PM 2018:1

Implementering i vården

En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv

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. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källan.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN: 978-91-87213-96-0
www.vardanalys.se

Implementering i vården

En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv

vårdanalys

Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektör Jean-Luc af Geijerstam. Projektdirektör Marianne Svensson har varit föredragande.

Stockholm 2018-12-06
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Marianne Svensson
Föredragande

Förord

Hälso- och sjukvården liksom socialtjänsten är under ständig förändring – medicinska framsteg skapar nya möjligheter till behandling samtidigt som behoven av hälso- och sjukvård och socialtjänst ökar i takt med att allt fler lever längre med kroniska sjukdomar. Socialtjänsten kommer att behöva stödja fler med långvariga och komplexa behov, vilket band annat kommer att ställa krav på ändrade arbetssätt. En fortsatt utveckling i vården och omsorgen är viktigt för att i dag och i framtiden kunna tillhandahålla en god vård och omsorg som patienter och brukare känner förtroende för.

Samtidigt finns tecken på att utvecklingen och lärandet inte sker i den omfattning som behövs. I olika analyser har Vårdanalys genom åren visat att lärandet mellan olika verksamheter och huvudmän är begränsat. Orsakerna bakom det är flera.

Hösten 2017 initierade vi ett forskningsuppdrag med ambitionen att utifrån litteraturen identifiera övergripande utmaningar när det gäller implementering i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi gav professor Mattias Elg och postdoktor Mattias Örnerheim vid institutionen för ekonomisk och industriell utveckling (IEI), Linköpings universitet, uppdraget att presentera en kunskapsöversikt på detta tema.

Deras översikt har varit ett värdefullt bidrag till Vårdanalys arbeten under 2017 och 2018 som på olika sätt analyserat utvecklingsarbete och deras förutsättningar att bidra till långsiktig utveckling. Det är vår förhoppning att den här promemorian kan tjäna som ett kunskapsunderlag i den fortsatta diskussionen om hur vi kan skapa bättre förutsättningar till lärande och utveckling i vården och omsorgen.

Den här promemorian är författarnas redovisning av forskningsuppdraget i sin helhet och de står själva för innehållet.

Stockholm 2018-12-06

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Innehåll

Vårdanalys inledande ord 10

1 Bakgrund 12

1.1 Studiens syfte 12
1.2 Avgränsningar 13
1.3 Promemorians disposition och läsanvisningar 13

2 Metod och analytiskt ramverk 14

2.1 Material och datainsamling 14

3 Tre övergripande analysperspektiv på utveckling och implementering 16

3.1 Top-down 17
3.2 Bottom-up 17
3.3 Styrningsnätverk och översättningsprocesser 18
3.4 Summering 20

4 Flernivåstyrning och handlingslogiker 21

4.1 Olika beslutsnivåer påverkar implementering 21
4.2 Olika professionella handlingslogiker påverkar implementering 23
4.3 Några ord om patientlogik 25
4.4 Summering 26

5 Former för utvecklingsarbete 28

5.1 Olika former av utvecklingssatsningar – ett brett perspektiv 28
5.2 Två former av utvecklingsinitiativ: programmatisk och uppgiftsinriktad utveckling 29
5.3 från att testa lösningar i projektform till integration i det vardagliga arbetet 34
5.4 Styrt utvecklingsarbete eller entreprenöriella processer 35
5.5 Intermediärer – ett stöd till utveckling direkt i ”linjen” 36
5.6 Summering 37

6 Typer av utvecklingssatsningar 38

6.1 Typer av förändring: några grundläggande drag 38
6.2 Från individuellt lärande till radikala innovationer 39
6.3 Dimensioner av förändring: en något mer omfattande typologisering 43
6.4 Summering 44

7 Erfarenheter av att involvera professionsrepresentanter i implementeringsarbetet 46

7.1 Yrken och professioner ... 46
7.2 Den medicinska professionen och politiskt styre ... 46
7.3 Professionen och implementering av kunskapsunderlag ... 47
7.4 Summering ... 48

8 Några erfarenheter av att involvera patientrepresentanter i implementeringsarbetet ... 49

8.1 Patientinvolvering i beslutsprocesser och vårdverksamhet ... 49
8.2 Patientcentrerad vård ... 50
8.3 Summering ... 52

9 Diskussion ... 54

9.1 Vilka hinder mot implementering finns i gränssnitten mellan olika beslutsnivåer? 55
9.2 Hur påverkar vårdens aktörer inom politik, administration och vårdprofession de generella förutsättningarna för implementering? ... 56
9.3 Slutsatser ... 57

10 Referenser ... 60

Vårdanalys inledande ord

Vårdanalys inledde hösten 2017 två arbeten som båda såg behov av att samla kunskap om vilka faktorer som på olika sätt kan påverka implementering av utvecklingsprojekt i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det ena arbetet var ett regeringsuppdrag med syftet att följa genomförandet av satsningen för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Uppdraget innebar bland annat att vi skulle följa upp och analysera hur insatserna i satsningen hade genomförts och hur de fortsatt kunde tas om hand inom landstingen för att på lång sikt bidra till en bättre vård. Vår uppföljning av satsningen visade att en stor del av de medel som inkluderas i satsningen initierade flera projekt i landstingen samt patient- och professionsorganisationer. För att svara på frågan om satsningens förutsättningar för långsiktighet behövde vi skapa oss en bild av vilka faktorer som hindrar respektive främjar implementering i hälso- och sjukvården.

Det andra arbetet hade syftet att utreda under vilka förutsättningar som utvecklingsprojekt kan bidra till att skapa långsiktigt hållbar utveckling och lärande i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bakgrunden till vårt projekt var att mycket av det utvecklingsarbete som görs i hälso- och sjukvården och socialtjänsten sker genom utvecklingsprojekt. Men långt ifrån alla projekt resulterar i utveckling och lärande som är långsiktigt hållbara. Vissa projekt som når goda resultat blir aldrig en del av ordinarie verksamhet, utan läggs ner när projektet avslutas. Andra genomförs lokalt utan att lärdomarna förs vidare till andra verksamheter. Vårt angreppsätt i detta projekt var att tillgängliggöra forskningen med hjälp av exempel på verksamhetsnära projekt för att visa på vilka faktorer som kan vara kritiska för ett projekts möjligheter att bidra till långsiktigt lärande.

Forskningsuppdrag att presentera en litteraturöversikt om implementering i vården

Vårdanalys gav *professor Mattias Elg* och *postdoktor Mattias Örnerheim*, båda vid institutionen för ekonomisk och industriell utveckling (IEI), Linköpings universitet, i uppdrag att presentera en litteraturöversikt om framgångsfaktorer och hinder mot implementering i hälso- och sjukvården. De övergripande frågorna som översikten skulle besvara var:

- Vilka hinder mot implementeringen finns i gränssnittet mellan olika beslutnivåer?
- Hur påverkar vårdens aktörer inom politik, administration och vårdprofession de generella förutsättningarna?

I forskningsuppdraget ingick även att reflektera över patienters betydelse för implementering i vården, även om det inte har varit fokus för forskarnas uppdrag. För de läsare som vill ha fördjupad kunskap om vad personcentrering i hälso- och sjukvården kan innebära hänvisar vi till Vårdanalys rapport *Från mottagare till medskapare – ett*

kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. I den rapporten sammanfattar Vårdanalys det internationella forskningsläget för strategier och arbetssätt som kan öka personcentreringen. Vi presenterar även ett antal utgångspunkter som kan användas i patienters, vårdpersonals och beslutsfattares arbete med att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Rapporten bygger på en internationell forskningsantologi som tagits fram av the European Observatory on Health Systems and Policies tillsammans med Vårdanalys. Den kommer att publiceras under 2019.

Den här promemorian är Mattias Örnerheims och Mattias Elgs redovisning av sina forskningsuppdrag i sin helhet och de står själva för innehållet. Promemorian har använts som underlag till Vårdanalys rapporter *Stöd på vägen – en uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar* (Rapport 2018:3) och *Bäddat för utveckling – ett kunskapsunderlag om förutsättningar för utvecklingsprojekt i vården och omsorgen* (Rapport 2018:6).

1 Bakgrund

Vårdens utmaningar i form av allt större krav på hälsa har sin grund i demografiska förändringar och skillnader i hälsa, nya medicinska metoder och arbetssätt och ökande sjukvårdskostnader (se bland annat Vårdanalys 2014, SKL 2016). För att fortsätta utveckla sjukvården är det därför angeläget att samla kunskap om förutsättningar för implementering, långsiktig utveckling och lärande inom hälso- och sjukvården.

Välkänt är även att det inte finns några enkla lösningar och konkreta svar på hur utvecklingsarbete och implementering ska genomföras på bästa sätt. Det krävs inte bara ny kunskap utan även en medvetenhet om svårigheter att realisera förändringar i en hektisk vårdvardag. Därför behövs kunskap om vad som kan försvåra och vad som kan underlätta förändringsprocesser och organisatoriskt lärande.

Implementering handlar om att omsätta idéer och planer i konkret handling för att genomföra förändringar så att saker och ting fungerar på ett nytt eller annorlunda sätt. Avsikten med den här promemorian är att se implementering och lärande i organisationer ur ett större perspektiv, där hänsyn tas till såväl beslutsnivåer som olika professioners synsätt. Utgångspunkten är att flernivåstyrning är något som måste hanteras vid implementering, likaså att olika yrkesgruppers kunskaper och värderingar är inbäddade i större system som också påverkar implementeringen.

1.1 STUDIENS SYFTE

Den här promemorian har en bred ansats. Ambitionen har varit att identifiera övergripande utmaningar för implementering, långsiktig utveckling och lärande inom hälso- och sjukvården. Promemorians syfte är att ge en beskrivande bakgrund till kunskapsläget och grundläggande kunskaper om utvecklingsarbete och förändringsprocesser i ett implementeringsperspektiv. Studien har också ett pedagogiskt syfte. Genom att visa på implementeringsproblem och goda exempel från forskningen ställs efter varje kapitel ett antal analytiska frågor som är tänkta att användas som en vägledning i analyser av implementeringsprojekt i offentlig verksamhet.

Promemorian bygger på en allmän litteraturgenomgång och baseras på översiktsstudier och nyckelreferenser inom implementeringsforskningen för att uppfylla promemorians syfte. Basen utgörs av forskning om implementeringsperspektiv från hälso- och sjukvården. Den forskning som tas fasta på utgår i hög utsträckning från komplexa utvecklings- och implementeringsprocesser. Två övergripande frågor har därför identifierats:

1. Vilka hinder mot implementering finns i gränssnitten mellan olika beslutsnivåer?
2. Hur påverkar vårdens aktörer inom politik, administration och vårdprofession de generella förutsättningarna för implementering?

1.2 AVGRÄNSNINGAR

Promemorian har ett tvärvetenskapligt angreppssätt som lyfter fram forskning med olika perspektiv på hur professionella synssätt och beslutnivåer påverkar implementering. Vidare är det breda perspektiv och inte konkreta metoder eller skräddasydda strategier i en viss kontext som är centralt i framställningen. Det är således inte möjligt att ge en heltäckande bild av alla hinder och problem som kan uppstå när man implementerar, och urvalet av studier blir därför i viss mån selektivt, vilket medför en risk för att ett annat urval skulle ha lett till delvis andra slutsatser.

Analytiskt fokuserar vi i promemorian på var problem uppstår i relationen mellan beslutsnivåer och professioners olika sätt att jobba och tänka, snarare än på att ge konkreta lösningsförslag på hur man ska jobba med förändring. En central fråga är således: Vad är problemet? En annan är: Vad bör man tänka på för att undvika att problem uppstår?

Även om promemorian empiriskt fokuserar på sjukvård kan våra analyser till stora delar lyftas in i andra sammanhang. De skulle exempelvis kunna vara tillämpbara även inom socialtjänsten.

1.3 PROMEMORIANS DISPOSITION OCH LÄSANVISNINGAR

Promemorian är uppbyggd så att varje kapitel kan läsas var för sig. Efter det här inledande kapitlet beskrivs kort vår metod och vårt analysramverk i kapitel 2. I kapitel 3 utvecklar vi de generella förutsättningarna för implementering genom beskrivningen av tre perspektiv på implementering och policyprocesser ur ett historiskt perspektiv. I kapitel 4 beskriver vi de teoretiska utgångspunkterna för vår analys av förutsättningar för ett långsiktigt hållbart utvecklings- och förändringsarbete.

Kapitel 5–8 redogör för olika former av utvecklingsarbete och förändringsarbete samt för betydelsen av att involvera patienten och medicinsk profession i implementeringsarbetet. Dessa kapitel avslutas med några sammanfattande slutsatser och generella analytiska frågor som kan fungera som en hjälp vid analyser av implementering och som en vägledning vid utvärdering av en implementeringsåtgärd.

I kapitel 9 knyter vi samman slutsatserna i kapitel 5–8 och de teoretiska perspektiven i kapitel 4. Avslutningsvis sammanfattar vi de mest centrala resultaten och slutsatserna.

2 Metod och analytiskt ramverk

Metoden för att samla in material till den här studien kan bäst beskrivas som en allmän litteraturgenomgång (Forsberg och Wengström, 2016). Fokus har lagts på att samla översiktsstudier och nyckelreferenser inom implementeringsforskningen, för att uppfylla promemorians syfte att ge en beskrivande bakgrund till kunskapsläget när det gäller förutsättningarna för implementering, långsiktig utveckling och lärande inom hälso- och sjukvården.

Litteraturgenomgången ska inte förväxlas med en systematisk litteraturöversikt där man jämför olika studiers resultat för att visa en effekt av en åtgärd. Hur effektiv en metod som ska implementeras är besvaras bäst genom systematiska studier som kan visa på om det finns vetenskapligt stöd för att rekommendera en viss åtgärd. Metoden ska inte heller blandas ihop med en så kallad *scoping review* som har som syfte att genomlysa det som har publicerats inom ett avgränsat kunskapsområde, i en viss typ av publikationer och under en bestämd tidsperiod.

Vår metod medför förvisso en del begränsningar, men studiens syfte är att ge en allmän översikt av kunskapsläget för att på en övergripande nivå peka på några centrala förutsättningar för lärande och långsiktig hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården. En fördjupad bild hade krävt ett mer omfattande material. Vårt urval blir därför i viss mån selektivt, vilket medför en risk för att ett annat urval skulle ha lett till delvis andra slutsatser.

2.1 MATERIAL OCH DATAINSAMLING

I studiens material ingår för det första välkända implementeringsstudier och referenser till välkända implementeringsproblem. För det andra har sökningar gjorts i forskningsdatabasen Pub Med, för att komplettera med aktuell forsning om patient- och professionsinvolvering i hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete. För det tredje har vi som komplettering även gjort sökningar i Libris och på Google, för att hitta ytterligare svensk litteratur som är relevant för frågorna, som svenska avhandlingar och böcker utgivna av välrenommerade förlag. Myndighetsrapporter och utvärderingar har använts för att ge empiriska exempel på implementeringsfenomen.

I kapitel 5 och 6 har vår strävan varit att redogöra för grundläggande kunskap om utvecklingsarbete och förändringsprocesser ur både nationell och internationell litteratur. Å ena sidan har syftet varit att ta fram material som visar på att det behövs en bred uppsättning teorier, metoder och analysinstrument för att analysera olika aspekter av implementeringsprocessen. Å andra sidan har material tagits fram för att visa på exempel från praktiken. Med ett lärandeperspektiv på implementeringsprocesser blir det viktigt att ta fram såväl teoretiska som praktiska exempel på hur olika utvecklingsinitiativ uppstått och utvecklats.

Som underlag till kapitel 7 och 8 genomfördes sökningar i forskningsdatabasen Pub Med med fokus på professioner och patienters involvering i implementeringsprocesser i relation

till kunskapsbaserad vård, patientcentrering och prevention inom hälso- och sjukvården. Dessa områden har pekats ut som centrala utvecklingsområden för vården av personer med kroniska sjukdomar. Utifrån de artiklar som hade högst relevans och en genomgång av deras sammanfattningar valdes de artiklar ut som ansågs kunna bidra till det allmänna kunskapsläget eller som innehöll bra exempel på implementeringsfenomen. Vissa sammanfattningar gav knapphändig eller otydlig information, och studierna uteslöts därför. Exempelvis för att de enbart omfattade patienter eller professioner och saknade koppling till implementering eller tvärtom. Vissa uteslöts för att artiklarnas innehåll förvisso påvisade effekter av en implementerad metod men utan att relatera till vad som varit värdefullt eller problematiskt under själva implementeringen för patienten alternativt professionen. Andra studier valdes bort därför att sammanfattningen enbart innehöll en teoretisk argumentation inom forskningsfältet och därmed saknade empirisk relevans. Ytterligare artiklar valdes bort, eftersom de inte relaterade till vare sig kunskapsbaserad vård, patientcentrering eller prevention.

När det gäller professioners roll i utvecklingsarbetet har vi haft fokus på yrkesgruppen läkare, även om vi vet att utvecklingsarbete involverar många olika yrkesgrupper inom sjukvården. Denna avgränsning gjordes enbart för att begränsa studiens omfattning. Några exempel på arbeten där sjuksköterskor förekommer beskrivs också i studien.

2.1.1 Analytisk metod

De teoretiska utgångspunkterna som redovisas utförligare i de två nästkommande kapitlen är att vården är organiserad i en vertikal *flernivåstyrning* som består av en nationell och regional nivå samt en verksamhetsnivå. Vi utgår också från att vården kan beskrivas utifrån tre dimensioner: den administrativa, den politiska och den vårdprofessionella, där varje dimension har sina institutionaliserade principer, mål och handlingslogiker. Vi tar även hänsyn till patientlogiken. Även om patienten formellt sett inte har någon beslutande funktion på vare sig nationell, regional eller lokal nivå har patienten möjlighet att påverka implementeringsresultatet genom sitt agerande. Syftet med att använda teorier om dels flernivåstyrning, dels institutionella handlingslogiker är att synliggöra och förklara problem som uppstår i implementeringsprocessen mellan dimensionerna och beslutsnivåerna. Även den teoretiska ingången till studien har därmed påverkat urvalet av studier för att underlätta vår illustration av de eventuella implementeringsproblem som uppstår i länkning och översättning mellan nivåer och dimensioner.

2.1.2 Studiens pedagogiska syfte

Studien har även ett pedagogiskt syfte. I slutet av kapitel 4–8 tar vi upp ett antal frågor som berör de implementeringssvårigheter som framkommit i respektive avsnitt. Dessa är tänkta som en hjälp vid analys, utredning och utvärdering av implementeringsinsatser. Genom dessa frågor är vår förhoppning att regioner, landsting, kommuner och statliga myndigheter kan få en vägledning i sina analyser av implementeringsprocesser.

3 Tre övergripande analysperspektiv på utveckling och implementering

Det här kapitlet syftar till att visa på att beslutsnivåer i ett system med flernivåstyrning är en del av problemen vid implementering i hälso- och sjukvården, likaså att olika yrkesgruppers kunskaper och värderingar är inbäddade i större system som också påverkar implementeringen.

Implementera betyder genomföra, realisera, förverkliga och verkställa och beskrivs av Vedung (2016) som det som sker mellan beslut och resultat. Den skillnad som uppstår mellan beslutad och implementerad policy kallas ofta för implementeringsproblemet.

Implementeringsforskningen har ibland, inom samhällsvetenskapen, beskrivits som en eländesforskning, eller om man så vill med Rothsteins (2010) ord som ”en samhällsvetenskapens patologi”. Han hänvisar vidare till ett antal fallstudier om misslyckade implementeringar med diffusa mål, otillbörliga organisationsformer och illvilliga tjänstemän som resulterat i bortslösade resurser och oförutsedda bieffekter. Det här, menar Rothstein, grundar sig på tre problem.

För det första har en rationalistisk syn varit dominerande och utvärderings- och implementeringsstudier ofta gjorts kort efter genomförandet, vilket riskerar att underskatta de långsiktiga effekterna. För det andra har forskare haft en tendens att söka sig till reformer som man redan vet har misslyckats i syfte att på så vis öka förståelsen för genomförandeprocesser, vilket kan jämföras med nationalekonomins intresse för marknadsmisslyckanden. För det tredje har forskare valt områden som kräver samarbete mellan olika nivåer med översättningsproblem, samhällsområden i förändring där fältpersonal har stort utrymme samt områden där det finns höga förväntningar och osäker teknologi eller osäkra metoder, vilket innebär stora risker för att misslyckas.

