



Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa 2016 - 2022

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

Årsrapport för år 2021

Monica Nyström
Sara Tolf
Helena Strehlenert

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



Innehållsförteckning

INLEDNING - Återrapportering av följeforskning för 2021	3
Nationell satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring.....	3
Bakgrund.....	3
Forskarnas aktiviteter under 2021	3
I. NATIONELL NIVÅ – Vilka strategier används på nationell nivå för att stödja utveckling och förändring?	4
Introduktion.....	4
FÖRDJUPNING 1 – Indikationer på tillämpning av systemtänkande	5
Bakgrund	5
Syfte.....	7
Modell över indikatorer på systemtänkande	7
Exempel på systemtänkande i praktiken inom satsningen.....	8
FÖRDJUPNING 2 – Strategier för uppföljning, utvärdering, feedback, och stöd för lärande	9
Syfte.....	10
Bakgrund	10
Exempel på strategier för uppföljning, utvärdering, feedback och lärande inom satsningen	11
Att följa regionernas organisering, stödprocesser och handlingsstrategier för arbetet med satsningen	11
Att följa progressen mot olika resultatmål nationellt och regionalt	12
Att stödja och jobba med analys och feedback.....	13
Att stödja och jobba med lärande inom pågående utvecklingsåtgärder	13
Att fundera vidare kring - Nationell nivå	14
Referenser	14
II. REGIONAL NIVÅ – Hur har arbetet med satsningen ute i regionerna organiserats?	16
FÖRDJUPNING 3 - Regionernas handlingsstrategier - Perspektiv på insatser för att förbättra vårdkedjan före, under och efter förlossning	16
Bakgrund	16
Syfte.....	17
Regionernas insatser för att förbättra en sammanhållen vårdkedja före, under och efter förlossning	17
Vilka typer av insatser satsar regionerna på för att förbättra en sammanhållen vårdkedja?	19
Diskussion	22
Hur kan vi förstå resultaten utifrån forskning om integrerad vård och inter- och intra-organisatoriskt samverkan?	22
Att fundera vidare kring – Regional nivå	25
Referenser	25
III. LOKAL OCH MIXAD NIVÅ – Insatser för utrikes födda kvinnor och deras partners: vetenskaplig rapportering.....	26
FÖRDJUPNING 4	26
Abstrakt	26
Introduktion.....	27
Grad av komplexitet gällande problem, intervention och system	28
Syfte/mål	29
Metodik	29
Resultat.....	29
Diskussion	31
Konklusioner.....	34
Referenser	34

INLEDNING - Återrapportering av följeforskning för 2021

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

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, Elin Larsson och Vibeke Sparring, från och med 2019 även Sara Tolf och Helena Strehlenert. Forskarna arbetar alla deltid i projektet och i varierande utsträckning över åren 2017-2022. Följeforskningen startade i slutet av maj 2017 med en inledande/rekognoserande fas som under 2018 övergick i mer fokuserade studier på tre nivåer: nationell, regional och lokal nivå.

Syftet med följeforskningsprojektet 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. Även lokala insatser eller insatser med olika fokus undersöks för fördjupad kunskap.

Målet med följeforskningen 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 på regional nivå förstå de valda strategiernas betydelse vid förändring, lärande och hållbarhet i insatser och förändringar efter satsningens slut.

I olika steg följs den nationella och den regionala nivåns strategier och implementering, med fördjupning inom några valda områden. Under hela satsningens tidsperiod - dvs. från 2017 och framåt - diskuteras iakttagelser, lärdomar etcetera med nationella och regionala aktörer för att främja lärande och bidra till att optimera möjligheterna för utveckling inom satsningens områden. Under åren 2020–2022 fördjupar vi förståelsen av stödstrategier på nationell nivå samtidigt som vi utvecklar en modell över metastrategier, baserad på en systemsyn och kunskaper från olika forsknings- och kunskapsområden. Kunskap och de modeller som genereras syftar till att kunna utgöra ett stöd vid kommande nationella satsningar som adresserar s.k. 'wicked problems' och förändring inom stora, komplexa vård- och omsorgssystem. Av specifikt intresse är hur nationella aktörer kan underlätta för regionala aktörer att skaffa sig en god systemsyn och helhetsförståelse över satsningen och över andra närliggande nationella interventioner som påverkar sammanhanget och förutsättningarna.

Forskarnas aktiviteter under 2021

Forskarna har under 2021 fortsatt att följa och registrera aktiviteter och interventioner på den nationella nivån genom deltagande och icke-deltagande observationer vid olika typer av möten, insamling av dokument, samt utifrån information via regionernas inrapporteringar. I anslutning till de delstudier som beskrivs nedan har vi genomfört litteratursökningar bl.a. rörande uppföljning och utvärdering, feedback och lärande inom stora förbättringsinitiativ och inter- och intraorganisatorisk samverkan och integrerad vård. Delar av dessa redovisas också i denna rapport.

Nationell nivå. Här pågår utveckling och test av ett ramverk för att kunna beskriva stödstrategier som används på *nationell nivå* inom stora och komplexa förbättringssatsningar. I denna rapport redovisar vi preliminära resultat från två delstudier. I den första delstudien utvecklar och testar vi en modell för att kunna fånga indikatorer på systemtänkande inom stora nationella utvecklingsatsningar. För att undersöka om modellen kan fånga hur systemtänkande manifesterar sig i praktiken testas och analyseras

den för närvarande på två nationella satsningar, varav satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa är en. Den andra delstudien är en fördjupad studie kring nationella strategier för uppföljning, utvärdering, feedback och lärande där analyser och vetenskaplig rapportering pågår.

Regional nivå. På *regional nivå* pågår två fördjupningsstudier. Under försommaren 2021 genomförde vi de sista tre intervjuerna med kontaktpersoner från 21 regioner i den andra intervjuomgången (de som tidigare hade svårt att komma ifrån på grund av Corona-pandemin). En preliminär analys av intervjuer från 18 regioner har redovisats i den förra årsredovisningen samt vid två kontaktpersonsmöten. Fördjupade analyser inför den vetenskapliga rapporteringen har påbörjats och kommer att fortsätta under 2022, med hjälp av både nya och tidigare insamlade data.

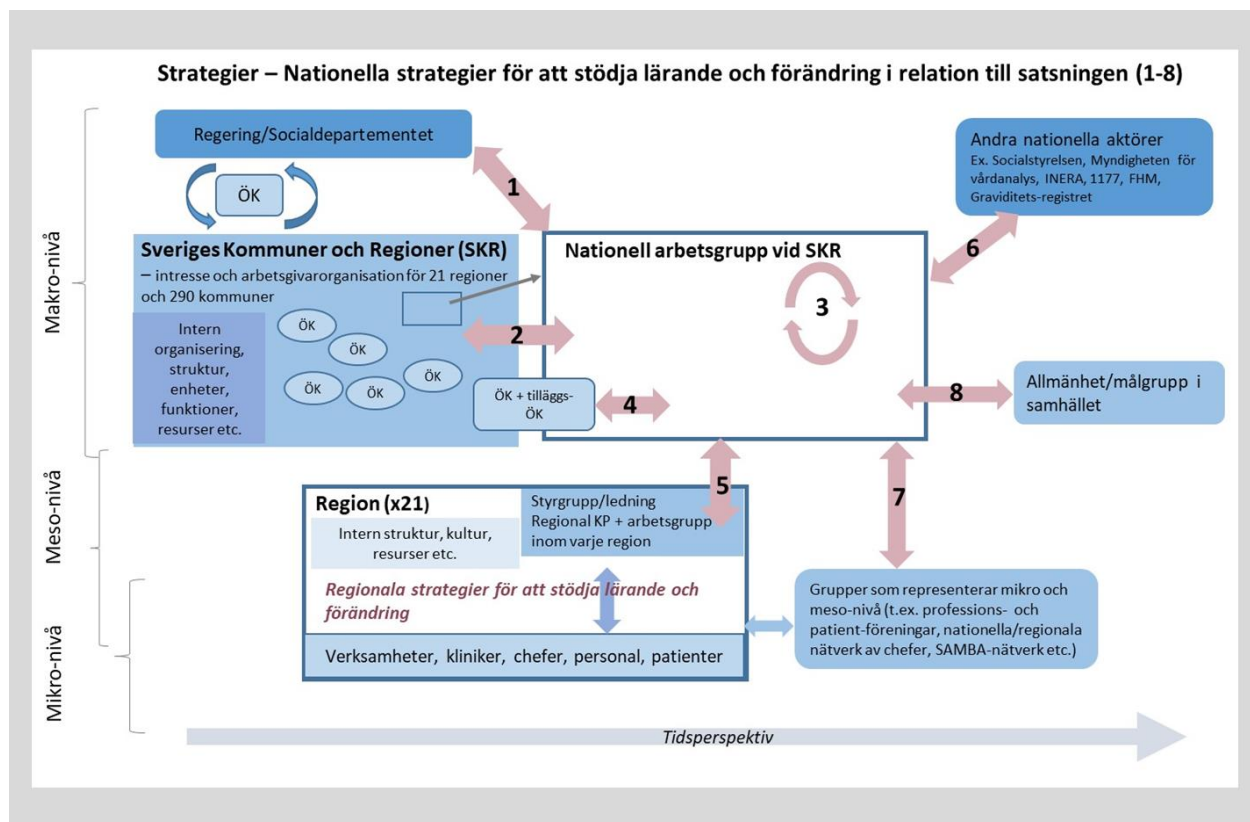
I den andra delstudien analyserar vi alla regioners rapporteringar för 2020 (inskickade i februari 2021). För denna studie har vi sorterat ut de insatser som rör personcentrerad vård och de som rör den sammanhållna vårdkedjan. De 65 interventioner som rapporterats tillhöra strategi- och målområdet vårdkedjan är under analys och i denna rapport redovisar vi den preliminära analysen.

Lokal och mixad regional-lokal nivå. På en *mixad regional och lokal nivå* har vi följt upp insatser över vårdkedjan för utrikesfödda kvinnor för alla regioner - med en fördjupning med hjälp av intervjuer och dokument inom två regioner. Resultat från olika pågående analyser har presenterats i två tidigare årsrapporter. Materialet har nu analyserats och bearbetats ytterligare för vetenskaplig rapportering. Ett artikelmanuskript har skickats in till en vetenskaplig tidskrift och är nu under granskning. I denna rapport redovisas kort vad de fördjupade analyserna i artikeln visar.

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

Introduktion

För att beskriva de nationella strategierna behöver man förstå systemet, sammanhanget och olika typer av involverade aktörer, faktorer och deras relationer. I Figur 1 ges en överblick över övergripande strategier (1-8) som använts inom satsningen för att underlätta lärande och förändring riktade mot olika aktörer och delar av samhälls- och hälso- och sjukvårdssystemet. För var och en av de åtta kategorierna som representeras av pilar i Figur 1 återfinns mer detaljerade handlingsstrategier som används av den nationella arbetsgruppen. Dessa strategier kan också kopplas till tidigare forskning om storskalig utveckling och förändring (t.ex. Perla et al., 2013). I förra årets rapport från följeforskarna gavs några korta exempel på handlingsstrategier i relation till de åtta kategorierna. I år redovisas en fördjupning kring indikatorer för att fånga hur systemtänkande manifesterar sig i praktiken i satsningen samt preliminära resultat av en fördjupad analys av ett specifikt strategiområde, "Strategier för uppföljning, utvärdering, feedback, och stöd för lärande" (pil nr 5 i Figur 1). En mer fullödlig bild över de strategier som karaktäriserar satsningen kommer att ges vid följeforskarnas slutrapportering, när strategier för att stödja och implementera satsningen och strategier för att skapa uthållighet, spridning och lärande kunnat följas till satsningens slut.



1. **Politisk nivå** – Strategier för interaktion med uppdragspart
2. **Nationell part SKR** – Strategier för programmets organisering och samordning i relation till SKR och andra satsningar
3. **Intern organisering programteam** – Strategier för att skapa och upprätthålla en effektiv och kompetent nationell arbetsgrupp och ett välfungerande arbetssätt
4. **Hantering av program (överenskommelsen ÖK)** – Strategier för att tydliggöra och operationalisera programmet t.ex. klargöra syfte/mål, identifiera problem/behov, kunskap, samt planera och analysera nulägen
5. **Mottagande system** - Strategier för kommunikation och att hantera variation och dynamik i utvecklingsprocesser på regional och lokal nivå, följa upp och utvärdera, stödja lärande och förändring, skapa varaktighet och sprida resultat och lärdomar
6. **Andra nationella aktörer** – Strategier för kommunikation, samordning och stöd som involverar olika intressenter
7. **Representanter för delar av regionalt och lokalt system** – Strategier för kommunikation, samordning och stöd i relation till regionala/lokala nyckelpersoner och nätverk
8. **Allmänhet och målgrupp kvinnor** – Strategier för kommunikation, information och spridning gentemot samhällsintressenter

Figur 1. Översikt över sammanhang och riktning för olika strategier på nationell nivå.

FÖRDJUPNING 1 – Indikationer på tillämpning av systemtänkande

Bakgrund

Under det senaste decenniet har intresset ökat för att tillämpa systemtänkande (ST) inom utvecklings- och förbättringsarbete inom både hälso- och sjukvården och inom folkhälsoområdet. Systemtänkande är ett omfattande forskningsområde som utvecklats sedan 30-talet. Teorin om organisationer som öppna system kom på 60-talet och fick stora konsekvenser på hur man kunde förstå och utveckla organisationer. På senare tid har intresset ökat betydligt för hur man kan tillämpa ST för att åstadkomma utveckling inom välfärdssystem av olika slag.

I stället för begränsa tillvägagångssätt och metodik till en mindre uppsättning insatser så tar ST hänsyn till komplexiteten i ett fenomen och dess sammanhang, till exempel att interventioner är beroende av varandra och av den miljö där de ska användas. Inom ST ses komplexa interventioner som system i sig själva, som interagerar med andra delar av systemet och som startar reaktioner som kan vara oförutsägbara och oavsiktliga (De Savigny et al., 2009). I systemtänkande får idéer om enkla, linjära samband ge vika för en strävan att förstå hur många olika dynamiska komponenter och aktörer i systemet agerar, och hur det kan påverka vad som sker när man försöker utveckla och förändra något inom en verksamhet. Ett tillvägagångssätt baserat på ST anses kunna vara en gynnsam väg för att ta itu med komplexa problem inom välfärdssystemet (Swanson et al., 2012; Russell et al., 2014; Cabrera et al., 2007). De senaste decennierna har intresset också ökat kring teorier om komplexa system, en utveckling av ST, och hur denna ansats kan användas för att förstå och förklara varför innovationsprogram inom vård och omsorg misslyckas eller inte fungerar optimalt (Greenhalgh et al., 2018).

Trots det växande intresset så är det fortfarande oklart hur förståelsen för ST, liksom dess användning vid utveckling av vården eller inom folkhälso-området, tar sig uttryck i praktiken (Chungtai et al 2017). Det finns få tillämpade studier med fokus på ST inom dessa områden och behovet av ytterligare studier och beskrivningar av praktiska tillämpningar har lyfts fram i flera sammanhang (Carey et al.2015; Rusoja et al., 2017).

Möjligheten att tillämpa ST vid förändringsprocesser i komplexa system är beroende av de individer som leder och/eller har möjligheter att påverka ett utvecklingsprogram. Individuella färdigheter och förmågor kan visa sig i samtal, i beslut om upplägg och insatser och i annan kommunikation. Några exempel kan belysa vilka individuella färdigheter och kunskaper som lyfts i tidigare forskning. När det gäller förbättringar av hälso- och sjukvårdssystemet har Best och hans kollegor (2007) relaterat ST till den kunskapsprocess som kan underlätta förbättring. De har identifierat följande (individuella) ST-färdigheter:

- förstå hur systemet är organiserat
- förstå hur det hanteras och leds
- förstå och kunna hantera systemets intressenter och olika nätverk
- ha en förmåga att konceptualisera, modellera och förstå dynamisk förändring
- kunna hantera kunskapsinnehåll och infrastruktur av både explicit och tyst kunskap samtidigt som man förstår informationsflödenas roll i förändringsprocesser.

