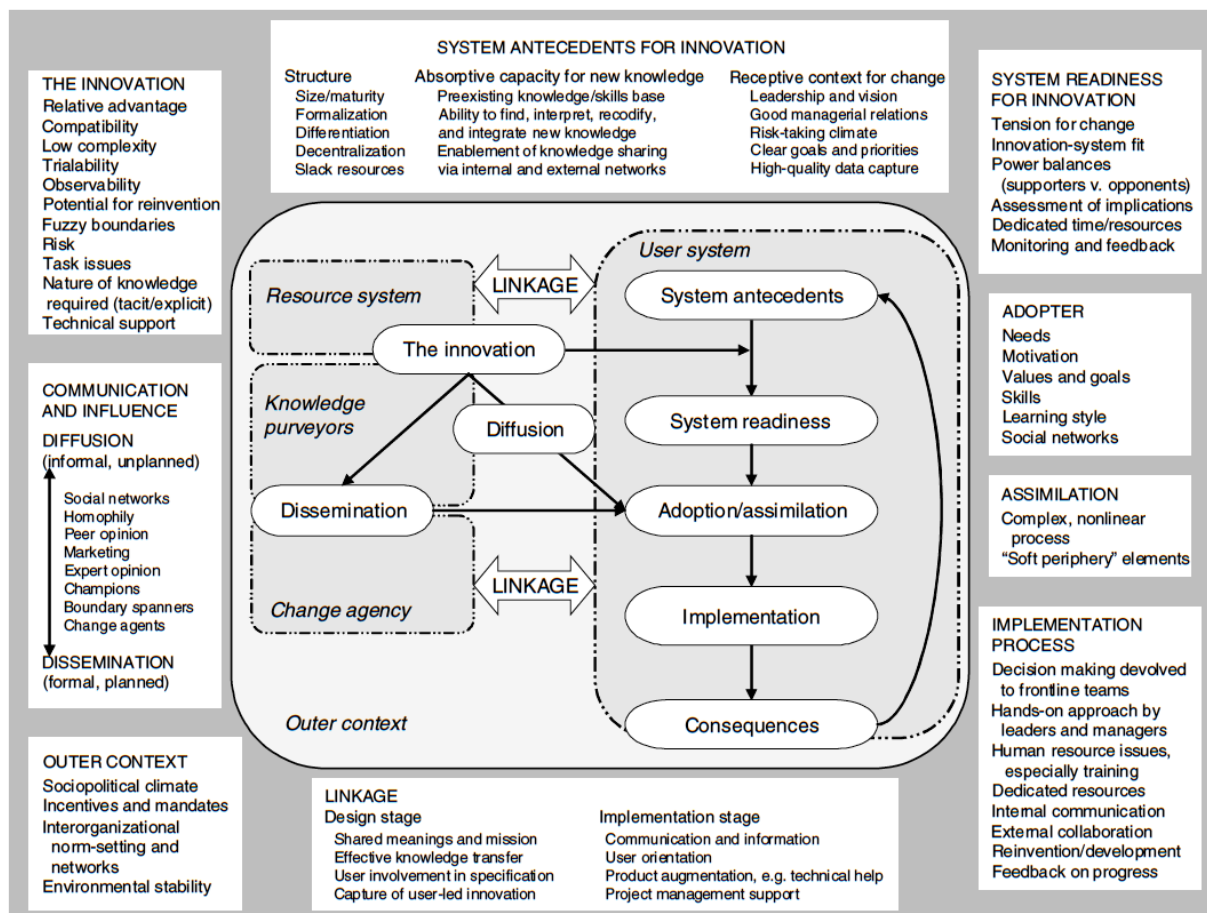
Forskning om implementering i offentlig sektor har en snart 50-årig historia. Huvuddelen av forskningen utgår från ett ”uppifrån-ned”-perspektiv som bygger på traditionell kontroll- och styrningsteori. Man utgår ifrån att beslut fattas på en nivå och verkställandet sker på en annan nivå, och är att det som ledningen har beslutat att man ska införa, ska införas följsamt i praktiken. Man antar vidare att det finns tydliga avsikter och mål för det som ska implementeras. Problem att genomföra en reform, exempelvis en ny verksamhetsmodell eller en förändringsstrategi kan ur detta perspektiv bero på att bero på att lokala verksamheter av olika anledningar är ovilliga att anpassa sig till modellen eller tolkar den ”fel”. Problemet kan dock också bestå i att reformen i sig är ogenomtänkt eller otydligt formulerad.

