

# Bättre liv för sjuka äldre

## Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring

---

Monica E. Nyström, Helena Strehlenert, Elisabet Höög

December 2014



*"Att på sitt eget sätt kunna njuta av livets alla årstider är ett privilegium – som borde vara alla förunnat"*  
(Emmy 85 år och Sverker 84 år, Västerbotten)

Slutrapport från ett forskningsprojekt som under perioden 2012-2014 följt den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre i Sverige.

Kontaktperson: Monica Nyström, [monica.nystrom@ki.se](mailto:monica.nystrom@ki.se)



**Karolinska  
Institutet**

*Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)  
Medical Management Centre  
Karolinska Institutet  
Tomtebodavägen 18A, 171 77 Stockholm*

---

## Innehållsförteckning

---

Innehållsförteckning.....	2
Sammanfattning, diskussion och slutsatser.....	3
Följeforskningsprojektets syfte och metodik.....	3
Resultat.....	3
Diskussion och slutsatser.....	4
I. Inledning.....	7
II. Den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre.....	7
III. Forskningsprojektets syfte.....	8
Att förstå hela förändringsprocessen.....	9
IV. Metodik.....	9
VI. Perspektiv utifrån den nationella nivån och dess aktörer.....	11
Strategier för att underlätta införandet av satsningen Bättre Liv.....	11
Hanteringen av privata aktörer.....	14
VII. Läns/Regionnivå - Utvecklingsledarnas perspektiv.....	14
Beskrivning av utvecklingsprocessen 2012-2013.....	15
Samlade erfarenheter från slutintervjuer med utvecklingsledare 2014.....	16
VIII. Läns/Regionnivå – Ledningskraftsteamens perspektiv.....	18
Beskrivning av utvecklingsprocessen 2012-2013.....	18
Samlade erfarenheter från slutintervjuer med ledningskraftsteam 2014.....	21
IX. Lokala nivåer – Perspektiv från tre län.....	23
Sörmlands län.....	23
Västerbottens län.....	24
Västra Götalands region.....	25
X. Länsaktörernas perspektiv i november 2014 – Då, Nu och Framtiden.....	26
Frågeområde 1 – Stödstrukturer med Utvecklingsledare och Ledningskraftsteam (andel som svarat 4-5)..	26
Frågeområde 2 - Faktorer med betydelse för arbetet att nå målen (andel som svarat 4-5).....	27
Frågeområde 3 – Uppfattad etableringsgrad av nya arbetssätt inom olika typer av verksamheter (andel som svarat 3-5).....	29
Frågeområde 4 - Långsiktig hållbarhet för nya arbetssätt för systematiskt utvecklingsarbete (andel som svarat 4-5).....	30
XI. Vetenskaplig rapportering.....	31
Studie 1: Strategier för att facilitera förändringar i stora komplexa system.....	31
Studie 2: En jämförande studie om formulering och implementering av evidensinformerade policys.....	32
Studie 3: Den lokala kontextens inflytande på införandet av en nationell äldre-satsning i tre län.....	33
Studie 4: Utmaningar i att mäta och dra slutsatser om förändringar i vård och omsorgskvalitet utifrån ett patientperspektiv.....	33
Studie 5: Hur fungerar regionala stödstrukturer som stödstrategi vid genomförande av nationella utvecklingssatsningar?.....	34
XII. Referenser.....	35
Appendix 1 – Sörmlands län 2011-2014.....	36
Appendix 2 – Västerbottens län 2011-2014.....	40
Appendix 3 – Västra Götaland 2011-2014.....	44

# Bättre liv för sjuka äldre

## – Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring

---

Monica E. Nyström, Helena Strehlenert, Elisabet Höög

2014-12-14

Detta följeforskningsprojekt har genomförts av forskare från Medical Management Centre, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik vid Karolinska Institutet i Stockholm. Projektansvarige forskare Monica Nyström har genomfört datainsamling och analyser tillsammans med doktoranden Helena Strehlenert och forskaren Elisabet Höög, som alla deltagit i skrivandet av slutrapporten. I den vetenskapliga rapporteringen som fortgår deltar även forskarna Henna Hasson och Johan Hansson från Karolinska Institutet.

---

### Sammanfattning, diskussion och slutsatser

---

#### Följeforskningsprojektets syfte och metodik

Syftet med forskningsprojektet var att undersöka, beskriva och dra lärdomar av de strategier som använts av aktörer på nationell och läns/regionnivå för att facilitera och stödja arbetet att nå målen med satsningen Bättre liv för sjuka äldre i Sverige (Bättre Liv). De strategier som använts för att facilitera och stödja lärande och förändring av aktörer på nationell och länsnivå har studerats under satsningens gång, med en fördjupning inom tre län med fokus på förutsättningar, förändringar, hinder och underlättare för arbetet med Bättre Liv. På länsnivå beskrivs och undersöks kontextens koppling till valda strategier vid genomförandet av satsningen i länen och över organisatoriska gränser (landsting, kommun, privata aktörer). Den huvudsakliga rapporteringen av följeforskningsprojektet sker i form av vetenskapliga artiklar samt i en kommande avhandling.

Resultaten bygger på analyser av data som har samlats in under loppet av tre år: 153 intervjuer har genomförts med nationella och regionala aktörer, sex enkäter har förmedlats till utvecklingsledare och medlemmar i Ledningskraftsteam (varav en mer omfattande slutenkät), 33 observationer har genomförts av heldagsinternat, 18 observationer har gjorts av kortare möten och dokument har samlats in från webbsidor, möten och från den webbaserade arbetsplattformen Project Place.

#### Resultat

Resultaten beskriver olika strategier, erfarenheter och perspektiv på Bättre Liv under följande kategorier:

*1) den nationella nivåns aktörer (SKL, Socialdepartementet och Socialstyrelsen) och programmets aktiviteter med fokus på beskrivningar av övergripande strategier (VI) för att stödja och underlätta förändring inom komplexa vård- och omsorgssystem i linje med satsningens fokus.*

*2) regionala utvecklingsledares (VII) och ledningskraftteams (VIII) syn på arbetet ute i de 21 länen/regionerna med fokus på hur dessa funktioner har kunnat bidra och vilka resultat i form av förändrade arbetssätt de kan se. Slutenkäten redovisas under en separat rubrik (X) och den ställer också frågor kring uthålligheten i dessa regionala stödstrukturer och huruvida man aktivt planerar att tillvarata lärdomar och vunnit kompetens.*

3) *nedslag i tre län: Sörmland, Västerbotten och Västra Götaland (IX)* som kort belyser de olika förutsättningarna och valen av strategier för att försöka uppnå målen inom de fem identifierade områdena inom Bättre Liv. I Appendix 1-3 visas resultaten för dessa län så man sammantaget kan förstå hur det sett ut i relation till resultaten - men här får man också en överblick över vilka indikatorer som mätts och legat till grund för prestationsersättningar.

## **Diskussion och slutsatser**

### ***Bättre Liv i relation till forskning om stora förändringsprogram***

*Förändring inom de fem målområdena.* Att försöka åstadkomma förändring i stora komplexa vård- och omsorgssystem är en utmaning och först måste man förstå vidden av den förändring man försöker åstadkomma och i vilket landskap förändringen ska ske. I Bättre Liv har fokus legat på fem områden där man sedan tidigare vet att vården och omsorgen om äldre inte har fungerat optimalt: *Preventivt arbetssätt; God vård vid demens; God läkemedelsbehandling för äldre; God vård i livets slut och Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre.* Var och en av dessa områden berör både arbetssätt och synsätt på mikronivå nära den äldre, inom de professionella grupper som möter den äldre och på den organisatoriska nivån för alla typer av organisationer som är involverade i vård och omsorg av äldre människor.

Att jobba preventivt, speciellt inom vården som länge haft ett behandlande fokus, innebär ofta att förändra ett grundläggande tankesätt – både vad gäller att jobba förebyggande men också att fokusera på individen och inkludera denne i processen. Att förebygga fallskador, undvika undernäring och trycksår samt förbättra munhälsan kan leda till ett bättre liv för individen - men det är också viktigt med god kommunikation med den äldre för att kunna beakta olika önskemål. God vård vid demens handlar om att upptäcka de personer som fått demenssjukdom för att tidigt kunna ställa diagnos, och lindra symptom. Det är viktigt för individen och omgivningen för att förstå hur sjukdomen påverkar och kan komma att påverka livssituationen. Olämplig läkemedelsbehandling är en av de vanligare orsakerna till att äldre människor söker akut vård. Många frågor spelar in, exempelvis val av läkemedel, dosering och interaktion mellan mediciner men även IT-frågor kopplade till läkemedelslistor och journaler. Att få en god vård den sista tiden i livet är något vi alla önskar oss. Adekvat smärtlindring och hur man från vårdens sida informerar patienter och anhöriga genom brytpunktsamtal är exempel på viktiga delar inom palliativ vård. Att skapa sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre är det mest omfattande och utmanande målet för Bättre Liv. Det rör organisatoriska aspekter och kommunikation på många nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet och inom socialtjänsten.

*Strategier för att underlätta förändring inom de fem målområdena.* Inom Bättre Liv-satsningen har SKL:s projektteam jobbat med dessa fem målområden och med att nå ut till alla 21 län/regioner i landet och alla relevanta vård- och omsorgsgivare i både offentlig och privat regi (Se Figur 1). Det har inte varit fråga om ett avgränsat evidensbaserat program som ska implementeras utan ambitionen har varit att åstadkomma en omdanande förändring under satsningens tidsperiod. I följeforskningsprojektet var syftet att beskriva hur ett sådant uppdrag hanteras och vilka strategier de som lett programmet på nationell nivå använt sig av, liksom ge inblick i hur implementeringen fungerat på läns/regionsnivå.

De strategier som identifierades på nationell nivå innefattade intensiva kontakter med en mängd aktörer, inte bara riktade mot de 21 länen/regionerna (Figur 2). Inom programmet arbetade man med alla de faktorer som Perla et al. (2013) beskriver i sin modell för viktiga faktorer som bör adresseras för att åstadkomma stora systemförändringar i komplexa organisatoriska system inom vård och omsorg.

En huvudstrategi har varit att använda regionala utvecklingsledare, vilka har spelat en viktig roll för genomslaget i länen/regionerna. En bit in i satsningen blev det tydligt att det behövdes stöd från ledningsnivåer för att stärka utvecklingsledarnas mandat att stödja förändring, speciellt vad gällde sammanhållen vård. Detta föranledde satsningen på Ledningskraft. Dessa regionala stödstrukturer tillsammans med överenskommelserna som ställde krav på kommuners och landstings aktiva deltagande och konkreta handlingsplaner samt en ersättning kopplat till årlig prestation mätt med hjälp av indikatorer inom de fem områdena har varit huvuddragen inom Bättre Liv-satsningen.

### **Lärdomar från satsningen – utvecklingspotential inför kommande satsningar**

Även om de strategier som användes inom Bättre Liv för att åstadkomma förändring legat i linje med vad forskningen pekat på som centrala faktorer vid storskaliga förändringar (Perla et al., 2013; Nyström et al., 2013; m.fl.) så finns lärdomar att dra. Vi sammanfattar här de utmaningar som vi sett inom Bättre Liv och som är värda att ta hänsyn till vid kommande nationella satsningar för att nå ut och åstadkomma förändring i stor skala:

1. *Vikten av att ledningsnivåer från olika huvudmän deltar aktivt från början.* Många av de intervjuade påpekar vikten av att ledningsnivåer tar ansvar och deltar aktivt. När det gäller ett komplext område som t.ex. sammanhållen vård är det särskilt viktigt att centrala aktörer med starkt mandat från alla olika huvudmän engageras och samverkar redan i ett tidigt skede. Personer i positioner som möjliggör större överblick har bättre möjligheter att koordinera pågående aktiviteter och undvika att olika satsningar, projekt etc. krockar.
2. *Tydliga signaler om vikten av satsningen och dess långsiktighet.* Personer i ledande ställning är betydelsefulla för att ge tydliga signaler om vikten av och långsiktigheten i en satsning. Det gäller alla ledningsnivåer, från Socialdepartementet till landstingsdirektörer, socialchefer och verksamhetschefer. Ledarnas roll är att bidra till meningskapande och tydliggöra helhetstänk och logiken i den aktuella satsningen relativt andra tidigare, pågående och kommande aktiviteter.
3. *Att synliggöra, följa upp och stödja processen mot målen.* Det är svårt att leda en stor flerårig satsning och bedöma vilka fundamentala steg som behöver tas under resans gång för att målen ska uppnås. Det handlar om att se hela spannet av olika typer av verksamheter och vägen från beslutsfattande på nationell nivå till det praktiska arbetet med de äldre – och att identifiera viktiga delkomponenter som behöver adresseras över tid. Det handlar också om att bygga nätverk med relevanta aktörer och att anpassa metoderna efter förutsättningarna. Här kan tidigare rollförväntningar om vad man får och inte får lägga sig i när det gäller autonoma organisationer eller ansvarsområden lägga krokben för ett ingående stöd. Öppenhet och diskussion om behov och förväntningar kan bidra till att finna vägar för att optimalt stödja en process.
4. *Stöd till strategiska ledningsnivåer.* När det gäller samverkan mellan olika huvudmän och organisationer finns inte alltid utarbetade arenor och former för samverkan. Att som i Bättre Liv sätta samman ledningskraftsteam med företrädare för kommuner och landsting är något relativt nytt i dessa sammanhang och på många håll fanns tydliga behov av stöd för att utveckla former och processer för samverkan. Utvecklingsnoderna var ett försök att erbjuda sådant stöd till de strategiska ledningsnivåerna i länen/regionerna. Det behövs mer kunskap och idéer om hur sådana grupperingar kan fungera som facilitatorer och hur de kan agera för att stödja utveckling över organisatoriska och geografiska gränser.
5. *Att lokalanpassa satsningar och bygga på det som finns och fungerar.* Att ta reda på hur det har sett ut tidigare, vilka satsningar som gjorts, vilka funktioner, strukturer och processer

som finns på plats och hur de har fungerat kan underlätta införandet av en mångfasetterad nationell satsning på läns/regionnivå. Att utveckla vården och omsorgen om de äldre genom att bygga på det som har fungerat bra och utveckla eller radikalt ändra på det som inte fungerar är viktigt. Men det förutsätter att satsningen i sig och de som leder den är flexibla när det gäller sätt att organisera och arbeta för att nå målen - och att faciliterande aktörer på alla nivåer har eller skaffar sig en överblick. Speciellt i intervjuerna med aktörer på regionnivå poängteras detta - och Bättre Liv-satsningen har innehållit en hel del sådan flexibilitet.

6. *Skapa en övergripande gemensam karta över målen och förändringsprocessen.* Det lättare att få med sig människor i en förändringsprocess om man använder visuella kartor och modeller som beskriver det man vill åstadkomma, var man står och hur man rör sig mot målen. Inom Bättre Liv användes berättelser om individer och metaforer på ett effektivt sätt för att förmedla satsningens budskap och stärka motivationen hos deltagarna. Men olika typer av modeller och kartor som förtydligar själva processen och delmålen, dvs. vägen från nuläge till framtidsläge är också viktiga verktyg i att leda förändringsarbete, liksom sätt att följa resan så alla som är delaktiga kan få feedback om att man är på väg och var man är i förhållande till målet.

### ***Uthållighet och att bygga vidare – den långsiktiga strategin***

”Satsningar kommer och går men förändring består” - så kan läget inom vård och omsorg sammanfattas, liksom inom många andra områden. Något som återkommer i datamaterialet från regionerna är att det inledningsvis har tagit mycket tid och energi att rigga för arbetet med satsningen - men att arbetet nu har börjat ta fart. Att ha tålamod och förståelse för det långsiktiga byggandet av strukturer och arbetssätt har poängterats av SKL:s projektteam och förhoppningsvis tas denna uppbyggnad av tillit, förståelse, samverkan, strukturer och tillvägagångssätt tillvara av kommande satsningar från nationellt håll och av de regionala beslutsfattarna.

Den långsiktiga strategin för alla aktörer som varit inblandade i Bättre Liv för sjuka äldre bör vara att fortsätta bygga kompetens och kapacitet för att hantera ständig förändring, utveckling och lärande på flera nivåer. Att skapa motivation för förändring är en av de svåraste delarna i en förändringsprocess. Det finns inga enkla lösningar, recept eller checklistor för att vara framgångsrik i att få till stånd förändring i komplexa vård- och omsorgsorganisationer - att ha följt Bättre Liv-satsningens mångfasetterade utmaningar och multidimensionella aktiviteter och strategier förstärker den slutsatsen. För att uppnå framgångsrik och hållbar förändring måste komplexiteten bejakas och alla involverade behöver lära sig att hantera den utifrån sina egna förutsättningar.

---

## I. Inledning

---

Äldre personer med omfattande och sammansatta vård- och omsorgsbehov är en växande grupp. Nya arbetssätt behövs för att säkerställa kvaliteten av vård och omsorg av sjuka äldre. Bl.a. finns det behov av att få olika vårdgivare i kommuner och landsting att samspela utifrån den äldres individuella behov och önskemål. Det finns mycket kunskap om omhändertagande av äldre bl.a. genom forskning, utvecklingsarbete, nationella riktlinjer och nationella kvalitetsindikatorer. Det är viktigt att denna kunskap och erfarenhet kommer till praktisk och systematisk användning för att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och hållbart förbättringsarbete. Inom äldreområdet pågår och diskuteras satsningar på kvalitets- och verksamhetsutveckling både nationellt och internationellt liksom i pågående forskning. I detta följeforskningsprojekt har en grupp forskare från Medical Management Centre, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) vid Karolinska Institutet följt den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre under perioden 2012-2014.

---

## II. Den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre

---

Den forskningsstudie som bedrivits och redovisas här ger några perspektiv på den mångfasetterade satsningen Bättre liv för sjuka äldre som pågått mellan 2010 och 2014. Studien är ingen utvärdering av satsningen utan beskriver några områden som kan ge en ökad förståelse för satsningen och förändringsprocessen den syftar till och som dessutom forskningsmässigt är intressanta att belysa och jämföra med annan forskning. I den fortsatta beskrivningen benämns satsningen under det förkortade namnet Bättre Liv. Nedan ges en kort sammanfattning av Bättre Liv. För mer detaljerad information om satsningen, överenskommelsernas förändring över tid samt utvärdering av Bättre Liv som helhet hänvisas till Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) och Stadskontorets delrapporter (2010-2014) och kommande slutrapporter (2015) samt den första av de vetenskapliga artiklar som grundar sig på Bättre Liv-satsningen (Nyström et al., 2014).

Bättre Liv bygger på årliga överenskommelser mellan staten och SKL inom området Äldre 2010-2014. SKL är som arbetsgivarorganisation en viktig aktör och ett team från SKL har lett satsningen. Överenskommelserna har successivt utökats, uppföljningsindikatorer har både förändrats, förfinats och lagts till under årens lopp. Bättre Liv fokuserar på fem förbättringsområden där satsningen avser förbättra situationen för sjuka äldre när det gäller vård och omsorg:

- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demens
- God läkemedelsbehandling för äldre
- God vård i livets slut
- Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre

Fem kvalitetsregister har använts för att stödja förbättringsarbetet och de har successivt lagts till under åren. Senior Alert (prevention) och Svenska Palliativregistret var med från start, 2012 tillkom demensregistren SveDem och BPSD och 2014 lades även Rikssår till. Satsningen syftade initialt till att:

1. Införa ett strukturerat, evidensbaserat och förebyggande arbetssätt.
2. Öka kunskapen om resultat inom vård och omsorg om äldre som kan ligga till grund för det lokala förbättringsarbetet och för prioriteringar och uppföljning.
3. Öka kunskapen om systemhinder inom vård och omsorg om äldre
4. Stimulera utveckling av nya arbetssätt som bättre lever upp till sjuka äldres behov av sammanhållna insatser.

Punkt 1-2 gällde främst att använda kvalitetsregister på ett bra sätt, punkt 3 rörde kvalitativ uppföljning av multisjuka och under punkt 4 testades olika arbetssätt i 19 försöksverksamheter. Försöksverksamheterna ingår inte i denna studie. Prestationsersättning och målindikatorer har varit en viktig del av satsningen, liksom användandet av kvalitetsregister och regionala stödstrukturer.

Ledningsteamet vid SKL har planerat, organiserat, koordinerat och faciliterat Bättre Liv gentemot huvudmän på länsnivå, dvs. landsting och kommuner och privata aktörer, och engagerat kvalitetsregisterhållare samt olika intresseorganisationer, exempelvis SPF och PRO. På övergripande nivå har man valt att lägga upp en strategi med avsikten att nå ut snabbare än med tidigare använda och mer traditionella angreppssätt. Varje län/region har inom ramen för överenskommelsen fått medel att anställa s.k. utvecklingsledare som inom länen skall stödja arbetet och under 2012 sju sattes en satsning på att engagera högre beslutsnivåer inom länen, Ledningskraft.

Att från nationell nivå nå ut och i grunden påverka verksamheter, deras personal och arbetssätt är ingen lätt uppgift. Styrningen av vård och omsorg är decentraliserad och kommuner och landsting är självstyrande. Ett stort mått av självstyre återfinns även på verksamhetsområdesnivå och enhetschefsnivå.

Vilka strategier är möjliga att använda sig av för att så snabbt som möjligt nå ut från högre nivåer och åstadkomma både bättre liv för sjuka äldre och uthålliga och framgångsrika lärandestrukturer inom län/regioner, kommuner och landsting? I anslutning till dessa frågor återfinns även funderingar som rör grad av styrning, flexibilitet, kontextanpassning, möjligheter för lärande och återkoppling.

Övergripande strategier används på alla nivåer från nationell till regional och lokal nivå – vare sig de är medvetna och synliga eller mer outtalade. Olika förändringsagenters roller är viktiga och i det aktuella fallet har staten och SKL även bidragit med resurser främst för att anställa regionala utvecklingsledare, stödja utvecklingen av regionala ledningsgrupperingar och deras arbete och stödja regionalt analysarbete bl.a. genom att bilda ett nätverk för erfarenhetsutbyte mellan analysansvariga i länen samt stödja kvalitetsregistrens roll.

---

### III. Forskningsprojektets syfte

---

Det är viktigt att försöka lära av stora nationella satsningar på flera nivåer – både av vad de har åstadkommit och hur det gick till. Det är av stor betydelse att försöka bygga kunskap om hur man kan gå tillväga för att nå ut och skapa förändring, så att beslutsfattare och ansvariga för genomförande av olika satsningar och program kan använda erfarenheterna för att skapa goda förutsättningar för nya satsningar.