Exempelvis inom utbildningsområdet har man försökt hitta sätt att mäta lärares, skolledares och elevers (förvärvade) kunskaper om systemtänkande. Forskare har här identifierat fyra egenskaper hos systemtänkande individer (Shaked och Schechter, 2017). Dessa individer har förmågan att:

- kunna se helheter
- använda ett flerdimensionellt synsätt
- kunna påverka indirekt och bedöma betydelse (t.ex. avgöra olika händelsers eller aktörers inverkan)

Plate och Monroe (2014) beskriver att ST-färdigheter bl.a. består av kritiskt tänkande som hjälper individer att göra "tillförlitliga slutsatser om beteende genom att utveckla en allt djupare förståelse för underliggande struktur". Med det som stöd har de försökt utveckla ett utvärderingsverktyg för att bedöma studenters progress inom systemtänkande.

Den aktuella fördjupningsstudien rör tillämpning av systemtänkande (ST) i stora utvecklingsinsatser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Att fånga tillämpning av systemtänkande i sådana komplexa sammanhang framstår som en större utmaning än de exempel som ges i den vetenskapliga litteraturen om t.ex. utbildning eller systemutveckling. Inom dessa områden kan tillämpning av ST exempelvis visa sig

i hur olika ST komponenter hanteras när man jobbar med flödesmodeller eller under designprocessen där ny teknik och IT-lösningar tas fram.

Vi har inte funnit någon enhetlig modell eller något instrument som använts för att undersöka tillämpningen av systemtänkande inom komplexa policyprogram eller stora utvecklingsåtgärder. Vi har därför sammanställt några ST:s huvudkomponenter i en modell över faktorer som indikerar förekomst av systemtänkande som vi avser testa på två nationella åtgärder vi som följeforskare följt över en längre tid. Åtgärden på förlossningsvård och kvinnors hälsa är först ut för test av modellen och analysen pågår fortfarande.

Syfte

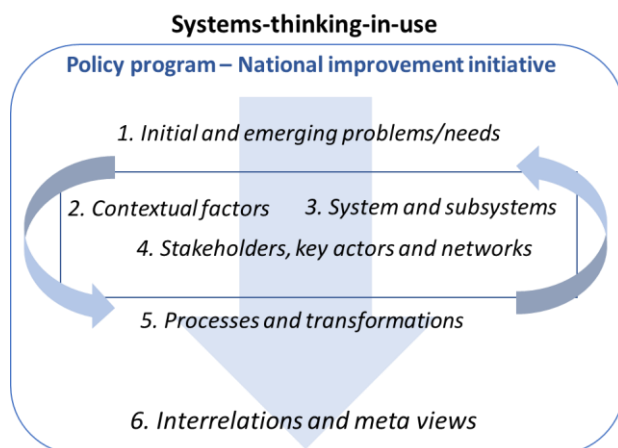
Syftet med denna explorativa studie är att lära mer om hur en praktisk tillämpning av systemtänkande kan visa sig i praktiken under en komplex och dynamisk utvecklingsprocess och testa en modell som innehåller indikatorer på systemtänkande i praktiken inom stora, komplexa utvecklingsåtgärder.

Modell över indikatorer på systemtänkande

Utifrån vår genomgång av forskning där några exempel ges ovan har vi försökt skapa en modell (Se Figur 2 med de engelska begreppen) genom att kombinera: A) viktiga delar av ett system som man försöker påverka (problem/behovskomponenter, kontext, delsystem, intressenter och nätverk, processer och transformationer, interaktioner), med B) hur man använder dessa faktorer för att skapa olika metaperspektiv eller en utökad systemsyn.

Vår analys vägleds av följande modell över indikatorer på hur systemtänkande kan manifesteras inom stora utvecklingsåtgärder och identifiera om och hur dessa faktorer diskuteras/beaktas:

1. Karaktären hos de initiala och framväxande problem/behov som programmet adresserar
2. Kontextuella faktorer som påverkar programmet
3. System och delsystem som är mål för förändringar
4. Intressenter och nyckelaktörer och deras nätverk
5. Processer och transformationer involverade i programmet
6. Relationer mellan systemfaktorer (1–5), dvs. erbjuda metaperspektiv och en systemsyn



Figur 2. Indikatorer på systemtänkande i policyprogram och andra nationella förbättringsinitiativ

Exempel på systemtänkande i praktiken inom satsningen

Nedan ges några exempel på hur systemtänkandet visat sig inom satsningen så här långt.

För att undersöka, tydliggöra, bygga kunskap och kommunicera kring (1) *karaktären hos de initiala och framväxande problem/behov som programmet adresserar* har det på nationell nivå genomförts ett flertal kartläggningar och analyser över tid. Dessa har presenterats i bokformat och som webbrapporter, de har sedan kommunicerats och diskuterats under möten med kontaktpersoner och andra regionala aktörer och beskrivits som en viktig stödstrategi i genomförda intervjuer. Andra kontextuella faktorer som påverkar regionerna i olika utsträckning följs och diskuteras i olika forum, till exempel barnmorskekrisen.

När det gäller hantering av (2) *kontextuella faktorer som påverkar programmet* så är den största påverkansfaktorn de senaste åren den pågående Corona-pandemin. På grund av pandemin justerade den nationella arbetsgruppen de planerade insatserna under 2020 - 2021, fokuserade mer på kartläggningar, ställde in eller digitaliserade planerade regionala besök, nationella konferenser och möten med regionala aktörer. Satsningen i sig är decentraliserad och varje region kan själv, inom ramen för innehållet i satsningen, välja vilka behov, områden, problem som man behöver fokusera på och med hjälp av vilka insatser. De nationella insatserna för att stödja regionerna och deras nyckelaktörer har över tid anpassats alltmer både till de behov som regionala företrädare uttrycker och till den information som framkommer från kartläggningar, kvalitetsregister och den nationella graviditetssenkäten (vilket även knyter and till ST-indikator 1). Arbetet har även anpassats till nationella uppdrag och uppgifter som utförs av andra myndigheter, såsom Socialstyrelsen, SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och bedömning av socialtjänsten (SBU), Livsmedelsverket (amning) och Folkhälsomyndigheten. Dessa och andra nationella aktörers arbete bevakas och med vissa myndigheter har man också regelbundna möten. Detta rör även andra nationella överenskommelser till exempel kunskapsstyrningen och God och nära vård. Syftet satsningens kommunikation och samverkan med dessa aktörer är bland annat att uppnå synergier och undvika dubbelarbete – och underlätta nyckelaktörers förståelse för vad som sker på nationell nivå inom området, i ett bredare perspektiv.

Att beakta systemkomplexitet kan ske genom att identifiera de (3) *system och delsystem som berörs av satsningen* och även genom att använda centrala ST-begrepp. Vad som är viktigt att uppnå är en viss nivå av förståelse för det system som är tänkt att utvecklas och förändras i och med satsningen – vilka delar består systemet av och hur fungerar det?

I detta fall finns det regionala variationer i hur vården är organiserad. I vissa regioner ingår t.ex. mödravården i samma organisatoriska delsystem som förlossningsvården medan den i andra regioner återfinns inom primärvården. Andelen privata vårdgivare varierar också mellan regioner. Ett mer diffust område gäller fokus på kvinnor från svåra socioekonomiska förhållanden och socioekonomiskt utsatta områden samt kvinnor med psykisk ohälsa. Här kan det vara svårare att avgränsa och definiera vilket delsystem man ska fokusera på om man vill förbättra hälsan för dessa grupper.

Hur vården organiseras i olika regioner har diskuterats under möten, särskilt inledningsvis under den första nationella turnén där möten med 3–5 regioner visade klara skillnader i organisation, liksom i upplevda problem med hur man når vårdgivare.

Termen "system" användes också i samtal såväl som i intervjuer. Förståelsen för systemet och delsystemen varierar mellan olika aktörer i satsningen. Inom den nationella arbetsgruppen återfinns till exempel personer med olika fokus och med erfarenheter från olika delar och nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

Att identifiera och interagera med olika (4) *intressenter och nyckelaktörer och deras nätverk* är centralt om man ska försöka förändra något inom hälso- och sjukvårdssystemet. Den nationella arbetsgruppen

har haft, och har löpande, kontakter och samverkan med en stor mängd olika aktörer och beaktar ännu fler när det gäller hur man ska agera inom ramen för satsningen.

I ett komplext system pågår en mängd olika (5) *processer och transformationer som rör satsningen*. Den kanske viktigaste processen att följa över tid är de förändringsprocesser som sker ute i regionerna inom ramen för satsningens områden. Inom satsningen följs förändringsprocessen med hjälp av många aktörer, kanaler och källor. Både kvalitativ och kvantitativ information samlas in, liksom både subjektiva och objektiva data. Mer detaljer återfinns i den andra fördjupningsstudien som rör strategier för uppföljning, utvärdering, feedback och stöd för lärande. Andra processer som pågår på nationell nivå och som kan skapa eller stödja förändring i verksamheterna, t.ex. framtagandet av nya nationella riktlinjer (Socialstyrelsen) eller kunskapsunderlag (SBU), diskuteras och man bjuder in olika aktörer att berätta om i vilket läge man befinner sig till möten med regionernas kontaktpersoner.

Det som verkligen kan uttrycka hur en systemsyn tillämpas i praktiken är de olika sätt att beskriva och agera på komplexa (7) *relationer mellan systemfaktorer (1–5), dvs. att erbjuda metaperspektiv och en systemsyn*. Att underlätta en systemsyn hos olika intressenter är ett sätt att kunna stödja och även åstadkomma de omfattande förändringar som denna satsning försöker uppnå. Att skapa gemensamma mentala modeller över vad som sker inom grupper av människor är något som kan underlätta både förändring och lärande.

Visualisering, t.ex. av system och processer, underlättar förståelse när saker är komplexa. Här har det nationella teamet jobbat aktivt med den Strategiska planen för satsningen och presenterat den både visuellt i en modell och i text i en rapport. Visualisering som verktyg även på regional nivå är något som kan hjälpa förståelsen inom olika delar av organisationen. Till exempel genom att ge en överblick över vilka utvecklingsåtgärder som pågår inom ett verksamhetsområde kan man underlätta för belastade chefer att prioritera och stödja. Här har den nationella arbetsgruppen jobbat med att ge regionerna stöd, till exempel presentationer, hantering av budskap, filmer etcetera, via både ett kommunikatörsnätverk som man organiserat och till regionernas kontaktpersoner.

En överblick över hur arbetsgruppen vid SKR jobbat hittills med satsningen liksom hur arbetet med satsningen kan beskrivas under varje delfaktor i Figur 2 ger indikationer på att man på olika sätt tagit hänsyn till systemets komplexitet. Arbetsgruppen har utformat insatser riktade till nationella, regionala och lokala nivåer, exempelvis genom att erbjuda stöd genom nätverk för representanter på regional nivå och utbildning i tjänsteinnovation för personalgrupper lokalt. Graden av systemtänkande och systemförståelse varierar mellan individer, men eftersom satsningen löper över relativt lång tid finns möjligheter att lära och utveckla detta längs vägen, speciellt om det finns forum för diskussion och utbyte.

FÖRDJUPNING 2 – Strategier för uppföljning, utvärdering, feedback, och stöd för lärande

Under 2021 har vi arbetat vidare med att utveckla delar av det större strategiramverket. Vi har fokuserat på hur strategier för uppföljning, utvärdering, feedback och lärande har manifesterat sig i satsningen. Förståelsen för vilka mindre och mer omfattande förändringar som krävs på regional, lokal, grupp- och individnivå för att uppnå målen med satsningen är basen för att kunna stödja en förändringsprocess. Inom denna satsning ligger huvudansvaret för utveckling och förändring på regionerna, vilka kan anpassa insatser till regionala och lokala situationer och behov. Den strategiska planen som tagits fram av satsningens nationella arbetsgrupp klargör och ger en översikt över de områden och uttalade strategier som utmärker satsningen. Den kan ses som en programteori med underliggande antaganden om vad som leder till önskad förändring (mål). Den strategiska planen har visualiserats och lyfts fram i rapporter, vid olika mötestillfällen och återkopplingar.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka de strategier som används för att följa upp och utvärdera processer och resultat i stora, komplexa utvecklingssatsningar samt de strategier som används för att främja återkoppling och lärande bl.a. baserat på den information som inhämtas.

Bakgrund

Uppföljning och utvärdering kan förstås som en integrerad process där erfarenhet, information och kunskap samlas in med olika metoder, och reflekteras över, för att bedöma framsteg och anpassa beslut och insatser som kan leda utvecklingen mot målen (Guijt 2008). Vilken information som samlas in, hur den analyseras och kommuniceras, och infrastrukturen för att hantera informationen, är centrala delar i uppföljning och utvärdering. Framgångsrika utvecklingssatsningar kännetecknas bl.a. av att man lyckas skapa fungerande "feedbackloopar" där resultat av uppföljningar kommuniceras både internt i satsningen och utåt (när det är lämpligt). Andra framgångsfaktorer är och att det finns en väl fungerande infrastruktur för uppföljning och sammanställning av relevanta kvantitativa data, t.ex. patientutfall (Best et al., 2012).

Uppföljning och utvärdering kan fylla flera syften för aktörer på olika nivåer i systemet. De kan ge information om hur resurser används, övergripande progress mot resultatmål, identifiera specifika områden där man når framgång samt områden som behöver ytterligare insatser. Uppföljning kan också fungera som verktyg för att förstå kulturella och organisatoriska aspekter av utvecklingsprocesser och ligga till grund för anpassning av strategier och stöd till implementering. Uppföljning kan bidra till att stärka en organisations eller verksamhets kapacitet att lära och utvecklas och öka möjligheterna att utvecklingen blir hållbar över tid. Uppföljning och utvärdering kan också ligga till grund för ett lärande som kan bidra till utformning av framtida policys (McIntyre, 2002). Utformningen av uppföljning och utvärdering är dock viktig för att undvika att den får negativ påverkan. Den bör inte uppfattas som alltför belastande av de aktörer som är involverade eller kräva oproportionerliga resurser i relation till själva utvecklingsarbetet. Det är också viktigt att vara medveten och risken att mått och indikatorer kan skapa incitament som kan leda till oönskade konsekvenser, t.ex. undanträngningseffekter (Best et al., 2012).

Triangulering av information från flera källor är viktig för att kunna följa utvecklingen i en storskalig och komplex satsning. Det rekommenderas att använda både kvantitativa och kvalitativa metoder och flera olika datakällor, t.ex. att kombinera kvantitativa data avseende indikatorer från alla berörda verksamheter med mer detaljerade (kvalitativa) data från ett strategiskt urval i syfte att få en rikare bild för hur satsningen (eller delar av den) fungerar. Att samla in data löpande eller vid flera tidpunkter med lämpliga mellanrum är också en viktig aspekt för att kunna följa utvecklingen över tid (Moore et al., 2015).

En utmaning när det gäller uppföljning i stora satsningar inom hälso- och sjukvården är att ta hänsyn till komplexiteten. Utvecklingen i ett komplext system kan delvis påverkas aktivt av resurser som tillförs, planerade interventioner och informationsinsatser, men den lever också sitt eget liv genom att alla olika aktörer agerar utifrån sin egen kunskap och sina lokala förutsättningar. Det innebär att det är svårt att få överblick över processer och mönster, vad det är som driver på utvecklingen och vilka stödinsatser som kommer vara effektiva. Det räcker inte med att bara följa specifika resultatindikatorer för att förstå och driva en stor utvecklingssatsning över tid. Uppföljningen behöver också fånga andra "mjukare" aspekter t.ex. hur satsningen påverkar befintliga organisatoriska och sociala strukturer och hur strukturerna anpassas för att stödja utvecklingen och införandet nya arbetssätt. Detta kan i praktiken vara avgörande för hur en organisation eller verksamhet tar sig an och förvaltar ett förändringsinitiativ över tid. En annan viktig del handlar om att utveckla strategier för att fånga upp oväntade konsekvenser som kan uppstå på olika ställen i systemet. Det kan handla om synergieffekter som påverkar utvecklingen positivt och som man vill förstärka eller sprida kunskap om, men också om oönskade konsekvenser som behöver analyseras, hanteras och/eller förebyggas (Braithwaite et al., 2017).