Samhällsvetenskaplig implementeringsforskning har främst bidragit med empiriska generaliseringar som oftast tagit sig uttryck i långa listor på faktorer som anses vara viktiga för en lyckosam implementering (Rothstein 2010). Ett exempel är Chase (1979) som räknar upp inte mindre 44 olika faktorer. Det är inte helt lätt att se vad man ska göra med den här typen av listor. De säger oftast inget om vilka faktorer som är viktigare än andra eller vilka åtgärdsprogram som lämpar sig bäst för en viss typ av organisationsform.

För att lättare sätt sig in i och förstå implementeringsforskning, kan man placera den i ett bredare perspektiv. Moderna teorier och studier anknyter ofta till begrepp och tankegångar som präglar en klassisk konflikt mellan perspektiven *top-down* och *bottom-up* på implementering. Senare har det även utvecklats olika nätverksteorier och teorier om översättning som på olika sätt försöker överbrygga konflikterna mellan de båda tidigare perspektiven (Hill och Hupe, 2014).

3.1 TOP-DOWN

Det första perspektivet bygger på en tilltro till beslutsfattares förmåga att vertikalt styra och kontrollera implementeringsprocessen från beslut till resultat. En tidig implementeringsstudie finner vi hos Pressman och Wildavsky (1984), som har undersökt vilka hinder eller problem som uppstår när federala beslutsfattare i USA befinner sig både geografiskt och administrativt långt ifrån implementeringens förverkligande. Trots gynnsamma förutsättningar med samförstånd mellan tjänstemän på olika nivåer och tillräcklig finansiering uppstod problem när man skulle skapa arbeten åt arbetslösa minoriteteter i Oakland. Underliggande beslutande nivåer visade sig inte vara ett välsmort maskineri som automatiskt omsatte programmet i praktiken. Dessa nivåer utgörs av aktörer och intressenter som på olika sätt medverkar eller motverkar implementeringen. Implementeringsprocessen består av ett antal beröringspunkter där det kan uppstå glapp mellan beslutsnivåer, och ju fler glapp, desto större risk för misslyckande.

Som ett mer närliggande exempel kan nämnas Riksrevisionens utvärdering av den statliga rehabiliteringsgarantin (Riksrevisionen 2015), där landstingen som skulle implementera satsningen hade små möjligheter att påverka innehållet och svårt att planera för satsningen, eftersom överenskommelser hade tecknats sent på året. Liksom Pressman och Wildavsky drar Riksrevisionen slutsatsen att brist på långsiktig finansiering och det faktum att aktörerna redan var upptagna med andra projekt också har försvårat implementeringen. I detta fall var landstingen redan upptagna med andra statliga satsningar, som sjukskrivningsmiljarden och kömiljarden. Riksrevisionen påpekar även att landstingen också var beroende av andra aktörer för att lyckas med implementeringen, såsom Arbetsförmedlingen, Företagshälsovården och Försäkringskassan. Eftersom Försäkringskassan inte omfattades av eller fick medel i satsningen, uteblev till exempel samarbete med Företagshälsovården ofta. Även Pressman och Wildavsky drog liknande slutsatser om brist på samverkan med andra aktörer som inte upplevde projektet som viktigt.

3.2 BOTTOM-UP

Det andra perspektivet är på sätt och vis motsatsen till top-down-perspektivet, eftersom det finns en skepsis till beslutsfattarens förmåga att styra implementeringsprocessen. Här betonas i stället horisontella förhandlingar mellan aktörer med begränsad påverkan på centrala beslut. Komplexiteten i många samhällsproblem gör processerna mer eller mindre omöjliga att detaljstyra uppifrån.

Ett ofta citerat exempel på en studie med detta perspektiv är Lipskys (1980) *street-level bureaucracy* som betonar att närbyråkraten (eller den professionella) som arbetar direkt med eller mot människor (som socialtjänsthandläggare, poliser, lärare eller sjukvårdspersonal) har stort utrymme att själv utforma en policy i praktiken. Även om begreppet *närbyråkrat* i grunden är neutralt i sig och ofta förekommer i samhällsvetenskaplig litteratur, har det över tid fått en negativ klang. Därför är i många sammanhang termen professionell att föredra, eftersom närbyråkraten ofta förutsätts ha en professionell kunskap som grundar sig på en utbildning eller legitimering (Hupe m.fl. 2015). Ur Lipskys perspektiv finns även en normativ ansats, och han menar att ansvarsutkrävandet

av den professionella inte bara ska ta hänsyn till beslutsfattarens mål med en policy, utan även till den kunskap som den professionella har.

Kännetecknande för professionella yrkesgruppers arbetssituation inom exempelvis vården är att *produktionen* sker i nära samarbete mellan profession och patient och inte är särskilt lätt att övervaka. Det innebär att de professionella har kontroll över genomförandet, påverkas av den täta kontakten med patienterna samt själva ska tolka regler och prioriteringar. Som grupp utvecklar de professionella vissa riktlinjer för att kunna prioritera och utföra arbetet som ett resultat av sin professionella identitet. Samtidigt riskerar de också att få stå till svars för beslut på högre nivåer som de inte har haft möjlighet att påverka.

Ett i tiden mer närliggande exempel i Sverige är den så kallade sjukskrivningsmiljarden, där avsikten var att landstingen i samarbete med Försäkringskassan skulle arbeta för att minska sjukfrånvaron. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) (2009) skriver i sin utvärdering av sjukskrivningsmiljarden: ”Eftersom landstingen inte kan styra över självrisk, graden av kontroll eller normer kan de inte heller medvetet påverka sjukfrånvaron” (IFAU 2009, s. 32). Vidare påpekar de att åtgärdspaketen har blivit mer lika varandra sedan satsningen började, eftersom landstingen har tagit efter varandra och infört liknande åtgärder. Det har därför varit svårt att avgöra vad som har varit mest framgångsrikt.

Att landstingen tar efter varandra utan att veta om det har effekt kan ses som en reaktion på att man som professionell ofta upplever att man inte har stora möjligheter att påverka de överordnade policybesluten och inte heller kan påverka tilldelningen av resurser och därför gör ”som alla andra”. Vidare visade individdata att teambehandling, som flera landsting infört, förlängde sjukskrivningen och att sjukfrånvaron även förlängdes av att sjukintyg återremitterades. Även det visar på vilken betydelse professionella från berörda instanser har för att organisera genomförandet och, framför allt, för att koordinera insatsen.

3.3 STYRNINGSNÄTVERK OCH ÖVERSÄTTNINGSPROCESSER

Ett tredje perspektiv som har vuxit fram inom forskningen är ett slags mellanposition, där så kallade styrningsnätverk är centrala. Dess innebörd är att det är felaktigt att beskriva implementering som en direkt effekt av politiska beslut. Självorganisering av professionella är ett viktigt inslag, men de yttre ramarna är satta av centrala beslutsfattare. Det som kan uppfattas som ett horisontellt samspel mellan professionella är i stället ett uttryck för beslutsfattarnas vertikala men indirekta styrning på distans, hävdar Scharpf (1997). Det handlar således om självorganiserade styrningsnätverk från offentliga, privata och frivilliga organisationer, medan de tidigare formerna för styrning, det vill säga bottom-up respektive top-down, mer handlar om formaliserad, lagreglerad och hierarkisk styrning inom en och samma organisation.

Självorganiserade nätverk inom vård och omsorg kan exempelvis bestå av patienter och brukare och deras organisationer, som utifrån den egna erfarenhetskunskapen tillsammans med professioner i offentlig verksamhet är medskapare i utvecklandet av välfärdstjänster. Det viktiga är att aktörerna inom nätverken, utöver det självorganiserade inslaget, är ömsesidigt beroende av varandra. Kombinationen av centrala beslut och regler samt

professionell självorganisering gör fler aktörer till medägare av frågan och ökar incitamenten att göra gemensam sak, menar Sørensen och Torfing (2007).

Till detta perspektiv kan läggas de översättningsprocesser som Røvik (2008) hävdar måste finns mellan olika nivåer och professioner i nätverken. Det är i översättningsprocesserna som sammanlänkningen från policyidé till praktik sker. Ett översättningsperspektiv är därför användbart för att beskriva hur idéer och policyer färdas mellan olika sammanhang och beslutsnivåer (Czarniawska och Sevón 1996). Hur sambanden mellan olika nivåer och maktförhållanden i vårdens organisering ser ut påverkar översättningsprocessen. Brister i översättning eller felaktig översättning orsakar implementeringsproblem eller misslyckanden.

Røvik (2008) tar upp några exempel på dålig översättning som uppstår när ett koncept inte översätts till en lokal variant för att kunna bli användbart. Det kan till exempel bero på att översättaren kommer utifrån och inte har kännedom om organisationens speciella karaktär, vilket ökar risken för en dålig översättning. Det kan också ha att göra med praktikens översättbarhet. Det vill säga att ju mer komplicerad verksamheten är och ju mer sammanflätad den är med andra praktiker, desto lättare är det att göra fel.

Pfeffer och Sutton (2000) tar upp tre varianter av misslyckade försök att implementera idéer och praktiker. För det första förekommer det att koncept tas in i en organisation utan att tas i bruk. För det andra finns det i litteraturen exempel på att koncept som ledningen försöker implementera bland professionerna som ska utföra uppgifterna tas in i organisationer, men att professionerna inte upplever det som att koncepten passar in i rådande arbetssätt och att de därför blir bortstötta. För det tredje händer det att nya koncept tas in och används men att de får oförutsedda eller oönskade konsekvenser, som i exemplet ovan med Pressman och Wildavsky (1984).

Vedung (2016) talar om programteori, det vill säga idéer om orsaker till ett problem och vilka styrmedel som kan påverka orsaksrelationen. Låt oss ta sjukskrivning som exempel. En programteori kan ange att människor blir sjuka av individuella skäl. Lösningen blir då att aktörer inom sjukvården besitter den rätta kompetensen för att få människor tillbaka i arbete. En annan programteori kan i stället lyfta fram arbetsmarknadens funktionssätt som en orsak till att människor blir sjukskrivna, och då blir andra aktörer, som arbetsförmedling och arbetsgivare, viktiga aktörer i implementeringen. Problemet är att osäkerheten om vad som är korrekt programteori ofta är stor. Det som är en avgörande faktor i ett åtgärdsprogram är det inte nödvändigtvis i ett annat.

Røvik (2000) menar vidare att kompatibilitetstestet är ett bra sätt att förstå om nya idéer får fotfäste i en organisation. Kompabilitetstest innebär att koncepten måste vara tekniskt såväl som värdemässigt kompatibla med organisationen för att släppas in. Om de uppfattas som *kroppsfrämmande* kan de stötas bort.

Liknande erfarenheter presenteras i en licentiatavhandling av Ramsell (2010) om kommunal krishantering och implementering av tekniska informationssystem. Försvårande faktorer för samverkan visade sig vara geografiska hinder, kommunstorlek, avsaknad av tradition och ömsesidig förståelse samt ovilja att ge upp sin självständighet. I fallstudierna var de kommunala tjänstemännens kompetens och sociala relationer samt

styrningsstrukturen från statligt håll (där mer mjuka än hårda instrument användes) – det vill säga det ömsesidiga beroendet – avgörande för hur lyckad implementeringen blev.

En lärdom är att beslutsfattare snarare än att definiera mål och regler på olika sätt kan utforma och påverka de ramar inom vilka nätverken ska agera och direkt vara med och skapa nätverken, genom att exempelvis bjuda in och sammanföra de aktörer som de tycker är relevanta för ett nytt nätverk. Det sker till exempel när Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillsammans med landstingen skapar nätverk genom nuvarande programråd för olika sjukdomsgrupper eller vid tidigare skapade nätverk för sjukskrivning, väntetider eller jämställdhet. Normer och förståelse utvecklas sedan inom ramen för nätverken till en gemensam förståelse.

Andra exempel på studier om styrningsnätverk finns till exempel inom så vitt skilda fält som svensk regional utvecklingspolitik (Nyhlén 2013), idrott (King 2017) och migration (Scholten m.fl. 2018).

3.4 SUMMERING

Avslutningsvis kan det finnas många skäl till bristfällig implementering. Sammanfattningsvis visar den här framställningen på att beslutsnivåer i flernivåstyrning är en del av problematiken, likaså att olika yrkesgruppers kunskaper och värderingar är inbäddade i större system som också påverkar implementeringen. Vi ska därför i nästa kapitel titta närmare på flernivåstyrning och handlingslogiker.

4 Flernivåstyrning och handlingslogiker

I föregående kapitel konstaterades det att flernivåstyrningens beslutsnivåer är en del av problemen vid implementering. Likaså poängterades det att yrkesgruppers kunskaper och värderingar är inbäddade i större system som också påverkar implementeringen. Det är således inte bara olika beslutsnivåer som dikterar villkoren i implementeringsprocesser, utan även handlingslogiker inom och mellan yrkesgrupper. Dessa handlingslogiker skapar en ram för vad som är lämpligt att göra och inte göra. Problematiken innebär att beslutsfattare har att hantera olika intressen på samma nivå i systemet, men även att ta hänsyn till de andra nivåernas komplexitet. Hur dessa två teoretiska utgångspunkter förhåller sig till varandra och till implementering utvecklas mer i det här kapitlet, där vi först tittar närmare på flernivåsystemet och sedan på handlingslogikerna.

4.1 OLIKA BESLUTSNIVÅER PÅVERKAR IMPLEMENTERING

Till att börja med kan den svenska offentliga sjukvården beskrivas som ett system i flera administrativa vertikala nivåer. Flernivåstyrning är begreppet som definierar och beskriver en vertikal genomförandeprocess. Flernivåstyrning (eller *multi-level governance*) som teoretiskt begrepp har ibland kritiserats för att vara otydligt definierat (Christiansen 2016, Piattoni 2009.) Men använt som ett ramverk kan det illustrera hur beslutsfattande är uppdelat på olika nivåer (Bache och Flinders 2004, Hooghe och Marks 2001).

Statens roll på den nationella nivån är att genom bland annat lagstiftningsåtgärder, förordningar och överenskommelser med SKL fastställa den övergripande politiska agendan för hälso- och sjukvården. Johnson (2003) visar på nivåstyrningens problem i sin redovisning av hur husläkartanken delvis blev implementerad i Sverige. Det landstingskommunala självbestämmandet satte stopp för planerna på en central reglering, och därför blev det inte husläkare av brittisk eller dansk typ utan husläkare som anpassats till svenska traditioner och normer knutna till vårdcentraler. Exemplet med husläkarsystemet visar att det i den regionala nivåns relation till staten i implementeringsprocesser finns en kamp om makt och inflytande. Senare studier av Fredriksson (2012) visar att staten genom riktlinjer, regleringar och lagar ökat sitt inflytande över landstingen på bekostnad av landstingens självstyrelse.

Implementeringen av en nationell policy, till exempel nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, påverkas således av skilda beslut och aktiviteter på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet (Elg m.fl. 2016). Nationella riktlinjer tas exempelvis fram av Socialstyrelsen med hjälp av representanter för den medicinska professionen efter ett remissförfarande hos landstingen som därmed också blir en del av implementeringsprocessen. I nästa led i den vertikala kedjan, på den regionala nivån,

översätter landsting och regioner riktlinjerna till sina regionala förutsättningar genom olika aktiviteter, enligt Elg med flera (2016).

Landsting och regioner har genom den kommunala självstyrelsen ett ansvar för produktion, finansiering och politisk styrning av hälso- och sjukvården och möjlighet att anpassa sin verksamhet efter regionala förutsättningar. Slutligen görs på verksamhetsnivån, det vill säga inom primärvård och på kliniker inom sjukhusvården, utifrån riktlinjerna ytterligare en översättning av patientgruppsprioriteringar och prioriteringar i mötet med den enskilda patienten (Elg m.fl. 2016).

En tidig implementeringsstudie (Garbenby 2010), som undersökt den första versionen av nationella hjärtriktlinjer, visade på en experimentell implementering som i huvudsak hanterades på verksamhets- och kliniknivå inom den medicinska professionen. I ett flernivåperspektiv demonstrerar det hur Socialstyrelsen genom riktlinjerna ägnar sig åt indirekt styrning vid sidan av lagstiftning, förhandling eller ekonomiska bidrag. Kalkan med flera (2015) har i en senare longitudinell kvalitativ studie av hjärtriktlinjernas implementeringsprocesser i fyra landsting kommit fram till att det är ovanligt med enhetlig respons på dessa riktlinjer. Men författarna konstaterar också att försök har gjorts för att nå konsensus om hjärtriktlinjerna genom lokala och regionala seminarier, och genom revideringar av lokala riktlinjer med nationella riktlinjer som bas. Över tid kan trots allt en mer systematisk användning skönjas.

Palmcrantz med flera (2015) har pekat på en liknande utveckling i de nationella riktlinjerna för stroke, som har varit tillgängliga i tio år och nyligen har uppdaterats. Även här finns skillnader i rehabilitering av patienter som drabbats av stroke i landet, vilket tyder på skillnader i implementeringsprocesser och i den vård patienterna får. Inte heller diagnosrelaterade riktlinjer tar hänsyn till hur de ska implementeras i verksamheten. Men till skillnad från de sjukdomsförebyggande riktlinjerna kan diagnosrelaterade riktlinjer backas upp av specialistföreningar och medicinska programråd, vilket kan vara en fördel i implementeringsprocessen.

Men det handlar inte bara om att förankra nationella beslut hos beslutsfattare på regional och lokal nivå (jämför avsnitt 3.1 om top-down). I en vertikal implementeringskedja förekommer nätverkssamarbete av tillfällig karaktär mellan olika nivåer, såsom olika projekt och varierande former av partnerskap, vilket påverkar resultatet av en implementeringsåtgärd. På den regionala nivån hävdas det ofta att det är på grund av den medicinska sakkunskapen som landstingspolitikers makt begränsas av läkarkåren som kollektiv aktör (Calltorp m.fl. 2006, Blomqvist m.fl. 2007), vilket då leder till att implementering av politiska beslut försvåras i landsting och regioner.

Winblad konstaterar i sin sammanställning av forskningsläget 2003 att läkarprofessionens roll inte i någon större utsträckning diskuteras i implementeringsforskningen. Hon konstaterar även att professionsforskningen inte heller diskuterar de medicinska professionernas roll i ett implementeringsperspektiv. I sin undersökning av läkaren som enskild aktör i processen för implementering av valfrihetsreformer konstaterar Winblad (2003) att läkarna enligt top-down-perspektivet inte alltid har möjlighet att agera enligt reformernas intentioner, eftersom organisationen inte har skapat möjligheter för detta. Ur ett bottom-up-perspektiv är det läkarna som ska

utföra samt förstå motiv och reformernas innehåll. Men utan förståelse och beredskap för att utföra reformens intentioner, kan läkarna inte vägleda patienten i sitt val. Dessutom visar Winblad att valfriheten utmanar läkarnas klassiska expertroll och logiken som säger att beslut i vården ska baseras på medicinska grunder.

4.2 OLIKA PROFESSIONELLA HANDLINGSLOGIKER PÅVERKAR IMPLEMENTERING

Ett annat sätt att beskriva vården är genom tre olika dimensioner: den professionella, den administrativa och den politiska (Östergren och Sahlin Andersson 1998, Scott 2000, Calltorp m.fl. 2006, Örnerheim 2016a). Varje dimension har sina egna horisontella handlingslogiker som präglar de dominerande yrkesgrupperna i sjukvården.

Logiken för beslut och agerande har sin grund i olika rolluppfattningar som förknippas med förväntningar på olika yrkesroller som interagerar i ett flernivåsystem. I exemplet ovan med framtagandet av nationella riktlinjer samspelar politiker och tjänstemän i administrativa roller med den medicinska professionen. Olika logiker kan därför diktera villkoren för vad som är lämpligt att göra och inte göra i olika sammanhang, och styr därmed handlandet (March och Olsen 1989).

Den politiska logiken

Den svenska offentliga sjukvården är politiskt styrd, och därför påverkas den av en politisk logik med politiska normer för hur svensk hälso- och sjukvård bör bedrivas på en övergripande nivå samt demokratiska beslutprocesser (Heidenheimer och Elvander 1980, Immergut 1992, Örnerheim 2016a).

