

PM 2016:3

# **Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården**

– ett diskussionsunderlag

 **vårdanalys**



## Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se). Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016  
ISBN: 978-91-87213-48-9  
[www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

# **Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården**

– ett diskussionsunderlag





# Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av myndighetschefen Fredrik Lennartsson. Utvecklingsansvarig Jesper Olsson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm den 23 juni 2016  
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*

Jesper Olsson  
*Föredragande*



# Förord

I dag finns ett starkt och berättigat fokus på vårdens och omsorgens utvecklingsförmåga. En rad omvärldsfaktorer, till exempel demografi, teknisk utveckling och förväntningar, gör att vården och omsorgen står inför helt nya krav och möjligheter. För att kunna möta dessa måste förändringstakten öka. På nationell och regional nivå görs en hel del för att bidra till en ökad utvecklingskraft. Lagstiftning ses över, visioner formuleras, överenskommelser sluts och storregioner bildas. Samtidigt vet vi att vårdens och omsorgens värde ytterst skapas där patienter och brukare, närstående, professioner och stödsystem möts i vardagen. Sett ur ett patient- och brukarperspektiv innebär det att nödvändiga förändringar måste genomföras och få genomslag på verksamhetsnivå – och ytterst omsättas i mötet med den enskilde patienten och brukaren. Kravet på ökad förändringstakt ställs därför på sin spets på verksamhetsnivå. Cheferna på verksamhetsnivå har här en nyckelroll. De beslutar om utvecklingsarbetets inriktning, hur det ska bemannas, prioriteras och följas upp i sina organisationer. Deras förmåga och förutsättningar att driva förbättringsarbete är avgörande för utvecklingskraften i svensk vård och omsorg.

För att bättre förstå hur vården är rustad för att möta kraven på en högre förändringstakt har vi undersökt hur verksamhetscheferna ser på sitt utvecklingsarbete.

De resultat vi presenterar ska ses utifrån att cheferna är en del av ett större system som påverkar deras agerande. Det handlar bland annat om vilka resultat högre ledningar prioriterar och följer upp, budgetsystem, chefsutbildningar, tillgängligt utvecklingsstöd, vilken forskning som görs och vad som är meriterande vid chefstillsättningar.

Genom att skrapa på ytan kring verksamhetschefers syn på kvalitets- och effektivitetsutveckling hoppas vi stimulera till en fortsatt diskussion om vad som krävs av högre ledningar och politiker för att stärka verksamhetschefernas möjligheter att driva ett patientcentrerat, datadrivet och lärandestyrt förbättringsarbete som är relevant och effektivt.

Vårdanalys vill rikta ett varmt tack till alla de chefer som tagit sig tid att svara på undersökningen och gett oss möjligheten att ta del av deras erfarenheter. Jesper Olsson har varit projektledare för arbetet. Undersökningen har genomförts av Helseplan Consulting Group AB på uppdrag av Vårdanalys.

Stockholm i juni 2016

Fredrik Lennartsson  
Myndighetschef





# Sammanfattning

Förändringstrycket på hälso- och sjukvården är starkt. Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och färre i arbetsför ålder anstränger sjukvårdens ekonomi och begränsar tillgången på personal. Kunskapsutveckling och ny teknik bidrar till att allt fler kan få hjälp för allt svårare tillstånd och förväntningarna på vad vården ska åstadkomma ökar. Det innebär att det krävs ett ständigt pågående utvecklingsarbete för att kontinuerligt höja vårdens värde i takt med utvecklingen i samhället i övrigt och i takt med att behoven förändras. Ett systematiskt förbättringsarbete måste alltså institutionaliseras. Men är vården rustad för att utvecklas i den takt som krävs för att skapa ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem?

Betydande ansträngningar görs för att utveckla vården och förbättra medicinska resultat, patientsäkerhet och individualiserad vård och bemötande. På vissa håll ses förbättringar men på flera områden går utvecklingsarbetet för långsamt. Till exempel har vissa bestämmelser i patientlagen, som gällt i cirka trettio år, ännu inte genomförts fullt ut, väntetiderna skulle kunna kortas genom effektivare användning av resurser, det finns omotiverade skillnader i vårdens processer och utfall mellan landstingen och mellan grupper i befolkningen, potentialerna som finns i verktyg som öppna jämförelser och nationella riktlinjer kommer inte patienter till del i tillräckligt hög utsträckning och internationella undersökningar indikerar att Sverige presterar sämre än jämförbara länder vad gäller patientcentrering.

Vårdens värde skapas där patienter och brukare, närstående, professioner och stödsystem möts i vardagen. Verksamhetscheferna befinner sig närmast vardagen och har därmed en nyckelroll i vårdens utveckling. De beslutar till exempel om inriktningen på utvecklingsarbetet och hur det ska bemannas, prioriteras och följas upp. Men verksamhetschefernas uppgift är inte enkel. Vårdens uppbyggnad med politikernas, administratörernas och professioners olika perspektiv tillsammans med ett hierarkiskt system skapar en speciell förändringsdynamik. I ljuset av det är det intressant att ställa frågor om hur chefer axlar ansvaret för vårdens förbättringsarbete. Vad prioriterar de i utvecklingsarbetet? Har de förutsättningarna att driva förbättringsarbete? För att söka svar på sådana frågor har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) genomfört en nationell enkätstudie av verksamhetschefernas uppfattningar om förbättringsarbetet i vården.

I den här undersökningen skrapar vi på ytan kring verksamhetschefernas syn på kvalitets- och effektivitetsutveckling. Syftet är att stimulera till en fortsatt diskussion om vad som krävs av högre ledningar och politiker för att stärka verksamhetschefernas möjligheter att driva ett patientcentrerat, datadrivet och lärandestyrt förbättringsarbete som är relevant och effektivt.

Enkäten genomfördes år 2014 och riktade sig till klinik- och vårdcentralschefer. Liknande undersökningar genomfördes åren 2003 och 2007 vilket ger möjlighet att delvis följa utvecklingen över tid. Enkäten skickades till 1 933 chefer, varav 21 procent

besvarade enkäten. Vår bedömning är att resultaten är relevanta eftersom många chefer svarat. Däremot måste resultatens giltighet för den totala populationen tolkas med försiktighet.

## **CHEFERNAS SYN PÅ FÖRBÄTTRINGSARBETET**

Följande sammanfattar undersökningens övergripande resultat.

### ► *Chefer har mandat och ser positivt på det utvecklingsarbete de driver*

Cheferna anser att verksamheten är positivt inställd till förbättringsarbete och att utvecklingsarbetet möter vardagens och personalens behov. Cheferna har stort mandat att driva förändring oavsett om de är läkare eller sjuksköterskor. Det största hindret i förbättringsarbetet är att IT-systemen motverkar nya arbetssätt, att verksamheterna saknar analyskompetens och att förbättringsarbetet är i konflikt med de dagliga arbetsuppgifterna.

### ► *Lokala behov sätts före regionala och nationella initiativ*

Chefernas viktigaste drivkrafter till förbättring utgår huvudsakligen från lokala behov med förankring i kliniken eller vårdcentralen. Det handlar om medarbetarnas goda idéer, om att det dagliga arbetet inte fungerar optimalt och om personal- eller arbetsmiljöproblem. Regionala eller nationella utvecklingsinitiativ utgör i mindre grad drivkrafter i det lokala förbättringsarbetet. Exempel på mindre betydelsefulla externa drivkrafter är tillsyn, öppna jämförelser, nationella riktlinjer och dåliga utfall i kvalitetsregister.

### ► *Störst utvecklingspotentialer finns i att samarbeta med aktörer utanför den egna verksamheten men i praktiken prioriteras det interna arbetet*

Chefer anser att organisationens största utvecklingspotentialer ligger i att förbättra processer mellan huvudmän, att involvera patienter i utvecklingsarbetet och i vården samt att minska den patientnära administrationen. För att verksamhetschefer fullt ut ska kunna arbeta med sådana frågor krävs stöd och insatser från högre ledning. Cheferna har dock inte valt att arbeta med de områden som de anser har störst förbättringspotential. I stället har de fokuserat på patientsäkerhet, verksamhetens organisation, interna vårdkedjor och medarbetartillfredsställelse, alltså insatser som ligger innanför den egna organisationens avgränsningar och där chefen själv har inflytande över resurserna och vad som görs.

### ► *Traditionella angreppssätt tillämpas för förbättring*

De angreppssätt som chefer tillämpar i förbättringsarbetet är traditionella. Det handlar bland annat om incidentrapportering, utbildningssatsningar, att verka för ekonomisk förstärkning och att hantera klagomål. Det är angreppssätt som chefer kan antas vara förtrogna med. Samtidigt indikerar forskningen att dessa angreppssätt

riskerar att ligga längre ifrån en praktisk utveckling för patienter än till exempel nationella riktlinjer, öppna jämförelser, kvalitetsregister och förbättringsarbete ur patienternas perspektiv, som tillämpas i lägre utsträckning.

- ▶ *Chefer anser sig få effekt av förbättringsarbetet men saknar ofta data för att belägga framstegen*

Cheferna anser att det sammantagna resultatet av förbättringsarbetet har varit värt insatsen. De anser specifikt att de fått ett bra resultat i arbeten som syftar till att förbättra de interna vårdkedjorna samt medarbetartillfredsställelse och patientsäkerhet. Det är också de områden som cheferna har prioriterat i sitt förbättringsarbete. Förbättringar ur ett tydligare patientperspektiv och effektiviseringar av den patientnära administrationen har uppnåtts i lägre grad.

Cheferna säger att det finns data för att belägga resultat som handlar om ekonomi, medarbetartillfredsställelse och tillgänglighet. Däremot saknas i hög grad data om resultat som rör till exempel patientcentrering och processförbättring.

- ▶ *Patientinvolveringen är svag i förbättringsarbetet*

Cheferna anser att det finns en stor potential i att tillvarata patienters upplevelser som grund för att utveckla vården. Samtidigt har det ett svagt genomslag inom alla områden som undersökts. Patientperspektivet har heller inte stärkts mellan de tre undersökningarna år 2003, 2007 och 2014.

## REFLEKTIONER KRING RESULTATEN

Flera av resultaten i undersökningen är intressanta att analysera vidare. Några av mönstren finner vi särskilt intressanta:

- ▶ *Chefer prioriterar inte de utvecklingsområden som de anser ha störst förbättringspotential. Snarare prioriterar de arbeten där de själva har inflytande över utvecklingen.*
- ▶ *Chefer anser att det finns en stor potential i att involvera patienter i utvecklingsarbetet, men inget organisationsgenomgripande arbete framkommer i undersökningen.*
- ▶ *I stora stycken utgår förbättringsarbetet från behov och angreppssätt som har en lokal förankring i kliniken eller vårdcentralen – regionala eller nationella utvecklingsinitiativ har en svagare inverkan. Ett undantag är statens arbete med prestationsbaserad ersättning.*
- ▶ *De metoder och verktyg som tillämpas i förbättringsarbetet är sådana som enligt forskningen är mindre effektiva för att förbättra verksamheter.*

Det är utifrån de här iakttagelserna vi reflekterar kring förutsättningarna att driva ett effektivt förbättringsarbete i vården. Reflektionerna är tänkta att inspirera till fortsatt diskussion.

### **Brister i förutsättningar att bedriva förbättringsarbete**

Om vi jämför resultaten i 2014 års undersökning med resultaten från 2003 och 2007 ser vi att lite har hänt. Resultaten från 2003 publicerades i en vetenskaplig artikel. Där drog forskarna slutsatsen att chefernas generella svar inte ligger i linje med de kunskaper som finns om hur man driver ett effektivt och framgångsrikt förbättringsarbete.

Vår studie indikerar fortsatta brister i kompetensen att driva förbättringsarbete. Den indikerar också att verksamhetschefernas förutsättningar kan behöva stärkas och en risk för att kunskapsstyrningen inte kommer patienter och brukare till nytta fullt ut.

#### *Bristande kompetens att driva förbättringsarbete*

Ett modernt förbättringsarbete utgår från patienterna, bygger på att beslut baseras på data och är lärandestyrt. Cheferna som besvarat enkäten anser att det finns potentialer i att involvera patienterna i utvecklingsarbetet. Samtidigt prioriteras detta lågt och cheferna redovisar en låg tillämpning av angreppssätt som involverar patienter. De anser även att förbättringsarbeten som involverar patienter i relativt låg grad ger positiva resultat. Detta skapar tveksamheter om de har tillgång till den kompetens som krävs för att involvera patienter på ett ändamålsenligt sätt. Flera av angreppssätten som tillämpas i förbättringsarbetet är traditionella, snarare än lärandestyrd. Det handlar till exempel om att hantera klagomål och gå på kurser. Resultaten indikerar en bristande kompetens att driva utvecklingsarbete med patienten som utgångspunkt.

Resultat pekar också på brister i det faktabaserade utvecklingsarbetet. Både analyskompetensen och tillgången på data brister inom centrala områden som införandet av vårdprogram, patienternas ställning, patientnära administration, patienters upplevelse och patientlagen. Det riskerar att leda till avsaknad av målsättningar och uppföljning – komponenter som är nödvändiga för ett lärandestyrt och faktabaserat förbättringsarbete.

#### *Oklara förutsättningar från högre ledning*

Chefer inom hälso- och sjukvården har ett brett uppdrag. De ansvarar för medarbetare och patienter, för att införa och följa lagstiftning, genomföra landstingets politik, agera på nationell kunskapsstyrning och svara för verksamhetens ekonomiska och kvalitetsmässiga uppföljning.

I vår undersökning framkommer att cheferna har svårt att prioritera förbättringsarbete inom områden som de själva anser har de största förbättringspotentialerna, till exempel att förbättra vårdkedjorna mellan kommuner och landsting. De pekar också på IT som det största hindret i förbättringsarbetet och på att förbättringsarbetet står i konflikt med andra arbetsuppgifter. De säger att allt färre läkare involverar sig i utvecklingsarbetet.

Sådana problem kan troligen inte lösas inom ramen för en klinik eller en vårdcentral utan behöver åtgärder och stöd från högre ledning.

Vilken sorts utvecklingsarbete chefer ska driva är i stor utsträckning en fråga för politiker och landstingsledningar. De behöver stötta, fråga efter resultat, skapa förutsättningar och rikta fokus mot de utvecklingsansatser som önskas samt eliminera hinder som ligger utanför chefernas direkta ansvarsområde.

### *Instrument för kunskapsstyrning riskerar att inte komma till nytta*

Undersökningen pekar på att flera av statens och landstingens instrument för kunskapsstyrning riskerar att inte fullt ut komma till nytta för patienter. Det beror bland annat på att externa drivkrafter, det vill säga den mekanism som kunskapsstyrningen utgår ifrån, har låg inverkan på chefernas prioriteringar i förbättringsarbetet. Instrument för kunskapsstyrning, till exempel nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser och lagstiftning, är dessutom angreppssätt som tillämpas i lägre grad. Det tycks alltså finnas ett glapp mellan statens och huvudmännens insatser och verksamheternas förmåga att nyttiggöra kunskapsstyrningen för patienterna.