I vissa typer av uppföljning och utvärdering ligger tyngdpunkten på att informationen som samlas in och resultaten ska vara objektiva och fria från värderingar och i sådana fall anlitas ofta externa aktörer för att utföra arbetet. I stora utvecklingsåtgärder behöver dock även andra kompletterande ansatser användas som bygger på att löpande involvera de aktörer som är en del av åtgärden. Det finns fördelar med att engagera aktörer, t.ex. i att bestämma vad som bör följas upp, hur data ska samlas in, vad som kan anses vara framgångar i utvecklingsarbetet, och i att analysera resultaten. Det är ett sätt att göra uppföljningen mer flexibel och träffsäker, vilket kan vara önskvärt i ett komplext sammanhang där förutsättningarna ständigt förändras. Det kan också skapa bättre förutsättningar för reflektion och lärande på lokal nivå. När aktörer i åtgärden är aktiva i uppföljningen och kan påverka den så ökar möjligheterna att uppföljningen fungerar som ett verktyg och drivkraft för egeninitierad problemlösning och utveckling. På sikt kan detta bidra till att stärka lokal förändringskapacitet. Uppföljning där de som deltar i åtgärden är aktiva i flera delar, inte enbart i datainsamling, kan organiseras på många olika sätt. Det finns fördelar med att involvera både interna och externa aktörer i olika roller, exempelvis för att stödja analyser på olika nivåer i systemet eller för att underlätta ett lärande kopplat till resultaten (McIntyre, 2002).

Exempel på strategier för uppföljning, utvärdering, feedback och lärande inom åtgärden

Att följa regionernas organisering, stödprocesser och handlingsstrategier för arbetet med åtgärden

Inom en nationell åtgärd, speciellt en mer decentraliserad åtgärd som denna, är det viktigt att följa hur arbetet organiseras och hur olika förändringsstrategier utvecklas inom de deltagande regionerna. Detta är ett exempel på att följa förändringsprocesser och en slags långsiktig processutvärdering. Här kan det ingå att följa upp regionala förutsättningar för att jobba med åtgärden t.ex. hur arbetet med åtgärden organiseras regionalt, hur mål och handlingsstrategier formuleras, vilka typer av aktörer som involveras i åtgärdens genomförande och hur stöd och uppföljning sker.

Från nationellt håll har man under åtgärdens gång både följt upp och diskuterat kontaktpersonernas roll, förutsättningarna för dem att stödja åtgärden regionalt och den regionala organiseringen av arbetet med åtgärden. Diskussioner kring detta har skett vid kontaktpersonsmöten, vid dialogmöten ute i regionerna och vid enskilda samtal med kontaktpersoner. Arbetsgruppen har även fått feedback från följeforskarna som i sitt uppdrag följer regionernas organisering av arbetet med åtgärden via intervjuer och andra datakällor. Arbetsgruppen vid SKR har över tid tydliggjort förväntningarna på kontaktpersonernas roll och under senare år skapat ett introduktionspaket för nya kontaktpersoner som innehåller ett inledande möte med personer nya i rollen.

Dialoger vid besök ute i regionerna eller vid regionala konferenser har gett arbetsgruppen vid SKR information om hur processen går, hur förändringsarbetet uppfattas och förstås regionalt, och vilket stöd som kan behövas. Den årliga aktivitetsrapporten från alla regioner ger information om hur olika insatser utvecklas över tid – dvs. information om både process och resultat.

Några kända utmaningar med att följa processer under större utvecklingsåtgärderna:

- *Storleken och komplexiteten i åtgärden.* Att skapa sig en förståelse för 21 regioners förutsättningar och progress inom olika förbättrings- och verksamhetsområden ställer stora krav på förmågan att hålla många perspektiv i åtanke samtidigt.
- *Dynamiken i åtgärden över tid.* Ofta utvecklas åtgärder dynamiskt över tid och komplexiteten växer. Att följa det som är komplext, rörligt och föränderligt är svårt men en längre tidshorisont (som i denna åtgärd) kan dock underlätta. Bra informationskällor behövs dock och information från flera olika källor underlättar förståelsen och tydliggör olika mönster.

- *Över tid byts personer ut.* Kontinuiteten inom en satsning som hanterar omfattande förbättringsområden är viktig. Arbetet bygger mycket på nätverkande och det är en fördel om nyckelpersoner som har skaffat sig förståelse och en helhetsbild av satsningen inte byts ut för ofta. Här blir t.ex. överlämningen mellan kontaktpersoner viktig och att den sköts på ett bra sätt.

Att följa progressen mot olika resultatmål nationellt och regionalt

Aktiviteter som ger information om hur progressen ser ut inom satsningens resultatområden utgår ofta från en satsnings mål. Man följer ofta upp olika effekt- och resultatmål, men sådana är enklare att formulera tydligt i mindre utvecklingsprojekt än i stora satsningar. I denna satsning är målen omfattande och innefattar områden med stora utmaningar t.ex. hur man ska lösa kompetensförsörjning inom förlossningsvården och uppnå en mer personcentrerad och integrerad vård för kvinnor såväl före som under och efter förlossning. Satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa är decentraliserad, dvs. har en öppenhet för att regionerna ska kunna utgå från sitt nuvarande läge, identifiera förbättringsområden och behov, och sedan sätta upp mål, utveckla och genomföra olika aktiviteter och själva följa både process och resultat. Detta ökar komplexiteten och utmaningen i att följa utvecklingen mot målen.

Information kring hur satsningen utvecklas samlas in via flera källor – med varierande datastruktur. Både kvalitativa och kvantitativa data från både mer subjektiva och mer objektiva källor samlas in. Nationella kvalitetsregister (Graviditetsregistret, Bristningsregistret, GynOp-registret) ger vissa utfallsmått som kan följas över tid. En nationell Graviditetsenkät som utvecklats under satsningen och som vid tre tillfällen följer upp föräldrars erfarenheter före, under och efter förlossning sjuhösten 2020. Via enkäten förväntar man sig kunna fånga upp t.ex. erfarenheter av patientinvolvering men även subjektiva skattningar av fysisk funktionalitet efter förlossning.

Dialoger vid besök ute i regionerna (hösten 2018/våren 2020) har gett programteamet info om hur processen går, hur förändringsarbetet uppfattas och förstås regionalt (och vilket stöd som ges och som behövs), samtidigt som man vid dessa möten tillsammans bygger förståelse för hur resultaten kan tolkas och vad de säger om effekter och progress mot satsningens mål. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har ett formellt uppdrag (2016-2019 och 2022-2023) att följa upp den nationella överenskommelsen vilket hittills har resulterat i flera rapporter.

Några kända utmaningar med att följa progressen mot resultatmål:

- *Förlitar sig ofta på alltför få informationskällor och data insamlad vid få tillfällen.* Rutinmässigt insamlad kvantitativa data (t.ex. kvalitetsregister, data från patientadministrativa system) är viktiga informationskällor vid uppföljning och utvärdering av resultatmål. Sådana data har dock alltid kvalitetsbrister och risken finns man antingen övertolkar resultaten eller avfärdar dem som alltför bristfälliga och otillförlitliga. De behöver kompletteras med annan information och tolkas i ett sammanhang.
- *Överbelamrad av data – informationsöverbelastning.* Storlek, omfattning, komplexitet och vilken tidshorisont en satsning har påverkar mängden av information som behöver samlas in och förstås. Det är lätt att bli informationsöverbelastad, fokusera på delar, och då missa att lyfta blicken för att se helheten.
- *Olika datakällor kan ge olika information och perspektiv på läget* inom en satsning. Man fokuserar ofta alltför mycket på kvantitativa data, de ses ofta som en sanning trots att de ofta är behäftade med brister. Kvalitativa data uppfattas ofta som svåra att hantera. De kan dock komplettera varandra. En väg framåt kan vara att behandla kvantitativa data, t.ex. från kvalitetsregister och enkäter, som en av flera viktiga pusselbitar i en helhetsbild och var medveten om brister som kan finnas i alla typer av data.

Att stödja och jobba med analys och feedback

Några exempel på aktiviteter för att stödja och jobba med analys och feedback från nationell till regional nivå är de skriftliga och visuella sammanställningar som görs av resultaten av Graviditetsenkäten (juni 2021 och mars 2022) och som diskuteras med kontaktpersonerna vid möten, skickas till regionerna och släpps offentligt. Detsamma gäller för de årliga aktivitetsrapporter där regionerna skickar in rapporter enligt en mall till SKR. Arbetsgruppen vid SKR sammanställer sedan i en skrift vad som pågår nationellt i enlighet med den Strategiska planens områden. Här ges även stöd och hjälp att förstå vad som kan ingå under olika rubriker i mallen.

Sedan 2021 har olika aktiviteter för att stödja regionernas analyser av nationellt insamlade data via Graviditetsenkäten genomförts i form av flera workshops. Här har arbetsgruppens kommunikatör haft en aktiv roll och varit behjälplig med stöd och material i olika former inför regionernas främst externa kommunikation av resultaten på regionnivå.

Båda dessa exempel innehåller feedback från nationell nivå liksom stöd för insamling, analys, intern feedback och extern kommunikation.

Några kända utmaningar med att analysera och sammanställa information och ge feedback:

- *Det krävs kompetens för att analysera, välja ut och sammanställa data på lämpliga sätt gentemot olika målgrupper.* Det kan t.ex. vara viktigt att presentera kvantitativa data så enkelt och transparent som möjligt för att underlätta reflektion och diskussion kring vad som påverkar ett resultat.
- *Man missar ofta att involvera aktörer med olika perspektiv i analysen, t.ex. de med specifik kontextförståelse.* Det är viktigt att sätta insamlad information, t.ex. enkätdata, i ett sammanhang för att förstå vad den står för och hur den kan förklaras.
- *Tolkning av komplexa data* - Triangulering av data från olika källor kan ge större säkerhet i tolkningar av information – detta kräver dock tid och analytisk kompetens. Varierande typer av data och syften med analyser kräver olika resurser och metodiska kunskaper.
- *Timing och format viktig vid feedback* – detta behöver diskuteras med lämpliga aktörer med insyn i vad som pågår. Olika aktörer tenderar att utgå från egna tidsschema, i värsta fall utan hänsyn till mottagares situation.

Att stödja och jobba med lärande inom pågående utvecklingsåtgärder

Aktiviteter för att stödja lärande på regional nivå inom satsningen återfinns vid många, kanske de flesta av de möten i olika konstellationer som genomförs under satsningen. Envägskommunikationen (t.ex. när information ges eller kunskap förmedlas utan reell möjlighet till diskussion/reflektion) har minskat och interaktioner, diskussioner och reflektionstillfällen har ökat under satsningens gång. Detta är delvis en naturlig utveckling då informationsbehovet är stort initialt i en satsning eller när nya områden läggs till - men det är också en tydlig handlingsstrategi från den nationella arbetsgruppen.

Under 2020 infördes s.k. Glo- och sno seminarier som syftar till att öka lärandet och sprida goda exempel mellan regioner och verksamheter. Viktiga temaområden, t.ex. digitala arbetssätt, kompetensförsörjning, eftervård, tas upp i dess digitala workshops. Kunskapsläget inom området berörs och goda exempel på lösningar, arbetssätt etcetera från verksamheter ute i landet visas upp och diskuteras. Andra exempel på nationella aktiviteter för att främja lärande är erbjudande till regionala aktörer att delta i kurser och seminarier i förändringsledning, hantering av data i Graviditetsenkäten och om tjänsteinnovation.

Det förekommer också aktiviteter för att stödja lärandet inom det nationella teamet, bl.a. via egna möten och workshops. Följeforskare engagerades från maj 2017 med uppdraget att följa och lära av processen och därmed kunna bidra till ett lärande på alla nivåer under den tid som satsningen pågår, och att överföra dessa lärdomar till kommande nationella satsningar. Följeforskarna arbetar aktionsinriktat och i det ingår

att ge feedback på iakttagelser och analyser av insamlad information och bidra med kunskaper från forskningsområden som rör utveckling, förbättring, implementering och förändring.

Några kända utmaningar med att skapa förutsättningar för lärande inom utvecklingsatsningar:

- *Synen på lärande och hur man åstadkommer förändring kan påverka utvecklingen, både positivt och negativt.* Exempelvis om lärande ses som en linjär process som kan organiseras och styras upp eller om det ses som en mer interaktiv och dynamisk process som kräver flexibilitet spelar roll för hur möjligheter till lärande utformas.
- *Den förhärskande kulturen och gruppklimatet påverkar möjligheterna att lära, t.ex. att lära sig av misstag eller mindre lyckade insatser.* Ett öppet klimat och en tillåtande kultur öppnar upp för mer experimenterande och reflekterande över vad som händer och hur man kan gå vidare – medan ett ”rätt- och fel-tankesätt” gör att de involverade blir mer försiktiga, vilket kan hämma utveckling.
- *Organisatoriskt lärande förutsätter kontinuitet* – ständigt byte av nyckelpersoner gör lärande inom utvecklingsatsningar, grupper eller organisationer svårare.
- *Lärande och beteendeförändring kräver tid* – både för reflektion och för att beteendeförändringar som kan innebära fundamentala förändringar i grundläggande antaganden och handlingsstrategier (s.k. dubbelloopslärande) ska kunna ske.
- *Status och maktförhållanden* – kan försvåra ett interaktivt lärande dvs. att man kan lära av varandra över hierarkiska nivåer och andra typer av gränser.
- *Nyckelaktörer inom utvecklingsatsningar anger ofta förutsättningarna för lärande.* Personer i olika nyckelroller, t.ex. de som planerar, ansvarar för och/eller leder projekt och program, har en stor möjlighet att påverka om och hur lärande beaktas och tas hänsyn till under en satsning.

Att fundera vidare kring - Nationell nivå

1. Hur kan man underlätta en ökad tillämpning av systemtänkande – både inom en nationell arbetsgrupp för en satsning och inom de grupper som leder det regionala arbetet med en satsning?
2. Hur kan man jobba med att visualisera nationella satsningar och hur kan man stödja visualisering av vad som pågår inom satsningen regionalt för att underlätta förståelse och olika prioriteringar på verksamhetsnivå?
3. Hur kan man skapa och visualisera översikt över processer på metanivå inom satsningen , t.ex. visualisera loopar över nationella insatser (alt. strategiska planens områden), uppföljning, resultat, feedback, lärande?
4. Hur kan man från nationell nivå stödja regionernas metalärande ute i regionerna dvs. lärande utifrån de mer övergripande strategier och arbetssätt för att åstadkomma förändringar som tillämpats inom regionen (vilket också är en del i uthålligheten inom satsningen)?
5. Hur kan man stödja att den regionala nivån att på ett enkelt och praktiskt tillämpbart sätt kunna följa upp och utvärdera sina utvecklingsinsatser (små som stora)? Dvs. hur kan man från nationellt håll bidra till att stärka kapaciteten att integrera uppföljning i utvecklingsinsatser?

Referenser

- Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large- system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q.* 2012;90(3):421-456.
- Best A, Holmes B. Systems thinking, knowledge and action: towards better models and methods. *Evid Policy A J Res Debate Pract.* 2010;6(2):145-159.