Forskare har noterat att lednings- och styrmodeller och beslut om att införa dem ofta är ganska vagt formulerade. Vagheten ger utrymme för omfattande lokala tolkningar och modifieringar. Många försök att åstadkomma bättre implementering fokuserar därför på att lära chefer och andra ledare att bli tydligare när de formulerar både vad beslut syftar till och hur detta ska genomföras. Strategier för att skapa konsensus kring behov och målbild, verktyg för strukturering och schemaläggning av införandeprocessen och olika faciliteringsaktiviteter som ska underlätta att lednings- och styrmodeller används som avsett, är några metoder som brukar förordas. Samtidigt betonar andra studier att det kan vara kontraproduktivt att försöka uppnå total följsamhet till en specifik förändringsmodell, då lokala anpassningar kan vara nödvändiga för att uppnå avsedda effekter i olika slags verksamheter.

Implementeringsforskningen har utvecklats kontinuerligt sedan 1970-talet, och med tiden har fler och fler faktorer tillkommit som påverkar implementering. Förutom inom-organisatoriska strukturer och processer har forskare bland annat uppmärksammat karakteristika hos det omgivande systemet och hos de mottagare som förmodas dra nytta av förändringen. Forskning med ett ”nedifrån-och-upp”-perspektiv betonar kunskap och attityder bland aktörer i den organisation som ska verkställa besluten som centrala komponenter för verkställandet. Sammantaget tenderar modeller som försöker syntetisera forskningen att bli mycket komplexa och är därmed av begränsad praktisk användbarhet (jfr. nedan ett exempel som fokuserar särskilt på implementering inom hälso- och sjukvården).

---

<sup>40</sup> O'Toole, L. J. Jr. (2000) Research on Policy Implementation: Assessments and Prospects. Journal of Public Administration Research and Theory, J-PART 10.



*A conceptual model for Considering the Determinants of Diffusion, Dissemination and Implementation of Innovations in Health Service Delivery and Organization, based on a Systematic Review of Empirical Research Studies (från Greenhalgh et al, 2007).<sup>41</sup>*

## Projektfiering som implementeringsstrategi

Intressant i sammanhanget är att notera sambandet mellan de åtråvärda egenskaper hos en "innovation" som implementeringsforskningen definierat, och hur implementering ofta organiseras i praktiken. Greenhalgh et al. listar bland annat "low complexity", "triability" och "observability" som gynnsamma faktorer för att innovation och förbättring ska få genomslag och spridas. Beskrivningen har stora likheter med vad som förespråkas inom projektledningsläran – alltså den normativt inriktade litteraturen kring projekt och hur de bör hanteras.<sup>42</sup>

Tidsbegränsade satsningar i form av projekt är populärt oavsett om det gäller att genomföra en nationell policy eller driva innovation lokalt. I botten ligger en modell

<sup>41</sup> Greenhalgh, Trisha & Robert, G. & Bate, P. & Macfarlane, F. & Kyriakidou, Olivia. (2007) Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review. 1-316. 10.1002/9780470987407.

