



Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa 2016 – 2024

Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring

Årsrapport 7 för år 2023

Monica Nyström
Mariel Taxén
Sara Tolf
Helena Strehlenert

Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik,
Karolinska Institutet



Årets fokus: 1) Olika strategier för att driva förändring med hjälp av kontext, process och utfallsdata; 2) Analyser av regionernas insatser (2021–2022) för att förbättra för personal, verksamhet och patienter

Innehållsförteckning

Återrapportering av följeforskning för 2023	3
Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Forskarnas aktiviteter under 2023	4
I. NATIONELL NIVÅ – Vilka strategier används på nationell nivå för att stödja utveckling, förändring och lärande?5	
Forskningsfrågor	5
Storskalig förändring.....	5
Olika perspektiv och antaganden vid storskalig förändring i komplexa system	5
FÖRDJUPNINGSSTUDIE – Variation i strategier för att åstadkomma förändring med hjälp av kontext, process och utfallsdata i storskaliga förändringsåtgärder.....	8
Syfte och metodik	8
Bakgrund.....	8
Resultat	9
Varierande tyngdpunkt på olika strategier mellan tre satsningar	9
Satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2015-2025	10
Satsningen på Bättre Liv för sjuka äldre 2010-2014	12
Kvalitetsregistersatsningen 2012-2016.....	14
Summering och diskussion	17
Övergripande mönster	17
Förståelse för variationer i satsningarnas grundförutsättningar	18
Att fundera vidare kring - Nationell nivå	19
II. REGIONAL NIVÅ – Hur har arbetet med satsningen ute i regionerna organiserats och bedrivits?	20
Bakgrund och syfte	20
FÖRDJUPNINGSSTUDIE – Regionernas insatser (2021–2022) och deras koppling till kompetensförsörjning och personalens arbetsituation	21
Introduktion.....	21
Utmaningen med kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården	21
Forskning om faktorer och insatser som påverkar personalomsättning	22
Metodik.....	23
Resultat	24
TEMA PERSONAL- INDIVID - Regionernas insatser för att utbilda, utveckla och stärka kompetensen hos personalen	26
TEMA PERSONAL & ORGANISATION - Regionernas insatser för att säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens	28
TEMA ORGANISATION - Regionernas insatser för utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet	30
Diskussion	36
Att fundera vidare kring – Regional nivå	39
Referenser.....	40

Återrapportering av följeforskning för 2023

Nationell satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring

Sammanfattning

Syftet med följeforskningen är att öka kunskapen om hur nationella och regionala strategier för stöd och implementering kan bidra vid nationella satsningar - samt att stödja lärandet under den pågående satsningen.

Målet är att undersöka, beskriva och dra lärdomar av den implementeringsprocess och de stödstrategier för utveckling och lärande som används på nationell och regional nivå för att nå ut med satsningen, samt att förstå de valda strategiernas betydelse vid förändring, lärande och hållbarhet i insatser och förändringar efter satsningens slut

Årets rapport är indelad i två delar med två delstudier. I studien i DEL I har använt ett teoretiskt ramverk för att analysera strategier för att driva förändring (10) som kopplas till användandet av olika typer av information: Kontextdata, processdata och prestationsdata. I föregående årsrapport beskrivs analysen av satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa i mer detalj (9). I denna årsrapport har vi vidareutvecklat analysen och jämfört tre nationella satsningar för att ge möjlighet att se övergripande mönster och bättre förstå likheter och olikheter. Alla satsningar har haft följeforskare involverade och samlat in data över flera år. *Syftet* med denna fördjupning är att 1) bidra med kunskap och skapa förståelse för de utmaningar som finns med att följa och värdera progress i storskaliga förändringssatsningar inom komplexa hälso- och sjukvårdssystem; och 2) förstå hur handlingsstrategier för att stödja och åstadkomma förändring varierar mellan satsningar och hur innehåll, mottagarkontexter, involverade aktörer samt ev. befintliga strukturer kan påverka dessa.

Syftet med studien som delvis beskrivs i Del II är att förstå hur regionerna hanterar en viktig förutsättning för att kunna förbättra och utveckla verksamheten: vårdpersonalen och relatera valda insatser till forskning som rör frivillig personalomsättning inom vården och vad som påverkar personal att stanna kvar (staff turnover, staff retention). I fördjupningsstudien ingår att förstå olika typer av insatser och deras koppling till personalens arbetssituation, även de som beskrivs vara inriktade mot patientarbete och organisation. I rapportens Del II redovisas en analys av regionernas alla inrapporterade insatser under 2021 och 2022. Studien är mer omfattande och här tillkommer analyser av intervjuer med HR-strateger och övriga personer på strategisk nivå i ca hälften av regionerna samt av strategiska dokument som berör kompetensförsörjning i bred bemärkelse. Den studien redovisas i en kommande årsrapport.

Bakgrund

Följeforskningen av den nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa bedrivs av en grupp forskare vid Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) vid Karolinska Institutet under ledning av docent Monica Nyström. I forskargruppen ingår forskarna Karin Pukk Härenstam (2017-2021), Elin Larsson (2017-2021), Vibeke Sparring (from 2018-2023), Sara Tolf (2019-t.v.), Helena Strehlenert (from 2019-t.v.) och forskningsassistent Mariel Taxén (from 2023). Forskarna arbetar deltid i projektet och i varierande utsträckning över åren. Följeforskningen startade i mindre skala i maj 2017 med en rekognoserande fas och under 2018 klargjordes upplägget med fokus på tre nivåer: nationell, regional och lokal nivå. Fördjupade studier inom dessa nivåer har sedan kopplats till det som varit aktuellt inom satsningen och i regionerna.

Syftet med följeforskningen är att öka kunskapen om hur nationella och regionala strategier för stöd, implementering och lärande kan bidra vid nationella satsningar - samt att stödja lärandet under den pågående satsningen. Även mer avgränsade forskningsfrågor, lokala insatser eller insatser med specifika fokus undersöks för fördjupad kunskap.

Målet med följeforskningen är att undersöka, beskriva och dra lärdomar av den implementeringsprocess och de stödstrategier för utveckling, lärande och förändring som används på nationell och regional nivå för att nå ut med satsningens intentioner, samt att på regional nivå förstå de valda strategiernas betydelse vid förändring, lärande och hållbarhet i insatser och förändringar efter satsningens slut.

Följeforskningen utgår från en aktionsinriktad ansats. Under satsningen - dvs. från 2017 och framåt - diskuteras forskarnas iakttagelser, identifierade lärdomar etcetera regelbundet med nationella och regionala aktörer för att främja lärande och bidra till att optimera möjligheterna för utveckling inom satsningens områden. Kunskap och de modeller som genereras syftar till att kunna utgöra ett stöd vid kommande nationella satsningar som adresserar komplexa, dynamiska och mindre strukturerade utmaningar eller s.k. 'wicked problems' (1,2) och försöker uppnå förändring inom stora, komplexa vård- och omsorgssystem.

Forskarnas aktiviteter under 2023

Forskarna har under 2023 fortsatt följa och registrera aktiviteter och interventioner på den nationella och regionala nivån genom deltagande och icke-deltagande observationer vid olika typer av möten, insamling av dokument, samt via regionernas inrapporteringar. Under senhösten 2023 påbörjades en intervjuomgång där HR-strateger, nyckelpersoner på strategisk nivå, samt kontaktpersoner i ca hälften av landets regioner intervjuas. I anslutning till årets påbörjade studier genomförs även en litteratursökning för att få en överblick över existerande forskning kring faktorer som påverkar kompetensförsörjning, personalomsättning, och valet att stanna kvar inom sitt yrke eller på sin arbetsplats. Vi undersöker även interaktioner mellan insatser för att utveckla och förbättra verksamhetens effektivitet, personalens arbetssituation och vårdens kvalitet. I förra årsrapporten redovisade tre långt gångna studier (varav en publicerats i *Frontiers of Public Health* i september 2023). I denna årsrapport redovisas dels en långt gången studie samt preliminära resultat av de undersökningar och analyser som påbörjats under 2023. För att stödja ett lärande har forskarna under 2023 hållit i tre workshops för det nationella teamet och två workshops vid vårens och höstens tvådagars-internat för regionernas kontaktpersoner.

I. NATIONELL NIVÅ – Vilka strategier används på nationell nivå för att stödja utveckling, förändring och lärande?

Forskningsfrågor

På nationell nivå berör våra studier tre övergripande forskningsfrågor:

1. Vad karakteriserar nationella, storskaliga satsningar som lanseras för att förbättra komplexa samhällsutmaningar (ofta s.k. wicked problems) inom ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem?
2. Hur kan handlingsstrategier för att stödja och åstadkomma förändring och förbättring som används på nationell nivå inom dessa satsningar beskrivas?
3. Vilket stöd finns i forskningslitteraturen för olika handlingsstrategier när det gäller deras användning för att stödja storskalig förändring inom komplexa system?

Storskalig förändring

Forskningen om storskalig förändring är fragmenterad och utgör inte ett sammanhållet område. Det saknas konsensus inom forskningen för hur man ska beskriva handlingsstrategier för nationella satsningar eller program som riktar sig mot omfattande, komplex och ostrukturerad problematik i stora komplexa organisatoriska system. Existerande studier och modeller utgår från olika perspektiv och återfinns inom olika kunskapsområden, som i sig bygger på olika grundläggande antaganden. Vi har därför över tid testat några olika sätt att beskriva strategier för att stödja och underlätta förändring inom ramen för stora nationella satsningar eller policyprogram. I tidigare och pågående studier har handlingsstrategier på nationell eller programnivå beskrivits och relaterats till:

1. *Perla et al's (3) normativa modell* baserad på fallstudier av framgångsrika satsningar som även använts för att beskriva en tidigare nationell satsning (4–6)
2. *Systemtänkande - basala komponenter* (7)
3. *Wilkins et al's modell över strategier för organisatoriskt systemtänkande* vid storskalig förändring (8,9)
4. *Levesques och Sutherlands modell över hävstångsstrategier för att driva förändring* s.k. levers of change (9,10).

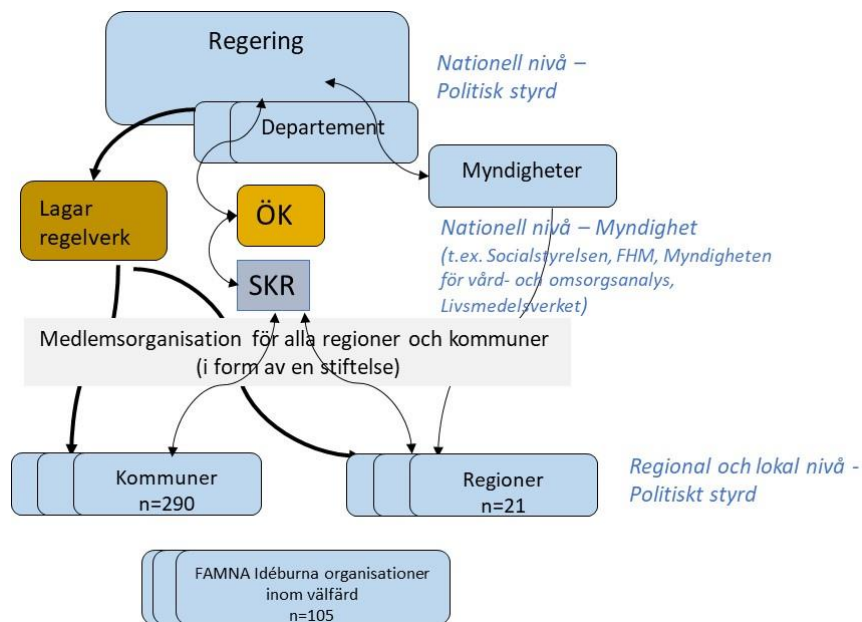
Den sista studien är omfattande och beskrevs senast i årsrapporten för 2022 (9). Den handlar om hur nyckelaktörer inom nationella satsningar använder data från olika källor (t.ex. processdata, utfallsdata) för att följa och utvärdera satsningen och sedan använda denna information för att på olika sätt driva förändring. Där beskrevs ett antal kända utmaningar med att följa processer under större utvecklingskeenden, att följa progressen mot resultatmål, att analysera och sammanställa information och att ge feedback, och skapa förutsättningar för lärande inom utvecklingsatsningar.

I årets rapport har vi höjt blicken för att med hjälp av Levesques och Sutherlands (10) ramverk över hävstångsstrategier se övergripande mönster, likheter och olikheter mellan tre nationella satsningar.

Olika perspektiv och antaganden vid storskalig förändring i komplexa system

För att hantera mångfacetterade utmaningar inom vård och omsorg, som att kostnadseffektivt tillhandahålla vård till en ökande andel äldre eller ge en jämlik vård till alla typer av patienter i alla delar av landet, har det blivit vanligare att initiera stora, långsiktiga förbättringsprogram för att ta sig an problemen på ett mer holistiskt sätt. Mångfalden av aktörer som är involverade och det breda spektrum

av faktorer som påverkar systemförändringar bidrar till komplexiteten. Exempel på stora utmaningar som adresserats i flera nationella satsningar är hur man ska uppnå en vård som är tillgänglig, integrerad, säker, kunskapsbaserad, och personcentrerad (11–15). I Sverige har till exempel icke-bindande satsningar baserade på gemensamma överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner (SKR) som representant för regionala och kommunala beslutsfattare inom hälsa och omsorg ökat. Sådana "mjuka" styrmedel kompletterar lagar och förordningar och syftar ofta till att öka samordningen mellan organisationer och huvudmän. I sådana överenskommelser kombineras vanligtvis flera olika styrmedel som exempelvis riktade statsbidrag, informationsinsatser m.m. (16). I Figur 1 ges en överblick över det svenska systemet och dess viktigaste aktörer vid överenskommelser med SKR.



Figur 1. Översikt över systemet med aktörer och kopplingar i nationella satsningar om bygger på överenskommelser mellan staten och SKR

Problemen som man försöker ta sig an med hjälp av sådana överenskommelser och satsningar är ofta ostrukturerade, dynamiska och involverar flera sektorer, organisationsnivåer och aktörer. De karakteriseras av att de är svåra att definiera och att det inte finns några tydliga lösningar. Sådana problem kallas i forskningslitteraturen för 'wicked problems' (2,17,18). Eftersom det inte är möjligt att slutgiltigt lösa 'wicked problems' så hamnar fokus istället på hur de kan hanteras över tid. Hanteringen av 'wicked problems' behöver ständigt anpassas och förnyas för att ta hänsyn till dynamiska förändringar, kontextuell variation och oförutsedd påverkan på andra processer inom ett system. Hanteringen kräver också ett systemperspektiv. Det innebär att man behöver ta hänsyn både till hur olika nivåer i systemet interagerar och balansen mellan olika perspektiv, bl.a. krav på effektivitet, vårdkvalitet och personalens välbefinnande.

Daviter (19) beskriver en aktuell debatt inom policyområdet och tre grundläggande angreppssätt som forskningslitteraturen beskriver att aktörer på nationell nivå (och forskare) har på 'wicked problems' idag:

1. "Problemlösande" som basalt angreppssätt beskrivs som mest vanligt förekommande bl.a. inom folkhälsoområdet. Trots att 'wicked problems' per definition inte är möjliga att "lösa" så är det vanligaste ändå att det finns ett underliggande antagande om att det går att hitta en lösning.

Utvecklingen har gått mot att försöka omfamna helheten i både problem och aktuellt system för att främja samverkan och samordning – vilket är en utmaning i ett stort, komplext och dynamiskt hälso- och sjukvårdssystem. Variationen och dynamiken i 'wicked problems' gör det svårt att finna övergripande lösningar som håller över tid och över olika typer av kontexter.

2. "Tämjande" som basalt angreppssätt innebär att det komplexa problemet reduceras, eller delas upp, och formuleras ("förpackas") i mer hanterbara delar. Detta leder dock oftast till att helhetssynen på problemet och möjligheterna att beakta komplexiteten går förlorade. Ofta används ett mindre antal personer, valda baserat på deras expertis eller position inom systemet, som får definiera problemet och föreslå lösningar.

De problemlösande och tämjande angreppssätten kännetecknas av rationalitet och en "projektsyn", med förväntningar på tydliga (helst mätbara) mål och delmål som kan följas upp och utvärderas via tydliga indikatorer. I förändringsinsatser där dessa angreppssätt används blir utvärderingar viktiga och mycket tid kan läggas på att identifiera "rätt" indikatorer. Ett typiskt grepp i dessa angreppssätt är att det som anses bidra till framgång vid mindre och mer avgränsade projekt även tillämpas på betydligt större och mer komplexa problem, innehållsområden och system, utan att ta tillräcklig hänsyn till systemaspekter.

3. "Hantering/Coping" som basalt angreppssätt innebär att problemområdet hanteras med de för tillfället bästa tillgängliga insatserna/arbetsätten etc. i olika delar av systemet. Men när dynamiken, situationen och systemet förändras, och signaler fångas upp på att problem återigen ökar, så leder det till omtag och att nya insatser testas och anpassas. Detta angreppssätt är mer dynamiskt och tillåter mer experimenterande och lärande än om det antas att den bästa kunskapen och lösningen kan och bör tas fram innan förändringen initieras, men det ställer också stora krav på flexibel och kontinuerlig uppföljning.

Daviter (19) menar att en möjlig väg framåt är att utgå från en mer nyanserad syn på 'wicked problems' och på vilka sätt dess olika aspekter är problematiska, och anpassa valen av angreppssätt utifrån detta. Ytterligare en viktig aspekt handlar om att öka förståelsen för vilka avvägningar som valet av olika angreppssätt innebär, dvs. ett visst angreppssätt skapar möjligheter men innebär samtidigt också begränsningar och risker. Exempelvis att 'tämja' ett problem genom att avgränsa det och formulera det så att det passar med existerande organisatoriska ramar och mandat kan göra det enklare att vidta åtgärder och mäta utfall, men risken finns samtidigt att vissa relevanta aspekter av problemet inte beaktas utan faller mellan stolarna och kanske t.o.m. förvärras utan att det nödvändigtvis syns i statistiken.

En nationell satsning inom breda förbättringsområden och i ett decentraliserat system innebär att det är svårt att endast utgå från logiken bakom tidsbegränsad, intentionsstyrd planerad förändring – s.k. episodisk eller planerad förändring. Här behöver även hänsyn tas till mer svårstyrda kontinuerliga förändringsprocesser eller till andra förändringar som sker inom regionerna som inte kan styras från nationell nivå (för mer om olika synsätt på förändring se Nyström, 2007 och Nyström et al., 2013).