Den politiska logiken på nationell nivå uttrycks exempelvis genom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821), där politiska ambitioner som jämlikhet, valfrihet, tillgänglighet och vård efter behov finns för att reglera och driva på sjukvården i önskvärd riktning. I regionala politiska beslutsprocesser uttrycks den politiska logiken exempelvis när ekonomiska resurser ska fördelas och prioriteras. Bortsett från de vårdrelaterade skälen till nationella riktlinjer finns även politiska skäl, såsom att prioritera rätt åtgärder åt dem med störst behov, med målet att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg, vilket påverkar den lokala verksamhetsnivån.

Det finns exempel i forskningen på att den politiska logiken hamnar i konflikt med den professionella logiken. I en undersökning av fyra landstings implementering av patientlagen konstaterar Wihlborg med flera (2017) att genomslaget å ena sidan begränsas av att professionen inte känner sig inkluderad, att de generellt sett har låg kunskap om lagstiftningen och att det blir en fråga bland många andra. Å andra sidan begränsas genomslaget av att flera av vårdens professioner upplever att det är svårt att integrera patientlagstiftningen i det vardagliga vårdarbetet, som alltså har sin grund i en annan logik än de politiska krav som ställs på patientens rättsliga ställning.

Teoretiskt tänker man sig att jämvikten mellan de olika dimensionerna rubbas när konkurrerande handlingslogiker möts i ett kritiskt ögonblick. Rivaliserande styrande logiker genererar alltså konfliktytor mellan olika normativa föreställningar och motstridiga

kognitiva uppfattningar om hur vården bör bedrivas. Logikerna för de olika rollerna utgörs av aktiviteter och symboliska handlingar som fungerar som principer för organisering och beslut. Scott (2000) beskriver det som att de utgör ett slags kognitiva kartor för att guida och styra de olika yrkesrollernas aktiviteter. När individer agerar och reagerar i beslutsögonblick enligt sin egen styrande logik finns det risk för att rollkonflikter uppstår.

Den professionella logiken

Den professionella logiken bygger på en medicinsk grund och på professionell autonomi (Winblad 2003, Örnerheim 2016a). Vårdprocesserna, det vill säga kärnverksamheten, styrs av läkarna och andra vårdprofessioner. I implementeringen av nationella riktlinjer genomsyras varje nivå därför av den medicinska professionens kunskap i såväl framtagandet på nationell nivå som i implementeringen på landstings- och verksamhetsnivå. Läkarnas värdesystem och etik, den medicinska kvaliteten och den kliniska friheten är drivkrafter i den medicinskt professionella verksamheten (Anell 2007).

Wilsford (2010) hävdar att individer tenderar att välja beslut i linje med tidigare fattade beslut inom ramen för de institutionella förutsättningarna. Beslutsfattare på olika nivåer avviker sällan från den inslagna vägen i enlighet med den egna logiken, eftersom de ofta är beroende av flera andra aktörer på samma eller andra beslutsnivåer i nätverket. Ska en helt ny policy implementeras krävs att aktörer på alla nivåer lär om. Även när det gäller kvalitetsförbättringsarbete kan de olika logikerna mellan vårdens professioner och tjänstemannaorganisationen ställa till det i implementeringsarbetet. Gadolin (2017) menar att läkarnas dominans ibland kan förhindra att olika perspektiv kommer fram i multiprofessionellt teamarbete. Han visar även hur läkarnas vårdprofessionella och dominerande logiker skapar en hierarki, som gör professionens arbete relativt stabilt, trots försök från tjänstemannaorganisationen att förändra det och införa olika former av kvalitetskontroller. Det ska dock tilläggas att acceptansen för byråkratisk kontroll varierar mellan vårdens professioner och yrkesgrupper.

En svensk studie från 2009 visade att det även inom vårdprofessionerna finns olika uppfattningar om vad hälsoförebyggande arbete innebär, vilket är både en utmaning och ett hinder mot implementering av sjukdomsförebyggande metoder (Johansson 2009). Kardakis med flera (2014) kom fram till att det även finns stora variationer mellan olika yrkesgrupper vad gäller kunskapsnivå och erfarenheter av att arbeta hälsofrämjande. En senare amerikansk studie har visat att läkare oftast förstår vikten av sin roll i det preventiva arbetet men hindras av tidsbrist och tung arbetsbörda (Luquis och Paz, 2015). Det gör att det krävs stöd från organisationen vid implementering för att frigöra tid från andra arbetsuppgifter som inte relaterar till implementeringsåtgärden.

Andra saker som kan vara försvårande vid implementering är olika yrkesgruppers förhållningssätt och vana att arbeta med implementering av kunskapsunderlag, som nationella riktlinjer. En svensk studie om upplevda hinder mot implementering av kunskapsunderlag bland sköterskor visade att oklara och orealistiska mål på arbetsplatsen var ett hinder mot användningen av kunskapsunderlag (Nilsson Kajermo m.fl. 2008). Ett annat hinder mot användningen av forskningsbaserade underlag var att de flesta inte har

en forskningsexamen. Därför menar artikelförfattarna att det behövs strategier för att understödja en professionell utveckling av sjuksköterskor.

En annan svensk studie pekar på ledarskapets betydelse för implementering och nyttiggörande av evidensbaserade underlag bland sjuksköterskor (Sandström m.fl. 2011). Artikelförfattarna menar att det behövs ledarskap som prioriterar utveckling av omvårdnad, där klara roller och mandat finns för interna *underlättare* (läs översättare) på avdelningarna i form av ansvariga sjuksköterskor.

Den administrativa logiken

I den administrativa logiken finns i huvudsak två konkurrerade perspektiv, som har sin grund i ekonomiska och demokratiska värden. I förvaltningen finns enligt Lundquist (1998) å ena sidan ett managementperspektiv präglat av ekonomivärden, som kostnadseffektivitet, prestationsförmåga, konkurrensutsättning, kontrakt och valfrihetssystem. Å andra sidan, menar Lundqvist, finns även ett demokratiskt perspektiv präglat av demokrativärden, som politisk legitimitet, rättssäkerhet och offentlig etik.

Tjänstemän på administrativa nivåer tvingas således balansera lagar och önskemål från medborgare och patienter samt beakta professionell medicinsk kunskap och politiska mål. Det innebär att tjänstemännen behöver beakta såväl demokrativärden som ekonomivärden vid implementering och prioritering av exempelvis nationella riktlinjer eller kvalitetsregister.

Även om utvecklingen av nationella kvalitetsregister skett i samverkan mellan tjänstemän och vårdens professioner på central nivå och ett sofistikerat samförstånd har vuxit fram (Örnerheim 2016b), begränsas implementeringen av register på regional nivå av tre faktorer.

För det första menar Eldh med flera (2015) och Fredriksson med flera (2014) att det finns brister i kommunikationen mellan kvalitetsregisterorganisationerna och regioner/landsting, som hindrar implementering. För det andra finns inte tillräcklig analys- och uppföljningskapacitet på landstingsnivå för att kunna dra fördel av kvalitetsregistren. För det tredje saknas konsensus om politikernas roll och i vilken utsträckning de ska involvera sig. Det innebär att länkarna mellan de olika handlingslogikerna inom politik, administration och vårdprofessioner måste överbryggas på regional nivå för att man ska få till stånd en effektiv implementering.

Sammantaget betyder detta att det finns en risk för missförstånd och konfliktytor på både regional och nationell nivå när politiska ideal möter det medicinska synsättet på hur man ska möta vårdens utmaningar.

4.3 NÅGRA ORD OM PATIENTLOGIK

Patienten har formellt sett inte någon beslutande funktion på vare sig nationell, regional eller lokal nivå, men kan ändå potentiellt sett påverka resultatet av implementeringen genom sitt agerande. Patientpåverkan kan ske på olika nivåer – genom patientorganisationer, nätverk, anhöriga och patienterna själva. Patientorganisationer kan utöva inflytande på

nationell, regional och lokal nivå. Patienter och deras närstående kan även påverka den lokala verksamhetsnivån i mötet med professionen.

Även i patientlogiken finns två konkurrende perspektiv. Nordgren (2003) visar i sin avhandling hur det skett en diskursiv förskjutning mot att se den sjuke som kund med vissa rättigheter i takt med att marknadstänkandet successivt har introducerats i sjukvården. I diskursen ingår även ord som val, frihet, garanti, rätt och självbestämmande liksom vårdgaranti, valfrihet och rätt att välja läkare. Det finns även tecken på att dessa reformer har lett till minskad kontroll och minskad grad av självständighet i den egna yrkesutövningen rent generellt för vårdens yrken och professioner (Hasselbladh m.fl. 2008).

Filosofen Mol (2011) argumenterar mot valfrihetslogiken och menar att detta undergräver tankesätt och handlingsmönster som är helt avgörande för att skapa god hälsovård. God vård finns i det fortlöpande samarbetet mellan patient och vårdpersonal för att anpassa kunskap och teknik till sjuka kroppar och komplexa liv. Mol kallar detta sätt att se på vården för omsorgens logik, där patienten fortfarande är patient och inte kund. Marknadens språk innehåller mest positiva konnotationer till val och frihet. Men omsorgens logik är en process som utgår från något negativt, eftersom sjukdomen inte är något som de har valt. Mol skriver vidare: ”Den aktiva patienten som omsorgens logik försöker göra oss till är en flexibel, spänstig aktör som genom omsorg strävar efter så mycket hälsa som hennes sjukdom tillåter.” (Mol 2011, s.52)

Personcentrerad vård (PCC) förs fram av delar av vårdprofessionerna, men även av tjänstemän och politiker, som något eftersträvansvärt. Personcentrering har genom åren beskrivits och definierats på en rad olika sätt. Enligt en definition som används inom Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) kännetecknas personcentrerad vård av ett partnerskap mellan patient/närstående och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. Genom att först starta med patientens berättelse och sedan vidareutveckla en hälsoplan tillsammans, fördelas ansvaret för vården, och patientens delaktighet ökar. (GPCC 2018)

Patientens och vårdens agerande enligt en kundlogik eller omsorgslogik kan därför också inverka på implementeringen, eftersom de båda logikerna kan riskera att kollidera. Men även patientens förmåga att ta till sig information, som i sjukvårdssammanhang brukar kallas hälsolitteracitet, har betydelse (Nutbeam, 2000). Begreppet innefattar flera olika sorters förmågor att läsa och förstå information, att kunna förhålla sig till och värdera information och att kunna kommunicera hälsobudskap, både för att få råd om den egna hälsan och för att stödja andra i deras hälsorelaterade beslut. Utgångspunkten är att patienten själv ska kunna ta ansvar för sin hälsa, lösa hälsoproblem och vara en aktiv samarbetspartner i val av åtgärder och i beslut som fattas (Zaracadoolas och Greer 2005).

4.4 SUMMERING

Vid implementering är det således inte bara beslutsnivåer i ett vertikalt perspektiv som man behöver ta hänsyn till, utan även horisontella handlingslogiker. I utvärderingar av implementeringsprocesser behöver vi alltså utöver tre beslutande nivåer i flernivåsystemet

även ta hänsyn till fyra handlingslogiker: politisk, administrativ och vårdprofessionell logik samt patientens agerande.

Individer inom sjukvården som ska genomföra implementeringsprocesser tillhör olika beslutande nivåer, men är även en del av olika handlingslogiker och ställs därför under press från olika håll. I en given situation kan individen bara fatta beslut enligt sin förmåga att uppfatta situationens möjligheter och begränsningar. Om en individ konfronteras med motsägelsefulla krav betyder det att den måste välja hur förändringarna ska genomdrivas. Dessa beslutande nivåer och handlingslogiker påverkar om implementeringsutfallet har legitimitet eller inte.

Utifrån resonemanget ovan finns det därför några frågor att ställa vid implementerings- eller utvecklingsarbete:

- Vilka beslutande nivåer är involverade i implementerings- eller utvecklingsarbetet? Vilka nivåer bör vara involverade?
- Vilka professioner är involverade i implementerings- eller utvecklingsarbetet och på vilka nivåer? Är nödvändiga professioner involverade?
- Finns patienten med i implementerings- eller utvecklingsarbetet? Bör patienten vara med, och vad skulle patienten kunna bidra med?

5 Former för utvecklingsarbete

I detta kapitel fördjupas kunskap om olika former för implementering. Forskningen visar att det finns flera frihetsgrader för organisationers sätt att bedriva utveckling. På så sätt påverkar formerna möjligheterna till implementering, långsiktig utveckling och lärande.

Vi inleder kapitlet med en beskrivning av fem former av utvecklingsinitiativ som är generiska och som ofta kombineras på olika sätt:

- policyinterventioner
- interventioner baserade på lagstiftning och regleringar
- interventioner genom tillsyn och utvärdering
- interventioner genom management
- interventioner genom rationalisering av professionell praktik.

Om någon av dessa är mer framgångsrik eller ger bättre eller sämre villkor för lärande och långsiktig hållbarhet, är svårt att uttala sig om. Det är i stor utsträckning avhängigt av de kontextuella villkor som omgärdar dem. Initiativet måste också anpassas till det problem som organisationen avser att fokusera på (Ansari m.fl. 2010).

En distinktion som kan hjälpa till att öka förståelsen av vad som skapar framgångsrika lösningar är skillnaden mellan *programmatisk* och *uppgiftsinriktad utveckling*. I analyser av förändringsinitiativ kan det vara värdefullt att sortera ut vad som är individinriktade insatser med fokus på att försöka förändra attityder och kulturer. Sådana genomförs framför allt genom olika utbildningsinitiativ och benämns programmatisk förändring. En förändring som utvecklar nya former för hur arbetet faktiskt genomförs kallas uppgiftsinriktad utveckling. Den förra visar sig vara svårare att långsiktigt förverkliga, medan mer uppgiftsinriktade modeller för förändring med större sannolikhet leder till bättre lärande och mer långsiktigt hållbara lösningar. Distinktionen mellan dessa är ofta i praktiken inte så enkel att göra då en stor del av utvecklingsinitiativen innehåller element av båda.

Ytterligare en form som diskuteras i kapitlet är skillnader mellan styrda utvecklingssatsningar och mer fria initiativ. En central poäng i detta är vilken legitimitet aktörerna har i egenskap av sin roll i organisationen och hur mycket legitimitet som de behöver tilldelas, exempelvis genom att arbeta med styrt förbättringsarbete.

De intermediära organisationerna spelar också roll för utvecklingsfrågorna och kan ha betydelse för hur framgångsrikt arbetet blir genom att de kan skapa möjligheter till arenor för lärande och koordinera delar av vårdsystemet. Detta presenteras i slutet av kapitlet, men vi inleder med en beskrivning av fem olika former av utvecklingssatsningar.

5.1 OLIKA FORMER AV UTVECKLINGSSATSNINGAR – ETT BRETT PERSPEKTIV

I artikeln *Forms of Interventions in Public Sector Organizations: Generic Traits in Public Sector Reforms* ger Bejerot och Hasselbladh (2013) en översikt över olika former av

utvecklingsinitiativ som genomförs i offentlig verksamhet. Deras förslag till indelning ger en grov kategorisering av olika typer av interventioner. De former som Bejerot och Hasselblad presenterar är:

- *Policyinterventioner*: utvecklingsinsatser uttryckt i regelverk, förordningar för myndigheter, kommittédirektiv, planer och ekonomiska incitament. Denna form av insatser karakteriseras av målstyrning och olika former av ”mjuk kontroll”. Ett exempel på en sådan intervention är Socialstyrelsens arbete med sjukdomsförebyggande metoder (Elg 2016).
- *Interventioner baserade på lagstiftning och regleringar*: Till skillnad från policyinterventioner är denna typ av interventioner mycket hårdare och reglerar direkt vad som behöver göras. Ofta har verksamheter inte så många val i denna form av interventioner, utan det handlar snarare om att hitta effektiva sätt att införa förändringar.
- *Interventioner genom tillsyn och utvärdering*: Här handlar det om utvecklade former av utvärderingar som går att återfinna i den offentliga sektorn, till exempel öppna jämförelser. Det sker genom data som knyts till indikatorer som beskriver resurser, prestationer och resultat. Reglering och feedback kopplas till dessa indikatorer som definierar vad som är kvalitet och effektivitet.
- *Interventioner genom management*: Här samlas en rad olika initiativ, som förbättringskunskap, till exempel Lean, värdebaserad vård med mera.
- *Interventioner genom rationalisering av professionell praktik*: Denna form av utvecklingsinitiativ inbegriper involvering av de professionella, där begrepp som evidensbaserad medicin och standardisering av vårdpraktiken är centrala (Timmermans och Berg 2005).

Dessa fem former av utvecklingsinitiativ (eller interventioner) är generiska och kombineras ofta på olika sätt. Den presenterade indelningen ovan utgör ingen direkt vägledning för att man ska kunna uttala sig om ifall någon av dessa utvecklingsinitiativ ger bättre eller sämre förutsättningar för hållbar utveckling.

Sådana värderingar behöver inbegripa mer djupgående analyser av respektive initiativ. Det handlar exempelvis om i vilken utsträckning det finns tolkningsutrymme för initiativet (Benders and Van Veen 2001) respektive aktivt ägarskap och delaktighet bland intressenter (Brulin och Svensson 2011). Det handlar också om att ställa sig frågan på vilket sätt interventionen är lyckad, för vem, hur mycket och varför (Vedung, 2009). I nästa avsnitt tar vi fasta på detta problem och presenterar forskning som visar två former av utvecklingsinitiativ som på olika sätt bidrar till långsiktig utveckling.

5.2 TVÅ FORMER AV UTVECKLINGSINITIATIV: PROGRAMMATISK OCH UPPGIFTSINRIKTAD UTVECKLING

Vad är det som gör att planerade förändringar implementeras och realiseras i verksamheter? Den frågan har ställts av många forskare inom en rad olika discipliner. Inga allmängiltiga svar finns, men vi kan åtminstone fånga upp några centrala aspekter att ta i beaktande (Beer

och Nohria, 2000). För att förändring verkligen ska ske krävs det att människorna i organisationen ändrar sina *på jobbet-beteenden*.

Sådan förändring kan ske på två sätt. Antingen siktar man på att förändra enskilda individers kunskapsnivå om riktlinjer och sätt att genomföra vården eller så förändrar man de organisatoriska – ofta både sociala och tekniska – förutsättningarna för vårdpersonalen att göra ett bra jobb. Den förra strategin kallas för programmatisk förändring och den senare uppgiftsinriktad förändring. Huvuddragen i de två synsätten kan sammanfattas enligt nedanstående tabell 1 (Beer m.fl. 1990).

Tabell 1. Programmatisk förändring och uppgiftsinriktad förändring

	Programmatisk förändringsstrategi	***Uppgiftsinriktad förändringsstrategi***
Utgångspunkt	Vad som görs i vårdorganisationer styrs av *individuell* kunskap och attityder.	Individuell kunskap och attityder formas av *interaktioner* mellan individer.
Fokus	Fokus för förändringsarbetet ska i första hand ligga på att försöka förändra attityder och i andra hand på beteenden.	Fokus ligger i första hand på att försöka förändra organisatoriska beteenden.
Relation individ och organisation	Beteende kan isoleras och förändras individuellt.	Organisationens påverkan på individen är större än individens påverkan på organisationen.
Förändringsarbetets mål	Målet för förändringen finns på individnivå.	Målet för förändringen finns inom roller, ansvar och relationer.
Exempel	Ta fram dokument och arbetsrutiner utan att också förändra i praktiken. Utbilda personal och förvänta sig förändrat beteende på arbetsplatsen.	Skapa integrerade team i primärvården, som arbetar tillsammans (se SCF). Nya tekniska lösningar som i praktiken ger vårdpraktikerna stöd att bättre utföra sina uppdrag.

I en studie av svensk hälso- och sjukvård resonerar Olsson med flera (2003; 2007) om dessa två strategier för utveckling. Den programmatiska förändringsstrategin utgår till stor del från att hälso- och sjukvårdsorganisationer strävar efter att förändra genom satsningar på strategier, såsom utveckling av metodböcker, rutinhandböcker, handlingsprogram, utbildningssatsningar, reflektion och dialog kring arbete och ledarskapsutveckling. Författarna framhåller att dessa alternativ inte är meningslösa utan i vissa lägen kan vara oerhört betydelsefulla för att skapa en god, bra arbetsplats, men att de inte direkt leder till en utvecklad praktik. Individer ska ju, enligt teorin, genom denna inriktning utveckla nya kompetenser och förändrade attityder som sedan i sin tur ska leda till utveckling. Forskning visar att så inte är fallet.