## **ATT STÄRKA VÅRDENS UTVECKLINGSARBETE ÄR FORTSATT VIKTIGT**

Den inriktning, de förutsättningar och det synsätt på förbättringsarbete som högre ledningar och politiker skapar och kommunicerar har betydelse för chefers agerande och vårdens utvecklingskraft. Verksamhetschefer är nyckelpersoner i arbetet med att utveckla mötet mellan vårdprofessioner och patienter, det vill säga där kvalitet och effektivitet uppstår. Enligt vår undersökning är cheferna mycket nöjda med resultaten från utvecklingsarbetet. De anser att förbättringsarbetet ligger i linje med organisationens värderingar och möter personalens behov. Om vi önskar en annan typ av förbättringsarbete behöver högre ledningar skapa och kommunicera både nya förutsättningar och en ny inriktning för förbättringsarbetet.

Utmaningarna är inte unika för Sverige. Till exempel lyfter aktuell brittisk forskning fram sju nyckelområden som är avgörande för att påskynda utvecklingsarbetet i den brittiska vården. Det handlar bland annat om att stärka och utveckla ett ledarskap som stödjer förbättring, kunskap och färdigheter i problemlösning, tillgång på data som visar att förändringar är förbättringar liksom att avsätta resurser till och skapa stöd för att genomföra förbättringsarbete. Som åtgärder föreslår de bland annat att en gemensam syn på hur förbättringar sker bör utvecklas mellan vårdens aktörer, så att nationella organ kan arbeta för att stödja och påskynda processerna. De föreslår även att en nationell strategi bör tas fram för områdets långsiktiga utveckling.

Den här undersökningen, liksom Vårdanalys rapport *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*, indikerar att Sverige står inför liknande utmaningar. Det finns därmed ett fortsatt behov av att samlat och fördjupat analysera svagheterna i kunskapsstyrningskedjan, inklusive hur kopplingarna mellan staten och huvudmännen kan förstärkas och utvecklas. Att hantera hela kunskapsstyrningskedjan mer samlat är en omfattande och långsiktig

uppgift. Den skulle gagnas av en nationell strategi som samlar arbetet och tydliggör roller, organisation och långsiktig finansiering. Syftet med strategin bör vara att institutionalisera långsiktiga förutsättningar att driva ett effektivt förbättringsarbete som bidrar till ett patientcentrerat, jämlikt och hållbart hälso- och sjukvårds- och omsorgssystem.

Slutligen konstaterar vi att det behövs mer kunskap och diskussion om hur vårdens förmåga att arbeta med kontinuerliga förbättringar kan stärkas och hur chefernas roll, mandat och kapacitet bör utformas för att stödja en positiv utveckling.







# Innehåll

<b>1 Framtidens utmaningar kräver ett offensivt utvecklingsarbete.....</b>	<b>19</b>
1.1 Starka förändringskrafter påverkar förbättringsarbetet.....	19
1.2 Cheferna har en nyckelroll i förbättringsarbetet .....	20
1.3 Vad menar vi med förbättringsarbete? .....	20
1.4 Är det en särskild utmaning att förändra i vården?.....	23
<b>2 En undersökning om verksamhetschefernas syn på förbättringsarbete ..</b>	<b>27</b>
2.1 Vilka har svarat?.....	27
2.2 Undersökningens begränsningar .....	27
2.3 Modell för resultatredovisningen.....	28
<b>3 Chefernas syn på förbättringsarbete .....</b>	<b>33</b>
3.1 Verksamheternas uppfattningar om förbättringsarbete .....	33
3.2 Chefernas mandat att driva förbättringsarbete .....	34
3.3 Drivkrafter i förbättringsarbete .....	35
3.4 Hinder i förbättringsarbetet.....	37
3.5 Förbättringspotential i verksamheterna .....	38
3.6 Vad har cheferna prioriterat att förbättra?.....	39
3.7 Arbetssätt och insatser som använts i förbättringsarbetet .....	42
3.8 Hur förbättringsarbetet har påverkat verksamheten.....	45
3.9 Tillgång till data i förbättringsarbetet .....	47
3.10 Patientcentrering i förbättringsarbetet.....	50
3.11 Sammanfattning av resultaten.....	52
3.12 Trender och andra mönster.....	53
<b>4 Reflektioner.....</b>	<b>57</b>
4.1 Lite har hänt sedan den första mätningen 2003.....	57
4.2 Några övergripande brister tycks framträda .....	57
4.3 Nödvändiga förutsättningar behöver stärkas.....	59
4.4 En nationell strategi kan påskynda utvecklingstakten .....	60
<b>Referenser.....</b>	<b>63</b>







# 1 Framtidens utmaningar kräver ett offensivt utvecklingsarbete

Kostnaderna för hälso- och sjukvården blir allt högre och förväntningarna från befolkningen ökar. Samtidigt minskar det finansiella underlaget. Det innebär att hälso- och sjukvården behöver effektiviseras i snabb takt. Men den måste också ständigt utvecklas i takt med ny forskning och annan kunskap. Tillsammans med politiker och tjänstemän har cheferna i hälso- och sjukvården ett stort ansvar för detta.

## 1.1 STARKA FÖRÄNDRINGSKRAFTER PÅVERKAR FÖRBÄTTRINGSARBETET

Hälso- och sjukvården befinner sig i dag under ett hårt förändringstryck. Ett flertal faktorer i samhället skapar dessa krafter (Blomqvist 2007, Källberg 2013, Socialdepartementet 2010, Vårdanalys 2015a). Till exempel leder ett sjunkande födelse-tal och en ökad medellivslängd till en ökande andel äldre i befolkningen. En åldrande befolkning leder till ett ökat behov av vård- och omsorg. Samtidigt skapar den snabba medicinska och teknologiska utvecklingen möjligheter till förbättrad diagnostik och behandling samt nya kommunikationsvägar och arbetssätt.

Digitalisering och generell utveckling inom andra branscher påverkar människors förväntningar på vården. Det bidrar till ett ökat tryck på utveckling. Ett exempel är att patienters och närståendes krav på medbestämmande blir allt starkare, liksom att evidensen för att resultaten blir bättre när patienternas erfarenheter tas till vara växer (Ekman & Swedberg, 2011). För att den offentligt finansierade vården ska behålla sin legitimitet måste den anpassa sig efter sådana trender.

Betydande ansträngningar görs för att utveckla vården genom nya styrmodeller och andra insatser, men det finns flera indikationer på att förbättringsarbetet går alltför sakta. Till exempel har delar av patientlagen, som gällt i cirka trettio år, ännu inte genomförts fullt ut (Vårdanalys 2015b) och mer kan göras för att öppna jämförelser ska bidra till förbättring (Vårdanalys 2012). Det finns även alltför stora möjligheter att korta väntetiderna genom bättre arbetssätt och effektivare användning av tillgängliga resurser (Vårdanalys 2015c). Andra exempel är att potentialerna i nationella riktlinjer inte kommer patienter till del (Vårdanalys 2015d), att Sverige presterar sämre än andra jämförbara länder vad gäller patientcentrering (Vårdanalys 2014) och att tillgången på information och funktionaliteten i journalsystem är sämre än i andra jämförbara länder (Vårdanalys 2015e).

Samhällstrender, ny kunskap, förväntningar och teknik leder till att vården är i ett ständigt behov av förbättring. Enligt ”kvalitetsutvecklingens grundregel” går det alltid att åstadkomma högre kvalitet till en lägre kostnad (Bergman & Klefsjö, 2012). Att institutionalisera ständiga förbättringar är därför en hörnsten i en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

## 1.2 CHEFERNA HAR EN NYCKELROLL I FÖRBÄTTRINGSARBETET

Medarbetare och chefer, på alla nivåer i vården, har till uppgift att på olika sätt bidra till det ständiga förbättringsarbetet. Enligt 2 a § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska hälso- och sjukvården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. I 31§ HSL finns en bestämmelse om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. I förarbetena till lagen framgår att verksamhetschefen bland annat ska ansvara för den löpande verksamheten och upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet.

Som stöd för arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har Socialstyrelsen beslutat om föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Vårdgivaren ska bland annat ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Med stöd av det ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Härutöver ska vårdprofessionerna också medvetet och systematiskt sträva efter att bygga hälso- och sjukvård på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens) för att öka möjligheten att hjälpa patienter (Socialstyrelsen, 2011).

Vårdens resultat, till exempel bemötande, medicinska resultat, säkerhet och effektivitet, skapas där patienter och professioner möts i vardagen. Det innebär att kunskap leder till bättre resultat först när den omsätts i praktisk handling för patienter och närstående. De chefer som befinner sig närmast vårdens resultat är verksamhetscheferna. De har därmed en nyckelroll i att besluta och prioritera vilken sorts utvecklingsarbete professionerna närmast patienterna ska ägna sig åt. Frågan är därmed inte *om* cheferna bör driva förbättringsarbete utan *hur* det kan ske på bästa möjliga sätt. Viktiga frågor i sammanhanget är: Hur axlar cheferna detta ansvar? Hur bedrivs förbättringsarbetet i vården i dag? Har cheferna de rätta förutsättningarna att driva förbättringsarbete? Finns det sätt att öka chefernas förutsättningar att arbeta för högre kvalitet och effektivitet i vården? Finns det särskilda strukturella hinder mot förbättringsarbete? Eller är det så att vården enbart behöver göra mer av det som redan görs i förbättringsarbetet?

I den här undersökningen belyser vi hur cheferna ser på förbättringsbehoven och sitt eget förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Ambitionen är att resultatet ska utgöra ett underlag för fortsatt diskussion om chefernas förutsättningar att driva ständiga förbättringar i sina verksamheter och om vilka insatser som krävs för att påskynda, effektivisera och institutionalisera utvecklingsarbete i vårdens vardag.

## 1.3 VAD MENAR VI MED FÖRBÄTTRINGSARBETE?

I rapporten används begreppet *förbättringsarbete* för att beskriva insatser som avsiktligt görs för att utveckla verksamheter. Synonymt har vi använt begrepp som *kvalitetsutveckling*, *utvecklingsarbete* och *förändringsarbete*.

Några teorier som ger en överblick och ramar in vad begreppen innefattar är Bergman och Klefsjös beskrivning av kvalitetsrörelsens hörnstenar (2012) och Demings syn på lärandestyrt förbättringsarbete (1993) samt Batalden och Stoltz syn på förbättringskunskap (1993).

### **1.3.1 Patienten i centrum, helhetssyn och långsiktigt ledarskap**

Flera kvalitetsutvecklingsteorier förenas i att utgångspunkten för förbättringsarbetet bör vara den som verksamheten finns till för, kunden (se figur 1). I vården är det oftast patienten. Därför bör utvecklingsarbetet präglas av fokus på de processer och den helhet som skapar värde för patienterna, och beslut om förbättring ska baseras på fakta och aktuell kunskap snarare än på tyckande. Alla som är en del av det som ska förbättras bör göras delaktiga i ett ständigt och lärandestyrt förbättringsarbete. Ledningens uppgift är att se helheten och skapa förutsättningar för organisationens utveckling. Det innebär till exempel att bidra till förbättringsarbetets inriktning, skapa förändringstryck, se till att förbättringskompetens finns tillgänglig, fråga efter resultat och skapa system för att följa upp den utveckling som sker (Bergman & Klefsjö 2012).

En viktig pusselbit i utvecklingsarbetet är att arbeta lärandestyrt. Ett exempel på vad det begreppet syftar på är *lärandecykeln*, där varje förbättringsaktivitet genomförs i fyra steg: förstå problemen och planera förbättringen, genomför planen i liten skala, se hur den genomförda förändringen fungerade i den egna organisationen och, slutligen, dra slutsatser om hur arbetet ska fortsätta. Det innebär att idéer som inte kommer att fungera läggs ned, andra utvecklas och nya uppslag förs in och testas. Cykeln illustrerar ett iterativt och dynamiskt arbete där organisationen successivt bygger kunskap och förbättrar verksamheten. Varje nivå ligger till grund för nästa nivå och arbetet blir alltså lärandestyrt utifrån vad som fungerar i den egna organisationen (Deming 1992 och Moen m. fl. 1999).



**Figur 1.** Komponenter i förbättringsarbetet. Anpassat efter Bergman & Klevsjö (2012) och Deming (1993). Kunden är den eller de som verksamheten finns till för. I vården är det ofta patienterna.

### 1.3.2 Professionell kunskap behöver kompletteras med förbättringskunskap

*Professionell kunskap* omfattar ämneskunskap och färdigheter i hur man botar, lindrar och tröstar samt värderingar och etik. För att driva kvalitetsutveckling behöver den professionella kunskapen kompletteras med så kallad *förbättringskunskap* (se figur 2). Förbättringskunskap är en egen specialistkompetens som omfattar kunskaper och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik. Professionell kunskap bidrar till utvecklingen av nya behandlingar medan förbättringskunskap bidrar till utvecklingen av processer och system ur ett patientperspektiv. Kombinationen av professionell kunskap och förbättringskunskap skapar tillsammans effektiva förutsättningar att öka värdet av vården för dem som vården är till för (Batalden & Stoltz, 1993).



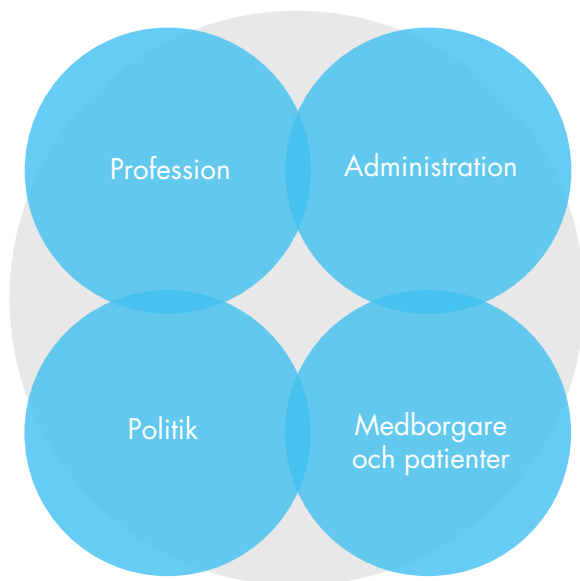


Figur 2. Professionell kunskap kompletteras med förbättringskunskap.

#### 1.4 ÄR DET EN SÄRSKILD UTMANING ATT FÖRÄNDRA I VÅRDEN?

Forskning visar att endast 20–40 procent av alla förbättringsinitiativ i vården är framgångsrika (Alemi, Safaie m. fl. 2001; Berwick, James m. fl. 2003) och att de flesta initiativ misslyckas (Beer, Eisenstat m. fl. 1990; Hackman och Wageman 1995; Blumenthal och Kilo 1998; Jarlier och Charvet-Protat 2000). Misslyckade utvecklingsarbeten leder till onödiga kostnader och kan ha betydelse för viljan att genomföra framtida förbättringsarbeten.