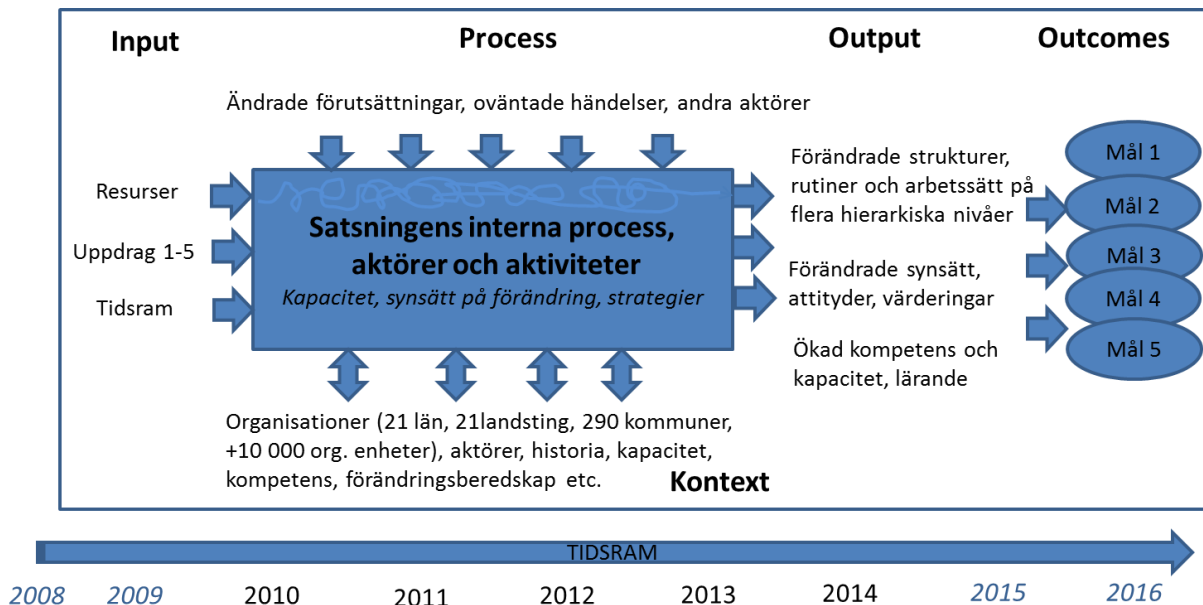
Syftet med forskningsprojektet var att undersöka, beskriva och dra lärdomar av de strategier som använts av aktörer på nationell och läns/regionnivå för att facilitera och stödja arbetet att nå målen med satsningen Bättre liv för sjuka äldre i Sverige. Den övergripande nationella nivåns och länsnivåernas strategier för att facilitera och stödja lärande och förändring har följts över tid. Tre län har studerats mer ingående med avseende på förutsättningar, förändring samt hindrande och underlättande faktorer. På länsnivå undersöks kontextens koppling till valda strategier vid genomförandet av satsningen i länen och över organisatoriska gränser (landsting, kommun, privata aktörer).

En mer detaljerad rapportering sker enligt överenskommelse via vetenskapliga artiklar och i en avhandling där analys- och skrivarbetet kommer att fortsätta under 2015-16.



## Att förstå hela förändringsprocessen

Angreppssättet inom forskningsprojektet är inriktat på olika delar av en förändringsprocess utifrån ett systemteoretiskt perspektiv. Det är inspirerat dels av Armenakis & Bedians (1999) genomgång av teori och forskning kring organisatorisk förändring under 90-talet där de lyfter fyra forskningsteman/frågor som förekommer i alla förändringsansatser: 1) innehåll, 2) kontext, 3) process och 4) kriterier associerade till outcomes, och dels av Pettigrew och Whipp's modell (1991) för strategiskt utvecklingsarbete med dimensionerna innehåll, process, sammanhang och resultat. I Figur 1 ges en översikt över faktorer som är viktiga för att förstå, lära av och utvärdera en utvecklingsatsning: Innehåll/intervention (Input), Kontext, Process och två nivåer av utfall, Output och Outcomes.



Figur 1. En översikt över förändringsprocessens olika komponenter inom Bättre Liv.

## IV. Metodik

För att kunna förstå och lära av multifacetterade interventioner inom stora och komplexa system används en systemteoretisk ansats där både huvudsystem och delsystem studeras. Med hjälp av observationer, intervjuer och insamlande av dokument har forskarna följt de interventioner och aktiviteter som genomförts på övergripande (nationell) nivå från oktober 2012 tom. november 2014 (t.ex. seminarier, workshops, utbildningar, handledning etc.) och de erfarenheter detta har gett för inblandade. Även beskrivningar av satsningens initiering, planering och tidiga införande (2008-2011) har samlats in. En översikt över de data denna rapport bygger på återfinns i Tabell 1.

Intervjuer har genomförts vid upprepade tillfällen under 2012-2014 med medlemmar av projektteamet vid SKL, representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen samt med några av de s.k. "critical friends" som teamet vid SKL använt som referensgrupp, mentorer och rådgivare (nationella och internationella forskare samt erfarna kollegor vid SKL). En gruppintervju med projektteamet genomfördes under hösten 2014 för att fånga deras syn på viktiga strategier som man ansåg påverkat satsningens genomförande. Totalt 21 intervjuer har genomförts på nationell nivå. Intervjuerna har också berört erfarenheter och aktiviteter som skett innan 2012 dvs. från det att satsningen började övervägas och diskuteras under 2008 fram till våren 2012.

Icke-deltagande observationer har genomförts vid nationella träffar med utvecklingsledare, analysnätverk och vid mötesplatserna för länens Ledningskraftsteam. Forskarna har även deltagit i telefonmöten som hållits med nätverken för utvecklingsledare och Ledningskraftsteam där även de s.k. noderna (ett antal regionala utvecklingscentra) deltagit.

Dokument har samlats in under satsningens gång t.ex. projektteamets rapporter, månadsbrev och PowerPoint-presentationer. Även PM och rapporter från Socialdepartementet, Stadskontoret, Socialstyrelsen och Riksrevisionen har fungerat som informationskällor. Forskarna har dessutom haft tillgång till och kunnat följa kommunikationen mellan SKL, utvecklingsledare och noder via den webbaserade projektportalen Project Place samt samlat kvantitativa data via Kvalitetsportalen och via deltagande kvalitetsregister.

På regional nivå har den strukturella organiseringen av verksamheten med utvecklingsledare och Ledningskraftsteam följts upp med hjälp av enkäter och intervjuer. Intervjuer har genomförts vid tre tillfällen med minst två representanter för varje län/region. Enkäter med åtta frågor med öppna svarsalternativ har besvarats av utvecklingsledarna vid tre tillfällen: februari och november 2012 och november 2013. Svarfrekvensen var hög (94, 97 resp. 82 procent av antalet anmälda till nätverksträffarna). Nästan alla län finns representerade i materialet: 21 respektive 20 län under 2012 och 20 län 2013). En webbenkät med både kvantitativa bedömningar och öppna frågor förmedlades i november 2014 till både utvecklingsledare och ledningskraftsteam. Den avslutande enkäten avsåg att fånga deltagarnas samlade bedömningar om bl.a. regionala stödstrukturer (utvecklingsledare, ledningskraftsteam, analysfunktion) och arbetet i länet med att nå målen inom satsningen fem huvudområden. Svarfrekvensen var 75% för utvecklingsledargruppen och 55% för beslutsfattargruppen. Kvalitativ innehållsanalys har använts för att analysera datamaterialet från intervjuer och enkäternas öppna frågor. För webbenkäten kvarstår statistiska bearbetningar av kvantitativa data att genomföra – här redovisas resultat i form av procentsatser – liksom analyser av de kvalitativa svaren. Observationerna har främst syftat till att skapa kännedom om aktiviteter och strategier för att facilitera och stödja genomförandet av satsningen. Intervjuer med ledningskraftsteam i samtliga län (1-3 representanter för per län) har genomförts vid tre tillfällen (december 2012, juni-augusti 2013, augusti-september 2014).

Fördjupade studier har skett i tre län/regioner där upprepade intervjuer gjorts med ett större antal utvecklingsledare och representanter från ledningskraftsteam samt dokument och kvantitativa data från kvalitetsregister och från Kvalitetsportalen insamlats. Vi två tillfällen har även utvecklingsledare från Famna (icke-vinstdrivande privata vårdgivare) intervjuats och vid sista omgången med utvecklingsledarintervjuer utökades datainsamlingen till att omfatta 13 av 21 län/regioner. Frågorna handlade om hur man arbetar med satsningen inom länet, vad som hindrat eller underlättat detta arbete och hur man arbetat med att nå olika typer av vårdgivare inkl. de privata. Även här pågår fördjupade analyser inför den vetenskapliga rapporteringen.

Totalt har det genomförts 153 intervjuer, 6 enkäter samt observationer motsvarande 33 dagar (heldagsmöten), och 18 kortare möten. En översikt över data och datainsamlingar återfinns i Tabell 1.

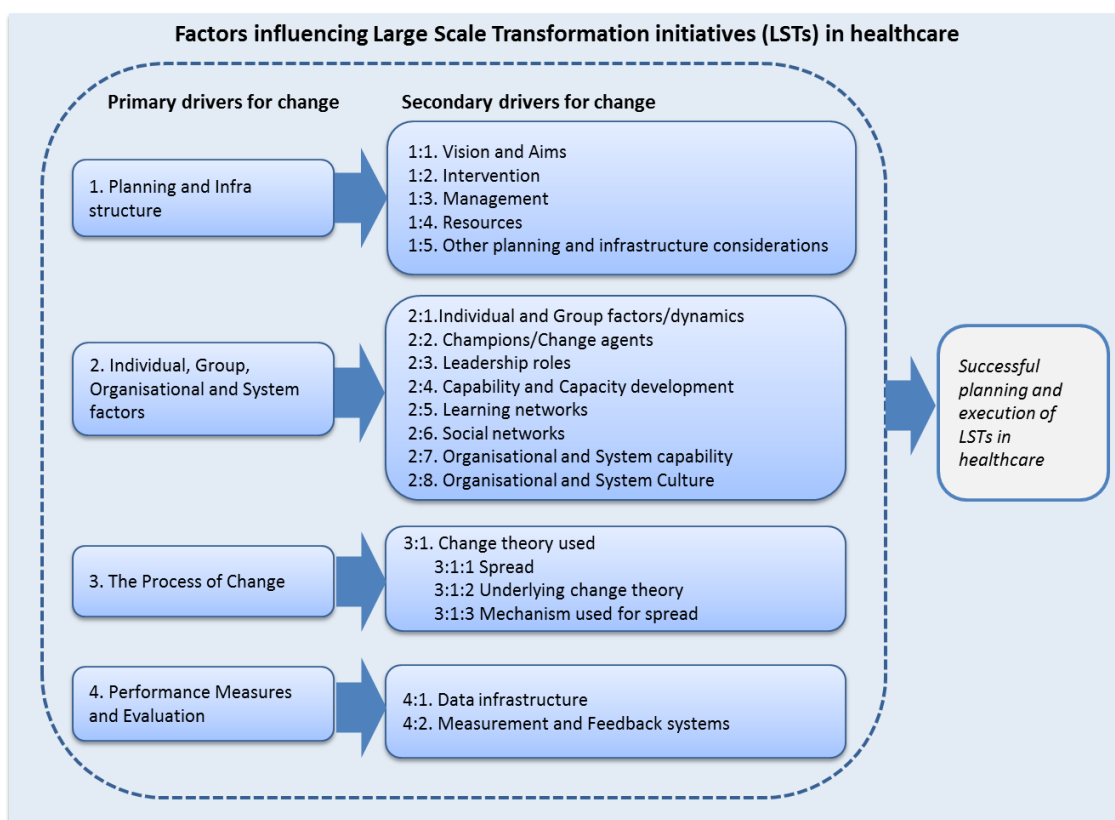
Tabell 1. Översikt över insamlad data under perioden 2012-2014

	2012				2013				2014			
	Intervju	Enkät	Obs	Dok	Intervju	Enkät	Obs	Dok	Intervju	Enkät	Obs	Dok.
Nationell nivå	Okt n=11		ja	ja			ja	ja	Juni-Nov n=10		ja	ja
Utvecklingsledare	Juni/Aug n=14 3 län	Feb/Nov n=58/62 21 län	ja	ja	Nov n=15 3 län	Nov n=53 21 län	ja	ja	Juni/Aug n=22 13 län	Nov n=117 21 län	ja	ja
Ledningskraftsteam	Nov/Dec n=21 21 län	Okt n=180	ja		Juni/Aug n=29 21 län		ja	ja	Juni/Aug n=31 21 län	Nov n=287 21 län	Ja 16 d.	ja

## VI. Perspektiv utifrån den nationella nivån och dess aktörer

Forskning har visat att passiv spridning av information, policys o. dyl. som medel för att förbättra vård och social omsorg inte har åstadkommit önskade förändringar (Dearing & Kee, 2012) utan det behövs mer aktiva implementeringsstrategier (Greenhalgh et al., 2004; Fixsen et al., 2005; Grimshaw et al., 2012). Forskarna Ferlie och Shortell (2012) går så långt att de konstaterar att om inte politiker och beslutsfattare överväger och använder ett sammanhängande angreppssätt för förändring samtidigt över flera nivåer så är chanserna små att kunna förbättra kvaliteten i ett lands hälso- och sjukvårdssystem. Det finns dock ingen förändringsstrategi som passar alla situationer och en mix av strategier är det som oftast förordas (Grol & Grimshaw, 2003; Nyström et al., 2013).

Ett fokus i följeforskningsprojektet har varit att beskriva satsningens huvudingredienser och de strategier som använts på nationell nivå för att facilitera förändring i linje med satsningens intentioner ute i länen. I vår första studie, som finns publicerad som en vetenskaplig artikel (Nyström, Strehlenert, Hansson & Hasson, 2014), identifierades tio strategier som projektteamet på SKL använt för att facilitera implementering och förändring. I studien jämfördes de identifierade strategierna med en modell (Figur 1) som baseras på en omfattande, systematisk genomgång av forskningsartiklar som berör stora förändringsprogram och systemförändringar inom hälso- och sjukvård och social omsorg (Perla et al., 2013). Modellen sammanfattar och beskriver faktorer som visats vara centrala för att driva storskalig förändring i hälso- och sjukvårdsorganisationer.



Figur 1. En modell över faktorer som påverkar stora förändringsinitiativ (Large Scale Transformation Initiatives) inom hälso- och sjukvården. Baserad på en modell av Perla et al, (2013). För mer info: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/401>

### Strategier för att underlätta införandet av satsningen Bättre Liv

De tio handlingsstrategierna som användes av teamet vid SKL för att facilitera och stödja förverkligandet av Bättre Liv-satsningen grundar sig på en syntes av resultaten från en omfattande

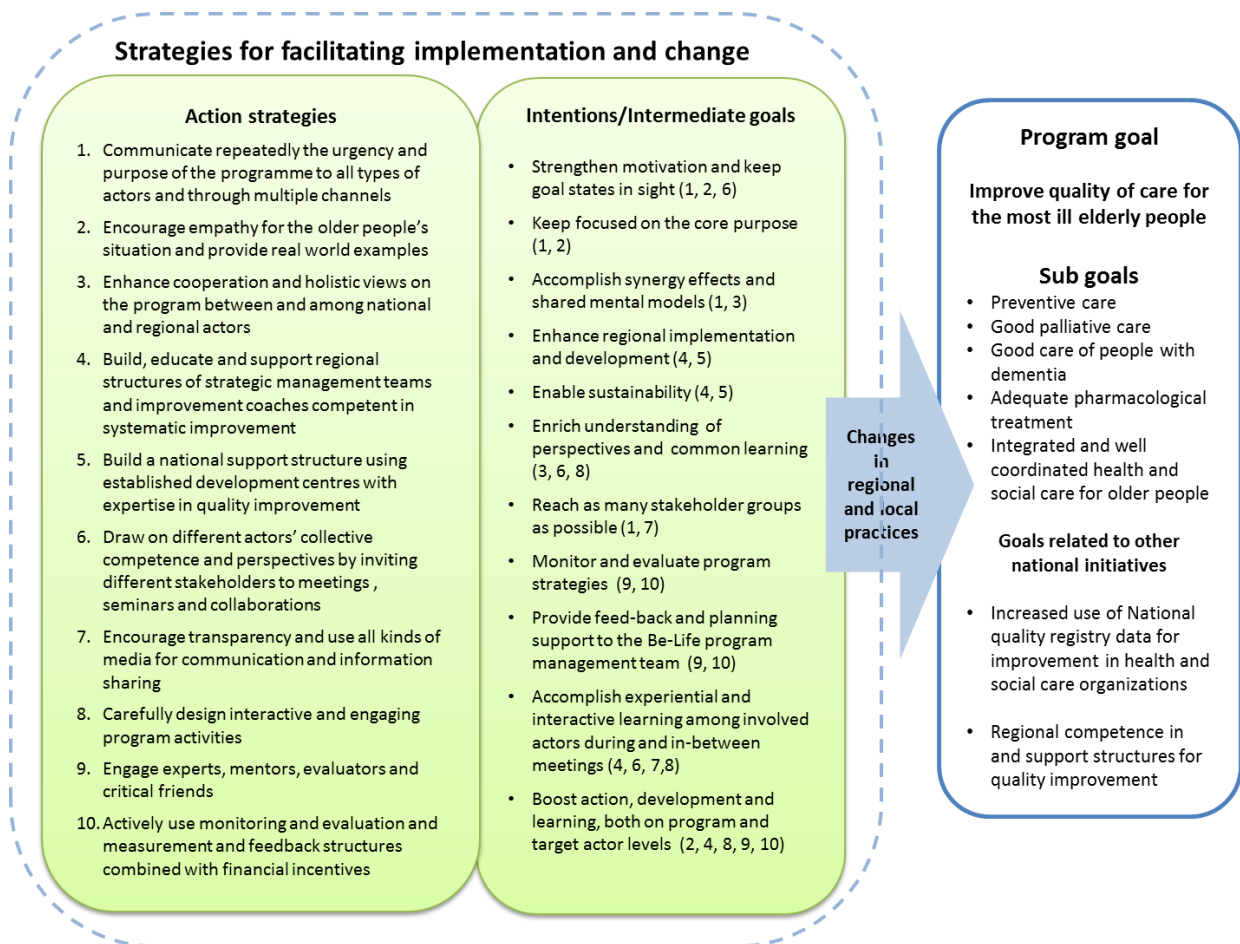
kartläggning av aktiviteter initierade inom satsningen samt intervjuer med relevanta aktörer på nationell nivå (Figur 2):

1. *Återkommande kommunicera vikten av och syftet med satsningen samt dess progress till alla typer av aktörer och via många olika kanaler* (t.ex. vid möten med utvecklingsledare/ledningskraftsteam, via hemsidor, nyhetsbrev, utbildningar, seminarier)
2. *Uppmuntra förståelse för och empati med de äldre och deras situation genom att ständigt använda verklighetsnära berättelser* (t.ex. med både positiva och negativa berättelser i artiklar, filmer och vid möten, ibland av medverkande äldre)
3. *Underlätta samverkan och en helhetssyn på satsningen inom och mellan nationella och regionala aktörer* (ex. genom att koordinera aktiviteter mellan flera nationella initiativ, bjuda in och samverka med många olika aktörer)
4. *Etablera och stödja regionala stödstrukturer* (t.ex. genom att organisera nätverk för utbildning, coachning och erfarenhetsutbyte för utvecklingsledare, ledningskraftsteam och analysansvariga, stöd i att skapa regionala handlingsplaner)
5. *Möjliggöra strategiskt stöd i det regionala utvecklingsarbetet via etablerade utvecklingscentra (noder)* genom att engagera ett antal utvecklingscentra att fungera som konsultstöd i länens förändringsprocesser)
6. *Nyttja olika aktörers gemensamma kompetens, varierande perspektiv och synsätt för att berika satsningen* (t.ex. politiker, tjänstemän från Socialdepartementet och SKL, äldre, patienter, kvalitetsregisterhållare och forskare inbjöds till möten, seminarier, workshops och deltog som coacher)
7. *Uppmuntra transparens inom satsningen och använd många olika typer av media för att dela information och kommunicera* (t.ex. öppet redovisa och diskutera osäkerheter, svårigheter och olika försök att hantera dem, liksom både goda och dåliga resultat vid internatdagar och telefonmöten)
8. *Designa interaktiva och engagerande programaktiviteter som underlättar lärande* (t.ex. interaktiva inslag med arbete i olika grupperingar vid möten)
9. *Engagera experter, utvärderare, mentorer och critical friends för att löpande ge feedback på satsningens upplägg och aktiviteter* (t.ex. mentorskap från internationell expert/forskare på stora förändringsprogram och Senior Advisory Board, en referensgrupp med äldre)
10. *Använda uppföljning, mätningar och feedbackstrukturer i kombination med belöning (positiv uppmärksamhet) och prestationsersättning* (t.ex. Kvalitetsportalens mätningar, instrument för mätningar och uppföljning t.ex. Webbkollen)

Dessa handlingsstrategier kunde kopplas till ett eller flera delmål, som när de påverkas positivt antas innebära att satsningens fem huvudmål bättre kan uppnås (enligt Perla et als 2013 modell). Delmålen (Intermediate goals se Figur 2) kan beskrivas som processmål och 11 sådana identifierades:

- a. Öka motivationen hos involverade och håll målbilden i sikte
- b. Behåll fokus på satsningens huvudsyfte
- c. Skapa synergieffekter och delade mentala modeller
- d. Underlätta införandet och utvecklingsarbetet i länen/regionerna

- e. Skapa förutsättningar för uthållighet i framgångsrika förbättringar/strukturer
- f. Skapa gemensamt lärande och en förståelse för många olika perspektiv
- g. Nå så många olika intressentgrupper som möjligt
- h. Följ upp och utvärdera strategier för att facilitera förändring samt satsningens effekter
- i. Organisera stöd och feedback till Bättre Livs (SKL) projektteam
- j. Skapa interaktivt lärande mellan involverade aktörer under och mellan möten
- k. Uppmärksamma och premiera aktivt agerande, utveckling och lärande på både programnivå och hos aktörer och personal ute i länen



Figur 2. Identifierade strategier som användes av projektteamet för Bättre Liv för att facilitera införande och förändring i linje med satsningens intentioner (källa: Nyström et al., 2014)

De strategier som använts i Bättre Liv-satsningen stämmer väl överens med samtliga faktorer som lyfts fram i Perla et als modell (2013) (Figur 1). Jämförelsen visar att man inom Bättre Liv-satsningen lyckats inkludera och operationalisera de centrala aspekter som tidigare forskning visat är betydelsefulla för att åstadkomma förändring i stor skala. Man har från projektteamets sida samtidigt hanterat många olika aktörer, en mängd aktiviteter och återkommande inbjudit till diskussion kring upplägg och strategier. Det interaktiva lärandet för alla inblandade har varit ett viktigt inslag liksom feedback och diskussioner kring indikatorer, mätningar och resultat, samt hur dessa kan tolkas. Värderingsfrågor och fokus på de äldres situation har lyfts fram med hjälp av enskilda berättelser, besök av äldre personer vid möten och filmer. Något som i mindre utsträckning diskuterades var vilka gemensamma processmål på länsnivå som kunde beskriva vägen mot målen inom de fem huvudområdena, dvs. vilka förutsättningar, strukturer och arbetssätt behövde utvecklas på olika nivåer i länen för att förbättra vården och omsorgen om de sjuka äldre.