Systemet, det organisatoriska sammanhanget, förändras sällan genom dessa insatser. Om kortsiktiga förändringar över huvud taget sker återgår det mesta ofta sedan till normaltillståndet. Den uppgiftsinriktade strategin tar fasta på detta problem och lyfter fram systemsynen: behovet av att man sätter människor i nya organisatoriska sammanhang som leder till förändrade roller, ansvarsförhållanden och relationer. Beer med flera (1990) menar att organisationens påverkan på individen är större än individens påverkan på organisationen och att målet för förändringen ligger på roller, ansvar och relationer.

Uppmärksamheten behöver då riktas mot den strukturella uppbyggnaden av utvecklingsfrågorna i landstingen och regionerna. Är det så att utvecklingsverksamheterna bidrar till att stärka praktiska förändringar enligt den uppgiftsinriktade strategin eller drivs de utifrån en programmatisk förändringsstrategi? Den senare har betydligt svagare stöd i forskningen för att lyckas. Det har visat sig att framgångsrika organisationer har fler element av den uppgiftsinriktade strategin (Beer m.fl. 1990). Även om uppgiften och individen då står i fokus, krävs det att förändring möjliggörs i sammanhanget, eftersom detta styr och begränsar handlingsutrymmet.

I vården sker den dagliga praktiken i något som vi kan kalla mikrosystem. I den praktiknära skärningen mellan patienter, professioner och olika stödsystem skapas vårdens resultat. Men vårdens resultat kan endast utvecklas genom att handlingar i praktiken förändras. Porras och Robertson (1993) menar att förändringar av individens handlingsmönster på mikronivå måste till för att organisatoriska förändringar ska komma till stånd. En hållbart framgångsrik förändring kännetecknas därför av att verksamhetens företrädare (chefer och medarbetare) ändrar sina *på jobbet-beteenden* i linje med det övergripande utvecklingsarbetet.

I analyser av utvecklingsprojekt behöver således den bakomliggande logiken uppmärksammas. Handlar det inte bara om att skriva vårdplaner och policydokument, utan även om att se till att uppgifter och relationer mellan medarbetare förändras, är sannolikheten högre att denna strategi fungerar långsiktigt (Olsson m.fl. 2003).

En fråga som kan ställas är vad det är som krävs för att medarbetare i en organisation ska förändra sina handlingsmönster. Svårigheterna här ska inte underskattas. Chefer och medarbetare i verksamheter som är utvecklingsorienterade stöter på många och ibland svåra problem. Sannolikheten för att utvecklingsarbetet ska misslyckas är stor. Forskning visar att 60–80 procent av traditionella förbättringsinsatser som syftar till att förändra det praktiska arbetet misslyckas (för en översikt se Elg m.fl. 2017). Det visar att det behövs särskild kompetens för att genomföra förändringar, särskilt förståelse för organisationers dynamik och metoder för hur systematisk utveckling kan drivas (Elg m.fl. 2015).

Den kanske vanligaste förklaringen till varför det är så svårt att förändra är att organisationer är trögrörliga. Den rådande organisationskulturen i en verksamhet styr vad som sker, vad som är acceptabla handlingar och vad som inte är acceptabelt. Att förändra sådana djupt rotade normer och värderingar är svårt (Nilsen m.fl. 2012). Vården är en sådan trögrörlig organisation där flera olika professionella grupper har egna intressen samt utvecklar och vidmakthåller sina egna förhållningssätt, vilket försvårar förändring (Freidson, 2001; Evetts, 2009).

Ett bra exempel på hur trögrörlig vårdens organisationer kan vara har framkommit i studier av införande och tillämpning av evidensbaserad vård. Studierna synliggör många av de kulturella problem som organisationer ställs inför i ett förändringsarbete (Timmermans och Berg, 2010). Retoriken om evidensbaserad vård är förstås omfattande och övertygande. Men vad som är goda argument om bästa sätt att bedriva vård för en aktör kan visa sig vara mindre goda för en annan (Van de Ven 2002). Nyutbildade sjuksköterskor och läkare, som lärt sig att utgå från evidens, stöter ute i verksamheten på erfaren personal som menar att evidensen har begränsad giltighet i ”den här verksamheten” (Timmermans och Berg 2010). Sådana möten mellan kulturer och tolkningar kan till och med leda till konflikter om förändringsarbetet.

Den sociala acceptansen av förbättringsarbetet är därför en viktig framgångsfaktor. Viktiga personer i organisationen, formellt tillsatta såväl som informella ledare, avgör om förbättringsarbetet är legitimt (Rövik 2008). Vissa verksamheter driver utan större problem igenom förändringar, tar till sig dem och låter dem bli en del av det dagliga arbetet. Andra verksamheter misslyckas med förändringsarbetet, och en del har goda och ofta välgrundade skäl till att avstå nya förändringsidéer. En viktig fråga är vilka processer som understödjer, försvårar eller till och med blockerar förändringsinitiativ?

För att förstå trögheten som ofta råder i vårdens verksamheter är det viktigt att se till vårdens kulturer. Men organisationer är mer än en kultur. De kan också ses som tätt sammanvävda av människor, tekniska system, formella lagkrav, organisationspolicyer och arbetsprocedurer, som ibland under väldigt lång tid har fått tid att ”sätta sig” (Van de Ven m.fl. 2000). Speciellt gäller det organisationer som inte har upplevt så stort yttre tryck och förväntningar på utveckling. Weick och Quinn (1999) lyfter fram att det beror på att organisationen då producerar tillfredsställande resultat. Det finns med andra ord få skäl för dessa organisationer att förändra verksamheten, vilket kan vara förödande. När en organisation är ouppmärksam på nya metoder och angreppssätt, strukturer och ny teknik från omgivningen, vilket också signalerar behov av förändring, blir den mer och mer isolerad och trög i anpassningen. Det behövs med andra ord ofta externt tryck som påminner om att organisationen kanske inte uppfyller de krav och förväntningar som kan ställas på den. Ibland benämns detta externa tryck som *triggers*.

5.2.1 Triggers för förändring

Nyckeln till att förstå vad som åstadkommer förändring handlar till stor del om så kallade *triggers* (utlösare) för förändring. Fem välkända sådana utlösare är (Weick och Quinn, 1999):

- förändringar i omgivningen (till exempel att kroniskt sjuka och närstående numera är betydligt mer pålästa om sina sjukdomsförlopp och behandlingar)
- återkoppling på resultat (till exempel att data från öppna jämförelser lyfts fram i olika sammanhang såväl externt i media som internt i landstingen. Idag drivs denna utveckling till viss del som *naming and shaming* och kanske inte i första hand för att identifiera dem som är framstående)
- chefer och ledare som vill driva förändring (entreprenöriella ledare i vården som driver på utveckling)

- strukturer som påverkar verksamheten (till exempel nya Karolinska där nya angreppssätt för genomförande av vården förverkligas)
- nya strategier som tvingar fram ny organisering och nya arbetssätt (till exempel nya satsningar på nära vård, som innebär att man börjar utreda resursfördelning och samarbete mellan primär och specialiserad vård).

En hållbart framgångsrik förändring kännetecknas av att den har initierats av någon eller flera av dessa utlösare, och att verksamhetens chefer och medarbetare ändrar sina *på jobbet-beteenden*. Ett exempel på en uppgiftsinriktad förändringsstrategi är förändringen av ett amerikanskt primärvårdssystem, South Central Foundation (se faktaruta 1. Detta är ett exempel på en förändring av *på jobbet-beteenden* där roller har förändrats som ett resultat av en systematisk satsning (Elg m.fl. 2017).

Faktaruta 1. Integrerat teamarbete i primärvården – ett exempel på en uppgiftsinriktad förändringsstrategi.

Idag finns sex kliniker på South Central Foundations primärvårdscenter i Anchorage, USA. Alla ligger i samma byggnadskomplex och är fysiskt utformade på samma sätt utifrån principer om att göra det enkelt, smidigt och effektivt för såväl vårdpersonal som patienter. Byggnaderna är moderna och ger intryck av en varm atmosfär och ett helhetstänk när det gäller arkitekturen. Varje klinik har sex (6) team som utför vårdtjänsterna. Dessa integrerade team bygger på en idé om relationsbaserad kontinuitet i vården (Gottlieb, 2013). Varje team har ungefär 1 200–1 400 patienter listade.

Till skillnad från tidigare arbetssätt, som gick ut på att varje patient skulle besöka läkare, så organiserades vården i SCF om utifrån ett teamperspektiv. Varje team är fysiskt samlokaliserat och består av läkare, sjuksköterska (nurse, case manager), undersköterska (health care assistant), administratör och en beteendeterapeut (behavioural health consultant, BHC). Varje team arbetar tillsammans med patientens hälsoproblem, gör upp planer och fattar beslut om vården i linje med visionen om medicinsk, emotionell, mental och själslig hälsa. Det är case managern som leder arbetet med prioritering, ger råd via telefon och bokar besök hos teamet och dess medlemmar.

En viktig nyckel till teamens framgång är att man har definierat sina roller på ett tydligt sätt. Några av de olika arbetsuppgifterna som ingår i respektive uppdrag:

- En case manager koordinerar vården, håller i planeringsmöten med personalen och ansvarar för det förebyggande arbetet, utbildningsinsatser, labbpromemorior och uppföljning.
- En administratör håller i första kontakten med patienten, ser er till att patienten får vad den behöver från teamet, hanterar läkemedelsförskrivningar och patientjournaler.
- En läkare fokuserar på initial utvärdering och diagnos, anpassar vårdplanen när vårdmålen inte nås, stöttar teamet i prioriteringar och fastställer en plan för uppföljning.
- En assistent ansvarar för inledande screening, blodprover, sårbehandling och preventiv screening (depression, alkohol-, drog- och tobaksanvändning med mera).
- En beteendeterapeut stöttar och motiverar patienten för att öka välbefinnande, hanterar kroniska tillstånd och stödjer livsstilsändringar.

5.3 FRÅN ATT TESTA LÖSNINGAR I PROJEKTFORM TILL INTEGRATION I DET VARDAGLIGA ARBETET

Utvecklingsinitiativ är mer eller mindre integrerade i det vardagliga arbetet. I och med att utvecklingsinsatser ofta styrs i form av projekt skapas en parallellorganisation till linjearbetet (Burnes 2004). Projekt kan vara mycket effektiva för att till exempel utveckla nya arbetsrutiner eller testa nya e-tjänster – men målet med dessa projekt är ofta att integrera resultaten i det vardagliga arbetet. Ett stort problem är att överföra goda idéer som realiserats via projekt till verkligt arbete. I det här avsnittet presenterar vi arbetssätt för att skapa en integration mellan dessa.

Motivet till att driva utvecklingsinitiativ i projektform är att man skapar möjlighet att experimentera och testa lösningar i mindre skala (Langley m.fl. 2009). I en studie av två amerikanska vårdsystem beskrivs hur både South Central Foundation och Intermountain Healthcare utgår från pilottester – en form av lärandestyrt förbättringsarbete – i specifika verksamhetsdelar för att öka möjligheter till lärande och minska effekterna av misstag. De pekar på risker med att tidigt i utvecklingsprocesser genomdriva fullskaliga implementeringar och framhåller att man i stället bör testa i begränsad skala för att se effekter av satsningar (Elg m.fl. 2017).

Effekterna av ett hållbart och långsiktigt arbete kan bara förverkligas om projektresultaten integreras i det dagliga arbetet, något som upplevs problematiskt när projekt ska övergå till förvaltning (Brulin och Svensson, 2011). Det är med andra ord en nödvändighet att medarbetarna i en organisation på sikt arbetar med utvecklingsinitiativen i det vardagliga, förvaltande arbetet. Det innebär att projektidéer som faller väl ut måste bäddas in i det vardagliga arbetet och bli mer långsiktiga för att verkligen ge effekter. Det finns alltså en risk att utvecklingsfrågorna hamnar i ett separat spår där utvalda personer har dem på sina bord. Sådana aktiviteter lever sitt eget liv, vilket gör att mervärdet blir mycket lågt och skapar risk för byråkratisering (Meyer and Rowan, 1977).

Häri ligger en utmaning som måste hanteras på flera nivåer i en verksamhet:

- Hur hänger utvecklingsinitiativet ihop med strategisk styrning av verksamheten?
- Hur skalar man upp?
- Hur bygger man infrastruktur som stödjer utvecklingsarbetet i organisationen?
- Hur skapar man förutsättningar för individers möjlighet att driva utvecklingsfrågor och kreativt utveckla verksamheten?

Utvecklingsfrågorna behöver vara en integrerad del av den strategiska styrningen i verksamheten. När frågorna vävs in i strategiska beslut skapas förutsättningar för att kunna driva satsningar på ett verkningsfullt sätt. Det aktiva ägandet av frågorna är en central mekanism för att skapa långsiktiga effekter av utvecklingen. Denna mekanism riktar uppmärksamheten mot de olika roller och uppdrag som politiker och ledande företrädare för verksamheten måste ta på sig.

Ett vanligt förhållningssätt hos ledande personer har varit att se till att projekt får finansiering i början och att initiativen följs upp i slutet. Men dessa två roller är ofta inte tillräckliga för en hållbar utveckling (Van de Ven m.fl. 2000; Brulin och Svensson 2011). När så sker lämnas ofta verksamheter och personer inom förvaltningar och verksamheter

kvar på egen hand kämpandes med brist på resurser i ett sökande efter legitimitet. Chefer och ledare behöver därför aktivt stödja och underlätta det praktiska arbetet.

När man organiserar utvecklingsfrågorna behöver de också drivas av särskilt aktiva aktörer i alla delar av systemet. Därför är det viktigt att uppmärksamma att länkarna mellan de olika systemnivåerna kan se ut på flera olika sätt och att det därmed krävs olika former av ägarskap. På lokal ledningsnivå handlar det aktiva ägarskapet om att prioritera frågorna bland många andra viktiga aktiviteter, avsätta resurser, följa upp och skapa kompetensstöd. På regional förvaltningsnivå krävs ett engagerat resurssatt arbete med att skapa stöd för frågorna i vardagen.

Det finns också risker med ökande engagemang från ägare, eftersom dessa tenderar att förlita sig på alltför förenklade modeller som enbart bygger på formell utvärdering genom mätningar och uppföljning mot resultat. Sådana exempel framträder när verksamheten använder olika styrinitiativ med ekonomiska medel som slår fel. Genom sådana modeller kan det faktiska utvecklingsarbetet saktas ner. (Brulin och Svensson 2011)

Ett alternativt sätt är att aktivt arbeta utifrån ett lärandeorienterat synsätt (Ellström (2001). Detta tillvägagångssätt innebär att ledningen är mer delaktig i hela processen, snarare än enbart genom finansiering och utvärdering av resultat. En central del av engagemanget består då i att driva på utvecklingen, skapa personella och finansiella resurser för arbetet och se till att verksamhetsföreträdare får redskap och möjligheter att bygga in frågorna i det vardagliga ledningsarbetet. Men detta kräver även breda förankringsprocesser. Och återigen, vilka initiativ som ska ha företräde är naturligtvis en prioriteringsfråga. Utvecklingsinitiativen konkurrerar om utrymme med en mängd andra frågor.

5.4 STYRT UTVECKLINGSARBETE ELLER ENTREPRENÖRIELLA PROCESSER

Utöver de ovan nämnda formerna för utvecklingsinitiativ kan vi även dela in förändringsarbete i styrda projekt och entreprenörskap.

Styrda projekt innebär att deltagare styrs av utvecklingsarbetets genomförande, till exempel organisering genom team, uppsatta mål och gemensamt lärande med andra som driver liknande projekt. Ofta sker detta i team av vårdpersonal som får legitimitet genom att delta i programmet (Andersson 2013).

Entreprenörskap sker genom engagerade personer. Dessa personer är ofta också naturliga ledare i sina organisationer (Rövik, 2000 med referens till begreppet social auktoritet). Entreprenörerna behöver inte i lika stor utsträckning som vid styrda projekt ha extern legitimitet för sina uppdrag, utan är i kraft av sig själva starka nog att få sin vilja igenom. Att vara uppmärksam på distinktionen mellan dessa två former, styrt utvecklingsarbete eller entreprenörskap, kan vara viktigt, eftersom det inte är helt uppenbart vilken form som ska väljas för vilken situation. Möjligheterna att lära och skapa långsiktig hållbarhet hänger ihop med förändringsagentens auktoritet och förmåga att självständigt kunna åstadkomma förändringar. Ofta är dessa satsningar mer direkt drivna av personer i

verksamheten som är ledande aktörer, till exempel läkare som har möjlighet att utveckla nya former av vård.

Även om att förändringsarbetet oftast behöver bedrivas genom aktörer som befinner sig i eller nära kärnverksamheten, så är stöd av olika slag centralt. Ett sådant stöd kan *intermediärer* ge. I nedanstående avsnitt beskrivs mer utförligt hur man kan förstå intermediärens roll i utvecklingen av vården.

5.5 INTERMEDIÄRER – ETT STÖD TILL UTVECKLING DIREKT I ”LINJEN”

Intermediärer representerar en form av utveckling som omfattar ett brett spektrum av organisatoriska arrangemang. Med begreppet *intermediär* menas en aktör som stöder och möjliggör samarbete mellan olika aktörer och verksamheter genom olika processer. Intermediären underlättar processer med hjälp av strukturella arrangemang och länkande tillvägagångssätt och är under kortare eller längre tid involverad i utvecklingsfrågorna (Neubeck m.fl. 2014).

Vi använder begreppet intermediär för att samla en bred klass av aktörer som innehar denna roll. Det kan vara ett utvecklingscentrum, som Qulturum i Region Jönköping och QRC i Stockholms läns landsting, eller externa konsulter som underlättar utvecklingsinitiativ.

På vilket sätt kan intermediären bidra till att utvecklingsinitiativ blir långsiktigt hållbara? Detta är en inte helt enkel fråga, men det handlar om i vilken grad intermediären ihärdigt stödjer utvecklingsinitiativet, på vilket sätt arbetet stödjs samt i vilken utsträckning intermediären hjälper till att anpassa lösningarna till specifika sammanhang (Beer and Nohria, 2000). Det intermediärsdrivna utvecklingsarbetet ska ställas i relation till att frågorna drivs direkt i linjen där man inte har någon extern aktör som stödjer arbetet.

Intermediärer överbryggar också olika delar av vårdsystemet. Till exempel kan det vara nödvändigt att regioner har interna regionala stöd för att ta emot policyer och riktlinjer för ny kunskap i vården. I promemorian om översättning av riktlinjer (Elg m.fl. 2016) pekas det på ett stort behov av resursstöd i de kliniska verksamheternas omgivning. Detta är en viktig byggsten för att upprätthålla en hållbar implementeringskedja. Intermediären skapar länkarna i denna kedja och binder ihop såväl olika verksamheter som verksamheterna med deras omgivningar. Prioriteringar görs också i hög utsträckning av intermediären, som på så sätt blir en översättare som väljer ut områden att fokusera på och arbeta med. Genom dessa prioriteringar kommer aktiviteter i implementeringskedjorna att stärkas, medan andra länkar försvagas. Här bör man alltså vara uppmärksam på vad som lyfts fram och vad som tonas ner. Hur ser intermediären på de nationella initiativen? Ibland kan det också finnas egenintressen bland intermediärerna som styr vad som väljs ut. Man kan till exempel tänka sig att intermediärerna i regionerna prioriterar särskilda delar i ett utvecklingsinitiativ. Vilka är de i så fall? Och på vilka grunder görs valen?

Kan intermediärer fungera på samtliga nivåer i flernivåsystemet? Ja, det kan de definitivt, men en central del i intermediärens arbete är att koppla samman olika systemnivåer och olika logiker. Intermediären blir med andra ord ett kitt för att svetsa samman de olika delarna i ramverket för flernivåstyrning och handlingslogik. Man bör vara uppmärksam på var intermediären har sitt ursprung, det vill säga var i organisationen, och

vilka som bemannar intermediären. Genom att klargöra dessa frågor vänds uppmärksamheten mot intressen som sätts i första hand och andra intressen som tonas ner. Har vi till exempel en nationell intermediär, kommer säkerligen det nationella perspektivet att sättas först. Har vi en intermediär som består av i huvudsak administrativ personal kommer detta perspektiv med stor sannolikhet att lyftas fram.

Vilka roller kan intermediären ha i ett vårdsystem? Vanligt är deltagande i utveckling av vårdprogram, stöd i förbättringsarbete, utveckling av nya it-lösningar som kan användas i den kliniska vardagen, skapande av beslutsstöd och uppföljning med hjälp av mätningar. Ytterligare en central roll består i att kontinuerligt utbilda personalkategorier i förbättringsarbete.