Det finns många orsaker till att det är svårt att lyckas. Till exempel skapar sjukvårdens olika "världar" en speciell förändringsdynamik som gör det extra svårt att driva förändring. Forskare beskriver det som att hälso- och sjukvårdsorganisationer innehåller olika hierarkiska system; det medicinska professionella och det administrativa (Abbott, 1998 via Källberg, 2013). Den beskrivningen har här utvecklats till fyra domäner: *patienter och medborgare*, *politik*, *administration* och *professioner* (anpassat efter Glouberman & Mintzberg 2001 och Källberg 2013), se figur 3.



**Figur 3.** Sjukvården kan delas in i fyra domäner med delvis motstridiga mål och förståelse för verksamheten (modifierad från Glouberman & Mintzberg, 2001 och Källberg, 2013).

Forskarna menar att en anledning till att det är svårt att driva förändring i sjukvården är att domänerna ibland har olika perspektiv och mål för vården. De har också delvis skilda synsätt och olika förståelse för verksamheten. Ett exempel är att de professionella grupperna ofta ser *den enskilda patienten*, och vill göra allt för att personen framför dem ska få bästa möjliga vård och omsorg. Politik och administration ser å andra sidan *patienter som olika grupper med skilda behov*, exempelvis alla som står i kö för att få ta del av verksamhetens tjänster. Dessa olika perspektiv är nödvändiga och kompletterar ofta varandra, men kan upplevas stå i motsatsförhållande. Skillnader i synsätt blir extra tydliga när organisationer och personer står inför förändringar. Personer i sjukvården som ska driva förändringar – verksamhetschefer i synnerhet – behöver alltså förhålla sig till de olika perspektiven.

För verksamhetscheferna konkurrerar dessutom utvecklingsarbetet med alla mål och krav som ska uppfyllas. Det menar en forskare som bland annat utfört en intervjustudie om svenska verksamhetschefer syn på att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor (Tyrstrup, 2006). Enligt honom lyckas verksamhetschefer ibland med sina utvecklingsinitiativ trots – inte tack vare – de förutsättningar de arbetar under (Tyrstrup, 2006).





## 2 En undersökning om verksamhetschefernas syn på förbättringsarbete

Vår enkätundersökning har besvarats av verksamhetschefer i primärvården och på kliniker. I det här kapitlet redogör vi för undersökningens genomförande, vilka som svarat och för modellen som ligger till grund för resultatredoviningen.

### 2.1 VILKA HAR SVARAT?

Vi har studerat chefers uppfattning om förbättringsarbete genom en enkät som ställdes till verksamhetschefer under våren 2014. Avsikten var att genomföra en totalundersökning, det vill säga tillfråga samtliga chefer i Sverige, men ett problem som framkom var att det inte finns något fullständigt register över vilka verksamhetscheferna är.

Totalt identifierade vi knappt 2 000 chefer via ett register. För att inkluderas i undersökningen krävdes att personen var klinik- eller vårdcentralschef samt att personen hade ett patientnära chefskap. Det innebär att chefer vid till exempel laboratorieverksamheter eller administrativa verksamheter exkluderades ur undersökningen. Cheferna fick själva definiera om deras verksamhet kategoriserades som vårdcentral/hälsocentral eller klinik med enbart öppenvård, klinik med slutenvård och öppenvård eller klinik med enbart slutenvård. I delar av rapporten skriver vi specifikt om vårdcentralschefer. Då avser vi dem som sagt sig vara chef vid vårdcentral/hälsocentral, samt klinikchefer, alltså de som angett något av resterande svarsalternativ.

Enkäten bestod av fyra delar som innefattade frågor om förbättringsarbete, införandet av patientlagen, användningen av nationella kvalitetsregister och nationella riktlinjer. I den här rapporten redogör vi för svaren på de frågor som rör förbättringsarbete. De är indelade i nio områden och omfattar totalt 112 frågor. De flesta frågor har besvarats utifrån en femgradig skala.

Av dem som svarat tillhör cirka 60 procent kliniker och 40 procent vårdcentraler. Vidare är 84 procent verksamma inom offentlig verksamhet och resterande vid privat driven verksamhet. Det vanligaste antalet medarbetare som cheferna har direkt personalansvar för är 21–50 medarbetare (41 procent). En stor andel (37 procent) har varit chefer i 11–20 år. Knappt 40 procent av cheferna har en utbildningsbakgrund som läkare och en lika stor andel är sjuksköterskor. Knappt två tredjedelar är kvinnor och drygt en tredjedel är män.

### 2.2 UNDERSÖKNINGENS BEGRÄNSNINGAR

Totalt skickades 1 933 enkäter ut. Andelen fullständiga svar blev drygt 21 procent (411 stycken). Härutöver har 291 chefer som inte besvarat alla frågor i undersökningen inkluderats i resultatredovisningen.

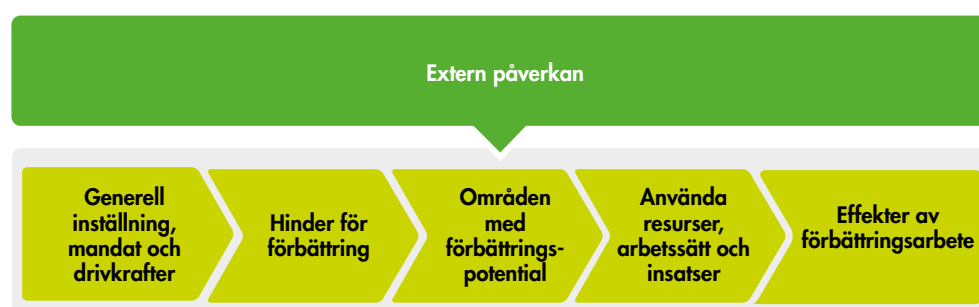
Det finns flera förklaringar till att alla inte svarat på samtliga frågor eller att flera avstod helt från att svara. Den mest allmängiltiga är brist på tid och att undersökningen var omfattande.

Samtidigt kan konstateras att svarsfrekvenserna i alla typer av undersökningar generellt minskar. I vissa internationella sammanhang ses svarsfrekvenser på mellan 20 och 30 procent som bra. Kopplingarna mellan svarsfrekvens och undersökningens användbarhet är heller inte helt enkel. En låg svarsfrekvens behöver inte betyda att undersökningen är oanvändbar om bortfallet kan anses vara slumpmässigt och antalet som svarat är tillräckligt stort. En lägre svarsfrekvens med god representativitet kan till och med vara bättre än en hög svarsfrekvens med snedvriden representativitet.

Antalet svar i den här undersökningen är långt fler än antalet svar som hade behövts i en vederhäftig nationell urvalsundersökning. Utmaningen är att vi inte med säkerhet kan veta om de som svarat är representativa för resten av populationen. Vår samlade bedömning är därför att undersökningens resultat är relevanta eftersom många chefer svarat, men att resultatens giltighet för den totala populationen bör tolkas med försiktighet.

### 2.3 MODELL FÖR RESULTATREDOVISNINGEN

Liknande undersökningar genomfördes 2007 och 2003, vilket ger vissa möjligheter att följa utvecklingen över tid. Undersökningen 2003 genomfördes av dåvarande Landstingsförbundet och undersökningen 2007 genomfördes av Sveriges Kommuner och Landsting. Enkätfrågorna i 2003 års undersökning byggde på ett teoretiskt ramverk, framtaget av forskare, som följde ett antal teman med betydelse för verksamhetens förbättringsarbete. Forskarna utvecklade och testade ett frågebatteri i syfte att belysa hur verksamhetschefer ser på de tematiska områdena. Frågorna i enkäten år 2014 såväl som år 2007 följer i stort sett samma ramverk och områden som 2003. I figur 4 visas en översikt av frågemodellen (Olsson, Elg m.fl.2003).



Figur 4. Teman som fångas i undersökningen (fritt efter Olsson m. fl. 2003).

De tematiska områdena belyser aspekter i chefernas egen verksamhet, till exempel inställningar till förbättringsarbete, förbättringspotentialer och resultat. Den belyser även chefers agerande utifrån prioriteringar, arbetssätt och insatser samt vilken betydelse externa krafter har på det interna arbetet.

Cheferna har huvudsakligen tagit ställning till i vilken mån de anser att deras verksamhet präglas av ett antal påståenden inom varje temaområde. Svaren har fångats på en skala från ett till fem, där 1 motsvarar *inte alls* och 5 *i hög utsträckning*. För alla frågor har alternativet *vet ej* funnits tillgängligt. Resultatredovisningen består huvudsakligen av stapeldiagram där resultatet uttrycks som ett medelvärde för samtliga svar på respektive påstående. I redovisningarna har alla som svarat *vet ej* exkluderats. I vissa grafer redovisas hur många procent som angett ett visst svarsalternativ. I de fallen varierar antalet respondenter som inkluderas i redovisningen av varje påstående. I medeltal har 412 chefer svarat på varje fråga med en standardavvikelse på 30 respondenter.

I texten förekommer vissa beskrivningar av skillnader mellan klinik- och vårdcentralschefer. I samtliga dessa fall är skillnaden mellan grupperna signifikant på femprocents nivå.









### 3 Chefernas syn på förbättringsarbete

Cheferna anser sig ha mandat att driva förbättringsarbete och att deras utvecklingsarbete möter både personalens behov och verksamhetens värderingar. De prioriterar inte förbättringsarbetet på de områden där de anser att verksamheten har störst förbättringspotential. Typiska hinder är IT-systemen och svårigheter att prioritera förbättringsarbete i förhållande till andra arbetsuppgifter. De har svårt att involvera patienter i utvecklingsarbetet – trots att de ser en stor potential i det. Sammantaget anser de att resultaten från det förbättringsarbete som drivs är goda, men att det i stor utsträckning saknas data som stödjer framstegen.

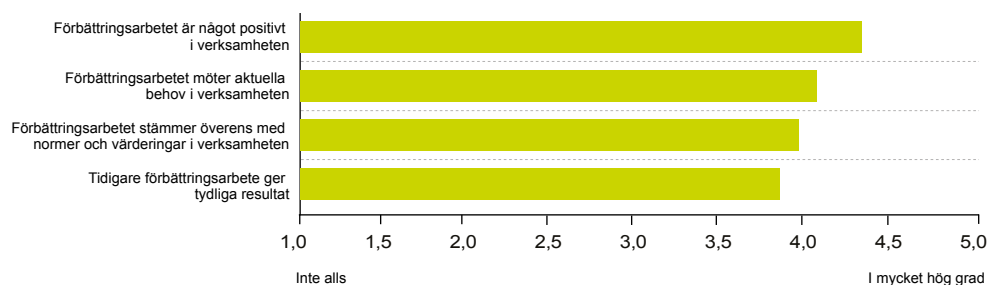
#### 3.1 VERKSAMHETERNAS UPPFATTNINGAR OM FÖRBÄTTRINGSARBETE

*Cheferna anser att den egna organisationen har en generellt sett positiv uppfattning om förbättringsarbete. Det uppfattas som något som är positivt i verksamheten och möter aktuella behov. Cheferna upplever också i hög grad att det förbättringsarbete som gjorts har varit värt insatsen.*

I enkäten ombads cheferna att ta ställning till i vilken mån deras verksamhet präglades av några generella påståenden om förbättringsarbete. I figur 5 presenteras medelvärdesresultaten för hur cheferna svarade.

Resultaten visar ett mycket högt medelvärde för påståendet att *förbättringsarbete är något positivt i verksamheten*. Cheferna instämmer också i hög grad i påståendet att *förbättringsarbetet möter aktuella behov i verksamheten*. Vidare präglas verksamheten av att förbättringsarbetet i hög grad *stämmer överens med normer och värderingar i verksamheten* och att *tidigare förbättringsarbete gett tydliga resultat*.

**I vilken grad anser du att följande påståenden stämmer överens med den generella uppfattningen av förbättringsarbetet i din verksamhet?**



**Figur 5.** Chefers generella uppfattning om verksamhetens syn på förbättringsarbete (medelvärden, *vet ej* exkluderat).

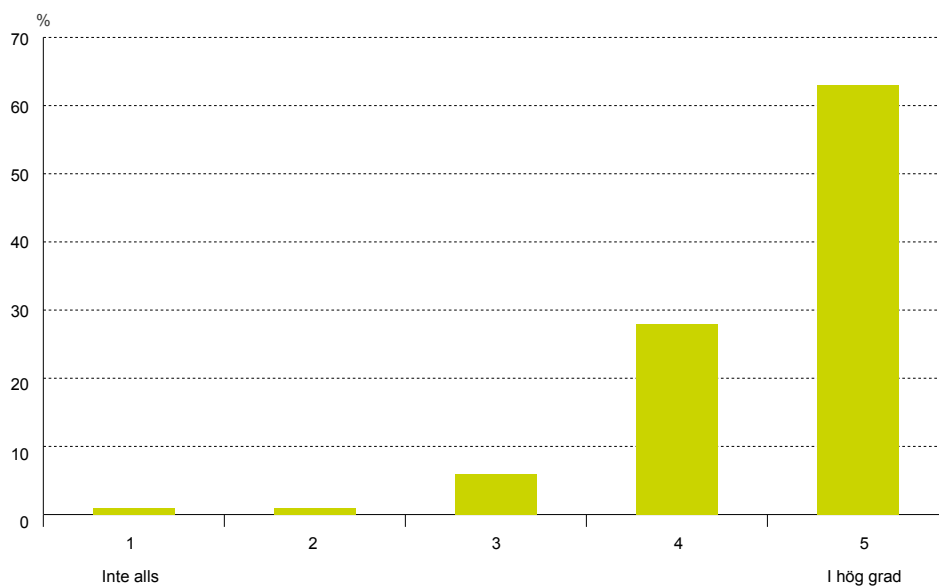
Chefernas uppfattning om hur verksamheterna ser på förbättringsarbete är i stort sett likadan mellan undersökningsåren 2003, 2007 och 2014. Cheferna fick också frågan om *de sammantagna resultaten av allt förbättringsarbete som gjorts under de senaste 12 månaderna är värt insatsen?* Även här genererades ett högt medelvärde. Cheferna ansåg alltså i hög grad att arbetet varit värt insatsen. I enkäten 2007 ställdes samma fråga och vi ser att cheferna då i ännu högre grad ansåg att arbetet varit värt insatsen.