Som ett försök att stötta de strategiska aktörerna inom Ledningskraft involverades de s.k. noderna – etablerade utvecklingsenheter i Skåne, Jönköping, Västerbotten, Kalmar och Västra Götaland. Kalmar och Västra Götaland var med en kortare tid. Denna satsning på strategiskt stöd till ledningskraftsteam och utvecklingsledare fick ordentligt genomslag endast i några län (t.ex. Västerbotten, Skåne, Jönköping, Sörmland) och då främst på utvecklingsledarnivå. Det fanns ett stort behov av processtöd för att utveckla former för att jobba strategiskt med satsningen i länen, speciellt initialt men även när Ledningskraft pågått ett tag, vilket uttrycktes i intervjuer med Ledningskraftsteam. En tolkning är dels att det generellt är svårt att ge denna typ av stöd som kräver en omfattande lägesöverblick, tid att etablera tillit, samt kompetens kring utvecklingsstöd till strategiska nivåer, dels att de regionala utvecklingscentra som deltog hade varierande erfarenhet av att stödja mixade ledningsnivåernas strategiska arbete. Det fanns dessutom många ledningskraftsteam i olika skeden av utveckling. Det stöd som dessa utvecklingscentra erbjöd handlade mer verksamhetsnära utveckling och stöd t.ex. utveckla webbsidan Förbättringskraft som innehåller en meny hel meny av länkar till strategier, koncept, tjänster, metoder, verktyg och hjälpmedel för arbetet med att förbättra arbetsprocesser och resultat i vård och omsorger (<http://plus.rjl.se/forbattringskraft>).

### **Hantering av privata aktörer**

För att nå de privata vårdgivarna på nationell nivå har projektteamet jobbat dels tillsammans med Famna, en riksorganisation som representerar de idéburna aktörerna och med Vårdföretagarna, den arbetsgivar- och branschorganisation som representerar de privata vinstdrivande vårdföretagen. De privata vårdgivarna har så långt som möjligt fått samma erbjudande som de offentliga. Vissa svårigheter att hitta kanaler in i de privata organisationerna på länsnivå beskrivs dock i intervjuer och även farhågor om att betydelsen av ekonomiska incitament har påverkat hur benägna de privata vårdgivarna varit att delta då prestationsersättningen gått till kommuner och landsting som sedan fått bestämma hur pengarna fördelas och används. Privata verksamheter beskrivs dock som lika aktiva och engagerade i arbetet med satsningen som offentligt drivna verksamheter, och visar liknande resultat, när de väl kommit in i satsningen.

Vid slutintervjuer med utvecklingsledare inom privat verksamhet beskrivs utvecklingsledarrollen som en samordnarroll för kontinuerlig utveckling. Framgångsfaktorer beskrivs i termer av nära kontakt med utförare och beslutsfattare, SKL och Socialdepartement och det tidiga valet att bygga kompetens i verksamheten där man jobbat tillsammans med medlemmarna för att hitta olika samarbetsformer för utvecklingsarbete. Ett viktigt perspektiv har varit att översätta satsningen så att den passat för vardagliga verksamheter och skapa förståelse för varför man ska vara med. En svårighet har varit de privata verksamheternas stora variation vad gäller organisatoriska nivåer, från små till stora organisationer. Värdet av en nationell satsning för att samla och engagera vårdaktörerna beskrivs som stort. En annan svårighet har varit avsaknaden av strukturer för ett naturligt samarbete mellan privat verksamhet och kommuner och landsting. Det nätverk där verksamheternas kvalitetsansvariga och chefer har träffats tillsammans med utvecklingsledare har underlättat och varit en avgörande kanal för förankring av sakfrågor och inriktning för satsningen. Utvecklingsledaren beskriver att Bättre Liv-satsningen haft stort genomslag på kompetensbyggandet lokalt såväl som i ledningssystemen. Man ser en långsiktighet inom satsningens intentioner, där bygget av kompetens i verksamheten är en viktig del och uttrycker att samverkan är svårt men att arbetet bara börjat och att det är nu utvecklingsarbetet tar fart.

---

## **VII. Läns/Regionnivå - Utvecklingsledarnas perspektiv**

---

Att bidra ekonomiskt så att länen kunde anställa regionala utvecklingsledare var en del av överenskommelsen mellan staten och SKL. Mellan länen varierade det hur snabbt utvecklingsledarna anställdes och var de placerades organisatoriskt. En majoritet av utvecklingsledarna som var aktiva

2014 hade en grundprofession som sjuksköterska eller distriktssjuksköterska (över 80 procent). Sjukgymnaster, arbetsterapeuter, beteendevetare, dietister och undersköterskor var i huvudsak de andra yrkesgrupper som fanns representerade. Sammanställningen av underlättande och försvårande omständigheter för att arbeta med satsningen på länsnivå baseras på en enkät som innehöll frågor med öppna svar som besvarades av utvecklingsledarna vid tre tillfällen (februari 2012, november 2012 och november 2013).

## **Beskrivning av utvecklingsprocessen 2012-2013**

### ***Underlättande faktorer***

Flera faktorer uppgavs ha underlättat utvecklingsledarnas arbete med Bättre Liv-satsningen. Den faktor som framhölls av flest var stödet från kolleger, både inom den egna organisationen och från nätverk med andra utvecklingsfunktioner inom länet och över länsgränser. Många tog även upp att positivt mottagande och engagemang ute i verksamheterna spelat stor roll för att underlätta arbetet med satsningen. Respondenterna uppgav också att stödet från nationellt håll var mycket viktigt för arbetet på länsnivå, särskilt det direkta stödet från projektteamet på SKL men också stöd från kvalitetsregistren och noderna, utvecklingsledarnätverket och det webbaserade projektforumet för utvecklingsledare (Project Place).

Underlättande faktorer som majoriteten lyfte fram, framför allt vid de senare mättillfällena, var också betydelsen av att chefer och ledare fått bättre insikt i och grepp om satsningen vilket innebar ett ökat engagemang från högre ledningsnivåer, förbättrade strukturer för ledning och samverkan samt ett bättre stöd till utvecklingsarbetet kring de mest sjuka äldre. Den egna kompetensen och erfarenheter samt sammansättningen av kompetenser bland utvecklingsledarna i länet framhölls också som faktorer som underlättat arbetet med satsningen.

### ***Försvårande faktorer***

Den första enkäten till utvecklingsledarna i februari 2012 genererade en lång och ganska spretig lista med faktorer som man upplevde hade försvårat arbetet med satsningen. Vid de två följande enkättillfällena var de upplevda hindren färre och mer samstämmiga.

I början lyfte många utvecklingsledare fram att informationen om satsningen uppfattades som osäker och föränderlig, att tempot var för högt och att förväntningarna på utvecklingsledarna var otydliga både från nationellt håll och i länet. Problem och oklarheter kring registrering av beslutsoförmögna, av dubbelregistrering samt otillräcklig kapacitet hos kvalitetsregistren lyftes fram av många vid de två första enkättillfällena, men nämndes endast av ett fåtal i enkäten som genomfördes i slutet av 2013.

En faktor som togs upp genomgående vid alla tre mättillfällena var svårigheter att skapa förståelse för satsningen och motivera chefer och personal. I enkätsvaren beskrevs att det fanns en "tröghet" i verksamheterna och att de hade svårt att se vinsterna med att registrera i kvalitetsregistren. Utvecklingsledarna beskrev att den pressade arbetssituationen som är vanlig i många verksamheter gjorde det svårt för personalen att hinna med att registrera, att få tid att delta i utbildningar etc. Ett annat hinder som nämndes var att det pågår många andra satsningar och projekt parallellt med Bättre Liv för sjuka äldre. Respondenterna beskrev att både mängden satsningar och bristen på samordning mellan dem ledde till konkurrens mellan de olika projekten.

Många utvecklingsledare beskrev också att faktumet att satsningen inte var tillräckligt förankrad bland chefer på verksamhetsnivå innebar att cheferna inte tog tillräckligt ansvar för att driva och stödja utvecklingsarbetet och skapa goda förutsättningar för förändring. I flera län rapporterades också bristande förståelse och intresse för satsningen på högre ledningsnivåer och hos politiker,

vilket i flera fall lett till att nödvändiga beslut dröjt och försvårat arbetet med satsningen, ur utvecklingsledarnas perspektiv.

## **Samlade erfarenheter från slutintervjuer med utvecklingsledare 2014**

Tjugotre intervjuer genomfördes med utvecklingsledare från 13 län under juni-augusti 2014 med fokus på att fånga deras erfarenheter av satsningen. Frågorna berörde sju områden: Bakgrundsfakta/roll-funktion; Genomförda interventioner; Organisation och arbete gentemot andra aktörer; Strategier inom regionen; Förutsättningar och strategier för förändring och lärande; Reaktionen på och resultat av satsningen och planering framåt.

Det första frågeområdet omfattade bakgrundsfakta och frågor kring *utvecklingsledarnas roll och funktion*. Utvecklingsledarna hade varierande yrkesbakgrund, med tyngdpunkt mot vårdprofessioner och de allra flesta hade en grundanställning kvar under perioden de arbetade inom Bättre Liv-satsningen. Utvecklingsledarna återfanns inom olika typer av regionala organisationer t.ex. regionala FoU-enheter, kommunförbund, regionförbund och andra centrumbildningar. Utvecklingsledarna beskrev att deras funktion och roll förändrats över tid, från ett fokus kring introduktion, utbildning och handledning kopplat till de olika register som varit knutna till satsningen, till att allt eftersom handla mer om förbättrings- och utvecklingsarbete, ledningsprocesser och chefsstöd. Större fokus lades också efter hand på analysarbete och reflektion kring insamlade data. En annan förändring som nämndes av utvecklingsledarna var att man gått från att arbeta ensam till att i större utsträckning arbeta i grupper och nätverk, både med andra utvecklingsledare och med andra aktörer. Uppdraget som utvecklingsledare har också växt innehållsligt över tid.

På frågan om *framgångsfaktorer i rollen som utvecklingsledare* lyfte man fram att egna kontaktnät och kännedom om de verksamheter man arbetar med fungerat som "dörröppnare". Andra viktiga faktorer som lyftes fram var roll, mandat och förtroende. Även personliga egenskaper och förmågor nämndes i sammanhanget, som samarbetsförmåga, envishet och bemötande. Andra framgångsfaktorer var det nationella nätverket av utvecklingsledare och Ledningskraft.

Nästa område handlade om *genomförda interventioner* och inleddes med en fråga hur man uppfattat syftet med Bättre Liv-satsningen och vad som skulle uppnås. Förutom att satsningens syfte varit en långsiktig förbättring för de mest sjuka äldre lyftes många andra aspekter. Samverkan mellan huvudmännen sågs som nödvändigt för att nå syftet, likaså metoder som bygger på evidens och register som verktyg. Andra syften som lyftes fram var att patienten och omsorgstagaren sätts i centrum och att samordning skapar en helhet kring individen. Därutöver nämndes satsningen som en ögonöppnare för allmänheten och en möjlighet att skapa jämlik vård och omsorg. Att skapa god kvalitet och underlätta tillgänglighet, förändra arbetssätt och förbättra i verksamheterna var andra syften som nämndes.

En stor bredd synliggjordes i svaren på frågan kring *vad man i huvudsak fokuserat på inom länen i anslutning till Bättre Liv-satsningen*. Det handlade om former och strukturer för samverkan, utbildning och introduktion till registren men också om utvecklings- och förbättringsarbete, kompetensbygge, chefs- och ledarstöd och utbildning. Alla fem målområdena lyftes fram, men också specifika interventioner och aktiviteter som skapats i samband med eller som en följd av satsningen. Huvudparten av svaren på frågan om strategier för att *anpassa satsningen till länens förutsättningar* pekade på behovet av lyhördhet för och anpassning till lokala verksamheters behov och förutsättningar. Anpassningar med hänsyn till gränssnitt och samverkan mellan huvudmän poängterades, men även t.ex. geografiska avstånd och kommuners storlek.

Hur hade man då *organiserat sig och hur arbetade utvecklingsledarna gentemot andra aktörer*? De intervjuade tillfrågades om hur stödstrukturen för Bättre Liv såg ut i länet. Svaren innehöll en mycket stor variation, dels i hur väl utvecklingsledarna kunde beskriva aktuell stödstruktur, dels i vad denna i



så fall innehöll. Exempel på identifierade stödstrukturer var grupperingar av olika slag, för några handlade det om redan befintliga organisatoriska strukturer eller nätverk som fungerade som stödstruktur, för andra byggdes helt nya strukturer eller så beskrevs omgrupperingar av delar av befintliga strukturer. Lokala och länstäckande ledningskraftsteam beskrevs också som stödstrukturer, men inte i lika stor utsträckning som andra typer av grupperingar. I några fall nämndes också samverkan med SKL och satsningens noder som stödstrukturer.

Beskrivningen av *arbetet gentemot privata vårdgivare* gav en tudelad bild. I stort sett alla utvecklingsledare uppgav att de behandlat dessa på samma sätt som kommun- och landstingsdrivna vård- och omsorgsgivare när det gällde information och möjligheter. Där de privata aktörerna varit aktiva och intresserade fanns de också representerade i olika slags nätverk, ledningsgrupperingar och liknande och de beskrevs som framåt och drivande. De privata aktörer som inte visat något intresse för satsningen fanns inte med i gemensamma grupperingar. Utvecklingsledarna angav svårigheter att hitta organisatoriska ingångar och ledningsfunktioner att förankra hos som förklaringar till att vissa privata aktörer fortfarande står utanför satsningen. Även frågor om betydelsen av ekonomiska incitament och system lyftes.

På frågan om vilka *strategier som använts för att nå ut med Bättre Liv-satsningen* så beskrevs kommunikationsvägar som nyhetsbrev, hemsidor och Facebook-sidor som förstärkts av involverade kommunikatörer, samordnare och andra koordinatörer i kommuner och landsting. Befintliga strukturer, grupper, nätverk och mötesplatser har använts och man har strävat efter kontakt och dialog anpassad efter mottagare, deltagare och nivåer. De *viktigaste förutsättningarna för att kunna bedriva ett framgångsrikt arbete med Bättre Liv i länet* beskrevs nästan uteslutande i termer av ledningsperspektiv, vikten av ledningsstöd, mandat och väl fungerande samarbete och kommunikation på alla organisatoriska nivåer. De största *hindren* upplevdes vara samman med de lokala verksamheternas förutsättningar och utmaningen i och motstånd till förändring. *Underlättande faktorer* identifierades i det korta perspektivet vara prestationsersättningen medan det i ett längre perspektiv handlade mer om huruvida verksamheten förstått nyttan med satsningens interventioner vilket motiverat till vidare arbete.

Ett frågeområde behandlade *förutsättningar för förändring och lärande*, där utvecklingsledarnas roll i förhållande till olika nyckelpersoner som politiker och chefer lyftes. De allra flesta utvecklingsledare sa sig inte ha någon kontakt med politiker. Rollen i förhållande till chefer handlade i stort om chefsstöd som utbildning och coaching. Relativt få utvecklingsledare sa sig vara medlemmar av ett ledningskraftsteam. Arbetet i förhållande till ledningskraftsteamet handlade mycket ofta om att man bjudits in till ledningskraftsteamets möten för att presentera resultat eller bidra till presentationer vid nationella mötesplatser. Exempel fanns dock där utvecklingsledare ingick som ordinarie medlem i ledningskraftsteam och rollen där beskrevs som mer aktiv och samordnande, ibland nästan drivande. Frågan om vilket stöd utvecklingsledarna fått av ledningskraftsteamet besvarades i huvudsak med att man inte fått stöd, utan att man istället upplever att man stöttat ledningskraftsteamet. Undantag fanns dock där man upplevde ett mycket gott stöd från länets ledningskraftsteam.

Reaktioner och resultat kring satsningens målområden belystes också i intervjuerna. Frågor kring vad man *lyckats bäst med att uppnå inom målområdena* tydde på att läkemedelsområdet ofta nämndes om något man lyckats med, men där man också indikerade att detta redan var ett pågående utvecklingsområde. Bland de *målområden man inte lyckats lika väl med* lyftes främst Senior Alert, och SveDem. Primärvård och slutenvård angavs också som svårarbetade miljöer. Stor enighet rådde kring frågan om *Bättre Liv-satsningens betydelse för resultaten inom målområdena*. Satsningen sågs som helt avgörande för uppnådda resultat och det påpekades att om målen eventuellt skulle uppnåtts utan hjälp från satsningen skulle detta tagit mycket längre tid och varit svårare att åstadkomma på bred front i länet. Intervjun avslutades med frågor kring *planeringen framåt*. Många uttryckte att det i länen finns ett intresse för att arbeta vidare i satsningens fotspår men fortfarande finns stor osäkerhet kring organisatoriska och ekonomiska lösningar. Vissa län hade konkreta planer

på hur man vill arbeta vidare medan andra helt saknade kända planer. De allra flesta intervjusvar andades osäkerhet, åtminstone i ett längre perspektiv. En mer konkret fråga kring framtidsutsikterna för utvecklingsledarfunktionen efter den nationella satsningens slut visade samma mönster. Många utvecklingsledare upplevde stor osäkerhet om ifall den funktion man haft kommer att finnas i framtiden, och många var också på väg till andra uppdrag. Man uttryckte dock att man såg ett stort behov av den egna funktionen för att stödja fortsatt utveckling. Bilden av framtiden för ledningskraftsteamerna verkade tydligare. Många uppgav att teamen kommer att upplösas eller gå tillbaka till de befintliga strukturerna där de lyfts ut från tidigare. Användningen av de olika stödsystem som knutits till satsningen, som kvalitetsregistren, kvalitetsportalen och Webbkollen, bedömdes av många kunna fortsätta efter satsningens avslut, medan andra var mer tveksamma till om arbetet med dessa system är hållbart. En återkommande bedömning var att där verksamheterna hunnit arbeta fram en förståelse för nyttan i arbetsätten är också möjligheten större att man fortsätter använda systemen. Samma bedömning gjordes för den mängd av andra arbetsätt som utvecklats i olika län i samband med Bättre Liv-satsningen, t.ex. rutiner för utskrivning från sjukhus och modeller för hemsjukvård. Dessa arbetsätt är väl förankrade och lokalt utvecklade och bedömdes därför ha livskraft även utanför satsningen.

När de intervjuade tillfrågades om det fanns något ytterligare de ville förmedla poängterade många glädjen och förmånen att ha fått arbeta i Bättre Liv-satsningen. Man bedömde satsningen som unik, utvecklingsledarfunktionen som värdefull och SKL:s projektteam som helhjärtat engagerade och tillgängliga. Man betonade också att den kompetens som byggts upp, bland annat hos utvecklingsledarfunktionerna och i nätverken är något att värna om för framtiden. Man kommenterade också att man hade önskat att Ledningskraft kommit till tidigare i satsningen.

---

## VIII. Läns/Regionnivå – Ledningskraftsteamens perspektiv

---

Nedan beskrivs först ledningskraftsteamens erfarenheter under processens gång och avslutningsvis summeras de erfarenheter av hela satsningen som framkom i slutintervjuer genomförda i juni-aug 2014.

### **Beskrivning av utvecklingsprocessen 2012-2013**

Ledningskraftssatsningen startade våren 2012. Den tillkom bl.a. för att utvecklingsledarna signalerade svårigheter att få gehör och stöd för sitt arbete ute i länen från ledningsnivåerna. Sammanfattningen nedan baseras en enkät som delades ut till samtliga deltagare vid de regionala mötesplatserna hösten 2012 (mötesplats 3) samt två omgångar av intervjuer med minst två ledningskraftsrepresentanter från varje län som genomfördes hösten 2012 respektive sommaren 2013.

#### ***Underlättande faktorer***

En underlättande faktor som lyftes fram i minst hälften av alla län var faciliterande aktörer och funktioner, framför allt utvecklingsledare, SKL:s satsning på Ledningskraft och noderna. Utvecklingsledarna beskrevs som "kittet" i lärens arbete kring de mest sjuka äldre och de som "fick saker och ting att hända". Informationsmaterial och verktyg från SKL och Ledningskraft samt projektteamets sätt att driva på och efterfråga resultat från länen uppgavs ha varit av stor betydelse för att underlätta lärens arbete med att nå målen.

Fokus på att mäta och följa sina egna resultat samt att kunna jämföra med andra län togs upp i nästan hälften av länen. Kvalitetsportalen och kvalitetsregistren beskrevs som viktiga verktyg i detta arbete och att få statistik serverad via dessa kanaler har varit centralt för att underlätta arbetet med satsningen.

Organisation och strukturer för samverkan i länet var ytterligare en faktor som uppgavs ha underlättat arbetet kring Bättre liv-satsningen. Hälften av länen som tog upp denna faktor beskrev att de strukturer som byggdes upp i och med Bättre Liv-satsningen underlättade arbetet med äldrefrågorna i större utsträckning än tidigare samverkansmodeller. Den andra hälften lyfte fram att de strukturer för samverkan som man hade sedan tidigare utgjorde goda förutsättningar för att arbeta mot målen i överenskommelsen. I intervjuerna framkom både exempel på hur län framgångsrikt lyckats "jacka in" ledningskraftsteam i sin befintliga samverkansstruktur, och andra exempel på hur vissa län snarare uppfattat Ledningskraft och uppmaningen att bilda ledningskraftsteam som ett störmoment relativt sin organisation och samverkansstruktur.