<sup>42</sup> T ex PMI (2017) A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide), Sixth edition. ANSI/PMI.

som utgår från att utvecklingsarbete är ett linjärt, enkelriktat förlopp. Antagandet är att saker och ting helst bör ske i en viss bestämd ordning, från idéarbete och planering via olika stadier av genomförande fram till avslut och utvärdering. Det typiska projektledningsverktyget specificerar vilka beslut som ska fattas inför varje steg, vilka aktiviteter som ska utföras och vilka dokument som ska produceras. Enkelt och överblickbart – lätt att beskriva och lätt att utvärdera. Fokus ligger på att uppfylla målen enligt plan och om det inte går som man tänkt sig förklaras det ofta med brister i själva planen eller hos projektansvarig. Eller så sägs det bero på förändringsobenägenhet hos dem som ska göra jobbet.

Sammanfattningsvis så fokuserar projektlogiken på att öka den inre effektiviteten och reducera de interna riskerna i innovations- och förändringsarbete, samtidigt som man genom att avgränsa insatserna från ordinarie verksamhet försöker reducera inflytandet från omgivningen. Men i en vardag full av oförutsägbara människor och situationer visar det sig allt som oftast att verkligheten inte rättar sig efter de förutsättningar som planen formulerades enligt. Och när pilotprojekt ska tjäna som modell för breddinförande så visar det sig ofta att förutsättningarna (och därmed implementerbarheten) skiljer sig från plats till plats.

## Projekt i systemperspektiv

Organisationsvetenskaplig forskning kring projekt som implementeringsform visar att viljan att åstadkomma goda resultat i projekt gör att man skapar lokala och pragmatiska sätt att tillfälligt hantera de problem som beskrivs ovan.<sup>43</sup> Temporära lösningar för databearbetning, regelundantag, specialrutiner och tillfällig finansiering är vanliga strategier för att möjliggöra ett smidigare projektgenomförande. Tyvärr kan det innebära att man samtidigt bortser från systemhinder som försämrar mottagligheten senare. Inom hälso- och sjukvården handlar det exempelvis om hur budgetar, uppdrag, riktlinjer, ersättningsmodeller, uppföljningssystem, mandat och befattningsroller är utformade kan behöva förändras för att den utveckling som åstadkommit under projekttiden ska kunna få fäste och leva vidare i vardagsarbetet.

Den organisationsvetenskapliga forskningen menar alltså att den tydlighet, avgränsbarhet och uppföljbarhet som främjar projektimplementering på kort sikt, kan hämma varaktig och spridd utveckling på längre sikt. Studier visar samtidigt att en presumtiv analys av systemhinder kan minska riskerna för ”design to fail”. Det gäller inte minst finansieringen, där fokus behöver förflyttas från hur medel används i enskilda satsningar, till hur ordinarie budgetfördelning och ekonomistyrning behöver justeras för att möjliggöra nya arbetssätt. Ett annat centralt område är hur förändringsarbete ska organiseras och ledas. Det är inte ovanligt att olika delar av en

---

<sup>43</sup> Sahlin-Andersson, K. & Söderholm, A. (2002). Beyond project management: New perspectives on the temporary-permanent dilemma. Malmö: Liber.

organisation arbetar med drift respektive utveckling. Det finns fördelar med det, men även risker. En ren utvecklingsavdelning eller separat projektorganisation kan hamna alltför långt bort från den dagliga verksamheten och börja lösa problem som inte finns, alternativt få rollen som en innovativ ”bubbla” som lätt kan skjutas åt sidan om ledningen får andra prioriteringar. Här finns en central utmaning i att hitta balansen mellan kortsiktig handlingskraft och långsiktig uthållighet.

## Beslutsfattande i komplexa organisationer

Som tidigare avsnitt beskriver, är ett problem med den hierarkiskt-rationella implementeringsteorin att de flesta förändringsprojekt inte genomförs i vakuum, utan tvärtom som en del av större organisationer, som i sin tur ingår i större system av aktörer i en föränderlig omvärld. Forskning som inriktat sig på beslutsfattande i komplexa miljöer visar att det i sådana sammanhang finns problem med att fatta tydliga och precisa policy- och ledningsbeslut om organisatoriska förändringar.<sup>44</sup> Detsamma gäller alltför hårt specificerade planer för att genomföra förändringar.