### 3.2 CHEFERNAS MANDAT ATT DRIVA FÖRBÄTTRINGSARBETE

*Två tredjedelar av cheferna upplever i mycket hög grad ett mandat att driva förbättringsarbete. Läkare och sjuksköterskor anser sig ha lika högt mandat. Andelen läkare som involverar sig i förbättringsarbetet har däremot minskat sedan tidigare undersökningar.*

I enkäten fick cheferna ta ställning till påståendet *jag har ett tydligt mandat att driva förbättringsarbete i min verksamhet*. Resultatet av den frågan presenteras i figur 6 och visar andelen av cheferna som angett de olika svarsalternativen 1 till 5. Hela 63 procent av cheferna anser att de i *hög grad* har ett tydligt mandat.

I vilken grad anser du att: Jag har ett tydligt mandat att driva förbättringsarbete i din verksamhet



**Figur 6.** Chefernas uppfattning om de har ett tydligt mandat att driva förbättringsarbete (andelar per svarsalternativ).

### 3.2.1 Chefernas utbildningsbakgrund har mindre betydelse för upplevt mandat att förbättra

Man kan anta att chefers legitimitet att driva förbättringsarbete delvis beror på utbildningsbakgrund. Ju högre utbildning, framför allt inom det medicinska området, desto starkare mandat. Men en jämförelse av mandatet mellan läkare och sjuksköterskor, som är de vanligaste utbildningarna hos cheferna i undersökningen, visar att de upplever sig ha ett lika starkt mandat att driva förbättringsarbete.

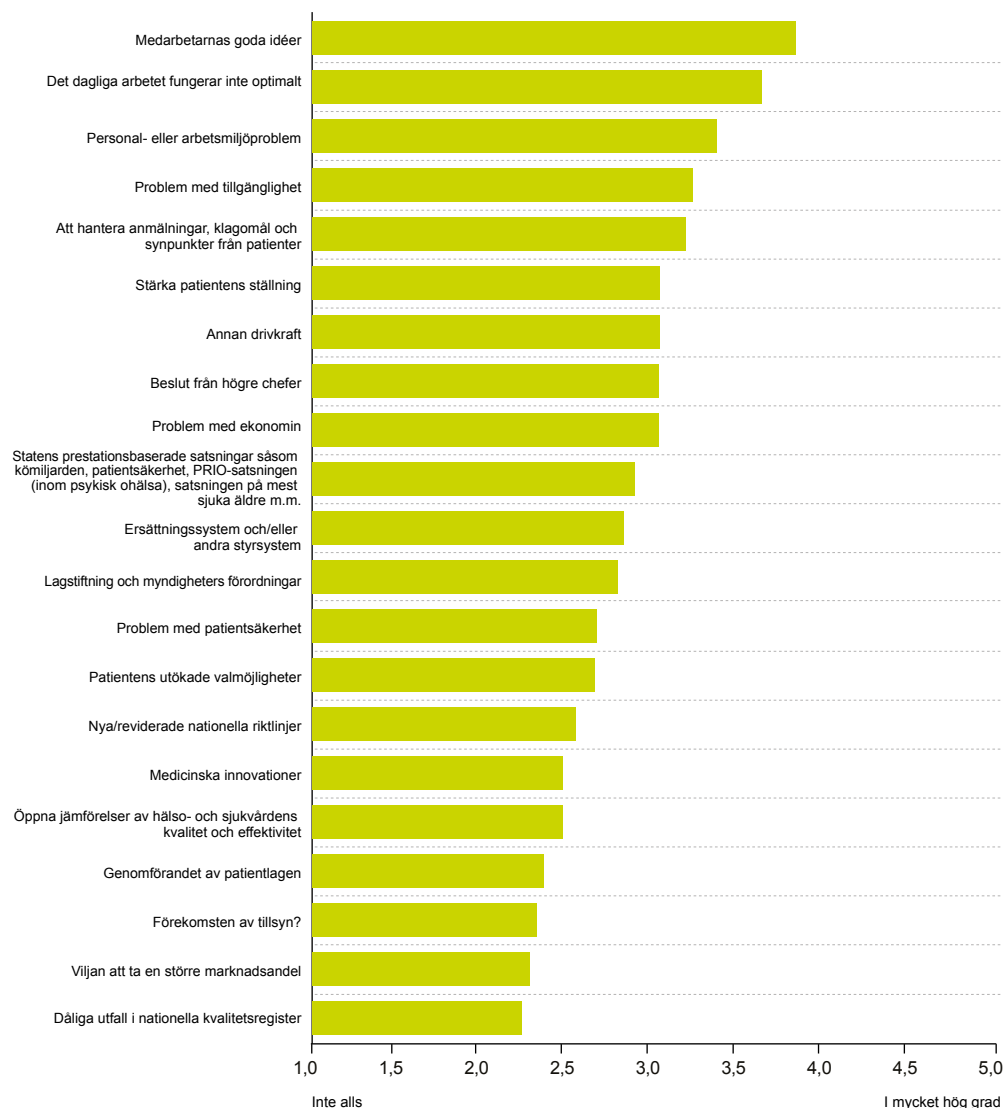
Cheferna fick också frågan *Om din verksamhet har läkare, hur stor andel av dessa har varit praktiskt involverade i ert förbättringsarbete under de senaste 12 månaderna?* I de olika svarsalternativen anges hur stor andel av alla läkare som varit involverade från *ingen* till *81–100 procent*. Samma fråga ställdes i enkäten 2007, men där formulerades det i stället som hur stor andel av läkarna som varit *aktivt involverade* i förbättringsarbetet. Den största skillnaden i svaren var att i 2007 års undersökning angav 34 procent av cheferna att 81–100 procent av läkarna varit aktivt involverade jämfört med 21 procent 2014. Enligt teorierna om verksamhetsutveckling är allas delaktighet en viktig aspekt av det ständiga förbättringsarbetet (Bergman och Klevsjö, 1994). Baserat på det kan utvecklingen mellan åren tolkas som en negativ trend.

### 3.3 DRIVKRAFTER I FÖRBÄTTRINGSARBETE

*De lokala behoven utgör de starkaste drivkrafterna i förbättringsarbetet. Det handlar om medarbetarnas goda idéer, att det dagliga arbetet inte fungerar optimalt, personal- eller arbetsmiljöproblem och problem med tillgänglighet. Flera av de drivkrafter som kommer utifrån den egna organisationen är lägre prioriterade, till exempel förekomsten av tillsyn, öppna jämförelser, dåliga utfall i nationella kvalitetsregister och nya eller reviderade nationella riktlinjer. För cheferna i primärvården är ersättningssystemen en starkare drivkraft än för klinikcheferna.*

Cheferna tillfrågades om i vilken grad 21 olika faktorer varit drivkrafter i förbättringsarbetet de senaste 12 månaderna. De fem faktorer som i högst grad varit en drivkraft är *medarbetarnas goda idéer*, därefter *att det dagliga arbetet inte fungerar optimalt*, *personal- eller arbetsmiljöproblem*, *problem med tillgänglighet* och *att hantera klagomål och synpunkter från patienter*, se figur 7.

I vilken grad har följande varit drivkrafter i ert förbättringsarbete under de senaste 12 månaderna?



Figur 7. Drivkrafter i förbättringsarbetet (medelvärden, vet ej exkluderat).

Även om inte alla delfrågor ställdes i 2007 års undersökning, ser vi inga större skillnader mellan åren. De högst rankade drivkrafterna är desamma, vilket innebär att organisationernas interna drivkrafter är fortsatt viktiga för utvecklingsarbetet. Sammantaget kan det tolkas som att externa drivkrafter spelar mindre roll för utvecklingsarbetet.

Vårdcentralschefer ansåg i högre grad att medarbetarnas goda idéer och ersättningssystem är viktiga drivkrafter jämfört med klinikchefer. Ersättningssystemen är en så pass viktig drivkraft för vårdcentralscheferna att den placerar sig som den tredje viktigaste. Drivkraften att ta marknadsandelar är signifikant viktigare i primärvården.

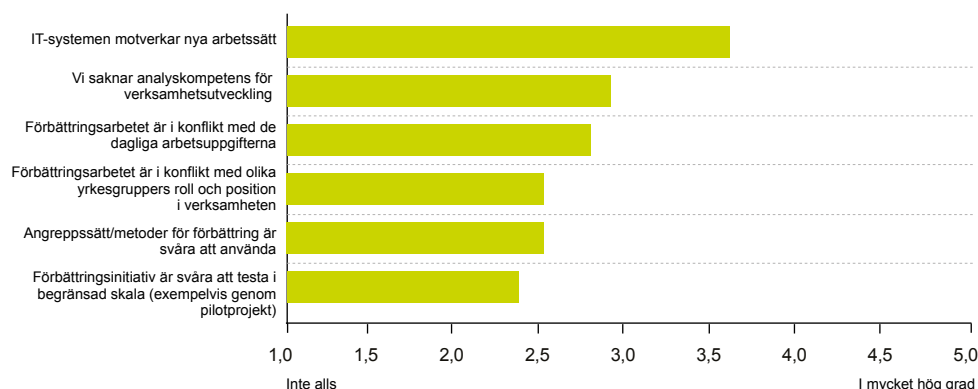
### 3.4 HINDER I FÖRBÄTTRINGSARBETET

De största hindren i förbättringsarbetet är enligt cheferna att *IT-systemen motverkar nya arbetssätt*, att *verksamheterna saknar analyskompetens* och att *förbättringsarbetet är i konflikt med de dagliga arbetsuppgifterna*.

De hinder som chefer upplever i förbättringsarbetet illustreras i figur 8. Det största hindret anges vara att *IT-systemen motverkar nya arbetssätt*, vilket bekräftar de redan kända problemen med vårdens informationsförsörjningssystem (Vårdanalys 2014). Efter IT kommer påståendet att *vi saknar analyskompetens* följt av att *förbättringsarbetet är i konflikt med de dagliga arbetsuppgifterna*.

I förhållande till andra frågor i undersökningen är medelvärdena delvis låga för de flesta påståenden om hinder. Samtidigt innebär alla andra svarsalternativ än *instämmer inte alls* att påståendet utgör betydande hinder. Vår tolkning är därför att alla dessa påståenden utgör reella hinder för förbättringsarbetet.

I vilken grad anser du att följande påståenden stämmer överens med den generella uppfattningen av förbättringsarbetet i din verksamhet?



Figur 8. Hinder i förbättringsarbetet (medelvärden, vet ej exkluderat).

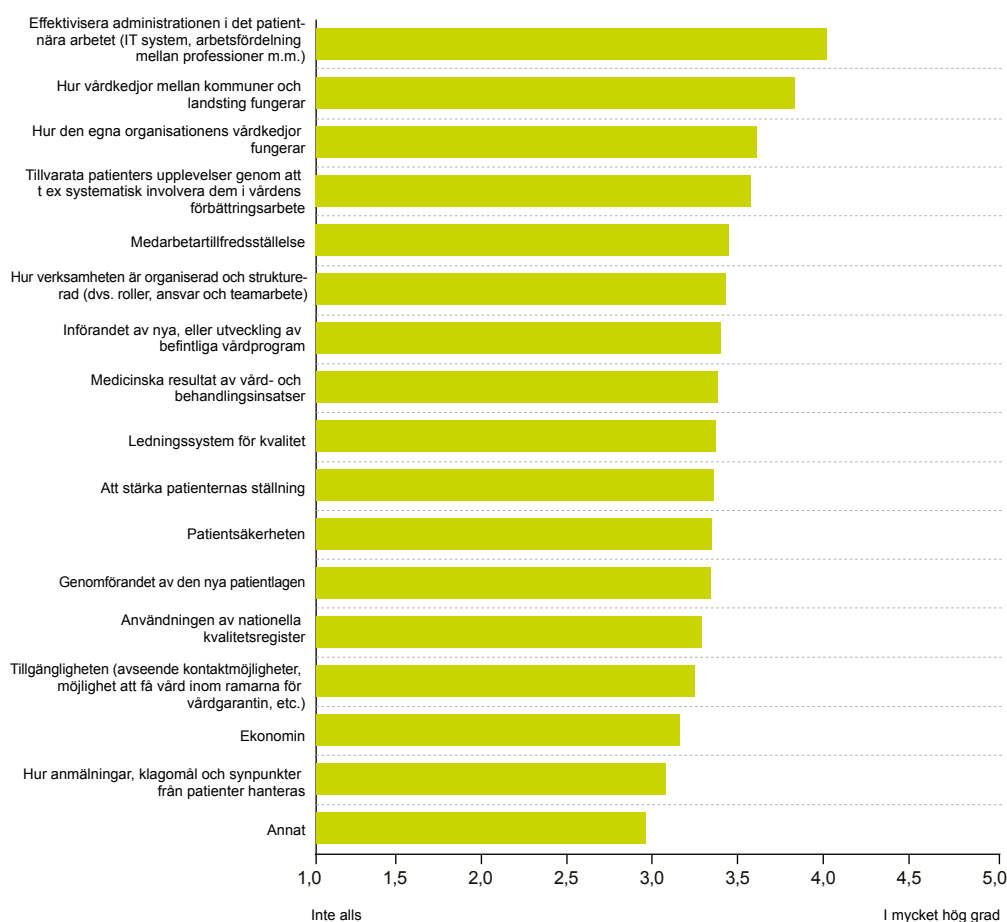
När vi jämför svaren från klinik- och vårdcentralschefer framkommer att klinikchefer i högre grad än vårdcentralschefer anser att *IT-systemen motverkar nya arbetssätt*.

### 3.5 FÖRBÄTTRINGSPOTENTIAL I VERKSAMHETERNA

*Cheferna anser att verksamheternas största förbättringspotentialer ligger i att effektivisera administrationen i det patientnära arbetet, hur vårdkedjor mellan kommuner och landsting fungerar, hur den egna organisationens vårdkedjor fungerar och att tillvarata patienternas upplevelser genom att till exempel systematiskt involvera dem i utvecklingsarbetet. Potentialerna ligger därmed till stor del i ett förbättringsarbete som sträcker sig utanför klinikkens fyra väggar och delvis utanför cheferns mandat.*

Cheferna fick ta ställning till frågan om hur stora förbättringspotentialer deras verksamhet har inom 17 olika områden. I figur 9 redovisas svaren. Cheferna anser att den största förbättringspotentialen ligger i att *effektivisera administrationen i det patientnära arbetet (IT system, arbetsfördelning mellan professioner m.m.)*. Därefter följer *hur vårdkedjor mellan kommuner och landsting fungerar, hur den egna organisationens vårdkedjor fungerar* och *att tillvarata patienters upplevelser genom att t.ex. systematiskt involvera dem i vårdens förbättringsarbete. Medarbetartillfredsställelse* anser cheferna vara det femte viktigaste området med förbättringspotential.

#### Hur stor förbättringspotential anser du att din verksamhet har?



Figur 9. Förbättringspotentialer i verksamheten (medelvärde, vet ej exkluderat).