Möjligheten till plattformar för möten och kommunikation framhölls också som faktorer som underlättat arbetet. Här nämndes såväl mötesplatser på nationell nivå (mötesplatserna inom Ledningskraft, SKL:s nätverk för utvecklingsledare och analysansvariga) som forum på länsnivå, både konstellationer som fanns sedan tidigare och som börjat användas på nya sätt för äldrefrågor eller nya forum som etablerats i och med Bättre liv-satsningen och Ledningskraft.

En underlättande faktor som lyftes fram i intervjuerna var att det funnits pengar avsatta för utveckling i överenskommelsen (t.ex. för finansiering av utvecklingsledare). Ytterligare en viktig underlättande omständighet som nämndes var uppmärksamheten kring målgruppen de mest sjuka äldre som den Bättre liv inneburit. Överenskommelsen med de grundläggande kraven på en struktur för ledning i samverkan och en gemensam handlingsplan samt indikatorerna beskrevs ha underlättat att hålla fokus och kraftsamla i arbetet med de fem huvudområdena.

### ***Försvårande faktorer***

I många län beskrevs svårigheter att nå ut och skapa förståelse och engagemang för Bättre liv i verksamheterna. Exempel på orsaker var hög arbetsbelastning och andra konkurrerande projekt och satsningar och brist på samordning av dessa (bland annat på nationellt nivå, från SKL:s sida). I några län rapporterades även problem med att få gehör hos politiker och högre tjänstemän vilket gjorde det svårt att förankra Bättre liv även på lägre nivåer. Upplevelsen av att satsningen inneburit styrning från staten och SKL på en alltför detaljerad nivå togs upp i flera län.

I storstadslänen beskrevs att man haft problem med att organisera arbetet enligt upplägget i Ledningskraft, dvs. att sätta samman team med representanter från kommunal vård och omsorg, slutenvård och primärvård med tillräckligt starka och "breda" mandat för att få hävkraft i teamets arbete. "Kulturskillnader" och brist på samsyn både mellan olika huvudmän eller organisationer och mellan kommuner och länsdelar var ytterligare en faktor som uppgavs ha försvårat arbetet med att nå målen i överenskommelsen.

En annan försvårande faktor som lyftes fram i intervjuerna och enkäten var det sätt som vissa län hanterat prestationsersättningen. I vissa län beskrev respondenterna att reglerna kring hur och inom vilka tidsramar prestationsersättningen kunde disponeras inneburit att pengarna inte kunnat användas på ett konstruktivt sätt. Vissa uppgav att svårigheter med att få fram utdata på lämplig detaljnivå hade sinkat utvecklings- och analysarbetet.

### ***Regionala stödstrukturer - Stöd via utvecklingsledare***

I intervjuerna beskrevs att utvecklingsledarnas roll främst inneburit att operativt stödja verksamheternas arbete med kvalitetsregistren men även att tillhandahålla resultat från registren som underlag till ledningskraftsteamerna. I några län har utvecklingsledare haft en central samordnande och sammankallande funktion i teamet. I andra län rapporterades att utvecklingsledare inte ingick som ordinarie medlemmar i teamen, men att de deltog och rapporterade vid ledningskraftsteamens möten, antingen regelbundet eller vid behov. I några

intervjuer nämndes också att utvecklingsledarna har fungerat som en viktig länk till SKL, främst via utvecklingsledarnätverket.

### ***Nationella stödstrukturer - Stöd från nationella utvecklingscentra, s.k. noder.***

I samband med lanseringen av Ledningskrafts 2012 engagerades även ett antal nationella, landstingskopplade utvecklingscentrum ("noder") som en stödfunktion till de nybildade ledningskraftsteamerna i länen. Tanken var att noderna skulle kunna stödja arbetet med Bättre livsatsningen i länen och ha en coachande funktion för ledningskraftsteamerna. Under 2012 och 2013 uppgav ungefär en tredjedel av länen att noder hade varit involverade i och stöttat länets arbete med Bättre Livsatsningen på olika sätt. En tredjedel rapporterade att de haft kontakt med någon nod men inte haft stöd i någon större omfattning. Ytterligare en tredjedel av länen hade inte tagit hjälp av någon nod i sitt arbete. Kommentarer i de län som inte involverat någon nod handlade bland annat om att ledningskraftsteamerna inte sett behov av externt stöd eftersom mycket kompetens fanns inom teamet, men några uttryckte att de inte fått gehör för sina behov i kontakt med noden. De hade önskat stöd som var mer anpassat utifrån den aktuella situationen i länet för att skapa väl fungerande ledningskraftsteam och få kraft och struktur i det egna ledningskraftsarbetet. Av de län som involverat någon nod var det endast ett fåtal som haft stöd i arbetet på strategisk nivå, dvs. där noden fungerat som stöd till ledningskraftsteam. I övrigt beskrevs att nodstödet främst bestått av samarbete med utvecklingsledare och insatser riktade mot verksamhetsnivå (t.ex. föreläsningar, metodstöd, arbetsmaterial och utbildningar). Representanterna för ledningskraftsteam som intervjuades svarade utifrån sin egen kännedom om aktiviteterna i länet och några uttryckte förbehållet att det kan ha förekommit samarbete med noder genom andra teammedlemmar eller utvecklingsledare som de inte kände till.

### ***Lärande under satsningen gång***

Enligt respondenterna har satsningen Bättre liv för sjuka äldre bidragit till ökad kunskap om utvecklingsprocesser hos medlemmar i länens ledningskraftsteam. Respondenterna uppgav att de lärt sig mer om förändrings- och förbättringsarbete och fått en ökad förståelse, eller fått befintlig kunskap bekräftad, om att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är ett komplext område. Andra lärdomar som framhölls var ökad helhetssyn på problemen kring vården och omsorgen av de mest sjuka äldre och på behovet av samverkan mellan olika aktörer. Många beskrev också ett lärande om hur andra verksamheter fungerar och om deras förutsättningar, t.ex. ökad kunskap om och förståelse för hur kommunen eller primärvården jobbar med patientgruppen mest sjuka äldre. Mötesplatserna i Ledningskraft uppgavs ha varit viktiga för att skapa engagemang och delaktighet, erfarenhetsutbyte och lärande och som inspiration till arbetet hemma i länen. Många respondenter uppgav att de har blivit ännu mer medvetna om vikten av att jobba systematiskt med att sätta mål, mäta och följa upp och att använda resultaten. Ökad förståelse för ledarskapets betydelse i förändringsarbete var ytterligare en lärdom som togs upp.

Som svar på frågan *På vilket sätt bidrar dessa lärdomar till att ni uppnår era resultat inom Bättre Livsatsningen?* beskrevs både en ökning och en förbättring av samverkan mellan organisationer och huvudmän. Svaren visade också att erfarenheterna från Ledningskraft haft effekter på kommunikationen kring frågor på äldreområdet, exempelvis att man på ledningsnivå pratar mer med varandra över organisationsgränser och geografiska gränser, planerar och arbetar tillsammans med kommuner ut i länet. Många beskrev försök att tillämpa kunskaper om förändrings- och förbättringsarbete som erhållits till exempel genom Ledningskraft och att man lägger större vikt vid att sätta gemensamma mål i länet.

Ytterligare en punkt som lyftes fram var att Ledningskraft har bidragit till att sätta fokus på äldreområdet i allmänhet och de mest sjuka äldre i synnerhet, att äldrefrågorna nu har "kommit upp på agendan" i länet, på alla nivåer och att det skapar engagemang, delaktighet och drivkraft i arbetet.

## **De viktigaste stödfaktorerna för länens arbete med Bättre Liv**

På frågan kring vilka aspekter inom Bättre Liv-satsningen som varit viktigast för att stödja arbetet i länet så här långt svarade majoriteten att Ledningskraftssatsningen med de nationella mötesplatserna varit viktigast för att stödja arbetet i länet. Man uppgav att mötesplatserna har gett inspiration och varit viktiga för att få nyckelpersoner i länet att avsätta tid för gemensamt arbete och erfarenhetsutbyte. Förväntningarna på redovisning av länets resultat på mötesplatserna beskrevs som något som hade drivit på arbetet på hemmaplan. Knappt hälften av länen framhöll utdataportalen som ett viktigt stöd för arbetet på länsnivå. Att enkelt och på egen hand kunna ta del av det egna länets aktuella mätresultat beskrevs som en förutsättning för att få förståelse för problemen, kunna sätta mål samt utforma och rikta åtgärder. Möjligheten att även se andra läns resultat beskrevs av några som en sporre i arbetet.

Direktkontakter med projektteamet på SKL beskrevs som ett viktigt stöd för arbetet med Bättre Liv-satsningen. Huvud- och delprojektledare och övriga i projektteamet på SKL beskrevs som mycket tillgängliga och lyhörda för länens behov, och att det var lätt att få kontakt. Fysiska besök i länen, videomöten och andra aktiviteter som var riktade direkt till länet var mycket uppskattade.

Några län lyfte fram betydelsen av att Bättre Liv har varit en gemensam, nationell satsning med tydliga signaler från både staten och SKL att äldreområdet och förändringsarbetet är viktigt. Det skapar uppmärksamhet och ger tyngd åt frågorna, vilket underlättar förankringsarbetet inom länen.

Andra aspekter som nämndes och som uppgavs ha utgjort viktigt stöd var material på SKL:s webbplats (filmer, arbetsmaterial, informationsblad etc.), utvecklingsledare och noder samt SKL:s nätverk för utvecklingsledare och analysansvariga.

## **Samlade erfarenheter från slutintervjuer med ledningskraftsteam 2014**

Trettioen intervjuer med fokus på att fånga erfarenheter av Bättre Liv genomfördes med medlemmar i ledningskraftsteam från alla län under juni-augusti 2014. Frågorna berörde sex områden: Organisation, aktiviteter, arbetssätt; Arbete med privata aktörer; Effekter av satsningen; Hinder/Underlättare för arbetet med satsningen; Stöd och lärande; och Planeringen framåt.

Det första frågeområdet omfattade frågor kring eventuella förändringar i hur arbetet med Ledningskraft *organiserats* och viktiga *aktiviteter* och *arbetssätt* som varit aktuella. Genomgående beskrevs förändringar i ledningskraftsteams sammansättning för att få bättre representation och större aktivitet. Förändringar som genomförts i syfte att anpassa ledningskraftsarbetet till befintliga ledningsstrukturer beskrevs också. Bland viktiga aktiviteter återkom samarbetet och dialogen mellan huvudmän och ett fokus på chefer. Man beskrev också sökandet efter former för både arbete och mötesplatser i regionerna. Fokus på sammanhållen vård betonades. Ledningskraftsteams beskrivning av hur de arbetat med utvecklingsledarna gav två bilder, dels att utvecklingsledare aktivt arbetat tillsammans med teamet t.ex. i arbetet med handlingsplaner, dels att utvecklingsledare deltagit i möten som rapportörer och informationslämnare. Man tillfrågades också om sitt arbete med noderna och de allra flesta har ingen eller mycket liten erfarenhet av det, med några få undantag. För arbetet tillsammans med analysfunktionen gavs också olika beskrivningar. Resurser på landstingen har ofta agerat analysfunktion, och i vissa fall har nya grupperingar av aktörer tillsammans bildat analysfunktion. Några regioner har själva tagit fram verktyg och webbaserade gränssnitt för att kunna presentera regionanpassad information från kvalitetsportalen. En viss osäkerhet och otydlighet om ledningskraftsteams roll i sammanhanget och om hur hållbart detta arbete är framkom.

Frågeområde två handlade om *arbetet gentemot privata aktörer*. Här presenterades hela skalan från att ledningskraftsrepresentanter i några enstaka län uppgav att man inte alls fokuserat på de privata aktörerna till att man arbetat på samma sätt på alla nivåer och i samma utsträckning som med

offentliga aktörer. Det som beskrivs som problematiskt har varit att hitta kanaler och vägar in i privat verksamhet som inte har samma struktur, kontaktvägar och mötesplatser som de offentliga aktörerna. Och särskilt svårt beskrivs arbetet med primärvården ha varit.

Frågeområde tre berörde olika *effekter av Bättre Liv*. På frågan om vad som är det viktigaste som åstadkommit i länen gavs en enig och samlad bild. Det handlar om samverkan, samordning och samsyn. Man beskrev mötesplatser och gemensamma målsättningar och utvecklingen av ett mer strukturerat och systematiskt sätt att arbeta för att nå gemensamma perspektiv. Man beskrev också att äldreområdet nu satts i centrum och att man ser en kultur- och attitydförändring där nya frågor synliggjorts genom satsningen. Hur ledningskraftskonceptet fungerat och tillämpats skiljer sig åt över landet. Svårigheter har funnits både när det gäller representation från små kommuner eller stora områden, men också att skapa helhetsgrepp i större regioner med många aktörer. Många sa sig ha anpassat konceptet efter egna förutsättningar och idéer men också i samklang med befintliga strukturer. Mandatfrågan och representation lyftes som väsentlig för teamens arbete, t.ex. när det gäller att nå kommuner eller verksamheter som saknar representation i teamet eller teamen. Något som beskrevs som försvårande var större organisationsförändringar som förändrat förutsättningar och flyttat fokus från satsningen. På frågan om hur man använt prestationsersättningen präglades många svar av osäkerhet kring vad pengarna egentligen använts till och uttrycket "det svarta hålet" återkom i flera län. Å andra sidan angav många att man på olika sätt försökt styra hur pengarna skulle användas och av vem, för att försäkra sig om att de skulle gå till utvecklingsarbete, utbildning och registreringsarbete.

Det fjärde frågeområdet handlade om vad man såg som *underlättande respektive hindrande faktorer* för arbetet med Bättre Liv. Det som lyftes fram som underlättande faktorer handlar om tillskott av resurser genom överenskommelsen, för att bedriva och stödja utvecklingsarbete. Den nationella satsningens stöd och krav har inneburit en hjälp att hålla fokus och att själva kunna ställa krav på verksamheter i länet. Krav i överenskommelsen lyftes också som en underlättande faktor generellt, liksom möjligheten till jämförelser och uppföljning av resultat, t.ex. via Kvalitetsportalen och registren. De gemensamma regionala och nationella mötesplatserna, att planering och ansvar nått högsta nivå och en användning av befintliga och fungerande strukturer var andra underlättande faktorer som underströks. Hindrande faktorer som lyftes fram handlade om organisationsförändringar av olika slag, om brister gällande representation och mandat och låsta positioner mellan huvudmännen. Annat som framhölls var svårigheten att vara beroende av många olika aktörer och organisatoriska nivåer. Man såg också att det skapats parallella processer och man beförde undanträngningseffekter och prioriteringssvårigheter i förhållande till andra satsningar och stora verksamhetsfrågor.

Frågeområde fem gällde *stöd och lärande*. Flera viktiga aspekter för stödet till Ledningskraftsteamerna och Bättre Liv nämndes i intervjuerna, såsom krav på och möjlighet att mäta, analysera, återrapportera och jämföra resultat; att man fått kunskap om förbättringsarbete; prioriteringen av områden att arbeta med och den starka nationella signalen om detta. Andra aspekter som poängterades var stödet från projektledningen vid SKL och de mötesplatser som anordnats, men även prestationsersättningen ansågs viktig. Många olika lärdomar inför utformning och ledning av kommande satsningar lyftes fram. Värdet av en nationell satsning som tar ett större grepp och pågår över en längre tid ses som något att värna för kommande satsningar. Man poängterade dock vikten av att ännu mera ta hänsyn till de lokala och regionala skillnader när det gäller förutsättningar som finns. Även en större samordning av olika nationella satsningar från olika aktörer efterlystes, och en bättre framförhållning för att möjliggöra regional och lokal planering. Mötesplatserna som anordnats nationellt har upplevts positivt men innehållet och tidsanvändningen kan diskuteras. Fler regionala mötesplatser (istället för nationella) och att SKL:s projektteam i större utsträckning besöker regionerna lyftes fram som framtida möjligheter till stöd. Möjligheter och svårigheter med prestationsersättningen togs också upp, där dess funktion som drivkraft framhölls, men också att det

är ett starkt styrmedel som riskerar att tränga undan andra perspektiv. Annat som önskades för framtida satsningar är ökat stöd till chefsnivåer och fokus på mandatfrågan för ledningskraftsteamerna.

Det sista frågeområdet handlade om *planering och förutsättningar för framtiden*. Några svarade att planeringen inte är klar, medan många pekade på att man nu väver in satsningens fokus och former i befintliga strukturer, handlingsplaner samt att samverkan och uppföljning ska fortsätta. De allra flesta beskrev ett fortsatt regionalt perspektiv medan några menade att tyngdpunkten nu ligger på lokal nivå. En oro för hur de mindre kommunerna, med begränsade resurser för utvecklingsarbete, ska klara att arbeta vidare lyftes också. På frågan om framtidsutsikterna för utvecklingsledarfunktionen svarade många att detta ännu inte är klart och att det i många fall finns en osäkerhet om finansiering. Många andra uppgav att utvecklingsledare kommer att finnas kvar under 2015, men vara färre till antalet. Andra beskrev att utvecklingsledarfunktionen läggs ut på andra funktioner eller byggs in i befintliga strukturer. Frågan ställdes också om framtiden för ledningskraftsteamerna och där fördelade sig svaren över tre alternativ, 1) en del visste ännu inte eller hade inte diskuterat detta, 2) en del planerar att forma om teamen, och ytterligare en del beskriver att 3) ledningskraftsarbetet nu går in i befintliga strukturer. Framtiden för analysfunktionen beskrevs av många som oklar, eller att den kan finnas kvar under 2015. Många andra uppgav dock att analysfunktionen redan finns etablerad på olika sätt i organisationerna och att det kommer att fortsätta så. Framtiden för kvalitetsregistren beskrevs i relativt hoppfulla ordalag där man ändå tror att arbetet, framför allt med vissa register, kommer att leva kvar. När det gäller Kvalitetsportalen var många positiva till möjligheterna till fortsatt användning, men framhöll samtidigt att det då krävs att den fungerar väl och utvecklas vidare. Bilden för Webb-kollen är mer splittrad där några var mycket positiva till framtida användning medan många inte alls kommit igång ännu. För andra arbetssätt och koncept som utvecklats under satsningen gavs många exempel på strukturer och arbetssätt som man tror kommer att leva kvar efter Bättre Liv-satsningens avslut.

---

## IX. Lokala nivåer – Perspektiv från tre län

---

Fördjupad datainsamling har genomförts i tre län/regioner – Sörmland, Västerbotten och Västra Götaland. Dessa valdes ut för att ge inblick i variationen av förutsättningar för genomförandet av Bättre Liv-satsningen. Resultat i form av grafer för de indikatorerna som legat till grund för prestationsersättning för dessa tre län/regioner är hämtade från Kvalitetsportalen (<http://www.kvalitetsportal.se/> 2014-12-08) och återfinns i Appendix 1-3. Analyser och resultat som mer ingående beskriver implementeringsprocessen i de tre länen kommer att redovisas i en vetenskaplig artikel som utarbetas under 2015-2016.

### Sörmlands län

Sörmland är ett mellanstort län sett till invånarantalet (ca 280 000). Det omfattar ett landsting och nio kommuner där den största kommunen (Eskilstuna) har ca 100 000 invånare och den minsta (Vingåker) ca 9000. Större delen av befolkningen bor i tätorter. I landstinget finns tre somatiska sjukhus och ett specialistsjukhus för rättspsykiatrisk vård samt 26 vårdcentraler varav nio drivs i privat regi. Kommunerna ansvarar för hemsjukvården sedan den 1 januari 2010. I Sörmland finns sedan 2005 en närvårdsorganisation med en struktur för organiserad samverkan mellan kommuner och landsting. Det finns arenor för länsövergripande samverkan på äldreområdet på politisk nivå (läns-gemensam nämnd), tjänstemannanivå (länsstyrgrupp) samt lokala organisationer för samverkan i de tre länsdelarna (äldregrupper). I varje länsdel finns dessutom närvårdscoordinatorer som har till uppgift att stödja det lokala närvårdsarbetet. Denna samverkansstruktur har utgjort utgångspunkten i länets arbete med Bättre Liv och ambitionen har varit att anpassa satsningen till befintliga strukturer.

Inom ramen för Bättre Liv-satsningen anställdes tre utvecklingsledare under hösten 2010. De placerades på FoU Sörmland, som är en läns gemensam resurs med uppdrag att stärka regionala strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Sörmland. Arbetet fördelades så att utvecklingsledarna ansvarade för implementeringen av Bättre Liv-satsningen i varsin länsdel. Länets plattformsledare (en regional funktion inom satsningen Evidensbaserad praktik) utgjorde länken mellan utvecklingsledarna och den läns gemensamma styrgruppen, som var den instans som beslutade om utvecklingsledarnas mandat och handlingsplan. Inledningsvis fanns vissa oklarheter i utvecklingsledarnas mandat och i rollfördelningen mellan utvecklingsledarna och närvårdscoordinatorerna, vilket ledde till att arbetet med att implementera kvalitetsregister gick trögt i början. Från 2012 beslutades dock att utvecklingsledarna skulle ingå i de lokala samverkansgrupperna (äldregrupper) och det innebar att de fick bättre möjligheter att nå ut och stödja verksamheterna. År 2014 beskrivs utvecklingsledarna som nyckelpersoner i dessa grupperingar.

När Ledningskraft startade 2012 skapades fyra Ledningskraftsteam, ett i varje länsdel samt ett länsövergripande team. Medlemmarna plockades ur länets samverkansstruktur på lokal och regional nivå. Avsikten var dock att inte bygga upp någon parallell organisation, utan teamen sattes samman främst för att svara mot SKL:s nationella initiativ. Teamen har deltagit vid Ledningskrafts mötesplatser och det har inneburit "extra kunskap och inspiration" för teammedlemmarna, men arbetet på hemmaplan har främst bedrivits inom den ordinarie strukturen.

Utöver många aktiviteter kopplade till implementering av kvalitetsregister har man i Sörmland satsat särskilt på några saker, bl.a. en utbildning för ledare om förbättringsarbete som utformats i samarbete med noden i Västerbottens läns landsting (Memeologen). En omfattande satsning på utbildning om munhälsobedömningar har också genomförts. I Appendix 1 redovisas Sörmlands läns mätningar av indikatorer inom de fem målområdena 2011-2014.