FÖRDJUPNINGSSSTUDIE – Variation i strategier för att åstadkomma förändring med hjälp av kontext, process och utfallsdata i storskaliga förändringssatsningar

Syfte och metodik

Syftet med denna fördjupning är att 1) bidra med kunskap och skapa förståelse för de utmaningar som finns med att följa och värdera progress i storskaliga förändringssatsningar inom komplexa hälso- och sjukvårdssystem; och 2) förstå hur handlingsstrategier för att stödja och åstadkomma förändring varierar mellan satsningar och hur innehåll, mottagarkontexter, involverade aktörer samt ev. befintliga strukturer kan påverka dessa.

Bakgrund

Denna fördjupningsstudie påbörjades 2021. I tidigare årsrapporter har vi beskrivit utmaningar med att följa och utvärdera storskaliga satsningar (se 7). Vi har använt ett teoretiskt ramverk för att analysera strategier för att driva förändring (10) och i årsrapporten för 2022 beskrivs analyserna av satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa i mer detalj (9). I denna årsrapport har vi vidareutvecklat analysen och jämfört tre nationella satsningar för att ge möjlighet att se övergripande mönster och bättre förstå likheter och olikheter. Alla satsningar har haft följeforskare involverade. Resultaten är baserad på analyser av intervjuer, observationer, enkäter och olika typer av dokument (mötesagendor och anteckningar, Power-Point presentationer, rapporter över utfall etc.) insamlade över flera år i de olika satsningarna. Data från varje satsning återfinns i omfattande databaser och etiskt godkännande för användning av dessa har erhållits.

Ramverk med åtta strategier för att driva förändring relaterade till hur data/information används

Ramverket som studien har utgått från beskriver åtta olika hävstångsstrategier för att driva på förändring, s.k. levers for change (10). Förenklat benämner vi dem fortsättningsvis som strategier för att driva förändring. I nationella satsningar samlas olika typer av data in för att följa utvecklingen och informationen används på olika sätt av olika aktörer, vilket kan skapa hävstångseffekter för förändring. Strategierna i ramverket handlar om hur, eller genom vilka mekanismer, process- eller utfallsdata kan verka för att driva på förändring. Antagandet är att storskaliga satsningar varierar i användningen av strategier för att driva förändring och i hur man samlar in och använder information. Ramverket organiserar strategierna längs två dimensioner kända inom organisationsforskning: inre och yttre motivation som drivkrafter för förändring och planerad och framväxande förändring, även kallat episodisk och kontinuerlig förändring.

1. Kognitiv strategi.

Antaganden: Fokuserar på inre motivation hos individer och ses främst vid framväxande förändring. Strategin handlar om att använda utfallsdata på ett sådant sätt att mottagarna blir medvetna om gapet mellan nuläge och önskat läge, vilket förväntas leda till förändring. Strategin används ofta vid uppstart av en kvalitetsförbättringsprocess. *Data/information:* Prestanda kodifieras och kvantifieras så prestationer kan urskiljas och trender spåras över tid i insamlade data.

2. Imiterande strategi

Antaganden: Fokuserar på inre motivation och ses främst vid framväxande förändring. Strategin handlar om benchmarking, dvs. att använda information om utfall/prestation på ett sådant sätt att mottagarna kan jämföra sig med andra. Strategin bygger på en önskan att tillhöra, och anpassa sig till, en respekterad gruppering, att överträffa eller inte bli överträffad av andra liknande aktörer/verksamheter. Variation i prestation kopplas till skillnader i kunskap, kapacitet och kompetenser. Bedömningar baseras på kunskap om bästa praxis. *Data/information:* används för att identifiera prestationsnivåer, identifiera de bäst presterande och deras strategier, sätta prestationer i ett större sammanhang, samt för att ge information om och möjliggöra jämförelser med andras prestationer.

3. Formativ strategi

Antaganden: Fokuserar på inre motivation och ses främst vid planerad förändring. Strategin handlar om att baserat på information om nuläget, ge lämplig feedback vid rätt tidpunkt som kan guida förändring i dynamiska situationer, och där information ges på ett flexibelt och lyhört sätt. Baseras på en tydlig modell över bästa praxis och ett evidensbaserat mål. *Data/information:* fångar viktiga delar av förändringsprocessen, styr valda åtgärder och signalerar när det finns ett behov av att reagera på förändrade omständigheter eller oväntad utveckling.

4. Stödjande strategi

Antaganden: Fokuserar på inre motivation och ses främst vid planerad förändring. Strategin handlar om att baserat på nuläge och aktuella behov, som kartläggs med hjälp av insamlad information, ge stöd som möjliggör, uppmuntrar och hjälper till vid förändring. Strategin innebär mentorskap och ett vägledande angreppssätt som underlättar lärande. *Data/information:* ger underlag för vad arbetet ska/bör fokusera på och vägleder förändringsprocesser och investeringar.

5. Tvingande strategi

Antaganden: Fokuserar på yttre motivation och ses främst vid planerad förändring. Strategin handlar om att insamlad information används för att övervaka kvalitet och kontrollera huruvida verksamheter når upp till specificerade målnivåer, i kombination med mer eller mindre tvingande åtgärder i form av sanktioner och/eller incitament (t.ex. prestationsersättning). *Data/information:* används för att säkerställa att målen uppnås – ofta inom en definierad tidsram.

6. Normativ strategi

Antaganden: Fokuserar på yttre motivation och ses främst vid planerad förändring. Strategin handlar om att insamlad information används för att kontrollera och säkerställa att verksamheten lever upp till professionella standarder eller bedrivs i enlighet med väldefinierade normer, t.ex. kvalitetscertifiering av en verksamhet, medlemskap i föreningar och organisationer. Upprätthålls genom licensierings-, registrerings-, validerings- och ackrediteringsprocesser. *Data/information:* identifierar var strategierna bäst appliceras och följer upp väntade och oväntade effekter.

7. Strukturell strategi

Antaganden: Fokuserar på yttre motivation och ses främst vid framväxande förändring. Strategin handlar om att baserat på insamlad information identifiera organisatoriska begränsningar och möjligheter t.ex. om bemanning, definierade roller och ansvarsområden, eller organisatoriska egenskaper som i sin tur formar vad verksamheten kan åstadkomma – och som kan visa på behov och effekter av strukturell förändring. De kan vara fysiska gränser eller hinder (t.ex. geografiskt spridda enheter) och organisatoriska processer och professionella rutiner som styr beteende (kliniska vårdprocesser, teambaserade processer, vårdmodeller). *Data/informationens* roll är mindre framträdande i denna strategi, den informerar om var drivkrafter återfinns inom strukturen och övervakar deras inverkan på den förändring man jobbar med.

8. Konkurrensinriktad strategi

Antaganden: Fokuserar på yttre motivation och ses främst vid framväxande förändring. Strategin handlar om att information används för att främja konkurrens och stärka marknadskrafter, t.ex. för att skapa tryck på organisationer att attrahera och behålla kunder. Motiverar via rädsla att förlora, eller genom belöningen att utöka, marknadsandelar eller kunderunderlag. *Data/information* används för att stödja patienters val och chefers beslut om satsningar för att vinna/undvika att förlora.

Resultat

Varierande tyngdpunkt på olika strategier mellan tre satsningar

Nedan ges exempel från tre nationella satsningar för att illustrera hävstångsstrategierna för att driva storskalig förändring: satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2015-2025; satsningen på Bättre Liv för sjuka äldre 2010-2014 samt Kvalitetsregistersatsningen 2012-2016. För mer information om hur dessa strategier ter sig i praktiken inom satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa, se Årsrapporten för 2022. För jämförelsen mellan de tre satsningarna kommer en vetenskaplig artikel att publiceras med mer detaljer.

Olika typer av information samlades in i de tre satsningarna. Alla tre samlade in och använde data om prestationer och utfall kopplade till satsningens mål samt data för att följa själva förändringsprocessen (implementeringen). Vilken information om kontexten som samlades in och användes, och i vilken omfattning, varierade lite mer mellan satsningarna. Inom Bättre Liv satsningen användes indikatorer, en del hämtade från kvalitetsregister, vilka utgjorde en grund för prestationsbaserad ersättning. Inom Kvalitetsregistersatsningen fick prestations- och processdata i ansökningar och årsrapporteringar från kvalitetsregister samt från kvalitetsregistercentra en större roll och kontextdata en mindre roll. Inom satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa, som är den satsning som pågått under längst tid, var omfattningen och variationen av information om prestation, process och kontext t.ex. via kvalitetsregister, patientenkäter, omfattande rapporter från regionerna, löpande uppföljning vid möten m.m. störst.

Beroende på hur innehåll och adresserad problematik, involverade aktörer och mottagarkontexten uppfattas, definieras och avgränsas så får olika strategier olika tyngd i satsningarna.

Satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2015-2025

Satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa är den längsta av de tre nationella satsningarna. Den initierades i slutet av 2015 och är planerad att pågå t.o.m. 2025. Satsningen fokuserar på att förbättra vården före, under och efter graviditet och har under senare år utökats till att även gälla kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom hela livet. Målet är att förbättra tillgängligheten, jämlikheten, säkerheten i vården, ge mer kunskapsbaserad och personcentrerad vård, förbättra vården som gäller sexuell och reproduktiv hälsa genom hela livet (tillkommit 2023/24) och skapa förutsättningar för detta arbete genom att stärka kompetensförsörjningen och säkra ett gott medarbetar- och ledarskap. Att ta sig an dessa mångdimensionella utmaningar innebär att flera 'wicked problems' adresseras inom ramen för satsningen.

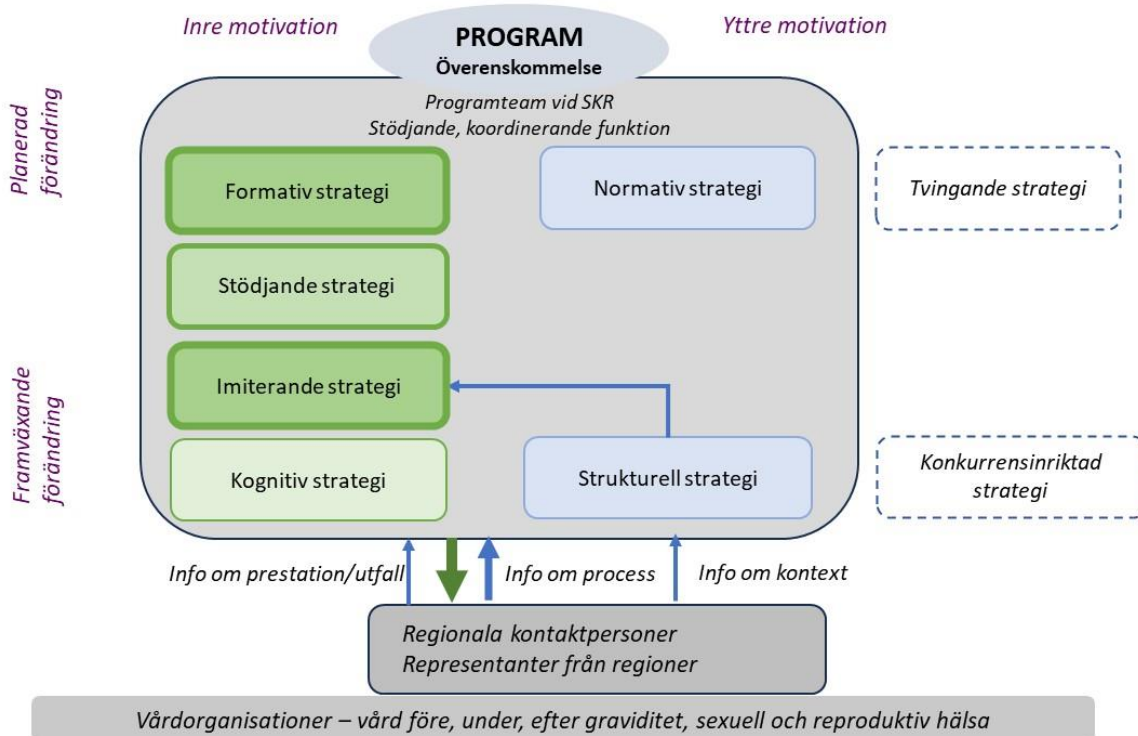
Inom satsningen ryms både strategier som passar planerad/episodisk och framväxande/kontinuerlig förändring. De strategier som främst kopplas till planerad/episodisk förändring i ramverket (10) är formativ, stödjande, tvingande och normativ strategi (se Figur 2). De strategier som kopplas till mer framväxande/kontinuerlig förändring är kognitiv, imiterande, strukturell och konkurrensinriktad strategi. Inom denna satsning finns ingen tydlig aktör med en formell funktion att kontrollera och påverka/fatta beslut om medel, och inga prestationskopplade medel (detta har dock tillkommit i mindre omfattning 2023/2024 kopplade till avgränsade områden/krav).

Det finns en tydlig stödjande och koordinerande funktion som innehas av ett team för satsningen vid SKR. I alla tre satsningar återfinns externa utvärderare – i detta fall Myndigheten för vård och omsorgsanalys vars uppdrag har förändrats över åren i takt med att satsningen förlängts.

Inom denna satsning används framför allt strategier för att driva på förändring genom inre motivation och i mindre utsträckning på yttre motivation: formativa, imiterande och stödjande strategier.

Inom satsningen samlas och används kontextuell information och processinformation på en mängd olika sätt för att förstå variationen och dynamiska förändringar som sker ute hos regioner och verksamheter samt på nationell nivå. Det pågår också ett relativt omfattande arbete för att fånga upp relevant och ny kunskap. Detta kan sägas vara en slags omvärldsbevakning på olika nivåer. Samtidigt samlas information om förändringsprocessen och ev. progress inom olika områden samt prestationsinformation in regelbundet och diskuteras och används på olika sätt.

Förlossningsvård och kvinnors hälsa – hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring



Figur 2. Översikt över hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring inom satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa

Den *formativa strategin* innebar att ge lämplig feedback vid rätt tid som guidar förändring i dynamiska situationer, där information levereras på ett flexibelt och lyhört sätt, exempelvis vid dialogmöten med regionerna eller som nya mötesinlägg efter identifierade behov. Strategin baseras på kunskap om bästa praxis och vetskap om ett kunskapsbaserat mål. Informationen fångar upp viktiga delar av förändringsprocessen, styr valda åtgärder och signalerar när det finns ett behov av att reagera på förändrade omständigheter eller oväntad utveckling. Den underlättar främst vid planerad förändring. Ett exempel är arbetet kring Graviditetsenkäten, som innefattar stöd till regionernas användning av resultaten, egen användning vid dialogmöten med regionerna, samt en årsvis sammanfattande rapport av enkätresultaten med tillhörande stödmaterial.

Den *imiterande strategin* bygger på en önskan att tillhöra och anpassa sig till en respekterad gruppering, att överträffa eller inte bli överträffad av andra liknande aktörer/verksamheter. Variationer i prestation kopplas till skillnader vad gäller kunskap, kapacitet och kompetenser. Information används för att identifiera och möjliggöra jämförelser av prestationsnivåer och högpriesterandes strategier samt för att sätta prestationer i ett större sammanhang. Även denna strategi underlättar främst vid planerad förändring. Här spelar regionernas årliga rapportering och data från kvalitetsregister och Graviditetsenkäten en viktig roll, främst för att identifiera och lyfta fram goda exempel. Detta görs både i rapporter, vid möten, och vid speciella s.k. Glo och sno webinariume.

Den *stödjande strategin* fokuserar på att ge stöd som möjliggör, uppmuntrar och hjälper till vid förändring. Det är ett vägledande angreppssätt som underlättar lärande och som ofta innefattar ett slags mentorskap eller viss handledning. Information ger underlag för vad arbetet ska/bör fokusera på och vägleder förändringsprocesser och olika investeringar. Denna strategi underlättar främst vid kontinuerlig

förändring. Här ger man stöd både genom att involvera andra aktörer t.ex. ge stöd till analyser med hjälp av experter vid SKR, bjuda in forskare för inspel om aktuell forskning, eller genom att själva erbjuda stöd t.ex. genom att erbjuda förslag på mallar till nulägesanalyser eller genom att tillämpa ett vägledande upplägg vid dialogmöten med regionerna.

I mindre utsträckning användes information för att driva förändring med hjälp av de *kognitiva, normativa och strukturella strategierna*, där de två sista kopplas till extern motivation och den strukturella strategin till kontinuerlig förändring. Att samla in information kring förutsättningar i regionerna ingår som en del i den strukturella strategin och det görs bl.a. vid dialogmöten med regionerna och via olika register, och används för att anpassa det nationella stödet till regionerna och kopplas främst till den imiterande strategin.