Klinikchefer anser i högre grad än vårdcentralschefer att det finns förbättringspotentialer i *hur den egna organisationens vårdkedjor fungerar* och i *användningen av nationella kvalitetsregister*. Det senare kan bero på att nationella kvalitetsregister i högre grad återfinns inom den vård som ges vid sjukhuskliniker.

När frågan om förbättringspotential ställdes i enkäten år 2007 hade cheferna delvis andra påståenden att ta ställning till. De fem områden som då angavs ha den högsta förbättringspotentialen var *medarbetartillfredsställelse*, *bättre flyt i vårdkedjor mellan olika vårdgivare i landstinget*, *bättre flyt i den egna organisationens vårdkedjor*, *informationssystem* och *patientsäkerhet*.

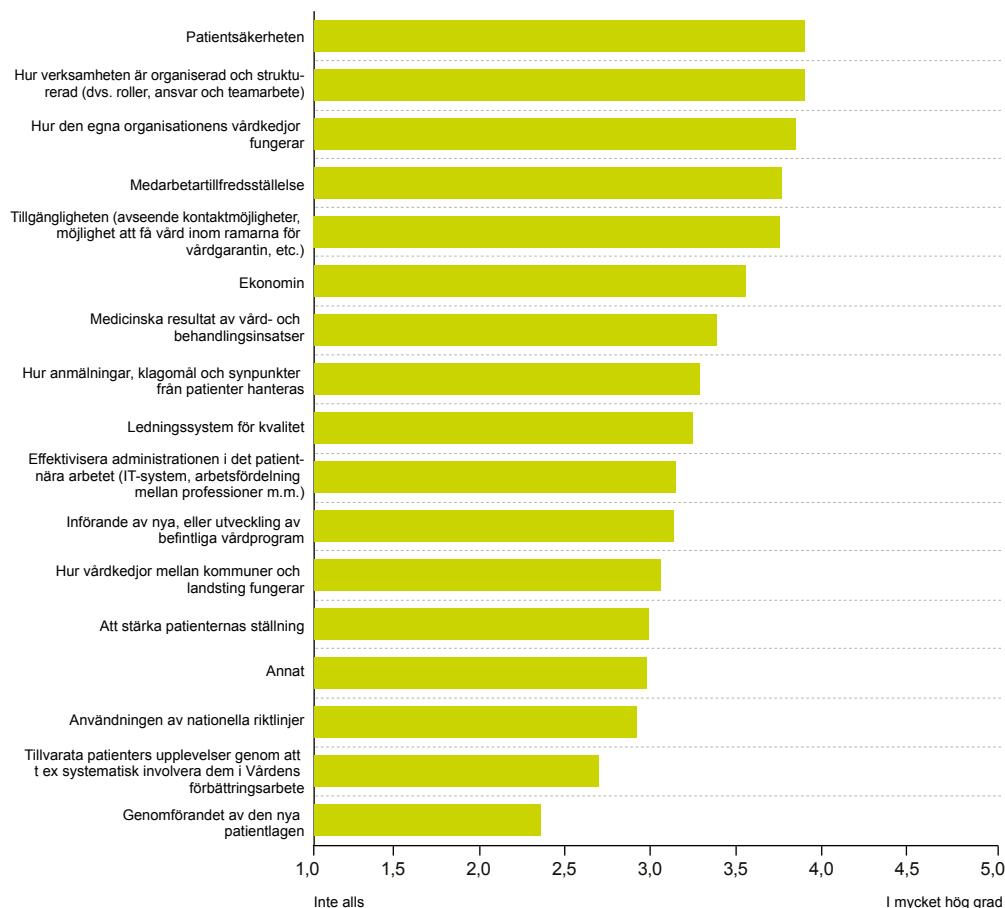
Det vi kan se är att frågorna om hur vårdkedjor fungerar, både inom den egna organisationen och mellan vårdgivare och huvudmän, värderas högt både 2014 och 2007, liksom frågorna om administration. *Medarbetartillfredsställelse* toppar i förbättringspotential 2007 men sjunker i betydelse till femte högst värderade område 2014.

### 3.6 VAD HAR CHEFERNA PRIORITERAT ATT FÖRBÄTTRA?

*Cheferna anger att de lagt mest tid och resurser på att förbättra patientsäkerheten, hur verksamheten är organiserad och strukturerad, de interna vårdkedjorna och medarbetartillfredsställelsen. De uppger sig inte ha lagt tid och resurser på de områden som ansågs ha störst förbättringspotential, till exempel att effektivisera den patientnära administrationen och tillvarata patienters upplevelser.*

Cheferna har huvudsakligen prioriterat tid och resurser till följande sex områden i organisationen: *patientsäkerheten, hur verksamheten är organiserad och strukturerad, hur den egna organisationens vårdkedjor fungerar, medarbetartillfredsställelse och tillgängligheten*. Som sjätte prioritering kommer *ekonomin*, se figur 10.

**Vad har du i huvudsak lagt tid och resurser på för att förbättra din verksamhet under de senaste 12 månaderna?**



**Figur 10.** Vad cheferna lagt tid och resurser på att förbättra (medelvärde, vet ej exkluderat).

I figur 11 jämför vi de områden som cheferna anser har störst förbättringspotential mot de områden som cheferna prioriterat att arbeta med i sitt förbättringsarbete. I tabellen tydliggörs att det finns en skillnad mellan områden med störst förbättringspotential och de områden som chefer prioriterat resurser till.

Den största skillnaden ser vi inom området att *tillvarata patienters upplevelser genom att t.ex. systematiskt involvera dem i vårdens förbättringsarbete*. Området är relativt högt värderat när det gäller förbättringspotential: en fjärdeplats. Det rasar dock ner till en sextonde plats som det cheferna har lagt tid och resurser på.

Cheferna anser också att det finns goda förbättringspotentialer i *hur vårdkedjor mellan kommuner och landsting fungerar* och i att *effektivisera administrationen i det patientnära arbetet*. Samtidigt ges även dessa områden en relativt låg prioritering vad gäller resurser. En del av förklaringen till det kan vara att det är svårt för cheferna att själva organisera vårdkedjor över huvudmannagränser och att effektivisera administration



**Figur 11.** Förbättringspotential jämfört med vad chefer lagt tid och resurser på 2014. Fem områden med högst potential är färgmarkerade (medelvärde).

genom bland annat IT; det kräver stöd och prioriteringar från högre ledning och från andra huvudmän.

En mer konsekvent matchning finns i *hur den egna organisationens vårdkedjor fungerar* och *medarbetartillfredsställelse*. Dessa områden anges ha en hög förbättringspotential och uppges samtidigt ha fått en stor andel tid och resurser i förbättringsarbetet.

Cheferna har med andra ord inte prioriterat resurser till de områden där de anser att förbättringspotentialen är störst.

Ett sammanfattande mönster tycks vara att förbättringspotentialerna ligger i ett utåtriktat arbete som tillvaratar och bygger på externa resurser och inspel. Det vill säga ett arbete som bygger på samverkan med andra parter för att bli framgångsrikt. Samtidigt prioriteras arbeten som är mer interna, där chefen själv äger frågan.

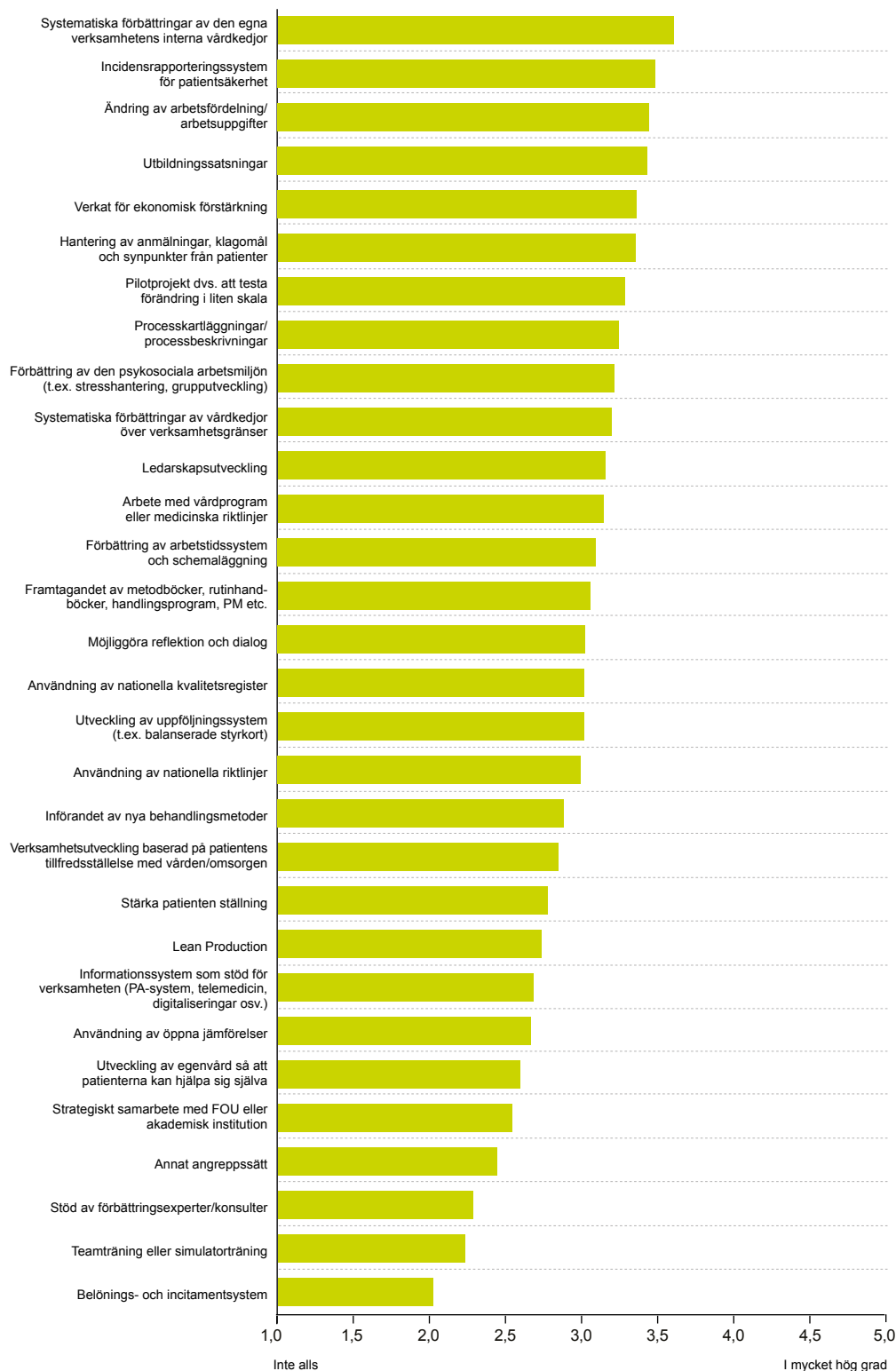
När vi jämför svaren mellan vårdcentralschefer och klinikchefer framkommer att vårdcentralschefer i högre grad lägger resurser på att arbeta med medarbetartillfredsställelse än klinikchefer. De lägger även mer resurser på att förbättra vårdkedjor mellan kommuner och landsting.

### **3.7 ARBETSSÄTT OCH INSATSER SOM ANVÄNTS I FÖRBÄTTRINGSARBETET**

*För att driva förbättringsarbetet krävs någon form av arbetssätt och insatser. De vanligaste sätten anges vara systematiska förbättringar av interna vårdkedjor, incidentrapporteringssystem för patientsäkerhet, ändring av arbetsfördelning, utbildningssatsningar och att verka för ekonomisk förstärkning. Flera av de insatser som kan antas vara viktiga i ett faktadrivet, patientcentrerat och lärandestyrt förbättringsarbete är lågt prioriterade.*

I enkäten ombads cheferna att skatta i vilken grad de använt olika arbetssätt och insatser i sitt förbättringsarbete. I figur 12 visas resultatet av chefernas svar i medelvärden. Cheferna anger *systematiska förbättringar av interna vårdkedjor* som det mest använda arbetssättet 2014. På andra plats kom *incidentrapporteringssystem för patientsäkerhet*, följt av *ändring av arbetsfördelning/arbetsuppgifter*, *utbildningssatsningar* och *att verka för ekonomisk förstärkning*.

**I vilken utsträckning har följande arbetssätt eller insatser använts i det förbättringsarbete som du drivit de senaste 12 månaderna?**



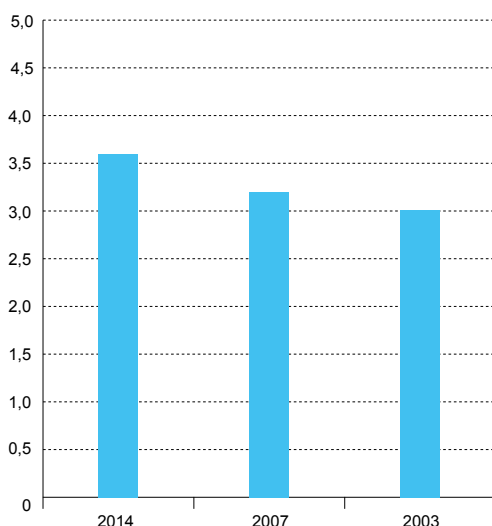
**Figur 12.** Arbetssätt och insatser som använts i förbättringsarbetet (medelvärden, *vet ej* exkluderat).

I 2007 års undersökning var *utbildningssatsningar* den vanligaste insatsen, följt av *analyser av händelser där patienten kommit till skada*. På tredje plats kom att *utarbete metodhandböcker, rutinhandböcker, vårdprogram*.

Att *arbeta med utbildningssatsningar* fortsätter att vara högt rankat 2014 men inte i nivå med föregående undersökningar. Angrepssättet att *verka för ekonomisk förstärkning* har däremot ökat starkt. År 2007 rankades det på plats 30 och i årets undersökning på plats 5.

Vi ser en trend när det gäller att arbeta med *systematiska förbättringar av interna vårdkedjor*. Det har ökat mellan undersökningarna och var den vanligaste insatsen i 2014 års undersökning, se figur 13.

I vilken utsträckning har följande insatser eller arbetssätt använts i det förbättringsarbete som du drivit under de senaste 12 månaderna:  
**Systematiska förbättringar av den egna verksamhetens interna vårdkedjor.**



**Figur 13.** Utvecklingen av användningen av systematiska förbättringar av interna vårdkedjor i förbättringsarbete mellan undersökningarna år 2003, 2007 och 2014 (medelvärdesutveckling, *vet ej* exkluderat).

Chefer i primärvården ansåg att de i högre grad använder insatser som är kopplade till personalens behov jämfört med klinikchefer. Det handlar om den psykosociala arbetsmiljön, till exempel stresshantering, grupputveckling, förbättring av arbetstids-system och schemaläggning samt om belönings- och incitamentssystem. Primärvården använder också i signifikant högre grad insatser som utvecklar egenvården så att patienter kan hjälpa sig själva. Klinikchefer använder däremot i signifikant högre grad arbetssätt som handlar om att utveckla ledarskapet, arbeta med vårdprogram och att introducera nya medicinska behandlingar. De anger också i högre grad att de tillämpar strategisk samverkan med FoU eller annan institution.