5.6 SUMMERING

Vi har i detta kapitel presenterat några av organisationsforskningens centrala sätt att beskriva former för utvecklingsarbete. Några centrala frågor som kan ställas utifrån detta är:

- Varifrån kommer utvecklingsinitiativet? Är det policyinterventioner, interventioner baserade på lagstiftning och regleringar, interventioner genom tillsyn och utvärdering, interventioner genom management, interventioner genom rationalisering av professionell praktik? Består utvecklingssatsningen av olika *interventionslogiker*, till exempel för både policy och management?
- Kan utvecklingsinitiativet i huvudsak sägas bestå av en programmatisk eller uppgiftsinriktad form?
- Har man valt att styra utvecklingsinitiativen eller är medlen fria, det vill säga finns handlingsutrymme för hur man genomför initiativ? En fråga som man kan ställa sig i sammanhanget är vilken legitimitet som finns för att praktiskt, konkret få igenom förändringar.
- Vilken roll spelar intermediärer i utvecklingsinitiativet? Vad har de för redskap att stödja utvecklingsinitiativ? Hur länge medverkar de? På vilket sätt har de möjlighet att omforma utvecklingsidéer?

6 Typer av utvecklingssatsningar

Frågan om hur vi kan differentiera olika typer av förändringsinitiativ har intresserat många organisationsforskare genom åren, och den diskuteras fortfarande. På en generell nivå kan vi förstås definiera förändringsinitiativ som att de omfattar alla aspekter av förändring i alla vårdsystem.

I den här promemorian skulle en rimlig definition av utvecklingsinitiativ kunna vara *nya sätt att organisera arbete i vården och omsorgen*. En sådan definition blir dock väldigt bred och kan omfatta vitt skilda förändringsinitiativ, såsom ombyggnation av ett sjukhus, förändring av principer för hyrläkare, omstrukturering av vården för akuta lårbensbrott, bara för att nämna några exempel. Men eftersom typen av förändringsinitiativ har betydelse för förutsättningarna för implementering samt för långsiktig utveckling och lärande, är det angeläget att differentiera olika förändrings- och utvecklingsinitiativ.

I det här kapitlet presenteras några olika sätt att differentiera utvecklingssatsningar. En huvudsaklig uppdelning kan göras mellan småskalig, inkrementell utveckling och mer transformativa, radikala initiativ. Vi kommer även utifrån dessa typer av initiativ att utveckla några olika modeller som lyfter fram relevanta och viktiga aspekter. En sådan aspekt är maktdimensionen, som får olika betydelser om utvecklingen drivs småskaligt eller om radikala förändringar genomförs. Maktdimensionen utgörs av potentiella konflikter mellan vårdens professionella, administrativa och politiska dimensioner, som interagerar utifrån sina respektive handlingslogiker, förväntningar och ambitioner om hur och vad som ska implementeras. Vi inleder dock kapitlet med några grundläggande drag för att skilja olika utvecklingsinitiativ åt.

6.1 TYPER AV FÖRÄNDRING: NÅGRA GRUNDLÄGGANDE DRAG

Porras och Robertson (1993) gör distinktioner mellan organisatorisk förändring i två dimensioner.

För det första ser de förändring som antingen *planerad* eller *oplanerad och framväxande*. Den planerade kan ses som en medveten åtgärd i syfte att förbättra systemets funktion. Den oplanerade kan däremot ses som en respons på förändringar i omvärlden genom en framväxande process där nya mönster växer fram utan att organisationen medvetet strävar i den riktningen. Det sker till exempel då landstingsdrivna vårdcentraler utvecklar digitala vårdkontakter som svar på att andra aktörer utvecklat dessa tjänster.

För det andra kan förändringen ske antingen utifrån systemets ramar, det vill säga en förändring som resulterar i en utveckling av det befintliga systemet (*första ordningen*), eller genom ett paradigmskifte, en radikal förändring av systemet (*andra ordningen*). Porras och Robertsons modell illustreras i tabell 2.

Tabell 2. Olika typer av organisatorisk förändring.

Förändringstyp	**Kategori**	
	Planerad	*Framväxande/oplanerad*
Första ordningen	Inkrementell	Evolutionär
Andra ordningen	Transformation	Revolutionär

Källa: Porras och Robertson (1993).

Gränserna mellan de olika typerna av förändringar som Porras och Robertson beskriver är i verkligheten inte så distinkta, till exempel kan en evolutionär, framväxande/oplanerad process övergå i olika typer av planerade förändringar. Mönstret är betydligt mer komplext än vad som redovisats, men här ges en fingervisning om vad det är för slags förändring som är i fokus. Hur har till exempel de mest framgångsrika innovationerna i vården vuxit fram? Var hittar vi de viktiga förändringarna och vad är de ett resultat av? Planerade förändringar genom ledningsdrivna beslut eller genom evolutionära, framväxande processer?

I de två följande avsnitten i detta kapitel behandlas skillnader mellan den inkrementella och den mer revolutionära/radikala transformationsinriktade förändringstypen. En fråga som ofta uppstår i samband med utvecklingssatsningars inriktning är om fokus ska ligga på småskaligt utvecklingsarbete eller innovationer, det vill säga om frågorna ska drivas inkrementellt inom ramen för befintligt system eller mer radikalt genom att ändra systemet. I vilken utsträckning kan organisationer driva förändringsprocesser som stödjer såväl utveckling och implementering av småskaliga förbättringsidéer som stödjandet av innovativa idéer?

Frågan är inte helt lätt att besvara eftersom begreppen betyder olika saker i olika sammanhang. Vad som uppfattas som en radikal innovation i ett sammanhang kanske bara ses som en liten förbättring i ett annat system. Ta till exempel utvecklingen av it-baserade ärendehanteringssystem som radikalt kan förändra vissa handläggares sätt att genomföra ärenden. Andra handläggare kanske inte alls eller endast till liten del berörs, och verksamheten i stort ändras måhända inte heller särskilt mycket. Vi har även en del innovativa mobilappar som har förändrat vårt sätt att kommunicera med varandra, till exempel Skype. För många av oss är det dock inte en så stor förändring – vi pratar i telefonen på ungefär samma sätt som tidigare. För andra har Skype öppnat upp helt nya möjligheter att kommunicera med släkt, kollegor och vänner världen över.

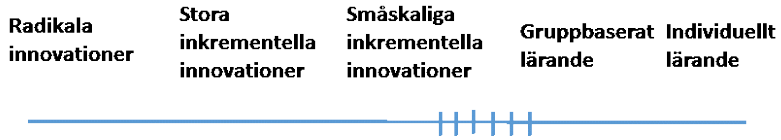
Innovationsgraden behöver därför sättas i sitt sammanhang: Förändras tjänsten i grunden när vi börjar arbeta på nya sätt eller är det enbart mindre förändringar jämfört med tidigare arbetssätt (Van de Ven m.fl. 2000)?

6.2 FRÅN INDIVIDUELLT LÄRANDE TILL RADIKALA INNOVATIONER

Ett sätt att förstå det spann som finns mellan olika former av förbättringar beskrivs av Sundbo i artikeln *Management of Innovation in Services* (Sundbo 1997). Här skiljer han mellan det lärande som sker när individer utvecklas på sin arbetsplats och de mer radikala innovationer som kräver mer organisering och resurser (se figur 1).

Utveckling innebär att man arbetar på olika nivåer med allt ifrån att fånga upp och lära av andra individers lärande till mer organiserade förbättringsinitiativ och även radikala förändringar som innebär helt nya sätt att jobba.

Figur 1. Olika former av utveckling från radikala innovationer till individuellt lärande.



Källa: Sundbo (1997).

Individuellt lärande ingår som en form av utveckling. Ett av de stora problemen i utvecklingssatsningar är dock att fånga det osynliga lärandet som faktiskt sker bland individer (den högra delen av bilden). Studier visar att upp emot 90 procent av de problem som uppstår i praktiken och som man hittar lösningar på faktiskt inte går vidare till ett mer systematiserat lärande och till förbättring (Tucker och Edmondson, 2003). Genom att ha mer systematiska metoder för att fånga upp idéer är det fullt möjligt att skapa en dynamisk lärmiljö (Ellström 2001).

En studie som fokuserar på undersköterskors lärande på arbetsplatsen betonar vikten av intressanta, stimulerande och meningsfulla arbetsuppgifter (Byström 2013; se också Hackman och Oldham 1980). Byström (2013) menar att det centrala är vem som har tillträde till vårdens kärnverksamhet och till de uppgifter som anses vara intressanta och betydelsefulla. En fråga som Byström ställer sig är hur dessa arbetsuppgifter fördelas bland medarbetarna. För att arbetet ska ge möjligheter till lärande är det viktigt att arbetet organiseras så att till exempel de undersköterskor som Byström studerar inte kommer för långt bort från vårdens och verksamhetens kärna (se även Pingel och Robertsson 1998). Denna princip gäller även andra yrkesgrupper och är en viktig aspekt när det gäller möjligheterna att lära i och av arbetet. I nedanstående avsnitt utvecklar vi begreppet lärande utifrån denna position.

6.2.1 Organisering för lärande

Ellström (2011) framhåller i inledningen av kapitlet Informal Learning at Work: Conditions, Processes and Logics i boken *The SAGE Handbook of Workplace Learning* att lärande måste ses som en integrerad del av arbetet. Det är en central aspekt som karaktäriserar mycket av forskningen om arbetsplatsens lärande: ”Learning is not something that require time out from productive activity; learning is at the heart of productive activity” (Zuboff 1988, s. 395). Lärandet är med andra ord något som ständigt pågår, och samtidigt ger möjlighet till utveckling i arbetet. Lärandet är på så sätt inbyggt i arbetet.

Det kan jämföras med Sfards (1998) distinktion mellan de traditionella synsätten på lärande genom två metaforer. Hon liknar lärandet vid *lärande genom tillägnande* (acquisition) respektive *lärande genom deltagande* (participation). Arbetet kan utformas så att lärande tillägnas eller förvärvas genom ett passivt mottagande. Lärande kan också ske

genom ett aktivt deltagande i arbetet och dess utformning. Här finns således olika sätt att bygga in lärande som en integrerad del av arbetet.

Ett exempel kan vara patientsäkerhetsarbete som består i att minska smittspridning. Genom att upprätthålla en god hygien – bland annat genom att tvätta och sprita händerna ofta – kan vårdkvaliteten öka. För att följa upp vårdhygienen genomförs ofta mätningar på månadsbasis i kliniska verksamheter. Som en del av vårdproduktionen och de dagliga aktiviteterna, kan mätningarna av hur en klinik följer hygienföreskrifterna också diskuteras under återkommande lednings- och arbetsplatsträffar. Det blir då ett integrerat sätt att reflektera över klinikens resultat. Här byggs alltså lärandet in i arbetet. Ett annat exempel kan vara kvalitetsregistren och hur resultat byggs in i olika forum för lärande. Genom att följa resultat från kvalitetsregister får läkare möjlighet att jämföra den egna klinikens resultat med andra och kanske upptäcka att procedurer, behandlingar och medicinering inte håller avsedd kvalitet.

En central del i lärande och utveckling är motivation och engagemang. I nästkommande avsnitt belyser vi därför engagemang och presenterar en självbestämmandeteori som en modell för att förklara vad som driver motivation.

6.2.2 Tre centrala komponenter för motivation hos professionen

Vad driver engagemang i utvecklingsarbete? Ett sätt att närma sig frågan är via den motivationsteoretiska forskningen. Här finns ett flertal teoretiska modeller för att förklara vad som faktiskt skapar engagemang och intresse hos individer.

En teori som har fått stort genomslag är *självbestämmandeteorin* (Self-Determination Theory) (Deci och Ryan, 2000). Den lämpar sig väl för att förstå individers motivation i organisationssammanhang, något som andra motivationsteorier inte tar hänsyn till i samma utsträckning. Inre motivation är en central komponent i teorin, och den gynnas av att man känner sig kompetent, autonom och samhörig i sociala sammanhang. Dessa tre komponenter är också viktiga i vårdyrkenas professionella handlingslogik som handlar om att sträva efter dominans och autonomi i förhållande till andra genom att utveckla en bättre kunskap och skicklighet (Anell 2007). Traditionellt handlar det alltså om den hierarkiska ordningen mellan vårdens yrken, om vem som har rätten till att utföra ett visst arbete och om vem som har den mest utvecklade kunskapsmassan.

Något förenklat säger teorin att hög grad av dessa tre komponenter leder till en högre grad av intre motivation, medan lägre grad innebär att motivationen minskar och blir extern. Detta sätt att teoretiskt resonera om motivation kan tillämpas på både de professionellas vardagliga arbete och förbättringsinriktade insatser (se tabell 3). Observera att det handlar om en subjektiv upplevelse av dessa element. För mer information om SDT se http://selfdeterminationtheory.org/. En översikt ges av Engström och Elg (2015).

Tabell 3. Exempel på komponenter som driver engagemang i vardagligt arbete respektive förbättringsarbete.

Motivationskomponent	Professionellt vardagligt arbete (exempel)	Förbättringsarbete (exempel)
Autonomi	Kontrollerande komponenter missgynnar autonomin, hög grad av frihet i val av utformning av arbetsuppgifter.	Självständigt genomförande av utvecklingsuppdrag, former för genomförandet styrs i låg grad.
Kompetens	Professionell och etisk kunskap om att genomföra arbetet.	Metoder och angreppssätt för att leda och genomföra förändringsarbete.
Samhörighet	Stödjande arbetsklimat.	Ledning som stödjer och underlättar utvecklingsarbetet.

Källa: Deci och Ryan (2000).

6.2.3 Legitimitet är viktig för lärande

Ett sätt att förstå motivationens bärkraft är att koncentrera sig på legitimitet. Själva uppgiftens och organisationens legitimitet i samhället kan vara avgörande för hur arbetet uppfattas. Stark legitimitet ökar självtilliten och motiverar i högre grad lärande i arbetet. Om det därtill finns starka auktoriteter i organisationen kan det leda till att individer tar mer ansvar för och aktivt deltar i utvecklingsaktiviteter (Rövik, 2008).

Ett sådant exempel kan vara sjukvården, som ses som en angelägen verksamhet som de flesta har hög tillit till. Här finns auktoriteter i form av erfarna och utvecklingsdrivna läkare, som än mer bäddar in lärande och utveckling i sitt och sina medarbetares arbete. Dessa auktoriteter hämtar sin legitimitet i vårdprofessionen och de kollegiala principer som råder där (Evetts, 2009).

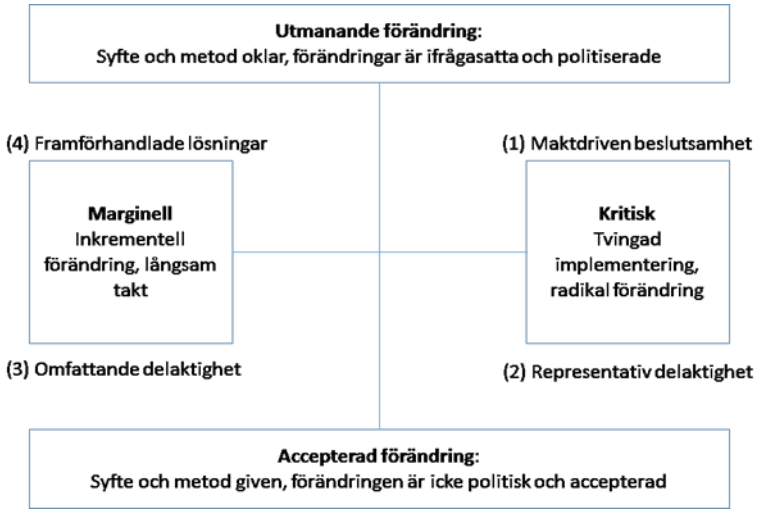
Ibland krockar intressena från vårdprofessionen med administrativa och politiska intressen. Spänningen mellan två logiker ger en viktig förklaring till svårigheterna att praktiskt arbeta med utvecklingsfrågorna. En administrativ professionalism, det vill säga idén om att styra och utveckla vårdens organisation med stöd av formella regler och auktoritet samt transparens och krav på uppföljning, möter en yrkesprofessionalism som består av intresse för den enskilde patienten, personlig utveckling och forskning. Till stor del är det den traditionella yrkeslogiken som får övertag när det gäller utvecklingsarbetet (se även Eriksson m.fl. 2013). Det går att överbrygga dessa spänningar mellan de olika logikerna, och en viktig nyckel till detta är det ledarskap som bedrivs i den kliniska vardagen. Den starka legitimiteten bygger alltså på att få med de centrala professionerna i arbetet.

Svag legitimitet kan däremot göra att lärandet inte byggs in i arbetet och att medarbetarna stängs ute från, eller enbart får ett svagt inflytande på, problemlösning och utveckling. Typiskt för detta är mer perifera arbetsgrupper på en arbetsplats, till exempel undersköterskor som har litet inflytande på arbetsplatsen (Byström 2013).

6.3 DIMENSIONER AV FÖRÄNDRING: EN NÅGOT MER OMFATTANDE TYPOLOGISERING

I de tidigare delarna av detta kapitel har vi lyft fram aspekter som lärande, inkrementell förbättring och radikala förbättringar. Men det finns även andra dimensioner som är centrala när det gäller att kategorisera typen av utvecklingssatsning, speciellt betydelsen av maktförhållanden. Figur 2 presenterar ett ramverk som kan fungera som modell för vidare kategoriseringar. Modellen presenterades ursprungligen av Buchanan och Badham (1999) och har återgetts i en rad olika översikter, till exempel Dawson (2003).

Figur 2. En typologisering av olika former av förändrings- och utvecklingsinitiativ.



Källa: Buchanan och Badham (1999).

Modellen utgår från två huvuddimensioner, nämligen om förändringen är accepterad eller utmanande för verksamheten samt om den är marginell eller kritisk. Tidsdimensionen i modellen är viktig. I de mer marginella förändringsinitiativen är förändringstakten inte så central. Småskaliga förändringsinitiativ kan drivas i långsammare tempo, eftersom dessa initiativ inte är kritiska för driften av verksamheten.

Författarna till modellen, Buchanan och Badham (1999), menar att radikalare förändringsinitiativ som är tvingande kräver en mer maktdriven beslutsamhet i förändringsprocessen, speciellt när förändringen är utmanande och behöver ske snabbt. Om de radikalare initiativen ändå accepteras, krävs former av representativ delaktighet. I stora utvecklingsinitiativ kan man till exempel ibland prata om tidsfönster. Tidsfönstren är öppna under vissa perioder när förhandling kan ske, och stängda under vissa perioder när beslut om inriktning är fattade och implementering krävs.

Exempel på de olika typerna enligt modellen i figur 2 ges nedan. Siffrorna inom parentes visar vilken del av modellen som exemplet speglar.

- Införande av kvalitetsutveckling på Intermountain Healthcare där ledande företrädare drivit igenom nya modeller för genomförande av vården utifrån kvalitetsmodeller från

Japan (1). Detta initiativ skulle kunna klassas som kritiskt och utmanande, vilket innebär att maktdriven beslutsamhet är central. Initiativet är i hög grad drivet top-down, även om det finns inslag av representativ delaktighet i initiala faser av arbetet (Daneryd m.fl., 2014).

- Framtidens distansvård i glesbygd (2). Ett exempel på detta är obemannade hälsorum i Slussfors (http://e-halsa.se/framtidens-sjukvard-skapas-i-norrlands-inland/) som byggts för att testa och utveckla ny teknik för distansvård. Idén bygger på att läkarna är närvarande via videolänk och rummet är utrustad med teknik som låter patienter exempelvis kontrollera blodtryck och ta blodprover som sedan skickas in till vårdcentralen. På så vis skapas ett mer tillgängligt sätt för de boende i Slussfors att ta kontakt med vården istället för att behöva åka till en vårdcentral. Ett sådant initiativ är radikalt i den meningen att det helt ändrar förutsättningarna för genomförandet av vården. Denna satsning är i hög grad accepterad bland professionella, och de maktkritiska dimensionerna har inte samma betydelse. Det innebär att handlingslogikerna samspelar mot ett gemensamt mål i större utsträckning. Idén till utveckling kommer inifrån organisationen och drivs av ledande aktörer med legitimitet.
- Varje dag lite bättre (3). Denna satsning som genomfördes i landstinget i Kalmar län bygger på ett övergripande program för förbättringsarbete. Många olika projekt genomfördes, där en grundbult var stöd från landstingsledningen och den politiska ledningen (Andersson, 2013). I denna satsning spelar den omfattande delaktigheten en central roll. Förändringsinitiativen var accepterade bland många i verksamheten och förutsägbarheten i processen relativt stor. Det fanns en integrering mellan centrala beslut och professionell självorganisering i nätverk, vilket gör flera yrkesgrupper till medägare av frågan och ökar incitamenten att göra gemensam sak. Andra exempel inom denna typ av initiativ kan ses inom kronikersatsningen, till exempel nationellt kliniskt kunskapsstöd och PrimärvårdsKvalitet.
- Utfasning av hyrläkare i psykiatrin (4). Genom att fasa ut hyrläkare inom psykiatrin har landstingen ambitionen att uppnå en bättre kontinuitet. Det finns också en tidplan för utfasningen (se https://www.specialnest.se/landsting/hyrlakare-inom-psykiatrin-fasas-ut). Denna form av initiativ har sin utgångspunkt i olika former av överenskommelser mellan olika aktörer, till exempel framtagandet av en nationell modell som ska stimulera till bättre bemanning.