En orsak är att ledningsbeslut sällan fattas av en enda person, utan av en grupp beslutsfattare. Ofta behövs både förankring både uppåt (mot politiker/huvudmän) och nedåt (i berörda verksamheter). För att över huvud taget kunna komma fram till ett beslut om exempelvis en reformstrategi är det ofta nödvändigt att kompromissa, och vaga formuleringar kan vara ett utmärkt sätt att åstadkomma detta. De otydligheter som förmodas bidra till implementeringsproblem kan alltså vara en nödvändighet om man även ser till den beslutsprocess som föregår implementeringen.

För det andra sipprar sällan en gemensam målbild på central policynivå – hur tydlig den än är – automatiskt ner och omvandlas till tydliga positiva nyttor för berörda verksamheter lokalt. En anledning till det är att organisationers praktik redan befolkas av andra principer, verksamhetsprocesser och strukturer samt grupper med olika professionella tillhörigheter, kompetenser och värderingar. Där finns makt- och intresserelationer och materiella förutsättningar i form av pengar, personal och teknik. Medarbetares tidigare erfarenheter av andra idéer påverkar också det sätt på vilket en ny idé tas emot och formas i praktiken. Här skiljer sig ofta de operativa verksamheter som organisationslösningen ska genomföras i. Forskning om policyimplementering (jmf tidigare avsnitt) talar om detta som ”passform” (goodness of fit) mellan det program som ska introduceras, och kapacitet och förutsättningar i den aktuella organisationen.<sup>45</sup> Den implementeringsstrategi som fungerar i ett lokalt sammanhang, kan därför vara direkt kontraproduktiv i ett annat. Förändringar som syftar till ökat

---

<sup>44</sup> Baier, Vicki E., James G. March och Harald Saetren (1986) Implementation and Ambiguity. *Scandinavian Journal of Management Studies*, vol 2(3-4):197-212.

<sup>45</sup> Scharpf 1978

samarbete mellan olika vårdprofessioner kan till exempel tas emot helt olika på olika kliniker beroende på hur vana man redan är vid ett sådant samarbete.

## Värdeavvägningar och engagemang som centrala faktorer

En konsekvens av ovanstående är att det finns praktiska begränsningar för vad som är möjligt att förändra genom central styrning. Att lokala praktiker varierar innebär att det är viktigt med tolkningsbarhet vad gäller lednings- och styrmodellens egenskaper. Det behövs översättning och anpassning av centrala koncept så att de blir relevanta på verksamhetsnivå och för olika målgrupper. Det behövs även implementeringsstrategier som tar hänsyn till vilka krockar eller överlappningar som kan finnas mellan utvecklingsprojekt och relaterade verksamhetsprocesser, prioriteringar och intressen.

Vidare finns det andra hänsyn att ta än att implementera varje enskild modell till punkt och pricka. Ett ersättningssystem där varje patientbesök betalas med samma summa styr exempelvis mot att alla patienter ska prioriteras lika högt oberoende av hur sjuka de är. Men politiska reformatörer som infört sådana ersättningssystem brukar inte ställa sig bakom en sådan likabehandling, tvärtom. De förlitar sig på att den operativa verksamheten inte kommer att låta sig styras helt av ersättningssystemet, utan ta hänsyn till andra principer, till exempel lagstiftning och normer om att patienter med störst behov ska prioriteras. Forskningen visar att tilliten till att ändamålsenliga avvägningar görs på verksamhetsnivå brukar vara större i organisationer som befolkas av starka professioner eller ”expertyrken”. I hälso- och sjukvården uppstår jämna mellanrum diskussioner om detta är av nödvändighet (på grund av de specialkunskaper som professionerna besitter) eller av hävd (på grund av maktpositioner som försvaras), och vilken balans mellan centralstyrning och professionellt utrymme som är lämplig för att uppnå högsta patientnytta.<sup>46</sup>