Det mest utmärkande med denna satsning är:

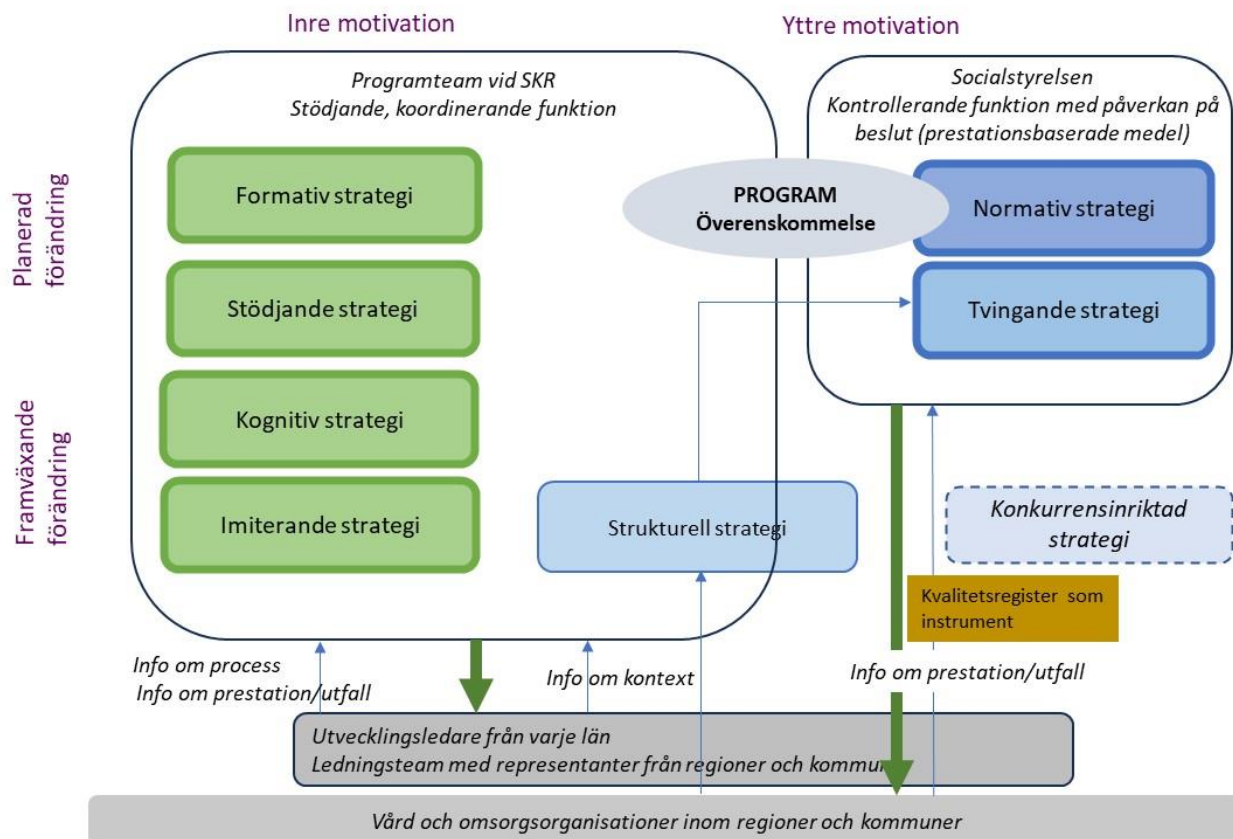
- den fokuserar på en stor andel av befolkningen (kvinnor)
- den har ett väl avgränsat "landskap" av regional verksamhet att nå ut och förhålla sig till, dvs. verksamheter som är involverade i vården före, under och efter graviditet samt sedan 2023/24 sexuell och reproduktiv hälsa genom hela livet
- den fokuserar på 5-7 innehållsområden (några har tillkommit senare) som var och en innehåller känd men komplex problematik och kan karakteriseras som multipla 'wicked problems'
- det finns stora frihetsgrader för regionala beslutsfattare att anpassa beslut om insatser (inom ramen satsningens områden) efter regionala förutsättningar och behov
- friheten att anpassa insatser efter regionala behov innebär behov av en omfattande uppföljning och flera sätt att följa upp utvecklas har över tid, inkl. nya instrument (t.ex. Graviditetsenkäten)
- kontextdata, processdata och prestationsdata spelar alla en viktig roll i denna satsning och används regelbundet av SKR-teamet
- de hävstångsstrategier som används är framför allt avsedda att trigga inre motivation till förändring
- det finns en regelbunden och omfattande interaktion med ett stort antal nationella och regionala aktörer, vilket har underlättats av satsningens relativt långa tidshorisont
- en kontrollerande funktion som kan påverka beslut om ekonomisk ersättning finns inte initialt, den tillkommer 2023–2024 då Socialstyrelsen övertar uppföljningen av regionernas aktiviteter och viss prestationskoppling görs (kompetensförsörjningsplaner)

Satsningen på Bättre Liv för sjuka äldre 2010-2014

Satsningen på Bättre Liv för sjuka äldre pågick i fem år mellan 2010 och 2014. Den fokuserade på utmaningen att skapa en god, säker, jämlik och kostnadseffektiv vård och omsorg för de mest sjuka äldre, en utmaning som kan karaktäriseras som multipla 'wicked problems'. Målet var att förbättra vården inom sex identifierade områden: förebyggande arbete, demensvård, läkemedel till äldre, vård i livets slutskede samt sammanhållen vård. Även inom denna satsning rymms både strategier som passar planerad/episodisk och framväxande/kontinuerlig förändring. Extern utvärderare av satsningen var Statskontoret. En översikt över satsningen och de typer av information och hävstångsstrategier som har använts inom satsningen ges i Figur 3.

Utformningen av överenskommelsen, med prestationsbaserad ersättning etc., hade stor inverkan på vilka strategier som tillämpades och aktörer som involverades i denna satsning. Socialstyrelsen var en tydlig aktör som hade en formell funktion att kontrollera och fatta beslut om prestationsbaserade medel kopplade till på förhand definierade indikatorer.

Bättre liv för sjuka äldre – hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring



Figur 3. Översikt över hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring inom satsningen Bättre liv för sjuka äldre

Kontextuell information och processinformation användes av SKR-teamet för att förstå variationen och de dynamiska förändringar som skedde ute i regioner och verksamheter, förändringsprocessen och ev. progress inom olika områden. Detta kombinerades med information om prestation inom de områden som mättes med indikatorer.

Socialstyrelsen, i sin tilldelade kontrollfunktion, använde sig framför allt av strategier som passar planerad/episodisk förändring med fokus på *yttre motivation*. De samlade in och använde information om prestationer och utfall via kvalitetsregister, andra register och verksamhetssystem (t.ex. förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre, förekomst av trycksår, antal återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar) som underlag för att bedöma (i relation till specificerade målnivåer) huruvida kommuner och regioner kvalificerade sig för prestationsersättning, vilket är i linje med *normativa och tvingande strategier*.

Teamet vid SKR hade en *stödjande och koordinerande funktion* och gav stöd både till planerad/episodisk och framväxande/kontinuerlig förändring med hjälp av alla strategier som fokuserar på *inre motivation*. Åtterrapporering av resultat på indikatorer till vårdgivare och beslutsfattare hade en central funktion i satsningen. Ett viktigt syfte var att synliggöra förbättringsutrymme och motivera till förändring (*kognitiv strategi*) för att, som tidigare nämnts, i förlängningen nå målnivåer och erhålla prestationsersättning (*tvingande strategi*).

Utvecklingsledare spelade en viktig roll inom satsningen. Genom utvecklingsledare, som i sin tur gav stöd till verksamheter ute i länen, kunde data från kvalitetsregister användas för att initiera och driva förändring på lokal nivå genom att kombinera tre strategier: *stödjande, formativa och kognitiva strategier*. Till en början handlade utvecklingsledarnas uppdrag mest om att sprida kvalitetsregistren och att utbilda personalen i att använda registren. Efterhand skiftade dock fokus mot att även ge stöd till vårdgivare i att tolka sina egna resultatdata och använda dessa som underlag för lokalt förbättringsarbete. Resultat på aggregerad nivå användes för att informera beslutsfattare på olika nivåer i regioner och kommuner om gapen mellan nuläge och målnivåerna på programmets indikatorer inom respektive region/kommun, samt av programteamet som flitigt kommunicerade kring utvecklingen inom satsningens fokusområden ur riks- och länsperspektiv.

En imiterande strategi spelade en nyckelroll i satsningen. Öppen publicering av resultat online i en webbportal, och att programteamet aktivt och öppet kommunicerade hur kommuner och regioner presterade avseende indikatorerna, gav goda möjligheter till benchmarking och jämförelser mellan län, regioner och kommuner. Ett framträdande inslag i programmets strategiska kommunikationsplan var också att lyfta fram och dela med sig av framgångsrika exempel på lokalt förbättringsarbete och god praxis, för att inspirera andra och sporra till förändring.

Den *strukturella strategin* var inte så framträdande i denna satsning, men kom ändå till uttryck genom de grundläggande kraven som kommuner och regioner var tvungna att uppfylla för att kvalificera sig för prestationsersättning, t.ex. krav på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Det mest utmärkande med denna satsning är:

- den fokuserar på en avgränsad, men stor, patientgrupp (mest sjuka äldre)
- den har ett extremt stort och komplicerat "landskap" med flera olika huvudmän och många olika typer av verksamheter att nå ut och förhålla sig till
- den fokuserar på sex innehållsområden som var och en innehåller känd men komplex problematik och karaktäriseras av multipla 'wicked problems'.
- den involverar prestationsersättning som kopplas till ett mindre antal indikatorer
- den har en tydlig kontrollerande funktion som kan påverka beslut om ekonomisk ersättning
- prestationsdata spelar en viktig roll i denna satsning och används regelbundet av både Socialstyrelsen och av SKR-teamet
- kontextdata används i mindre utsträckning
- strategier riktade mot både inre motivation och yttre motivation används – de senare främst av den kontrollerande funktionen
- initialt var den kognitiva strategin stark, för att nå ut och skapa medvetenhet om problem t.ex. via filmer och medverkan av patienter skapas ett känslomässigt engagemang

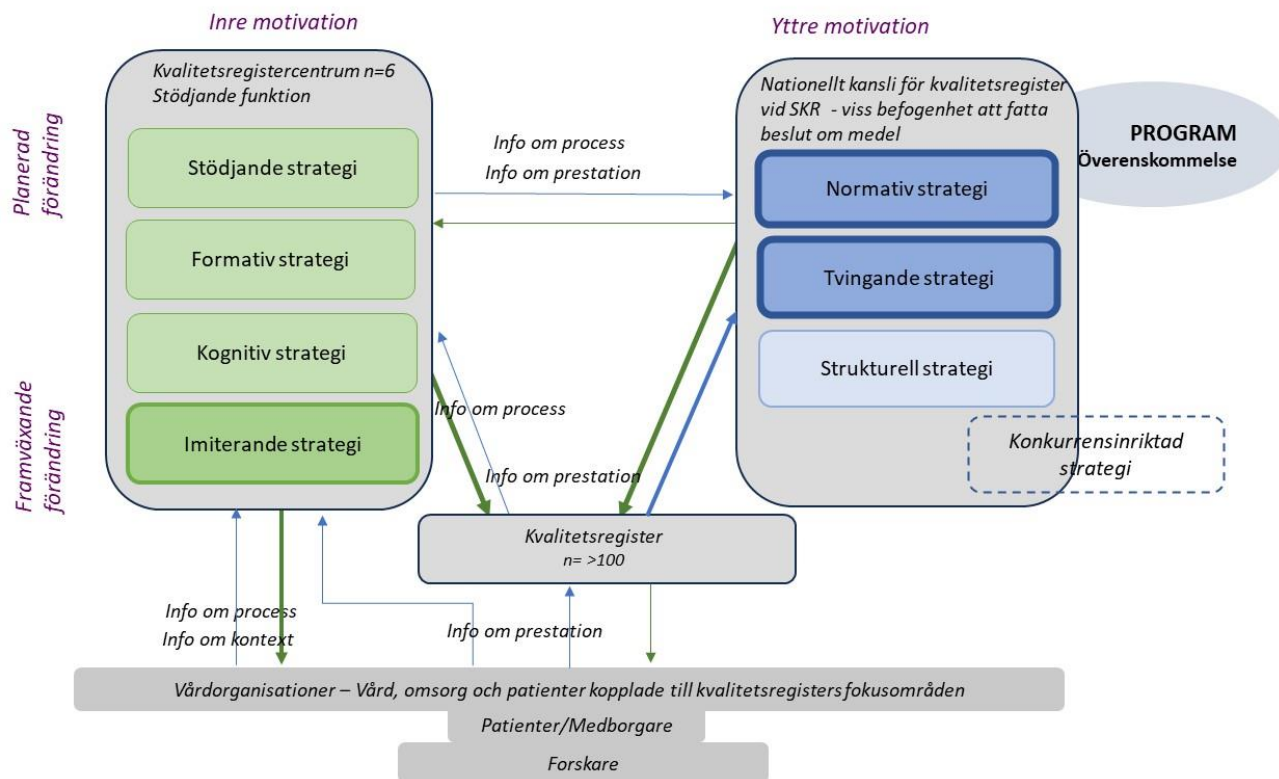
Kvalitetsregistersatsningen 2012-2016

Kvalitetsregistersatsningen pågick i fem år mellan 2012 och 2016. Den adresserade en del av den komplexa problematik som handlar om hur tillförlitlig information om patientutfall/vårdkvalitet och vårdgivares prestationer kan göras tillgänglig och användbar, främst för aktörer inom vården och omsorgen men även för patienter, medborgare och forskare. Att säkerställa tillgång till tillförlitlig och valid information som kan användas för beslut, utveckling och förbättring inom vården är en kontinuerlig process som kan påverkas av många aktörer och faktorer. De ca 100 nationella kvalitetsregistren som satsningen riktade sig till spelar en viktig roll i detta, men i praktiken finns många andra aktörer som också utgör viktiga delar i vårdens och omsorgens övergripande "informationssystem". En översikt över

satsningen och de typer av information och hävstångsstrategier som har använts inom satsningen ges i Figur 4.

Kvalitetsregistersatsningen syftade till att öka användningen av kvalitetsregister för att: förbättra kvaliteten inom vården, genomföra forskning och interagera med patienter och medborgare. Inom denna satsning fanns redan en formell funktion och en struktur för att bedöma och finansiera de befintliga kvalitetsregistren. Strukturen bestod av *ett nationellt kansli* placerat vid SKR samt en expertgrupp och en beslutsgrupp som deltog vid bedömningar av kvalitetsregistrens ansökan om medel samt vid den certifiering enligt tre nivåer som initierades under satsningen.

Kvalitetsregistersatsningen – hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring



Figur 4. Översikt över hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring inom Kvalitetsregistersatsningen

Befintliga kompetenscentra utvecklades till *kvalitetsregistercentrum* och nya tillkom, totalt skapades sex kvalitetsregistercentrum. Kvalitetsregistren anslöts till dessa centra som var utplacerade geografiskt över Sveriges storregioner. Dessa kvalitetsregistercentra fick en stödjande och koordinerande funktion. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys agerade extern utvärderare av satsningen.

Vid tillfället för satsningen fanns ca 105 *kvalitetsregister* som formellt bedömts hålla den kvalitet som krävdes för att få ekonomiska medel. Kvalitetsregistrens organisationer bestod oftast av en registerhållare och ett antal individer som utgjorde registrets ledning.

De två huvudaktörerna inom satsningen, kansliet vid SKR respektive sex kvalitetsregistercentrum, använde olika huvudstrategier. Det *nationella kansliet* fokuserade på strategier med inriktning på yttre motivation och planerad förändring. De vände sig främst mot kvalitetsregistrens styrgrupper.

En viktig funktion som kansliet hade var att säkerställa och övervaka registrens kvalitet. Här fanns en minimistandard och olika certifieringsnivåer som kopplades till incitament. Vid en viss miniminivå erhöll nya och icke registrerade kvalitetsregister certifieringsnivå 3 och därmed ekonomiska medel. De kunde sedan avancera upp till högsta nivån 1, där varje nivå innebar mer ekonomiska medel. Detta är ett exempel på en *tvingande strategi*. Den *normativa strategin* baserades på data om prestation, främst regelbundna och inom satsningen utvecklade instruktioner för årsrapporteringar samt registrens (och kvalitetsregistercentrums) ansökningar om medel alt. ansökan om certifieringsgrad.

Båda strategierna var främst baserade på *prestationsdata* och kopplade till byggandet av en gemensam struktur med krav på viss konformitet och kvalitet. Registrens kvalitet och deras prestation, främst användning för forskning och förbättring samt utveckling av PROM och PREM, bedömdes och certifieringsgrad och finansiering baserades på denna bedömning.

De sex *nationella kvalitetsregistercentra* var de som i praktiken jobbade med att stödja kvalitetsregistren i att utveckla sin verksamhet och med att stödja vårdgivare i att använda registerdata för att driva lokalt förbättringsarbete. För detta användes strategier med fokus på inre motivation (*stödjande, formativa, kognitiva och imiterande strategier*), både för planerad och framväxande/kontinuerlig förändring. Det fanns variationer i hur omfattande stöd som gavs mellan olika centra, några var mer framträdande inom arbetet med lokal kvalitetsförbättring och erbjöd även sitt stöd till andra centrum. Även om strategierna för inre motivation användes i kombination framstod *den imiterande strategin* ha en något mer framträdande roll. En imiterande strategi kopplas till kontinuerlig förändring och användes för att stärka lokalt förbättringsarbete som centrumen inte har mandat att styra över. Kvalitetsregistercentrum kunde i stället fylla en konsultativ roll, lyfta fram goda exempel och sätta registrens och verksamheternas prestationer i ett större sammanhang och identifiera bästa verksamhetspraxis med hjälp av registren.

Det mest utmärkande med denna satsning är:

- den adresserar en avgränsad del av det 'wicked problem' som handlar om generering och användning av tillförlitlig information i vård- och omsorgssystemet, genom att enbart rikta sig till en viss typ av aktörer, dvs. kvalitetsregistren.
- den har ett komplext landskap att nå ut och förhålla sig till bestående av mer än 100 kvalitetsregister som berör en stor andel av vårdens verksamheter inom kommunal, regional, och privat regi.
- den fokuserar på informationsstrukturen och informationens kvalitet och indirekt (och i mindre utsträckning) på nyttiggörandet av informationen i praktiken dvs., användning av vårdpersonal, patienter och forskare.
- en formell funktion och struktur för finansiering av kvalitetsregister existerade innan satsningen
- den har en tydlig uppdelning mellan en formell funktion som kan kontrollera och besluta om ersättning och en stödfunktion i form av sex kvalitetsregistercentrum som var och en ska stödja användningen av de kvalitetsregister som finns kopplade till varje centrum
- strategier riktade mot både inre motivation och yttre motivation används – de senare främst av den formella funktionen
- prestationsdata spelar en viktig roll för den formella funktionen för att följa upp kvalitetsregistrens (och kvalitetsregistercentras) prestationer via deras årsrapporter och ansökningar
- process, kontext och prestationsdata används av de kvalitetsregistercentrum som arbetar aktivt med att stödja användningen av kvalitetsregister för förbättringsarbete
- vårdens beslutsfattare inom kommuner, regioner och privata verksamheter får inte en aktiv roll i satsningen utan verksamheterna nås via de som anmäler intresse att delta i olika stödsatser initierade av kvalitetsregistercentrum

Summering och diskussion

Övergripande mönster

Satsningarna adresserade både planerad/episodisk förändring och kontinuerlig /framväxande förändring. *Planerad förändring* är ofta det som fattats beslut om att genomföra på övergripande nivå, t.ex. att utveckla och implementera Graviditetsenkäten; att införa kvalitetsregister inom områden som rör äldre eller att bygga upp kvalitetsregistercentra. Detta kan finnas med i överenskommelsen, fattas beslut om utanför själva överenskommelsen och/eller beslutet kan växa fram och tas som en effekt av arbetet inom en satsning.

Kontinuerlig förändring i detta fall är den förändring som växer fram utifrån det som sker ute i verksamheter, regioner etc. t.ex. när lokala problem uppstår och insatser och aktiviteter föreslås, utvecklas och genomförs ute i regionala eller kommunala verksamheter. Aktiviteter av denna typ beskriver regionerna i sina årliga inrapporteringar inom satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa.

Beroende på hur innehåll, adresserad problematik, involverade aktörer, och mottagarkontexten uppfattas, definieras och avgränsas så får olika strategier olika tyngd. Finns det inom satsningen t.ex. en mer *formell aktör* som i sin funktion kan påverka beslut om medel, incitament och/eller sanktioner så verkar det ligga nära till hands att använda strategier som bygger på *yttre motivation* t.ex. en normativ eller en tvingande strategi.