- Braithwaite J, Churrua K, Ellis LA, Long, J, Clay-Williams, R, Damen, N et al. Complexity science in healthcare – aspirations, approaches, applications and accomplishments: A white paper. Sydney, Australia: Macquarie University; 2017.
- Cabrera D, Colosi L, Lobdell C. Systems thinking. *Eval Program Plann.* 2008;31(3):299-310.
- Carey G, Malbon E, Carey N, Joyce A, Crammond B, Carey A. Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. *BMJ Open.* 2015;5(12):e009002.
- Chungtai S, Blanchet K. Systems thinking in public health: a bibliographic contribution to a meta-narrative review. *Health Policy Plan.* 2017;32(4):585-594.
- De Savigny D, Adam, T eds. Systems thinking for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes, G, A'Court C, et al. Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: empirical application of the NASSS framework. *BMC Med.* (2018), 16(1):1-15.
- Guijt, I. Seeking Surprise: Rethinking Monitoring for Collective Learning in Rural Resource Management [dissertation on the Internet]. Wageningen: Wageningen University; 2008. Available from: [IG-thesis-2008-light.pdf](#).
- McIntyre J. Learning from change: issues and experiences in participatory monitoring and evaluation. *Eval J Australas.* 2002;2(1):62-63.
- Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2015;350:1-7.
- Perla RJ, Bradbury E, Gunther-Murphy C. Large-scale improvement initiatives in healthcare: a scan of the literature. *J Healthc Qual.* 2013;35(1):30-40.
- Plate R, Monroe, M. A structure for assessing systems thinking. *The Creative Learning Exchange;* 2014;23(1), 1-3.
- Rusoja E, Haynie D, Sievers J, Mustafee N, Nelson F, Reynolds M, et al. Thinking about complexity in health: a systematic review of the key systems thinking and complexity ideas in health. *J Eval Clin Pract.* 2018;24(3):600-606.
- Russell E, Swanson RC, Atun R, Nishtar S, Chunharas S. Systems thinking for the post-2015 agenda. *Lancet.* 2014;383(9935):2124-2125.
- Shaked H, Schechter C. Systems thinking among school middle leaders. *Educ. Manag. Adm. Leadersh.* 2017;45(4), 699-718.
- Swanson RC, Cattaneo A, Bradley E, Chunharas S, Atun R, Abbas KM, et al. Rethinking health systems strengthening: key systems thinking tools and strategies for transformational change. *Health Policy Plan.* 2012;27(suppl 4):iv54- iv61.

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

Den regionala delen av projektet har som *syfte* att belysa viktiga förutsättningar och faktorer som påverkar prioriteringar och val av handlingsstrategier för att genomföra satsningen inom regionerna samt bidra med kunskap om hur man inom regioner väljer att rigga en genomförande-struktur för nationella satsningar. Strukturen innefattar olika handlings-, utvecklings- och stödstrategier liksom hur man bevakar och följer upp olika insatser. Motsvarande strategier gentemot olika aktörer som beskrevs under den nationella nivån (Figur 1) behöver även tillämpas på den regionala nivån och beaktas på liknande sätt över den regionala organisationens struktur. Den processen kan i sin tur stödjas och följas upp av den nationella nivån. Ibland går delarna ihop t.ex. i uppföljningen där Graviditetsregistrets och Graviditetsenkätens indikatorer kan följas och användas för insatser och aktiviteter på nationell, regional och lokal nivå.

Förutom att registrera aktiviteter och interventioner på den regionala nivån genom deltagande och icke-deltagande observationer vid olika typer av möten, insamling av dokument och analysera av regionernas inrapporteringar genomfördes under hösten 2020 huvuddelen av den andra mer omfattande intervjuomgången med regionernas kontaktpersoner. De sista intervjuerna genomfördes i juni-juli 2021 med de regioner som inte kunnat delta på grund av pandemin. I föregående rapporter har regionernas organisering och olika framgångsfaktorer för regional organisering av arbetet med en nationell satsning beskrivits. 2020 och 2021 är två år som präglats mycket av Covid19 pandemin och dess olika effekter på både vården och samhället. Många insatser har påverkats på olika sätt och andra förutsättningar har rått inom mödrahälsovården och förlossningsvården. Exempelvis har digitaliseringen påskyndats och partners till gravida kvinnor har fått svårare att delta i processen.

Under våren och hösten 2021 har vi därför inte samlat in nya data utan gått genom regionernas rapportering gällande insatser som rör personcentrerad vård och vårdkedjan. I denna rapport ges en preliminär analys av de regionala aktiviteter som hör till vårdkedjan. Vi diskuterar och kopplar dessa resultat till forskning och modeller som rör inter- och intraorganisatorisk samverkan, involvering och integrerad vård.

FÖRDJUPNING 3 - Regionernas handlingsstrategier - Perspektiv på insatser för att förbättra vårdkedjan före, under och efter förlossning

Bakgrund

En sammanhållen vårdkedja är en av de strategier som återfinns i den Strategiska planen för att uppnå visionen att alla kvinnor och deras familjer ska känna sig trygga före, under och efter graviditet. En sammanhållen vårdkedja handlar om att skapa kontinuitet för kvinnan och hennes familj hela vägen från graviditet till eftervård¹. Detta kräver en samsyn mellan olika vårdgivare, både inom vårdkedjan och med andra viktiga aktörer. Samverkan och olika typer av konsultationer mellan vårdenheter är viktiga, till exempel för att öka patientsäkerheten och minska andelen undvikbara kejsarsnitt. Samverkan behövs även för att smidigt kunna få tillgång till de vårdenheter som kvinnan behöver vid multipla vårdbehov, både inom aktuell vårdkedja och för annan typ av vård¹. Integrerad vård beskrivs ofta som motsatsen till fragmenterad vård, dvs som en vård som är koordinerad och sömlös.

Integrerad vård har definierats som: "säkrande av att erbjudna vårdtjänster kan ge människor ett kontinuum av insatser – från hälsofrämjande och förebyggande insatser, diagnos, och behandling, till

¹ [Förbättrade förutsättningar för en trygg och säker förlossning - SKR Rapportwebb](#)

sjukdomshantering, rehabilitering och palliativ vård – både i relation till deras behov över livsspannet och inom olika nivåer och inom olika enheter inom hälso- och sjukvårdssystemet” (WHO, 2015).

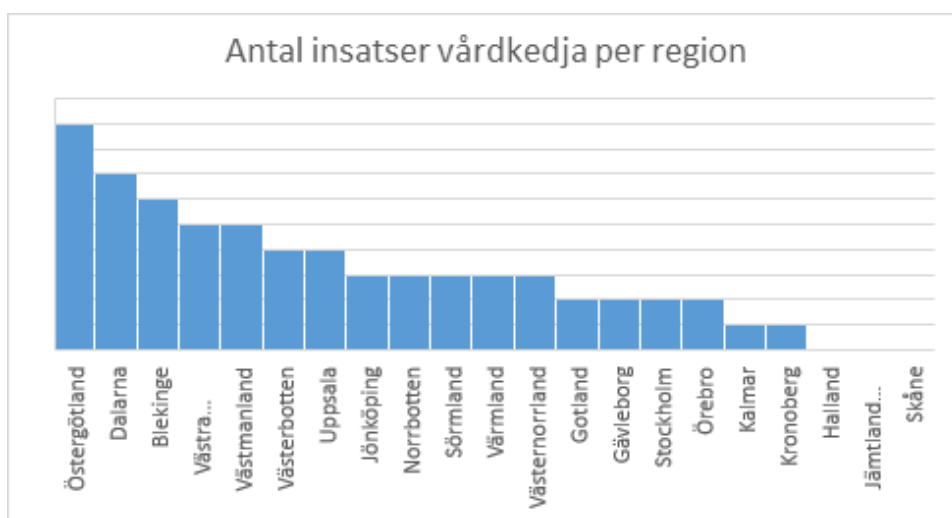
I sin rapport om strategier för person-centrerad och integrerad vård (WHO, 2015) understryker WHO att om vården inte i högre utsträckning person-centreras och integreras så kommer fragmenteringen att öka, effektiviteten att minska, och det blir svårt att upprätthålla vårdens nivå. WHO poängterar att om förändringar inte görs så kommer människor inte att få tillgång till en högkvalitativ vård som kan möta deras behov och förväntningar, även om den finns att tillgå.

Syfte

Syftet med denna delstudie är att undersöka och beskriva vilka typer av insatser som regionerna bedömer höra till arbetet med att säkerställa en sammanhållen vårdkedja, samt relatera dem till aktuell forskning. Genom studien kan vi få en förståelse för vad en sammanhållen vårdkedja betyder för de olika regionerna och vilka olika typer av insatser som de använder sig av för att förbättra vårdkedjan. Studien bidrar till en diskussion om vad som krävs för att skapa en sammanhållen vårdkedja, som i sin tur kan generera lärande och spridning av erfarenheter och idéer mellan regioner.

Regionernas insatser för att förbättra en sammanhållen vårdkedja före, under och efter förlossning

I 2020 års aktivitetsrapportering från regionerna återfinns 65 insatser inom strategin ”säkerställa en sammanhållen vårdkedja”. Tre regioner har ingen rapporterad aktivitet inom den strategin (se Figur 3). Detta innebär inte att dessa regioner inte arbetar med vårdkedjan. De kan ha satsningar som inte finansieras av satsningen eller så har de valt att kategorisera det arbete som pågår under en annan av satsningens strategier som anges i den Strategiska planen.



Figur 3. Antal insatser per region som rapporterats under kategorin Säkerställa en sammanhållen vårdkedja

Ordet sammanhållen är av vikt då det indikerar att det inte bara handlar om att förbättra varje steg inom vårdkedjan, utan snarare länkarna eller integreringen mellan de olika delarna i vårdkedjan. En analys av hur många delar av vårdkedjan (definierat som olika enheter och organisationer) som varje region uppgav visade att knappt en tredjedel (19 av 65) beskrev satsningar som involverade en organisation (se Tabell 1). En fjärdedel (n=16) beskrevs satsningar som berör två organisationer där kombinationen mödravård och förlossning/BB var mest förekommande (n=10). Tretton insatser involverade tre organisationer, nio

fyra organisationer och fem insatser involverade fem eller sex organisationer. Det är betydligt färre insatser som involverar fyra till sex organisationer (n=15) än de som involverar en, två eller tre (n=48).

Detta indikerar att det inte är så vanligt med insatser för en sammanhållen vårdkedja som berör många typer av organisationer eller delar av verksamheter. För de som uppgett *en organisatorisk enhet* handlar det oftast om förhållandevis enkla insatser, såsom rekrytering, inköp av utrustning, utbildning, eller utökat föräldrastöd. Men här återfinns även insatser med fokus på ökad samverkan inom den egna organisationen och även några eftervårdsinsatser som uppger en organisation trots att det handlar om extra hembesök i nyföddhetsperioden tillsammans med en BHV sjuksköterska. Detta visar att rapportering bör tolkas med viss försiktighet.

Tabell 1. Antal organisationer inblandade i de regionala insatserna ed fokus på vårdkedjan.

Antal rapporteringar som uppger:	Vilka organisationer som uppges:
En organisation (n=19)	Neonatalvård (n=7), Förlossning/BB (n=5), Mödrahälsovård (n= 4), Öppen specialistvård (n=2), Primärvård (n=1)
Två organisationer (n=16)	Mödrahälsovård och förlossning/BB (n=10) Förlossning/BB och neonatalvård (n=2) Mödrahälsovård och primärvård (n=1) Förlossning/BB och annat (n=1), Primärvård och öppen specialistvård (n=1) Mödrahälsovård och annat (n= 1)
Tre organisationer (n=13)	Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Neonatalvård (n=2) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Primärvård (n=1) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Öppenspecialistvård (n= 4) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, annat (n= 2) Mödrahälsovård, Primärvård, Öppen specialistvård (n=1) Mödrahälsovård, Öppen specialistvård, annat (n=1) Förlossning/BB, Neonatalvård, Öppen slutenvård (n=1) Förlossning/BB, Öppen specialistvård, Övrig slutenvård (n=1)
Fyra organisationer (n=9)	Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Öppen specialistvård, Övrig slutenvård (n= 5) Primärvård, Öppen specialistvård, Övrig slutenvård, Annat (n=1), Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Neonatalvård, Öppens specialistvård (n=1) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Neonatalvård, Övrig slutenvård (n=1) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Primärvård, Annat (n= 1)
Fem eller sex organisationer (n=6)	Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Neonatalvård, Primärvård, Öppen specialistvård (n= 4) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Neonatalvård, Primärvård, Öppen specialistvård, Övrig slutenvård (n= 1) Mödrahälsovård, Förlossning/BB, Neonatalvård, Primärvård, Övr slutenvård (n=1)
Ej angivet (n=2)	

Då *två organisationer* är involverade beskrivs flera eftervårdsinsatser som berör förbättrade övergångar mellan till exempel mödrahälsovård och förlossning/BB, eller förlossning/BB och BVC. Andra insatser som nämns här är gemensamma utbildningar.

Insatser som rör *tre organisationer* involverar bland annat utveckling av familjecentraler och en länsgemensam dysplasi-enhet, gemensamma utbildningar, vårdkedjemöten mellan mödrahälsovård, förlossning/BB och neonatalvård, införande av vårdprogram för cervixcancerscreening, och informationsfilm om vårdkedjan. Även här finns insatser som fokuserar på rekrytering och eftervård, det senare genom snabbare kontakt för efterkontroll efter förlossning och utökad neonatal hemsjukvård.

De insatser som involverar *fyra organisationer* handlar mycket om rekrytering för att få team som spänner över olika enheter. Här återfinns även satsningar för att förbättra informationsflödet mellan enheter.

Insatser som involverar *fem eller fler organisationer* handlar t.ex. om centrala stödinsatser, insatser som syftar till stärkt bemanning och förbättrade kunskaper, framtagande av gemensamma och långsiktiga effektmål för samtliga verksamhetsområden inom vårdkedjan, gemensamma utbildningar och införandet av nya kommunikationsmetoder.

De delar av vårdkedjan som berördes mest frekvent var förlossning/BB och mödravård, dvs den centrala/mittendelen av vårdkedjan som rör graviditet och förlossning. En försiktig tolkning är dock att de flesta insatserna riktas till en koncentrerad del av vårdkedjan, dvs mödravård och förlossning och en mindre andel till övrig slutenvård och specialistvård.

Vilka typer av insatser satsar regionerna på för att förbättra en sammanhållen vårdkedja?

För att få en bild av vilka typer av insatser regionerna satsar på för att förbättra en sammanhållen vårdkedja före, under och efter förlossning har vi analyserat insatserna, bedömt deras huvudfokus och sorterat in dem i fem kategorier: Kompetensförsörjning, Kompetenshöjning, Stärka länkar mellan vårdinstanser, Nya organisationer och Övriga insatser (Tabell 2). Kategorierna utgår från regionernas beskrivningar där vi och därefter sorterat in dem i nedan rubriker.

1) **Kompetensförsörjning** (n=20). Kategorin har sitt främsta fokus på bemanning. Här ingår rekryteringar utifrån olika behovsbeskrivningar där vissa regioner kortfattat beskriver att det beror på personalbrist och andra att fokus är generationsrekrytering. Andra beskriver att det är för att undvika merkostnad för hyrpersonal. I denna kategori ingår insatser om studielön och förstärkt lön till särskilt yrkesskickliga personer. Det finns även insatser som handlar om att ha rätt kompetens där vissa arbetsuppgifter, såsom städning, ges till icke utbildad vårdpersonal för att frigöra tid för vårdpersonalen till patienterna. Syftet och de förväntade resultaten av dessa insatser beskrivs dels röra bättre och mer personcentrerad vård för den gravida kvinnan och hennes familj, dels försök att skapa attraktiva arbetsplatser, förbättra arbetsmiljön och klara av det basala behovet av kompetens för att bedriva patientsäker vård.