6.4 SUMMERING

En generell slutsats från forskningen, som även diskuterats i det här kapitlet, är att ansatser som bygger på mer småskaliga utvecklingsinitiativ också ofta har mekanismer för lärande inbyggda i själva logiken. När vi gör mindre förändringar och anpassningar så bygger det också på att vi har lärt oss vad som inte fungerat och testar sådana lösningar som vi tror kan hjälpa oss. Det småskaliga utvecklingsarbetet minskar effekterna av misstag och gör det lättare att lyckas. Den begränsade omfattningen innebär också att verksamheter kan testa hur idéer kan anpassas till ett lokalt sammanhang. I sin tur ger det då möjlighet att upptäcka och lära hur hälso- och sjukvårdens system svarar på förändring.

Men när det gäller mer radikala initiativ så är kopplingen till lärande mycket svårare. Van de Ven har i studier visat att det sker väldigt lite lärande i storskaliga innovationsprocesser. Möjligheterna att lära är också mindre, eftersom det radikala ofta innebär att tänka helt nytt, utforska nya arbetssätt och tekniker, bygga nya allianser med mera (Cheng och Van de Ven 1996).

Ytterligare en aspekt att ta i beaktande är relationen mellan implementering och mer radikala förändringar. Att lyfta fram implementering som en etablerad metodik för att driva utvecklingsinitiativ där man på förhand styr processen genom givna steg fungerar i relativt okomplicerade situationer (Van de Ven m.fl. 2008). Men när förändringsarbetet innebär att mer komplexa problem ska hanteras, krävs andra former av metodik för utvecklingsinitiativen. Den modell som Buchanan och Badham lyfter fram, och som presenterats i det här kapitlet, visar hur olika förändringsinitiativ behöver vara organiserade för att mer effektivt kunna hantera olika typer av satsningar.

Några av de centrala analysfrågorna som bör ställas är:

- Vad för slags förändringstyp har vi att göra med? Är den planerad av första eller andra ordningen? Har förändringsinitiativet vuxit fram via en oplanerad process?
- I vilken utsträckning är utvecklingsinitiativet utmanande för medarbetare i organisationen? Finns en hög grad av acceptans för förändringen? Sker förändringsarbetet i långsam takt, vilket kanske också ger en mindre påverkan på produktionen, eller behöver förändringen skyndsamt genomföras?
- Vilket slags lärande är kopplat till förändringsinitiativet? Är det anpassningsinriktat eller utvecklingsorienterat?
- Vilken legitimitet har individerna som driver förändringsarbetet?
- Vilka motivationskomponenter – autonomi, kompetens, samhörighet – saknas respektive framträder i utvecklingssatsningen bland de involverade?

7 Erfarenheter av att involvera professionsrepresentanter i implementeringsarbetet

I det här kapitlet diskuteras erfarenheter av att involvera professionsrepresentanter i implementeringsarbetet när det gäller kunskapsunderlag och om det har betydelse för resultatet utifrån flernivåstyrning och handlingslogiker. Avsnittet inleds med ett övergripande resonemang om professioner och yrkesroller i hälso- och sjukvården samt i socialtjänsten.

7.1 YRKEN OCH PROFESSIONER

Den finns en mängd olika yrken inom vården, men traditionellt har litteraturen betraktat läkare som den dominerande och enda professionen, medan till exempel sjuksköterska betraktas som ett yrke (Abbott 1988). En profession brukar inom samhällsvetenskapen beskrivas som en yrkesgrupp med gemensamma drag, där det finns en avgränsning mot andra yrkesgrupper. Avgränsningen kan ske genom exempelvis tillgång till unik kunskap, särskilda arbetsuppgifter, stor självständighet och en speciell yrkeskodex. Konkurrens snarare än samarbete är det naturliga tillståndet (Anell 2007). I det perspektivet blir därför krav på bättre samarbete mellan professioner och yrken i team ganska onaturligt i vården. Hierarki mellan professioner och yrken synliggörs bland annat i teamarbete. Läkarnas dominanta position i hierarkin är kopplad till självständighet, specialiserad kunskap, utbildningens längd och status. Traditionellt handlar den hierarkiska ordningen om vem som har rätten att utföra ett visst arbete och vem som har den mest utvecklade kunskapsmassan.

På senare år har sjuksköterskor genomgått en ökad professionalisering. Genom att utveckla omvårdnad till en egen disciplin där forskning bedrivs, kan sjuksköterskorna öka sitt kompetensområde. På så sätt har de kunnat öka sin kunskapsmassa och därmed fått ökat inflytande i vissa delar av vården (Fagerling 2013). Forskning och kunskap är faktorer som avgör i vilken utsträckning en profession kan hävda sin rätt till ett visst arbete. Samtidigt kan det konstateras att det inom den professionella hierarkin finns en kamp om resurser, inflytande och prestige. Men konfliktytor kan även uppstå i mötet mellan medicinsk profession och politik.

7.2 DEN MEDICINSKA PROFESSIONEN OCH POLITISKT STYRE

Den medicinska professionens, och här syftas på läkarnas, relation till det offentliga politiska styret har varit föremål för flera studier både i svenska och utländska sammanhang (Harrison och Pollitt 1994, Immergut 1992, Garpenby 1989, Carder och Klingeberg 1980).

I dessa studier är det läkarkåren som kollektiv och dess aktioner och reaktioner i samband med statliga reformer som har varit studieobjektet. Förhållandet mellan professionen och den politiska styrningen har däremot inte varit statiskt, utan snarare varierat över tid. Garbenby (1989) skriver exempelvis att läkarkårens kollektiva autonomi minskade i Sverige under efterkrigstiden fram till slutet av 1980-talet. Även om läkarkåren som kollektiv kunnat påverka statliga reformförsök har den framför allt varit tvungen att anpassa sig efter en mer samarbetsinriktad stil för att nå inflytande.

7.3 PROFESSIONEN OCH IMPLEMENTERING AV KUNSKAPSUNDERLAG

När det gäller implementering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, drabbas det så kallade implementeringsobjektet av ogynnsamma förutsättningar, menar Kristensson och Nilsson (2010). Visionen om det hälsoförebyggande arbetet upplevs inom vården ofta som abstrakt, och den kräver förändrade arbetssätt, vilket innebär att vårdens professioner behöver lära om och lära nytt. Det är också problematiskt att följa upp effekterna av denna typ av interventioner, vilket även försvårar för kunskapsspridning. Det kan jämföras med diagnosspecifika riktlinjer som i större utsträckning gynnas av specialistföreningar och enskilda läkares engagemang.

Brommels med flera (2012) konstaterar i en översiktsstudie att det finns en omfattande litteratur ”om framgångsrika strategier för implementering av kliniska riktlinjer, förändring av vårdorganisation och förändring av klinikers beteende och rutiner” (Brommels m.fl. 2012 s. 7). Dessa studier kan bidra med information om faktorer som gynnar eller hindrar införandet av riktlinjer, men i översiktsstudien dras slutsatsen att ”den samlade kunskapen visar övertygande att informations- och utbildningsinsatser bland professionsföreträdare inom hälso- och sjukvården bara i blygsam utsträckning påverkar tillämpning av och följsamhet mot riktlinjer. Genomslag förutsätter att resurser och stöd måste tillkomma och incitament för förändring skapas” (Brommels m.fl. 2012 s. 8).

Sammanfattningsvis tyder dessa studier av riktlinjer på att stödjande åtgärder behöver vidtas på alla nivåer av hälso- och sjukvårdssystemet för att skapa förutsättningar för kliniker och vårdproducenter att anpassa sina verksamheter till rekommendationerna i nationella riktlinjer. Professionen behöver involveras i implementeringsprocessen, eftersom resultatet kan påverkas av professionens intresse för och vilja att vara den implementerade metoden trogen. Det har också konstaterats i andra typer av studier att det inte bara är innehållet i nationella riktlinjer som styr användningen och implementeringen, utan att även formen och informationens paketering är viktig (SOU 2016:2). Många i vården använder sig till exempel hellre av webbaserade riktlinjer än av riktlinjer i pappersform.

Dessutom finns det studier som visar att det på kliniker ibland uppstår en semantisk förvirring mellan klinisk intervention och implementeringsintervention (Eldh m.fl. 2017). Att skilja på effekter av klinisk intervention och implementeringsintervention kan vara en utmaning. Dåliga resultat kan komma från brister relaterade till klinisk intervention, som bristande engagemang från personalen för det preventiva arbetet eller för följsamhet till riktlinjer. Men dåliga resultat kan också bero på bristande intresse för och följsamhet med beslutade åtgärder kopplade till implementeringsinterventionen.

Sammantaget visar studierna ovan att implementeringen av kunskapsunderlag ofta överlämnas till professionen. Det verkar även som att informations- och utbildningsinsatser bland professionsföreträdare inom hälso- och sjukvården bara i blygsam utsträckning påverkar tillämpning av och följsamhet mot riktlinjer.

7.4 SUMMERING

I det här kapitlet har vi diskuterat några centrala referenser och översiktsstudier som visar att framför allt läkarna genom sin position kan ha ett större eller mindre inflytande över implementeringsprocesser och att inställningen till beslutade policyåtgärder kan variera mellan olika yrkesgrupper. Det finns flera effektstudier av implementering av olika metoder. Men professionernas roller i implementeringsprocesser diskuteras sällan i någon större utsträckning i vare sig implementeringsforskningen eller professionsforskningen. Det kan emellertid konstateras att en kritisk punkt är att professioner behöver involveras i implementeringsprocessen, eftersom utfallet kan påverkas av professionernas intresse för och vilja att vara den implementerade metoden trogen. För att närmare kunna precisera professionernas roller och betydelse för implementeringen krävs systematiska och mer djupgående studier än vad som har varit möjligt i den här promemorian.

Utifrån resonemangen i texten lyfter vi avslutningsvis fram några frågor som kan vara värdefulla att ta hänsyn till vid utvärderingar och analyser av implementeringsprocesser.

- Påverkar implementeringen av policyer, reformer eller kunskapsunderlag relationen mellan politikernas demokratiska kontroll och professionens egenkontroll?
- Står politikernas beslut om implementering i motsättning till vårdens expertkunskap och deras professionella värden?
- Fungerar tjänstemännen som översättare i implementeringsprocessen? Om inte, hur skulle det kunna gå till eller förbättras?
- Hur görs professionen delaktig i implementeringsarbetet med regionala och nationella policyer?
- Hur ska policyn bäddas in i det vardagliga vårdarbetet och följas upp?

8 Några erfarenheter av att involvera patientrepresentanter i implementeringsarbetet

I det här kapitlet diskuteras översiktligt erfarenheterna av att involvera patientrepresentanter i implementeringsarbetet och om det har betydelse för resultatet. Avsnittet inleds med en översikt om involveringen av patienter eller medborgare i demokratiska beslutprocesser för att sedan övergå till att diskutera patientcentrering i vården.

8.1 PATIENTINVOLVERING I BESLUTSPROCESSER OCH VÅRDVERKSAMHET

Det är inte ovanligt att medborgare och patienter deltar i demokratiska beslutsprocesser som en del i implementeringen inom sjukvården (se t.ex. Nätverket demokrati och hälsa 2018). Men i en artikelöversikt från Prioriteringscentrum (Krevers m.fl. 2015) framgår det att det finns ganska få studier, både internationella och svenska, om involvering av medborgare/patienter verkligen leder till bättre beslut eller ökad legitimitet. Det saknas också i stor utsträckning studier som kan redogöra för vad medborgare eller patienter kan bidra med i besluts- och implementeringsprocesserna. I flera studier är det inte heller klargjort om det är medborgare eller patienter som avses i urvalen.

Det finns en hel del skrivet om medborgardialoger i kommuner av forskare och praktiker, både när det gäller metoder för att mötas i dialog, erfarenheter av relationer mellan medborgare och beslutsfattare och hur maktförhållanden kan brukas eller missbrukas (till exempel Adenskog 2018, Lindholm m.fl. 2015). Men det saknas motsvarande om sjukvårdens behovsanalyser ur ett patientperspektiv. Enligt en avhandling (Söderholm Werkö 2008) om patienters medbestämmande i vården, blir patienter medlemmar i patientorganisationer dels för att få kunskap om sin sjukdom, dels för att få inflytande genom att påverka sjukvårdens professioner och politiker. Patientrepresentation på nationell nivå utgörs ofta av remissvar från patientorganisationer i offentliga utredningar, som en del av förberedelser inför implementering, eller på regional nivå inför implementering av exempelvis nationella riktlinjer. Ett annat exempel är Socialstyrelsens patientinvolvering i arbetet med att ta fram nationella riktlinjer (Krevers m.fl. 2015). Här framkommer aspekter av gemensamt lärande om prioritering och metoder för rangordning samt hur olika aktörer kan samverka för att lösa gemensamma problem. Det finns alltså positiva aspekter av patientinvolvering när det gäller att ta fram kunskapsunderlag, men inte heller här hittas någon vägledning om huruvida involvering av patienter faktiskt leder till bättre eller säkrare implementering av underlaget.

Det finns en uppfattning bland politiker och tjänstemän på alla beslutande nivåer om att arbetet med till exempel behovsanalyser och patientpaneler är tillitsskapande och leder till

ökad legitimitet (Krevers m.fl. 2015). Detta har dock inte kunnat påvisas. Däremot finns det studier som visar på att en större öppenhet i beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården tvärtom kan sänka tilliten (de Fine Licht, 2011). De Fine Licht skriver att människor inte i någon större utsträckning tycks fästa någon vikt vid hur beslutsprocesser om prioriteringar inom sjukvården ser ut eller vid att det finns en öppenhet i dessa beslutsprocesser. Beslutet får alltså i detta fall inte högre legitimitet för att en läkare eller medborgarpanel varit delaktig än om politiker fattat besluten. Men det finns ett visst stöd för att det uppfattas som mer positivt om beslutsfattarna har varit eniga om beslutet.

Elg med flera (2015) ställer det offentligas krav på tillgänglighet, jämlikhet, tvångsåtgärder och upprätthållande av legitimitet i relation till den privata sektorns syn på kunden eller närmare bestämt kundens förväntningar. I den privata sektorn låter man kundens förväntningar på kvalitet definiera vad som är god kvalitet på tjänsten eller varan. Kunden betalar dessutom själv och kan välja att avstå om tjänsten eller varan inte är önskvärd. I en offentlig verksamhet blir däremot förhållandet mer komplext, eftersom kunden inte betalar för tjänsten och priset inte kan påverkas. Offentlig service bygger på att den har legitimitet hos befolkningen. Slutsatsen som dras är därför att implementering inom offentlig verksamhet även behöver beakta dessa aspekter när den utformas och inte bara kundens förväntningar.

Det finns även studier i ett managementperspektiv (Engström m.fl. 2015) som visar på fördelarna med att ha tät kommunikation och interaktion med kunder/patienter på verksamhetsnivå i implementeringsprocesser i offentlig sektor. I studien betonas vikten av att använda sig av rätt metod beroende på vilken typ av implementeringsåtgärd det handlar om. Metoderna som beskrivs för kundinvolvering är deltagande genom frågeformulär, idéförslag, fokusgrupper och aktivt deltagande. Vidare visar de på att det finns empiriska positiva effekter av metoderna, såsom att man för kund/patient och medicinsk profession närmare varandra, vilket underlättar samarbete.

Sammanfattningsvis finns det kort sagt inte någon generaliserbar kunskap på policynivå (nationell eller regional) som kan bekräfta om involvering av patienter i besluts- och implementeringsprocesser har någon betydelse för resultatet. På verksamhetsnivå däremot finns det studier som tyder på att det finns positiva aspekter av att involvera patienter i implementeringsprocesser för att föra profession och kund/patient närmare varandra.

8.2 PATIENTCENTRERAD VÅRD

Det bör understrykas att det finns ett antal olika definitioner av patientcentrerad vård. Stewart (2001) beskriver patientcentrerad vård som vård som präglas av respekt för och beaktar enskilda patienters preferenser, behov och värderingar. Det skapar utrymme för patienter att kräva större inflytande i kliniska frågor samt i regionlednings- och policyfrågor inom hälso- och sjukvården.

Det finns även andra studier som stödjer detta påstående och som visar att patienter allt oftare tar på sig en aktivare roll som kravställare i stället för som den passiva patienten som inväntar läkarens rekommendationer (McColl-Kennedy m.fl. 2017). Brommels med flera (2012) slår fast att det knappast förs ”någon diskussion i litteraturen och empiriska studier

saknas helt gällande hur en förändring genomförs på ett patientcentrerat sätt eller vad som kunde vara ’patientcentrerad implementering av riktlinjer’”. Ett fåtal senare utländska studier diskuterar detta, och även de slår fast att det sällan finns en genomtänkt implementeringsstrategi för att implementera riktlinjer på ett patientcentrerat sätt (Watkins m.fl. 2015, Mazza m.fl. 2013). De konstaterar även att det behövs fler studier för att bättre förstå hur effektiva olika implementeringsstrategier är för en ökad patientcentrering.

Liknande slutsatser finns i en SBU-rapport (2017) som samlat studier med ”ett brett perspektiv på delaktighet som omfattar metoder inom ramen för personcentrerad vård, delat beslutsfattande och stöd till egenvård” (s. 7). En förutsättning är att delaktigheten är självvald och utgår från patientens preferenser. I rapporten slås fast att det finns ett ”måttligt till starkt vetenskapligt underlag som stödjer ett personcentrerat arbetssätt och att beslutsstöd som är riktade till långvarigt sjuka patienter har positiva effekter på utfallsmått relaterade till delaktighet”. Men även om det finns stöd för att personcentrerade metoder överlag är positiva, har man i rapporten inte bedömt hur, på vilket sätt och med vilken strategi man har implementerat. Inte heller har man i studien bedömt vad som har varit positivt respektive negativt i implementeringsprocessen för de undersökta metoderna, eftersom underlaget har varit för begränsat för att göra en sådan bedömning.

Det finns idag flera studier som beskriver goda effekter av personcentrerad vårdplanering inom olika medicinska fält, som äldrevård, hjärtsvikt, diabetes, psykisk ohälsa (se t.ex. Hansson 2015, Jutterström m.fl. 2013, Arvidsdotter m.fl. 2013, Rokstad m.fl. 2013, Chenoweth m.fl. 2009, Brooker m.fl. 2007). Det finns också forskningsstudier som pekar på positiva effekter av personcentrerad vårdplanering för anhörigas välbefinnande och delaktighet (Rocher och Robinson 2005) samt minskad stress hos personalen (Edvardsson m.fl. 2010, Jeon m.fl. 2012). Det finns även existerande utvärderings- och uppföljningsinstrument för att mäta effekter av personcentrerad vårdplanering (De Silva 2014). Däremot behövs fortfarande mer kunskap om vilken förändringsstrategi eller implementeringsstrategi som är mest effektiv för att utveckla en personcentrerad hälso- och sjukvård. Inom ramen för GPCC finns några studier som har undersökt detta.