De team som håller i satsningar vid SKR har ingen formell makt att påverka regioner, kommuner och verksamheter utan förlitar sig mer på strategier som påverkar *inre motivation*. De har mer en *koordinerande och stödjande funktion*. Undantaget i dessa tre exempel är kvalitetsregistersatsningen där det fanns ett nationellt kansli på SKR som tillsammans med en utsedd beslutsgrupp hade en formell funktion när beslut skulle fattas kring hur kvalitetsregister skulle bedömas, om de skulle få ekonomiska medel baserat på bedömd kvalitet, och hur mycket medel de skulle erhålla baserat på beslutad certifieringsnivå. Denna grupp koordinerade även Kvalitetsregistersatsningen, medan den stödjande funktionen i huvudsak delegerades till kvalitetsregistercentra.

Satsningen på *Förlossningsvård och kvinnors hälsa* är bred, många innehållsområden adresseras för en stor grupp medborgare. Den kännetecknas i högre grad av ett decentraliserat beslutsfattande kring valda insatser, något som tidigare efterfrågats av kommuner och regioner. Besluten, som fattas på regional eller lokal nivå, tas med hänsyn till varierande förutsättningar och behov ute i regioner och kommuner. Man kan beskriva det som att en mer "tillitsbaserade styrning" tillämpas i jämförelse med Bättre Liv och Kvalitetsregistersatsningen där fler kontroller görs och prestationsbaserad ersättning tillämpas. Satsningens angreppssätt till de 'wicked problems' som hanteras inom satsningen stämmer mest överens med den angreppssättet *hantering/coping*.

Bättre-liv-satsningen är även den bred, med många innehållsområden och en stor grupp medborgare som berörs (sjuka äldre). Den har inslag av *tämjande strategi* då användningen av indikatorer och kvalitetsregister möjliggör ett något mer avgränsat fokus – som också följs upp med hjälp av indikatorer och kopplas till incitament. Inslag finns även av angreppssättet *problemlösning* t.ex. den evidensbaserad som ligger bakom behandlingar och åtgärder i kvalitetsregistren t.ex. Senior Alert och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) som båda är s.k. process- eller riskbedömningsregister där evidensbaserade åtgärder och metoder kopplas till bedömda risker hos brukare. Ett annat exempel är de delar i satsningen som handlade om att efterfråga och stödja utveckling av samverkan (inklusive organisationsövergripande strukturer) mellan kommun, primärvård och slutenvård i syfte att lösa brister i kvaliteten och samordningen av vård och omsorg. Här återfinns även vissa indikationer på angreppssättet *hantering/coping* då det finns utrymme för kommuner, regioner och

verksamheter liksom för utvecklingsledare att arbeta med olika åtgärder och aktiviteter för att förbättra vården om sjuka äldre.

Kvalitetsregistersatsningen kännetecknas av att den är tar sig an en avgränsad del av den omfattande grundproblematik som rör att relevant information samlas in och görs tillgänglig för vårdens aktörer att använda för att styra och förbättra vården. Det kan beskrivas som att man försöker 'tämja' komplexiteten genom att definiera problemet så att det passar in i befintliga ramar genom att rikta in sig på en specifik typ av aktör/funktion (kvalitetsregister) och utveckla den, huvudsakligen genom att bygga vidare på befintliga organisatoriska strukturer och funktioner. Detta förstärks även av att denna satsning främst jobbade indirekt med att nå ut till användare av kvalitetsregister, dvs. via kvalitetsregistercentra och kvalitetsregister, som i sin tur vänder sig till olika typer av verksamhetsföreträdare på lägre organisationsnivåer. Att nå ut till beslutsfattare på högre nivåer som har möjlighet att organisatoriskt ge stöd till nyttjandet av kvalitetsregister blir då svårt. Trots att olika strategier används för att nå olika målgrupper så är det en utmaning för alla tre satsningarna att nå fram till och engagera högre beslutsfattare.

Forståelse för variationer i satsningarnas grundförutsättningar

Satsningarna har både likheter och olikheter. Likheterna består främst i att alla satsningar bygger på överenskommelser, adresserar 'wicked problems', och har en grupp vid SKR som koordinerar och har helhetsgreppet över satsningen. Variationen mellan satsningarna återfinns främst inom fyra huvudkategorier: mottagarlandskapet, innehållet, involverade aktörer, och resurser. Nedan exempel på kategoriernas innehåll utifrån de tre beskrivna satsningarna:

1) Mottagarlandskap – variationer i:

- a) målgrupp (äldre, kvinnor)
- b) den typ av vårdverksamhet man vänder sig till
- 3) huvudmannaskap för verksamheten (regioner, kommuner, privat verksamhet)
- 4) geografiska och demografiska förhållanden
- 5) kapacitet till förändring
- x) m.fl.

2) Innehåll – variationer inom vilka områden som ska förbättras:

- a) jämlik vård
- b) patientsäkerhet
- c) kunskapsbaserad vård
- d) effektivitet
- e) kompetensförsörjning
- f) information och dess nyttjande
- x) m.fl.

3) Involverade aktörer i olika funktioner:

- a) koordinerande funktion (som har ett helhetsgrepp)
- b) stödjande funktion
- c) kontrollerande/sanktions- och/eller incitamentspåverkande funktion
- d) utvärderande funktion
- e) lärande funktion
- x) m.fl.

4) Resurser – variationer i:

- a) överenskommelsen långsiktighet (vetskap om kort- eller långsiktig strategi)
- b) tidsmässiga längd (faktiska)
- c) storlek på avsatta medel
- d) befintlig infrastruktur
- x) m.fl.

Innehållet i dessa kategorier varierar mellan satsningar och påverkas av grundläggande antaganden om angreppssätt för att ta sig an 'wicked problems' dvs. angreppssätten problemlösning, tämjande, hantering/coping. De utgör viktiga grundförutsättningar för arbetet inom nationella satsningar, som i sin tur påverkar de förändringsstrategier som används. Andra faktorer än dessa kan givetvis påverka satsningar och val av strategier. Exempelvis kan tillgängligheten till data (lätt/svår), vikten olika kategorier tillskrivs, politisk intention, kompetens hos de som beslutar och leder arbetet med satsningarna nationellt och regionalt påverka informationsinsamling och användning, och därigenom de hävstångseffekter som kan uppstå. Valen av strategier görs inte bara av de som leder, koordinerar eller ger stöd inom en satsning, t.ex. involverade aktörer från SKR, utan den aktuella överenskommelsens avgränsningar, skrivningar och olika kontextfaktorer kan ha en stark inverkan. Men, genom att diskutera och tydliggöra grundförutsättningarna inom nationella satsningar så kan det dock vara lättare att medvetet kunna förstå, välja, utvärdera och variera strategier för att åstadkomma förändring.

Att fundera vidare kring - Nationell nivå

1. Hur kan man underlätta en djupare förståelse för den *komplexa "wicked" problematik* som ofta adresseras av nationella satsningar?
2. Vilken inverkan har de *basala angreppssätten* problemlösande, tämjande och hantering/coping för hur en satsning som adresserar "wicked problems" formas (t.ex. i överenskommelser) och bedrivs?
3. Hur går det om *olika aktörer* kopplade till en satsning har olika basala antaganden om satsningens/ars angreppssätt och hur man kan och bör åstadkomma förändring? Finns forum och möjligheter att diskutera?
4. Hur ser nationella aktörer inom en satsning på *mottagarlandskapets förutsättningar* – finns förståelse för variation, komplexitet och dynamik och vad som kan behövas för att nå ut och få genomslag?
5. Vilka *antaganden* finns hos olika aktörer om hur *mottagarlandskapet* fungerar och *kapaciteten för förändring* inom verksamheter? Stämmer de med verkligheten inom alla berörda verksamheter?
6. Hur kan nationella *aktörer med olika funktioner samverka* inom en satsning – finns det restriktioner kopplade till funktion, roll och organisatorisk tillhörighet – tex. mellan koordinerande/stödjande och kontrollerande/beslutande funktioner?
7. Hur kan ett kombinerat *användande av prestations-, process- och kontextdata* bidra inom en nationell satsning jämfört med ett mer avgränsat fokus? Vem har tillgång till och vem använder dessa typer av data och i vilket sammanhang inom en satsning?

II. REGIONAL NIVÅ – Hur har arbetet med satsningen ute i regionerna organiserats och bedrivits?

Bakgrund och syfte

För en nationell satsning som bygger på en ömsesidig överenskommelse mellan beslutsfattare på olika nivåer i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem är det viktigt att följa hur arbetet organiseras och hur olika förändringsstrategier utvecklas inom de deltagande regionerna. Detta gäller speciellt för satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa som i högre grad än tidigare beskrivna satsningar i denna rapport kännetecknas av tillitsbaserad styrning. Delstudierna på regional nivå är ett exempel på hur man kan följa förändringsprocesser, ett slags långsiktig processutvärdering som lyfter olika aktuella områden och utmaningar.

Syftet med den regionala delen av följeforskningsprojektet är att belysa viktiga förutsättningar och faktorer som påverkar prioriteringar och val av handlingsstrategier för att genomföra satsningen på regional nivå samt hur man inom regioner väljer att rigga en genomförandestruktur för nationella satsningar.

En genomförandestruktur innefattar olika handlings-, utvecklings- och stödstrategier och hur man bevakar och följer upp olika insatser. Här kan det ingå att t.ex. följa upp regionala förutsättningar för att jobba med satsningen, vilka typer av aktörer som involveras i satsningens genomförande och hur stöd och uppföljning sker. På en *mix av lokal/regional nivå* har vi även fördjupat och fokuserat våra analyser mot avgränsade områden och hur man har jobbat med dessa.

Hittills har följeforskningen genomfört och presenterat fem fördjupningsstudier på regional och lokal nivå:

- 1. Kontaktpersonernas roll och förutsättningar** vilket innebär allt från att vara en sammankopplande länk mellan nationell nivå och regional nivå till att vara en förändringsagent som underlättar förändring inom regionen (se följeforskningens årsrapporter 2018–2020 (4,5,54).
- 2. Variationen i regionernas initiala arbetsätt och organisering av arbetet med satsningen 2017-19** - se årsrapporter av följeforskningen 2018-2020 (4,5,54).
- 3. Regionernas inre och yttre förutsättningar att arbeta med satsningen och förändring över tid** - se årsrapporter av följeforskningen 2019 och 2022 (5,9)
- 4. Variation i typer av insatser som riktats till utlandsfödda kvinnor** – med fokus på hur *enkla, komplicerade och komplexa problem/utmaningar* hanteras med hjälp av enkla, komplicerade och/eller komplexa insatser/lösningar och vilka mönster som framträder. Se årsrapporter av följeforskningen 2018–2020 samt Nyström et al., 2022 (4,5,14,54,).
- 5. Regionernas arbete med att utveckla en sammanhållen vårdkedja för kvinnan och hennes partner** för att skapa god kvalitet och trygghet före, under och efter graviditeten, baserat på regionernas inrapporterade insatser. I studien beskrivs regionernas handlingsstrategier samt vilka delar av vårdkedjan man valt att involvera. Studien visar också på vad som hindrar respektive underlättar interorganisatorisk samverkan - se årsrapporten av följeforskningen för 2021(7).

Under 2023 har vi påbörjat två fördjupningsstudier med fokus på att förstå hur regionerna hanterar en viktig förutsättning för att kunna förbättra och utveckla verksamheten: vårdpersonalen. Kompetensförsörjning och underbemanning har under tiden satsningen pågått fått en allt större betydelse. I fördjupningsstudierna ingår att förstå olika typer av insatser och deras koppling till personalens arbetssituation, även de som beskrivs vara inriktade mot patientarbete och organisation.

Preliminära resultat för den första studien presenteras i denna rapport. Den innefattar analyser av regionernas inrapporterade aktiviteter för 2021 och 2022.

Den andra studien baseras på intervjuer med hälften av regionerna samt insamlade strategiska dokument. Hittills har intervjuer genomförts med 7 regioner under kvartal 4 2023 – här pågår transkribering samt intervjubokning med ytterligare några regioner.

FÖRDJUPNINGSSTUDIE – Regionernas insatser (2021–2022) och deras koppling till kompetensförsörjning och personalens arbetsituation

Introduktion

Syftet med denna delstudie är att förstå hur regionerna hanterar en viktig förutsättning för att kunna förbättra och utveckla verksamheten: vårdpersonalen och relatera valda insatser till forskning som rör frivillig personalomsättning inom vården och vad som påverkar personal att stanna kvar (staff turnover, staff retention). I fördjupningsstudierna ingår att förstå olika typer av insatser och deras koppling till personalens arbetsituation, även de som beskrivs vara inriktade mot patientarbete och organisation.

Kompetensförsörjning och underbemanning har under tiden satsningen pågått fått en allt större betydelse. Alla 21 regioner har olika förutsättningar vad gäller tex demografi, befolkningens mängd, area, antal förlossningskliniker och mödravårdscentraler, val av organisering under olika huvudmän etc. Dessa förutsättningar skapar olika möjligheter att ta emot satsningen. Det innebär även att de har olika förutsättningar att förhålla sig till när det gäller personalsituationen och möjligheter att välja insatser som kan påverka och förbättra personalsituationen inom vården. I denna studie har vi dessutom gått genom regionernas alla insatser för att få en helhetsöverblick över insatser som oftast påverkar personalen även om de har fokus på verksamhetsutveckling eller effektivisering. Nedan ges en kort inblick i problematiken med kompetensförsörjning och personalomsättning (frivillig) inom vården, liksom exempel på faktorer och interventioner som påverkar personal att stanna.

Utmaningen med kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Bristen på vårdpersonal håller på att bli alarmerande hög över hela världen. Världshälsoorganisationen rapporterar en förväntad global brist på 17,4 miljoner sjuksköterskor, läkare, barnmorskor och andra vårdyrken år 2030 (20). Det råder idag brist på flera av de legitimerade sjukvårdsyrkena inom den svenska hälso- och sjukvårdssektorn. Enligt Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad sjukvårdspersonal (21) har samtliga 21 regioner rapporterat brist på grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och barnmorskor. Jämfört med 2021 bedöms personalbristen ha förvärrats i majoriteten av regionerna gällande grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor. Statistikmyndighetens prognos (22) visar att bristen på utbildad sjukvårdspersonal är ett problem som kommer att bestå, eller tillta, fram till år 2035. En växande befolkning och en allt högre andel äldre kommer att innebära ökade krav på tillgång till hälso- och sjukvård, och särskilt stor väntas bristen på specialistsjuksköterskor att bli.

Sjuksköterskor och barnmorskor står för 50 % av dessa brister (20,23). Situationen beror delvis på demografiska utmaningar, t.ex. ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, pensionsavgångar och färre människor i arbetsför ålder (20). En annan viktig orsak till personalbrist är att allt fler själva beslutar att avsluta sina anställningar inom professionen och/eller inom vården (24,25). I en studie av 12 europeiska länder var 1 av 5 sjuksköterskor missnöjda med sina jobb och mellan 19 och 49 procent hade för avsikt att sluta (26). Fem år efter sjuksköterskeexamen i Sverige uppger 20 procent att de har för avsikt att lämna yrket (27), medan 25 procent av barnmorskorna slutade 2020 (28). I en undersökning ansåg 68 procent

av barnmorskorna i 93 länder att deras arbetsplats var underbemannad (20). Barnmorskor lämnar arbetsplatsen på grund av en negativ utveckling av egenmakten som barnmorska (29), brist på professionellt erkännande från läkarkåren och erkännande för deras bidrag till vården av födande kvinnor (30), hög arbetsbelastning, otillräckligt professionellt stöd och utmanande kliniska situationer (31). Svenska barnmorskor lyfter fram hög arbetsbelastning, arbetstider och arbetsmiljö som skäl till att faktiskt sluta eller ha som avsikt att sluta (28).

Situationen är alarmerande, och behovet av att ta hand om personal som fortfarande arbetar inom hälso- och sjukvården poängteras. I en bransch som redan lider av brist är det ofta svårt att ersätta anställda (28). Hög personalomsättning kan ha negativa effekter på vårdkvalitet, t.ex. ökande andel medicinska fel och ökad dödlighet, minskad vårdkontinuitet och ökat missnöje hos patienter. Frivillig personalomsättning kan även leda till minskad produktivitet, personalbrist och finansiella kostnader (25, 32–37).

Nyligen resulterade IVOs nationella sjukhustillsyn i kritik av samtliga 27 inspekterade sjukhus för bristande patientsäkerhet till följd av för få vårdplatser (38) på grund av personalbrist, framför allt brist på sjuksköterskor. Flera av de granskade sjukhusen har beskrivit utmaningarna med att behålla personal, och att den stora personalomsättningen gör att erfarenheten och kompetensen blir lidande, vilket bl.a. lett till långa väntetider, överbelastade akutmottagningar, och att patienter inte fått vård i tid. Inom förlossningsvården har underbemanning lett till att kvinnor fått föda utan tillräcklig övervakning och stöd, och personalen har arbetat under stor stress och press. IVO bedömer att lägstanivån för patientsäkerhet är för låg.

I en ny rapport (39) beskriver Myndigheten för vård och omsorgsanalys förlossningsvårdens fortsatta svårigheter att bemanna verksamheterna. Svårigheterna förklaras till viss del av ett ökat vårdbehov, och fler inductioner med långa förlossningar. Samtidigt påpekar myndigheten att regionerna sällan följer och upp och utvärderar sina insatser, vilket gör det svårt att säga något om deras effektivitet.

Forskning om faktorer och insatser som påverkar frivillig personalomsättning

Faktorer som påverkar personal att stanna kvar på en arbetsplats har ofta studerats i kombination med faktorer som påverkar personalomsättning – de är ofta två sidor av samma mynt. En nyligen genomförd forskningsgenomgång lyfter fram arbetstillfredsställelse, karriärutveckling och balans mellan arbete och privatliv som de viktigaste faktorerna som påverkar bibehållandet av personal (37), medan andra studier visar på ytterligare faktorer.

Individuella faktorer som påverkar att vårdpersonal stannar kvar är god hälsa, hög egen-effektivitet, hög emotionell intelligens och längre erfarenhet av yrket (37,40). Flera studier visar att organisatoriska faktorer påverkar personalomsättningen. För sjuksköterskor är det viktigt att ges möjlighet till autonomi och att få syssla med kärnan i sjuksköterskeyrket. Flexibilitet i arbetsschemat, bra lön och belöningar, kontinuerliga möjligheter till utveckling och utbildning samt positiva karriärerfarenheter påverkar bibehållandet av både sjuksköterskor och läkare positivt (37,41). Arbetsförhållanden, såsom god infrastruktur, tillräcklig bemanning, minskad administrativ börda, patientnöjdhet och upplevd hög vårdkvalitet är viktigt, liksom bra socialt stöd och balans mellan arbete och privatliv. Både sjuksköterskor och läkare drar nytta av sociala kollegor, ömsesidig respekt och god kommunikation på arbetsplatsen, och uppskattning från sina chefer och kollegor. En god arbetsmiljö, organisatoriskt förtroende och högkvalitativt ledarskap (kännetecknat av att vara autentiskt, optimistiskt och etiskt), gör skillnad. Inkluderande ledarskap främjar samarbetsinriktade arbetsmiljöer, med psykologisk trygghet som en medierade individuell faktor (42, 43). För sjuksköterskor har god kommunikation, en bra interaktion med chefer, en miljö som involverar sjuksköterskor i beslutsfattande som påverkar patientresultat samt en stödjande kultur för kvalitetsförbättring visat sig påverka att man stannar kvar (24,37,41).