Oavsett vilken slutsats som dras sätter frågan fingret på en central faktor för ett lyckat genomförande av förändringar, nämligen engagemanget hos medarbetarna. Många exempel visar att frågan ”what’s in it for me?” måste kunna besvaras positivt för samtliga nyckelaktörer för att en förändring ska komma till stånd. Ofta befinner sig en stor andel av nyckelaktörerna i ”utförlädet” (och det handlar, i alla fall på sikt, om fler personer än de ”eldsjälar” som tar aktiva roller i att driva eller marknadsföra förändringsprojekt). Hur motivation och mening skapas i vardagsarbetet är till stor del personligt, men forskningen är enig om att det endast i begränsad omfattning handlar om drivkrafter som kan styras fram med incitament uppifrån. Detta är något som ledningen behöver känna till och ta hänsyn till när man formulerar och driver igenom strategier och beslut.

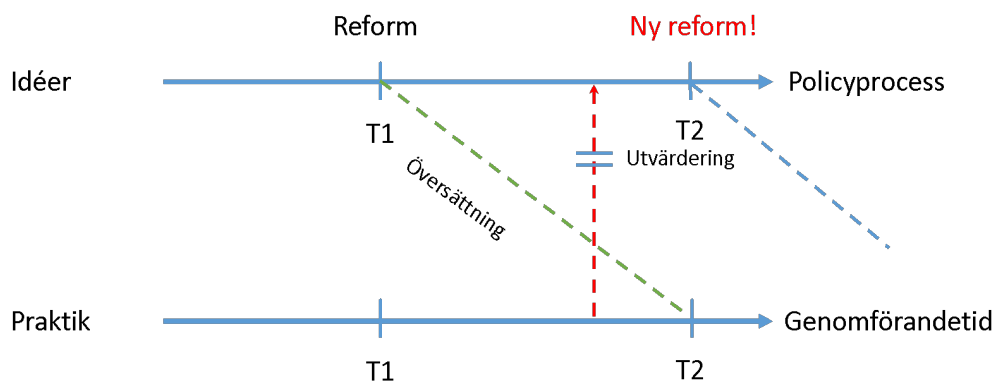
---

<sup>46</sup> Jfr t ex SOU 2018:38, Styra och leda med tillit – Forskning och praktik.

## Förändring i parallella processer

Utifrån forskningen om beslutsfattande i komplexa organisation kan man dra slutsatsen att implementering inte bara sker top-down, utan lika gärna kan förstås bottom-up eller som något som sker i parallella processer på olika nivåer i en organisation.<sup>47</sup> Det innebär att samtidigt som ledningen behöver förankra sina intentioner i olika delar av organisationen, så behövs fungerande kommunikationskanaler från verksamheterna och upp till beslutsfattare, så att prioriteringarna kring vad man ska satsa på kan baseras på verklig relevans och verksamhetsnytta. Detta ske i en iterativ process, så att man läser av effekter kontinuerligt och inte låser sig fast vid satsningar som på grund av omvärldsförändringar eller annat redan tappat sin relevans.

En viktig poäng är att iteration bör ha en tydlig koppling till verksamhetsnivån. Detta kan uppfattas som frustrerande för ledare som vill påverka sin organisation i en viss riktning. Dels är det praktiskt ogörligt att följa och kontrollera alla delar av en implementeringsprocess eftersom innehållet förändras på vägen, dels tar det tid till dess att resultat är mätbara (vilket felaktigt kan uppfattas som att ”inget händer”). En ”lösning” blir ofta att visa handlingskraft på idénivån genom att justera reforminnehållet i den riktning där det finns störst sannolikhet för påvisbara effekter på kort sikt.