Exempel: Genom att bemanna patienthotell med barnmorska samt undersköterska i Sunderbyn så kan vi förbättra eftervården för våra patienter och underlätta vården på BB-avdelningen. På kliniken i Gällivare har vi utökat bemanningen med undersköterska framför allt nattetid för att stärka bemanning samt anställt sjuksköterska för att stötta barnmorskorna på gynmottagning och BB/Gyn avdelningen (Norrbotten)

2) **Kompetenshöjning** (n=13). Kategorin har fokus på att höja kunskapen hos personal och patienter. I denna kategori ingår utbildningspass för personal på en och samma enhet, t.ex. rörande amning eller nya koncept så som HCRM. Här återfinns flera satsningar på gemensamma utbildningar över delar av vårdkedjan, t.ex. förlossning/BB och eftervårdsinstanser. Det finns exempel på kartläggningar och behovsanalyser, t.ex. via fokusgruppsintervjuer med patienter och personal i syfte att öka kunskap och kompetens kring behov och förbättringsmöjligheter. Det finns även insatser som handlar om att förbättra arbetsmiljön för de anställda. Andra exempel är insatser för att öka kompetens hos patienterna, t.ex. via utbildningsfilmer för blivande föräldrar eller dialoger med patienter om förlossningsskador. Genom dessa kompetenshöjande insatser och utbildningar förväntar sig regionerna att kunskapen ska öka både hos personal och kvinnorna och att det i sig leder till bättre patientutfall, tryggare föräldrar och bättre arbetsplatser.

Exempel: Insatsen gäller: att göra en genomlysning samt undersöka hur medvetenheten är inom hälso- och sjukvården rörande förlossningsskador med fokus på diagnossättning, behandling och eftervård för att ge kvinnor en trygg, säker och likvärdig vård (Östergötland)

3) **Stärka länkar mellan vårdinstanser** (n=20). Kategorin fokuserar på samverkan mellan olika vårdinstanser i vårdkedjan för att överbrygga olika glapp. Några regionala insatser har fokuserat på länknings inom det "lilla" systemet, t.ex. inom en vårdavdelning eller mellan två och/eller tre avdelningar. Andra regioner har insatser som fokuserar på ett större del av systemet, där verksamheter såsom barnhälsovården, elevhälsan och ungdomsmottagningar ingår.

I kategorin ingår t.ex. stärkt eftervårdsarbete genom att införa tidigare uppföljning efter förlossning, antingen via telefon, videokontakt eller via hembesök. Att flytta ansvaret för att boka efterkontroll/besök från kvinnan till mödravården där ett möte bokas redan under graviditeten är ett annat exempel. Utveckling av ett regionsgemensamt dokument över var patienter med besvär efter förlossning ska vända sig samt att ge information på 1177 direkt till kvinnorna är två ytterligare exempel.

Andra insatser handlar om extra resurser till en samordningsbarnmorska eller att etablera och/eller utveckla familjecentraler där flera vårdinstanser möts på samma ställe. Införande av vårdkedjemöten där representanter från berörda vårdgivare/kliniker träffas för att se över vårdkedjan och vad som kan förbättras kring till exempel informationsflödet mellan vårdgivare är andra exempel. En insats handlar om att ta fram gemensamma och långsiktiga effektmål för samtliga verksamhetsområden involverade i vårdkedjan (mödrhälsovård, förlossning/BB, neonatalvård, primärvård, öppen specialistvård).

Några regioner beskriver en spridning av arbetssätt från projekt som "barnmorska hela vägen", "min barnmorska" och "case load", för att skapa kontinuitet för kvinnor och familjer. Nollseparation av föräldrar och nyfödda barn genom att ha personal med neonatal kompetens på förlossningen och satsningar på teambaserat arbetssätt inkluderas i denna kategori eftersom länkningen mellan professioner stärks.

Exempel: Nya rutiner runt eftervårdsbesöket infört, från att tidigare ansvar legat på den nyförlösta kvinnan att själv ringa och boka tid för sitt efterbesök/efterkontroll till att MHV-barnmorskan nu istället bokar in kvinnan till ett eftervårdsbesök redan under graviditeten. Genom detta sätt så fångar vi upp bland annat utrikesfödda kvinnor i större utsträckning (Västerbotten)

4) **Nya organisationer**(n=9). Denna kategori fokuserar på insatser som syftar till att tydliggöra och sammanföra resurser. Flera satsningar utmärkte sig genom att fokusera på att starta helt nya organisationer för att stärka en sammanhållen vårdkedja. Vissa insatser handlade om att särskilja delar i vården så att det blev tydligare, t.ex. genom att öppna en obstetrisk mottagning i syfte att skilja på öppen- och slutenvård. Detta anses kunna öka patientnöjdheten, patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön. Öppnandet av en fokummottagning för att öka tillgänglighet till specialistläkare, framför allt gällande bäckenbottenproblematik och dysplasi beskrivs. Andra exempel är att skapa organisationer där flera professioner möts multidisciplinärt för att möta flera av kvinnans behov, såsom att bilda en enhet med tillgång till gynekolog, gastereoenterolog, urolog, smärtläkare, rehabiliteringsläkare, onkolog, psykolog och fysioterapeut. Övriga exempel är öppnandet av amningsmottagningar samt en ny transportorganisation för nyfödda. I denna kategori skulle även uppstart av familjecentraler kunna ingå. Den återfinns nu i kategorin ovan baserat på ett tydligare beskrivet fokus på länkning – men det belyser att mer eller mindre utförliga beskrivningar kan påverka en kategorisering.

Exempel: Starta upp obstetrisk mottagning med anpassade lokaler/ombyggnation. Ökad barnmorskebemanning (1 bm dagtid på obstetrisk mottagning) samt läkare. Minskad väntetid för patienterna. Att skilja polikliniska patienter från inläggande patienter på förlossningen vilket leder till förbättrad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö, samt ökad barnmorske- och läkarbemanning.

Tabell 2. Kategorisering av regionernas insatser med fokus på vårdkedjan

Typ av insats, tema	Underkategorier
Kompetensförsörjning (bemanning) (n=19)	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrytering (Blekinge, VGR 2) - Generationsrekrytering (Blekinge, Dalarna) - Utökad bemanning under omställningsperiod för att (Gävleborg) - Förstärka bemanning och task-shifting (Nbotten) - Ökad rekrytering med tjänster som inkluderar specialistutbildning; hyra av bostadslägenhet (Uppsala) - Nyrekrytering för bättre följsamhet till vårdprogram för cervixcancerscreening (Uppsala) - Utbildningstjänster/förmåner/ Studielön (VGR, Uppsala, Örebro) - Rätt använd kompetens genom Slutstädning BB/förlossning (VGR) - Rekrytera för att slippa merkostnad hyrpersonal (Västmanland) - Öka tillgängligheten till psykolog genom rekrytering av psykolog (Västmanland) - Riktade lönesatsningar för särskilt yrkesskickliga personer (Ögötland, Kronoberg)
Kompetenshöjning (n=14)	<ul style="list-style-type: none"> - Utbildning (Blekinge, Dalarna) - Gemensamma utbildningstillfällen (Dalarna, Gävleborg, Dalarna, Värmland, Sörmland) - Auskultation mellan enheter (Gotland) - Kartläggning av utv.behov samt inköp av utbildningsfilmer (flera språk) riktade till blivande föräldrar (Vmanland) - Utb - alla medarbetare i koncept HCRM ambassadörer med uppdrag att förmedla info, inspirera i vardagen (Ögötland1) - Behovsanalys - allvarliga förlossningsskador, kunskapsinhämtning, dialog med vheten och patienter, rapport (Ögötland) - Uppföljning av patienter med förlossningsskador och av utb, föräldrastöd, checklistor, föreläsningar (Vbotten) - Utbildningsdagar med medarbetarfokus; psykologstöd till personalen; reflekterande samtal; spegling för nyanställda; mentorskap; ökade möjligheter till vidareutbildning (Uppsala) - Ny patientinformation som uppmärksammar alla bristningar även grad 2 (Ögötland)
Stärka länkar mellan vårdinstanser (n=20)	<ul style="list-style-type: none"> - Informera om vårdkedjan i länet för blivande föräldrar (Västmanland) - Stärkt eftervård genom tidig uppföljning, eftervårdsbesök tex genom hembesök (Dalarna, VGR, Värmland, Vbotten) - Samverkan genom att etablera och utveckla familjecentraler (Nbotten) - Regelbundna vårdkedjemöten är införda sedan våren 2020 i Umeå. Övriga gemensamma möten med flera berörda kliniker (Vbotten) - Utökad arbetstid för samordningsbarnmorska (Vbotten) - Erbjuder en alternativ vårdmodell enligt case load där samma personal har ansvar för vården före, under och efter graviditet (Stockholm) - Informationsflöde mellan vårdgivare (KK, Neonatal, BHV) (Sörmland) - Uppdaterat PM. Samverkan med kvinnoklinikerna, primärvården, elevhälsan och ungdomsmottagningarna (Sörmland) - Infört en försöksverksamhet i länet, där bm mot förstärkt ersättning för bemanning har kunnat använda sig av extra hembesök. En kommun har särskilt prioriterats utifrån socioekonomisk utsatthet (Värmland) - Tillvarata positiva delar av arbetssätt i projekt "Barnmorska hela vägen" som är genomförbart på sikt (Vnorrland) - Utökad neonatal hemsjukvård (Ögötland) - Regelbundna styrgruppsmöten, med ärendehantering, information uppföljning utvärdering och beslut för bättre förbättringsarbete (Värmland) - Regionsgemensamt dokument för medarbetare (Jköping) - Utv. av centrala stödfunktioner inom ledning, ekonomi, utv. för stärkt bemanning och kompetens (Dalarna, Gotland) - Nollseparation av föräldrar och nyfödda barn som är i behov av neonatalvård (Vtmanland) - Införande av teambaserat arbetssätt på förlossningsklinikerna (Ögötland) - Skapat en sammanhållen frakturkedja med identifiering av patienter med lågenergifraktur (Vnorrland)
Nya organisationer (n=8)	<ul style="list-style-type: none"> - Öppna obstetrisk mottagning för att skilja öppen och slutenvård (Jönköping) - Fokuspottagningar för att öka tillgängligheten till läkarbesök på våra specialistmottagningar (Nbotten) - Fortsatt verksamhet för amningsmottagningarna (Stockholm) - Start, fortsatt drift av en ny transportorganisation för nyfödda. Under 2020 genomfördes 265st transporter (VGR). - Bilda en permanent enhet med gynekolog, gastereoenterolog, urolog, smärtläkare, rehabiliteringsläkare, onkolog, psykolog och fysioterapeut (Ögötland) - Ny antenatal-mottagning KK ViN öppnad i anslutning till förlossningen (Ögötland) - Läns-gemensam dysplasi-enhet för bättre och säkrare hantering av avvikande provsvar (Örebro) - Att utveckla samverkan med kommunen och hitta lösningar för en familjecentral på distans från VC (Vnorrland)
Övriga enstaka insatser (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> - Inköp av ytterligare CPAPER till Neonatalvården (Kalmar) - Utveckla arbetet i MHV förbättra statistik (Dalarna)

Diskussion

Hur kan vi förstå resultaten utifrån forskning om integrerad vård och inter- och intra-organisatoriskt samverkan?

De regionala insatserna fokuserar på till stor del på samarbete och samverkan, inom en organisation eller mellan flera organisationer. Forskning om inter- och intraorganisatorisk samverkan och integrerad vård kan bidra till att förstå resultaten och/eller arbeta vidare. I denna rapport utgår vi från några exempel på forskning där man undersökt hinder och möjligheter att länka samman, koordinera och integrera olika vårdverksamheter.

Många forskare och praktiker har kommit fram till att hälso- och sjukvård blir bättre om den är integrerad över tid, plats, och över vårdiscipliner (Ferrer och Goodwin, 2014). Resultaten i denna studie visar att det pågår många satsningar ute i landet som fokuserar på just detta - dock kan våra data inte visa hur framgångsrika dessa satsningar är då detta sällan rapporteras dessa i aktivitets-redovisningarna. Det kan bero på att det kan vara svårt att mäta utfall och effekter av komplexa insatser, något som också kräver kunskap och avsatta resurser. Det finns också en viss ovana att genomföra processutvärderingar inom hälso- och sjukvården. Inom vården är man mer van att mäta "hårda" utfall t.ex. via indikatorer i kvalitetsregister. Det är också så att det kan ta tid att se resultat av insatser.

Det vi dock vet är att ju fler aktörer som är inblandade i en satsning desto mer komplex blir den och desto mer kräver den av samtliga inblandade aktörer för att den ska bli framgångsrik. Desto fler aktörer och organisationer desto högre risk för att svårigheter och hinder uppstår. Mellan 50 och 70 procent av försöken att skapa inter-organisatorisk samverkan inom hälso- och sjukvården misslyckas och det är en stor administrativ utmaning att implementera dessa samverkansförsök (Auschra, 2018).

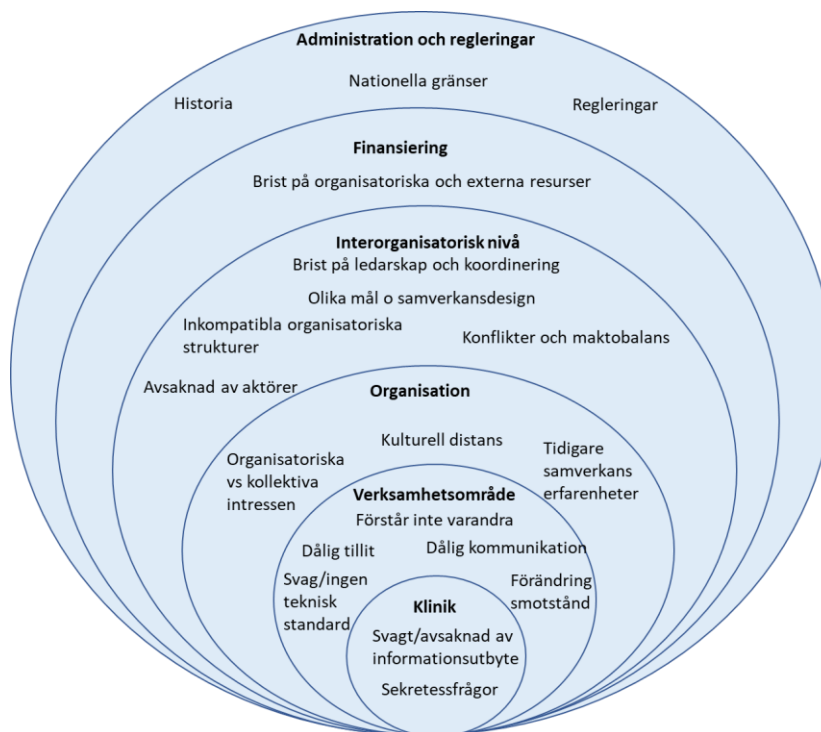
Regionerna beskriver insatser som fokuserar på *intra-organisatorisk samverkan*, dvs bättre länknings- och integrering inom den egna organisationen. Vi ser även exempel på insatser som går utöver den egna organisationen och som försöker förbättra *inter-organisatorisk samverkan*, dvs mellan olika organisationer. Integrerad vård sträcker sig från integrering av uppgifter inom organisatoriska hierarkier (t.ex. interprofessionell samverkan inom ett sjukhus) till inter-organisatoriska samverkansformer (t.ex. utförarnätverk) och även till marknadsorienterade former av samverkan (Aushcra, 2018).

McGullough med kollegor (2020) beskriver vanliga hinder och framgångsfaktorer för samverkan inom en och samma organisation inom hälso- och sjukvården. I Tabell 3 listas faktorer som underlättar och hindrar samverkan mellan enheter inom samma organisation.