Studier av förhållanden som underlättar arbetssituationen för barnmorskor i Sverige lyfter fram tre organisatoriska förutsättningar: 1) synliggörande av barnmorskeyrket, dvs. tydliggörande av ansvar och roller; 2) organisatoriska resurser, dvs. tillräckliga personal- och tidsresurser; 3) en reflekterande och lärande miljö, dvs. konstruktiv kommunikation och anpassningsförmåga, öppenhet och jämlikhet bland de interprofessionella teamen (43).

Åtgärder för att behålla personal i hälso- och sjukvården. Även om litteraturen är omfattande när det gäller att identifiera en mängd olika faktorer som påverkar personalomsättning så finns det relativt få studier som utvärderar effekten av initiativ för att få vårdpersonal att stanna (25,44).

Det finns interventioner som visat positiva effekter av introduktionsinsatser som mentorskap och övergångsprogram, t.ex. en statistiskt signifikant förbättring av kvarstannande under övergången från sjuksköterskeutbildning till arbetsliv (45). Interventioner om hur man hanterar höga stressnivåer genom gruppdynamiska interventioner, egenvårdsaktiviteter, förändrad egen-effektivitet och reflekterande praktik påverkar kvarstannande (45). Interventioner med fokus på social arbetsmiljö och kollegiala relationer nämns ofta som viktiga för lyckade utfall (31,46). Investeringar i teamarbete och multiprofessionella metoder lyfts fram, med särskilt fokus på relationer mellan sjuksköterska och läkare (31,46). För att behålla äldre sjuksköterskor är det effektivt att använda teamorienterade insatser och individuellt riktade strategier (31). Interventioner som fokuserar på lärande, utbildning och karriärutveckling är vanliga, men måste kombineras med en känsla av vitalitet (att känna sig energisk) för att undvika risker för personalomsättning då man söker sig till mer vitala arbetsplatser (31,41,47). Sjukhusen i Europa anses inte ha gjort tillräckliga investeringar i livslångt lärande för sjuksköterskor (26).

Ledarskaps- och chefsinterventioner lyfts ofta fram som viktiga strategier för att behålla personal. Effekten på behållande av personal varierar dock (40,44,48). Sjuksköterskechefer som främjar en bättre arbetsmiljö, tar sig tid att möta individers behov, utövar ett inkluderande ledarskap, lyfter personalens åsikter, låter personalen påverka beslut om organisationsutveckling och skapar organisatoriskt engagemang är avgörande för att behålla personalen (42,49,50). Det är viktigt att skapa strukturer för att stödja och underlätta för ledare (46). Tillräcklig tillgång på personal och tillhandahållande av extra resurser, t.ex. löner, kan i vissa fall påverka bibehållandet av personal (48). För chefer är det viktigt att hitta sätt att identifiera och bli medvetna om varför anställda vill sluta, för att kunna genomföra nödvändiga åtgärder (43).

Sammanfattningsvis återfinns många liknande faktorer som påverkar vårdpersonalens beslut om att sluta respektive påverkar beslutet att stanna kvar. Det finns få studier som fokuserar på strategiska, sammanhängande tillvägagångssätt för att behålla personal, dvs. att kombinera olika initiativ som är skraddarsyddade för en hälso- och sjukvårdsorganisations särskilda behov (40,44). Det saknas också kunskap om vilket inflytande som policy- och organisationsnivåer kan ha på bibehållandet av personal, även om behovet av åtgärder på flera strategiska nivåer (sjukhus, verksamhet, regional och nationell nivå) upprepade gånger har efterlysts (51).

Metodik

De data som ligger till grund för denna delstudie är de årliga aktivitets-rapporterna som regionerna skickat in för åren 2021 och 2022. Vi har använt all information i mallen som beskriver inrapporterade insatser. För analysen har vi använt en traditionell innehållsanalys (52). Två personer har genomfört analysen och kategoriserat materialet, kategorier som sedan stämts av med en tredje person allt för att säkra tillförlitligheten (reliabilitet och validitet) i analysen.

Några metodmässiga restriktioner behöver uppmärksammas:

Mallen har ändrats mellan 2021 och 2022 - syfte och mål är sammanslagna i 2022 års mall vilket skapat större tolkningsmöjligheter och gett otydlighet i vad som tolkats som mål och syfte - samt att svar kan saknas t.ex. att målen beskrivs men inte syftet. Det finns en frihet i att avgränsa och organisera hur man beskriver sina insatser och här återfinns en variation mellan regioner som samlat sina insatser under teman och regioner som valt att beskriva alla insatser var och en för sig. Vi har försökt kompensera för detta i våra analyser men ev. kvantifieringar av antalet insatser kommer inte att ge en rättvis bild – dock ger det en översiktlig bild över vad man satsat på inom ramen för satsningen.

Det finns även frågor i mallen som saknar eller har väldigt övergripande information med lite detaljer, vilket påverkar analysen. Detta innebär att resultaten bygger på den skriftliga information som inrapporterats och som inte alltid ger en tydlig beskrivning av de insatser som gjorts i realiteten. Här kommer de pågående intervjuerna och insamlingen av dokument kunna ge en kompletterade bild.

Resultat

Regionerna har totalt rapporterat 740 olika insatser för åren 2021-2022. Insatserna har räknats en gång även om de har pågått eller pågår över flera år. Innehållsanalysen av insatserna strukturerades i tre teman. Dessa var insatser med fokus på organisation; personal; och en mix av personal och organisation (se Figur 5 och Figur 6).

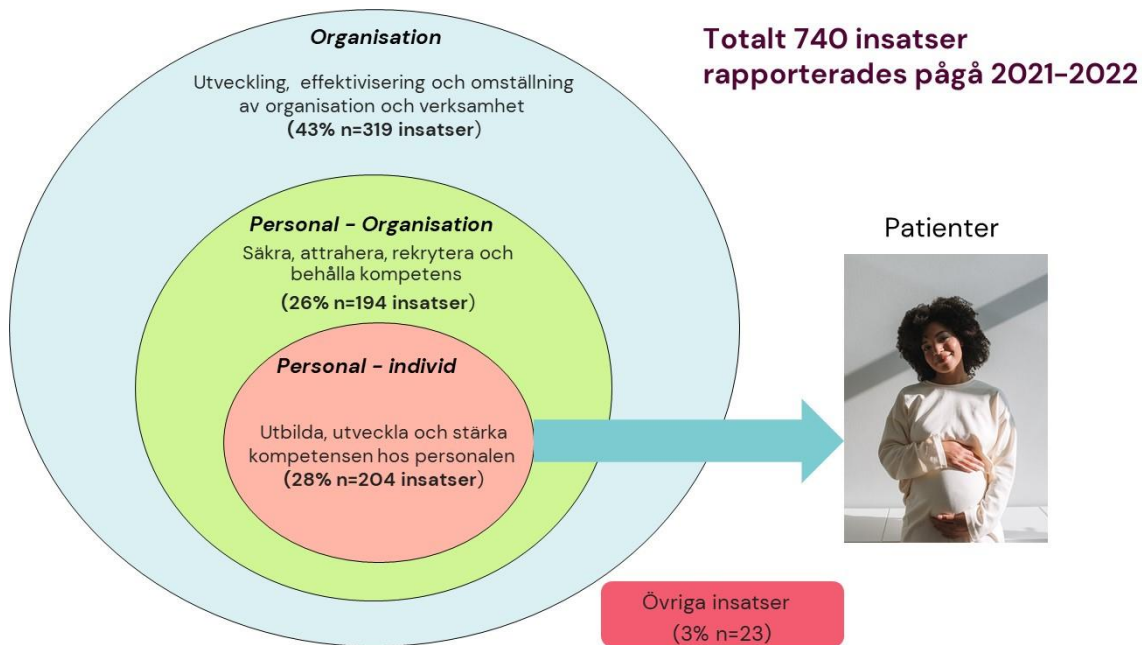
Här är det dock återigen viktigt att poängtera att hur insatserna rapporteras spelar roll för hur många insatser som vi har räknat på och analyserat som enskilda insatser. Detta gäller speciellt de regioner som har sammanfört flera insatser under ett huvudtema för att skapa en bättre överblick och struktur för sitt arbete. De blir då lite färre insatser än om de skulle rapporterat alla dessa separat men ger i gengäld en mer övergripande förståelse för hur deras insatser hänger ihop.

Insatserna är indelade i temaområden. *Temaområdet Personal - Individ* innehåller insatser som riktas mot personal på individnivå genom att utbilda, utveckla och stärka kompetensen bland personalen (n=204). *Temaområdet Personal - Organisation* innehåller insatser som riktas mot organisation och personal. Den handlar om att säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens (grön grupp) (n=194).

Dessa två teman, direkt relaterade till kompetensförsörjning, utgör tillsammans drygt hälften (54%) av alla regionernas insatser.

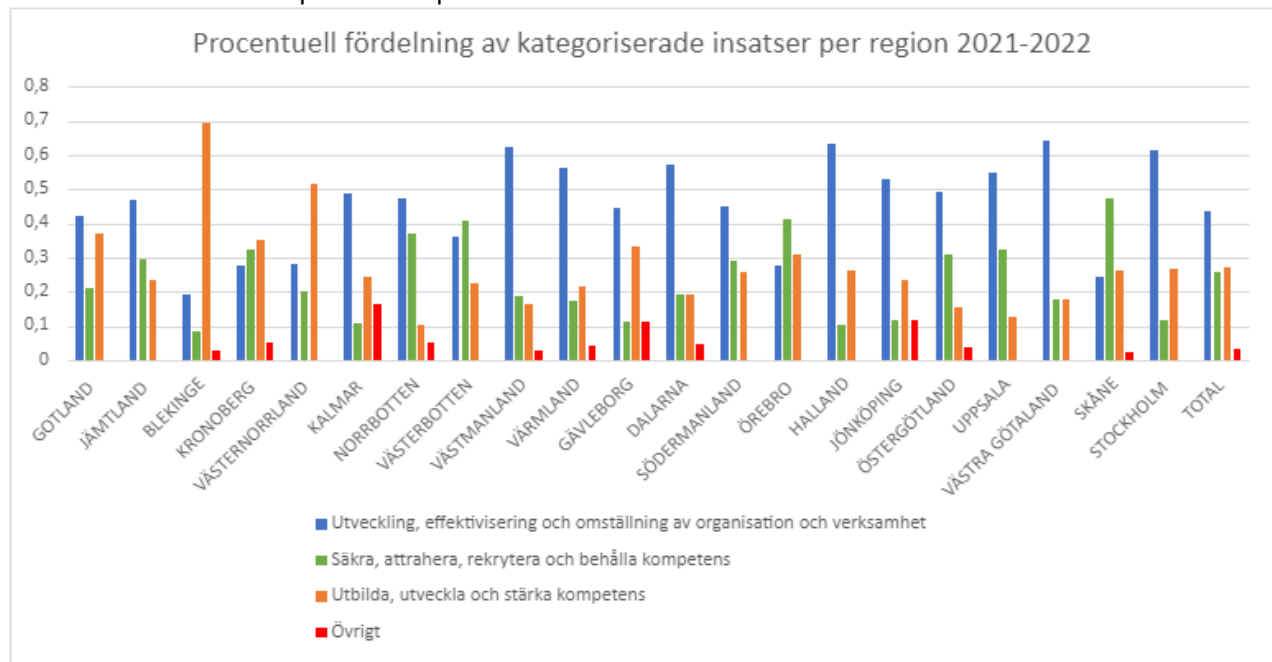
Temaområdet Organisation är det största temat som består av insatser som är riktade mot organisation. Dessa insatser handlar om att utveckla, effektivisera och ställa om organisation och verksamhet (n=319).

Övriga insatser (n=23) utgör 3% av alla insatser och innehåller insatser som inte faller under ramarna för någon av de tre stora huvudkategorierna. De handlar om inköp av material (n=11), insatser särskilt relaterade till pandemin (n=2), och insatser som är fåordigt beskrivna eller inte beskriver någon aktivitet (n=9) samt en insats som inte kunde kategoriseras då den innehöll många olika sorters aktiviteter.



Figur 5. Överblick över hur regionernas insatser fördelar sig över tre övergripande temaområden

I genomsnitt har regionerna satsat 43% av insatserna på 'utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet', 28% av insatser på 'utbilda, utveckla och stärka kompetens hos personal', och 26% på att 'säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens'. Fördelningen mellan typer av insatser kan dock skilja sig relativt mycket mellan regioner. Halland och Västra Götaland är de regioner som har satsat störst andel, 63% respektive 64%, av sina insatser på 'utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet'. Blekinge urskiljer sig genom att ha satsat 69% av insatserna på att 'utbilda, utveckla och stärka kompetens hos personal'.



Figur 6. Överblick över variationen i val av insatsområden 2021-2022.

Skåne är den region som har satsat den största andelen av insatser, 47%, på att 'säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens'. Regionerna har valt att rapportera insatserna på olika sätt. Vissa har rapporterat många olika insatser under en och samma rubrik, andra har rapporterat många enskilda insatser mer detaljerat. Därmed går det inte att dra slutsatser av hur mycket respektive region har gjort genom att endast titta på antalet insatser.

TEMA PERSONAL- INDIVID - Regionernas insatser för att utbilda, utveckla och stärka kompetensen hos personalen

Temat har fokus på personal och är mer inriktad mot enskilda individers och grupper av individers kompetens. Här återfinns 204 insatser vilket utgör 28 % av alla insatser. Fyra kategorier beskriver insatsernas fokus (Figur 7):

1. Höja kompetensen bland medarbetare
2. Gemensamma aktiviteter/utbyten som stimulerar medarbetares lärande
3. Sprida och utveckla ny kunskap
4. Främja kunskapsinhämtning samt praktisk övning i vårdsituationer

Det finns överlapp mellan insatser. Vissa är tydligare beskrivna som inriktade mot personalens lärande och kunskapsutveckling – andra beskriver mer de förändringar man gör i arbetssätt och vård av patienter. Av de 204 insatserna inom temat återfinns ca 1/4 som i första hand beskrivs som inriktade mot "patient" men som i sin beskrivning innehåller aspekter som tydligt involverar personal via t.ex. ökat krav på kompetens som då ges via utbildning och/eller träning.



Figur 7. Översikt över insatser temat PERSONAL - Utbilda, utveckla och stärka kompetensen hos medarbetarna.

1. Utbildning och fortbildningsinsatser för att öka kompetens är den största kategorin med 121 insatser. Här ingår underkategorierna: 'Bäckebottenhälsa och förlossningsbristningar' n=18; 'Sexuell och reproduktiv hälsa' n=16; 'Psykosociala förlossningsförberedande insatser' n=16; 'Ultraljud' n=15; 'Våld-

och könsstympling' n=12, 'Amning' n=10, 'Neonatalvård' n=4, och 'Övriga utbildningsinsatser' n=30. Utbildningar tillhandahålls ofta internt, men även universitetskurser förekommer.

Övriga utbildningsinsatser är den största kategorin vilket delvis beror på att den innehåller insatser som är svåra att bedöma då de beskrivs i allmänna termer t.ex. som diverse utbildningsinsatser. Här finns även enstaka insatser beskrivna, t.ex. utbildning i tidig upptäckt av akut försämring hos en patient, i lyftteknik, i sjukdomsklassificering, samt CTG-utbildning.

De vanligast förekommande utbildningsinsatserna gäller *bäckenbottenhälsa och förlossningsskador* exempelvis i förebyggande av förlossningsskador, sutureringar av bristningar, uppföljning och strukturerad undersökning av bäckenbotten efter förlossning. *Sexuell och reproduktiv hälsa* handlar bl.a. om kompetenshöjande insatser på ungdomsmottagningar och inom mödrahälsovården, så som utbildning om endometrios, preventivmedel, och inom sexologi för att kunna erbjuda bättre behandlingsmöjligheter till patienter med vulvasmärta. Här finns även utbildningsinsatser inom uroterapi.

Psykosociala förlossningsförberedande insatser handlar bl.a. om utbildning i metoden "Föda utan rädsla", metoder för att ge stöd till den födande, samt i motiverande samtal. Här finns även utbildning i akupunktur, något som kan erbjudas vid förlossning eller abort.

En annan vanligt förekommande insats är *ultraljudsutbildningar*, riktade både till läkare och barnmorskor. För att säkra framtida kompetens inom området kopplas de till viss del till rekryteringsinsatser, då personal som rekryteras erbjuds specialisering inom området.

Utbildning inom *Amning* beskrivs ofta beröra samtlig personal i vårdkedjan. Utbildningar ges till nyanställda, men även som regelbundna inslag till personalen via föreläsningar och webb-utbildningar. Inom detta område förekommer även universitetskurser.

Våld och könsstympling handlar om att öka kunskapsläget om våld i nära relationer, sexuellt våld, och könsstympling. Utbildningsinsatser inom *neonatalvård* handlar t.ex. om intensivvårdskurser för sjuksköterskor, utbildningar av fysioterapeuter, eller utbildning av NIDCAP-observatörer. Det finns även exempel på uppdragsutbildning på 7,5 högskolepoäng via universitet.

2. Gemensamma aktiviteter/utbyten som stimulerar lärande innehåller 37 insatser. Här ingår underkategorierna 'Utbildningsdagar' n=18, 'Konferenser' n=15, och 'Hospitering och auskultation' n=4. *Utbildningsdagar*, även kallade tema-dagar, verksamhetsdagar, eller inspirationsdagar, är insatser där vårdpersonal samlas för att delta i kunskapsstimulerande aktiviteter inom olika områden. De har bl.a. behandlat ämnen som neonatal vård, och svåra samtal och psykisk ohälsa hos gravida/nyförlösta. En del utbildningsdagar har riktats till specifika personalgrupper, t.ex. undersköterskor inom kvinnokliniken (BUSK-dagar), personal på ungdomsmottagningar (FSUM), och läkare (utbildningsdagar i obstetrik och gynekologi).