## **Västerbottens län**

Västerbotten är ett mellanstort län med avseende på antalet invånare (ca 260 000) men till ytan är det Sveriges näst största, vilket innebär stora geografiska avstånd. Länet omfattar ett landsting och 15 kommuner, varav tolv är glesbefolkade och har färre än 10 000 invånare. Det finns tre sjukhus, 32 hälsocentraler som drivs av landstinget och sex privata hälsocentraler. Kommunerna ansvarar från och med september 2013 för hemsjukvården i länet.

År 2011 startades FoU Västerbotten, numera FoU Välfärd, en kommun- och landstingsgemensam stödresurs för strategiskt och långsiktigt förbättringsarbete. Inrättandet av FoU Välfärd var ett resultat av de senaste årens satsningar från staten och SKL på att utveckla en regional stödstruktur för evidensbaserad praktik. Inom ramen för Bättre Liv-satsningen anställdes utvecklingsledare vid det nybildade FoU Välfärd för att arbeta med att stödja implementeringen av de kvalitetsregister som ingick i Bättre Liv-satsningen i kommunerna. En särskild registersamordnare/utvecklingsledare fanns redan för att stödja implementering av kvalitetsregister inom landstinget.

I samband med att Ledningskraftssatsningen startade 2012 sattes ett läns gemensamt ledningskraftsteam samman i Västerbotten. I teamet ingick representanter från fyra av kommunerna, landstinget samt FoU Välfärd. Utmaningar som funnits med hela tiden har varit att nå ut med Bättre Liv i de kommuner som inte är representerade i ledningskraftsteamet (främst glesbygdskommuner) och att försöka engagera representanter från dessa kommuner för att underlätta arbetet. Till det politiska samverkansorganet på länsnivå i Västerbotten (AC Konsensus) finns två beredningsgrupper, varav den ena (läns samordningsgruppen, LSG) hanterar frågor som kräver gemensamma lösningar mellan Socialtjänsten och verksamheter i landstinget. Under satsningens gång etablerades Ledningskraftsteamet som en specialiserad beredningsgrupp till LSG. Efterhand som samarbetet mellan ledningskraftsteam och utvecklingsledare tog form kom teamet att fungera som



uppdragsgivare för utvecklingsledarna, med utgångspunkt i den läns gemensamma handlingsplanen. Länkarna mellan utvecklingsledarna och ledningskraftsteamet har främst utgjorts av teamets samordnare och chefen för FoU Välfärd, som också ingått i teamet. Noden i Västerbottens läns landsting (Memeologen) har kopplats till ledningskraftsteamet och utvecklingsledarna som stödfunktion.

I Västerbotten har man sedan 2013 med utgångspunkt i arbetet med Bättre Liv-satsningen bl.a. satsat särskilt på en årlig, relativt omfattande, veckolång kampanj för att förebygga fallskador, "Fall int!". Kampanjen kom till i samarbete mellan Västerbottens läns landsting, Region Västerbotten och Umeå universitet. Konceptet med fallkampanjen har inspirerat till liknande aktiviteter och satsningar i flera andra län. I Appendix 2 redovisas Västerbottens läns mätningar av indikatorer inom de fem målområdena 2011-2014.

## **Västra Götalands region**

Västra Götaland är Sveriges näst största län sett till invånarantalet (ca 1,6 miljoner). Det är också det län i Sverige som har flest antal kommuner, 49 stycken. Landstinget i Västra Götaland är en region och har ett utökat regionalt utvecklingsansvar. I regionen finns sammanlagt 20 sjukhus, 16 är organiserade i fyra sjukhusgrupper och fyra är fristående. Det finns ca 200 vårdcentraler i regionen, varav ungefär 70 är privata. Kommunerna ansvarar för all hemsjukvård sedan 1992.

På regional nivå samverkar Västra Götalandsregionen med Västsvenska kommunalförbundens samorganisation, Västkom, som arbetar på uppdrag av de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland. Denna samverkansform är unik i Sverige. Organisationen för samverkan kring äldre frågor i Västra Götaland är komplex. År 2012 inrättades en ny struktur för ledning i samverkan på länsövergripande tjänstemannanivå (LiSA). Gemensamma äldre frågor i regionen hanteras i länsamverkangruppen för äldre, som också är beredande organ till LiSA. Länsamverkangruppen följer genomförandet av den gemensamma handlingsplanen för äldreområdet, som tagits fram inom ramen för Bättre Liv-satsningen, och återrapporterar till LiSA. En projektledare ansvarar för den länsövergripande samordningen av handlingsplanens genomförande och har även i uppgift att tillsammans med länsamordnaren på Västkom leda och samordna utvecklingsledarnas gemensamma arbete. Plattformen för samverkan kring äldre frågor på delregional nivå utgörs av fem vårdssamverkan grupper. I dessa konstellationer finns även privata utförare av primärvård representerade.

I Västra Götaland finns ett tiotal utvecklingsledare anställda för att stödja arbetet i vårdssamverkan grupperna kring de mest sjuka äldre. I fyra av vårdssamverkan grupperna kom utvecklingsledare på plats tidigt under satsningen, men i Göteborgsområdet dröjde det av olika skäl till våren 2013 innan man kunde anställa utvecklingsledare vilket bl.a. fördröjde implementeringen av kvalitetsregistren. Utvecklingsledarna i de övriga fyra vårdssamverkan områdena placerades på kommunalförbunden och har i stor utsträckning arbetat på uppdrag av medlemskommunerna. Utvecklingsledarna, ansvariga för analysarbete i regionen, tjänstemän från region- och primärvårdskanslier samt Västkom har samlats i ett nätverk för samordning och erfarenhetsutbyte, med stöd av en resursperson från dåvarande Centrum för verksamhetsutveckling (CVU), som tidigare även ingick som en regional "nod" i Bättre Liv-satsningen. När Ledningskraft startade bildades sex team, ett i vardera av de fem vårdssamverkan områdena samt ett strategiskt team på regionnivå. Utvecklingsledarna har haft i uppgift att fungera som stöd till dessa ledningskraftsteam.

Bland det omfattande arbete som pågått i Västra Götaland kopplat till Bättre Liv kan bl.a. nämnas de tre hemsjukvårdsmodeller som utvecklats inom ramen för Närsjukvård Västra Skaraborg och som nyligen utvärderats med positivt resultat. Avsikten är att verka för fortsatt spridning av dessa arbetsätt i resten av länet. I Appendix 3 redovisas Västra Götaland regionens mätningar av indikatorer inom de fem målområdena 2011-2014.

## X. Länsaktörernas perspektiv i november 2014 – Då, Nu och Framtiden

En webbenkät skickades i november 2014 ut till både de som tidigare varit och de som vid den aktuella tidpunkten var engagerade som utvecklingsledare och medlemmar i ledningskraftsteam. Syftet var att fånga deltagarnas erfarenheter och bedömningar av hur det gått och vad som varit viktigt när de kunde begrunda satsningen som helhet. Enkäten bestod både av områden som skulle bedömas på en skala från 0-5 och frågor/kommentarer där man kunde skriva in sina egna svar. Den totala svarfrekvensen för båda grupperna var 62% (275 av tot. 442), där 75% av utvecklingsledarna har svarat (117 av tot. 155) och 55% (158 av tot. 287) av medlemmarna i Ledningskraftsteam. Alla 21 län finns representerade i materialet och det interna bortfallet var lågt, dvs. de allra flesta respondenterna har besvarat samtliga frågor i enkäten. Enkäten berörde bedömningar inom följande områden gällande det egna länet/regionen:

1. **Användandet av stödstrukturer** (utvecklingsledare och ledningskraftsteam): Faktorer med betydelse för att skapa regionala stödstrukturer; Stödstrukturernas betydelse för uthållighet i utvecklingsarbete; Stödstrukturerna förutsättningar att finnas kvar efter satsningens slut
2. **Faktorer med betydelse för arbetet att nå målen**: Krav i överenskommelsen; Prestationsersättning; Utvecklingsledare; Ledningskraftsteam; Nätverket med analysansvariga; Stöd från kvalitetsregister; Att kunna följa egna resultat/utveckling via register och indikatorer; Kvalitetsportalen som webbstöd; Intervjuverktyget Webbollen.
3. **Etableringsgraden av nya arbetsätt inom målområden**
4. **Långsiktig hållbarhet för arbetsätt som utvecklats för systematiskt utvecklingsarbete**

Resultaten som presenteras nedan är inte statistiskt säkerställda utan är en första beräkning av proportioner av svarsalternativ. Enkätens frågor hade en skala från 0 (*Ingen betydelse* respektive *Inte alls etablerat*) till 5 (*Mycket stor betydelse* respektive *Helt etablerat*). För samtliga frågor fanns även svarsalternativen *Vet ej* och/eller *Ej aktuellt*. För frågeområde 1, 2 och 4 presenteras andelen av respondenterna som angett alternativ 4 eller 5 i enkäten, vilket anses representera synen att en faktor varit viktig i förhållande till frågan. För frågeområde 3 - etableringsgrad för arbetsätt, presenteras andelen som angivit alternativ 3-5 då dessa alternativ ansågs spegla en relativt god etableringsgrad. För frågeområde 3 presenteras även siffror för alternativet 0 då detta är en bedömning att ett arbetsätt inte alls finns etablerat. Där andelen svar för alternativen *Vet ej*, *Ej aktuellt* respektive de som inte svarat alls tillsammans varit större än 10% presenteras även dessa siffror.

Genomgående gav de båda aktörsgupperna en relativt likartad bild. De skillnader som ändå framkom har inte testats statistiskt ännu, därför presenteras de inte här. En preliminär analys säger dock att skillnaderna ofta kan förklaras genom att man haft olika roller och olika förutsättningar att bedöma t ex etableringsgrad eller den egna aktörsgruppens betydelse, något som bekräftas i de kommentarer till enkäten som kunde lämnas.

### Frågeområde 1 – Stödstrukturer med Utvecklingsledare och Ledningskraftsteam (andel som svarat 4-5)

*Vilken betydelse tycker du att följande faktorer har haft för att underlätta skapandet av regionala stödstrukturer i ditt län?*

Underlättat skapande av stödstruktur	% som svarat 4-5
Grundläggande krav i ök, gemensam handlingsplan m.m.	71
SKL:s satsning på Ledningskraft (mötesplatser m.m.)	61
SKL:s nätverk för utvecklingsledare	59
Direkt stöd från projektteamet på SKL	38
SKL:s nätverk för analysansvariga	28

*Vilken betydelse tror du att följande delar i en regional stödstruktur har för att utvecklingsarbetet kring de mest sjuka äldre ska fortsätta i ditt län efter satsningens avslut?*

Betydelse för forts. efter satsningen	% som svarat 4-5
Utvecklingsledare (eller motsvarande)	70
Ledningskraftsteam (eller motsvarande)	64
Analysfunktion (eller motsvarande)	48

*Vilka förutsättningar tror du att det finns för att följande delar av en regional stödstruktur kommer att finnas kvar i ditt län efter satsningens avslut?*

Förutsättningar att finnas kvar efter satsningen	% som svarat 4-5
Ledningskraftsteam (eller motsvarande)	39
Utvecklingsledare (eller motsvarande)	29
Analysfunktion (eller motsvarande)	22
Vet ej/Ej aktuellt	22

### **Respondenternas skriftliga kommentarer till frågeområde 1**

Andra viktiga faktorer som lyftes fram för att underlätta skapandet av regionala strukturer var nyttjande av redan befintliga lednings- och samverkansstrukturer, nätverk och relationer och redan pågående satsningar och initiativ; mandat och befogenheter hos medlemmar i ledningskraftsteam; medarbetares intresse, samarbete och engagemang; den politiska viljan; gemensam målinriktning. Annat som lyftes fram av betydelse för ett fortsatt utvecklingsarbete handlade om behovet av fortsatt samverkan mellan chefer; fortsatt efterfrågan kring resultat och uppföljning; att utvecklingsarbetet integreras i ordinarie verksamhet; FoU-enheternas betydelse; en samordning mellan befintliga grupperingar. Kommentarer kring förutsättningarna att den regionala stödstrukturen kommer att finnas kvar efter satsningens slut berörde ledningskraftsteamens möjligheter att återgå till eller knytas in i befintliga strukturer; att finansiering behövs för utvecklingsledarfunktioner; att analysfunktioner ofta återfinns inom landstingen.

### **Frågeområde 2 - Faktorer med betydelse för arbetet att nå målen (andel som svarat 4-5)**

*Vilken betydelse tycker du att följande faktorer har haft för ARBETET med att nå målen för respektive område, i ditt län?*

Grundläggande krav i ök, gemensam handlingsplan m.m.	% som svarat 4-5
Palliativ vård	62
Läkemedelsbehandling	59
Preventivt arbetssätt	58
Demensvård	53
Sammanhållen vård och omsorg	53

Prestationsersättning	% som svarat 4-5
Preventivt arbetssätt	64
Palliativ vård	56
Demensvård	50
Läkemedelsbehandling	47
Sammanhållen vård och omsorg	42

Utvecklingsledare	% som svarat 4-5
Preventivt arbetssätt	64
Palliativ vård	59
Demensvård	49
Sammanhållen vård och omsorg	34
Läkemedelsbehandling	29

Ledningskraftsteam	% som svarat 4-5
Sammanhållen vård och omsorg	51
Läkemedelsbehandling	37
Preventivt arbetssätt	36
Palliativ vård	33
Demensvård	30

SKL:s nätverk för analysansvariga	% som svarat:	
	4-5	Vet ej
Sammanhållen vård och omsorg	31	34
Läkemedelsbehandling	17	39
Preventivt arbetssätt	13	38
Palliativ vård	12	38
Demensvård	12	39

Stöd från kvalitetsregister	% som svarat:	
	4-5	Vet ej
Palliativ vård	61	
Preventivt arbetssätt	59	
Demensvård	54	
Läkemedelsbehandling	27	32
Sammanhållen vård och omsorg	22	35

Följa resultat/utv via kvalitetsregister/indikatormätningar	% som svarat 4-5
Palliativ vård	71
Preventivt arbetssätt	64
Läkemedelsbehandling	54
Demensvård	51
Sammanhållen vård och omsorg	45

Kvalitetsportalen	% som svarat 4-5
Palliativ vård	54
Läkemedelsbehandling	49
Sammanhållen vård och omsorg	48
Preventivt arbetssätt	47
Demensvård	42

Webbkollen	% som svarat:	
	4-5	Vet ej
Sammanhållen vård och omsorg	33	36
Preventivt arbetssätt	14	46
Läkemedelsbehandling	13	48
Palliativ vård	7	49
Demensvård	6	51

## Respondenternas skriftliga kommentarer till frågeområde 2

Bland andra faktorer med betydelse för arbetet att nå målen i satsningen nämndes svårigheter att synkronisera överenskommelser med verksamhetsplanering; ledningens engagemang; samarbete och dialog mellan verksamheter och huvudmän; engagerade medarbetare; regelbundna mötesplatser för chefer och ledare; lokala analyser; insatser från MAS:ar och läkemedelskommittéer. Brister i Kvalitetsportalens tillförlitlighet och tillgänglighet lyftes fram som en försvårande omständighet.

## Frågeområde 3 – Uppfattad etableringsgrad av nya arbetssätt inom olika typer av verksamheter (andel som svarat 3-5)

Uppfattning: Hur etablerat inom		% som svarat:	
PRIMÄRVÅRDEN	0	3-5	Vet ej
Säker läkemedelsprocess		64	24
Brytpunktssamtal		58	
SveDem		48	
Identifiera sköra äldre		41	
Senior Alert	26	28	
Samordnad individuell vårdplan	13	27	
Webbkollen	24	18	33
Teach-back	16	16	41

Uppfattning: Hur etablerat på		% som svarat:	
SJUKHUS	0	3-5	Vet ej
Senior Alert		62	
Säker läkemedelsprocess		59	
Brytpunktssamtal		51	
SveDem		46	
Samordnad individuell vårdplan		42	
Teach-back		31	33
Webbkollen		31	35
Identifiera sköra äldre		21	42

Uppfattning: Hur etablerat inom		% som svarat:	
ÄLDREOMSORGEN - Särskilda boenden	0	3-5	Vet ej
Senior Alert		80	
BPSD		72	
Säker läkemedelsprocess		65	
Brytpunktssamtal		63	
Nattfasta		56	35
Trygg hemgång		39	39
Samordnad individuell vårdplan	19	20	31

Uppfattning: Hur etablerat inom		% som svarat:	
ÄLDREOMSORGEN - Hemtjänsten	0	3-5	Vet ej
Trygg hemgång	7	34	39
Säker läkemedelsprocess	8	30	45
Senior Alert	15	25	30
Brytpunktssamtal	15	25	45
Nattfasta	11	19	52
BPSD	24	18	36
Samordnad individuell vårdplan	18	18	36

Uppfattning: Hur etablerat inom ÄLDREOMSORGEN - Hemsjukvården	% som svarat:		
	0	3-5	Vet ej
Brytpunktssamtal	4	48	31
Säker läkemedelsprocess	1	48	35
Senior Alert	9	43	24
Trygg hemgång	6	38	37
Samordnad individuell vårdplan	13	27	32
Nattfasta	6	24	55
BPSD	19	23	34

### **Respondenternas skriftliga kommentarer till frågeområde 3**

Andelen Vet ej-svar var högre för detta frågeområde än för de övriga i enkäten. Kommentarer kring detta frågeområde belyser faktumet att många haft svårt att göra en samlad bedömning och välja ett lämpligt svarsalternativ. Skälen som anges speglar både att variationen inom länet och mellan verksamheter är mycket stor men också att man personligen inte befinner sig nära vissa verksamhetsområden och därför inte kan göra en bedömning. Annat som gjort det svårt att ta ställning handlar om att vissa arbetssätt eller liknande sätt att arbeta redan fanns etablerade i verksamheterna och att ansvaret för vissa arbetssätt formellt lagts på t ex primärvården. Frågan kring SIP och Säker utskrivning ansågs av flera som två saker som hade fångats bättre med två frågor istället för en.

### **Frågeområde 4 - Långsiktig hållbarhet för nya arbetssätt för systematiskt utvecklingsarbete (andel som svarat 4-5)**

Hållbarhet – Arbetssätt för systematiskt utvecklingsarbete	% som svarat 4-5
Palliativ vård	62
Läkemedelsbehandling	59
Demensvård	52
Preventivt arbetssätt	47
Sammanhållen vård och omsorg	35

### **Respondenternas skriftliga kommentarer kring frågeområde 4**

För den långsiktiga hållbarheten framhölls att det krävs aktiviteter från huvudmännen för att upprätthålla satsningens intentioner, rutiner och erfarenheter. Nya sätt att arbeta sägs vara påbörjade men ännu inte etablerade. Ett stort engagemang krävs från lokal nivå men man pekade också på betydelsen av fortsatta regionala "motorer". Andra viktiga förutsättningar som lyftes fram var frågan kring möjligheter att samordna IT-system så att information lätt kan föras över mellan journaler och kvalitetsregister för att minska arbetet med dubbeldokumentation. Problem som lyftes fram handlar om hög personalomsättning, brist på kontinuitet och brist på teamarbete.

### **Respondenternas övriga skriftliga kommentarer**

Möjligheten att lämna övriga kommentarer fanns också i enkäten. Här lyfte flera att man i grunden ser satsningen som något mycket positivt och att förbättringsarbete kommit igång i på samtliga fem områden som ingått i överenskommelsen. Men man pekade också på att mycket återstår att göra och att det skulle finnas ett värde i att följa upp satsningen på ett samlat sätt från nationellt håll för att ytterligare ställa krav på hållbarhet.

---

## XI. Vetenskaplig rapportering

---

Tre delstudier (1-3) har erhållit finansiering av detta följeforskningsprojekt och de kommer att ingå i en kommande avhandling av Helena Strehlenert med den preliminära titeln: *Strategies for implementation of large scale improvement programs*. Avhandlingen beräknas bli klar och försvaras under 2016. Den jämförande fallstudien i delstudie 2 är delfinansierad av ett Vinnvårdprojekt och delstudie 3 delfinansieras av ett annat forskningsprojekt vid Medical Management Centre. Artikel 4 i Strehlenerts avhandling som planeras genomföras under 2015/16 samt utkastet till delstudie 5 saknar f.n. full finansiering.

### Studie 1: Strategier för att facilitera förändringar i stora komplexa system

Nyström, M.E., Strehlenert, H., Hansson, J., Hasson, H. (2014). Strategies to facilitate implementation and sustainability of large system transformations: A case study of a national program for improving the quality of care for the elderly people. *BMC Health Services Research*, 14 (1):401. DOI: 10.1186/1472-6963-14-401.

Länk: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/401>

#### Bakgrund

Att leda och utvärdera storskaliga förändringsinitiativ med målet att motivera samtidig förändring i flera organisatoriska system inom hälso- och sjukvård och social omsorg innebär stora utmaningar. Det behövs mer systematisk forskning kring olika tillvägagångssätt som kan ge ökad förståelse för olika strategier för att underlätta systemförändringar inom dessa sektorer.

#### Syfte/Mål

Syftet med denna studie var att undersöka strategier för att facilitera implementering och förändring, grundläggande programaktiviteter och utfallen av ett nationellt program med målet att skapa bättre liv för de mest sjuka äldre i Sverige. Studien beskriver programmets första 3,5 år (av totalt 5 år).

#### Metodik

Studien är baserad på en longitudinell fallstudie med multipla datainsamlingsmetoder. Arkivdata (dokument, protokoll, presentationer, kommunikation på webbforum), intervjuer med elva nyckelaktörer på nationell nivå på SKL och Socialdepartementet m.fl. samt 23 observationer av programinsatser (t.ex. workshops och möten) har analyserats med hjälp av innehållsanalys. Effekter av satsningen baserat på indikatorer som främst mättes via kvalitetsregister samlades in i september 2013.