*Tidsperspektiv i parallella förändringsprocesser på olika nivåer.*

Denna strategi innebär dock risker. En risk är att man för snabbt avfärdar pågående försök och lanserar nya för att legitimera en riktningssändring på central nivå, vilket kan leda till projektrötthet i verksamheterna. Eller att man inte lägger tillräckligt med tid på att ta hem positiva lärdomar från de avslutade projekten – sådana kan finnas även om de formella målen inte uppnåddes. Även om prioriteringarna ändras så att vissa

<sup>47</sup> Jacobsson, Bengt. (1987) Kraftsamlingen. Politik och företagande i parallella processer. Lund: Doxa ekonomi.

projekt/försök faller utanför ramen, så kan det ändå finnas anledning till uthållighet i förändringsarbetet och uppföljningen av detta.

## Situationsbaserat ledarskap

Det finns gott om empiriska studier som visar att organisationer fungerar på ovan beskrivna 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.<sup>48</sup> 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.

Forskningen ger 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 – mer som stöd än som noggranna direktiv om ”hur det ser ut” eller ”vad som ska göras”. 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.

## Beslutsunderlag och styrning i och av förändringsprocesser

Frågan om vilken typ av förändrings- eller utvecklingsprocess det är fråga om är nära sammankopplad med frågan om i vilken mån processen är styrbar, och vilka beslutsunderlag och styrverktyg isåfall är lämpliga. Här spänner organisationsforskningen över hela fältet, från teorier som förespråkar detaljplanering och rationell ”programmering” av önskade skeenden, till teorier som menar att faktiska utfall av förändringsförsök är svårstyrda och ofta ganska arbiträra.<sup>49</sup>

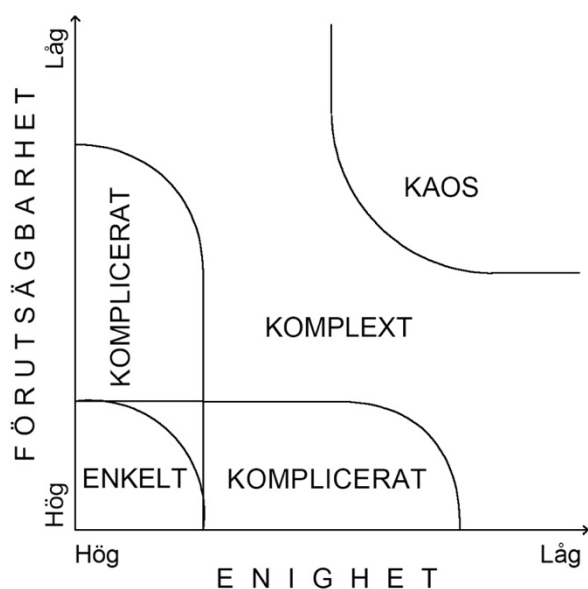
Ett försök att sortera och sätta olika logiker i relation till varandra har gjorts av Stacey (1996), som beskriver hur olika angreppssätt blir tillämpliga beroende på i vilken grad det råder förutsägbarhet respektive enighet kring problem och mål i ett

---

<sup>48</sup> Jönsson, S & Strannegård, L (red.) (2015) Ledarskapsboken. Malmö: Liber.

<sup>49</sup> Se Vedung 2009 för en översikt.

förändringsförsök. När det finns stor enighet och hög förutsägbarhet anses uppdraget vara organisatoriskt enkelt. Inblandade aktörer är överens om vad som behöver göras och många uppgifter kan automatiseras. Om förutsägbarheten istället är hög medan enigheten är låg kring vilka resultat som är önskvärda behöver man i regel förhandla och kompromissa i organisationen för att hitta en legitim process. Råder det hög enighet om målsättningarna men en osäkerhet kring hur målen ska uppnås, kan gemensamma visioner om vad uppdraget ytterst syftar till vara en bättre väg framåt än förutbestämda planer. I komplexa uppdrag – det vill säga om det finns olika uppfattningar om hur problem ska lösas samtidigt som det är svårt att förutsäga konsekvenserna – behöver man ofta pröva sig fram till en lösning och söka efter kreativa och innovativa metoder. Studier med ett komplexitetsteoretiskt perspektiv fokuserar därför särskilt på organisationers förmåga till flexibilitet och agilt beslutsfattande.<sup>50</sup>