Vidare förekommer *konferenser* för vårdpersonal. Exempel är barnmorske-konferens, SFOG-veckan, NJF kongress, teman rörande HBTQ, reproduktiv hälsa, och amning. *Hospitering och auskultation* ingår ibland som del av en större insats, men tre regioner har rapporterat hospitering och/eller auskultation som enskilda insatser. Samarbete utanför region finns, där t.ex. Gotland beskriver hospitering för att få mängdträning inom gyn-onkologisk omvårdnad, samt hospitering och kunskapsutbyte inom neonatalvård.

3. Utveckla och sprida ny kunskap innehåller 28 insatser. Här ingår underkategorierna 'Utbildning av instruktörer' n=14, 'Deltagande i forskning' n=7, och 'Forum för lärande och spridning av kunskap' n=7. *Utbildning av instruktörer* innehåller utbildningar inom metoden FUR (Föda utan rädsla) och FINE (arbetsätt för personal inom neonatalvården). Andra instruktörsutbildningar rapporterades inom CEPS, ALSO, och en insats innebar utfärdande av licenser för barnmorskor att ge instruktioner i vattengymnastik.

Deltagande i forskning handlade till största delen om deltagande i forskningsstudier. Det fanns även en utvecklingsinsats som innefattade samverkan med ett universitet och en forskningstjänst för en barnmorska i slutenvården.

En annan del av insatserna i denna underkategori handlar om olika *forum för lärande och spridning av kunskap*. Exempel är erfarenhetsträffar där man delger varandra goda exempel från amningsfrämjande arbete, BB-rond för ökat lärande, två barnmorskor vid partus för kunskapsöverföring, uppdatering av kunskap om endometrios till allmänläkare inom primärvården. I en region har det skapats ett nationellt kunskapscentrum för ett ovanligt och svårbehandlat sjukdomstillstånd (BPD) och i en annan lyfts insatser inom uppdraget om nationell högspecialiserad vård vid avancerad kirurgi för kvinnor som drabbats av förlossningsskador, där man även ansökt och fått extra medel.

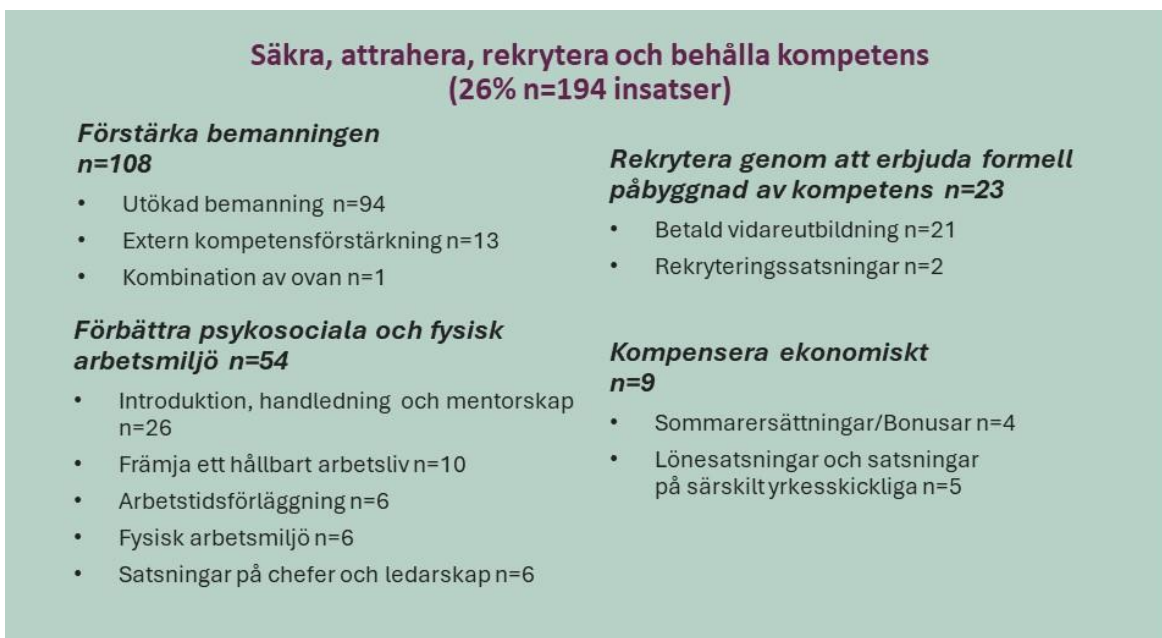
4. Främja kunskapsinhämtning och praktisk träning innehåller 18 insatser. Här ingår underkategorierna 'Praktisk träning' n=12, och 'Kunskapsplattformar' n=6. *Praktisk träning* innehåller oftast teamträning i akuta situationer, men även träning i nya metoder för kolposkopier, förlossningsskador, suturering vid bristningar, och användande av baby-slides i daglig praxis.

Kunskapsplattformar handlar till största delen om tillgång till det digitala verktyget Gynzone, men även Amningsportalen som innehåller samlade dokument och riktlinjer, samt tillhandahållande av litteratur.

TEMA PERSONAL & ORGANISATION - Regionernas insatser för att säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens

Detta tema har fokus på personal men innehåller insatser som initieras av beslutsfattare högre upp i organisationen och påverkar omgivande faktorer, strukturer och processer kopplade till personal. Av regionernas totalt 740 insatser tillhörde 194 (26%) detta tema. Fyra kategorier av insatser identifierades (Figur 8):

1. Förstärka bemanningen
2. Förbättra den praktiska och psykosociala arbetsmiljön
3. Rekrytera genom att erbjuda formell påbyggnad av kompetens
4. Kompensera personal ekonomiskt



Figur 8. Översikt över insatser inom temat PERSONAL och ORGANISATION - Säkra, attrahera och behålla kompetens.

1. Förstärka bemanningen är den största kategorin med totalt 108 insatser. Här ingår de tre underkategorierna 'Utökad bemanning' (n=94), 'Extern kompetensförstärkning' (n=13) och 'Kombination av utökad bemanning och extern kompetensförstärkning' (n=1). Genom att *utöka bemanningen* och anställa personal på heltids-, deltids- eller på timanställning *i den egna organisationen* ökar och/eller förstärker man personalstyrkan. Ofta beskrivs det att förstärkningen ska ersätta det aktuella behovet av hyrpersonal. Det tydliggörs dock inte alltid i insatsernas beskrivningar om förstärkningen rör anställning eller hyra av personal, men i en del insatser förtydligas att bemanningen utgörs av *extern kompetensförstärkning*. I en insats beskrivs en *kombination av utökad bemanning och extern kompetensförstärkning*. Insatser för att stärka bemanning riktas oftast mot förlossningsavdelningar, BB, och neonatalavdelningar men återfinns även inom mödrahjälsvården, barnvårdscentraler och vårdcentraler. De vanligast förekommande yrkesgrupperna där bemanningen stärks eller utökas gäller barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor, specialistläkare, och ST-läkare. Det finns enstaka exempel på förstärkt bemanning inom yrken som koordinatörer, kuratorer, psykologer, biomedicinska analytiker, dietister, sexologer, medicinska sekreterare, och medicinska vårdadministratörer. Ofta beskrivs syftet med insatserna vara just att förstärka bemanningen, men det är även vanligt att syftet beskrivs vara ökad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö för personalen.

2. Förbättra psykosocial och fysisk arbetsmiljö är den näst största kategorin med 54 insatser. Här ingår underkategorierna: 'Introduktion, handledning och mentorskap' (n=26); 'Främja ett hållbart arbetsliv' (n=10); 'Arbetstidsförläggning' (n=6); 'Fysisk arbetsmiljö' (n=6) och 'Satsningar på chefer och ledarskap' (n=6).

Introduktion, handledning och mentorskap är insatser som handlar om inskolning och introduktion av nya eller mindre erfarna medarbetare men innefattar även handledar- och mentorsutbildningar. Insatserna syftar till att personalen ska känna trygghet och arbetsglädje och vilja stanna på arbetsplatsen. Oftast är de riktade mot barnmorskor, men även gentemot läkare. I en region uppmärksammades att nyutbildade specialistläkare inom kvinnosjukvården inte haft möjlighet att utveckla sin kompetens att operera. Efter kartläggning av önskemål av kompetensutveckling har regionen genomfört ett formaliserat operationsprogram där yngre kollegor får operera tillsammans med erfarna kollegor.

Insatser för att *främja ett hållbart arbetsliv* innefattar olika aktiviteter för att främja ett hälsosamt arbetsliv. En region beskriver en insats som handlar om förbättrat psykosocialt omhändertagande av både patienter och personal med hjälp av nyrekryterade kuratorer och reflektionsgrupper för personalen. En annan region har genomfört en reflektion och handledning som ska hjälpa personal hantera psykisk ansträngning vid intensivvård av nyfödda, samt finna glädjen i att utbilda sina nya kollegor. Andra insatser är utvecklingsdagar inom kommunikation och förbättrat team-arbete, eller med specifikt fokus på kommunikation mellan personal eller mellan personal och patient. Här återfinns även en föreläsning om att som personal hålla hela arbetslivet ut. I en region genomfördes samtal med tidigare anställd personal för att kartlägga orsaker till personalomsättning samt kunna vidta åtgärder för att säkerställa en god organisatorisk och social arbetsmiljö, vilket resulterat i att man lyckats locka tillbaka barnmorskor med hjälp av en individualiserad plan.

Arbetstidsförläggning handlar om förbättring av arbetsförhållanden genom införande av en ny arbetstidsmodell med arbetstidsförkortning, införande av poängmodellen som innebär rotationsersättning för "obekväma arbetspass" på förlossningen, upphandling av ett schemaläggningssystem som ett stöd vid verksamhetsplanering, införande av schemaläggare som ska tillgodose att rätt kompetens finns på varje arbetspass. Här ingår även deltagande i en pilotstudie av kapacitets- och produktionsplanering inom regionen, det senare kopplat till ett initiativ initierat inom ramen för satsningen.

Insatser för den *fysiska arbetsmiljön* handlar om införskaffande av operations-lampor, hörselscreening-apparat, övervakningssystem och lustgasdestruktion. Dessa insatser beskrivs förbättra personalens arbetsmiljö och även förbättra för patienter.

Satsningar på chefer och ledarskap är en mindre underkategori som också kan relateras till den psykosociala arbetsmiljön. Insatserna handlar om att anställa fler chefer och minska antalet medarbetare per chef. Ett annat exempel är delat ledarskap i förlossningsvården, vilket innefattat deltagande i en chefsutbildning.

3. Rekrytera genom att erbjuda formell påbyggnad av kompetens innefattar 23 insatser. Här ingår underkategorierna 'Betald vidareutbildning' (n=21) och 'Rekryteringssatsningar' (n=2). Majoriteten av regionerna erbjuder någon form av *betald vidareutbildning* genom att ge ekonomisk ersättning för sjuksköterskor som vidareutbildar sig till barnmorskor eller barnsjuksköterskor. Ersättningen kallas utbildningsbidrag, studielön, eller utbildnings-förmån och kan innebära bibehållen lön eller en grundlön under utbildningstiden. Detta har möjliggjort rekrytering av blivande barnmorskor och specialistsjuksköterskor under studietiden, med erbjudande om lön och anställning. Här återfinns även ett par insatser för vidareutbildning av läkare. En av regionerna beskriver en insats där en redan anställd läkare utbildas till barn- och narkosläkare mot bakgrund av att rekrytering av färdig specialistläkare ej lyckats. *Rekryteringsinsatser* beskrivs främst i sammanhang med erbjudande om ekonomisk ersättning under vidareutbildning, men det finns också exempel på insatser som handlar om ökad annonsering och synlighet i sociala medier.

4. Kompensera personal ekonomiskt är den minsta kategorin med 9 insatser. Här ingår underkategorierna 'Sommarersättningar och bonusar' (n=4) och 'Lönesatsningar och satsningar på särskilt yrkesskickliga' (n=5). Dessa handlar om olika typer av ökad ekonomisk ersättning till personal. Två regioner rapporterar extra *sommarersättning eller bonusar* för att kunna upprätthålla bemanning och hålla förlossningskliniker öppna. En enskild region står för flertalet av insatserna relaterade till ekonomisk ersättning. Här har man rapporterat övertidssatsningar, ökat barnmorskornas *löner*, samt *satsat på särskilt yrkesskickliga* barnmorskor. 2021 var lönesatsningen för denna grupp 400kr per person. Satsningar på särskilt yrkesskickliga gällde även sjuksköterskor inom neonatologi.

TEMA ORGANISATION - Regionernas insatser för utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet

Insatser inom temat organisation är inriktade på att effektivisera arbetet och förbättra kvaliteten inom verksamheter och i den del av arbetet som direkt berör patienter – här ges en överblick över vad som återfinns inom detta temaområde och vilka förändringar som görs ute i verksamheterna inom olika regioner.

Insatserna inom detta tema handlar om 'Utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet' (n=319). Dessa insatser utgör 43% av det totala antalet insatser. Majoriteten av regionerna (n=16) har satsat största andelen av sina insatser inom denna kategori. Fem kategorier av insatser identifierades (Figur 9):

1. Nya arbetssätt för effektivt utnyttjande av kompetens (n=102)
2. Utveckling av kvalitet och vårdutbud (n=83)
3. Implementering av nationella satsningar och riktlinjer, framtagande av rutiner och handlingsplaner, samt ekonomiska ersättningsmodeller (n=70)
4. Preventionsinsatser (n=44)
5. Samverkan och samordning (n=20)

Utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet (43% n=319 insatser)

Nya arbetssätt för effektivt nyttjande av kompetens n=102

- Omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner/ teamformationer n=40
- Nya mottagningar, omstrukturering av flöden n=31
- Användande av digitala möjligheter n=19
- Vården flyttar hem n=12

Implementering av nationella satsningar, riktlinjer, nya rutiner, handlingsplaner och ekonomiska ersättningsmodeller n=70

- Implementering av nationella satsningar och riktlinjer n=32
- Framtagande av rutiner och handlingsplaner n=31
- Ekonomiska ersättningsmodeller n=7

Utveckling av vårdutbud och kvalitet n=83

- Utökat utbud n=43
- Uppföljning och kartläggning n=25
- Förbättringsarbeten n=15

Preventiva insatser n=44

- Förebygga cervixcancer n=26
- Preventiva insatser under graviditet n=8
- Främja goda levnadsvanor n=7
- Förebygga psykisk ohälsa bland unga n=2
- Övriga preventiva insatser n=1

Samverkan och samarbeten n=20

- Stärka vårdkedjan n=11
- Samverkar med aktörer utanför sjukvårdssektorn n=5
- Ökat tjänsteutrymme till samordningsbarnmorska n=2
- Samordnande insatser riktade mot vårdtagare n=2

Figur 9. Översikt över insatser temat ORGANISATION - Utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet.

1. Nya arbetssätt för effektivt nyttjande av kompetens är en omfattande kategori som består av 102 insatser. Här ingår fyra underkategorier: 'Omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner och teamformationer' n=40, 'Nya mottagningar och omstrukturering av flöden' n=31, 'Användande av digitala möjligheter' n=19, och 'Vården flyttar hem' n=12.

Nya arbetssätt handlar om hur organisationen kan nyttja och tillvarata kompetensen på bästa sätt, vilket påverkar både patientarbete och för personal. Här återfinns olika typer av organisationsutveckling som även påverkar personalens arbetssituation. De kan till exempel innefatta nya sätt att arbeta, men även tillsättning av tjänster och utbildningsinsatser. Således kan insatserna inom denna underkategori sägas beröra kompetensförsörjning ur ett flerdimensionellt perspektiv.

Omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner, och teamformationer är den största underkategorin som omfattar tre typer av förändringar. Den första, omstrukturering av arbetsuppgifter, innehåller inköp av vårdnära tjänster och administration, att se över hur olika professioner kan avlasta varandra, samt rotationstjänster. Vårdnära tjänster beskrivs av flera regioner i termer av servicevårdar eller servicemedarbetare. Dessa tjänster innehåller uppgifter så som städning, beställningar, livsmedels- hantering och måltidsservice och avlastar vårdpersonal så att de kan fokusera på patientnära arbete. Insatser där vårdprofessioner avlastar varandra sker genom kompetensväxling som används för att optimera resursanvändandet och omfördelar uppgifter som kan utföras av någon annan. Till exempel har medicinska vårdadministratörer eller kanslisterna anställts för administrativa uppgifter som då frigör barnmorskeresurser. Tre regioner beskriver barnmorskeledda abortmottagningar som frigör läkarresurser. Detta påpekas även vara fördelaktigt ur vårdtagarens perspektiv, som då slipper träffa många olika vårdkontakter. Även att tillvarata fysioterapeuters kompetens förekommer, t.ex. genom att överlåta undersökningar av bristningar till dem, förstärka deras kunskap om bäckenbottenbesvär samt öka tillgången till fysioterapeuter i primärvården. Två regioner hade påbörjat utredning och utveckling av

hur rotationstjänster för barnmorskor mellan öppen- och slutenvården kan utformas, vilket kan leda till individuellt anpassade barnmorsketjänster som möjliggör tjänstgöring inom hela vårdkedjan.

Den andra delen med *nya funktioner* innefattar i huvudsak kulturdoulor, kulturtolkar och hälsoinformatörer. Det kan ses som en strategi för att bedriva mer jämlikvård. Minst fem regioner har satsat på detta under tidsperioden och i en stor region erbjuds stöd på 32 språk. Kulturdoulans uppgift är att lotsa kvinnor och familjer med utomeuropeisk bakgrund inför, under, och efter förlossning. Några regioner beskriver svårigheter att nyttja kulturdoulans stöd fullt ut under pandemin, och två regioner beskriver att denna funktion då nyttjades för att informera om Coronavirus och vaccin.

Andra nya funktioner som inrättats är stöd till personer som lider av könsinkongruens/könsdysfori, och en transportorganisation för nyfödda. Transporterna ska vara patientsäkra och bidra till god arbetsmiljö för personalen.

Den tredje delen med *nya teamformationer* innehåller skapande av multiprofessionella bäckenbotten-team där t.ex. kuratorer, barnmorskor, läkare, sekreterare, fysioterapeuter, och uroterapeuter ofta ingår. Nya team har även skapats inom andra områden exempelvis kring vulvovaginala besvär, endometrios och inkontinens.

Nya mottagningar och omstrukturering av flöden beskrivs bidra till ökad patientsäkerhet, tillgänglighet och bättre arbetsmiljö för vårdpersonal. Flertalet regioner beskriver utveckling av nya obstetriska mottagningar för att skilja på öppen-och slutenvårdspatienter. Detta förmodas förbättra patientens flöde samt bidra till god arbetsmiljö. En region beskriver att de tidigare tog emot gravida kvinnor som sökte vård före födseln på förlossningsavdelningen, vilket blev rörigt. Personalen har varit delaktiga i planeringen av den nya obstetriska mottagningen t.ex. vilka patienter som ska tas emot, lokaler, och utrustning.