#### Resultat

Studien presenterar ett angreppssätt för implementering av stora, nationella förändringsprogram. Tio handlingsstrategier som projektteamet på nationell nivå använde för att facilitera implementering och förändring identifierades. Resultaten visar att man i den nationella satsningen inkluderat de aspekter som tidigare forskning visat vara av central betydelse för att driva framgångsrika förändringsprogram. Satsningens projektteam hanterade många olika typer av intressenter och aktörsgupper och de använde en bred palett av olika strategier. Regionala ledningsteam och utvecklingsledare ute i länen, nationella kvalitetsregister, prestationsersättning och årsvisa överenskommelser var de huvudsakliga strategierna i satsningen för att åstadkomma förändring. Dessa kompletterades med interaktiva lärandesessioner, intensiv kommunikation, mätningar och uppföljningar, och aktiv involvering av experter och intressenter (inkl. äldre). Effekterna av programmet vid denna tid visade på en progress inom de flesta av de fem målområdena – minst förändring visades sig i indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg.

## **Slutsatser**

Det finns inget facit för hur man ska hantera den utmanande uppgiften att leda storskaliga förändringsprogram i komplexa miljöer och system, men vår slutsats är att mer uppmärksamhet bör riktas mot de multidimensionella strategier som en programledning behöver överväga. Denna mångdimensionalitet innehåller olika typer av strategier beroende på systemnivå, typ av aktörsgrupp, faktorer i omgivningen, programmets utveckling över tid, programmets innehåll, typ av lärande- och förändringsprocess och förutsättningarna för att skapa uthålliga förändringar.

## **Studie 2: En jämförande studie om formulering och implementering av evidensinformerade policys**

Strehlenert, H., Sundberg L, Nyström, M.E., Hasson, H. (2014). Formulation and implementation of evidence-informed policies: Comparing two national efforts for improving health and social care. Submitted manuscript.

### **Bakgrund**

Inriktningen och utvecklingen inom omsorgs-, hälso- och sjukvårdsområdet styrs av policys som utformas av regeringen och myndigheter. Vägen från en ursprunglig idé eller behov till det att policyn tillämpas och får effekter för patientgrupper/brukare kan vara både lång och komplex. Evidens har kommit spela en viktig roll under de senaste 20 åren, inte bara inom evidensbaserad medicin utan även inom hälsopolicyområdet. Att utgå från bästa tillgängliga forskningsevidens ses som ett ideal vid utveckling och implementering av policys relaterade till hälsa, men mer forskning behövs för att öka förståelsen för denna process.

### **Syfte/Mål**

Syftet med studien var att undersöka processen för att utveckla och implementera evidensinformerade policys. Centrala aspekter är vilken evidens som beslutsfattare använder och hur den används vid formuleringen av policys inom omsorgs-, hälso- och sjukvårdsområdet liksom hur implementeringen går till.

### **Metodik**

Den jämförande studien är baserad på två longitudinella fallstudier av två nationella policys: Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Fall 1) respektive SKL:s satsning på Bättre liv för sjuka äldre (Fall 2). Fler olika datainsamlingsmetoder och datakällor användes. Intervjuer med 22 nyckelaktörer för respektive policy (Fall 1 n=10, Fall 2 n=12) och arkivdata (officiella dokument, rapporter, protokoll m.m.) analyserades med hjälp av innehållsanalys.

### **Preliminära resultat**

Inom båda fallen har man använt nya, mer aktiva angreppssätt för att nå ut och åstadkomma förändring jämfört med tidigare satsningar. Både likheter och olikheter finns mellan fallen men en avgörande skillnad är de restriktioner de olika nationella aktörerna har i sina roller - vilket avgör deras handlingsutrymme när det gäller implementering. Fallen visar också variationer i vilken evidens som låg till grund för policyn och hur evidens användes vid utformningen.



### **Studie 3: Den lokala kontextens inflytande på införandet av en nationell äldre-satsning i tre län**

Strehlenert, H., Hasson, H., Nyström, M.E., Hansson, J. (2015). Implementation of a national effort to improve care for the most ill older adults: contextual influences on three regional change processes. Manuscript

#### ***Bakgrund***

Att implementera en övergripande satsning i flera olika län där omgivningen innebär både möjligheter och restriktioner kräver ofta att både att en anpassning av satsningen sker och att olika typer av stöd kan ges vid implementeringen. Faktorer i det specifika sammanhang där satsningen ska införas påverkar både förändringsprocessen och resultatet. Kontextuella faktorer kan utgöra hinder för förändring men även underlätta införandet av nya arbetssätt. Tidigare studier har visat att det behövs mer forskning om hur kontexten kan studeras och vilken roll den spelar vid implementering vid olika typer av program och satsningar.

#### ***Syfte/Mål***

Syftet med studien är att undersöka hur olika kontextuella faktorer påverkar implementeringen och den lokala anpassningen av en nationell satsning på länsnivå i tre olika län/regioner: Sörmland, Västerbotten och Västra Götaland.

#### ***Metodik***

Studien genomförs som en longitudinell fallstudie där implementeringsprocessen i tre län studeras ingående. Flera olika typer av datainsamlingsmetoder och datakällor används såsom intervjuer, dokument och genomförda uppföljningar. Materialet analyseras med hjälp av innehållsanalys och det teoretiska ramverket Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

#### ***Preliminära resultat***

Länen skiljer sig i både storlek, förutsättningar och i de strategier man tillämpat för arbetet med Bättre Liv. Exempelvis har man organiserat regionala stödstrukturer som utvecklingsledare och ledningskraftsteam på olika sätt bl.a. beroende på tidigare samverkansstrukturer, antalet kommuner och deras förutsättningar, antalet organisatoriska enheter som berörs och omorganisationer inom länen.

### **Studie 4: Utmaningar i att mäta och dra slutsatser om förändringar i vård och omsorgskvalitet utifrån ett patientperspektiv**

Strehlenert, H., Nyström, M.E., Hasson, H. mfl. – Challenges to measure, analyze and draw conclusions on changes in the quality of care: A study of effect indicators used in the Better life for the most till old people program in Sweden Manuscript.

Denna delstudie är ej finansierad av följeforskningsprojektet. Den utgör den fjärde av fyra artiklar som planeras ingå i doktoranden Helena Strehlenerts avhandling. Studien avses att starta under 2015 och är f.n. under planering. Delstudien avser belysa vilken typ av indikatorer som används inom satsningen och om och hur de är kopplade till ett ökat värde för patienter. Övriga utmaningar att försöka mäta utfall av en komplex satsning inom flera olika typer av målområden kommer också att beröras.

## **Studie 5: Hur fungerar regionala stödstrukturer som stödstrategi vid genomförande av nationella utvecklingsåtgärder?**

Nyström, M.E., Strehlenert, H., Höög, E. m.fl. – Creating regional support structures as a strategy for enhancing impact and sustainability of a national program to improve care for the most vulnerable old people in Sweden. Manuscript.

Denna delstudie är ej finansierad av följeforskningsprojektet och finansiering söks f.n. för att kunna genomföra djupare analyser av materialet som samlats in med hjälp av dokument, intervjuer och enkäter. Studien gäller då erfarenheter från alla 21 län och med fokus på hur strategin att bygga och använda sig av regionala stödstrukturer i form av regionala utvecklingsledare och ledningsteam har fungerat. Ev. kan kompletterande data insamlas av hur deras roller har upplevts av "mottagande" aktörer ute i länen.

---

## XII. Referenser

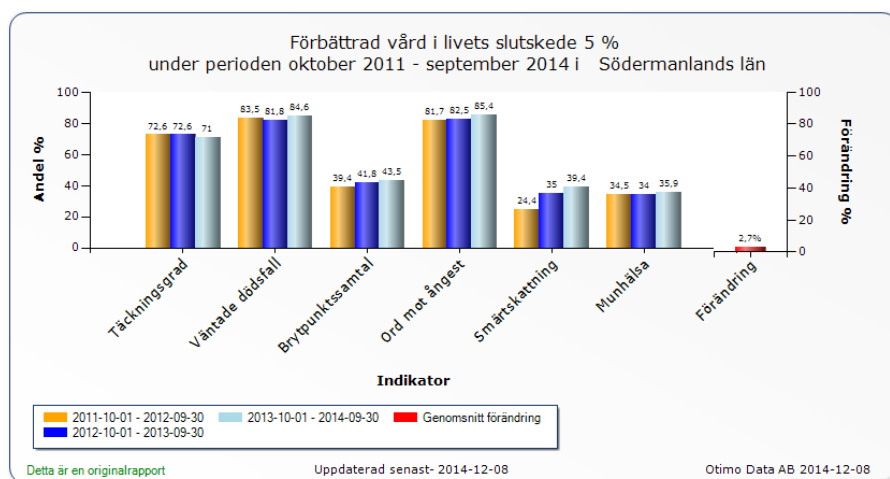
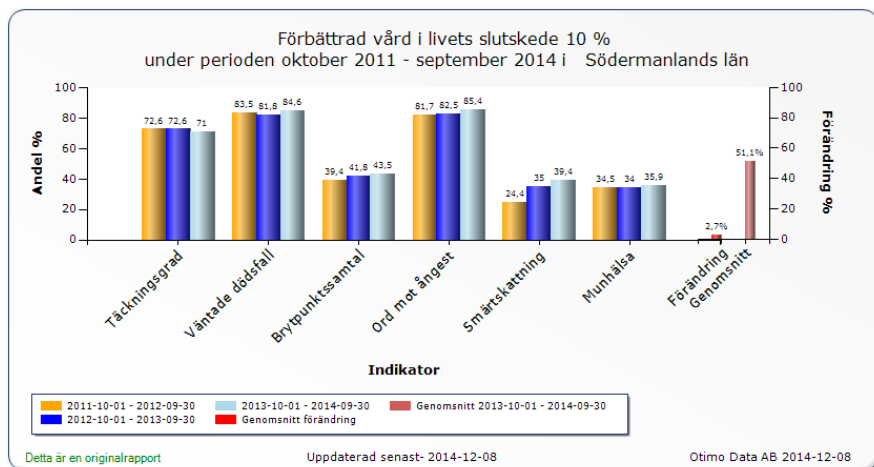
---

- Armenakis, A.A., Bedeian, A.G. (1999). Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management*, 25(3), pp. 293-315.
- Grol, R., Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, pp. 1225-1230.
- Dearing, J.W., Kee, K.F. (2012). Historical roots of dissemination and implementation science. In *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice*. Edited by Brownson, R.C., Colditz, G.A., Proctor, E.K. Oxford: Oxford University Press; pp. 55-71.
- Ferlie E.B., Shortell, S.M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79, pp. 281-315.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blasé, K.A., Friedman, R.M., Wallace F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82, pp. 581-629.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N., Hill, S.J., Squires, J.E. (2012) Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7:50.
- Nyström, M.E., Höög, E., Garvare, R., Weinehall, L., Ivarsson, A. (2013). Change and learning strategies in large scale change programs: Describing the variation of strategies used in a health promotion program. *Journal of Organizational Change Management*, 26 (6), pp. 1020-1044. DOI: 10.1108/JOCM-08-2012-0132
- Nyström, M.E., Strehlenert, H., Hansson, J., Hasson, H. (2014). Strategies to facilitate implementation and sustainability of large system transformations: A case study of a national program for improving the quality of care for the elderly people. *BMC Health Services Research*, 14 (1):401. DOI: 10.1186/1472-6963-14-401.
- Perla, R.J., Bradbury, E., Gunther-Murphy, C. (2013). Large-scale improvement initiatives in healthcare: a scan of the literature. *J Healthcare Quality*, 35, pp. 30-40.
- Pettigrew, A., Whipp, R. (1991). *Managing change for competitive success*. Blackwell Publishing.

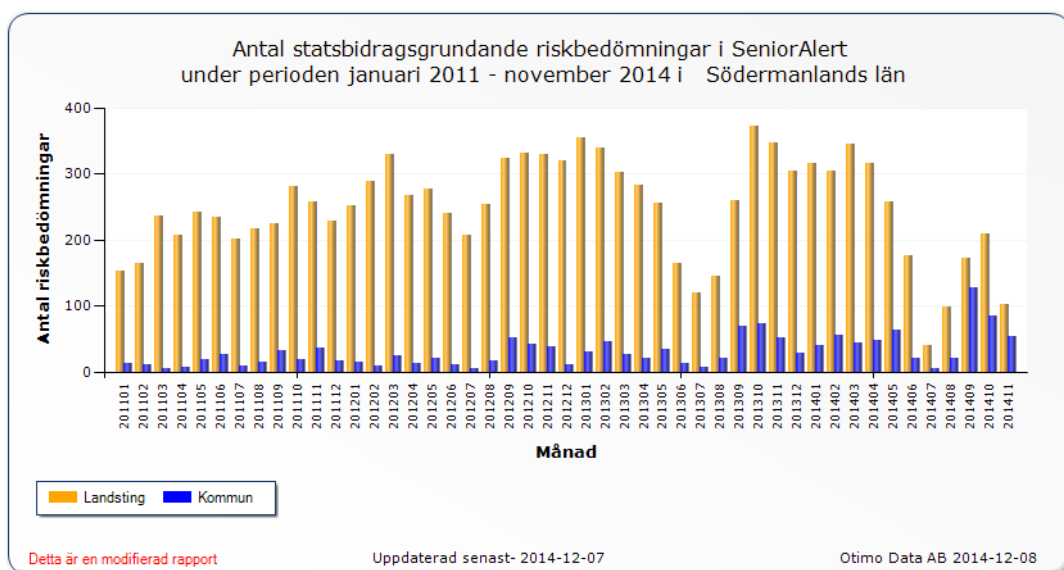
## Appendix 1 – Sörmlands län 2011-2014

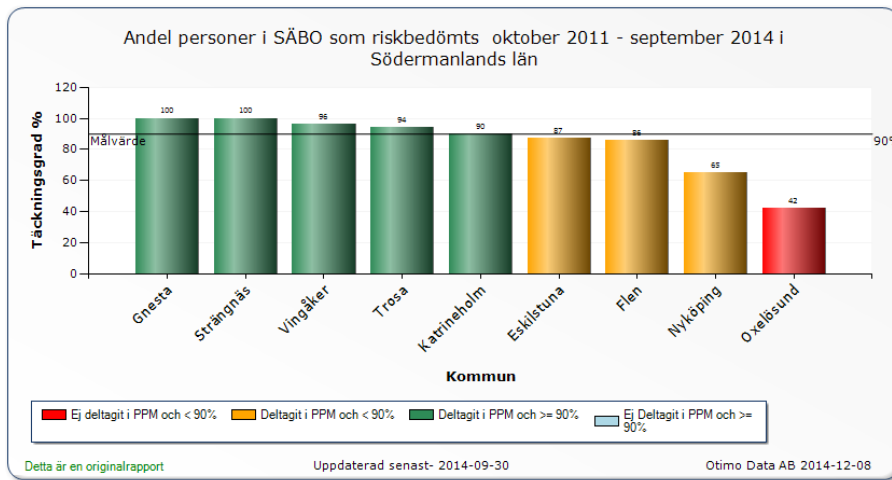
Dessa histogram är hämtade från Kvalitetsportalen 2012-12-08 ([www.kvalitetsportal.se](http://www.kvalitetsportal.se))

### God vård vid livets slut – Svenska Palliativregistret (mål – ökning)

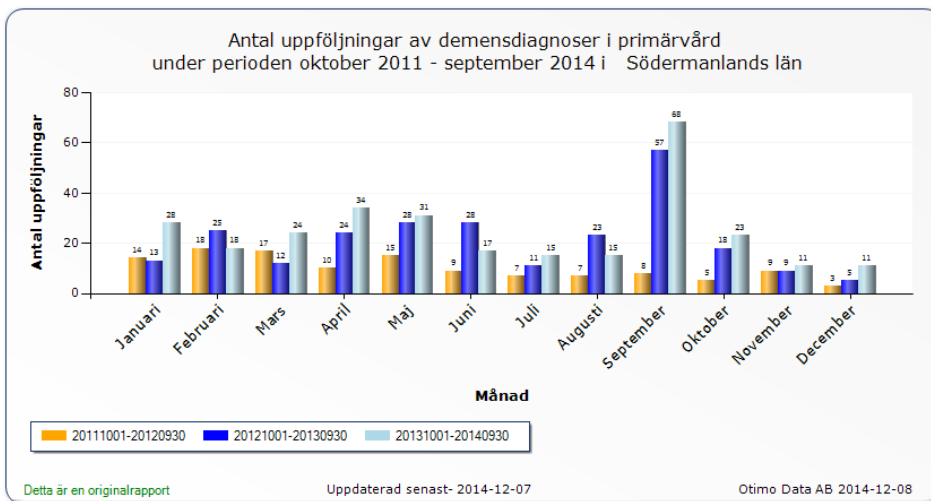
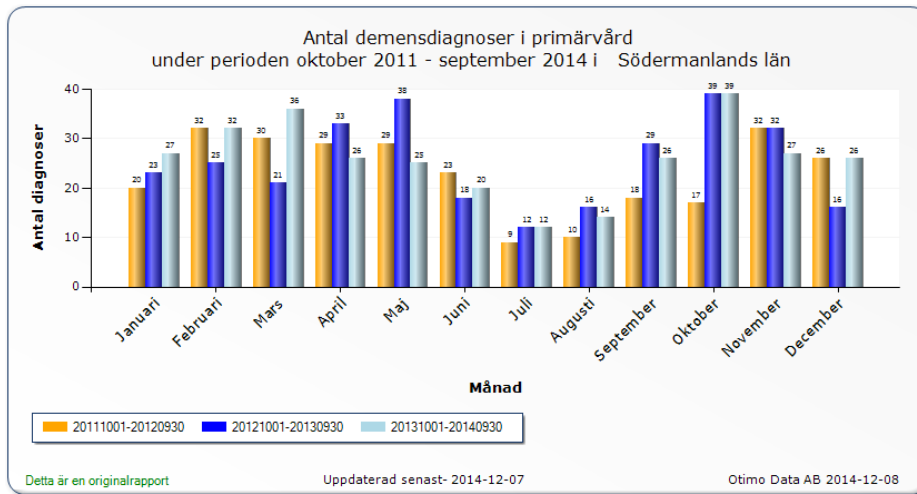


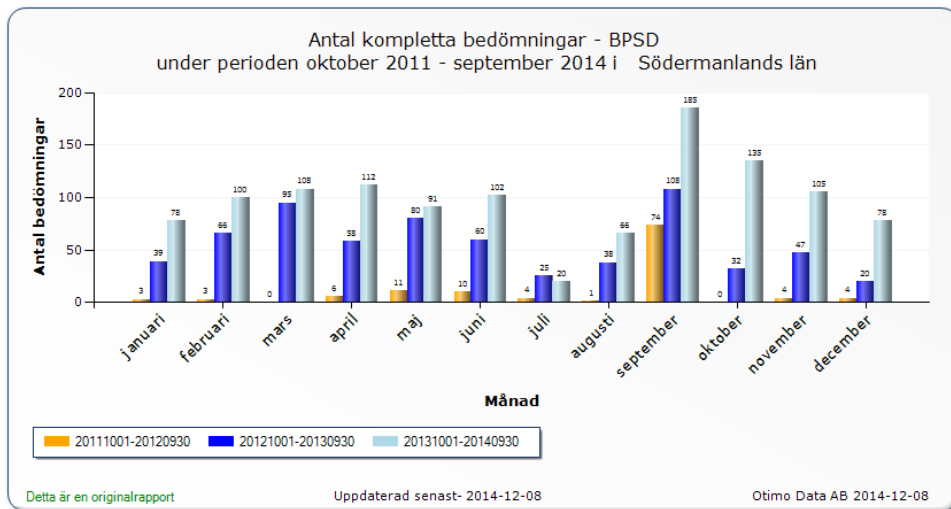
### Preventivt arbetssätt - Senior Alert (mål – ökning)



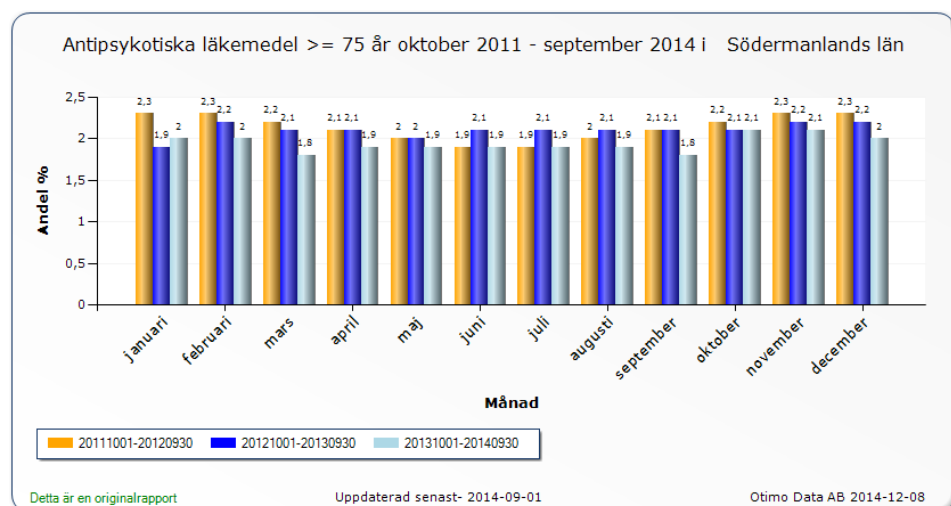
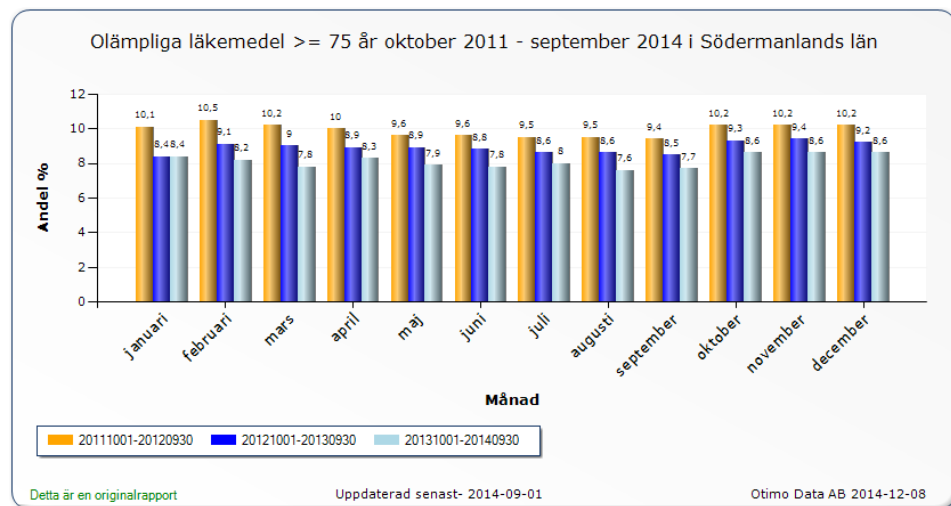