I en intervjustudie som har undersökt strategier för att övervinna hinder i syfte att åstadkomma en personcentrerad vård lyftes tre viktiga faktorer fram (Naldemirci m.fl. 2017). För det första tycktes implementeringen gynnas av att man skapar små men aktivt kommunicerande grupper av vårdprofessionella, till exempel i form av informella lunchmöten i små grupper med olika yrkesgrupper representerade. Detta som ett komplement till de formella utbildningsinsatserna som genomfördes under implementeringen. För det andra var det av betydelse att vara flexibel för att möta lokala variationer. För det tredje gynnades implementeringen av teamarbete mellan olika vårdprofessionella grupper. Om dessa faktorer infriades upplevdes det att implementeringen underlättades genom en icke hierarkisk kommunikation, och samspelet mellan olika professioner uppskattades mer. Studien påpekade att även patienten bör vara delaktig eftersom patienten kan ha en annan syn på det som är implementerat.

Liknande slutsatser dras av Moore med flera (2016), som har kommit fram till att hinder mot implementering av personcentrerad vårdplanering hade sin grund i traditionella strukturer och praktiker samt skepticism från professionen. För att möjliggöra en

implementering krävs därför att organisationen kan bryta traditionella strukturer och att det finns ett ledarskap som arbetar för att ändra attityder. Tariq med flera (2014a) menar att endast organisationsförändringar inte är tillräckligt. Vidare lyfter Tariq med flera (2014b) fram ett antal kritiska faktorer i sin undersökning, som i likhet med Moore grundar sig på en organisationskultur med motstånd mot förändring och osunda maktstrukturer, men tillägger även att typen av patientgrupp kan vara av betydelse. Även Tariq med flera förespråkar teamarbeten och poängterar att takten för implementeringen kan ha betydelse för resultatet. Dessa slutsatser ligger i linje med en tidigare studie av Legare med flera (2011), som betonar att organisationskultur, attityder, ekonomiska och personella resurser samt kunskap och tid är av vikt för en lyckad implementering.

Således kan det konstateras att det finns ett behov av mer kunskap om patientcentrerad implementering av riktlinjer och att det ofta saknas genomtänkta strategier. Det behövs mer kunskap om vilken förändringsstrategi eller implementeringsstrategi som är mest effektiv när det gäller att utveckla en personcentrerad hälso- och sjukvård rent generellt, men några faktorer kan lyftas fram som värdefulla, som att arbeta med att bryta traditionella strukturer och förändra attityder. Informella samtal vid sidan av formella utbildningsinsatser och teamarbete tycks också vara framgångsfaktorer. Det bör även påpekas att man i flera studier anser att patienten bör involveras och att hänsyn bör tas till att olika patientgrupper kan ha betydelse, eftersom nedsättningar av fundamentala funktioner och begränsningar i grundläggande aktiviteter varierar.

8.3 SUMMERING

Sammanfattningsvis finns det få studier som kan redogöra för vad medborgare eller patienter kan bidra med eller hur de kan skapa förändringstryck och påverka implementeringsprocesser på policynivå. Men det finns studier som visar på positiva erfarenheter av patientinvolvering när kunskapsunderlag tas fram på nationell och regional nivå. Det uppfattas även som legitimitetsskapande. Det finns även managementstudier som visar på att det på kliniknivå finns positiva effekter av att involvera patienter/kunder i implementeringsprocesser.

Det förekommer även flera studier som kan visa på goda effekter av personcentrerad vårdplanering, och några studier som har visat att problemen med att implementera personcentrerad vårdplanering främst består i motstånd mot förändring i organisationen och i traditionella strukturer. Dessa studier visar också att implementeringen gynnas av teamarbete och avvecklandet av icke-hierarkiska strukturer. Av vikt är också den syn på patienten som implementeringen präglas av och att implementeringen kan gynnas av att göra patienten delaktig. Det kan också konstateras att det saknas en större diskussion inom forskningen om patientcentrerad implementering av riktlinjer. Slutligen formulerar vi även här frågor som kan vara viktiga att ta hänsyn till vid utvärderingar och analyser av implementeringsprocesser:

- Finns det en medveten styrning för att involvera anhöriga och patienter? Finns det utrymme för förbättring av involveringen av patienter?
- Vad kan patienten bidra med i implementeringen? I vilken fas och på vilket sätt?

- Vilken syn på patienten finns – aktiv kund eller passiv patient?
- Hur definieras patientcentrerad vård? Önskar sig patienter det? Praktiserar läkare sådan vård? Vilka nyttoaspekter svarar den emot?

9 Diskussion

I inledningen ställdes två huvudfrågor, och vi börjar med att diskutera den första frågan om vilka hinder mot utveckling som finns i gränssnitten mellan olika beslutsnivåer – nationell och regional nivå samt verksamhetsnivå. Därefter diskuterar vi den andra frågan om hur vårdens aktörer inom politik, administration och vårdprofession påverkar de generella förutsättningarna för implementering. Men innan vi inleder diskussionen ska vi återknyta till de två teoretiska utgångspunkterna som vi beskrev i kapitel 3 och 4, dels flernivåstyrning med flera vertikala beslutande nivåer, dels yrkesverksammas olika horisontella handlingslogiker. Dessa kan syntetiseras och sammanfogas i en matris som fångar både flernivåstyrning och logik i implementeringsprocesser (tabell 4). Matrisen benämns MM-modellen utifrån de engelska begreppen multilevel-governance och multidimension. De förklaras nedan och ligger sedan till grund för den fortsatta diskussionen.

Tabell 4. MM-modellen för analys av flernivåstyrning och logik.

	Politisk logik	**Administrativ logik**	**Professionell logik**	**Patientlogik**
Nationell nivå				
Regional nivå				
Lokal/klinisk nivå				

Källa: författarna.

Matrisen tar fasta på att man på varje beslutsnivå behöver ta hänsyn till det horisontella samspelet mellan handlingslogiker och de översättningar, redigeringar och anpassningar som kommer till uttryck i olika former i implementeringsprocesser. Beslutsnivåerna kan påverka och styra implementeringsprocesserna, men omgivningens normer för handlingar, det vill säga professionens medicinska synsätt, tjänstemännens administrativa kultur eller politikens funktionssätt, kan slå tillbaka, förändra eller medverka till att implementeringen får oförutsedda konsekvenser.

Exempelvis påverkar den nationella politiska nivån, det vill säga riksdag och regering, genom implementering av lagsstiftning och förordningar, både den regionala politiska nivån och den lokala verksamheten på kliniker och vårdcentraler. Den regionala politiska nivån påverkar i sin tur den lokala kliniska nivån genom resursfördelning och prioriteringar. Så även om den professionella logiken i grunden styr kliniker och vårdcentraler måste hänsyn tas till resursfördelning och lagstiftning.

Tjänstemän på exempelvis Socialstyrelsen och SKL utgör en del av den administrativa logiken på nationell nivå och påverkar genom överenskommelser med landsting och regioner samt genom Socialstyrelsens uppföljningar och föreskrifter. Regionernas och landstingens tjänstemän, som representerar den administrativa logiken på regional nivå,

påverkar den lokala kliniska verksamheten via processtyrning, till exempel genom olika former av TQM-reformer och Lean.

Den professionella logiken utövar inflytande på nationell nivå genom att delta i utvecklingen av nationella riktlinjer, vårdprogram och offentliga utredningar genom läkarförbund, vårdförbund och så vidare. Professionen kan också påverka den regionala nivån genom aktivt deltagande i exempelvis prioriteringsprocesser, metodråd och läkemedelskommittéer. Även patienter utövar i ökande utsträckning inflytande genom att delta i utvecklingen av nationella riktlinjer och i prioriteringsprocesser eller som ledamöter i nationella programråd, och de kan bedriva påverkansarbete på både grupp- och individnivå genom till exempel nationella och regionala patientorganisationer samt i mötet med vårdpersonal.

9.1 VILKA HINDER MOT IMPLEMENTERING FINNS I GRÄNSSNITTEN MELLAN OLIKA BESLUTSNIVÅER?

Vi har tidigare i kapitel 5 beskrivit fem former av utvecklingsinitiativ (eller interventioner) som är generiska och som ofta kombineras på olika sätt:
1) policyinterventioner
2) interventioner baserade på lagstiftning och regleringar
3) interventioner genom tillsyn och utvärdering
4) interventioner genom management
5) interventioner genom rationalisering av professionell praktik.

Det är helt uppenbart att dessa olika interventioner kan knytas till olika delar av modellen för att analysera och förstå flernivåstyrning och logik (tabell 5), och att samma utvecklingsinitiativ (t.ex. kronikersatsningen, standardiserade vårdförlopp och sjukskrivningsmiljarden) därmed också ofta behöver bestå av en kombination av olika interventionsinslag. Det blir alltså uppenbart att olika former av utvecklingsinitiativ behöver mötas för att säkerställa en långsiktig utveckling. En slutsats därvidlag är att det inte går att förespråka en typ av intervention utan snarare olika kombinationer av interventioner beroende på var behoven av utveckling finns.

I ett vertikalt perspektiv, där exempelvis politiska ideal om preventiv vård möter det medicinska synsättet i vården, finns en ökad risk för konflikter och missförstånd, eftersom det kan finnas en diskrepans mellan politiska ideal och traditionella arbetssätt inom vården. Eftersom det också finns olika traditioner av och kulturer för att arbeta hälsofrämjande i olika landsting och regioner, kan det också vara viktigt att reda ut om det rör sig om styrda utvecklingssatsningar eller mer fria initiativ. Vilken legitimitet har aktörer från olika yrkesgrupper tilldelats av ledningen på lokal och regional nivå för att driva utvecklingsfrågor?

Det tycks också som om staten över tid har ökat sin kontroll över både profession och landsting/region (Fredriksson 2012). Det finns även tecken på att den professionella självständigheten i offentlig sektor har minskat rent generellt i takt med att reformer har förts in i sjukvården och socialtjänsten, vilket kan innebära ett minskat handlingsutrymme

för såväl profession som landsting (Hasselbladh m.fl. 2008). Förändrade maktbalanser mellan nivåerna påverkar förutsättningarna för implementering av nationella policyer. Samtidigt kan man inte bortse från den kommunala självstyrelsen och att underliggande nivåer har sina egna agendor, vilket kan komma att innebära friktioner när en nationell policy ska implementeras. Implementeringsprocessen består som konstaterats av ett antal beröringspunkter där det kan uppstå glapp mellan beslutsnivåer, och ju fler glapp och beslutsnivåer, desto större risk för misslyckande.

I den vertikala implementeringen är det av vikt att beakta hur patientens önskemål och preferenser behandlas i processen för implementering av kunskapsstyrning och standardisering av nationella riktlinjer. Denna representation i ”högre” delar av flernivåsystemet påverkar vem som blir delaktig och därmed skapar röst från de lägre delarna. I sin tur innebär det också att lösningar kommer att ha deras röster inbyggda i besluten. Även när besluten flyttar ner i flernivåsystemet ökar sannolikheten för att dessa röster också får en viktig funktion i utformningen på denna nivå. Representation skapar med andra ord inneslutning och utestängningar. Vem får vara med och vad blir konsekvenserna av utestängningen av vissa grupper? Ett exempel på en sådan process är att regionala folkhälsovetare deltog i utformningen av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, vilket också ledde till att deras röster blev starka i hur arbetet utformades på ”hemmaplan” (se Elg m.fl. 2016).

Ur ett vertikalt perspektiv har den här studien inte kunnat identifiera någon generaliserbar kunskap på policynivå (nationell och regional) som kan bekräfta om involvering av patienter i implementeringsprocesser har någon betydelse för om det blivit en lyckad implementering eller inte. Däremot finns det i litteraturen positiva erfarenheter bland såväl profession som patienter av att involvera patienter i framtagandet av behovs- och kunskapsunderlag.

9.2 HUR PÅVERKAR VÅRDENS AKTÖRER INOM POLITIK, ADMINISTRATION OCH VÅRDPROFESSION DE GENERELLA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR IMPLEMENTERING?

Ur ett horisontellt perspektiv kan det vara värt att i analyser av implementeringsprocesser för patientcentrerad vård uppmärksamma metoder för att involvera patienter i implementeringsprocesser och föra profession och kund/patient närmare varandra. Det kan även vara bra att undersöka hur man möter patienters behov och önskemål och genom planering och utformning skapa mer patientcentrerade behandlingsinsatser och vårdförlopp.

Det behövs mer kunskap om vilken förändringsstrategi eller implementeringsstrategi som är mest effektiv för att utveckla en personcentrerad hälso- och sjukvård rent generellt, men att bryta traditionella strukturer och förändra attityder tycks vara viktigt.

En generell slutsats som diskuterats i promemorian är att ansatser som bygger på småskaliga utvecklingsinitiativ också ofta har mekanismer för lärande inbyggda i själva logiken. Ett exempel på det är att informella samtal vid sidan av formella utbildningsinsatser och teamarbete tycks vara framgångsfaktorer för implementering av patientcentrerad vård.

De som har hittat strategier som minskar effekterna av misstag och gör det lättare att lyckas har ofta börjat med att i begränsad omfattning testa hur idéer kan anpassas till ett lokalt sammanhang.

Det bör också finnas en medvetenhet om att motiven för patienters delaktighet i utvecklingsinitiativ kan variera mycket. På individuell nivå har Engström och Elg (2015) visat att patienter deltar därför att de vill ha upprättelse efter oönskade händelser som de menar orsakats av vården eller på grund av en vilja att bidra, socialt kontaktskapande, en önskan att kunna hjälpa andra eller ibland bara för att ha något att göra. Evidensbaserad praktik (överföringen mellan forskning och klinisk verksamhet) bygger på att den professionella behöver väga samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap samt patientens erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser/behandling. Det motiverar att patientlogiken inkluderas ur ett utvecklingssammanhang i vården.

När det gäller nationella riktlinjer finns det generellt en horisontell samsyn i vården, men det bör poängteras att professioner behöver involveras i implementeringsprocessen eftersom utfallet kan påverkas av professionernas intresse för och vilja att vara den implementerade metoden trogen. Det finns även indikationer på att det kan vara bra att involvera patienter i implementeringsprocessen, eftersom de kan bidra med nya perspektiv, vilket i sin tur kan förväntas öka relevans och legitimitet för det implementerade kunskapsunderlaget. Samtidigt finns det ett behov av mer forskning om hur en patientcentrerad implementering av riktlinjer ska gå till.

Som vi konstaterat tidigare är det i översättningsprocesserna som sammanlänkningen från policyidé till praktik i implementeringsprocessen sker, och intermediärer kan spela en stor roll i dessa processer (se kapitel 5). I analyser av förändringsinitiativ för att förbättra den preventiva vården kan det dessutom vara en bra idé att uppmärksamma olika professioners och yrkesgruppers uppfattningar om vad hälsoförebyggande arbete innebär, eftersom det tycks finnas stora variationer mellan olika yrkesgrupper när det gäller kunskapsnivå och erfarenheter av att arbeta hälsofrämjande. Det kan vara både utmaningar och hinder mot implementering av sjukdomsförebyggande metoder. Även här kan det vara värdefullt att i analyser sortera ut vad som är satsningar på att försöka förändra attityder och kulturer genom utbildningsinitiativ, det vill säga programmatisk förändring, och vad som är förändringar som verkligen utvecklar nya former för hur arbetet faktiskt genomförs, det vill säga uppgiftsinriktad förändring (jämför kapitel 5.2)

9.3 SLUTSATSER

Det första syftet med den här promemorian presenterades i inledningen som att ge en beskrivande bakgrund till kunskapsläget och grundläggande kunskaper om utvecklingsarbete och förändringsprocesser i ett implementeringsperspektiv. I promemorian har vi diskuterat vad forskningen säger om olika former av utvecklingsarbete och utvecklingssatsningar, och om erfarenheter av att involvera patienter och representanter för professionen i implementeringsarbetet.

Det finns inte en allomfattande teori som kan förklara alla aspekter i implementeringsprocesserna. Här har vi valt att lyfta fram beslutsnivåer och dimensioner av handlingslogiker för att synliggöra implementeringsproblem som dyker upp mellan aktörer i vården, både horisontellt och vertikalt. I relation till dessa bör hänsyn tas till att implementeringsobjekt är föränderliga och att det finns en maktfördelning i implementeringsprocessen som intermediären inte alltid kan påverka. Det finns alltså en mångfald av faktorer som kan påverka implementeringsprocessen. Om det blir bra eller dåligt avgörs ofta av villkoren på de olika nivåerna och i de olika handlingslogikerna. Det är viktigt att analytikern har ett reflexivt förhållningssätt där flernivå- och logikmodellen kan var till hjälp för att upptäcka hinder och möjligheter i relationerna mellan nivåer och dimensioner.

Flernivå- och logikmodellen kan även översättas till andra offentliga sektorer. Till exempel till socialtjänstens område, där den nationella nivån blir densamma men professionen utgår från socionomer i stället för vårdpersonal. Den andra nivån utgörs av den kommunala politiska ledningen och administrationen, och verksamhetsnivån av socialförvaltningen. Patient blir klient.

Promemorians andra syfte var att lyfta fram goda exempel och att ställa analytiska frågor som kan vara till hjälp vid analyser av implementeringsprojekt, för att på så sätt bidra till den egna organisationens lärande. Vi har konstaterat att utveckling kan vara både programmatisk och uppgiftsinriktad. Den förra visar sig ha svårare att långsiktigt skapa hållbara lösningar, medan det råder större sannolikhet för att mer uppgiftsinriktade modeller ska kunna förverkligas.

I analyser av förändringsinitiativ kan det därför vara en god idé att ta reda på om implementeringen handlar om att försöka förändra attityder och kulturer genom utbildningsinitiativ (programmatisk förändring) eller om förändringar som verkligen utvecklar nya former för hur arbetet faktiskt genomförs. Beträffande implementering av nationella kvalitetsregister finns såväl vertikala som horisontella problem. En fråga i det här sammanhanget är på vilket sätt intermediärer kan bidra med stöd och utvecklingsinitiativ för att länka ihop den regionala politiska och administrativa nivån med den nationella administrativa nivån och med medicinsk profession?

För att överbrygga olika nivåer och dimensioner kan intermediären skapa länkar och koppla samman såväl olika verksamheter som verksamheterna med dess omgivningar. Till exempel kan det vara nödvändigt att regioner har interna regionala stöd för att ta emot policyer och riktlinjer för ny kunskap i vården och för att upprätthålla en hållbar implementeringskedja. Prioriteringar görs också i hög utsträckning av intermediären, som väljer ut områden att fokusera på och arbeta med. Ibland kan det också finnas egenintressen bland intermediärerna om vad som väljs ut. Genom dessa prioriteringar kommer vissa aktiviteter i implementeringskedjorna att stärkas, medan andra länkar försvagas. Brister i översättning eller felaktig översättning orsakar implementeringsproblem eller misslyckanden. Här bör man alltså vara uppmärksam på vad som lyfts fram och vad som tonas ner.

Det finns inte en lösning för den perfekta implementeringsprocessen, men den som analyserar en implementeringsprocess bör vara uppmärksam på följande:

- Sannolikheten för mer lärande ofta är större i småskaliga initiativ än i radikala, stora och omvälvande processer.
- Uppgiftsinriktade modeller för förändring har större sannolikhet för att kunna realiseras än programmatiska.
- Det finns positiva aspekter av patientinvolvering i implementeringsprocesser på verksamhetsnivå, men det är svårare att hitta sådana på policynivå. Däremot finns positiva erfarenheter av patientinvolvering i framtagandet av behovsanalyser och kunskapsunderlag som i förlängningen kan tänkas gynna en implementering.
- Det är rent generellt positivt att professioner på ett tidigt stadium involveras i implementeringsprocessen, eftersom resultatet kan påverkas av professionernas intresse för och vilja att vara den implementerade metoden trogen.
- Intermediärer som översättare kan slutligen överbrygga olika delar i vårdsystemet genom att underlätta processer. Det bör också poängteras att intermediärens resultat inte bara påverkas av dennes kompetens, utan också av hur intermediären utvecklar kontextspecifik kunskap för att stödja de involverade i utvecklingsarbetet.

10 Referenser

Abbott, A.D. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor* Chicago: Univ. of Chicago Press.

Adenskog, M. (2018). Democratic innovations in political systems: towards a system-ic approach. Diss. Örebro: Örebro universitet.

Andersson, A.C. (2013) *Quality Improvement in Healthcare: Experiences from a Swedish County Council Initiative*. (Doctoral dissertation, Linköping University Electronic Press).

Anell, A. (2007) 'Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen' i Blomqvist, P. (red.) (2007). *Vem styr vården?: organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag.

Ansari, S.M., Fiss, P.C. och Zajac, E.J. (2010) 'Made to fit: How practices vary as they diffuse', *Academy of Management Review*, 35(1), 67–92.