På grund av nya nationella riktlinjer förväntas antalet induktioner öka vilket t.ex. lett till en ny induktionsmottagning och arbeten med att renodla patientflöden. Andra exempel är en ny fristående amningsmottagning i anslutning till kvinnokliniken, och en specialistläkarmottagning på primärvårdsnivå, som kan tillgodose ärenden som rör gynekologi, specialistmödravård och ultraljud.

Inom denna underkategori återfinns även beskrivningar av kapacitetsplanering och nya vårdmodeller. Omstrukturering av flöden handlar t.ex. om att korta vårdköer, och att beräkna flöden och bemanning. Flera regioner beskriver insatser där enklare operationer flyttats från större operationssal till en gynekologmottagning. Hysteroskopier som tidigare utfördes under narkos på en operationsavdelning utförs på mottagning, tillsammans med mottagningspersonal, där patienten går hem kort efter ingreppet. En region beskriver att den polikliniska operationsverksamheten handlar om att ge vård på rätt vårdnivå, och eftersom tillgängligheten till större operationssal är begränsad så kan man genom att utföra operation på annan vårdnivå minska vårdköer för respektive patientgrupp. Användande av operationsrobot inom kvinnoklinikens cancerkirurgi förmodas bidra till kortare vårdtider, vilket kan reducera vårdplatsbristen medan en läns-gemensam dysplasi-enhet förväntas bidra till bättre och säkrare hantering av avvikande provsvar.

Flertalet regioner beskriver studier av patientflöden i förhållande till bemanning. En av regionerna använder sig av ett kapacitetsplaneringsprogram för att beräkna arbetsbelastning inom mödravården och optimera personalstyrkan. Ett flertal regioner undersöker möjligheten att införa kontinuitetsmodeller, ibland kallat Case-load, inom regionen vilket innebär att samma personal har ansvar för vården före, under och efter graviditet.

Användande av digitala möjligheter beskrivs i olika typer av insatser. Flera regioner arbetar på att utveckla sina digitala tjänster, och flera är redan i bruk. Bland annat beskrivs digitala möten och kontroller under graviditeten, amningsmottagning och rådgivning online, barnmorska online på ungdomsmottagning, egenmonitorering av blodtryck via app, samt möjligheter för patienter att själv boka, avboka och omboka besök online. Satsningar har även gjorts på distans- och hemmonitorering. Inom neonatalvården finns

möjlighet till digitala hembesök och uppföljningar som inte kräver fysiskt besök. En region har lagt resurser på en digital plattform för att kunna digitalisera besök, men beskriver juridiska hinder och en viss ovilja till digitalisering bland personalen. En annan region beskriver förhoppningar om att långväga patienter ska kunna ta prover på sin lokala hälsocentral och komplettera detta med digitala möten.

Vården flyttar hem handlar om insatser där patienter kan utföra undersökningar eller få vård i hemmet i stället för på sjukhuset. I tre regioner har man satsat på den neonatala hemsjukvården genom att för tidigt födda barn får vård i hemmet med stöd av personal från neonatalavdelningen. En annan region beskriver att man arbetar med att utveckla hemsjukvården för att underlätta vid långa avstånd till vården. Flera regioner arbetar för att kunna erbjuda induktion i hemmet vid lågriskgraviditet, något som tycks ha prövats under pandemin. I ett par insatser beskrivs tidig hemgång efter förlossning med uppföljande hembesök av barnmorska och undersköterska. Två regioner beskriver att man har satsat på möjligheten att kunna ge ljusterapi i hemmet till barn som behöver.

2. Implementering av nationella satsningar, riktlinjer och nya rutiner, handlingsplaner och ekonomiska ersättningsmodeller består av 70 insatser och innehåller tre underkategorier: 'Implementering av nationella satsningar och riktlinjer' n=32, 'Framtagande av nya rutiner och handlingsplaner' n=31 samt 'Ekonomiska ersättningsmodeller' n=7.

Implementering av nationella satsningar och riktlinjer innehåller återkommande aktiviteter för att skapa goda förutsättningar för att arbeta med den nationella överenskommelsen gällande förlossningsvård och kvinnors hälsa. Här ingår tillsättning av kontaktpersoner, styr- och chefsgrupper, och/eller verksamhetsutvecklare som ansvarar för att samordna och projektleda satsningen samt sköta dess kommunikation.

Inom implementeringen av nationella riktlinjer kring "nollseparation" mellan familj och nyfödd i behov av intensivvård beskrivs bland annat bildandet av arbetsgrupper som har tagit fram rutiner och utvecklat arbetssätten, utbildning av personal, inköp av utrustning, samarbete mellan BB och neonatalvården, studiebesök, förbättringsarbeten och kontinuerlig uppföljning. Implementeringen av nya riktlinjer kring induktion beskrivs av flera regioner. En region beskriver att ställningstagande till induktion har inneburit utökad bemanning och ett behov av att utöka användandet av lokaler, en annan region har skapat en mottagning för bedömning av gravida v41+0. Andra insatser handlar om att implementera nationella riktlinjer vid endometriosis, samt framtagande av rutiner för RhD-screening och NUFF-uppföljning.

För *framtagande av rutiner och handlingsplaner* är ett återkommande fokus omhändertagande av kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning. Det handlar bl.a. om framtagande av regiongemensamma handlingsplaner för våld i nära relationer, könsstympning och jämställdhet, reviderade PM för omhändertagande av kvinnor som utsatts för sexuellt våld eller könsstympning, bildande av multiprofessionell grupp som ska driva arbetet och få spetskunskap inom området, samt framtagande av rutiner och checklista som stöd för att identifiera individer som blivit utsatta för sexuellt våld. Två regioner beskriver planering av mottagningar för våld eller könsstympning. Andra insatser handlar om att utveckla omhändertagandet av gravida som lider av psykisk ohälsa.

En del utvecklingsinsatser som beskrivs befinner sig i en planerings- eller initieringsfas. En region beskriver ett påbörjat arbete med screening av psykisk ohälsa under graviditet där man utformat screeningverktyg, utbildat barnmorskor i screening, samt gjort hembesök. Andra insatser gäller omhändertagande av graviditetsdiabetes, förbättrad eftervård, vulvasmärta, vårdprocessprogram för omhändertagande av lipödem, vattenförlossning, hemfödelse, neonatalavdelning med enkelrum, rådgivning och behandling av klimakteriebesvär, regiongemensamma riktlinjer kring dokumentation om amning, ultraljudsscreening, ungdomsmottagning, ändrade regionala riktlinjer kring fosterdiagnostik, riktlinjer vid neo-transport, samt gemensamma riktlinjer för förlossning och gyn för två regioner.

Ekonomiska ersättningsmetoder beskrivs av fyra regioner. En region har höjt kapiteringsersättning till barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler för att kunna ge verksamheterna bättre förutsättningar att följa basprogrammet, samt kunna ta hänsyn till särskilda målgrupper som kräver mer resurser. En annan region har infört ersättning för att fråga om våldsutsatthet, samt ersättning till mödravårdscentraler och vårdcentraler som följer riktlinjer för hälsoinriktade insatser. En annan insats är höjd vårdvalsersättningen för vårdval av förlossningsmottagning och barnmorskemottagning.

3. Utveckling av vårdutbud och kvalitet består av 83 insatser inom tre underkategorier: 'Utökat utbud' n=43, 'Uppföljning och kartläggning' n=25, 'Förbättringsarbeten' n=15.

När det gäller *utökat vårdutbud* är eftervård det vanligast förekommande området. Inom eftervården uppmärksammas bristningsskador, och det har öppnats nya mottagningar för behandling i flera regioner. Flertalet regioner beskriver införandet av hembesök, fler efterkontroller, telefonuppföljning samt riskbedömning efter förlossning för att förbättra eftervården. Vårdutbudet ökas även genom nya mottagningar och enheter såsom ungdomsmottagning, sexologmottagning, enhet för högriskobstetrik, och högspecialiserad enhet för bäckensmärta. Här återfinns även utökat stöd vid amning, möjlighet till akupunktur, kvinnlig sterilisering, assisterad befruktning till ensamstående, utökade IVA-platser, botox till kvinnor med överaktiv blåsa, utsmyckning av vårdrum, måltider för vårdnadshavare på neo-IVA, dietistkompetens inom kvinnosjukvården, samt resursteam som ger stöd till gravida som brukar fosterskadliga substanser. En av regionerna beskriver en insats kopplad till ett politiskt beslutet att korta operationsköer skapade under pandemin där gynekologisk kirurgi bedrevs på tre sjukhus våren 2022.

Ett utökat vårdutbud innebär även att befintlig kommunikation och information behöver utvecklas. Ofta handlar det om översättning av informationsmaterial till andra språk, t.ex. information om fosterdiagnostik och eftervård. Översatt material sprids via digitala plattformar, informationsfilmer och föräldrargrupper. Andra kommunikativa insatser handlar om utveckling av internetbaserad utbildning för föräldrastöd till exempel genom informationsfilmer gällande amning och förlossning. En region beskriver framtagande av kommunikationsplattform och informationsmaterial till ungdomsmottagningar.

Insatser för *uppföljning, kartläggning och förbättringsarbeten* är kopplade till olika faser av en kvalitetsutvecklingsprocess. Insatser som handlar om uppföljning och kartläggning innefattar arbeten med kvalitetsregister och Graviditetsenkäten samt kvalitetsgranskningar. Registren som nämns är ett Neonatalt kvalitetsregister samt Bristningsregistret. Två regioner har avsatt personal för att möjliggöra en hög nivå av registrering av patienter. Andra aktiviteter handlar om att även registrera Grad II bristningar, samt att via Bristningsregistret identifiera patienter i behov av uppföljning. Uppföljning av Graviditetsenkäten har till exempel genomförts av processledare som sammanställt och redovisat resultat för barnmorskemottagningar i syfte att inspirera till kvalitetsutveckling. En annan region beskriver direktöverföring från journal till utdataregister och Graviditetsenkäten, för att enklare kunna jämföra och följa förlossningsdata. Utöver insatser med direkt anknytning till Graviditetsenkäten beskriver två regioner att man genom VAS-skattning följer upp kvinnor som haft en dålig förlossningsupplevelse.

Kvalitetsgranskning beskrivs även som mer omfattande, t.ex. att man har anlitat kvalitetssamordnare, kvalitetsgranskare eller verksamhetsutvecklare för att kontinuerligt arbeta med kartläggning och förbättringar inom verksamheten. Intervjuer används för att identifiera ungdomars önskemål kring ungdomsmottagningarnas verksamhet eller för att med hjälp av nyblivna föräldrars erfarenheter få uppslag till hur man kan jobba för en tryggare och mer sammanhållen vårdkedja. En region använder sig av kartläggning av socioekonomi och hälsa i olika delar av regionen för att möjliggöra riktade insatser.

För insatser med specifika *förbättringsarbeten* är det vanligaste innehållet att minska förlossningsskador. Ett annat exempel är att minska blödningar vid vaginal förlossning och vid akuta kejsarsnitt. Ofta ingår utbildningsinsatser men det finns även exempel på tillsättning av tvärprofessionell arbetsgrupp för att

arbete med förbättringar. En region beskriver att man satsar på att minska antalet undvikbara kejsarsnitt genom en omfattande översyn av indikationerna, mätningen och uppföljningen av induktioner tillsammans med en omfattande utbildningsinsats i samtalsmetodik samt ett skräddarsytt program för kvinnor med förlossningsrädsla. En större region beskriver att man gett stöd i förbättringsarbete till regionens samtliga förlossningsenheter genom utbildningsinsatser för personalen, förbättringscoacher, och regionsövergripande träffar och sammankomster. Fyra regioner beskriver arbetet för att uppnå eller upprätthålla kvalitetsmått och certifiering inom flera områden, t.ex. HBTQ och/eller NIDCAP (*Newborn Individualized Development Care and Assessment program*). Förbättring av kvalitetsmåttens tillgänglighet i daglig verksamhet, arbete med standardiserad vårddokumentation, samt utveckling av ny journal nämns också.

4. Preventiva insatser beskrivs av nästan alla regioner. I de totalt 44 insatserna ingår underkategorierna 'Förebygga cervixcancer' n=26, 'Preventiva insatser under graviditet' n=8, 'Främja goda levnadsvanor' n=7 'Förebygga psykisk ohälsa bland unga' n=2, och 'Övriga preventiva insatser' n=1.

Att *förebygga cervixcancer* gör man bland annat genom att vaccinera vissa åldersgrupper mot HPV-virus, utöka screening, samt skicka självtester till kvinnor som uteblivit från cellprovtagning. Dessa insatser beskrivs i vissa fall med anknytning till det nationella vårdprogrammet för gynekologisk cellprovskontroll (GCK). Det beskrivs att självtesterna innebär att system för kallelse och svar på provtagning behöver ses över, upphandlas och konfigureras. Två regioner beskriver användande av Cytburken för att få ett förbättrat flöde inom GCK. Cytburken kvalitetsregister möjliggör uppföljning av arbetet kring gynekologisk cellprovtagning och cervixcancerprevention. I en annan region deltar barnmorskor och kulturtolkar vid lektioner på SFI för att informera om gynekologisk cellprovtagning och sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns exempel på utskick av enkäter till kvinnor som uteblivit från cellprovtagning för att undersöka varför de uteblivit, och vad som skulle få dem att ta testet, samt erbjuda HPV-hemtest.

Vissa preventiva insatser riktas direkt till gravida. *Preventiva insatser under graviditet* handlar om olika typer av screening, till exempel erbjudande om preeklampsiscreening, erbjudande om screening för kromosomavvikelse, RhD-kontroller för RhD-negativa mödrar i vecka 10-12 för att minska risk för allvarlig RhD-immunisering, samt "graviditetsprogram enligt WHO" en insats för att tidigt i graviditeten hitta kvinnor med risk för att utveckla diabetes. Andra insatser är erbjudande om influensa- och kikhostevaccin till gravida samt en insats för handmjölkning under graviditet vid diabetes, för att stimulera mjölkproduktionen hos kvinnan och minska tillmatning med modersmjölksersättning.

Preventiva insatser handlar även om att *främja goda levnadsvanor* bland gravida kvinnor och partners, ofta med fokus på att förebygga övervikt och fetma. En av regionerna har utifrån detta tema satsat på att implementera FaR (Fysisk aktivitet på recept) i graviditetsprocessen. Målet är en ökad förskrivning jämfört med föregående år. En annan region bedriver hälsoskolor för främst utrikesfödda kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden.

En region beskriver insatser för att förebygga *psykisk ohälsa* bland ungdomar. Bland annat driver man en podd som syftar till att främja psykisk hälsa bland ungdomar genom goda levnadsvanor. Man har också producerat filmer med information om psykisk ohälsa samt vad man kan göra i egenvårdsyfte.

Övriga preventiva insatser innefattar en osteoporosmottagning för att upptäcka, behandla och motverka osteoporos. Genom ändrat arbetssätt vill man fånga upp personer med grav osteoporos och mycket hög frakturrisik, och initiera kraftfull behandling.

5. Samverkan och samarbeten (innehåller 20 insatser som rör samverkan internt inom verksamheten, eller samverkan med externa aktörer. Här ingår underkategorierna 'Stärka vårdkedjan' n=11, 'Samverkan med aktörer utanför sjukvårdssektorn' n=5, 'Ökat tjänsteutrymme för samordningsbarnmorska' n=2, och 'Samordnade insatser riktade mot vårdtagare' n=2. Samverkan och samarbeten kan återfinnas även i

tidigare nämnda insatser, framför allt i insatser som rör "nollseparation". Utöver arbetet med nollseparation framträder samverkan och samarbeten som centrala strategier i insatser inom denna kategori.

De flesta insatserna handlar om att *stärka vårdkedjan* genom förbättrat samarbete mellan barn- och kvinnosjukvårdens olika enheter. Det kan gälla att förbättra informationsflödet mellan enheterna, exempelvis genom regelbundna möten med representanter från samtliga enheter i vårdkedjan för att diskutera informationsflödet. En region beskriver handledning som aktivitet för förbättrad kommunikation och samarbete såväl inom, som mellan, enheter. Andra exempel är gemensam rond mellan mödravården och psykiatrin, för att samordna vården kring gravida med psykiatrisk sjukdom eller missbruk, och samordnande psykolog avseende föräldrastöd inom mödrahälsovården och barnhälsovården. Tre regioner beskriver samlokalisering av barnmorskor från mödrahälsovården och barnhälsovården, och två nämner att man vill öka samverkan med kommunen.

Vidare finns insatser där vården *samverkar med aktörer utanför sjukvårdssektorn, främst ideella aktörer*. En region beskriver idéburet offentligt partnerskap, IOP, som sker tillsammans med idéburna och ideella föreningar för att genom samverkan ge stöd till migranter och personer som utsatts för sexuellt våld. I samarbete har föreläsningsfilmer på temat könsstympning, hedersrelaterat våld och förtryck, samt sexuellt våld producerats. En annan region har i samverkan med två aktörer som arbetar med nyanlända personer kommit överens om att barnmorskepersonal ska finnas fysiskt tillgängliga en förmiddag varannan vecka för att nå nyanlända kvinnor och ge dem fler ingångar till hälso- och sjukvården. En ungdomsmottagning har i samarbete med gymnasieskolor jobbat med ett "maskulinitetsprojekt" för att öka medvetenheten om maskulina normer bland gymnasieelever, där man även informerat om ungdomsmottagningen. I en annan insats beskrivs att alla aktörer vid omhändertagande av sexuellt våldsutsatta personer, däribland polis, tillsammans har utvecklat och implementerat riktlinjer för omhändertagande.

Några få insatser handlar om att ge *ökat tjänsteutrymme till samordningsbarnmorska* i vars uppgifter samordning och nätverkande ingår, samt *samordnande insatser som riktas mer direkt mot vårdtagare*, vilket handlar om regionsgemensam operationsplanering för benigna operationer och förlossningsskador för att minska långa väntetider, och ett gemensamt tidbokningsnummer för abort för att samordna tidbokning och undvika att patienter behöver ringa runt till olika mottagningar.

Diskussion

Behovet av att se på kompetensförsörjning i ett bredare perspektiv har lyfts fram av flera aktörer, bl.a. SKR. Detta stärks även av forskning inom området frivillig personalomsättning där kombinationsinsatser och synkroniserade insatser över flera systemnivåer lyfts som mer framgångsrika (se bl.a. 46). I vårt nuvarande material är det svårt att se om och hur en övergripande strategi håller samman enstaka insatser - något som vi avser undersöka med hjälp av data som nu håller på att samlas in. I våra intervjuer med regionernas representanter har dock en tudelad organisering av mödrahälsovården och förlossningsvård liksom vårdval med många privata vårdgivare lyfts som en komplikation när det gäller att samordna utveckling inom olika områden medan en gemensam organisering setts som en fördel. Att de nationella satsningar som vi i Del I i rapporten beskriver haft svårt att nå ut till beslutsfattare på högre nivåer gör det svårare att ge stöd eller diskutera hur man kan stödja en ökad helhetssyn och samordnad strategi för utveckling av vården före, under och efter graviditet.