Tabell 3. Faktorer som underlättar och hindrar samarbete mellan enheter inom samma organisation (McGullough et al., 2020)

Underlättar inomorganisatorisk samverkan	Hindrar inomorganisatorisk samverkan
1) Möten mellan olika enheter och program där dialog sker för att förstå varandras verksamhet och specifika processer och därmed underlätta problemlösning	1) Orealistiska förväntningar på samverkan och en svårighet att komma vidare till verklig samverkan utöver gemensamma möten
2) En gynnande organisatorisk struktur där verksamheter med liknande fokus placeras nära varandra, både fysiskt och administrativt	2) Otillräcklig buffert-tid och otillräckliga resurser för att kunna arbeta och skapa samt bibehålla samarbeten
3) En kultur där samarbete är en självklarhet och hela tiden uppmuntras	3) Den egna organisationen och verksamheten först, dvs ett slags motstånd att ägna tid åt samverkansmöten då det finns patienter som behöver vården nu och är mer direkt i behov av uppmärksamhet - än det mer diffusa samverkansbehoven
4) Att den enskilda individen i en organisation är positiv till samarbete för det kollektiva goda för patienten.	4) Tillit till samverkan, dvs att det var svårt att få till samverkan då personal "tvingas" till det utan att själv se ett omedelbart behov

När det gäller samverkan mellan olika organisationer inom hälso- och sjukvård så har Carolin Auschra (2018) gått genom forskningen för att sammanställa de främsta hindren och barriärerna för interorganisatorisk samverkan. Här används ett ramverk de olika hindren/barriärerna placeras i en systemmodell - från hinder som kan uppstå på klinik-/avdelningsnivå till hinder på nationell nivå där t.ex. som olika regelverk och lagar kan påverka nationella samarbeten.

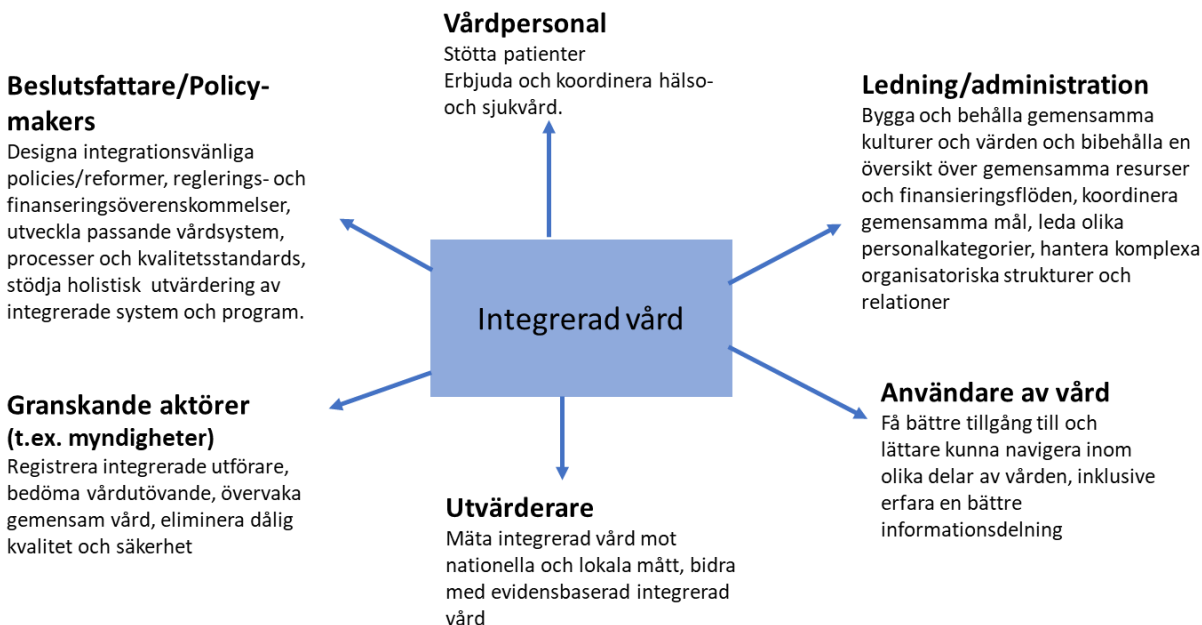


Figur 4. Ramverk över hinder och barriärer för integrerad vård i interorganisatoriska sammanhang (fritt översatt från Auschra, et al., 2018).

Flera av de insatser som regionerna rapporterat passar in i de olika ringarna i ramverket i Figur 4. Dessa insatser kommer därmed sannolikt stöta på de olika hindren som anges i modellen. Till exempel så kan samverkan mellan mödravård och förlossning, som om de befinner sig i skilda organisationer, innebära implementeringsutmaningar på grund av olikheter i organisationsstruktur, kultur, mål och visioner. En brist på en tydlig strategi för hur koordinering och ledning ska ske är något som också kan hindra framgångsrika samverkansformer för att få till en sammanhållen vårdkedja.

Det finns ingen enhetlig definition av integrerad vård som är generellt accepterad. WHO har beskrivit integrerad vård och vad som kan behövas genomföras utifrån olika aktörers perspektiv (se Figur 5). Vi ser att insatserna till stor del fokuserar på relativt enkla former av integrering för att åstadkomma en mer sammanhållen vårdkedja. Dessa insatser ger en viktig bas, men för att samverkan verkligen ska komma till stånd krävs det ofta mer avancerade insatser och att flera typer av aktörer drar åt samma håll. Det finns en hel del kunskap om hur man kan hantera komplexa strukturer och relationer som beskrivits i forskningslitteraturen. Man kan t.ex. koppla till McGullough et al (2020) som beskriver faktorer som försvårar/underlättar implementering av integrerad vård (se Tabell 3). Det behövs t.ex. tid och utrymme för att arbeta med mer avancerade insatser för samverkan och integrering, speciellt över organisatoriska gränser. Samverkan och integrering över gränser kräver diskussion och reflektion utöver den egna basverksamheten och utrymmet för det finns ofta inte i vården. Det kan även saknas utvecklade ledningsstrategier eller kunskap om systemet komplexitet, en avsaknad som på effektivt kan försvåra

samverkan där man avser att nå längre än gemensamma diskussioner om varandras verksamheter. Det är få, om någon, satsning som regionerna beskriver som handlar om att utveckla strukturer eller ledarskap för att kunna stötta arbetet i en sammanhållen vårdkedja.



Figur 5. Beskrivning av integrerad vård kopplad till olika aktörer (WHO, 2016)

Det finns några forskningsartiklar som specifikt beskriver modeller över integrerad mödravård som varit framgångsrika. En ofta nämnd framgångsfaktor är att tidigt i vårdkedjan identifiera riskfaktorer för den gravida kvinnan och tidigt slussa kvinnan till en vårdnivå som tar hänsyn till hennes särskilda behov och där rätt vårdinstanser kan kopplas in i tid för att underlätta ett bra utfall. Enligt 'Maternity Worldwide organization' har flera afrikanska länder implementerat flernivåvårdmodeller för att reducera tre kritiska förseningar som leder till ökad mödradödlighet: beslut att söka vård, att kunna nå vårdinstansen i tid, och tillgänglighet till vård när den behövs. Tanken är att 1) undvika förseningarna genom att utbilda patienterna att identifiera tidiga varningstecken och symptom som bör påverka deras beslut att söka vård; 2), Förbättra och underlätta transporten av patienter till vårdinstanser; och 3) öka möjligheten att personal med rätt kvalifikationer finns tillgänglig (Barnea et al, 2021). Likartad problematik återfinns även i västländer och liknande satsningar görs t.ex. i USA.

Andra exempel på integrerad vård före, under och efter förlossning från USA är satsningar som fokuserar på den initiala behovsbedömningen, en slags triagering för att undvika dåligt utfall för gravida kvinnor. Barnea et al (2021) lyfter vikten av initial riskbedömning där kvinnan, beroende på vilken risk hon har för en problematisk graviditet och förlossning, hänvisas till rätt vårdnivå i ett tidigt stadium.

Vi ser flera exempel i regionernas insatser som använder sig av liknande logik, t.ex. genom att utbilda patienter om förlossningsskador samt kring hur vårdkedjan ser ut före, under och efter graviditet. Införandet av en ny transportorganisation för nyfödda visar på behovet av säker och förbättrad transport. Vi ser även många satsningar på att få rätt personal på plats t.ex. genom att anställa specialister. Här har regionerna också satsat på att utveckla tvärprofessionella team samt förbättra och tydliggöra länkar till specialistvård för tex kvinnor med förlossningsskador.

Att fundera vidare kring – Regional nivå

1. Hur definieras en sammanhållen vårdkedja inom de olika regionerna – finns en gemensam bild?
I materialet finns stor variation från små punktinsatser till mer övergripande satsningar – här verkar man tänka olika och mycket finns nog att lära av varandra.
2. Finns det en risk att fokusera på enkla insatser och förvänta sig att dessa automatiskt kommer att bidra till ett bättre system för sammanhållen vård? Behövs t.ex. mer satsningar som rör strukturer och länningar som kan hålla över tid?
3. I vilken utsträckning arbetar man förebyggande, dvs i ett tidigt skede i vårdkedjan med att proaktivt identifiera riskfaktorer hos kvinnorna och redan under tidig graviditet koppla in rätt kompetenser. Finns det mer att göra?
4. Hur kan man använda kunskap om vanliga hinder/barriärer eller framgångsfaktorer för sammanhållen vård och organisatorisk samverkan för att underlätta regionala insatser som kan främja en sammanhållen vårdkedja?
5. Finns det t.ex. strukturella, administrativa, kulturella, tekniska, kliniska m.fl. förutsättningar för en sammanhållen och sömlös vårdkedja eller behöver de skapas eller byggas upp?

Referenser

- Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *Int J Integr Care*. 2018 Jan;18(1):5.
- Barnea ER, Nicholson W, Theron G, Ramasauskaite D, Stark M, Albini SM, et al. From fragmented levels of care to integrated health care: framework toward improved maternal and newborn health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Feb;152(2):155-164.
- Ferrer L, Goodwin N. What are the principles that underpin integrated care? *Int J Integr Care*. 2014;14(4): 1–2.
- McCullough JM, Eisen-Cohen E, Lott B. Barriers and facilitators to intraorganizational collaboration in public health: relational coordination across public health services targeting individuals and populations. *Health Care Manage Rev*. 2020 Jan/Mar;45(1): 60-72.
- World Health Organization. Integrated care models: an overview. Copenhagen: World Health Organization; 2016. [Accessed 15 January 2022]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.
- World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015. [Accessed 17 January 2022] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1.

III. LOKAL OCH MIXAD NIVÅ – Insatser för utrikes födda kvinnor och deras partners: vetenskaplig rapportering

I överenskommelsen 2017–2019 står det att ”för att lyckas med att erbjuda jämlik vård behövs kunskap om och förståelse för att kvinnor, och olika grupper av kvinnor, har olika förutsättningar och behov”, något som stämmer väl även med innebörden i personcentrerad vård. Att öka graden av både jämlik och personcentrerad vård som erbjuds kvinnor ingår i den strategiska planen för satsningen. I forskarnas rapport från 2020 redovisades preliminära analyserna av denna studie. Nedan kompletteras dessa redovisningar utifrån ytterligare analyser inom ramen för den vetenskapliga rapporteringen. Studien relateras då till tidigare forskning och diskussioner kring hur komplexa problem i komplexa system med hjälp av mer eller mindre komplexa interventionsprogram kan hanteras. Nedan ett sammandrag av artikeln – för mer detaljerad information och resultat hänvisar vi till den kommande artikeln när den är accepterad för publikation. Den blir då sökbar på den engelska titeln nedan.

FÖRDJUPNING 4

Improving care for immigrant women before, during, and after childbirth – what can we learn from regional interventions within a national program in Sweden?

Nyström, M.E.^{1,2}, Larsson E.C.^{3,4,5}, Pukk Härenstam K.^{1,4,6}, Tolf S.¹

¹Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

²Department of Public health and Clinical medicine, Epidemiology and Global health, Umeå University, Umeå, Sweden

³Department of Global Public Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

⁴Department of Women’s and Children’s Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

⁵Department of Women’s and Children’s Health, Uppsala University, Sweden

⁶Pediatric emergency department, Astrid Lindgren Children’s Hospital, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.

Abstrakt

Bakgrund

På grund av den globala migrationen har antalet utlandsfödda kvinnor i västländerna ökat, vilket har lett till ett behov av att anpassa vården kring sexuell och reproduktiv hälsa (SRH). Ihållande problem är dålig tillgång/utnyttjande av vårdtjänster som rör SRH och en högre dödlighet och sjuklighet i förhållande till graviditet än infödda kvinnor. Språkbarriärer, kulturella faktorer och bristande kunskaper om hälso- och sjukvårdssystemet är förklaringar som ges. Att tillhandahålla en vårdkontinuitet och en personcentrerad vård baserad på kulturell kompetens är bland de föreslagna lösningarna, men insatserna för att uppnå dem varierar i komplexitet. Ett nationellt program för att förbättra kvinnors hälsa i Sverige gav möjlighet att studera regionala insatser för att förbättra vården för kvinnor. Syftet var att undersöka komplexiteten i dessa insatser och ge kunskap om hur förändringsagenter inom hälso- och sjukvården uppfattar problem och tar itu med målet att förbättra de utlandsfödda kvinnornas vård och hälsa före, under och efter förlossningen.

Metodik

Data i denna kvalitativa studie består av årliga aktivitetsrapporter om alla regionala programinterventioner (n=21 regioner) som utförts mellan januari 2016 och januari 2019. Dataanalyser utfördes i flera steg och kombinerade klassisk och teoriledd innehållsanalys.

Resultat

Sex problemkategorier adresserades genom 54 regionala insatser, 26 riktade till utlandsfödda kvinnor och deras familjer, 11 till vårdpersonal och 17 inriktade på det organisatoriska systemet. De enkla interventionerna (n=23) var mer ensidiga och innehöll informationskampanjer, informationsmaterial och översättning, utbildning, kartläggning av t.ex. könsstympning och tillhandahållande av personal och/eller ekonomiska resurser. De komplicerade insatserna (n=10) gällde att öka kommunikationsmångfalden t.ex. genom att använda nya verktyg och kanaler. De komplexa insatserna (n=21), t.ex. hälso- och sjukvårdsskolor, integration av vårdinsatser, innehöll utveckling, anpassningar och flexibilitet när det gäller de utlandsfödda kvinnornas situation, och mer interaktion mellan aktörer, även från det bredare välfärdssystemet.

Slutsatser

Det är viktigt att komplexa problem, som att säkerställa lika vård och hälsa bland en mångfaldig befolkning, hanteras med en blandning av enkla, komplicerade och komplexa interventioner. För att underlätta den avsedda förändringen föreslår vi att förutsättningar, t.ex. utlandsfödda kvinnors och anställdas kunskap samt kommunikationskanaler säkerställs innan komplexa insatser inleds. Alternativt att de enkla interventionerna ligger inbäddade inom komplexa insatsprogram.

Introduktion

Antalet utlandsfödda kvinnor i västländer, inklusive Sverige, ökar på grund av global migration (UNHCR, 2020). I mottagarländerna ökar därför andelen kvinnor med utländsk bakgrund i behov av vård rörande sexuell och reproduktiv hälsa, såsom preventivmedelsrådgivning, mödravård och vård under förlossning och perioden efter förlossningen.

Utlandsfödda kvinnor är dock en heterogen grupp med mycket olika bakgrund, kunskap, erfarenheter och behov, och hälso- och sjukvården måste kunna möta denna mångfald. Samtidigt är det förknippat med några gemensamma erfarenheter att vara ny i ett visst sammanhang. I Europa är tillgänglighet och nyttjande av allmänna förebyggande hälso- och sjukvårdstjänster lägre bland immigranter än tillgången i den allmänna befolkningen, det gäller särskilt de personer som kommer från länder utanför EU (Rosano et al., 2017). I en översyn sammanfattades immigranternas utmaningar med tillgänglighet till allmän hälso- och sjukvård i tre teman: kommunikation, förtroende och kontinuitet i vården (Brandenberger et al., 2019). Detta är liknande orsaker som för SRH. Forskning från höginkomstländer, inklusive Sverige, har visat att dålig tillgång/dåligt nyttjande av SRH-vårdstjänster bland utlandsfödda kvinnor beror på språkbarriärer, kulturella faktorer och kunskap om hälso- och sjukvårdssystemen (Rade et al., 2018; Larsson et al., 2016; Åkerman et al., 2019). Utlandsfödda kvinnor har visat sig oftare uppleva dödlighet och sjuklighet i förhållande till graviditet jämfört med infödda kvinnor (Esscher et al. 2013; Johnson et al., 2005).