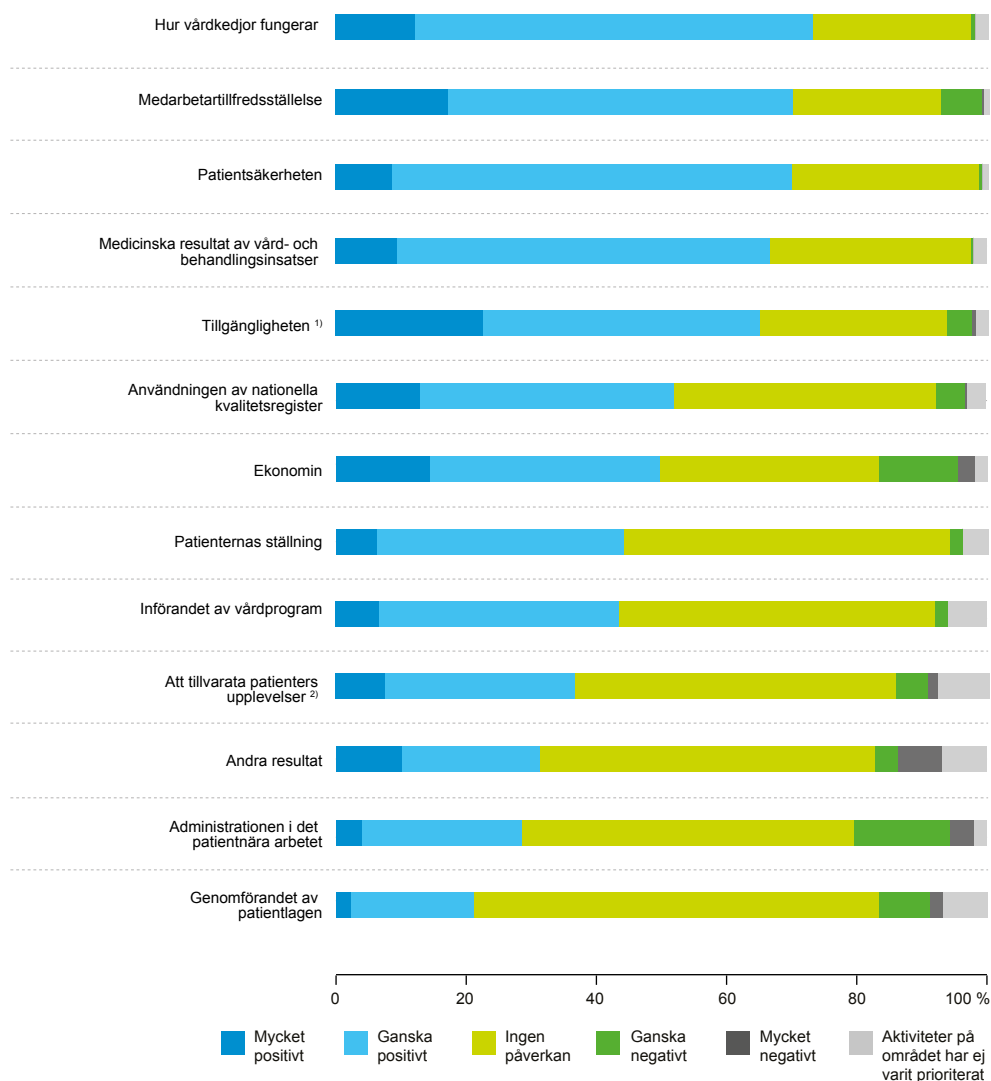
### 3.8 HUR FÖRBÄTTRINGSARBETET HAR PÅVERKAT VERKSAMHETEN

*Cheferna anser att de har fått mest positiv effekt av sitt förbättringsarbete inom områdena hur vårdkedjor fungerar, medarbetartillfredsställelse och patientsäkerhet. De anser att resultaten är svagast när det gäller patientinvolvering.*

Så långt har vi bland annat redovisat vad cheferna anger att de har lagt tid och resurser på samt vilka arbetssätt och insatser de använt. Frågan är om det varit värt mödan och om de har fått effekt av sitt förbättringsarbete? Cheferna fick ta ställning till frågan: *På vilket sätt har följande delar av verksamheten påverkats av det förbättringsarbete som genomförts de senaste 12 månaderna?* Cheferna rankade 13 olika områden utifrån alternativet *aktiviteter på området har ej varit prioriterat till mycket positivt*. I figur 14 redovisas resultatet.

Det område där cheferna anser sig ha fått mest positiv effekt är *hur vårdkedjor fungerar*, vilket totalt 73 procent svarar att de har fått mycket eller ganska positiv effekt inom. Därefter kommer *medarbetartillfredsställelse* och *patientsäkerhet* där 70 procent anger att de fått mycket eller ganska positiv effekt av sitt förbättringsarbete. De områden där resultaten uppfattas som svagast handlar om *genomförandet av patientlagen* och *administrationen i det patientnära arbetet*.

**På vilket sätt har följande delar av verksamheten påverkats av det förbättringsarbete som genomförts de senaste 12 månaderna?**



<sup>1)</sup> (avseende kontaktmöjligheter, möjlighet att få vård inom ramarna för vårdgarantin, etc.)  
<sup>2)</sup> genom att t ex systematisk involvera dem i vårdens förbättringsarbete

**Figur 14.** Hur olika delar av verksamheten påverkats av förbättringsarbete 2014 (procent).

Frågan om vilken effekt cheferna fått av förbättringsarbetet ställdes också 2007, men med något färre svarsalternativ. Vid en jämförelse framkommer att fler anger att de fått en positiv effekt av förbättringsarbete år 2007 jämfört med år 2014.

I enkäten 2007 angav 88 procent att de fått en positiv effekt inom området *bättre flyt i den egna organisationens vårdkedjor* och 75 procent angav att de fått en god effekt av förbättringsarbetet avseende *tillgänglighet* och *medarbetartillfredsställelse*.

Vi konstaterar att arbete med *vårdkedjor* upplevs ha gett mest positiv effekt i båda



undersökningarna liksom att området *medarbetartillfredsställelse* fått stor effekt både 2014 och 2007.

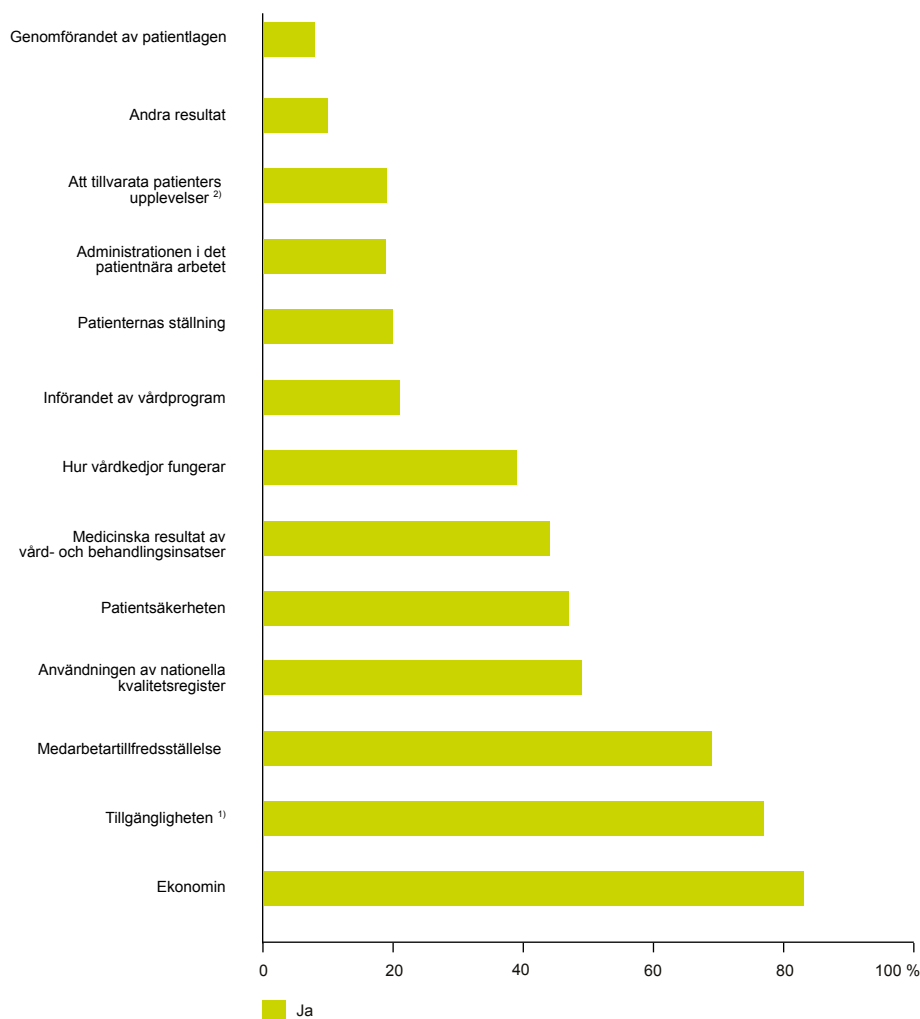
När vi jämför mellan klinik- och vårdcentralschefer framkommer att klinikchefer i högre grad anser att medarbetartillfredsställelsen och ekonomin har påverkats positivt av det förbättringsarbete som genomförts.

### 3.9 TILLGÅNG TILL DATA I FÖRBÄTTRINGSARBETET

*Inom områdena ekonomi, tillgänglighet och medarbetartillfredsställelse har cheferna starkast datastöd. Datatillgången anges vara minst utvecklad när det gäller patientinvolvering. Samtidigt har den generella tillgången på data förbättrats sedan 2007. På vissa områden där cheferna anser sig uppnått positiva resultat, till exempel hur vårdkedjor fungerar, finns relativt lite data som stödjer påståendet.*

Vi frågade cheferna i vilken mån de har data som stödjer påståendet att förändringsarbetet har gett effekt. I figur 15 visas resultatet. Frågan omfattar samma 13 områden som frågan om hur de uppfattade effekterna av sitt förbättringsarbete. Starkast stöd i data hade cheferna för *ekonomin*, där 83 procent svarade att de hade stöd i data för påstådda effekter av förbättringsarbete. Därefter anger de att de har starkast stöd i data om *tillgängligheten*, 77 procent ja-svar, följt av *medarbetartillfredsställelse*, som har 69 procent ja-svar.

Har du data som stödjer ditt påstående?



<sup>1)</sup> (avseende kontaktmöjligheter, möjlighet att få vård inom ramarna för vårdgarantin, etc.)

<sup>2)</sup> genom att t ex systematisk involvera dem i vårdens förbättringsarbete

**Figur 15.** Andel som har stöd i data för att förbättringsarbetet fått effekt (procent, *vet ej* exkluderat).

Vid en jämförelse mellan åren 2007 och 2014 framkommer att cheferna har störst stöd inom områdena *ekonomi* och *tillgängligheten* i de båda undersökningarna och att dessa två områden har ökat mest mellan åren. Men även den generella tillgången på data tycks ha ökat mellan åren enligt cheferna. Samtidigt kan vi notera att några områden är på efterkälken vad gäller utvecklingen av datatillgång.

Vi iakttar även skillnader mellan de områden där cheferna tycker sig se förbättringar och de områden där de har data för att belägga att förbättringar uppnåtts. I figur 16 visas tillgången till data för de fem områden som flest chefer anser har påverkats positivt av förbättringsarbete.

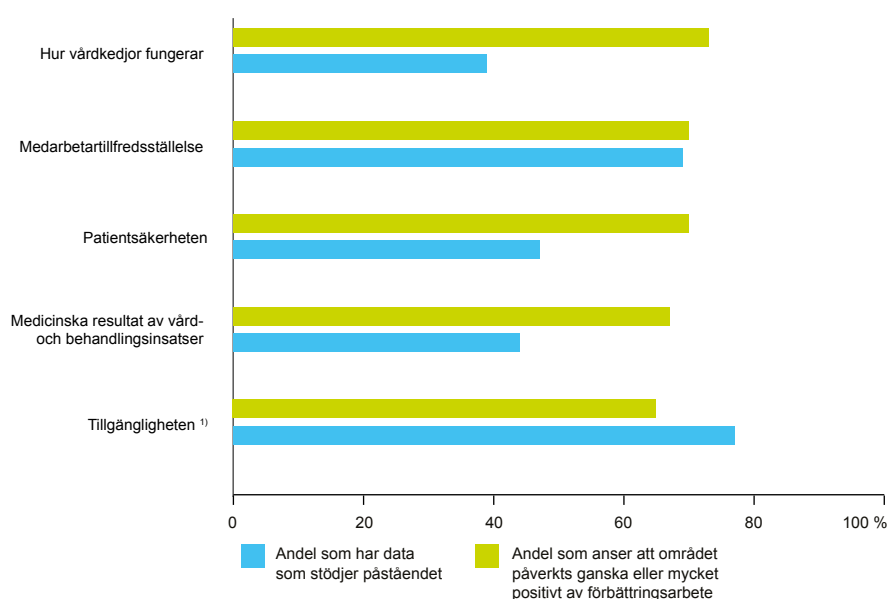
Inom området *hur vårdkedjor fungerar* anger störst andel chefer, 73 procent, att

de fått en positiv effekt av förbättringsarbete. Men endast 39 procent uppger att de har tillgång till data som stöd för sitt påstående.

Motsvarande skillnad ses inom området *patientsäkerhet*. Här uppger 70 procent av cheferna att de fått en positiv effekt men enbart 47 procent har tillgång till data som stöd för påståendet.

Inom området *medarbetartillfredsställelse*, anger 70 procent att de fått en positiv effekt och 69 procent att de har stöd för sitt påstående.

#### Tillgången till data på de fem områden som flest chefer anser har påverkats positivt av förbättringsarbete



<sup>1)</sup> (avseende kontaktmöjligheter, möjlighet att få vård inom ramarna för vårdgarantin, etc.)

**Figur 16.** Tillgång till data på de fem områden som flest chefer anser har påverkats positivt 2014 (procent).

När vi jämför svaren mellan klinik- och vårdcentralschefer framkommer att klinikchefer i högre grad anser att de har data för att belägga resultat inom området *hur vårdkedjorna fungerar*.