Beroende på hur kompetensförsörjning definieras så kan man se olika saker i det analyserade materialet. När det t.ex. gäller insatser inom kategorin 'Prevention' så kan självtester för HPV underlätta för personal

även om det inte var det primära syftet med testerna. Om sjukdomar dessutom kan förebyggas så kan det avlasta vården och därigenom vårdpersonalen

Många insatser är riktade mot personal (TEMA 1 och 2) men det blir också uppenbart att insatser som syftar till organisationsutveckling och effektivisering (TEMA 3) också påverkar personalen på olika sätt. Av de 704 insatser som pågick i regionerna åren 2021 och 2022 har 397 eller 54% en tydlig koppling till temaområden som *berör personal* – antingen genom att utbilda, utveckla och stärka kompetensen hos personal eller genom att säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens.

Det *organisatoriska temaområdet* som rör utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet utgör 43% av alla insatser. Temaområdet innefattar insatser som *kan beröra personal*, främst i positiv bemärkelse men de kan även utgöra en påfrestning eller upplevas som negativt. En utvecklingsinsats och den effekt den kan få kan upplevas olika av olika individer eller grupper. Den kan upplevas som positiv eller negativ eller ha inslag av både positiva och negativa effekter - och dessutom kan upplevelser variera över tid under förändringsprocesser

Exempel på en potentiellt positiv påverkan på personalens arbetssituation kan vara när nya mottagningar, nya funktioner eller teamformationer som tar över arbetsuppgifter skapas – i syfte att underlätta och avlasta för både personal och patienter. Exempel på potentiell negativ påverkan är om nya mottagningar, omstrukturering, nya arbetsuppgifter och ny samverkan inte åtföljs av de resurser som behövs för både omställningsprocessen och för inordnandet i ordinarie verksamhet.

Många insatser handlar i huvudsak om utbildning, både formell utbildning och mindre kompetensutvecklingsinsatser inom verksamheten. Det handlar dels om att säkra att man har tillgång till personal med viss kompetens. Där återfinns incitament för att gå en längre utbildning där individen *utbildar sig i en specialistfunktion* t.ex. betald utbildning eller andra ekonomiska incitament t.ex. när regionanställda sjuksköterskor utbildar sig till barnmorskor. Här har forskning visat på vikten att personer som skaffar sig en sådan utökad kompetens behöver få tillämpa den om de ska stanna kvar inom organisationen, annars är risken att de söker sig till andra verksamheter och arbetsgivare där de kan få tillämpa nya färdigheter (41).

När det gäller utbildning återfinns även *kortare utbildningsinsatser* så som enstaka kurser, utbildningsdagar, föreläsningar, webinarier etc. som ingår i kontinuerlig den kompetensutveckling och det lärande som både individen och organisationen behöver. Kompetenshöjning behövs p.gr. av det aktuella läget och utvecklingen inom både organisationen och kunskapsfältet. Nya arbetssätt t.ex. öppna nya enheter, skapa nya team och nya funktioner kräver uppdatering av kunskap. Dessa typer av insatser har också flera regioner kopplat till olika utbildnings- och träningsinsatser. Utbildning ingår även som en del i verksamhetsutveckling. Personalomsättningen i sig leder till ökat behov av kunskap och kompetens. När många personal slutar under en tidsperiod behövs rekrytering av ny personal, vilket ökar behovet av insatser för inskolning, integrering och för lärande, träning och kompetensutveckling. Ny personal behöver även genomgå vissa, ibland obligatoriska, utbildningar inom arbetsområdet.

När det gäller kortare utbildningsinsatser så är risken mindre att personalen lämnar organisationen för att få tillämpa sina nya kunskaper än vid längre utbildningar. Här ligger i stället utmaningen i denna typ av insatser att få genomslag i förändrat beteende ute i verksamheten, speciellt om det är en enstaka insats som inte följs upp eller kopplas till andra insatser.

En tolkning av den stora andelen insatser som gäller utbildning och fortbildning är att det finns ett antagande om kunskap och kompetens, om den kan höjas så leder det till förändring och indirekt till förbättrad kvalitet i den vård och omsorg som bedrivs. Detta förutsätter dock att ett lärande sker kopplat till utbildningsaktiviteter - som sedan är möjligt att omsätta till nya beteenden. Ofta kan det handla om ett s.k. dubbel-loopslärande (53) som förändrar individens synsätt och arbetssätt i grunden. Det räcker

inte heller med att öka kompetensen, det behövs även motivation och möjlighet att omsätta lärande och kunskapen till förändring – och oftast inte bara hos en individ utan flera. Kompetens tar tid att utveckla och det behövs förstärkning, upprepning, reflektion och träning. Det behövs även ges möjligheter att testa, förbättra och utöva nya lärdomar och arbetssätt – vilket kan försvåras eller underlättas av organisatoriska strukturer, rutiner, prioriteringar etc.

Ett komplement till avgränsade utbildningsinsatser är att finna vägar att integrera kontinuerligt lärande i vardagsaktiviteter och bygga in t.ex. multiprofessionell teamsamverkan, diskussionstillfällen, kommunikationsarenor samt stöd för reflektion och metareflektion. Med hjälp av sådana arenor kan medarbetare (och chefer) diskutera hur innehållet i avgränsade utbildningsinsatser uppfattas, översätts och hur de kan användas och förankras i den lokala praktiken. Detta kan mycket väl förekomma ute i regionerna men vi finner ytterst få beskrivningar av liknande stöd för lärande.

Vi har i denna rapport antagit ett brett perspektiv på kompetensförsörjning. Det som man kanske ofta tänker på vad gäller kompetensförsörjning är anställa personal till sin organisation dvs attrahera och rekrytera personal med rätt kompetens. Många insatser i vår översyn handlar just om att förstärka bemanningen. Detta är ett första steg men lika viktigt är att få personal inom organisationen att stanna kvar, att behålla personalen. Forskning vittnar om att många inom vården lämnar sin organisation och till och med sina yrken eftersom organisationen bland annat inte erbjuder en hållbar arbetsmiljö. En hög personalomsättning riskerar att orsaka både finansiella kostnader och försämrad vårdkvalitet. Vår genomgång av regionernas insatser visar att flera insatser görs för att behålla personal genom att erbjuda t.ex. vidareutbildning, ekonomisk kompensation eller insatser för att förbättra både den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön.

Vi har även valt att inkludera analyser av insatser som kanske inte vid första anblicken handlar om kompetensförsörjning eller om personalen utan snarare mer om organisatoriska förändringar och verksamhetsutveckling. Verksamhetsutveckling i alla dess former såsom omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner och teamformationen, nya mottagningar och omstrukturering av flöden påverkar personalen. Även influenser utifrån såsom nationella satsningar, planer och riktlinjer eller andra trender och förändringar i vårdutbud etc. påverkar personalen.

Ett bredare angreppssätt på kompetensförsörjning inkluderar flera systemnivåer, individ, grupp, organisation och samhällsnivå. Genom att en regions nyckelpersoner får en bättre överblick över vad som sker på flera nivåer, både inom och utom organisationen, kan de förhoppningsvis lättare se om det finns insatser som kan synkroniseras eller om det finns insatser som är kontraproduktiva, dvs. att en insats på ett ställe i organisationen orsakar negativa konsekvenser på ett annat ställe.

Chefer och beslutsfattare på olika nivåer har en viktig funktion i arbetet med kompetensförsörjningen och att kunna behålla vårdpersonal. En bra överblick ger stöd åt deras arbete så de kan jobba med ett strategiskt angreppssätt och t.ex. koordinera insatser som kan påverka personalens situation över enhetsgränser och mellan organisationsnivåer. Frågan är om det finns forum inom regionerna där en sådan överblick är möjlig att uppnå, tolkas och diskuteras? Regionerna har olika förutsättningar och hur vården organiseras varierar. I våra nuvarande data har vi dock inte inblick i om, var och hur sådan strategisk samordning sker - men kunskapen är viktig för att förstå hur olika regioner arbetar.

I forskningslitteraturen lyfts ofta vikten av ett bra ledarskap för att behålla vårdpersonal. I våra data hittar vi väldigt få insatser som fokuserar på ledarskap. Avsaknaden kan såklart bero på att de insatserna inte anses vara kopplade till satsningen, att de görs som en del i allmänt organisationsstrategiskt arbete som inte beskrivs här, eller att de inte anses vara kopplade till kompetensförsörjning.

Den analys som beskrivs i denna årsrapport är ett första steg för att förstå och väcka frågor kring hur vårdens kompetensförsörjning kan förbättras. För att kunna bidra med fortsatt lärande som stöd i satsningen går vi vidare med:

1. En översyn och sammanfattning av forskningen inom området frivillig eller egenvald personalomsättning ('staff turnover', 'turnover intentions', 'staff retention') för att identifiera insatser och angreppssätt som fått stöd i forskning, med fokus på vården. Vi avser sammanfatta och beskriva dessa i en modell över de viktigaste faktorerna som påverkar frivillig personalomsättning och insatser för att behålla personal
2. Att koppla den sammanfattande analys av regionernas insatser som här beskrivs till denna modell över viktiga faktorer för att tydligare se mönster i de beskrivna insatserna.
3. Att analysera data från flera nivåer dvs. de regionintervjuer som genomförs och de regionala strategiska dokument och planer för kompetensförsörjning som samlas in kommer förhoppningsvis att ge insikt i mer regionövergripande insatser och strategier. Här kan man analysera om insatser på flera nivåer är kongruenta och stärker varandra.

Att fundera vidare kring – Regional nivå

1. Hur ser man inom regionerna på hur kompetensförsörjning ska säkras inom vården före, under och efter graviditet samt för kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och genom vilka typer av insatser? Diskuteras koppling till kunskap inom området?
2. Hur försäkras man sig att utbildningsinsatser t.ex. utbildningsdagar verkligen får genomslag i praktiken? Kopplas utbildningsinsatser ihop med andra insatser t.ex. träning, grupprefleksion och lärande, förbättringsarbeten?
3. Kan en översyn av insatsers påverkan på kvalitet, effektivitet och personalens arbetssituation vara ett sätt att underlätta skapande av ett paket av samverkande insatser inom dessa tre områden (vinna-vinna aspekter)?
4. Finns det insatser för att utveckla ledarskapet inom organisationen i aspekter som anses påverka kompetensförsörjning och personalens arbetssituation t.ex. inkluderande ledarskap eller sätt att underlätta samverkan, reflektion och lärande?
5. Hur, och under vilka förutsättningar, arbetar chefer och annan strategisk personal på olika nivåer med att samordna (eller synkronisera) olika insatser som bidrar till bättre kompetensförsörjning?

Referenser

1. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155–69.
2. Strehlenert, H. *From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care*. PhD thesis, Karolinska Institutet (Sweden), 2017.
3. Perla, R. J., Bradbury, E., & Gunther-Murphy, C. Large-scale improvement initiatives in healthcare: a scan of the literature. *J Healthc Qual.* 2013;35(1):30-40.
4. Nyström, ME, Tolf S. *Årsrapport 3 för 2019 Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring. Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa*. 2020, Karolinska Institutet, Inst. LIME, Medical Management Center.
5. Nyström ME, Tolf S. *Årsrapport 4 för 2020 Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring. Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa*. 2021, Karolinska Institutet, Inst. LIME, Medical Management Center. Se länk: [download \(ki.se\)](#)
6. Nyström, M.E., Strehlenert, H., Höög, E. *Bättre liv för sjuka äldre - Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring*. Slutrapport. 2014, Karolinska Institutet. Inst. LIME, Medical Management Centre, Se länk: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:882459/FULLTEXT01.pdf>
7. Nyström, ME, Tolf S, Strehlenert, H.) *Årsrapport 5 för 2021. Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring. Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa*. 2022, Karolinska Institutet, Inst. LIME, Medical Management Center. Se länk: <https://ki.se/media/257438/download>
8. Wilkins NJ, Kossover-Smith RA, Hogan SA, et al. Developing indicators to evaluate systems thinking and application in state injury and violence prevention programs. *New dir. program eval.* 2021;2021(170).
9. Nyström, ME, Tolf S., Strehlenert, H. *Årsrapport 6 för 2022. Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring. Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa*. 2023, Karolinska Institutet, Inst. LIME, Medical Management Center. Se länk: [download \(ki.se\)](#)
10. Levesque JF, Sutherland K. What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *BMJ Open.* 2017;7(8)
11. Nyström, M.E., Strehlenert, H., Hansson, J., Hasson, H. 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 Serv Res*, 2014;14 (1):401.
12. Granström, E., Hansson, J., Sparring, V., Brommels, M., Nyström, M.E. Enhancing policy implementation for improving healthcare practices: The role and strategies of hybrid national-local support structures. *Int J Health Plann Mgmt.* 2018;1–17.
13. Strehlenert, H., Hansson, J., Nyström, M.E., Hasson, H. Implementation of a national policy for improving health and social care: a comparative case study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):730.
14. Nyström M.E., Larsson E.C., Pukk Härenstam K., Tolf S. Improving care for immigrant women before, during, and after childbirth – what can we learn from regional interventions within a national program in Sweden? *BMC Health Serv Res.* 2022; 22:662.
15. Nyström, M.E., Tolf, S., Sparring, V., Strehlenert, H. Systems thinking in practice when implementing a national policy program for improvement of women’s healthcare. *Front. Public Health.* 2023;11:957653.
16. Statskontoret. *Om Offentlig Sektor: Överenskommelser Som Styrmedel*. Stockholm; 2014.
17. Conklin J. Wicked problems and social complexity. In P. Chekland et al.: *Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems*. 2005, New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
18. Raisio H, Puustinen A, Vartiainen P. The concept of wicked problems: improving the understanding of managing problem wickedness in health and social care. In: *The Management of Wicked Problems in Health and Social Care*. 2018. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.

19. Daviter F. Coping, taming or solving: alternative approaches to the governance of wicked problems. *Pol Stud.* 2017; 38:571–88.
20. WHO. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Report (2016a). 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
21. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård Nationella planeringsstödet. Rapport 2023-2-8352. 2023. Stockholm.
22. Statistiska Centralbyrån (SCB). *Trender och Prognoser 2020 – Befolkning, Utbildning, Arbetsmarknad Med sikte på år 2035*. 2020. Se länk: [Trender och Prognoser 2020 \(scb.se\)](https://www.scb.se/press/nyheter/2020/10/20200920-trender-och-prognoser-2020)
23. WHO. *State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs, and leadership*. 2020. Se länk: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>
24. Poon, Y.S.R., Lin, Y.P., Griffiths, P. et al. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health.* 2022; 20,70.
25. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, et al. Nurse turnover: a literature review-an update. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:887–905.
26. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143-53.
27. Rudman A, Gustavsson P, Hultell D. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:612-24.
28. Nationella Vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården S2022/0090. Rapport 2023:3. 2023.
29. Hildingsson I, Fenwick J. Swedish midwives' perception of their practice environment—A cross sectional study. *Sex Reprod Healthc.* 2015;6:174-181.
30. Hildingsson I, Fahlbeck H, Larsson B, Johansson M. How midwives' perceptions of work empowerment have changed over time: A Swedish comparative study. *Midwifery.* 2023;118:103599.
31. Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, et al. Prevalence and predictors of burnout in midwives: a systematic review and meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:641.
- 32 Turner L, Griffiths P, Kitson-Reynolds E. Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services—a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. *Midwifery.* 2021;103, 103118.
33. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014;24;383(9931): 1824-30.
34. Duffield C, Roche M, Homer C et al. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J. Adv. Nurs.* 2014;70: 2703–2712.
35. Park SH, Boyle DK, et al. Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Serv. Res.* 2014;49:1205–1225.
- 36 Misra-Hebert AD Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: Rates, causes, and consequences. *Am. J. Med. Qual.* 2004;19: 56–66.
37. de Vries N, Boone A, Godderis L, et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *Inquiry.* 2023;2-21.
38. IVO *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen*. 2023. Se länk: [Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen \(ivo.se\)](https://www.ivo.se/rapporter/delredovisning-av-den-nationella-sjukhustillsynen)
39. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. *I tid och otid – En fördjupningsstudie av bemanningen inom förlossningsvården*. Rapport 2023:5
40. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2014;22(8):1027-41.
41. Marufu TC, Collins A, Vargas L et al. Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *Br J Nurs.* 2021;11;30(5):302-308.
42. Grimani A., Gotsis G. Embracing inclusive leadership for collaborative healthcare work environments: Fostering wellness in ambivalent situations. In *The Palgrave Handbook of Fulfillment, Wellness, and Personal Growth at Work* (pp. 209-229). Cham: Springer International Publishing 2023.
43. Carmeli A, Reiter-Palmon R, Ziv E. Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creat. Res. J.* 2010;22(3): 250-260.

44. Jelfs E, Knapp M, Giepmans P, Wijga P. Creating good workplaces: retention strategies in healthcare organizations. In: *Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and diverse responses*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. 2014.
45. de Vries N, Lavreysen O, Boone A, et al. Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(13):1887:1-29.
46. Dellve L, Eriksson A. Health-Promoting Managerial Work: A Theoretical Framework for a Leadership Program that Supports Knowledge and Capability to Craft Sustainable Work Practices in Daily Practice and During Organizational Change. *Societies*. 2017;7:12: 1-18.
47. Engström M, Mårtensson G, Pålsson Y, Strömberg A. What relationships can be found between nurses' working life and turnover? A mixed-methods approach. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):288-297.
48. Redknap R, Twigg D, Rock D, Towell A. Nursing practice environment: A strategy for mental health nurse retention? *Int J Mental Health Nursing*. 2015;24(3), 262-271.
49. Cowden T, Cummings G, Profetto-McGrath J. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2011;19(4):461-77.
50. Callado A, Teixeira G, Lucas P. Turnover Intention and Organizational Commitment of Primary Healthcare Nurses. *Healthcare*. 2023;11:521.
51. Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015;119(12):1517-28
52. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual. Health Res*, 2005;15(9): 1277-1288.
53. Argyris, C. Double-loop learning and organizational change: facilitating transformational change. In JJ Boonstra (Ed) *Dynamics of organizational change and learning*, 2004, pp 389-402.
54. Nyström ME, Sparring V, Larsson E, Pukk-Härenstam K. *Årsrapport 2 för 2018 Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring. Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa*. 2019, Karolinska Institutet, Inst. LIME, Medical Management Center.