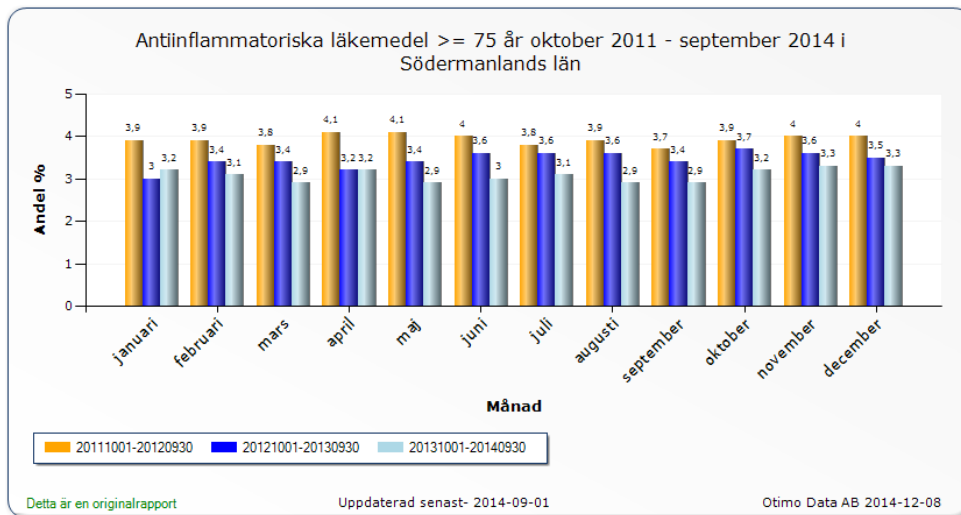
**God vård vid demens – SweDem och BPSD registren (mål – ökning)**



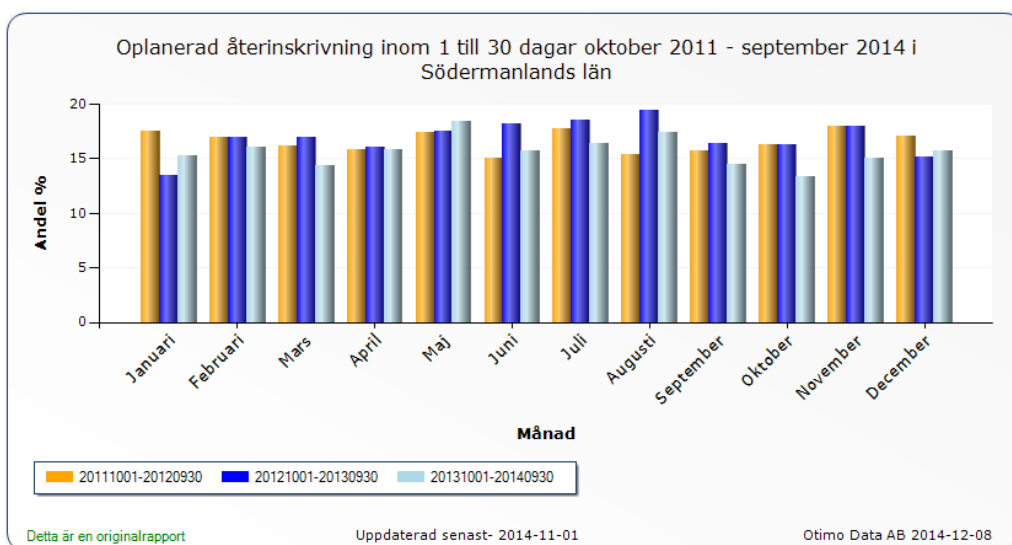
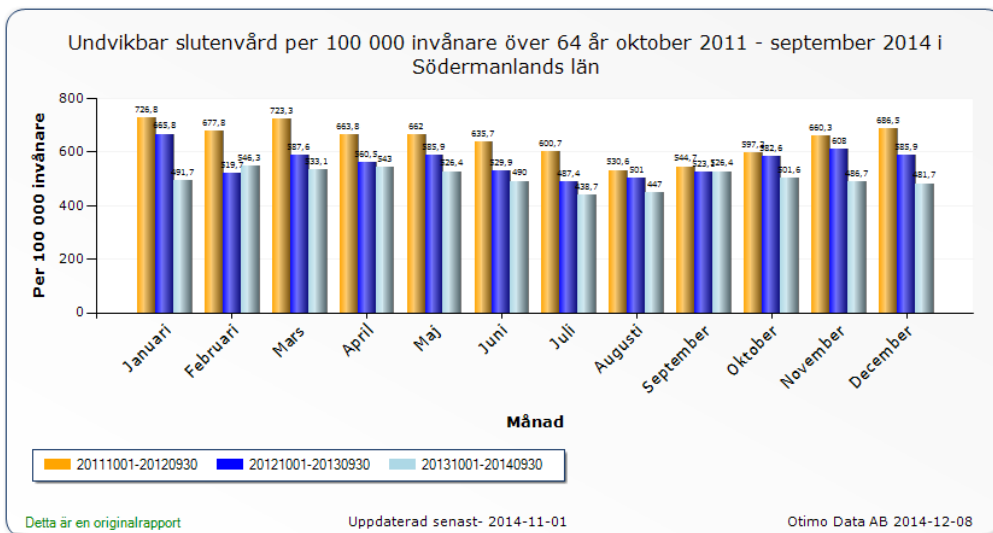


**God läkemedelsbehandling (mål – minskning, korrigering)**



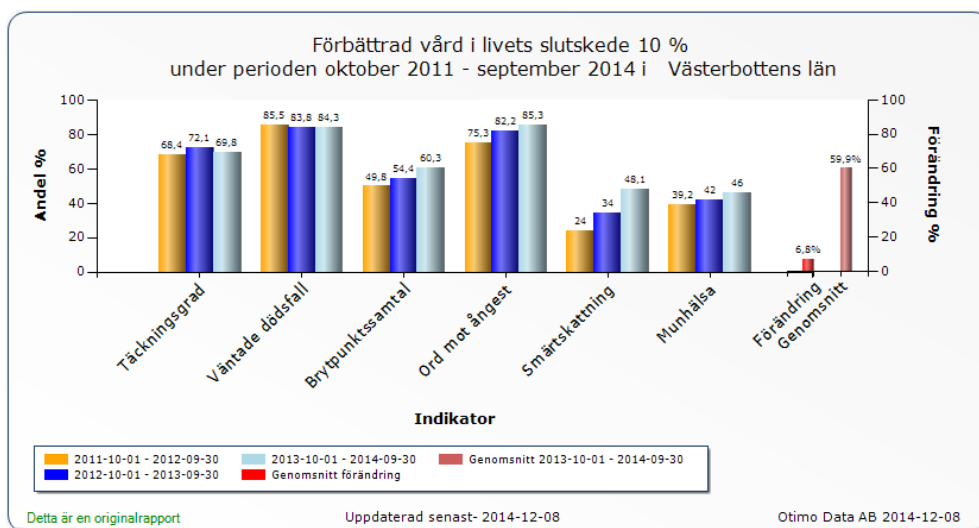
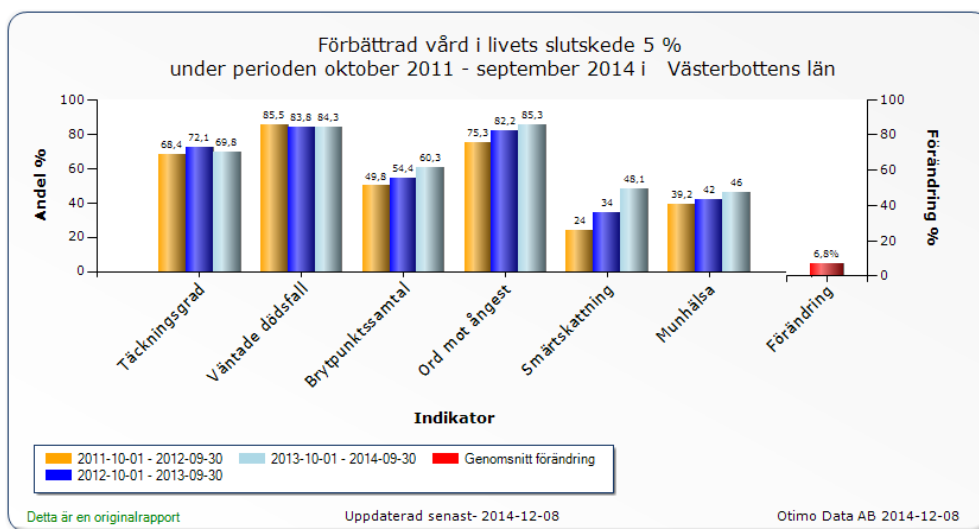


**Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre (mål – minskning)**



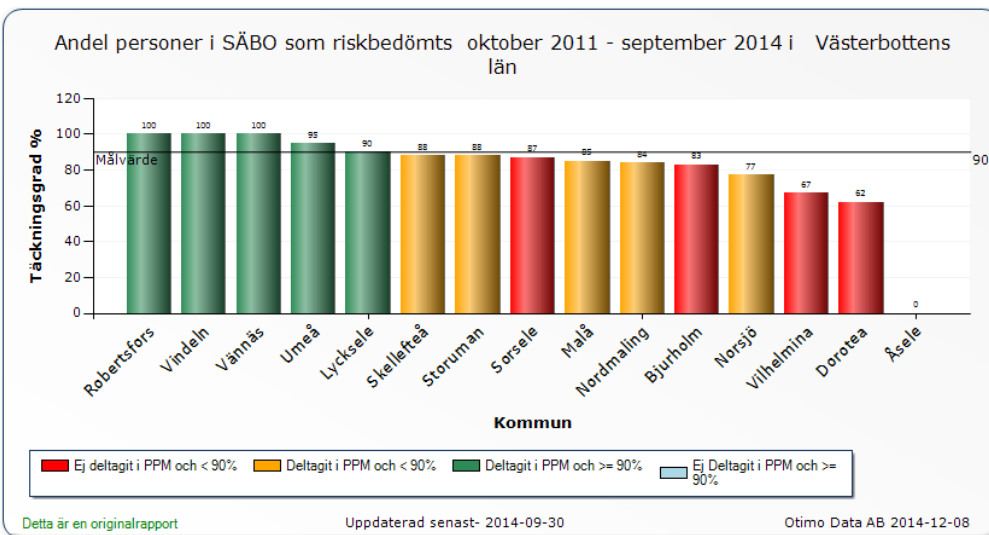
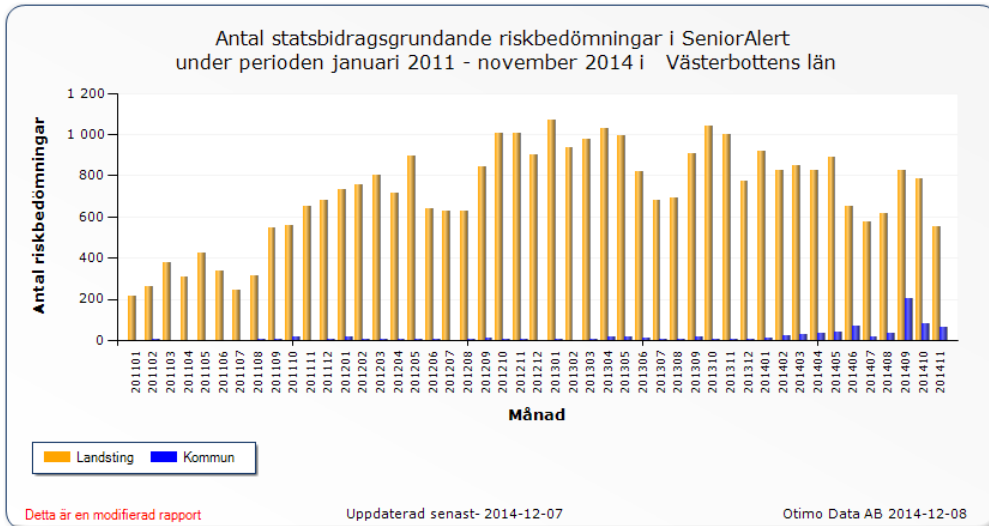
## Appendix 2 – Västerbottens län 2011-2014

### God vård vid livets slut – Svenska Palliativregistret (mål - ökning)

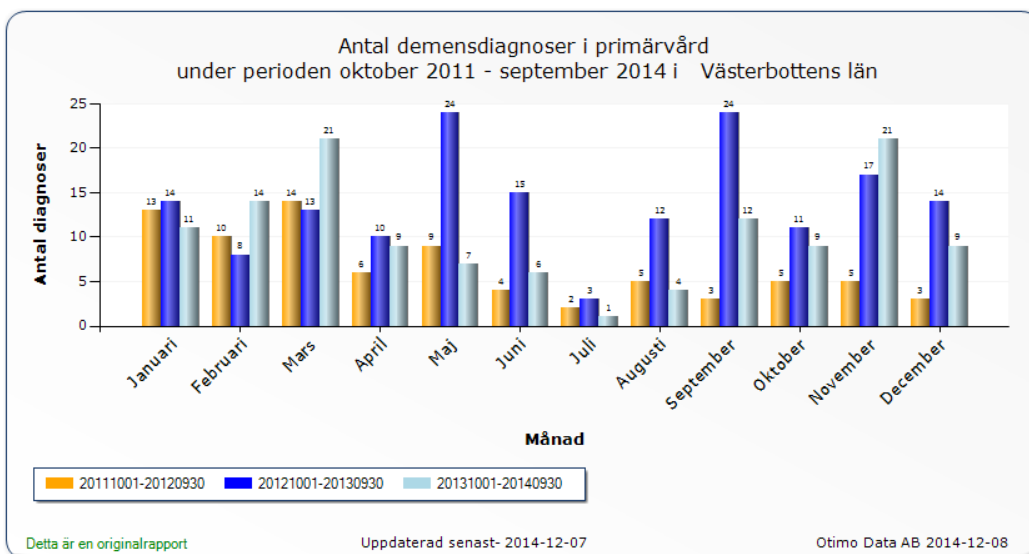


### Preventivt arbetssätt - Senior Alert (mål - ökning)

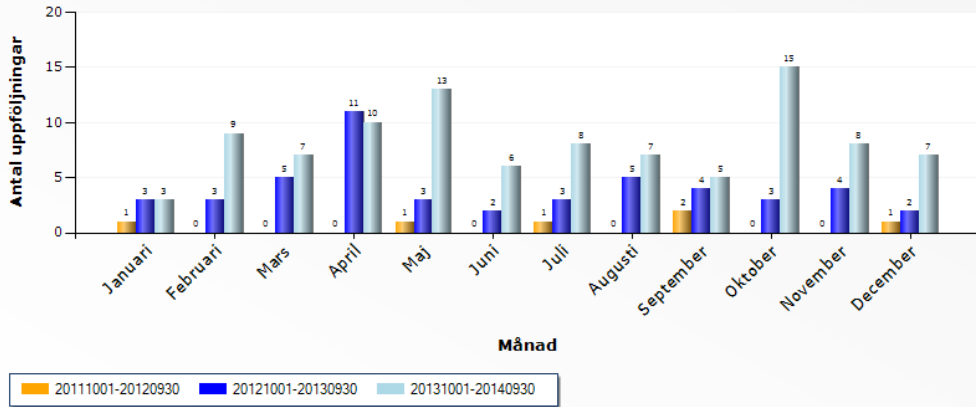




**God vård vid demens – SweDem och BPSD registren (mål – ökning)**



Antal uppföljningar av demensdiagnoser i primärvård under perioden oktober 2011 - september 2014 i Västerbottens län

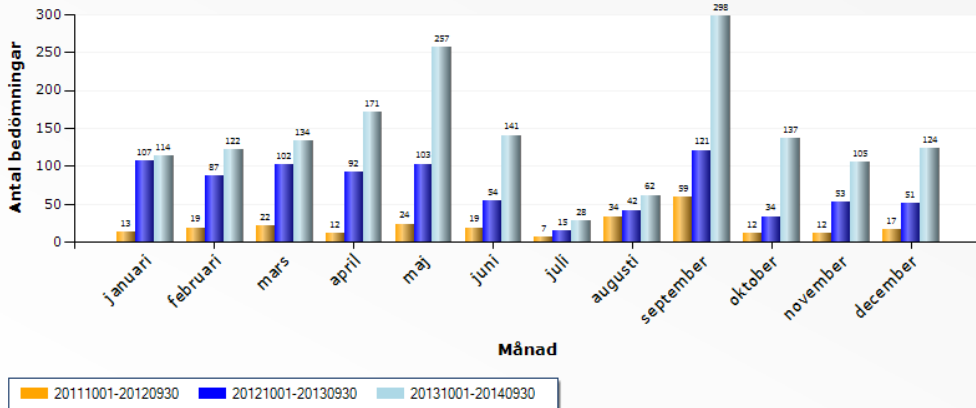


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-12-07

Otimo Data AB 2014-12-08

Antal kompletta bedömningar - BPSD under perioden oktober 2011 - september 2014 i Västerbottens län



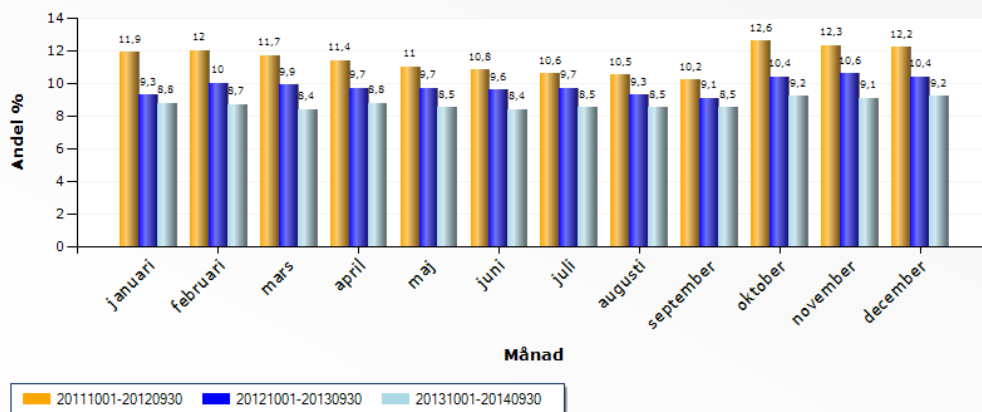
Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-12-08

Otimo Data AB 2014-12-08

**God läkemedelsbehandling (mål – minskning, korrigering)**

Olämpliga läkemedel >= 75 år oktober 2011 - september 2014 i Västerbottens län

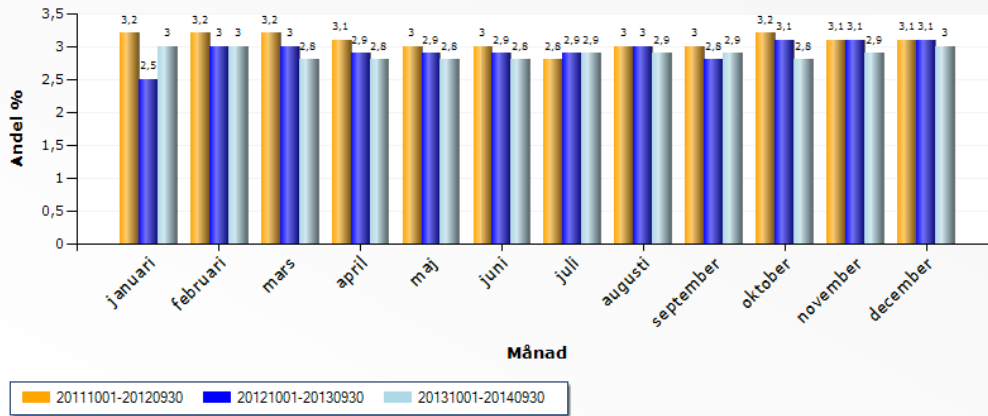


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-09-01

Otimo Data AB 2014-12-08

Antipsykotiska läkemedel >= 75 år oktober 2011 - september 2014 i Västerbottens län

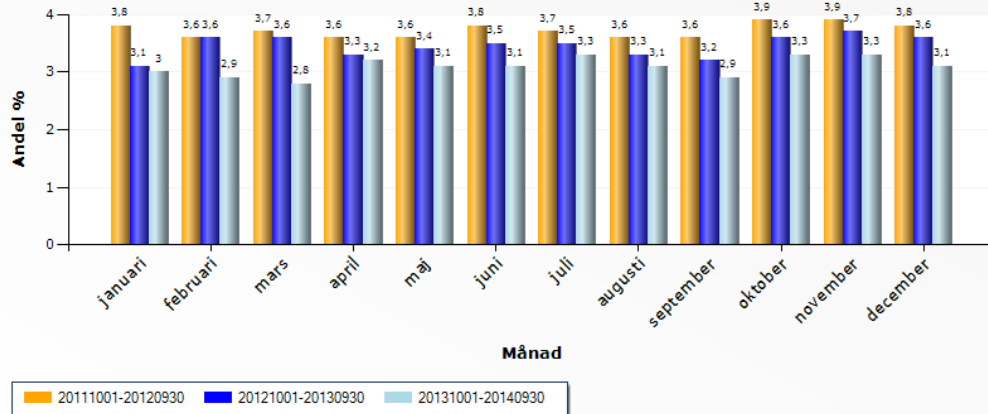


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-09-01

Otimo Data AB 2014-12-08

Antiinflammatoriska läkemedel >= 75 år oktober 2011 - september 2014 i Västerbottens län



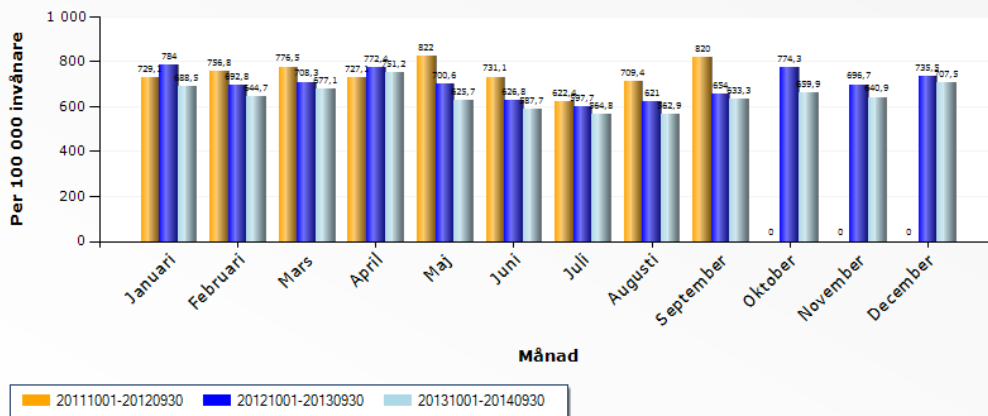
Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-09-01