Staceys förutsägbarhets- och enighetsmatris. *Källa: Anpassad från Stacey (1996.)*

I praktiken påverkas mängden beslutsunderlag och detaljeringsgraden i beslutsprocesser ofta av praktiska förutsättningar såsom resurstillgång, tidskritiskhet och hur in/stabil omvärlden ter sig. Säkerhet kring rådande kunskapsläge i de frågor som förändringen berör kan ses som del av detta. Här aktualiserar den medicinska utvecklingen många intressanta frågor kring hur evidens kan skapas.<sup>51</sup> Kopplingen mellan medicinsk kunskapsutveckling och lämplig styrning behöver också diskuteras.

<sup>50</sup> Om vi inte kan förutspå något och inte heller vet hur vi ska gå till väga för att lösa problem befinner vi oss i kaoszonen, motpolen till enkla uppdrag. Traditionella metoder för att planera, samordna och förhandla är i denna kontext otillräckliga och undvikande är en vanlig strategi, som dock är ödeläggande på lite längre sikt. Stacey menar därför att organisationer bör eftersträva att undvika kaoszonen så långt det går.

<sup>51</sup> Sager, M. och Pistone, I. (2019). Kunskap. I Krohwinkel och Mannerheim (red.). Moderna Policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt. LHC Report 2019:3.



Organisationsforskningen antyder att många sjukdomsproblem med ofullständig kunskap inte är mogna att koppas till strikta regler för hur tillståndet ska diagnosticeras, behandlas och hanteras, än mindre kopplas till tidsstyrning och ekonomikrav. Detta gäller också vanliga sjukdomar i primärvården som befinner sig på en symptom- eller behandlingsnivå med en initialt hög osäkerhet vad gäller lämpliga åtgärder och möjliga utfall.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Borgquist et al (2018) Tankar om medicinsk kunskapsutveckling, prioriteringar och svensk vårdorganisation. I Henriksson (red) Perspektiv på utvärdering, prioritering, implementering och hälsoekonomi. Linköpings Universitet.

# Bilaga 2: Intervjufrågor

## Kunskapsstyrning

Frågeunderlag – införande/tillämpning av kunskapsstöd vårdförlopp

Namn frågeställare

Namn respondent

Befattning

Position i förhållande till KS och arbetet med införande av vårdförlopp Hjärtsvikt

Område	Fråga	Delfråga	
Införande av nya vårdprocesser från KS	Hur gör ni		
		Vem gör vad	
		Var görs det	
		Hur gör man rent konkret? (Direkt eller indirekt användning? Idé eller standard?)	
Hur har ni gjort sen tidigare	Vad är nytt med KS		
	Är det annorlunda/viktigare?		
	Sidoeffekter	Nätverkande mm?	
Nödvändiga förutsättningar	Legitimitet		
	Utbildning		

	Pengar		
	Teknisk integrering		
Koordinering med annat	Administrativa resurser		
	Konflikt med befintliga rutiner inom verksamheten?		
	Konflikt med andra processer (prioriteringar)?		
Anpassning av vårdförlopp	Gör ni några Anpassningar lokalt	Innehåll	
		Rutiner / arbetsätt	
		Tekniskt / IT	
		Uppföljning	
Allmänna kommentarer – hur fungerar KS och vårdförlopp	Fördelar		
	Nackdelar		
	Svårigheter/utmaningar		
Viktigast att utveckla för att det ska funka / bli bra?	Idag, över längre tid		

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

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

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på  
[www.leadinghealthcare.se](http://www.leadinghealthcare.se)



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