### 3.10 PATIENTCENTRERING I FÖRBÄTTRINGSARBETET

*Kvalitetsutvecklingsteorier pekar på att utgångspunkten för förbättringsarbete ska vara patienten. Vid en samlad analys framkommer att cheferna också anser att det finns en stor potential i att tillvarata patienters upplevelse genom att till exempel systematiskt involvera dem i vårdens förbättringsarbete. Vid en jämförelse inom vart och ett av undersökningens temaområden framkommer dock att cheferna varken prioriterar resurser till, tillämpar angreppssätt för eller uppfattar att resultaten utvecklas avseende patientinvolvering i utvecklingsarbetet.*

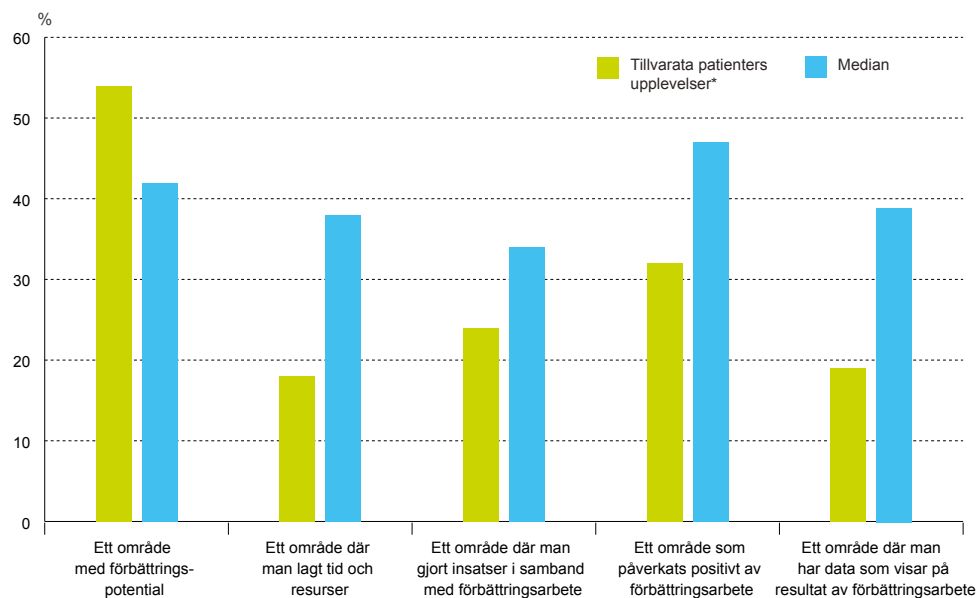
Självva begreppet *kvalitet* innebär att skapa värde för kunden genom det som verksamheten producerar eller tillhandahåller. Synsättet har genklang i sjukvården, där patienten som aktiv part i både utförande och utformning av vård har blivit ett prioriterat område för att höja kvalitet och effektivitet (Lindh & Sahlqvist, 2012). Kvalitetsutvecklingsteori gör giltigt att patienterna är utgångspunkten för förbättringsarbetet, se figur 1. Denna strävan har funnits i vården under lång tid och fått allt mer stöd i forskningen som pekar på att det är bra för både patienterna och för vården att arbeta på det sättet (Ekman m.fl 2011). Den inriktningen har också prioriterats genom olika nationella åtgärder och manifesteras bland annat genom införandet av patientlagen (Patientlag 2014:821).

Patienter kan bidra i förbättringsarbetet på olika sätt, till exempel genom synpunkter på hur vårdtjänsterna eller den fysiska miljön utformas (Lindh & Sahlqvist, 2012). Det finns många olika angreppssätt för att fånga patienternas behov, synpunkter och erfarenheter i utformningen av vårdens genomförande.

Vi har därför analyserat hur starkt påståendet *att tillvarata patienters upplevelse genom att t.ex. systematiskt involvera dem i vårdens förbättringsarbete* genomsyrar undersökningens sex olika temaområden, se figur 4.

I figur 17 redovisar vi resultatet genom att ställa medelvärdet för påståendet *att tillvarata patienters upplevelse genom att t.ex. systematiskt involvera dem i vårdens förbättringsarbete* i relation till det samlade medelvärdet av alla andra påståenden inom respektive temaområde. Här framkommer att potentialerna i att involvera patienterna i utvecklingsarbetet bedöms som högre än de flesta andra av verksamhetens utvecklingspotentialer. Samtidigt prioriteras frågan lägre avseende resurser liksom som angreppssätt i förbättringsarbetet. Vidare anser endast en tredjedel att involvering av patienter i förbättringsarbetet har lett till en positiv påverkan och endast en av fem har data för att styrka att förbättringar skett. Det är ett sämre resultat än för andra frågor inom respektive temaområde.

**Patientdrivet förbättringsarbete: I vilken grad anser cheferna att "att tillvarata patientens upplevelser, t.ex. genom att systematiskt involvera dem i vårdens förbättringsarbete" är:**



\* På frågan om vilka insatser/arbetssätt man använt lyder den exakta formuleringen "verksamhetsutveckling baserad på patientens tillfredsställelse med vården/omsorgen" istället för "att tillvarata patientens upplevelser"

**Figur 17.** En jämförelse mellan svarsalternativet tillvarata patientens upplevelser genom att t.ex. systematiskt involvera dem i förbättringsarbetet och medelvärdet för alla andra svarsalternativ inom respektive frågekategori.

Enkätresultatet synliggör att involveringen av patienter inte genomsyrar förbättringsarbetet i vården. Vår tolkning är att vården i högre utsträckning önskar involvera patienter i utvecklingsarbetet, men att det saknas förutsättningar, vilket kan vara en förklaring till att chefer inte uppfattar att de når goda resultat på området. Därtill råder brist på data, vilket begränsar den högre ledningens möjligheter att skapa incitament och följa upp utvecklingen.

### 3.11 SAMMANFATTNING AV RESULTATEN

► *Chefer har mandat och ser positivt på det utvecklingsarbete de driver*

Cheferna anser att verksamheten är positivt inställd till förbättringsarbete och att utvecklingsarbetet möter vardagens och personalens behov. Cheferna har stort mandat att driva förändring oavsett om de är läkare eller sjuksköterskor. De största hindren i förbättringsarbetet är att IT-systemen motverkar nya arbetssätt, att verksamheterna saknar analyskompetens och att förbättringsarbetet är i konflikt med de dagliga arbetsuppgifterna.

► *Lokala behov sätts före regionala och nationella initiativ*

Chefernas viktigaste drivkrafter till förbättring utgår huvudsakligen från lokala behov med förankring i kliniken eller vårdcentralen. Det handlar om medarbetarnas goda idéer, om att det dagliga arbetet inte fungerar optimalt och om personal- eller arbetsmiljöproblem. Utvecklingsinitiativ som initieras regionalt eller nationellt utgör i mindre grad drivkrafter i det lokala förbättringsarbetet. Exempel på mindre betydelsefulla externa drivkrafter är tillsyn, öppna jämförelser, nationella riktlinjer och dåliga utfall i kvalitetsregister.

► *Störst utvecklingspotentialer finns i att samarbeta med resurser utanför den egna verksamheten men i praktiken prioriteras det interna arbetet*

Chefer anser att organisationens största utvecklingspotentialer ligger i att förbättra processer mellan huvudmän, att involvera patienter i utvecklingsarbetet och i vården samt att minska den patientnära administrationen. För att verksamhetschefer ska kunna arbeta med sådana frågor krävs stöd och insatser från högre ledning. Dock har cheferna inte valt att arbeta med de områden som de anser har störst förbättringspotential. Istället har de valt att fokusera utvecklingen på patientsäkerhet, verksamhetens organisation, interna vårdkedjor och medarbetartillfredsställelse, alltså insatser som ligger innanför den egna organisationens avgränsningar och där chefen själv har inflytande över resurserna och vad som görs.

► *Traditionella angreppssätt tillämpas för förbättring*

De angreppssätt som chefer tillämpar i förbättringsarbetet är traditionella. Det handlar bland annat om incidentrapportering, utbildningssatsningar, att verka för ekonomisk förstärkning och att hantera klagomål. Det är angreppssätt som chefer kan antas vara förtrogna med. Samtidigt indikerar forskningen att dessa angreppssätt riskerar att ligga längre ifrån en praktisk utveckling för patienter än till exempel en god tillämpning av nationella riktlinjer, öppna jämförelser, kvalitetsregister och förbättringsarbete ur patienternas perspektiv, som tillämpas i lägre utsträckning.

- ▶ *Chefer anser sig få effekt av förbättringsarbetet men saknar ofta data för att belägga framstegen*

Cheferna anser att det sammantagna resultatet av förbättringsarbetet har varit värt insatsen. De anser specifikt att de fått ett bra resultat i hur interna vårdkedjorna fungerar samt i medarbetartillfredsställelse och patientsäkerhet. Det är också de områden som cheferna har prioriterat i sitt förbättringsarbete. Förbättringar ur ett tydligare patientperspektiv och effektiviseringar av den patientnära administrationen har uppnåtts i lägre grad.

Cheferna säger att det finns data för att belägga resultat som handlar om ekonomi, personaltillfredsställelse och tillgänglighet. Däremot saknas i hög grad data om resultat som rör till exempel patientcentrering och processförbättring.

- ▶ *Patientinvolveringen är svag i förbättringsarbetet*

Cheferna anser att det finns en stor potential i att tillvarata patienters upplevelser. Samtidigt har det ett svagt genomslag inom alla områden som undersökts. Patientperspektivet har heller inte stärkts mellan de tre undersökningarna.

### 3.12 TRENDER OCH ANDRA MÖNSTER

- ▶ *Allt fler arbetar med interna vårdkedjor*

En trendanalys visar att andelen chefer som arbetar med interna vårdkedjor har ökat mellan undersökningsåren 2003, 2007 och 2014.

- ▶ *Tillgången på data har förbättrats*

Den generella tillgången på data har förbättrats jämfört med 2007. Datatillgången har dock utvecklats mest när det gäller ekonomi, tillgänglighet och personaltillfredsställelse.

- ▶ *Patientcentreringen har inte stärkts*

Det finns ingen tydlig trend mellan undersökningsåren som innebär att patienterna i högre grad utgör drivkrafter eller är viktiga inslag i det praktiska utvecklingsarbetet.

- ▶ *Instrument för kunskapsstyrning riskerar att inte komma till nytta*

Flera av de verktyg som staten och landstingen arbetar med för att öka kunskapsstyrningen och kvaliteten i vården, till exempel nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser och patientperspektiv i utvecklingsarbete, placerar sig genomgåendelågt i förhållande till de mer lokala och interna drivkrafterna. Sådana instrument prioriteras också i lägre grad än sådant som har med personal, arbetsmiljö och interna vårdkedjor att göra. Sammantaget riskerar instrumenten för kunskapsstyrning att inte komma patienter till del i sin fulla potential.









## 4 Reflektioner

Verksamhetschefer är nyckelpersoner i arbetet med att utveckla vårdens vardag – alltså där vårdens värde skapas. Verksamhetschefernas synsätt och prioriteringar avspeglas i vad verksamheterna gör eller inte gör. Vår undersökning indikerar brister och reser frågor om hur det står till med vårdens förbättringsförmåga.

I sammanhanget är det viktigt att minnas att de chefer som svarat på undersökningen ingår i ett större system som möjliggör och uppmuntrar en viss typ av agerande. Det större systemets förutsättningar, synsätt och inriktning skapas, ägs, kommuniceras och följs upp av högre tjänstemannaledningar och politiker. Om vi önskar att vården ska prestera bättre än i dag behöver alltså förutsättningarna i hela systemet förändras. Följande reflektioner ska ses som ett inspel i diskussionen.

### 4.1 LITE HAR HÄNT SEDAN DEN FÖRSTA MÄTNINGEN 2003

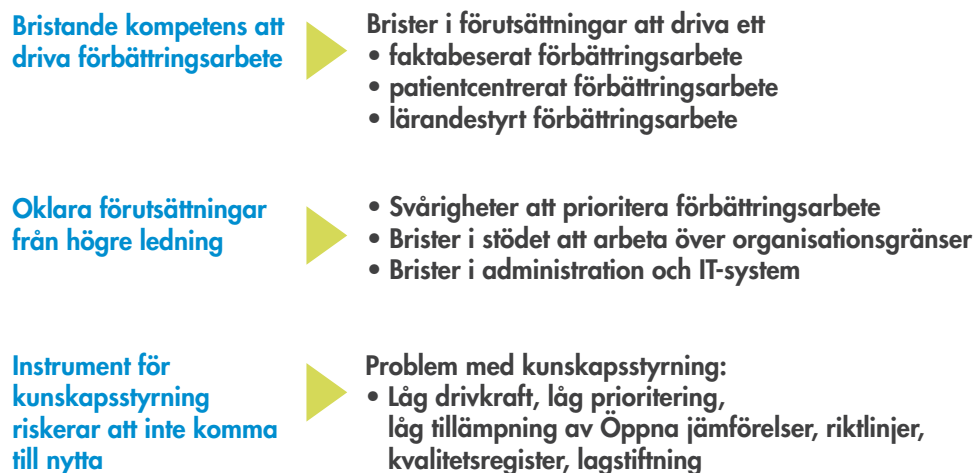
I en vetenskaplig studie från 2003 beskrivs vad som då präglade chefers syn på förbättringsarbete. Det som kom fram var att drivkrafterna till förbättring huvudsakligen var interna – det handlade om medarbetarnas idéer och behov. Drivkrafterna utanför den egna organisationen, till exempel patienterna, öppna jämförelser, riktlinjer och lagstiftning, var mindre viktiga. Cheferna fokuserade på administrativa rutiner och på personalen. Angreppssätten handlade huvudsakligen om att skriva PM, gå på kurs och liknande. Cheferna var mycket nöjda med resultaten av förbättringsarbetet samtidigt som 90 procent av dem saknade data för att belägga att förbättringar åstadkommits (Olsson, Elg m. fl. 2003). De utvecklingsstrategier som framkom kritiserades av forskarna eftersom de inte ansågs tillvarata kunskaperna som finns om hur ett effektivt och framgångsrikt förbättringsarbete ska organiseras och drivas (Olsson och Elg m. fl. 2007).

Vi kan konstatera att det finns stora likheter mellan resultaten år 2003 och resultaten i den här studien.

Statistiska centralbyrån (SCB) har under 2014 undersökt innovationsarbetet i sjukvården. Deras resultat bekräftar våra fynd. Till exempel pekar de på att externa aktörer inte anses som viktiga att samverka med och att idéer med internt ursprung värderas högre än de med externt ursprung. Samtidigt framkommer att enheter med extern samverkan är mer framgångsrika i sitt innovationsarbete (SCB, 2015).

### 4.2 NÅGRA ÖVERGRIPANDE BRISTER TYCKS FRAMTRÄDA

Några av förklaringarna till områdets svaga utveckling tycks handla om bristande förbättringskompetens och oklara förutsättningar från den högre ledningen. Det får flera konsekvenser. Till exempel riskerar landstingens och statens instrument för kunskapsstyrning att inte komma till nytta.



**Figur 18.** Reflektioner om brister som riskerar att hindra vården från att bedriva ett framgångsrikt och effektivt förbättringsarbete.