Otimo Data AB 2014-12-08

**Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre (mål – minskning)**

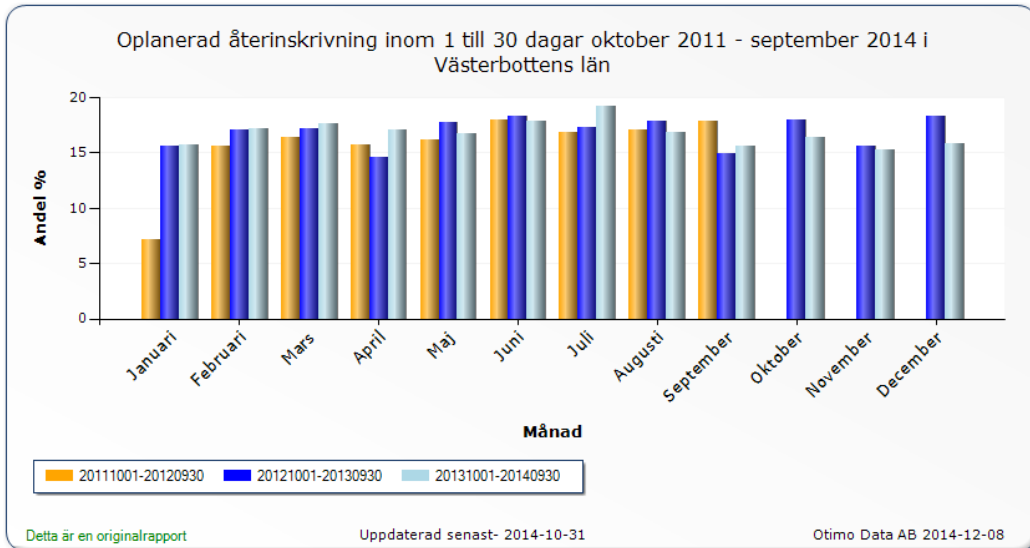
Undvikbar slutenvård per 100 000 invånare över 64 år oktober 2011 - september 2014 i Västerbottens län



Detta är en originalrapport

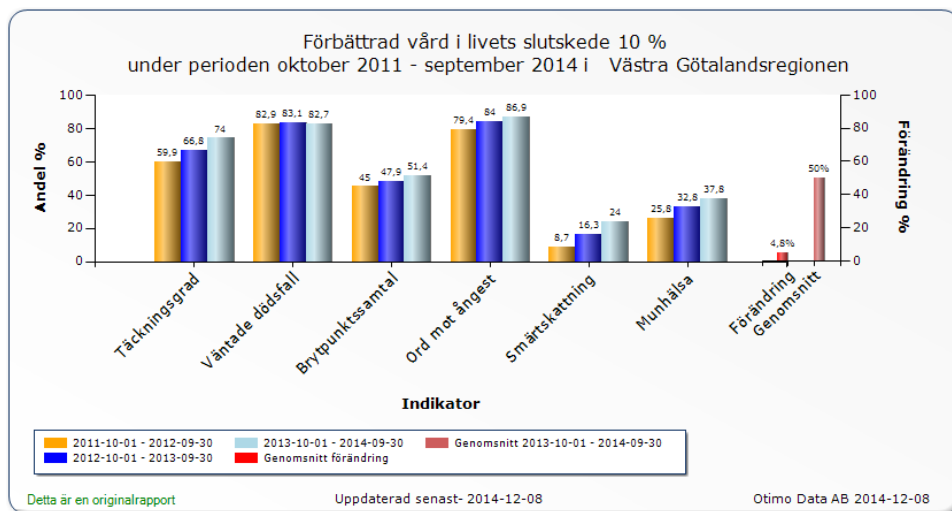
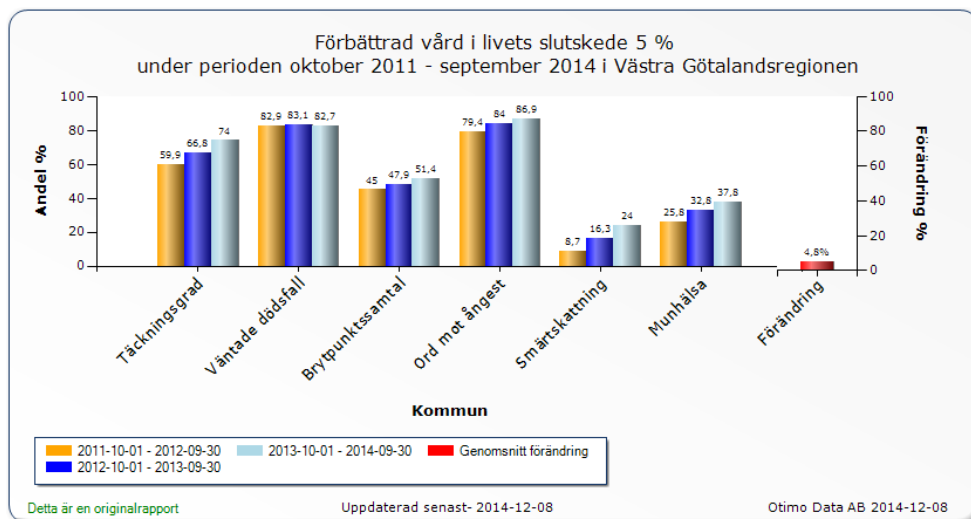
Uppdaterad senast- 2014-10-31

Otimo Data AB 2014-12-08

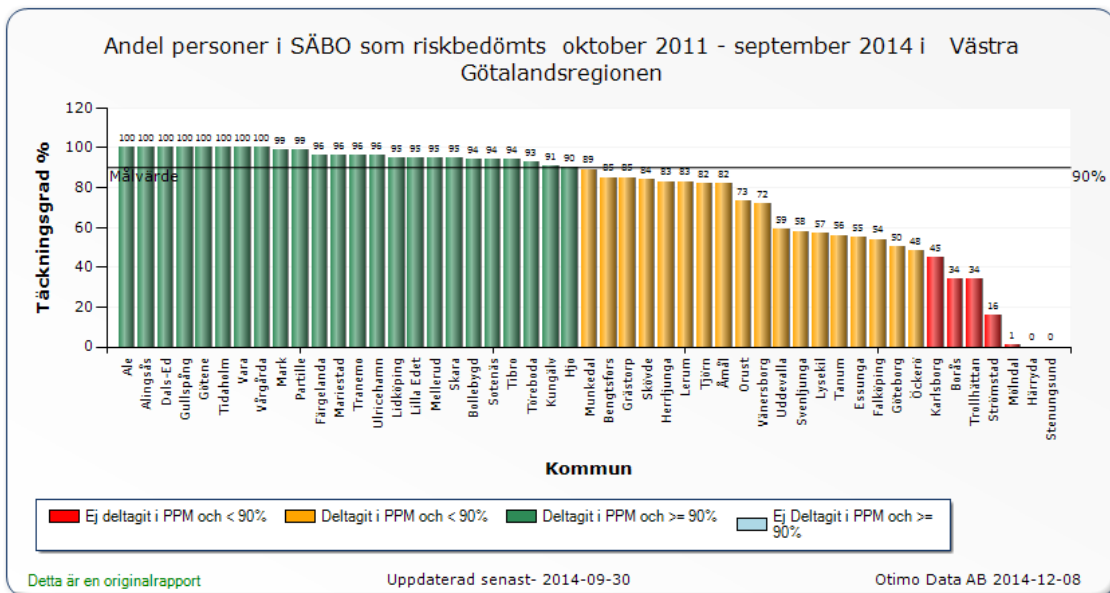
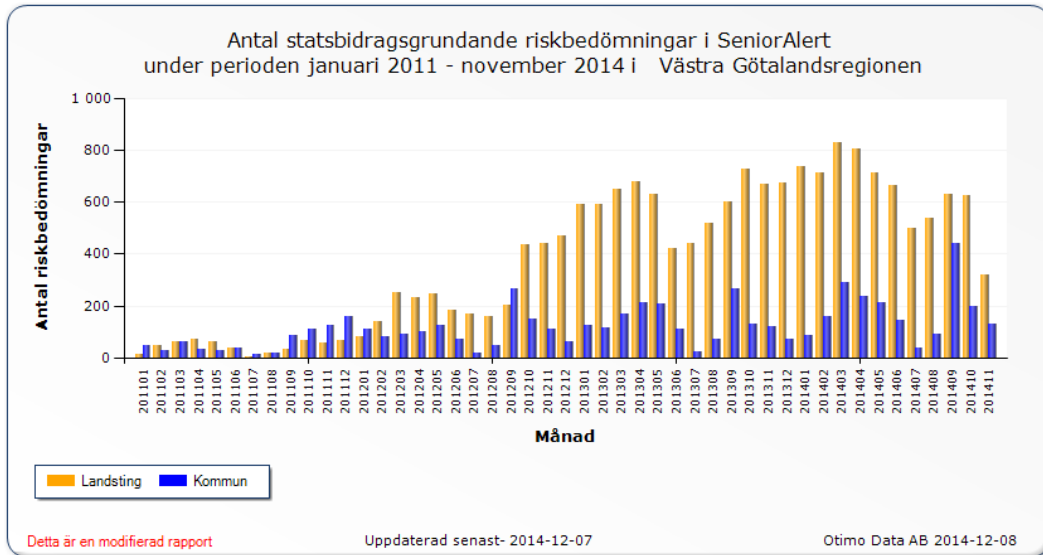


## Appendix 3 – Västra Götaland 2011-2014

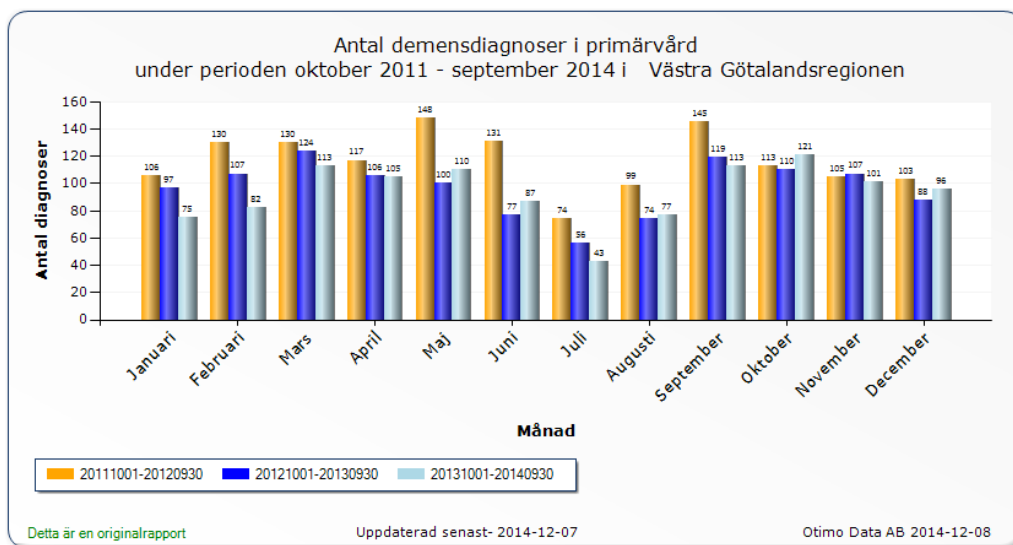
### God vård vid livets slut – Svenska Palliativregistret (mål – ökning)



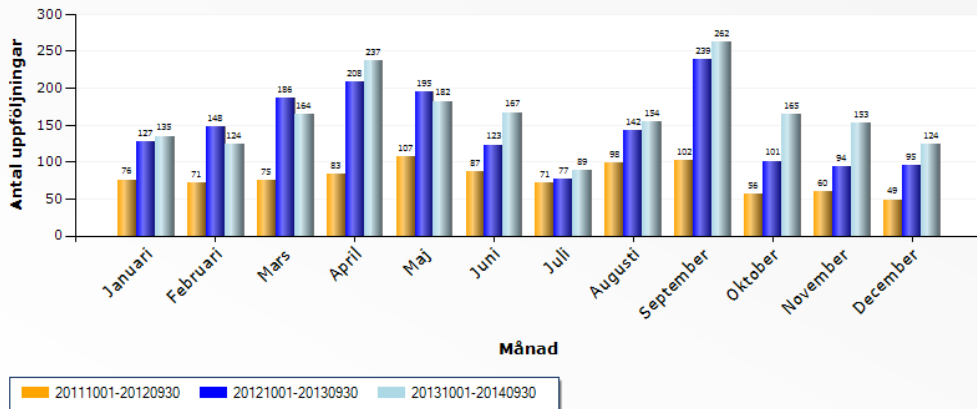
### Preventivt arbetssätt - Senior Alert (mål – ökning)



## God vård vid demens – SweDem och BPSD registren (mål – ökning)



Antal uppföljningar av demensdiagnoser i primärvård  
under perioden oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen

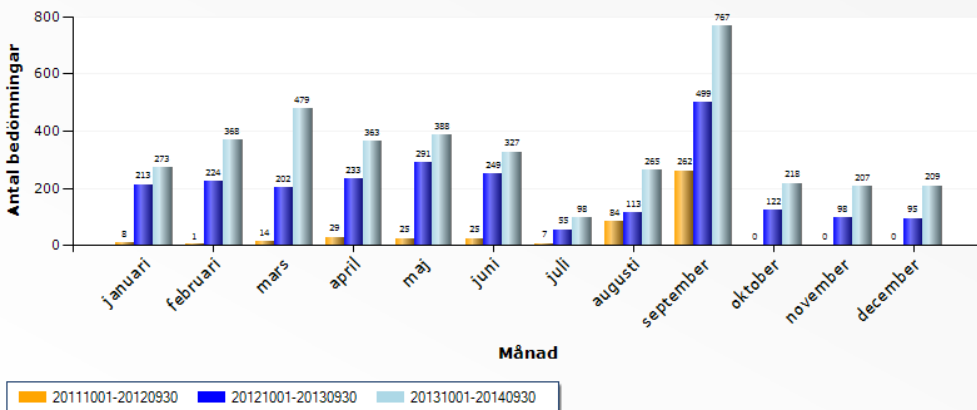


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-12-07

Otimo Data AB 2014-12-08

Antal kompletta bedömningar - BPSD  
under perioden oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen



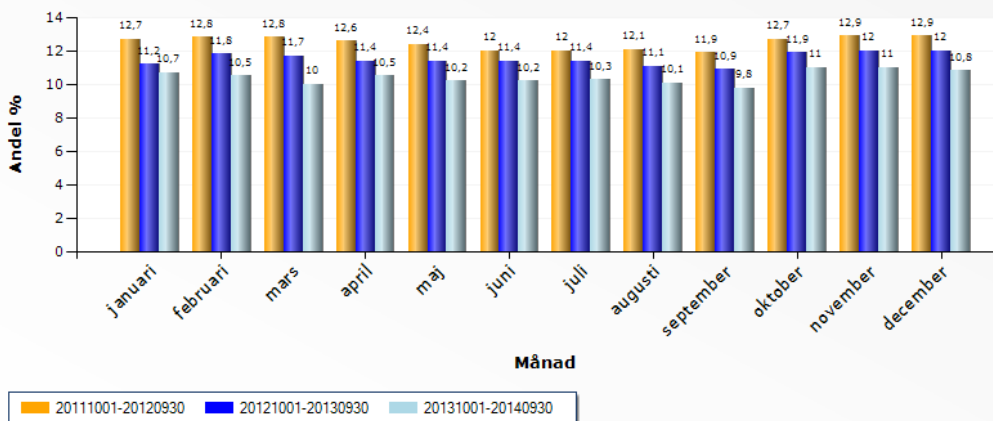
Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-12-08

Otimo Data AB 2014-12-08

### God läkemedelsbehandling (mål – minskning)

Olämpliga läkemedel >= 75 år oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen

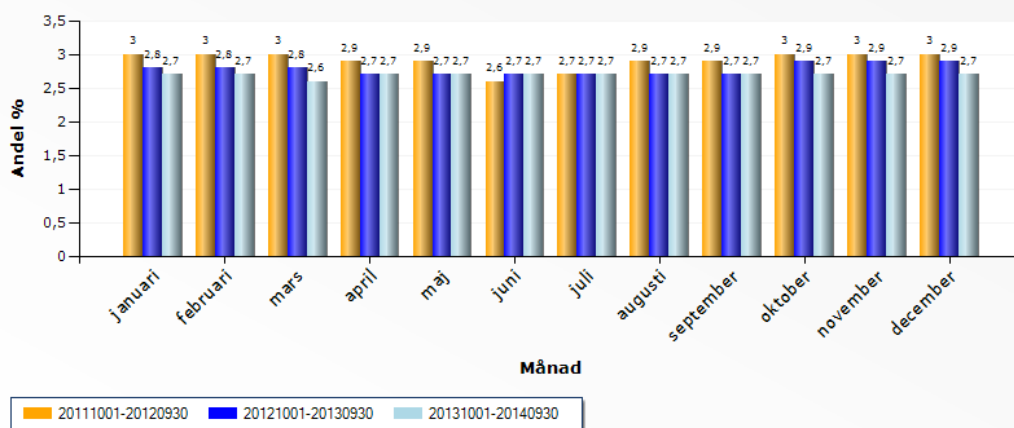


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-09-01

Otimo Data AB 2014-12-08

Antipsykotiska läkemedel >= 75 år oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen

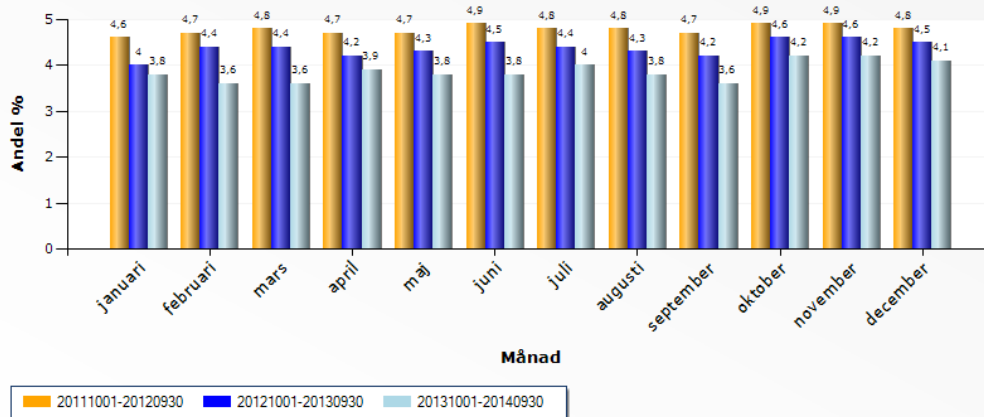


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-09-01

Otimo Data AB 2014-12-08

Antiinflammatoriska läkemedel >= 75 år oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen



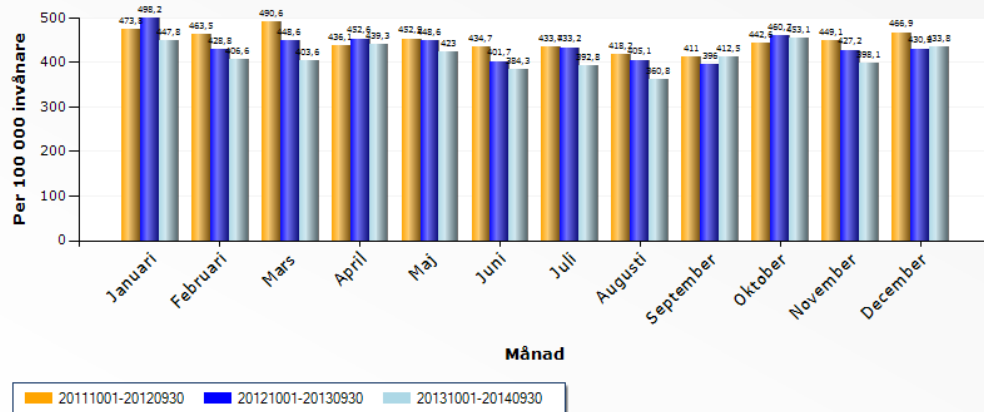
Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-09-01

Otimo Data AB 2014-12-08

**Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre (mål – minskning)**

Undvikbar slutenvård per 100 000 invånare över 64 år oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen

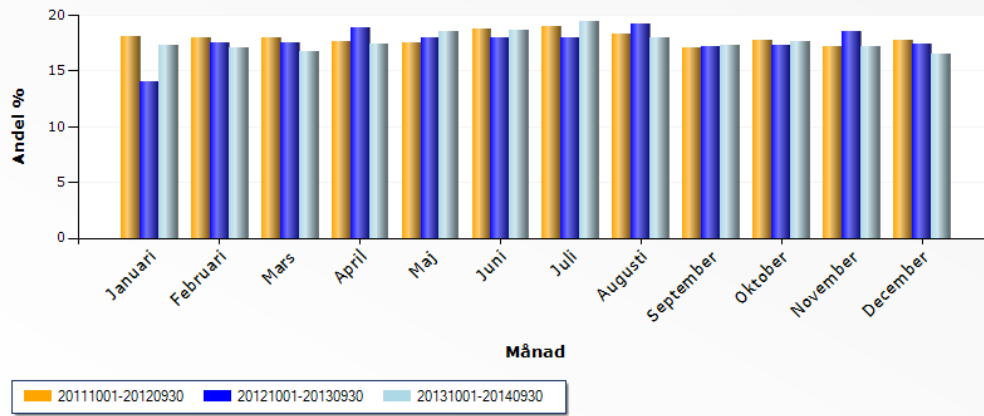


Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-10-31

Otimo Data AB 2014-12-08

Oplanerad återinskrivning inom 1 till 30 dagar oktober 2011 - september 2014 i Västra Götalandsregionen



Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2014-10-31

Otimo Data AB 2014-12-08