I en nyligen publicerad granskning av graviditetsrelaterad vård beskrevs fyra teman kopplade till tillgänglighet: 1) utmaningar att navigera i ett nytt hälso- och sjukvårdssystem - inklusive geografisk/fysisk tillgång och bristande förtroende för det nya hälso- och sjukvårdssystemet; 2) brist på förståelse - både språkproblem och brist på lämplig information och kulturella skillnader; 3) hur vårdgivare tillgodoser kvinnors behov – t.ex. vårdkvalitet, attityder, förtroende och kontinuitet i vården; och 4) andra faktorer som komplicerar kvinnors liv, t.ex. trauma, ekonomiska utmaningar, brist på socialt stöd/relationsstöd (Fair et al., 2020). Högre aborttal och lägre preventivmedelsanvändning bland utlandsfödda kvinnor i Sverige och andra europeiska länder har också rapporterats (Omland m.fl., 2014; Emtell et al., 2019; Rasch et al., 2008; Helström et al., 2003; Ostrach, 2013).

Flera kunskapsluckor har identifierats när det gäller strategier för hur hälso- och sjukvård bäst ges till utlandsfödda kvinnor i västländer. Denna brist på evidensbaserade metoder har föreslagits påverka SRH-utfall, till exempel har barnmorskor inom abortvården illustrerat utmaningarna med att ge vård till utlandsfödda kvinnor på grund av att de känner sig osäkra på hur de bäst tillgodoser deras behov (Larsson et al., 2016).

Det finns studier om insatser för att förbättra SRH-vården för utlandsfödda kvinnor och deras effekter. En studie i Danmark fann att användningen av tryckt informationsmaterial och en mobilapplikation som syftar till att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och gravida utlandsfödda kvinnor uppnådde sitt mål (Villadsen et al., 2016). Personcentrerad vård av hög kvalitet, kontinuitet i vården som omfattar aspekter av kulturell kompetens och traumamedveten vård har föreslagits som sätt att ta itu med sociala bestämningsfaktorer för hälsa och minska diskrimineringen av utlandsfödda kvinnor (Fair et al 2020).

I en rapport som sammanfattar bevis relaterade till reproduktiv hälsa bland utlandsfödda kvinnor i västländer identifierade författarna att graviditetsrelaterade resultat, såsom prenatal vård och för tidig födelse, var de vanligaste rapporterade resultaten, och att faktorer relaterade till preventivmedel och testning för sexuellt överförbara infektioner var mindre vanliga (Gagnon och Redden 2016). För att förstå hur man uppnår medicinska och hälsorelaterade resultat måste dock även andra åtgärder och resultat än enbart medicinska eller kliniska studeras, till exempel hur förbättringar av kommunikation, lärande och engagemang bland personal och bland personal och utlandsfödda kvinnor kan uppnås (Nyström et al., 2013).

Det finns olika sätt som de oberoende regionerna och de regionala aktörer som deltar i satsningen kan välja att utforma och genomföra insatser som syftar till att förändra den nuvarande situationen. En studie av detta nationella program kan således ge mer kunskap, inte bara om hur vård ges till utlandsfödda kvinnor i Sverige, utan specifikt om hur åtgärder för förbättring av de identifierade problem och utmaningar som beskrivs ovan utformas och genomförs över hela landet i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem.

Grad av komplexitet gällande problem, intervention och system

Framgången för utvalda insatser för att förbättra vården av utlandsfödda kvinnor beror på komplexiteten i de problem som tas upp och graden av komplexitet i det system som berörs (Plsek och Greenhalgh, 2001; Greenhalgh och Papoutsis, 2018; Glouberman och Zimmerman, 2002). Ett enkelt system har färre aktörer och komponenter medan ett komplicerat system har fler aktörer och komponenter, båda kännetecknas av väldefinierade inbördes förhållanden. I dessa typer av system är det övergripande beteendet inom systemet förutsägbart. Komplexa system har å andra sidan dåligt definierade, adaptiva gränser. De består av aktörer som interagerar med varandra baserat på mindre förutsägbara interna regler, vilket kan förändra existerande sammanhang och påverka andra system (Greenhalgh och Papoutsis, 2018).

Glouberman och Zimmerman (2002) diskuterar skillnaden mellan olika typer av problem när det gäller deras komplexitet. Enkla problem innehåller grundläggande problem med känd terminologi och teknik för att lösa dem. När dessa behärskas kan man använda receptet och vara säkra på framgång. Komplicerade problem innehåller delmängder av enkla problem men kan inte reduceras till en sammansättning av enkla problem. Deras komplicerade karaktär relaterar till problemets omfattning, samordning och de specialiserade experter som behövs. Komplexa problem inkluderar både komplicerade och enkla problem, men kräver också förståelse för unika lokala förhållanden. För att lyckas med insatser riktade mot utlandsfödda kvinnor har det hävdats att lösningarna måste matcha graden av komplexitet i det problem som tas upp. Att använda en enkel lösning på ett komplext problem kanske inte resulterar i det avsedda resultatet (t.ex. Greenhalgh et al., 2018, Greenhalgh, 2018).

Behovet av att bättre förstå folkhälsoinsatser i sitt sammanhang - och att hitta andra vägar än att använda det mer vanliga fokuset på teorier kring individers beteende när målet är att åstadkomma förändringar på befolkningsnivå har lyfts fram som viktiga aspekter för framtida interventionsforskning inom folkhälsa (Moore och Evans, 2017).

Syfte/mål

Syftet med studien var att undersöka graden av komplexitet i regionala insatser inom ett nationellt program och bidra med kunskap om hur förändringsagenter inom den svenska sjukvården uppfattar problem och tar itu med målet att förbättra vården och hälsan hos utlandsfödda kvinnor före, under och efter förlossningen. De särskilda målen för studien var att undersöka 1) de utmaningar eller problem med att ge vård till utlandsfödda kvinnor som de regionala vårdgivarna väljer att ta itu med, och 2) egenskaperna hos de insatser som inleddes för att förbättra och främja lika hälsa och likabehandling av utlandsfödda kvinnor före, under och efter förlossningen. Det första målet kan ge en inblick i hur problem och utmaningar uppfattas av nyckelaktörer och det andra i egenskaperna hos de insatser som inleddes för att ta itu med dem. Resultaten kan ge möjlighet att diskutera val av insatser och potentiell påverkan på en förbättring av vården av utlandsfödda kvinnor i Sverige och i länder med liknande hälso- och sjukvårdssystem.

Metodik

Ett iterativt tillvägagångssätt med både klassisk innehållsanalys och teoriledd (directive) innehållsanalys (Hsieh och Shannon, 2003) tillämpades. Dataanalysen utfördes i fem steg baserat på den obligatoriska årliga aktivitetsrapporten från alla regioner till SKR. Meningsbärande delar av texten som beskriver de 54 interventionerna kategoriserades i fyra kategorier enligt programteorilogik: text som beskriver det problem/behov som åtgärdats, typen av insatser, effekter (output) och resultat (outcomes). Texten som beskriver problemen/behoven inom varje insats sorterades i teman som beskriver vilken typ av problem som togs upp (tabell 5). Därefter sorterades texten för varje intervention (intervention, output, resultat) i kategorier baserat på vilken aktör och/eller systemnivå som interventionerna riktade sig till, dvs. kvinnorna (patienten), vårdpersonalen (på klinik-/enhetsnivå) eller organisationsnivå. Slutligen bedömdes problemens komplexitet och ingripanden utifrån samma logik som Gloubermans och Zimmermans definition av problem (2002). Enkla interventioner och problem karakteriseras av att de är enkla och förutsägbara med få komponenter som är lättare att åtgärda, till exempel med hjälp av ett recept eller en checklista; komplicerade interventioner och problem är delvis förutsägbara men har flera samverkande komponenter och problem, t.ex. bygga en ny typ av dator, och komplexa interventioner och problem som karakteriseras som dynamiska, oförutsägbara, och svåra att bryta ned i beståndsdelar. Komplexa insatser är till sin natur interaktiva och dynamiska, involverar flera aktörer och tar hänsyn till problemets och systemets komplexitet.

Resultat

Totalt beskrev 17 av 21 regioner en eller flera insatser som uteslutande var inriktade på utlandsfödda kvinnor. Nio regioner rapporterade en eller två insatser, fyra regioner rapporterade tre eller fyra insatser och fyra regioner rapporterade 6–10 insatser (Tabell 4).

Tabell 4. Insatser inom det nationella programmet som uteslutande riktar sig till utlandsfödda kvinnor som rapporterats av regionerna för 2017–2018

Region	Population (2019)	Antal insatser som bedöms vara uteslutande inriktade mot utlandsfödda kvinnor
A	>1 000 000	10
B	200 000 - 300 000	7
C	300 000 - 500 000	6
D	300 000 - 500 000	6
E	200 000 - 300 000	4
F	200 000 - 300 000	3
G	200 000 - 300 000	3
H	200 000 - 300 000	3
I	<200 000	2
J	200 000 - 300 000	2
K	>1 000 000	2
L	200 000 - 300 000	1
M	300 000 - 500 000	1
N	300 000 - 500 000	1
O	>1 000 000	1
P	300 000 - 500 000	1
Q	<200 000	1
R	200 000 - 300 000	0
S	200 000 - 300 000	0
T	200 000 - 300 000	0
U	<200 000	0
TOTAL: 21	10 373 063	54

Vi identifierade sex kategorier av problem och behov som de utvalda insatserna riktade till utlandsfödda kvinnor syftade till att ta itu med (Tabell 5).

Tabell 5. Problem som tas upp i de regionala insatserna 2016–2019.

Problem som tas upp i de regionala insatserna	Antal insatser
1. Låg tillgång till, kunskap om och utnyttjande av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bland utlandsfödda kvinnor	14
2. Högre risk för sjuklighet och dödlighet i samband med graviditet och förlossning för utlandsfödda kvinnor	9
3. Brist på resurser och metoder för att stödja immigranter med särskilda behov	9
4. Kvinnor som utsätts för eller riskerar att utsättas för könsstympning	8
5. Lägre kunskap om hälsofrågor och självstyrd vård när det gäller SRH bland utlandsfödda kvinnor (särskilt asylsökande)	8
6. Information från hälso- och sjukvården erbjuds inte på alla relevanta språk	6
	Total: 54

De regionala insatserna för att förbättra utlandsfödda kvinnors vård och hälsa riktades antingen gentemot kvinnorna och deras partner, vårdpersonalen, eller gentemot hälso- och sjukvårdssystemet - och ibland längre än så.

Av de 54 interventionerna kategoriserades 23 som enkla, 10 som komplicerade och 21 som komplexa. De enkla insatserna innehöll kampanjer, information och översättning, utbildning och kartläggning samt tillhandahållande av personal och/eller ekonomiska resurser, riktade till alla målkategorier lika. De komplicerade insatserna var färre och gällde att arbeta för att utveckla mer mångfald i kommunikationen mellan vårdgivare/personal och utlandsfödda kvinnor och deras familjer. De flesta av de komplexa

insatserna (14 av 21) riktade sig till hälso- och sjukvårdens organisationssystem och andra aktörer i det bredare välfärdssystemet. Sex insatser riktade sig till utlandsfödda kvinnor och en vårdpersonal. Två målgrupper, utlandsfödda kvinnor och hälso- och sjukvårdssystemet och därefter, innehöll ett större antal insatser än insatser riktade mot vårdpersonal.

När vi jämförde de regionala insatserna med de kategorier av problem och behov som identifierats konstaterade vi att problemen åtgärdades på olika sätt.

Låg tillgång till, utnyttjande och kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bland utlandsfödda kvinnor åtgärdades genom en blandning av enkla, komplicerade och komplexa insatser, från informationskampanjer, nya sätt att tillhandahålla information via olika medier, samtal i grupp, externa besök (t.ex. till utbildningen i svenska för invandrare), samarbete med andra aktörer och införande av nya rutiner och funktioner (t.ex. kulturdoulor).

Högre risk för sjuklighet och dödlighet i samband med graviditet och förlossning för utlandsfödda kvinnor var ett mer diffust problem eftersom orsakerna till högre sjuklighet och dödlighet bland dessa grupper kan ha flera orsaker. Problemet kan ses som att man tar itu med flera insatser från ökade personalresurser, utbildning av personal, information till kvinnor, införande av gruppsamtal, kulturdoulor och hälsoskolor.

Bristen på resurser och metoder för att stödja immigranter med särskilda behov (särskilt asylsökande) åtgärdades genom att utbilda personal, öka personalens resurser och tillhandahålla extra betalning per besök på kliniker, betraktade som enklare interventioner. Det fanns också mer komplexa interventioner som introduktioner av nya enheter, nya samarbeten och nya rutiner.

Kvinnor som utsätts för eller riskerar att utsättas för könsstympning utgör ett komplicerat och komplext problem adresserades främst genom informationskampanjer för att nå utlandsfödda kvinnor och genom att tillhandahålla utbildning för personal – i huvudsak en tillämpning av enkla typer av insatser. Det fanns också kartläggning av existensen av könsstympning och av personalens kunskap inom området.

Lägre kunskap om hälsofrågor och egenvård inom SRH bland utlandsfödda kvinnor (särskilt asylsökande) adresserades främst via gruppinterventioner och hälsoskolor som riktar sig till dessa kvinnor – vilket utgör mer komplicerade eller komplexa insatser.

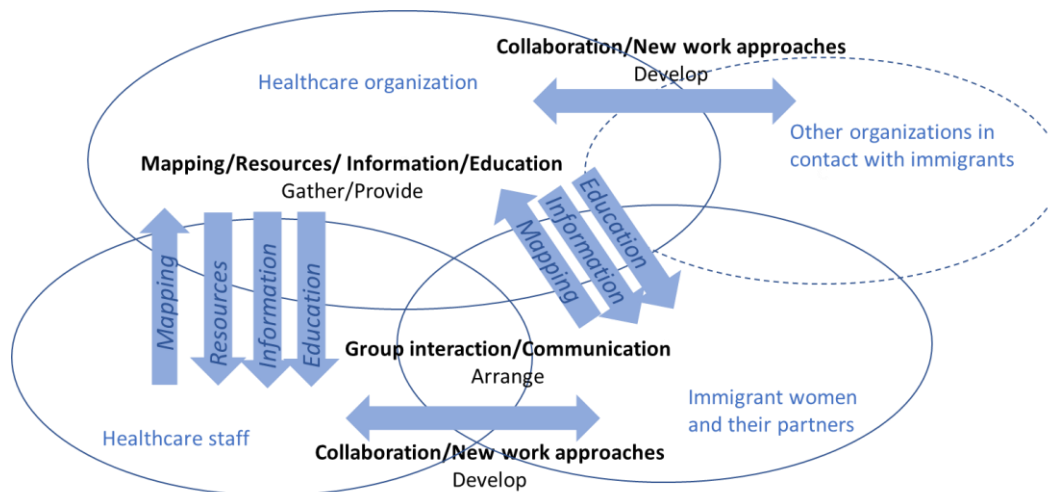
Information som tillhandahålls av hälso- och sjukvården erbjuds inte på alla relevanta språk adresserades genom att översätta olika typer av informationsmaterial som redan fanns tillgänglig, såsom broschyrer och filmer, till många språk, men också skapa nya mobilappar, filmer, bildspel, bilder och ljudfiler på olika språk och tillhandahålla iPads för kliniker att använda där informationen kan visas. Som problemet beskrivs innebär det ett enkelt problem som främst åtgärdades med enkla och komplicerade lösningar, vilket kan ha krävt nya samarbeten (mer komplexitet) när man skapade nya sätt att kommunicera. Dessa lösningar är också relaterade till ovanstående problemkategori gällande kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och lägre kunskapsnivåer kring hälsofrågor och egenvård.