#### 4.2.1 Brister i tillgången på förbättringskompetens

I dag är det få som inte instämmer i att patienterna behöver involveras i vårdens utveckling. Det gäller även de chefer som ingår i undersökningen. Trots det finns inga tydliga mönster mellan undersökningarna 2003, 2007 och 2014 som indikerar att patienterna blir en allt viktigare drivkraft och att de involveras mer i det utvecklingsarbete som drivs.

Vi noterar även en ökad tillgång på data inom områden som *ekonomi, tillgänglighet* och *medarbetartillfredsställelse*. Dock är datatillgången minst utvecklad när det gäller patientinvolvering. Det kan medföra en risk för att utvecklingsarbeten fokuserar områden med god datatillgång på bekostnad av dem med sämre data tillgång. Vidare anger cheferna att det finns brister i tillgången på analyskompetens.

Den sammantagna bilden, med brister i datatillgång och analyskapacitet, låg involvering av patienter och stark betoning på traditionella arbetssätt, indikerar en brist på kompetens och infrastrukturer som fullt ut stödjer cheferna att driva ett faktabaserat, patientcentrerat och lärandestyrt förbättringsarbete.

#### 4.2.2 Oklara förutsättningar från högre ledning

Studien visar att det finns ett antal områden där cheferna ser stora utvecklingspotentialer. Gemensamt för flera av dem, till exempel patientnära administration och vårdkedjor som löper mellan landsting och kommuner, är att det krävs att den högre ledningen engagerar sig och skapar förutsättningar för utveckling. Cheferna anger även att det finns en konflikt mellan det dagliga arbetet och förbättringsarbetet. Även här behöver ledningar sända tydliga signaler och skapa möjligheter för dem som arbetar i vården att kunna prioritera förbättringsarbetet. Det handlar om att investera i utveckling för att få högre kvalitet och effektivitet.

I det större perspektivet behöver högre ledningar se över vilket kunskaps- och

utvecklingsstöd som chefer och verksamheter behöver för att driva en systematisk kvalitetsutveckling, och hur utvecklingsresurserna kan användas på bästa sätt.

Med *högre ledning* menar vi alla ledningsnivåer över första linjen, i synnerhet landstingsledningar och landstingspolitiker. Men det berör även den nationella nivån och hur de agerar för att stötta och ge vården resurser och inriktning i utvecklingsarbetet.

#### **4.2.3 Instrument för kunskapsstyrning riskerar att inte komma till nytta**

Det är först när kunskap omsätts i praktisk handling som den kommer till nytta för patienter. Samtidigt finns indikationer på att flera av statens och landstingens instrument för kunskapsstyrning inte kommer patienter till nytta. Kunskapsstyrning är en extern drivkraft, och externa drivkrafter har enligt undersökningen en svag inverkan på vilket förbättringsarbete som drivs. Med andra ord riskerar flera av instrumenten för kunskapsstyrning, till exempel nationella riktlinjer, nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser och patientperspektiv i utvecklingsarbete, att ha liten betydelse för det förbättringsarbete som drivs. Till det kommer att allt färre läkare involverar sig i förbättringsarbetet.

Den sammantagna bilden från undersökningen pekar på brister i kunskapsstyrningskedjan. Det verkar också finnas ett glapp mellan statens och huvudmännens insatser och verksamheternas förmåga att nyttiggöra kunskapsstyrningen för patienterna.

Staten har vidtagit åtgärder för att konsolidera och stärka myndigheternas arbete på området, men en välfungerande kunskapsstyrning förutsätter att hela kunskapsstyrningskedjan fungerar.

### **4.3 NÖDVÄNDIGA FÖRUTSÄTTNINGAR BEHÖVER STÄRKAS**

Den problembild som framkommer i undersökningen är inte ny. Behovet av att tydliggöra hur landstingen organiserar sitt utvecklingsarbete har beskrivits i flera rapporter, bland annat i Ansvarsutredningens slutbetänkande (2007:10) och i huvudmännens rapport om kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling (SKL 2009).

Överenskommelsen om jämlik vård visar att staten och landstingen delar samma problembild (S2011/5879/FS). De är även överens om att förbättringskunskap är en särskild kompetens (S2009/5180/SK). I och med det finns det skäl att diskutera om förbättringskunskapen bör hanteras på samma vis som medicinska specialistområden. Det handlar till exempel om nivåstrukturer, rikssjukvård och andra sätt att centralisera.

Argumenten för en centralisering av förbättringskunskap är bland annat att det krävs övning och volym för att bli duktig och för att upprätthålla förbättringskompetens. Det behövs också en kritisk massa för att skapa dynamik, attraktivitet och lärande samt för att kunna dra nytta av vissa stordriftsfördelar. Förbättringskompetens är dessutom en bristkompetens som många aktörer vill åt. Det handlar om nationella

kvalitetsregister och registercentra, RCC, SBU, Socialstyrelsen och landstingen själva. Även staten har behov av att det finns kompetens för att effektivt utveckla vårdens verksamheter. Det är en förutsättning för att få effekter av lagstiftningen och många av de överenskommelser som ingås med Sveriges Kommuner och Landsting. I dagsläget finns få tydliga infrastrukturer som kan stödja en effektiv utveckling.

I England har The Health Foundation identifierat sju faktorer för att påskynda och fördjupa förbättringsarbetet i NHS. Det handlar till exempel om att stärka och utveckla ledarskap, kunskap och färdigheter i problemlösning och att öka tillgången på data. De pekar också på behovet av investeringar i stödstrukturer, behovet av att utveckla ett gemensamt synsätt på hur förändring sker och på att nationella organisationer ska stödja det gemensamma synsättet. Det fortsatta arbetet föreslås ta sin utgångspunkt i en samlad och långsiktig strategi för förbättringsarbete i NHS (The Health Foundation, 2015).

En bärande del av förbättringsarbetet är att på olika sätt involvera patienterna. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser har studerat detta område i USA, England, Danmark, Nederländerna och Japan. Deras iakttagelser pekar på att andra länder arbetat för att stärka utvecklingen genom en viss centralisering. Det skapar en tydlig huvudman med starkt mandat, tydliga politiska viljeyttringar, öronmärkta medel och strategier för medverkan och inflytande i vård och forskning (Tillväxtanalys, 2015).

Förmågan att driva ett effektivt utvecklingsarbete är avgörande för att infria ambitionerna om en jämlik vård som tar sin utgångspunkt i patienters behov, är säker, effektiv, tillgänglig, bygger på aktuell kunskap och drar nytta av riktlinjer och kvalitetsregister. Mycket pekar på att förbättringskunskapen behöver konsolideras regionalt och nationellt.

#### **4.4 EN NATIONELL STRATEGI KAN PÅSKYND A UTVECKLINGSTAKTEN**

Resultaten i den här undersökningen styrker Vårdanalys remissvar på *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst* (Ds 2014:9) liksom slutsatserna som redovisas i rapporten *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system* (Vårdanalys 2015).

Det finns ett fortsatt behov av att samlat och fördjupat analysera svagheter i hela kunskapsstyrningskedjan för att förstärka kopplingarna mellan staten och huvudmännen. Det finns även ett fortsatt behov av att vidareutveckla huvudmännens förmåga att driva ett effektivt förbättringsarbete baserat på aktuell kunskap.

En möjlig väg fram är att förtydliga problemen i kunskapsstyrningskedjan och att ta fram en nationell strategi för arbetets långsiktiga inriktning. Strategin bör bland annat tydliggöra roller, se över om det krävs samordning och integrering av befintliga strukturer, genomlys behovet av en nationell organisation liksom behovet av regionala organisationer som stödjer förbättringsarbete. Syftet med strategin är att institutionalisera strukturella och organisatoriskt långsiktiga förutsättningar att driva ett effektivt förbättringsarbete som bidrar till ett patientcentrerat, jämlikt och hållbart hälso- och sjukvårdssystem.







## 5 Referenser

- Abbott A. (1998). *The system of professions – An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Alemi, F., F. Safaie, et al. (2001). *A Survey of 92 Quality Improvement Projects*. Jt Comm J Qual Improve 27 (11): 619–632.
- Andreasson S., Winge M. (2009). *Innovationer för hållbar vård och omsorg. Värdeskapande vård- och omsorgsprocesser utifrån patientens behov*. Vinnova rapport 2009:21.
- Batalden PB, Stoltz (1993). *A Framework for the continual Improvement of Health Care*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 19(10): 424–425, Okt 1993.
- Beer, M., R. Eisenstat, et al. (1990). *Why Change Programs Don't Produce Change*. Harvard Business Review (nov–dec): 158–166.
- Bergman B., Klefsjö B. (2012). *Kvalitet från behov till användning*. Studentlitteratur.
- Berwick, D., B. Godfrey, et al. (1990). *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. Jossey-Bass.
- Blomqvist P. (red) (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. SNS förlag.
- Blumenthal, D. and C. M. Kilo (1998). *A Reportcard on Continuous Quality Improvement*. Milbank Quarterly 4(76): 625–48.
- Clare Allcock, Felicity Dormon, Richard Taunt and Jennifer Dixon (2015). *Constructive comfort: accelerating change in the NHS*.
- Deming, E. (1993). *The New Economics for Industry*. Boston, MIT-CAES.
- Ekman I., Swedberg K., Taft C. et al. (2011). *Personcentered care – Ready for prime time*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10(4): 248–251.
- Glouberman S. & Mintzberg H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease – part I: defferentiation*. Health care management review, 26 (1).
- Hackman, J. R. and R. Wageman (1995). *Total quality management: Empirical, conceptual, and practical issues*. Administrative Science Quarterly 40(2): 309–342.
- Hälso- och sjukvårdsrapport 1982:763*, senast ändrad 2015-09-22.
- Innovationer i sjukvården 2012–2013*. En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och vårdcentraler, SCB, 2015.
- Jarlier, A. and S. Charvet-Protat (2000). *Can Improving Quality Decrease Hospital Costs*. International Journal of Quality in Health Care 12 (2): 125–131.
- Johannesson C & Winge M, (2010). *Hälsa genom e. eHälsorapporten 2010*. Vinnova rapport 2011:04.
- Karlöf B. *Benchmarking – med lärande för att utveckla företag, organisationer och människor*. Liber, 2009 .
- Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling* (SKL 2009).

- Källberg N (2013). *Förändringsprocesser i sjukvården: En studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*. Handelshögskolan i Stockholm.
- Källberg N., m.fl. (2014). *Förbättringskompendium för hälso- och sjukvården*. Helseplan. Leading health care (2014). *Framtidens hälsa, vård och omsorg: Detta kommer debatteras att handla om*. LHC Report nr 3, 2014.
- Lindh M., Sahlqvist L. (2012). *Säker vård. Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Natur & kultur.
- Myndigheten för Vårdanalys (2013). *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*. Rapport 2013:9.
- Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr, JJ, Godfrey MM, Headrick, LA, Wasson, JH: *Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from highperforming frontline clinical units*. *Journal of Quality Improvement*, Sep. 28 (9), 472–493.
- Olsson J., Elg M., Lindblad S. (2007). *System Characteristics of healthcare organizations conducting succesful improvements*. *Journal of Health Organization and Management*, 21 (3): 283–296.
- Olsson J., Kammerlind P., Thor J., Elg M. (2003). *Surveying improvement activities in health care on a national level – the Swedish international collaborative strategy and it's challenges*. *Quality Management in Health Care*, 12(4): 202–216.
- Patientlag* (2014:821).
- Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser, 2015. *Patientmedverkan och inflytande i hälso- och sjukvård. Fem fallstudier på nationell nivå*.
- D. Moen, W, Nolan, P Provost. 1999. *Quality Improvement through Planned Experimentation*.
- Regeringen. *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. S2009/5180/SK, bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2009-06-25 nr I:8.
- Riksrevisionen. (2013). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?* RIR 2013:20.
- Samrådsgruppen för nationell ehälsa (2013). Scandurra I., mfl. *Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013*.
- SKL (2014). Sveriges kommuner och landsting och Socialdepartementet. *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
- SKL (2011). *Patienter och personal utvecklar vården – En handbok i fyra steg för erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling*. Sveriges kommuner och landsting.
- SLL (2013). *Framtidsplanen: Andra steget*. Stockholms läns landsting.
- Socialdepartementet (2014). *Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:14).
- Socialdepartementet. (2010). *Den ljusnande framtid är vård*. Delresultat från LEV-projektet.
- Socialstyrelsen (2011). *Om evidensbaserad praktik*. 2011-5-7.
- Socialstyrelsen. (2006). *Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?* 2006-123-14.

- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOSFS 2005:12.
- SoU (2007:10). *Ansvarsutredningens slutbetänkande* (2007:10).
- The Commonwealthfund International Health Policy Survey resultat för Sverige, Socialdepartementet 2013.
- Thor J. (2007). *Getting going on getting better: How is systematic quality improvement established in a healthcare organization? Implications for change management theory and practice*. Karolinska Institutet.
- Thor J. (2014). *Förbättringsarbete med stöd av kvalitetsregister*. Jönköping Academy.
- Tyrstrup M. (2012). *Styrning med förhinder. Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets-, och utvecklingsfrågor*. Leading Health Care nr 6, 2012.
- Vårdanalys (2012). *Grönt ljus för öppna jämförelser?* 2012:4.
- Vårdanalys (2014). *Vården ur patienternas perspektiv – Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* 2014:11
- Vårdanalys (2015a), *Analysplan 2015*.
- Vårdanalys (2015b), *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning* 2015:1
- Vårdanalys (2015c), *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015:5.
- Vårdanalys (2015d), *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system* 2015:7
- Vårdanalys (2015c), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – En jämförelse mellan Sverige och nio andra länder*.
- Vårdhandboken (2013). *Översikt personcentrerad vård*. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-var/Översikt/> Uppdaterad 2013-10-08, besökt 2015-02-10.
- Överenskommelsen om insatser för att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård (S2011/5879/FS).



# Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården

– ett diskussionsunderlag

Vår omvärld förändras snabbt. Vården och omsorgen står inför helt nya krav och möjligheter. På nationell och regional nivå görs insatser för att bidra till en ökad utvecklingskraft. Samtidigt vet vi att vårdens och omsorgens värde ytterst skapas där patienter och brukare, närstående, professioner och stödsystem möts i vardagen. Här har verksamhetscheferna en nyckelroll. Deras förmåga och förutsättningar att driva förändrings- och utvecklingsarbete är avgörande för utvecklingskraften i svensk vård och omsorg. Därför har Vårdanalys undersökt verksamhetschefernas syn på förbättringsarbete. Vi hoppas att studien ska stimulera till en fortsatt diskussion om vad som krävs för att stärka verksamhetschefernas möjligheter att driva ett patientcentrerat, datadrivet och lärandestyrt förbättringsarbete som är relevant och effektivt.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)** uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

► **vårdanalys**