Arvidsdotter, T., Marklund, B. och Taft, C. (2013) 'Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients – a pragmatic randomized controlled trial*', BMC complementary and alternative medicine*, 13(1), 1.

Bache, I. och Flinders M. (2004) '*Multi-Level Governance and the Study of the British State', Public Policy and Administration'*, 19(1)31–51.

Beer, M., Eisenstat, R.A. och Spector, B. (1990) 'Why change programs don't produce change'. *Harvard Business Review*, 68, no. 6 (November–December 1990): 158–166.

Beer, M. och Nohria, N. (red.). (2000) *Breaking the code of change*. Harvard Business Press.

Bejerot, E. och Hasselbladh, H. (2013) 'Forms of intervention in public sector organizations: Generic traits in public sector reforms', *Organization studies*, 34(9), 1 357–1 380.

Benders, J. och Van Veen, K. (2001) 'What's in a fashion? Interpretative viability and management fashions', *Organization*, 8(1), 33–53.

Billett, S. (2011). 'Subjectivity, self and personal agency in learning through and for work' I M. Malloch, L. Cairns, K. Evans och B.N. O'Connor (red.). *The Sage Handbook of Workplace Learning*. London: Sage.

Blomqvist, P. (red.) (2007) *Vem styr vården? organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag.

Brommels M. Øvretveit J. Andreen Sachs M. Hansson J. Granström E. (2012) *Patientperspektiv vid implementering av nationella riktlinjer*, Medical Management Centrum, Karolinska Institutet.

Brooker, D.J., Woolley, R. J. och Lee, D. (2007) 'Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care', *Aging and Mental Health*, 11(4), 361–370.

Brulin, G. och Svensson, L. (2011) *Att äga, styra och utvärdera stora projekt*. Studentlitteratur: Lund.

Buchanan, D. och Badham, R. (1999) 'Politics and organizational change: The lived experience', *Human Relations*, 52(5), 609–629.

Burnes, B. (2004) *Managing change: A strategic approach to organisational dynamics*. Pearson Education.

Byström, E. (2013) *Ett lärorikt arbete. Möjligheter och hinder för undersköterskor att lära och utvecklas i sjukvårdsarbetet*. Avhandling, 172., Linköpings universitet.

Carder, M. och Klingeberg, B. (1980) 'Towards a salaried medical profession' I Heidenheimer, A.J. och Elvander, N. (red.) (1980). *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.

Chase, G. (1979) 'Implementing a human service program', How hard will it be? *Public Policy*, 27.

Calltorp, J., Maathz, G. och Johansson, A. (2006) *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården. Stockholm*: Sveriges Kommuner och Landsting.

Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M. och Luscombe, G. (2009) 'Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial', *Lancet Neurology*, 8(4), 317–325.

Cheng, Y.T. och Van de Ven, A.H. (1996) 'Learning the innovation journey: Order out of chaos?' *Organization Science*, 7(6), 593–614.

Christiansen, T. (2016) *Governance in the European Union*" i Cini M. och Borragán N. European Union politics. (Femte upplagan). Oxford: Oxford University Press.

Cini, M. och Pérez-Solórzano Borragán, N. (red.) (femte upplagan). Oxford: Oxford University Press.

Czarniawska, B. och Sevón, G. (red.) (1996) *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter.

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

Dawson, P. (2003) *Understanding organizational change: The contemporary experience of people at work*. Sage.

De Fine Licht J. (2011) 'Do we really want to know? The potentially negative effect of transparency in decision making on perceived legitimacy', *Scandinavian Political Studies*. 34(3):183–201.

De Silva, D. (2014) *Helping measure person-centred care – A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*, The Health Foundation.

Edvardsson, D. och Innes, A. (2010) 'Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools', *Gerontologist*, 50(6), 834–846.

Eldh m.fl. (2015) 'Depicting the interplay between organisational tiers in the use of a national quality registry to develop quality of care in Sweden', *BMC Health Services Research, 15:519*.

Eldh m.fl. (2017) 'Clinical interventions, implementation interventions, and the potential greyness in between a discussion paper', *BMC Health Services Research*, 17:16.

Elg, M., Ellström, P.E., Klofsten, M. och Tillmar, M. (2015) *Sustainable Development in Organizations: Studies on Innovative Practices*. Edward Elgar, Cheltenham, 1–15.

Elg, M., Lindmark, J., Wiger, M. och Wihlborg, E. (2017) *Hållbart sjukdomsförebyggande arbete*, HELIX promemoria 17:001.

Elg, M., Lindmark, J., Wiger, M. och Wihlborg, E. (2016) *Översättning av riktlinjer*, HELIX promemoria 16:003.

Elg, M., Palmberg Broryd, K. och Kollberg, B. (2013) 'Performance measurement to drive improvements in healthcare practice', *International Journal of Operations & Production Management*, 33(11/12), 1 623–1 651.

Elg, M., Wihlborg, E. och Örnerheim, M. (2015) 'Public quality – for whom and how? Integrating public core values with quality management', *Total quality management and business excellence*. 28(3–4)379–389.

Ellström, P.E. (1992) *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet: problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Ellström, P.E. (2001) 'Integrating learning and work: Problems and prospects', *Human resource development quarterly*, 12(4), 421–435.

Ellström, P.E. (2011) Informal learning at work: Conditions, processes and logics, The Sage *handbook of workplace learning*, 105–119.

Engström, J. och Elg, M. (2015) 'A self-determination theory perspective on customer participation in service development', *Journal of Services Marketing*, *29*(6/7), 511–521.

Engström J. m.fl. (2015) 'The role of the customers in the development of public organizations' i Elg, M., Ellström, P., Klofsten, M. och Tillmar, M. (red.) (2015). *Sustainable development in organizations: studies on innovative practices*. Cheltenham: Elgar.

Eriksson, N., Holgers, K.M. och Müllern, T. (2013) *Att utveckla vården: erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Studentlitteratur.

Evetts, J. (2009) 'New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences', *Comparative sociology*, 8(2), 247–266.

Fagerling, M. (2013) *Introduktionen av ett försök att förnya sjukhusvården: ringar skrivna på vattnet*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2013. Göteborg.

Forsberg, C. och Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Fredriksson, M. (2012) *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare*. Diss. Uppsala universitet, Uppsala.

Fredriksson M. m.fl. (2014) 'Local politico-administrative perspectives on quality improvement based on national registry data in Sweden: a qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research', *Implementation Science*, 9:189.

Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago press.

Gadolin, C. (2017) *The logics of healthcare: in quality improvement work*. Diss: Göteborgs universitet, Göteborg.

Garpenby, P. (1989) *The state and the medical profession: a cross-national comparison of the health policy arena in the United Kingdom and Sweden 1945–1985*. (1. uppl.) Diss. Linköping: Univ. Linköping.

Garpenby, P. (2010) ”Implementering av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård” i Nilsen, P. (red.) (2010). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Gottlieb, K. (2013) ‘The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships’, *International journal of circumpolar health*, 72, August.

GPCC (2018) Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgsuniversitetet. Personcentrerad vård, https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard (hämtad 2018-10-23).

Gustafsson, M.S. (2017) *Reassembling Local E-Government: A study of actors' translations of digitalisation in public administration*, Linköping, Diss. Linköpings universitet.

Hackman, J. R. (1980) ‘Work redesign and motivation’ *Professional Psychology*, 11(3), 445.

Hansson, E., Ekman, I., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L. och Olsson, L.-E. (2015) ‘Person-centred care for patients with chronic heart failure – a cost-utility analysis’, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, volym: 15 nummer: 4, s. 276–284.

Harrison, S. och Pollitt, C. (1994) *Controlling health professionals: the future of work and organization in the National Health Servic*e. Buckingham: Open University Press.

Hasselbladh, H., Bejerot, E. och Gustafsson, R.Å. (2008) *Bortom New Public Management: institutionell transformation i svensk sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Academia adacta.

Heidenheimer, A.J. och Elvander, N. (red.) (1980) *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.

Hill, M.J. och Hupe, P.L. (2014) *Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance*. (3. uppl.) Los Angeles: SAGE.

Hooghe, L. och Marks, G. (2001) *Multi-level governance and European integration*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Hupe, P.L., Hill, M. och Buffat, A. (red.) (2015) *Understanding street-level bureaucracy*. Bristol: Policy Press.

IFAU (2009) *Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden*. Promemoria 2009:1. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.

Immergut, E.M. (1992) *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Jeon, Y.-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M. and Haas, M. (2012) ‘Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial’, *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 508–518.

Johansson H., Weinehall L. och Emmelin M. (2009) ‘It depends on what you mean”: a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion’, *BMC Health Services Resesarch,* 21(9)191.

Johansson H. (2014) *Implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*, Epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet.

Johnson, B. (2003). *Policyspridning som översättning: den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige*. Diss. Lund: Univ., 2003. Lund.

Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., Stenlund, H. och Hörnsten, Å. (2013) '*Diabetes control by patient-centred self-management support: a randomised controlled trial',* Department of Nursing, Department of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine, Umeå universitet.

Kalkan A, Sandberg, J, Garpenby P. (2015) 'Management by Knowledge in Practice – Implementation of National Healthcare Guidelines in Sweden', *Social Policy and Administration*, 49(7)911–927.

Kardakis T., Weinehall L., Jerdén L., Nyström M.E., Johansson H. (2014) Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *European Journal of Public Health*. 24(1):79–84.

King, N.A. (2017) *Sport governance: an introduction*. New York: Routledge.

Krevers, B., Bäckman, K. och Broqvist, M. (2015) *Frågor till medborgare om öppenhet, prioriteringsprocess och beslutsfattare avseende prioritering och ransonering: en artikelöversikt*. Linköping: PrioriteringsCentrum, Landstinget i Östergötland.

Kristensson M. och Nilsson, E. (2010) "Implementering av hälso-prefixet i hälso- och sjukvården" i Nilsen, P. (red.) (2010). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Langley, G.J., Moen, R.D., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L. och Provost, L.P. (2009) *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. John Wiley & Sons.

Legare F., Boivin A., van der Weijden T. m.fl. (2011) 'Patient and public involvement in clinical practice guidelines', *Medical Decision Making* 31(6):45–74

Lindholm, T., Oliveira e Costa, S. och Wiberg, S. (red.) (2015) *Medborgardialog – demokrati eller dekoration? Tolv röster om dialogens problem och potential i samhällsplaneringen*. Stockholm: Arkus.

Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare: ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.

Luquis R.R. och Paz H.L. (2015) 'The Patient Protection and Affordable Care Act's', *Health Promotion Practi*ce 2015 16(5):745–755.

March, J. och Olsen, J. (1989) *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politic*s. New York: Free Press.

Marks, G. (1993) Structural Policy and Multi-Level Governance in the EC, i Cafruny, A. och Rosenthal, G. (red.), *The State of the European Community: The Maastricht Debate and Beyond*, Boulder, Colorado: Lynne Rienner.

Mazza D. m.fl. (2013) 'Refining a taxonomy for guideline implementation: results of an exercise in abstract classification', *Implementation Science*, 15(8)32.

Mazzocato, P., Unbeck, M., Elg, M., Sköldenberg, O.G. och Thor, J. (2015) 'Unpacking the key components of a programme to improve the timeliness of hip-fracture care: a mixed-

methods case study', *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 23(1), 93.

McColl-Kennedy, J.R., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S.J. och Anderson, L. (2017) 'The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda', *Journal of Service Management*, 28(1), 2–33.

Meyer, J.W. och Rowan, B. (1977) 'Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony', *American journal of sociology*, 83(2), 340–363.

Mol, A. (2011) *Omsorgens logik: aktiva patienter och valfrihetens gränser*. Lund: Arkiv.

Moore, L. Britten, N. Naldemirci, O. Lydal, D. Elam, M. Wolf, A. (2016) 'Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4)662–673.

Naldemirci m.fl. (2017) 'Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients', *BMC Health Services Research* 17:527.

Neubeck, T., Elg, M. och Schneider, T. (2014) 'Managing the gap between policy and practice through Intermediaries for Quality Improvement', *Scandinavian Journal of Public Administration,* 18(4), 73–89.

Nilsen, P. (red.) (2010) *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Nilsen, P., Roback, K., Broström, A. och Ellström, P.E. (2012) 'Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change', *Implementation Science*, 7(1), 53.

Nilsson Kajermo K. m.fl. (2008) 'Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization', *Journal of nursing management*, 16(3)305–314.

Nordesjö, K. (2015) Relationen styrning och utvärdering: hur en europeisk utvärderingsidé översätts i Sverige. Diss. Växjö, Linnéuniversitetet.

Nordgren, L. (2003) *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Diss. Lund: Lunds universitet.

Nutbeam D. (2000) 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*. 15(259–267).

Nyhlén, S. (2013) *Regionalpolitik i förändring: en fallstudie av regionalpolitikens aktörer och former i Åre kommun*. Diss. Sundsvall: Mittuniversitetet.

Nätverket demokrati och hälsa (2018) http://www.natverken.se/promemoriaer/ hämtad 2018-01-17.

Olsson, J., Elg, M. och Lindblad, S. (2007) System characteristics of healthcare organizations conducting successful improvements. *Journal of health organization and management*, 21(3), 283–296.

Olsson, J., Kammerlind, P., Thor, J. och Elg, M. (2003) 'Surveying improvement activities in health care on a national level—the Swedish internal collaborative strategy and its challenges' *Quality Management in Healthcare*, 12(4), 202–216.

Osborne, S.P. (red.) (2010) *The new public governance?: emerging perspectives on the theory and practice of public governance* London: Routledge.

Palmcrantz m.fl. (2015) 'Assessing feasibility and acceptability of study procedures: getting ready for implementation of national stroke guidelines in out-patient health care', *BMC Health Services Research* 15:517.

Piattoni, S. (2009) 'Multi-level Governance: a Historical and Conceptual Analysis', *Journal of European Integration*, 31(2)163–180.

Pingel, B. och Robertsson, H. (1998) *Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön. Arbete och Hälsa*, 1998:3. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Pfeffer J. och Sutton, R. (2000) *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action,* Harvard Business School Press, Cambridge.

Porras, J.I. och Robertson, P.J. (1992) *Organizational development: Theory, practice, and research*. Consulting Psychologists Press.

Pressman, J.L. och Wildavsky, A.B. (1984) *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. (3. uppl.) Berkeley: University of California Press.

Ramsell, E. (2010) *Kommunal krisberedskap: utveckling genom samverkan och tekniska informationssystem*. Licentiatavhandling, Linköping, Linköpings universitet.

Rexvid, D. (2016) *Professionsutövning och kunskapsstyrning: en jämförelse av socialarbetares och allmänläkares klientarbete*. Diss. Umeå universitet, Umeå.

Riksrevisionen (2015) *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte: tänk om eller lägg ner*. RIR 2015:19) Stockholm: Riksrevisionen.

Rosher, R.B. och Robinson, S. (2005) 'Impact of the Eden Alternative on family satisfaction', *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3), 189–193.

Rokstad, A.M.M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Saltyte Benth, J. och Engedal, K. (2013) 'The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial', *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(5–6), 340–353.

Roselius, M. och Sundell, K. (red.) (2008) *Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering*. 1. uppl. Stockholm: Gothia.

Ryan, R.M. och Deci, E.L. (2000) 'Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions', *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67.

Roselius, M. och Sundell, K. (red.) (2008) *Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering*. 1. uppl. Stockholm: Gothia

Rothstein, B. (2010) *Vad bör staten göra?: om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. (3. uppl.) Stockholm: SNS förlag.

Ryan, R.M. och Deci, E.L. (2000) 'Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being', *American Psychologist*, 55(1), 68.

Røvik, K.A. (2008) *Managementsamhället: trender och idéer på 2000-talet*. (1. uppl.) Malmö: Liber.

Røvik, K.A. (2000) *Moderna organisationer: trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Liber.

Sandström, B. Borglin, G. Nilsson, R. Willman A. (2011) 'Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership', *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 8(4)189–255.

SBU (2017) *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården: en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Scharpf, F.W. (1997) *Games real actors play. Actor centered institutionalism in policy research*. Boulder: Westview.

Scott, W.R. (red.) (2000) *Institutional change and healthcare organizations: from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.

Scholten, P.W.A. och Breugel, I.V. (red.) (2018) *Mainstreaming integration governance: new trends in migrant integration policies in Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Sfard, A. (1998). On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. *Educational researcher*, 27(2), 4–13.

SKL (2016) *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015: verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

SOU 2016:2 Effektiv vård: slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer.

Stewart M. (2001) 'Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care', *BMJ*, 322(7284)444–445.

Sundbo, J. (1997) 'Management of innovation in services' *Service Industries Journal*, 17(3), 432–455.

Söderholm Werkö, S. (2008) *Patient patients? Achieving patient empowerment through active participation, increased knowledge and organisation*. Diss. Stockholm: Stockholms universitet, 2008. Stockholm.

Sørensen, E. och Torfing, J. (red.) (2007) *Theories of democratic network governance*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.

Alharbi, T., Olsson. L-E., Ekman. I. Carlström E. (2014) 'The impact of organizational culture on the outcome of hospital care: After the implementation of person-centred care', *Management Science*, volym: 42 nummer: 1, s. 104–110.

Alharbi, T. Carlström, E., Ekman; Olsson, L-E (2014b) Implementation of Person Centered Care: Management Perspective, *Journal of Hospital Administration*, vol. 3, nr. 3.

Timmermans, S. och Berg, M. (2010) *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Temple University Press.

Tucker, A L. och Edmondson, A.C. (2003) 'Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change', *California management review*, 45(2), 55–72.

Vedung, E. (2016) *Implementering i politik och förvaltning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vedung, E. (2009) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur.

Van de Ven, A.H., Polley, D. och Garud, R. (2008) *The innovation journey*. Oxford University Press, USA.

Van de Ven, A.H. och Schomaker, M. S. (2002) 'Commentary: The rhetoric of evidence-based medicine', *Health Care Management Review*, 27(3), 89–91.

Van de Ven, A.H., Angle, H.L. och Poole, M.S. (red.). (2000). *Research on the management of innovation: The Minnesota studies*. Oxford University Press on Demand.

Vårdanalys (2014) *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem: erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländern*a, Myndigheten för vårdanalys, Stockholm.

Watkins, K. m.fl. (2015) 'Effectiveness of implementation strategies for clinical guidelines to community pharmacy: a systematic review', *Implementation Science*, 29(10)151.

Weick, K.E. och Quinn, R.E. (1999) 'Organizational change and development', *Annual Review of Psychology*, 50(1), 361–386.

Wihlborg, E. (2017) *Implementering av patientlagstiftning – en lång resa från goda intentioner till nya förhållningssätt i vårdvardagen*, Helix promemoria 17.002.

Wilsford, D. (2010) 'The logic of policy change: Structure and agency in political life', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4)663–680.

Winblad Spångberg, U. (2003) *Från beslut till verklighet: läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*. Diss. Uppsala: Univ., 2003. Uppsala.

Zarcadoolas C. Pleasant A. och Greer D. (2005) 'Understanding health literacy: An expanded model', *Health Promotion International*, 20(2):195–203.

Zuboff, S. (1988) *In the age of the smart machine: The future of work and power*. New York NY: Basic Books.

Örnerheim, M. (2016a) *Mellan kunskap och politik: Kvalitetssystem och offentlig kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården*. Diss. Linköpings universitet, Linköping.

Örnerheim, M. (2016b) Policymaking through healthcare registries in Sweden*, Health Promotion International*, 2016, 1–10, doi: 10.1093/heapro/daw064.

Östergren, K. och Sahlin, K. (1998) *Att hantera skilda världar: läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförb.

Implementering i vården

En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har vänt sig till professor Mattias Elg och postdoktor Mattias Örnerheim vid Linköpings universitet för att utifrån litteraturen identifiera övergripande utmaningar när det gäller implementering i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Denna promemoria är deras redovisning av arbetet och är ett underlag till Vårdanalys rapporter Stöd på vägen – en uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (Rapport 2018:3) och Bäddat för utveckling – ett kunskapsunderlag om förutsättningar för utvecklingsprojekt i vården och omsorgen (Rapport 2018:6).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Vi bidrar med kunskapsunderlag och rekommendationer till beslutsfattare som rör vårdens och omsorgens funktionssätt och styrning. Målet är en god vård och omsorg som patienter, brukare och medborgare känner förtroende för, där resurser används på ett effektivt sätt och där vården och omsorgen utgår från patienternas och brukarnas behov och förutsättningar.

vårdanalys