De flesta insatserna var inte på generell nivå anpassade till varje enskild kvinna – mer utformade i förhållande till den typ av grupp som kvinnorna representerade. Trots detta hade de mer komplexa insatserna en inbyggd grad av flexibilitet.

Diskussion

Insatserna varierade i sin komplexitetsnivå. Av de 54 interventionerna kategoriserades 43% som enkla, 18% som komplicerade och 39% som komplexa. De enkla, mer standardiserade insatserna, såsom informationskampanjer, var i högre grad ensidiga, även om de också kunde innehålla en viss grad av interaktion, engagemang och flexibilitet (Figur 6). Ju mer komplexa insatserna var desto mer utveckling, anpassningar, flexibilitet (när det gäller de utlandsfödda kvinnornas situation, som individer eller som

grupper) och samverkan mellan olika aktörer behövdes. Jämfört med informationsbroschyrer eller vissa utbildningsaspekter som kan utvecklas på ett mer standardiserat sätt behövde dessa komplexa insatser flexibilitet och öppenhet för många olika situationer. Regionernas val av sådana mer komplexa insatser antyder att ett mer patient- eller personcentrerat förhållningssätt från vårdpersonalens och vårdorganisationens sida behövs, liksom en flexibilitet i samarbetet med andra organisationer utanför hälso- och sjukvården. Komplexa insatser innehöll också komplicerade och enkla element som kan bli mer välbekanta och mindre komplexa med tiden jämfört med en inledande utvecklingsperiod. Valet att använda komplexa insatser kan också tyda på att det finns en mer mångfacetterad syn på de problem/behov som är avsedda att åtgärdas genom interventionen. I allmänhet användes komplexa insatser för att rikta in sig på komplexa system med fler aktörer och flera olika organisationer involverade.



Figur 6. Typer av regionala insatser i samband med typ av interaktion (övervägande ensidigt riktad kommunikation alternativt ett flöde i båda riktningar) mellan aktörer inom och utanför hälso- och sjukvårdssystemet

Det fanns indikationer på en process - från att säkra en ömsesidig kunskapsbas som sedan kan fungera som en grund för vidareutveckling av relationen mellan vårdgivare och utlandsfödda kvinnor. Denna process skulle naturligtvis kunna vara densamma för infödda kvinnor, där kunskap också kan tas för given trots att den inte finns. Men i allmänhet har infödda kvinnor mer information och mer erfarenheter av den svenska sjukvården och den vård som tillhandahålls. Detta resultat belyser några frågor för ytterligare diskussioner om hur man kan uppnå jämlik vård för utlandsfödda kvinnor före, under och efter förlossning.

Antagandet som ligger till grund för en ökad gemensam kunskapsbas är att mer kunskap kan öka handlingsförmågan - i linje med begreppet egenmakt (empowerment). 'Empowerment' har definierats som "individens, grupper och/eller samhällets förmåga att ta kontroll över sina omständigheter, utöva makt och uppnå sina egna mål, och den process genom vilken de individuellt och kollektivt kan hjälpa sig själva och andra att maximera livskvaliteten (Adams, 2008 p. xvi). 'Empowerment' är också ett begrepp som används i hälsofrämjande metoder (och forskning) för individer att få större kontroll över beslut och åtgärder som påverkar deras hälsa (WHO, 1998). Det senare ligger i linje med några av ambitionerna i den nationella satsningen.

Kan det vara en framgångsrik strategi att - med olika insatser se till att det bland både personal och utlandsfödda kvinnor finns tillräckligt med kunskap, t.ex. kunskap om hälso- och sjukvårdssystem och hälsotjänster (i Sverige och på andra håll), kvinnors hälsa och hälsofrågor och åtgärder för att främja hälsa, för att stärka deras handlingsförmåga - och sedan succesivt införa mer komplicerade och komplexa insatser som kräver mer engagemang av kvinnorna, vårdpersonalen och organisationen?

Om man förväntar sig att lärande och mer kunskap (individuellt eller i grupp) kan ge utlandsfödda kvinnor möjlighet att bli mer delaktiga i sin egen vård och potentiellt bli mer av en medskapare av vård, hur kan inlärnings- och 'empowerment'-processer initieras, stödjas och upprätthållas?

Studier om hälsofrämjande aktiviteter som fokuserar på 'empowerment' har visat vikten av att möjliggöra aktiva lärandeaktiviteter, använda visualiseringsverktyg för självreflektion och låta deltagarna påverka aktiviteter (Holmberg et al., 2018). Några exempel på insatser inriktade på kunskap och lärande beskrevs av regionerna. Det fanns till exempel skapandet av hälsokolor, centrum för kunskap och förbättringar, nya samarbeten, nya mötesplatser baserade på de lokaler där kvinnorna samlas och användningen av sociala grupper. Dessa insatser var exempel på mindre standardiserade tillvägagångssätt.

Att skapa en social miljö som stärker den egna förmågan att förvärva kunskap, makt och erfarenhet är det som betecknar empowerment (Hashemi Schuler och Riley, 1996). Det fanns också insatser för att förbättra informationen genom att använda visualisering via filmer, bilder och bildspel, ibland tillgängliga via i-Pads. Informationen om effekterna av de regionala insatser som beskrivs i de årliga verksamhetsrapporterna var sparsam – även om den uttryckligen efterfrågades i rapportmallen. Om förändrat beteende hos utlandsfödda kvinnor är ett av målen så förväntas 'empowerment' ge individen en ökad kontroll, kapacitet, och ökat självförtroende som gör det möjligt för individen att övervinna yttre hinder och få tillgång till resurser eller ändra traditionell ideologi (Pinto, 2001). Effekter kan mätas med subjektiva data medan faktiska förändringar i beteendet hos en grupp individer till viss del kan observeras - men flera kända och okända faktorer liksom kombinationen av aktiviteter kan bidra till förändringar hos individer och grupper, vilket gör det svårare att definiera vad som fungerar för vem och när.

För att ta itu med sociala bestämningsfaktorer för hälsa och minska diskrimineringen av utlandsfödda kvinnor har en personcentrerad vård av hög kvalitet som säkerställer kontinuitet och som omfattar aspekter av kulturell kompetens och traumamedvetenhet föreslagits som en lösning (Fair et al 2020). Studien ger exempel på hur problem och utmaningar med att ge god vård till utlandsfödda kvinnor uppfattas och med vilka typer av insatser de behandlas inom de svenska regionerna. Personcentrerad vård har betonats på nationell nivå i Sverige som en lösning på många problem och utmaningar som uppstått, för närvarande stöds denna omställning nationellt t.ex. via satsningen på God och nära vård². De flesta av de komplexa typerna av insatser som riktade sig till hälso- och sjukvårdens organisatoriska system och andra aktörer i det bredare välfärdssystemet matchar välfärdssystemets komplexitet i allmänhet, och i synnerhet för immigranter.

De komplexa insatser som beskrivs kan ses som försök att ändra fokus från att tillhandahålla (huvudsakligen) standardiserad vård som passar vissa men inte alla – till att tillhandahålla mer individuella lösningar med större helhetsperspektiv på individen, baserat på bättre interaktion med och förståelse för kvinnor i olika situationer, sammanhang, och från olika kulturella bakgrunder. De insatser som beskrivs i denna studie avser också normativa råd från i tidigare forskning, såsom användning av tolkar (i detta fall kulturdoulor med ett mer omfattande uppdrag); gränsöverskridande arbete över organisatoriska gränser (involvera andra organisationer inom välfärdssystemet), respektera och tillgodose relevanta traditionella eller kulturella metoder (ökad kulturell kunskap bland personalen) som föreslås i en genomgång av forskning av Fair et al., 2020. Författarna lyfter också fram behovet av mer forskning samt ytterligare utforskning av olika immigrantpopulationers behov som bas för skraddarsydd insatser. Komplexa insatser som involverar många aktörer och som korsar organisationsgränser innebär många utmaningar. De förlitar sig bland annat på att människor ska kunna samarbeta samt ta sig an gränsöverskridande utmaningar, roller, kunskapsförmedlingsuppgifter och strategier för detta (t.ex. Hsiao et al., 2012; Schlierf och Meyer, 2013; Nyström et al., 2015). För nyckelaktörer och beslutsfattare är utmaningen att få en

² <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

förståelse för komplexiteten i systemen, problemen och insatserna - så att tidsramar och resurser kan skraddarsys för att passa situationen och ingripandet.

I denna studie studerade vi inte uttryckligen de indikatorer som används av programmet för att bedöma resultaten inom programmets målområden. Ett exempel på nationella indikatorer för jämlik vård som visar på förändringar för utlandsfödda kvinnor på nationell nivå är andelen utlandsfödda kvinnor som besökte mödravården för en hälsokontroll efter förlossningen, Denna siffra har ökat från 69,6 % 2015 till 80,2 % 2019 (SKR, 2021). Att bedöma resultaten av förbättringsinterventioner på nationell eller regional nivå baserat på medicinska, kliniska eller organisatoriska indikatorer kan dock vara svårt utan kunskap om de specifika interventionerna och genomförande- och förändringsprocessen (Millde Luthander et al., 2016). Mer kunskap om den senare processen kan bidra till val och anpassning av insatser som syftar till att öka jämlikheten bland olika befolkningar när det gäller vård och hälsa.

Konklusioner

Målet med svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård baserad på lika villkor för hela befolkningen. Detta har ännu inte uppnåtts eftersom det finns grupper i samhället som inte till fullo drar nytta av hälso- och sjukvårdens tjänster, vilket påverkar deras hälsa på olika sätt. Det finns också ett behov av mer kunskap om hur man når, stärker och positivt påverkar hälsan hos grupper av människor i samhället som är svåra att nå.

Studien ger ytterligare dimensioner på beskrivningen av insatser för att förbättra vården och vården av utlandsfödda kvinnor i Sverige ur ett makro-/meso-perspektiv. Användningen av kategorierna problemfokus, huvudsakligt mål och komplexitetsnivå för insatserna hjälpte oss att ytterligare förstå de regionala vårdgivarnas handlingsstrategier inom ramen för det nationella programmet.

Vi drar slutsatsen att det är viktigt att se till att komplexa problem, såsom att säkerställa jämlik vård och hälsa bland en mångfald av befolkningar, hanteras med en blandning av enkla, komplicerade och komplexa insatser. Vi föreslår att förutsättningar för de mer komplexa insatserna säkerställs, t.ex. tillräcklig kunskap hos både utlandsfödda kvinnor och personal samt relevanta kommunikationskanaler och arenor före en lansering, alternativt kan enklare interventioner bäddas in i de komplexa interventionerna i en process som kan underlätta de avsedda förändringarna. Detta förslag gäller både för den praktiska verksamheten när man försöker förbättra den nuvarande situationen och för forskare som är intresserade av ytterligare empiriska studier. Framtida studier som kan ge mer empiriska exempel på interventioner på blandad komplexitetsnivå och även studera deras inverkan. Tillsammans kan det ge mer kunskap om hur komplexa problem och behov kan hanteras genom skraddarsydda interventionspaket riktade till olika individer och grupper, särskilt de som är svårare för hälso- och sjukvården att nå.

Referenser

- Adams R. Empowerment, participation, and social work. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
- Brandenberger J, Tylleskar T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*. 2019;19(1):755.
- Emtell Iwarsson K, Larsson EC, Gemzell-Danielsson K, Essen B, Klingberg-Allvin M. Contraceptive use among migrant, second-generation migrant and non-migrant women seeking abortion care: a descriptive cross-sectional study conducted in Sweden. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019; 45(2): 118-126.
- Esscher A, Haglund B, Högberg U, Essen B. Excess mortality in women of reproductive age from low-income countries: a Swedish national register study. *Eur J Public Health*. 2013;23(2):274-9.
- Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth, and maternity care in European countries: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(2):e0228378.
- Gagnon AJ, Redden KL. Reproductive health research of women migrants to Western countries: a systematic review for refining the clinical lens. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;32:3-14.

- Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and complex systems: what would successful reform of Medicare look like? (pp. 21-53). Toronto: University of Toronto Press; 2002. [Accessed 31 August 2021]. Available at: https://secure.patientscanada.ca/sites/default/files/Glouberman_E.pdf.
- Greenhalgh T. How to improve success of technology projects in health and social care. *Public Health Res. Pract.* 2018; 28(3):2831815.
- Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med.* 2018; 16(1):1-6.
- Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, Hinder S, Procter R, Shaw, S. (2018). Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: empirical application of the NASSS framework. *BMC Med.* 2018; 16(1):1-15.
- Hashemi S, Schuler S, Riley A. Rural credit programs and women's empowerment in Bangladesh. *World Dev.* 1996;24(4):635-653.
- Holmberg C, Larsson C, Korp P, Lindgren E-C, Jonsson L, Fröberg A, et al. Empowering aspects for healthy food and physical activity habits: adolescents' experiences of a school-based intervention in a disadvantaged urban community. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2018;13(sup 1):1487759.
- Helström L, Odlin V, Zätterstrom C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health.* 2003;31(6):405-10.
- Hsiao RL, Tsai DH, Lee CF. Collaborative knowing: the adaptive nature of cross-boundary spanning. *J. Manag.* 2012;49(3):463-491.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277-1288.
- Johnson EB, Reed SD, Hitti J, Batra M. Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):475-82.
- Larsson EC, Fried S, Essen B, Klingberg-Allvin M. Equitable abortion care - a challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sex Reprod Healthc.* 2016;10:14-8.
- Millde Luthander C, Källén K, Nyström ME, Högberg U, Håkansson S, Härenstam KP, et al. Results from the National Perinatal Patient Safety Program in Sweden: the challenge of evaluation. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(5):596-603.
- Moore GF, Evans RE. What theory, for whom and in which context? Reflections on the application of theory in the development and evaluation of complex population health interventions. *SSM Popul Health.* 2017;3:132-135.
- Nyström ME, Hansson J, Garvare R, Andersson Bäck M. Locally based research and development units as knowledge brokers and change facilitators in health and social care of older people in Sweden. *Evid Policy.* 2015;11(1):57-80.
- Nyström ME, Höög E, Garvare R, Weinehall L, Ivarsson A. Change and learning strategies in large scale change programs: describing the variation of strategies used in a health promotion program. *J Organ Chang Manag.* 2013;26(6):1020-1044.
- Omland G, Ruths S, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG.* 2014;121(10):1221-8.
- Ostrach B. "Yo No Sabía..." — Immigrant women's use of national health systems for reproductive and abortion care. *J Immigr Minor Health.* 2013;15(2):262-72.
- Pinto CCG. Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais. [dissertation on the Internet]. Lisbon: Lisbon Technical University; 2011. Available from: Repositório da Universidade de Lisboa: Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais (utl.pt).
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science - the challenge of complexity in health care. *BMJ.* 2001;323(7313):625-8.
- Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzler A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health.* 2008;18(2):144-9.
- Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, Ronda E, Tafforeau J, Dias S. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):588.
- Schlierf K, Meyer M. Situating knowledge intermediation: insights from science shops and knowledge brokers. *Sci. Public Policy.* 2013;40(4):430-41.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2020. Vården före, under och efter graviditet samt kvinnors hälsa i övrigt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. [Accessed 17 November 2021]. Available at: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-959-0.pdf>.
- UNHCR, The UN Refugee Agency. Global trends: forced displacement in 2019. Copenhagen: UNHCR. [Accessed 10 March 2021]. Available at: <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>.
- Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AM. Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies - the case of the MAMA-CT intervention in Denmark. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;32:100-12.
- World Health Organization. Health Promotion Glossary 1998. Geneva: World Health Organization. [Accessed 10 September 2021]. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.